

Conferentie De Toekomst is Jong
Jong & Gezond
Eindrapport



Dit rapport kwam tot stand met inbreng van volgende leden van de werkgroep Jong en Gezond, onder voorzitterschap van mevr. Inge Vervotte:

Kristel Boelaert (Kind en Gezin), Griet Briels (Netwerk tegen Armoede), Bruno Buytaert (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie), Veerle Cortebeeck (Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten), Lieve Declerck (Gezinsbond), Ann De Guchtenaere (Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde), Louis Ferrant (WGC Kuregem, Domus Medica)

Marie-Laure Gielen (Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde), Joerie Guillaume (Intermutualistisch Agentschap), Ann Keymeulen (Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Jeugdgezondheidszorg), Marlene Reyms (Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen), Bram Spinnewijn (Domus Medica), Hilde Trekker (CAW Metropool), Jacques Vanobbergen (vakgroep tandheelkunde Ugent), Solvejg Wallyn (Agentschap Zorg en Gezondheid), Sara Willems (vakgroep huisartsengeneeskunde, Ugent), Els Weckers & Vera Marien (verslaggeving, Kind en Gezin), Wannes Blondeel (Kind en Gezin).

1. Inleiding

In dit rapport beschrijven we een aantal concrete aanbevelingen en acties waartoe we met de werkgroep Jong en Gezond gekomen zijn om gezondheidsongelijkheid aan te pakken vanuit de gezondheids- en welzijnsactoren op basis van onder meer (wetenschappelijke) evidentie welke de succesvolle aanpak van gezondheidsongelijkheid ondersteunt. Het gaat daarbij o.a. over welke principes dienen gehanteerd te worden, zoals proportioneel universalisme en een community-based benadering.

De aanpak van gezondheidsongelijkheid is een complexe opdracht en geenszins de exclusieve verantwoordelijkheid van de gezondheids- en welzijnssector of het beleid op deze domeinen. Dit maken we duidelijk door in dit rapport (kort) stil te staan bij een verklaringsmodel van gezondheidsongelijkheid. Niettegenstaande de verklaringsmodellen kunnen we met de gezondheids- en welzijnssectoren (in hun volle breedte) de aanpak van gezondheidsongelijkheid versterken door binnen deze sectoren en in complementariteit met andere domeinen en sectoren stappen vooruit te zetten.

Dat we ons hiervoor focussen op de levensfase tussen de preconceptionele periode tot wanneer kinderen 6 jaar zijn, hoeft niet te verwonderen en past volledig binnen de uitgangspunten van de conferentie Jonge Kind. Kinderen¹ zijn bij uitstek dé doelgroep waarop ingezet moet worden in de strijd tegen gezondheidsongelijkheid: omdat de periode van de zwangerschap en de eerste levensjaren zo bepalend zijn voor de latere gezondheid en voor het leggen van de basis voor een goede preventieve zorg, omdat het belangrijk is kinderen zo jong mogelijk vertrouwd te maken met de zorg voor hun gezondheid, en omdat het thema 'gezondheid van het kind' vaak de ideale hefboom is om gezinnen en gezondheidszorg dichter bij elkaar te brengen. We verstaan hieronder het gehele continuüm van (primaire) preventie tot specifieke curatie.

We stellen voor om ons met alle betrokkenen te scharen achter een gemeenschappelijke doelstelling:

'Ongelijkheden in gezondheid die (beleidsmatig) beïnvloedbaar zijn, worden zo vroeg mogelijk gedetecteerd en aangepakt zodat kinderen maximaal met gelijke kwalitatieve levensverwachtingen kunnen opgroeien'.

We concretiseren de weg daarheen met aanbevelingen om:

- Te voorzien in een gepast, kwalitatief en toegankelijk aanbod en interventies ingebed in en vertrekkende vanuit de lokale community;
- Samen met de (aanstaande) gezinnen een traject te lopen waarin ze zich ondersteund weten in het realiseren van een 'kwalitatief leven';
- Hiertoe een competent systeem te creëren dat de juiste randvoorwaarden schept.

¹ Dit houdt evident ook hun ouders en hun sociale omgeving in.

2. Situering

Niettegenstaande er in Vlaanderen een goed uitgebouwde gezondheidszorg is bestaat er een (groeïende) gezondheidskloof.

Deze gezondheidskloof resulteert finaal in een over de sociale gradiënt verschillende levensverwachting. Een hooggeschoolde man leeft gemiddeld 7,5 jaar langer dan een man zonder diploma. Een hoogopgeleide vrouw heeft op 25 jaar nog gemiddeld 47 gezonde jaren te verwachten, een vrouw zonder diploma ruim 18 jaar minder. Uit de gezondheidsenquête 2013 blijkt dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen subjectieve gezondheid en sociale positie, zowel uitgedrukt in opleidingsniveau als inkomen.

2.1. Gezondheidsongelijkheid, verklaringmodellen

Verskillende mechanismen en factoren spelen in op de gezondheid. Een veelgebruikt model is dat van Dahlgren en Whitehead (1992).



The Determinants of Health (1992) Dahlgren and Whitehead

Uit dit model blijkt dat enkel de inzet op gezondheids(-gedrag) en het gezondheidssysteem onvoldoende zijn om gezondheidsongelijkheid aan te pakken. De determinanten van gezondheid, met name opleiding, inkomen, tewerkstelling, ... zijn verklarende factoren in de sociale gradiënt van gezondheidsongelijkheid en moeten dan ook aangepakt worden. Dit zowel om de rechtstreekse gezondheidsschade te vermijden (zoals bv. effect van ongezond milieu in een kwetsbare buurt) als om de wisselwerking van de omgevingsfactoren met de leefstijl/gedrag te verbeteren. (zoalsbv. de walkability en het speelweefsel van die buurt die wel of niet gezonde beweging bevorderen).

In de aanbevelingen die Marmot maakt in het kader van de 'Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region' staat op de eerste plaats dat de determinanten van gezondheidsongelijkheid moeten aangepakt worden als meest succesvolle strategie in de aanpak van gezondheidsongelijkheid. Dat daarover een brede consensus bestaat blijkt ook uit de Resolutie van het Europees Parlement van 8 maart 2011 over verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de EU waarin het parlement aan de Commissie en de lidstaten verzoekt hun inspanningen voort te zetten om de sociaal- economische verschillen te helpen wegwerken, waardoor uiteindelijk ook de ongelijkheid op het gebied van gezondheidszorg kan worden verholpen².

² <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+XML+V0//NL>

2.2. Gezondheidsongelijkheid, kinderen als doelgroep en hefboom

In Vlaanderen zien we met betrekking tot de jongste leeftijdsgroep impact van de determinanten van gezondheid op een over de sociale gradiënt verschillende gezondheid, gezondheidsgedrag en toegang tot de gezondheidszorg.

Exemplarisch daarvoor is mondzorg. De prevalentie van cariës bij kinderen die in sociaal kwetsbare gezinnen opgroeien is tweemaal hoger als bij de totale populatie³. Verschillen in voedingsgewoonten, toegankelijkheid van preventieve mondzorg, inzichten in het belang van een goed gebit en hygiëne in het algemeen kunnen deze socio-economische ongelijkheden wellicht verklaren. Niettegenstaande de prevalentie bij kinderen die opgroeien in sociaal kwetsbare gezinnen tweemaal hoger is, is de consumptie van tandartsbezoek voor gezinnen met een verhoogde tegemoetkoming ongeveer de helft van gezinnen zonder verhoogde tegemoetkoming.

Gezondheidsongelijkheid begint echter reeds voor de geboorte. Moeders met een lage socio-economische status hebben ook zelf verhoogde gezondheidsrisico's. Daarnaast leidt een ongezonde levensstijl (hogere prevalenties van roken, problematisch alcoholgebruik en obesitas) tot minder gunstige uitkomsten van de zwangerschap. De prevalentie van premature geboortes en geboortes met een laag geboortegewicht ligt hoger bij zwangeren met een lagere SES⁴. Het gebruik (onder invloed van de toegankelijkheid) van de door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) aanbevolen aantal van 10 consultaties ligt op 54% ten opzichte van 73% van de vrouwen zonder voorkeurtarie⁵.

Het is om 3 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 brengen⁶.

Indien we willen dat kinderen kunnen opgroeien met gelijke kwalitatieve levensverwachtingen moeten we ervoor zorgen dat we ze een goede start geven.

De WHO stelt in haar 'Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region':

'A good start is characterized by the following: a mother is in a position to make reproductive choices, is healthy during pregnancy, gives birth to a baby of healthy weight, the baby experiences warm and responsive relationships in infancy, the baby has access to high-quality child care and early education and lives in a stimulating environment that allows safe access to outdoor play. Evidence shows that high-quality early years services, with effects on parenting, can compensate for the effects of social disadvantage on early child development. Given the nature of early childhood, the services that support this stage of life are intergenerational and multi-professional, include health, education and social welfare and are aimed at parents as well as children'⁷.

³ The independent impact of household- and neighborhood-based social determinants on early childhood caries: a cross-sectional study of inner-city children. Willems S1, Vanobbergen J, Martens L, De Maeseneer J. *Fam Community Health*. 2005 Apr-Jun;28(2):168-75

Parental occupational status related to dental caries experience in 7-year-old children in Flanders (Belgium). Vanobbergen JN1, Martens LC, Lesaffre E, Declerck D. *Community Dent Health*. 2001 Dec;18(4):256-62 http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_mondgezondheid_2012_2014.pdf.

⁴ Deze blijken in wisselwerking met een dikwijls ongezonde huisvesting en (fysieke en sociale) omgeving nog meer impact te hebben.

⁵ Sara Willems, discussienota, mei 2015 'Naar een intensifiëring van de zorg voor zwangere vrouwen en jonge kinderen in kwetsbare gezinnen'.

⁶ Kievietgroep 'Van dokter ik heb ook iets te zeggen, naar minister ik heb ook iets voor te stellen'.

⁷ 'Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: executive summary', Michael Marmot (red.), WHO, 2013.

2.3. Naar een aanpak voor de welzijns- en gezondheidssector, uitgangspunten en principes

De aanpak van gezondheidsongelijkheid vergt aldus de inzet, complementair aan elkaar, op de determinanten van gezondheid en op kwalitatieve ondersteuning en dienstverlening. Op beide vlakken en op de verbindingen ertussen, kunnen de gezondheids- en welzijnssector nog stappen vooruit zetten.

Een consortium onder leiding van Michael Marmot geeft in haar rapport 'Health inequalities in the EU, Final report of a consortium' enkele aanbevelingen over wat dit dient te betekenen.

Samengevat dient er ingezet te worden op diensten, dienstverlening en ondersteuning die:

- integraal zijn (onder meer moet de link gelegd worden naar de sociale determinanten)
- multi-sectoraal en proportioneel universeel vormgegeven worden
- toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief zijn
- het spectrum van preventie en curatie bestrijken
- participatief en empowerend zijn
- in de lokale gemeenschap ingebed zijn
- een levensloop-benadering hebben.

3. Doelstellingen en doelgroep

3.1. Doelstelling

Op basis van de voorgaande evidentie, achtergrond en aanbevelingen stelt de werkgroep volgende doelstelling voor, waartoe we alle betrokkenen uitnodigen:

'Ongelijkheden in gezondheid die (beleidsmatig) beïnvloedbaar zijn, worden zo vroeg mogelijk gedetecteerd en aangepakt zodat kinderen maximaal met gelijke kwalitatieve levensverwachtingen kunnen opgroeien'.

3.2. Doelgroep

Levensfase

Gezien het belang van de vroegste levensjaren, als determinerende periode en als hefboom, staan we voor een aanpak die start in de preconceptionele periode tot wanneer de kinderen 6 jaar zijn.

Dit betekent evenzeer een pleidooi om de inspanningen die hier voorgesteld worden te continueren in latere levensfasen, maar daar doen we binnen de schoot van deze werkgroep geen uitspraken over.

Kind, ouder, context,

De doelstelling hebben we geformuleerd op het niveau van het kind. Als toetssteen gebruiken we de resultaten en effecten die we (op langere termijn) vaststellen bij het kind (wanneer het ouder is).

In deze context behoren volgende groepen tot de doelgroep van de aanpak:

- het kind
- de ouder(s), het gezin
- de personen die deel uitmaken van de context, leefomgeving
- de voorzieningen en aanbieders
- de personen verantwoordelijk voor het beleid.

Proportioneel universeel

We stellen een aanpak voor welke toepasbaar is voor alle zwangeren, kinderen en hun ouders (universele aanpak) maar waarbij de intensiteit van de ondersteuning en de wijze waarop die geboden wordt sterk kan variëren naargelang de ondersteuningsnood van de zwangere, het kind en/of de ouders (proportionalisme). Voor zeer specifieke doelgroepen (vb. zwangere vrouwen zonder papieren) kunnen additionele programma's worden voorzien.

Deze aanpak heeft als voordelen dat:

- het stigmatisering vermijdt (geen apart zorgcircuit voor gezinnen in kwetsbare socio-economische situatie)
- het rekening houdt met de sociale gradiënt in gezondheid en met de grote variatie in ondersteuningsnood: de ondersteuning kan gradueel uitbreiden en een 'afkappunt' wordt vermeden (rechthebbenden versus niet-rechthebbenden)
- het de mogelijkheid biedt om 'op maat van het gezin' te werken wat de kans op slagen verhoogt.

4. Aanbevelingen

Om tot een coherente aanpak van gezondheidsongelijkheid te komen moeten we:

- voorzien in een gepast, kwalitatief en toegankelijk aanbod en interventies ingebed in en vertrekkende vanuit de lokale community
- samen met de (aanstaande) gezinnen een traject⁸ lopen waarin ze zich ondersteund weten in het realiseren van een 'kwalitatief leven'
- een competent systeem creëren dat de juiste randvoorwaarden schept.

Met het geheel aan zorgpaden en de community approach streven we meer specifiek volgende doelstellingen na:

Pre- en perinatale periode:

- moeder, kind, gezin bevinden zich in 'maximaal' mogelijke en 'gewenste' gezondheid
- moeder en gezin voelen zich voorbereid op ouderschap. Moeder en gezin bevinden zich in maximaal mogelijk en gewenst geestelijk welbevinden
- moeder en gezin ondervinden sociale steun
- moeder, kind en gezin hun rechten zijn geëffectueerd⁹
- moeder, kind en gezin zijn maximaal mogelijk en gewenst versterkt op de determinanten van gezondheid (inkomen, tewerkstelling, huisvesting, onderwijs, ...)
- moeder, kind en gezin hebben toegang tot de noodzakelijke en gewenste ondersteuning¹⁰
- moeder (en context) zijn versterkt in hun mogelijkheden om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen¹¹.

Jonge Kind:

- het kind bevindt zich in 'maximaal' mogelijke en 'gewenste' gezondheid
- het kind kan zich maximaal ontwikkelen. Ouders voelen zich ondersteund in hun ouderschap. Ouders en kind zijn ondersteund in het verwerven van gezondheidsvaardigheden en het aanbod aan diensten en preventie is aangepast aan de aanwezige gezondheidsvaardigheden.
- ouders en kind bevinden zich in maximaal mogelijke en gewenste geestelijk welbevinden
- ouders en kind ondervinden sociale steun
- ouders en kind hun rechten zijn verzekerd
- ouders en kind zijn zo maximaal mogelijk en gewenst versterkt op de determinanten van gezondheid (inkomen, tewerkstelling, huisvesting, onderwijs, milieu, publieke ruimte, keuzemogelijkheden voor gezond gedrag en toegankelijk gezond aanbod, ...)
- ouders en kind hebben toegang tot de noodzakelijke en gewenste ondersteuning
- ouders en kind zijn versterkt in hun mogelijkheden om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen.

⁸ Hiermee wordt het geheel aan 'zorgpaden' bedoeld, zie verder.

⁹ Het betreft hier alle tegemoetkomingen, diensten en voorzieningen waar men recht op heeft. Het algemeen recht op gezondheid houdt ook het recht op preventie en sensibilisering op maat in.

¹⁰ Ook hier kan er een spanningsveld optreden tussen de maatschappelijke norm en wat het individu beschouwt als gewenste ondersteuning.

¹¹ Cfr. definitie gezondheid Domus Medica.

Opmerking met betrekking tot de doelstellingen

Het definiëren van wat onder een 'kwalitatief leven', 'gewenste gezondheid' of 'voelen zich ondersteund in ouderschap' verstaan wordt is enigszins problematisch. We hanteren daarbij als uitgangspunt de dialoog tussen het individu met wat hij of zij zichzelf daarbij als doelstellingen stelt, onafhankelijk van de momentane beperkingen, en de ondersteuners/zorgverleners.

4.1. Community, voorzieningen en aanbod

Het welzijns- en gezondheidsaanbod is in Vlaanderen relatief goed uitgebouwd, evenwel zien we:

- dat er lokale verschillen bestaan, waardoor er drempels ontstaan voor sommige ouders en kinderen om ondersteuning te vinden op alle gewenste levensdomeinen
- dat het aanbod en interventies niet altijd evengoed aansluiten op of vertrekken vanuit de lokale community
- dat het aanbod en interventies nog meer potentieel hebben met betrekking tot onderlinge afstemming en verbindingen
- dat het aanbod en de interventies niet altijd even toegankelijk zijn, zowel qua bereik als effect
- dat het aanbod en de interventies niet altijd evengoed aansluiten bij de noden van de gezinnen.

Daarom stellen we als werkgroep dat we moeten voorzien in een gepast, kwalitatief en toegankelijk aanbod en interventies ingebed in en vertrekkende vanuit de lokale community. We vertrekken daarbij vanuit de sterkte van de huidige situatie en de beleidsopties die reeds genomen zijn, we sturen bij op basis van de noden van gezinnen, en benoemen daarbij expliciet volgende aandachtspunten:

Het aanbod naar (aanstaande) ouders en jonge kinderen, gelinkt aan de genoemde doelstellingen is zeer divers. Om dit coherent uit te bouwen en de ontsluiten willen we dit, waar mogelijk en opportuun, verbinden via de Huizen van het Kind.

We zorgen ervoor dat elke (aanstaande) ouder beroep kan doen op sociale steun. Daartoe versterken en bouwen we sociale netwerken uit waarin diversiteit belangrijk is. Die sociale netwerken bieden naast hun intrinsieke waarde ook een voedingsbodem voor interventies (zoals bv. co-creatieve wijkgerichte projecten voor een gezonde buurt).

We zorgen ervoor dat elke (aanstaande) ouder beroep kan doen op het groepsaanbod welke (de voorbereiding op) het ouderschap ondersteunt. We bouwen daartoe voort op bestaande initiatieven (ziekenfondsen, vroedvrouwen, opvoedingswinkels, inloopteams, Gezinsbond, wijkgezondheidscentra, wijkwerkingen, ...) die we onder meer via de Huizen van het Kind coherent en toegankelijk ontsluiten en zorgen ervoor dat deze beter aansluiten op de behoeften van de gezinnen.

We voorzien/versterken het aanbod dat de gezondheidsvaardigheden van zwangeren, ouders en kinderen bevordert, zowel in functie van toegankelijke zorg als in functie van een gezonde leefstijl in een gezonde omgeving. We bouwen daartoe voort op bestaande initiatieven (ziekenfondsen, vroedvrouwen, opvoedingswinkels, inloopteams, Gezinsbond, OCMW en CAW diensten, jeugd(welzijns-)zorg, kinderopvang, ...) die we onder meer via de Huizen van het Kind coherent en toegankelijk ontsluiten en zorgen ervoor dat deze beter aansluiten op de behoeften van de gezinnen.

Elke aanstaande ouder en elk kind krijgen de gepaste ondersteuning op het vlak van mondzorg. We faciliteren de toegang tot mondgezondheid door de koppeling te maken tussen consultatiebureaus en centra voor leerlingenbegeleiding -waar mogelijk via de Huizen van het Kind- en door het inzetten van mondhygiënist/tandartsen voor een jaarlijks preventief consult¹². We werken hiervoor de drempels die gezinnen ervaren weg.

We ondersteunen ouders bij de transitie momenten in het gezin en de impact daarvan op hun relatie. We versterken daartoe onder meer het 'relatie ondersteunend aanbod' en maken dit meer toegankelijk.

¹² Cfr. aanbeveling Koninklijke Academie voor Geneeskunde, <https://kagb.login.kanooh.be/sites/default/files/atoms/files/Mondzorgassistent.pdf>

Elke zwangere en elke ouder, die behoefte heeft aan praktische hulp, kan hier al vanaf de zwangerschap beroep op doen om de thuiscontext in orde te krijgen tegen de thuiskomst met de baby, en ook bij het dagdagelijkse leven na de bevalling. We versterken daartoe de link tussen de aanbieders en de Huizen van het Kind in het kader van toeleiding en coherente ontsluiting.

We ondersteunen kinderen en ouders in hun educatieve ontwikkeling door warme toeleiding naar onderwijs en flankerend ondersteunend beleid (huistaakbegeleiding, taalontwikkeling, ...).

Elke zwangere, elke ouder, elk kind, die daaraan nood heeft, kan gepast beroep doen op geestelijke gezondheidszorg zowel op het vlak van preventie als curatie. In dit kader is de verdere uitrol van de 'Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' belangrijk en zoeken we naar opportuniteiten in de link tussen de 'consult en liaisonfunctie' en de Huizen van het Kind. Complementair daaraan wordt er verder ingezet op de ondersteuning bij (dreigende) postpartum depressie.

Elke zwangere, elke ouder, elk kind die daaraan nood heeft, wordt reeds in de zwangerschap ondersteund in het kader van rechten uptake en de toegang tot noodzakelijke en gewenste ondersteuning op het vlak van determinanten van gezondheid. We volgen de ontwikkelingen in breed onthaal op en bekijken in dialoog hoe de Huizen van het Kind zich hiermee kunnen verbinden. We versterken, gecombineerd daaraan, de loketfunctie in de Huizen van het Kind, door linken te leggen met de kinderbijslagfondsen, lokaal loket kinderopvang, ...

We betrekken de doelgroep bij de uitbouw en vormgeving van het lokaal aanbod (en de Huizen van het Kind) en hebben daarbij bijzondere aandacht voor het perspectief van mensen in armoede.

4.2. Lokaal beleid en interventies

Interventies en lokaal beleid dienen te vertrekken vanuit de lokale community en moeten gedragen worden door de verschillende betrokken actoren om de kans op succes te verhogen. Daarom pleiten we voor een sterke samenwerking tussen gezonde gemeente, lokale besturen, logo's, Huizen van het Kind, onderwijs, lokale actoren, de lokale gemeenschap, armoedeverenigingen, ... om tot lokale preventieve acties te komen op basis van aangepaste Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en lokaal gedefinieerd. Cruciaal daarbij is dat elke interventie erop gericht is gezondheidsongelijkheid te verkleinen. Daartoe wordt, in samenwerking met relevante stakeholders, gewerkt aan onderzoek naar participatieve ontwikkeling en implementatie van succesvolle interventies. We willen samen met de gemeenschappen waarin de gezinnen leven een traject lopen om de condities en stimulansen voor een 'kwalitatief leven' te verbeteren.

Om een goed lokaal beleid te voeren moet er werk gemaakt worden van een kader voor community-diagnose en wijkprofielen. Naast de cruciale rol daarin van de lokale gemeenschap dient er bekeken te worden welke data, o.a. de data van overheden, ziekenfondsen en (lokale) organisaties hiervoor relevant kunnen zijn om op wijkniveau te gebruiken. Zowel determinanten uit de fysieke en sociale omgeving als op gedragsniveau en op gezondheidsstatus gebruiken we om effectieve gradiënt verkleinende interventies te kiezen. De gegevens die gebruikt worden dienen volledig geanonimiseerd te zijn.

We zetten in op outreachend werken, we bereiken ouders en kinderen waar ze vertoeven. Daartoe wordt samengewerkt met lokale verenigingen, bedrijfsleven,

4.3. Trajecten/zorgpaden

Het traject dat we samen met een zwangere/ouder(s)/kind willen lopen vertaalt zich in een (of meerdere) zorgpad(en).

Het gebruik van de term 'zorgpad' is in deze context niet evident gezien de term bij verschillende beroeps-groepen en sectoren een eigen invulling kan kennen en dat het voor de eigenlijke doelgroep (ouders, kinderen, gezinnen) geen gebruiksvriendelijke term is. Tot op heden hebben we geen betere term gevonden welke omschrijft wat de precieze doelstelling is.

We definiëren 'zorgpad' als het ideale en te verwachten verloop, prospectief voor een afgebakende populatie. Binnen de scope van de werkgroep beschouwen we de populatie als elke (aanstaande) ouder en elk kind, tot wanneer het kind 6 jaar is. De zorgpaden bevatten de acties en aanbod welke we willen aanbieden en de afspraken en engagementen van de betrokken actoren. Door dit te vatten in een zorgpad benadrukken we het belang van de continuïteit in de tijd en in aanbod en dat van de samenwerking tussen de actoren. Daarnaast kunnen we op die manier aan de (aanstaande) ouders en hun kinderen duidelijk maken wat het traject is dat we samen met hun willen lopen.

We doen binnen de schoot van de werkgroep geen uitspraken over de uitvoerder van acties en aanbod (behalve waar dit evident is) in het kader van het zorgpad. Anderzijds wensen we te benadrukken dat acties en aanbod zoveel als mogelijk moeten gebeuren door of kunnen aanhaken daar waar hulpverlening goed loopt, waar reeds vertrouwen is opgebouwd, ...

Aangezien we spreken over het ideale en te verwachten verloop, prospectief voor een afgebakende populatie, vergt het de noodzakelijke ruimte om het aan te passen aan het individu en de lokale situatie. Hierbij hanteren we het principe dat de regie van het zorgpad maximaal bij de zorggebruiker ligt.

Naast het zorgpad (te verwachten en 'programmeerbaar') is het belang van de breed beschikbare 'receptieve functie' van eerstelijnsactoren¹³ niet te onderschatten.

Gebaseerd op het proportioneel universalisme voorzien we in een universeel zorgpad, dat waar nodig proportioneel ingevuld wordt en ondersteund wordt door flankerende zorgpaden¹⁴, zodat we maximaal dezelfde uitkomsten realiseren (zie doelstelling). We zorgen voor verdere concretisering in nauwe afstemming en vanuit het perspectief van de zorggebruiker.

4.3.1. Universeel/generiek zorgpad

We stellen voor dat er een universeel generiek zorgpad komt voor alle (aanstaande) ouders en kinderen tot de leeftijd van zes jaar. Dit kan starten in de preconceptionele periode wanneer de kinderwens gekend is.

De basis voor het generieke zorgpad wordt gevormd door¹⁵:

- de pre-perinatale KCE-richtlijn¹⁶
- de zorgpaden zoals ze nu uitgewerkt worden in het kader van de pilotprojecten verkort verblijf
- het consultschema (State of -the -Art) zoals gebruikt door Kind en Gezin¹⁷
- het consultschema (State of the Art) zoals gebruikt door de CLB's¹⁸.

Concreet betekent dit dat:

- Voor 100 % van de zwangeren de KCE-richtlijn (+ ontwikkelingen in kader van verkort verblijf) als zorgpad tijdig wordt geïnitieerd en volledig wordt uitgevoerd¹⁹.

Aanvullend daaraan voorzien we voor 100% van de zwangeren een contact met een competente professional²⁰, vroeg in het traject, uitgevoerd als huisbezoek of consult.

Doelstelling van contact: inschatten van ondersteuningsbehoeften en initiëren van gewenste ondersteuning.

¹³ Bv. de huisartsen, eerstelijnspsychologen, CAW, Huizen van het Kind,....

¹⁴ Bv. het zorgpad in het kader van postpartum depressie.

¹⁵ Concrete pad-> in opbouw zie link <https://prezi.com/gy-bbv1yeddy/aanpak-gezondheidsongelijkheid/>

¹⁶ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_248As_aanbevolen_onderzoeken_zwangerschap_Synthese.pdf

¹⁷ <http://www.kindengezin.be/gezinsondersteuning/dienstverlening-door-kind-en-gezin/consulten/>

¹⁸ http://ond.vlaanderen.be/club/club-medewerker/Medische_consulten.htm opgelet! momenteel aan wijzigingen onderhevig

¹⁹ As is: veelal te late initiatie bij kwetsbaren en (daardoor) niet volledige uptake + het is op heden een richtlijn eerder dan een gezamenlijk en gecoördineerd pad.

²⁰ We spreken ons hierbij niet uit over de uitvoerder.

Aanvullend daaraan voorzien we voor 100% van de zwangeren een contact met een competente professional in het laatste trimester, uitgevoerd als huisbezoek of consult²¹.

Doelstelling van contact: voorbereiding op bevalling en verzekeren van de noodzakelijke ondersteuning bij thuiskomst.

- Een 100% participatie in het traject Jonge Kind (State of the Art Kind en Gezin en CLB tot 6 jaar) wordt nagestreefd.

Waarbij de 2 consulten uitgevoerd vanaf de leeftijd van 2,5 jaar (CLB) ingevuld worden als ouder/kind consulten.

Doelstelling van het betrekken van de ouders: ouders hebben een extra contactmogelijkheid met een professional in relatie tot het opgroeien en opvoeden van hun kind(eren)²².

Aanvullend daaraan integreren we hierin een preventief mondzorgconsult voor 100% van de kinderen vanaf de leeftijd van 2,5 jaar.

Binnen dit zorgpad wordt de aandacht verzekerd voor²³:

- medische opvolging
- geestelijk welbevinden
- (voorbereiding op) ouderschap
- ontwikkeling
- gezonde voeding en beweging
- (mee) Roken en middelengebruik
- mondgezondheid
- sociale steun
- praktische hulp²⁴
- determinanten van gezondheid
- verzekeren van rechten en ondersteuningsmogelijkheden
- vrijetijdsbesteding
- gezondheidsvaardigheden.

Vanuit de contacten in dit zorgpad, maar evengoed door andere betrokken actoren (receptieve functie), wordt extra ondersteuning geïnitieerd op basis van de ondersteuningsbehoeften van de zwangere/ouder/kind en hun prioriteiten en mogelijkheden op voorgaande thema's. Dit gebeurt door toeleiding naar 'basisvoorzieningen' (zie eerder), door het toeleiden naar gemeenschaps- en groepsinitiatieven die aan aanvulling vormen op de individuele ondersteuning dan wel, of tegelijk, door het meer proportioneel invullen van het generieke zorgpad of het initiëren van extra zorgpaden.

4.3.2. Proportioneel

Intensifiëring zorgpad

Op basis van de noden van de ouder/kind/gezin dient het zorgpad geïntensifieerd te worden. Dit door het inschakelen van extra competenties en/of rollen in het traject of door het intensifiëren naar frequentie en intensiteit.

²¹ Uit Sara Willems, discussienota, mei 2015 'Naar een intensifiëring van de zorg voor zwangere vrouwen en jonge kinderen in kwetsbare gezinnen'.

²² Confratum tekst VVVJ.

²³ Dit zijn de grote categorieën en dienen verder gespecificeerd te worden, bv. in kader van determinanten van gezondheid gaat het over (huisvesting, leefomgeving, opleiding, werk, ...).

²⁴ Hiermee wordt onder meer de dienstverlening van de diensten gezinszorg bedoeld.

Inschakeling extra competenties en/of rollen²⁵

- Bij meer complexe situaties, waarbij verschillende kwetsbaarheden gecombineerd worden, wordt een (perinatale) zorgcoördinator ingeschakeld. De inschatting van de nood daartoe wordt minstens uitgevoerd in het bovengenoemde contact en in het verdere proces herhaald. Het is aan te bevelen dat deze rol uitgevoerd wordt door een zorg/dienstverlener met verzekering van continuïteit van uitvoerder.
- Wanneer de aansluiting met zorgprofessionals en –systemen bemoeilijkt wordt, wordt een steunfiguur ingeschakeld (zoals een buddy, gezinsondersteuner, intercultureel bemiddelaar, ervaringsdeskundige in de kansarmoede, community health worker, ...) Het is aan te bevelen dat deze rol gedurende het gehele traject beschikbaar blijft (continuïteit).

Intensifiëring in frequentie en intensiteit van basispakket

- KCE- richtlijn, jonge kind

Op (medische) indicatie conform de huidige werkwijze.

- Intensieve basisondersteuning

Bij gecombineerde kwetsbaarheden wordt voorzien in intensifiëring van de contacten van de (perinatale) zorgcoördinator (rol), complementair aan de ondersteuning door andere betrokken actoren, om de gezamenlijke (zwangere en professionals) doelstellingen te ondersteunen, cfr. programma voorzorg.

Initiëren van flankerende/extra zorgpaden

- Geestelijke gezondheid
 - o Op dit moment wordt door de moeder-kind eenheden een zorgpad ontwikkeld.
 - o Op het vlak van postpartum depressie voorzien we een goede detectie en doorverwijzing vanuit het generieke zorgpad en de betrokken actoren.
- Mondzorg
 - o Elke zwangere heeft in de prenatale periode een contact met een tandarts/mondhygiënist.
 - o Elk kind gaat vanaf de gepaste leeftijd op jaarlijks preventief mondzorgconsult bij tandarts/mondhygiënist.
- Roken en middelengebruik
 - o Pre-conceptie-pad voor een rookvrije omgeving dat start voor de zwangerschap (niet meer roken projecten opzetten en toeleiden. Deskundigheid in motivational interviewing).
 - o Cfr. bestaande zorgpaden.
- Gezonde voeding en beweging (o.m. ter bestrijding van obesitas)
 - o Cfr. bestaande zorgpaden;
 - o Indien er (financiële) drempels zijn met betrekking tot gezonde voeding zou de toegang daartoe moeten gefaciliteerd worden.
- Rechtenverzekering
 - o We zorgen ervoor dat voor 100% van de zwangeren hun rechten verzekerd zijn. Indien uit een van de contacten uit het generieke zorgpad zou blijken dat dit niet het geval is dan worden er concrete afspraken gemaakt (o.m. in het kader van het zorgpad) met de betrokken actoren om dit te ondersteunen. We denken daarbij evident aan de link met de kernactoren van het breed geïntegreerd onthaal.
- Toeleiding naar basisvoorzieningen (kinderopvang, kleuteronderwijs, ...)
 - o De toegang naar basisvoorzieningen wordt vanuit het zorgpad bekeken en gestimuleerd. Indien er drempels zijn dan wordt er vanuit de betrokken actoren van het zorgpad toegeleid naar deze voorzieningen.

²⁵ Deze rollen kunnen opgenomen worden door verschillende actoren rond het gezin en kunnen gecombineerd worden. We streven niet naar meer professionals rond het gezin, maar wel naar beschikbaarheid van alle noodzakelijke competenties en rollen.

Voor wat betreft de bestaande zorgpaden die hierboven vermeld worden, vragen we deze te evalueren op hun effect op gezondheidsongelijkheid en deze op basis daarvan aan te passen.

4.4. Competente systemen

4.4.1. Financiële toegankelijkheid

Met betrekking tot de basisondersteuning en de acties in het kader van het zorgpad stelt de werkgroep dat deze geen financiële drempels mogen bevatten. Concreet kan dit betekenen dat:

- De medische zorg gratis is. Voor wat betreft de binnen de conventie nomenclatuur gebonden akten is dit vrij van remgeld en met veralgemeende Regeling Betalende Derde.
- De voorgeschreven medicatie gratis.
- De acties in het kader van het zorgpad worden erkend als dringende medische hulp zodat ook niet-recht-hebbenden gebruik kunnen maken van deze ondersteuning.

We vragen aan de betrokken ministers en administraties om hierover in overleg te gaan.

4.4.2. Samenwerking met ouders en tussen professionals

Inleidende opmerking: gezien het belang van gegevensdeling in de samenwerking en de gevoeligheid van dit thema moet bij de verdere uitwerking duidelijkheid gecreëerd te worden op basis van dialoog tussen zorggebruikers en zorgverleners over de modaliteiten van de gegevensdeling.

- Elke interventie ten opzichte van het kind en gezin in relatie tot het zorgpad wordt gedigitaliseerd. Dit betekent dat er voor elk kind en elke ouder een elektronisch medisch dossier moet zijn en dat elke betrokken actor de noodzakelijke gegevens uitwisselt. Vanzelfsprekend is dit in samenspraak met de betrokkenen en volgens de regels van de privacy.
- Het zorgpad dient gedigitaliseerd te worden en faciliteert de samenwerking tussen professionals en ouders via een digitaal zwangerschaps- en kindboekje.
- Het zwangerschaps- en kindboekje bevat de gegevens van de (door het gezin gekozen) contactpersoon via de welke de betrokken professionals contact kunnen opnemen in kader van (het coördineren van) de zorg.
- Er dient voldoende tijd te worden voorzien voor overleg tussen het gezin en de professionals.
- De inschakeling van ondersteuning dient versneld te worden door het ontwikkelen van modellen op basis van te verwachten co-morbiditeit.
- We vragen prioriteit te geven aan gezinnen met jonge kinderen en zwangeren bij het aanpakken van wachtlijsten.

4.4.3. Opvolging

Op Vlaams niveau dient het zorgpad te worden opgevolgd, dit kan gebeuren naar analogie met de taak die opgenomen wordt door Kind en Gezin met betrekking tot het jonge kind. Op die manier kan het recht op ondersteuning gewaarborgd worden.

4.4.4. Health in all policies

Op lokaal en op Vlaams beleidsniveau worden de knelpunten en structurele belemmeringen die in de praktijk gevonden worden, omgezet in beleidsadviezen voor de betrokken beleidsdomeinen. De doelgroep wordt in co-creatieve projecten betrokken bij beleidsvoorstellen die de omgevingsfactoren beïnvloeden. (vb. mobiliteit in functie van toegankelijk aanbod).

4.4.5. Competenties

We vragen dat er een traject uitgezet wordt om de competenties van de betrokken professionals te versterken, minstens op het vlak van:

- Samenwerking met professionals en het gezin
- Omgaan met diversiteit
- Verkennen en correct inschatten van de af- of aanwezige gezondheidsvaardigheden
- Motiverend werken voor gezond gedrag
- Co-ownership van het zorgpad met de zorgvrager
- Aangepaste communicatievormen met anderstaligen
- ...

5. Pilootprojecten

We stellen voor pilootprojecten op te zetten waarin alle belangrijke elementen uit de aanpak vervat zitten, met een engagement van alle actoren en de verschillende overheden, gekoppeld aan de evolutie naar verkort verblijf in de kraamkliniek en waar mogelijk aan de pilootprojecten breed geïntegreerd onthaal. We stellen voor deze pilootprojecten wetenschappelijk te onderbouwen en deze als dusdanig op te volgen. Het perspectief van de zorggebruiker en de effecten op gezondheidsongelijkheid zijn daarbij de belangrijkste toetsstenen.