



Kinderarmoede:
toegang tot maatschappelijke
dienstverlening:
gezondheidszorg

Voor Rocky



Prof.dr. Sara Willems, MA, PhD

Prof.dr. Jan De Maeseneer, MD, PhD

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Universiteit Gent

Wijkgezondheidscentrum Botermarkt Ledeberg vzw

Brussel, 6 juli 2015

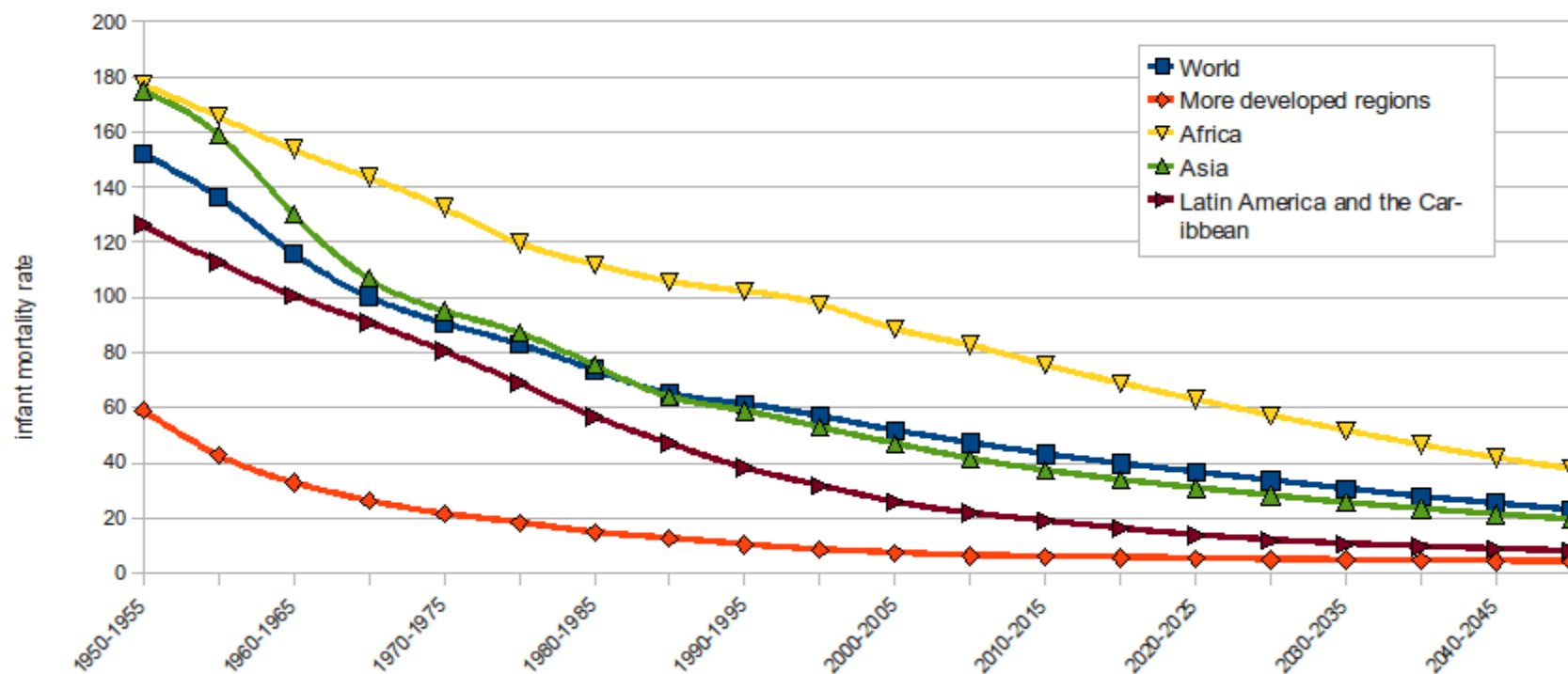


Kinderarmoede: Toegang tot maatschappelijke dienstverlening: gezondheidszorg

1. Sociale verschillen in gezondheid
 2. Verklaringsmechanismen
 3. Aanpak in de praktijk
 4. Aanpak vanuit de politiek
 5. Werk internationaal samen
-

Infant Mortality Rate by Region, 1950-2050.

Source: UN World Population Prospects, 2008.



THE LANCET

Volume 378 · Number 9799 · Pages 1275-1354 · October 8-14, 2011

www.thelancet.com

“By investing in early child development programmes, we have an opportunity to break the cycle of inequities that has dominated the lives of millions of children and families in low-income and middle-income countries.”

See **Series** page 1325

Editorial

Rediscovering the Americas
See page 1275

Articles

Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men
See page 1297

Articles

Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania
See page 1306

Articles

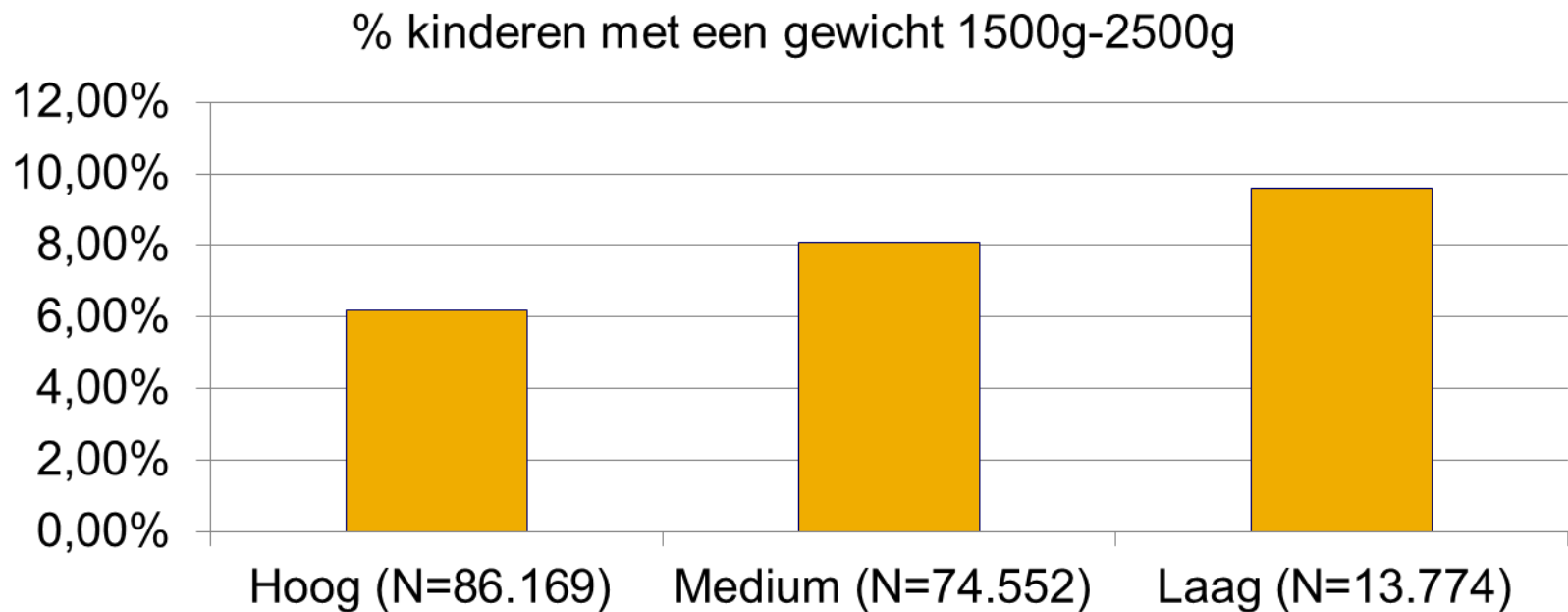
Relation between falciparum malaria and bacteraemia in Kenyan children
See page 1316

Series

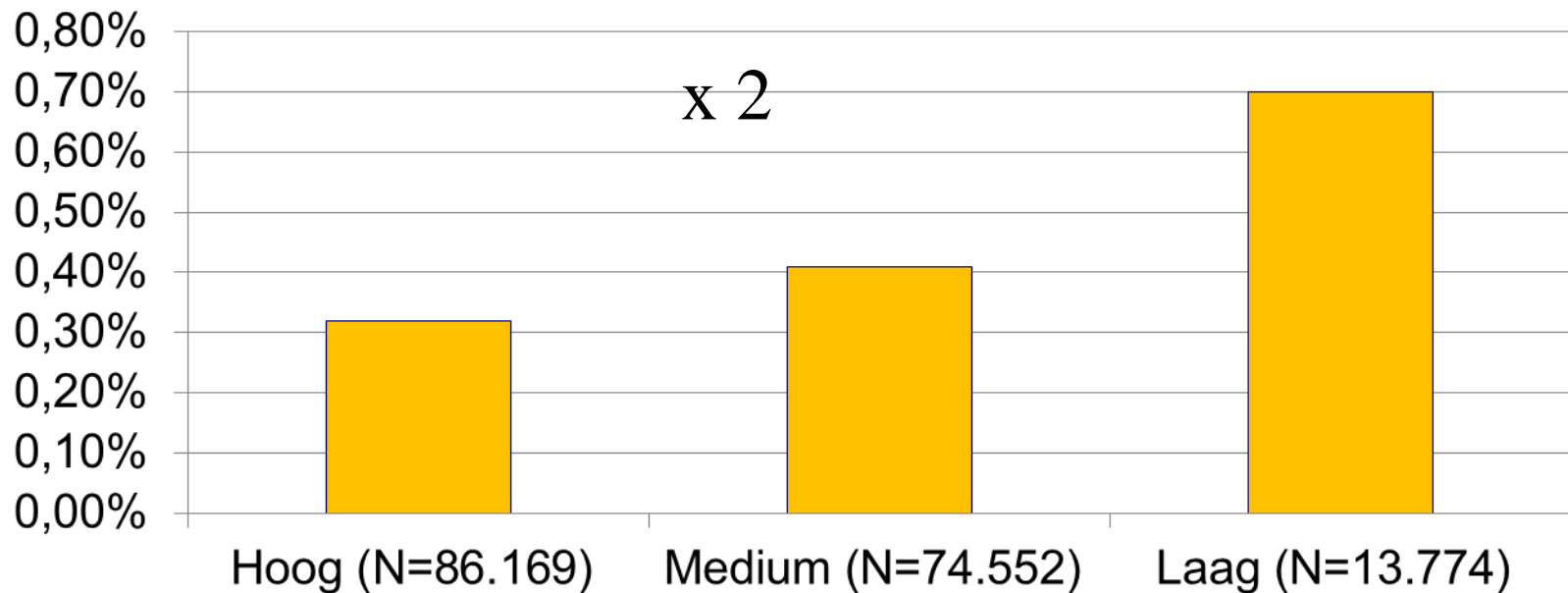
Child Development 1 and 2: Inequality in early childhood; Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes
See pages 1325 and 1339

Iedereen gelijk geboren?

Geboortegewicht volgens opleidingsniveau van de moeder

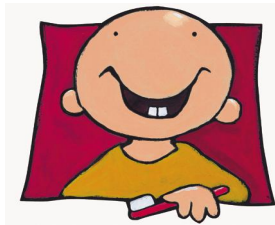


Infant mortality (0-1 jaar) volgens opleidingsniveau van de moeder



Bron: Studiecentrum Perinatale Epidemiologie, 2007

IM: infant mortality



Kind zijn in Gent: niets aan de tand ...



Prevalentie: 18,5%
7,4% in the hoogste beroepsklasse
15,6% in de middelste beroepsklasse
29,6% in the laagste beroepsklasse

kinderen met moeders van Oost-Europese
afkomst: 19 x meer kans op cariës

164 Poverty and child health

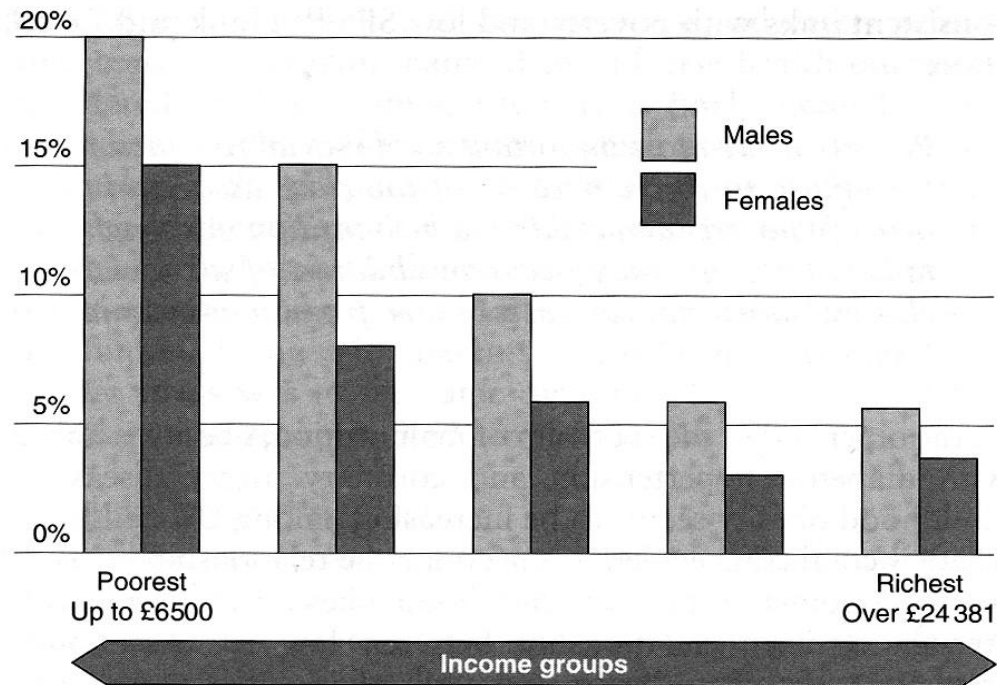
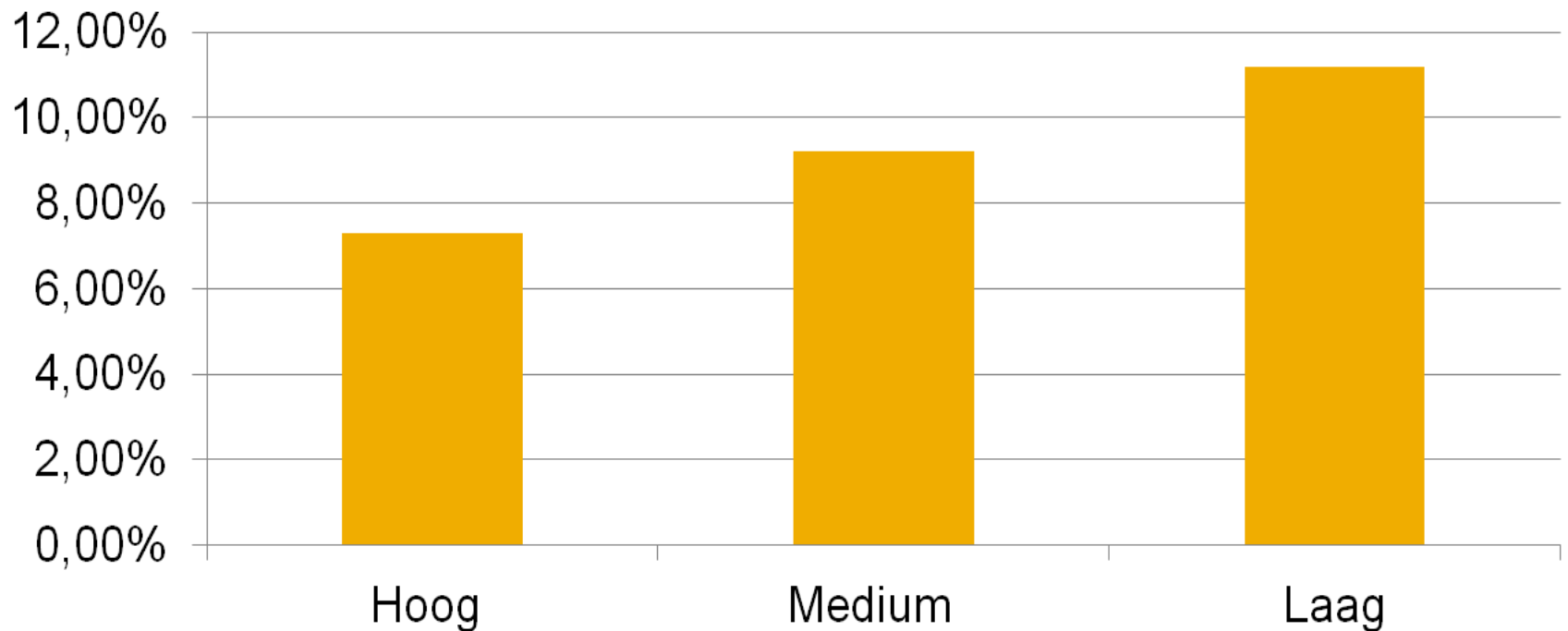


Figure 6.9 Difficult children and income: percentage of children aged 4–15 with emotional/behavioural difficulties. (Source ¹¹⁸)

% jongeren met een BMI tussen 25-30



THE LANCET

Volume 385 • Number 9546 • Pages 2433-2546 • June 20-26, 2015

www.thelancet.com

“With an estimated 2.1 billion people overweight globally, tackling childhood obesity is one of the most serious challenges of our generation, requiring a societal and systems change in our approach to food, lifestyle, and the environments children grow up in.”

See Editorial page 2434

Editorial

The G7 and global health: inaction or inclusive leadership?
See page 2432

Comment

Capacity for science in sub-Saharan Africa
See page 2435

Articles

Radial versus femoral access in patients with acute coronary syndromes undergoing invasive management
See page 2495

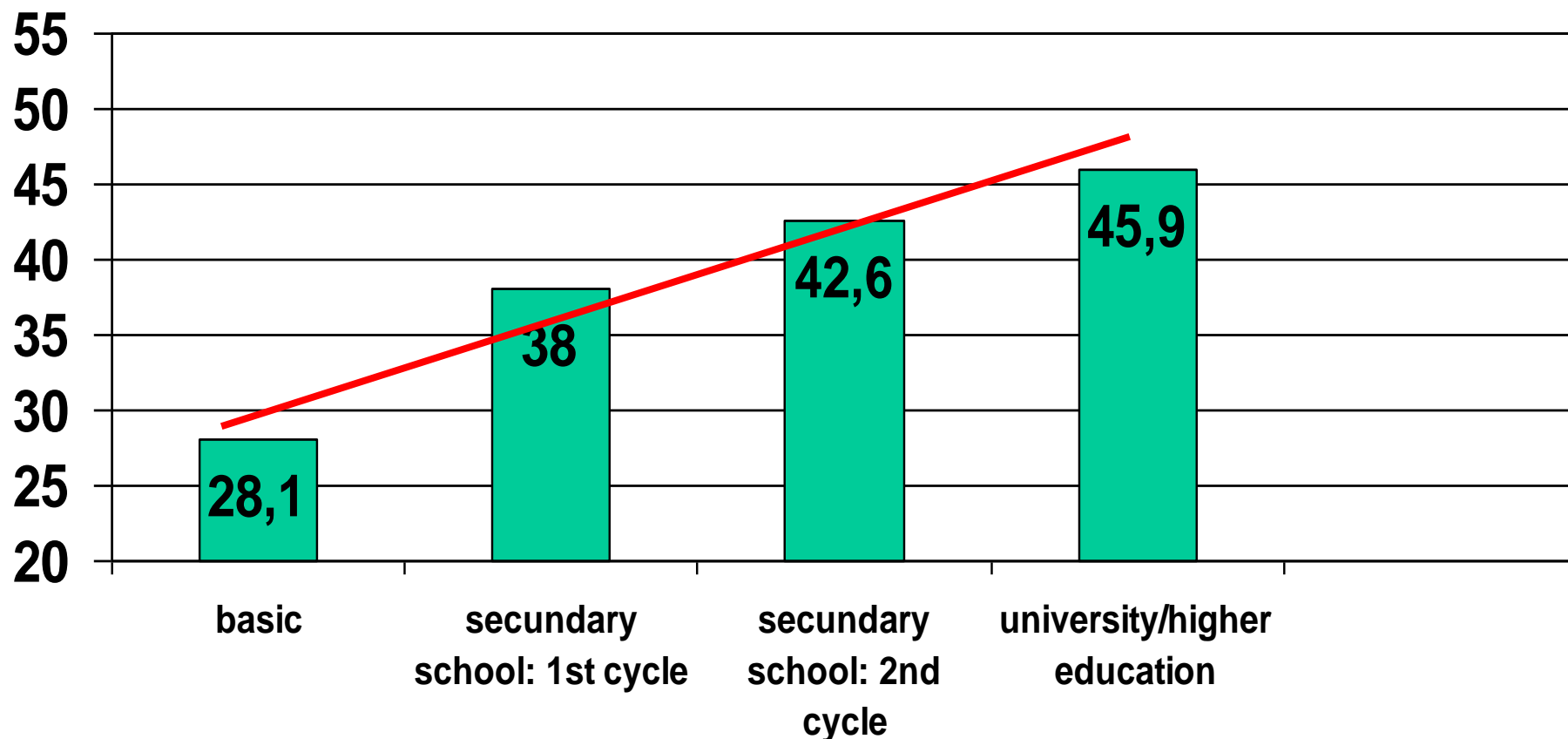
Articles

HYPERAT-1: immediate delivery versus expectant monitoring for hypertensive disorders of pregnancy
See page 2499

Series

Obesity 4, 5, and 6: Child and adolescent obesity, management of obesity, and healthy food environments
See pages 2500, 2501, and 2534

Healthy life expectancy in Belgium, 25 years, men

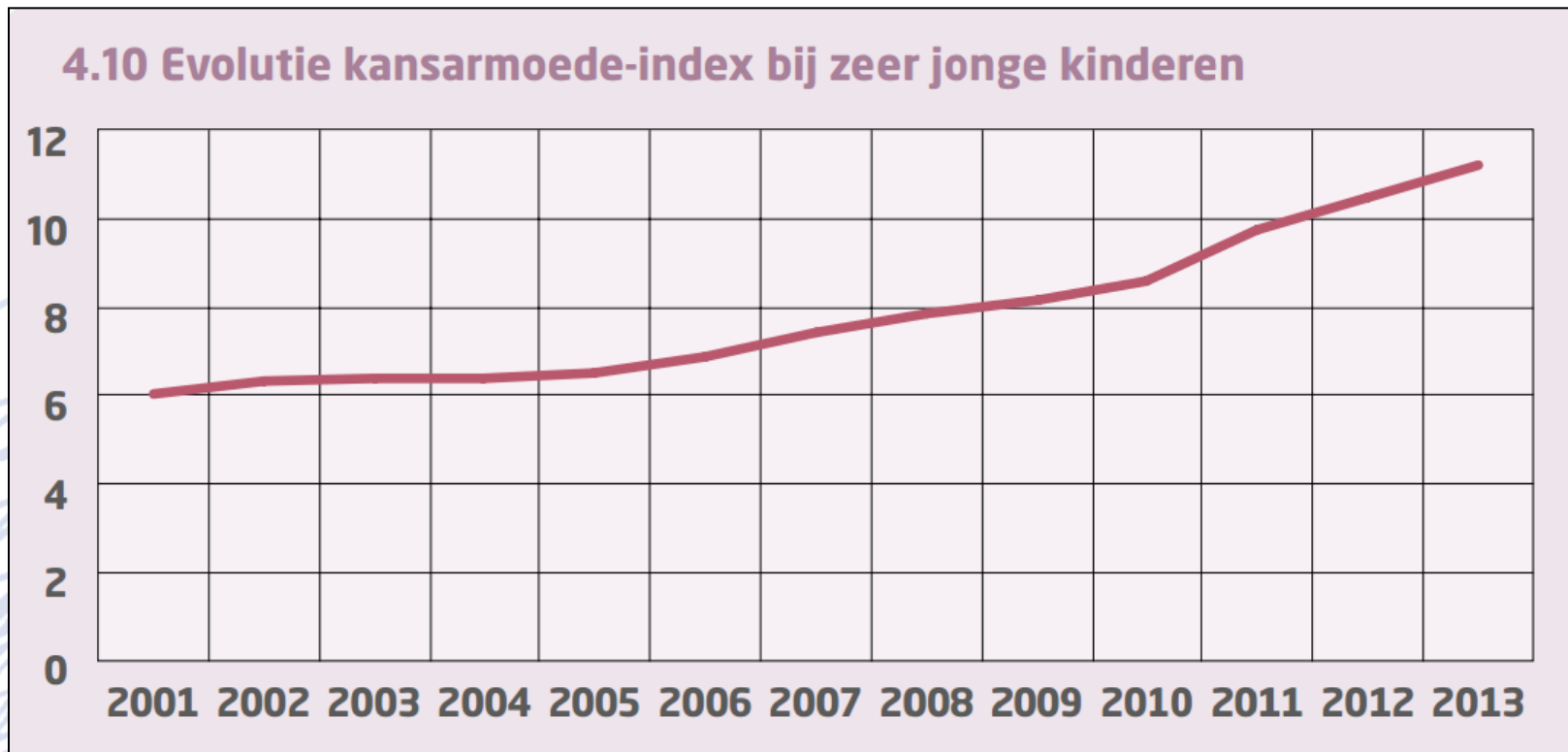


Age-standardised prevalence and prevalence ratio of diabetes by educational level in men and women, 30-64 years of age in selected countries (source: Eurothine, 2007)

Country	Tertiary education	Lower secondary education
Spain		
Men	2.7	4.9
Women	1.1	5.1
Belgium		
Men	1.5	4.4
Women	1.2	4.6
Estonia		
Men	2.0	5.3
Women	4.1	8.2

Aantal kinderen at risk
in Vlaanderen?

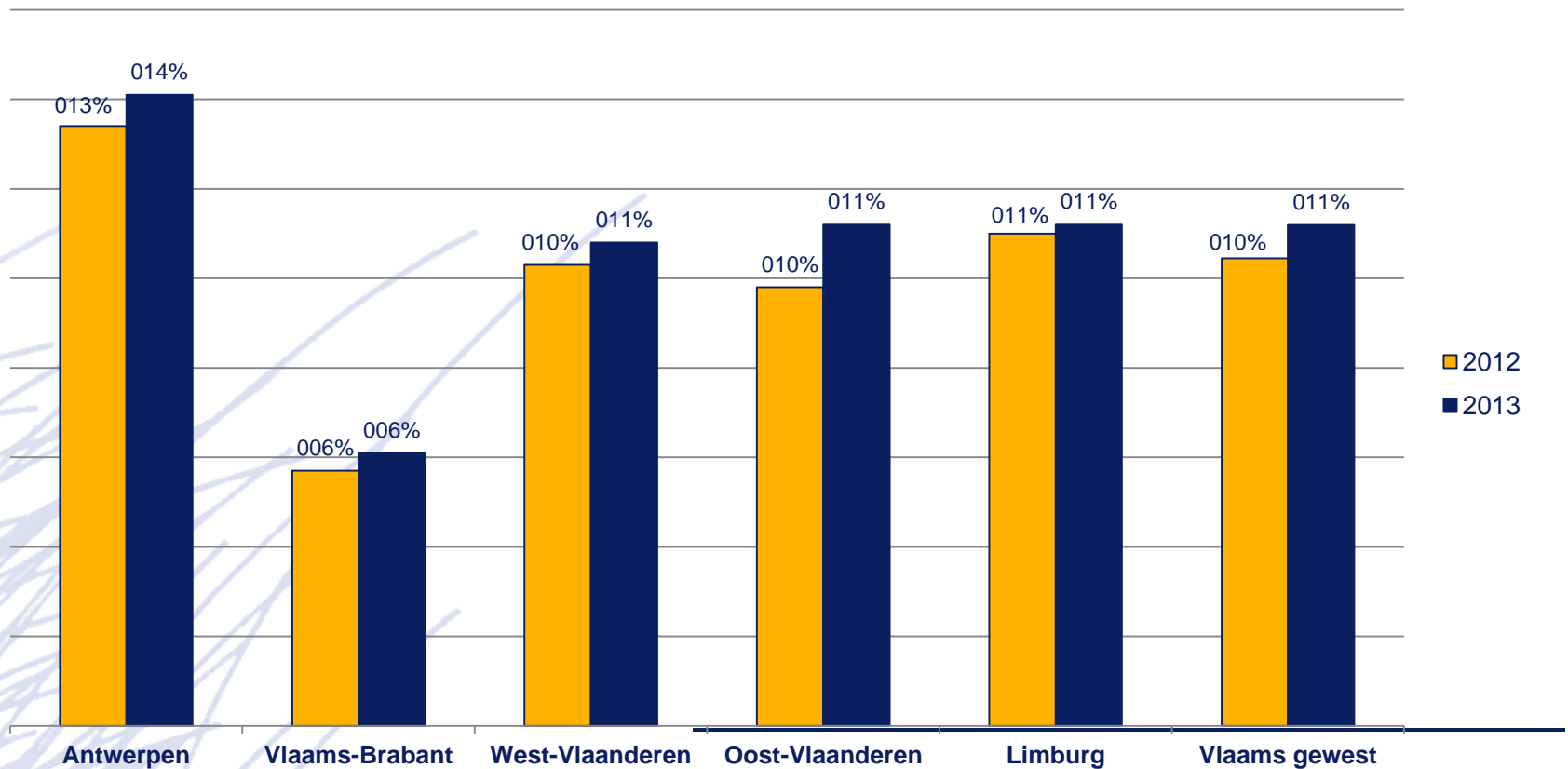
Evolutie kansarmoede index bij zeer jonge kinderen (Vlaams gewest)



Vlaams gewest (2013): 11,19%
0,74 procentpunt gestegen sinds 2012

Bron: Kind en Gezin - Ikaros/Mirage (2013)

Evolutie kansarmoede index bij zeer jonge kinderen (Vlaams gewest)



Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study

Frank J Elgar, Timo-Kolja Pfortner, Irene Moor, Bart De Clercq, Gonneke W J M Stevens, Candace Currie

Summary

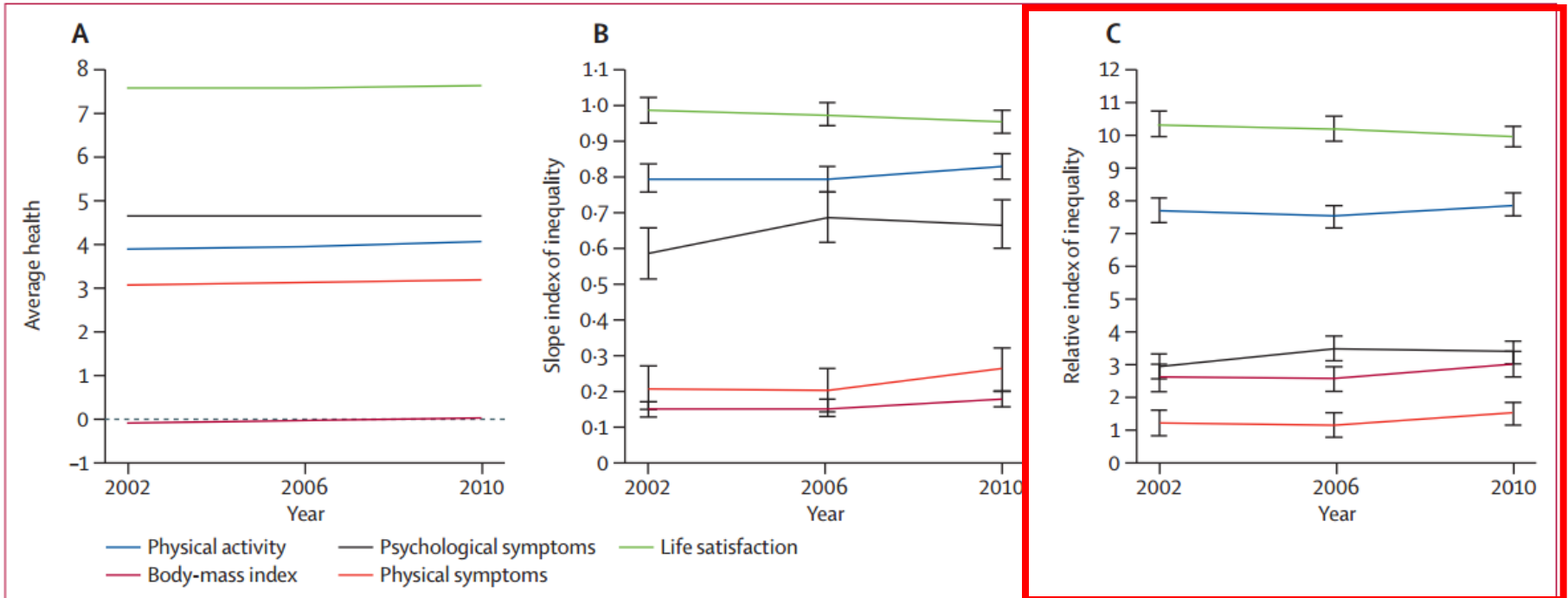
Background Information about trends in adolescent health inequalities is scarce, especially at an international level. We examined secular trends in socioeconomic inequality in five domains of adolescent health and the association of socioeconomic inequality with national wealth and income inequality.

Methods We undertook a time-series analysis of data from the Health Behaviour in School-aged Children study, in which cross-sectional surveys were done in 34 North American and European countries in 2002, 2006, and 2010 (pooled n 492788). We used individual data for socioeconomic status (Health Behaviour in School-aged Children Family Affluence Scale) and health (days of physical activity per week, body-mass index Z score [zBMI], frequency of psychological and physical symptoms on 0–5 scale, and life satisfaction scored 0–10 on the Cantril ladder) to examine trends in health and socioeconomic inequalities in health. We also investigated whether international differences in health and health inequalities were associated with per person income and income inequality.

Findings From 2002 to 2010, average levels of physical activity (3.90 to 4.08 days per week; $p < 0.0001$), body mass (zBMI -0.08 to 0.03 ; $p < 0.0001$), and physical symptoms (3.06 to 3.20, $p < 0.0001$), and life satisfaction (7.58 to 7.61; $p = 0.0034$) slightly increased. Inequalities between socioeconomic groups increased in physical activity (-0.79 to -0.83 days per week difference between most and least affluent groups; $p = 0.0008$), zBMI (0.15 to 0.18 ; $p < 0.0001$), and psychological (0.58 to 0.67 ; $p = 0.0360$) and physical (0.21 to 0.26 ; $p = 0.0018$) symptoms. Only in life satisfaction did health inequality fall during this period (-0.98 to -0.95 ; $p = 0.0198$). Internationally, the higher the per person income, the better and more equal health was in terms of physical activity (0.06 days per SD increase in income; $p < 0.0001$), psychological symptoms (-0.09 ; $p < 0.0001$), and life satisfaction (0.08 ; $p < 0.0001$). However, higher income inequality uniquely related to fewer days of physical activity (-0.05 days; $p = 0.0295$), higher zBMI (0.06 ; $p < 0.0001$), more psychological (0.18 ; $p < 0.0001$) and physical (0.16 ; $p < 0.0001$) symptoms, and larger health inequalities between socioeconomic groups in psychological (0.13 ; $p = 0.0080$) and physical (0.07 ; $p = 0.0022$) symptoms, and life satisfaction (-0.10 ; $p = 0.0092$).

Interpretation Socioeconomic inequality has increased in many domains of adolescent health. These trends coincide with unequal distribution of income between rich and poor people. Widening gaps in adolescent health could predict future inequalities in adult health and need urgent policy action.

Trends in average health (A), absolute inequalities in health (B) and relative inequities in health (C)



Conclusion

1. Socioeconomic differences in adolescents' mental and physical health increased from 2002 to 2010 in a large sample of high-income countries.
2. Widening socioeconomic inequalities in adolescent health contrast with improvements seen for children in the early years, with reductions in child poverty and inequalities in child health.
3. Research and policy attention is needed to continue monitoring of these trends and to develop and assess policy approaches to promotion of health and health equity in adolescents.



Kinderarmoede: Toegang tot maatschappelijke dienstverlening: gezondheidszorg

1. Sociale verschillen in gezondheid
 2. Verklaringsmechanismen
 3. Aanpak in de praktijk
 4. Aanpak vanuit de politiek
-

Determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid

- Plaats op de sociale ladder
- Hogere blootstelling aan gezondheidsrisico's
- Eenzelfde blootstelling aan gezondheidsrisico's maar verschillende gevolgen
- Levensloopeffecten
- Verschillen in de sociale en economische gevolgen van ziekte

Determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid

- Plaats op de sociale ladder
- Hogere blootstelling aan gezondheidsrisico's
- Eenzelfde blootstelling aan gezondheidsrisico's maar verschillende gevolgen
- Levensloopeffecten
- Verschillen in de sociale en economische gevolgen van ziekte

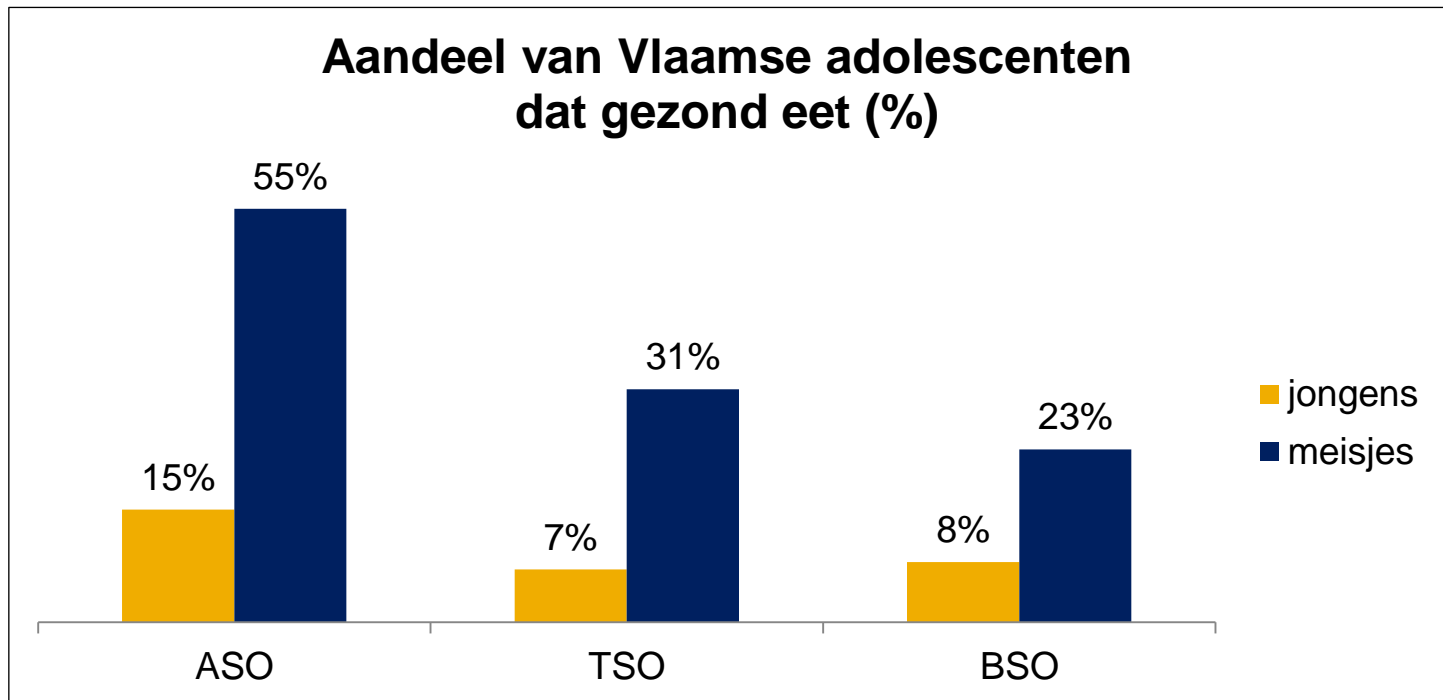
Sociale positie op zich heeft invloed op gezondheid

“Als ik naar het ziekenhuis ga, is het eerste wat ze vragen: ‘heb je schulden hier?’, in plaats van ‘wat scheelt er?’ Ze bekijken je altijd scheef”

Determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid

- Plaats op de sociale ladder
- Hogere blootstelling aan gezondheidsrisico's
- Eenzelfde blootstelling aan gezondheidsrisico's maar verschillende gevolgen
- Levensloopeffecten
- Verschillen in de sociale en economische gevolgen van ziekte

Hoger risico op factoren die gezondheid negatief beïnvloeden

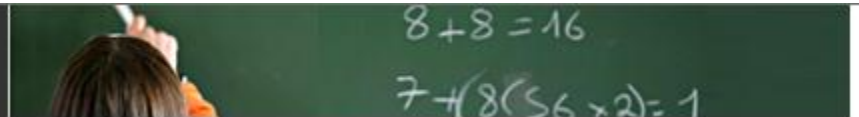


Determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid

- Plaats op de sociale ladder
- Hogere blootstelling aan gezondheidsrisico's
- Eenzelfde blootstelling aan gezondheidsrisico's maar verschillende gevolgen
- Levensloopeffecten
- Verschillen in de sociale en economische gevolgen van ziekte

Determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid

- Plaats op de sociale ladder
- Hogere blootstelling aan gezondheidsrisico's
- Eenzelfde blootstelling aan gezondheidsrisico's maar verschillende gevolgen
- Levensloopeffecten
- Verschillen in de sociale en economische gevolgen van ziekte



Diploma vader bepaalt je toekomst

“

*De perceptie bestaat dat
individuele keuzes
doorslaggevend zijn, maar
men vergeet dat sociale
achtergrond determinerend is*

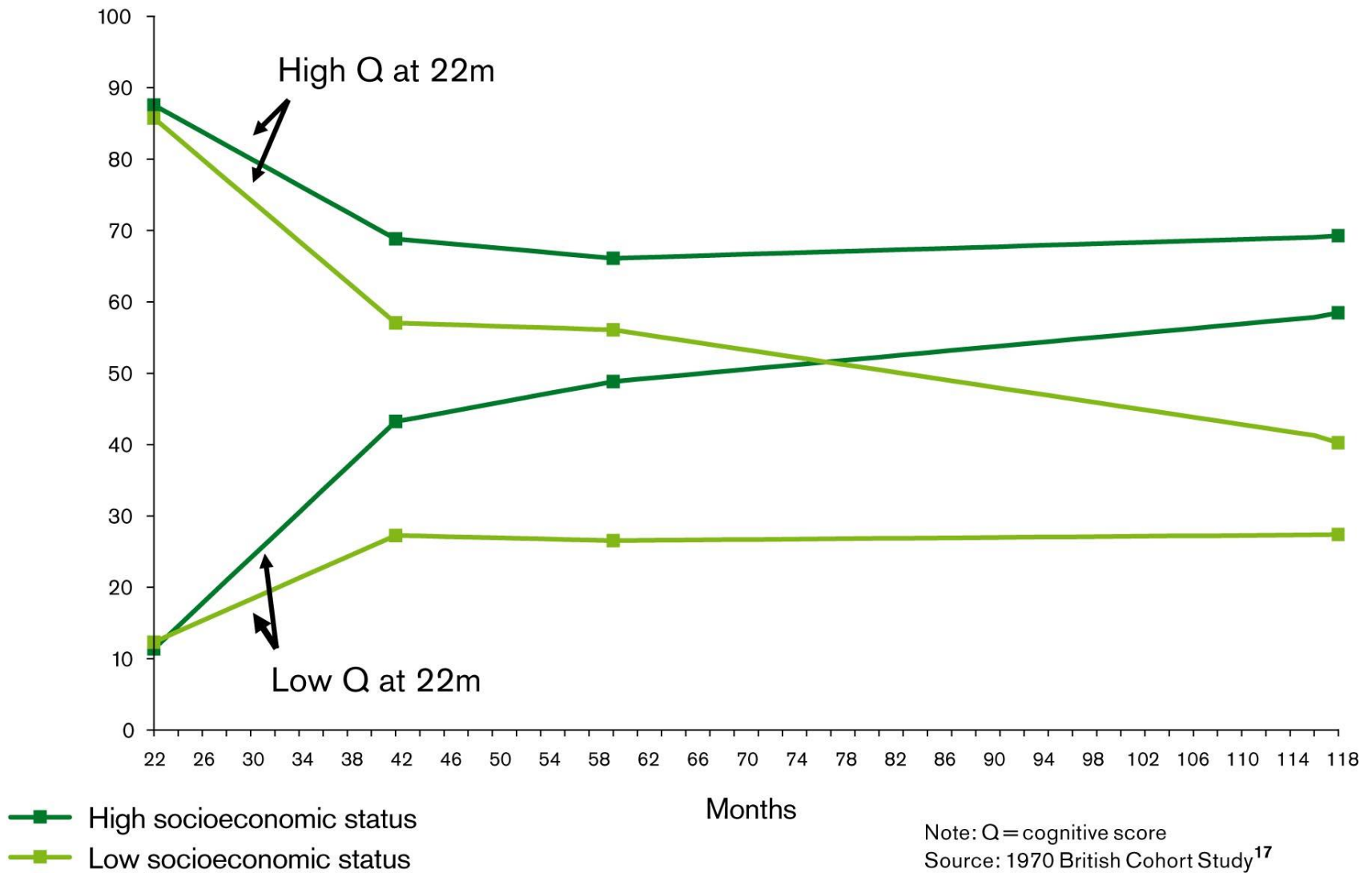
*Bea Cantillon (Antwerps Centrum Sociaal
Beleid)*

Determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid

- Plaats op de sociale ladder
- Hogere blootstelling aan gezondheidsrisico's
- Eenzelfde blootstelling aan gezondheidsrisico's maar verschillende gevolgen
- Levensloopeffecten
- Verschillen in de sociale en economische gevolgen van ziekte

Figure 6 Inequality in early cognitive development of children in the 1970 British Cohort Study, at ages 22 months to 10 years

Average position
in distribution





Kinderarmoede: Toegang tot maatschappelijke dienstverlening: gezondheidszorg

1. Sociale verschillen in gezondheid
 2. Verklaringsmechanismen
 3. Aanpak in de praktijk
 4. Aanpak vanuit de politiek
 5. Werk internationaal samen
-



World Health
Organization



Commission on
Social Determinants of Health

Closing the gap in a generation

Health equity through action on
the social determinants of health



Primary health care as a strategy for achieving equitable care:

a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network

Prof. J. De Maeseneer, M.D.¹, Ph.D; S. Willems, M.A., Ph.D.¹; A. De Sutter, M.D., Ph.D.¹; I. Van de Geuchte, M.L.¹; M. Billings, M.Sc².

¹ Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University. Belgium.

² Global Health through Education, Training and Service, Attleboro, USA.

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf

Primary health care as a strategy for promoting health equity and intersectoral action

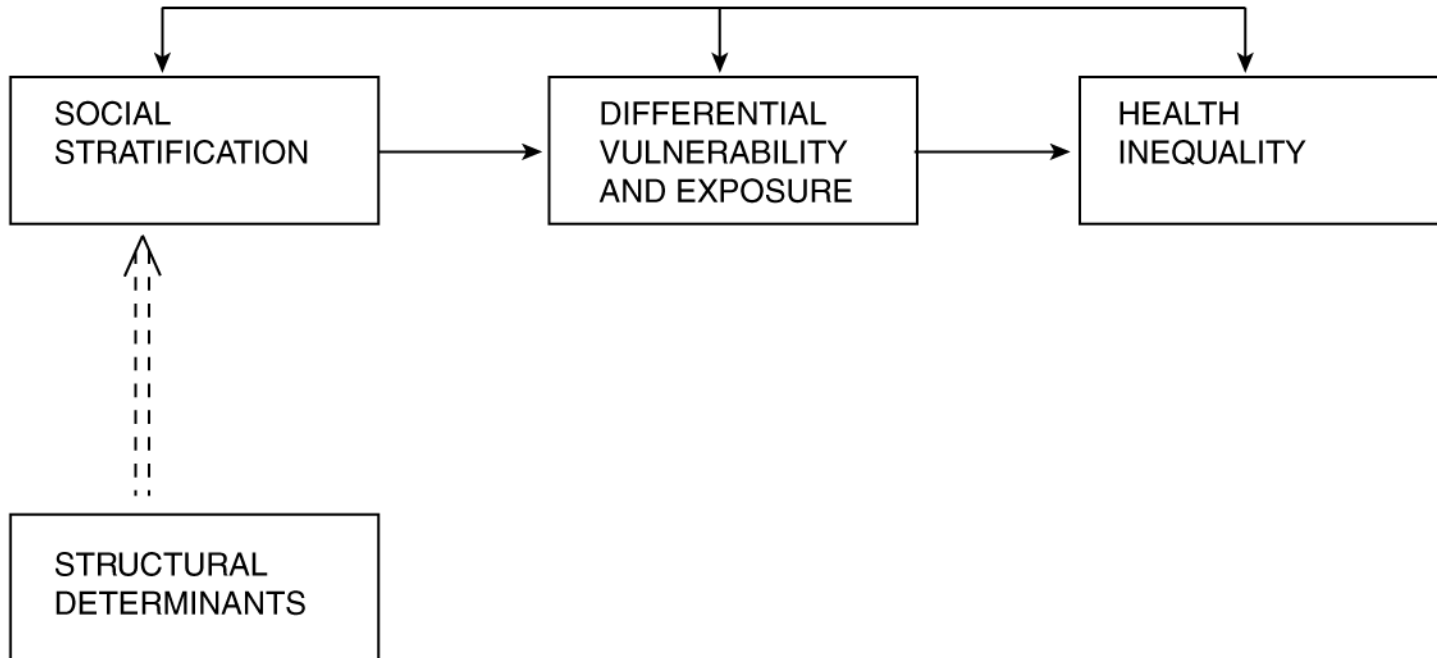


Figure 3: Primary health care as a strategy for promoting health equity and intersectoral action

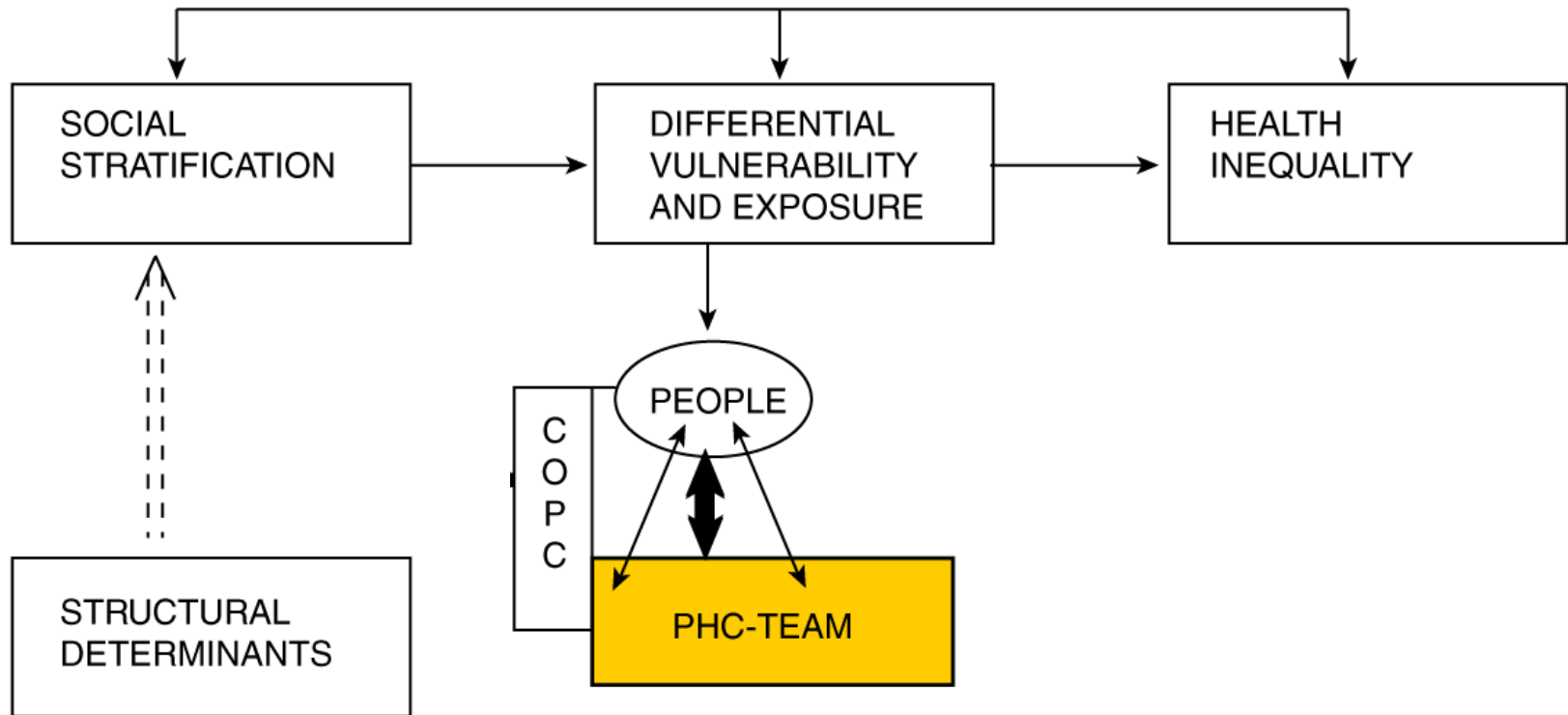
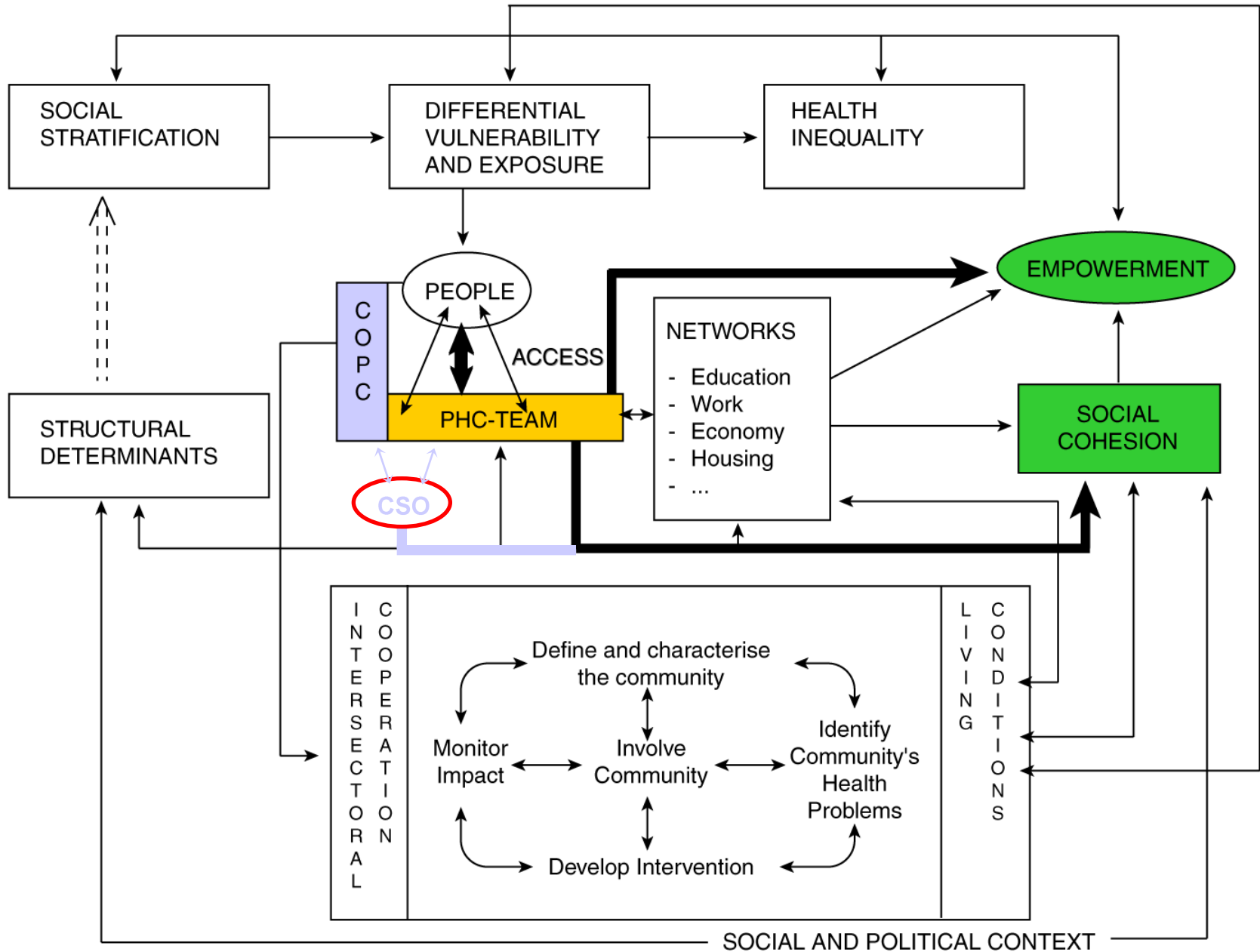
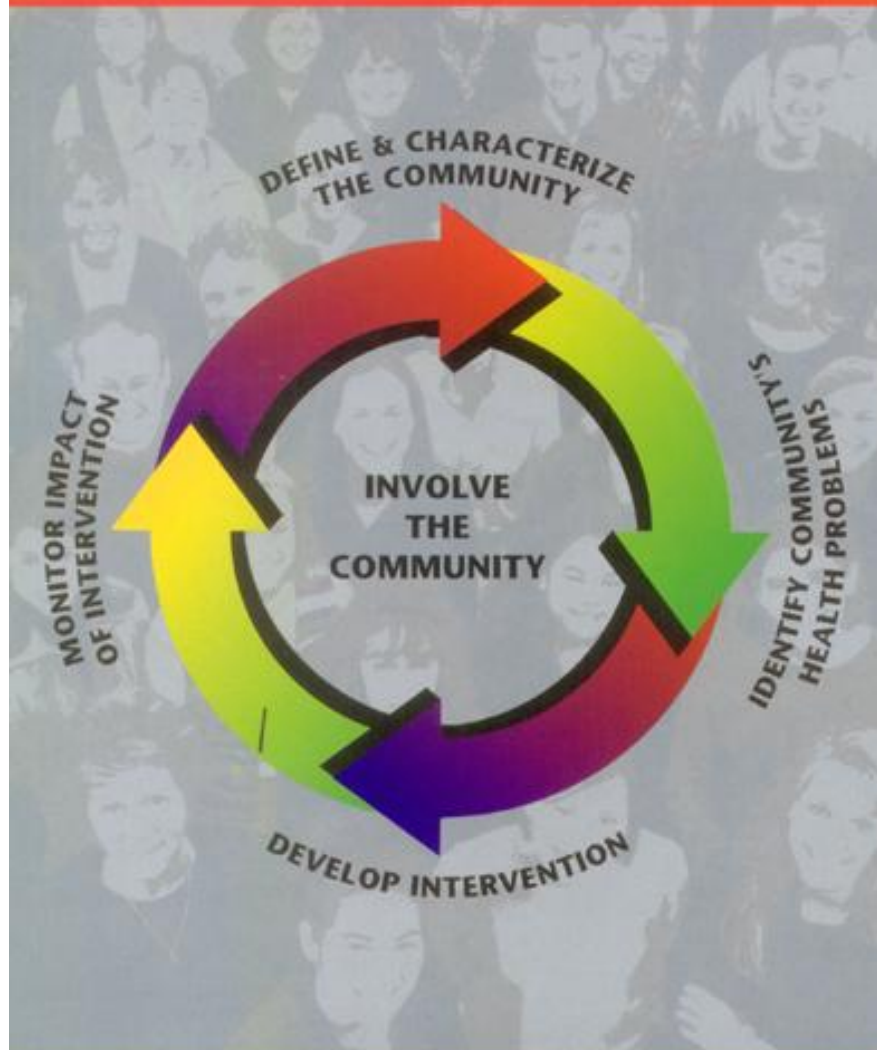


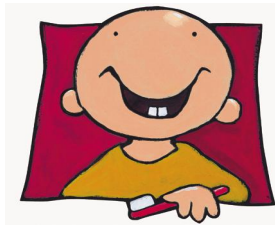
Figure 3: Primary health care as a strategy for promoting health equity and intersectoral action



Community-Oriented Primary Care: Health Care for the 21st Century



Edited by Robert Rhyne, M.D., Richard Bogue, Ph.D.,
Gary Kukulka, Ph.D., Hugh Fulmer, M.D.



Kind zijn in Gent: niets aan de tand ...



COPC-example: dental problems: periodontal disease

Risk factor for:

- Diabetes
- Coronary Heart Disease
- Preterm birth and low birth weight
- Osteoporosis

Visie

Ontstaan

Multidisciplinair team

Globaal Medisch Dossier

Forfaitair betalingssysteem

Raadplegingen, afspraken
en huisbezoeken

Preventieprojecten en
gezondheidsbevordering

Inschrijven in het WGC

Voor onze patiënten

Wijkgezondheidscentrum:

- Huisartsen; verpleegkundigen; diëtisten; gezondheidspromotoren; maatschappelijk werk; tabacoloog; ...
- 6000 patiënten; 70 nationaliteiten
- Forfaitaire betaling; patiëntenlijst; geen persoonlijke bijdrage
- COPC-strategie





COPC-project : van individuele zorg naar gemeenschapszorg



Identificatie van een gezondheidsprobleem:

Huisartsen/verpleegkundigen: problematische gebitstoestand bij zuigelingen, leidend naar problemen bij de voeding, huilen, slecht slapen...





COPC-project : GEZONDE TANDEN!



Een tandarts? Kan ik niet betalen!

Focus Group sessies met de lokale gemeenschap

Ik weet niet waar ik een tandarts kan vinden

Ik doe Fristi in zijn fles zodat hij ophoudt met wenen!

Mijn kind is bang van de tandarts, net als ik.





COPC-project : GEZONDE TANDEN!



Samenwerking tussen...



Brugse Poort

De Sleep



Botermarkt





COPC-project : GEZONDE TANDEN!



Resultaten bij onderzoek van zuigelingen op 30 maand:

- 18,5 % symptomen van 'early childhood caries'
- 100% behandelbaarheid!



Samenhang met:

- Kansarmoede: 7,4 % tot 29,6 %
- Etniciteit





COPC-project : GEZONDE TANDEN!



Caries bij kinderen:

- Informatie en sensibilisering
- Betrekken van zorgverstrekkers, maatschappelijk werk, ouders, scholen, Kind en Gezin,...

Strategieën:

- Gemeenschapsgericht, intersectoraal, participatief
- Opleidingsplatform voor tandartsen



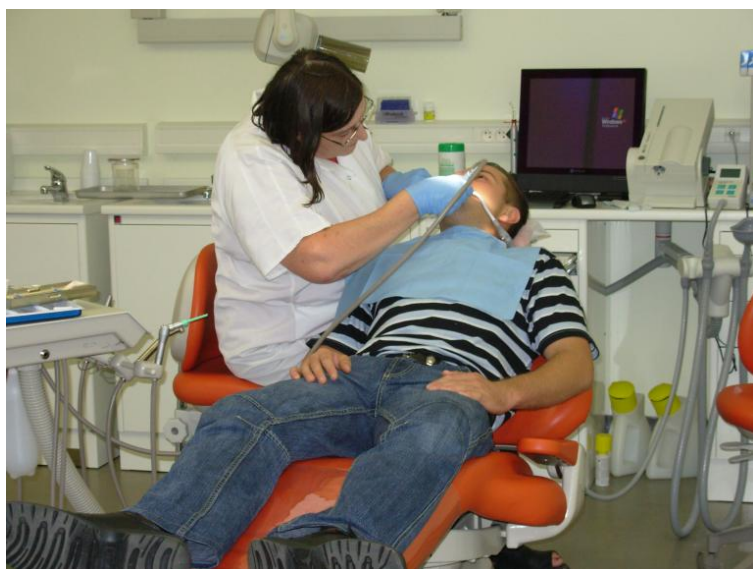


COPC-project : GEZONDE TANDEN!



Toegankelijke eerstelijnsstandzorg Centrum voor Eerstelijnsmondzorg Botermarkt (CEMOB)

Start: 01/09/2006





COPC-project : GEZONDE TANDEN



Maar:

- Beperking RDB!
- Knelpunt: Federaal akkoord tandartsen - ziekenfondsen

Integration of personal and community health care

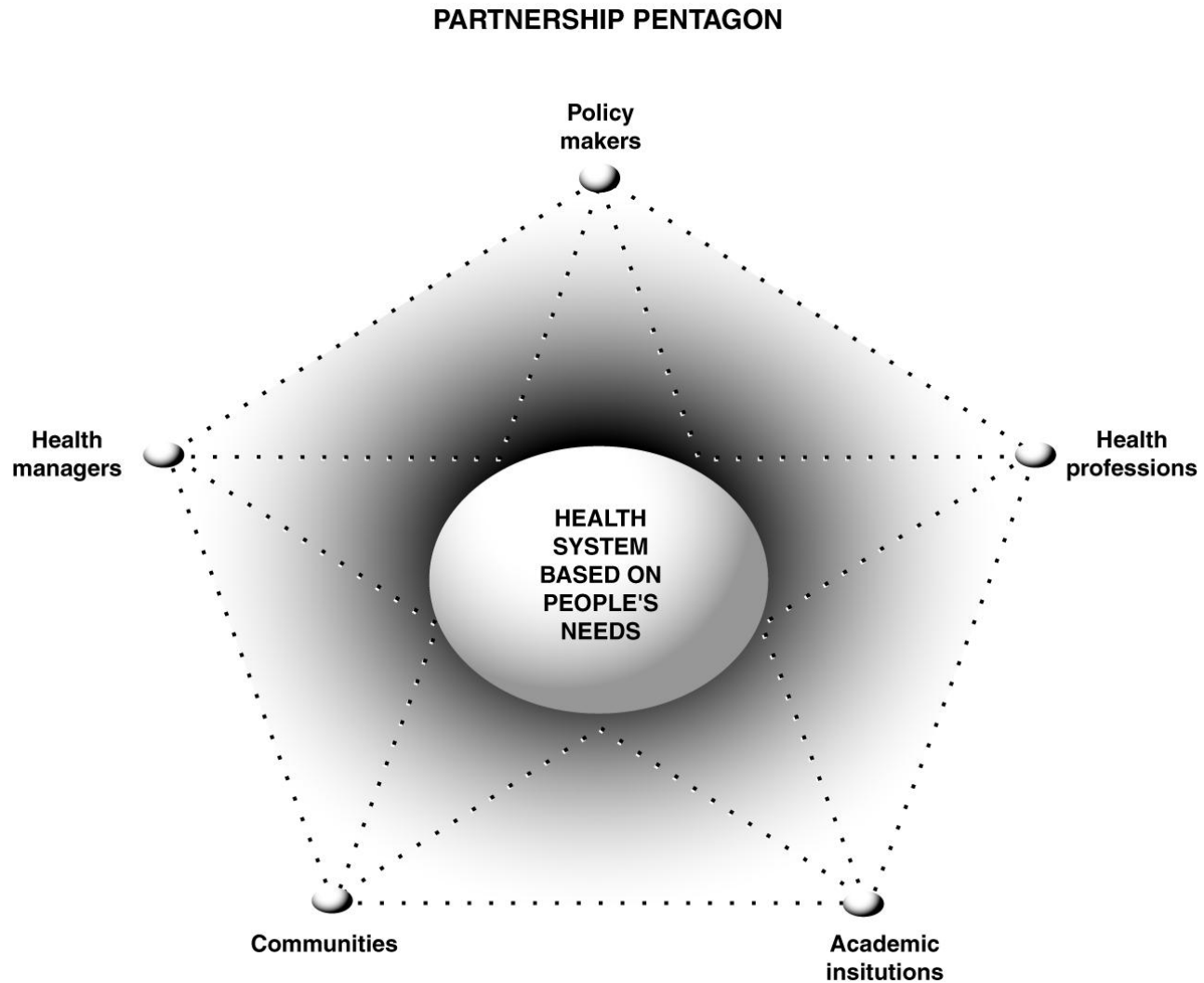
The promotion of primary health care since 1978¹ has had a profound political impact: it forced medical educators around the world to address the health needs of all people and it spurred the global recognition of family doctors as the primary medical providers of health care in the community. Yet, on the 30th anniversary of the Alma-Ata Declaration,² disillusionment with and failure to appreciate primary care's contribution to health persist. The missing link in the translation of the principles of Alma-Ata from idealism to practical,

at the expense of population health. The challenge of this balancing act is illustrated in the interchanged use of the terms "primary care", which usually means care directed at individuals in the community, and "primary health care", which usually means a population-directed approach to health. To simplify this discussion and to reduce confusion, we will use the term "personal care" instead of "primary care" and "community-oriented primary care" (panel) instead of "primary health care".

**Chris van Weel, Jan De Maeseneer, Richard Roberts*
Department of General Practice, Radboud University Nijmegen Medical Centre, 6500 HB Nijmegen, Netherlands (CvW);
Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University, Ghent, Belgium (JDM); The Network—Towards Unity For Health, Maastricht, Netherlands (JDM); and
University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI, USA (RR)
c.vanweel@hag.umcn.nl

The Lancet 2008;372:871-2

“Towards Unity for Health”



Wijkwelzijnsoverleg



- 40 to 50 hulpverleners
- 3-maandelijks
- Informatie-uitwisseling
- “Community diagnosis”

B.v. Intra-familiaal geweld

- **Stad Gent (225.000 inw.)**

→ Implementatie Local Sociaal Beleid:

11 clusters:

- Werk
- Interculturaliteit
- Kritisch inkomen
- Senioren
- ...
- Gezondheid

- **Top-prioriteiten:**

→ Leefomstandigheden (woning)

→ Toegang tot gezondheidspromotie en -zorg

Creatie van een Stedelijke Gezondheidsraad

Box 2.6 Social policy in the city of Ghent, Belgium: how local authorities can support intersectoral collaboration between health and welfare organizations⁷⁶

In 2004, a regional government decree in Flanders, Belgium, institutionalized the direct participation of local stakeholders and citizens in intersectoral collaboration on social rights. This now applies at the level of cities and villages in the region. In one of these cities, Ghent, some 450 local actors of the health and welfare sector have been clustered in 11 thematic forums: legal help; support and security of minors; services for young people and adolescents; child care; ethnic cultural minorities; people with a handicap; the elderly; housing; work and employment; people living on a “critical income”; and health.

The local authorities facilitate and support the collaboration of the various organizations and sectors, for example, through the collection and monitoring of data, information and communication, access to services, and efforts to make services more pro-active. They are also responsible for networking between all the sectors with a view to improving coordination. They pick up the signals, bottlenecks, proposals and plans, and are responsible for channelling them, if appropriate, to the province, region, federal state or the European Union for translation into relevant political decisions and legislation.

A steering committee reports directly to the city council and integrates the work of the 11 forums. The support of the administration and a permanent working party is critical for the sustainability and quality of the work in the different groups. Participation of all stakeholders is particularly prominent in the health forum: it includes local hospitals, family physicians, primary-care services, pharmacists, mental health facilities, self-help groups, home care, health promotion agencies, academia sector, psychiatric home care, and community health centres.



Fair Society, Healthy Lives

The Marmot Review



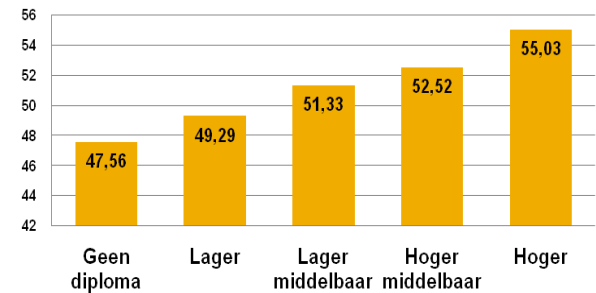
Strategic Review of Health Inequalities
in England post-2010

Focus op de laagste groepen is niet voldoende om de kloof aan te pakken.

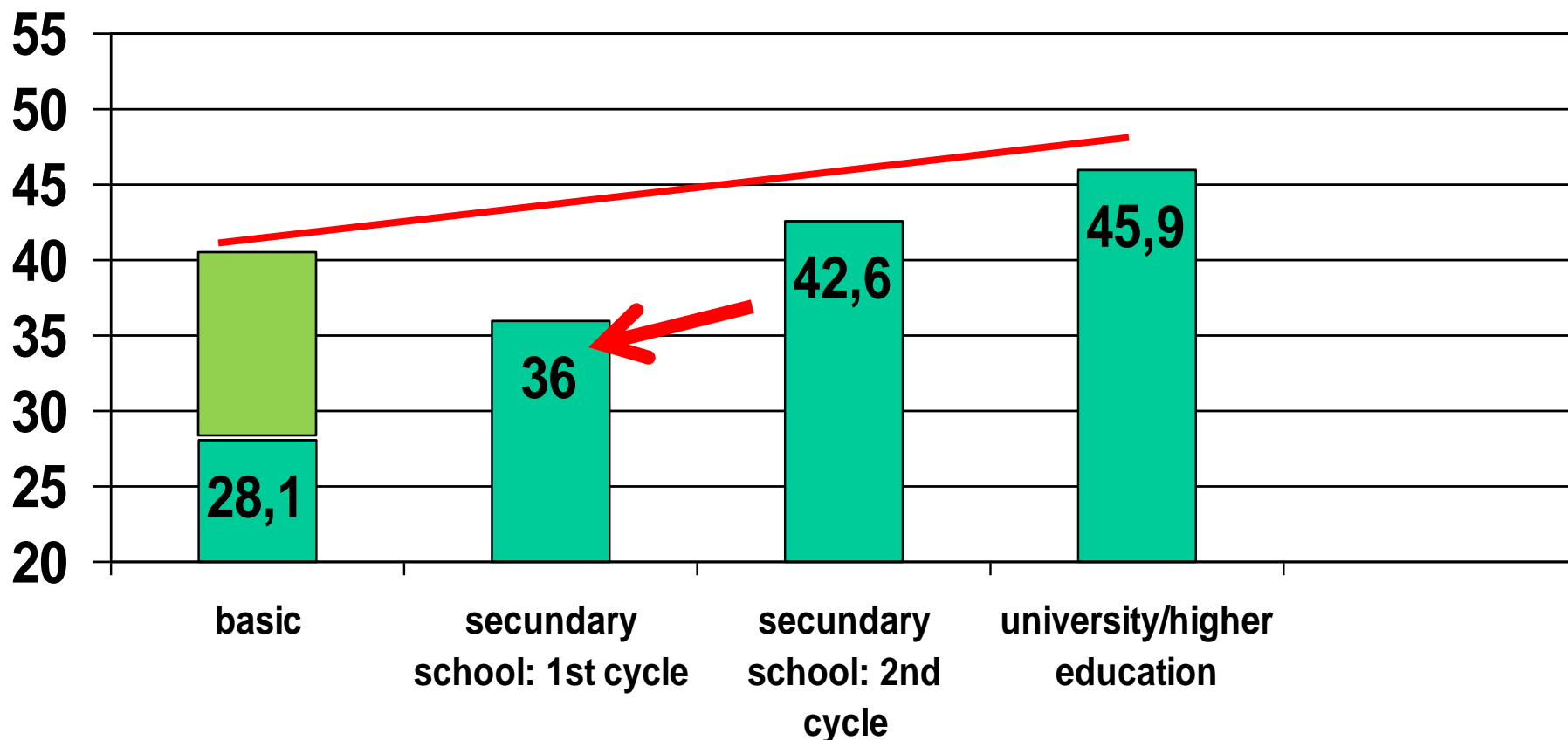
Nood aan universele maatregelen waarvan de schaal en de intensiteit proportioneel zijn met de mate van achterstelling

universeel proportionalisme

Levensverwachting op 25 jaar bij mannen volgens opleidingsniveau



Healthy life expectancy in Belgium, 25 years, men



**THE
STRENGTH
OF
PRIMARY
CARE
IN EUROPE**

■ Dionne Sofia Kringos

“The analysis showed that strong primary care was associated with better population health; lower rates of unnecessary hospitalizations; and relatively lower social inequality, as measured by an indicator linking education levels to self-rated health.”

(Kringos et al, Health Affairs 2013;32(4):686-694)

EDITORIALS

The strength of primary care systems

Stronger systems improve population health but require higher levels of spending

Jeannie L Haggerty *associate professor*¹, Jean-Frédéric Lévesque *chief operating officer*², William Hogg *professor*³, Sabrina Wong *associate professor*⁴

¹Department of Family Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada H3T 1M5; ²Bureau of Health Information, Sydney, NSW, Australia; ³CT Lamond Primary Health Care Research Centre, Bruyere Research Institute, Ottawa, ON, Canada; ⁴School of Nursing, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

A mountain of evidence shows that low socioeconomic status is one of the highest risk factors in those presenting to primary care. It is therefore possible that health systems that support and value high quality clinician-patient relationships might give patients—most of whom are in a lower social class than their clinicians—an experience of respect, validation, and empowerment that translates into lower health inequality.



Kinderarmoede: Toegang tot maatschappelijke dienstverlening: gezondheidszorg

1. Sociale verschillen in gezondheid
 2. Verklaringsmechanismen
 3. Aanpak in de praktijk
 4. Aanpak vanuit de politiek
-

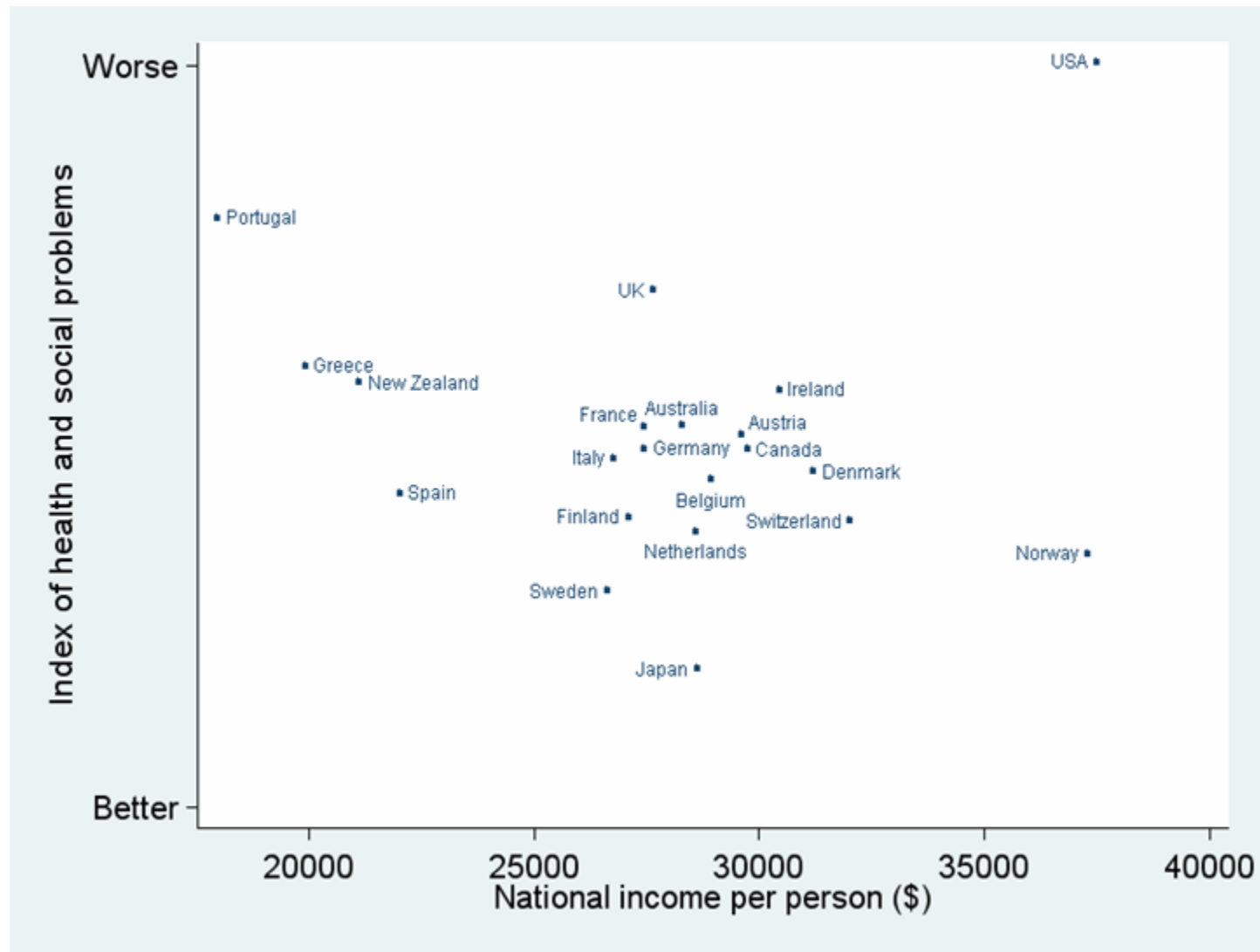
Kinderarmoede en gezondheid: Aanpak vanuit de politiek

1. Verminder de inkomensongelijkheid
 2. Geef elk kind een goede start in het leven, en creëer kansen via onderwijs
 3. Investeer in een drempelloze en kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg
 4. Monitor de gezondheid van kinderen systematisch
 5. Werk internationaal samen
-

Health and Social Problems are not Related to Average Income in Rich Countries

Index of:

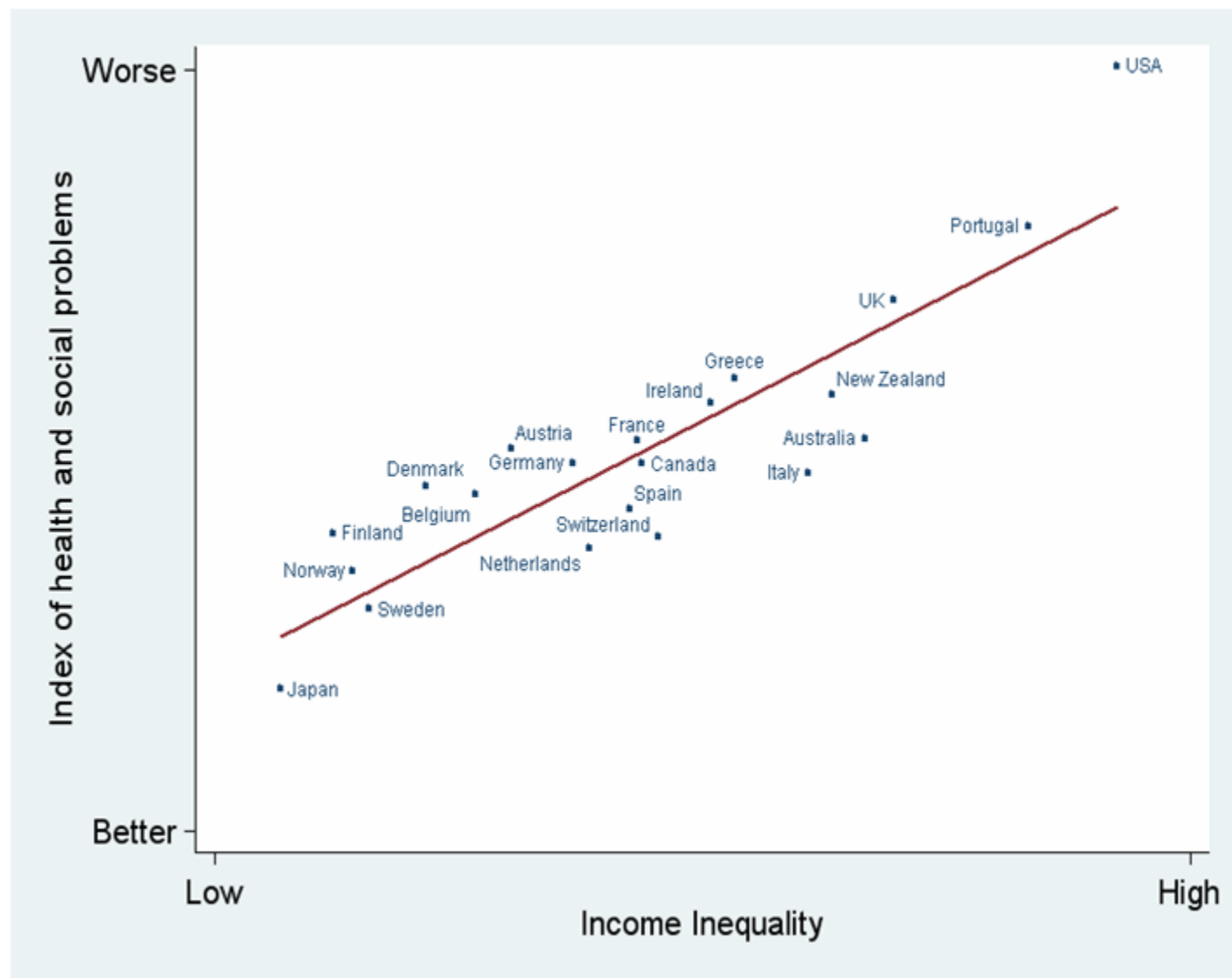
- Life expectancy
- Math & Literacy
- Infant mortality
- Homicides
- Imprisonment
- Teenage births
- Trust
- Obesity
- Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
- Social mobility



Health and Social Problems are Worse in More Unequal Countries

Index of:

- Life expectancy
- Math & Literacy
- Infant mortality
- Homicides
- Imprisonment
- Teenage births
- Trust
- Obesity
- Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
- Social mobility



Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study

Frank J Elgar, Timo-Kolja Pfortner, Irene Moor, Bart De Clercq, Gonneke W J M Stevens, Candace Currie

Summary

Background Information about trends in adolescent health inequalities is scarce, especially at an international level. We examined secular trends in socioeconomic inequality in five domains of adolescent health and the association of socioeconomic inequality with national wealth and income inequality.

Methods We undertook a time-series analysis of data from the Health Behaviour in School-aged Children study, in which cross-sectional surveys were done in 34 North American and European countries in 2002, 2006, and 2010 (pooled n 492788). We used individual data for socioeconomic status (Health Behaviour in School-aged Children Family Affluence Scale) and health (days of physical activity per week, body-mass index Z score [zBMI], frequency of psychological and physical symptoms on 0–5 scale, and life satisfaction scored 0–10 on the Cantril ladder) to examine trends in health and socioeconomic inequalities in health. We also investigated whether international differences in health and health inequalities were associated with per person income and income inequality.

Findings From 2002 to 2010, average levels of physical activity (3.90 to 4.08 days per week; $p < 0.0001$), body mass (zBMI -0.08 to 0.03 ; $p < 0.0001$), and physical symptoms (3.06 to 3.20, $p < 0.0001$), and life satisfaction (7.58 to 7.61; $p = 0.0034$) slightly increased. Inequalities between socioeconomic groups increased in physical activity (-0.79 to -0.83 days per week difference between most and least affluent groups; $p = 0.0008$), zBMI (0.15 to 0.18 ; $p < 0.0001$), and psychological (0.58 to 0.67 ; $p = 0.0360$) and physical (0.21 to 0.26 ; $p = 0.0018$) symptoms. Only in life satisfaction did health inequality fall during this period (-0.98 to -0.95 ; $p = 0.0198$). Internationally, the higher the per person income, the better and more equal health was in terms of physical activity (0.06 days per SD increase in income; $p < 0.0001$), psychological symptoms (-0.09 ; $p < 0.0001$), and life satisfaction (0.08 ; $p < 0.0001$). However, higher income inequality uniquely related to fewer days of physical activity (-0.05 days; $p = 0.0295$), higher zBMI (0.06 ; $p < 0.0001$), more psychological (0.18 ; $p < 0.0001$) and physical (0.16 ; $p < 0.0001$) symptoms, and larger health inequalities between socioeconomic groups in psychological (0.13 ; $p = 0.0080$) and physical (0.07 ; $p = 0.0022$) symptoms, and life satisfaction (-0.10 ; $p = 0.0092$).

Interpretation Socioeconomic inequality has increased in many domains of adolescent health. These trends coincide with unequal distribution of income between rich and poor people. Widening gaps in adolescent health could predict future inequalities in adult health and need urgent policy action.

Kinderarmoede en gezondheid: Aanpak vanuit de politiek

1. Verminder de inkomensongelijkheid
 2. Geef elk kind een goede start in het leven, en creëer kansen via onderwijs
 3. Investeer in een drempelloze en kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg
 4. Monitor de gezondheid van kinderen systematisch
 5. Werk internationaal samen
-

Mensen worden niet gelijk geboren

Het doel is niet
te streven naar “gelijkheid” (equality),
maar naar “billijkheid” (equity)

Zorg mag niet variëren volgens geslacht, ethnische
achtergrond, opleiding, inkomen, politieke
voorkeur, seksuele voorkeur, ...
maar volgens zorgnood.

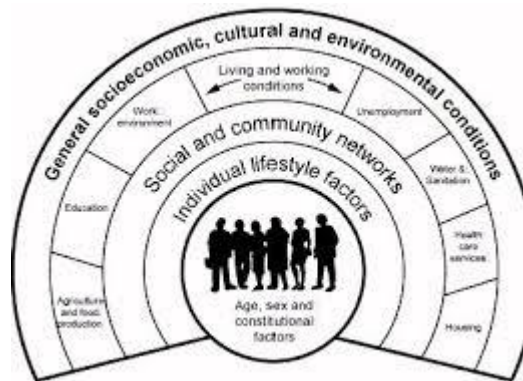
Gelijke zorg voor mensen met gelijke zorgnood.

Hoe sociaal-economische verschillen in
gezondheid terugdringen?



Gezondheidsongelijkheid kent zijn oorsprong in **sociale ongelijkheid**

Gezondheidsongelijkheid aanpakken vraagt **actie m.b.t. alle sociale determinanten van gezondheid**



6 doelstellingen voor beleid:

- Geef elk kind de beste start in het leven
 - Ieder kind, jongere en volwassene kansen om eigen mogelijkheden te ontwikkelen
 - Naar een eerlijke arbeidsmarkt en goede jobs voor iedereen
 - Een gezonde levensstandaard voor iedereen
 - Gezonde buurten en gemeenschappen
 - Een belangrijke rol voor preventie (van ziekte, armoede, van sociale verschillen in gzh, ...)
-

6 doelstellingen voor beleid:

- Geef elk kind de beste start in het leven
 - Ieder kind, jongere en volwassene kansen om eigen mogelijkheden te ontwikkelen
 - Naar een eerlijke arbeidsmarkt en goede jobs voor iedereen
 - Een gezonde levensstandaard voor iedereen
 - Gezonde buurten en gemeenschappen
 - Een belangrijke rol voor preventie (van ziekte, armoede, van sociale verschillen in gzh, ...)
-

Geef elk kind de beste start in het leven

- Verhoog de inzet van middelen voor interventies gericht op de eerste levensjaren
 - Ondersteun gezinnen (pre-conceptioneel, pre- en post nataal, opvoedingsondersteuning, ondersteuning bij transitiemomenten, ...)
 - Verhoog de kwaliteit van de eerste levensjaren en zet in op outreaching projecten (vroedvrouwen)
-

Een positieve en warme opvoedingsstijl

- Meerdere malen per week voorlezen
- Positieve interacties tussen ouder en kind
- Moeders met controle over het eigen leven

buffert in de link tussen sociale status en gzh
(roken, alcoholgebruik, risicovol seksueel gedrag, agressie,
criminele feiten, ontwikkeling)

én leidt bij ouders tot een betere mentale gzh

Kinderarmoede en gezondheid: Aanpak vanuit de politiek

1. Verminder de inkomensongelijkheid
 2. Geef elk kind een goede start in het leven, en creëer kansen via onderwijs
 3. **Investeer in een drempelloze en kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg**
 4. Monitor de gezondheid van kinderen systematisch
 5. Werk internationaal samen
-



TOGETHER WE CHANGE

Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!

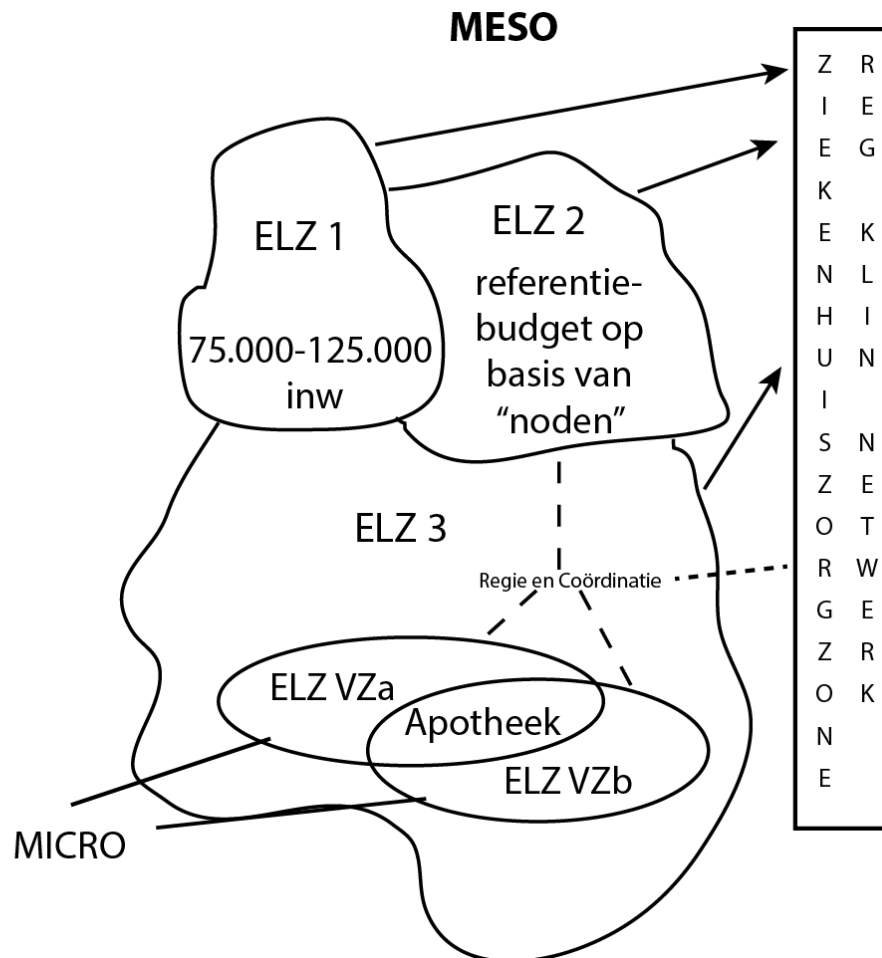
Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts,
Roy Remmen, Dirk Devroey

Mesoniveau

Eerstelijnszones =

- Geografische duidelijk omschreven aaneensluitende gebieden
- 75 000 à 125 000 inwoners
- +/- 110 zones in België
- Ondersteund door 15 à 20 ziekenhuiszorgzones

Figuur 1: ORGANISATIEMODEL EERSTELIJN



- BFM1: Budget Financiële Middelen Eerstelijns
- CAW: Centrum Algemeen Welzijn (Flandre)
- ELP: Eerstelijnspsycholoog
- ELZ: eerstelijnszone
- ELZVZ: eerstelijnszorgvoorziening
- EPD: elektronisch patiëntendossier
- EZC: EerstelijnsZorgCoördinatiefunctie
- IMC: Interministeriële conferentie
- K&G: Kind en Gezin - Huizen van het kind
- TZD: Thuiszorgdiensten

Microniveau

Elke burger schrijft zich in in een huisartspraktijk functionerend binnen het kader van een eerstelijnszorgvoorziening

Eerstelijnszorgvoorziening

- Biedt rechtstreeks toegang tot het eerstelijnsaanbod
- Interprofessioneel (onder één dak, in een netwerk, beide)
- Bestaat uit meerdere eerstelijnspraktijken

Eerstelijnspraktijk

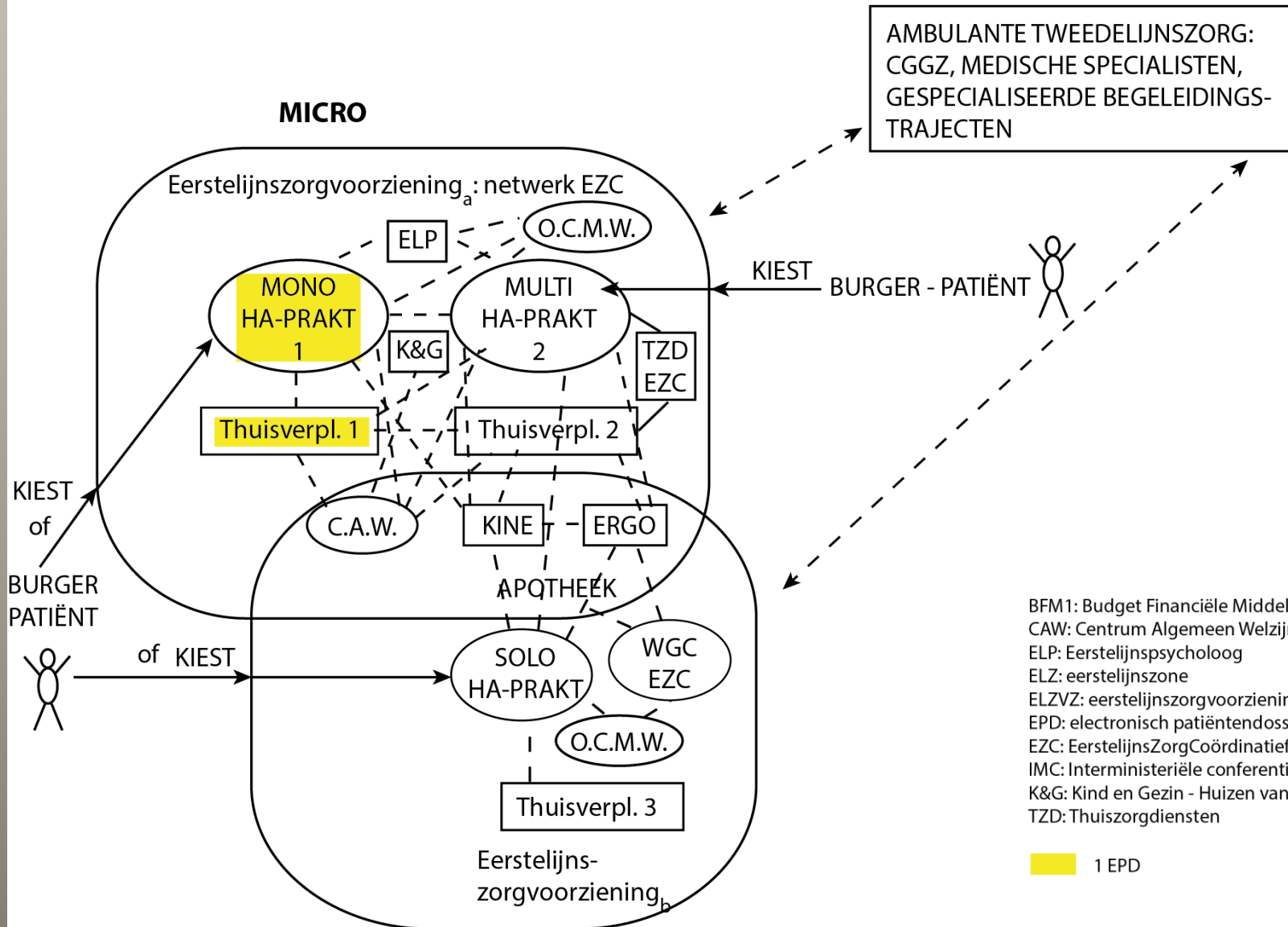
- Operationele eenheid
- Aanbod van laagdrempelige generalistische zorg (gezondheid en/of welzijn)
- Interprofessionele benadering
- Toegankelijk, continu, kwaliteitsvol
- Gericht op de noden van de persoon en de populatie
- Zowel ambulante als naar thuisvervangend milieu (WZC, MPI,..)

Microniveau

Eerstelijnspraktijk

- Monodisciplinair of interprofessioneel – al dan niet onder één dak
- Focus op gezondheid of op welzijn of op beide
- Voorbeelden:
 - Gezondheid: groepspraktijk met diëtiste en eerstelijnspsycholoog
 - Welzijn: CAW, OCMW, Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen
 - Beide: wijkgezondheidscentrum met ingebouwde dienst maatschappelijk werk

Figuur 1: ORGANISATIEMODEL EERSTELIJN



Kwetsbare gezinnen

Huizen van het Kind / ONE

- Integratie in eerstelijnszorg: verbinding gezondheid en welzijn
- Aandacht voor de “context” bij gezinsplanning, geassisteerde procreatie (IVF)
- Outreach en inzetten op “aanklampende zorg” met inschakeling van vroedvrouwen op de eerste lijn
- Drempelloze zorg

TOGETHER WE CHANGE

Soins de santé de première ligne: maintenant plus que jamais!



Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts,
Roy Remmen, Dirk Devroey

Kinderarmoede en gezondheid: Aanpak vanuit de politiek

1. Verminder de inkomensongelijkheid
 2. Geef elk kind een goede start in het leven, en creëer kansen via onderwijs
 3. Investeer in een drempelloze en kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg
 4. Monitor de gezondheid van kinderen systematisch
 5. Werk internationaal samen
-

Beleid moet ook (onbedoelde) negatieve **effecten** monitoren

Selecteer geschikte **tools** om de omvang van sociale ongelijkheid in gezondheid te meten en de geboekte vooruitgang



The screenshot shows the website of the Nationale Commissie voor de Rechten van het Kind. The header features the organization's name in a colorful banner. Navigation links for 'Homepage' and 'Contact' are visible. The main content area is divided into several sections: 'Languages' with options for 'Nederlands' and 'Français'; 'Navigatie' with links for 'Alles over de NCRK', 'Jongeren, kom binnen!', 'Leden Acces', and 'Zoeken'; 'Actualiteit' with a section for 'Actualiteit betreffende de NCRK' mentioning a seminar on April 4, 2014; and a 'Jongeren' section with a cartoon illustration of a girl and the text 'Jongeren, kom binnen!'. The central text discusses the seminar on national child rights indicators and the development of health indicators.

Kinderarmoede en gezondheid: Aanpak vanuit de politiek

1. Verminder de inkomensongelijkheid
 2. Geef elk kind een goede start in het leven, en creëer kansen via onderwijs
 3. Investeer in een drempelloze en kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg
 4. Monitor de gezondheid van kinderen systematisch
 5. Werk internationaal samen
-



Kinderarmoede en gezondheid: Aanpak vanuit de politiek

Toegang tot gratis gezondheidszorg voor alle
kinderen zonder papieren van 0-18 jaar
(aanpassing KB 12.12.1996)

Amsterdam 30 August / 1 September 2015

"Integrated Primary Care: Research, Policy & Practice"

UNIVERSITEIT
AMSTERDAM

10th EFPC conference at the:



www.tobacco.nl



Local partners:



Gezondheidscentra

IN 2016: RIGA !

Sponsored by:



Conference fees

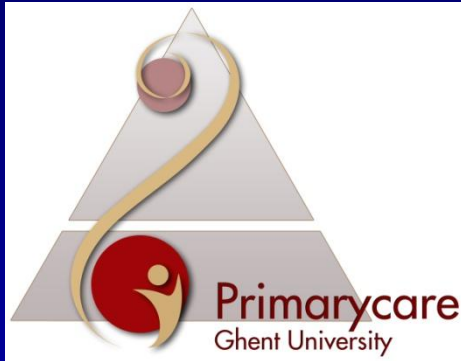
Students	€ 150
Early bird EFPC members	€ 150
Early bird Non members	€ 300
EFPC members	€ 250
Non members	€ 400
Pre-conference Sunday 30/8	+ € 75

Early bird ends June 15

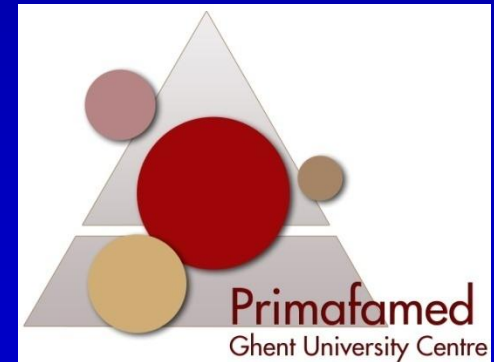


www.euprimarycare.org

Dank U, Merci ...



WHO
Collaborating
Centre on PHC



Sara.willems@ugent.be; jan.demaeseneer@ugent.be

