

Prioritiserings van inklusiewe gesondheidsorg vir mense met gestremdhede

Lieketseng Ned, Nomvo Dwadwa-Henda & Babalwa Tyabashe-Phume*

Mense met gestremdhede, wat algemeen [gedefinieer](#) word as “diegene met langtermyn-liggaamlike, geestelike, intellektuele of sensoriese gestremdhede wat in interaksie met verskeie hindernisse hul volle en doeltreffende deelname aan die samelewing op ’n gelyke voet met ander kan belemmer”, word dikwels deur gesondheidstelsels gefaal, wat swakker gesondheidsuitkomst tot gevolg het.

Statistieke SA het geraam dat [mense met gestremdhede 7,7% van die Suid-Afrikaanse bevolking uitmaak](#), maar dit sluit kinders jonger as vyf, mense wat in inrigtings woon en mense met geestesongesteldhede uit en is dus ’n beduidende onderskatting van die werklike voorkomssyfer. Hierdie persentasie sal aanhou toeneem soos wat die bevolking groei en verouder.

In wese spruit gestremdheid voort uit ’n interaksie van ’n gebrek en omgewings-, samelewings- of persoonlike hindernisse. Mense met gestremdhede vertel van hindernisse tot toegang tot gesondheidsorg soos ontoeganklike gesondheidsfasiliteite en negatiewe houdings van verskaffers. Hulle word ook van baie gesondheidsorgdienste uitgesluit, met gestremdheidsverwante gesondheidsdienste (soos rehabilitasie en hulptegnologie) wat dikwels as onvoldoende of swak beskryf word.

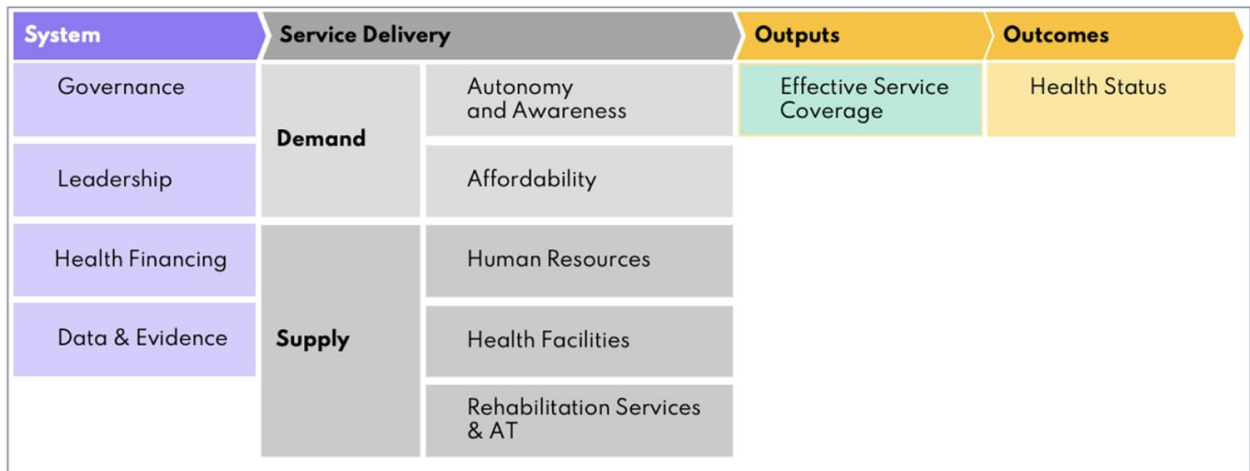
Dit alles veroorsaak ’n behoefte aan die verbetering van die gesondheidstelsel om te verseker dat alle mense toegang tot die volle reeks gesondheidsdienste van gehalte het wat hulle nodig het om ’n gesonde lewe te lei. Dit is iets wat ons ook in gedagte moet hou wanneer ons [Loslitdag](#) op 6 September vier.

Dit is moontlik om gesondheidstelsels gestremdheidsinklusief te maak. Suid-Afrika beskik egter nie tans oor ’n omvattende instrument om te bepaal hoe inklusief die gesondheidsorgstelsel vir mense met gestremdhede is nie. Ons projek het ten doel om hierdie leemte te help aanvul.

Ons vorm deel van die [Rosemary-samewerkingsinisiatief](#) van die Spesiale Internasionale Olimpiade (SOI) getiteld “Die gebruik van navorsing en voorspraak om gesondheidstelsels meer inklusief vir mense met intellektuele gestremdhede te maak”. Die SOI het met die [Missing Billion Initiative](#) (MBI) saamgewerk om ’n bestaande MBI-stelselvlak [raamwerk](#) aan te pas wat die komponente beskryf wat nodig is om ’n gestremdheidsinklusiewe gesondheidstelsel te skep. Die oorspronklike raamwerk het ten doel om gesondheidstelsels inklusief vir alle mense met gestremdhede te maak.

Die uitkoms van hierdie vennootskap was ’n [Intellektuele en Ontwikkelingsgestremdhedespesifieke module](#). Hierdie gefokusde instrument word tans in agt lande en drie state in Amerika op die proef gestel. Die bevindings van hierdie assesserings sal in ’n wêreldwye verslag oor die gesondheid van mense met intellektuele en ontwikkelingsgestremdhede (MMIOG) verskyn en die SOI beplan om dit in 2025 bekend te stel.

Ons dien as konsultante vir Suid-Afrika en gebruik die MBI-instrument om die insluiting van mense met IOG in die land se gesondheidsorgstelsel te assesseer. Die MBI-raamwerk is belangrik weens die vermoë daarvan om te illustreer hoe sistemiese faktore dienslewering beïnvloed en uitsette en uitkomste lewer wat relevant vir mense met gestremdhede is. Die instrument het vier stelselvlak- en vyf diensleweringskomponente (twee aan die vraagkant en drie aan die aanbodkant) (Fig. 1). Daar word aanvaar dat die verbetering van prestasie met betrekking tot gestremde insluiting in hierdie nege komponente die uitset van hierdie stelsel, dit wil sê doeltreffende diensdekking, sal verbeter en dus 'n beter gesondheidsuitkoms (gesondheidstatus) vir mense met gestremdhede sal meebring.



Figuur 1: Die Missing Billion Health-stelselraamwerk

Stelsel (*Bestuur, Leierskap, Gesondheidsfinansiering, Data & Bewyse*); **Dienslewering (Vraag:** *Otonomie en Bewustheid Bekostigbaarheid*; **Aanbod:** *Menslike Hulpbronne Gesondheidsfasiliteite Rehabilitasiedienste & AT*); **Uitsette** (*Doeltreffende diensdekking*); **Uitkomste** (*Gesondheidstatus*).

Die voorlopige bevindings van ons oorsig en beleidsontleding volgens die MBI-raamwerkstelsel se aanwysers toon die volgende:

Wat **Bestuur** betref, is Suid-Afrika geprys vir sy beleid wat met internasionale wetgewing en die Grondwet strook. Suid-Afrika het byvoorbeeld die Verenigde Nasies se Konvensie oor die Regte van Mense met Gestremdhede (CRPD) in 2007 onderteken en bekragtig. Die land se laaste CRPD-vorderingsverslag is egter in 2014 gepubliseer. Suid-Afrika beskik oor wetgewing wat mense met gestremdhede se reg op gesondheid oor die algemeen beskerm, maar sonder enige spesifieke verwysing na MMIOG.

Daar is ook geen onafhanklike wet spesifiek vir hulle nie. Daar word na hulle as 'n prioriteitsgroep in die [Nasionale Geestesgesondheidsbeleidsraamwerk en Strategiese Plan 2023-2030](#) (Departement van Gesondheid, 2023) verwys. Daar is geen onafhanklike beleid vir IOG in die land nie.

In gesondheidsbeleidsplanne meld [die Nasionale Beleidsraamwerk en Strategie vir Palliatiewe Sorg 2017-2022](#) dat gesondheidsorgfasiliteite en -dienste MMIOG moet prioriteer en moet verseker dat redelike akkommodasie verskaf word. Verskeie nasionale

siekteplanne meld dat dienste toeganklik vir mense met gestremdhede gemaak moet word sonder om IOG spesifiek te noem, en skiet tekort oor hoe hierdie insluiting geïmplementeer sal word.

Dit bly onduidelik hoe MMIOG in die **Leierskap** van die Ministerie van Gesondheid verteenwoordig word. Daar is geen toegewyde gesondheidssektorstrukture vir IOG nie en IOG-behoeftes word dikwels onder geestesgesondheidsaksieplanne gegroeper. Ons het geen bewyse gevind van formele verteenwoordiging van MMIOG of hul versorgers in die nasionale taakmagte nie.

Gesondheidsfinansiering in Suid-Afrika vind deur 'n tweevlakkige gesondheidstelsel ooreenkomstig sosio-ekonomiese status plaas en bring ongelyke toegang tot gesondheidsorg mee (Departement van Gesondheid, 2019). Gesondheidsdienste word meestal deur die openbare sektor gelewer wat deur belasting gefinansier word en vir sowat 84% van die bevolking voorsiening maak, terwyl die private sektor deur mediese fondsskemas vir sowat 16% van die bevolking voorsiening maak. Maar daar is geen toegewyde begroting vir die insluiting van gestremdhede nie.

Die [2023-evalueringsverslag van die Witskrif oor die Regte van Mense met Gestremdhede](#) beklemtoon dat begrotings vir die gestremdheidssektor tans gefragmenteer is en dat verskillende departemente spesifieke projekte finansier wat vir hulle relevant is. Maar sommige beste praktyke bestaan wel. Basiese primêre gesondheidsorgdienste by klinieke is byvoorbeeld gratis vir alle openbare gesondheidsorggebruikers en op hoër vlakke van sorg word betaling op grond van 'n middeltoets-glyskaal gehef. Mense wat ongeskiktheidstoelaes ontvang, is ook op gratis gesondheidsorg by hospitale geregtig (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2016). Die Suid-Afrikaanse Inkomstediens maak voorsiening vir verklaring van ongeskiktheid wat die terugvordering van belasting op ongeskiktheidsverwante aankope moontlik maak.

Wat **Data en bewyse** betref, het Suid-Afrika 'n aantal databronne wat nasionale data insamel. Dit sluit die [Wêreldgesondheidsorganisasie se Gestremdheidsevalueringskedule](#), die [Washington Group on Disability Statistics se gestremdheidsdata \(WGSS\)](#), [Statistieke SA se Sensus](#), die [Nasionale Gesondheid- en Voedingsondersoek](#) en die [Demografiese en Gesondheidsoorsig](#) in. Hoewel ons voorlopige bevindings toon dat 'n mate van verteenwoordiging van gestremdheidsdata nasionaal in ag geneem word (soos in al die bogenoemde datastelle) en die data-insamelingsmetodes geldig verklaarde en internasionaal erkende instrumente (soos die WGSS) gebruik, IOG nie werklik gemeet word nie.

Die WGSS-vrae wat gebruik word, doen navraag oor 'n reeks funksioneringsfere en versamel nie spesifieke inligting oor versteurings nie. Dit is dus nie in staat om MMIOG spesifiek te identifiseer nie, wat dus die onderverdeling van data volgens IOG-status verhinder. Ons kom derhalwe tot die gevolgtrekking dat daar 'n tekort aan data oor IOG-verwante inligting in die land is. Ons kon weens die gebrek aan onderverdeling van IOG in die nasionale datastelle nie nasionale data vir die uitset-aanwysers oor diensdekking en uitkomste van gesondheidstatus identifiseer nie.

Ons doen 'n beroep op die regering van nasionale eenheid om saam met ons te werk en vennote in hierdie inisiatief te word, aangesien hierdie assessering kan help om aktiwiteite van beleidmakers, insluitend die Departement van Gesondheid en die Departement van Vroue, Jeug en Persone met Gestremdhede, te prioritiseer. Die studie sal ook talle geleenthede bied vir die ontwikkeling van gestremdhedsinsluiting binne strukture, programme en monitering en evaluering in die land, en om gesondheidsorg inklusief vir mense met gestremdhede maak.

Daar is geleenthede om by huidige pogings in te skakel om die grondslae van die [Witskrif oor die Regte van Mense met Gestremdhede](#) in werking te stel, asook om eenstemmige beriggewing oor/aanmelding van gestremdhede te bewerkstellig.

***Prof Lieketseng Ned, Dr Nomvo Dwadwa-Henda & dr Babalwa Tyabashe-Phume is verbonde aan die Afdeling Gestremdheds- en Rehabilitasiestudies van die Universiteit Stellenbosch.**