

dr. Fransje Snijders

internist acute geneeskunde en
voorzitter Johannes Wier Stichting

VOOR KWETSBARE GROEPEN SCHIET DE GEZONDHEIDSZORG TEKORT

Toegang tot zorg is een mensenrecht

Voor sommige groepen in de samenleving is de toegang tot zorg slecht geregeld, denk aan daklozen of aan jongeren op de wachtlijst voor de ggz. Het recht op de best mogelijke zorg – ook om erger te voorkomen – wordt daarmee geschonden. Een wake-upcall.

De curatieve gezondheidszorg in Nederland is uitstekend. Toch schiet de zorg soms tekort. Sommige kwetsbare groepen hebben minder toegang tot zorg. En in Nederland leven hoogopgeleide ouderen zeven jaar langer dan ouderen met een lage opleiding. Het verschil in gezonde levensverwachting is nog veel groter en beslaat achttien jaar. Een groot deel van dit verschil is te verklaren door een andere levensstijl. Burgers goed informeren en adviseren, en dan aannemen dat ze automatisch gezonder gaan leven, blijkt niet te werken. Die keuze wordt immers mede bepaald door opleiding, sociaaleconomische status en chronische stress. De preventieve gezondheidszorg zou daarom meer toegesneden moeten zijn op bepaalde groepen, rekening houdend met hun achtergrond. Deze groepen worden nu niet bewust buitengesloten, maar worden met de huidige aanpak niet goed bereikt.

Grondrecht

Gezondheidszorg is een mensenrecht. Dit is in 1948 vastgelegd toen de Verenigde Naties als reactie op de Holocaust de Universele Verklaring van de Rechten van de

Mens aannamen. In 1976 trad het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten in werking, inclusief het recht op gezondheidszorg en in 2002 werd dit in een resolutie door de mensenrechtencommissie van de Verenigde Naties verder uitgewerkt: iedereen heeft recht op de hoogst haalbare gezondheid op basis van een gezondheidszorg die beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit is. Elk grondrecht, dus ook het recht op gezondheid, impliceert een overheidsverplichting: respecteren, beschermen en verwezenlijken. In Nederland lijkt dit goed geregeld, maar het recht op preventie, dat voortvloeit uit deze rechten, en het recht op toegankelijkheid van zorg worden onvoldoende nageleefd. Gezien de grote verschillen tussen bevolkingsgroepen qua gezondheid, gebruik van de gezondheidszorg en het vermogen de juiste keuzes te maken als het gaat om gezondheid, is het belangrijk dat artsen op de hoogte zijn van deze rechten. Gezondheidsvaardigheden, zoals informatie begrijpen en greep op het eigen leven hebben, zijn van belang om te kunnen profiteren van de gezondheidszorg. Doordat de verschillen in gezond-

heid en de tekortkomingen in de gezondheidszorg sinds de resolutie uit 2002 benoemd worden als schendingen van mensenrechten, hebben wij een wapen in handen om op te komen voor onze patiënten.

Blinde vlekken

Artsen hebben in de dagelijkse praktijk te maken met deze mensenrechten. Met enkele voorbeelden zal ik laten zien dat het recht op gezondheidszorg continue aandacht vereist. Het is belangrijk om het mensenrechtenperspectief in acht te nemen, om zo blinde vlekken en tekortkomingen op te sporen en recht te zetten. De voorbeelden laten ook zien dat goede gezondheidszorg niet losstaat van andere mensenrechten.

Een dakloze man komt op de Spoedeisende Hulp met een verwaarloosde diabetische voet. Daklozen vormen een kwetsbare groep en hebben vaak onvoldoende toegang tot zorg. Deze groep wordt steeds groter: in Nederland is het aantal daklozen gestegen van 17 duizend in 2009 naar 31 duizend in 2017. Dit komt vooral

De groep daklozen wordt steeds groter



In de spreekkamer moet tijd worden vrijgemaakt voor een 'goed gesprek'.

doordat steeds meer jongeren met een licht verstandelijke handicap of psychische stoornis dakloos raken. Als daklozen makkelijk toegang zouden hebben tot de gezondheidszorg, was de diabetische voet van deze dakloze man hoogstwaarschijnlijk eerder opgemerkt. Uit onderzoek blijkt dat toegankelijkheid van de medische zorg en de gezondheidsvaardigheden pas verbeteren met een woning en begeleiding (project Housing First). Toegang

tot gezondheidszorg is dus verweven met andere mensenrechten.

Angst

Een afgewezen asielzoekster die acht maanden zwanger is, komt voor het eerst naar uw spreekuur. Ze is ongedocumenteerd – heeft dus geen geldige verblijfsvergunning – en wil of kan niet terug naar haar eigen land. Uit angst dat ze zou worden aangegeven, durfde ze niet eerder

naar de dokter. Ongedocumenteerden weten vaak niet dat zij recht hebben op zorg en de dokter weet soms niet dat dit betaald kan worden via het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Daarbij worden ongedocumenteerde vrouwen vaak ongewenst zwanger. Medische zorg is voor hen onvoldoende toegankelijk. Een jongvolwassene met morbide obesitas en leverenzymstoornissen heeft hoogstwaarschijnlijk een ongezond eetpatroon

en beweegt te weinig. Obesitas komt het meest voor bij laagopgeleiden en het minst bij hoogopgeleiden en leidt – op roken na – tot een verlies van drie levensjaren en vijf gezonde levensjaren. Laagopgeleiden hebben vaker beperkte gezondheidsvaardigheden: zij hebben moeite om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en toe te passen. Eén op de negen mensen in Nederland is daarbij laaggeletterd. Daarbij vinden laagopgeleiden gezonde voeding minder belangrijk en te duur. Zij ondervinden minder steun van de omgeving om hun eetpatroon te veranderen. Maar de grootste factor die het volgen van levensstijladviezen belemmert, is chronische stress die vaker voorkomt bij laagopgeleiden onder andere door schulden, verlies van werk en eenzaamheid.

Laagopgeleiden hebben moeite om informatie over gezondheid te begrijpen

Lang wachten

Een kind met autisme en ernstige gedragsstoornissen wacht maandenlang op hulp. Door de overheveling van de ggz naar de gemeenten zijn de wachtlijsten langer geworden. Ook zijn er tussen gemeenten grote verschillen, met name in de jeugd-ggz. Zelfs een kind met een psychose of een kind dat zelfmoord wil plegen, moet onverantwoord lang wachten op een opname in een jeugd-ggz-instelling. Bovendien moet vaak zorg worden aangevraagd via het persoonsgebonden budget, dat dermate ingewikkeld is dat laagopgeleiden of mensen met een migratieachtergrond snel afhaken.

In deze vier voorbeelden worden mensenrechten geschonden. De toegankelijkheid van de zorg schiet tekort en er zijn te grote verschillen in gezondheid tussen groepen. De sociaaleconomische achtergrond bepaalt mede de kwaliteit van de gezondheidsvaardigheden die nodig zijn om gezond te kunnen blijven. Meewarig doen of zelfs ergernis tonen als iemand onze levensstijladviezen niet opvolgt, is niet constructief. We moeten ons verdiepen in de achtergronden en deze aankaarten bij de overheid. De overheid behoort vervolgens de juiste condities voor gezond gedrag te scheppen. Het Nationaal Preventieakkoord is een mooie eerste stap, maar bij lange na niet voldoende.

Goed gesprek

Mensenrechten zijn universeel. Ze zijn voor iedereen hetzelfde. Maar patiënten zijn niet allemaal hetzelfde. Het is dus belangrijk dat verschillen in acht worden genomen, om zo het recht op gezondheidszorg voor iedereen te waarborgen. In de spreekkamer moet dus tijd worden vrijgemaakt voor een ‘goed gesprek’ over de doelen, wensen en waarden van de patiënt en de onderliggende oorzaken van bijvoorbeeld een ongezonde leefstijl. Er moet meer besef komen dat sociaaleconomische problemen en een andere culturele achtergrond ziekten kunnen veroorzaken of verergeren en invloed hebben op het succes van de behandeling. Er is training nodig voor deze persoonsgerichte integrale zorg. Deze training en kennis over mensenrechten binnen de gezondheidszorg zou al in het curriculum moeten plaatsvinden. Verder volgt uit de persoonsgerichte integrale zorg het belang van contact met de GGD om te kijken naar de patiëntenpopulatie in de wijk, en welke gezondheidsproblemen daar vooral spelen om dan samen met bewoners preventieve activiteiten te ontplooiën. Dit betekent dat verzekeraars ook de preventieactiviteiten door de eerste lijn moeten vergoeden. Uiteindelijk zal meer preventie en persoonsgerichte integrale zorg zich terugverdienen. Initiatieven als het Manifest voor Leefstijlgeneskunde en de oprichting van instanties die zich inzetten

voor groepen mensen die minder gezond zijn en/of minder toegang hebben tot de gezondheidszorg (zoals Dokters van de Wereld, straatdokters) zijn al pogingen om de gezondheidsverschillen te vermindern.

Macht

Een ander punt van zorg is de tabaks-, alcohol-, levensmiddelen- (onder andere door toegevoegde suikers, hoog zoutgehalte) en geneesmiddelenindustrie die een enorme negatieve invloed op de volksgezondheid heeft en veel macht. Dat blijkt ook weer uit de vele compromissen die minister Blokkhuis moet sluiten om het Nationaal Preventieakkoord voor elkaar te krijgen. Artsen die de gevolgen van deze invloed dagelijks zien, zouden meer moeten ageren tegen deze macht, zoals de longartsen Pauline Dekker en Wanda de Kanter die een aanval op de tabaksindustrie openden.

Het mensenrechtenperspectief laat zien dat niet iedereen gelijke toegang heeft tot de zorg en in gelijke mate voordeel heeft van de zorg. Zorg is niet los te zien van de achtergrond van de patiënt. Mensenrechten zijn verweven met onze dagelijkse praktijk en doen ons beseffen dat opkomen voor de patiënt, rekening houdend met zijn leefomgeving en cultuur, essentieel is. ■

contact

snijders@johannes-wier.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Johannes Wier Stichting

De Johannes Wier Stichting (JWS) heeft als doel de bevordering en naleving van de mensenrechten op het gebied van de gezondheidszorg. JWS komt op voor kwetsbare groepen zoals asielzoekers, daklozen en hongerstakers, en bewaakt het medisch beroepsgeheim en het recht op zelfbeschikking. Op johannes-wier.nl vindt u o.a. de geaccrediteerde e-learning over de zorg voor ongedocumenteerden. JWS lobbyt bij het ministerie en vraagt aandacht voor de toegankelijkheid van de zorg. Ook is JWS van mening dat mensenrechten thuishoren in het medisch curriculum.

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.