

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 806
van **FREYA SAEYS**
datum: 3 augustus 2015

aan **JO VANDEURZEN**
VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Regionale verschillen in levensverwachting - Afstemming beleid

Onderzoekers van de KU Leuven en ULB onderzochten de levensverwachting op niveau van de gemeente. Het verschil tussen de hoogste gemiddelde en de laagste gemiddelde levensverwachting op gemeentelijk niveau is 7 jaar.

De onderzoekers relateren het verschil in levensverwachting aan verschillen in voeding, toegang tot gezondheidszorg, risicogedrag en de beroepen van de inwoners. Daarnaast speelt ook de aanwezigheid van vervuilende industrie een rol. Er is ook een verschil tussen de stadsrand, waar de meer gegoede gezinnen wonen, en de stadscentra.

De oorzaken zijn voor de meesten van ons niet zo verrassend, de grootte van het verschil wel en al zeker als we zien welke verschillen er soms zijn tussen aanpalende gemeenten. We weten al langer dat arm zijn een negatieve invloed heeft op de levensverwachting. De toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en gezonde voeding spelen immers vooral armen parten. We wisten ook dat de aanwezigheid van vervuilende industrie de gezondheidstoestand van de omwonenden niet bevordert.

1. Was het verschil in levensverwachting op gemeentelijk niveau de minister bekend?
2. Zal de minister onderzoeken in welke mate Vlaanderen in samenwerking met de gemeenten met een lagere levensverwachting en de daar aanwezige actoren op het vlak van gezondheid en welzijn kan remediëren aan de factoren die een negatieve impact hebben op de levensverwachting van de inwoners?
3. Zullen de resultaten van deze studie een impact hebben bij het toekennen van middelen op het vlak van volksgezondheid aan bepaalde regio's en meer bepaald op het vlak van preventie en eerstelijnsgezondheidszorg?
4. Zal de minister in het algemeen zijn beleid aanpassen op basis van de bevindingen van deze studie? Zo ja, in welke zin? Zo neen, waarom niet?

ANTWOORD

op vraag nr. 806 van 3 augustus 2015

van **FREYA SAEYS**

1. De studie waar u naar refereert werd uitgevoerd in opdracht van de Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie en gebeurde onder de leiding van de Universit  Libr de Bruxelles (ULB) met de medewerking van de Katholieke Universiteit van Leuven (KUL). Het betreft een atlasstudie 'Dynamiek van de buurten in moeilijkheden'. De resultaten werden op 30 juni 2015 voorgesteld aan de pers.

In de studie stellen de auteurs voor om met een aantal eenvoudige indicatoren een socio-economische synthese-index op wijkniveau op te stellen en hiermee gebieden in Belgische steden te identificeren waar zich veel sociaaleconomische moeilijkheden voordoen. Om de noden van deze wijken te identificeren vergeleken ze vervolgens hun resultaten met 2 indicatoren die de situatie van de bewoners op het vlak van gezondheid en onderwijs omschrijven.

Alhoewel de studie dus niet opgezet was om verschillen in sterftecijfers te identificeren en de oorzaken ervan te onderzoeken, bevestigt ze wel dat de geografie van hogere mortaliteitsrisico's voor ongeveer 40% correleert met de ontworpen synthese-index voor buurten in moeilijkheden. Het is een statistisch eerder lage correlatie.

Verschillende hypothesen trachten het verband tussen socio-economische status en de actuele gezondheidstoestand te verklaren maar momenteel wordt wetenschappelijk op grote schaal aangenomen dat de sociale ongelijkheden in gezondheid het resultaat zouden zijn van een dubbele last: personen met een laag socio-economisch niveau zijn algemeen meer blootgesteld aan stresserende levens- en arbeidsomstandigheden en/of hebben minder beschermende middelen zoals relaties, sociale steun en toegang tot gezondheidszorg, preventiediensten, sportinfrastructuur, gezonde voeding, een gezondere lokale leefomgeving zoals wijk, school, werk en woning, enz.

De hieruit voortvloeiende langdurige stress zou dan de gezondheid schaden, bijv. via het ontstaan van hoge bloeddruk en/of via een verminderde weerstand voor ziektes en/of via schadelijke gezondheidsgedragingen onder invloed van de directe sociale omgeving zoals misbruik van alcohol, drugs of tabak.

Een zeer belangrijke beschouwing tenslotte is dat socio-economische ongelijkheden in gezondheid zich niet beperken tot een tegenstelling tussen de armste mensen en de anderen maar een sociaal gelaagde verdeling in de bevolking volgen, waarin elke sociale categorie een hoger mortaliteits- en morbiditeitsniveau heeft dan de klasse erboven. Het gaat dus niet om een probleem beperkt tot een minderheid van "uitgesloten", dat louter veroorzaakt wordt door de specifieke gedragingen of omstandigheden van deze minderheid, maar om een gradiënt en dus een probleem van een groot deel van de bevolking.

2. Gezien de hierboven geschetste complexiteit is het niet evident om samen met de gemeenten, al dan niet op basis van bijkomend onderzoek, pasklare oplossingen aan te reiken. Wel zullen we blijvend inzetten op de vermaatschappelijking van de zorg, waarbij rekening gehouden wordt met specifieke lokale noden in die gemeenten en

waarbij maatregelen op maat van die gemeenten kunnen genomen worden om de toegankelijkheid te bevorderen. Samenwerking met alle sectoren, ook buiten de zorgsector, bijvoorbeeld ook met leefmilieu, onderwijs, mobiliteit, werk en wonen, is hierbij essentieel.

3. Deze studie zal er niet rechtstreeks toe leiden dat we meer of minder middelen voor preventie zullen inzetten in functie van de regio. Wel zullen we op vlak van preventie verder werken aan de uitwerking van het concept 'Gezonde Gemeente'. Enerzijds zal de ontwikkelaar van deze kadermethodiek voldoende mogelijkheden moeten voorzien voor aanpassing aan de noden van specifieke gemeenten. Anderzijds verwachten we ook van Logo's dat ze gemeenten op maat begeleiden en ondersteunen om hun lokaal preventief gezondheidsbeleid uit te tekenen. Tevens zullen de partnerorganisaties bij het ontwikkelen van doelmatige preventiemethodieken blijvend oog hebben voor de verschillende determinanten die de gezondheid bevorderen en factoren die de gezondheid bedreigen en voor de bestaande socio-economische gradiënt daarin. Zo zal er bijvoorbeeld extra aandacht zijn voor gebieden met een meer dan normale multifactoriële milieudruk op de gezondheid (industriële zones naast woongebieden, steden als warmte-eilanden in het kader van de hitte- en ozonproblematiek, impact van wegverkeer op de woonomgeving, ...). In het bijzonder zal men zich ook moeten richten op specifieke risicogroepen en zal het een hele uitdaging zijn om de methodieken voldoende toegankelijk te maken voor alle mensen, rekening houdend met onder andere de socio-economische gradiënt in de bevolking.

In de eerstelijnsgezondheidszorg zien we een belangrijke taak weggelegd voor het praktijkondersteunende niveau (waarin nu de SEL's, LMN's, huisartsenkringen, palliatieve netwerken zich bevinden). Deze organisaties moeten de zorgaanbieders ondersteunen op vlak van het creëren van een aangepast zorgaanbod in hun specifieke werkgebied. In het hervormingstraject in de eerstelijnszorg, dat dit jaar zal opgestart worden, zal speciale aandacht gaan naar de functies en taken van het praktijkondersteunende niveau en ook naar de wijze waarop een integrale zorg vorm moet krijgen. Regionale verschillen in zorgnoden, levensverwachting en andere zullen mee in rekenschap moeten genomen worden. Het is dan ook onze verwachting dat de aanbevelingen van de eerstelijnsconferentie hier ook een antwoord op bieden.

4. Deze studie toont aan dat de ingeslagen weg moet verder gezet worden, maar noopt ons niet tot aanpassing van mijn beleidsintenties.