

**[2008]**

Arteveldehogeschool

[ Crabbe, B., De Craecker A., Devriendt, V.,  
Eggermont, M., Schoorens, G., Duprez, V., Leroux,  
S., Braeckman, K., Peeters, B.]

## **[EINDRAPPORT]**

Naar een betere zorgrelatie tussen  
generatiearmen en gezondheidswerkers  
in de perinatale zorg

Projectmatig wetenschappelijk onderzoek opleidingen  
Professionele Bachelor Verpleegkunde en Vroedkunde

## Inhoudstafel

<b>INHOUDSTAFEL</b>	<b>2</b>
<b>WOORD VOORAF</b>	<b>4</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>5</b>
<b>1 ARMOEDE</b>	<b>8</b>
<b>1.1 BEGRIPPEN EN DEFINITIE</b>	<b>8</b>
<b>1.2 ENKELE CIJFERS</b>	<b>15</b>
1.2.1 MONETAIRE INDICATOREN	16
1.2.1.1 Armoede	16
1.2.1.2 Inkomensongelijkheid	18
1.2.2 NIET-MONETAIRE INDICATOREN	20
1.2.3 ANDERE MONETAIRE INDICATOREN	21
<b>1.3 INVLOED OP DE VERSCHILLENDE LEVENSDOMEINEN</b>	<b>24</b>
1.3.1 INKOMEN	24
1.3.2 ARBEID	24
1.3.3 WONEN	25
1.3.3.1 Onderwijs	26
1.3.3.2 Gezondheid	26
1.3.3.3 Subjectieve kenmerken	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
<b>2 ARMOEDE EN WEERSLAG OP GEZONDHEID</b>	<b>32</b>
<b>2.1 SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN</b>	<b>32</b>
2.1.1 MORTALITEIT	33
2.1.1.1 Algemeen	33
2.1.1.2 Diabetes Mellitus	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
2.1.2 MORBIDITEIT	40
2.1.2.1 Algemeen	40
2.1.2.2 Diabetes	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
<b>2.2 PERCEPTIE VAN GEZONDHEID EN LEEFSTIJL</b>	<b>44</b>
<b>2.3 DE PERCEPTIE EN DE BELEVING VAN CHRONISCH ZIEK-ZIJN</b>	<b>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</b>
2.3.1 DEFINITIES	<b>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</b>
2.3.2 ZELFMANAGEMENT BIJ CHRONISCH ZIEKEN	<b>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</b>
2.3.3 ZELFMANAGEMENT BIJ CHRONISCHE ZIEKEN IN ARMOEDE	<b>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</b>
2.3.4 PERCEPTIE VAN DIABETES BIJ PERSONEN IN ARMOEDE	<b>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</b>
2.3.5 ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE BIJ CHRONISCH ZIEKEN	<b>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</b>

<b>3 ORGANISATIE VAN DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG</b>	<b>48</b>
<b>3.1 ALGEMEEN</b>	<b>48</b>
3.1.1 GEZONDHEIDS(ZORG)BELEID	48
3.1.2 DEELNAME AAN HET GEZONDHEIDSAANBOD	50
3.1.2.1 Financiële drempels	51
3.1.2.2 Drempels in de zorgrelatie	54
3.1.3 STRUCTURELE AANPAK EN BELEIDSMATREGELEN	57
3.1.3.1 Beleidsmaatregelen in kader van financiële drempels	57
3.1.3.2 Beleidsmaatregelen in kader van drempels gelegen in de zorgrelatie	63
<b>3.2 ORGANISATIE VAN DE ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN IN BELGIË</b>	<b>68</b>
3.2.1 BELEID VAN DE OVERHEID	68
3.2.1.1 De eerste lijn	68
3.2.1.2 De tweede lijn	68
3.2.1.3 De derde lijn	68
3.2.2 DEELNAME AAN GEZONDHEIDSAANBOD EN DREMPELS DAARBINNEN	68
3.2.3 AANPAK OM DREMPELS TE VERLAGEN	68
<b>4 ALGEMENE REFLECTIE VANUIT DE EMPOWERMENT GEDACHTE EN HET CONTEXTUEEL DENKEN IN EEN PARTICIPATIEVE DIALOOG</b>	<b>70</b>
<b>1 PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN</b>	<b>94</b>
<b>2 METHODOLOGIE</b>	<b>101</b>
<b>3 ONDERZOEKSRISULTATEN</b>	<b>102</b>
<b>3</b>	<b>103</b>
<b>REFERENTIELIJST</b>	<b>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</b>

## **Woord vooraf**

## Inleiding

Dit eindrapport is opgebouwd uit 2 grote delen. Binnen deel 1 zit het literatuurrapport vevat. Deel 2 doet verslag van het onderzoeksluik. Beide vormen de basis voor de ontwikkelde bijscholing voor gezondheidswerkers: *"En toch ... het klikt niet". Naar een betere samenwerking tussen gezondheidswerkers en generatiearmen in de perinatale zorg vanuit een participatieve dialoog met armen. Bijscholing in de perinatale zorg aan armen.*

Armoede is een complex probleem. We stellen een multidimensionele en structurele visie op armoede gekoppeld aan de psychologische dimensie voorop. Binnen het literatuurrapport, weergegeven in deel 1, leggen we de focus op gezondheid bij armen en het gezondheidsbeleid met de positie van de sociale zwakkeren daarbinnen. We behandelen deze thematiek in eerste instantie vanuit een algemeen oogpunt. Daar waar noodzakelijk en mogelijk leggen we klemtonen binnen de pre-, peri- en postnatale zorg.

De opbouw van deel 1 is als volgt. We starten in hoofdstuk 1 met een algemene schets van armoede. Een beknopte historische schets, begripsomschrijvingen en cijfermateriaal komen aan bod. De verwevenheid en cumulatie van ongelijkheden en uitsluitingen die de eigenheid van armoede uitmaken komen eveneens aan bod.

Binnen dit werk ligt de focus op gezondheid als een belangrijk element binnen de uitsluitingmechanismen van armoede. Zowel in hoofdstuk 2 als 3 gaan we daarop dieper in. Meerdere studies tonen het aan, de lage sociale klassen scoren slecht over de ganse lijn wat gezondheid en deelname aan de gezondheidszorg betreft. Sociaal economische gezondheidsverschillen zijn aanwezig, reeds van in de moederschoot. De gezondheid is minder goed, de levensverwachting is duidelijk lager, nog eens gekoppeld aan minder gezonde levensjaren. Ze vertonen meer risicovol gedrag op het vlak van leefstijl. De sociale relaties zijn minder ondersteunend en de psychische impact van het leven in armoede is groot. De kosten voor hun gezondheid nemen een grote hap uit hun budget. In hoofdstuk 2 bespreken we de weerslag van armoede en de socio-economische gezondheidsverschillen zowel algemeen en als bij de zwangerschap, bevalling en zorg voor het jonge kind.

Voorzieningen in de welzijns- en gezondheidszorg hebben als eerste opdracht een kwalitatief hoogstaande zorg te verlenen. Deze opdracht is echter ingebed in een ruimere maatschappelijke opdracht. Ook hier dient men sociale uitsluiting te voorkomen of toch in zeker mate te beperken. Het gaat om een zorg in solidariteit.

Welk beleid voert de Belgische en de Vlaamse overheid inzake gezondheid- en welzijnszorg in het kader van de bredere maatschappelijke inbedding? Hoe verloopt de deelname aan het huidige zorgaanbod en waar liggen drempels? Welke structurele aanpak is er? Wat kan er gebeuren om deze drempels te overwinnen? Deze vragen worden binnen hoofdstuk 3 in de eerste plaats beantwoord vanuit een breed gezondheidsperspectief. Waar aanwezig worden ze eveneens toegelicht binnen de perinatale zorg.

Hoofdstuk 4 biedt een korte reflectie vanuit de empowerment gedachte en het contextueel denken binnen een participatieve dialoog.

In deel 2 gaan we over tot de verslaggeving van het onderzoeksluk. We starten binnen hoofdstuk 1 met de probleemstelling en de onderzoeksvragen om daarna de onderzoeksmethode toe te lichten binnen hoofdstuk 2. Na een beschrijving van de respondenten volgt de neerslag van de onderzoeksresultaten met discussie en conclusie. De rapportering van de onderzoeksresultaten gebeurde in een weinig academische taal. Dit vormde een bewuste keuze. Op deze manier willen we zo goed mogelijk aansluiting proberen nemen bij onze doelgroep.

Binnen dit project vormden de autochtone generatiearmen de doelgroep. Hieromtrent zijn dan ook geen gegevens opgenomen in de literatuurstudie.

Dit onderzoek is gericht naar generatiearmen. Om de leesbaarheid van dit document te verhogen, zal echter ook de term kansarme en arme gebruikt worden. We verwijzen echter naar het hoofdstuk ??? waar we de generatiearme omschrijven en positioneren ten opzichte van deze begrippen. Het is steeds de generatiearme die in het onderzoek aan het woord komt.

# [Deel 1]

# Literatuurrapport

# 1 Armoede

## 1.1 Begrippen en definitie

Definities moeten ons als wetenschapper, beleidsmaker, hulpverlener (en als mens) toelaten om het object van definiëring, en veelal ook zijn oorzaken, effecten en modaliteiten, duidelijk af te bakenen. Een definitie biedt ons dus een houvast om fenomenen en objecten uit de ons omringende wereld te klasseren. Doorheen dit proces van klasseren proberen we een zicht te krijgen op de fenomenen die tezamen onze wereld constitueren én op onze plaats in dit geheel. Een definiëring heeft dus veelal ook consequenties voor ons handelen ten overstaan van de wereld. Dit is des te meer het geval wanneer we pogen om fenomenen uit de 'sociale realiteit' te omschrijven, uit de wereld die vorm krijgt doorheen onze verhoudingen ten overstaan van elkaar.

Het sociale fenomeen dat wij hier wensen te omschrijven is dat van armoede. Ons begrip van wat armoede is veranderde duidelijk doorheen de eeuwen, een evolutie die parallel loopt met de evoluties in de sociale verhoudingen.

In wat volgt geven we een beknopt overzicht van armoededefinities die binnen de Vlaamse beleidswereld, academische wereld en hulpverlening ingeburgerd zijn. In deze definities is de invloed van een moderne, structurele visie op armoede en armoedebestrijding nog duidelijk merkbaar. De vraag moet echter gesteld worden of de evoluties die kenmerkend zijn voor onze laatmoderniteit geen aanleiding geven tot een verschuiving in de maatschappelijke perceptie van armoede en tot een beleid, dat ondanks de lippendienst die het bewijst aan deze structurele visies, op een aantal terreinen eerder lijkt aan te sluiten bij deze nieuwe, 'geïndividualiseerde' invulling van solidariteit. Alvorens hierop in te gaan is het nuttig om een onderscheid te maken tussen kansarmoede, armoede en generatiearmoede.

Kansarmoede is een breder begrip dan noties als armoede en generatiearmoede. Het begrip kansarmoede verwijst in essentie naar een gebrek aan kansen om toegang te krijgen tot bepaalde maatschappelijke goederen (onderwijs, arbeidsmarkt, rechtspraak, participatie aan de politieke besluitvorming, ...). Ook bij heel wat voorbeelden van kansarmoede kan aangetoond worden dat processen van sociale uitsluiting hier veelal de oorzaak van zijn. Toch is dit zeker niet altijd, geheel of gedeeltelijk, het geval. Kansarmoede kan immers ook zijn oorsprong vinden in bijvoorbeeld biologische factoren waarbij er dan eventueel, binnen een specifieke sociale context, processen van sociale uitsluiting bovenop komen. Een



prototypisch voorbeeld hiervan is de behandeling van personen met een mentale handicap binnen verschillende sociale, culturele en historische contexten. Zoals verder in de tekst duidelijk zal worden gaat deze nuancering niet op voor mensen die gedefinieerd worden als arm of generatiearm. Kansarmen zijn dus niet gelijk te stellen aan armen of generatiearmen, maar omgekeerd kunnen armen en generatiearmen wel tot de groep van kansarmen gerekend worden. Verschillende auteurs (ondermeer Desnerk et al., 2004; Sannen, 2003) wijzen op het onderscheid tussen kansarmen en armen. Desnerk lijkt daarbij de klemtoon te leggen op een fundamenteel verschil in vaardigheden en kennis én op psychologische elementen zoals een basale onzekerheid en gekwetstheid. Of deze criteria in alle gevallen voldoende houvast bieden om een onderscheid te maken tussen kansarmen en (generatie)armen betwijfelen we. Sannen legt de klemtoon sterker op de materiële condities als onderscheidende factor.

Aangezien er echter duidelijke gemeenschappelijke kenmerken zijn, hoeft het ons niet te verwonderen dat definities die we terugvinden in de literatuur niet altijd even helder afgebakend worden en dat termen soms op een overlappende manier gehanteerd worden. Binnen de gezondheidszorg wordt frequent gebruik gemaakt van de definitie die Kind en Gezin hanteert voor het begrip 'kansarmoede'. Kansarmoede wordt hierbij gedefinieerd als een duurzame toestand waarbij mensen beknot worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk hooggewaardeerde goederen, zoals onderwijs, arbeid en huisvesting. Om gezinnen, binnen het gehanteerde registratiesysteem als kansarm te kunnen beschouwen worden zes criteria gescoord. Deze zijn het maandinkomen, het opleidingsniveau, de arbeidssituatie van de ouders, de ontwikkeling van de kinderen, de huisvesting en de gezondheid van de gezinsleden. Wanneer een gezin op drie van deze criteria onder een bepaalde grens scoort, wordt het beschouwd als een kansarm gezin. Aangezien drie van de zes criteria volstaan hoeft een gezin dus geen grote financiële moeilijkheden te ervaren om als kansarm beschouwd te worden.

Om het onderscheid tussen deze begrippen nog wat duidelijker te stellen wordt het tijd om enkele omschrijvingen van armoede onder de loep te nemen. We starten met de ondertussen sterk ingeburgerde definitie van armoede van de hand van Vranken, terug te vinden in de verschillende edities van het Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting 2007. Armoede wordt er gedefinieerd als:

*"Een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het scheidt de armen van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Deze kloof kunnen ze niet op eigen kracht overbruggen."*

Deze definitie, die ondertussen overgenomen wordt in verscheidene beleidsdocumenten (zie ondermeer het recente Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2005 – 2009, p. 16) bevat een aantal elementen dat bijkomende verduidelijking behoeft. Een eerste essentieel element is de omschrijving 'een netwerk van sociale uitsluitingen' waarmee een expliciete link gelegd wordt tussen het bestaan van armoede en processen van sociale uitsluiting als oorzaak van armoede. Vranken en zijn medewerkers zetten dit begrip, aan de hand van de twee criteria hiërarchie en breuklijn, af tegen drie andere begrippen: sociale differentiatie, sociale ongelijkheid en sociale fragmentering. Een *hiërarchie* is aanwezig wanneer er sprake is van verschillen in positie waaraan een verschillende maatschappelijke waardering verbonden is. Er is sprake van een *breuklijn* wanneer de posities binnen een systeem gescheiden worden door grenzen die niet overbrugd kunnen worden.

Er is sprake van *sociale differentiatie* wanneer er geen hiërarchische verhoudingen en geen breuklijn waarneembaar is, bijvoorbeeld bij biologische verschillen tussen mensen. *Sociale fragmentering* wijst op het bestaan van een breuklijn zonder dat er sprake is van een hiërarchie. Men kan bij het onderscheid tussen verschillende jongerensubculturen spreken van fragmentering. *Sociale ongelijkheid* wijst op het bestaan van een hiërarchie zonder breuklijn. De inkomensverdeling in een samenleving kan hiervan een voorbeeld zijn wanneer er geen beperkingen zijn voor individuen om hun positie binnen deze inkomensverdeling te veranderen. Sociale uitsluiting is er wanneer er én een hiërarchie én een breuklijn aanwezig zijn. Denk bijvoorbeeld aan de bejegening die bepaalde categorieën van psychiatrische patiënten ten deel valt. Armoede wordt door de auteurs van de definitie gezien als een bijzonder geval van sociale uitsluiting omdat er sprake is van uitsluitingsmechanismen op meerdere levensdomeinen. Daarmee belanden we bij het volgende belangrijke element uit de definitie: armoede is niet te reduceren tot een materieel tekort maar omvat 'meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan'. Een gebrek aan materiële middelen is het kernaspect van armoede maar armoede impliceert tevens een gebrek aan kansen op levensdomeinen als onderwijs, arbeid, gezondheid, ... . De term 'netwerk' in de definitie wijst er ook op dat deze uitsluitingsmechanismen en de effecten ervan met elkaar verweven zijn. Binnen paragraaf 1.3 gaan we kort in op deze verwevenheid en impact op de verschillende levensdomeinen. De uitsluitingsmechanismen scheiden 'de armen van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving', een formulering die wijst op de relativiteit van armoede. Een arme is iemand die geen aansluiting vindt bij algemeen aanvaarde leefpatronen, leefpatronen die verschillen afhankelijk van de sociale en historische context. Het laatste element wijst op het feit dat armen 'deze kloof niet op eigen kracht kunnen overbruggen'. Het is met andere woorden de taak van verschillende maatschappelijke actoren (beleid, hulpverlening, onderwijs, ...) om armen te helpen om aansluiting te vinden bij de rest van de samenleving.

Deze dominante definitie van armoede hanteert duidelijk een structurele visie op armoede. De oorzaak voor het bestaan en voortbestaan van armoede ligt niet bij het individu maar bij uitsluitingsmechanismen die eigen zijn aan onze maatschappelijke structuur. Armoedebestrijding impliceert dan ook het in vraag stellen van de fundamentele van onze maatschappelijke structuur. Anderzijds toont de klemtoon op structurele oorzaken van armoede dat de auteurs de huidige maatschappelijke verhoudingen en structuren als belemmerend ervaren voor de realisatie van dit ideaal.

De klemtoon op sociale uitsluitingsmechanismen werkzaam op verschillende domeinen, biedt ons een houvast om armoede af te zetten tegen het begrip kansarmoede. Bij kansarmoede zal er weliswaar ook vaak sprake zijn van een problematiek die zich situeert op meerdere levensterreinen maar de oorzaken van deze problematiek liggen niet altijd of niet uitsluitend bij uitsluitingsmechanismen die eigen zijn aan de organisatie van onze samenleving. Bij armoede gaat dit volgens de auteurs wel op.

Voor we ingaan op een belangrijke bedenking bij deze dominante definitie willen we wijzen op het verschil tussen deze definitie en de populaire perceptie van armoede en sociale uitsluiting. In onderzoek (Breda, Schoenmaekers en Van Geel, 2003) wordt aangetoond dat een groot deel van de Vlaamse bevolking de oorzaken van armoede en sociale uitsluiting, ten minste gedeeltelijk, situeert op het niveau van het individu. In andere delen van dit rapport zal blijken dat ook gezondheidswerkers niet ontsnappen aan deze tendens. Ondanks het feit dat binnen beleid, hulpverlening en academische wereld deze structurele definitie dominant is, wijkt de populaire perceptie hiervan af. Deze constatering is belangrijk met het oog op het legitimeren van het gevoerde armoedebeleid. Men kan deze constatering ook interpreteren als een teken dat het neoliberale discours, waarin persoonlijke verdienste als motor wordt gezien van sociale mobiliteit, doorgedrongen is in brede lagen van de bevolking. Ook de auteurs van het Jaarboek wijzen op de tendens naar 'individualisering van de armoede'. Ze menen dat het risico bestaat dat de Verzorgingsstaat afbrokkelt wat tot een duale samenleving kan leiden. De auteurs spreken van "een beweging om structurele problemen te herleiden tot individuele problemen, van gebrek aan zelfstandigheid, van voldoende handigheid om met de nieuwe informatiemiddelen om te gaan, van onvoldoende werkzaamheid, enzovoort. Zo dreigt ongelijkheid opnieuw een vanzelfsprekendheid te worden." (Vranken, et al., 2002, p.25)

Een belangrijke bedenking die terecht gemaakt wordt bij de definitie van Vranken is dat ze geen aandacht heeft voor de psychologische component van de armoede. Het gaat om de ervaring van het leven in armoede en de psychische schade veroorzaakt door de uitsluiting.

Dit aspect vinden we wel terug in twee andere definities. Van Regenmortel besteedt aandacht hieraan in haar omschrijving van armoedebestrijding, een omschrijving die ze complementair acht aan de definitie van Vranken. 'De kloof tussen armen en de rest van de samenleving kan enkel duurzaam worden overbrugd wanneer de samenleving het beschikbare economische, culturele en sociale kapitaal voor hen toegankelijk maakt, wat een fundamentele herinrichting van de samenleving veronderstelt. Enkel zo krijgt iedereen gelijke kansen op een volwaardige sociale positie en de daarbij horende rollen en status evenals op de mogelijkheid om volwaardige interacties en communicatie aan te gaan en om zelfwaarde te ontwikkelen. Dat houdt noodzakelijkerwijs in dat de samenleving een appél doet op het psychologisch kapitaal van personen die in armoede leven en van hun omgeving.'

Een tweede omschrijving die hierbij aansluit is de visie op armen als meervoudig gekwetsten. "Gekwetst is iemand bij wie de betrouwbaarheid van existentiële en betekenisvolle relaties fundamenteel is geschaad. Hiermee wordt het basale vertrouwen in zichzelf en de omgevende wereld aangetast. Meervoudig duidt op de aanhoudende en wederkerige effecten op de verbindingen met zichzelf, de ander, de samenleving en de tijd." (Vansevenant, 2005). Het begrip meervoudig gekwetsten is breder dan het begrip armoede en volstaat op zich niet als duidelijke afbakening van wat armoede is. Door enkel de psychologische component van de armoede-ervaring te beklemtonen in een definitie van armoede loopt men het risico op een 'individualisering' van de problematiek'. Hierbij moet wel duidelijk gesteld worden dat de auteurs van het boek 'Meervoudig Gekwetsten' (Heynderickx, et al., 2005) in hun toepassing van het begrip armoede duidelijk de link leggen naar de structurele oorzaken van armoede. Het is ook niet hun bedoeling om de notie 'meervoudig gekwetsten' naar voren te schuiven als een definitie van armoede. Maar door armen als meervoudig gekwetsten te bekijken leveren de auteurs wel een nuttige en noodzakelijke aanvulling op Vrankens definitie.

De definitie die Van Regenmortel naar voren schuift lijkt ons zinvol omdat daarin de relatie tussen structurele uitsluitingsmechanismen en de weerslag ervan op de psyche van het uitgesloten individu benoemd worden. De wisselwerking tussen het individuele en het structurele niveau is immers een belangrijke invalshoek indien we willen begrijpen waarom armoede bestaat en blijft voortbestaan. Die wisselwerking situeert zich voor een belangrijk deel op het mesoniveau, op het actieterrein van belangrijke maatschappelijke instituties zoals onderwijs, hulpverlening, gezondheidszorg, enzovoort. Daarom kan ook een term als 'maatschappelijke kwetsbaarheid' betekenisvol zijn (Van Regenmortel, Demeyer & Vandenbempt, 1999; Vandenbempt, 2001). Met die term wordt verwezen naar de constatering dat sommige bevolkingsgroepen weinig voordeel halen uit de contacten met

maatschappelijke instellingen maar er vooral de negatieve sanctionerende gevolgen van ondervinden.

In beide bovenstaande visies op armen wordt zeer duidelijk de klemtoon gelegd op het psychologische aspect van de armoede-ervaring. Een leven in armoede en uitsluiting brengt kwetsuren met zich mee die blijven voortduren en die het fundamentele vermogen om verbindingen (relaties) aan te gaan met zichzelf, anderen, de maatschappij en de tijd grondig ondermijnen. Vandenbempt (2001) verwijst naar deze verbintenisproblematiek als het centrale kenmerk van armoede, in het bijzonder van generatiearmoede. Deze verbintenis is gestoord op diverse vlakken: met zichzelf, met de anderen, met de maatschappij en met de toekomst. Een gestoorde verbintenis met zichzelf betekent dat er voor de (generatie)arme geen band meer is met het eigen handelen. Het gevoel van machteloosheid, van 'wat ik ook doe, het doet er niet toe' is cruciaal in de beleving van armoede. Deze gestoorde verbintenis met zichzelf leidt ertoe dat verbintenissen met de anderen veelal ook gestoord zijn. De rekening wordt aan anderen gepresenteerd, zowel binnen als buiten het gezin. Veel auteurs wijzen in deze context ook op het grote isolement van de armen; de grote eenzaamheid en het sterke privé-karakter van armoede worden meer en meer als belangrijke kenmerken van de 'moderne' armoede vernoemd. Armen kunnen zich ook 'destructief gerechtigd' voelen, ze kunnen het gevoel hebben veel meer gegeven dan ontvangen te hebben in het leven. Dit gevoel van destructieve gerechtigheid vindt veelal zijn oorsprong in de complexe opvoedingssituaties die men terugvindt bij heel wat (generatie)arme gezinnen. Opvoedingssituaties die men op hun beurt weer niet los kan zien van de bredere context waarin een gebrek aan kansen en het bestaan van uitsluitingsmechanismen een verregaande invloed hebben op deze gezinnen. De maatschappij heeft weinig verdiensten waardoor armen dikwijls ook gerechtigd?(het woord gerechtigd lijkt me hier niet op z'n plaats, spreekt een oordeel uit, beter neutraal te formuleren) wantrouwig, asociaal en negatief staan tegenover de maatschappij. De verbintenis met de maatschappij wordt bij armen veelal gekenmerkt door een gedwongen afhankelijkheid, een negatief stigma en een grote controle en inmenging in de privacy. De complexe situatie waarin armen (over)leven maakt dat de directe leefomstandigheden vaak al de aandacht opeisen. Armen ontwikkelen vaak een 'hier-en-nu' perspectief dat lijnrecht tegenover de verwachtingen van de samenleving staat. Deze verbintenisproblematiek is enerzijds een reactie op hun levensomstandigheden en anderzijds een factor die meespeelt in de bestendiging ervan.

Wil men effectief aan armoedebestrijding doen dan is de verbintenisproblematiek een kernproblematiek waarop men moet ingaan. Dat betekent dat armoedebestrijding deze problematiek moet aanpakken op alle niveaus. Op het individuele niveau moeten er

hulpverlenings- en begeleidingsmethodieken gehanteerd worden die uitgaan van dit gekwetst zijn én die op een vruchtbare manier de krachten van armen aanspreken. Daarbij moet rekening gehouden worden met de grote heterogeniteit onder armen, elke arme heeft ook een uniek levensverhaal. Deze diversiteit dwingt tot een differentiatie in de aanpak van de hulpverlening. Visies en methodieken die de laatste jaren ingang vinden in de hulpverlening, zoals maatzorg en empowerment, kunnen een antwoord bieden op deze noden. Het aanpakken van deze verbintenisproblematiek vraagt ook om maatregelen op het meso-niveau. De toegankelijkheid van belangrijke maatschappelijke instituties moet verder geoptimaliseerd worden door het slechten van financiële, organisatorische, administratieve en relationele drempels. Bovendien moeten maatschappelijke instituties de randvoorwaarden realiseren en bewaken die een optimale begeleiding op het individuele niveau garanderen. Dit impliceert een inclusief beleid dat tegelijkertijd ook niet stigmatiserend werkt. Op het macroniveau dient men te werken aan structurele hervormingen op alle maatschappelijke domeinen. Dat vergt een gecoördineerde aanpak van de armoedebestrijding doorheen verschillende beleidsdomeinen en beleidsniveaus. Op het vlak van coördinatie zijn er de laatste jaren ook stappen gezet door beleidsverantwoordelijken, het effect ervan laat zich op het terrein echter nog onvoldoende voelen (Vranken, e.a., 2004). Maar meer nog dan een gecoördineerde aanpak vraagt armoedebestrijding op macroniveau ook om een fundamentele herdenking van de centrale waarden in onze samenleving. Tendensen van individualisering tegen de achtergrond van een globaliserende economie vormen dan ook een grote uitdaging.

We moeten nog even stilstaan bij het onderscheid tussen armoede en generatiearmoede. De laatste jaren lijkt er in verschillende verzorgingsstaten een tendens te zijn naar een toename van het aantal bevolkingsgroepen dat, tijdelijk of langdurig, in een situatie van armoede of bestaansonzekerheid verzeilt (Vranken, et al., 2005). Voor bepaalde bevolkingsgroepen wordt een situatie van armoede of bestaansonzekerheid meer en meer een normale fase (voor sommigen een transitie-moment) in de levensloop. Het gaat dan om een toename van 'nieuwe armen', mensen die objectieve kenmerken vertonen van groepen die voorheen in mindere mate terug te vinden waren binnen de groep van armen. Daartegenover staat een groep van armen die gedurende hun hele levensloop in armoede leven. Bij hen heeft de armoede een chronisch karakter gekregen. Deze groep wordt aangeduid met de term generatiearmoede omdat de armoede letterlijk van generatie op generatie wordt overgedragen. De visie op armen als meervoudig gekwetsten kan ons een houvast bieden om dit onderscheid tussen 'nieuwe armen' en generatiearmen te verduidelijken. Kwetsuren die het gevolg zijn van het leven in armoede zal men bij beide groepen kunnen vinden. Bij generatiearmen zullen deze kwetsuren echter een veel diepgaander karakter hebben en een fundamentele invloed uitoefenen op hun

mogelijkheden om opnieuw verbindingen aan te gaan. Naast een grotere deprivatie, af te lezen aan de verschillen in objectieve kenmerken, zal de subjectieve ervaring van het arm zijn diepgaander zijn bij generatiearmen.

## 1.2 Enkele cijfers

Vragen als 'Hoeveel armen zijn er in 2007 in België?' of 'Wie loopt er een hoog risico op armoede?' mogen eenvoudig lijken, een éénduidig en accuraat antwoord formuleren hierop blijkt geen evidentie te zijn. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen. In eerste instantie moet er een consensus zijn over een duidelijke conceptuele afbakening van het begrip armoede. Ten tweede moet deze conceptuele afbakening vertaald kunnen worden naar een empirisch meetbare definitie. En ten slotte dienen er geactualiseerde en betrouwbare databestanden te zijn die toelaten om een antwoord te formuleren op deze vragen. Vooral op deze laatste twee punten worden wetenschappers geconfronteerd met verschillende moeilijkheden. Gelet op het feit dat deze thematiek te uitgebreid is voor dit bestek beperken we ons hier tot het presenteren van de cijfers over armoede en inkomensongelijkheid.

We starten met de meest recente gegevens die betrekking hebben op de jaren 2003 en 2004 en afkomstig zijn uit de EU-SILC 2004 en de EU-SILC 2005 waarvan de resultaten begin 2007 bekend werden gemaakt (FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE, 2006; FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2007). EU-SILC (**E**uropean **U**nion - **S**tatistics on **I**ncome and **L**iving **C**onditions) is een nieuwe enquête naar inkomens en levensomstandigheden en vormt een belangrijk instrument om zowel op Belgisch als op Europees niveau armoede en sociale uitsluiting in kaart te brengen<sup>1</sup>. Gedurende maximaal vier opeenvolgende jaren worden ongeveer 5000 gezinnen (11.000 personen) bevestigd. Vijftientig procent van de steekproefpopulatie wordt jaarlijks hernieuwd om de selectieve uitval op te vangen en zo de representativiteit van de steekproef te garanderen. De enquête 2004 (gegevens voor 2003) is de eerste waaruit men gedetailleerde resultaten kan berekenen. De totale respons op huishoudniveau in SILC 2004 bedraagt 49,6%. De recente ter beschikking gestelde eerste resultaten uit de EU-SILC 2005 bieden een eerste vergelijkingspunt over de tijd. De totale respons bedroeg hier 60,8%<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> EU-SILC wordt voor België georganiseerd door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (voormalig N.I.S.) - FOD Economie, K.M.O, Middenstand en Energie.

<sup>2</sup> Opmerkelijk is dat de respons bij de nieuwe huishoudens (de 25% huishoudens uit de vernieuwde steekproef) 47% bedraagt wat gelijkaardig is aan de respons in de EU-SILC 2004 waar alle huishoudens 'nieuwe' huishoudens waren. De respons bij de huishoudens die ook al deelnamen aan de EU-SILC 2004 (de 'oude' huishoudens) lag op 74,6%.

Een belangrijke innovatie in de EU-SILC is dat sociale uitsluiting opgevat wordt als een multidimensioneel concept. Er worden gegevens verzameld over factoren op verschillende domeinen waaronder inkomen, tewerkstelling, gezondheid en onderwijs. Op basis van deze factoren worden zowel monetaire en niet-monetaire indicatoren berekend. We bespreken hier de belangrijkste resultaten. In eerste instantie bekijken we de monetaire indicatoren.

## 1.2.1 Monetaire indicatoren

### 1.2.1.1 Armoede

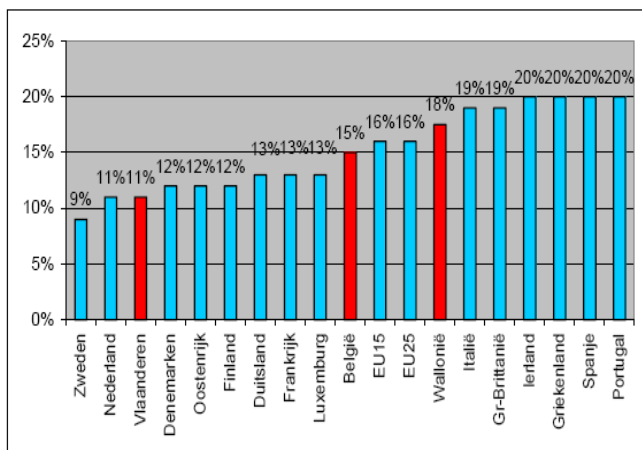
Net als in andere metingen wordt de armoedegrens hier vastgelegd op 60% van het nationaal mediaan equivalent inkomen. Voor alleenstaanden onder de armoedegrens betekent dit dat ze leven in een gezin waar er per hoofd niet meer dan 9324 € per jaar of 777 € per maand beschikbaar is voor de EU-SILC 2004 en 822 € voor de EU-SILC 2005. Om voor anders samengestelde gezinnen het equivalent inkomen te berekenen wordt voor elk bijkomend volwassen huishoudlid dit bedrag vermenigvuldigd met 0.5, voor elk bijkomend kind onder de 14 jaar met 0.3. Het gaat hier om een relatieve conceptie van armoede. Wijzigingen in het nationaal mediaan inkomen zullen, zoals duidelijk is hierboven, wijzigingen in de armoedegrens teweeg te brengen.

14,7% van de Belgische bevolking behoorde in 2005 tot de groep die een verhoogd armoederisico loopt<sup>3</sup>. In 2004 bedroeg dit aandeel 14,8%, een stabilisatie dus van het aantal armen. De 2005-enquête is de eerste die vergelijking toelaat met bijna alle Europese landen. In de figuur hieronder wordt het Belgische, Vlaams en Waals armoederisico gesitueerd ten opzichte van de armoederisico's in de belangrijkste Europese landen (EU-15).

<sup>3</sup> De schattingen van de populatieparameters in de EU-SILC gebeuren met inachtneming van een interval van +/- 1% aan een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Voor de schatting van het Belgische armoedecijfer wil dit zeggen dat de reële armoede in de Belgische populatie met een zekerheid van 95% ligt binnen het interval 13,8% - 15,8%.



Figuur 1: Armoederisico's voor de EU-15, Vlaanderen en Wallonië

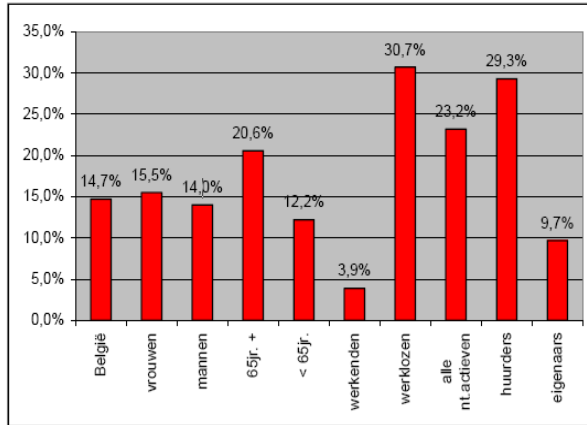


Bron: EU-SILC 2005

Uit de EU-SILC 2005 blijkt dat er statistisch significante verschillen zijn tussen de verschillende regio's. In Vlaanderen (zonder Brussel) loopt 10,7% van de populatie een verhoogd risico tot armoede, in Wallonië (zonder Brussel) bedraagt dit 17,5%.

De EU-SILC 2005 leert ons dat bij de Belgische bevolkingsgroepen vrouwen, 65-plussers, alleenstaanden, alleenstaande ouders en werklozen in het bijzonder een opvallend hoger risico hebben om in armoede te verzeilen. Tenslotte blijken huurders een hoger risico op armoede te hebben dan eigenaars.

Figuur 2: Armoederisico in België (detail)



Bron: EU-SILC 2005

Het hebben van werk is een belangrijke buffer tegen armoede. Ook de intensiteit waarmee gewerkt wordt op gezinsniveau is een belangrijke indicator van het armoederisico. Naast betaalde arbeid hebben ook sociale transfers een belangrijke corrigerende rol bij het bestrijden van armoede. Zonder uitkeringen (exclusief pensioenen) zou 27,8% van de bevolking in armoede leven. Zonder uitkeringen inclusief de pensioenen zou dit zelfs 41,8% zijn. Ook in 2004 blijft het hebben van betaalde arbeid een essentiële bron van bescherming tegen een verhoogd risico op armoede (EU-SILC 2005).

Om een idee te geven over 'hoe arm de armen zijn' kan men gebruik maken van de 'risico op armoede kloof' om het mediaan (equivalent) inkomen te berekenen van enkel dat deel van de bevolking dat onder de armoedegrens leeft. De 'risico op armoede kloof' bedraagt voor België 19,4% (EU-SILC 2005), hetgeen resulteert in een mediaaninkomen onder de armoedegrens van 663 € voor alleenstaanden<sup>4</sup>.

### 1.2.1.2 Inkomensongelijkheid

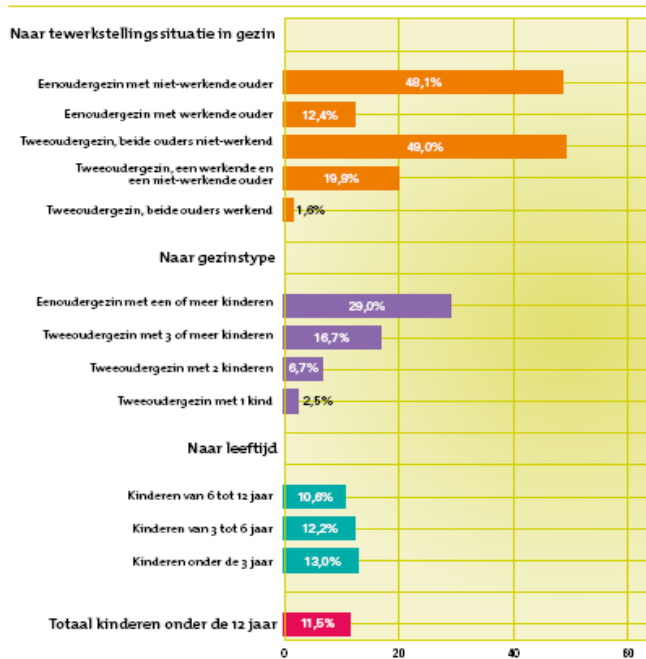
Op basis van de gegevens uit de EU-SILC kunnen ook maten berekend worden die een beeld verschaffen van de inkomensverdeling over de populatie. De mate van inkomensongelijkheid verschaft ons inzicht in de verdeling van het nationale inkomen over de verschillende inkomenscategorieën. Voor de gegevens uit de EU-SILC werden twee maten berekend. Een eerste is de inkomensquintielverhouding of S20/S80. Deze maat vergelijkt het totale equivalente inkomen van de 20% rijksten met dat van de 20% armsten

<sup>4</sup>  $80,6\% \cdot 60\% = 48,36\%$ .  $48,36\% \cdot 1370 \text{ €} = 663 \text{ €}$

Arteveldehogeschool - Eindrapport PWO-project - deelluk perinatale zorg

in de bevolking. Uit de EU-SILC 2005 gegevens voor België blijkt dat het totale inkomen dat verworven wordt door de 20% rijksten 4,1 keer groter is dan wat de 20% minstbedeelden verworven hadden.

Op basis van de EU-SILC 2004 konden ook betrouwbare schattingen gemaakt worden van het aantal kinderen dat opgroeit in armoede (Kind en Gezin, 2006). Algemeen is er een verhoogd armoederisico bij 11,5% van de kinderen onder de 12 jaar. Naar leeftijdscategorie zijn er geen verschillen. Wel is er een groot verschil naargelang van het gezinstype, met het laagste risico voor kinderen in tweeoudergezinnen met 1 kind (2,5%) en het hoogste voor kinderen in een eenoudergezin (29,0%). Nog grotere verschillen zien we als we ook het niet beroepsactief zijn mee bekijken. 49% van de kinderen in tweeoudergezinnen waarvan de beide ouders niet werken, kent een verhoogd armoederisico. Ook bij kinderen in eenoudergezinnen met een niet-werkende ouder ligt dit risico zeer hoog: 48,1%. Opmerkelijk is ook het verschil tussen kinderen in tweeoudergezinnen met één of twee kinderen en in tweeoudergezinnen met drie of meer kinderen: kinderen in tweeoudergezinnen met drie of meer kinderen kennen een veel hoger risico op armoede dan kinderen in een tweeoudergezin met één of twee kinderen.



Bron: Kind en Gezin "Het kind in Vlaanderen 2006. Percentage kinderen onder de 12 jaar dat leeft in een gezin met een inkomen beneden de armoedegrens naar leeftijdscategorie, gezinstype en tewerkstellingssituatie in het gezin-Vlaams Gewest 2004.

### 1.2.2 Niet-monetaire indicatoren

Het al dan niet aanwezig zijn van basiscomfort in de woning is een belangrijke niet-monetaire indicator. Acht op tien (78,8%) van de Belgische huishoudens in de EU-SILC 2004 beschikt over alle basiscomfort in zijn woning. Dit wil zeggen dat volgende vier items in de woning aanwezig zijn: bad of douche, toilet met waterspoeling, centrale verwarming en warm stromend water. De overige 20% mist dus minstens één van deze zaken.

Een andere interessante niet-monetaire indicator meet het zich kunnen veroorloven (maar het daarom niet bezitten) van gebruiksgoederen. Acht op tien (84%) huishoudens kan zich veroorloven volgende vier gebruiksgoederen aan te schaffen: een auto, kleurentelevisie, telefoon en/of computer. 79,9% van de populatie beschikt effectief over minstens drie van de vier items.

Ondanks het gegeven dus dat de grote meerderheid van de gezinnen in de EU-SILC 2004 in een comfortabele woning leeft en over een aanzienlijk aantal gebruiksgoederen beschikt, ervaart niettemin 18,2% van de gezinnen moeilijkheden om de eindjes aan elkaar te knopen. Voor de EU-SILC 2005 ging het om 17,1% van de gezinnen.

Kijken we naar een aantal niet-monetaire indicatoren gehanteerd in de EU-SILC 2004 toegepast op de situatie van gezinnen met kinderen dan is het opmerkelijk dat bijna 18% van de kinderen leeft in een gezin waarvan de referentiepersoon stelt dat het gezin zich niet kan veroorloven om jaarlijks een week op vakantie te gaan. Slechts een beperkt aantal kinderen leeft in een gezin dat zich niet kan veroorloven om om de twee dagen vlees, kip of vis te eten (of een vegetarisch equivalent). Bijna 6% leeft in een gezin dat zich niet kan veroorloven om minstens eenmaal per maand vrienden of familie te ontvangen. Naar leeftijdscategorieën zijn er weinig verschillen, behalve voor wat betreft het op vakantie gaan: kinderen van 6 tot 12 jaar leven vaker in een gezin dat zich jaarlijks geen week vakantie kan veroorloven (Kind en Gezin, 2006).

Onderstaande tabel geeft een overzicht voor de niet-monetaire indicatoren bevraagd in de EU-SILC 2004.

Niet-monetaire indicatoren	Totaal	Onder de armoedegrens	Boven de armoedegrens
Geen basiscomfort in de woning (geen bad/douche of toilet of warm water)	2,9%	6,2%	2,3%
Woning niet voldoende verwarmen wegens financiële problemen	6,4%	10,3%	5,7%
Weinig ruimte (minder dan 1 kamer/persoon)	5,4%	13,1%	4,1%
Moeilijkheden om de eindjes aan elkaar te knopen (moeilijk tot zeer moeilijk)	18,1%	43,1%	13,8%
Niet in de mogelijkheid om 1 maal per maand vrienden uit te nodigen	12%	26,5%	9,4%
Niet in de mogelijkheid om jaarlijks 1 week met vakantie te gaan	28,7%	56,2%	23,9%
Niet in de mogelijkheid om om de 2 dagen vlees/vis of vegetarisch alternatief te eten	4,2%	11,7%	2,9%
Niet in de mogelijkheid om onverwachte uitgave van € 750 binnen de week op te vangen	28,5%	56,8%	23,5%
Geen middelen om over telefoon/gsm te beschikken	0,6%	2,1%	0,4%
Geen middelen om TV te hebben	0,6%	1,9%	0,4%
Geen middelen over PC te beschikken	8,9%	22,6%	6,5%
Geen middelen om wasmachine te hebben	2,2%	7,5%	1,3%
Geen middelen om over een auto te beschikken	7,4%	24,5%	4,4%
Woning is somber, donker	11,5%	15%	10,9%
Woont in buurt met veel lawaai	25%	29,9%	24,1%
Woont in buurt met veel pollutie	16,6%	19,2%	16,2%
Woont in buurt met veel geweld	19,6%	20%	19,5%
Participeert niet aan sociale, recreatieve activiteiten buitenshuis	62,1%	76,2%	59,7%
Lijdt aan een handicap, langdurige ziekte of aandoening en is gelimiteerd in zijn dagdagelijkse activiteiten.	10,1%	15,2%	9,2%
Slechte tot zeer slechte gezondheid (auto-evaluatie)	8,7%	14%	7,8%
Minstens 1 persoon van het HH heeft medische zorgen moeten uitstellen wegens financiële moeilijkheden	1,8%	5%	1,2%

Bron: EU-SILC 2004 - FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie

### 1.2.3 Andere monetaire indicatoren

Een beeld van de armoede, en van de evolutie ervan, kan ook geschetst worden aan de hand van de wijzigingen in het aantal rechthebbenden op sociale bijstand en minimum sociale zekerheidsuitkeringen. Hierbij moet wel het voorbehoud gemaakt worden dat deze cijfers sterk beïnvloed worden door beleidsbeslissingen, wat een accurate vergelijking over de tijd bemoeilijkt. Bovendien gaat het hier om een beperkte groep van armen aangezien de wettelijke armoedegrens (de bedragen uitgekeerd in het kader van sociale bijstand of minimum sociale zekerheidsuitkeringen) lager ligt dan de relatieve armoedegrens vastgelegd op 60% van nationaal mediaan equivalent inkomen. We baseren ons hier voor

enkele van deze belangrijke evoluties op de gegevens gepresenteerd in Vranken et al. (2006).

Het Recht op Maatschappelijke Integratie (RMI), in de vorm van een uitkering (het leefloon) of tewerkstelling (activering), is van kracht sinds oktober 2002 (wet van 26 mei 2002) en kwam in de plaats van het bestaansminimum. Met de invoering van het leefloon wijzigden de categorieën evenals de voorwaarden om in aanmerking te komen voor het Recht op Maatschappelijke Integratie. In 2005 ontvingen gemiddeld 74.942 mensen het leefloon, een lichte daling in vergelijking met 2004 (mogelijk door een nog onvolledige registratie). Ongeveer de helft van de leefloontrekkenden is alleenstaand zonder kinderen (49% in 2005).

Sinds enkele jaren worden, in het kader van het activeringsbeleid, rechthebbenden op het leefloon in hogere mate aangespoord om een tewerkstelling te aanvaarden. Verhoudingsgewijs is momenteel een tiende van alle RMI-ontvangers tewerkgesteld, hoofdzakelijk in het kader van artikel 60§7 OCMW-wet. Binnen dit statuut krijgen leefloners de kans om opnieuw rechten op een werkloosheidsuitkering op te bouwen. Het aantal tewerkgestelde leefloners evolueerde van 6% in 1999 naar 10% in 2005, in absolute cijfers betekent dit bijna een verdubbeling.

Mensen die niet in aanmerking komen voor het Recht op Maatschappelijke Integratie kunnen beroep doen op het Recht op Maatschappelijke Hulp (RMH), vaak toegekend onder de vorm van een bedrag dat equivalent is aan dat van het leefloon.

In deze context vermelden we ook dat het aandeel van de medische hulpverlening binnen het RMH sinds 1999 sterk is gestegen tot meer dan een vijfde van het totaal aantal RMH-dossiers of 9.206 medische hulpverstrekingen (wat wordt hier dan onder verstaan?). Het Vlaamse Gewest neemt minder dan de helft (46%) van de medische dossiers voor zich, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest volgt met bijna 38%. In verhouding tot het totaal aantal RMH-dossiers is Brussel koploper: meer dan een derde van de RMH-dossiers (36%) betreffen medische hulpverlening.

De laatste 15 jaar neemt ook het aantal behoeftigen die aankloppen bij de voedselbanken voortdurend toe: tussen 1991 en 2005 verdubbelde het aantal begunstigden (+127%). In 2006 deden 106.900 mensen een beroep op voedselhulp (in de vorm van een voedselpakket of een maaltijd).

Bekijken we tot slot enkele andere monetaire indicatoren die een licht kunnen werpen op het aantal kinderen in arme gezinnen (Kind en Gezin, 2006). Eind 2005 waren er 4157

minderjarigen voor wie gewaarborgde kinderbijslag werd uitbetaald, dit is slechts 0,3% van de kinderen onder de 18 jaar. Dit cijfer lag 7,8% hoger dan in 2004. Een heel beperkt aantal kinderen onder de 12 jaar (0,5%) woont in een gezin dat het leefloon trekt. Meestal gaat het om een gezin met een moeder die een leefloon trekt waarbij het gemiddeld om 600 € gaat.

Kind en Gezin registreert jaarlijks gegevens over kinderen geboren in kansarmoede. De definitie van kansarmoede die Kind en Gezin hanteert is een combinatie van monetaire en niet-monetaire indicatoren<sup>5</sup>. Wanneer een gezin zwak staat volgens drie of meer criteria, wordt het als kansarm beschouwd. Zowat 6,3% van de in 2006 geboren kinderen (Vlaamse Gewest) werd geboren in een kansarm gezin (Kind en Gezin, 2006). Het gaat om 4169 kinderen in het Vlaamse Gewest. Tegenover 2005 is het percentage kinderen geboren in een kansarm gezin licht toegenomen. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het percentage kinderen dat in 2006 geboren werd per provincie en algemeen in Vlaanderen in een kansarm gezin.

Provincie	Kinderen geboren in een kansarm gezin - 2005 (%)	Kinderen geboren in een kansarm gezin - 2006 (%)
Antwerpen	10,2	9,4
Vlaams-Brabant	2,3	3,4
West-Vlaanderen	4,0	4,7
Oost-Vlaanderen	5,1	5,5
Limburg	4,6	6,6
<b>Totaal</b>	<b>5,8</b>	<b>6,3</b>

Bron: Kind en Gezin "Het kind in Vlaanderen 2006. Percentage kinderen onder de 12 jaar dat leeft in een gezin met een inkomen beneden de armoedegrens naar leeftijdscategorie, gezinstype en tewerkstellings situatie in het gezin - Vlaams Gewest 2004.

Voor een meer gedetailleerde bespreking van bovenstaande indicatoren en evoluties verwijzen we naar het Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting 2007. In dat overzicht worden ook de evoluties op andere domeinen zoals de arbeidsmarkt of het onderwijs beschreven vanuit de invalshoek armoede en sociale uitsluiting (Vranken et al., 2006). In wat volgt gaan wij verder in op het domein van de gezondheid en de gezondheidszorg.

Bron: EU-SILC 2004 - FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie

<sup>5</sup> Zie supra paragraaf 1.1.

### **1.3 Invloed op de verschillende levensdomeinen**

Het is de verwevenheid en cumulatie van ongelijkheden en uitsluitingen die de eigenheid van armoede uitmaken. In onderstaande paragraaf wensen we kort de belangrijkste levensdomeinen waar armoede zijn impact heeft te vermelden.

De complexiteit en meervoudigheid van armoede zit vervat in definiëringen weergegeven onder paragraaf 1.1. Naast een gebrek aan financiële middelen is er ook achterstelling op het vlak van opleidingsniveau, de positie op de arbeidsmarkt, de huisvesting en woonomgeving, de gezondheid, de sociale relaties, de rechtsbedeling, collectieve voorzieningen en cultuur. Deze terreinen staan niet los van elkaar en beïnvloeden elkaar continu. Men spreekt van een armoedekluwen (Van Regenmortel, 1996). De domeinen van sociale uitsluiting vinden hun oorsprong in de sociale grondrechten van de Belgische grondwet. Het gaat om inkomen, arbeid, wonen, onderwijs en gezondheid.

#### **1.3.1 Inkomen**

Armoede is meer dan een inkomensprobleem, maar het is de traditionele ingang tot de studie van de armoede. Andere dimensies van armoede zijn immers moeilijk te operationaliseren. Een degelijk inkomen helpt in elk geval de toegang tot een aantal basisbehoeften te vergroten. De cijfers over het financiële aspect van armoede, zoals hoger weergegeven, bevestigen dat mensen die van een uitkering afhankelijk zijn veel risico lopen om onder de armoedegrens terecht te komen. De achterstand die de uitkeringen opgelopen hebben, wordt pas de laatste jaren wat ingehaald. De gegevens uit het laatste jaarboek van armoede en sociale uitsluiting bevestigen dit opnieuw (Vranken, Campaert, De Boyser & Dierickx, 2007). Bovendien blijkt **het kopen op krediet nog** steeds toe te nemen en doen steeds meer mensen hiervoor beroep op een procedure voor collectieve schuldenregeling.

#### **1.3.2 Arbeid**

Arbeid betekent een inkomen, maar ook meer dan dat. Arbeid is voor velen een vorm van participatie aan de maatschappij: het biedt nieuwe kansen, maatschappelijke erkenning en sociale contacten. Participatie aan arbeid biedt bovendien zekerheid naar de toekomst, stabiliteit en daardoor ook een zekere vorm van rust.

Een zoektocht naar werk is echter niet eenvoudig voor armen. Hun lage scholingsgraad en een gemis aan vaardigheden spelen hen vaak parten. De huidige sneevoluerende maatschappelijke en technologische evoluties zijn hen niet steeds bekend en maken het moeilijk om bij te blijven. Wanneer mensen uit de lagere sociale klassen doorstromen naar de arbeidsmarkt komen zij vaak in onaantrekkelijke jobs terecht met onregelmatige werktijden, slechte en ongezonde werkomstandigheden, een laag inkomen en een lage graad van participatie en inspraak.



De werkloosheid blijft echter groot onder de groep van armen. Activering naar de arbeidsmarkt wordt reeds jaren gezien als dé aanpak voor het armoedeprobleem. Arbeid biedt een belangrijke bescherming tegen armoede. Bij de inactieve Belgische bevolking is het armoederisico 23,2%, bij werklozen zelfs 30,7%, dit tegenover een verhoogd armoederisico van slechts 3,4% bij de werkende Belgen (Vranken et al, 2007). Werkloosheid heeft niet enkel financiële gevolgen. Mannen hebben het vaak moeilijk wanneer ze falen in hun rol als kostwinner van het gezin, dit leidt vaak tot spanningen binnen dat gezin.

### 1.3.3 Wonen

De keuzemogelijkheden voor een kwaliteitsvolle en betaalbare woning zijn zeer beperkt voor iemand die in armoede leeft. De aankoop van een eigen woning is voor de meesten niet haalbaar. Als men hiertoe overgaat, heeft dit negatieve gevolgen naar schuldenlast en worden noodzakelijke herstellingen aan de woning uitgesteld. Het aanbod op de sociale huurmarkt is meestal te klein en brengt bijgevolg een **lange wachttijd** met zich mee. Veel armen komen hierdoor terecht op de private huurmarkt. Discriminatie en uitsluiting op de huurmarkt speelt hen parten. Op de sociale huurmarkt is de regelgeving om toegang te krijgen strenger geworden (Vranken et al, 2007). Er is een proefperiode van twee jaar ingevoerd waarbij geëvalueerd wordt of de huurder zich als een goede huisvader gedraagt. Daarnaast kan de sociale verhuurder de huurovereenkomst eenzijdig ontbinden. Op de private huurmarkt bijvoorbeeld weigeren sommige eigenaars te verhuren aan personen die van een vervangingsinkomen afhankelijk zijn, huurwaarborg voorgeschoten door het OCMW wordt geweigerd. Armen staan in een **zwakke onderhandelingspositie**. De angst voor het verhogen van de huurprijs, voor het terugvorderen van achterstallige huur, voor een uithuisplaatsing maakt dat ze zich machteloos voelen. Crisissituaties beperken bovendien de zoektocht naar een geschikte woning, waardoor het risico op een slechte kwaliteit van woonst groot is.

De negatieve gevolgen van slechte woonomstandigheden laten zich op verschillende vlakken voelen. De gezondheid, de schoolprestaties van kinderen, de sociale relaties leiden eronder. Een slechte woning vergroot, rechtstreeks en onrechtstreeks het armoederisico.

De **prijs van een woning beslaat bij armen een hoger percentage van hun inkomen**. Bij de laagste inkomens legt de kost voor wonen beslag op 36,5% van het inkomen, bij de hoogste inkomens gaat dit om 19,3%. De gemiddelde huurprijs voor een woning op de private markt bedroeg in 2005 431 €, voor een sociale woning was dit 258€ (Vranken et al., 2007).

### 1.3.3.1 Onderwijs<sup>6</sup>

De ongelijkheid in het Vlaamse onderwijs is groot. Er is geen enkel land waar de relatie tussen de leerprestatie van een 15-jarige en de sociaaleconomische positie van de ouders zo groot is als in België. Ons onderwijssysteem maakt dat jongeren uit de lagere sociale klassen vaak onderaan het watervalstelsel eindigen en **veel minder doorstromen naar het hoger onderwijs**. Diverse onderzoeken tonen aan dat de ongelijkheid in onderwijskansen reeds een start genomen heeft in het kleuteronderwijs. Leerlingen komen niet met dezelfde bagage naar school. **Het taalgebruik en de communicatie thuis zijn helemaal anders** dan op school. De school heeft een eigen manier van omgaan met kennis en vaardigheden. Dit verschil in bagage laat zich ook binnen de schoolmuren voelen. Er ontstaan bijkomende problemen zoals **uitsluiting en het zich niet thuis voelen** op school. Zo verloopt bijvoorbeeld de communicatie tussen ouders en leerkrachten vaak niet optimaal, hun verwachtingen liggen verschillend. Deze gemiste startpositie wordt echter niet meer ingehaald in de verdere schoolloopbaan.

De woonsituatie, de inkomensproblemen en de gezondheidstoestand hebben een invloed op de startpositie van deze kinderen. Het huidige beleid wil dan ook vanuit die invalshoek werk maken van de aanpak van de sociale ongelijkheid binnen het onderwijs. Het stimuleren van de participatie aan het kleuteronderwijs, het reduceren van kosten, een grotere **zorgomkadering** zijn voorbeelden waar het huidige beleid werk van maakt. De sociaaleconomische positie van de ouders, en meer specifiek deze van de moeder, is bepalend voor de kansen van een kind in het onderwijs. Onderwijs zou nochtans heel wat kansen kunnen bieden om de armoede te ontgroeien.

### 1.3.3.2 Gezondheid

- *De minst opgeleiden hebben minder hoop op een lang en gezond leven; de kans om sneller ziek te worden als de kans om vroegtijdig te sterven verschilt grondig naargelang de sociaaleconomische status;*
- *Zwangere laaggeschoolde vrouwen hebben bijna vier keer meer kans op babysterfte dan hoger geschoolde vrouwen;*
- *Het risico op vroeggeboorte, laag geboortegewicht en kans op misvormingen is erg groot;*
- *Depressie is een ziekte waar mensen in armoede meer dan anderen mee geconfronteerd worden;*
- *Armen hebben minder overlevingskansen bij ziektes, waarbij de kans op een dodelijke afloop of blijvende invaliditeit hoog is (Congres rond armoede 2004 door het Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen).*

De impact van armoede op gezondheid is gekend en herhaaldelijk bevestigd via onderzoek. Wie arm is, is meer ziek en leeft minder lang. Mensen onderaan de sociale ladder sterven gemiddeld 3 tot 5 jaar vroeger. Bovendien hebben ze ook minder 'gezonde levensjaren'. De ongelijkheid start reeds in de moederschoot. Deze weerslag van armoede op de gezondheid

<sup>6</sup> Deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op de Welzijnzorg, campagnekrant 2007, thema 'Wij tekenen voor de toekomst'

wordt uitgebreid besproken in hoofdstuk 2 van het literatuurrapport, met de klemtoon op de fysieke gezondheid. Fysieke, mentale en sociale gezondheid zijn echter niet los te koppelen van elkaar. In onderstaande gaan we dan ook kort in op de relatie tussen armoede en de psychische en sociale gezondheid.

Het leven in armoede brengt heel wat psychologische gevolgen met zich mee: gevoelens van machteloosheid, wantrouwen en een gestoorde communicatie hangen hiermee samen. Armen vertonen meer dan andere groepen uit de bevolking een externe *locus of control*. Ze hebben het gevoel zelf weinig te kunnen doen aan hun situatie. Weinig van wat gebeurt heeft met hun eigen handelen te maken. Daarnaast is er ook sprake van machteloosheid. Ze hebben het gevoel dat hun de middelen en mogelijkheden ontbreken om invloed uit te oefenen op hun eigen situatie (Van Regenmortel, 1996). Materiële tekorten zorgen er voor dat armen geen of zeer beperkte keuzemogelijkheden hebben over zaken (Vranken et al., 2007). We denken hierbij aan keuze in de woonomgeving, keuze tot het inschakelen van betaalde hulp zoals kinderopvang of gezinshulp. Een beperking van keuzemogelijkheden is een stressverhogende factor. Stress vormt een hardnekkig onderdeel van het leven in armoede.

Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat depressie zich binnen bepaalde bevolkingsgroepen, zoals vrouwen en alleenstaanden, duidelijker manifesteert. Maar ook personen met een lage socio-economische positie en personen die reeds frequent 'negatieve *life events*' meegemaakt hebben, vallen onder deze groep. Bij gezinnen in armoede vinden we deze risicofactoren vaak gecumuleerd terug. Het gevoel uitgesloten te zijn, de verhoogde kwetsbaarheid ten gevolge van multidimensionele uitsluitingmechanismen spelen een zeer sterke rol in het ontwikkelen van depressie (Levecque en Vranken, 2007). De mentale impact van armoede is groot, omgekeerd is het ook zo dat het hebben van psychische problemen vaker leidt tot armoede.

De immateriële factoren waarmee een leven in armoede samengaat, vormen een belemmering voor het sociaal leven en de sociale mobiliteit. Het aangaan van verbintenissen verloopt zeer moeizaam voor mensen die in armoede leven. Gevoelens van wantrouwen vinden hun oorsprong reeds in de kindertijd. Armoedesituaties kenmerken zich meer door het ontbreken van warme en hechte vertrouwensfiguren. Een gevoel van basisveiligheid of basisvertrouwen noodzakelijk om op latere leeftijd hechte sociale relaties en vertrouwensrelaties te kunnen aangaan, blijft daardoor achterwege (Driessens en Van Regenmortel, 2006). De intergenerationele overdracht van gehechtheid is bewezen.

Binnen dit basiswantrouwen kunnen ambivalente gevoelens van aantrekken en afstoten ontstaan. In kansarme gezinnen wordt dikwijls een sterke, maar tegelijk ook negatieve verbondenheid tussen familieleden gezien. Deze ambivalente gevoelens zetten zich ook

verder in de hulpverleningsrelatie. Enerzijds is er een sterke roep om ondersteuning en appel, anderzijds ontstaat er makkelijk weerbarstigheid en spanning in de hulpverleningsrelatie (Van Regenmortel, 1996).

Vaak zien we een gestoorde communicatie bij armen door een andere taal en gedrag. Dit leidt tot botsingen in de maatschappij die de gevoelens van machteloosheid en wantrouwen nog verder voeden.

De verbintenisproblematiek wordt door verschillende onderzoekers als het centrale kenmerk van armen beschouwd (Van Regenmortel, 1996, ). Verbintenissen zijn gestoord op diverse terreinen, met zichzelf, met anderen, met de maatschappij en met de toekomst.

De psychologische gevolgen van het leven in armoede maakt dat de aard en de kwaliteit van sociale relaties en sociale activiteiten positief of negatief kunnen inwerken op de fysieke en mentale gezondheid.

Uit het kwantitatief onderzoek van De Boyser en Levecque (2007) blijkt een duidelijk verschil in de kwaliteit van de sociale relaties bij mensen onder of boven de inkomensarmoedegrens. Mensen onder deze armoedegrens zijn niet meer dan anderen ontevreden over hun sociale relaties, maar in geval van problemen denken ze minder te kunnen rekenen op hulp van hun omgeving. Ze ervaren algemeen wel een lagere mate van functionele ondersteuning op instrumenteel, emotioneel en affectief vlak (De Boyser en Levecque, 2007). Deze vormen van ondersteuning worden echter als essentiële elementen binnen coping beschreven.

Armoede wordt verbonden met hoger middelengebruik zoals tabak, alcohol en illegale drugs, depressie, suicide, antisociaal gedrag en geweld, psychische klachten, voedselonveiligheid. De verschillende genoemde stresserende factoren, psychologische gevolgen en de gebrekkige sociale ondersteuning vormen hiertoe ongetwijfeld aanleiding,

## 1.4 Verklaringsmodellen

### Armoede: hoe te verklaren?

Er wordt wel eens gesteld, armoede is er altijd geweest en zal er ook altijd zijn. Welke processen liggen eigenlijk aan de basis van het creëren of laten voortbestaan van armoede?

In hetgeen volgt, worden de 6 verklaringsmodellen voor armoede vanuit een kritisch oogpunt onder de loep genomen (REF). Het is van cruciaal belang dat men voor ogen houdt dat de modellen zich op verschillende niveaus situeren. Ligt de oorzaak bij de persoon zelf, dan situeert zich armoede op het meso-niveau. Is de maatschappij daarentegen verantwoordelijk voor de armoede, dan spreekt men van het macro-niveau. Kan een groep van mensen of een instelling met de vinger worden gewezen, dan speelt het probleem zich af op het meso-niveau.

1. Micro-niveau

#### A. Het individueel schuldmodel

Hebben armen hun precaire financiële en sociale situatie niet aan zichzelf te danken? Ze zijn ofwel te lui om te werken of ze kunnen het gewoon niet. Indien men vertrekt van het idee dat de schuld zich bij het individu situeert, gaat men zich in de bestrijding van de armoede toeleggen op opvoeding, negatieve sanctionering of disciplineren.

De vraag dient gesteld te worden of "blaming the victim" wel de voorkeur geniet. Zou met een dialooggestuurde begeleiding op maat van de betrokkene geen beter resultaat geboekt worden? In deze visie gaat de hulpverlening vetrekken van betrokkenheid en gelijkwaardigheid met de armen, binnen een emancipatorische relatie.

#### B. Het individueel ongevalmodel

In dit tweede model heeft men aandacht voor de "goede armen". Zelf dragen de armen geen schuld, maar een gebrek aan sociale of culturele vaardigheden kan een mens beperken in zijn mogelijkheden. Om hieraan tegemoet te komen gaat men corrigerend gaan optreden, vaak vanuit een caritatieve medemenselijkheid.

Naar grote waarschijnlijkheid is ook dit model te eng denkend. Schulden, werkloosheid, slechte huisvesting, relatiebreuken enz... komen vaak samen voor en versterken elkaar. Daarom dient de hulpverlener oog te hebben voor zichtbare tekorten, maar ook voor de belevingswereld, nu en vroeger. Men dient de mensen terug greep te laten krijgen op hun leven en werken aan empowerment is daarbij de boodschap.

### 2. Meso-niveau

#### A. Het institutioneel schuldmodel

Volgens het institutioneel schuldmodel zouden instituties zoals school, buurt, sociale klasse de bestending van armoede verklaren. De oorzaak ligt dus bij de cultuur, waarden en normen van een gemeenschap.

In dit model gaat de hulpverlener zich concentreren op het herstellen van het recht op een menswaardig bestaan, die aangepast is aan de diversiteit van waarden die in een bepaalde samenleving heersen. Helaas wordt hij hierbij vaak geconfronteerd met consumentisme, veel eisende hulpvragers en complexe problematieken.

Let wel, naast deze "verzwarende evoluties" zijn er ook positieve ontwikkelingen. Participatief werken geniet de voorkeur en armoedebestrijding krijgt wetenschappelijke ondersteuning.

#### B. Het institutioneel ongevalmodel

Dit model focust de aandacht op processen die mensen overkomen en/of waarop ze reageren. Gemeenschappen gaan zich aanpassen aan de middelen waarover ze beschikken. "Op vakantie gaan" is niet voor ons soort mensen. Mensen krijgen het etiket van "arme" en worden op een specifieke manier behandeld.

Men dient echter rekening te houden met het feit dat armoede in onze samenleving een relatief begrip is. Mensen zijn arm in vergelijking met anderen en worden door anderen als arm bestempeld. Iedereen bouwt een ander referentiekader op. Belangrijk om te weten is welke betekenis mensen hechten aan hun handelen en dat van anderen. Als men die betekenis begrijpt, kan men het handelen van mensen ook beter begrijpen.

De hulpverlener dient bijgevolg een brugfunctie te vervullen tussen het individu en de samenleving. Sociale interactie draagt bij tot de kracht van een hulpverleningsrelatie. Men dient zich wel te hoeden voor het vergroten van het verschil in referentiekader. Dit zou aanleiding kunnen geven tot communicatiestoornissen. Er dient participatief opgetreden te worden, maar met aandacht voor de drijfveren van de hulpvragers zelf.

### 3. Macro-niveau

#### A. Het maatschappelijk schuldmodel

In dit model stelt men dat armoede een gevolg is van de organisatie van onze samenleving. Er zijn structurele uitsluitingsprocessen en dit zit ingebakken in onze maatschappij. Wil men deze uitsluiting doorbreken, dan dient het recht op maatschappelijke dienstverlening gegarandeerd te worden.

Deze visie van "blaming te system" druist echter in tegen het samengaan van macro, meso- en microfactoren. Het identificeren van oorzaak en gevolg zijn niet zo evident. Het gevaar bestaat dat men bij dit soort hulpverlening de diversiteit van het leven uit het oog verliest. Daarom is een structurele kijk op armoede van cruciaal belang. Structurele drempels en belemmeringen dienen aangekaart te worden. Daarna kan er plaats zijn voor individuele hulpverlening of groepswork, die het effect van sociale actie of verandering kan mogelijk maken.

#### B. Het maatschappelijk ongevalmodel

Vertrekkend van het institutioneel ongevalmodel gaat men stellen dat er ten allen tijde nood is preventieve en curatieve armoedebestrijding om ervoor te zorgen dat de armoede niet verder uitbreidt. Men gaat juist versterkend te werk om mensen hun autonomie te verzekeren.

Deze vorm van hulpverlening is noodzakelijk indien men van oordeel is dat een economische crisis, een natuurramp, de snel evoluerende technologie aan de basis ligt van de oorzaak van armoede. Men gaat hierin de verantwoordelijkheid verdelen tussen het individu en de maatschappij.

### **Besluit**

Het grootste nadeel van deze modellen is dat ze een vrij éézijdige kijk geven op de realiteit. Armoede kan meestal verklaard worden uit een samenspel van elkaar versterkende factoren, die op verschillende niveaus werkzaam zijn. Daarom is het aangewezen armoede te verbinden met maatschappelijke kwetsbaarheid en empowerment te zien als een omvattend paradigma voor de invulling van armoedebestrijding.

#### *Ter conclusie*

*Armoede is een complex probleem waarbij de uitsluiting op verschillende domeinen ligt. Armoedebestrijding wordt multidimensioneel gezien. Dierickx (2007) geeft echter aan dat de invulling van armoedebestrijding vaak verengd wordt tot inkomen en tewerkstelling. Investerings op het vlak van toegankelijkheid komen dan ook sterk naar voor in het*

*overheidsbeleid, denk hierbij aan kosteloos onderwijs en de maximumfactuur in de gezondheidszorg. Wanneer we in hoofdstuk 3 de organisatie van onze Belgische gezondheidszorg behandelen zullen we deze beleidsfocus op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, eveneens sterk naar voor zien komen.*

*Armoede blijft een samenspel van uitsluitingen op alle verschillende domeinen en dimensies. Binnen dit werk ligt de focus op gezondheid als een belangrijk element binnen de uitsluitingmechanismen van armoede, hetgeen in hoofdstuk 2 en 3 verder wordt belicht.*

## 2 Armoede en weerslag op gezondheid

### 2.1 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Studie na studie wordt aangetoond dat er internationaal duidelijke sociaaleconomische verschillen zijn op het vlak van gezondheid. Individuen die zich hoger op de sociale ladder bevinden, hebben een betere gezondheidsstatus dan deze onderaan. Deze omgekeerde relatie tussen de socio-economische status en gezondheid is sterk en heel consistent.

In 1980 verscheen het Black Report dat wees op de toegenomen sociaaleconomische ongelijkheid op het vlak van mortaliteit. De conclusie van het rapport luidde dat de gezondheid van de bevolking verbeterd was sinds het einde van WO II, maar dat er ondanks deze algehele vooruitgang duidelijke verschillen bleven bestaan tussen de onderscheiden sociale klassen (Black, 1980). Dit rapport vormde een belangrijke stimulans voor verder onderzoek naar deze problematiek in Groot-Brittannië. Dezelfde tendensen werden en worden nog steeds bevestigd voor alle Europese landen.

In de jaren '90 werden twee belangrijke impulsen gegeven aan het onderzoek naar sociaaleconomische ongelijkheid op het vlak van gezondheid. Het gaat om de oprichting van de Nationale Databank Mortaliteit enerzijds en de organisatie van de nationale Gezondheidsenquête (uitgevoerd in 1997, 2001 en 2004) anderzijds.

De *Nationale Databank Mortaliteit* ontstond door de socio-economische informatie, op het niveau van het individu verkregen uit de volkstelling van 1991, te koppelen aan het Nationaal Register met de gegevens over de doodsoorzaken. De *Gezondheidsenquête* brengt sinds 1997 gegevens in kaart over de gezondheidstoestand, medische consumptie, consumptie van preventieve gezondheidszorg, leefstijl en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Doordat in deze enquête ook de socio-economische gegevens bevroegd worden, krijgt het onderzoek naar sociaaleconomische verschillen op het vlak van gezondheid een sterke impuls met dit instrument.

Socio-economische verschillen in morbiditeit en mortaliteit komen in heel Europa voor. Sinds er studies bestaan over verschillen in mortaliteit door specifieke doodsoorzaken, stijgt het bewijs voor socio-economische verschillen in mortaliteit. Deze studies leerden ons meer over de rol van specifieke risicofactoren. Voor morbiditeit is dit veel minder duidelijk (Dalstra et al., 2005).



In wat volgt bespreken we de cijfergegevens voor de mortaliteit en morbiditeit, ook specifiek voor diabetes. We besteden vervolgens ook aandacht aan de perceptie over gezondheid en leefstijl en de perceptie over het chronisch ziek-zijn.

## **2.1.1 Mortaliteit**

### **2.1.1.1 Algemeen**

Studies bevestigden al eerder een negatieve associatie tussen sterfte en sociale klasse. Ondermeer in de Verenigde Staten, Frankrijk, Engeland en Wales. Algemeen kan men stellen dat de levensverwachting stijgt. Toch is er een duidelijk lagere levensverwachting voor diegenen met een lager opleidingsniveau, beroepssituatie en/of inkomen. Deze trend is zichtbaar in alle Europese landen. Belangrijk hierbij is dat deze mortaliteitsverschillen tussen de hogere en de lagere sociale klassen de laatste jaren verder toenemen (Mackenbach, 2005). Een verklaring zou hier liggen in de daling van de sterfte door cardiovasculaire aandoeningen bij de hogere socio-economische groepen.

Voor België waren er weinig studies beschikbaar over differentiële mortaliteit. Sterfte werd doorgaans onderzocht in functie van de twee klassieke basisvariabelen, leeftijd en geslacht.

Gadeyne en Deboosere (2001) voerden als eerste analyses uit op de Nationale Databank Mortaliteit. Hun onderzoek omtrent socio-economische ongelijkheid in algemene sterfte, dit is zonder onderscheid naar doodsoorzaak, op middelbare leeftijd in België toont aan dat België de tendensen van de overige West-Europese landen volgt, zowel bij mannen als bij vrouwen. Het rapport stelt dat de mortaliteit in de Belgische bevolking zich differentieert in functie van de socio-economische positie, waarbij de "laagste" klassen de hoogste sterfte hebben.

Bossuyt en Van Oyen (2002) berekenden aan de hand van gegevens uit de Volkstelling uit 1991, gekoppeld aan het Nationaal Register over een periode van 5 jaar (1991 – 1996) en de Gezondheidsenquête van 1997, de sociaaleconomische verschillen in levensverwachting. De indicator die zij hanteerden voor de socio-economische positie was het opleidingsniveau. De conclusies in deze studie komen overeen met deze van vergelijkbaar internationaal onderzoek. Personen met een lage positie in de socio-economische hiërarchie, hier in casu het hoogst behaalde opleidingsniveau, leven niet alleen minder lang dan personen met een hogere positie. Ze leven ook minder lang in goede gezondheid. Ze kunnen gedurende hun korter leven, zowel absoluut als relatief, meer jaren in slechte gezondheid verwachten. De ongelijkheid is er dus zowel in termen van levenskwaliteit als in kwantiteit.

Bossuyt en haar collega's (2002) concluderen dat interventiestrategieën zich zullen moeten richten op de intermediaire factoren die de relatie tussen het opleidingsniveau en de gezondheid bepalen. Deze factoren zijn onder andere het gedrag en de leefstijl, het gebruik van gezondheidsvoorzieningen en structurele factoren zoals woon- en arbeidsomstandigheden. Volgens hen is er in de onmiddellijke toekomst gericht onderzoek noodzakelijk naar het relatieve belang in België van deze intermediaire factoren op de relatie tussen socio-economische positie en gezondheid. Het bepalen van de impact van chronische ziekten en aandoeningen op de kwaliteit en de kwantiteit van leven vraagt tevens onderzoek.

Miermans en Van Oyen (2002) onderzochten de verschillen in mortaliteit aan de hand van de mortaliteitscijfers van 1996. Voor het berekenen van de gezondheidsverwachting maakten ze net als Bossuyt en Van Oyen gebruik van de gegevens uit de gezondheidsenquête 1997 en de leeftijdsspecifieke sterftcijfers uit de volkstelling van 1991. Ook zij constateren op basis van deze cijfers sociaaleconomische verschillen op het vlak van mortaliteit. De gehanteerde indicator was ook hier het opleidingsniveau. De verschillen op het gebied van het opleidingsniveau zijn vooral uitgesproken op het vlak van de levensverwachting bij een goed ervaren gezondheid en de levensverwachting met beperkingen. Daarnaast wijzen zij ook op de regionale verschillen tussen het Vlaamse en het Waalse Gewest. In deze laatste regio is de gezondheidssituatie slechter en ligt de levensverwachting lager, en dit voor alle opleidingsniveaus.

Mackenbach (2006) deed een vergelijkend onderzoek in alle landen van de EU waarvoor gegevens beschikbaar waren. De sociaaleconomische verschillen op het vlak van mortaliteit en levensverwachting werden teruggevonden in alle onderzochte landen. Ook heel wat oorzaakspecifieke sterfte vertoont duidelijke sociaaleconomische verschillen.

Het onderzoek van Broese van Groenou & Deeg (2000) beschrijft de socio-economische verschillen in mortaliteit bij oudere mannen en vrouwen. Ze gingen na of deze verschillen kunnen verklaard worden door gezondheid, gedrag, jeugd en psychosociale ziekten. Als indicatoren voor de socio-economische status werd in deze studie gebruikt gemaakt van opleiding en inkomen. Leeftijdsgelateerde mortaliteitsrisico's voor mannen en vrouwen met een laag inkomen en voor mannen met een lage opleiding bleken 1,5 keer hoger te zijn dan voor personen met een hoog inkomen en hoge opleiding. Verschillen in leefstijl, de socio-economische status van de ouders en psychosociale karakteristieken gaven geen verklaring voor de verschillen in mortaliteit. Er zijn echter wel socio-economische verschillen aanwezig bij Nederlandse mannen, en in mindere mate bij vrouwen, die maar gedeeltelijk kunnen verklaard worden door grote gezondheidsproblemen.

Uit het voorgaande mag besloten worden dat er duidelijk waarneembare sociaaleconomische verschillen zijn in mortaliteit. Het blijkt echter onmogelijk om een zicht te krijgen op de evolutie van deze verschillen tijdens de laatste jaren omdat de gegevens hierover niet beschikbaar zijn voor wetenschappelijk onderzoek. De studies die verschenen geven ook een beeld over de oorzaakspecifieke sterfte maar koppelen deze gegevens niet aan sociaaleconomische gegevens. Bij de bespreking van de gegevens over de morbiditeit zullen we vaststellen dat er verschillende ziekten zijn die verhoudingsgewijs meer voorkomen in de lagere socio-economische categorieën. Het laat zich dus vermoeden dat er ook op het vlak van de oorzaakspecifieke sterfte sociaaleconomische verschillen zijn. Alvorens op de morbiditeitsgegevens in te gaan bespreken we de mortaliteitsgegevens voor diabetes mellitus.

### **2.1.1.2 Perinataal**

In deze paragraaf gaan we wat dieper in op sociaaleconomische verschillen in de foetale en de perinatale mortaliteit. De sociale gradiënt die we terugvinden voor de algemene morbiditeit en mortaliteit vinden we immers al terug voor de geboorte. In eerste instantie is het nuttig om op te merken dat deze mortaliteitscijfers doorheen de afgelopen decennia een duidelijk dalende trend hebben vertoond. De vooruitgang die geboekt werd op het vlak van de medische zorgen en de prenatale begeleiding samen met een algehele verbetering in de levensomstandigheden omwille van het stijgende welvaartsniveau hebben geleid tot een duidelijke afname van de mortaliteit. Dankzij ons hoog welvaartspeil en onze sterk uitgebouwde gezondheidszorg kent ons land erg lage mortaliteitscijfers in de pre-, peri- en postnatale periode. Deze welvaartsevolutie zien we ook weerspiegeld in de regionale verschillen die zich voordeden tijdens de vorige eeuw. Zo werd er op het vlak van kindersterfte een hogere perinatale mortaliteit genoteerd in Vlaanderen, vanaf de 19e eeuw tot na de Tweede Wereldoorlog, gevolgd door een periode met hogere perinatale mortaliteit in het Waals Gewest tot 1984 (Bossuyt, 2001).

De gegevens die Kind en Gezin registreert en jaarlijks publiceert in het rapport 'Het Kind in Vlaanderen' laten een zeer nauwkeurige schets van de Vlaamse situatie toe. In 2004 bedroeg het aantal sterfgevallen voordat het kind de leeftijd van 1 jaar bereikte 3,90 per 1000 (Kind en Gezin, 2005). In 2005 steeg dit aantal tot 4,03 per 1000 (Kind en Gezin, 2006). De kindersterfte in het Vlaamse Gewest is aanzienlijk gedaald tegenover 1995 (5,9 per 1000). In 2003 lag de kindersterfte in het Vlaams Gewest op het niveau van andere Europese landen met een goede score inzake kindersterfte. De Scandinavische landen Denemarken en Zweden doen opmerkelijk beter.

## Arteveldehogeschool - Eindrapport PWO-project - deelluk perinatale zorg

De recentste sterftcijfers, voor 2005, tonen volgende gegevens. Een eerste sterftemaat is de doodgeboorte: het aantal kinderen dat als "dodgeboren" wordt aangegeven met een geboortegewicht van minstens 500 gram of een zwangerschapsduur van minstens 22 weken. In 2005 waren er 3,3 doodgeborenen per duizend geboorten (of 213 in aantal). Dit is een daling met 0,7 per duizend in vergelijking met 2004. In de vroeg-neonatale sterfte, de sterfte die zich voordoet tussen de geboorte en de leeftijd van zeven dagen (7 x 24 uur), overleden 135 kinderen (2,1 per duizend levendgeborenen). Dit is een stabilisatie in vergelijking met 2004. Het perinatale sterftcijfer, de sterfte van kinderen tijdens de eerste zeven dagen van hun leven samen met het aantal doodgeborenen, bedroeg voor 2005 5,4 per duizend geborenen. Dit is een daling van 0,7 per 1000 kinderen en is volledig toe te schrijven aan de daling van het aantal doodgeborenen. Een andere veelgebruikte sterftemaat is de neonatale sterfte, de sterfte tussen de geboorte en de 28ste dag na de geboorte. In 2005 overleden 173 kinderen tijdens de eerste vier weken (28 dagen) van hun leven (2,7 per 1000). Hier kunnen we spreken van een toename met 0,1 ten aanzien van 2004. Het laat-neonatale sterftcijfer, de sterfte na de eerste zeven dagen (7 x 24 uur) tot en met de leeftijd van 28 dagen, bedroeg 0,6 per 1000 levendgeborenen, wat eveneens een toename betekent in vergelijking met 2004. De zuigelingensterfte is de sterfte die zich voordoet tussen de geboorte en het bereiken van de leeftijd van één jaar. In 2005 overleden 252 kinderen tijdens hun eerste levensjaar, wat een stabilisatie is tegenover 2004. De foeto-infantiele sterfte, het totaal van de doodgeboorten en de zuigelingensterfte bedroeg in 2005 7,2 per duizend levend- en doodgeborenen, een daling van 0,7 in vergelijking met 2004.

### Sterftcijfers

	2004	2005
Doodgeboortecijfer per 1000 levend- en doodgeborenen	4,0	3,3
Vroeg-neonatale-sterftcijfer per 1000 levendgeborenen	2,1	2,1
Perinatale-sterftcijfer per 1000 levend- en doodgeborenen	6,1	5,4
Laat-neonatale-sterftcijfer per 1000 levendgeborenen	0,5	0,6
Neonatale-sterftcijfer per 1000 levendgeborenen	2,6	2,7
Postneonatale-sterftcijfer per 1000 levendgeborenen	1,3	1,2
Zuigelingensterfte per 1000 levendgeborenen	3,9	3,9
Totaal foeto-infantiele sterfte per 1000 levend- en doodgeborenen	7,9	7,2

6.5 Foeto-infantiel sterftcijfer in het Vlaamse Gewest  
Bron: Gezondheidsindicatoren, Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid

De belangrijkste doodsoorzaken bij doodgeboorte en zuigelingensterfte zijn factoren bij de moeder, verwickelingen tijdens de zwangerschap en de bevalling en congenitale afwijkingen. In 2005 overleden 134 kinderen als gevolg van deze eerste belangrijkste oorzaak en 89 kinderen overleden als gevolg van congenitale afwijkingen. Het aantal gevallen van wiegendood blijft beperkt tot 21 in 2004. Met dit lage cijfer doet Vlaanderen het internationaal gezien goed. Gezien het lage aantal sterfgevallen door wiegendood zijn er geen uitspraken te doen over de eventuele sociaaleconomische verschillen op dit terrein in ons land. In sommige andere landen worden dergelijke verschillen wel gevonden. Een grootschalig onderzoek in de Verenigde Staten toont aan dat er naast medische risicofactoren zoals placenta praevia, abruptio placentae, prematuur gebroken vliezen of immature baby's ook socio-economische factoren verbonden zijn aan de incidentie van wiegendood. Moeders met een kind dat gestorven is aan wiegendood in de Verenigde Staten waren vaker dan verwacht jonge moeders, moeders met een laag opleidingsniveau, niet-blanke moeders, moeders die rookten tijdens de zwangerschap en moeders die geen prenatale opvolging hadden gekregen (Getahun et al., 2004).

Doodsoorzaken onder de 12 maanden

	2004			2005		
	Dood-geboorte	Zuigelingen-sterfte	Totaal	Dood-geboorte	Zuigelingen-sterfte	Totaal
Congenitale afwijkingen	40	81	121	28	61	89
Gevolgen door factoren moeder en complicaties zwangerschap en bevalling	109	44	153	91	43	134
Prematuriteit - dysmaturiteit	8	13	21	12	9	21
Perinatale infecties	5	16	21	7	19	26
Bloedingen en bloedziekten perinataal	1	9	10	3	24	27
Endocrien, spijsvertering, huid (perinataal)	6	6	12	2	3	5
Perinatale aandoeningen hart en ademhaling, waaronder RDS (Respiratory Distress Syndrome)	9	22	31	5	30	35
SIDS (wiegendood)	0	25	25	0	21	21
Geboortetrauma	0	0	0	0	1	1
Overige ziekten	4	18	22	1	24	25
Slecht gedefinieerde condities	73	2	75	64	3	67
Trauma/uitwendige doodsoorzaak	0	10	10	0	14	14
<b>Totaal</b>	<b>255</b>	<b>246</b>	<b>501</b>	<b>213</b>	<b>252</b>	<b>465</b>

6.8 Oorzaken van overlijden bij kinderen onder de 12 maanden in het Vlaamse Gewest (doodgeboorte en zuigelingensterfte)  
Bron: Gezondheidsindicatoren, Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid

De Vlaamse cijfers bewijzen ook duidelijk het hogere mortaliteitsrisico van baby's met een te laag geboortegewicht. Van de kinderen met een geboortegewicht tot 1000 g bereikt

slechts 45,6% de leeftijd van 1 jaar. De sterfte bij meerlingen ligt verhoudingsgewijs opmerkelijk hoger. Kinderen van een tweeling hebben 2,82 maal meer kans om te overlijden vóór de leeftijd van 1 jaar dan eenlingen (4,88 maal meer kans op overlijden in 2004). Een groot deel van de meerlingen wordt geboren na een subfertiliteitsbehandeling<sup>7</sup>. Op het vlak van kindersterfte toonde Masuy-Stroobant in 1980 voor de provincie Henegouwen al aan dat ongehuwde moeders, moeders die laaggeschoolde arbeid verrichten en huismoeders hogere risico's op kindersterfte lopen dan andere. Ook een lager opleidingsniveau werd toen al in relatie gebracht met een hogere kindersterfte. Tot de beschermende factoren voor kindersterfte behoren opleidingsniveau en activiteitsniveau. Tot de negatieve beïnvloedende factoren behoren: het niet autonoom kunnen beslissen op het werk, het uitvoeren van zware activiteiten, het hebben van meerdere kinderen, financiële en familiale problemen en eenzamer zijn (Masuy-Stroobant in Louckx, 1996). Masuy-Stroobant concludeert dat inadequaaf of risicogedrag tijdens de zwangerschap meer voorkomt naarmate men afdaalt op de sociale ladder. Huismoeders boeken op dit vlak slechtere resultaten dan gezinnen waar beide ouders een beroep uitoefenen, alleenstaande moeders verkeren in de slechtste omstandigheden met de meeste risico's. In een latere studie van 1998 concludeert dezelfde auteur dat het beroep van de vader de belangrijkste determinant is van de perinatale sterfte (Masuy-Stroobant, 1998).

Bossuyt wijst erop dat gegevens uit de jaren tachtig het bestaan van belangrijke socio-economische en geografische verschillen in geboortegewicht, zwangerschapsduur en congenitale afwijkingen bevestigen. Deze constatacie is belangrijk met het oog op de verschillen in mortaliteit. De lagere socio-economische klassen scoren telkens slechter op deze punten (Bossuyt, 2001).

Gegevens over de periode 1993-1995 vinden we in de studie van Drieskens en haar collega's (Drieskens, Tafforeau, Van Oyen H., Cloots, & Van den Broucke S., 2000). De analyse over de sociale ongelijkheden op het gebied van perinatale gezondheid is gebaseerd op de relatie tussen de sociale status van de moeder en de gezondheid van het pasgeboren kind. Gegevens werden verzameld op basis van de verkregen informatie bij de geboorte en de informatie op het overlijdenscertificaaf en hebben betrekking op 116.775 kinderen. Als sociaaleconomische indicatoren werd gebruik gemaakt van de burgerlijke stand en de beroepsstatus van het gezin. De indicatoren van overlijden werden berekend op basis van WGO-definitie. Drieskens en haar collega's bespreken de mortaliteit (578 gevallen) en

<sup>7</sup> Bekaert en Martens melden op basis van gegevens van het SPE dat deze behandelingen verhoudingsgewijs twee maal minder plaats hebben bij vrouwen met lagere opleidingsniveaus (Bekaert en Martens, 2001). Dit is te verklaren door het feit dat vrouwen met hogere opleidingsniveaus een eerste zwangerschap veelal langer uitstellen en bijgevolg frequenter beroep doen op deze behandelingen. Aangezien het hier echter om een beperkt aantal geboortes gaat zou dit feit nauwelijks invloed hebben op de sociale gradiënt voor de mortaliteit van zuigelingen.

de kindersterfte (694 gevallen). Twee indicatoren van prematuriteit werden ook bestudeerd: het lage geboortegewicht (< 2.500 gram) en de vroeggeboorte (< 37 weken). Zowel de "ongetrouwde"<sup>8</sup> moeders als de "andere" (weduwe, gescheiden), hebben een hoger risico om een kind met een laag geboortegewicht of een te vroeg geboren kind te krijgen ten opzichte van de getrouwde moeders. Het verschil is meer uitgesproken bij de "andere" vrouwen in vergelijking met de getrouwde vrouwen: het risico van laag geboortegewicht is twee keer hoger in deze groep. Dit blijft zo na controle voor de leeftijd van de moeder, het geslacht van het pasgeboren kind en meerlingen. De "ongetrouwde" moeders hebben 50% meer risico om een doodgeboren kind te krijgen dan de getrouwden. De "andere" vrouwen hebben daarentegen geen significant hoger risico. Er is ook een zelfde sociaal-economische gradiënt die meer uitgesproken is m.b.t. de mortaliteit<sup>9</sup> en de kindersterfte. De proportie van doodgeboren kinderen varieert van 0,4% in de gezinnen met een sociaal-economische status van "bediende" tot 1,0% voor de gezinnen "zonder beroep". Het risico om een doodgeboren kind te krijgen is dus 2,8 keer hoger in deze laatste groep. De kindersterfte is tevens hoger bij de kinderen geboren in een gezin "zonder beroep". Het risico van kindersterfte is 1,7 keer hoger in deze laatste groep.

Recentere gegevens vinden we ondermeer terug in een publicatie van Swimberghe en zijn collega's (Swimberghe e.a., 2003). In dit onderzoek worden de geboortegegevens van 1999, 2000 en 2001 onderzocht (180.082 pasgeborenen bij 176.752 moeders). De perinatale sterfte is bij de laagst geschoolde vrouwen bijna 4 maal hoger dan bij de hoogst geschoolde vrouwen. Ook de foetale sterfte ligt opmerkelijk hoger bij de laagst geschoolde vrouwen. Een eerder onderzoek van Bekaert en Martens op basis van gegevens van het SPE voor het jaar 1999 kwam tot dezelfde conclusies (Bekaert en Martens, 2001). Het opleidingsniveau van de moeder vertoont een negatieve samenhang met het sterftecijfer in de verschillende perioden na de geboorte<sup>10</sup>. Een deel van deze samenhang is wellicht te verklaren door de sociaaleconomische verschillen in de begeleiding van de zwangerschap. De auteurs komen op basis van hun gegevens tot de conclusie dat lager geschoolde vrouwen een eerste prenatale consultatie langer uitstellen dan hoger geschoolden. Volgens hen is een laattijdige eerste aanmelding een aanwijzing voor een geringe bereidheid tot regelmatige controle tijdens het verdere verloop van de zwangerschap, wat dan weer tot gevolg heeft dat de zwangerschap veelal ook minder gunstig evolueert. In een recent artikel komen Devlieghe, Bekaert en Martens tot de conclusie dat het opleidingsniveau van de moeder de belangrijkste determinant is voor de sociale verschillen op het vlak van de

<sup>8</sup> Bij de ongetrouwden werden de alleenstaande moeders en de samenwonenden samengevoegd in dezelfde categorie.

<sup>9</sup> Dit is de verhouding van het aantal doodgeboortes tegenover alle geboortes, dus levend of dood.

<sup>10</sup> In deze studie werd enkel het opleidingsniveau van de moeder in aanmerking genomen omdat het opleidingsniveau van de vader weinig invloed zou hebben en in het grootste deel van de onderzochte gevallen (70%) gelijk is aan dat van de moeder.

foeto-infantiele en meer bepaald van de foetale mortaliteit bij alle moeders ouder dan 25 jaar die in een ziekenhuis in Vlaanderen zijn bevallen in 1999 (Devliegher e.a., 2005)<sup>11</sup>.

De bevindingen over sociaal-economische ongelijkheden op het vlak van mortaliteit onder de leeftijd van 1 jaar wordt bevestigd door internationaal onderzoek. In Groot-Brittannië bleek, voor het jaar 2000, dat de perinatale mortaliteit bij de lagere sociale klassen meer dan twee maal zo hoog was dan bij de hogere sociale klassen<sup>12</sup> (Hunt, 2004). Voor de periode 1980-1999 concluderen Steel en Reading in Engeland en Wales een dubbel zo hoog risico op mortaliteit in de laagste sociale klasse vergeleken met de hoogste sociale klasse (Steel & Reading, 2002). Naast het eerder geciteerde onderzoek over wiegendood blijken sociaal-economische en etnische factoren een rol te spelen in de kindersterfte in de V.S. (El Mohandes, 2003). Mayer en Sarin komen op basis van gegevens uit de periode eind jaren '80 tot de conclusie dat een toenemende economische ongelijkheid leidt tot een toename van de kindersterfte in de V.S. Deze evolutie wordt deels tenietgedaan in staten waar er een toename is in de uitgaven voor gezondheidszorg (Mayer & Sarin, 2005).

## 2.1.2 Morbiditeit

### 2.1.2.1 Algemeen

Met de Gezondheidsenquête ontstond een belangrijke gegevensbron voor onderzoek naar sociaaleconomische verschillen op vlak van morbiditeit. We baseren ons in dit overzicht in belangrijke mate op de resultaten van de recentste Gezondheidsenquête die betrekking heeft op gegevens verzameld in 2004.

In hun bijdrage aan het Vlaamse Preventiecongres van 1997 gaven Peersman en Vuylsteek (1997) een overzicht van de belangrijkste inzichten op dat moment. Naast de sociaaleconomische verschillen op het vlak van mortaliteit wijzen ze ondermeer op de grotere prevalentie van langdurige chronische aandoeningen bij lagere socio-economische groepen, de sociaaleconomische verschillen in geestelijke gezondheid en het groter aantal gerapporteerde klachten onderaan de sociale ladder. Op basis van het beschikbare materiaal concluderen ze dat er duidelijk sprake is van een sociale gradiënt op het vlak van gezondheid.

<sup>11</sup> Opmerkelijk is dat in al deze studies het opleidingsniveau van de moeder de grootste samenhang vertoont met de mortaliteitscijfers. Deze vaststelling kan een aantal verklaringen hebben. Een eerste mogelijkheid is dat gegevens over andere sociaaleconomische indicatoren zoals het beroep van de ouders onvoldoende verfijnd zijn. In dat geval is het opleidingsniveau van de moeder wellicht de enige indicator voor sociaaleconomische positie. Een tweede mogelijkheid zou zijn dat andere aspecten van sociaal-economische verschillen geen invloed hebben op verschillen in gezondheid. In dat geval zouden de gezondheidsverschillen enkel te wijten zijn de verschillen in opleiding tussen moeders en zouden bvb. verschillen in materiële leefomstandigheden die hun oorsprong vinden in inkomensverschillen geen direct effect uitoefenen op gezondheidsverschillen.

<sup>12</sup> Als indicator voor sociale klasse werd in deze studie het beroep van de vader gehanteerd.



Ongeveer één kwart van de bevolking (24%) geeft in 2003 aan minstens één langdurige ziekte, langdurige aandoening of handicap te hebben. De kans om een langdurige aandoening te rapporteren stijgt sterk met de leeftijd. In de leeftijdsgroep onder de 45 jaar geeft één inwoner op vijf aan een aandoening te hebben, bij 75-plussers is dit meer dan de helft (53%). Wie onder de armoedegrens valt heeft ook beduidend meer last van zijn chronische aandoening (De Boyser, 2007). Uit de Gezondheidsenquête 2004 (Bayingana, Demarest, Gisle, Hesse, Miermans, Tafforeau & Van der Heyden, 2006) blijkt dat 8% van de bevolking lijdt aan comorbiditeit. Bij 75-plussers gaat het om 31% van de bevolking. De prevalentie van chronische aandoeningen is hoger bij vrouwen en neemt meestal toe met de leeftijd. Het verband tussen chronische morbiditeit en opleidingsniveau is ontegensprekelijk. Deze samenhang wordt niet alleen vastgesteld voor chronische morbiditeit in het algemeen, ook voor 12 van de 26 aandoeningen, waaronder diabetes, vinden we een significant hogere prevalentie naarmate het opleidingsniveau afneemt.

Mol et al. (2005)(eerste verwijzing!!!) rapporteren sociaaleconomische verschillen voor het merendeel van de onderzochte morbiditeitscategorieën in Nederland. Ook Dalstra et al. (2005) en Mackenbach (2006) vonden in hun vergelijkende studies van verschillende Europese landen duidelijke sociaaleconomische verschillen terug voor de chronische morbiditeit, de subjectieve beleving van gezondheid, de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen en de prevalentie van handicaps. Het onderzoek van Koster, Bosma, Kempen, van Lenthe, van Eijk & Mackenbach (2004) bevestigt dat een lage socio-economische status geassocieerd is met ernstige chronische ziekten en meer ernstige comorbiditeit.

Voor wat betreft de beperkingen die voortgebracht worden door ziekte of invaliditeit blijkt dat niet alleen de prevalentie maar ook de impact verschilt naargelang het opleidingsniveau. Mensen met een lager opleidingsniveau rapporteren meer beperkingen en zeggen in hogere mate dat ze voortdurend beperkt worden in hun dagelijkse bezigheden.

In het onderzoek van Dalstra et al. (2005) werden de socio-economische verschillen in de prevalentie van de meeste chronische ziekten in Europa onderzocht. In deze studie werd aangetoond dat de grootste socio-economische verschillen voorkomen bij hartkwalen, ziektes van het zenuwstelsel, diabetes en artritis, terwijl er geen verschillen te vinden waren voor kanker, nierziekten, huidziekten en allergie. Voor wat betreft diabetes, hypertensie en hartkwalen waren de verschillen groter bij vrouwen dan bij mannen. De meeste ziektes toonden een hogere prevalentie bij de lager geschoolde groep. We kunnen concluderen dat

er grote socio-economische verschillen zijn in de prevalentie van verschillende chronische ziekten. Deze grote verschillen vereisen specifieke aandacht in verder onderzoek.

### 2.1.2.2 Perinataal

In de vorige paragraaf werd duidelijk dat er een sociale gradiënt bestaat op verschillende gezondheidsdomeinen: de incidentie van verschillende al dan niet chronische ziekten, de levensverwachting, de levensverwachting in een goed ervaren gezondheid, de subjectieve gezondheidsbeleving, de geestelijke gezondheid. Opmerkelijk is dat deze sociaaleconomische verschillen al bestaan van vóór de geboorte. Reeds in de moederschoot wordt de ontwikkeling en de gezondheid van het ongeboren kind mede beïnvloed door factoren die terug te voeren zijn tot de sociaaleconomische situatie waarin de moeder en / of het gezin verkeren. Verschillende onderzoekers tonen aan dat er naast de biologische / medische factoren ook sociaal - economische factoren zijn die het verloop en de uitkomst van de zwangerschap beïnvloeden (Jansen et al., 2005; Kiernan & Pickett, 2006; Matthys et al., 2004; Vranken, De Boyser, & Dierckx, 2005). Een interessante vraag daarbij is hoe deze sociaaleconomische factoren hun invloed uitoefenen op het verloop en de uitkomst van de zwangerschap. Is er een directe of indirecte (via de gezondheid van de moeder) invloed van materiële condities zoals huisvesting op de ontwikkeling en de gezondheid van embryo en foetus? Of is de directe invloed van materiële condities beperkt en verloopt deze indirect via verschillen in leefstijl en gezondheidsgedrag? Hebben de sociaaleconomische verschillen een invloed op biologische factoren bij moeder en / of kind die een belangrijke rol spelen in het verloop en de uitkomst van de zwangerschap? Het zijn vragen die we hier voorleggen maar die buiten het onderzoeksopzet en de daarbij gehanteerde methodologie van dit project vallen.

Onze aandacht gaat in deze paragraaf uit naar de factoren die samenhangen met prematuriteit en laag geboortegewicht. Prematuriteit en laag geboortegewicht impliceren immers verhoogde gezondheidsrisico's voor het niet ten volle ontwikkelde, pasgeboren kind.

In buitenlandse studies wordt aangetoond dat er ook op dit domein een sociale gradiënt bestaat. Verschillende risicofactoren voor prematuriteit en / of laag geboortegewicht die teruggevonden worden in buitenlandse studies wijzen op de invloed van een sociaaleconomische achtergrond op de gezondheid van het pasgeboren kind.

Onderzoek in Spanje toonde aan dat het risico op een baby met een laag geboortegewicht of een premature baby hoger ligt bij adolescente moeders (<20 jaar) en oudere moeders (>35 jaar). Naast de invloed van deze demografische factor constateert men dat geboortes

van een baby met laag geboortegewicht en premature geboortes meer voorkomen bij lage socio-economische klassen (Rebello et al., 2000).

Ook voor Litouwen wordt gewezen op de invloed van een aantal socio-economische factoren op de gezondheid van de baby. Dickutè et al. (2002) tonen aan dat moeders met een lage opleiding een groter risico lopen op het baren van een baby met een laag geboortegewicht. Daarnaast blijken schadelijke gezondheidsgewoonten, leeftijd en het uitvoeren van zware handenarbeid een verhoogd risico met zich mee te brengen. Volgens Dickutè et al. (2002) is echter de burgerlijke staat (alleenstaand, gescheiden of weduwe) de belangrijkste sociale prediktor voor een laag geboortegewicht.

Ook in Fins onderzoek wordt vastgesteld dat moeders die ongehuwd zijn vaker een kind baren met een minder goede gezondheid (Gissler et al., 2003). Finse gegevens over de periode 1987 tot 1993 toonden een gestegen risico op een slechte zwangerschapscuitkomst bij kinderen van ongehuwde moeders, bij moeders met een lage opleiding en bij vrouwen uit de lage socio-economische klassen (Forssas et al., 1999; Gissler et al., 1999). Tijdens de jaren '90 daalden de socio-economische verschillen voor alle perinatale gezondheidsindicatoren.

Ook voor Groot-Brittannië blijkt er een verband te bestaan tussen enerzijds een laag geboortegewicht, prematuriteit en maternale sterfte en anderzijds de socio-economische positie van de moeder (Souza, 2004; Hunt, 2004). Gisselman vond voor Zweden een invloed van de sociaaleconomische positie van de moeder op het verhoogd risico op een laag geboortegewicht en neonatale mortaliteit (Gisselmann, 2006). Voor Duitsland tenslotte onderzocht Reime in een recente studie de invloed van demografische, medische en sociaal-economische factoren op laag geboortegewicht (Reime, 2006). Uit het multivariate regressiemodel bleek dat werkloze moeders, moeders uit de arbeidersklasse, alleenstaande moeders en vrouwen ouder dan 39 een verhoogd risico liepen op het (al dan niet preterm) baren van een kind met een laag geboortegewicht.

Voor België wijst Bossuyt erop dat gegevens uit 1983 onthulden dat vroeggeboorte (een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken) en een te laag geboortegewicht beduidend vaker voorkwamen bij kinderen van arbeiders dan bij kinderen van bedienden (Bossuyt, 2001). Half weg de jaren '90 wezen ook Louckx (Louckx et al., 1996), Peersman en Vuylsteek op het verband tussen sociaal-economische status en een laag geboortegewicht (Peersman, Vuylsteek, 1997). Zij constateerden dat er in lage socio- economische klassen meer prematuriteit en zuigelingensterfte terug te vinden is. Dit is vooral zo bij buitenechtelijke geboortes en bij thuiswerkende moeders die lager geschoold zijn, meerdere kinderen hebben, zware huishoudelijke taken verrichten, financiële problemen kennen en

eenzamer zijn. Het activiteitsniveau heeft dan weer een positieve invloed op de uitkomst van de zwangerschap.

Recentere studies van Bekaert et al. (2001) en Swimberghe et al. (2003) waar we al eerder naar verwezen tonen voor België aan dat lager geschoolde vrouwen meer kans hebben op een baby met een laag geboortegewicht. De algehele morbiditeit is merkkelijk hoger in de categorie lager onderwijs en middelbaar onderwijs. De frequentie van het aantal preterme geboorten en kinderen met een laag geboortegewicht is 50 tot 100% hoger in de lagere opleidingsklassen. Ook de frequentie van aangeboren misvormingen blijkt driemaal groter bij vrouwen die het opleidingsniveau lager onderwijs hebben bereikt in vergelijking met vrouwen die hoger onderwijs volgden. Deze verhoogde morbiditeit blijkt ook uit het aandeel van de extra toegekende zorgen kort na de geboorte en uit de verhouding van de transfers naar de neonatale diensten (Bekaert et al., 2001). Een laag opleidingsniveau staat volgens Bekaert et al. (2001) en Swimberghe et al. (2003) ook in verband met een groter aantal aangeboren misvormingen.

## **2.2 Perceptie van gezondheid en leefstijl**

De Gezondheidsenquête 2004 (Bayingana et al., 2006) geeft ook de subjectieve beleving van de gezondheid weer. De auteurs van de Gezondheidsenquête wijzen erop dat de subjectieve evaluatie van de gezondheid door veel auteurs beschouwd wordt als één van de beste gezondheidsindicatoren. Deze subjectieve beleving omvat zowel de lichamelijke, sociale en emotionele dimensie van gezondheid. Algemeen beoordeelt 23% van de Belgen zijn gezondheid als onbevredigend, een aandeel dat stijgt in de hogere leeftijdscategorieën. Vlamingen zijn meer tevreden over hun gezondheid dan Brusselaars en Walen. Er is een duidelijke sociale gradiënt: personen met een lager opleidingsniveau rapporteren in hogere mate ontevreden te zijn over hun gezondheid. Dit doet vermoeden dat de feitelijke verschillen dus nog groter zouden kunnen zijn. De resultaten voor 1997, 2001 en 2004 zijn quasi identiek. Dit betekent dat de indicatoren van subjectieve gezondheid zeer stabiel zijn in België en in elk van de gewesten afzonderlijk.

Personen met een lagere socio-economische status beschrijven hun eigen gezondheid vaak als minder goed, dan personen met een hogere socio-economische status. In de studie van Simon, van de Mheen, van der Meer & Mackenbach (2000) wordt de rol, die verschillende gezondheidsaspecten spelen in de verklaring van socio-economische verschillen van de eigen ervaren gezondheid, onderzocht. Deze verschillen werden onderzocht in relatie met

de chronische ziekte, functionele beperkingen, psychosomatische symptomen en verkregen comfort. De resultaten toonden aan dat voor een gezondheid die als minder goed werd ervaren, psychosomatische symptomen de meest krachtige verklaring was.

De leefstijl is een belangrijke determinant voor de algemene gezondheidstoestand. Ons basierend op het jaarboek armoede en sociale uitsluiting 2007 bespreken we 4 leefstijlfactoren en hun impact op de gezondheid toegespitst op de gradiënt tussen de sociale klassen (Vranken et al., 2007).

De impact van een sedentaire leefstijl op de gezondheid is bekend. Armen hebben een meer sedentaire leefstijl (27%) dan niet-armen (21%). Daarbij hebben ze ook vaker last van overgewicht, 44% versus 39%. Beiden hebben een risicoverhogend effect voor diabetes type 2. Wat tabaksgebruik betreft is er in Vlaanderen een duidelijk verschil tussen de socio-economische groepen. 35% van de armen zijn roker tegenover 26% binnen de niet inkomensarme Vlaamse bevolking. Wat overmatig alcoholgebruik betreft werden in Vlaanderen geen verschillen aangetroffen.

Naast bovenstaande factoren vormt ook voeding een belangrijke leefstijlfactor die een impact heeft op de volksgezondheid. Onderzoek heeft aangetoond dat, op bevolkingsniveau, voeding een significante rol speelt in de ontwikkeling van chronische ziekten (Eurodiet, 2001). Chronische ziekten zijn in belangrijke mate verantwoordelijk voor de morbiditeit en mortaliteit in de meeste Westerse landen.

Epidemiologisch onderzoek van de laatste decennia toont aan dat voeding een cruciale rol speelt in de relatie tussen sociale status en (on)gezondheid en het in stand houden van ongelijkheden over de generaties heen (James et al., 1997). Campagnes rond gezonde voeding bereiken de zwakste sociale groepen echter niet of onvoldoende (Vranken et al., 2007).

In België werd tot nu toe weinig onderzoek verricht naar de socio-economische ongelijkheid in het voedingsgedrag. In een onderzoek (Matthys, De Henauw, Maes, Verbeke, Viaene & De Backer, 2004) naar de clustering tussen voedingsgerelateerde determinanten van (on)gezondheid en andere leefstijlfactoren (obesitas, roken, fysieke activiteit,...) in verschillende sociale klassen werd nagegaan of gelijkaardige verschillen terug te vinden zijn in een aantal leefstijlfactoren als de verschillen die men vond in het voedingspatroon. Uit deze studie blijkt dat personen met een lagere opleiding vaker overgewicht vertonen dan personen met een hogere opleiding. Men stelt vast dat de verschillen gelden voor alle leeftijdscategorieën van de bevolking, zowel voor Vlaanderen als Wallonië. De algemene bevindingen zijn ook terug te vinden bij zowel mannen als vrouwen.

Een studie (Chaturvedi, Stephenson & Fuller, 1996) naar socio-economische verschillen in diabetescontrole en complicaties bij personen toont aan dat gezonde leefstijlen meer voorkomen bij beter opgeleide diabeten behandeld met insuline. Binnen de groep diabeten met een lage sociale status werd een hoger aantal rokers, minder glucosemonitoring en een lagere graad van sporten gerapporteerd (Brown et al., 2004). Er zijn geen studies die het complexe zelfmanagement gedrag dat van diabeten verwacht wordt, zoals glycemiebepaling, voetcontrole, bloeddruk opvolging en het regelmatig bewegen, onderzocht hebben naar sociaaleconomische verschillen.

King, Mainous & Geesey (2007) onderzochten de frequentie van het aannemen van een gezonde leefstijl (dagelijks vijf of meer stukken fruit of groenten, regelmatig bewegen, een BMI tussen 18,5 - 29,9 kg/m<sup>3</sup>, niet roken) bij personen van middelbare leeftijd en bepaalden het voorkomen van cardiovasculaire aandoeningen en mortaliteit bij hen die een gezonde leefstijl aanleerden. Mannen, individuen met een lagere socio-economische status, of personen met een voorgeschiedenis van hypertensie of diabetes, namen het minst een gezonde leefstijl aan.

Er werd vastgesteld dat bij personen van middelbare leeftijd die een nieuwe en andere gezonde leefstijl aannamen, minder cardiovasculaire aandoeningen en mortaliteit voorkwamen. Er blijkt nood te zijn aan strategieën om het aanleren van een gezonde leefstijl aan te moedigen, vooral bij personen met hypertensie, diabetes en een lagere socio-economische status.

In de studie van Zanini et al. (2006) werd de leefstijl van hemodialysepatiënten, met een verminderde persoonlijke autonomie, onderzocht. Enkele psychosociale factoren zoals de perceptie over familiale en sociale steun, de kwaliteit van leven, de onbekwaamheid te wijten aan de chronische ziekte en de communicatiestijl werden ook geëvalueerd. Vrouwen bleken een hogere perceptie te hebben over hun leefstijlverandering na de dialyse en, in het algemeen, communiceerden patiënten veel beter met hun mantelzorger en vice versa. Er werd geconcludeerd dat de kwaliteit van de relatie tussen artsen, patiënten en hun familie een kernelement is in het genezingsproces.

Samen met Vranken et al.(2007) wensen we te beklemtonen dat de nadruk leggen op deze verschillen in leefstijl het gevaar inhoudt dat men de slechtere gezondheidstoestand en opvolging van de eigen gezondheid volledig gaat toeschrijven aan het individu. Armen hebben een andere gezondheidscultuur, de aandacht ligt niet steeds bij het nastreven van een goede gezondheid. Hun leef- en woonomstandigheden laten niet steeds een gezonde levenswijze toe. Ook dit zijn bepalende factoren voor iemands gezondheidstoestand.

*Ter conclusie*

*De vaststellingen van gezondheidsverschillen en ongelijkheid zijn niet nieuw maar meer en meer onderbouwd en doen ons noodgedwongen concluderen dat "gelijk recht op gezondheid(zorg) voor iedereen" geen realiteit is. Ook op het vlak van pre-, peri- en postnatale context zetten deze verschillen zich door, zowel voor de moeder als het kind.*

*In het jaar 2020 zou de kloof tussen de socio-economische groepen in alle landen met minstens ¼ verkleind moeten worden (WHO, 1998). En dit vooral door het gezondheidsniveau van de achtergestelde groepen te vergroten. De interventiestrategieën zullen zich moeten richten op de intermediaire factoren in de relatie tussen gezondheid en sociale klasse. Een verbeterd (zelf)management van chronische ziekten zoals diabetes mellitus is een mogelijke interventie om gezondheidsongelijkheid te verminderen.*

## 3 Organisatie van de Belgische gezondheidszorg

Leven in armoede heeft een weerslag op de gezondheid. Deze weerslag en de socio-economische gezondheidsverschillen werden in voorgaande hoofdstuk besproken met een specifiek focus op chronische zieken.

Armen ervaren knelpunten in hun zoektocht naar hulp- en of zorgverlening. Ze kennen het aanbod vaak niet of onvoldoende. Hier spelen verschillende drempels een rol.

Voorzieningen in de welzijns- en gezondheidszorg hebben als eerste opdracht een kwalitatief hoogstaande zorg te verlenen. Deze opdracht is echter ingebed in een ruimere maatschappelijke opdracht. Ook hier dient men sociale uitsluiting te voorkomen of toch in zekere mate te beperken. Het gaat om een zorg in solidariteit.

Welk beleid voeren de Belgische en de Vlaamse overheid inzake gezondheid- en welzijnszorg in het kader van de bredere maatschappelijke inbedding? Hoe verloopt de deelname aan het huidige zorgaanbod en waar liggen drempels? Welke structurele aanpak is er? Wat kan er gebeuren om deze drempels te overwinnen?

Deze vragen zijn in de eerste plaats beantwoord vanuit een breed gezondheidsperspectief. Waar mogelijk volgt een toelichting in de chronische zorgverlening.

### 3.1 Algemeen

#### 3.1.1 Gezondheids(zorg)beleid

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie kan gezondheid{ XE "gezondheid" } omschreven worden als: "een toestand van compleet welbevinden in lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk opzicht"

Deze definitie sluit aan bij de holistische mensvisie{ XE "holistische mensvisie" }. De verschillende factoren zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Deze brede definitie impliceert dat een gezondheidszorgbeleid zich dient te richten op alle beïnvloedende factoren ongeacht of deze van biologische, culturele, sociale of economische aard zijn. Een breed gezondheidszorgbeleid overstijgt dan ook het curatieve niveau en beschouwt een breed opgevatte preventieve zorg waarin ruim aandacht besteed wordt aan de invloed van maatschappelijke, economische en ecologische ontwikkelingen op de gezondheid als een essentiële pijler.

Gezondheid is een belangrijke behoefte. Om aan dit gezondheidsstreven te voldoen ontstond de gezondheidszorg. Het recht op gezondheidszorg{ XE "het recht op gezondheidszorg" } is een bindend recht, vastgelegd in onder meer de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, het verdrag inzake economische, sociale en



culturele rechten, het verdrag inzake de rechten van het Kind, het Europees sociaal handvest en de Belgische grondwet.

Deze gezondheidszorg (en de gezondheid in het algemeen) vertoont meerdere kenmerken van een publiek goed. Een publiek goed impliceert dat de overheid regulerend en subsidiërend optreedt. Waarom is overheidsinmenging voor de organisatie van de gezondheidszorg in België noodzakelijk? Geen overheidsinmenging impliceert dat de gezondheidszorg wordt aangeboden op een vrije markt, waar de wetten van de vrije markt van kracht zijn. Onze gezondheidszorg kenmerkt zich door haar solidariteitsprincipe.

Er is een intense samenwerking tussen overheid en private initiatieven. Om dit te realiseren bepaalt de overheid het beleid en tot op zekere hoogte de structuur, het functioneren en de financiering van de gezondheidszorg. De concrete uitvoering wordt opgenomen door openbare en private hulpverleners en instellingen.

Een beleid dat vanuit deze brede conceptie van gezondheid en gebaseerd op het solidariteitsprincipe aandacht heeft voor de zwaksten in de samenleving, dient niet enkel aandacht te besteden aan een toegankelijke gezondheidszorg, maar moet maatregelen nemen die de oorzaken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen aanpakken. Deze oorzaken liggen grotendeels op terreinen buiten het domein van de gezondheidszorg en omvatten onder andere de fysieke omgeving (milieu, veiligheid, huisvesting, woonomgeving), de sociale en economische omgeving (inkomen, onderwijs, arbeid, vrije tijd, welzijn) en het gedrag en de leefstijl (o.m. voeding, genotmiddelen, beweging, seksueel gedrag).

Op beleidsniveau zien we twee perspectieven. Enerzijds is er het structureel perspectief waarbij de contextuele factoren op de voorgrond staan, anderzijds is er het individugerichte perspectief waarbij de sturing van het gedrag en de leefstijl van het individu op de voorgrond staan. In verschillende jaargangen van het jaarboek armoede en sociale uitsluiting wordt gepleit voor een eerder structurele aanpak. Het individugericht perspectief is er één van discussie. Gedrag patronen en leefstijl zijn sterk waarden- en normgebonden. Welke is hier het dominante patroon? Wie moet zich in welke richting bewegen? Gaat het om een niet willen of niet kunnen? Ook de WHO ondersteunt het structurele perspectief. Zij streven naar "het doorgronden van fundamentele structuren van de sociale hiërarchie en de sociaal determinerende omstandigheden waarin mensen leven" (Commision on Social Determinants of Health, 2007).

Een volgehouden pleidooi voor een beleid dat alle mensen volwaardige kansen geeft op een gezond leven blijft noodzakelijk.

### 3.1.2 Deelname aan het gezondheidsaanbod

Vandaag is gezondheidszorg en een sociaal beleid voor de meeste regeringen van ontwikkelde landen en landen met een gemiddeld inkomen, vanzelfsprekend geworden. Gelijke toegang tot het gezondheidssysteem en efficiëntie zijn sleutelwoorden geworden.

Toch is het, ook in België, niet voor iedereen evident om van dat recht op gezondheid en gezondheidszorg te genieten. De enige voorwaarde om van dit grondrecht te genieten is deel uit te maken van de mensheid, maar toch loopt het fout. Onder andere (kans)armen, zien dat grondrecht moeilijk of niet gerespecteerd. De klassieke drempels zijn informatiegebrek, problemen in verband met een te gering of slecht gespreid aanbod, communicatie en vertrouwen.

De verschillen in gezondheid tussen de sociale klassen worden deels verklaard door het verschil in toegang tot de gezondheidszorg. We bekijken de deelname aan het gezondheidsaanbod vanuit de verschillende drempels binnen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Verenigingen waar armen het woord nemen, geven aan dat een aantal drempels vervat liggen in de maatschappij zelf (SIVI, 2007). Ze liggen ondermeer op het vlak van letterlijke uitsluiting door weigering van gezondheidszorgen; de kosten maken dat mensen medische zorg uitstellen; het pakket gedekt door de verplichte ziekteverzekering verkleint; informatie, mobiliteit en belangenbehartiging lopen mank. Wanneer mensen op een zogenaamde zwarte lijst terecht komen binnen bepaalde instellingen wordt hen in bepaalde situaties zorg geweigerd.

De Maeseneer, Willems, De Roo, & Haedens (2003) onderscheiden twee soorten drempels: contextuele drempels en drempels gerelateerd aan de gezondheidszorg. Onder contextuele drempels wordt het inkomen, de tewerkstellings- en huisvestingssituatie, transportmogelijkheden, de genoten opleiding en vorming, het gebrek aan kinderopvang, de invloed van het sociaal netwerk op het gedrag en de vormen van financiële, materiële en emotionele steun aanwezig in het sociaal netwerk verstaan.

De drempels gerelateerd aan de gezondheidszorg vallen uiteen in drempels aan de aanbodzijde en drempels aan de vraagzijde.

Bij de drempels aan aanbodzijde worden in eerste instantie factoren onderscheiden die te maken hebben met de organisatie van de gezondheidszorg. De fysieke toegankelijkheid van het aanbod aan zorgvoorzieningen, de lokalisatie van voorzieningen, ingewikkelde administratieve procedures en een gebrek aan continuïteit tussen gezondheidswerkers. Daarnaast wordt gewezen op het probleem van betalingstermijnen bij ziekenhuisopnames, de stijgende kosten voor patiënten en het feit dat het verplicht voorschieten van geld tot het uitstellen van zorg kan leiden. Ook tekortkomingen in rechtsregels en de juridische en

administratieve complexiteit van een aantal beleidsmaatregelen worden vermeld als toegangsbelemmerend<sup>13</sup>.

Aan de vraagzijde wordt gewezen op de conceptie die armen hebben van ziekte en gezondheid, het belang van goede informatie en kennis, de overlevingsstrategieën en het beperkte toekomstperspectief. Het belang van een goede relatie tussen gezondheidswerkers en armen wordt beklemtoond: angst en agressie kunnen een reactie zijn op uitsluiting en moeten erkend worden door de hulpverlener, hulpverleners moeten alert zijn voor te hoge verwachtingen bij de patiënt, men moet stilstaan bij gevoelens van onmacht en schaamte bij de hulpvrager, de hulpvrager globaal benaderen, een begeleide uitstroom of nazorg voorzien, een goede communicatie verzorgen tussen hulpverlener en patiënt en hulpverleners onderling en voldoende informatie verstrekken over mogelijkheden in het zorgaanbod. In een later werk hebben drie van deze auteurs een conceptueel model ontwikkeld dat de verschillende factoren die een rol spelen in het gebruik van gezondheidsvoorzieningen relateert aan elkaar (Willems, De Roo, & De Maeseneer, 2005).

In wat volgt gaan we dieper in op twee drempels die belangrijk zijn binnen ons project en in het kader van de in ontwikkeling zijnde bijscholing, met name het organisatorisch-juridische luik met de financiële drempels enerzijds en de drempels gelegen in de zorgrelatie anderzijds.

### **3.1.2.1 Financiële drempels**

Financiële drempels vormen een mogelijke belemmering in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Hoewel België een sterk uitgebouwd en kwaliteitsvol gezondheidszorgsysteem kent dat gebaseerd is op het solidariteitsprincipe blijkt toch nog een substantieel deel van bevolking problemen te kennen om de kosten voor gezondheidszorg te dragen. Gezien hun vaak complexere zorgvragen cumuleren de kosten voor gezondheid sneller tot een ondraaglijk deel van het huishoudbudget. De persoonlijke bijdragen of de remgelden zijn de voorbije jaren verder gestegen en wegen dan ook zwaarder door. De kosten die de patiënt zelf dient te dragen bij een ziekenhuisopname zijn volgens studies van de christelijke en de socialistische mutualiteiten ook sterk gestegen gedurende de laatste jaren, een stijging die vooral veroorzaakt wordt door stijgende supplementen voor erelonen en medisch materiaal (Christelijke Mutualiteiten, 2006; Christelijke Mutualiteiten, 2007; De Boeck, 2006). Langdurige cumulatie van gezondheidskosten maakt eveneens kwetsbaar. De resultaten van de Gezondheidsenquête (tabel 1) verschaffen ons sinds haar ontstaan een inzicht in deze risicogroepen.

<sup>13</sup> Hier komen we gedetailleerder op terug in onze bespreking van de financiële drempels.

**Tabel 1: Toegankelijkheid van de gezondheidszorg, evolutie van 1997 tot 2004**

Samenvatting van de resultaten : Toegankelijkheid van gezondheidszorgen			
	1997	2001	2004
Gemiddelde maandelijkse uitgaven van huishoudens voor gezondheidszorgen	€ 95	€ 107	€ 115
Gemiddelde relatieve uitgaven van huishoudens voor gezondheidszorgen	7%	6%	6%
Percentage huishoudens dat:			
- de uitgaven voor gezondheidszorgen te hoog vindt	33%	30%	29%
- het gebruik van gezondheidszorgen diende uit te stellen omwille van financiële redenen	8%	10%	10%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004

Gemiddeld besteedde een huishouden in België in 2004 zowat 6% van het beschikbaar inkomen of €115 per maand aan uitgaven voor gezondheidszorgen (Bayingana K. et al., 2006). In dit bedrag wordt weliswaar geen rekening gehouden met het gedeelte dat terugbetaald wordt. Zoals te verwachten is, geven ouderen een groter procentueel aandeel van hun inkomen uit aan gezondheidszorgen dan jongere huishoudens of huishoudens uit de middelste leeftijdscategorieën. Voor huishoudens uit de lagere socio-economische categorieën nemen deze kosten een hoger procentueel aandeel van hun inkomen in beslag. Huishoudens uit de laagste inkomenscategorieën besteden gemiddeld 14% van huishoudbudget aan kosten voor gezondheidszorg, bij huishoudens uit de hoogste inkomenscategorie gaat het gemiddeld om 3%. Indien we even inzoomen op Vlaanderen blijkt dat er een duidelijke sociale gradiënt kan worden vastgesteld in de samenhang tussen opleidingsniveau en inkomensniveau enerzijds en de uitgaven voor gezondheidszorgen anderzijds. Naar huishoudtype liggen de uitgaven voor gezondheidszorgen in het Vlaamse Gewest het hoogst bij eenoudergezinnen (12% van het beschikbare inkomen). Bekeken over de verschillende jaargangen van de gezondheidsenquête is het aandeel in het totaalbudget van de huishoudens niet significant veranderd.

Indien gepeild wordt naar de subjectieve beleving van de financiële draagkracht van huishoudens dan blijkt dat 21% van de Vlaamse huishoudens (tegenover 29% voor België) deze kosten moeilijk tot zeer moeilijk te dragen vindt. Binnen de groep die onder de armoedegrens leeft, vindt meer dan de helft (57%) de uitgaven voor gezondheidszorg moeilijk tot zeer moeilijk in te passen in hun budget. Huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon (gezinshoofd) geven in hogere mate aan dat ze deze kost moeilijk tot zeer moeilijk te dragen vinden. Er is hier een duidelijke samenhang met de socio-economische categorie waartoe het huishouden behoort: huishoudens behorend tot de lagere opleidings- en/of inkomensgroepen schatten veel meer dan de andere de uitgaven

voor gezondheid als (zeer) moeilijk om dragen. Eenoudergezinnen en huishoudens uit stedelijke gebieden geven ook in hogere mate aan dat ze deze kosten moeilijk kunnen dragen. Over de verschillende meetmomenten heen daalt dit percentage huishoudens wel.

Opmerkelijk is ook dat 6% van de Vlaamse huishoudens (tegenover 10% voor België) aangeeft dat ze om financiële redenen uitgaven voor gezondheidszorg uitstelden in de 12 maanden voorafgaand aan de bevraging. Huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon en huishoudens met een referentiepersoon uit de leeftijdscategorie 35 tot 44 dienden het vaakst medische zorgen uit te stellen. Ook hier is een duidelijk sociale gradiënt zichtbaar: huishoudens met de laagste opleidingsniveaus / uit de laagste inkomenscategorie zijn in hogere mate genoodzaakt om uitgaven voor medische zorgen uit te stellen. Eenoudergezinnen en gezinnen uit stedelijke gebieden stellen de medische consumptie vaker uit.

Ondanks het sterk uitgebouwde gezondheidszorgsysteem blijken er toch relatief 'grote' groepen mensen minstens tijdelijk uit de boot te vallen. In een tijd waarin de betaalbaarheid van onze gezondheidszorgsysteem onder druk staat en pleidooien voor een zekere mate van privatisering opduiken dienen deze vaststellingen een belangrijke bekommernis te vormen voor de beleidsverantwoordelijken. De verschillende overheden dienen er dan ook op toe te zien dat gezondheid een goed is dat voor iedereen financieel toegankelijk wordt en blijft.

Enkele internationale vergelijkende studies werpen een beter licht op de toegankelijkheid van onze gezondheidszorg in internationaal perspectief. Uit studies naar het doktersbezoek in verschillende OESO-landen blijkt dat België, ondanks het bestaan van een aantal belangrijke drempels voor de toegankelijkheid van onze gezondheidszorg, vrij sterk scoort in internationaal perspectief (van Doorslaer, Masseria, Koolman, & the OECD Health Equity Research Group, 2006; van Doorslaer, Masseria, & the OECD Health Equity Research Group, 2004). Een eerste belangrijke vaststelling is dat er zeer grote verschillen bestaan tussen de OESO-landen voor wat betreft het aantal doktersbezoeken, een gegeven dat lijkt samen te hangen met de sterke verschillen in de wijze waarop de gezondheidszorg georganiseerd is in de verschillende landen. Wanneer men het doktersbezoek analyseert zonder daarbij een onderscheid te maken tussen huisartsen en specialisten dan blijkt dat, na controle voor de gezondheidsnoden, de lagere inkomensgroepen in zowat de helft van alle landen iets beter af zijn. De onderzoekers menen dat dit te verklaren valt door het feit dat gezondheidsvoorzieningen geneigd zijn om zich te richten naar groepen waar de noden het hoogst zijn. De ongelijke verdeling in het voordeel van de hogere inkomslagen is het grootst in de VS, Mexico, Finland, Portugal en Zweden. Wanneer in de analyse een onderscheid

gemaakt wordt tussen bezoeken aan een huisarts en bezoeken aan een specialist wordt het beeld meer divers. Bezoeken aan de huisarts zijn in de meeste landen vrij gelijk verdeeld over de verschillende inkomenslagen. Ongelijkheid is in vrijwel alle landen in het voordeel van de lagere inkomensgroepen. Met name voor Ierland en België wordt geconstateerd dat lagere inkomensgroepen in hogere mate de weg vinden naar de huisarts. Voor ons land verklaren de auteurs dit door het bestaan van het systeem van de verhoogde tegemoetkoming. Wanneer men kijkt naar de bezoeken aan een specialist dan blijkt dat, na controle voor de gezondheidsnoden, in alle landen de hogere inkomensgroepen beter de weg vinden naar de specialist. Landen waar financiële drempels voor consultaties bij een specialist het hoogst zijn vertonen de grootste ongelijkheid, maar los hiervan blijkt dat hogere inkomensgroepen in alle landen meer geneigd zijn om de stap naar gespecialiseerde zorg te zetten.

Naar de Belgische situatie vertaald, betekent dit dat ons land, in internationaal perspectief bekeken, vrij sterk scoort voor wat betreft de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg en dat sociaaleconomische ongelijkheden zich vooral situeren op het vlak van de zorg verstrekt door de verschillende medische specialismen. De diabeteszorg situeert zich, ondanks pogingen om dit voornamelijk vanuit de eerste lijn te begeleiden, nog vaak binnen de meer gespecialiseerde tweede lijn.

### 3.1.2.2 Drempels in de zorgrelatie

Binnen deze subparagraaf bespreken we drempels gelegen in de psychosociale en culturele dimensie. Recente onderzoeksresultaten omtrent het element communicatie binnen een zorgrelatie komen eveneens aan bod.

Armen worden vaak als lastige en moeilijke zorgvragers beschouwd. 'Moeilijk' zijn de complexe zorgvragen, elementen als wantrouwen, het ongemotiveerd zijn en een gebrekkig probleeminzicht. 'Lastig' door het ervaren van onbeleefdheid en ondankbaarheid, het afsprakenverzuim en het eisende gedrag.

Willems, De Roo, Anthierens, Derese, & De Maeseneer (2005) halen op basis van een uitgebreid kwalitatief onderzoek bij armen, naast de al eerder gesignaleerde drempels, factoren aan die wijzen op het belang van een goede zorgrelatie. Zij maken daarbij een onderscheid tussen factoren die leiden tot het onderkennen en formuleren van een nood aan zorg en factoren die betrekking hebben op de toegang tot de zorg. Het korte termijn perspectief; de overlevingsstrategieën; de grootte van en de verscheidenheid aan sociale posities in en de invloed van het sociale netwerk; de socialisatieprocessen ondergaan in het gezin, het onderwijs en de directe omgeving die waarden en attitudes ten aanzien van gezondheid vormgeven; zijn bepalende factoren in het onderkennen en formuleren van een

gezondheidsnood door armen. Bij de factoren die aan de kant van de zorgvrager beïnvloedend zijn in het deelnemen aan zorg worden de invloed van formele en informele sociale netwerken, attitudes ten aanzien van zorgverstrekkers, eigenwaarde en gevoelens van schaamte, angst en vernedering aangehaald als belangrijke elementen. Aan de kant van het gezondheidszorgsysteem en de zorgverstrekker signaleren armen naast het belang van een fysieke, financiële en administratieve toegankelijkheid ook factoren die betrekking hebben op de psychosociale en culturele toegankelijkheid. Daarbij wordt gewezen op het gebrek aan persoonlijk contact, het formele karakter van het contact, de toenemende complexiteit en informatisering van de gezondheidszorg, het ontbreken van een vaste contactpersoon en beslissingen en aanbevelingen die botsen met het korte termijn perspectief dat veel armen noodgedwongen hanteren. De auteurs beklemtonen dat deze verschillende factoren gerelateerd zijn aan elkaar. Hun studie toont aan dat er naast een blijvende aandacht voor andere aspecten van toegankelijkheid, nood is aan een zorgverstrekking die rekening houdt met het perspectief, de gevoelens en de leefwereld van mensen in armoede. Het steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting pleit eveneens voor een betere dialoog met de medische wereld en een grotere inspraak van de zorgvrager die in armoede leeft. Eerder onderzoek wees ook al op het belang van psychosociale en culturele drempels in de toegankelijkheid van de zorg (Deschamps, Baumann, & Deschamps, 1987). Onderzoek naar de toegankelijkheid van de welzijnsector signaleerde gelijkaardige problemen (Sannen, 2003; Driessens, 2003; Driessens & Van Regenmortel, 2006).

Essentiële elementen in de bestrijding van deze psychosociale, culturele en relationele drempels zijn een grondige kennis van de leef- en denkwereld van armen bij zorgverstrekkers en het werken aan een zorgrelatie die rekening houdt met de gevoelens en attitudes van armen en uitgaat van hun krachten en beperkingen. Communicatie is daarbij een cruciaal element.

Uit een review van internationaal onderzoek (Willems, De Maesschalck, Deveuegele, Derese, & De Maeseneer, 2005) blijkt dat er duidelijke verschillen zijn in de manier waarop artsen communiceren met patiënten uit lagere sociaaleconomische lagen. Deze patiënten krijgen minder positieve socio-emotionele uitingen en worden geconfronteerd met een meer directieve consultatiestijl. Deze wordt gekenmerkt door minder patiëntenbetrokkenheid in het nemen van beslissingen, een meer biomedische benadering, minder controle van de patiënt over het verloop van de communicatie, minder diagnostische en behandelingsinformatie en meer fysisch onderzoek. Deze verschillen in communicatiestijl worden gedeeltelijk verklaard door het verschil in communicatiestijl tussen patiënten van verschillende sociale klassen. Daarnaast is er ook directe invloed van sociale kenmerken op

de communicatiestijl van de arts. De communicatie tussen artsen en patiënten uit lage sociale klassen kent als het ware een cirkelbeweging: de communicatiestijl van de patiënt lokt een minder participatieve benadering uit bij de arts wat dan weer de patiënt ontmoedigt om actiever te communiceren. Bovendien blijkt dat artsen beïnvloed worden door hun perceptie van de noden van patiënt. Veelal menen ze dat lagere klassen minder geïnteresseerd zijn om te leren over gezondheid en hebben ze minder hoge verwachtingen over de motivatie en de capaciteiten van de patiënt (Willems et al., 2005).

De visie die gezondheidswerkers hebben op armoede lijkt een sterke invloed te hebben op hun communicatiestijlen. Uit een kwalitatief onderzoek naar de perceptie van armoede bij huisartsen, allen werkzaam in kansarme buurten, blijkt dat deze vooral de klemtoon leggen op individuele factoren in hun definitie van armoede (Willems, Swinnen, & De Maeseneer, 2005). Vooral socio-economische aspecten (inkomen, huisvesting, ...) en individuele tekorten tekenen hun definitie van armoede. Bij de psychologische en individuele kenmerken wordt het gebrek aan ambitie om de situatie te veranderen door veel huisartsen vermeld. Daarnaast zien velen een gebrek aan capaciteiten om het budget te beheren, beperkte intellectuele capaciteiten, beperkte sociale en relationele vaardigheden, verstoorde communicatieve capaciteiten, verslavingsproblemen, luiheid, angst voor de toekomst en een slechte gezondheid. Bij socio-culturele factoren wordt de negatieve invloed van de omgeving vermeld en wordt de sociale isolatie ook als belangrijk beschouwd. Een minderheid vermeldt een inadequate reactie van de maatschappij op armoede. Daarnaast zien de geïnterviewde artsen een grote consumptiedrang bij armen en vermelden ze de grote omvang van de gezinnen. In hun houding geven de geïnterviewde artsen naar eigen zeggen blijk van empathie: dokters proberen de onderliggende mechanismen van het gedrag te begrijpen, verwijzen naar de levensomstandigheden die veel stress meebrengen, het gebrek aan een sociaal netwerk dat ondersteunend kan werken en naar de angst van armen om als slechte ouder aanzien te worden. Aan de andere kant zien zij ook negatieve elementen in de houding die patiënten aannemen. Er wordt daarbij melding gemaakt van een beperkte motivatie, het afstaan van verantwoordelijkheid aan de arts, beperkte kennis en inzicht, het zwerven van arts naar arts en een inadequaat gebruik van de dienstverlening. De meeste artsen ervaren de contacten met armen, ondanks alle moeilijkheden, toch als positief. Ze hanteren ook een aantal verschillende strategieën om de drempels voor deze mensen op te heffen. Zo probeert men door het aanpassen van de communicatiestijl en het reduceren van de kostprijs de zorg toegankelijker te maken. Artsen zeggen ook dat ze deze patiënten zo lang mogelijk in de eerste lijn behandelen omwille van de grote kostprijs bij een behandeling in de tweede lijn. Bij doorverwijzing probeert men wel om adviezen van specialisten te integreren vanuit de kennis van de leefwereld van de patiënt. Sommige artsen zeggen wel soms ontmoedigd te raken in het

**Opmerking [D1]:** Mee te nemen bij discussie over de onderzoekresultaten



werken met armen omwille van slechte resultaten, veeleisendheid en het medische *shoppen* van sommigen. Naast acties op financieel vlak pleiten vele van deze artsen ook voor meer structurele maatregelen op terreinen als onderwijs en arbeid. Zij suggereren ook om in opleidingen meer aandacht te besteden aan armoede en aan het trainen van communicatietechnieken. Een recent internationaal onderzoek bevestigt veel van deze conclusies (Monnickendam, Monnickendam, Katz, & Katan, 2007). Een hulpverleningsrelatie die gevoelens van vernedering, stigmatisering en *entrapment* vermijdt of probeert weg te werken, is aangewezen ingebed in de momenteel populaire methodieken zoals *empowerment* en participatie van de doelgroep (Vranken et al., 2007).

### 3.1.3 Structurele aanpak en beleidsmaatregelen

De drempels die armen ervaren binnen de gezondheidszorg vragen om een oplossing op maat. Deze zorgvragers dienen zich meestal aan met een complexe zorgvraag en vinden moeilijk de weg naar het juiste zorgaanbod.

De Maeseneer en collega's (2003) pleiten voor een voldoende groot en fysiek toegankelijk aanbod aan zorgvoorzieningen, een goede spreiding van voorzieningen, het vermijden van ingewikkelde administratieve procedures en een betere samenwerking tussen gezondheidswerkers.

Het consortium van welzijnsorganisaties<sup>14</sup> formuleert dat gezondheid één van de doelstellingen is waarbinnen de komende 10 jaar een aanzienlijke vooruitgang moet geboekt worden. Zij stellen een halvering van de gezondheidsongelijkheid tussen arm en rijk voorop.

We bekijken kort enkele belangrijke beleidsmaatregelen en recente ontwikkelingen in het kader van de financiële drempels en drempels in de zorgrelatie.

#### 3.1.3.1 Beleidsmaatregelen in het kader van financiële drempels

De verschillende overheden hebben in ons land al lange tijd aandacht gehad voor de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De uitgebreide dekking door de verplichte ziekteverzekering, het systeem van ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, de maximumfactuur en de Vlaamse zorgverzekering zijn maar enkele maatregelen die bij moeten dragen tot een toegankelijke gezondheidszorg.

<sup>14</sup> Dit consortium bestaat uit het ACW, Samenlevingsopbouw Vlaanderen, Socialistische Mutualiteiten en socioculturele verenigingen, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Verbruikersateljee, Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen, Vlaams Minderheden centrum, Welzijnzorg en Cera.

De complexe bevoegdheidsverdeling op het vlak van gezondheidszorg kan wel een belemmering vormen voor het voeren van een efficiënt beleid zowel op het vlak van de curatieve gezondheidszorg als inzake preventie. De federale overheid is in belangrijke mate verantwoordelijk voor de curatieve gezondheidszorg, de gemeenschappen zijn bevoegd voor de intra- en extramurale zorgverstrekking en voor gezondheidspreventie<sup>15</sup>.

België kent een uitgebreid systeem van verplichte ziekteverzekering dat voorziet in een vrij ruime dekking van de kosten voor gezondheidszorg. De hervorming van de verplichte ziekteverzekering in 1998 had een verdere optimalisering van de toegankelijkheid van de verplichte ziekteverzekering tot doel. Om dit te realiseren werden de toetredingsbijdrage en de wachttijd (behalve in uitzonderlijke gevallen) afgeschaft en werden bepaalde categorieën van begunstigden vrijgesteld van betaling van de verplichte persoonlijke bijdragen voor de ziekteverzekering. Met die hervorming werd een belangrijke stap voorwaarts gezet die tegemoetkwam aan een aantal eisen geformuleerd in het Algemeen Verslag over de Armoede (AVA) (Koning Boudewijnstichting, ATD-Vierde Wereld België, & Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten - Afdeling Maatschappelijk Welzijn, 1994). In de consultatierondes georganiseerd in opvolging van het AVA werd door armenverenigingen, mensen uit het werkveld en wetenschappers gewezen op een aantal blijvende pijnpunten (Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2005b; Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2005a).

Een belangrijke aanvulling op de financiële bescherming door de verplichte ziekteverzekering vormt het stelsel van de verhoogde tegemoetkoming, soms ook 'voorkeursregeling' genoemd. Rechthebbenden betalen in dit stelsel een lagere persoonlijke bijdrage bij consultaties, bij een verblijf in het ziekenhuis en bij de aankoop van medicatie. Sinds 1 april 2007 werd het statuut rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming aangevuld met het OMNIO-statuu. Naast de al ingesloten sociale categorieën, waarvan een overzicht weergegeven is in tabel 2, genieten sinds dan ook alle gezinnen met een laag inkomen van een verhoogde tegemoetkoming.

**Tabel 2 Rechthebbenden verhoogde tegemoetkoming**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• wezen, invaliden, gepensioneerden en weduwen (het zogenaamde WIGW-statuu)</li><li>• rechthebbenden op het leefloon van het OCMW</li><li>• rechthebbenden op een gelijkaardige hulp van het OCMW</li><li>• personen die de inkomensgarantie (IGO) voor ouderen genieten</li><li>• rechthebbenden op één van de uitkeringen voor personen met een handicap</li></ul> |
|--|

<sup>15</sup> De Europese Unie speelt omwille van het subsidiariteitsprincipe geen directe rol in de het gezondheidszorgbeleid van haar lidstaten. Wel is het zo dat de Europese reglementering op het vlak van de markttoelating en de beslissingsprocedures voor terugbetaling van geneesmiddelen of op het vlak van het vrij verkeer van diensten en mededinging (denk aan de discussies rond de richtlijn 'Bolkenstein') indirect een grote invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de lidstaten. De Europese Unie stelt wel middelen ter beschikking om internationaal onderzoek, kennis- en informatieuitwisseling op het vlak van gezondheid en gezondheidszorg te stimuleren.

- gehandicapte kinderen met een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 %
- langdurig volledig werklozen ouder dan 50 jaar

Met de recente invoering van het OMNIO-statuut focust men meer op de inkomenssituatie en niet enkel op de sociale categorie zoals in het vroegere beleid het geval was. De grens voor het inkomen ligt momenteel op 13.312.80 € bruto belastbaar jaarinkomen, verhoogd met 2.464.56 € per persoon ten laste. Om in aanmerking te komen voor beide regelingen dienen rechthebbenden wel zelf de nodige administratieve stappen te zetten bij hun verzekeringsinstelling en worden ze onderworpen aan een inkomensonderzoek. In totaal waren er in 2006 685.679 titularissen, met hun personen ten laste, met een voorkeursregeling (Van Lancker in Vranken et al, 2007). Zes op de tien gerechtigden zijn vrouwen.

Omdat de verplichte ziekteverzekering niet alle medische kosten dekt werd in 1994 het systeem van fiscale en sociale franchise ingevoerd dat in 2001 vervangen werd door de maximumfactuur (MAF). In beide systemen geldt het plafondprincipe wat erop neerkomt dat een patiënt geen persoonlijke bijdragen meer dient te betalen wanneer een bepaald maximumbedrag, dat afhankelijk is van het inkomen en de sociale categorie, overschreden wordt. Het MAF bestond aanvankelijk in drie vormen: de sociale MAF, de MAF bescheiden inkomens en de fiscale MAF waarbij de terugbetaling na twee jaar gebeurde via de directe belasting. Een hervorming van het systeem leidde in 2005 tot een afschaffing van de fiscale MAF, tot een terugbetaling binnen het jaar, tot een uitbreiding van de kosten die gedekt worden en tot een bijkomende bescherming van elk kind (tot de leeftijd van 19 jaar) ongeacht het gezinsinkomen. In 2007 is de hospitalisatieduur die in rekening wordt genomen opgetrokken van 3 naar 12 maand. Voor mensen met lage inkomens blijft het gehanteerde plafond wel vrij hoog. Ook zijn er nog steeds verschillende kosten die niet in rekening gebracht kunnen worden. Voor bepaalde categorieën van chronische zieken bijvoorbeeld kunnen de kosten erg hoog blijven wanneer zij aangewezen zijn op het gebruik van niet terugbetaalde medicatie (slaap- en kalmeermiddelen, pijnstillers, ...). Ook de sterk verhoogde kostprijs van kamer- of honorariumsupplementen bij een ziekenhuisopname zijn niet opgenomen in de kosten die in aanmerking komen voor het plafondbedrag. Al bij al lijkt het systeem van de maximumfactuur wel een belangrijke stap voorwaarts en bereikt het de beoogde doelgroepen goed (De Graeve, Cantillon, & Schokkaert, 2003). Desondanks blijft het hoge plafondbedrag (450€) en het feit dat verschillende kosten niet onder dit systeem vallen vaak gesignaleerde tekortkomingen. Ook het feit dat de kosten eerst voorgesloten moeten worden, is en blijft een vaakgehoorde klacht van armenverenigingen. Hopelijk kunnen toekomstige bijstellingen van de MAF hieraan verhelpen.

De verplichte ziekteverzekering dekt echter niet alle kosten. Naast de verplichte ziekteverzekering bestaat er dan ook een ruim aanbod aan private verzekeringen. Het afsluiten van een hospitalisatieverzekering kan grote sommen remgeld helpen opvangen wanneer een ziekenhuisopname noodzakelijk is. In de groep niet-armen heeft 27% geen hospitalisatieverzekering, binnen de groep inkomensarmen loopt dit op tot 58% (Dierickx in Vranken et al, 2007). Aangezien de overheid relatief weinig invloed kan uitoefenen op de toetredingsvoorwaarden en de prijszetting van deze private verzekeringsformules dreigt het risico van een dualisering van onze gezondheidszorg hier de kop op te steken. Gezien de druk die door verschillende maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen ontstaat op het overheidsbudget voor gezondheidszorg kan aangenomen worden dat deze ontwikkeling zich ook voortzet in de volgende jaren. Deze gegevens vormen een reële dreiging in het kader van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de groep van chronische zieken die in armoede leven.

Het KCE deed een studie naar de omvang van de eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg (De Graeve, Lecluyse, Schokkaert, VanOurti & Van de Voorde, 2006). Deze eigen betalingen omvatten de remgelden<sup>16</sup>, de supplementen<sup>17</sup> en de medische kosten die buiten de verplichte ziekteverzekering vallen, hierbij valt te denken aan geneesmiddelen categorie D, sommige implantaten en parafarmaceutische specialiteiten bij een ziekenhuisopname. In een aanvullende studie op het KCE-rapport (Lecluyse, De Graeve, Schokkaert, Van de Voorde & Van Ourti, 2007) is aangetoond dat de omvang van de supplementen en remgelden niet gerelateerd is aan socio-economische kenmerken, maar de lagere socio-economische groep kenmerkt zich wel door een grotere morbiditeit wat maakt dat de consumptie van zorg daar hoger ligt<sup>18</sup>. Ondanks deze hogere consumptie liggen de absolute bedragen van remgelden en supplementen duidelijk lager dan voor de algemene bevolking. Deze groep geniet van de bescherming tegen hogere eigen betalingen door de bestaande beschermingsmaatregelen. De bestaande maatregelen van de overheid lijken hun doel te bereiken althans voor de verzekerde zorgen. Voor de medische kosten buiten de verplichte ziekteverzekering liggen de supplementen wel hoger voor sociaal zwakkeren, wat hen blijft kwetsbaar maken bij een ziekenhuisopname, hoge medicatieconsumptie of niet vergoed medisch materiaal. Omwillen van de bestaande onderconsumptie bij de lage sociale klasse kan het gaan om een onderschatting van de bijdragen.

De aanleg van een globaal medisch dossier is een maatregel die de continuïteit van de medische zorg wil verbeteren. Sinds 2002 kunnen ook verzekerden die niet onder het stelsel van de verhoogde tegemoetkoming vallen een vermindering van 30% op het remgeld verkrijgen indien ze een globaal medisch dossier laten aanleggen bij hun huisarts.

<sup>16</sup> Remgeld is het verschil tussen de vergoedingsbasis van het R.I.ZI.V. en het terugbetalingstarief.

<sup>17</sup> Een supplement is het verschil tussen het werkelijke tarief en het terugbetalingstarief.

<sup>18</sup> Met uitzondering van de ambulante tandzorg (Lecluyse et al., 2007).

Deze vermindering van het remgeld geldt voor consultaties bij de huisarts en, sinds 1 februari 2007, bij consultatie van bepaalde groepen specialisten (gynaecologie, endocrinologie, cardiologie, ...) na doorverwijzing door de huisarts. Voor chronische zieken, minder mobiele ouderen en 75-plussers geldt deze regeling ook bij huisbezoeken. De kosten verbonden aan de opening van het globaal medisch dossier worden volledig terugbetaald door de verzekeringsinstelling. Dit systeem werd ingevoerd om de communicatie tussen zorgverstrekkers te bevorderen en het dubbel uitvoeren van medische onderzoeken te vermijden. Indien het systeem voldoende ingeburgerd raakt kan het dus de positie van de eerstelijnsgezondheidszorg versterken en onnodige budgettaire uitgaven voor de ziekteverzekering vermijden. De impact van dit systeem op de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de lagere socio-economische categorieën is nog niet geëvalueerd.

Een veelgehoorde klacht vanuit armenverenigingen is dat de kosten voor gezondheidszorg eerst voorgeschoten dienen te worden door de patiënt. Om hieraan tegemoet te komen werd vanaf 1986 de regel derde betaler ingevoerd voor terugbetaling in het kader van ziekenhuisopnamen en voor apothekers. Voor bepaalde sociale categorieën kan deze regel ook toegepast worden bij consultaties van huisartsen en specialisten. Bij toepassing van deze regel dient de patiënt enkel het persoonlijke aandeel te betalen en hoeft men dus niet langer het volledige bedrag voor te schieten. De zware administratieve last die dit systeem meebracht voor zorgverstrekkers kan ingeperkt worden door het gebruik van de SIS-kaart en het veralgemeende gebruik van SIS-kaartlezers. Toch zou slechts een kleine groep van zorgverstrekkers deze derde betalerregeling toepassen (De Maeseneer et al., 2003).

Het forfaitaire betalingssysteem staat haaks op de gebruikelijke inrichting van onze gezondheidszorg omdat zorgverstrekkers niet per prestatie maar op basis van het aantal aangesloten patiënten vergoed worden. Het zijn de mutualiteiten die het medisch centrum rechtstreeks een vast maandelijks bedrag betalen per betrokken patiënt. De patiënt zelf betaalt hoogstens een éénmalige aansluitingsbijdrage. Deze formule die een maximale financiële toegankelijkheid garandeert wordt echter maar op beperkte schaal toegepast. Enkel de wijkgezondheidscentra en Geneeskunde voor het Volk passen het systeem toe binnen de eerste lijn. Patiënten van wijkgezondheidscentra verbinden zich wel aan het centrum wat in principe ingaat tegen de vrije keuze van de patiënt (kan dan ook gesteld worden van het GMD). Er zijn ook weinig zorgverstrekkers die kiezen voor een tewerkstelling in dit systeem. Omdat dit systeem<sup>19</sup> de financiële toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg sterk bevordert en bovendien kan bijdragen tot een betere en multidisciplinaire begeleiding van de patiënt gaan er herhaaldelijk stemmen op om dit

<sup>19</sup> De werking van en methodiek binnen een wijkgezondheidscentrum wordt in een verdere paragraaf besproken

systeem op ruimere schaal toe te passen (De Maeseneer, Art, & Willems, 2001; De Maeseneer et al., 2003; Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2003; Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2005a). Het solidariteitsbeginsel zorgt er in principe voor dat het forfaitaire systeem in evenwicht is. De patiënten betalen wel voor medicatie, verzorgingsmateriaal, raadpleging bij de tandarts of specialist. Om te kunnen instappen moet men in orde zijn met zijn verplichte ziekteverzekering.

Sterk stijgende ziekenhuisfacturen die vooral veroorzaakt worden door hogere supplementen voor erelonen, medisch materiaal en het gebruik van twee- of éénpersoonkamers zetten de overheid en de mutualiteiten aan om de ziekenhuizen te bewegen tot een grotere transparantie van het kostenplaatje. Sinds 2003 zijn deze verplicht om de patiënt vóór zijn opname gedetailleerd te informeren over alle kosten. Zowel deze ten laste van de patiënt als deze waarvoor de ziekteverzekering tussenkomt. Anderzijds is het zo dat vanuit de ziekenhuissector veelvuldig klachten te horen zijn over de jarenlange, structurele onderfinanciering vanuit de overheid. Ziekenhuizen kennen een duale financieringsstructuur waarbij de ene geldstroom bestaat uit overheidsgeld, de andere uit inhoudingen op de erelonen van de artsen. De onderfinanciering vanuit de overheid zet de bestaande akkoorden en de verhouding tussen het ziekenhuisbeleid en de artsen onder toenemende druk (Degadt & Van Herck, 2003). De overheid neemt regelmatig beslissingen die de supplementen in ziekenhuizen binnen de perken moeten houden. Zo werd er in 2007 beslist niet-geconventioneerde artsen, net als hun collega's die geconventioneerd zijn, geen ereloonsupplementen mogen aanrekenen wanneer iemand buiten zijn wil om op een afdeling intensieve zorgen of spoedopname verblijft. Voor chronisch zieken mogen de ziekenhuizen geen kamersupplement meer aanrekenen op een tweepersoonkamer.

Binnen deze bespreking van algemene maatregelen kunnen we tot slot de initiatieven vermelden die de overheid neemt om het gebruik van generische geneesmiddelen te bevorderen. Met deze maatregelen beoogt men deze zware uitgavenpost binnen de ziekteverzekering onder controle te houden en de geneesmiddelenfactuur voor de patiënt goedkoper te maken. Binnen het systeem van de referentierugbetaling, ingevoerd in 2001, wordt de vergoedingsbasis van een originele specialiteit waarvoor een goedkoper alternatief bestaat verminderd met een bepaald percentage (sinds 1 juli 2005 30%). Het systeem werd ook uitgebreid tot geneesmiddelen die niet meer onder patent vallen voor zover er een goedkoop alternatief is met een identiek werkzaam bestanddeel én bestemd voor dezelfde leeftijdscategorie. De patiënt betaalt een hoger remgeld indien toch het (duurdere) originele geneesmiddel wordt voorgeschreven en afgeleverd. Aangezien originele geneesmiddelen toch nog in hoge mate werden voorgeschreven en afgeleverd betaalt de patiënt via het verhoogde remgeld een aanzienlijk deel van de besparingen die deze

maatregel oplevert<sup>20</sup>. Om het voorschrijven van goedkopere geneesmiddelen verder te stimuleren werden in 2006 minimumpercentages inzake het voorschrijven ervan per medische discipline opgelegd. Sinds 1 oktober 2005 is het ook wettelijk mogelijk, maar niet verplicht, voor artsen om voorschriften op stofnaam op te maken. Het is in belangrijke mate de apotheker die beslist of bij een voorschrift op stofnaam het originele geneesmiddel of een goedkoper alternatief aan de patiënt verstrekt wordt. In het voorjaar van 2007 rapporteerde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) dat de doelstellingen voor 2005 om (tand)artsen goedkopere geneesmiddelen te laten voorschrijven bereikt werden (Vranken et al, 2007). Voor geneesmiddelen die geen generisch alternatief kennen werd er vanaf 1 april 2007 een vermindering van het remgeld doorgevoerd. Daarnaast werd recentelijk ook het plafond van het remgeld voor geneesmiddelen in zogenaamde grote verpakkingen verlaagd. Voor de nieuwe geneesmiddelen blijven de kosten echter uitermate hoog.

Daarnaast worden ook andere problemen gesignaleerd in verband met de werking van de verplichte ziekteverzekering. Sommige armenverenigingen melden een te trage terugbetaling, moeizame administratieve procedures, een gebrek aan duidelijke informatie over rechten en plichten en aan een nabije en toegankelijke dienstverlening of zelfs het weigeren van terugbetaling indien de verzekerde niet in orde is met zijn aanvullende bijdrage (De Maeseneer et al., 2003). Hoewel verschillende mutualiteiten bijzondere aandacht besteden aan maatschappelijk zwakkere groepen lijken deze problemen een blijvend aandachtspunt te moeten vormen in hun werking.

Ook de rol van het OCMW wordt in bovenvermelde studie aangekaart. OCMW's dienen mensen zonder ziekte- en invaliditeitsverzekering aan te sluiten bij een mutualiteit van hun keuze of bij de Hulpkas. In de praktijk blijken er op dit punt grote verschillen te bestaan tussen OCMW's waardoor een uniform beleid ontbreekt. Het ontbreekt heel wat OCMW's ook aan de middelen om deze doelstelling te realiseren (De Maeseneer et al., 2003).

Naast bovenvermelde algemene maatregelen bestaan er een reeks specifieke maatregelen gericht op bepaalde patiëntengroepen. Onder paragraaf 3.2 worden deze besproken voor de chronisch zorg en diabeteszorg.

### **3.1.3.2 Beleidsmaatregelen in het kader van drempels gelegen in de zorgrelatie**

Essentiële elementen in de bestrijding van drempels gelegen in de zorgrelatie zijn een grondige kennis van de leef- en denkwereld van armen bij zorgverstrekkers en het werken

<sup>20</sup> Volgens gegevens van de Christelijke Mutualiteiten zouden patiënten voor het jaar 2005 meer dan de helft van deze besparingen betaald hebben.

aan een zorgrelatie die rekening houdt met de gevoelens en attitudes van armen en uitgaat van hun krachten en beperkingen.

De Maeseneer en zijn collega's (2003) formuleren naast specifieke ook een aantal algemene beleidsaanbevelingen die inspelen op deze drempels. Zo bepleiten ze een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en de huisartspraktijk in het bijzonder waarbinnen het globaal medische dossier en de derde betalerregeling op universele schaal toegepast worden, naast de afschaffing van het remgeld in de eerste lijn en het hanteren van beperkte vormen van remgeld in de tweede lijn, een betere samenwerking tussen de welzijnssector en actoren uit de gezondheidszorg, het ondersteunen en uitbouwen van wijkgezondheidscentra, een betere coördinatie tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus in de gezondheidszorg en een grotere aandacht voor het omgaan met maatschappelijk zwakkere groepen in de opleidingen tot gezondheidswerker. Ook internationaal onderzoek toont aan dat het verbeteren van de toegang tot de eerste lijn de negatieve associatie tussen gezondheid en sociale klasse kan reduceren (Brown, et al., 2004).

In het tweejaarlijkse rapport van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting<sup>21</sup> (2005a) 'Armoede uitbannen' vinden we eveneens diezelfde beleidsadviezen terug aangevuld met een aantal andere. In het deel over gezondheid, getiteld 'sociaaleconomische gezondheidsongelijkheden bestrijden', wordt gepleit voor het handhaven van een betaalbare gezondheidszorg, het bestrijden van niet-financiële drempels, een harmonisering van de OCMW-praktijken, het tegengaan van de uitsluiting van medische zorgen, het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg, het toegankelijk maken van preventie en voor een grotere aandacht voor geestelijk welzijn. Deelnemers aan het debat over gezondheid wijzen erop dat de verschillende overheden stappen in de goede richting gezet hebben maar dat steeds meer mensen het moeilijk hebben om toegang te krijgen tot de noodzakelijke zorgverlening. Het rapport benadrukt ook dat een inclusief gezondheidsbeleid maatregelen impliceert op alle terreinen die een invloed hebben op de gezondheid. Voor het handhaven van een betaalbare gezondheidszorg dienen in de ogen van de deelnemers maatregelen genomen te worden die leiden tot een maximale dekking door de verplichte ziekteverzekering, moeten remgelden verlaagd worden, bestaande correctiemechanismen als de maximumfactuur verfijnd worden en dienen de regeling derde betaler en het forfaitaire vergoedingssysteem op ruimere schaal toegepast te worden. Het bestrijden van niet-financiële drempels kan door een betere informatiedoorstroming, het verbeteren van de dialoog met de medische wereld waarbij ook gepleit wordt voor veranderingen in de basisopleiding en navorming van

<sup>21</sup> Dit rapport kwam tot stand door gesprekken tussen armenverenigingen, beleidsverantwoordelijken, beroepsmensen uit het werkveld, vrijwilligers en wetenschappers tijdens 10 provinciale en één nationaal overlegmoment georganiseerd in opvolging van het tienjarig bestaan van het Algemeen Verslag over de Armoede.



gezondheidswerkers, het vereenvoudigen van administratieve procedures en het voorzien van randvoorwaarden zoals kinderopvang. Het tegengaan van uitsluiting van medische zorgen kan door een duidelijk wetgevend kader voor de dringende medische hulpverlening, het uitbreiden van de dekking door de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen tot alle minderjarigen en door mensen tijdig (opnieuw) aansluiting te doen vinden bij de verplichte ziekteverzekering. Het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg impliceert het verzekeren van een voldoende groot en gespreid aanbod door het ondersteunen van toegankelijke initiatieven zoals wijkgezondheidscentra, door het voor zorgverstrekkers aantrekkelijk te maken om in kansarme buurten te werken en door een veralgemening van het systeem van toegankelijke wachtdiensten. Daarnaast wordt gepleit voor een betere toegankelijkheid van de preventieve zorg en een verhoogde aandacht voor geestelijk welzijn door het 'psychiatriseren' van armoede tegen te gaan en de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Een aantal van deze aanbevelingen werden ook al geformuleerd in het voorgaande tweejaarlijks rapport (Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2003).

In een recent advies van de Vlaamse Gezondheidsraad zien we een aantal van deze beleidsaanbevelingen terugkeren (Vlaamse Gezondheidsraad, 2006). Naast adviezen die betrekking hebben op organisatie en financiering lezen we ook hier een pleidooi voor het blijvend garanderen van de toegankelijkheid, voor meer samenwerking tussen de welzijns- en gezondheidssector en binnen de gezondheidszorg zelf, voor meer aandacht voor een toegankelijke preventieve zorg en voor aanpassingen in de opleiding van gezondheidswerkers waarbij meer aandacht gevraagd wordt voor maatschappelijk kwetsbare groepen, het aanleren van communicatietechnieken en interdisciplinair werken. Het pleidooi voor een hervorming van de opleidingen met aandacht voor armoede en het trainen van communicatievaardigheden wordt op verschillende terreinen aangegeven (Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2003; Steunpunt tot bestrijding van armoede, 2005a; Willems, Swinnen & De Maeseneer, 2005). Er wordt geijverd om kennis van armoede, vaardigheden inzake het omgaan met mensen in armoede en kennis van maatregelen die betrekking hebben op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in te bouwen in basisopleidingen. In de navorming kan aandacht voor deze thematieken ook verder gestimuleerd worden, ondermeer door accreditering. Het Steunpunt pleit er ook voor om deze opleidingen te ontwikkelen met de medewerking van mensen in armoede.

Een belangrijke methode om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren is de verdere uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg. Een bijzondere vorm van zorgorganisatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg die onze aandacht verdient in het drempelverlagend

werken met armen is deze van de wijkgezondheidscentra gekoppeld aan het *Community Oriented Primary Care* (COPC) model.

De financiële implicaties van een wijkgezondheidscentrum werden aangegeven in paragraaf 3.1.3.1. Hier focussen we op de gehanteerde methodiek en de drempelverlagende elementen in het kader van de zorgrelatie.

*Community Oriented Primary Care*, of kortweg COPC biedt een theoretisch model hoofdzakelijk gericht op eerstelijnsgezondheidszorg. Het kenmerkt zich door een bijzondere aandacht voor het eerste contact, de continuïteit en duurzaamheid van de zorg, het stelt de patiënt centraal en coördineert de zorg, ook bij doorverwijzing naar de tweede of derde lijn (Vranken et al., 2007). Het multidisciplinaire team uit de eerste lijn heeft bijzondere aandacht voor de netwerking met andere sectoren. Er wordt gewerkt aan een verbetering van de gehele leefsituatie via de methodiek van empowerment. Het COPC-model ziet empowerment als een buffer tegen de gezondheidsverschillen.

De wijkgezondheidscentra vormen een voorbeeld van eerstelijnsgezondheidszorg die zich ontwikkeld hebben via het COPC-model.

De multidisciplinaire benadering binnen de eerstelijnsgezondheidszorg omvat het volledige zorgaanbod door huisartsen, paramedici, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Gezondheid wordt in de ruime zin van het woord benaderd. Een belangrijk deel van de aandacht gaat naar preventie en gezondheidsbevordering. De preventie vindt zowel individueel (binnen de diverse consultaties) als in groep plaats en is vooral gericht naar de noden van de ingeschreven patiëntenpopulatie. Gezondheidspromotie omvat projecten die een invloed hebben op het verwerven van controle op de determinanten van gezondheid: leefstijl, preventieve kennis en gedrag, fysieke en sociale leefomgeving en het gebruik van de gezondheidsdiensten.

Samen met andere groepen wil het wijkgezondheidscentrum werken aan de verbetering van de leefomstandigheden van de wijk. Men wil werken aan een verbetering van de lokale leefomstandigheden met als doel de gezondheidsbehoeften en -voorwaarden zowel individueel als collectief in kaart te brengen en hier op een adequate manier op te antwoorden. Voorbeelden zijn: onveilige verkeerssituaties, ongezonde huisvesting, gebrek aan groen of aan geschikte speelruimtes voor kinderen, het samenlevingsklimaat tussen de verschillende bevolkingsgroepen,...

Naast structureel patiëntenoverleg met alle interne disciplines is er een sterke samenwerking met hulpverleners op de tweede en de derde lijn, algemene welzijnsvoorzieningen (OCMW's, centra voor algemeen welzijnswerk, diensten geestelijke gezondheidszorg), hulpverleningsorganisaties voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld

*Arteveldehogeschool - Eindrapport PWO-project - deelluik perinatale zorg*

verslaafden, illegalen, kinderen met leerproblemen, chronisch zieken, ...) en het regionale beleid.

## **3.2 Organisatie van de zorg voor chronische zieken in België**

### **3.2.1 Beleid van de overheid**

#### **3.2.1.1 De eerste lijn**

#### **3.2.1.2 De tweede lijn**

#### **3.2.1.3 De derde lijn**

### **3.2.2 Deelname aan gezondheidsaanbod en drempels daarbinnen**

### **3.2.3 Aanpak om drempels te verlagen**

#### *Ter conclusie*

*De Belgische gezondheidszorg behoort tot één van de betere ter wereld. Ze levert kwalitatief hoogstaande zorg en is relatief toegankelijk voor de gemiddelde bevolkingsgroepen. Er zijn voldoende signalen die aangeven dat de sociaal zwakkere groepen toch nog verstoken blijven van deze hoogstaande zorg. Er bestaan diverse drempels. Het wegwerken van deze drempels dient op de verschillende niveaus geïntegreerd te gebeuren. Naast de financiële toegankelijkheid, dienen evenzeer administratieve, culturele, psychosociale en relationele drempels weggewerkt te worden.*

*Een beleid dat armoede bestrijdt dient inclusief te zijn. De bestaande beleidsdomeinen, denk aan onderwijs, arbeid en gezondheid, dienen hier aansluiting te nemen bij elkaar. De traditionele indeling in deeldomeinen schiet duidelijk tekort in het kader van een degelijk armoedebeleid vanuit de overheid. Binnen de gezondheidszorg werkt de bevoegdheidsverdeling deze problematiek nog verder in de hand. Het gaat om een gedeelde verantwoordelijkheid ruimer dan gezondheidszorg. Betrokkenheid van de doelgroep zelf via*

*Arteveldehogeschool - Eindrapport PWO-project - deelluk perinatale zorg*

*o.a. verenigingen waar armen het woord nemen staat hierbij voorop. Binnen ons eigen onderzoek hebben wij duidelijk de meerwaarde van deze participatie mogen ervaren.*

#### **4 Algemene reflectie vanuit de empowerment gedachte en het contextueel denken in een participatieve dialoog**

Hoofdstuk 4: Denkkaders in zorgverlening

Inhoudstafel

Empowerment

Principes

Kenmerken

Empowerment en hulpverlening

Maatzorg en empowerment

Maatzorg: een toelichting

Maatzorg en empowerment

Empowerment en gezondheidszorg

De basis van zorg: het paradigma

Belang van informatie

Presentie en empowerment

Presentie: een toelichting

Methodiek

Is presentie een vorm van interventie?

Kritische reflecties

Presentie en gezondheidszorg

Contextuele hulpverlening

Contextuele hulpverlening: een toelichting

De existentiële context

Hulpverlening

Verbindingen in armoede

Contextuele gezondheidszorg

## Empowerment

Empowerment is een paradigma dat de ongelijke verdeling van macht en middelen als oorzaak van sociale problemen aanwijst (Hennion, 1999). Bij empowerment gaat primair aandacht naar personen of groepen die maatschappelijk kwetsbaar zijn. Het streven naar volwaardig burgerschap voor iedereen, vormt hierbij de rode draad. Daarnaast is empowerment ook een manier van werken waarbij zorgverstrekkers als 'facilitator' samen met doelgroepen structurele oplossingen zoeken voor de ervaren problemen. Empowerment is "het proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie" (Van Regenmortel, 2002: 76).

Het gedachtegoed van empowerment werd ontwikkeld en verspreid door Paulo Freire, met zijn publicatie 'Pedagogie der onderdrukten' uit 1970. Freire probeerde niet-geprivilegeerden in Latijns-Amerika meer bewust te maken van hun situatie. In de periode van de sociale bewegingen in de Verenigde Staten kreeg het concept een belangrijke impuls (Inglis, 1997; Van Regenmortel & Fret, 1999; Hage & Lorensen, 2005; Versluys, 2002). Voor het eerst werd de kracht van armen erkend. De term maakte opbaar in het boek Black Empowerment van Solomon in 1976. Begin de jaren tachtig introduceerde Rappaport de term in de gemeenschapspsychologie.

Intussen is het begrip weid verspreid in heel wat disciplines. Niet zomaar spreken verschillende auteurs over een containerbegrip of modewoord (De Cort 2001; Leunckens, 2001; Hage & Lorensen, 2005). Daarom bespreken we eerst empowerment algemeen in principes, kenmerken en hulpverlening. Vervolgens bespreken maatzorg en de plaats die dit paradigma kan krijgen in de gezondheidszorg.

## Principes

Empowerment kent drie centrale principes: controle, kritisch bewustzijn en participatie (Zimmerman, 1999). Controle verwijst naar de capaciteit om beslissingen te beïnvloeden. Het gaat over het gevoel eigen greep te hebben op het leven, of juist niet (Van Regenmortel & Fret, 1999). Armen leren vaardigheden aan die hen in staat stellen een gevoel van psychologische eigenwaarde te ontwikkelen. De idee van aangeleerde hoop staat hier tegenover de klassieke aangeleerde hulpeloosheid.

Kritische bewustwording verwijst naar het verwerven van inzicht in de structuren, bronnen en processen van de samenleving (Van Regenmortel & Fret, 1999). Het gaat om begrip over hoe machtsstructuren werken, beslissingen worden gemaakt, mensen beïnvloed worden en hoe bronnen kunnen gebruikt worden (Zimmerman, 1999). Freire sprak van een aangeleerde *cultuur van het zwijgen* bij arme groepen. Kritisch bewustzijn is het zich leren bewust worden van de eigen situatie en de ruime samenleving en deze te veranderen door actie. Reflectie en actie vormen de steunpilaren van empowerment. Inglis (1997) verwijst hierbij naar het belang van de analyse van die politieke en sociale structuren die het meest nabij zijn. Vertaald naar de zorgrelatie betekent dit dat het hiërarchisch verschil tussen hulpverlener en -vrager voorwerp van discussie vormt. Paradoxaal hierbij



is dat de hulpverlener de hulpvrager helpt aanwijzen hoe de hulpverlener meer empowerment kan bereiken door eigen controle op deze hulpverleningsrelatie uit te bouwen.

Participatie verwijst naar de actie om de beoogde doelen te bereiken. Participatie betekent tevens de actieve betrokkenheid van doelgroepen bij de sociale probleemdefiniëring en de oplossingen die hiervoor ontwikkeld en geïmplementeerd worden. Door participatie worden gevoelens van machteloosheid bestreden en wordt controle verworven (Van Regenmortel & Fret, 1999).

#### Kenmerken

Een empowermentbenadering is positief, pro-actief, open-ended en multi-level (Van Regenmortel, 2002). Empowerment focust op positieve aspecten: op de kracht van mensen, welzijn en omgevingsinvloeden. Problemen, risicofactoren en 'blaming the victim' vormen niet het hoofdaspect van analyse. Dit paradigma is ook pro-actief: empowerment kan je niet krijgen, je moet het zelf verwezenlijken. Personen die meer empowered zijn, hebben wel de opdracht voorwaarden te scheppen die de empowerment mogelijk maken voor deze die over minder empowerment beschikken. Empowerment kent met andere woorden gradaties, het is een open-ended construct, het is een continue variabele waarvan de concrete invulling varieert naargelang tijd, context en populatie. Met andere woorden, we zien empowerment vooral als een proces, en minder als een resultaat.

Het concept legt een verbinding tussen het individuele (micro), organisatie (meso) en gemeenschapsniveau (macro). Op elk van deze niveaus vormen de bovenvermelde principes (controle, kritisch bewustzijn en participatie) de steunpilaren van empowerment. Deze principes leiden niet noodzakelijk tot elkaar en zijn niet hiërarchisch geordend. Ze komen wel op de verschillende niveaus voor en dit kan steeds in verschillende mate.

Het microniveau verwijst naar het individuele niveau. Bij empowerment staat hier het proces centraal om een greep te krijgen op het eigen leven. Controle verwijst op dit niveau naar de gepercipieerde controle of opvattingen over eigen competenties om beslissingen die het eigen leven beïnvloeden, te beïnvloeden (*interpersoonlijke component*) (Zimmerman, 1999). Kritisch bewustzijn betekent hier de capaciteit om de sociale en politieke omgeving te analyseren en te begrijpen, om in te zien wanneer je beter een conflict aangaat of vermijdt en te kunnen identificeren welke bronnen en middelen nodig zijn om de doelen te bereiken (*interactionele component*). Participatie wil zeggen proberen om controle te verwerven en in deze poging betrokken zijn met anderen (*gedragscomponent*). Participatie impliceert hier collectieve actie, betrokkenheid in organisaties of enkelvoudige inspanningen om de omgeving te veranderen. Dit individuele proces dient echter geplaatst te worden binnen een context van psychologische verbondenheid en sociale netwerken en met ruimte voor eigen betekenisgevingen: *autonomie in verbondenheid* (Van Regenmortel & Fret, 1999). Empowerment heeft ook aandacht voor de binnenkant van personen (Vansevant, 2005). Sommige mensen zijn niet in staat om bepaalde kansen te grijpen en vaardigheden te ontwikkelen door een gevoel van machteloosheid. Vaak is dit gevoel een gevolg van ervaringen in sociale bindingen. Dit psychologische niveau hangt met andere woorden samen met het relationeel en maatschappelijke niveau. Empowerment op het microniveau is geen statisch persoonlijkheidskenmerk, maar dynamisch en contextbepaald. Kort samengevat verwijst het naar het "geloof in de capaciteit om de omgeving te beïnvloeden, een begrijpen hoe sociale

systemen in een bepaalde context werken en het stellen van gedrag om in die context invloed uit te oefenen" (Van Regenmortel, 2002: 76).

In de huidige maatschappij wordt vooral het individuele niveau aangesproken. Daarom is het risico groot, vooral voor de armsten, dat verbondenheid verlaten wordt voor een aanspraak op autonomie zonder wederkerigheid. Het rechtendiscours komt dan op de voorgrond, een discours dat door zorgverstrekkers vaak geïnterpreteerd wordt als dictaten en sancties. Wanneer je een hulpvraag stelt, wil dit echter zeggen dat je de eigen greep op het leven voor een deel verloren bent. Men toont zich kwetsbaar door de vraag te stellen en dus extra autonomie op te geven. Het is daarom belangrijk samen – in verbondenheid – actief op zoek te gaan naar mogelijkheden om opnieuw een eigen greep op het leven te krijgen. De zorgverstrekker zal moeten helpen betere voorwaarden te scheppen voor eigen keuzes en keuzemogelijkheden uit te breiden. De beleving van de (arme) hulpvrager vormt hierbij het vertrekpunt. Dit in tegenstelling tot het klassieke perspectief van 'afhankelijk maken van zorg'. We dienen te streven naar een evenwicht tussen geven en nemen, luisteren en spreken, zorg en zelfzorg. Zoniet zal de hulpvrager opnieuw gekwetst worden.

Het microniveau is duidelijk niet los te zien van verbondenheid. Hier komen we op het mesoniveau, waar de focus op organisaties ligt. Zimmerman (1999) onderscheidt twee soort organisaties. *Empowering organisaties* voorzien mogelijkheden voor personen om controle te krijgen over hun leven. *Empowered organisaties* ontwikkelen en beïnvloeden politieke beslissingen of bieden effectieve alternatieven aan voor zorgverlening. De term controle betekent hier horizontale in plaats van hiërarchische relaties. Kritisch bewustzijn trekt hier de aandacht naar 'resource mobilization' in de organisatie: organisatiestructuren die empowerment stimuleren horen hier bijvoorbeeld thuis. Participatie wordt hier ingevuld als het creëren van een setting voor teamwerk, waar gezamenlijk doelen worden bereikt. Toegang tot, inspraak en beslissingsmacht in organisaties situeren zich op dit niveau, alsook het scheppen van mogelijkheden om vaardigheden te vergroten en de wederzijdse steun en netwerkvorming (Van Regenmortel, 2002). Van Regenmortel & Fret (1999) wijzen hier op zes ethische principes: naast verbondenheid ook afhankelijkheid, betrokkenheid, responsiviteit, omgaan met macht/onmacht en respect. Kennis volstaat niet om 'goede' zorg te verlenen. Een zorgverstrekker (met eigen individuele bestaansethiek) dient te zoeken naar een evenwicht tussen afstand en nabijheid en betrokkenheid met de hulpvrager. Zorg is een wederkerig proces, de responsiviteit benadrukt het bondgenootschap in de zorgrelatie. Er is daarbij een inherente machtsongelijkheid tussen hulpverlener en -vrager. We moeten streven naar een partnerschap, gelijkwaardigheid, waar het onderscheid op inhoudelijk niveau wel erkend wordt. Zorgverstrekkers domineren niet, ze faciliteren eerder. Door een basishouding van respect, voorkomt de hulpverlener gevoelens van vernedering en versterkt hij de hulpvrager in zijn gevoel van eigenwaarde. De professionaliteit van zorgverstrekkers kan in vier morele houdingen omschreven worden: authentisch luisteren (caring about), zorgen dat er iets gebeurt met het probleem van de cliënt/patiënt (taking care), competent voorwaardenscheppend handelen (care-giving) en ontvankelijkheid van zorg en voor elkaar (care-receiving).

De principes van wederkerigheid en betrokkenheid kunnen geïnterpreteerd worden als de koppeling van het recht op zorg aan een zorgplicht van de hulpverlener. Met andere woorden de zorgverstrekker kan *bemoeien*, zonder dat men hier spreekt over controle, betweterigheid en repressiviteit. Wel zien

we dit als een professionele betrokkenheid waarbij noch de gelijkwaardigheid, noch het vertrouwen beschaamd wordt. Een zorgverstreker kan de zorgvrager niet aan zijn lot overlaten.

Op macroniveau maakt Zimmerman (1999) een onderscheid tussen empowering en empowered gemeenschappen<sup>22</sup>. Een gemeenschap kan personen kansen geven om controle te verwerven of organisaties de kans geven om het gemeenschapsleven te beïnvloeden (*empowering*). Gemeenschappen kunnen ook het beleid beïnvloeden en de eigen doelen bereiken (*empowered*). Dit niveau vormt een noodzakelijke aanvulling op de twee andere niveaus en staat ermee in een wederkerige relatie. Op dit niveau worden de krijtlijnen voor een kwalitatieve zorg uitgestippeld en sociale grondrechten gewaarborgd. Essentieel is hier de toegang tot besluitvormingsprocessen ten aanzien van de eigen toekomst en de groep waartoe men behoort (Versluys, 2002). Het is het streven naar een samenleving die de structurele mechanismen van sociale uitsluiting bestrijdt, openstaat voor diversiteit, actief opkomt voor gelijke rechten en ontplooiingskansen voor iedereen (Van Regenmortel, 2002). Indien het structurele aspect uit het oog verloren wordt is de kans groot op *blaming the victim* (Zimmerman in Versluys, 2002) of *secundaire victimisatie* (De Cort, 2001). Het overbenadrukken van het individuele niveau gaat namelijk samen met een controlerende, repressieve sfeer, waarbij eigen inspanningen van de zorgvrager eerder worden afgeremd dan gestimuleerd. De persoon met een vraag of een probleem dreigt hiervoor zelf verantwoordelijk gesteld te worden en dus een tweede keer 'gekwetst' te worden.

Empowerment kan zich in de ware betekenis van het woord niet enkel op één niveau situeren (Versluys, 2002), de drie niveaus zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar (Rappaport in Hage & Lorensen, 2005). Zo is empowerment op het individuele niveau een noodzakelijke, maar tevens onvoldoende voorwaarde voor empowerment op het macroniveau. Dit wordt duidelijk in de uiteenzetting van Inglis (1997). Deze auteur interpreteert empowerment als een proces waarin mensen zelfvertrouwen, expressie en vaardigheden aanleren om 'bewust' te leren anticiperen in een bestaande structuur. Met andere woorden, mensen krijgen geen greep op het eigen leven, maar leren zich aan te passen en te engageren in de bestaande machtsstructuren. Op die manier wordt controle van buitenaf niet meer nodig, individuen worden 'zelfcontrolerend'. In tegenstelling tot dit begrip spreekt Inglis dan over emancipatie als het proces van kritische analyse en bestrijding van bestaande machtsstructuren. Dit begrip verwijst dan eigenlijk naar empowerment op het macroniveau. Het is dus belangrijk de verschillende niveaus in hun onderlinge relaties te erkennen.

Empowerment en hulpverlening

<sup>22</sup> Gemeenschap is hier een vertaling van 'community' en wordt gedefinieerd als 'to include a locale or domain in which people have a sense of identity and belonging; a common symbol system (i.e. similar language, rituals, and ceremonies); shared values and norms; mutual influence; shared needs and a commitment to meeting those needs; and a shared emotional connection (i.e. common history, experiences, and mutual support)' (Zimmerman, 1999: 14). Het kan hierbij gaan om een regiogebonden gemeenschap of een samenwerking van verschillende organisaties voor een zelfde doel.

Empowerment wil zeggen kiezen voor de minst ingrijpende vorm van hulpverlening of voor die werkvorm die het dichtste bij de hulpvrager aansluit (Van Regenmortel, 2002; Van Regenmortel & Fret, 1999). Uit de kenmerken van empowerment volgen ook een aantal aansluitende aandachtspunten voor hulpverlening (Van Regenmortel, 2002). De positieve benadering van empowerment betekent dat de hulpverlener open staat voor de potentiële krachten van iedereen en er ook appel op doet. Op die manier kan de *veerkracht* van maatschappelijk kwetsbare mensen en van hun omgeving worden aangesproken en versterkt worden.

Ook de *rolrelatie* tussen hulpvrager en hulpverlener krijgt een specifieke invulling bij empowerment (Van Regenmortel, 2002). De betrokkenheid betekent dat de hulpverleningsrelatie vertrekt van gelijkwaardigheid op betrekkningsniveau. Vanuit deze betrokkenheid kunnen verbindingen worden gemaakt met de omgeving. Men spreekt van samenwerking, de expertenrol wordt vervangen door de rol van facilitator (scheppen van voorwaarden) en katalysator (uitnodigen). Versluys (2002) maakt in deze rolrelatie een onderscheid tussen inhoudelijke en relationele verschillen tussen zorgverstrekkers en zorgvragers. Inhoudelijke verschillen verwijzen naar de ongelijkheid in vaardigheden, mogelijkheden en capaciteiten ten aanzien van de probleemsituatie waarrond gewerkt wordt. Relationele verschillen hebben betrekking op de wijze waarop hulpverleners hun vaardigheden aanwenden ten opzichte van hulpvragers. Het verwijst naar de handelingswijze, houding en opstelling van de hulpverlener. Inhoudelijke ongelijkheid is wenselijk: de hulpverlener moet iets te bieden hebben. Zo verwachten hulpvragers dat de hulpverlener de begeleiding structureert, de nodige informatie aanbrengt, een advies geeft en controle uitoefent op de uitvoering van maatregelen. Een hulpvrager verwacht dus een uitgesproken engagement van de hulpverlener (Van Regenmortel, 1997). Deze asymmetrie kan de mogelijkheden en vaardigheden van cliënten uitbreiden (Versluys, 2002). Op relationeel niveau is gelijkheid in de hulpverleningsrelatie meer empowerend dan ongelijkheid. Een gelijkwaardige, respectvolle behandeling zal ervoor zorgen dat de hulpvrager zich autonomer, vrijer en sterker voelt. Zo verwachten kansarmen van hulpverleners dat de gegeven informatie vertrouwelijk wordt behandeld en waardeert men vooral hulpverleners die het partnerschap beklemtonen (Van Regenmortel, 1997). In het algemeen is de gelijkwaardigheid op betrekkningsniveau een voorwaarde voor de ongelijkheid op het inhoudsniveau. Het kan wel zo zijn, dat bij complexe of acute probleemsituaties, de hulpvrager graag een deel autonomie afstaat. Als de zorgverstrekker op die momenten een aantal zaken van de zorgvrager overneemt, kan hij energie vrijmaken voor andere aspecten van zijn situatie. Ongelijkheid op het relationele niveau sluit empowerment op microniveau dus niet uit. Relationele gelijkheid is wel noodzakelijk voor empowerment op macroniveau.

Empowerende hulpverleners hebben een specifieke *attitude* en gebruiken bepaalde *technieken*, ze zijn verbindingfunctionarissen. Authentisch luisteren staat hierbij centraal, zodat betekenisgevingen, ervaringen en hun waarde ontdekt en erkend worden. Een begrijpbaar taalgebruik is hiervoor noodzakelijk. Bovendien wordt niet enkel ingespeeld op de potenties van de hulpvrager, ook bemiddelende structuren (zoals buurt- en vrijwilligersorganisaties) zowel binnen de 'probleem'domeinen als binnen domeinen zoals vrije tijd, kunst en cultuur moeten aangesproken worden. Multidisciplinaire, soepele samenwerking met respect voor ieders deskundigheid is daarom belangrijk. In die zin is empowerment een verbindend beginsel binnen de hele armoedebestrijding. Het is van toepassing op alle sectoren, doelgroepen, werkvormen en settings.

*Arteveldehogeschool - Eindrapport PWO-project - deelluk perinatale zorg*

De *organisatorische context en setting* (buurten, beleidsniveaus, ...) dienen voldoende ruimte te laten om empowerend te kunnen werken. Teamwerk, democratisch management, ruimte voor autonomie en creativiteit zijn hier aan de orde.

Empowerment en maatzorg

Maatzorg: een toelichting

Maatzorg vertrekt van zeven accenten van armoede: (1) de onderkenning van de structurele en individuele dimensie bij armoede en de interactie tussen beide, (2) het multi-aspectueel karakter van armoede dat vraagt naar een integrale en inclusieve aanpak, (3) de subjectieve en culturele kenmerken van armoede, zonder te vervallen in een culpabiliserende benadering, (4) de heterogeniteit onder armen die differentiatie en zorg op maat noodzakelijk maakt, (5) de focus op positieve krachten en dynamiek van armen die het mogelijk maken uit de negatieve spiraal van armoede te geraken, (6) armen een stem geven, participatie zowel vanuit ethisch als pragmatisch oogpunt, (7) de ervaren onmacht van hulpverleners om armen uit de armoede te helpen. Deze ontstaat door een outsiderperspectief waar negatieve labels van moeilijke en lastige gezinnen een belangrijke rol spelen.

Deze methodiek sluit aan bij de systeemtheorie en belicht drie kenmerken uit dit kader: een brede integrale kijk (aandacht voor interactiesystemen en contexten), circulaire causaliteit (het beschrijven van de voortdurende onderlinge wisselwerking tussen delen van een systeem staat centraal in plaats van het te verklaren) en gelaagde communicatie (alle gedrag is communicatie en is gelaagd met rapport- en bevelsaspecten) (Van Regenmortel, 1997). Men voegt er nog een nieuwe focus aan toe die tegelijkertijd de rode draad vormt bij deze methodiek: het creëren van een besef van invloed. Het axioma van 'men kan niet niet communiceren' betekent dat je altijd beïnvloed wordt, maar ook steeds invloed hebt. Besef van invloed is een metabesef dat men aan zichzelf toekent in relatie tot anderen. Dit gebeurt naar aanleiding van de ontwikkeling van minstens vier andere vormen van besef: het besef erbij te horen, het besef van toekomst, het besef van inzetszin en het besef dat men nog door iemand in iets begrepen kan worden (Peeters in Van Regenmortel, 1997).

<p><b>Kenmerken van armen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multicomplexe problematiek</li> <li>• Gevoelens van machteloosheid en wantrouwen</li> <li>• Gestoorde communicatie</li> </ul>	<p><b>Kenmerken van systeemtheorie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brede integrale kijk</li> <li>• Circulaire causaliteit</li> <li>• Gelaagde communicatie</li> </ul>
<p><b>Verbintenisproblematiek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbintenis met zichzelf</li> <li>• Verbintenis met anderen</li> <li>• Verbintenis met de maatschappij</li> <li>• Verbintenis met de toekomst</li> </ul>	<p><b>Besef van invloed</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besef van erbij te horen</li> <li>• Besef van toekomst</li> <li>• Besef van inzetszin</li> <li>• Besef van door iemand in iets begrepen te worden</li> </ul>

Fig Theoretisch kader van maatzorg (Van Regenmortel, 1997)

Zo vraagt de multicomplexe problematiek naar een brede, integrale kijk dat verbanden en contexten betreft. Inzicht verwerven in de wisselwerking tussen individu en omgeving en de interactiesystemen staat hierbij centraal. De gevoelens van machteloosheid en wantrouwen vragen om een theorie waarbij het lineaire oorzaak-gevolg denken (met termen als schuld, zondebok, slachtoffer) vervangen wordt door een kader waarbij iedereen deel uitmaakt van een systeem en er ook een invloed op uitoefent. Het hier en nu staat centraal, zowel bij kansarmen als bij het systeemdenken. Bij kansarmen is deze kijk een vorm van psychologische verdediging om het verleden en de weinig rooskleurige toekomst te ontzien. Bij het systeemdenken wil men via acties in het heden perspectieven op verleden en toekomst veranderen om zo gevoelens van machteloosheid te verminderen. Bij kansarmen lijkt communicatie vooral over betekenissen te gaan en minder over inhoud. Relatieboodschappen over macht, afwijzing en affectie primeren en vaak worden deze thema's zwart-wit benaderd, cfr. "je bent de baas of ondergeschikt". Vaak zijn deze boodschappen inconsistent zowel binnen het gezin als tegenover de maatschappij en instanties. Wanneer een hulpverlener luistert naar deze boodschappen en betekenissen, kunnen contradicties terug enige logica krijgen. En door dit begrip kan de cliënt effectief begeleid worden. Het creëren van een besef van invloed dient centraal te staan, aangezien het de gevoelens van machteloosheid kan verminderen en de verbintenisproblematieken kan tegengaan. "Het terug greep krijgen op de eigen situatie, een band voelen met eigen handelen en gevoelens, met de anderen, met de maatschappij en terug het gevoel krijgen van een toekomst te hebben is essentieel om de vicieuze negatieve spiraal van handelen, denken en voelen te doorbreken" (Van Regenmortel, 1997:50). De hulpverlening heeft als doel dat de hulpvrager minder in botsing komt met het maatschappelijke gedachtegoed.

De maatzorgmethodiek wordt in de praktijk vertaald door vijf basisprincipes. *Positieve hulpverlening* verwijst naar een klimaat waarbij de cliënt fundamenteel erkend wordt en centraal staat in een vertrouwensrelatie. Het tweede principe, *integrale hulpverlening*, betekent dat men in de hulpverlening oog heeft voor verschillende levensdomeinen:

- denken, voelen, gedrag
- verschillende contexten: micro, meso en macro
- tekorten en mogelijkheden
- verleden, heden, toekomst
- individuele, dossieroverschrijdende en structurele aspecten

*Participatie* verwijst naar de actieve betrokkenheid van de cliënt waardoor keuzemogelijkheden en een besef van invloed worden gecreëerd. Dit betekent eveneens dat maatzorg in een onderhandelingsrelatie gebeurt op maat met respect voor ieders deskundigheid. Participatie kent verschillende gradaties en verschilt daarom van cliënt tot cliënt of van moment tot moment. Een vierde principe is *gestructureerde hulpverlening*. Zowel hulpvrager als hulpverlener hebben behoefte aan ordening. Maatzorg wil zeggen planmatig werken, waarbij problemen en mogelijkheden eerst in kaart worden gebracht en men samen een maatplan opstelt. In dit plan worden doelen van verschillende domeinen op lange en korte termijn vooropgesteld. *Gecoördineerde hulpverlening* verwijst naar het casegebonden overleg. Kansarmen verkeren vaak in meerdere problemen waardoor er meerdere hulpverleners bij de situatie betrokken zijn. Het is de bedoeling dat deze hulpverleners rond deze case samenzitten en een gemeenschappelijke strategie uitwerken. Het maatplan vormt hiervoor een geschikt instrument (Van Regenmortel, 1997).

### Maatzorg en empowerment

De vijf basisprincipes die maatzorg in de praktijk hanteert, vinden we ook allemaal terug in het paradigma van empowerment. Hier worden ze vaak met een sterker krachtenperspectief geformuleerd met aandacht voor de drie niveaus. Een positieve houding wordt hier sterker benadrukt. De integrale en structurele hulpverlening legt nog meer de klemtoon op potenties van de hulpvrager, de context van familie, buurt en groepsvorming, en ook voor de hulpvrager en structurele aspecten. Participatie gebeurt niet enkel op microniveau, maar is ook op meso- en macroniveau belangrijk. Gecoördineerde hulpverlening wordt in empowerment nog meer een bottom-up benadering, de vragen, beleving en krachten van de hulpvrager staan centraal.

De rol van hulpverlener bij maatzorg is deze van tolk tussen twee polen: de cliënt en het maatschappelijk gedachtegoed. De hulpverlener geeft zicht op andere betekenissen. Hij vertaalt het maatschappelijk gedachtegoed (met de positie en context van derden en maatschappelijke instanties) aan de cliënt en omgekeerd vertaalt hij de cliënt zijn ideeën aan deze actoren. Eerst zal de zorgverstreker erkenning geven aan de positie en het referentiekader van de cliënt om van daaruit samen naar 'de overkant' te kijken. Deze functie is analoog aan de facilitatorrol van empowerment. Empowerment gaat echter nog een stap verder. Hulpverleners worden hier ook aangesproken op hun pleitbezorgingsfunctie, waar bij maatzorg de hulpverleners enkel op hun signaalfunctie worden aangesproken. De machtsverhoudingen worden bij empowerment nog sterker bewaakt, en bespreekbaar gesteld binnen de hulpverleningsrelatie en op organisatieniveau.

Maatzorg kan gezien worden als een concretisering van het empowermentparadigma (Van Regenmortel, 2002). Empowerment gaat echter verder in uitgangspunten en praktijkbeginselen. Maatzorg kan in die zin door empowerment aangevuld worden: met een explicieter krachtenperspectief en door de toevoeging van de notie 'psychologisch kapitaal'. Mensen in armoede scoren laag op economisch, sociaal en cultureel kapitaal. De toevoeging van de term psychologisch kapitaal benadrukt de kracht en mogelijkheden van armen. Door armen actief aan te spreken op deze psychologische kracht, worden ze zich meer bewust de aanwezige mogelijkheden in hun eigen persoon en in hun omgeving en zullen ze gestimuleerd worden deze te gebruiken.

### Empowerment en gezondheidszorg

Empowerment wordt in heel verschillende contexten gebruikt, ook in de context van gezondheid (Hage & Lorensen, 2005). Zo kan empowerment in verschillende internationale gezondheidsverdragen teruggevonden worden (Ottawa Charter for Health Promotion, The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals). Ook in de praktijk is een verschuiving merkbaar. In de publieke zorg is de laatste jaren een evolutie waarbij de patiënt steeds meer centraal staat. Patiënten nemen meer zelf verantwoordelijkheid en participeren meer. Dit heeft uiteraard ook effect op de rol van zorgverstrekkers.

Een empowermentgeoriënteerde gezondheidszorg wil zeggen dat zorgverstrekkers samen met patiënten kennis ontwikkelen. Men gaat samen op zoek naar waarden en assessments die onder verschillende waarheden schuilgaan van ziekte en behandeling in relatie met de ervaring van patiënten. Zorgverstrekkers gaan in dialoog met patiënten om relevante inzichten te krijgen (Hage & Lorensen, 2005). Niet bij alle patiënten kan een zelfde mate van empowerment bereikt worden. Het gaat erom de sterkten en zwakten van patiënten samen na te gaan om voor zichzelf te zorgen en om empowerment mogelijk te maken. Om empowerment op de verschillende niveaus te bereiken, zijn verschillende methodes nodig op individueel, groeps- of organisationeel en beleidsniveau (Tritter & McCallum, 2006). Er moet ook aandacht gaan naar de verschillende vormen van participatie: bij behandeling, bij evaluatie, onderzoek, ... Tenslotte is het essentieel om betrokken te zijn bij probleemdefinities en niet enkel bij de ontwikkeling van oplossingen.

De basis van zorg: het paradigma

Eerder hebben we empowerment als een paradigma benoemd. Ook in de gezondheidszorg bekijken hulpverleners gezondheidsgerelateerde problemen vanuit een bepaald paradigma en worden oplossingen ervoor ook door dit paradigma mee bepaald. Dit paradigma wordt 'aangeleerd' tijdens de opleiding en vaak zijn zorgverstrekkers zich niet bewust van dit achterliggende referentiekader. Toch kunnen we aannemen dat het paradigma zeker aanwezig is, zowel op individueel niveau bij zorgverstrekkers, als op mesoniveau, op de manier waarop organisaties functioneren alsook op macroniveau, waar het zorgbeleid wordt uitgewerkt.

Internationaal onderzoek wijst uit dat het paradigma in de gezondheidszorg vooral afgeleid is uit het acute zorgsysteem. Anderson & Funnell (2005) richten zich hierbij specifiek tot de problematiek van diabetes. Maar deze ervaringen kunnen waarschijnlijk verbreed worden tot andere chronische ziekten en misschien ook andere zorgverstrekking. In dit systeem zijn het de zorgverstrekkers die verantwoordelijkheid nemen voor het oplossen van de gezondheidsproblemen van de patiënt. Of anders gezegd, de patiënt geeft deze verantwoordelijkheid over aan de zorgverstrekker en zijn expertise. Vaak hebben gezondheidsverstrekkers een gevoel van controle over de patiënt, terwijl in realiteit de diabetespatiënt zelf de controle behoudt over de zorg, daar deze vooral in het dagelijkse leven en door zichzelf wordt verstrekt. Dit gevoel van verantwoordelijkheid leidt tot frustratie bij zorgverstrekkers, wanneer patiënten de raad van artsen niet opvolgen. Het niet opvolgen van deskundig advies heeft echter vaak een andere betekenis voor patiënten. Zo ervaren patiënten de zorgverstrekker vaak als een bedreiging aangezien deze volgens hen controle probeert te verwerven over hun leven. Deze pogingen worden vaak ervaren als kritiek en/of als een poging om de autonomie van de patiënt in te krimpen. Het niet opvolgen van advies kan in deze betekenis gezien worden als een poging de controle over het leven te behouden en te herbevestigen.

Anderson & Funnell (2005) zijn voorstander van een ander paradigma en baseren zich hierbij op het verschil tussen acute en chronische gezondheidscondities.

De auteurs pleiten voor het empowermentparadigma in de gezondheidszorg, dat zij als volgt vertalen. Deze visie erkent dat patiënten zelf controle hebben over de meeste belangrijke zorgbeslissingen. Hierbij gaat het om een vorm van zelfmanagement, waarbij zowel de zorgverstrekker als de patiënt samen streven naar de verwezenlijking van de gezondheidsdoelstellingen die de patiënt zelf naar



voren schuift. Dit paradigma verschuift het gevoel van verantwoordelijkheid over patiënten naar een gevoel van verantwoordelijkheid voor patiënten. Het gaat over een vorm van samenwerking waarin zorgverstrekkers patiënten voorzien van informatie, expertise en ondersteuning om de beste keuzes te maken die aansluiten bij de gezondheidsprioriteiten en doelen van de patiënt. Of nog met andere woorden, het gaat om zelf-management die de klinische expertise van zorgverstrekkers integreert met de zorgen, prioriteiten en mogelijkheden van de patiënt.

Bij de implementatie van het paradigma ervaren de auteurs verschillende barrières bij zorgverstrekkers. Eerst en vooral werd de behoefte duidelijk aan een concrete toepassing van empowerment naar de context van diabetes. Hoewel een programma is uitgewerkt, bleven veel zorgverstrekkers zich echter – vaak onbewust - vasthouden aan het paradigma van de acute zorg en kon het empowermentparadigma moeilijk in de praktijk ingang vinden. Deze ervaring leert dat hoewel vaak het praktische aspect van gezondheidszorg benadrukt wordt, er toch een belangrijke filosofische visie achter schuilt, in concreto het acute zorgparadigma. Dergelijke verandering doorvoeren vraagt veel tijd, zowel op het individuele, meso- als macroniveau. De mate waarin het paradigma ingang krijgt op deze niveaus kan verschillen. Ongelijkheden in snelheid kunnen daarbij leiden tot frustraties. Het empowermentparadigma kan door zorgverstrekkers ervaren worden als een aanklacht tegen hun professionele rol en verantwoordelijkheid. Dit paradigma probeert echter zowel de rollen van zorgverstrekkers en patiënten als hun onderlinge relatie te herdefiniëren en zo dichter te laten aansluiten bij de realiteit. Op die manier hoopt men deze professionele zorg en verantwoordelijkheid te optimaliseren. Vaak wordt verondersteld dat deze patiëntgerichte zorg meer tijd zal vergen, hetgeen niet verenigbaar is met de toenemende eisen die aan zorgverstrekkers gesteld worden op het vlak van efficiëntie en tijdsmanagement. Het is echter nog niet bewezen dat deze soort zorg tijdrovender is. Het is de opdracht van de wetenschap kwaliteitsvolle methodieken uit te bouwen en te onderzoeken.

De uitdaging ligt bij zorgverstrekkers om te reflecteren over hun dagelijkse praktijk en de assumpties die hierbij de basis vormen. Door deze reflectie kan een nieuw paradigma langzaamaan ingang vinden. Reflectie is echter een begin, actie vormt de ware uitdaging.

#### Belang van informatie

Informatie speelt een belangrijke rol bij empowerment. "Information to surgical patients appears to have an empowering effect, enabling them to take more control over their health care, and to comply with medical treatment (Suhonen & Leino-Kipli, 2006: 13). Rekening houdend met de huidige evolutie dat patiënten en jonge moeders steeds minder lang in het ziekenhuis blijven en steeds vroeger thuis zelf voor de eigen zorg instaan, wint empowerment aan belang. Aangezien de hospitalisatietijd wordt teruggeschroefd, blijft minder tijd over om patiënten te voorzien van informatie. Daarom is er een grotere behoefte voor gedetailleerde informatie om patiënten in staat te stellen effectief hun eigen zorg thuis te verstrekken. Om dit mogelijk te maken is het belangrijk dat patiënten aangemoedigd worden om te participeren in hun zorg voor het ziekenhuisontslag. Een voorwaarde voor patiëntenparticipatie is echter informatie en een leerproces bij de patiënt (Suhonen & Leino-Kipli, 2006).

Informatie is zowel voor een ingreep als erna van groot belang, namelijk om het vertrouwen van patiënten te versterken voor de uitvoering van voorbereidende taken en de zorg nadien goed op zich te kunnen nemen. Het is tevens belangrijk dat er tijdens de hospitalisatie mogelijkheid is tot een open dialoog met zorgverstrekkers waar ruimte is voor vragen (Suhonen & Leino-Kipli, 2006; Kettunen et al., 2006). Als de zorgvrager vragen stelt, wordt de asymmetrie van de hulpverleningsrelatie verminderd (Kettunen et al., 2006). Het stellen van vragen vormt een expressie van de hoop op betrokkenheid. Het gaat hierbij om een wederzijds proces, waarbij de zorgverlener door informatie van de patiënt beter advies kan geven en de zorgvrager zijn kennis kan vermeerderen. Deze discussie versterkt de competentie van de patiënt om zorg te dragen voor zijn gezondheid en zich verbaal hierover uit te drukken. Tact en discretie bij de zorgverstrekker vormen een blijk van respect voor de patiënt en zijn vragen, versterkt de relatie en bereikt een vorm van aanvaarding bij de patiënt. Verbale bronnen dragen er toe bij dat patiënten een gevoel van controle en kracht krijgen. Kettunen en collega's (2006) zijn voorstander van de methodiek van *empowering counseling*. Er is echter te weinig onderzoek gedaan naar deze vorm van counseling om zicht te krijgen op de resultaten ervan. Voorlopig onderzoek toont dat deze methodiek er in slaagt de dialoog tussen hulpvrager en verlener te stimuleren en een positieve sfeer te creëren van vriendelijkheid, beleefdheid en respect. Daarnaast zou de methodiek er bijvoorbeeld niet in slagen de leefsituatie van de patiënt voldoende in beeld te brengen (er zou wel voldoende en duidelijke informatie verschaft worden) en zou het de patiënt te weinig stimuleren tot reflectie. Daarnaast bleek de competentie van de patiënt voor betrokkenheid in de behandelingsbeslissing niet altijd erkend en waren de resultaten met betrekking tot de assertiviteit van patiënten niet eenduidig. Bovendien wordt hier enkel het microniveau van empowerment betrokken.

Uit onderzoek blijkt dat er vaak is er een discrepantie bestaat tussen de behoefteperceptie van de zorgverstrekker en de daadwerkelijke behoefte van patiënten (Kettunen et al., 2006). Zo vonden verplegers de psychosociale steun het belangrijkste, waar patiënten vooral situationele informatie, informatieve activiteiten en gebeurtenissen als belangrijkste informatiegegeven formuleren. Zowel de informatiebehoefte als de perceptie over het informatie-aanbod is zeer verschillend per individu en hangt samen met een aantal sociaal-demografische variabelen als leeftijd, geslacht, educatieniveau en beroep. Informatiebehoefte is ook afhankelijk van de operationele fases (voor hospitalisatie, tijdens en nadien).

Presentie

Presentie: een toelichting

De presentietheorie is uitgewerkt door Baart naar aanleiding van langdurig onderzoek naar de praktijk van pastores in achterstandsbuurten. De theorie richt zich in de eerste plaats naar mensen die zich sociaal overbodig voelen en voortdurend aanvoelen dat hun verhaal, beleving en pijn er eigenlijk niet toe doet (Baart & Van Heijst, 2003; Baart, 2003). Presentiebeoefening is

"Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft en met hem interageert, zo leert te zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting daarbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie

hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Dat is een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw." (Baart & Grypdonck, 2007: 24)

Bij presentie staat vooral het handelen centraal en minder de visie die erachter schuilt (Baart, 2004). De focus ligt op de ontwikkeling van zorgzame relaties en het aangaan van hechte verbondenheid. Bij deze contacten nemen de levensverhalen en belevingen van de betrokkenen een centrale plaats in. Niet de oplossing van problemen is de belangrijkste focus, zoals zo vaak in medische zorg het geval is. (Baart, 2002). Dit wil niet zeggen dat geen hulp gevraagd wordt. Integendeel, het 'delen' kan best leiden tot het formuleren van een hulpvraag aan de presentiebeoefenaar over het dagelijkse leven (werk, gezondheid, wonen, ...), rollen en verwachtingen of identiteit- en oriëntatievragen. In hechte verbondenheid wordt duidelijk wat gedaan kan of gelaten moet worden, hoe men kan samenhandelen.

#### Methodiek

De presentiebenadering heeft vijf methodische kenmerken (Baart, 2004). *Beweging, plaats en tijd* vormen het eerste kenmerk. Een presentiebeoefenaar werkt niet in een bureau, maar beweegt zich naar de mensen toe. Hij is toegankelijk (Schilder, 2003). Hij is ongehaast en stemt het ritme van werken af op de betrokkenen. De presentiebeoefenaar is gemakkelijk 'aan te klampen'. *Ruimte en begrenzing* verwijzen naar de brede inzetbaarheid van de presentiebeoefenaar, de openheid en domeinoverschrijding. Hij is aanspreekbaar voor verschillende hulpvragen en is er onvoorwaardelijk. Er wordt bovendien zoveel mogelijk gewerkt met de structuren, verhalen, ... zoals ze zich voordoen. Vaak wordt dan ook gewerkt met grote eenheden: straten, families, geschiedenissen... Dit is noodzakelijk om iets te kunnen verstaan van de dagelijkse sociale context waarin problemen of leuke gebeurtenissen plaatsvinden (Baart, 2002). Het derde kenmerk is *aansluiting* bij de leefwereld en levensloop van de betrokkenen, het gaat om delen in het leven van de betrokkenen. Door aan te sluiten bij het dagelijkse doen en laten van de ander (mee te spelen, een verjaardag te vieren, meegaan naar begrafenissen, ...) voegt de presentiebeoefenaar sociaal-cultureel kapitaal toe (kennis, vaardigheden, sociale contacten, ...) (Schilder, 2003). De benadering start vanuit exposure. Voor samen gehandeld wordt, dompelt de hulpverlener zich onder in de wereld van de cliënt. De zoektocht naar een bevredigende verhouding tot het leven staat hierbij centraal. De omgangsvormen tussen presentiebeoefenaar en betrokkenen zijn alledaags, hartelijk en informeel. *Afstemming en openheid* vormen het volgende kenmerk. Doelen liggen niet op voorhand vast en het werk wordt niet gestuurd door vaste patronen of regels. Vrijheid staat centraal, de presentiebeoefenaar is niet gebonden aan verplichtingen en kan zich volledig voor de ander openstellen (De Schilder, 2003). Reflectie en introspectie vormen de peilers. Men werkt met een open agenda met een open benadering naar anderen, je moet betekenissen goed kunnen laten doordringen, oordelen opschorten, je laten verrassen en je moet kunnen 'niet weten'. De presentiebeoefenaar staat voor wie hij is en maakt kenbaar welke verantwoordelijkheden hij heeft. Presentie is vooral van *betekenis* voor mensen in armoede, mensen die maatschappelijk uitgesloten worden, moeilijk bereikbaar zijn, chaotisch en teruggetrokken leven, ... Presentiebeoefenaren nemen deze mensen op in een sociaal weefsel erkennen ze en versterken ze. De beoefenaars kunnen vaak een brug vormen in het omringende netwerk van hulpverlening.

Is presentie een vorm van interventie?

Baart (2001, 2003) positioneert presentie tegenover interventie. Presentie is in deze zin geenszins interventie. Interventie wordt hier strak gedefinieerd als een bepaald paradigma. Enerzijds als het louter opvolgen van formele regels en stappenplannen in de hulpverlening van diagnose tot 'remedie'. Anderzijds verwijst interventie naar de verschraling van de welzijnssector. Hiermee verwijst de auteur naar

- het ruimtegebrek voor zorgverstrekkers (methodisering)
- de professionele afsnijding van essentiële bronnen en ervaringen uit de leefwereld en het versnipperen van gehelen (differentiëring en specialisering)
- de vaste, statische, ingeperkte bestuursvormen die een reflectieve houding domineren (ontpolitisering)
- de distantiëring van complexe chaotische leefsituaties en daarmee gepaard het verlies van relevante kennis (beperking geldigheidsaanspraken).

Kenmerken als menswaardigheid, het beklemtonen van het belang van een sociaal netwerk en een bottom-up gerichte leefwereldbenadering vormen de belangrijke pijlers van presentie (Baart, 2004 & Baart & Van Heijst, 2003). In die zin kan de presentietheorie gezien worden als interventiekritiek (Baart & Van Heijst, 2004). Men vertrekt uit de vaststelling dat hoewel een groot aantal voorzieningen gericht zijn naar armen, deze interventies vaak niet toegankelijk en leeg (niet aandachtig betrokken) zijn. De presentietheorie wil een tegenhanger zijn van bureaucratische logica en bedrijfsmatig gemodelleerde maakbaarheid (Baart, 2004).

Dit wil niet zeggen dat presentie niet verenigbaar is met moderne bedrijfskundige inzichten, zo maakt de benadering het mogelijk om 'on line' met de klant te zijn (van der Laan, 2003). De presentiemethodiek betekent bottom-up, vraaggestuurd werken. De dichte interactie tussen de presentiebeoefenaar en de betrokkene creëert een leerproces voor beide en vormt de basis waaruit een organisatie verder 'gestuurd' kan worden.

Niet alle interventies komen aan bovenstaande definiëring tegemoet (gelukkig maar). Hoewel presentie en interventie aan elkaar tegengesteld zouden zijn, wil dit niet zeggen dat ze niet samen voorkomen. Sterker, meestal is dit zo. Presentie biedt misschien juist die meerwaarde omdat in elke interventie gestreefd zou moeten worden naar een hoger presentiegehalte. Afhankelijk van de werksoort en discipline kan presentie op een verschillende manier ingang krijgen. Presentie kan namelijk in heel verschillende werkvormen teruggevonden worden: in het maatschappelijk werk, de verpleging, speeltuinwerk, ... Steeds draait het hier om "er zijn voor de ander", erkenning, om de nabije en goede relatie. Interventie en presentie zijn met elkaar verweven en deze spanning moet integraal en vakspecifiek uitgewerkt worden.

Presentie kan ook gezien worden als een specifieke vorm van interventie die tegelijk een kader vormt voor interventie (van der Laan, 2003). Een vraag die hier aan de orde is, is in welke mate een interventie (subject-objectrelatie) onder controle te brengen is van een subject-subjectrelatie. Bij presentie staat wederkerigheid en dialoog tussen twee subjecten centraal, de communicatie overheerst macht. Bij een interventie overheerst de macht, er is sprake van eenzijdige beïnvloeding.

De biografie van de persoon wordt niet meegenomen in de dialoog en het individu zal zich niet 'gehoord', onteigend voelen. Is dergelijke subject-object relatie gelegitimeerd als zij binnen het kader van een subject-subject relatie valt? Zo kan een interventie in dialoog, volgens de regels van presentie worden ontwikkeld. Het moment waarop de interventie geïmplementeerd wordt, vormen de doelstelling ervan (object) echter de sturing. Op dit moment is er sprake van een subject-object relatie binnen het kader van een subject-subjectrelatie.

#### Kritische reflecties

Presentie omvat een grote kritiek op de huidige bureaucrativering en vermarkting van de zorgverlening. De theorie wijst professionals op de waarden van ongehaastheid, persoonlijke verantwoordelijkheid en professionele handelingsruimte, hechting ... die men voor een stuk verloren heeft (Schilder, 2003). De spanning tussen de eis naar professionalisering en de meer morele waarden van solidariteit, nabijheid is herkenbaar. Tijd is schaars, maar essentieel (Baart, & Geldof & Driessens, 2003). De eisen naar efficiëntie en effectiviteit van de overheid worden echter wel terecht gesteld in onze democratische samenleving. Wordt ons geld goed geïnvesteerd? Geldof en Driessens (2003) wijzen bovendien op de pogingen die het beleid in Vlaanderen recentelijk meer en meer onderneemt om de dialoog tussen armen en welzijnswerkers te bevorderen (Algemeen verslag over de Armoede, verenigingen waar armen het woord nemen). Volgens hen schetst Baart de situatie eenzijdig negatief. De diversiteit in hulpvragen en hulpverleningsrollen worden niet in het onderzoek betrokken. De leefwereld van hulpverleners wordt niet in het verhaal opgenomen, waardoor de kritieken op hulpverlening en beleid ongenueanceerd en gedecontextualiseerd zijn. Hieruit volgt dat ook geen aandacht wordt besteed aan de vraag hoe presentie en welzijnswerk een dialoog kunnen opzetten waar de positieve kanten van beiden benut worden. Daarnaast vertaalt Baart (2001) armoede volgens hen te eenzijdig in individueel perspectief. Op die manier wordt wellicht bijgedragen tot het begrip over armoede, maar zal er weinig aan de situatie veranderen, aangezien de structurele dimensie niet aan bod komt. Zij pleiten voor een en-en benadering waarin zowel de individuele dimensie als structurele dimensie in reflectie en actie wordt opgenomen. Baart (2003) stelt dat de structurele dimensie wel in de presentietheorie aan bod komt: het wetenschappelijke discours, politieke sturing, de organisatie ... Wel is het zo dat tot nu toe nog geen concrete structurele voorstellen zijn opgesteld vanuit de presentietheorie. Bovendien zijn er vormen van lijden waartegenover men machteloos staat, waar men tegenover een bevredigende houding moet vinden. Soms kunnen problemen niet worden opgelost en mag men mensen hierin niet misleiden.

De opgave voor professionals is om "goed om te gaan met de spanning tussen de liberale, rationeel bureaucratische waarden van neutraliteit, rechtvaardigheid, gelijkheid en beheersbaarheid enerzijds en de communitaristische, morele waarden van persoonlijke nabijheid, liefde, zorg en verantwoordelijkheid anderzijds" (Schilders, 2003:4). Presentie houdt immers een aantal risico's in: zich als hulpverlener te persoonlijk en moederlijk opstellen en daardoor de professionele bagage verliezen, het vergeten van de eigen machtspositie en het te empathisch zijn en daardoor ingezogen raken in de leefwereld van de betrokkene. Schilder (2003) is daarom voorstander van presentie in combinatie met social casework, emancipatorische hulpverlening en ervaringsgericht werken. Social casework laat immers toe het persoonlijke met het zakelijke en het vrouwelijke met het mannelijke te

verbinden. Emancipatorische hulpverlening stimuleert precies leerprocessen, zowel de inrichting ervan als de participatie eraan. Ook staat de reflectie van en communicatie over de eigen machtspositie centraal. Ervaringsgericht werken geeft weer stem aan de hulpverlener. In presentie leidt de gesprekspartner het gesprek en staat de presentiebeoefenaar open voor de leefwereld van de cliënt. Door de hulpverlener een sturende houding te geven, kan deze echter de confrontatie aangaan. De zorgverstreker vormt dan de schakel tussen de samenleving en de cliënt en door vanuit de eigen ervaringen en opvattingen te reageren, kan de cliënt ook leren. Geen van beide haalt immers voordeel uit het ingezogen raken in de leefwereld van de cliënt.

Aansluitend bij deze gedachten kan men zich de vraag stellen hoe presentie zich tot empowerment verhoudt? Presentie bevat methodieken die kunnen leiden tot empowerment (Baart, 2002). Ook Meijering (2003) geeft aan dat presentiebeoefenaars "een netwerk ontwikkelen met de buurtbewoners, nieuwe sociale realiteiten bevorderen, probleemomvlossende mogelijkheden bevorderen en lokale competentieontwikkeling stimuleren (2003:101). Maar presentie is meer dan een methodiek. Een groot verschil is, dat empowerment als paradigma gericht is op sociale problemen en oplossingen, terwijl presentie hier uitdrukkelijk niet de nadruk op legt. Empowerment wil in nabijheid individuen en groepen versterken, terwijl presentie nabij zijn is. Empowerment heeft de meerwaarde controle, kritisch bewustzijn en participatie op verschillende niveaus te betrekken en biedt op die manier meer zekerheid om de structurele context in reflectie en actie op te nemen. De verschillende dimensies maken duidelijk dat het ook hier gaat om houding, relatie en betrokkenheid. De waarden van presentie bieden hier een interessante aanvulling. Misschien moeten we streven naar een hoog presentie-gehalte in empowerend werk.

Van Heijst (2003) reikt een andere kritiek aan. De presentietheorie en praktijk legt de nadruk op de relatie tussen de betrokkenen en de presentiebeoefenaar. Het is in deze relatie dat duidelijk wordt wat wel of niet kan. Hierbij wordt echter voorbijgegaan aan het referentiekader en de visie van zowel deze individuen als van de maatschappij die dit handelen en denken mee vormgeven. Hoewel presentie niet aan een bepaalde levensbeschouwing gekoppeld wordt, vertrekt ook deze theorie van een bepaalde visie die echter niet geëxpliciteerd wordt. Deze (christelijke?) grondslag benoemt Van Heijst (2003:16) als "het geloof dat het beter is wanneer mensen er voor elkaar zijn dan dat ze langs elkaar heen leven".

#### Presentie en gezondheidszorg

De presentietheorie is waardevol omdat ze een alternatief kader biedt voor zorg, hulp en steun. Het is een metakader waarin je bestaande methodieken kan gebruiken. De kritieken op interventies weerspiegelen een spanning waarmee we beter moeten leren omgaan. Waarden als solidariteit, menselijkheid, 'er zijn voor elkaar' zijn van grote betekenis, ook in het professionele veld. Presentie gaat uit van een brede cultuurkritiek: wat doen we met zorg, menswaardigheid, geld, zorgbehoevenden. Presentie kan ook gezien worden als professionaliteitsvorm.

Specifiek met betrekking tot de medische zorg stelt Van Heijst (2003) dat een zekere mate van distantie verankerd is in de standaard van de professionele zorgverstrekkers (Van Heijst, 2003). Systematisch wordt op die manier de eenzaamheid en wanhoop waarin een zieke (vaak) verkeert,

verergerd. Presentie helpt om een kritiek te formuleren op dit soort zorg en de behoefte naar een ander soort zorg te vertalen. Ook volgens Manchot (2003) heeft presentie een rol in de medische zorg. Het aandachtig betrokken zijn is volgens hem vooral belangrijk in die situaties waar er minder behandeld en genezen wordt en meer gedragen en aanvaard moet worden.

Volgens Grypdonk bepalen verschillende variabelen die de context van zorg mee vorm geven, de mate waarin presentie vorm kan krijgen (Baart & Grypdonk, 2005). Vooral deze zorgrelaties die gekenmerkt worden door langdurigheid, grote afhankelijkheid en weinig mogelijkheden zouden veel mogelijkheden bieden voor presentiebeoefening. Ook volgende factoren bepalen mede deze ruimte: aard van de betrokkenheid, gerichtheid op in standhouden van het dagelijkse leven, de aard van wat de zorgverstrekker doet (rol van begeleider, adviseur, ... en de concrete handelingen), sturing door zakelijke diagnostiek en zicht op verbetering van de situatie. Vertrekkend vanuit de definitie van zorg als "een manier van doen, in op unieke mensen afgestemde betrekkingen, waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf" (Van Heijst in Baart & Grypdonk, 2007: 105) stellen de auteurs dat alle presentie zorg omvat, maar niet dat alle zorg presentie kent. Indien presentie niet bij zorg aanwezig is, wordt aan de patiënt tekort gedaan, zeker bij complexe en existentieel verankerde medische complicaties. Presente zorg wordt gekarakteriseerd door volgende kenmerken:

1. Relationeel: in relatie staan is wat echt helpt
2. Integralistisch: levenssamenhang, leefwereldlijke verbanden, existentiële verbanden
3. Persoonlijk: zichzelf presenteren en aanbieden, GEEN afstandelijke, neutrale expert als zorgverstrekker
4. Normatief: ethische achtergrond van de zorg en expliciete waardegerichtheid
5. Reflectief: Afweging van protocollen, methodieken ... naar de passendheid voor de specifieke situatie

Presentie betekent afstemming van zorg voor de zorgontvanger, maar eveneens voor de zorgverstrekker. Zeker in het kader van inter- en transculturele zorg stellen de auteurs het belang voorop om vanzelfsprekendheden te doorzien en denkkaders en ter discussie te stellen. De nodige kritische ingesteldheid, gespreksvaardigheden en durf zijn hiervoor nodig.

#### Contextuele hulpverlening

De contextuele benadering situeert mensen in hun verbindingen en probeert via dialoog deze verbindingen te herstellen. Hulpverlening is met andere woorden betrokken op de relationele werkelijkheid. Het is het samen op zoek gaan naar een evenwicht tussen geven en nemen in vroegere en huidige relaties en verbindingen (ook en vooral tussen verschillende generaties). De complexiteit van de contextuele benadering maakt het niet enkel mogelijk aan te sluiten bij de multidimensionale hulpverleningsrelatie, maar sluit daardoor ook aan bij verschillende methoden en denkwijzen (Heyndrickx, 2005).

De contextuele hulpverlening wordt als referentiekader gebruikt voor de hulpverlening aan meervoudig gekwetsten. "Gekwetst is iemand bij wie de betrouwbaarheid van existentiële en betekenisvolle relaties fundamenteel is geschaad. Hiermee wordt het basaal vertrouwen in zichzelf en de omgevende wereld aangetast. Meervoudig duidt op de aanhoudende en

wederkerige effecten op de verbindingen met zichzelf, de ander, de samenleving en de tijd” (Vansevenant, 2005: 55). Deze gekwetsten kunnen kansarmen, generatiearmen, thuislozen, geïsoleerde mensen ... zijn. Allen hebben ze gemeen dat ze in hun relaties meermaals diep en soms onherstelbaar gekwetst zijn geweest (Heyndrickx, 2005).

Contextuele hulpverlening: een toelichting

De existentiële context

Volgens Nagy is elk individu verbonden met een existentiële context (Nagy & Krasner, 1998). Deze context bestaat uit bloedverwantschappen en aangegane verbintenissen zoals het huwelijk. Aandacht en inzicht in deze dimensies is noodzakelijk om hulpbronnen voor herstel te ontdekken en aan te spreken. Elke dimensie geeft zicht op en onderzoekt een deel van de relationele werkelijkheid. De existentiële context bestaat uit vier dimensies:

- Dimensie van de feiten: sociaal-economische omstandigheden, tijdsgeest, ziekte en gezondheid, ...
- Dimensie van de psychologie: emoties, psychologische ontwikkeling, verwachtingen, ...
- Dimensie van de interacties: communicatie, non-verbaal gedrag, communicatiestoornissen, ...
- De ethisch-relationale dimensie: rechtvaardigheid binnen relaties, de balans van geven en nemen

De vierde dimensie overkoepelt de andere drie dimensies.

Een relatie is rechtvaardig wanneer de lasten en winsten billijk verdeeld zijn. Wanneer dit niet zo is, staat het iedereen vrij deze relatie te verbreken. Behalve bij de existentiële relaties. Een bloedverwantschap kan niemand verbreken. In dit geval lijden alle partijen onder de scheve verdeeldheid en onbetrouwbaarheid (ouders, partner, kinderen...) Deze balans is dynamisch en verandert over de tijd heen. Het is in dialoog met de verschillende generaties dat de betekenis van 'billijk' wordt ingevuld. Wanneer een relatie tussen twee generaties onevenwichtig verdeeld is, kan deze worden doorgegeven aan een volgende relatie.

In de existentiële relaties speelt 'loyaliteit' een grote rol. De ouder-kind relatie is asymmetrisch: het kind heeft het leven gekregen van zijn ouders en is hulpbehoevend. Enkel door de ouders te vertrouwen en door zelf zorg op te nemen voor toekomstige generaties kan deze schuld verbroken worden. Zowel het geven van betrouwbaarheid als het ontvangen van zorg zijn natuurlijke rechten van het kind. Loyaliteitsconflicten ontstaan wanneer verschillende loyaliteiten tegen elkaar ingaan: loyaliteit ten aanzien van de partner



tegenover de loyaliteit ten aanzien van de ouders, kinderen die onder druk moeten kiezen voor een van beide ouders (gespleten loyaliteit), ...

Parentificatie en destructief gerechtigde aanspraak vormen ook twee belangrijke termen in de contextuele hulpverlening. Wanneer een kind de zorg dient op te nemen van een ouder, wordt het eigenlijk een ouder van de ouder. Dan spreken we over *parentificatie*. Wanneer deze zorg niet erkend wordt, geeft het kind meer dan het krijgt. Het vertrouwen van het kind wordt dan uitgebuit. Het kind heeft iets 'te goed', maar zal dit door zijn loyaliteit niet aan zijn ouders opeisen. Deze compensatie vraagt het vaak later aan onschuldige derden (volgende generatie, vrienden, hulpverleners..) op een destructieve manier (destructief recht). Dan wordt het kind een onbetrouwbaar persoon. Het kind heeft geleerd dat onbetrouwbaar zijn kan, mag, moet en voelt zich niet schuldig voor het onrecht dat het een ander aandoet. Dit soort *destructief gerechtigde aanspraak* werkt echter niet helend.

Deze negatieve spiraal kan worden tegengewerkt door opnieuw zicht te krijgen in de behoeven en noden van zichzelf en van een ander (*zelfafbakening*). Vertrekkende hieruit, kan men adequate zorg aan een ander verstrekken (*zelfvalidatie*). Door het geven aan en rekening houden met de ander, krijg je vrijheid in die relatie en krijg je het recht te genieten van het leven. Contextuele hulpverlening zal daarom vooral via het geven in de existentiële context kwetsuren proberen te helen.

#### Hulpverlening

Contextuele hulpverlening gaat de balans van geven en nemen na in de existentiële context. Hierbij vertrekt men vanuit een positie van gelijkwaardigheid. In dialoog komen de hulpvrager en -verlener samen tot inzicht in de noden en behoeften van een mens, van de hulpverlener en hulpvrager, om zo de relationele werkelijkheid van de hulpvrager te versterken. Door deze dialoog wordt een balans bereikt tussen geven en nemen en probeert men deze te behouden.

De hulpverlener gaat hierbij op zoek welke hulpbronnen in deze context overblijven. Zes principes staan hier centraal:

- Meerzijdige partijdigheid in een ik/gij-relatie: Verantwoordelijkheid. Als hulpverlener bereid zijn om met ieder die de consequenties van hulpverlening ervaart, in dialoog te gaan. Nagaan waar iedere persoon onrecht is aangedaan en waar hij geprobeerd heeft zich voor anderen in te zetten. Je laten raken en jezelf aanspreekbaar stellen voor hun noden en intenties, onrecht en verdienste.
- Geven van erkenning: het benoemen van onrecht en verdiensten (en pogingen daartoe).

- Oriëntatie op hulpbronnen: zich niet toespitsen op onevenwichten tussen geven en nemen, maar op overig vertrouwen en betrouwbaarheid zoals het willen zorg dragen voor. Dit alles met inzicht in eventuele pathologieën.
- Verbindend werken: de hulpvrager stimuleren de dialoog te heropenen met mensen uit zijn existentiële context.
- Belang van actie en hanteren van een moratorium: intenties zijn belangrijk, maar het is de actie die een helend karakter heeft. Vandaar dat de hulpverlener hiervoor verwachtingen moet duidelijk maken, het is aan de hulpvrager te bepalen wanneer de tijd hiervoor rijp is.
- Ontschuldiging: onderzoeken waarom vroegere zorg niet billijk door de eigen ouders werd toegekend (het onrecht van wie mij onrecht heeft aangedaan) en vanuit dit begrip en inzicht hen ontschuldigen.

Ook bij de hulpverlener zijn de contextuele principes van toepassing: intergenerationaliteit, loyaliteit, gekwettheid... De hulpverlener staat niet enkel als hulpverlener in relatie tot de hulpvrager, maar ook als zichzelf met een eigen verleden. Het is daarom belangrijk dat vroegere kwetsuren van de hulpverlener verwerkt en geheeld zijn, om storingen (zoals overdracht en tegenoverdracht) in de hulpverleningsrelatie te voorkomen. Het is eveneens belangrijk dat de hulpverlener de hulpvrager niet aan hulpverlening afhankelijk maakt. Een verbinding aangaan met elkaar is noodzakelijk en helend, maar uiteindelijk moet de hulpverlener de hulpvrager in verbondenheid kunnen loslaten, zodat de hulpvrager met anderen betekenisvolle relaties kan aangaan (betrouwbaar kan zijn) in de existentiële context.

#### Verbindingen in armoede

Mensen in armoede worden in een neerwaartse spiraal meegetrokken waarbij de rechtvaardigheid van relaties onder druk komt te staan (Vansevenant, 2005). Deze negatieve golf beïnvloedt niet enkel de betrouwbaarheid in relaties, maar belast ook nieuwe relaties. Deze mensen zijn namelijk op zoek naar heling van oude kwetsuren. De huidige context van de risicomaatschappij draagt ertoe bij dat zingevende kaders voor een stuk verloren zijn. Mensen kunnen zich moeilijk oriënteren, weten niet meer hoe het nu verder moet. Generatiearmen zijn meervoudig gekwetst in hun verbindingen met zichzelf, de ander, de samenleving en de tijd.

De verbinding met zichzelf wijst op het besef een eigen greep te hebben op je situatie om uitdagingen aan te kunnen en keuzes te maken. Meervoudig gekwetsten voelen deze 'greep' niet meer. Vaak hebben ze geen inzicht meer in hun verleden, hun roots, waar ze veel kwetsuren aan hebben over gehouden. Soms zijn ze zodanig op zoek naar zichzelf, dat ze

geen zicht meer hebben op eigen noden en behoeften en kunnen ze hier ook een ander niet voor aanspreken.

De verbinding met de ander dient eveneens hersteld te worden. Soms is er een gebrek aan verbindingen, of zijn deze te sterk en verstikkend, of krijgen deze een pathologische vorm (tegelijktijd aantrekken en afstoten). Meervoudig gekwetsten zullen door het onrecht dat hen is aangedaan, beroep doen op een destructief recht, waarbij ze van de ander (familie, vrienden, hulpverleners) een oplossing verwachten voor hun situatie. Door deze houding zal het gevoel van onbetrouwbaarheid zowel bij de ander als zichzelf versterkt worden. De communicatie met de ander verloopt vaak niet consequent: de ene keer zijn ze agressief, de andere keer zeer lief. In hulpverlening is het belangrijk zicht te krijgen op het netwerk en te helpen opnieuw betekenisvolle verbindingen aan te gaan met anderen.

De verbinding met de samenleving is ook gekleurd door kwetsuren. Meervoudig gekwetsten voelen zich niet thuis in de samenleving. Elke keer worden ze geconfronteerd met hun werkloosheid, huisvesting, de ontoegankelijkheid van hulpverlening,... Deze confrontatie is vernederend en onrechtvaardig. Dit onrecht wordt ook niet erkend. Meestal hebben gekwetsten geen inzicht in de manier waarop de samenleving werkt: hulpverleningsorganisaties, het gerecht, ... Onmachtgevoelens worden zeer groot en daarom ontwikkelen meervoudig gekwetsten eigen methoden om voor zichzelf te kunnen opkomen bij gebrek aan andere: agressie, liegen, manipulatie, ...

Ten laatste is de verbinding met de tijd voor een stuk verloren. Meervoudig gekwetsten leven voor het moment, ze hebben de hoop op een betere toekomst verloren. Gebeurtenissen in het hier en nu worden niet meer in de bredere levensloop geplaatst. Kinderen en hun levensloop vormen vaak de enige houvast in het levensverhaal van gekwetsten. Door opnieuw zicht te krijgen in het verleden, kan ook de toekomst weer betekenis krijgen.

#### Contextuele gezondheidszorg

Het contextuele denkkader verschaft inzicht in de persoon van de zorgvrager en kan helpen een gezonde zorgrelatie aan te gaan. De kwaliteit van zorg kan op die manier meer aansluiten op de zorgvraag en zorgcontext. De ethisch-relatieve dimensie biedt voor hulpverlening een vernieuwende kijk op de werkelijkheid en op welke manier deze een rol speelt in hulpverlening. Kenmerkend hierbij is de verbondenheid, zowel met zichzelf, de ander als de samenleving. Dus zowel het micro-, het mesoniveau en macroniveau krijgen in deze benadering een plaats.

Een contextueel kader helpt om mogelijkheden en mogelijke aanknop punten te ontdekken. Bij contextuele hulpverlening wordt immers nagegaan welk hulpbronnen er in de existentiële context zijn overgebleven. Het verhaal vertrekt bovendien vanuit kwetsuren, die

**Opmerking [a2]:** Niet teruggevonden in ons onderzoek

**Opmerking [a3]:** Niet bij ppp!!! Is juist kracht!!!

vaak een weerspiegeling zijn van krachten: levenservaring, het kunnen kwaad zijn omwille van onrecht, inzicht in wat haalbaar is...

Vansevenant (2005) stelt voor verbindend te werken op vier niveaus: vaardigheden versterken, draagkracht en veerkracht verhogen, inbedding verstevigen en werken met natuurlijke hulpbronnen en vertrouwen doen toenemen, zorgen voor balans. Ook in de gezondheidszorg dient gestreefd te worden naar een vertrouwensvolle zorgrelatie, empowerende zelfzorg en zorg op maat.

# [Deel 2]

## Onderzoeksrapport

# 1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

## 1.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

### 1.1.1 Situering van de probleemstelling

De relatie tussen sociaal-economische positie en gezondheid wordt al geruime tijd bestudeerd. Talrijke internationale studies tonen intussen het bestaan van socio-economische verschillen in gezondheid aan in West-Europa en Scandinavië (Bossuyt, Van Oyen, 2001). In België heeft het grootschalig kwantitatief onderzoek naar verbanden tussen sociaal-economische positie en gezondheid een sterke stimulans gekregen in de jaren '90 door de koppeling van bestaande databanken en de invoering van de Gezondheidsenquête in 1997. Het onderzoek dat sindsdien gebeurt bevestigt de buitenlandse resultaten voor wat betreft de verschillen in sterfte, in prevalentie van bepaalde aandoeningen, in levensverwachting en in kwaliteit van leven tussen mensen met lage en hoge socio-economische posities.

Uit buitenlandse onderzoeksliteratuur (James et al., 1998; Yunis et al., 2003 en Benitez et al., 2004) blijkt ook dat er een achterstand op gezondheidsvlak bestaat bij kinderen geboren in gezinnen uit de lagere socio-economische klassen. Men constateert in deze lagere socio-economische klassen meer prematuriteit en een lager gemiddeld geboortegewicht. Deze factoren hangen samen met verschillen in neonatale en zuigelingensterfte. Het onderzoek dat in België bestaat bevestigt deze verbanden voor ons land. De invloed van socio-economische factoren op de gezondheid van zuigelingen en kinderen wordt al duidelijk uit de sterftcijfers: men constateert een hogere perinatale mortaliteit in Vlaanderen tot na de tweede Wereldoorlog gevolgd door een periode van hogere perinatale mortaliteit in het Waals Gewest tot 1984. Deze evoluties hangen samen met de socio-economische ontwikkelingen in deze regio's. Bovendien blijkt dat er nog steeds duidelijke socio-economische verschillen in vroegtijdige neonatale en zuigelingensterfte bestaan en dat die verschillen zelfs toenemen (Bossuyt, Van Oyen, 2001). Deze vaststelling werd bevestigd in een recent onderzoek van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie: bij de laagst opgeleide vrouwen is de foetale sterfte 4 tot 5 keer groter dan bij de hoogst opgeleide groep. Deze vaststelling geldt in minder uitgesproken mate ook voor de vroegneonatale en de kindersterfte (Swimberghe, Cammu, e.a., 2003). Ook het verband tussen een lage socio-economische positie en een laag geboortegewicht wordt bevestigd voor ons land. Daarenboven rapporteren vrouwen uit lage sociale klassen meer zwangerschapsklachten, namen ze meer medicijnen tijdens de zwangerschap en waren ze vaker gehospitaliseerd dan vrouwen met een hoge socio-economische positie. De kinderen van moeders met een lage socio-economische positie belanden verhoudingsgewijs ook meer in een couveuse (Bossuyt, Van Oyen, 2001). In lagere sociale klassen is er in Vlaanderen ook duidelijk een groter aantal tienermoeders en een groter aantal ongewenste zwangerschappen merkbaar (Crabbe, 2002). Ook dit is een belangrijk gegeven in het licht van de verschillen in gezondheid tussen zuigelingen en kinderen van de verschillende socio-economische klassen. Daarnaast moet opgemerkt worden dat zwangerschap op zich reeds een ingrijpende verandering is die om de nodige ondersteuning vraagt. De individuele verschillen in psychische reacties en beleving zijn groot en worden mede bepaald door sociale en culturele patronen (Crabbe, 2002). Met dit onderzoeksproject willen we aan de hand van interviews en groepsdiscussies met generatiearmen en zorgverstrekkers een zicht krijgen op de manieren waarop gezondheidswerkers een bijdrage kunnen leveren aan het wegwerken van deze verschillen. We willen in kaart brengen hoe generatiearmen de bestaande prenatale, perinatale en postnatale zorgverlening ervaren om zodoende een beter zicht te krijgen op de inhoud van en de toegang tot deze hulpverlening.

Met dit project willen we ook dieper ingaan op de 'culturele' kloof tussen zorgverstrekkers en armen. Met deze term 'culturele' kloof duiden we op de verschillen in waarden,

normen en handelingspatronen tussen de veelal uit de middenklasse afkomstige zorgverstrekker en de generatiearme. Inzichten uit kwalitatief onderzoek tonen aan dat generatiearmen niet verschillen van de rest van de samenleving in het waardepatroon dat ze aanhangen (Kochuyt, 1999). De vanuit een zorgverstrekkerspectief moeilijk begrijpbare handelingspatronen (het opgeven van de zoektocht naar werk, het vluchten in drank- of drugsmisbruik, ...) moeten eerder toegeschreven worden aan de uitzichtloze situatie waarin generatiearmen leven. Het ontbreken van kansen op meerdere maatschappelijke domeinen en de drang om mee te tellen in de samenleving kunnen leiden tot een aanpassing van de gedragsnormen. Sociale uitsluiting op het vlak van onderwijs, arbeid, gezondheidszorg en andere domeinen kan dan leiden tot gedrag dat het totstandkomen of uitbouwen van een vruchtbare hulpverleningsrelatie belemmert. Om de verschillende vormen van denken en handelen van generatiearmen beter te begrijpen zal het ook noodzakelijk zijn om rekening te houden met het, in onderzoek nog te vaak veronachtzaamde, psychisch welzijn van het individu. Generatiearmoede is een extreme vorm van sociale uitsluiting die een grote impact zal hebben op het welzijn en de weerbaarheid van het individu. Het zal dus aangewezen zijn om via het optekenen van relevante elementen uit het levensverhaal een beter licht te werpen op dit denken en handelen.

Voor hulpverleners is dit gedrag vaak onbegrijpelijk wat dan weer kan leiden tot een groeiende frustratie aan de kant van de zorgverstrekker. Recent onderzoek (Driessens, 2003) toont aan dat het tekortschieten van het bestaande hulpverleningsaanbod ten dele te wijten is aan deze culturele kloof tussen hulpverleners enerzijds en armen anderzijds. Hoewel welzijns- en gezondheidsvoorzieningen grote inspanningen geleverd hebben om een laagdrempelige hulpverlening uit te bouwen gericht op armen blijkt de drempel soms nog te hoog (De Maeseneer, Willems e.a., 2003; De Boyser, 2003). Eenmaal die drempel gepasseerd hangt het slagen van een hulpverleningsaanbod in grote mate af van de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie. In het welzijnswerk is het afgelopen decennium geëxperimenteerd met een aantal aangepaste hulpverleningsmethodieken zoals groepswork en maatzorg (Vandebroek en Staes, 1995; Van Regenmortel, 2002). Ook in de gezondheidszorg en de gezondheidsvoorlichting is er een groeiende aandacht voor de problematiek van de armen (Peersman en Vuylsteek, 1997; Peersman, 2000; Van Paeppegem, Willems, e.a., 2001; De Maeseneer e.a., 2003; Levecque, 2003). Over de 'grenzen' van deze sectoren heen zien we een belangrijk element dat steeds terugkeert in elk pleidooi: de noodzaak om de hulpverlening te laten vertrekken vanuit een grondige kennis van de leefwereld van armen. De bijzondere situatie waarin deze mensen moeten leven leidt immers tot de ontwikkeling van overlevingsstrategieën die vaak botsen met de verwachtingen die hulpverleners koesteren. Een geslaagde hulpverleningsrelatie is dan ook vooral gebaseerd op kennis, aanvaarding, respect én tijd (Driessens, 2003).

Met dit project willen we een bijdrage leveren aan de verbetering van het hulpverleningsaanbod. Vanuit de participatieve dialoog die we aangaan met generatiearme moeders willen we aanbevelingen formuleren voor het verbeteren van de bestaande gezondheids promotie omtrent zwangerschap en kindzorg. De inzichten die we vergaren zullen ons ook in staat stellen om aanbevelingen te formuleren over de eigenschappen van een vruchtbare zorgrelatie tussen gezondheidswerkers en armen. De uiteindelijke uitkomst van het project is een vormingsprogramma, gericht op een brede groep van gezondheidswerkers, waarin de aandacht uitgaat naar het tot stand brengen en onderhouden van een vruchtbare zorgrelatie met armen enerzijds en naar een betere afstemming van de bestaande prenatale, perinatale en postnatale zorg op de doelgroep van de armen anderzijds. Gezondheidswerkers en andere hulpverleners kunnen immers de brug vormen die generatiearmen nodig hebben om opnieuw aansluiting te vinden bij de rest van de samenleving (Peeters en Vranken, 2000). In het werken aan de sociale insluiting van deze groepen dient dan ook bijzondere aandacht uit te gaan naar de vorming van de zorgverstrekker. Anderzijds willen we de inzichten uit onze studie ook vertalen naar de groep van generatiearmen. Het kan daarbij zowel gaan om aangepaste vorming over pre-, peri- en postnatale zorg voor generatiearme moeders als om vormings- of discussiemateriaal over het aangaan van een zorgrelatie met gezondheidswerkers.

#### 4.1.2 Onderzoeksvragen

##### 4.1.2.1 Een nadere omschrijving van onze onderzoekspopulatie

Alvorens te komen tot een omschrijving van onze centrale onderzoeksvragen moeten we onze onderzoekspopulatie nauwkeuriger afbakenen. In het voorgaande wordt gebruik gemaakt van de termen 'generatiearmen' en 'armen'. In ons onderzoek hebben we ons gericht op de 'harde kern van armen', namelijk op de mensen die men omschrijft als 'generatiearmen'. Deze groep van mensen heeft niet zozeer een gebrek aan kansen, het ontbreekt hen vrijwel volledig aan kansen. Generatiearmen zijn die groep van armen die opgegroeid zijn in armoede, bij wie de armoede dus van generatie op generatie wordt doorgegeven.

Het is dus deze groep mensen die op zowat alle terreinen (opleiding, tewerkstelling, inkomen, vrije tijd, gezin, ...) de aansluiting mist met de andere groepen in onze samenleving. Ook op het vlak van gezondheid en toegang tot de gezondheidszorg scoort deze groep erg slecht. Wanneer we willen trachten om met dit onderzoek bij te dragen tot een betere zorgrelatie tussen gezondheidswerkers en armen dan moeten we ons richten op die groep van armen die op alle vlakken het slechtst scoort: de generatiearmen. De inzichten die zij ons kunnen bijbrengen zullen immers ook een licht werpen op de situatie van andere groepen van armen.

In dit onderzoek vertrekken we van de bekommernis om de prenatale, perinatale en postnatale zorg te optimaliseren. Onze onderzoekspopulatie bestaat dus uit generatiearme moeders die geïnterviewd werden binnen de 6 maanden na hun bevalling.

##### 4.1.2.1 De onderzoeksvragen

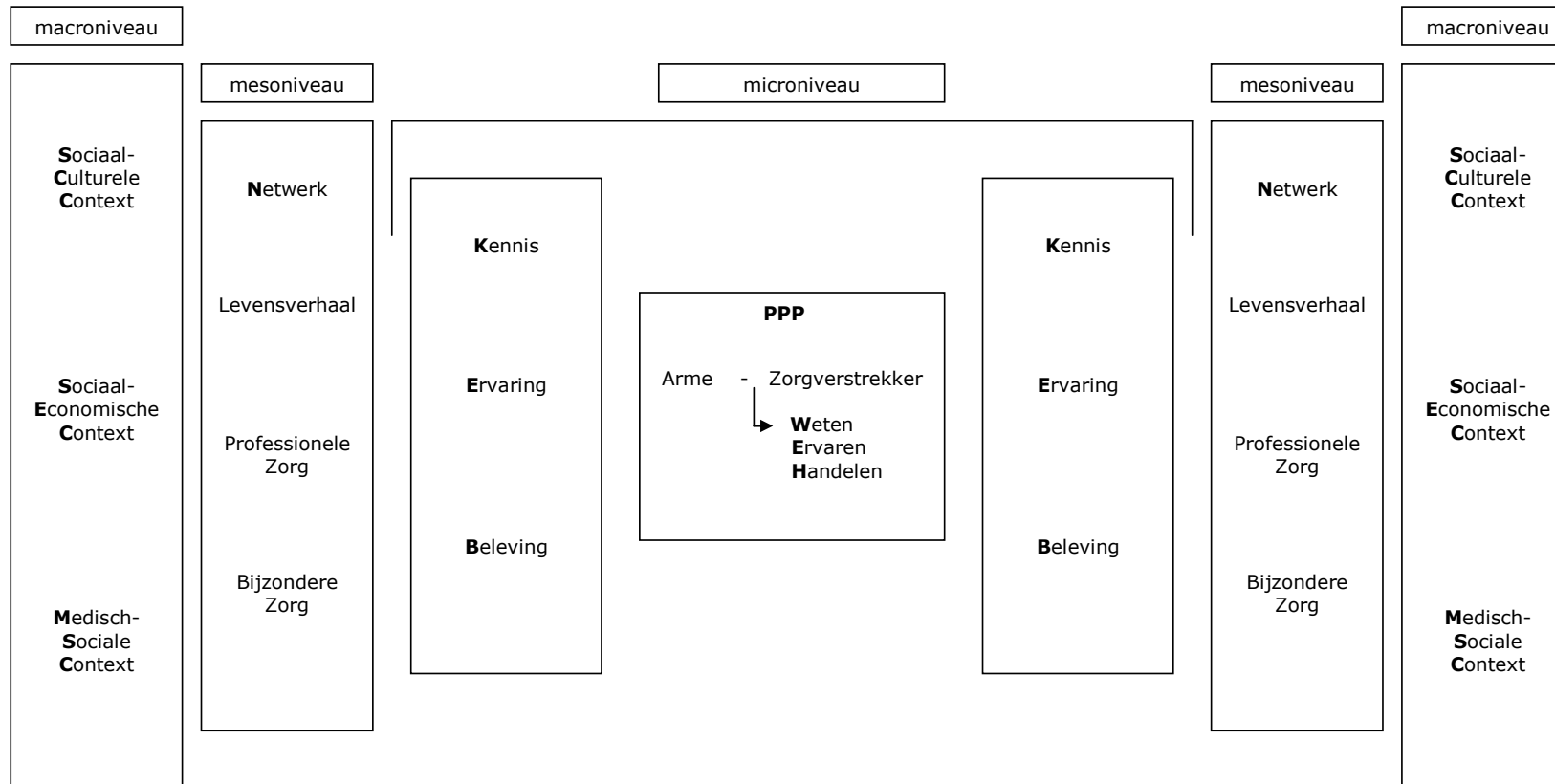
Een vruchtbare zorgrelatie tot stand brengen met generatiearmen vraagt om een gedegen kennis van en respect voor de perspectieven die generatiearmen hanteren. Ongeacht de inhoud van de geboden hulp dient deze relatie te vertrekken vanuit een ontmoeting tussen deze vaak erg verschillende werelden. Onze algemene onderzoeksvraag formuleren we dan ook als volgt:

*'Hoe ontmoeten generatiearmen en zorgverstrekkers elkaar in de prenatale, perinatale en postnatale zorg?'*

Dat 'ontmoeten' kan opgesplitst worden in twee dimensies. Aan de ene kant onderscheiden we het 'proces van ontmoeten' of, uitgedrukt in sociologische termen, het proces van sociale interactie. Aan de andere kant onderscheiden we de context waarbinnen dit interactieproces tot stand komt; waarbij we een verder onderscheid maken tussen de context op micro-, meso- en macroniveau. In figuur 1 visualiseren we deze twee dimensies met betrekking tot ons onderzoeksdomein. In de bijbehorende tekst komen we tot een nauwkeurige omschrijving van onze specifieke onderzoeksvragen.



Figuur 1: De ontmoeting tussen generatiearme en zorgverstrekker in de pre-, peri- en postnatale zorg.



We verduidelijken dit schema vertrekkend vanuit de inhoud van de interactie (het centrale vierkant in het schema). Arme en zorgverstrekker gaan hun interactie aan vanuit de vraag naar en het aanbod van pre-, peri- en postnatale zorg (PPP). Dit vormt ook de inhoudelijke focus van ons onderzoek maar is tegelijkertijd de insteek om andere essentiële aspecten van zorgverstrekking aan armen te onderzoeken. Elke sociale interactie, en zeker die tussen zorgverstrekker en patiënt, valt inhoudelijk uiteen in drie belangrijke aspecten: weten, ervaren en handelen. Met weten bedoelen we de kennis die wordt overgedragen tussen de twee partijen. Enerzijds is dit de kennis over de pre-, peri- en postnatale zorg die de zorgverstrekker overdraagt aan de patiënt, anderzijds is dat de kennis die de patiënt doorgeeft aan de zorgverstrekker met betrekking tot de eigen situatie en die van het kind. Een tweede essentieel aspect dat uitgewisseld wordt in een concrete sociale interactie is het ervaren. We doelen hiermee op de waarden en normen en op de (voor)oordelen die tussen beide partijen (impliciet en veelal onbewust) worden overgedragen. Met de term handelen verwijzen we naar de concrete vorm die de interactie aanneemt: wordt de relatie aangegaan, hanteert de zorgverstrekker specifiek didactisch materiaal, enz.... Deze drie inhoudelijke aspecten van de zorgrelatie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Het uiteindelijke beoogde resultaat van de interactie is voor de arme de verstrekking van de gepaste zorg aan zichzelf en het kind, voor de zorgverstrekker het verstrekt hebben (en eventueel verder verstrekken) van de gepaste hulp en het verworven hebben van verdere inzichten in de situatie van de arme. Het mag duidelijk zijn dat dit beoogde resultaat afhankelijk is van de drie inhoudelijke aspecten en de wisselwerking tussen deze drie. Willen we de zorgverlening op dit terrein verbeteren dan moeten we in eerste instantie oog hebben voor de drie inhoudelijke aspecten van de interactie.

De concrete zorgrelatie wordt ook gestuurd door de specifieke kenmerken van de betrokken partijen. Onder specifieke kenmerken rangschikken we de kennis, de ervaring en de beleving. Met kennis bedoelen we relevante informatie waarover elke betrokken partij beschikt. Voor de generatiearme moeder betekent dit de kennis die zij heeft over gezondheid, over de beschikbare hulpverlening en over andere relevante onderwerpen. Voor de zorgverstrekker betekent dit de naast de specifieke inhoudelijk kennis met betrekking tot pre-, peri- en postnatale zorg de kennis die hij heeft over de gezondheidsproblemen en de leefwereld van armen. Ervaring duidt op de relevante feiten en elementen uit de levensgeschiedenis van beide partijen. Concreter geformuleerd voor de arme zullen bijvoorbeeld de vroegere ervaringen met hulpverleningsinstanties van belang zijn; voor de zorgverstrekker spelen bijvoorbeeld eerdere zorgrelaties met armen een rol. Naast ervaringen met zorgverstrekking zal ook de ervaring op andere terreinen (bvb. onderwijs) voor beide partijen van belang zijn. Met beleving bedoelen we dan weer de neerslag die kennis en ervaring krijgen in de perceptie en waardering die beide partijen opbouwen: van zichzelf, van elkaar en van de wereld waarin ze leven. Onder de noemer beleving rangschikken we dus de psychologische en emotionele aspecten van het betrokken individu. Uit de beschrijving blijkt dat de beleving op zijn beurt een belangrijke invloed zal hebben op de kennis en de ervaringen die worden opgedaan. Onder deze noemer vallen dus de verschillende factoren van psychische aard die deze interactie zullen sturen: persoonlijkheid, zelfbeeld, kwetsbaarheid, ... . Het valt buiten ons onderzoeksopzet om aan de hand van aangepaste schalen en technieken de invloed van deze verschillende onderscheiden factoren na te gaan. Wel lijkt het ons essentieel om via relevante elementen uit de levensverhalen van de generatiearmen een beeld te schetsen van deze factoren en van de manier waarop ze een invloed uitoefenen op de interacties met de gezondheidswerkers en andere zorgverstrekkers. Al deze specifieke kenmerken van de betrokkenen vormen de context waarbinnen de interactie zich afspeelt op microniveau.

De context op mesoniveau wordt gevormd door de organisaties en netwerken via dewelke het individu geïntegreerd is in het bredere maatschappelijke geheel. Van belang is dan in eerste instantie het netwerk van een individu. Dit netwerk bestaat uit het geheel van relaties dat een individu heeft met andere individuen en organisaties, ongeacht de kenmerken van die relaties (o.a. langdurig / kortlopend, instrumenteel / persoonlijk, ...). Het denken en handelen van een individu wordt beïnvloed door dit netwerk: door de mogelijkheden (bvb. hulpbronnen) waar dit netwerk toegang tot biedt én door de waarden, normen en opvattingen die leven binnen dit netwerk. Om het perspectief te verduidelijken

van waaruit armen een zorgverstrekkingrelatie aangaan zal het van belang zijn om een antwoord te geven op vragen als hoe de omgeving van die arme omgaat met gezondheid in het algemeen en pre-, peri- en postnatale zorg in het bijzonder, welke kennis over en ervaringen met hulpverleningsinstanties er aanwezig is in die omgeving. Voor de zorgverstreker betekent dit dat men ondermeer een beeld poogt te krijgen van de opvattingen omtrent armoede die leven in diens professionele en niet-professionele netwerk, over de waarden en normen die leven binnen dit netwerk.

Naast het in kaart brengen van de huidige invloeden vanuit en mogelijkheden vervat in het netwerk moeten de relevante elementen uit het levensverhaal van de betrokkenen in kaart gebracht worden. Dit betekent dat we een zicht proberen te krijgen op de elementen als de eigen gezinsachtergrond, het onderwijs dat de betrokkenen genoten, ... . Een beter zicht op dit levensverhaal zal het denken en handelen van mensen in generatiearmoede begrijpelijker maken voor anderen.

Op mesoniveau onderscheiden we ook nog de professionele zorg. Vanuit het perspectief van de arme moeten we de vraag stellen of deze professionele zorg op het vlak van gezondheid en pre-, peri- en postnatale zorg in voldoende mate aanwezig en toegankelijk is. Vanuit het perspectief van de zorgverstreker impliceert dit dat men vragen stelt naar de mate waarin de professionele zorg afgestemd is op specifieke doelgroepen, naar de dagelijkse werking van deze zorgverlenende organisaties, naar de beroepsprofielen en taakinvingingen van zorgverstrekkers, ... . Daarnaast onderscheiden we hier ook de bijzondere zorg. Onder deze term rangschikken we alle niet door medische of paramedische professionelen verstrekte gezondheidszorg. Dit gaat dan van volkswijsheden over alternatieve geneeskunde tot magische rituelen. We moeten pogen om een zicht te krijgen op de mate waarin deze zorg aanwezig is in de omgeving en leefwereld van de betrokkenen en hoe men omgaat met deze vormen van zorg.

Op macroniveau onderscheiden we tevens een aantal elementen die het bredere kader vormen waarbinnen onze interactie, in casu onze zorgrelatie, vorm zal krijgen. Deze elementen zijn hier geen voorwerp van onderzoek maar vormen de achtergrond waartegen onze onderzoeksbevindingen bekeken moeten worden. In eerste instantie wijzen we op het belang van de sociaal-economische context. We gebruiken de term sociaal-economisch omdat we meer dan enkel de economische ontwikkelingen bekijken. Met sociaal-economische context doelen we dus ook op de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, op het arbeidsmarktbeleid en het doelgroepenbeleid op dit terrein, op de combinatie arbeid en gezin en het beleid terzake en op de sociale economie. Arbeid vervult een centrale rol in onze samenleving; het al dan niet toegang hebben tot de arbeidsmarkt heeft dan ook belangrijke gevolgen voor de inkomensverwerving, levensstijl, maatschappelijke participatie, gezondheid, zelfbeeld en wereldbeeld van mensen.

Daarnaast onderscheiden we de sociaal-culturele context. Hiermee bedoelen we de waarden, normen en ideeën die gelden binnen de brede maatschappelijke context, binnen bepaalde maatschappelijke terreinen (zoals de gezondheidszorg) of binnen maatschappelijke subpopulaties (allochtonen, armen). Het is bijvoorbeeld mogelijk dat bepaalde opvattingen die gelden binnen de bredere maatschappelijke context of binnen de gezondheidszorg leiden tot conflicten met subpopulaties. Daarnaast is het ook belangrijk om een zicht te hebben op de bredere sociaal-culturele context omdat deze ook het draagvlak vormt voor het politiek beleid. De wijze waarop grote groepen in de samenleving denken over bijvoorbeeld armoede bepaalt mede het draagvlak voor een armoedebeleid. Waarden en normen komen ook tot stand vanuit het secundaire socialisatieproces dat individuen doormaken in het onderwijs. Het onderwijsniveau, de aard van het genoten onderwijs en de toegang tot onderwijs zijn dus ook essentiële elementen van de sociaal-culturele context.

Tot slot onderscheiden we nog de medisch-sociale context. Met deze term wijzen we op de organisatie van onze gezondheidszorg en van de pre-, peri- en postnatale zorg, op het gezondheidszorgbeleid dat gevoerd wordt en op de toekomstige ontwikkelingen op dit terrein. Het is van belang om op te merken dat deze drie onderscheiden contexten niet losstaan van elkaar maar elkaar ook wederzijds beïnvloeden.

De focus van ons onderzoek ligt op de ontmoeting tussen de gezondheidswerker binnen de pre-, peri- en postnatale zorg en de generatiearme. We moeten hier in eerste instantie opmerken dat we deze ontmoeting niet rechtstreeks kunnen onderzoeken in deze studie. Om een beeld te krijgen op wat er gebeurt in deze interactie zullen we terugvallen op de verhalen die de betrokken partijen hierover vertellen. Uit het voorgaande blijkt ook duidelijk dat deze interactie bekeken moet worden binnen zijn context. Maar niet elk contextueel element dat hier werd opgesomd maakt op een directe wijze voorwerp van onderzoek uit binnen deze studie. Zo worden de relevante elementen op macroniveau in kaart gebracht in de literatuurstudie; het is in het kader van dit onderzoek immers niet de bedoeling om bijvoorbeeld bestaand attitudeonderzoek over te doen.

Onderzoek doen naar het ontmoeten van deze partijen impliceert wel duidelijk dat we de twee perspectieven in kaart brengen. In ons onderzoeksopzet gaat dan ook heel wat aandacht uit naar de positie van de zorgverstrekkers. Toch leggen we een zwaarder accent op de positie van de arme. Dit doen we in eerste instantie omdat er nood is aan een beter begrip van deze positie om te komen tot een vruchtbaardere zorgverstrekking. Een tweede reden om dit accent te leggen is het grote verschil in mogelijkheden en macht. De groep van armen beschikt over minder mogelijkheden om de eigen positie te verduidelijken en heeft dus minder macht om de hulpverlening te sturen in de richting van de eigen noden. Wat we aan bevindingen verzamelen over de positie van armen in deze interactie, confronteren we met bevindingen over de positie van verschillende groepen gezondheidswerkers om dan uiteindelijk te komen tot een synthese die aanleiding kan geven tot een beter afgestemde zorgverstrekking.

Deze verdere situering en afbakening leidt tot het formuleren van de volgende deelvragen die we willen beantwoorden in dit onderzoek:

*Wat melden armen en zorgverstrekkers over de inhoud (weten, ervaren en handelen) van hun interacties met betrekking tot de pre-, peri- en postnatale zorg?*

*Op welke wijze geven factoren op niveau van het individu (kennis, ervaring, beleving) vorm aan deze interactie?*

*Hoe beïnvloeden het huidige netwerk en de vroegere ervaringen van de arme diens positie in de zorgrelatie?*

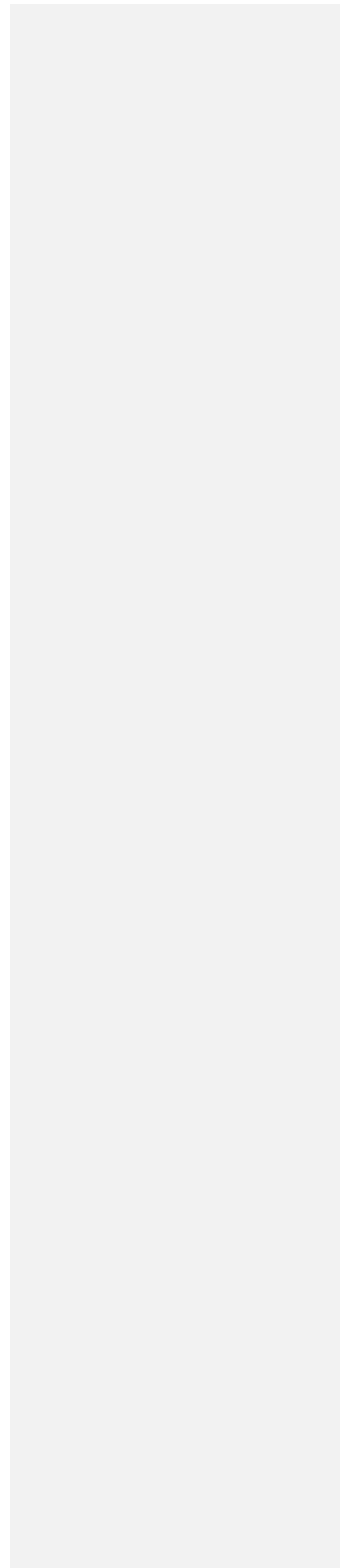
*In hoeverre hebben armen toegang tot professionele en bijzondere zorg? Welke ervaringen hebben ze met deze vormen van zorg en hoe beïnvloedt dit hen in de zorgrelatie?*

*Hoe beïnvloeden de netwerken van de zorgverstrekkers de zorgrelatie met de arme?*

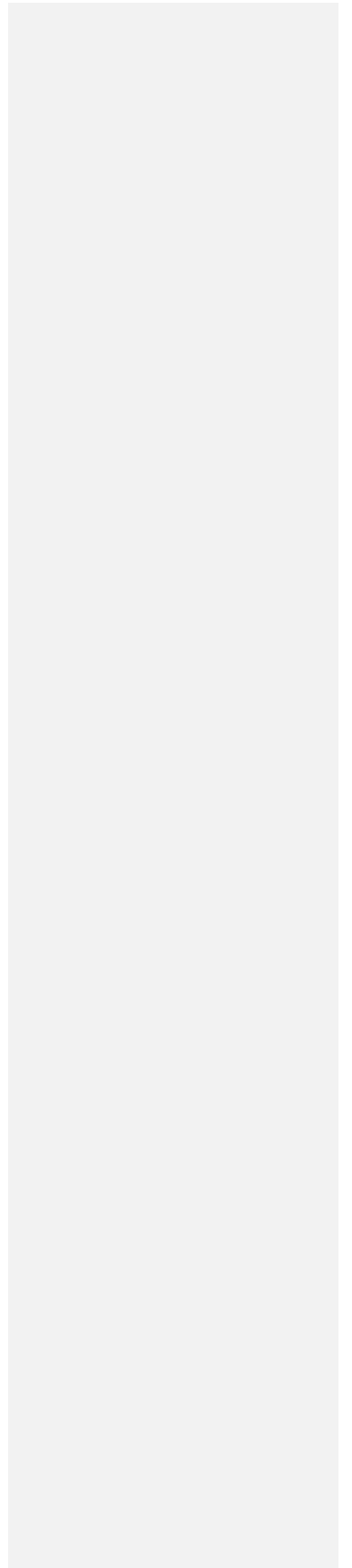
*Welke factoren op het niveau van de professionele zorg sturen de interactie die de zorgverstrekker aangaat met de arme? Zijn er factoren op het niveau van de bijzondere zorg die de zorgverstrekker sturen in zijn interactie?*

---

## 2 Methodologie



### 3. Onderzoeksresultaten



## Inhoudstafel

1.	INLEIDING	
2.	KENMERKEN ARMOEDE	
<b>2.1</b>	<b>MATERIËLE CONDITIES</b>	<b>105</b>
<b>2.2</b>	<b>SCHULDMODELLEN</b>	<b>112</b>
2.2.1	INDIVIDUEEL SCHULDMODEL	112
2.2.2	INDIVIDUEEL ONGEVALMODEL	113
2.2.3	INSTITUTIONEEL ONGEVALMODEL	114
2.2.4	INSTITUTIONEEL SCHULDMODEL	115
2.2.5	MAATSCHAPPELIJK SCHULDMODEL	116
2.2.6	CONCLUSIE	116
<b>2.3</b>	<b>PSYCHOLOGISCH ASPECT</b>	<b>118</b>
2.3.1	PSYCHOLOGISCHE DIMENSIE	118
2.3.2	EMOTIES BIJ ZORG	123
<b>2.4</b>	<b>SOCIALE OMGEVING</b>	<b>125</b>
2.4.1	GEZINSSTRUCTUUR	125
2.4.2	STEUN VAN DE PARTNER	129
2.4.3	OUDER-KIND RELATIE	130
2.4.4	RELATIE MET DE GROOTOUDERS EN FAMILIE	131
2.4.5	REFLECTIES	133
3.	ZORGRELATIE	
<b>3.1</b>	<b>BOUWSTENEN ZORGRELATIE</b>	<b>133</b>
3.1.1	VERTROUWEN	133
3.1.2	COMMUNICATIE	143
3.1.3	REFLECTIES	146
<b>3.2</b>	<b>ZORG</b>	<b>148</b>
3.2.1	AUTONOMIE	148
3.2.2	INFORMATIE	150
3.2.3	MEDISCH HANDELEN	153
3.2.4	VERBLIJF MATERNITEIT	154
3.2.5	FINANCIEEL EN ADMINISTRATIEF ASPECT	155
3.2.6	REFLECTIES	160
3.	SLOTBESCHOUWING	
4.	BIJLAGEN	

---

*"Vroeger hebben we veel meegemaakt en veel problemen gehad, ge wilt dat uw eigen kind niet aandoen. Ge wilt uw kind alles geven en zorgen dat het niet ziek wordt. Ge wilt bewijzen aan de maatschappij van: "zie ne keer, ik kan dat ook hé. Gulder zegt dat wij dat niet kunnen, dat onze kinderen van ons moeten afgepakt worden." En wij willen ons bewijzen aan de maatschappij van: "Zeg, zie ne keer. Wij kunnen dat hier wel". "*  
*(Kimberley)*

---



## - . Kenmerken armoede

### 2.1 MATERIËLE CONDITIES

Kansarmoede laat zich op verschillende domeinen voelen. Het treft zowel de persoonlijkheid en het gedrag van de kansarme, als ook zijn wijze van bestaan op het gebied van huisvesting, het hebben van werk, voeding enz...

In onderstaande uiteenzetting wordt uitvoerig ingegaan op de materiële condities die eigen en kenmerkend zijn voor kansarmen. Telkens wordt de visie van de kansarme belicht, waarop de kijk op de problematiek van de zorgverstrekker volgt.

#### **Armen**

Kansarmen hebben het gevoel dat ze hun financiële beperkingen altijd met zich zullen meenemen: "financiële zorgen zijn zorgen van vroeger, van vandaag en van morgen". Hoewel sommige menen dat ze niet zo behendig zijn in het omgaan met geld, gaan anderen wel berekend met hun centen om<sup>23</sup>. Men probeert het weg te steken, maar het is zo te voelen. Kansarmen die vroeger wel zonder problemen in hun onderhoud konden voorzien, prefereren nu "een gezonde relatie met hun partner" boven het hebben van geld. Hoewel ze zeker niet ontkennen dat wat meer geld ook wel de zaken wat aangenamer zou maken.

In de meeste kansarme gezinnen tracht één iemand te gaan werken om op die manier een inkomen te verwerven. De andere partner ontvangt een werkloosheidsuitkering of een leefloon dat kan variëren van 300 € tot 700 €. Het samenwonen met de partner geniet de voorkeur, o.m. omdat dit de gezamenlijke kosten sterk vermindert, waardoor er meer geld overblijft om aan andere zaken te spenderen.

Het al dan niet uit huis gaan werken hangt deels af van de financiële noodzaak (bv. kort na zwangerschap terug gaan werken) of de gezondheid van de kansarme. Niet iedereen heeft echter gelijke kansen op werkzekerheid. Een wankele gezondheid laat het niet steeds toe om fysieke arbeid te verrichten. De kansarmen die geen werk hebben, vinden wel dat dit hen vereenzaamt of dat dit soms spanningen geeft met de partner, omdat ze steeds samen zijn.

*Interviewer: "En als gij nu terug gaat werken, hebt gij dan toestemming van den dokter? Uw gezondheid is niet goed."*

*ISABEL: "Nee"*

*Interviewer: "Hij wil uw partner geen toelating geven?"*

*ISABEL: "Nee. Hij mag niet gaan werken van de dokter, hij wil en hij kan het maar het probleem is, hij werkt een uur of twee en hij heeft pijn."*

*MARKO (partner): "Ja, maar ik wil nog genezen hé. Zolang ik niet genezen ben, kan ik mij niet inschrijven bij de VDAB."*

Het niet vinden van een passende job of het niet geïnteresseerd zijn in een job, heeft voor een groot deel ook te maken met het gebrek aan opleiding. Meestal wordt de middelbare opleiding vroegtijdig stopgezet uit desinteresse/gebrek aan motivering, druk van de ouders, een zwangerschap, gebrek aan opvang voor de kinderen of uit financiële redenen doordat de studies te zwaar zijn (voor de ouders) om te bekostigen. Sommigen hebben spijt dat ze hun opleiding hebben opgegeven<sup>24</sup>, o.m. omdat men hierdoor het recht verliest op een uitkering. Langs de andere kant het starten met een opleiding kan financieel zwaar worden,

<sup>23</sup> Bijvoorbeeld het maandelijks forfait voor elektriciteit verhogen van 60 naar 100 €, om geen te hoge opleg te moeten betalen op het einde van het berekeningsjaar.

<sup>24</sup> Een kansarme vrouw die meteen na het stopzetten van haar studies als kapster, is beginnen werken heeft daar nu spijt van. Had ze eerst gestempeld vooraleer ze was beginnen werken, dan had ze het volledige stempelgeld bekomen. Als men nl. 1 jaar onder het OCMW-statuut blijft, dan hebben ze recht op stempelgeld, afhankelijk van de doorlopen wachttijd en hun leeftijd.

doordat men het kindergeld en ook nog andere budgettaire voordelen verliest. Kansarmen hebben vaak geen correct beeld van de structuur en de inhoud van het onderwijs. Er wordt herhaaldelijk veranderd van school en opleiding. De meeste kansarmen hebben een beroeps- of technische opleiding genoten<sup>25</sup>. Aanvullend onderwijs kan bestaan uit avondschool of 4<sup>de</sup> graadsonderwijs zoals kinderverzorgster, verpleegkunde A2<sup>26</sup>, bejaardenhelpster of kapster. Ook de kinderen van de kansarmen zitten in hetzelfde opleidingsniveau<sup>27</sup>.

*Interviewer: "En waar heb jij op school gezeten?"*

*REGGIE: "Euhm, overal een beetje."*

*KARLA(partner) : "Heb je een uurtje tijd?"*

*REGGIE: "Ik heb in Aalst gezeten, in Wetteren, in Brugge en in ..."*

Ook het hebben van een strafblad verlaagt de kansen om een passende baan te vinden. Sommigen menen echter dat er werk genoeg is voor wie wil werken en weten perfect waar ze het moeten gaan zoeken. De tewerkstellingsplaatsen van kansarmen kunnen gaan van interim-arbeid, de vuilnisomhaling, klein huishoudelijk werk, klusjes opknappen, kranten/folders plooiën en rondragen, ploegwerk, horeca, poetswerk (ev. dienstencheques), fabriekswerk in een ploegsysteem, een begrafenisondernemer, een natuursteenbedrijf enz.....

Toch komen kansarmen soms terecht in de criminaliteit bv. drugs verkopen, de prostitutie of gaan ze werken in het zwart. Wat zwart werken betreft, kansarmen zijn zich wel bewust van de strenge controles van de inspecteurs van het RVA. Ze weten dat ze door zwartwerk hun werkloosheidsuitkering kunnen verliezen.

Vele kansarmen zitten echter zonder baan en leven van een werkloosheidsuitkering of een leefloon. De kloof tussen een loon en een uitkering als men thuis blijft, vinden kansarmen te klein, hoewel sommige wel de terugval van een loon naar een uitkering heel pijnlijk en moeilijk te overbruggen vinden. Vele vragen zich af waarom ze de voordelen van een uitkering zouden opgeven voor een baan, onder meer om bij hun kinderen te kunnen zijn.

De afweging tussen thuis voor de kinderen zorgen of ze naar een crèche laten gaan en uit werken gaan is niet gemakkelijk. Sommige menen dat het gaan werken om de crèche te kunnen betalen niet opweegt tegen de 4 €/halve dag dat ze krijgen van de VDAB om voor hun kinderen te zorgen. Indien kansarmen ervoor kiezen en erin slagen buitenhuis te gaan werken, hebben ze bepaalde voorkeuren, gezien het feit dat ze hun kinderen als prioriteit zien. Sommigen kiezen voor een fulltime job voor de man en een parttime job voor de vrouw, zodat de vrouw het huishouden en de zorg voor de kinderen op zich kan nemen. Anderen sluiten weekendwerk daarom uit of aanvaarden geen interim-werk korter dan een maand. Ze vinden bij hun kinderen zijn belangrijker dan het hebben van een baan. Uit gaan werken betekent het betalen van opvang voor de kinderen en het hebben van vervoerskosten, hetgeen niet kan gedragen worden door het vaak krappe budget. Vaak hebben ze ook niet de middelen bijvoorbeeld een auto om hun kinderen te brengen of kunnen ze de vervoerskosten niet aan. Speelpleinwerking is ook te duur en geeft hetzelfde probleem qua transport. De combinatie kinderen af en toe naar de dagopvang of naar school en deeltijds werken lijkt hen wel haalbaar. Het opvoeden van de kinderen van je partner naast je eigen kinderen is niet gemakkelijk, zowel uit financieel oogpunt als uit praktische overwegingen.

De geboortepremie, het kindergeld<sup>28</sup> en eventueel de alimentatie komt in de realiteit vaak neer op een soort van overbruggingsgeld. Diegene die alimentatie dient te betalen, (meestal) de vader, laat het vaak afweten, met alle gevolgen van dien. De opvoedende

<sup>25</sup> Opleidingen in de bouw, snit en naad en horeca.

<sup>26</sup> Een kansarme jonge vrouw wil voor A2-verpleegkundige studeren via de VDAB, omdat dit een knelpunt beroep is en dat dit haar op korte termijn geld zal opbrengen. Ze gaat voorlopig niet werken om haar wachttijd te bekomen op zich te kunnen inschrijven voor de VDAB-opleiding.

<sup>27</sup> Onderwijs type 2, BO, BUSO? DBSO? BSO en TSO

<sup>28</sup> Als men 6 maanden werkloos is krijgt men per kind een supplement op het basisbedrag van kindergeld. Voor een eerste kindje is dit 40 € bovenop de 86 € die men normaal krijgt. Zie voor meer informatie <http://www.encare.be/kinderbijslag/index.htm>

ouder dient nog meer inspanningen te leveren om haar kinderen en zichzelf te kunnen onderhouden en het doet de armoedesituatie alleen maar stijgen.

Kansarmen zijn ervan overtuigd dat het opvoeden van een kind een dure aangelegenheid is. Menig zaken dienen aangekocht te worden, zoals een wiegje, kleren, flesjes, een maxi-cosi enz..... Ze verkiezen nieuw materiaal boven op tweedehands materiaal. Vooral de aankoop van flesvoeding is heel duur, waardoor er soms noodgedwongen op aanraden van de grootouders, wordt overgeschakeld op maïzenapap. Ook de dokterskosten voor een ziek kind kunnen hoog oplopen. Het al dan niet houden van een baby wordt daarom ook beïnvloed door de financiële draagkracht van het gezin.

Aangezien het welzijn van de kinderen belangrijk is voor de kansarmen, vormt de verblijfsregeling voor de kinderen het grootste juridische geschilpunt is tussen ex-partners. De discussie doet zich vooral voor als de ene ouder een nieuwe partner heeft, die de ex-partner niet geschikt vindt of als de ex-partner verslaafd is. Het co-ouderschap wordt niet steeds nageleefd en vaak wordt de alimentatie niet betaald. Via de wetswinkel kan de bijstand van een pro deo advocaat worden ingeroepen.

Kansarmen die hun uitgaven niet meer kunnen afstemmen op hun inkomsten, creëren schulden. Ook geraken ze soms in de schulden door hun partner te willen beschermen<sup>29</sup> of bedrogen te worden bij het opstarten van een zaak. Een materiële vergissing van de overheid bij het uitbetalen van een uitkering, kan kansarmen duur komen te staan en aanleiding geven tot het ontstaan van een schuld. Eerst dient namelijk het integrale bedrag teruggestort te worden (is meestal niet meer voor handen), vooraleer dat de kansarme het correcte bedrag bekommt.

De schulden situeren zich o.m. in onbetaalde energiefacturen, achterstallige huishuur en de verzekering/taksen voor de auto die onbetaald blijven. Een groot deel van de financiële middelen wordt namelijk besteed aan huishuur (bv. 375 €), de energiefactuur (bv. 150 € voor water, elektriciteit en gas), maar ook multimedia zoals een GSM en een computer.

Door hun reeds precaire situatie valt het aflossen van deze schulden heel zwaar. Soms wordt een toevlucht gezocht in werken in het zwart of in de prostitutie. Soms wordt geleend bij de (groot) ouders of hopen ze op een erfenis om de schulden te voldoen. Anderen gaan weloverwogen in schuldbemiddeling, budgetbeheer via het OCMW of de WIP of collectieve schuldenregeling via een advocaat. Anderen die dergelijke systemen opgelegd krijgen, bestempelen dit niet als positief, o.m. door het verlies aan autonomie. Kansarmen menen bovendien dat ze door advocaten en gerechtsdeurwaarders streng en soms onvriendelijk worden behandeld: "Advocaten die pakken echt alles". Het moment dat de collectieve schuldenregeling begint en het budget dus heel begrensd wordt (bv. 60 € per week), is een bangelijk moment voor de kansarmen.

*KARLA: "Maar als we van die schulden vanaf zijn, dan gaat het sowieso al gemakkelijker zijn."*

*REGGIE (partner): "Als we van die schulden vanaf zijn en ik werk, dan gaan we kijken voor een auto en een huis te kopen."*

Het feit dat er meestal geen twee volwaardige inkomens binnen het gezin zijn en er vaak schulden nog af te lossen zijn, brengt besparingsmaatregelen, zoals kaarsen branden voor het hebben van licht, slechts 1 vuur in huis aansteken, het openbaar vervoer gebruiken om geen benzine te verbruiken of het rijden met een brommer i.p.v. een auto enz.... en verschillende budgettaire beperkingen met zich mee. Deze laten zich voelen op het gebied van huisvesting, voeding en opvoeding van de kinderen.

*VALERIE: "Ik denk dat het leven te duur is geworden en...ja het loon is ook laag hé.. als ge beziet wat dat ge je met één loon kan doen maandelijks."*

*VALERIE: "Dan hebt ge niet zoveel meer over hé."*

*VALERIE: "Bijvoorbeeld een inkomen van veertig-vijftig duizend frank per maand en we betalen daarmee de elektriciteit en de huishuur. Wat hebben we dan nog over? Als ge ziet naar de inkopen die we doen hoe duur dat het is."*

*I1: ja*

<sup>29</sup> Bijvoorbeeld door het aankopen van goederen op hun naam en de partner slaat op de vlucht met de goederen.

*VALERIE: Dan moet je toch in ieder geval met twee zijn*

Het krappe budget ten gevolge van een gebrek aan inkomen, laat zich het meest voelen bij het vinden van een geschikte woonst. De huizen zijn vaak in slechte staat en daarom gaan velen koortsachtig op zoek naar een beter huis, waardoor er veel verhuisd wordt. De opzegging van de oude huurovereenkomst levert nog al eens problemen op. Als de verhuurder bijvoorbeeld de waarborg inhoudt, krimpt het budget voor een nieuwe woonst al sterk in. Menig maal wordt gestoten op huisjesmelkers die enkel uit zijn op winstbejag en geen degelijke woonst aanbieden. Eén van de grootste problemen in de huizen van kansarmen is vocht. Ten gevolge hiervan staat er schimmel op de muren en is het er vrij ongezond leven. Er zijn ook vaak hele dunne muren en vaak enkele beglazing aanwezig, waardoor een ruzie van de burens of straatlawaai zich precies voordoet in hun woonkamer. Het gebrek aan isolatie geeft ook aanleiding tot torenhoge energierekeningen. De woningen zijn vrij klein waardoor de bewoners dicht op elkaar leven en er weinig beruimte is.

*NIGEL: Ja, mijn broer zit nu in een noodwoning.*

*FIONA: Het werd ook onbewoonbaar verklaard. Wij wilden het Co-gehalte laten meten omdat we ook met een gasvuur zaten daar op Godshuishammeke. Uiteindelijk werd er een klacht ingediend. De huisbaas is dat dan te weten gekomen en eerst gaf hij ons drie dagen voor weg te gaan, waarop wij zeiden: "Je kan ons niet op 3 dagen buitensmijten, wij kunnen nooit iets vinden in die tijd". Men moet een beetje redelijk zijn ook. Uiteindelijk hebben we een maand gekregen om iets nieuw te zoeken.*

*NIGEL: Het is zijn verdiende loon. Zakkenvullen, dat kon hij de huisbaas.*

*FIONA: We hebben dan uiteindelijk een huis gevonden.*

Gelet op het feit dat de kwaliteit van de huizen in de lagere prijsklasse vaak te wensen overlaat, verloopt het op zoek gaan naar een betere, ruimere woning niet altijd van een leien dakje. Vooreerst stelt het probleem zich van de hoge huurprijzen, die van 350 € tot 550 € kunnen variëren (zeker in Gent). Ten tweede dient telkens een waarborg opgehoest te worden, die meestal 2 à 3 maand huur bedraagt. Om de waarborg bijeen te krijgen wordt vaak een beroep gedaan op familie, vrienden of het OCMW. Af en toe worden ze bovendien geconfronteerd met elektriciteitsrekeningen van vorige huurders, die op hun verhaald worden. Het gebeurt dat het OCMW hen een woning aanbiedt. Deze woning valt bij de kansarmen niet altijd in de smaak. Toch is de keuze vlug gemaakt als het alternatief een vluchthuis, een "noodwoning" of de straat is. Vele kansarmen zijn wel op de hoogte van de tegemoetkomingen die men van de overheid kan krijgen, bijvoorbeeld een huursubsidie, maar aan de voorwaarden voldoen is niet altijd zo evident<sup>30</sup>. Het inschrijven op de lijst voor een sociale woning is vaak de regel. Maar deze lijst is vrij lang, met wachttijden tot gevolg. Het hebben van een goede woonst is voor kansarmen echter zeer belangrijk, opnieuw vanuit hun prioritaire bezorgdheid voor het welzijn van hun kinderen. Ze willen dat hun kinderen opgroeien in een gezonde woning in een "goed milieu", waar een goede mentaliteit heerst. Vele kansarmen wensen een ruime woning met liefst een garage en een tuintje zodanig dat de kinderen buiten kunnen spelen. Zowel de dorpsfeer als de stad bevalt hen. Het voordeel van meer op de buiten te wonen is dat kinderen vrij kunnen spelen en dat er minder lawaaihinder is.

Ondanks de vele problemen zien sommigen de toekomst wel rooskleurig in en menen ze later wel een eigen woning te verwerven, eventueel een sociale woning of willen ze lenen aan een zeer voordelig tarief voor het kopen van een huis.

Het financiële aspect van hun leven beïnvloedt ook de eetgewoontes. Er wordt niet altijd geserveerd waarin men op dat moment zin in heeft. Een pakje friet moet al eens plaats maken voor een simpele boterham. Een moeder zal bovendien gemakkelijk die boterham afstaan aan haar kinderen, hoewel ze zelf heel goed die boterham kan gebruiken.

Kansarmen doen dan ook vaak beroep op voedselpakketten bij de voedselbank. Deze pakketten bevatten veel blik en weinig vlees en vis, hierin kunnen ze niet kieskeurig zijn. Als men vlees wil, moet men een vleespakket, een colli van 10 kilo kopen. Een grote

30 Om een huurpremie te bekomen dient de woning aan specifieke technische voorwaarden te voldoen, zijn er inkomensgrenzen bepaald en mag de huur niet meer bedragen dan 372 € of 446€ met 3 kinderen. De maximale inkomensgrens ligt vast op 14.550 € en per kind mag men 1300 € bij dit bedrag tellen. <http://www1.premiezoeker.be/overzicht.cgi?premie=283>

hoeveelheid is niet altijd gemakkelijk gelet op het feit dat kansarmen vaak geen diepvries hebben, waarin ze dat voedsel kunnen bewaren. Het gebeurt dat er weken geleefd wordt op het eten van de voedselpakketten. Ook wordt er meermaals per dag brood gegeten in plaats van een warme maaltijd.

*“Ik had een diepvries en in de grote bak had ik er juist vlees in gestoken. Iedere week kreeg ik mijn leefgeld en kreeg ik dan extra geld om mijn vleespakketten te gaan halen, een colli hé. En ik had dat er juist ingestoken, toch opeens mijn diepvries het begaf. Ik heb dan van oktober tot nu van het weekend zonder diepvries gezeten en dan is dat wel moeilijk met 120 euro in de week. Ik heb nu weer een vleescolli en dat is heel gemakkelijk want je moet niet meer altijd van uw leefgeld aan vlees gaan spenderen.” (Kimberley)*

*“Ik zou dan liever mijn boterham laten liggen eigenlijk voor mijn kinderen en mijn partner, hoewel ik die boterham ook goed kan gebruiken.” (Isabel)*

De meeste kansarmen gaan naar de Aldi of de plaatselijke markt om hun inkopen te doen, hoewel er ook in de Colruyt, de GB en de Delhaize boodschappen worden gedaan. Sommigen zijn niet te kieskeurig wat voeding betreft, anderen houden het op de aankoop van biologische groenten. De aankoop van vlees is duur en wordt beperkt.

Hierna zal blijken dat zorgverstrekkers er vaak een genuanceerde visie op na houden inzake de capaciteit van kansarmen om met geld om te gaan. Deze gebrekkige capaciteit heeft zijn gevolg op het gebied van tewerkstelling en huisvesting.

### **Zorgverstrekkers**

Volgens zorgverstrekkers kunnen kansarmen moeilijk budgetteren, ze menen dat hun prioriteiten zich op andere vlakken situeren. Hierdoor hebben ze vele financiële zorgen in de zin van: “Hoe ga ik vandaag de eindjes aan elkaar knopen?”. Zorgverstrekkers geven aan dat er in de maatschappij veel vooroordelen hieromtrent bestaan, maar dat zij zelf moeilijk kunnen inschatten wat het betekent om met zo weinig mogelijkheden te moeten overleven en welke strategieën ze daarvoor nodig hebben.

De vooroordelen zorgen ervoor dat mensen de situatie van de kansarmen moeilijk begrijpen en soms flink gefrustreerd geraken. Waarom besteden kansarmen geld aan luxeproducten of aan “nutteloze dingen” zoals stapels video’s, grote honden, GSM, televisie, DVD’s.... . Ze begrijpen niet dat ze uitsparen op gezonde voeding, maar dan weer meer roken. Met de geboorte van hun kind komen ze graag naar buiten met mooie doopsuiker waar voor hen geen prijs op staat. Ze spiegelen zich vaak naar het gangbare maatschappijbeeld dat door de media naar voor wordt geschoven.

Sommige zorgverstrekkers menen wel dat zij hierover niet kunnen oordelen, omdat kansarmen in een aparte wereld leven, waar ze zich eigenlijk goed voelen. Hoewel dit voor hen impulsieve keuzes lijken, is dit voor de kansarme een logische redenering. Als een kind dringend naar het ziekenhuis moet, is op dat moment een ambulance goedkoper, omdat ze de taxi niet kunnen betalen. Nadien volgt een veel grotere kost, maar dat is een probleem voor later.<sup>31</sup> Met andere woorden, opnieuw duikt het tijdsaspect op, kansarmen denken niet op lange termijn en dit heeft ook een invloed op hun budgetteren: “Vandaag telt, morgen zien we wel weer”.

De zorgverstrekkers stellen dat het moeilijk kunnen budgetteren ervoor zorgt dat de kansarmoede zichzelf in stand blijft houden. Kansarmen willen soms geen hulp en laten zich niet begeleiden, waardoor hun situatie ongemoeid blijft. Budgetbegeleiding via het OCMW heeft een hoge drempel (budget volledig uit handen geven), waardoor het moeilijk is om alle kansarmen te bereiken, wat ook bevestigd wordt door de kansarmen zelf (supra). Het gevolg hiervan is het creëren van schulden. Deze zijn volgens de zorgverstrekkers meestal ontstaan uit slechte tijden van het verleden, een gevangenisstraf, een invaliditeit met extra medische kosten waarop men niet gerekend heeft. Eens ze deze hebben zitten ze in een

<sup>31</sup> Ander voorbeeld: Om hun hongergevoel te stillen geven ze voorrang aan een snelle hamburger i.p.v. gezonde voeding; Er is op korte termijn geen geld voor anticonceptie, met als gevolg dat er een inzamelactie wordt gehouden om een abortus in het buitenland te financieren.

spiraal waar ze niet meer uit geraken, desondanks het feit dat ze nu wel meer verantwoordelijkheid opnemen. Zorgverstrekkers merken bij kansarmen vaak openstaande rekeningen op. Meestal zijn dit de signalen waardoor duidelijk wordt dat mensen kansarm zijn.

Volgens de zorgverstrekkers is de grootste oorzaak van het gebrek aan financiële middelen, de werkloosheid bij kansarmen. Zorgverstrekkers uit de tweede lijn expliciteren hierbij 'echte' kansarmen als armen die geen werk hebben. De reden van de werkloosheid is volgens de zorgverstrekkers nooit aan goed werk geraakt zijn of het kwijtraken, vaak door eigen gedrag bv. zich niet kunnen verbinden aan een strikt tijdschema. Anderen geven aan dat kansarmen (o.m. zwangere vrouwen) soms niet willen werken en dat ze profiteren van de mutualiteit<sup>32</sup>. In dat geval proberen ze hen om te praten.

Soms zoeken de zorgverstrekkers samen met hen naar werk of gaan ze met hen naar de VDAB. Er zijn ook zorgverstrekkers die aangeven dat kansarme vaders vaak wel werk hebben, daarom treffen ze hen niet op huisbezoek.

Ook andere factoren worden aangereikt die ervoor zouden zorgen dat armen blijven in kansarmoede steken: een laag IQ, soms een mentale handicap<sup>33</sup>, een gebrekkige/geen opleiding, psychiatrische problemen en een ontwikkeld verdedigingsmechanisme steken. Sommige zorgverstrekkers benadrukken dat kansarmen dezelfde goede intenties hebben dan anderen, maar over minder kennis beschikken o.m. doordat ze moeilijk bijleren. Ze gedragen zich niet volgens hun leeftijd, ze worden niet wijs. Ze hebben weinig kennis (inzicht) van gezond gedrag en som zijn ze analfabeet, wat de communicatie niet stimuleert. Er wordt eveneens geopperd dat er meer redenen zijn dan het gebrek aan vaardigheden om te budgetteren om te besluiten tot kansarmoede. Met andere woorden, er zijn meerdere factoren die tot kansarmoede leiden. Het ligt niet enkel aan de vaardigheid om te kunnen omgaan met geld.

*"Die blijven toch in die kansarmoede zitten omwille van een beperkt IQ, een beperkte opleiding, dikwijls psychiatrische problemen. Ik denk dat het meestal een combinatie is van die verschillende zaken en waarbij weinig geld hebben cruciaal is, maar waarbij het volgens mij toch niet alleen ligt aan de vaardigheid om het te kunnen." (een huisarts)*

Ondanks het veel thuis zitten, ervaren zij heel wat stress, met medicatiegebruik tot gevolg. Hetgeen hen volgens de zorgverstrekkers ook zorgen baart is hun huisvesting. Ze stellen vast dat kansarmen vaak in een slechte woning wonen, soms is er geen verwarming of stromend water, het is er vuil, er is veel roet of het is er vochtig. Ze leven met velen samen in kleine ruimtes met vaak vele huisdieren en zowel ouders als kinderen zijn vaak onverzorgd. Sommige zorgverstrekkers zullen dan de eerste stap zetten om te kijken voor een huurwoning bij de sociale maatschappij en geven adressen door of nemen zelf contact met hen op. Soms is het afhankelijk van de tijd die een zorgverstrekker heeft of er extra inspanningen gedaan worden om gezinnen aan een betere woning te helpen. Anderen geven aan dat het juist een hele kunst is om zich als verpleegkundige bij je eigen domein te houden en je niet te laten verleiden om andere partners te betrekken voor een probleem als huisvesting. Zorgverstrekkers ervaren dat een slechte woonst de angst voor plaatsing van een kind kan veroorzaken of aanwakkeren, hetgeen ook bevestigd wordt door de kansarmen zelf. Kansarmen verhuizen vaak en centraliseren zich in bepaalde buurten.

Een gebrek aan financiële middelen heeft volgens zorgverstrekkers ook een invloed op de voeding. Zo hebben kansarmen bijvoorbeeld geen geld om poedermelk te kopen en geven

<sup>32</sup> Nuancering: Armen willen zelf voor hun kind zorgen en bovendien dienen bepaalde voorwaarden inzake opleiding en mobiliteit voldaan te zijn om te kunnen gaan werken. Tevens moet er een zeker uithoudingsvermogen zijn.

<sup>33</sup> Eenzijdig vanuit persoonsmislukking, niet vanuit de mislukking van het sociaal netwerk. Kansarmen hebben het zeer moeilijk met het omschreven worden als mentaal gehandicapt en het in een hokje geduwd worden.

<sup>33</sup> Dit kan ook gezien worden als een vorm van copinggedrag.

ze maïzenapapjes<sup>34</sup>. Sommige zorgverstrekkers komen hierbij in conflict met de visie van een organisatie. De voorgeschreven babyvoeding is vaak te duur, en er wordt geen ruimte gelaten voor de kansarme om goedkopere middelen aan te vullen met vitamines.

### **Conclusie**

Zorgverstrekkers en kansarmen zijn het erover eens dat hun lage financiële draagkracht zich op verschillende domeinen laat voelen. Eén van de determinerende factoren voor kansarmoede is ongetwijfeld de werkloosheid. De gezondheid en gebrekkige opleiding van de kansarmen laat het niet altijd toe om arbeid te verrichten. Bovendien leiden de laagst gewaardeerde banen (die zij vaak uitoefenen) tot meer ziek zijn. Hun grootste aandachtspunt is het welzijn van hun kinderen. Het financiële probleem stelt zich tevens bij het vinden van een geschikte huisvesting. Vaak leven kansarmen in vochtige huizen die de gezondheid niet ten goede komen. Hoewel de meeste kansarmen de weg kennen naar vleespakketten, onzeggen sommige moeder zich eten voor hun kinderen en partner. Ze beseffen zeker dat een voldoende inname van vitamines zeer belangrijk is voor de gezondheid. Eens men echter gegrepen is door kansarmoede is het opklimmen heel moeilijk.

De stress door bestendig in geldnood te zijn, angst voor in casso-inning, het niet kunnen aankopen van noodzakelijke voorzieningen, geen reserves en onvoorziene uitgaven maken kansarmen zwak, en leiden ertoe dat ze zich chronisch minder goed voelen. Dit minder goed voelen compenseren ze vaak door 'verkeerde' uitgaven aan lustbevredigingen (drugs, alcohol en tabak).

---

<sup>34</sup> Dit kan ook gezien worden als een vorm van copinggedrag.

---

## 2.2 Schuldmodellen

---

Aan welke factoren wijzen gezondheidswerkers armoede toe? Waarom leven mensen in armoede, wie en wat speelt hierbij een rol? De visie van gezondheidswerkers bepaalt mee de zorg aan kansarmen en ook de zorgrelatie. Daarom komen deze visies in dit onderdeel aan bod. We hebben ons hierbij gebaseerd op het model van Vranken (Vranken et al., 2006)<sup>35</sup>. We bespreken visies die we kunnen ordenen in een individueel schuldmodel, individueel ongevalmodel, institutioneel ongevalmodel, institutioneel schuldmodel en een maatschappelijk schuldmodel. Het maatschappelijk ongevalmodel konden we niet uit de focusgesprekken en interviews afleiden.

We maken een onderscheid tussen respondenten van eerste en tweede lijn. Zowel verpleegkundigen, vroedvrouwen, als artsen behoren tot de twee subgroepen. Deze keuze hebben we gemaakt om een eventueel verschil tussen beide te kunnen opmerken.

### 2.2.1 Individueel schuldmodel

In hoeverre is het individu zelf verantwoordelijk voor kansarmoede? Gezondheidswerkers geven hun visie.

#### Eerste lijn

Eén van de visies bij gezondheidswerkers uit de eerste lijn is dat mensen verantwoordelijk zijn voor hun eigen daden. Het gedrag van kansarmen zelf zorgt ervoor dat ze arm worden, zijn of blijven: ze zijn impulsief en nemen beslissingen die niet goed doordacht zijn. Het is door hun eigen gedrag dat ze ontslagen worden, als ze al een goede baan kunnen krijgen. Een cruciaal punt hierbij is het budgetteren: vaak onderhoudt armoede zichzelf omdat kansarmen niet kunnen budgetteren. Ze spenderen geld aan nutteloze zaken. Bovendien is het omdat ze hulp hiervoor weigeren, dat ze blijven voortknoeien.

Maar niet enkel het gedrag zorgt ervoor dat het individu kansarm is, het gaat in dit model eveneens om een gebrek aan verantwoordelijkheid. Het is door een gebrek aan verantwoordelijkheid dat kansarmen schulden maken en uiteindelijk hiervoor blijven boeten.

“Het probleem is ook dat veel armoede zichzelf onderhoudt, omdat ze absoluut niet kunnen budgetteren, en dat is geen verwijt, het probleem is dat ze dus geen hulp willen en geen budget begeleiden een groot deel en ze blijven dus voortknoeien. Dat is zeker één van de zaken, ze geven dan geld uit aan totaal nutteloze zaken, je ziet dan de video's opgestapeld liggen twee grote honden die dan twee maand nadien weg zijn en dan komt dan weer een ander ...” (een huisarts)

#### Tweede lijn

In de tweede lijn komt het individueel schuldmodel duidelijk naar voor. Net zoals in de eerste lijn is één van de visies dat armoede direct gelieerd is aan het gedrag en de capaciteiten van het individu. Zowel een gebrek aan intelligentie als een gebrek aan discipline verbindt men met verschillende levensdomeinen bij kansarmen: bij voeding, verzorging en leefstijl. Volgens sommige gezondheidswerkers krijgen kansarmen wel kansen, maar verprutsen ze die zelf, door een gebrek aan capaciteiten en energie. Bovendien linkt men armoede niet enkel aan 'het niet kunnen', ook 'het niet willen' speelt een rol. Sommigen trekken zich de situatie niet aan, of zijn niet gemotiveerd en kunnen

---

<sup>35</sup> Een samenvatting van deze modellen is in bijlage toegevoegd.



daarom niet veranderen. Enkel die kansarmen die hun situatie inzien en aanvaarden kunnen ook iets veranderen.

Ook volgens gezondheidswerkers uit de tweede lijn kunnen kansarmen niet budgetteren. Ze kopen reizen met geld dat nog verdiend moet worden, ze kopen sigaretten, dure moderne TV-toestellen, video's, DVD's, camera's, nieuwe auto's en GSM's waarmee ze veel bellen. Dit terwijl ze geen geld hebben om consultaties te betalen of om babykleding te kopen. Ook geld dat afkomstig is van schadevergoedingen, tot 600 000 BEF, geven ze in twee dagen uit. Of ze sparen geld uit voor anticonceptie, maar moeten dan wel een abortus betalen, waarvoor ze bij vrienden moeten bedelen. Kansarmen zijn het volgens gezondheidswerkers gewoon om schulden te hebben, zoals voor 'ons' '€o' een neutrale stand is, is dat bij hen '€-200'. Ook hier speelt naast het 'niet kunnen', het 'niet willen' een rol. Sommige mensen willen begeleiding aannemen, maar anderen vegen er hun voeten aan.

Opvallend is dat gezondheidswerkers uit de tweede lijn zich heel sterk van deze keuzes differentiëren en dat een indringende wij-zij verhouding zich opdringt. Kansarmen kiezen voor de dure TV-toestellen en nieuwe wagens, in plaats van oude toestellen en tweedehands wagens te kopen, zoals gezondheidswerkers zouden doen. "Als wij geen geld hebben om een nieuwe auto te kopen, dan kopen we ons een tweedehands" en "maar ze hebben die moderne TV nodig, ik heb nog een oudere TV".

Kansarmoede zou ook een genetisch aspect hebben: kansarmen worden 'primair' genoemd, enkel behoeften als eten, drinken, vrijen, zou hen interesseren. Men geeft aan dat het heel moeilijk is om uit de cirkel van kansarmoede te geraken, juist omdat het een proces is dat van generatie op generatie wordt doorgegeven.

"Maar ik vraag mij af wat voor TV dat die mensen hebben. Dat is het principe van de mensen en dat zie ik in de praktijk heel vaak. Ze komen op consultatie, ze hebben geen geld, maar ze hebben een heel dure GSM en bellen bellen bellen... Ik stel mij elke keer die vraag ik ga daar nooit iet over zeggen, maar ik hoor wel dat de secretaresse daar soms iets van zegt. En dan denk ik 'die moeten toch ook een rekening krijgen van de telefoonmaatschappij.'" (een gynaecoloog)

## 2.2.2 Individueel ongevalmodel

Niet iedereen denkt in termen van schuld. Toch verbindt men armoede met verschillende factoren die zich ook op individueel niveau situeren, maar die meer 'toevallig' van aard zijn. Een groot verschil is het begrip dat in het vorige model ontbrak.

### **Eerste lijn**

Gezondheidswerkers uit de eerste lijn erkennen dat kansarmen er niet voor kiezen kansarm te zijn. Kansarmoede wordt in stand gehouden door een combinatie van verschillende factoren en wordt van generatie op generatie doorgegeven. Men spreekt over een spiraal en een vicieuze cirkel waar je, eens je erin terecht komt, van je leven niet meer uit geraakt.

Het belang van de opgroeisituatie en de vaardigheden die ze daar hebben meegekregen is voor veel gezondheidswerkers doorslaggevend. Je achtergrond kan je immers niet zomaar opzij zetten. Ook factoren als beperkt IQ, gebrekkige opleiding, psychiatrische problemen, invaliditeit, schulden, onzekerheid, externe locus of control zijn medebepalend voor hun situatie.

De manier waarop kansarmen omgaan met geld, wordt vanuit deze hoek anders bekeken. Vaak begrijpen gezondheidswerkers moeilijk hoe ze met geld omgaan. Toch zien ze in dat deze keuzes voor kansarmen wel logisch zijn, omdat er voor hen op dat moment bijvoorbeeld geen andere opties mogelijk zijn. Het gebrek aan geld is hier juist vaak een bepalende factor, net zoals ze niet geleerd hebben om op lange termijn te denken. Bijvoorbeeld bellen kansarmen een ambulance omdat ze op dat moment geen geld hebben om een taxi te betalen. Dat de kost van de factuur die volgt groter zal zijn, wordt op dat moment niet in overweging genomen.

Kansarmen zitten eigenlijk in een soort aparte wereld, waarin ze zich ook goed voelen. Het zijn vaak crisissituaties die de stroming van hun leven bepalen, waardoor kansarmen in een moeilijke privé-situatie komen en waardoor ze uit het werkveld geraken.

“Maar met een keer dat ze in de invalide wereld zitten of in die schulden, dat is een spiraal waar dat ze dus van hun leven niet meer uit geraken. Er komen dan soms ook terug problemen bij, van alles, maar ja.” (een vroedvrouw)

“Leefomstandigheden, weet ik veel, wat speelt er allemaal mee. Ja de vicieuze cirkel waarin dat ge zit, geen vat te hebben op de dingen, die onzekerheid, die gebrek aan zelfzekerheid en zich daardoor ja ... overleveren aan.” (een huisarts)

### **Tweede lijn**

Gezondheidswerkers in de tweede lijn noemen kansarmoede eveneens ‘multifactorieel’ en ‘complex’. De omstandigheden van die mensen trekken bij wijze van spreken problemen aan. Ook in de tweede lijn wordt het belang van de opgroeisituatie en voorbeeldfunctie van de ouders herkend. Bij kansarmen is deze anders, maar zelf kunnen ze niet weten dat die bij hen verschilt. Als je in kansarmoede geboren wordt, is het heel moeilijk daar nog uit te geraken. De stimulatie (of juist gebrek eraan) van de sociale omgeving en partners krijgen vanuit deze visie eveneens een cruciale rol toebedeeld. Kansarmen zijn geïsoleerd en niet geïntegreerd in de maatschappij. Daarnaast spelen psychiatrische kenmerken, onzekerheid, externe locus of control en een laag IQ ook een grote rol in de kansarmoede. De draagkracht van mensen is eveneens belangrijk. Bij kansarmen groeien problemen snel boven hun hoofd, ze hebben er geen vat op. Of hebben ze het gevoel dat het niks meer uitmaakt en verliezen ze hun motivatie. Ook de werkloosheid veroorzaakt een onzekere situatie waardoor de mensen zaken vanuit een ander perspectief bekijken, zoals tijdsbesef. Als je niet hoeft te leven in een strikt tijdschema, als je veel tijd hebt, ga je hier op een andere manier mee om. Het financiële heeft uiteraard eveneens een belangrijke invloed. Een gebrek aan middelen zorgt er voor dat mensen uitsparen op eten. Niet omdat ze willen, maar omdat ze niet anders kunnen..

“Ik denk gewoon niet kunnen dat ze. Ge ziet ook, ge hebt inderdaad die generatie hebben die van thuis uit al, als hun vader blijft slapen. Ze zijn niet gewoon denk ik zich aan een strikt tijdschema te houden. Ze hebben het waarschijnlijk thuis ook nooit gezien in hun opvoeding. Ook niet geleerd dat ze eigenlijk nooit geleerd zijn.” (een gynaecoloog)

“De mensen zitten een in bepaald patroon, en ik heb daar soms respect voor mensen die er toch uitgeraken of met veel proberen inspanningen met vallen en opstaan, er toch proberen uit te geraken. Dat ge zegt, chapeau hé, ge moet het maar doen met de middelen die je maar hebt. En die dat toch proberen bijscholing te volgen, VDAB enzo, nascholingvormingen enzo. Om daar toch proberen uit te geraken hé. Want het is ontzettend moeilijk hé.” (een gynaecoloog)

## **2.2.3 Institutioneel ongevalmodel**

Instituten zijn vaak niet afgestemd op een kansarm publiek. Zowel gezondheidswerkers uit de eerste als tweede lijn spreken zich hierover uit.

### **Eerste lijn**

In de eerste lijn merkt men dat de zorg niet afgestemd is op kansarmen. Vaak wordt hun moeilijke situatie nog versterkt omdat gezondheidswerkers de neiging hebben de zorg van hen over te nemen. Dit gebeurt meestal uit een gebrek aan vertrouwen in hun mogelijkheden. Soms worden ze niet goed behandeld, waardoor ze hun motivatie verliezen

---

en hun problemen groeien. Het verschil in structuur vormt vaak een belemmering. Zorgverlening balanceert namelijk op een koord van vertrouwen. Dit betekent dat wanneer het vertrouwen van de kansarme gebroken is, instituties op dat moment voor een gesloten deur staan. De zorg geraakt niet meer binnen en het is afwachten. Dat maakt het voor gezondheidswerkers moeilijk, omdat ze op die manier blijven achterna lopen. Ook op andere manieren is zorg niet toegankelijk voor kansarmen. Zo hebben zij nooit een overlegmanier geleerd binnen hun gezin of opleiding, waardoor ze heel moeilijk terecht kunnen in organisaties.

### **Tweede lijn**

De cultuur van kansarmen botst met die van organisaties. Na negatieve ervaringen willen gezondheidswerkers niet meer met kansarmen in zee, omdat ze niet meer geloven in verandering. Terwijl die mensen wel veranderd zijn. Sommige kansarmen worden niet goed behandeld in organisaties, moeten zich aan afspraken houden die voor hen niet lukken, waardoor ze nog meer in problemen geraken. Ze zijn niet meer gemotiveerd om iets te doen. Gezondheidswerkers geven vaak aan dit publiek minder uitleg, omdat ze ervan uitgaan dat ze minder begaafd zijn. Dit terwijl kansarmen deze ondersteuning en bevestiging nodig hebben, meer nog dan anderen.

De huidige consumentenmaatschappij speelt ook een rol. Het beeld dat de media naar voren schuift, beïnvloedt kansarmen. Zij willen zich sterk profileren naar dit ideaalbeeld.

## **2.2.4 Institutioneel schuldmodel**

In dit model trekken gezondheidswerkers hun visie nog een stuk door. Het is door de manier waarop instituties georganiseerd zijn, dat kansarmen structureel worden uitgesloten van het zorgaanbod.

### **Eerste lijn**

Organisaties zijn vaak niet toegankelijk voor kansarmen, zowel in administratief als financieel aspect. Veel kansarmen zijn analfabeet waardoor zij administratief niet 'meekunnen'. Organisaties sturen bovendien brieven die heel moeilijk geschreven zijn. Kansarmen, ook al kunnen ze lezen, begrijpen deze taal niet en de informatie bereikt hen niet. Op financieel gebied is zorg nog steeds duur, zo hebben kansarmen vaak geen vaste huisarts omdat ze die niet kunnen betalen.

"Dan gaan ze beginnen met een moeilijke brief wat ik op zich toch wel al belangrijk vind. Ze kunnen het dikwijls niet lezen, kijk naar de gemiddelde brief die je thuis krijgt, ik vraag me soms af of mensen dat kunnen lezen. Ze smijten dat weg..." (een huisarts)

### **Tweede lijn**

De manier waarop instituties te werk gaan, werkt kansarmoede in de hand, zowel van zorginstanties als andere. Gezondheidswerkers uit de tweede lijn klagen het Visa-systeem aan, alsook andere systemen op afbetalingen. Reizen, TV's en ander materiaal kunnen op afbetaling worden gekocht. Visa wordt steeds meer aangeprezen. Daardoor worden kansarmen nog meer in schulden gejaagd en worden de banken rijk op kosten van de armen.

"Vandaag stond er een artikel in de krant en het ging over de opkomst van de visa kaarten. Maar dat de mensen inderdaad in het rood gaan. En voor de banken is dat een groeipoot om geld te verdienen, omdat ze daar inderdaad 8 tot 12 % rente op betalen. Liefst hebben ze zelfs dat die mensen op het eind van de maand hun schuld niet volledig aflossen, zodat die een beetje in het rood blijven ... Schulden rollen als

het ware continue door op een bankkaart en ja dat is natuurlijk dweilen met de kraan open" (een gynaecoloog)

### 2.2.5 Maatschappelijk schuldmodel

In dit laatste model dat we herkennen, leggen gezondheidswerkers de oorzaak van armoede bij de manier waarop de maatschappij georganiseerd wordt. Kansarmen worden structureel uitgesloten van deelname aan deze maatschappij.

#### Eerste lijn

Volgens gezondheidswerkers uit de eerste lijn doet het beleid geen inspanningen om de kloof tussen arm en rijk te verkleinen. Ook al hebben ze er de mond van vol, in realiteit verandert de situatie niet, integendeel verergert die. Er is een verrechtsing van de politiek, wat ook betekent dat de hulpverlening steeds meer wordt afgebouwd. In de huidige maatschappij is er geen begrip voor kansarmen, er wordt niet geluisterd naar de mensen op de straat en mensen worden slecht behandeld.

" dat is in het algemeen echt een problematiek, het beleid heeft daar de mond van vol maar fundamenteel gebeurt daar niks rond. Ge moet dat gewoon constateren en dat is op alle vlakken; gezondheid, sociaal werk in het algemeen en het verbetert er niet op. Integendeel, ik heb de indruk dat het altijd maar erger wordt. Als ge bijvoorbeeld kijkt naar het beleid van het OCMW, dat wordt altijd maar triestiger..." (een coördinator)

#### Tweede lijn

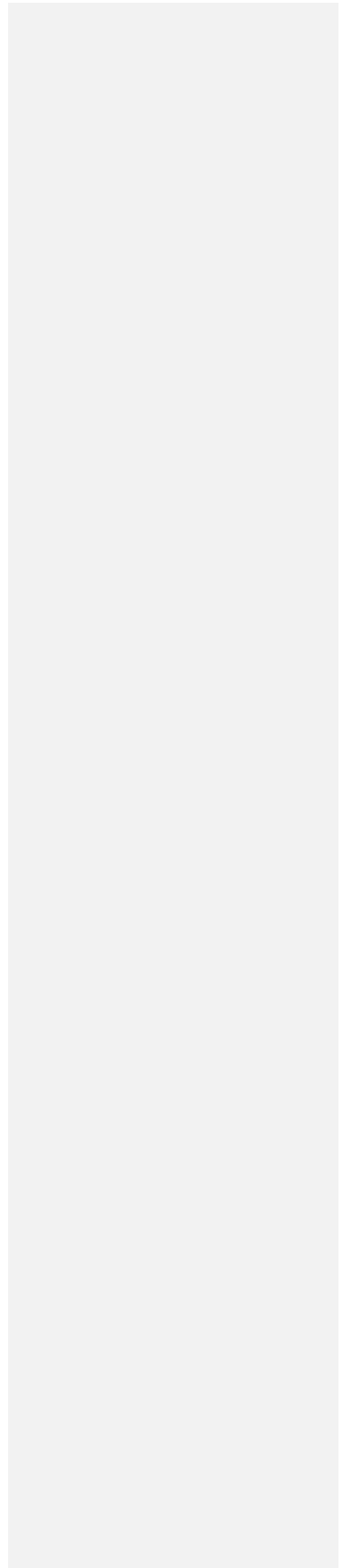
Omdat er geen structurele dialoog is tussen de grote partners in de gezondheidszorg, komt er geen verbetering. Dit ten nadele van kansarmen.

### 2.2.6 Conclusie

De modellen op het individuele niveau zijn zowel bij gezondheidswerkers van de eerste als tweede lijn sterk vertegenwoordigd. Kansarmoede is grotendeels bepaald door factoren van het individu. De eerste lijn maakt hierbij vooral het verband met toevalsfactoren en toont hierbij een redelijke vorm van begrip. Hoewel we bij de tweede lijn eveneens de invloed van de opgroeisituatie, sociale omgeving en gebrekkige mogelijkheden terugvinden, is de toon toch meer verwijtend. De schuld ligt hier vooral bij het individu zelf. Een onderscheid wordt hier gemaakt tussen de deserving en non-deserving poor: zij die het al dan niet willen en/of kunnen veranderen.

Institutionele factoren worden door gezondheidswerkers uit beide subgroepen verwoord. Zowel bij de eerste als tweede lijn geeft men aan dat het niet klikt. De cultuur van kansarmen verschilt zodanig van die van zorgverstrekkers en organisatie dat de zorg verstoord, geweigerd of stopgezet wordt. Niet enkel culturele verschillen, ook organisatorische maatregelen veroorzaken een drempel. In de eerste lijn kaarten gezondheidswerkers het structureel probleem van communicatie aan, alsook de financiële drempel. In de tweede lijn denkt men hier meer aan instanties uit de harde sectoren, die kansarmen steeds meer verleiden om hun schuldenberg te verhogen.

In de visies van gezondheidswerkers komt het maatschappelijk aspect van armoede maar heel beperkt aan bod. Het ongevalmodel wordt niet verwoord. Het is door een blijvend gebrek aan inspanningen van de overheid dat de kloof niet verkleind wordt, volgens de eerste lijn. De verrechtsing van het politieke klimaat draagt hiertoe bij. In de tweede lijn wordt hierbij ook het structurele gebrek aan dialoog tussen de belangrijke partners aan toegevoegd.



---

## 2.3 PSYCHOLOGISCH ASPECT

---

Het psychologische gedrag van kansarmen wordt medebepaald door vooroordelen in de maatschappij, die hen kwetsen en hun zelfvertrouwen indeuken. Het gebrek aan een sociaal vangnet maakt kansarmen nog brozer. Hierna worden deze gevoelens van de kansarmen uitvoerig belicht zowel vanuit de kansarme zelf als vanuit de ervaring van de zorgverstrekker.

In het met zorg omgaan met de kansarme duiken soms enige frustraties of indrukken van machteloosheid op bij de zorgverstrekker. Dit heeft belangrijke implicaties naar de zorgverlening toe. Dit is het voorwerp van het laatste onderdeel van het psychologische aspect bij zorgversterkers.

### 2.3.1 Psychologische dimensie

#### **Armen**

Kansarme (jonge) moeders hebben het gevoel dat ze door zorgverstrekkers niet altijd au serieux worden genomen en met de vinger worden gewezen over hun manier van leven met hun kinderen en partner<sup>36</sup>. Deze kritiek kan hen kwetsen, zeker als ze niet oprecht gebeurt, maar wel achter hun rug. Hierdoor worden ze onzeker en krijgen ze schrik om iets niet goed te doen of om te worden dat uitgelachen. Ze zien dat hun kinderen ook deze angst ervaren en dat ze hiervoor gevoelig zijn.

Het welzijn van de kinderen is voor kansarmen prioriteit. Dit heeft voorrang op alle andere zaken in het leven, zoals arbeid en eigen geestelijk welbevinden. Ze uiten een grote bezorgdheid naar de toekomst toe, bv. voor het financiële aspect, om hun kinderen te blijven onderhouden.

Over de slechte staat van hun huisvesting zijn kansarmen soms beschaamd. Ze gaan bewust de boot afhouden van enige vorm van zorgverlening, uit schrik dat de zorgverstrekkers misschien hun kinderen zullen meenemen, omdat ze dit geen goede leefomgeving vinden voor de kinderen.

Kansarmen kunnen depressieve gevoelens en hysterische reacties uiten die hen aansporen tot suïcidaal denken. Deze gevoelens gaan hand in hand met huilbuien, haaruitval en momenten waarin absolute rust noodzakelijk is. De oorzaken voor deze zwaarmoedigheid zijn naast de typische hormonale veranderingen bij het nemen van anticonceptie en bij een zwangerschap, o.m. het verlies van een baby, de financiële beperkingen, het tijdelijk instaan voor andermans kinderen (omdat hun moeder in dagtherapie zit), er alleen voor staan in het huishouden en de zorg voor de baby of een psychiatrische aandoening zoals anorexia.

Het ondervinden van stress door bijvoorbeeld het te veel willen doen in één keer, een ongelijke behandeling tussen de stiefkinderen en de eigen kinderen bij samengestelde gezinnen, zich zorgen maken over de kinderen of de partner tijdens het verblijf op de materniteit, kan aanleiding geven tot stress. Dit laat zich voelen in de buikstreek door krampen, diarree of weinig eetlust. Kansarmen zijn vaak ook zenuwachtig.

---

<sup>36</sup> Niet alleen zorgverstrekkers komen soms stigmatiserend over, ook in de maatschappij bestaan vooroordelen tegenover (jonge) kansarme moeders. Wanneer een kind bijvoorbeeld van een arme moeder vuile kleren draagt, krijgt het een stempel, komt dit kind uit een modaal gezin, dan concludeert men dat het kind goed gespeeld heeft.

---

Kansarmen vaak hebben vaak niemand om op terug te vallen om o.m. deze gevoelens met hen te delen, er zijn geen steunfiguren bv. een moeder in hun leven aanwezig. Kenmerkend is de overtuiging dat men zichzelf uit de put moet halen, een zorgverstrekker doet dit niet, doch in therapie gaan is te overwegen. Erover praten met de partner kan helpen, maar is ook niet evident, vooral niet als de partner zelf depressieve gevoelens heeft.

*"Ja, want ik zat zodanig in de put. Ik had niemand. Mijn ouders waren het op een of andere manier te weten gekomen dat ik in het ziekenhuis beland was met een zelfmoordpoging en ik was uit het ziekenhuis en ik bel naar mijn ma, ik zei: "Het is gewoon om te zeggen dat alles in orde is" en ze zei: "Zolang als je niet naar huis komt moet je nooit meer bellen" en ze smet de telefoon neer. Dus dan zat ik nog dieper in de put. Ik was van plan om naar de apotheker pillen te gaan halen, maar ik dacht, ik ga eerst bellen naar de WIP en ga zien wat ze zeggen. De mevrouw zei: "Laat alles vallen, pak uw kleren en ga naar De Schelp. Ik wist De Schelp niet zijn en ben eerst naar de WIP geweest. Zij hebben me dan naar het ziekenhuis gevoerd. Ik ben daar vijf dagen gebleven." (Fiona)*

De woede die bij kansarmen kan opduiken naar aanleiding van een bepaalde gebeurtenis, uit zich in agressief verbaal gedrag, maar ook in slaan of (uitzonderlijk) in een steek -en schietpartij. Vooral het partnergeweld neemt in stijgende lijn toe en kan zo ver reiken dat iemand onder dwang van slaag, zich gaat prostitueren. Het partnergeweld kan zich bijvoorbeeld ook uiten in het terroriseren van de vrouw in het bijzijn van een kind. Het feit dat de moeder herhaaldelijk wordt geslagen door de vader, wekt reactie op bij de kinderen die hun moeder in verdediging gaan nemen en zelf fysiek geweld gebruiken tegenover hun vader. Ook pasbevallen moeders zijn soms het slachtoffer van fysieke agressie. Deze uitbarstingen kunnen verstrekkende gevolgen voor de toekomst hebben, o.a. het verlies van een partner, het verlies van een uitkering of een gevangenisstraf.

Ook de kinderen zelf krijgen te kampen met fysiek (seksueel) geweld/mishandeling of zijn er getuige van. Niet alleen de stiefouders delen rake klappen uit, ook de eigen ouders gebruiken fysiek geweld. Het mogelijke gevolg van dit geweld voor de kinderen is de plaatsing in een instelling gedurende de minderjarige leeftijd. Vaak zijn agressieve kansarmen als kind ook blootgesteld aan geweld.

Het besef dat hulp aangewezen is bij dergelijk gedrag, is zeker bij de kansarmen aanwezig. Ze zijn ook vrij open in het toegeven dat ze verkeerd zaten door het gebruiken van geweld. Ze willen niet dat de kinderen de agressie meemaken of dat ze erin worden betrokken.

*Interviewer: "Ja maar je hebt soms wat hulp nodig hé."*

*YVES: "Ja, ik heb beloofd aan haar dat ik in therapie ga ook, omdat ik soms agressieve buien heb. Ik heb soms zo momenten dat ik niet meer mezelf ben."*

*KINSEY (partner): "Hij weet niet meer wat dat hij doet hé. Dat zijn gelijk twee paardenlappen voor zijn ogen en ga maar uit te weg, want als je niet uit de weg gaat, krijg je nog een duw."*

Bij kansarmen gaat het krijgen van een baby met de nodige onzekerheid naar de toekomst toe gepaard, ook voor de overige gezinsleden. Daarom kan het al dan niet houden van een baby beïnvloed worden door onzekerheid en twijfels: "Zal ik wel goed voor mijn kindje kunnen zorgen?" "Kan ik een tweede kindje wel aan"? Vooral de verantwoordelijkheid die een baby met zich meebrengt en de financiële impact, zorgt voor de nodige argwaan. Ouders zijn onzeker als ze de baby moeten verzorgen, doordat hij/zij nog zo klein en fragiel is. Ze denken dat ze de baby zullen laten vallen. Ook het omgaan met een huilende baby vraagt oefening. Men kan zelfs twijfelen over het soort dekentje dat men op de baby legt om een wandeling buiten te maken: "Heeft de baby hiermee te warm of te koud?".

*NIGEL: "Ik trek mij dat niet aan wat dat de mensen zeggen. Het is uw leven hé, niet hun leven."*

*Interviewer: "Maar ja. Op de duur kunnen ze u wel onzeker maken. Als ze altijd maar zo zeggen van dat gaat niet goed en dat is niet goed."*

*FIONA (partner): "Maar ik voel mij dan zo gekwetst."*

*NIGEL: "Maar ik trek mij dat gewoon niet aan."*

De perceptie van de kansarmen geeft blijk van gevoelens van onzekerheid, gekwetstheid en schaamte. Dit leunt sterk aan bij de visie van de zorgverstrekker over het psychologische gedrag van de kansarme, wat hierna volgt.

### **Zorgverstrekkers**

Volgens zorgverstrekkers uit de eerste lijn hebben autochtone kansarmen een groot gevoel van schaamte. Ze verschillen zich sterk en zijn daarom ook moeilijk bereikbaar, moeilijker dan allochtone kansarmen. Zorgverstrekkers uit de tweede lijn ervaren eveneens dat armoede vaak verdoken wordt, maar zij linken dit eerder aan een sterk gevoel van eigenwaarde. Een zekere fierheid kan soms rechtstreekse materiële hulp in de weg staan.

*“ De mensen hebben ook nog een zekere fierheid uiteindelijk. Het is niet omdat ze arm zijn dat ze dat overal ten toon spreiden, integendeel”. (een gynaecoloog)*

Volgens zorgverstrekkers uit de eerste lijn gaan kansarmen gekwetst door het leven door de vele kwetsuren en ontgoochelingen die ze al hebben meegemaakt. De wonden gaan heel diep en maken het moeilijk om erover te reflecteren of praten. Hierdoor geven ze blijk van een zeker wantrouwen en een klein, snel geschonden vertrouwen. Kansarmen hebben volgens hen vaak het gevoel geen vat te hebben op dingen en kunnen de realiteit hierdoor niet meer zo goed schatten. Ze zijn onzeker en ze leveren zich over aan de gang van zaken. Het wordt daarom moeilijker om nieuwe relaties aan te gaan, bijvoorbeeld een zorgrelatie. Ondanks het feit dat zorgverstrekkers aangeven dat kansarmen vaak negatieve ervaringen in de hulpverlening hebben opgedaan, voelen ze zich toch welkom bij deze gezinnen.

Het valt de zorgverstrekkers op dat kansarmen geen steunfiguren hebben om hen bij te staan of op te vangen. Van bij de geboorte als het ware heeft men daardoor een verdedigingsmechanisme ontwikkeld onder de vorm van zwijgzaamheid, agressie, huilen of juist niet meer huilen.

*“Want dat is ook weer zo iets, die onzekerheid, want ze hebben dan de moeite gedaan om één keer iets te vragen en door te zeggen van: “Ik heb nu geen tijd of nu niet”. Ik denk dat ik mij ook niet altijd kan voorstellen wat je daarmee teweeg brengt met te zeggen van ik heb nu geen tijd of kom later.” (een coördinator)*

Volgens zorgverstrekkers zowel uit de eerste als tweede lijn denken kansarmen op korte termijn en leven ze van dag tot dag. Ze zijn niet gewoon om met een gepland tijdschema en strikte agenda's te leven. Ze zijn het niet gewoon om op lange termijn te denken, omdat ze het nooit geleerd hebben en dergelijke vaardigheden niet ontwikkeld hebben. Ter illustratie: als kansarmen geld hebben om frieten te kopen zullen ze dit doen, zonder te denken dat ze misschien volgende week hierdoor melk tekort zullen hebben voor hun kind. Als men geen werk heeft, hoeft men ook veel minder naar een strikt schema te leven en heeft men meer een attitude van 'hoe de tijd doden'.

Dit verschil in tijdsbeleving illustreert de verschillende leefwerelden tussen zorgverstrekkers en kansarmen wat normen en waarden betreft en kan tot conflicten leiden. De zorgverstrekker kan bijvoorbeeld gefrustreerd raken als hij extra tijd had vrijgemaakt voor de (complexe) situatie van de kansarme en deze komt op de afspraak niet opdagen. Dan moeten zorgverstrekkers deze mensen er rap tussenin nemen. De zorgverstrekker houdt er een wrang gevoel aan over “eigenlijk had ik meer tijd moeten nemen, had ik meer kunnen doen”, maar op dat moment is er geen tijd (meer) voor. Andere zorgverstrekkers vinden dat je als professioneel hierop moet anticiperen door zich in te leven in de situatie van de kansarme. Redenen om een afspraak niet na te komen zijn o.m. niet kunnen lezen of schrijven, instemmen met de afspraak gewoon om er van af te zijn, zonder te overwegen de volgende keer te komen opdagen of gewoonweg zich overslapen, geen zin hebben, vergetelheid, geen discipline of nonchalance. Vooral van de eerste reden, het niet kunnen lezen of schrijven, zijn zorgverstrekkers zich niet steeds van bewust. Zorgverstrekkers



achten het in elk geval van belang dat ze dat kansarme hierop niet aanvallen, maar oprecht te luisteren naar de opgegeven omstandigheden.

Daarnaast merken zorgverstrekkers op dat kansarmen soms impulsief binnenspringen, met als gevolg dat er dan geen tijd is om te luisteren. Sommigen geven aan dat het juist dan belangrijk is om tijd te maken, juist omwille van hun kwetsbaarheid en onzekerheid.

Het besef van tijd tijdens de consultatie of het gesprek is eveneens verschillend. Wanneer kansarmen bereid zijn hun verhaal te vertellen, weten zorgverstrekkers niet altijd hoe hierop te reageren, aangezien ze eigenlijk de tijd niet hebben om heel hun verhaal te beluisteren. Sommige zorgverstrekkers staan wel stil bij de onzekerheid die kansarmen voelen en wat men teweeg brengt als ze durven een vraag stellen en de hulpverlener reageert dat hij/zij hier nu geen tijd voor heeft.

*"Als je weet dat die mensen soms niet kunnen schrijven of lezen. Als je als hulpverlener niet de moeite doet om te kijken van kan die dat onthouden, of kan die dat lezen. Ja, dan moet je u de dag nadien niet ergeren". (een coördinator)*

Zorgverstrekkers uit eerste en tweede lijn merken vaak psychiatrische problemen op bij kansarmen zoals schizofrenie, zware depressie, postnatale depressie, psychotisch gedrag, persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblematiek, anorexia... Soms ziet men een psychiatrische problematiek die eigen is aan de kansarmoede. Men denkt dat men anders niet kansarm wordt. Zorgverstrekkers merken ook veel stressgerelateerde klachten op en linken dit aan de vele zorgen die kansarmen hebben: "Hoe ga ik vandaag de eindjes aan elkaar knopen" of het gevoel weinig vat op de zaak te hebben. Ook psychosomatische klachten worden vaak bij kansarmen vastgesteld.

Als zorgverstrekkers vermoedens hebben over geestelijke gezondheidsproblemen, verwijzen ze door of werken ze samen met de verantwoordelijke instanties of personen of proberen ze zelf het probleem te bespreken. Anderen vinden zich niet bevoegd om deze problematiek aan te pakken of wijzen zich niet het recht toe hierin verandering te brengen.

*"Dit brengt met zich mee dat ze leven van dag tot dag. Ze stellen zich de vraag: "Hoe ga ik vandaag de eindjes aan elkaar knopen?". Ze hebben veel financiële zorgen, veel stress denk ik, veel stressgerelateerde klachten ook en vooral weinig het gevoel hebben dat je vat hebt op de zaak." (een huisarts)*

*"Er zijn er dikwijls die inderdaad psychiatrisch gestoord zijn. Want die kunnen inderdaad ook niet bijleren of eruit geraken en die dan onderling ook met een psychiatrische patiënt trouwen, daarmee kinderen hebben, het gaat verder hè". (een kinderarts)*

Volgens zorgverstrekkers uit de eerste lijn zijn kansarmen veel opener en spontaner dan anderen, ook eerlijker. Kansarmen tonen wie ze zijn, sommigen vermoeden dat ze er geen behoefte aan hebben zich anders voor te doen. Andere klassen kunnen de zorgverstrekkers meer dingen wijs maken, wegsteken, een 'schoner' masker opzetten. Sommigen vinden kansarmen gemakkelijk gerust te stellen, dolenthousiast, puur, impulsief en kinderlijk. Hun kwaadheid is heel hevig, maar kortstondig.

Zorgverstrekkers omschrijven kansarmen ook wel eens als impulsief en chaotisch. Zij stormen bijvoorbeeld het ziekenhuis in alle paniek binnen en na een aantal uur, wanneer de acute situatie zich herstelt, zijn ze even snel terug weg. Wanneer zij het gevoel krijgen dat een probleem hen boven het hoofd groeit, overheerst paniek en zoeken zij elders hulp. Zij zijn minder zelfstandig dan het modale gezin en bij de minste onzekerheid overheerst hun emotie het rationeel denken en zoeken zij acute hulpverlening, *wat eigenlijk opgaat voor elke nieuwe mama*. Hun draagkracht wordt door de zorgverstrekker lager ingeschat dan het modale gezin, wat vaker leidt tot sociale opnames in het ziekenhuis na acute aanmelding, wat tevens ook door sommigen gezien wordt als een goedkope oplossing voor opvang.

Sommige zorgverstrekkers geven wel aan dat ze meer welkom zijn bij kwetsbare gezinnen dan deze modale gezinnen. Men vindt dat er een zekere warmte bij die gezinnen aanwezig is. Verder zouden ze ook heel open staan om hun problematiek met andere hulpverleners te bespreken.

In de tweede lijn verbindt men armoede eveneens met impulsiviteit en ook agressie. Dit laatste bevindt zich in de taboesfeer en is heel moeilijk bespreekbaar in de zorgrelatie.

“Er zijn heel veel verschillen. De verschillen die het meest opvallen zullen die van materiële aard zijn. Maar anderzijds ik merk ook dat men bij modale gezinnen soms ook niet alles weet. Zij kunnen ons veel beter dingen wijs maken bij manier van spreken, waaraan kansarmen geen behoefte hebben. Ze tonen gewoon wie dat ze zijn. Men komt hun huis binnen en je ziet wat je ziet” (een coördinator)

Zorgverstrekkers noemen armoede generationeel. Armoede is een proces van jaren dat van generatie op generatie wordt doorgegeven. Hoe kinderen opgevoed worden, hoe ouders met hun kinderen omgaan, de sociale omgeving waarin men opgroeit, is een wezenlijk aspect voor alle kinderen en hun toekomst. In deze opvoeding wordt meestal de machtspositie van de man doorgegeven.

Zorgverstrekkers geven aan dat het gewoon aanvaarden van de kansarme situatie heel belangrijk is, alsook het aanvaarden van hulp nadat een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd.

### **Conclusie**

De armoedesituatie is zo complex door een veelheid van problemen die op elkaar inspelen, dat het bijna onmogelijk is om aan de armoede te ontsnappen. Ze komen terecht in een vicieuze cirkel, waardoor ze geen vat meer op hebben op het leven. Verschillende redenen liggen hiervoor liggen aan de basis. Zo spelen psychologische aspecten een rol: stress, onzekerheid, het gevoel geen vat te hebben op zaken en psychiatrische problemen. Het krijgen van een baby doet in elk geval verschillende vraagtekens ontstaan voor de toekomst in de zin van: “Redden we het wel financieel”, “Kunnen we het kind wel een goede leefomgeving bieden”? Kansarmen zijn bovendien enorm onderhevig aan stress. Dit uit zich ook in somatische klachten. De hamvraag die hen bezig houdt is vaak “Hoe knoop ik de eindjes aan elkaar?”. Zorgverstrekkers zien soms psychiatrische aandoeningen die eigen zijn aan kansarmoede. Ook al ervaren kansarmen soms depressieve gevoelens, toch houden ze zich sterk voor de kinderen. De overtuiging leeft dat men zich moet herpakken, het over een andere boeg te gooien, hetgeen blijkt geeft van een zekere vechtlust. Men mag tevens niet uit het oog verliezen dat vele kansarmen vroeg op hun eigen benen dienden te staan wegens gebrek aan ondersteuning van andere personen. Het psychische welbevinden van de kansarmen is dan ook een heet hangijzer binnen de zorgverlening, stel maar een na te streven resultaat.

De beperkte graad van intelligentie en vaardigheden dragen ertoe bij dat het nog complexer wordt uit deze cirkel te ontsnappen. Kansarmen denken bovendien niet op lange termijn. Het tijdsbesef dat zorgverstrekkers en kansarmen hanteren is heel verschillend. Kansarmen hebben vaak teveel tijd, terwijl zorgverstrekkers soms racen tegen de tijd en deadlines en strikte agenda's dienen na te leven. Men kan zich de vraag stellen of beide groepen niet iets van elkaar kunnen leren. Dienen kansarmen aangespoord te worden om hun afspraken beter na te komen? Hebben de zorgverstrekkers nood aan wat relativeringsvermogen als ze hun strikte tijdschema niet halen?

Hun manier van budgetteren, of juist het gebrek eraan, vergroot de armoede, zeker als men begeleiding hierbij weigert. Kansarmen zullen soms hulp weigeren uit een gevoel van schaamte bijvoorbeeld voor hun huis, terwijl zorgverstrekkers eerder denken dat dit uit fierheid is, uit respect voor hun eigenwaarde.

Eens men in een cirkel van invaliditeit en schulden terechtkomt, wordt de situatie er niet gemakkelijker op. Ook zorgverstrekkers zelf versterken deze vicieuze cirkel, omdat ze door een gebrek aan vertrouwen de autonomie van de kansarmen vaak inperken en de zorg zelf in handen nemen. Door het feit dat kansarmen nooit geleerd hebben in hun thuissituatie om mensen te vertrouwen, gaan ze dit ten aanzien van zorgverstrekkers zeker niet vlug doen.

In een volgend stuk worden de verschillende psychologische ervaringen vermeld, die opduiken bij zorgverstrekkers in hun zorg naar kansarmen toe.

### 2.3.2 Emoties bij zorg

#### **Zorgverstrekkers**

Zorgverstrekkers ervaren zowel in de individuele hulpverlening als in de samenwerking met andere hulpverleners gevoelens van angst, bezorgdheid, frustratie en machteloosheid. Ze geven aan te moeten afrekenen met bepaalde maatschappelijke vooroordelen, maar ervaren ook veel positieve emoties, waardoor ze gemotiveerd worden om geëngageerd de zorgverlening verder te zetten.

Zorgverstrekkers geven blijk van o.m. een zekere bezorgdheid of angst rond zwangerschap. Wanneer bijvoorbeeld een meisje komt die voor de zoveelste keer denkt zwanger te zijn, zijn ze meer alert op anticonceptie. Vanuit de idee dat ze liever geen kind bij dat meisje zouden zien. Als er desondanks toch een zwangerschap wordt vastgesteld, is men bezorgd. Wanneer kansarmen afhaken, niet meer komen, zijn zorgverstrekkers bezorgd om wat er met hen en hun kinderen zal gebeuren. Wanneer je zelf alles gedaan hebt wat je kon, moet je je op dat moment tevreden stellen met wat je ervan hoort van collega's. Zorgverstrekkers zijn bang om hun patiënten te verliezen. Ze hebben angst dat ze hen kwijt zijn wanneer ze iets verkeerd zeggen, alles op tafel leggen, of te ver gaan.

*"Er is een verschil tussen wat ik spontaan denk en wat ik dan uiteindelijk ook doe in mijn beleid. Ik respecteer de mensen ook in hun vrije keuze, maar ja, daar zit toch wel een bezorgdheid. Ik zie het niet als mijn verantwoordelijkheid als dan ondanks een oproepingsbrief voor de prikpil er toch een zwangerschap is, is dat toch de verantwoordelijkheid van het koppel in kwestie. Maar wel een bezorgdheid."*  
(een huisarts)

Zorgverstrekkers worden constant met machteloosheid geconfronteerd. Ze voelen zich dikwijls veel machtelozer bij kansarmen, omdat ze geen vat of greep op hun situatie krijgen. Ze ontglippen aan de zorgverstrekker. Als zorgverstrekker heeft men het gevoel dat wat zij kunnen doen, te weinig gevolgen kan hebben. Men draagt als het ware emmers water naar de zee. Daarom vindt men het belangrijk om een stuk barrière te kunnen opzetten, om zelf niet ten onder te gaan. Wanneer mensen afhaken is er spijt. Vaak is het niet duidelijk wat er misgelopen is. Aanvaarden kansarmen de zorg niet, is er meer weerstand, is de afstand te groot, ligt het aan zichzelf, ervaren zorgverstrekkers zelf de afstand groter, voelen ze zich te weinig thuis in dat milieu? Er is geen vertrouwen meer, of zorgverstrekkers zaten op het verkeerde spoor.

Het grote gevaar bij zorg aan kansarmen is daarom het ontstaan van een zeker fatalisme. Wanneer je denkt "ik steek in dat gezin al mijn tijd en energie en het levert toch niets op", "met die ga ik niet meer in zee want het is toch verloren op voorhand", of wanneer je complexe problemen niet kan doorverwijzen "ik kan een alcoholprobleem of schulden toch niet alleen wegwerken". Op dat moment doe je de deur dicht. In de klassieke geneeskunde beslist men vaak om er niet meer aan te beginnen uit vroegere ervaringen waar de zorg inderdaad geen verschil bewerkstelligde. Zorgverstrekkers hielden hier depressieve gevoelens aan over. Andere zorgverstrekkers vragen als het ware juist dubbel zoveel aan hen, omdat ze ervan uit gaan dat ze de helft doen van wat je vraagt.

Als men voelt dat mensen proberen manipuleren of profiteren, heeft men dat er moeilijk mee en worden zorgverstrekkers kwaad. Zorgverstrekkers vinden kansarmen zeer veeleisend, ze zuigen u als gezondheidswerkers bijna op.

Zorgverstrekkers hebben maar een beperkte periode om met mensen te werken. Vaak zien ze vooruitgang, maar zwakken ze af na deze periode. Dit werkt ontgoochelend.

Zorgverstrekkers ervaren ook veel vreugdevolle momenten. De tijd die men voor kansarmen kan zijn, hen kan bijstaan, ook al is die beperkt, is toch ook bevredigend. Het is intens als je mensen ziet vooruit gaan en voelt dat je een steentje hebt kunnen bijdragen. Zwangerschapsbegeleiding ervaart men in het algemeen als aangenaam wanneer alles normaal verloopt of wanneer je een probleem overwint. Kansarmen zijn bovendien enthousiast, je kan ze advies geven en geruststellen. Daarom vindt men het een van de leukste dingen die je als gezondheidswerker kan doen. Het is een sterke motivatie om dit soort begeleiding ook te blijven doen. Zorgverstrekkers vinden bovendien dat je op lange termijn vaak een grote rijkdom terugkrijgt. Je krijgt inzicht in een gezin, in hun leven en crisissen. Je ontwikkelt een band, een intuïtief aanvoelen dat je de rest van je leven meedraagt om met die gezinnen te werken. Zorgverstrekkers ervaren ook dat kansarmen enorm veel respect voor hen kunnen krijgen en naar hen opkijken.

---

## 2.4 Sociale omgeving

---

Generatiearmen beschikken vaak veel minder over steunfiguren: zowel in de kindertijd, vorige relaties, huidige relaties en ruimere familiebanden komt dit verhaal terug. De relatie met het kind vormt vaak een steun en zingeving voor de moeder. Anderzijds kunnen de complexe en grote gezinsstructuren een extra belasting vormen voor de moeder. In volgend onderdeel gaan we dieper in op de gezinsstructuren en relaties met de partner, het kind en de ruimere familie en omgeving.

### 2.4.1 Gezinsstructuur

#### Armen

Armen vertellen over complexe samengestelde relaties waarin ze leven. Men leeft gescheiden van één of meerdere voorgaande partners waar men al dan niet kinderen mee deelt.

Meerdere redenen kunnen tot een scheiding leiden zoals een slechte relatie, vernederingen en regelmatig politiebezoek. Er worden ook verhalen verteld over agressie waarin de vrouw zowel fysisch als psychisch geweld ondergaat van haar partner. Een respondente doet mee met de illegale praktijken van haar partner uit schrik voor slagen. Ook zwangere en pasbevallen moeders worden geslagen en ondervinden psychologisch geweld waarbij de kinderen zelf te kampen krijgen met fysiek geweld of waar zij getuige van zijn. Dit gedrag wordt door stiefouders in zeldzame gevallen goedgekeurd: 'ze verdient niet beter'. Het creëert een onveilige thuissituatie voor zowel de partner als de kinderen en brengt angst met zich mee. Ook seksueel misbruik wordt vermeld waarbij de nieuwe partner van de moeder haar dochter misbruikt.

*"Drie nog thuis, alé normaal nog vier. Een meisje van dertien jaar, een manneke van negen, van vijf en dan dat kleintje. Maar mijn zoon van vijf die woont bij mijn ex-man. Dus ik heb vijf kindjes van dezelfde papa en dat laatste is van een andere papa." (Mia)*

*"Ge doet dat allemaal hé. Ge denkt er niet bij na, ik zal maar mijn handtekening zetten, dan heb ik geen slagen. En ja, dan is dat erger en erger beginnen worden, dan heeft hij mijn neus op twee plaatsen gebroken, mijn oogkas is gebroken geweest van slagen te krijgen. Dan heeft hij mij gedwongen met slagen tot prostitutie te doen in Antwerpen." (Isabel)*

Agressie gaat vaak hand in hand met drankmisbruik. Sommigen hebben begrip voor het grijpen naar de fles, aangezien het een manier is om problemen te vergeten. In bepaalde families komt het frequent voor. Meestal tracht men niet te drinken waar de kinderen bij zijn. Sommigen stellen een partner met een drankprobleem voor de keuze: stoppen met drinken of scheiden.

*"Bij het eerste heb ik wel problemen gehad door de drank, maar dan is hij gestopt. Ik heb hem voor de keuze gesteld. Ik zei: "Ga je blijven drinken? Dan ben ik voort. Dan ziet ge de kleine niet meer." Dus hij is volledig gestopt, want hij drinkt zelfs niets meer." (Kimberley)*

Naast drankmisbruik en agressie kunnen drugs ook een reden vormen om de partner aan de deur te zetten. Wanneer er kinderen bij betrokken zijn, doet men er alles aan om de kinderen weg te houden van die betreffende partner.

---

De kinderen komen meestal terecht bij de partner met de minst problematische situatie. Het is soms knokken tussen beide partijen voor het hoederecht over de kinderen. Wanneer ouders het niet zo nauw nemen met de afspraken rond het bezoekrecht, wordt dit tegen hen gebruikt door de andere partner. Respondenten met bezoekrecht zien hun kinderen soms een tijd niet en missen ze dan ook heel erg. Eén respondente moet omwille van financiële problemen het kind verder laten opvangen door de ex-partner. Soms worden gerechtelijke stappen ondernomen als alimentatiegeld niet correct wordt uitbetaald.

*ISABEL: "Dat is lang drie maanden, dat is heel lang zelfs om uw eigen kind niet te zien."*

*Interviewer: "En wat mist ge dan zo als ze weg zijn?"*

*ISABEL: "Ja de knuffels, het kind zelf in bed leggen, een verhaaltje lezen, ja we missen het allemaal. Als ge ze dan toch eflles terug ziet, ja."*

*Interviewer: "Hebt ge dat zelf ook gemist?"*

*ISABEL: "Ja en dat die kinderen ook eigenlijk meemaken, ja, omdat ik het zelf allemaal meegemaakt het, dus ja."*

*"Wij hadden altijd ruzie. Zij was niet welkom hé. Twee weken geleden zondag kwam hij af om te zeggen dat hij de erkenning ongedaan wilt maken. Maar dat gaat niet. Ge kunt dat niet doen, ik ben dat gaan vragen. Ge kunt dat enkel doen als ge niet de biologische vader zijt. En hij komt er ook niet meer om. Daarom ga ik alle weken naar de politie. Om dat te laten vaststellen dat hij er niet om geweest is. Want ik heb geprobeerd het hoederecht te krijgen, maar ik kreeg het niet. Ouderlijk... Euh gedeeltelijk ouderlijk gezag of zoiets. Gezamenlijk ouderlijk gezag." (Eefje)*

Kinderen uit samengestelde gezinnen groeien in vele gevallen afwisselend op tussen het gezin van de moeder en het gezin van de vader. Situaties van gekwetstheid gingen hierbij vaak vooraf. De verstandhouding tussen de moeder en de vader van het kind zijn hierdoor vaak moeilijk wat gevolgen heeft voor de kinderen in kwestie. Sommige kinderen worden vanaf de geboorte in een instelling geplaatst.

De opgroeisituatie van eigen kinderen bij de andere partner waarmee men gebroken heeft wordt vaak negatief voorgesteld. Men keurt de manier van opvoeden van de ex-partner af. Men is niet akkoord met de manier van aanpakken en ervaart dat de kinderen niet meer luisteren wanneer ze terugkeren. Sommige respondenten staan niet toe dat hun kind mee opgevoed wordt door de nieuwe partner van de ex-man, waardoor de papa zijn kind vaak weinig ziet. De nieuwe partner heeft zelf kinderen die er een schunnige woordenschat op na houden wat een reden kan zijn om de eigen kinderen niet toe te vertrouwen aan de ex-partner en zijn vriendin.

Deze complexe gezinssituaties hebben een effect op het welzijn en gedrag van de kinderen. Oudere kinderen vertonen soms agressief en/of weinig respectvol gedrag ten opzichte van de eigen moeder, zowel thuis als op school zijn er problemen. Bij een volgende zwangerschap nemen sommigen afstand van het pasgeboren broer of zusje, andere helpen hun moeder en nemen de verantwoordelijkheid van grote broer of zus op.

Ook de respondenten zelf groeiden vaak op in samengestelde (pleeg) en of (stief)gezinnen. Verhalen van agressie worden hierbij eveneens vermeld, maar dan vanuit hun positie als kind. Het feit dat hun kinderen hetzelfde moeten meemaken als zijzelf maakt het hen moeilijk. Zo werd een moeder geslagen uit jaloezie, waardoor de goede relatie met haar vader verstoord werd. Als kind kwamen sommige respondenten al in aanraking met de gevolgen van drankmisbruik en was men getuige van het vreemdgaan van hun moeder. Hierdoor stonden sommigen al op jonge leeftijd op eigen benen en moesten zichzelf voor een stuk grootbrengen. Anderen uiten zich nog weinig respectvol over hun verslaafde ouders en laten blijken dat ze heel wat meegemaakt hebben. De ouder-kindrelatie is geschonden en het vertrouwen is verdwenen. Men kwam terecht bij één van de ouders of in één of meerdere instellingen gedurende de minderjarige leeftijd, soms al van heel jonge leeftijd. Andere familieleden waar men een goed contact mee had, ontbraken meestal. De scheiding van de eigen ouders hadden diepgaande gevolgen. Er werd verwacht dat het kind een deel van zijn zakgeld inleverde of met zwartwerk deels instond voor de financiële

last van het éénoudergezin. Hierdoor kwamen studies meestal in het gedrang en vluchtten sommigen het huis uit. Anderen moesten stoppen met studeren om te kunnen inspringen in de dagdagelijkse taken van het gezin en helpen bij de opvang van jongere kinderen. Sommige gingen op jonge leeftijd samenwonen en begonnen te werken. Vaak tuimelden ze van de ene relatie in de andere.

*"Maar ja ik heb altijd in instellingen gezeten hé, dus er is nooit contact geweest of.. Maar ja. Niemand trok hem iets aan van ons. De enigste ja, waar dat ik nog goed contact mee heb is nu mijn tante hier van hier schuinover." (Nigel)*

Sommige vonden uiteindelijk hun geluk bij één of verschillende nieuwe partners al dan niet met kinderen en vormden een hersamengesteld gezin. Hierdoor leeft men vaak in grote gezinnen met kinderen van verschillende partners waardoor er spanningen kunnen ontstaan tussen de eigen kinderen en de nieuwe partner al dan niet met kinderen. Niettemin schrikken grote gezinnen hun niet af. Zij hebben een grote kinderwens en overwegen om naast hun eigen kinderen en eventueel de kinderen van de partner nog een pleegkind in het gezin op te nemen. Andere respondenten hebben dit niet en missen de steun van een partner.

*Interviewer: "Zijn dat twee gastjes van haar vriend?"  
MAMA SANDRIEN: "Ja, dus die blijven hier, die zijn nu hier toegewezen."  
SANDRIEN: "Ja en als ge nog ne keer komt dan kunt ge mijn komen bezoeken in de psychiatrie, want dat houd ik niet vol hoor. Ik heb daar daarstraks op gebabysit met haar en dat is niet simpel."  
Interviewer: "Je bent ook nog maar 17 jaar hé."  
MAMA SANDRIEN: "Het zijn geen gemakkelijke hoor.'  
SANDRIEN: 'Die zijn heel moeilijk hoor. We zijn daarmee naar psychologen geweest en instellingen. Die hebben overal al gezeten maar..."*

### **Zorgverstrekkers**

Zorgverstrekkers zowel uit de eerste als tweede lijn stellen vast dat bij kansarmen vaak complexe gezinsstructuren voorkomen. Zorgverstrekkers ervaren dat vaak scheidingen voorkomen en dat gezinnen soms drie of vier keer hersamengesteld worden. Kinderen verblijven afwisselend bij de moeder of vader. Kansarmen zouden meer wisselende relaties hebben, nieuwe relaties zorgen bovendien vaak voor conflicten. Ook plaatsingen leiden vaak tot een minder doorzichtige gezinssituatie. Soms zijn partners onzeker over het vaderschap. Aan de andere kant geeft men aan dat er tegenwoordig in alle milieus complexe relaties opduiken. Een langdurige zorgrelatie maakt het mogelijk inzicht te krijgen in dit kluwen van relaties.

*"Ik heb de indruk dat er bij die kansarmen meer wisselende relaties voorkomen, waardoor dat ge heel complexe situaties krijgt met kinderen van de ene en kinderen van de ander en dan nog meer de relaties met nog een keer kinderen bij de dienen. Dat zit er misschien iets meer in, hoewel ook met een vraagteken want dat vervaagt ook meer en meer tegenwoordig, complexe relaties vind je in alle milieus tegenwoordig ..." (huisarts)*

Over het aantal kinderen bestaan er verschillende meningen. Sommige zorgverstrekkers geven aan dat kansarme gezinnen vaak grote gezinnen vormen met vier tot vijf kinderen. Anderen zien geen verschil met het gemiddelde modale gezin. Wel geven zorgverstrekkers aan dat ze meer weerstand voelen wanneer kansarmen veel kinderen hebben, terwijl ze hierop positief reageren bij een middenklasse gezin. Men heeft schrik dat kansarme moeders nog meer kinderen zullen krijgen. Verder stelt men vast dat het tweede en derde kind elkaar soms heel snel opvolgen, wat bepaalde zorgverstrekkers doet vermoeden dat het soms om ongeplande – niettemin gewenste – kinderen gaat.

Zorgverstrekkers komen bij kansarmen in contact met relatieproblemen, opvoedingsproblemen en inter-familiaal geweld. Dit laatste onderwerp zit vaak nog in de

taboesfeer. Zorgverstrekkers uit de eerste lijn voelen soms aan dat er in het gezin iets aan de hand is, maar kunnen het niet benoemen. Soms merken zorgverstrekkers kindermishandeling op. Naar hun gevoel komt kindermishandeling meer voor bij jonge, samengestelde kansarme gezinnen en gebeurt het uit wraak en woede. Wanneer ze een vermoeden van kindermishandeling doorgeven aan officiële instanties, ervaren zorgverstrekkers dat er enkel bij 'zichtbaar' geweld stappen ondernomen worden om dit geweld tegen te gaan. Door langdurige gezondheidsproblemen vermoedt men daarnaast soms verwaarlozing bij kinderen. Het opduiken van deze sociale problematiek leidt tot een aantal frustraties bij zorgverstrekkers. Binnen het team kan dit tot spanningen leiden. Als geweld in een gezin vastgesteld wordt, wat doe je met die kennis? Sommigen nemen op dit moment contact op met andere diensten zoals het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling om te overleggen en kort op de bal te kunnen spelen. Wanneer risicogevele vastgesteld worden in het ziekenhuis, pleegt men overleg met een team van zorgverstrekkers onder meer de sociale dienst en/of Kind & Gezin. Het bespreken van deze problematiek dient uiterst voorzichtig en tastend te gebeuren, anders nemen de kansarmen het hazenpad en zien de zorgverstrekkers hen niet meer terug. Het bestaan van een centraal meldpunt, zoals het vertrouwenscentrum, is zeker al een stap in de goede richting ter preventie en van kindermishandeling. Andere zorgverstrekkers zijn voorstander deze kennis te verzwijgen, in het belang van de gezinsleden, om verder agressief gedrag te voorkomen. Een andere frustratie is dat zorgverstrekkers die de problematiek melden bij verantwoordelijke instanties, niet verder op de hoogte worden gehouden. Vaak vinden ze ook dat kinderen te lang binnen de thuissituatie blijven. Het moeilijke is dat feiten moeten worden vastgesteld, of dat enkel wordt verder gegaan indien het gezin toestemming geeft.

*"Mishandeling komt frequent voor, ja. Wij hebben vorige week nog een kind gehad dat, allé stervend was. En de situatie is praktisch altijd hetzelfde. Dat zijn dus meestal heel jonge moeders, laag IQ, uit sociaal milieu die een pasgeborene krijgen waar dat dus de vader of die partner niet de biologische vader is. En meestal worden ze alleen gelaten. Ik heb dat verschillende keren gezien... Niet elke week, maar toch zeker een keer op de maand, hebben we toch een mishandeld kind. De ene keer al wat erger dan de andere keer. Toch een keer of vier per jaar, zwaar hersenletsel of met overlijden tot gevolg."* (een kinderarts)

### **Conclusie**

Zowel armen als zorgverstrekkers spreken over complexe gezinsstructuren met veel wisselende contacten bij deze groep mensen. Hersamengestelde gezinnen hebben meestal een groot aantal kinderen uit verschillende voorgaande relaties en volgende relaties. Door de complexiteit van de gezinssituatie is deze vaak moeilijk te bevatten voor een buitenstaander, wat de continuïteit van zorgverlening in de weg kan staan. Ondanks hun vaak minder gunstige financiële en materiële toestand, kiezen armen bewust voor kinderen. Ze worden gedreven door een gevoel hun gezin een beter leven te geven dan dat ze zelf geleden hebben. Een zwangerschap betekent bovendien een periode van extra zorg en aandacht. Zorgverstrekkers zijn meer anticonceptiegericht dan conceptiegericht dan de armen zelf. Dit vormt een belangrijke vaststelling voor de zorgrelatie. Door het positief benaderen van hun kinderwens, kan je zowel de vader als moeder begeleiden naar geboortespreading. Omdat ze 'slagen' in de opvoeding van het ene kind, zal men mogelijks niet meer kiezen voor een volgend kind. Het gevoel het te moeten 'goedmaken' wordt hierdoor immers vermeden.

Eens er zich een scheiding voordoet, komen de kinderen vaak terecht bij de ouder met de minst problematische situatie. Maar ondanks de gekwetstheid uit het verleden en de scheiding, blijven ex-partners elkaar ontmoeten, men kan elkaar niet loslaten.

Scheidingen zijn voor de ouders vaak een vorm van falen, omdat zij niet konden voorkomen dat hun kinderen hetzelfde meemaken. Men kende zelf geen moederliefde en men zou er alles aan doen, voor de kinderen alles, maar het lukt niet. Ook maakten arme respondenten als kind vaak dezelfde situaties mee van geweld, alcoholmisbruik en plaatsing. Dit verleden



wil men achter zich laten en een nieuwe start nemen met hun kinderen, maar ook hier blijkt dit niet zo evident te zijn. Heel vaak herhaalt het verleden zich binnen hun gezin en daar heeft men het moeilijk mee. Men kreeg de nodige vaardigheden niet aangeleerd om in de toekomst te kunnen omgaan met problemen. De opgroeisituatie van het kind blijkt later invloed te hebben op de relatie met de partner(s) alsook de toekomstige ouder-kindrelatie.

Sommige kinderen worden van bij de geboorte of op jonge leeftijd geplaatst. Eén van de (mogelijke) gevolgen van plaatsing is dat deze kinderen steunfiguren missen en er ontbreekt een vertrouwelijk sociaal netwerk. Als zorgverstrekker is het dan ook zeer belangrijk om dit gebrek aan vertrouwelijke steunfiguren in het achterhoofd te houden bij de opbouw van een mogelijke zorgrelatie.

Zorgverstrekkers voelen in sommige gezinnen relatieproblemen aan, soms kindermishandeling en soms vermoedt men verwaarlozing. Maar wat doe je als zorgverstrekker wanneer je kindermishandeling vaststelt in een gezin? Men vermeldt dat men dit doorgeeft aan officiële instanties die op hun beurt alleen maar kunnen/willen(?) ingrijpen wanneer het zichtbaar is. Dit brengt de nodige frustraties bij de zorgverstrekker met zich mee. Maar is het een plicht dit door te geven? Mag/moet (?) men deze informatie aan betrokken collega's doorgeven? Wat mag gezegd worden, wat niet? En in hoeverre moeten officiële instanties de zorgverstrekker die het signaal gaf verder op de hoogte houden/mee betrekken in beslissingen die kunnen genomen worden in dit gezin?

## 2.4.2 Steun van de partner

### Armen

Sommige respondenten voelen zich in de steek gelaten door hun man. Ze staan vaak alleen voor de huishoudelijke taken en de opvang van de kinderen. Sommige mannen worden opgeëist voor klusjes bij hun moeder, andere 'vergeten' te helpen in het huishouden, nog anderen gaan uit. De thuisblijver stelt zich vragen waaruit gebrek aan vertrouwen blijkt. Anderen vrezen dat de vader niet de verantwoordelijkheid kan dragen om de zorg van de kinderen alleen te dragen en het kind niet de verzorging krijgt wat het verdient wanneer men er niet is. Er zijn ook partners die jaloers zijn op het pasgeboren kind en hun partner verwijten teveel tijd door te brengen met dit nieuwe leven. Bij nog andere partners is het kind niet welkom waardoor onenigheid bestaat tussen het koppel en men uiteindelijk uit elkaar gaat. Sommige partners hebben wat tijd nodig om het kind binnen hun relatie te accepteren. De familie wordt soms ingeschakeld om mee te helpen bij de opvang van de kinderen van de partner. Naast de familie zoekt men soms steun bij de kinderen die de rol van de afwezige partner noodgedwongen overnemen.

*VALERIE: "Dan mist ge soms de steun van een partner en als ge dat niet hebt, dan zoek ik dat bij mijn kinderen. En mijn kinderen geven mij dat op andere manieren. En dan voel ik mij goed."*

*Interviewer: "Ge hebt geen familie niet meer?"*

*VALERIE: "Neen, dat niet meer"*

Er zijn ook partners die een ware steun betekenen voor de pasbevallen moeders. Men helpt in het huishouden, helpt de kinderen wassen en zorgt voor een leuke thuiskomst wanneer vrouw en kind ontslagen worden uit de materniteit. Men is zeer betrokken bij de opvoeding van hun kinderen en willen zoveel mogelijk zelf doen zoals het flesje geven of het in bed steken van het kind. Er is soms sprake van een taakverdeling en men draagt zorg voor elkaar bij ziekte.

*KINSEY: "Ik kwam hier thuis en het stond hier allemaal versierd en al."*

*YVES: "Ik moet zeggen, ik bleef constant tot rond één uur, één uur dertig, twee uur."*

*KINSEY: "En om zeven uur stond hij daar terug."*

YVES: "Ik ging dan naar huis, een beetje eten, mij een beetje wassen en alles klaarzetten."

KINSEY: "Ah ja hij wilde er bij zijn om de kleinen 's ochtends te wassen hé, den ene keer was dat om acht uur, de andere keer was dat om zeven uur, dus zorgde hij altijd dat hij daar om zeven uur was."

YVES: "Ja."

KINSEY: "Ja, juist den eerste morgen hé, al die boodschappen moeten doen en de kaartjes rondragen. Dan was het een beetje later hé"

### Zorgverstrekkers

Zorgverstrekkers geven aan dat de vaderfiguur in een kansarm gezin soms heel dominant is. Soms wil de man niet dat de vrouw alleen buiten gaat. Dit gebeurt uit een bepaald gevoel van controle, beheersing, waarin de man de vrouw en het kind opsluit: zowel letterlijk als psychisch. Ook cultuurgegevens spelen hierin mee. Deze dominante vaderfiguur beïnvloedt de hulpverlening. De moeder krijgt geen ruimte om in gesprek te gaan met de zorgverstrekker. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat deze situaties niet veralgemeend kunnen worden, er zijn ook vaders die zich heel afzijdig houden. Er zijn ook goede vaders en minder goede moeders.

Sommige zorgverstrekkers vinden de kansarme vader een extra last voor de kansarme moeder, hij geeft geen steun. Vaak zorgt hij voor problemen in het gezin, heeft hij agressie- en/of alcoholproblemen. Ook dit heeft gevolgen voor de zorg. Kansarme vrouwen krijgen van de zorgverstrekker extra aandacht en ondersteuning, wanneer de partner weinig ondersteunend overkomt.

"Eén van mijn mannelijke collega's zegt dus zelf van "onze kansarme vrouwen zouden het toch echt wel stukken beter doen, mocht de man er niet zijn". Allé, dat is even een oneerbiedige uitdrukking maar ... we zien die natuurlijk graag en die heeft zijn waarde. Maar dikwijls zorgt die ook voor heel wat problemen in het gezin." (een huisarts)

### Conclusie

Sommige moeders geven aan weinig steun te ontvangen van hun partner. Men is eerder met andere zaken bezig waardoor de moeder alleen komt te staan. Andere moeders getuigen dan wel weer van een grote betrokkenheid van de partner. Vermoedelijk is dit te vergelijken met het modale gezin waarin ook soorten vaders voorkomen met al dan niet een grote betrokkenheid t.o.v. partner en kinderen. Verschil is wel dat kansarme moeders dan alleen komen te staan voor een groot complex gezin met kinderen uit verschillende relaties, waarbij ze wel wat extra hulp kunnen gebruiken. Zorgverstrekkers voelen dit gebrek aan steun vaak aan en proberen hen daarom extra ondersteuning te bieden.

## 2.4.3 Ouder-kind relatie

### Armen

De eigen kinderen maar ook de kinderen van de partner betekenen alles voor kansarmen en ze ervaren hen vaak als een ware steun. Respondenten vermelden dat ze evenveel liefde krijgen van de stiefkinderen als van de eigen kinderen. Het respect van de stiefkinderen kan zelfs groter zijn dan van de eigen kinderen. Vanuit een gemis uit de eigen jeugd heeft men alles over voor het kind. Andere respondenten zien in het ongeboren kind een nieuwe start of een ware steun nadat oudere kinderen hen werden afgenomen.

"Ja, ik wil toch wel dat met het kindje alles goed mag gaan, het is een volledige nieuwe start heb ik gezegd... Die twee zijn al afgepakt geweest, ik heb nu een derde kans gekregen eigenlijk en die kans ga ik toch wel pakken."

### **Zorgverstrekkers**

Zorgverstrekkers beweren niet dat de moeder-kind relatie anders is bij kansarmen; kansarme moeders hebben dezelfde goede intenties, bezorgdheid en zorg als andere moeders. Moeders richten zich volledig naar het kind en kunnen gemakkelijk andere zaken opzij schuiven of laten vallen. Ondanks de vele moeilijkheden, vormen ze een goed gezin. Ouders willen ook met de geboorte van hun kind naar buiten komen. Zo voorzien ze vaak doopsuiker (met de financiële gevolgen vandien). Toch geven professionelen ook aan dat er minder goede moeders kunnen zijn.

Juist omdat kansarme vrouwen goede moeders willen zijn, ervaren zorgverstrekkers dat ze bij een zwangerschap aan de kansarmoede proberen te ontsnappen. Men wil het kind in een betere situatie opvoeden. Een zwangerschap kan dan ook een gelegenheid zijn om een voorheen ongezond gedrag aan te pakken in het voordeel van het kind.

*"Een zwangerschap is soms een gelegenheid inderdaad om te proberen stoppen met drugs, te proberen stoppen met alcohol. Ze willen ook wel een goede moeder zijn. Ze willen ook wel veranderen, voor het goed van hun kindje....Het is een extra stimulans soms om er een beetje aan te ontsnappen. En sommige proberen dat effectief." (een gynaecoloog)*

Zorgverstrekkers proberen de hechting tussen moeder en kind te stimuleren, al van voor de geboorte. Men vindt het niet nodig te investeren in de hechting tussen vader en kind. Dit betekent echter niet dat men vindt dat de vader niet betrokken mag worden. Zorgverstrekkers erkennen het belang van de vaderfiguur om ondersteuning te bieden tijdens de zwangerschap en wanneer het kind geboren is. Professionelen ervaren echter weinig hechting tussen vader en kind. Ze stellen heel weinig interactie tussen hen vast. Men is al tevreden als de vader eens opkijkt wanneer men hem vertelt hoe het kind lacht naar de moeder.

### **Conclusie**

Een geboorte betekent een nieuwe start. Daarom is de zwangerschap een aanknopingspunt zowel voor de moeder als voor de zorgverstrekker om op een gezondere manier te gaan leven. Het is dan ook een cruciaal moment om hen op dat moment de juiste informatie en begeleiding te bieden.

Zorgverstrekkers stellen weinig interactie vast tussen de vader en het kind. Men erkent wel de ondersteuning van de partner bij de zwangerschap en erna. Niettemin blijkt uit het verhaal van sommige arme respondenten het tegenovergestelde. Vaders zijn soms zeer betrokken bij de verzorging en de opvoeding van de kinderen. Bovendien blijkt in het onderdeel 'zorgrelatie' dat moeders het sterk appreciëren als ook vaders betrokken worden door de zorgverstrekkers. Zorgverstrekkers moeten voorkomen dat ze door hun eigen houding de mogelijke afstand van de vader ten opzichte van het kind vergroten. Aan de andere kant, zal in sommige gevallen deze houding realiteit zijn. De complexiteit van de relaties en het verleden van deze figuur spelen hierbij ongetwijfeld een rol.

## **2.4.4 Relatie met de grootouders en familie**

### **Armen**

Steun vanuit de eigen familiekring varieert van gezin tot gezin. Een deel van de respondenten heeft een goede band met de eigen ouders en krijgen steun van hen bij de opvang en de opvoeding van de kinderen. Zij helpen het jonge koppel waar men kan. Sommige laten zich tijdens de zwangerschap met raad en daad bijstaan door hun moeder en het gebeurt dat ze samen op consultatie gaan. Men woont dan ook vaak in elkaars buurt. Eens het kindje geboren is, worden grootouders vaak peter of meter. Ouders verwachten dat er voor hen later zal gezorgd worden.

---

*KINSEY: "Zaterdag zei mijn moeder "Ga ne keer weg, dat ge het van u kunt zetten". En het was een bal van een vriend en we zijn daar naar toe geweest. "En niet te vroeg thuis hé" zei ze, "dat ge ne keer alles kunt van u zetten."  
YVES (partner): "Haar echte moeder komt voor te helpen"*

Andere respondenten hebben het eerder over een moeizaam contact of een volledig verbroken relatie met één of beide natuurlijke ouders. De oorzaak ligt hierbij meestal in een kwetsuur uit het verleden (zoals agressie in het gezin zie 1.4.1) waardoor steun volledig of gedeeltelijk ontbreekt.

Tussen de gescheiden grootouders onderling kan argwaan voorkomen. Soms gaat het zo ver, dat het kind ingezet wordt voor de onderlinge strijd. Zo heeft de moeder van respondenten het bestaan van de vader jarenlang verzwegen. Eerder verbroken contact met één van de ouders wordt soms hersteld bij het overlijden van de andere ouder.

Sommige hebben nog contact met (half)broers en (half)zussen, anderen hebben het contact volledig verbroken. Men werd in het verleden meermaals belogen of er ontstond partijdigheid voor één van de gescheiden ouders, wat verder contact onmogelijk maakte. Veel wordt er niet gesproken over de broers en zussen.

Bredere familiebanden zijn niet steeds optimaal te noemen. Er is sprake van moeizame en kwetsende communicatie en bedrog die vaak leiden een totale verbreking van het contact. Soms heeft men geen familie meer door overlijden. Andere respondenten vermelden veel steun van (ex) en/of (schoon)-familie en overgrootouders en dit zowel op financieel als emotioneel vlak als op vlak van hulp in het huishouden en opvang van de kinderen. Deze band wordt dan soms beëdigd met peterschap van één van de kinderen van het koppel. Deze steun is heel belangrijk voor hen.

Contacten buiten de familie zijn eerder schaars. Men beschikt niet over een breed opvangnet.

### **Zorgverstrekkers**

Respondenten denken bij kansarmoede aan een gebrekkig sociaal netwerk. Vaak zijn dit mensen die nooit steunfiguren hebben gehad, die helemaal alleen staan op de wereld. Zo hebben ze ook geen netwerk die voor opvang kan zorgen voor de kinderen. Toch geeft men aan dat de geboorte van een kind zo'n heuglijke gebeurtenis is dat iedereen bereid is in de bres te springen, ook bijvoorbeeld burens waarmee men anders geen contact heeft.

Zorgverstrekkers geven wel aan dat er een grote betrokkenheid heerst binnen de familie van het kansarme gezin. Zowel op zwangerschapsconsultatie als op materniteit wordt het kansarme gezin omringd door familie wat soms als overdreven solidariteit ervaren wordt door buitenstaanders. Toch ondervinden zorgverstrekkers dat jongeren in geval van tienerzwangerschap niet altijd kunnen terugvallen op familie en gezinsleden. Ouders of grootouders willen soms dat het kind geaborteerd wordt. Soms willen ouders en/of grootouders niet dat de jonge ouders het kind zelf opvoeden. Vaak wordt het jonge koppel vanuit het gezin en de familie heel sterk afgeschermd tegen hulpverleners. Het is moeilijk voor zorgverstrekkers om met hen in direct contact te komen. Het familiale netwerk kan met andere woorden verstikkend werken. Ook zien zorgverstrekkers dit als een positief teken, namelijk dat er een familiaal netwerk aanwezig is.

"Een keer dat ze bevallen zijn of ja, zelfs als ze gewoon als ze opgenomen zijn op kraamafdeling, dan voel je toch wel die solidariteit tussen familieleden, zelfs bijna overdreven. Dat zijn zo typen die als je vraagt van kijk bezoek vanaf twee uur, die zitten daar de ganse dag bij wijze van spreken." (een vroedvrouw)

### **Conclusie**

---

Als zorgverstrekker kan het belangrijk zijn om de band te kennen tussen moeder en dochter en andere familieleden, zodat men bij het geven van informatie eventueel deze steunfiguur mee kan informeren. Hoewel duidelijk blijkt dat heel wat relaties moeizaam verlopen, kan men deze vaak niet opgeven. Men kan men niet met en niet zonder elkaar en investeert vaak veel tijd in het goedmaken van ruzies. Kansarmen hebben het moeilijk om relaties op te bouwen en te behouden. De stresserende, complexe situatie, samen met een gebrek aan ondersteuning en het gebrek aan goede rolmodellen tijdens de jeugd spelen hierbij een rol. Soms staan de burens bij voor informatieverschaffing en opvang van de kinderen. Anders wordt geen breder sociaal vangnet vernoemt.

Kansarmen situeren zich in een verplicht sociaal (juridisch opgelegd) netwerk. Een modaal gezin is echter biologisch en psychologisch gegroeid. Een modaal gezin ontwikkelt haar eigen netwerken. Een kansarm gezin is hiervan echter uitgesloten en zal voor ondersteuning bij de georganiseerde hulpverlening te rade moeten gaan. Ze zijn met andere woorden niet vrij om hun netwerken te kiezen.

### 2.4.5 Reflecties

Wordt nog geschreven.

## - ZORGRELATIE

In dit onderdeel bespreken we het centrale thema van het onderzoek: de zorgrelatie tussen generatiearmen en zorgverstrekkers. Uit de onderzoeksgegevens hebben we bouwstenen van een zorgrelatie afgeleid. We beschrijven hoe de zorgrelatie ervaren wordt en welke verwachtingen armen en zorgverstrekkers hierover koesteren. De zorgrelatie kan niet los gezien worden van de inhoudelijke zorg die armen verlangen en zorgverstrekkers geven. Bij deze zorgdimensie omschrijven we welke aspecten van zorg aan bod komen en hoe deze door de verschillende partijen ervaren wordt.

## ***2.5 Bouwstenen zorgrelatie***

De sterkste voorwaarde voor een optimale zorgrelatie is het ontstaan en blijvend groeien van een vertrouwensband. De houding van zorgverstrekkers wordt hierbij zeer bepalend ervaren door kansarmen, samen met de vorm van communiceren. Een positieve, bevestigende houding kan een opening creëren om het vertrouwen zowel in zichzelf als de zorgverstrekker te versterken.

Verder vormen authenticiteit samen met een eerlijke communicatie de bouwstenen van een goede zorgrelatie.

### 2.5.1 Vertrouwen

Al bij de keuze van de arts en materniteit bepalen meerdere factoren waarom men bepaalde zorgverstrekkers of instellingen meer krediet geeft dan anderen. Hoe men de expertise van een arts op voorhand inschat is belangrijk, maar vooral de houding van ene zorgverstrekker is doorslaggevend. Ook de duurzaamheid van een relatie speelt een rol, of de mate waarin

---

een zorgverstrekker de historiek van een gezin kent. Mobiliteit en financiële aspecten bepalen eveneens deze keuze.

Zorgverstrekkers die tijd maken voor een parturiënte maken een grotere kans vertrouwen te zien groeien. Een empathische en gelijkwaardige houding bevordert de zorgrelatie. Zorgverstrekkers hebben hierbij echter grenzen nodig, afstand kan een evenwicht creëren. Eens bereikt, blijft dit vertrouwen broos. Een gekwetst vertrouwen leidt vaak tot een verbreking van het contact.

Door een goede zorg kan een emotionele band groeien tussen de zorgverstrekker en parturiënte. Veel kansarme – vaak jonge - moeders voelen zich echter vaak op een heel andere manier door zorgverstrekkers benaderd. Kwetsuren worden dieper en het wantrouwen naar zorgverstrekkers groeit hierdoor.

### 2.1.1.1 Keuze arts/materniteit

#### **ARMEN**

Respondenten kiezen artsen die ze bekwaam achten. Voor kleine problemen raadpleegt men een huisarts, voor serieuzere zaken een specialist. Zo zal men voor een zwangerschap soms meteen een gynaecoloog raadplegen. Sommigen zien hun huisarts niet gedurende dit verloop. Als men kinderen heeft, zal men naast de (vaste) huisarts ook een kinderarts raadplegen. Als een vertrouwde arts een koppel doorverwijst, zal men ook deze keuze vertrouwen en die bepaalde arts raadplegen. Niet iedereen vindt het belangrijk een vaste vertrouwensarts (huisarts of gynaecoloog) te kunnen raadplegen. Je vindt immers altijd een arts, indien nodig, via 1207 of een ander kanaal. Sommige moeders hebben wel een vaste huisarts waar ze de meeste zaken aan vragen. De huisarts komt bij een aantal gezinnen aan huis, anderen gaan steeds bij hem op consultatie. Er zijn moeders bij een wijkgezondheidscentrum aangesloten, de meeste echter niet. Opvallend is dat sommige moeders hun (vaste) zorgverstrekkers niet inlichten over een aantal zaken zoals depressies, het vroegtijdig stopzetten van medicatie tegen voorweeën en anticonceptiemiddelen. Bij medische complicaties, zoals tussentijdse bloedingen, durven sommigen niet meteen de arts te raadplegen en stelt men een consult uit. Eén van de redenen voor dit 'zwijgen' is het financiële aspect, men kan/wil geen consult betalen, sommige moeders geven aan dat ze gewoon niet graag naar de dokter gaan.

Veel moeders geven aan dat ze het belangrijk vinden om ervaren dokters te kunnen raadplegen. Zij vinden dat hun complexe situatie en voorgeschiedenis dit vereist. Zeker voor een eerste bevalling verkiest men een ervaren persoon. Veel moeders hebben bij de bevalling liever niet te maken met stagiairs, omdat ze geloven dat deze nog fouten kunnen maken. Tenzij wanneer stagiairs aangeven dat ze al veel bevallingen gedaan hebben, is men gerustgesteld. Sommige moeders hebben negatieve ervaringen gehad met stagiairs. Zo was er een moeder die steeds spoelingen kreeg door verschillende stagiairs, zonder dat haar dit gevraagd werd. Een andere moeder gaf aan dat de assistent op een zeer pijnlijke manier de epidurale geplaatst had, met repercuties voor haar gezondheid. Nadien had haar arts bevestigd dat dit daarom beter niet door assistenten gebeurt. Ook het feit of een zorgverstrekker zelf een bevalling heeft meegemaakt, speelt een rol. Men heeft liever iemand bij zich die uit eigen ervaring weet wat een moeder meemaakt.

Zorgverstrekkers die medische fouten maken uit het oogpunt van de bevrageden, bezoekt men niet langer, men spreekt een andere aan. Bijvoorbeeld wanneer een gynaecoloog vertelt dat de huisarts onnodige medicatie voorschrijft bij een zwangerschap, zoekt men een andere huisarts, of blijft men de specialist raadplegen. Of wanneer een ziekenhuis een kind niet ziek genoeg vindt om te laten opnemen, stapt men naar een ander ziekenhuis. Sommige vrouwen kiezen bewust voor gynaecologen die een zwangerschap en bevalling zo natuurlijk mogelijk laten verlopen.

Naast de medisch technische bekwaamheid en vaardigheid, speelt ook de houding van de zorgverstrekker een rol. Moeders zoeken een empathisch persoon met wie ze kunnen praten. Iemand die luistert, meevoelt en begrijpt wat een bevalling is. Men wil zich veilig voelen en zichzelf kunnen zijn. Een vrouw in pijn mag dit ook tonen vindt men door te schreeuwen en te jammeren. Men zoekt een zorgverstrekker die tijd maakt voor de patiënt.

Als het personeel in een materniteit niet vriendelijk is, beslissen sommige moeders om de volgende keer in een ander ziekenhuis te bevallen, waar het personeel wel aangenaam is.

*"Ik had eerst een andere arts maar ik voelde mij daar niet veilig bij. Het was wel een vrouw maar ik voelde mij daar niet op mijn gemak. Als ik daar binnen kwam, zat ik op van de zenuwen. Het was gelijk dat ik beefde... En al zei ze "ontspant u", dat ging gewoon niet. Ik ben er niet blijven gaan, want als het niet gaat, gaat het niet. Mijn broer zijn vrouw heeft dan gezegd "probeer ne keer bij Dr. X". En ik kwam daar binnen en voelde mij helemaal op het gemak. Hij is rechteit, zo van "zo en zo en hup" en ja het was echt..." (Mia)*

Ook andere persoonlijke kenmerken kunnen een rol spelen. Voor sommige moeders speelt het geslacht van een arts geen rol. Anderen hebben oorspronkelijk een voorkeur voor een vrouwelijke gynaecoloog, hoewel men een geruststellende mannelijke arts zeer weet te waarderen. Geslacht is niet de meest doorslaggevende factor. Bij sommigen speelt de religie van de arts een rol en kiest men een arts die eveneens moslim is.

Ook het gekend zijn, de duurzaamheid van de zorgrelatie speelt een rol. Sommige moeders keren graag terug naar een persoon die hen eerder behandeld heeft. Deze respondenten vinden het belangrijk dat een arts de situatie bijhoudt en noteert. Deze moeders hebben soms met andere zorgverstrekkers minder goede ervaringen gehad. Omdat ze geen hulp verschaften op medisch vlak, of omdat hun advies omtrent voeding niet strookte met de eigen opvattingen. In beide gevallen keert men dan terug naar de gekende arts voor nieuw advies. Bij de keuze voor een arts of ziekenhuis, volgt men vaak het advies van familie of vrienden die er goede ervaringen bij hadden. Sommigen kiezen een ziekenhuis waar ze zelf ook nog gewerkt hebben en waar ze dus de mensen kennen.

De bereikbaarheid van de arts of materniteit is eveneens een doorslaggevende factor, soms meer dan de tevredenheid over de zorgverstrekkers. Zo zijn er moeders die omwille van personeelsklachten niet meer in een bepaalde materniteit willen bevallen. Toch bevallen ze er ook de volgende keer omwille van de bereikbaarheid van de materniteit met het openbaar vervoer. Mobiliteit vormt vaak een drempel. Consultaties worden soms uitgesteld omdat men anders met een kind, in slecht weer, met het openbaar vervoer naar de arts moet. Ook of de materniteit dichtbij de woonst van hun eigen moeder is, speelt voor sommigen een rol. De dichtheid voor het bezoek in het algemeen kan een rol spelen in de keuze.

*" Nee, daarom dat ik gezegd heb: nooit meer, nooit meer naar die materniteit, maar dat is het gemakkelijkste voor het vervoer. Bij Zita heb ik nog slechtere verzorging gehad, maar voor de papa en voor de andere mensen is het gemakkelijkste om naar daar te gaan. En zo ben ik toch terug naar die materniteit geweest. Ook al wist ik waar ik mij aan kon verwachten."(Sonja)*

Het financiële aspect beïnvloedt eveneens de keuze van arts en materniteit. Zo geven sommigen aan dat ze doorverwezen worden naar materniteiten waar de volledige kost terugbetaald wordt. Moeders kiezen vaak voor de arts of het ziekenhuis waar men minder moet betalen of meer terugbetaald krijgt.

## **ZORGVERSTREKKERS**

De ontmoeting tussen arme en zorgverstrekker vertrekt meestal vanuit een crisismoment. Er is een feitelijk probleem bvb de zwangerschap en men moet hulp vragen. Zo kan alleen een fundamentele deskundigheid de eerste stap naar vertrouwen zijn. Als bijvoorbeeld verkeerde informatie gegeven wordt, merkt men dat alle contact verbroken wordt.

Ook zorgverstrekkers ervaren dat gekend zijn een rol speelt. Eens het eerste contact met de zorgverstrekker goed verliep, komen armen terug en kan geleidelijk aan een zorgrelatie in vertrouwen ontstaan en over de jaren heen groeien. Niettemin tijdens een crisissituatie het contact plots afgesneden worden door het gezin. Dan moet er opnieuw een

vertrouwensband opgebouwd worden wat de nodige tijd, geduld en energie vraagt van de zorgverstrekker.

Zorgverstrekkers ervaren dat er naast vertrouwen ook een financiële drempel bestaat die mede bepaalt waar kansarmen aankloppen wanneer zij zorg nodig hebben. Wijkgezondheidscentra en medici die werken met terugbetalingstarief komen hierdoor meer in contact met kansarmen.

Daarnaast ervaren zorgverstrekkers dat armen tegen bepaalde hulpverleners - die met eenzelfde tarief werken - hun verhaal doen, en tegen anderen dan weer niet. Bij bepaalde zorgverstrekkers klikt het en andere zorgverstrekkers staan steeds voor een gesloten deur. Persoonlijke eigenschappen van de hulpverlener, de houding van zorgverstrekkers, maar ook de bereikbaarheid worden als mogelijke redenen hiervoor opgegeven.

*"Op het venster kloppen en dan geraak je wel. Ik krijg dus allerlei truckjes van die mensen terwijl dat bijvoorbeeld de sociale assistente van een andere dienst daar voor de deur blijft staan, die geraken daar niet binnen. Omdat zij ook een andere functie hebben en eerder gezien worden als controlefunctie. "Zij komen hier controleren of dat ik wel vuur heb, dat ik wel goed woon", maar ik doe dat dus niet. Ik kom zorgen geven." (een vroedvrouw)*

### **Conclusie**

Kansarmen hebben niet de traditie om 'zomaar' naar de dokter te gaan. Meestal wordt beroep op hen gedaan tijdens een crisis. Een aantal factoren spelen een belangrijke rol in de keuze voor zorgverstrekker of materniteit. Financiële en mobiliteitsfactoren spelen bij de eerste keuze een belangrijke rol. De houding van zorgverstrekker en het feit of vertrouwen bereikt werd, zal echter doorslaggevend zijn voor verdere contacten. Een fundamentele deskundigheid is een duidelijke voorwaarde vooraleer een vertrouwensrelatie tot stand kan komen.

#### **2.1.1.2 Vertrouwen**

##### **ARMEN**

Soms heeft men van bij het begin vertrouwen in zorgverstrekkers, voortgaand op de eerste indruk. Meestal vraagt vertrouwen echter een langzaam opbouwend proces waarin meerdere factoren meespelen. Vaak geven respondenten aan een zorgverstrekker te moeten leren kennen, voordat ze deze vertrouwen. Veel wordt verder bepaald door de houding van een zorgverstrekker (zie 2.1.1).

Vertrouwen kan er pas groeien als men zich veilig in de relatie voelt. Een zorgverstrekker moet hen kunnen geruststellen en hen het vertrouwen geven dat ze het goed kunnen en zullen doen<sup>37</sup>. Omgekeerd wordt aangegeven dat een zeker vertrouwen een voorwaarde is tot geruststelling. Eerlijke communicatie speelt daarbij een belangrijke rol. Een zorgverstrekker die oprecht en respectvol vertelt hoe de zaken staan, boezemt vertrouwen in bij mensen. Daartegenover krijgt men niet graag een zorgverstrekker op bezoek die zonder tekst en uitleg weer vertrekt.

Vertrouwen wordt soms moeilijk opgebouwd door een zeker wantrouwen ten op zichte van de zorgverstrekker. Vooral de angst dat kinderen geplaagd zullen worden speelt hierbij een rol. Zo stelt een moeder omwille van deze reden contact met de zorgverstrekker uit. Anderen verbreken het contact wanneer deze angst realiteit wordt. Moeders hebben hierbij het gevoel dat zorgverstrekkers een dubbele houding aannemen, aangezien ze voordien geen blijk gaven van bezorgdheid hieromtrent. Wanneer een andere moeder de angst voor

<sup>37</sup> Sommigen vonden de mensen van Kind en Gezin 'overbezorgd', bijvoorbeeld omdat de baby klein is. Hierdoor werd de moeder ongeruster, zeker als het kind niet snel groeit.



plaatsing uit, wordt haar verzekerd dat dit niet zal gebeuren. Dan groeit er vertrouwen. Soms heeft men van thuis uit geleerd dat men niet te snel een arts moet raadplegen.

*"Met onze slechte woning, had ik daar enorm schrik voor. En Nigel vond dat ik daarin overdreef maar ja, ik weet niet, ik had er gewoon echt schrik voor dat ze mijn kind zouden wegnemen... Maar ik heb het haar dan ook eerlijk gevraagd, want ze was blij dat ik het gevraagd had. Ik heb dan ook gezegd dat dat de reden waarom dat ik eigenlijk zo lang gewacht heb vooraleer ze naar daar kwam. En toen zei ze "okee het is niet goed maar dat is nu niet de reden om de kleine van u af te pakken". "(Fiona)*

Een vertrouwensband blijft broos en kan verbroken worden. Soms heeft de arts het vertrouwen geschaad door informatie door te geven aan familieleden of aan andere zorgverstrekkers. Ook wanneer een advies gegeven wordt dat uiteindelijk schadelijk blijkt te zijn voor de gezondheid, is het vertrouwen beschadigd.

### Het klikt

Er zijn een aantal moeders tevreden over hun relatie met zorgverstrekkers. Soms klikt het. Armen geven een aantal factoren aan die mee bepalen of een goede verhouding tot stand kan komen. Empathie is een voorwaarde voor een goede zorgrelatie. Respondenten vinden het belangrijk dat zorgverstrekkers mensen aanvoelen en begaan zijn met zowel de zwangerschap als de persoon zelf. Tegelijkertijd geef iemand aan dat zorgverstrekkers ook hard en overtuigend moeten kunnen zijn als het moet. Bijvoorbeeld bij de bevalling wordt verwacht dat zorgverstrekkers moeders aansporen. Ook vinden respondenten het belangrijk dat zorgverstrekkers een gesprek aangaan. Men verwacht van een zorgverstrekker dat deze luistert naar verhalen en problemen en dat ze deze ook au serieux nemen. Door signalen en klachten niet ernstig te nemen, krijgt men geen vertrouwen in zorgverstrekkers. Door begrip en ondersteuning zal het vertrouwen echter versterkt worden. Daarnaast wordt het sterk geapprecieerd wanneer parturiënten zorgverstrekkers mogen contacteren om problemen te bespreken. Bereikbaarheid vormt met andere woorden ook een belangrijke factor. Een aantal andere karaktoreigenschappen worden eveneens gewaardeerd. Goede zorgverstrekkers zijn lief, zachtaardig en 'gewoon'. Het zijn personen waar je iets aan kan vertellen. Ze zijn 'op het gemak', voorzichtig, komen kijken of het gaat en helpen. Humor helpt ook. Samen lachen zorgt ervoor dat moeders zich ontspannen voelen.

Moeders appreciëren wanneer zorgverstrekkers ook de vader betrekken bij en na de geboorte. Als deze de partner echter steeds aanspreken op zijn rookgedrag, is de kans groot dat hij hierdoor contact zal beginnen vermijden.

Moeders geven aan dat ze nu meer dan vroeger de kans krijgen om hun eigen mening te formuleren en dat er ook naar geluisterd wordt. Moeders waarderen deze evolutie naar meer openheid. Vroeger zouden zorgverstrekkers meer een eigen vooropgestelde manier hanteren of kiezen. Zo wordt de keuze om geen vruchtwaterpunctie te laten uitvoeren gerespecteerd. Andere moeders, vooral jonge moeders, ervaren een zekere ongelijkheid (supra).

Bij sommige moeders kan de bevalling een emotionele band scheppen met de zorgverstrekker. Zeker als het over een moeilijke bevalling gaat die goed afgelopen is. Zo werd de tweede naam van het kind naar de vroedvrouw genoemd. Wanneer een vertrouwensarts carrière maakt, kan dit enige trots oproepen bij een parturiënte, want dit is 'haar' arts.

*"De vroedvrouw was er heel van aangedaan. 's Avonds is ze dan nog bij mij gekomen en ze hilde, 'kom laat ze mij nog een keer vasthouden'. En nadien is ze nog gekomen. Ik heb haar dan gezegd dat ik haar heel dankbaar was en zo, en dat Fria haar tweede naam naar haar genoemd was en ze was zo fier. Ik heb haar dan een kaartje geschreven van bedankt, en er stond nog iets bij, 'voor iemand heel bijzonder', en ik heb er een hele tekst bijgeschreven." (Kimberley)*

## Het klikt niet

Er zijn zorgverstrekkers waarmee het niet klikt, zo geven een aantal moeders aan. Verschillende factoren kunnen hiertoe leiden. Een relatie aangaan wordt moeilijk wanneer zorgverstrekkers geen contact leggen en niet open staan voor gesprek. Of wanneer zorgverstrekkers niet luisteren, te kordaat of bevelend zijn. Een aantal moeders vonden zorgverstrekkers onbeleefd of te serieus, humor was bij hen uit den boze. Respondenten vinden het belangrijk dat zorgverstrekkers tijd voor hen maken. Niet iedereen heeft deze tijd en sommige zorgverstrekkers geven dit ook zo aan: "Heb je nog vragen? Want ik heb weinig tijd." Dit met het gevolg dat moeders geen vragen meer durven stellen.

Sommige moeders ervaren dat zorgverstrekkers weinig begrip aan de dag brachten en dat gejammer en geklaag niet aanvaard werd. Zo begint een moeder in de abortuskliniek te huilen, maar gaat de gynaecoloog hier niet op in. Meerdere moeders ervaren geen respect bij zorgverstrekkers. Zo ervaart een moeder dat stagiairs steeds bij haar bepaalde handelingen leren (spoeling), soms elk half uur, tot ze hierover klaagt. Voordien was haar dit trouwens niet gevraagd. Moeders ervaren ook dat bevindingen, klachten en signalen niet serieus genomen worden. In dit geval voelen ouders zich miskend door zorgverstrekkers. Bijvoorbeeld wanneer zorgverstrekkers van Kind en Gezin niet geloven dat een kind naar de moeder licht, omwille van herkenning. Volgens hen is dit een uiting van tevredenheid.

Volgens armen doen bepaalde zorgverstrekkers bij hen aan voorwaardelijke zorg: als je kan gaan roken, dan kan je je kind ook verversen. Wanneer de moeder de zorgverstrekker in kwestie confronteert met zijn/haar gedrag, blijken de zorgverstrekkers toch vriendelijk te kunnen zijn.

Ook de ervaring van de zorgverstrekker speelt een rol in de relatie. Een aantal moeders geven aan dat ze moeilijker begeleiding aanvaardden van een persoon die zelf geen kinderen heeft, hoe weten zij immers of een bevalling pijnlijk is.

*"Ik was nog maar juist bevallen van een keizersnee en de dag nadien, om dat mijn epidurale scheef zat, hebben ze die eruit gehaald en daarom kon ik al lopen. En toen ik de vroedvrouw vroeg om haar een verse broek aan te doen zei ze "Ge kunt gaan roken, dus kan je haar ook verversen". Maar ik was nog niet uit mijn kamer geweest." (Fiona)*

Jonge moeders hebben het gevoel dat hun leeftijd de houding van zorgverstrekkers beïnvloedt. Zorgverstrekkers vertellen hen meestal niet in woorden, maar laten de jonge vrouwen aanvoelen dat ze nog snotneuzen zijn. Ziekenhuispersoneel komt minachtend over, men ervaart dit vooral bij oudere zorgverstrekkers. "Als je zo vroeg kinderen wilt, moet je er dan ook de gevolgen van dragen". Soms wordt een tienermoeder ook door de arts een 'kind' genoemd. Men krijgt weinig begeleiding en zorg. Bijvoorbeeld is er een moeder die omwille van medische redenen haar kind nog moeilijk kan vastnemen. Als ze hierbij raad vraagt, komt het advies een fopspeen aan het kind te geven, aangezien ze toch niet meer kan doen. Deze vrij agressieve reactie komt kwetsend over voor de onzekere moeder. Verdere ondersteuning ontbreekt. Jonge moeders ervaren dat andere parturiënten vriendelijker benaderd worden door zorgverstrekkers. Jonge moeders ervaren dat hun klachten niet serieus genomen worden, waardoor ze soms niet de nodige zorg krijgen. Zo heeft een zwangere moeder buikpijn, blijken dit voorweeën te zijn, maar werd de klacht al (te) vaak geformuleerd vooraleer de arts deze klacht opvolgde. Sommige moeders worden te vroeg naar huis gestuurd en moeten de volgende dag terug naar het ziekenhuis. Ook als men medische zorg vraagt voor de baby, voelt men zich niet serieus genomen. Ook de (jonge) grootmoeder voelt zich soms onheus behandeld. Een grootmoeder wil het verblijf van de kersverse moeder in de materniteit niet afbreken, omdat de thuissituatie (wonend boven een café) onvoldoende rustgevend is. Zorgverstrekkers reageren hierop met de woorden "als het de mama kan geruststellen, zullen we ze nog een paar daagjes laten blijven". Hierdoor voelt de grootmoeder zich beledigd, aangezien een langer verblijf ten dienste komt van de gezondheid van de moeder en de baby. Op die manier komt ook de relatie moeder-kind onder druk te staan.

*"Ik had het gevoel dat ze op mij neerkeken. Heel eerlijk? Ja. Omdat ik zo jong was, echt geen zever. In dat ziekenhuis...had ik het gevoel van "ge zijt jong, dus ge weet*

*er niets niet van". .... Niet bij allemaal hé maar bij sommige. Zo meer bij de oudere. Dus er was daar zeker één oudere die echt allé ja, gelijk dat ik het niet aankon ofzo. "(Fiona)*

## **ZORGVERSTREKKERS**

Vertrouwen tekent zowel de start als het verdere verloop van de zorgrelatie met de arme. Eens er vertrouwen is, kan zorg een brede invulling krijgen. Niettemin is er een lange weg te gaan vooraleer vertrouwen binnen een zorgrelatie kan plaatsvinden, vooral kansarmen zijn een kwetsbare, moeilijk te bereiken groep. Ook zorgverstrekkers reiken heel wat elementen aan voor een basishouding die vertrouwen helpt installeren.

Een voorwaarde tot vertrouwen is het aanvaarden van de arme zoals die is. Als zorgverstrekker moet je respectvol met hen omgaan. Met aanvaarding bedoelt men het zichzelf mogen zijn, in het eender wat zij doen of niet doen zonder hen te veroordelen. Vooral met dit laatste, het niet doen van bepaalde zaken, hebben officiële instanties vaak moeilijkheden. Eveneens gaat het om het respecteren en ondersteunen van hun vrije keuzes, ook al koester je als zorgverstrekker bepaalde bezorgdheden. Eens de arme zich aanvaardt voelt, kan er vertrouwen groeien en kan de zorgverstrekker op zijn beurt aanvaard worden in wat hij doet of niet doet. Maar deze aanvaarding vinden zorgverstrekkers juist moeilijker bij kansarmen. Moeilijk omdat het om situaties gaat waar men zich als zorgverstrekker minder in thuis voelt en waarin men zich moeilijker kan inleven.

Gezondheidswerkers vinden empathie noodzakelijk om met kansarmen te werken. Het is fundamenteel om je als zorgverstrekker te kunnen inleven in wat het betekent om geen geld te hebben, niet te kunnen lezen of schrijven, geen steunfiguren gehad te hebben ... Anders ontstaan ergernissen. Authenticiteit is echter noodzakelijk. Hoe belangrijk ook, inleven moet waarachtig zijn en niet geveinsd. Door je als zorgverstrekker open te stellen kan je ook openheid verwachten van de andere partij, de arme in dit geval. Zorgverstrekkers vinden dat men weer meer moet leren in relatie gaan met mensen. Gezondheidswerkers gebruiken de term 'koesteren'. Men voelt echter aan dat het moeilijker is om in relatie te gaan met de kansarme populatie om redenen die ze terugvinden bij zowel de zorgvrager als de zorgverstrekker. Zorgverstrekkers voelen aan dat het niet klikt met de arme maar men weet niet concreet aan wat dit ligt. Niettemin is het een voorwaarde om de arme verder te kunnen helpen. Dit kan herhaaldelijks nodig zijn, dag en nacht. Dit kan enkel in een vertrouwelijke zorgrelatie, zodat kansarmen voelen dat ze met hun problemen terecht kunnen. Ongeacht de ernst van het probleem of het tijdstip. Door deze openheid in te bouwen, worden problemen bespreekbaar en voorkombaar. Openheid kan je echter niet forceren, die moet 'echt' blijven. Het is belangrijk geen façade op te bouwen. Daarom vinden zorgverstrekkers het belangrijk je eigen taal en dialect te spreken. Jezelf zijn is niet strijdig met je professionaliteit, want veel zorgverstrekkers steken zich hierachter weg. Professioneel handelen betekent juist jezelf zijn en alles gebruiken wat je in je hebt. Door die authenticiteit krijgen armen respect en vertrouwen en kijken ze op naar hun zorgverstrekker. Wanneer je als zorgverstrekker niet oprecht bent, ziet de arme dit snel in, waardoor een verdere vertrouwensrelatie geen kans krijgt.

*"Ik vind dat veel mensen zich achter hun professionaliteit wegsteken. Dat zijn altijd van die ellenlange discussies, maar ik vind dat je in de eerste plaats uzelf moet zijn en alles gebruiken wat je hebt. Ik kan dat moeilijk rijmen als ge professioneel werkt en uzelf niet kunt zijn, dan kan je ook niet verwachten dat mensen open zijn tegen u. Dat is misschien wel het belangrijkste, als je zelf huichelt en een deel liegt dat kunt ge toch niet verwachten dat mensen gaan eerlijk zijn tegen u. En ze voelen dat ook...ik denk dat, misschien niet de eerste keer maar als ge er al een tijd mee werkt, mensen voelen dat." (een coördinator)*

Inlevingsvermogen heeft ook grenzen: als je jezelf verliest, ben je niet langer in staat zorg te geven. Een zorgverstrekker verliest het overzicht en raakt er zelf volledig onder door.

Daarom is het belangrijk zich bewust te blijven van het feit dat je in 2 verschillende werelden leeft: kansarmen denken anders, er spelen andere zaken mee. Men dient er blijven bij stil te staan wat een persoon aankan, wat niet en als het nodig is afremmen. Collega's helpen inzicht te krijgen door supervisie. Door in relatie te gaan met de kansarme, kan je hun vriend worden. Hierdoor ontstaat openheid en vertrouwen. Naast de vertrouwensband ontstaat er ook een emotionele band wat de zorgrelatie versterkt en continuïteit van zorg verzekerd is. Langs de ene kant ontwikkel je een vriendschappelijke band met mensen maar langs de andere kant blijf je zorgverstrekker. Zorgverstrekkers vinden deze dubbelheid zeer moeilijk. Voor de zorgverstrekker zelf is het belangrijk om een problematiek van je te kunnen afzetten wanneer je thuis komt, daarom moet een bepaalde afstand bewaakt worden. Hoe langer ze mensen kennen en hoe meer ze zichzelf bloot geven, hoe moeilijker zorgverstrekkers het vinden om de afstand te bewaren. Zorgverstrekkers vinden het menselijk dat er bij je patiënten mensen zijn waar het beter mee kan vinden en die vrienden worden. Sommige zorgverstrekkers vinden dat je eigen verhalen die raakpunten hebben met hun gebeurtenissen niet moet vertellen. Anderen vinden dit juist wel, omdat je vaak als rolmodel gepercipieerd wordt. Als mensen weten dat je zelf moeder bent, vinden ze dat belangrijk, denken ze dat je hen verstaat. Ze nemen soms hun eigen kind mee op huisbezoek. Mensen appreciëren dit enorm en het werkt ook heel drempelverlagend. Er zijn gezondheidswerkers die het meterschap aanvaard hebben van een kind, maar zij vinden dat dit wel kan. Het is een grens die je voor jezelf stelt. Het blijft voor de zorgverstrekker wel een evenwicht houden in het omgaan met het kansarme gezin. Blijft men als zorgverstrekker op een te grote afstand dan komt men over als 'controleur' en kan men niets voor deze mensen betekenen. Sta je te dicht als zorgverstrekker dan word je opgeëist door de familie in kwestie en verwacht men dat je als zorgverstrekker of als 'vriendin' dag en nacht voor hen klaarstaat. Naarmate de tijd vordert en het contact intenser wordt, wordt het steeds moeilijker als zorgverstrekker om die 'veilige' afstand te bewaken. Zeker bij kansarmen is het bewaken van deze afstand zeer belangrijk.

*"Ik ben toen weer met mijn twee matrassen naar Brussel vertrokken. En ik ben dan heel content als ik die kan aanbieden want, ja ze hebben niks en gij hebt toch iets. En zo ben ik dus continu aan het verhuizen met kasten, matrassen, ... Maar eigenlijk ga ik daar dus stukken te ver in. Ik weet dat. En soms moeten wij dus zeggen "nu remmen we weer". Maar dat is ook onze taak denk ik om een stuk met die mensen begaan te zijn. Dat is meestal als zorgverlener hé. Maar ik denk dat je moet weten voor uzelf wat je nog aankan of niet meer. En sommige periodes moeten we echt afremmen. En als je dat kunt, denk ik dat je toch al een stuk goed bezig bent." (een vroedvrouw)*

Men ervaart immers dat wanneer er een vertrouwensband ontstaat met één bepaalde zorgverstrekker, de arme zich aan deze persoon vastklampt en alle aandacht opeist. Eens het vertrouwen geschonden is, is de band vaak voorgoed verstoord. Des te meer het belang en de moeilijkheid van het bewaken van een gezond evenwicht in de relatie met een kansarm gezin.

Afstand is eveneens belangrijk om grenzen te kunnen stellen, tussen jouw verantwoordelijkheid als zorgverstrekker en deze van de kansarme zelf. Mensen blijven verantwoordelijk voor hun eigen daden en die kan en mag je niet van hen afpakken. Je kan kansarmen niet blijven medicatie of voedsel meegeven. Ook is het nodig om afstand te nemen om te voorkomen dat je als hulpverlener de betekenis van kansarmen invult: wat zij als probleem zien, kan de zorgverstrekker niet als probleem zien, maar het is niet aan haar/hem om in dit in te vullen. Afstand is ook belangrijk in de zin van ademruimte te geven aan de kansarmen, je moet ze even met rust kunnen laten.

Ook fysiek moet de afstand bewaakt worden menen sommige gezondheidswerkers. Je kan niet altijd bereikbaar zijn, er bestaan ook wachtdiensten. Sommige zorgverstrekkers geven hun gsm- of thuisnummer mee en/of worden in hun vrije tijd of 's nachts soms aangesproken. Dan nemen sommigen contact op met collega's (ook van andere organisaties) die in dienst zijn om te vragen een kijkje te nemen. Anderen gaan zelf in op de hulpvraag. Het maakt hen niet uit om hen te helpen in hun vrije tijd. Het maakt hen blij te horen dat ze een ander geholpen hebben. Anderen zijn op hun privé-nummer

lastiggevallen omdat kansarmen de uitkering niet gekregen hadden waarvoor de zorgvertrekker de papieren had helpen invullen. Door een privé-nummer te geven, word je niet langer beschouwd als zorgverstrekker, maar als vriendin. Gezondheidswerkers worden dan als het ware 'opgeslokt' door de hulpvragers, zo geeft men zelf aan.

Langs de andere kant vormt een gevoel van afstand soms een hinderpaal. Gezondheidswerkers ervaren in de zorg aan kansarmen een veel grotere afstand dan bij andere patiënten. Deze afstand heeft een effect op de zorg. Begeleiding, opvangen en voorkomen van problemen wordt moeilijker omdat men geen vat krijgt op de mensen. Die afstand wordt zowel door de zorgverlener als de zorgvrager gecreëerd en brengt bij de zorgverstrekker in kwestie een gevoel van machteloosheid teweeg. Verder is die afstand door beide partijen ongewild en kan die niet overbrugd worden. Volgens anderen kan die afstand wel geleidelijk verdwijnen. De eerste contacten met het kansarme gezin zijn eerder medisch, maar naarmate de tijd vordert en er vertrouwen kan groeien, komt men dicht(er).

*"Bij die middenklassen kun je dat veel beter realiseren en toch nog grenzen bewaken. Terwijl bij de kansarmen, daar ligt dat veel moeilijker om zoiets te doen... De crisisopvang bijvoorbeeld. Waar dat je dan weet dat emotionele steun op dat ogenblik zeer belangrijk is...Toch is dat veel moeilijker. Ge hebt meer weerstand en dat heeft met mijzelf te maken ook natuurlijk, hoe ge u erin thuis voelt. Misschien als je meer thuis bent in dat milieu, dat je er daar beter weg mee kunt. Dat zou wel kunnen." (een huisarts)*

Zeker bij kansarmen vinden zorgverstrekkers het belangrijk een gemoedelijk gesprek aan te gaan. Zeker in de eerste lijn wordt het belang van sociale en psychologische ondersteuning onderstreept en ondersteund. Terwijl aandacht voor deze aspecten vroeger uitzondering zou geweest zijn. Mensen moeten hun verhaal kunnen doen, ervaren dat er iemand naar hen luistert. Een gesprek lucht mensen op en geeft hen klaarheid. Men ervaart dat kansarme vrouwen minder steun krijgen van hun partner en dat de relatie vaak minder stabiel is, waardoor de ondersteuning van het gevoelsleven des te belangrijker wordt. Als gezondheidswerker kan men mensen het gevoel geven dat ze niet alleen zijn, kan men de eenzaamheid verlichten. De lager opgeleide man ontbreekt vaak bij consultaties. Ook op huisbezoek is het moeilijk de vader of partner bij de zorg te betrekken. Vaak is men al tevreden wanneer de man aanwezig is, want dit is vaak anders. Huisbezoeken gebeuren meestal overdag, wanneer de partner vaak gaan werken is. Door belangstelling te tonen voor de interesse van de vaderfiguur, probeert men de zorgrelatie langzaam op te bouwen. Zo zijn ze vaak geïnteresseerd in technische zaken en wekt men op die manier de aandacht. En op die manier creëert de zorgverstrekker een opening om ook andere zaken bespreekbaar te maken. Sociosupport<sup>38</sup> wordt ervaren als een sterke risicoverminderende factor tijdens de zwangerschap. Een voor waarde voor deze intensieve vorm van ondersteuning is vertrouwen. Toch stelt men vast dat het gesprek aangaan met kansarmen veel moeilijker is. Zorgverstrekkers ervaren meer weerstand bij zichzelf en voelen zich minder thuis in het milieu. Bovendien is het klimaat van het beleid vaak vooral resultaatgericht en krijgt men niet de ruimte om een gesprek aan te gaan.

Veel meer dan vroeger worden armen als gelijkwaardige partners beschouwd. In de eerste plaats betekent dit een open gesprek tussen zorgverstrekker en zorgvrager. Onderwerpen zijn 'bespreekbaar'. Daarnaast wordt vraaggericht gewerkt, men vertrekt vanuit de arme. Als mensen zelf aangeven dat ze willen dat iets verandert, worden er samen mogelijkheden onderzocht. Gelijkwaardigheid verwijst voor sommigen ook naar een open vorm van overleg. Men houdt de betrokken arme op de hoogte van contacten met instanties en nodigt hem uit bij overlegmomenten tussen verschillende betrokkenen. Vaak is dit niet zo in realiteit. Kan men dit als zorgverstrekker niet waar maken, dan is het vertrouwen gebroken en hiermee ook de zorgrelatie. Gezondheidswerkers geven wel aan dat wanneer gevaar dreigt, zoals bij geweld, er anders opgetreden moet worden.

Zorgverstrekkers ervaren dat vertrouwen bemoeilijkt worden door een zekere gekwetstheid en wantrouwen. Men ervaart vaak dat wanneer kansarmen voelen dat men te dicht komt, ze loslaten en elders hulp zoeken. Ze laten geen pottenkijkers toe en ook geen

<sup>38</sup> Onder sociosupport wordt sociale steun uit de omgeving (familie en vrienden) verstaan.

vertrouwensband. Zorgverstrekkers uit de eerste lijn ervaren dat heel veel angsten en verhalen leven bij kansarme mensen rond het afnemen van hun kinderen en hen daarrond niet correct behandelen. De kans dat problemen diepgaand behandeld worden is dan ook klein. Eerdere negatieve ervaringen en een (te) groot spanningsveld tussen het perspectief van de arme en het perspectief van de instantie of zorgverstrekker maakt dat vertrouwen moeilijk kan groeien.

De respondenten voelen aan dat het belangrijk is om een veilige sfeer te creëren waarin de arme zich goed voelt en kan zijn wie hij is. Dit betekent dat hij steeds terecht kan met vragen en problemen, om op het even welk moment. Bij veiligheid hoort ook geruststelling. Geruststelling vindt men in het algemeen een belangrijk aspect in de relatie arme-zorgverstrekker. Toch stelt men vast dat vaak mensen angst wordt aangepraat. Eens vertrouwen aanwezig is, kan je als zorgverstrekker kansarmen gemakkelijk uitleg geven en geruststellen indien nodig.

Eens er een basis aan vertrouwen aanwezig is, blijft vertrouwen een werkwoord op zich doorheen de zorgrelatie, waar blijvend energie moet in geïnvesteerd worden. Bij de minste ontgoocheling in de betreffende zorgverstrekker of crisissituatie binnen het gezin, wordt de vertrouwensband door de kansarme verbroken wat frustratie bij de zorgverstrekkers teweegbrengt. Het is belangrijk om ook dan hen positief te blijven benaderen door hen te bevestigen in wat ze goed deden en hen nieuwe kansen blijven geven.

*"Ik heb vorige week nog iemand gehad waar ik de deur op mijn neus kreeg. Ze zijn ook heel vlug gekwetst denk ik. Die mevrouw zei van "je hebt mij verkeerde informatie gegeven". Ik mocht niks meer zeggen. "Nee" zegt ze, "ik ga kwaad worden, ik wil zelfs niet meer tegen u spreken". Ik zei " ja oké, ik ga u nu met rust laten". Ik heb een briefje geschreven dat het mij speet dat ik haar verkeerde informatie gegeven heb. Ik zou het wel graag rechtzetten maar, kijk het blijft wel. Ik wil de deur wel open houden. Wij dan, maar ja, inderdaad..."(een verpleegkundige)*

Zorgverstrekkers ervaren dat het belangrijk is zeer voorzichtig om te gaan met informatie die men van kansarmen verkrijgt. Gezondheidswerkers vinden het belangrijk dat ook andere collega's kansarmen menswaardig en ethisch correct behandelen. Dat ze stil staan bij de vraag 'Kunnen we dit eigenlijk wel doen?'. Indien men info doorgeeft aan collega's, zelfs met de beste bedoelingen kan dit voor de arme een reden vormen om het contact te verbreken. Niet iedereen vindt dat dit bovendien kan. Hoewel het zorgverstrekkers in veel gevallen zou kunnen vooruit helpen, vindt men dat kansarmen evenveel recht hebben om partners te hebben waarmee ze dingen delen. Niet alle zorgverstrekkers hoeven dit te weten. Het is niet omdat ze in problemen leven, dat zorgverstrekkers het recht hebben om alles van hen te weten. Contact kan ook verbroken worden indien kansarmen niet uitgenodigd worden op een bepaald overleg. Uiteindelijk gaat men op zoek naar een andere vertrouwenspersoon. Medical shopping komt vaak voor bij deze groep. Om de continuïteit van zorg te verzekeren, ziet men voordelen in één centrale zorgcoördinator. Eens vertrouwen gewonnen is, kan deze dan gewaarborgd worden. Naast gebrek aan vertrouwen en financiële drempels staat ook de verhuisproblematiek bij bepaalde kansarme gezinnen continuïteit van zorg in de weg (cfr. kenmerken huisvesting).

Samenwerking is hoe dan ook noodzakelijk. Het kennen van de sociale kaart is cruciaal, maar het overloos doorsturen biedt ook geen oplossing. Het "hulpverleningslandschap" wordt echter te complex. Als zorgverstrekker heeft men te weinig zicht op alle mogelijkheden en de structuur van de hulpverlening op het gebied van o.a. huisvesting, hygiëne en financiële problemen. In problematieken zoals kindermishandeling wordt toch geopteerd om dit in samenwerking met andere instanties op te volgen, o.m. Kind & Gezin. Het doorverwijzen en het terugverwijzen naar de oorspronkelijke zorgverstrekker wordt als belangrijk ervaren door de zorgverstrekkers. Dit soort feedback gebeurt vaak niet. Dit leidt ertoe dat er geen overzicht bestaat op wie al allemaal hun diensten hebben aangeboden. Als elke zorgverstrekker het moederboekje goed invult, is er prenatiaal gezien wel geen probleem, postnataal ligt dit moeilijker. Ook de samenwerking tussen eerste en tweede lijn levert vaak frustraties op. Men heeft het gevoel niet altijd serieus te worden genomen. Zorgverleners ervaren dat er op verschillende niveaus in de gezondheidssector zaken gedaan worden, waardoor men regelmatig blok zit.

*"Ik zou niet weten als er een huisvestingsprobleem is, of een financieel of opvoedkundig probleem waar ik juist terecht zou kunnen. Er is een zodanig kluwen aan begeleiding. Pre- peri- en postnataal zijn er wijkgezondheidscentra, Kind&Gezin, zelfstandige vroedvrouwen, mensen in dienstverband, geraak daar maar aan uit als kansarme. Soms moet je mensen terug bij de hand nemen gedurende een hele tijd." (een vroedvrouw)*

### **Conclusie**

De leeftijd van de parturiënte blijkt een belangrijke rol te spelen in de zorgrelatie. Zeker de jonge moeder heeft een positieve ondersteuning nodig. Soms is de situatie echter zo ontspoord, dat zelfs de medische zorg verzwakt wordt door een conflictueuze relatie.

Uit verschillende gesprekken konden we duidelijk afleiden dat naarmate de interviewers meer gekend waren en vertrouwen groeide, de respondenten meer informatie durfden en wilden meegeven. Deze ervaring bevestigt de informatie uit het onderzoek. Ofwel is het wantrouwen naar 'vreemden' zeer groot ofwel leeft zeer sterk de angst dat bepaalde informatie tegen hen gebruikt zal worden. Ook zorgverstrekkers durft men niet in te lichten over bepaalde zaken uit schrik dat ze niet langer bekwaam geacht zouden worden om voor hun gezin te zorgen.

Afstand is een moeilijk thema binnen de zorgrelatie. Heeft men als zorgvertrekker een dubbele houding? Overschrijdt men de grens als je als zorgverstrekker een intrede doet in de intimiteit van het persoonlijke leven? Misschien maakt men deze keuze vanuit een leegte en schuilt hierin de echte valkuil. Als zorgverstrekker kan je niet altijd ter beschikking zijn, maar je weet wel dat na die even-weg tijd, je met zekerheid op elkaar beroep kunt doen. De zorgverstrekkers beschouwen de kansarmen als gelijkwaardige partner en daarom is een over-leg, een gezamenlijke planning mogelijk en voor beide noodzakelijk.

Eens men kan spreken van een vertrouwelijke zorgrelatie volgt vaak een bredere hulpvraag vanuit de arme in kwestie. Op die manier kan de aanpak van de zorgverstrekker verruimen en meer contextueel ingevuld worden. Dit kan gaan om huisvesting, financiële besommeringen tot relatieproblemen. Door een open communicatie tussen de verschillende partijen waarbij er continu overleg gebeurt in vertrouwen, kan een zorgverstrekker uitleg geven, geruistellen, positief bekrachtigen en eventueel bijsturen waar nodig. Er ontstaat een continuïteit van zorg waarbij de arme steeds terugkeert naar de zorgverstrekker die hun vertrouwen waard is. Er is echter een tekort aan overleg tussen de welzijns- en gezondheidssector. Het is belangrijk deze muren af te breken, in het belang van het welzijn van de mensen. Om te kunnen doorverwijzen, moet men als zorgverstrekker bovendien ook het gezag hebben om effectief door te verwijzen. Een persoonlijke verantwoordelijkheid mag echter niet afgescheept worden naar de maatschappelijk-structurele hulp en vice versa. De gezondheidszorg heeft nood aan een structurele en professionele aanpak. Maar hoe degelijk ook, ten slotte heeft de caritatieve hulpverlening van vrijwilligers en het middenveld een aanvullende en complementaire rol te spelen.

## **2.5.2 Communicatie**

De communicatie in de zorgrelatie speelt een belangrijke rol. Deze moet eerlijk zijn, maar ook voorzichtig. Het positieve aspect uit de houding dient zich bovendien eveneens te manifesteren in de communicatie.

### **Armen**

Meerdere moeders zijn niet te spreken over de manier waarop zorgverstrekkers met hen communiceren. De communicatie is vaak onrespectvol en de toon soms heel kortaf. Sommige moeders vertellen zorgverstrekkers wanneer ze niet akkoord gaan met hun houding. Dit kan tot een verbetering leiden, andere keren krijgt men enkel een kwade reactie. Andere moeders durven zorgverstrekkers hierop niet aan te spreken, aangezien ze er afhankelijk van zijn. Ook nadien durft men de klacht soms niet verder te laten opvolgen door andere instanties. Men twijfelt immers of hierdoor verbetering zal optreden. Vaak gaat

men nadien bij een andere zorgverstrekker of materniteit op consultatie. Sommige parturiënten durven zorgverstrekkers zelf niks te vragen en zijn "overal tevreden" mee. Een aantal respondenten appreciëren wanneer zorgverstrekkers van bij het begin eerlijk en rechtuit zijn over de situatie. De manier waarop deze communicatie gebeurt, is uiteraard sterk bepalend.

Meerdere moeders geven aan dat zorgverstrekkers heel positief waren over de vooruitgang van hun baby's. Moeders appreciëren dit. Een aantal moeders worden bekrachtigd in de manier waarop ze de baby talkpoeder aanbrenge(n) (in navolging van hun eigen moeder). Ze worden gestimuleerd om op dezelfde manier verder te gaan. Ook het motiveren om door te zetten bij een bevalling door schouderklopjes en woorden wordt gewaardeerd. De woorden "je gaat het goed doen" doen moeders veel deugd.

Wanneer zorgverstrekkers commentaar geven op ziekteverschijnselen, zoals eczema, voelen moeders zich met de vinger gewezen. Kunnen zij hier immers iets aan veranderen?

*"Dat deed mijn moeder altijd: na het wassen een beetje talkpoeder strooien in hun nek, onder hun okseltjes en in de plooi's van hun benen en daarom is hun huid nog nooit rood geweest. En ik doe dat soms bij Aagje ook nog. Zij gaat drie jaar worden en ik vind dat goed. In de kliniek ook. Ik had dat meegebracht en zij zeiden "allé mevrouw, waarom doet gij dat nu?" Ik zeg "ja, door het zweten of soms dat dat nog een beetje nat is". En ze zeggen 'eigenlijk is dat wel goed'." (Kimberley)*

### Zorgverstrekkers

Zorgverstrekkers geven aan dat ze eigenlijk een andere taal spreken dan kansarmen, met andere waarden en normen. Het is niet altijd gemakkelijk deze kloof te overbruggen, maar velen proberen het wel.

Gezondheidswerkers benadrukken het belang van directheid in communicatie. Wanneer je als zorgverstrekker niet eerlijk bent in je communicatie, loop je het risico dat kansarmen afhaken. Deze ingesteldheid werkt ook bevrijdend en openbarend voor de zorgverstrekker zelf en voorkomt heel wat frustratie. Kansarmen zijn zelf ook heel direct, sommigen vinden hen zelf agressief overkomen. Sommige zorgverleners staan er versteld van hoe open kansarmen eigenlijk wel zijn. Een aantal zorgverstrekkers stellen de eerlijkheid van kansarmen in vraag. Geven zij wel eerlijke informatie bijvoorbeeld over de voeding die ze eten? De meeste zorgverleners ambiëren dan ook in hun relatie naar de kansarme toe openheid en eerlijkheid. Openheid vraagt immers een wederzijdse inspanning. Vertrouwen stelt men wel als voorwaarde. Eens er vertrouwen aanwezig is, kan de zorgverstrekker in overleg gaan met de kansarme in kwestie en de aanpak van problemen in alle eerlijkheid samen bespreken en verder opvolgen. Het vergt verschillende contacten doorheen een verloop van tijd vooraleer vrij en open gecommuniceerd kan worden binnen de relatie arm-zorgverstrekker. Door een open communicatie tussen de verschillende partijen waarbij er continu overleg gebeurt in vertrouwen, kan een zorgverstrekker uitleg geven, geruststellen, positief bekrachtigen en eventueel bijsturen waar nodig. Belangrijk is om de kansarme aan te tonen dat je goede bedoelingen hebt. Het nakomen van afspraken wordt hierdoor gemakkelijker en verder wordt een ingangspoort gecreëerd voor verdere communicatie.

Directheid vraagt echter enige voorzichtigheid. De communicatie moet veilig overkomen, die mag niet bedreigend en beschuldigend zijn, maar geïnteresseerd. Niet 'waarom ben je niet gekomen, je weet toch dat het belangrijk is voor je kind', maar eerder 'hoe komt het dat je niet gekomen bent'. Er moet voorkomen worden dat mensen met een schuldgevoel belast worden. Dit vinden veel zorgverstrekkers moeilijk. Zorgverstrekkers ervaren dat armen afhaken wanneer ze met de vinger gewezen worden als ze een afspraak niet hebben nageleefd. Het wankele vertrouwen zorgt ervoor dat zorgverstrekkers het moeilijk vinden om delicate problemen ter sprake te brengen (zoals financiële zaken). Dit geldt zeker als ze dicht bij de mensen staan en er ook verder mee moeten werken (zoals verzorgers). De angst dat ze door directheid het contact met mensen verliezen, is heel reëel. Dan neemt soms een ander van het team deze rol op zich (zoals de verloskundige). Men vindt het belangrijk af te spreken wie de ouders ondersteunt en wie de rol van communicator op zich neemt. Bovendien moet hier zeer duidelijk en begripvol over gecommuniceerd worden: "Wat er nu gezegd wordt ga je niet leuk vinden..., maar het is beter dat we dat nu zeggen".



*"Bij kansarmen is de groep die rookt bijvoorbeeld veel groter. Als je aan hen informatie kunt geven over roken, dan gaat ge die kinderen een betere start geven. En ik ervaar het toch als een moeilijkheid om naar die mensen toe te spreken met een zodanige toon dat ge niet verwijtend gaat klinken. Want een moeder die een pakje rookt per dag, het is beter dat ze stopt. Anders gaat ze een Marlboro-baby op de wereld brengen. Dat kind gaat extra zorgen nodig hebben, het ligt soms in de couveuse, het zal speciale voeding nodig hebben die meer gaat kosten, ... Maar het is zeer moeilijk om met die mensen samen te werken zonder dat ge hen gaat belasten met een schuldgevoel." (een huisarts)*

Zorgverstrekkers vinden het bij kansarmen belangrijk hen positief te benaderen en hen te bevestigen, meer dan bij anderen. Hen vertellen 'dat is goed, dat is normaal, je doet dat wel goed', en laten aanvoelen dat ze zaken aankunnen. Zorgverstrekkers kunnen het zelfvertrouwen met versterken, of ook juist niet. Een positieve benadering betekent eveneens dat je als zorgverstrekker kansarmen blijft bijstaan en blijft kansen geven, ook al zijn bepaalde zaken misgelopen en zijn ze ontgoocheld. Respondenten ervaren dat wanneer men als zorgverstrekker kan meegaan met de arme, hem positief bekrachtigt en zelfvertrouwen geeft, de arme zich volwaardig voelt. Dergelijke benadering zorgt er bovendien voor dat zorgverstrekkers op hun beurt positief bejegend worden door de zorgvrager. Het tegendeel, als je hun fouten benadrukt of hen met de vinger wijst omwille van een niet nageleefde afspraak, leidt tot een breuk in de vertrouwensband en zorgt ervoor dat ze vluchten. Niettemin gaat het vaak om een intensieve begeleiding.

*"Ik heb het systeem geprobeerd van het positief bevestigen: "dat doe je goed, dat is prima, je moet zelfvertrouwen hebben". Ze echt zo behandelen dat ze advies zelf trouw doen en dat ze voelen "ik ben iemand die dat aankan", want ieder kind is aangepast aan zijn moeder en die moeder is normaliter aangepast aan haar kind. En zo ga je dus die angst wegnemen. Bij een eerste kind leg ik ook uit: "het is een leerproces, ge gaat er een aantal zaken leren dat je moet doen, bij een volgende ga je dat al veel beter kunnen"." (een huisarts)*

Kan een zorgverstrekker communicatief vaardig worden, mits een degelijke basisopleiding of aanvullende vorming of dient dit al ingebrand te zitten in diens persoonlijkheid? De meningen zijn verdeeld. Hoewel de zorgverleners het belangrijk vinden dat enige vaardigheden inzake gespreksvoering en rollenspel worden aangeleerd in de basisopleiding, betekent dit nog geen garantie tot succes in een goede communicatie. Indien zorgverleners "bekwamer" worden door middel van communicatieve vorming blijft het knelpunt dat er weinig ruimte is voor individuele overlegmomenten en om structurele intervisie in te roosteren. Belangrijk bij communicatie is de reflectie van een zorgverlener, hoe hij bijvoorbeeld een bepaalde situatie communicatief heeft aangepakt.

### **Conclusie**

Kansarmen missen positieve bevestiging. Door hun kwetsbaarheid en onzekerheid moet voorzichtig omgegaan worden met de communicatie. Een verleden van gekwetstheid zorgt er immers voor dat een boodschap kwetsuren gemakkelijk verdiept. Een defensieve reactie creëert het risico dat een goede begeleiding in een positieve zorgrelatie in het gedrang komt. Want zorgverstrekkers begrijpen vaak deze diep gewortelde reactie niet. Een postieve toon kan aanwezige krachten versterken en een opening verschaffen naar verdere ondersteuning en zorgrelatie. "Je gaat het goed doen" ondersteunt de moeder, geeft vertrouwen ene maakt haar bekwaam de verdere informatie te beluisteren en zo mogelijk ook toe te passen. Het niet kunnen nakomen van afspraken vraagt ondersteunende bevraging en niet een culpabiliserend gesprek.

In de raadgevingen rond de levensstijl is het meestal moeilijk de partner actief te betrekken: zijn vrouw is zwanger en hij niet. Motiverend optreden breekt vlug de vertrouwensband. Wanneer dit gepaard gaat met beschuldigingen of depreciatie, breekt niet alleen het vertrouwen, maar stopt veelal de zorgverlening. Men vlucht weg uit de

materniteit en verandert van zorgverstreker, zonder de gezondheidsrisico's te kunnen inschatten.

Armen vinden informatie uit ervaring, van bijvoorbeeld een moeder, vaak belangrijker dan nieuwe informatie. De kennis die is overgedragen van vorige generaties kan voor zorgverstrekkers een aanknopingspunt vormen om nieuwe informatie mee te geven.

Bovendien blijkt het imago van de zorgverstreker belangrijk. Zo werd in dit onderzoek gemengde ervaringen met Kind en Gezin met ons gedeeld. Heel wat ouders hebben al op voorhand een wantrouwen naar hen toe. Vaak speelt de ervaring van kennissen hierbij een rol. Daarnaast heeft men vaak geen veilig gevoel, want "men doet altijd iets verkeerd". Anderen vonden de ondersteuning ontoereikend, onbegrijpbaar of niet toepasbaar. Niet iedereen voelt zich goed bij de houding van medewerkers. Ook deze zorgverstrekkers ervaren dezelfde aandachtspunten in de zorgrelatie met armen.

### 2.5.3 Reflecties

Bij een eerste reflectie kan men de indruk krijgen dat de grondhouding van de gezondheidswerker niet anders moet zijn bij de modale parturiënte als bij de kansarme parturiënte. Bij een grondigere analyse kunnen we echter vaststellen dat het omgaan met meervoudig gekwetsten, mensen die op meerdere domeinen (onderwijs, woonst, werk en gezondheidszorg) uitgesloten zijn van het modale maatschappelijke leven een andere aanpak vraagt. Het zijn namelijk deze uitsluitingervaringen die het hen moeilijk maken om te gaan met instanties en of personen die binnen deze maatschappelijke domeinen een functionele rol spelen. Deze uitsluitingervaringen zijn niet alleen van individuele aard en persoonsstructurele aard, maar ook een maatschappelijk-structurele aard welke de diverse domeinen van het leven gestalte geven.

De bouwstenen in de zorgrelatie: hoe bouwen we een vertrouwensband op?

- Door de functionele deskundigheid (bekwaamheid)
- Door een empathische en waarderende luisterhouding (betrouwbaarheid)
- Door geduldige en tijdsvrijmakende contacten (beschikbaarheid en betrokkenheid)
- Door grote bereikbaarheid, zowel in afstand als in tijd
- Door betaalbaarheid

Verder zal de gekendheid van een zorgverstreker een vertrouwensband stimuleren, zoals wanneer andere kansarmen hun vertrouwen geuit hebben over een zorgverstreker of instelling. Dit vertrouwen is zeer broos en nog fragieler door andere crisismomenten. Zo wordt de zwangerschapsoopvolging soms plots onderbroken door een financieel probleem – de energietoeloe-veringonderbreking, de vochtphoping in het krot waarvoor men zich blauw betaalt ... Het vraagt van de zorgverlener inleving om te begrijpen dat een medische afspraak kan doorkruist worden door crisissen in een ander levensdomein. Extra belastend is bovendien dat zorgverstrekkers veelal opgezocht worden vanuit een crisissituatie en niet vanuit een preventieve zorg. Zorg vragen binnen een crisis, zoals een plotse zwangerschap, leidt tot een stressvoller bezoek aan de arts of vroedvrouw. Deze zwangerschap heeft immers voor armen een nog sterkere weerslag op de leefsituatie die toch al precair is. Bovendien is het zich veilig voelen primordiaal en moeilijker bij een crisiservaring. Respect uiten voor de crisis, het niet minimaliseren van de crisis, maar ook en vooral respectvol omgaan met de parturiënte en haar familie- of vriendenkring is fundamenteel menselijk.

Zorgverstrekkers en gezondheidsinstanties onderschatten vaak de mobiliteitsproblematiek die kansarmen ondervinden: een gezin met kinderen, geen oppas, geen betaalbaar en beperkt openbaar vervoer. De tijdsindeling van de gezondheidszorg steunt op het maatschappelijk en familiaal referentiekader van de zorgverstreker. Deze indeling druist in tegen de tijdsbeleving van mensen die buiten het maatschappelijk leven zijn gevallen.

Dit alles stelt binnen de vertrouwensopbouw bijzondere aandacht. Bekommernis naar de andere kinderen vraagt voorzichtigheid. Teveel kansarmen hebben een plaatsingservaring

meegemaakt en aanvaarden moeilijk te vlugge zorgvragen rond het kind en het gezin. Zo zijn heel wat kansarmen voorzichtig met hun vertrouwensarts omdat ze zomaar niet het lot van hun kinderen in andere handen willen geven.

Bovendien is een respectvolle houding van de zorgverstrekker ten opzichte van de arme een aanloop tot vertrouwen. Dit vertrouwen kan versterkt worden door de uiting van bekommernis en het blijven onthouden en opvolgen van de zorg. Wat de zorgverstrekkers nog onthouden heeft, is voor de kansarmen een bewijs van betrokkenheid en maakt het vertrouwen duurzaam. Openheid in wat men gaat doen en waarom het gebeurt, voorkomt wantrouwen.

Kansarmen voelen zich veilig bij zorgverstrekkers die hen de ruimte geven om alles mee te delen, maar ook om heel wat geheim te houden.

Omgaan met kansarmen is meer dan een communicatietechniek die aan te leren is. Het is een structureel-maatschappelijk gegeven, waar de waardigheid van de mens geduid wordt vanuit zijn of haar uniek bestaan en niet zozeer vanuit de maatschappelijke normen.

---

## 2.6 Zorg

---

Een hekel evenwicht doorheen de zorgrelatie is de mate van autonomie, zelfstandigheid, zelfredzaamheid of ook wel zelfzorg genoemd. Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van zorg? Respondenten geven verschillende dimensies van zorg aan. Naast informatie en medische ondersteuning, komen ook materiële en administratieve begeleiding aan bod. Een goede zorgrelatie betekent voor kansarmen dat men terecht kan voor verschillende vragen. Er is sprake van een opvallend informatietekort bij deze groep. Het verblijf in de materniteit blijkt voor velen een moeilijke periode, evenals de thuiskomst nadien. De sfeer, gezelligheid, houding, rust op de kamer en behulpzaamheid van zorgverstrekkers kleuren het verblijf in de materniteit. Het blijkt dat niet iedereen goede herinneringen aan deze dagen overhoudt. Dit vormt vaak, samen met andere factoren, een reden om zo snel mogelijk naar huis terug te keren. Sommige moeders kiezen ervoor of moeten het deze periode zonder hulp stellen. Het financiële en administratieve aspect van zorg vormt voor velen een drempel. Een aangepaste financiële toegang vormt daarom een essentiële voorwaarde vooraleer een zorgrelatie tot stand kan komen.

### 2.6.1 Autonomie

#### **Armen**

Armen vinden het belangrijk zaken op hun eigen manier aan te pakken, aangepast aan hun specifieke en complexe situatie. Respect hiervoor vormt een belangrijk onderdeel van de zorgrelatie. Uit het vele onderzoeksmateriaal hebben we geen andere informatie kunnen afleiden over hoe armen autonomie ervaren en welke visie zij hierop hebben. Men heeft immers eerst bouwstenen nodig om volwaardig op zichzelf te kunnen staan, voordat autonomie een plaats kan krijgen in de zorgrelatie.

#### **Zorgverstrekkers**

De dimensie van autonomie vormt een complex gegeven in de relatie arme-zorgverstrekker. Enerzijds zijn zorgverstrekkers geneigd de zorg van kansarmen over te nemen en anderzijds verloopt het proces van zelfredzaamheid soms moeilijk. Niet iedereen is het bovendien eens met de verzelfstandiging van zorg. Sommige zorgverstrekkers benadrukken eerder het belang van een goede zorgcoach in plaats van autonomie.

Gezondheidswerkers nemen bij kansarmen de zorg vaak gedeeltelijk over, omdat ze hen minder vertrouwen en/of minder capabel achten. Eigenlijk worden kansarmen hierdoor bevestigd in hun gebrek aan zelfvertrouwen. Op die manier houden zorgverstrekkers de vicieuze cirke in stand. Terwijl een zorgrelatie de afhankelijkheid van kansarmen ten op zichte van de zorgverstrekker niet mag versterken, zo geven zorgverstrekkers aan. Bovendien ervaart men dat het overnemen van zorg kan leiden tot een vertrouwensbreuk.

*"Ik vraag mij soms af of wij die onzekerheid niet een beetje in de hand werken door te zeggen van "ja, ge zijt eigenlijk kansarm", wij zullen de zorg wel overnemen van u. Dus dat je door een goed bedoelde beschermende reflex de boodschap geeft van "eigenlijk kan je het niet zelf ". Bijvoorbeeld zit die angst rond wiegendood er bij sommigen zo verschrikkelijk diep in, dat ze geen verantwoordelijkheid durven nemen. Niet zozeer van "ik wil niet, want ik kan niet slapen" maar echt van "ik weet het echt niet", het niet durven." (een huisarts)*

Sommige respondenten zijn dan ook van mening dat het aan de zorgverstrekker is om mensen zoveel mogelijk te wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid en op de grenzen van die van de hulpverlener. Door kansarmen op een goede manier te informeren, kunnen ze

---

juist hun competentie en zelfstandigheid aanwakkeren. Ook in de ziekenhuizen ligt de klemtoon meer en meer op zelfredzaamheid. Onder andere omdat het aantal ligdagen ingeperkt is, probeert men nu zo snel mogelijk om moeders te leren hoe ze de zorg moeten opnemen: hoe de baby een badje geven, verzorgen, een flesje geven.

Het stimuleren van zelfstandigheid verloopt echter niet zonder problemen. Zo is deze aanpak vaak aanleiding tot conflict in de materniteit. Kansarmen geven vaak te horen dat ze even goed naar huis kunnen als ze alles zelf moeten doen of zijn het niet eens met de voorgestelde manier van aanpak. Kansarmen blijven niet graag lang in het ziekenhuis en zijn vaak na de eerste conflictwoorden naar huis. Zorgverstrekkers geven ook niet altijd voldoende aandacht aan dit proces. Anderen geven aan dat dit proces van zelfredzaamheid soms niet lukt en dat kansarmen blijven hulp vragen voor kleine problemen.

Sommige zorgverstrekkers trekken deze lijn van 'zelf-doen' nog verder door en vinden dat men op het terrein van verloskunde zo weinig mogelijk moet tussenkomen. Veel weten en zien, maar weinig doen. Gezondheid en zorg krijgen op die manier een positiever resultaat. Zeker bij kansarmen vindt men dit moeilijk, door de complexe problematieken heeft men meer de neiging om tussen te komen.

Zelfredzaamheid gaat hand in hand met een positieve benadering. Enkel dan kan een gezondheidswerker de angst bij kansarmen helpen verdwijnen, voelen armen zich in staat voor zelfzorg en volgen ze advies op. Ook door duidelijk te maken dat je als zorgverstrekker de mensen wil helpen, is het voor hen gemakkelijker om zich aan de afspraken te houden, omdat ze weten dat je het goed met hen meent. Zelfstandigheid kan stapsgewijze ingebouwd worden in de zorgrelatie. Door steeds meer op afstand te begeleiden en motiveren, tot men het zelf kan. Sommige zorgverstrekkers ervaren echter een zekere irritatie wanneer men merkt dat het bij kansarmen minder goed lukt om ze zelfzorg aan te leren. Zeker als kansarmen voor de kleinste problemen zoals een "snotneus" blijven langskomen. Respondenten benadrukken wel dat kansarmen op crisismomenten ondersteuning moeten krijgen.

Tegelijkertijd benadrukken respondenten het blijvende belang van de rol van zorgverstrekkers als zorgcoach voor kansarmen. Eenmaal kansarmen een zorgvertrekker aanvaarden, hebben ze namelijk hun begeleiding nodig. Als gezondheidswerker moet men zich durven moeien. Wanneer zorgverstrekkers zich 'bemoeien', verwachten ze dat patiënten hun advies ook opvolgen. Men is immers aansprakelijk voor een groot stuk van hun medische zorg. Als kansarmen hieraan geen gehoor geven, trekt men de handen van hen af. Het gaat erom het juiste evenwicht te vinden tussen de mensen zelf hun ding laten doen, maar ze toch te ondersteunen en kort op de bal te kunnen spelen bij noodsituaties.

### **Conclusie**

Zelfredzaamheid is een belangrijke term geworden in de gezondheidszorg. Het stimuleren van autonomie dient steeds hand in hand te gaan met een positieve benadering, anders wordt zelfredzaamheid verwaarloosd. Enkel met een positieve methode stellen kansarmen zich open voor advies en trachten ze die op te volgen.

Zelfredzaamheid steunt echter op een positief zelfbeeld, met een basisvertrouwen in eigen mogelijkheden. Zorgverstrekkers geven aan dat het inbouwen van autonomie vaak moeilijk is in de zorgrelatie met kansarmen. Kansarmen hebben wel de wil, maar vaak niet de kracht om de zorg volledig op zich te nemen. Conflicten, kwetsbaarheid en een broos vertrouwen maken deze benadering zeker niet gemakkelijker. Moet de vraag niet gesteld worden of deze mensen veeleer een stuk bij de hand genomen moeten worden, vooraleer ze op eigen krachten verder kunnen? Kan enkel dan een structurele zorg-afhankelijkheid geleidelijk afgebouwd worden? Wordt zorg op die manier niet veeleer samen opgenomen, in plaats van overgenomen? De autonomie van beiden blijft een streefdoel, maar wordt doorkruist door solidariteit in een koesterende omgang.

## 2.6.2 Informatie

### Armen

Respondenten vinden het belangrijk dat zorgverstrekkers zaken goed uitleggen en informatie (zoals boekjes) meegeven, zeker bij een eerste zwangerschap. Ook zonder dat expliciet om informatie gevraagd wordt, zou dit moeten gebeuren. De ervaring bij sommigen is dat niet alle zorgverstrekkers informatie geven, ook niet als erom gevraagd wordt. Andere moeders hebben dan weer het gevoel dat ze zorgverstrekkers alles mogen en kunnen vragen.

*"Ge komt daar binnen, hij zit achter zijn computerke. "Ja mevrouw M." Tik tik tik tik. "Legt u maar neer." Hij kijkt. "Ja alles in orde". Meer zegt die niet. Als ge iets wilt weten, moet ge het de gynaecoloog echt vragen, anders weet ge het niet. Maar ik vroeg, de meeste dingen vroeg ik aan mijn huisarts. "(Eefje)*

Een aantal moeders zijn tevreden over de uitleg die ze in de materniteit gekregen hebben van vroedvrouwen en gynaecologen. Meerdere moeders worden geïnformeerd over de zwangerschap door de gynaecoloog over voeding, inname van vitamines en vermindering van roken etc. Een aantal moeders geven aan verkeerd geïnformeerd te zijn, namelijk dat het geven van borstvoeding een volgende zwangerschap verhindert. Over anticonceptie worden andere moeders gevraagd welke methode ze willen gebruiken na de zwangerschap en krijgen ze hierover extra informatie.

Sommige moeders en/of vaders hebben prenatale lessen gevolgd. Ouders vonden de lessen interessant omdat het hun eerste zwangerschap was en ze op die manier beter wisten wat te verwachten. Voor een volgend kind zouden sommigen deze lessen niet meer volgen. Andere moeders hebben prenatale oefeningen geprobeerd, maar haakten af omdat zij de enige waren zonder partner.

Niet alle zorgverstrekkers geven gepast advies op maat volgens respondenten. Kansarmen verwachten van zorgverstrekkers dat ze informatie geven en oplossingen zoeken die passen bij de leefsituatie en financiële mogelijkheden van mensen. Het geeft geen zin medicatie of voedingswaren voor te schrijven die niet betaalbaar is voor hen. Men geeft zelf aan dat kansarmen zelf eerlijk moeten zijn over hun situatie, zodat de arts hier correct op kan inspelen. Wanneer moeders zich niet kunnen vinden in het advies van een bepaalde zorgverstrekker, zal men meestal een andere zorgverstrekker opzoeken. Zo wordt vaak de huisarts geconsulteerd wanneer men de info van artsen uit het ziekenhuis of Kind en Gezin ontoereikend vindt. Andere moeders ervaren juist dat sommige zorgverstrekkers echt proberen om samen naar oplossingen te zoeken.

*"Ik heb dat ervoor met mijn twee zwangerschappen nooit meegemaakt, maar bij deze was dat echt zo had ge vragen, dan stelde die en kreeg ge een antwoord. Ze zochten mee naar oplossingen en ge werd goed ingeleid over alles. Dus het was niet dat ge zei in het ziekenhuis van "oh, wat moet ik doen", nee, ze gaven op alles antwoord en ook als ge iets nodig had, dan zorgden ze daar direct voor." (Valerie)*

De manier waarop informatie wordt aangebracht vinden moeders bepalend. Wanneer zorgverstrekkers te hard proberen om de baby te laten zuigen aan de borst, haken moeders af. Een harde aanpak schrikt af. Van zorgverstrekkers die op veel zaken commentaar hebben zullen moeders geneigd zijn minder advies op te volgen. Zo geeft men vaak aan het voedingsadvies van Kind en Gezin niet op te volgen "omdat er toch altijd iets mis is". Langs de andere kant zullen ze hierdoor soms voorzichtiger zijn bij een volgend kind. Als bijvoorbeeld de eerste keer veel commentaar gekomen is op eczema, zullen moeders bij het volgende kind heel voorzichtig zijn met wassen. Daarnaast hebben de meeste moeders niet graag dat zorgverstrekkers het kind steeds 'curven', zoals vaak bij Kind en Gezin gebeurt. Ook de methode van informatie aanreiken is belangrijk. Soms wordt te weinig actief geholpen. Zo zouden weinig zorgverstrekkers in de materniteit helpen met aanleggen.

Verder speelt ook ervaring mee in het omgaan met advies, zowel van de moeder als van de zorgverstrekker. Multipare moeders vinden het belangrijk als zodanig erkend te worden, tenslotte hebben ze al ervaring en kennis opgedaan. Informatie wordt kritischer bekeken en deze moeders hebben minder behoefte aan informatie in het algemeen. Sommige moeders aanvaarden moeilijk advies van een zorgverstrekker die zelf geen kinderen gebaard heeft. Een aantal moeders geven aan advies niet op te volgen omwille van andere redenen. Zo zijn er moeders die advies nooit opvolgen en blijven doen wat ze deden. Of een moeder weigert meer fruit te eten tijdens haar zwangerschap omdat ze dit echt niet lust. Wanneer een moeder geadviseerd wordt zowel borst- en flesvoeding te geven, kiest ze toch voor flesvoeding. Deze moeder is van oordeel dat je of het een of het andere geeft, maar niet combineert.

*"Ik heb van drie kindjes dezelfde dokter gehad en dezelfde verpleegkundige van Kind en Gezin. En nu heb ik ineens problemen met de nieuwe dokters. Ik mag dat niet geven, dat niet doen. Ja daarmee heb ik gebeld naar de huisdokter, ik zeg "dokter ik moet overschakelen op Nutrilon, ze heeft altijd Nutrilon AR gepakt. Ze heeft nooit overgegeven van Nutrilon, maar ze laat er veel te veel van staan. En als het erop aan aankomt geef ik haar weer Nutrilon, nu begint ze wel de neiging te hebben om over te geven, maar ze laat er ook veel te veel van staan. Ik heb hem dan om raad gevraagd. En hij zei weer over te schakelen naar de Nutrilon AR en te zorgen dat ik de pap niet kwijtraakte. Er is wel vijf jaar verschil tussen, maar ik vind dat ze een beetje rekening moeten houden met dat al vijf kinderen heb, dat ik ervaring heb en dat ik weet wat ik moet doen."(Mia)*

Sommige moeders raadplegen een apotheker in plaats van een arts. Of men vraagt advies aan de apotheker zelf, of men leest de informatie na die in de winkel voorradig is (folders). Dezelfde vrouw geeft aan ook al veel geleerd te hebben van de arts, maar bij een arts dient steeds een consult betaald te worden.

Informatie wordt niet enkel verkregen bij de zorgverstrekker, ook de omgeving speelt hierin een grote rol. Ouders zijn vaak een bron van informatie voor voeding, babyverzorging. Ook de partner kan een doorslaggevende rol hebben. Er zijn moeders die geen borstvoeding willen geven omdat hun partner vertelt dat ze daardoor hangborsten krijgen, wat ze ook geloven. Vrienden en kennissen brengen eveneens informatie aan. Zo passen sommige moeders hun voedingsgewoonten tijdens een zwangerschap aan op advies van de omgeving: vlees beginnen eten of vitamine B bijnemen. Het is soms door mensen uit hun omgeving die er zelf gebruik van maken, dat moeders weten dat ze kunnen rekenen op hulp aan huis na de bevalling. De omgeving kan ook een zekere angst creëren: verhalen gaan de ronde dat een inleiding van een bevalling pijnlijk is, of dat een epidurale voor langdurige neveneffecten zorgt. Mensen laten zich beïnvloeden door deze informatie. Ook in de omgeving vindt men het belangrijk dat mensen hetzelfde ervaren hebben, voordat men uitleg 'aanvaard'. Zo is een bevalling met sectio niet hetzelfde als een natuurlijke bevalling. Of sommigen gaan te rade bij mensen die ook kinderen gebaard hebben om te vragen of men al naar het ziekenhuis moet vertrekken bij de eerste pijnen of nog moet wachten. Ook magazines, boeken en internet vormen voor sommigen een belangrijk informatiekanal. Sommige moeders geven aan dat je soms iets weet 'vanuit het gevoel, met je gezond verstand'. Bijvoorbeeld als je kind uitslag krijgt, dan zoek je een zeep zonder parfum.

Opvallend is dat bijna alle respondenten aangeven te weinig geïnformeerd te zijn: over de zwangerschap, bevalling, hoeveelheid af te tappen melk, de melkinname bij borstvoeding, aantal drinkmomenten, postnatale depressies en vaccinaties... Ook informatie over mogelijke begeleiding, lessen en het verblijf in de materniteit bereikt deze groep vaak niet. Sommige moeders die geen informatie krijgen, bijvoorbeeld over borstvoeding, spreken hierover geen (andere) zorgverstrekkers aan en blijven zich onzeker voelen. Anderen gaan hiervoor op zoek bij een andere deskundige. Zeker jonge moeders geven aan heel weinig informatie ontvangen te hebben, soms ook van hun eigen moeder. Toch was dit voor hen de eerste keer. Sommige moeders geven aan dat ze in andere ziekenhuizen, toen ze nog heel jong waren voor hun bevalling, eveneens heel weinig inlichtingen gekregen hebben. Maar

dat ze deze keer een hele uitleg kregen van het moment dat ze zich ingeschreven hadden. Velen geven aan dat ze informatie ontvangen hebben, maar deze niet begrijpen.

*"Ik geraak er nog niet goed aan uit hoe dat ik haar patatjes eigenlijk moet klaarmaken. Allé klaarmaken, maar als je die dan mixt zijn ze niet zo dik. En ik weet niet wat je er mag indoen en als er daar boter in moet of zo. Ik heb dat altijd gevraagd aan Kind en Gezin en ik kreeg een boekje, maar al die groenten die daar in stonden, dat verstond ik toch niet hoor."* (Kimberley)

### **Zorgverstrekkers**

Zorgverstrekkers menen dat zwanger zijn een goede motivatie is voor de kansarme om met bepaalde slechte leefgewoontes, zoals roken en drinken, kom af te maken. Men ervaart dat gezondheidsadvies beter aanvaard wordt onder het idee "het is goed voor mijn kindje". Hiervoor is de steun en motivatie van de begeleidende zorgverstrekker van cruciaal belang.

*"Een zwangerschap is soms een gelegenheid om te proberen stoppen met drugs, te proberen stoppen met alcohol. Ze willen ook wel een goede moeder zijn. Het is soms een extra stimulans om er een beetje aan te ontsnappen. En sommige proberen dat effectief. En met goede begeleiding van Kind en Gezin, lukt het sommigen ook wel."* (een gynaecoloog)

Het lijkt echter niet evident om kansarmen te bereiken met informatie. Het blijkt een groep te zijn die minder toegankelijk is dan de "modale" mens. Foldertjes van prenatale lessen bij de gynaecoloog of de huisarts blijken niet efficiënt genoeg te zijn. Sommige zorgverstrekkers menen bovendien dat kansarmen minder bewust hun zwangerschap beleven en daardoor minder aandacht hebben voor de prenatale begeleiding. Dit in hun nadeel. Want naast het informatieve aspect van de prenatale lessen, heeft ook het geruststellende effect het risico op de achtergrond te verdwijnen. Kennis over wat er zich afspeelt in je lichaam, vermindert immers onzekerheid en ongerustheid. Sommige zorgverstrekkers maken daarom extra tijd voor een prenataal gesprek. Voor de zorgverstrekkers die zich toespitsen op het preventieve luik van de zwangerschapsbegeleiding, is het goed bijhouden van het moederboekje van cruciaal belang. Op die manier krijgt men immers beter inzicht in de situatie, als iedere zorgverstrekker zich hieraan houdt.

Zorgverstrekkers raken ook het belang aan van informatie op maat. Het is niet omdat sommige kansarmen misschien verstandelijk minder begaafd zijn, dat ze geen uitleg of informatie verdienen tijdens hun zwangerschap of bevalling. Zorgverstrekkers geven aan dat het belangrijk is om aan te sluiten bij aanwezige kennis en inzichten. Inzicht krijgen in de wijze waarop kansarmen denken over hun lichaam of hun gezondheid blijkt echter verre van evident.

De manier waarop informatie gegeven wordt, maakt een verschil. Als men hen aanspreekt op het niet naleven van een afspraak, dan stopt daar het vertrouwen en vlucht men weg. Gerichte informatie is zeker de boodschap. Informatie dient recent te zijn, moet meermaals herhaald worden en duidelijk gebracht worden, desnoods met tekeningen. Een controle achteraf om te zien of ze alles begrepen hebben blijkt niet overbodig te zijn. Wat voor een zorgverstrekker logisch is, is dit niet altijd voor een kansarme. Belangrijk bij het geven van informatie, is het motiveren van de reden waarom bijvoorbeeld stoppen met roken belangrijk is.

*"Deze mensen durven vaak niet zeggen "ik heb het niet begrepen". Eigenlijk moet je dit toetsen, de vraag terugstellen hoe je het nu moet doen, want dikwijls zijn ze met hun gedachten al veel verder en luisteren ze niet meer. En wij beseffen dikwijls niet meer welke moeilijke woorden we gebruiken."* (een huisarts)

Zorgverstrekkers melden eveneens een gebrek aan informatie en begeleiding bij kansarmen. Een gebrekking inzicht leidt ertoe dat minder gezond gedrag gesteld wordt. Gebrekking kennis zou onder andere leiden tot gebrekkige hygiëne, maar ook bijvoorbeeld tot een vroegtijdige stopzetting van borstvoeding. Na het verblijf op de materniteit valt deze



begeleiding meestal immers weg bij hen. Men ervaart dat het bij deze groep mensen vaak heel moeilijk is om gedragsverandering te bekomen. Maar ook andere factoren dan kennis spelen hierbij een rol. Zo worden ook financiële aspecten aangeraakt zoals de kostprijs van groenten en fruit en een ongezonde woning. Volgens een aantal zorgverstrekkers willen sommige kansarmen gezonde keuzes maken, maar laat hun situatie dit niet toe. Gezondheid is volgens hen vaak geen prioriteit van kansarmen. Het is dan ook steeds dansen op een slap koord om te weten "hoeveel geld iemand in zijn lichaam wil steken, zodat het blijft functioneren". Veel zorgverstrekkers vinden het heel frustrerend wanneer ze zich voor iemand inzetten en vervolgens vaststellen dat de patiënten de gemaakte afspraken niet navolgen. Zorgverstrekkers staan soms hulpeloos aan de kant indien een zwangere mevrouw hun welbedoelde instructies ter verhindering van een premature geboorte in de wind slaan. Wanneer advies niet opgevolgd wordt met gezondheidsproblemen tot gevolg, heeft men het gevoel dat men niet genoeg heeft gedaan, dat de mensen voor een stuk aan hun lot overgelaten werden. Bij het minste men verkeerd aanbrengt, verliest men bovendien het vertrouwen van deze mensen. Kansarmen zouden meer met hun emoties redeneren, bijv. "Neen, ik wil niet in het ziekenhuis blijven", dan dat ze echt met hun verstand redeneren in de zin van: "Ik blijf, want het is nodig voor mijn kindje". Men gelooft dat kansarmen zich ook een stuk fatalistisch gedragen, "foert, we denken niet aan de toekomst".

### **Conclusie**

Zowel bij armen als zorgverstrekkers komt duidelijk naar voren dat een sterk gebrek aan informatie leeft bij kansarmen. Informatie bereikt hen minder snel, maar dient ook op maat te zijn, zowel naar inhoud als naar vorm. Kansarmen hebben meer nood aan doe-informatie. In de huidige werkvorm komt dit soort informatie weinig aan bod. Geschreven informatie wordt vaak niet begrepen door deze mensen. Het is belangrijk voldoende tijd te nemen om deze mensen op gepaste wijze informatie te geven. Een minimaal gevoel van vertrouwen is opnieuw echter voorwaarde. Niet alle zorgverstrekkers lijken een zicht te hebben op de factoren die meespelen in de keuzes die kansarmen maken. Dit inzicht of ten minste het open staan voor hun argumenten is een noodzakelijke voorwaarde om gepaste informatie en begeleiding te kunnen geven. Respect voor de ervaring (over generaties heen) en keuzes is van groot belang. Gedragsverandering is zeker bij deze groep mensen een langdurig en complex proces. De invloed van het eigen handelen van de zorgvertrekker op het al dan niet accepteren of opvolgen van advies, lijkt te weinig aanwezig bij zorgverstrekkers.

Eens men kan spreken van een vertrouwelijke zorgrelatie volgt vaak een bredere hulpvraag vanuit de arme in kwestie. Er ontstaat een continuïteit van zorg waarbij de arme steeds terugkeert naar de zorgverstrekker die hun vertrouwen waard is. Deze zorgverstrekker kan inspelen op een toekomstige hulpvraag (preventie) en eventuele problemen voorkomen, vroegtijdig herkennen en eventueel oplossen samen met de arme. Op die manier kan er een leereffect ontstaan waardoor het kansarme gezin in kwestie de zorg van hem en zijn gezin efficiënt en zelfstandig verder kan opvolgen. Zowel armen als zorgverstrekkers vinden het, zeker bij een eerste zwangerschap, van groot belang om tijdens de zwangerschap goed geïnformeerd te worden. Dit kan een waar versterkend moment zijn voor de toekomst van zowel de moeder als het kind.

### **2.6.3 Medisch handelen**

Wordt nog uitgeschreven.

Mensen in armoede hebben vaak veel medische zorgen. De niet-gelukte zwangerschappen en vele miskramen worden niet voldoende in het gezondheidsprofiel opgenomen. De gezondheidsbegeleiding van zo een falen wordt geminimaliseerd. De zwangerschap is één bijzondere zorg, vaak kampen kansarmen met heel wat onderliggende gezondheidsproblemen. Ook deze worden echter te weinig begeleid, zowel bij de partner,

andere kinderen als parturiënte. De samenwerking tussen gezondheidswerkers (bij de zwangerschap in casu de huisarts, vroedvrouw en gynaecoloog) is hiervoor een noodzakelijk gegeven. Opnieuw krijgt de rol van één zorgcoördinator een belangrijke plaats om een ondersteunende en constante zorg voor het kansarme gezin te kunnen realiseren. De openheid naar de zorgverstrekker is bovendien zeer sterk gefocust op de zwangerschap en bewust of onbewust wordt de totale context slechts met mondjesmaat vrijgegeven. Enkel wanneer het echt klikt, komt het totale verhaal in het gesprek aan bod.

## 2.6.4 Verblijf materniteit

### Armen

Sommige moeders vinden het niet gezellig op de materniteit en willen er dan ook niet lang blijven. Moeders vervelen zich in de materniteit, ze hebben niks te doen, slapen er niet goed en hebben weinig contact met hun kind wanneer het bijvoorbeeld in een ander kamertje ligt. Daarom kiezen ze ervoor al na drie dagen naar huis te gaan. Meerdere moeders klagen over de drukte op de kamer door bezoek van burens soms tot 11u 's avonds. Deze drukte zorgt ervoor dat de moeder te weinig kan rusten, waardoor ze uiteindelijk geen energie meer heeft voor de baby. Sommige moeders melden deze overlast aan de zorgverstrekkers, maar ook dan blijft het bezoek nog tot 9u 's avonds. Meerdere moeders vinden het vervelend dat zorgverstrekkers op alle momenten binnen komen in de kamer, zowel overdag als 's nachts, ze kloppen niet en laten soms de deur open, waardoor licht binnenkomt. Ook daarom kan men niet doorslapen. Moeders verwachten dat zorgverstrekkers kloppen, een goedmorgen zeggen of vragen hoe het met hen is. Indien men meer op deze manier zou werken, zouden sommige moeders langer blijven op de materniteit. Er is een buur waar de partner blijft slapen, terwijl de eigen partner deze toestemming niet krijgt. Wanneer men dit meldt, trekt de zorgverstrekker de schouders op.

*"Weet je wat dat is in dat ziekenhuis, het is daar niet gezellig. Pas op, ge kunt het daar wel gezellig maken, maar je hebt daar die verpleegkundigen die binnen komen. Bij momenten spurten die binnen, maar als ge dan juist in slaap gevallen bent, ben je er weer uit. In plaats van dan eerst zacht te kloppen of een goedmorgen te zeggen of weet ik veel wat ... Ze komen zelfs midden in de nacht kijken, dat licht in de gang is aan, die deur wijd open maar als ge dan niet vast slaapt ge zijt compleet wakker."* (Wieske)

Op voorhand plannen sommige moeders om – als de bevalling het hun toelaat – al na twee dagen de materniteit te verlaten. De zorg voor de kinderen zet sommige moeders ertoe aan vroeg naar huis terug te keren. Vaak zijn ook alle kinderen weer thuis. Moeders kunnen voor deze zorg vaak niet rekenen op de partner. Ook als men bijvoorbeeld een nacht zou moeten blijven in het ziekenhuis na een miskraam, wil men toch naar huis om voor de kinderen te kunnen zorgen. Sommige moeders keren naar huis omdat ze zich daar beter op het gemak voelen, de wenende kinderen in de materniteit maken hen nerveus. Soms zijn het de negatieve ervaringen in de materniteit waardoor moeders zo snel mogelijk weg willen (de houding van zorgverstrekkers, de verveling). Er zijn moeders die maar 4 dagen blijven, omdat de partner niet mag blijven slapen en men niet graag alleen ligt. Sommigen willen heel graag naar huis, maar kunnen dit niet vroeger dan na 5 dagen omdat ze een epidurale gekregen hebben.

*"Ik ben benauwd voor die vijf dagen, wat gaat er met mijn kind gebeuren? (Janneke) Ja, hij gaat overal feesten en hij pakt Elias dan mee. Hij gaat er niet naar kijken. Hij gaat Elias laten slapen in de zetel of laten rondlopen tot twaalf of één uur 's nachts. Elias gaat de verzorging niet krijgen dat hij verdient. (Ines - zus) En wat gaat hij van eten krijgen, hij zal wel eten krijgen, maar wat voor eten?"* (Janneke)

Niet iedereen wil zo snel mogelijk naar huis. Er zijn ook moeders die een paar dagen na de bevalling in de materniteit blijven omdat ze denken dat ze nadien een 'krak' zullen krijgen en ze bij thuiskomst toch willen kunnen genieten van hun kindje. Sommigen blijven 5 tot 6 dagen op advies van de gynaecoloog. Soms blijft men 9 dagen omdat men niet zonder de baby naar huis wil. Dezelfde moeder zou voor een ander kind hetzelfde willen doen, maar blijft uiteindelijk slechts 5 van de 17 dagen omdat de kost anders te groot zou zijn.

Moeders geven aan dat wanneer ze thuiskomen van de materniteit, ook de stress terugkomt. De meeste moeders halen geen extra hulp in huis wanneer ze terugkomen van de materniteit. Een aantal moeders zouden liever hulp gehad hebben, maar konden deze niet krijgen. Zo heeft een moeder gebeld naar de Tiende Maand om langs te komen, omdat ze last had van haar naad, maar ze weigerden dit en gaven enkel telefonisch advies. Veel moeders zijn niet op de hoogte van de terugbetalingmodaliteiten van de vroedvrouw. Sommige moeders zouden, ook al mochten ze hiervan op de hoogte geweest zijn, er toch geen beroep op gedaan hebben. Aangezien ze geen verzorging nodig hadden, of omdat hun partner al tegen 5 uur elke werkdag thuis is. Anderen worden hier in de materniteit eveneens van op de hoogte gesteld, maar hebben liever geen vreemde over de vloer.

Er zijn ook moeders die iemand van thuisverpleging aan huis hebben om hechtingen eruit te halen, verzorging te geven, hun baby te wegen en ook andere vragen met hen bespreken. Bij een probleem of vraag, bellen ze ook deze persoon. Soms komt een (groot)moeder helpen.

#### **Zorgverstrekkers**

Zorgverstrekkers ervaren heel wat frustratie met betrekking tot het verblijf in de materniteit. Men vindt dat sommige mensen nog niet zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen, maar aan de andere kant kan men mensen niet verplichten om langer te blijven. Dit vindt men eigenlijk niet terecht. Of wanneer mensen klagen over het eten, wanneer ze zelf thuis er bijna of geen hebben, verstaat men niet hoe dit kan. Ook de werkdruk levert frustratie op. Het maakt het heel moeilijk om een structurele intervisie in te roosteren om kort op de bal te kunnen spelen. Soms heeft men gewoon de tijd niet om een gesprek te voeren.

Zorgverstrekkers ervaren dat collega's soms andere informatie of ander advies geven dan zij. Dit gegeven wekt eveneens frustratie op. Ook wordt soms van bovenaf om de 6 maanden veranderingen ingevoerd. Als ze op het beleidsniveau niet eens zijn, wordt het moeilijk om dit nog te vertalen naar de mensen zelf.

#### **Conclusie**

De zorg voor de partner en de kinderen is vaak de reden waarom moeders snel naar huis terugwillen. Maar ook onaangename ervaringen in de materniteit spelen hierbij een rol. Heel wat conflicten komen hier naar boven: rond rookgedrag, het samenleven met de burens op de kamer. Ook inconsequent gedrag geeft aanleiding tot spanningen: bij sommigen mag de partner blijven slapen, bij anderen niet. Veel moeders geven aan dat ze te weinig rust krijgen op de materniteit. De vraag die we ons hierbij moeten stellen is of dat een vroegtijdig terugkeren naar de thuissituatie deze rust wel kan verschaffen. Ondersteuning lijkt ons hierbij zeker aan te raden, vooral omdat moeders vaak niet kunnen terugvallen op een sociaal netwerk hiervoor. Te dikwijls meent men dat de solidariteit tussen kansarmen tot een grote mantelzorg leidt. Het is echter een mantel die 'gescheurd' is door de vele kwetsende ervaringen uit het verleden. Het blijkt dat weinig moeders op de hoogte zijn van de terugbetalingmodaliteiten van de vroedvrouw. Sommigen hebben het bovendien heel moeilijk vertrouwen te kunnen stellen in een 'vreemde' die in huis zal komen.

### **2.6.5 Financieel en administratief aspect**

#### **Armen**

---

De verschillende betalingssystemen zijn meestal niet bij iedereen gekend. Sommige respondenten weten niks af van het derdebetalerssysteem en moeten steeds de volledige consultaties betalen. Anderen weten dat ze zich hiervoor kunnen informeren, maar hebben de stap nog niet gezet. Een aantal respondenten hebben een verhoogde tegemoetkoming, zij betalen het minimum aan dokterskosten en medicatie. Sommigen weten ook van dit systeem eigenlijk niet veel af. Meerderen hebben een globaal medisch dossier. Veel moeders zijn niet op de hoogte van de terugbetalingmodaliteiten van de vroedvrouw, men denkt dat deze (duur) te betalen is. Nadien horen sommigen dit van familieleden, maar zelf hebben ze hier niet van kunnen genieten. Andere moeders zijn wel van dit aanbod op de hoogte en maken er ook gebruik van. Sommige moeders volgen prenatale begeleiding in de materniteiten, deze is gratis.

De consultatieprijzen bij huisartsen, kinderartsen en gynaecologen vinden respondenten meestal te duur voor hen, ook indien ze een globaal medisch dossier hebben. De prijzen variëren tussen de €20 en €60, waarvan meestal het grootste deel terugbetaald wordt. Men laat de huisarts niet op huisbezoek komen, maar gaat naar de praktijk, aangezien de kosten van een huisbezoek te hoog zijn<sup>39</sup>. Gynaecologen die een hoger bedrag vragen dan anderen verliezen deze patiënten. Sommige kansarmen vinden de prijs van een consultatie niet evenredig met de duur ervan. Ook de prijzen van het verblijf in de materniteit vinden respondenten navenant, die variëren tussen de €250 en €400. Volgens moeders wordt in sommige materniteiten het volledige bedrag betaald en krijg je bij andere het bedrag terugbetaald. Hetzelfde verschil geldt wanneer de partner in de zetel blijft slapen. Bij de ene materniteit wordt hiervoor €25 extra aangerekend, bij een ander is dit kosteloos. Moeders blijven daarnaast graag samen met de baby in de materniteit overnachten, ook als die langer moet blijven. De financiële kost belet hen dit echter. Verder bedragen de maaltijden in de ziekenhuizen een kost van €25 per dag. Dit vindt men een te hoge kostprijs. Sommige vroedvrouwen stellen zelf voor om eigen voedsel mee te brengen dat kan opgewarmd worden in de microgolf. Er wordt dankbaar ingegaan op dit aanbod. Terugbetaling gebeurt bovendien niet snel genoeg vinden een aantal moeders. Sommigen moeten drie weken wachten tot hun briefjes terugbetaald worden. Moeders geven bovendien aan dat medische zorg veel goedkoper is als ze werkzoekend zijn. Eens ze werken, worden de kosten eigenlijk veel hoger, weinig logisch is. Dit kan een verschil van meer dan €15 uitmaken.

*"Nu reken ik alles schoon uit, ik mag 50 euro in de week opdoen, zonder dokterskosten. Maar het probleem is dat mijn dokterskosten altijd hoog zijn. Ik mag maar 50 euro dokterskosten in een maand opdoen en daar ligt dan een beetje het probleem. Met afgerekend wat dat ge terugkrijgt van de dokter zit ik toch aan 70 euro in de maand." (Eefje)*

Voor sommige moeders vormt deze financiële kant een heuse drempel. Consultaties worden uitgesteld, dokters worden enkel geraadpleegd in nood. Moeders geven aan dat ze per maand slechts €50 dokterskosten kunnen uitgeven. Maar berekend met het bedrag dat ze terugbetaald krijgen, betalen ze elke maand €70 aan medische kosten (consultaties en medicatie). Wanneer een consultatie niet betaald kan worden, levert dit problemen op. Ook als dit op voorhand wordt aangeven. Een afspraak kan in dit geval niet geboekt worden en de rekening kan niet nadien opgestuurd worden. Dit staat haaks op wat gynaecologen zelf aangeven aan parturiënten, namelijk dat financiën geen hinderpalen mogen vormen voor een consultatie. Een sociale dienst werd immers vanuit dit oogpunt opgericht. Maar het kan ook anders. Sommige respondenten bouwen schulden op bij hun vertrouwensarts en durven daarom niet meer op consultatie te gaan.

*"Ik heb dan zo ook een keer gebeld, dat ik zei van "Ik loop op mijn laatste, ik moet echt wel mijn controle hebben. Maar ik kan dat nu niet betalen. Dan zeiden ze van "Ja, dan moeten we u een andere afspraak geven, want dat gaat zo maar niet". Dus*

---

<sup>39</sup> Bij veel moeders komt ook Kind en Gezin niet aan huis, soms één keer. Bij anderen komen ze meerdere keren aan huis, om te kijken of er problemen zijn. Ook tijdens de zwangerschap komt Kind en Gezin bij een moeder thuis om haar voor te bereiden op de komst van haar kind, dit na doorverwijzing van de gynaecoloog.

---

*... Want mijn moeder zei ook, misschien dat ze de rekening konden opsturen, maar dat ging niet.” (Sonja)*

Naast zorg, zijn ook medicatie en vaccinaties duur. Medicatie voor de kinderen waarbij men slechts €1.74 dient op te leggen, vindt men te betalen. Andere medicatie kost meer dan €7, zonder teruggave, wat al duur bevonden wordt. Voor medicatie raadplegen sommigen uitsluitend de apotheker, zodat geen doktersbezoek aangerekend wordt. Naast medicatie, kunnen ook vaccinaties duur zijn, sommige kunnen gespreid worden in vier keer, ook de betaling. Dit gebeurt via tussenkomst van de mutualiteit.

Sommige ouders krijgen staaltjes van hun arts, bijvoorbeeld magnesium voor de krampen. Dit wordt geapprecieerd aangezien ze duur zijn om te kopen en ze op die manier toch geholpen worden. Moeders zijn ook tevreden met de geschenkdozen die ze meekrijgen, daar kunnen ze toch twee maanden mee verder. Sommige moeders geven aan dat ze met stalen niet lang geholpen zijn.

Respondenten hebben het heel moeilijk met het juridische luik dat met de geboorte samenhoort. Een hekelpunt bij het krijgen van een baby is het aanvragen van de geboorteen de mutualiteitspremie. Voor het bekomen van deze premies is het erkennen van het kind een essentiële voorwaarde. Hoewel kansarmen wel op de hoogte zijn van deze sociale voorzieningen, weten ze vaak niet tot welke instantie zij zich moeten richten, kunnen ze zich niet hiervoor in regel stellen of geraken ze niet door de administratieve molen. Velen kunnen hierbij echter op bijzonder weinig ondersteuning rekenen. Er zijn ouders die enkel (toevallig) via de collega's te weten komen dat ze recht hebben op een geboortepremie. Kind en Gezin en andere zorgverstrekkers spreken hen hier niet over aan. De sociale dienst wil sommigen hier niet bij helpen. Soms blijft men doorverwezen worden, andere formulieren toegestuurd krijgen, maanden lang. Maar de premie zelf laat op zich wachten. De geboortepremie is bij anderen vrij snel geregeld. De sociale dienst van het ziekenhuis, de sociaal assistent van het OCMW, de mutualiteit of Kind & Gezin steken hier soms een handje toe. Er zijn er die via familie geholpen worden om de premie in orde te maken.

*“Ik heb moeten schreeuwen voor de papieren voor mijn geboortepremie. En nu ook, ik heb ze nog altijd niet. Ik vraag er al een hele tijd achter. Ik ben nu zeven maanden ver en ik heb ze nog niet.” (Sonja)*

De administratie rond de geboorteaangifte verloopt soms moeilijk, of de ouders staan voor gesloten deuren van diensten, of de papieren blijken naar de verkeerde diensten opgestuurd. Er zijn ouders die de papieren voor de geboorteaangifte niet hebben meegekregen en er zelf om moesten. Dan stonden ze bij de bevolkingsdienst om het kind aan te geven, waar ze hoorden dat ze andere papieren moesten meegekregen hebben. Terwijl ze hier dan een dag voor thuisblijven. Sommige moeders zijn geholpen met de administratie rond de geboorteaangifte en het kindergeld, soms door zorgverstrekkers, soms door hun eigen moeder.

Niet iedereen aanvaardt advies van gynaecologen met betrekking tot de administratieve regelingen. Sommige respondenten vinden de zorg die de arts levert van veel groter belang en appreciëren in veel mindere mate advies met betrekking tot mogelijke problemen met de ziekenkas. Andere moeders waarderen het juist sterk als zorgverstrekkers aangeven wanneer ze papieren mogen versturen of zelf papieren opsturen. Ook rond de ontslagpapieren wordt soms alles door het ziekenhuis geregeld. Bij sommigen werden papieren in de materniteit echter niet ingevuld, hoewel dit beloofd was. Sommige moeders geven aan dat de mutualiteit hen geholpen heeft om aanvragen te doen en papieren in orde te maken.

Veel moeders zijn niet op de hoogte van de terugbetaling van de eerste melk door Kind en Gezin. Aangezien ze de betalingsbewijzen niet gespaard hebben, kunnen ze dit bedrag later niet opvragen. Bij een volgend kind schenken ze hier aandacht aan. Personen die wel op de hoogte gesteld zijn door zorgverstrekkers, houden hun briefjes goed bij. Sommige moeders zijn hiervan op de hoogte door hun begeleiding bij het OCMW.

Na een zwangerschap of een andere dure medische ingreep beslissen ouders soms een hospitalisatieverzekering aan te gaan voor de hele familie, wanneer ze dit voordien niet

hadden. Er zijn respondenten die al een hospitalisatieverzekering afgesloten hadden. Anderen nemen geen hospitalisatieverzekering.

### **Zorgverstrekkers**

Financiële beperktheden hebben een negatieve invloed op de draagkracht van medische kosten, voor als blijkt dat de kansarme niet aangesloten is bij een mutualiteit. Dit wordt vaak pas na de zorgverlening ontdekt. Soms veranderen de kansarmen van ziekenfonds en worden ze telkenmale geconfronteerd met een te respecteren wachttermijn, vooraleer ze een tegemoetkoming van de mutualiteit krijgen. Deze wachttermijn wordt vaak uit het oog verloren, waardoor de kansarmen het slachtoffer worden van "mutualiteitshoppen". Op termijn komt dit meestal wel goed.

Het feit dat er bijna geen budget overschiet om de zorgverlening te betalen, verhoogt nog eens de drempel om medische hulp te zoeken. Zorgverstrekkers spreken van de "traditionele financiële drempel" bij kansarmen voor de toegang tot zorg. Ze hebben vaak geen geld om een consultatie te betalen of om anticonceptiemiddelen te kopen. Zorgverstrekkers vermoeden dat de financiële situatie een reden is waarom kansarmen vaak geen vaste huisarts hebben. Ze stellen zich ook de vraag of voorgeschreven medicatie daadwerkelijk wordt aangekocht en toegediend.

Tijdens de zwangerschap zijn de prenatale raadplegingen met de echo's en de bloedonderzoeken heel duur<sup>40</sup>. Ook de bevalling is een zware financiële dobber voor kansarmen. Zij hebben vaak geen hospitalisatieverzekering en wanneer dan een opname vereist is, moet die zo beperkt mogelijk in tijd gehouden worden.

De zorgverstrekkers zijn het erover eens dat een rationalisatie inzake de kostprijs voor medische verstrekkingen en zorg zich opdringt. Om enigszins tegemoet te komen aan de precare financiële situatie van kansarmen zijn er binnen onze gezondheidszorg verschillende systemen ontwikkeld, o.a. de maximumfactuur<sup>41</sup> en de derdebetalersregling<sup>42</sup> (ziekenhuizen zijn hiertoe verplicht).

Verpleegkundigen geven aan dat bij patiënten die hun facturen niet meer kunnen betalen er met twee soort systemen wordt gewerkt. De sociale dienst regelt dat de zorgverstrekker kan werken aan het gewone terugbetalingstarief van de mutualiteit. Hier betaalt de patiënt geen opleg. Ofwel stelt de zorgverstrekker dat er toch een opleg dient betaald te worden door de patiënt. Beide systemen hebben raakpunten met de derdebetalersregeling. Of de patiënt deze opleg dan werkelijk betaald, blijkt een ander punt te zijn. Zorgverstrekkers geven aan dat de mensen best eerlijk zijn als ze een consultatie niet kunnen betalen, beter dan stellen: "Kan ik hiervoor een overschrijving krijgen?", of gewoon weg te lopen zonder te betalen. Als blijkt dat de kansarme niet kan betalen, opteren sommige zorgverstrekkers om de consultatie gratis te doen, anderen werken met een afbetalingsplan en staan er dus wel op dat er betaald wordt. Als de kansarme aangesloten is bij een mutualiteit, verloopt de betaling natuurlijk eenvoudiger. De administratieve rompslomp en het lange wachten op een betaling blijkt wel een hekelpunt te zijn bij de zorgverstrekkers. Een aanspreekpunt bij het OCMW zou alvast hiervoor enige soelaas brengen.

*"De gynaecologe die pas bij ons begonnen heeft een vrije consultatie, dus waar dat geen afspraken moeten gemaakt worden. Dus mensen komen gewoon en wachten tot wanneer dat zij bij haar worden gezien. En zij zei dat ze van sommige van die*

<sup>40</sup> Soms wordt er bovendien kwistig omgesprongen met deze bloedonderzoeken.

<sup>41</sup> De maximumfactuur is voor iedereen van toepassing. Ze zorgt ervoor dat de jaarlijkse medische kosten voor elk gezin beperkt blijven tot een bepaald plafond, afhankelijk van het gezinsinkomen. Eens dat plafond overschreden, worden de kosten integraal terugbetaald.

<sup>42</sup> Normaal betaalt een verzekerde eerst rechtstreeks het ereloon van de verzorging aan de zorgverstrekker. Daarna wordt het betaalde bedrag (de kostprijs) min het remgeld (de 'opleg') terugbetaald door het ziekenfonds na ontvangst van een getuigschrift van verstrekte verzorging. Slechts uitzonderlijk kan iemand beroep doen op een 'regeling betalende derde'. Het ziekenfonds betaalt dan het bedrag van de ingreep rechtstreeks aan de zorgverstrekker, dienst of instelling. De rechthebbende betaalt enkel het remgeld en moet niet wachten op een terugbetaling achteraf.

*mensen inderdaad geen betaling krijgt, ook zelfs niet via OCMW. Maar ze had het zelf niet goed begrepen hoe dat allemaal werkt. Maar gelukkig wordt ze daarop niet belast, zei ze... Maar ze zit daar tot nu toe blijkbaar niet mee in om dat soort mensen toch te zie. En andere gynaecologen, zo heb ik gehoord, werken met een afbetalingsplan.” (verpleegkundige)*

Sommige zorgverstrekkers proberen individueel deze mensen te helpen. Dit doen ze door kansarmen een consultatie te geven, zonder een betaling te eisen of ze door te verwijzen naar een instantie (zoals Kind & Gezin) waar gratis consultaties gegeven worden. Soms werkt men enkel aan het terugbetalingstarief van de mutualiteit of stelt men een afbetalingsplan op. Of men probeert via andere kanalen geld te voorzien om bv. een anticonceptiemiddel te kunnen meegeven<sup>43</sup>.

Zorgverstrekkers ervaren dat zowel de kansarme zelf als de zorgverstrekker de financiële kant van de zorgverlening soms niet wensen te bespreken. Kansarmen kunnen het ervaren als “hiervoor ben ik niet gekomen” en zorgverleners van “dit is mijn probleem niet”. De ervaring leert dat dergelijk gesprek repercussies kan hebben in de relatie zorgverstrekker – patiënt voor wat de verzorging van moeder en kind betreft in de postpartumperiode. De armoede is voor vele zorgverstrekkers niet zichtbaar. Bevallende moeders liggen vaak voor een korte periode op materniteit, zodat men te weinig tijd heeft om te ontdekken of er nog problemen zijn. Soms voelen zorgverstrekkers wel aan dat er iets gaande is, maar kunnen ze het niet benoemen. Er wordt een verschil aangegeven tussen eerste en tweede lijn. In eerste lijn zou meer openheid zijn om dit ter sprake te brengen, het onderwerp ligt minder op voorhand vast. In wijkgezondheidscentra werken er ook sociaal assistenten en is er een duidelijk zicht op inschrijving bij mutualiteiten. Patiënten zullen er hierdoor ook sneller zelf over beginnen. Het is juist de verantwoordelijkheid van de eerste lijn om eventuele problemen te melden aan tweede lijn. Bij een continuïteit in zorg zal een huisarts bijvoorbeeld ook een beter zicht krijgen op de complexiteit en problemen van gezinnen. Sommige materniteiten hebben geijkte methoden om financiële complicaties aan het licht te brengen. In ziekenhuizen duiden “flikkerende lichtjes”, “sterretjes” op het computerscherm of het nummer op het etiket dat deze patiënt nog openstaande rekeningen heeft van vorige verstrekkingen. Indien blijkt dat er nog een openstaande rekening is, dan wordt éénpersoonskamer niet zonder meer geweigerd. De patiënt krijgt de kans om zijn schuldig saldo, bijvoorbeeld binnen de 2 dagen te vereffenen en vooralsnog de kamer te betrekken. Zorgverstrekkers vermoeden dat kansarmen zich er niet bewust van zijn dat hun precare situatie zo zichtbaar is. Ze stellen zich de vraag of de financiële positie van een patiënt onder het beroepsgeheim valt of komt het enkel de verantwoordelijken toe om hierover kennis te hebben en in bepaalde situaties te ageren. Het is meestal de hoofdvroedvrouw van de materniteit die deze situatie tijdens de weekdagen met de kansarme gaat bespreken. Maar in het weekend is de hoofdvroedvrouw er niet en wordt de situatie toch aangepakt door de andere aanwezige vroedvrouwen.

Sommige zorgverstrekkers werken samen met andere instanties met een soort schaal. Als iemand onder een bepaald getal scoort, is er een vermoeden van een problematische opvoedingssituatie en wordt dit vermoeden ook gecommuniceerd naar de andere organisaties.

Volgens zorgverstrekkers doen kansarmen vaak beroep op de sociale dienst voor vragen omtrent de betaling van de zorgverlening bv. het remgeld, de geboorteaangifte of kennisgeving. Zorgverstrekkers weten zelf niet altijd naar wie ze een kansarme voor een bepaald probleem kunnen doorsturen. Er is een gebrek aan inzicht in het kluwen van zorgverstrekkers en hulpverleningsinstanties.

*“Die zijn bijna nooit in orde met papieren. Effectief hé.” (een gynaecoloog)*

*“En kunt ge ze hier naar iemand sturen?”*

*“De sociale dienst. Natuurlijk we hebben er ook geen vast protocol voor, in die zin je zou het eigenlijk systematisch moeten vragen. Ik moet eerlijk zijn, ik ga dat ook niet*

<sup>43</sup> Degelijke anticonceptie vinden de zorgverstrekkers een mensenrecht.

*vragen. Ge splitst u toe op het verloskundige en dat is het. Eigenlijk zou ik die mensen samen moeten kunnen zien met een sociaal verpleegkundige, zoals in Kind en Gezin. Ik weet dat zij een raadpleging hadden waar iemand de medische zaken en een ander de administratie regelde.” (een gynaecoloog)*

Zorgverstrekkers twijfelen eraan of de zorgverlening volledig gratis maken, wel de oplossing is en om de drempel om hulp te zoeken zo laag mogelijk te houden. Ze menen dat patiënten wantrouwig staan tegenover een “gratis systeem”. In de ziekenhuizen zou de drempel nog meevallen.

### **Conclusie**

Het bezoeken van een arts gebeurt niet automatisch als er zich een bepaald gezondheidsprobleem stelt. Kansarmen stellen de zorgverlening uit omdat ze de consultatie niet kunnen betalen. Verschillende zorgverstrekkers laten hun patiënten niet in de kou staan en verlenen gratis consultaties of bieden hen alternatieven aan inzake de betaling. Deze initiatieven steunen enkel op de caritatieve houding of “goodwill” van de zorgverstrekker en is geenszins een structurele, systematische aanpak binnen de gezondheidszorg.

De complexiteit van kansarme gezinnen maakt het voor zorgverstrekkers heel moeilijk om zicht te krijgen in hun mogelijkheden tot aanvragen van middelen en in de verantwoordelijke instanties die ervoor aangesproken moeten worden. Er dienen soms kruisverbindingen gemaakt te worden met stempelgeld, gevangenisverleden, het aantal kinderen bij een andere moeder of vader, ... Vaak wordt over deze complexiteit niet gecommuniceerd. Vanuit hun kwetsbaarheid zijn kansarmen vaak vragende partij voor een ‘gewone’ behandeling.

Terugbetalingen in het algemeen laten te lang op zich wachten. Zeker voor een kansarme is een wachttijd van mogelijks drie maanden veel te lang.

De terugbetalingsmodaliteiten van de vroedvrouw zijn duidelijk te weinig gekend bij kansarmen. De vraag kan gesteld worden of zorgverstrekkers hiervan voldoende op de hoogte te zijn. De financiële en administratieve regelingen rond gezondheidszorg algemeen en geboorte specifiek, scheppen niet enkel onduidelijkheid bij kansarmen. De regelingen die getroffen moeten worden rond een geboorte zijn dermate ingewikkeld dat mensen de verkeerde papieren naar de verkeerde diensten opsturen. Er is nood aan meer transparantie in de attesten, aanvragen, premies, ... Wie is verantwoordelijk om deze informatie duidelijk te communiceren? Er is nood aan transparantie en afspraken over de communicatie ervan.

## **2.6.6 Reflecties**

Zowel vanuit het standpunt van zorgverstrekkers als van kansarmen is het duidelijk dat het concept rond autonomie een knelpunt vormt dat fundamenteel de zorgrelatie ondermijnt. Aansluitend met de patiëntenrechten vertrekt de gangbare zorg van het recht van de parturiënte op zelfbeschikking, autonomie en zelfbeslissing. Het ontvoogdend handelen laat kansarmen wellicht in de kou staan. Autonomie is een resultaat van ontvangen zorg en groeiende verantwoordelijkheid, ingebed in een solidaire ondersteuning. Kansarmen missen te veel solidaire ondersteuning, hebben te dikwijls geen groeiproces mogen of kunnen waarmaken en hebben zich in steeds aanwezige stress moeten handhaven. In de gezondheidszorg stelt zich de vraag in welke mate de negatieve invulling van autonomie, zelfstandigheid en zelfbeschikking kan doorbroken worden. Het samen doorbreken van deze achterstand steunt op een vormingsaanbod van samen oefenen en opbouwen van een positief zelfbeeld en zelfbekwaamheid, dit alles vanuit een gefundeerde waardigheid. Samen op zoek gaan naar verbeteringsstrategieën zal waarschijnlijk vlugger zorgverbreding en zorgverdieping mogelijk maken. De vindingrijkheid van kansarmen is een ondergrond van zelfzedaamheid en motivering, om nog beter en misschien anders zorg te verlenen aan de zwangerschap en/of pasgeborene en de vrouw in haar moedertaak.



## - Slotbeschouwing

In dit laatste deel van het onderzoeksrapport wordt een antwoord geformuleerd op de verschillende onderzoeksvragen, resulterend uit het onderzoek. De zorgrelatie die onderhevig is aan factoren op het micro-, meso- en macroniveau vormt hierbij steeds de rode draad. Niet elke vraag leende zich ertoe om een pasklaar antwoord te formuleren. De vragen zijn afgeleid vanuit de complexiteit van armoede, de antwoorden zijn bijgevolg divers en laten ruimte voor interpretatie en aanvulling. Geïnspireerd door deze antwoorden worden enkele aanbevelingen geformuleerd om de zorgrelatie tussen armen en zorgverstrekkers en het omkaderende beleid ervan te optimaliseren. Ook wordt een oog geworpen op thema's en vraagstellingen die het onderwerp kunnen uitmaken voor verder onderzoek.

De centrale onderzoeksvraag is:

*"Wat melden armen en zorgverstrekkers over de inhoud (weten, ervaren en handelen) van hun interacties met betrekking tot de pre-, peri- en postnatale zorg?"*

Kansarmen hebben te kampen met een totaalproblematiek, terwijl de aandacht van de zorgverstrekker vaak eenzijdig gericht is naar het medische aspect. Terwijl het medische vaak niet het dwingende probleem is van dat moment. Kansarmen hebben een veel breder levensverhaal, ze overstijgen het medische. De kansarmen verlangen bovendien dat het meest actuele probleem eerst opgelost geraakt, bijvoorbeeld huisvesting. De kennis die de kansarme m.a.w. overdraagt over zijn eigen situatie is vaak nihil, doordat het medische als prioritair door de zorgverstrekker wordt gezien. Communicatie in het algemeen komt bovendien vaak onbegrijpbaar en onduidelijk over. De kansarmen hebben het gevoel dat de zorgverstrekker niet bereid is hiertoe meer inspanningen te leveren.

Zorgverstrekkers melden overigens dat armen de zaken positiever voorstellen dan dat ze zijn, bijvoorbeeld op het gebied van voedingsgewoonten. Hierdoor wordt soms de verkeerde informatie gegeven of toch zeker niet de informatie die "bruikbaar" is voor de kansarme. Ook onderzoek toont aan dat kansarmen vaak minder gezonde levensstijlen hanteren (James et al., 2007; King, Mainous & Geesey, 2007) (ev. weglaten!). Eerder wezen we echter op het gevaar om de gezondheidstoestand eenzijdig aan individuele factoren toe te schrijven. Het nastreven van een goede gezondheid krijgt niet steeds voorrang bij een generatiearme populatie. Leef- en woonomstandigheden laten dit niet steeds toe.

De zorgverstrekkers benaderen de zorgvrager steeds vanuit de causale intentie. Ook internationaal onderzoek wijst op de sterke aanwezigheid van het paradigma van acute zorg binnen de gezondheidszorg, waarbij het zoeken naar oplossingen centraal staat (Anderson & Funnell, 2005). Uiteindelijk is dat de vraag niet van de arme. De arme vraagt begrip over zijn levenssituatie en wil deze informatie met de zorgverstrekker delen. Ook literatuur wijst op het belang om de beleving van de arme als vertrekpunt van zorg te nemen, participatie start bij de probleemdefiniëring. Zowel in de kaders van empowerment, maatzorg als presentie wordt dit belang benadrukt (Van Regenmortel, 2002 & 1997; Baart & Grypdonck, 2005). De gevoelens van machteloosheid en wantrouwen vragen om een theorie waarbij het lineaire oorzaak-gevolg denken (met termen als schuld, zondebok, slachtoffer) vervangen wordt door een kader waarbij iedereen deel uitmaakt van een systeem en er ook een invloed op uitoefent.

De kansarme verwacht ondersteuning en eens dit vermoeden van steun er is, zal hij vertellen. Armen vragen een meer uitnodigend onthaal waardoor ze uitgenodigd worden hun verhaal van zwanger zijn te uiten. Ze hebben meer nood aan een warm verhaal. De presentietheorie benadrukt het belang van informele en hartelijk omgang in de zorgrelatie (Schilder, 2003). Zorgverstrekkers verwachten echter dat je meteen tot zakelijke situatie komt. Maar de zorgverstrekker vertrekt fout. Er wordt meteen oorzaken gezocht voor een medische conditie of waarom ze te laat zijn, geen geld hebben, ... Maar ze stellen nooit de

vraag waarom ze in deze situatie zitten. De aansluiting bij leefsituatie en beleving van kansarmen krijgt hier geen plaats, terwijl de centrale rol ervan door meerdere auteurs benadrukt wordt (Baart & Grypdonck, 2007; Van Regenmortel, 1997; Meervoudig gekwetsten). De kansarmen krijgen de kans niet om bepaalde informatie over te dragen en ze ontvangen geen beschermend onthaal. Kansarmen geven ook aan dat er niet gehoord wordt wat ze willen zeggen. De perceptie van hun problemen worden door de zorgverstrekkers te weinig als een historisch, te veel als toevallige problematiek gezien, cfr. in rood staan, we verstaan niet dat iemand chronisch in het rood staat. Er wordt te weinig tussen de regels gelezen. De meeste zorgverstrekkers vinden het ook hun taak niet om de totaalproblematiek te aanluisteren, ze willen deze niet weten. Bijgevolg wordt de fragmentaire gespecialiseerde probleemoplossing verdergezet. De verbintenisproblematieken worden niet als zodanig erkend (cfr Heynderickx, et al., 2005)

Kansarmen *ervaren* een veroordelende houding in hoofde van de zorgverstrekking. Vaak omslaat dit de eerste indruk. Vooral de "budgettaire veroordeling" laat een zeker vorm van irritatie en wrijving na bij de kansarme. De onderzoeksgegevens van de zorgverstrekkers bevestigen dit verhaal. Ook ander onderzoek verwijst naar deze sterke beklemtoning van individuele factoren van armoede, zoals een slecht budgetbeheer door zorgverstrekkers (Willems, Swinnen, & De Maeseneer, 2005). De kansarmen menen dat wij een waardehiërarchie vastleggen, wij bepalen wat voor hen belangrijk en prioritair is. De kansarmen ondervinden een gebrek aan respect voor de beleving van hun eigen waarden en normen. Respect is echter een belangrijke voorwaarde voor het opbouwen van een zorgrelatie. Ook in het kader van empowerment krijgt respect een belangrijke plaats als één van de zes centrale principes (Van Regenmortel & Fret, 1999). Hierdoor wordt de context wederom miszien en wordt het probleem eenzijdig aangepakt, zonder naar het levensverhaal van de kansarme te luisteren. De *interactie* met de zorgverstrekker komt bij de kansarmen gesloten, ongeïnteresseerd en ongeduldig over. De kansarmen ervaren een monoloog in plaats van een dialoog. De zorgverstrekkers zijn te pragmatisch, benaderen te simplistisch. Ook ander onderzoek bevestigt dat artsen beïnvloed worden door hun perceptie van de noden van de patiënt en lagere verwachtingen hebben bij lagere klassen over de motivatie en capaciteiten van de patiënt (Willems et al., 2005). Hierdoor ontstaat geen hefboomwerking van het wantrouwen, maar blijft dit de rode draad door de zorgverstrekking. In literatuur spreekt men over een cirkelbeweging in de communicatie tussen artsen en patiënten uit lage sociale klassen: de communicatiestijl van de patiënt zou een minder participatieve benadering uit bij de arts uitlokken, wat dan weer de patiënt ontmoedigt om actiever te communiceren (Willems et al., 2005).

Gelet op het niet-contextueel benaderen van de kansarme en de veroordelende houding van de zorgverstrekker, wordt het aangaan van een zorgrelatie gehypothekeerd. Het uiteindelijke beoogde resultaat van zorgverstrekking op maat en/of gepaste zorg wordt derhalve niet bereikt.

In hetgeen volgt komen de deelvragen aan bod gesitueerd op het meso-, micro-, en macroniveau.

#### Microniveau

*"Op welke wijze geven factoren op niveau van het individu (kennis, ervaring, beleving) vorm aan deze interactie?"*

Uit het onderzoek blijkt dat kansarmen een gebrekkige kennis hebben inzake wat goed of minder goed is voor de gezondheid. Dit is ook geen prioriteit in hun leven, het welzijn van hun kinderen is dit wel. In de sociale kaart of het kluwen van zorgorganisaties die ter beschikking staan, hebben kansarmen weinig zicht. Soms weten ze wel dat ze recht hebben om een premie, bv. bij de geboorte, maar het doorlopen van de administratieve molen is geen evidentie.

---

Zorgverstrekkers hebben geen realiteitsgetrouw beeld van kansarmoede. Ze vatten meestal het totaalbeeld niet en gaan niet dieper in op het waarom van het arm zijn. Vooral het gebrek aan budgetteren ergert zorgverstrekkers of het feit dat ze hun afspraken niet nakomen of dat ze desondanks hun goede pogingen, hun raad niet opvolgen. Gelet op het feit dat armoede ook fysieke gevolgen heeft, cfr. onaangename geur, zijn de non-verbale reacties vaak heel duidelijk. Voor de kansarme komt dit confronterend en kwetsend over. Van Regenmortel (1997) wijst erop dat men steeds beïnvloed wordt, men kan immers niet niet communiceren. De auteur voegt echter het besef van invloed hieraan toe. Met andere woorden, de zorgverstrekker oefent ook steeds een invloed uit. Armen zien immers in dat er hygiëne moet zijn, maar ze kunnen het niet doen. Niet alleen uit zichzelf, maar ook structureel zijn ze niet bij machte, o.m. gelet op hun vaak slechte huishouding. Literatuur wijst erop dat een reden voor deze slechte woonst onder meer het feit is dat sommige eigenaars weigeren te verhuren aan personen die van een vervangingsinkomen afhankelijk zijn of dat de huurwaarborg voorgeschoten wordt door het OCMW. Armen staan bovendien in een **zwakke onderhandelingspositie**. De angst voor het verhogen van de huurprijs, voor het terugvorderen van achterstallige huur, voor een uithuisplaatsing maakt dat ze zich machteloos voelen. Crisissituaties beperken bovendien de zoektocht naar een geschikte woning, waardoor het risico op een slechte kwaliteit van woonst groot is. (Vranken et al., 2007). Materiële tekorten zorgen er voor dat armen geen **of zeer beperkte keuzemogelijkheden hebben over zaken** (Vranken et al., 2007).

Doordat kansarmen er meestal geen goede, warme ervaringen in hun contact met zorgverstrekkers op na houden, benaderen ze elk nieuw contact heel wantrouwig. Ze zijn bang om opnieuw gekwetst te worden en zijn ook meestal heel gevoelig, soms overgevoelig door hun kwetsbaarheid. Het lage zelfbeeld dat ze reeds hebben kan in een oogomslag volledig ingedeukt worden, die zorgt voor kwetsuren in hun persoonlijkheid en psychologisch welzijn. Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat **depressie** zich binnen bepaalde bevolkingsgroepen, zoals vrouwen en alleenstaanden, duidelijker manifesteert. Bij gezinnen in armoede zijn risicofactoren voor depressie vaak gecumuleerd terug te vinden. Het gevoel uitgesloten te zijn, de verhoogde kwetsbaarheid ten gevolge van multidimensionale uitsluitingmechanismen spelen een zeer sterke rol in het ontwikkelen van depressie. De mentale impact van armoede is groot, omgekeerd is het ook zo dat het hebben van psychische problemen vaker leidt tot armoede (Levecque en Vranken, 2007)

Kansarmen hebben ook het gevoel dat ze niet deelnemen aan de *kennis* van de maatschappij. Ze hebben het gevoel om uitgesloten te zijn van het maatschappelijk leven. Ze ervaren duidelijk een kloof die ze willen overbruggen, maar niet kunnen. Ze willen participeren, maar hebben/krijgen de kans niet. Zij zijn vlug uitgesloten uit het "normale" kenniscircuit. Ze missen o.a. een stuk basisscholing. Ze zijn niet dom, maar het gebrek aan

---

onderwijs laat zijn sporen na. Ook literatuur geeft aan dat kansarmen minder onderwijskansen krijgen van bij de start in het kleuteronderwijs (Vranken et al., 2006). Veel minder kansarmen stromen door naar het hoger onderwijs. Taalgebruik en communicatiestijlen thuis vormen hier een beïnvloedende factor, net zoals het zich niet thuis voelen op school. In ons onderzoek werd bovendien duidelijk dat kansarmen vaak in het buitengewoon onderwijs terecht komen.

Hierdoor hebben ze niet de kennis om in de complexe maatschappij mee te kunnen. Ook literatuur wijst op uitsluitingsmechanismen die de armen scheiden *'van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving'* (Vranken et al, 2007). Bovendien zijn kansarmen niet in staat de kloof op eigen kracht te overbruggen. Het is met andere woorden de taak van verschillende maatschappelijke actoren (beleid, hulpverlening, onderwijs, ...) om armen te helpen om aansluiting te vinden bij de rest van de samenleving. Desondanks geven kansarmen wel de indruk dat ze mee kunnen, maar dit is niet zo. Ze vluchten in hun eigen overlevingsstrategie. In plaats van opgedane kennis steunen zij op overlevingsmethodes van het kansarm milieu. Auteurs wijzen op het belang om als zorgverstrekker bewust te zijn van deze overlevingsstrategieën om in een adequate zorg te kunnen voorzien (Willems, De Roo, & De Maeseneer, 2005).

Bovenvermelde factoren gingen vooral uit van de perceptie van het individu. In hetgeen volgt worden de factoren die op het meso- en macroniveau een rol vertolken, onder de loep genomen.

### Mesoniveau

*"Hoe beïnvloeden het huidige netwerk en de vroegere ervaringen van de arme diens positie in de zorgrelatie?"*

Het netwerk van relaties die een kansarme er op na houdt zijn heel gering. Er is geen sprake van een ruim sociaal vangnet. Literatuur spreekt niet zozeer over een kwantitatief, maar kwalitatief verschil van relaties (De Boyser en Levecque, 2007). In geval van problemen denken mensen in armoede minder te kunnen rekenen op hulp van de omgeving. Ze ervaren algemeen wel een lagere mate van functionele ondersteuning op instrumenteel, emotioneel en affectief vlak.

Vaak ontbreekt de ondersteunende rol van ouders. Meer nog, vaak zal het kind een plaatsvervangende ouderrol opnemen. Ook literatuur wijst op deze parentificatie (Vansevenant, 2005). Het kind wordt eigenlijk een oude r van de ouder. Als deze zorg niet erkend wordt, raakt het evenwicht tussen geven en nemen verstoord in de ouder-kindrelatie. Dit soort compensatie wordt vaak later aan onschuldige derden opgeëist.

Ze zijn meestal aangewezen op zichzelf. De zorg voor de partner en de kinderen zijn hierin fundamenteel. De kansarme moeder wil haar kind beschermen tegen wat ze zelf heeft moeten missen, waardoor ze voor zichzelf vaak een stap achteruit neemt.

---

De partnerrelatie is bovendien vaak een eenzijdige afhankelijkheidsrelatie. De vrouw laat zich tot martelaar komen. Het loslaten van een dergelijke relatie is zeer moeilijk. De vrouw zal onder meer de zorg nog occasioneel voor de partner opnemen, ook al zijn ze niet meer samen. Dit beeld kadert in de vervrouwelijking van armoede: de vrouw is zowel het slachtoffer als de actor ervan. Ook omdat ze niet de kans heeft om zich emancipatorisch op te stellen.

Maar zoals reeds supra aangegeven hebben zorgverstrekkers geen correct beeld van armoede en het gebrek aan hulpbronnen. De zorgverstrekker heeft bijgevolg weinig kennis van de waarden en normen die gehanteerd worden binnen het netwerk van de kansarme.

In de zorgrelatie vinden kansarmen dat ze recht hebben op nieuwe zorg, ook al hebben ze schulden. Ze zijn gefrustreerd door het feit dat ze vaak geen aanspraak kunnen doen gelden op hun recht. Kansarmen hebben reeds angst om zelf in hun huidig netwerk afgewezen te worden, laat staan in een netwerk van zorgverstrekkers waar men reeds vertrekt vanuit wantrouwen. Ze weten geen evenwicht te vinden tussen de eigen tekorten en de maatschappelijk tekorten. Ze zien er geen perspectief in. De structurele oorzaken verhinderen hun eigen tekorten weg te werken. Eens ze in de problemen geraken, kunnen ze er moeilijk uit, wederom gelet op het gebrek aan steunpilaren waarop ze kunnen terugvallen. Hierdoor worden ze het slachtoffer van een maatschappij die bv. reizen als een maatschappelijk verworven recht beschouwd en zijn beschaamd dat ze aan hun kinderen niet kunnen geven wat doorsnee ouders wel kunnen. Daarom hebben ze er de diepste schuld voor over.

*"In hoeverre hebben armen toegang tot professionele en bijzondere zorg? Welke ervaringen hebben ze met deze vormen van zorg en hoe beïnvloedt dit hen in de zorgrelatie?"*

*"Welke factoren op het niveau van de professionele zorg sturen de interactie die de zorgverstrekker aangaat met de arme? Zijn er factoren op het niveau van de bijzondere zorg die de zorgverstrekker sturen in zijn interactie?"*

Deze deelvragen worden samen behandeld, omdat ze zo nauw met elkaar zijn verbonden.

Er is een groot verschil in benadering van zorgverstrekking vroeger en nu. Vroeger was deze vooral paternalistisch en gefixeerd op gang het gezin of familie. Nu wordt de context, het levensverhaal opzij geschoven en ligt de nadruk op fragmentering en specialisatie. Het multidisciplinaire team praat niet meer met de arme in kwestie, maar overlegt over wat zij hebben vastgesteld. Er is communicatie tussen een hoog technisch gespecialiseerd team en een gekwetste, die op dat ogenblik een antwoord krijgt met een sociologische-maatschappelijke dimensie, waarvan de eigenlijke boodschap aan de kansarme ontsnapt.

Gezamenlijk overleggen met de kansarme en de betrokken partijen om de situatie te omvatten, gebeurt niet. Dit zou moeten vanuit hun kracht als zorgverstrekker. Interdisciplinair werken is echter een territoriumstrijd geworden tussen zorgverstrekkers. De ene zorgverstrekker is beschermend over zijn terrein en vakkundigheid en er wordt te weinig samengewerkt, o.a. met vrijwilligersorganisaties. Terwijl kansarmen een fundamentele vertrouwen hebben in de deskundigheid van deze vrijwilligers, benaderen de professionelen de bekwaamheid van de vrijwilliger zeer argwanend. De armen begrijpen niet als ze doorverwezen worden door vrijwilligersorganisatie dat de officiële organisatie de hele vraagstelling van nul begint. Voor hen komt dit niet neer om een doorverwijzing, maar op een eerste aanknopingspunt, waarbij de vraag tot zorg opnieuw dient gesteld te worden. Intussen wordt de oplossing voor een problematische situatie uitgesteld. Er dient tevens gesteld te worden dat ook bij deze vrijwilligersorganisatie er van een zekere concurrentie sprake is. Men is ervan overtuigd dat men het beste, alles omvattende zorgaanbod heeft, terwijl men afstand neemt van benaderingen vanuit andere disciplines.

De drempel om adequate en omvattende zorgverlening te vragen, blijkt nog heel hoog te zijn. Er zijn al een aantal zorgverstrekkersmodellen ontwikkeld, die drempelverlagend zouden werken, doch onvoldoende kansarmen bereiken zorg op maat. Deze structuren hebben te weinig participatieve ideeën ingewerkt, ze vragen niet aan mensen wat ze nodig hebben voor een drempelverlaging te bekomen. De drempel is hoog o.m. door de fundamentele achterdocht door hetgeen ze meegemaakt hebben, het verschil in tijdsbeleving en het tekort aan vrijheid.

Bijzondere zorg kan worden meegegeven in de vorm van raadgevingen of gewoontes die van generatie op generatie voortleven. Ter illustratie: het geven van maïzena in plaats van poedermelk. Een kansarme moeder zal gekwetst zijn door de zorgverstrekker die het gebruik hiervan voor de nieuw geboren baby afbreekt en stelt dat dit ongezond is. "Ik ben er toch ook groot mee geworden", vraagt de kansarme moeder zich af. Kansarmen hebben het heel moeilijk met aanbevelingen van de zorgverstrekker omdat ze het gevoel hebben dat ze niet loyaal zijn ten opzichte van hun familie, vooral die aanbevelingen die volledig in strijd zijn met hun familiecultuur. Dat is voor de kansarmen te ingrijpend, waardoor ze liever niet ingaan om de goede adviezen. Als ze niet passen binnen dit symbolisch beeld, dan volgen ze de raad van de zorgverstrekker niet op. De aanbeveling of de visie van de zorgverstrekker komt vaak diametraal te staan tegenover deze gewoontes en de zorgverstrekker heeft geen notie van feit dat dit zeer ingeburgerd en eigen is aan de kansarme. Hij miskent de waarde van deze bijzondere zorg en de loyaliteit van de kansarmen naar hun omgeving toe. Het brutaal in vraag stellen van de manier waarop hun ouders en grootouders, hun omgeving, de zorg voor het jonge leven hebben uitgevoerd, start het wantrouwen. Slechts bij het positief benaderen of bijsturen van deze gewoontes kan een vertrouwensrelatie groeien en uitmonden in een zorgrelatie. Er dient getracht te worden om bijvoorbeeld rituelen vanuit hun eigen cultuur in de medische zorg te integreren. De armen kennen vaak de fouten die in hun milieu plaatsvinden, maar ze vragen daarvan geen afkeuring, wel bijsturing en begrip.

*"Hoe beïnvloeden de netwerken van de zorgverstrekkers de zorgrelatie met de arme?"*

Dit antwoord situeert zich binnen de medische-sociale context van armoede. Onze gezondheidszorg bestaat uit verschillende netwerken van zorgverstrekkers, unidisciplinair en overkoepelend. Het grootste gebrek in deze gezondheidszorg is naast elkaar bezig zijn van de verschillende zorgverstrekkers die met hetzelfde gezin en crisissituatie geconfronteerd worden. Ze beluisteren niet elkaar en vertrouwen niet op diens deskundigheid, zoals reeds supra aangegeven. In dit netwerk vindt de kansarme geen houvast. Het steeds herhalen van hun problemen of vraag naar zorg, put de kansarme uit en doet hen afhaken van zorg en bevordert het uitstelgedrag. Kansarmen hebben ook af te rekenen met een vaak negatief beeld over hun zwangerschap. De maatschappij en de zorgverstrekkers wensen dit vaak niet toe aan de armen, gelet op hun preciaire situatie.

Tevens zijn de netwerken in het zorgaanbod tussen eerste lijn en tweede lijn te weinig geïntegreerd. Kansarmen vragen als het ware de beste gynaecoloog, waardoor de indruk gewekt wordt dat ze huisarts of de vroedvrouw afzweren en niet vertrouwen. Een betere integratie kan er voor zorgen dat vertrouwen in deze zorgverstrekkers groeit. Het is eigenlijk een maatschappelijke opwaardering.

#### Macroniveau

In kader van dit onderzoek kunnen geen uitspraken gedaan worden over het macroniveau. De sociaal-culturele context, sociaaleconomische context en medisch-sociale context zijn onvoldoende bevraagd.

---

### Reflectie Guido op hoofdstuk 3

Vanuit de knelpunten die dit onderzoek aan het licht bracht, wensen we enkele beleidsvragen en voorstellen te introduceren die het zorgbeleid en de zorgrelatie mede kunnen ondersteunen of zelfs positief kunnen beïnvloeden:

- De vraag is niet of armen recht hebben op kinderen, maar de vraag is hoe we het recht op kansen van kinderen die leven in armoede kunnen bevorderen.
- In de zorg moet de nadruk liggen op het streven naar verantwoordelijkheid en maatschappelijke ondersteuning van kansarme ouders in plaats van naar het voorkomen van een zwangerschap. De maatschappij is ten aanzien van kansarmen immers heel anticonceptief gericht, terwijl de kansarmen zelf net heel conceptief gericht zijn. Beide uitersten vallen met elkaar te rijmen, niet door het arbitrair benaderen van het voorkomen, maar door het doelgericht informeren en ondersteunen.
- Hoe kan de zorg op de eerste lijn op een niet-discriminatieve manier uitgebouwd worden? Dit wil zeggen een inclusief beleid, nl. één beleid dat voor iedereen past, maar waar plaats is voor differentiatie naargelang de noden van het individu. Dergelijk beleid in plaats van een categoriale zorg, die zich toespitst op de verschillende zorgbehoevenden: bv. kansarmen, gehandicapten, allochtonen enz...Elke burger dient zijn recht op een vrije keuze van zorgverstrekker optimaal te kunnen verzilveren.
- Waarom geen algemene derdebetalersregeling en financiële ondersteuning voor alle zorgverstrekkers binnen de eerste lijn? Dit zou het uitstelgedrag en de drempel tot zorgverlening aanzienlijk verlagen.
- Er dient een attitudeverandering worden doorgevoerd op het gebied van deskundigheid van collega-zorgverlener, zeker over de verschillende niveaus. Het belang van multidisciplinair overleg dient benadrukt te worden, zeker bij kansarmoede waar inzicht op de context heel belangrijk is en het voorkomen dat de kansarme steeds zijn situatie verschillende keren moet uitleggen. Een doorbraak in het multidisciplinair handelen kan de introductie van een vertrouwenspersoon zijn, als het ware een gezinscoach. Een gezaghebbende figuur die ook erkend worden door zorgverstrekkers en die de bakermat is van verder overleg en hulpverlening. De uiteindelijke stappen die moeten gebeuren, moeten in dialogale structuur gebeuren met de kansarme, waarbij elke gesprekspartij mee de verantwoordelijkheid draagt.

Onderzoeksvragen die het voorwerp kunnen uitmaken van bijkomend onderzoek zijn:

- Zijn er biologische/fysiologische gevolgen van het leven in armoede en worden deze ook doorgegeven aan de kinderen? Deze vraag met het oog op het ontwikkelen van medische pakketten die deze gevolgen een stuk zouden kunnen bijsturen.
  - Hoe kunnen de opleidingskansen van een kansarme tienermoeder zo optimaal mogelijk gehouden worden? Opleiding op maat en begeleiding. In welke mate wordt een tiener uitgesloten voor verdere maatschappelijke ontplooiing? Hoe kan die uitsluiting ten gevolge van een zwangerschap voorkomen worden? In welke mate is er plaats om jonge vaders in onderwijs te begeleiden? Het ouderschap en onderwijsgebeuren dienen extra aandacht te krijgen.
  - Gelijkaardig onderzoek naar allochtone doelgroepen. In hoeverre kan iemands cultuur de zorg verhinderen, cfr. weigering allochtone echtgenoot van mannelijke gynaecoloog? Is dit een integratievraagstuk of een zorgvraagstuk. Moet er niet veel meer op geanticipeerd worden?
-

Enerzijds is er een sterke roep om ondersteuning en appel, anderzijds ontstaat er makkelijk weerbaarheid en spanning in de hulpverleningrelatie (Van Regenmortel, 1996).

Aan de vraagzijde wordt gewezen op de conceptie die armen hebben van ziekte en gezondheid, het belang van goede informatie en kennis, de overlevingsstrategieën en het beperkte toekomstperspectief. Het belang van een goede relatie tussen gezondheidswerkers en armen wordt beklemtoond: angst en agressie kunnen een reactie zijn op uitsluiting en moeten erkend worden door de hulpverlener, hulpverleners moeten alert zijn voor te hoge verwachtingen bij de patiënt, men moet stilstaan bij gevoelens van onmacht en schaamte bij de hulpvrager, de hulpvrager globaal benaderen, een begeleide uitstroom of nazorg voorzien, een goede communicatie verzorgen tussen hulpverlener en patiënt en hulpverleners onderling en voldoende informatie verstrekken over mogelijkheden in het zorgaanbod. In een later werk hebben drie van deze auteurs een conceptueel model ontwikkeld dat de verschillende factoren die een rol spelen in het gebruik van gezondheidsvoorzieningen relateert aan elkaar (Willems, De Roo, & De Maeseneer, 2005).

Uit een review van internationaal onderzoek (Willems, De Maesschalck, Deveuegele, Derese, & De Maeseneer, 2005) blijkt dat er duidelijke verschillen zijn in de manier waarop artsen communiceren met patiënten uit lagere sociaaleconomische lagen. Deze patiënten krijgen minder positieve socio-emotionele uitingen en worden geconfronteerd met een meer directieve consultatiestijl. Deze wordt gekenmerkt door minder patiëntenbetrokkenheid in het nemen van beslissingen, een meer biomedische benadering, minder controle van de patiënt over het verloop van de communicatie, minder diagnostische en behandelingsinformatie en meer fysisch onderzoek. Deze verschillen in communicatiestijl worden gedeeltelijk verklaard door het verschil in communicatiestijl tussen patiënten van verschillende sociale klassen. Daarnaast is er ook directe invloed van sociale kenmerken op de communicatiestijl van de arts.

### **Moet nog geschreven worden**

Thuisituatie heel stresserend → weinig kwaliteitsvolle opvangmomenten binnen gezin, familie en omgeving

→ weinig ondersteuning zwangerschap en bevalling

Vroegere kwetsuren privé en binnen zorgverstrekking → bemoeilijken vertrouwen → conflicten → opnieuw bevestigd → er alleen voor staan

→ Belang zorgverstrekkers omgaan met

Belang van sterker worden → meer zelfvertrouwen, meer coping en sociale vaardigheden

Zwangerschap → ook de verantwoordelijkheid ongeboren kin + al bepalend gezondheid kind → aanknopingspunt voor vrouw en zvs om sterkte aan te wakkeren → kwaliteitsvullen begeleiding op maat nodig → zorgcoördinator, vertrouwensfiguur

Heel veel gelijkenissen met modale gezinnen!! Maar met dit grote verschil dat kansarmen diepe kwetsuren opgelopen hebben en minder kansen gekregen hebben/krijgen om hun capaciteiten ten volle te ontwikkelen. Ze hebben een diepe wens om zelf beter te doen, maar struikelen vaak op de onmacht om te kunnen veranderen.

Verwarring vroedvrouw/verpleegkundige

### **Veel bevestiging van uit ontmoetingsavond**

---



**Veel bevestiging**

- duur verblijf materniteit
  - te weinig ondersteuning met de paperassen
  - malcontent van de sociale dienst
  - tevredenheid vroedvrouw sterk afhankelijk van haar houding en vooral gesprek
  - niet op de hoogte terugbetalingsmodaliteiten
  - **geforceerde manier van borstvoeding aanleren in materniteit**
  - **Sommigen wel tevreden van de manier waarop mensen (geduldig) informatie geven: geduld, tijd, veel uitleg**
  - **Keuze arts: bekwaamheid/slechte ervaring, houding, belangstelling tonend**
  - drukte bij thuiskomst → geen tijd om te poetsen
  - Kind en gezin die plaatsing willen voorstellen
  - Tijd nodig om band te ontwikkelen
  - Belang eigen mening, openheid en gelijkwaardigheid
-

## - Slotbeschouwing

In dit laatste deel van het onderzoeksrapport wordt een antwoord geformuleerd op de verschillende onderzoeksvragen, resulterend uit het onderzoek. De zorgrelatie die onderhevig is aan factoren op het micro-, meso- en macroniveau vormt hierbij steeds de rode draad. Niet elke vraag leende zich ertoe om een pasklaar antwoord te formuleren. De vragen zijn afgeleid vanuit de complexiteit van armoede, de antwoorden zijn bijgevolg divers en laten ruimte voor interpretatie en aanvulling. Geïnspireerd door deze antwoorden worden enkele aanbevelingen geformuleerd om de zorgrelatie tussen armen en zorgverstrekkers en het omkaderende beleid ervan te optimaliseren. Ook wordt een oog geworpen op thema's en vraagstellingen die het onderwerp kunnen uitmaken voor verder onderzoek.

De centrale onderzoeksvraag is:

*“Wat melden armen en zorgverstrekkers over de inhoud (weten, ervaren en handelen) van hun interacties met betrekking tot de pre-, peri- en postnatale zorg?”*

Uit het onderzoek blijkt dat zorgverstrekkers de zorgvrager vooral vanuit een causale intentie benaderen. Ook internationaal onderzoek wijst op de sterke aanwezigheid van het paradigma van acute zorg binnen de gezondheidszorg, waarbij het zoeken naar oplossingen centraal staat (Anderson & Funnell, 2005). Het blijkt dat armen een andere zorgvraag of aanpak vragen. De arme vraagt begrip voor de levenssituatie en wil deze informatie met de zorgverstrekker delen. Ook literatuur wijst op het belang om de beleving van de arme als vertrekpunt van zorg te nemen. Betrokkenheid start vanaf de fase van probleemdefiniëring en anamnese. Zowel in de kaders van empowerment, maatzorg als presentie wordt dit belang benadrukt (Van Regenmortel, 2002 & 1997; Baart & Grypdonck, 2005).

De complexe zorgvraag blijkt ten eerste moeilijk gecommuniceerd te worden. Uit het onderzoek blijkt dat de *kennis* over de eigen leefsituatie vaak niet in communicatie gebracht wordt naar de zorgverstrekker. Aangezien de zorgverstrekker het medische aspect van de zorgvraag als prioritair behandelt en de context hier vaak niet aan koppelt, blijft het wezenlijke probleem onbehandeld. Kansarmen zoeken vaak zorg voor het meest acute probleem. Het formuleren van dergelijke zorgvraag leidt er toe dat slechts een deelaspect van de totaalproblematiek behandeld wordt. Literatuur wijst erop dat kansarmen vaak geen inzicht meer hebben in hun verleden, hun roots, waar ze veel kwetsuren aan hebben over gehouden (Vansevenant, 2005). Soms zijn ze zodanig op zoek naar zichzelf, dat ze geen zicht meer hebben op eigen noden en behoeften en kunnen ze hier ook een ander niet voor aanspreken.

Literatuur wijst op de moeilijkheid om duidelijk zicht te krijgen op de leefsituatie van elke zorgvrager (Kettunen et al., 2006). Het stellen van vragen als wederzijds proces helpt de kennis van de zorgvrager vermeerderen en verbetert het advies van de zorgverlener. De competentie van de zorgvrager om zich verbaal uit te drukken kan in deze discussie versterkt worden. Voorlopig onderzoek toont aan dat hoewel de dialoog verbeterd wordt door deze techniek en dat een positieve sfeer gecreëerd wordt, er toch te weinig in geslaagd wordt de leefsituatie van de zorgvrager voldoende in beeld te brengen.

De *interactie* met de zorgverstrekker wordt door kansarmen uit het onderzoek vaak ervaren als een monoloog in plaats van een dialoog. Zowel zorgverstrekkers als armen benadrukken het belang van een open communicatie. Uit het onderzoek blijkt echter duidelijk dat de communicatie vaak moeizaam verloopt. De zorgverstrekker komt bij de kansarme vaak als gesloten, ongeïnteresseerd en ongeduldig over. Internationaal onderzoek geeft aan dat artsen anders communiceren met patiënten uit lagere klassen. (Willems, De Maesschalck, Deveuegele, Derese, & De Maeseneer, 2005). Deze patiënten krijgen minder positieve socio-emotionele uitingen en worden geconfronteerd met een meer directieve consultatiestijl. Deze wordt gekenmerkt door minder patiëntenbetrokkenheid in het nemen van

beslissingen, een meer biomedische benadering, minder controle van de patiënt over het verloop van de communicatie, minder diagnostische en behandelingsinformatie en meer fysisch onderzoek. Deze verschillen in de communicatiestijl worden gedeeltelijk verklaard door het verschil in communicatiestijl tussen patiënten van verschillende sociale klassen. Daarnaast is er ook de directe invloed van sociale kenmerken op de communicatiestijl van de arts (Van Lancker in Vranken et al, 2007). In de literatuur spreekt men van een cirkelbeweging in de communicatie tussen artsen en patiënten uit lage sociale klassen: de communicatiestijl van de patiënt zou een minder participatieve benadering bij de arts uitlokken, wat dan weer de patiënt ontmoedigt om actiever te communiceren (Willems et al., 2005).

Zorgverstrekkers uit dit onderzoek geven zelf aan dat zij de zorg van kansarmen vaak overnemen en kansarmen daardoor groeikansen ontnemen. Ook ander onderzoek bevestigt dat artsen beïnvloed worden door hun perceptie van de noden van de patiënt en lagere verwachtingen hebben bij lagere klassen over de motivatie en capaciteiten van de patiënt (Willems et al., 2005). Hierdoor ontstaat geen hefboomwerking van het wantrouwen, maar blijft dit de rode draad door de zorgverstrekking.

Zorgverstrekkers melden daarnaast dat armen de feitelijke situatie soms positiever voorstellen, bijvoorbeeld hun voedingsgewoonten. Hierdoor wordt verkeerde informatie gegeven of informatie die niet afgestemd is op de situatie van de kansarme. Onderzoek toont aan dat kansarmen vaak een minder gezonde levensstijl hanteren (James et al., 2007; King, Mainous & Geesey, 2007). Eerder wezen we op het gevaar om de gezondheidstoestand eenzijdig aan individuele factoren toe te schrijven. Het nastreven van een goede gezondheid krijgt niet steeds voorrang bij een generatiearme populatie. Leef- en woonomstandigheden laten dit niet steeds toe.

Uit het onderzoek blijkt bovendien dat kansarmen vaak de kans niet krijgen om hun verhaal van zwangerschap te uiten. Armen vragen een meer uitnodigend onthaal waardoor ze uitgenodigd worden hun verhaal van zwanger zijn te uiten. Ook de presentietheorie benadrukt het belang van informele en hartelijke omgang in de zorgrelatie (Schilder, 2003). Medische zorgverstrekkers verwachten echter dat een zorgvrager meteen tot de zakelijke context komt en bieden geen beschermend onthaal. Het medisch paradigma krijgt meteen ingang en de aansluiting bij de leefsituatie en de beleving van kansarmen krijgt hier geen plaats. Toch wordt het belang hiervan door meerdere auteurs benadrukt (Baart & Grypdonck, 2007; Van Regenmortel, 1997). Kansarmen geven ook aan dat hun verhaal wel beluisterd, maar niet gehoord wordt. De perceptie van hun problemen worden door de zorgverstrekkers te weinig als een historisch, te veel als toevallige problematiek gezien. De meeste zorgverstrekkers vinden het niet hun taak om de totaalproblematiek te aanluisteren. Bijgevolg wordt de fragmentaire gespecialiseerde probleemoplossing vedergezet. De verbintenisproblematiek wordt niet als zodanig erkend. Ander onderzoek bevestigt dat vaak een discrepantie bestaat tussen de behoefteperceptie van de zorgverstrekker en de daadwerkelijke behoefte van de patiënt (Kettunen et al., 2006). Zo vinden verpleegkundigen de psychosociale steun het belangrijkste, waar patiënten vooral situationele informatie, informatieve activiteiten en gebeurtenissen als belangrijkste informatiegegeven formuleren..

Kansarmen *ervaren* een veroordelende houding in hoofde van de zorgverstrekking. Vaak omslaat dit de eerste indruk. Vooral de "budgettaire veroordeling" laat een zekere vorm van irritatie en wrijving na bij de kansarme. De onderzoeksgegevens van de zorgverstrekkers bevestigen dit verhaal. Zorgverstrekkers hebben vaak geen realistisch beeld van armoede. De zorgverstrekker heeft bijgevolg weinig kennis van de waarden en normen die gehanteerd worden binnen het netwerk van de kansarme. Ook ander onderzoek verwijst naar deze sterke beklemtoning van individuele factoren van armoede, zoals een slecht budgetbeheer door zorgverstrekkers (Willems, Swinnen, & De Maeseneer, 2005). De kansarmen menen dat zorgverstrekkers een waardehiërarchie vastleggen, bepalen wat voor hen belangrijk en prioritair is. De kansarmen ondervinden een gebrek aan respect voor de beleving van hun eigen waarden en normen. Respect is echter een belangrijke voorwaarde voor het opbouwen van een zorgrelatie. Ook in het kader van empowerment krijgt respect een belangrijke plaats als één van de zes centrale principes (Van Regenmortel & Fret, 1999). In het kader van empowerment krijgt net de "rolrelatie" tussen zorgverstrekker en hulpvrager een specifieke invulling. De hulpverleningrelatie dient te vertrekken van

het principe van gelijkwaardigheid (Van Regenmortel, 2002). Doch een inhoudelijke ongelijkheid is wenselijk: de zorgverstreker moet iets te bieden hebben. Zo verwachten hulpvragers dat de zorgverstreker de begeleiding structureert, de nodige informatie aanbrengt, een advies geeft en controle uitoefent op de uitvoering van maatregelen. Een hulpvrager verwacht dus een uitgesproken engagement van de zorgverstreker (Van Regenmortel, 1997). Ook Willems, De Roo, & De Maeseneer (2005) benadrukken het belang van een goede hulpverleningsrelatie: angst en agressie kunnen een reactie zijn op uitsluiting en moeten erkend worden door de zorgverstrekkers, zij moeten tevens alert zijn voor te hoge verwachtingen bij de patiënt, ze moeten stilstaan bij gevoelens van onmacht en schaamte bij de hulpvrager, de hulpvrager globaal benaderen, een begeleide uitstroom of nazorg voorzien, een goede communicatie en voldoende informatie verstrekken over mogelijkheden in het zorgaanbod.

Gevoelens van machteloosheid en wantrouwen vragen om een theorie waarbij het lineaire oorzaak-gevolg denken (met termen als schuld, zondebok, slachtoffer) vervangen wordt door een kader waarbij iedereen deel uitmaakt van een systeem en er ook een invloed op uitoefent. Gelet op het niet-contextueel benaderen van de kansarme en de veroordelende houding van de zorgverstreker, wordt het aangaan van een zorgrelatie gehypothekeerd. Het uiteindelijke beoogde resultaat van zorgverstrekking op maat en/of gepaste zorg wordt derhalve niet bereikt.

In hetgeen volgt komen de deelvragen aan bod gesitueerd op het meso- en microniveau. In kader van dit onderzoek kunnen geen uitspraken gedaan worden over het macroniveau. De sociaal-culturele context, sociaaleconomische context en medisch-sociale context zijn onvoldoende bevraagd.

#### Microniveau

*“Op welke wijze geven factoren op niveau van het individu (kennis, ervaring, beleving) vorm aan deze interactie?”*

Uit het onderzoek blijkt dat kansarmen het gevoel hebben niet deel te nemen aan de kennis van de maatschappij en uitgesloten te worden van het maatschappelijk leven. Ze ervaren duidelijk een kloof die ze willen overbruggen, maar niet kunnen. Armen krijgen de kans niet. Een gebrek aan opleiding speelt hierbij een belangrijke rol. Ook literatuur geeft aan dat kansarmen minder onderwijskansen krijgen van bij de start in het kleuteronderwijs (Vranken et al., 2006). Veel minder kansarmen stromen door naar het hoger onderwijs. Taalgebruik en communicatiestijlen thuis vormen hier een beïnvloedende factor, net zoals het zich niet thuis voelen op school. In ons onderzoek werd bovendien duidelijk dat kansarmen vaak in het buitengewoon onderwijs terecht komen. Bijgevolg ontbreekt de kennis om in de complexe maatschappij mee te kunnen. Ook literatuur wijst op uitsluitingsmechanismen die de armen scheiden ‘van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving’ (Vranken et al, 2007). Kansarmen zijn niet in staat de kloof op eigen kracht te overbruggen. Het is met andere woorden de taak van verschillende maatschappelijke actoren (beleid, hulpverlening, onderwijs, ...) om armen te helpen om aansluiting te vinden bij de rest van de samenleving.

Desondanks geven kansarmen wel de indruk dat ze mee kunnen, maar dit is niet zo. Ze vluchten in hun eigen overlevingsstrategie. Het telkens opnieuw geconfronteerd worden met werkloosheid, huisvesting, ontoegankelijkheid van gezondheidszorg, ... is vernederend. Dit onrecht wordt vaak niet erkend. Bovendien hebben armen meestal geen inzicht in de manier waarop de samenleving en de gezondheidszorg werkt. Het gevoel van onmacht wordt hierdoor zeer groot. Literatuur geeft aan dat armen eigen methoden ontwikkelen om voor zichzelf te zorgen, bij gebrek aan andere (Vansevenant, 2005). Auteurs wijzen op het belang om als zorgverstreker bewust te zijn van deze overlevingsstrategieën om in een adequate zorg te kunnen voorzien (Willems, De Roo, & De Maeseneer, 2005).

Uit het onderzoek blijkt ook dat een geschiedenis van meervoudige kwetsuren ertoe leidt dat de kwetsbaarheid van kansarmen groot is. Het lage zelfbeeld dat ze reeds hebben kan in een moeilijke zorgrelatie te gemakkelijk ingedeukt worden. Uit de literatuur blijkt dat kansarmen meervoudig gekwetst zijn in hun verbindingen met zichzelf, de ander, de maatschappij en de tijd. Kansarmen zijn in hun relaties op zoek naar helingen van deze oude kwetsuren (Vansevenant, 2005). Internationaal onderzoek heeft tevens aangetoond dat een depressie zich binnen bepaalde bevolkingsgroepen, zoals vrouwen en alleenstaanden, duidelijker manifesteert, gelet op deze kwetsuren. Bij gezinnen in armoede zijn risicofactoren voor depressie vaak gecumuleerd terug te vinden. Het gevoel uitgesloten te zijn, de verhoogde kwetsbaarheid ten gevolge van multidimensionele uitsluitingmechanismen spelen een zeer sterke rol in het ontwikkelen van een depressie. De mentale impact van armoede is groot, omgekeerd is het ook zo dat het hebben van psychische problemen vaker leidt tot armoede (Levecque en Vranken, 2007).

De onderzoeksgegevens wijzen er verder op dat kansarmen meestal geen goede en geen warme *ervaringen* in hun contact met zorgverstrekkers opbouwen. Deze ervaringen leiden ertoe dat elk contact wantrouwig benaderd wordt.

#### Mesoniveau

*“Hoe beïnvloeden het huidige netwerk en de vroegere ervaringen van de arme diens positie in de zorgrelatie?”*

Uit het onderzoek leiden we af dat het netwerk van relaties die een kansarme er op na houdt heel gering is. Er is geen sprake van een ruim sociaal vangnet. Literatuur spreekt niet zozeer over een kwantitatief, maar kwalitatief verschil van relaties (De Boyser en Levecque, 2007). In geval van problemen denken mensen in armoede minder te kunnen rekenen op hulp van de omgeving. Ze ervaren algemeen wel een lagere mate van functionele ondersteuning op instrumenteel, emotioneel en affectief vlak. De onderzoeksgegevens wijzen erop dat de ondersteunende rol van ouders vaak ontbreekt. Meer nog, vaak zal het kind een plaatsvervangende ouderrol opnemen. Ook literatuur wijst op deze parentificatie (Vansevenant, 2005). Het kind wordt eigenlijk een ouder van de ouder. Als deze zorg niet erkend wordt, raakt het evenwicht tussen geven en nemen verstoord in de ouder-kindrelatie. Dit soort compensatie wordt vaak later aan onschuldige derden opgeëist. De zorg voor de partner en de kinderen zijn fundamenteel voor de kansarme moeder, zo leiden we af uit de onderzoeksresultaten. De kansarme moeder wil haar kind beschermen tegen wat ze zelf heeft moeten missen, waardoor ze voor zichzelf vaak een stap achteruit neemt. De partnerrelatie is bovendien vaak een eenzijdige afhankelijkheidsrelatie. Het loslaten van een dergelijke relatie is zeer moeilijk. De vrouw zal onder meer de zorg nog occasioneel voor de partner opnemen, ook al is de relatie beëindigd. Dit beeld kadert in de vervrouwelijking van armoede.

In de zorgrelatie vinden kansarmen dat ze recht hebben op nieuwe zorg, ook al hebben ze schulden. Ze zijn gefrustreerd door het feit dat ze vaak geen aanspraak kunnen doen gelden op hun recht. Literatuur geeft aan dat meervoudig gekwetsten door het onrecht dat hen is aangedaan, beroep doen op een destructief recht (Vansevenant, 2005). In dit geval zal men van de zorgverstrekker een oplossing verwachten voor hun situatie. Door deze houding zal het gevoel van onbetrouwbaarheid zowel bij de ander als zichzelf echter versterkt worden. Kansarmen hebben reeds angst om zelf in hun huidig netwerk afgewezen te worden, laat staan in een netwerk van zorgverstrekkers waar men reeds vertrekt vanuit wantrouwen. Ze weten geen evenwicht te vinden tussen de eigen tekorten en de maatschappelijk tekorten. Ze zien er geen perspectief in. Of zoals in de literatuur verwoord wordt: men heeft geen gevoel van controle of opvatting van eigen competentie om beslissingen die het eigen leven beïnvloeden, te beïnvloeden (Zimmerman, 1999). De structurele oorzaken verhinderen hun eigen tekorten weg te werken. Eens ze in de problemen geraken, kunnen ze er moeilijk uit, wederom gelet op het gebrek aan steunpilaren waarop ze kunnen terugvallen. Hierdoor worden ze het slachtoffer van een maatschappij

die bijvoorbeeld reizen als een maatschappelijk verworven recht beschouwd en zijn ze beschaamd dat ze aan hun kinderen niet kunnen geven wat doorsnee ouders wel kunnen. Daarom hebben ze er de diepste schuld voor over. In de zorgrelatie is het belangrijk om het geloof in deze eigen betrokkenheid en mogelijkheden op beïnvloeding van de omgeving aan te scherpen. Dit kan enkel vorm krijgen in een context van psychologische verbondenheid met ruimte voor eigen betekenisgevingen.

In de literatuur verbindt men het recht op zorg aan een zorgplicht van de zorgverstrekker. Een zorgverstrekker kan de zorgvrager niet aan zijn lot overlaten. De professionaliteit van de zorgverstrekker wordt verwoord als een authentisch luisteren, zorgen dat er iets gebeurt met het probleem van de cliënt/patiënt (taking care), competent voorwaardenscheppend handelen (care-giving) en ontvankelijkheid van zorg en voor elkaar (care-receiving) (Van Regenmortel & Fret, 1999).

De volgende deelvragen worden samen behandeld, omdat ze zo nauw met elkaar zijn verbonden.

*“In hoeverre hebben armen toegang tot professionele en bijzondere zorg? Welke ervaringen hebben ze met deze vormen van zorg en hoe beïnvloedt dit hen in de zorgrelatie?”*

*“Welke factoren op het niveau van de professionele zorg sturen de interactie die de zorgverstrekker aangaat met de arme? Zijn er factoren op het niveau van de bijzondere zorg die de zorgverstrekker sturen in zijn interactie?”*

Er is een groot verschil in benadering van zorgverstrekking vroeger en nu. De nadruk ligt steeds meer fragmentering en specialisatie, ten nadele van het overzicht op de gehele context. Multidisciplinair overleg vindt plaats in teamverband, maar over het hoofd van de arme in kwestie. De eigen visie/mening en betekenisgeving krijgt hierbij geen plaats. Gezamenlijk overleggen met de kansarme en de betrokken partijen om de situatie te omvatten, gebeurt niet. Dit zou moeten vanuit hun kracht als zorgverstrekker.

In het literatuuroverzicht werd reeds aangegeven dat al een aantal zorgmodellen ontwikkeld zijn, die drempelverlagend zouden werken. Toch kunnen we stellen uit het onderzoek dat de drempel om adequate en omvattende zorgverlening te ontvangen, nog heel hoog blijkt te zijn. Deze structuren hebben te weinig participatieve ideeën ingewerkt, ze vragen niet aan die mensen wat ze nodig hebben voor een drempelverlaging te bekomen. De drempel is hoog o.m. door de fundamentele achterdocht door hetgeen ze meegemaakt hebben, het tekort aan vrijheid en het verschil in tijdsbeleving. Literatuur geeft aan dat generatiearmen de verbinding met de tijd voor een stuk verloren zijn (Vansevenant, 2005). Gebeurtenissen worden in het hier en nu geplaatst, niet meer in de bredere levensloop. Het is echter door opnieuw zicht te krijgen in het verleden, dat ook de toekomst weer betekenis kan krijgen. Belangrijk voor de perinatale periode is dat kinderen en hun levensloop vaak de enige houvast vormen in het levensverhaal van gekwetsten. In het onderzoek bleek dat de armen de hoop op een betere toekomst niet verloren hebben, dit in tegenstelling met vaststellingen in de literatuur (cfr. Van Sevenant, 2005). De zwangerschap en de geboorte van een nieuw kind creëren een opening voor een mooiere toekomst. Dit gegeven vormt juist de kracht voor perinatale zorg.

In de literatuur worden meerdere specifieke en algemene beleidsmaatregelen besproken die drempels proberen te verlagen. Als specifieke maatregel benoemt Van Lancker de aanleg van een globaal medisch dossier als een maatregel die de continuïteit van de medische zorg wil verbeteren (Van Lancker in Vranken et al, 2007). Het stelsel van de verhoogde tegemoetkoming vormt daarnaast een belangrijke aanvulling op de financiële bescherming door de verplichte ziekteverzekering, soms ook ‘voorkeursregeling’ genoemd. Maeseneer en collega’s voegen hieraan het systeem van de maximumfactuur (MAF) toe dat sinds 2001 het systeem van fiscale en sociale franchise vervangt (De Maeseneer et al., 2003). Eén van de belangrijkste specifieke maatregelen die werden genomen door de overheid was het invoeren van de derde betalerregeling. Een belangrijke opmerking die de auteurs hierbij maken is dat slechts een kleine groep van huisartsen de derde betalerregeling toepassen (De

Maeseneer et al., 2003). Wij voegen hieraan toe dat slechts een segment van de zorgverstrekkers wettelijk bij machte zijn om deze regeling voor elke patiënt toe te passen.

Als algemene maatregel bepleiten de auteurs een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en de huisartspraktijk in het bijzonder waarbinnen het globaal medische dossier en de derde betalerregeling op universele schaal toegepast worden, naast de afschaffing van het remgeld in de eerste lijn en het hanteren van beperkte vormen van remgeld in de tweede lijn, een betere samenwerking tussen de welzijnssector en actoren uit de gezondheidszorg, het ondersteunen en uitbouwen van wijkgezondheidscentra, een betere coördinatie tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus in de gezondheidszorg en een grotere aandacht voor het omgaan met maatschappelijk zwakkere groepen in de opleidingen tot gezondheidswerker (De Maeseneer et al., 2003). Ook internationaal onderzoek toont aan dat het verbeteren van de toegang tot de eerste lijn de negatieve associatie tussen gezondheid en sociale klasse kan reduceren (Brown, et al., 2004).

Bijzondere zorg kan worden meegegeven in de vorm van raadgevingen of gewoontes die van generatie op generatie voortleven. Ter illustratie: het geven van maïzena in plaats van poedermelk. Een kansarme moeder zal gekwetst zijn door de zorgverstrekker die het gebruik hiervan voor de nieuw geboren baby afbreekt en stelt dat dit ongezond is. "Ik ben er toch ook groot mee geworden", vraagt de kansarme moeder zich af. Kansarmen hebben het heel moeilijk met aanbevelingen van de zorgverstrekker omdat ze het gevoel hebben dat ze niet loyaal zijn ten opzichte van hun familie, vooral die aanbevelingen die volledig in strijd zijn met hun familiecultuur. De theorie van Nagy benadrukt het belang van deze loyaliteit, een kind heeft het leven van zijn ouders gekregen en is hulpbehoevend. Enkel door zijn/haar ouders te vertrouwen en door zelf zorg op te nemen voor toekomstige generaties kan deze schuld verbroken worden. Deze loyaliteit is existentieel, daar het verband tussen ouders en hun kinderen niet verbroken kan worden. Wanneer de loyaliteit van de kansarme ten opzichte van de oudercultuur wordt miskend of de aanbeveling past niet binnen dit symbolisch beeld, dan gaan kansarmen liever niet in op deze adviezen, omdat dit te ingrijpend voor hen is. De zorgverstrekker heeft vaak geen notie van het feit dat een bepaalde gewoonte zeer ingeburgerd en eigen is aan de kansarme. Het brutaal in vraag stellen van de manier waarop hun ouders en grootouders, hun omgeving, de zorg voor het jonge leven hebben uitgevoerd, start het wantrouwen. Slechts bij het positief benaderen of bijsturen van deze gewoontes kan een vertrouwensrelatie groeien en uitmonden in een zorgrelatie. Er dient getracht te worden om bijvoorbeeld rituelen vanuit hun eigen cultuur in de medische zorg te integreren. De armen kennen vaak de fouten die in hun milieu plaatsvinden, maar ze vragen daarvan geen afkeuring, wel bijsturing en begrip. Meerdere denkkaders benadrukken het belang van een positieve aanpak, zorg op maat en respect (Van Regenmortel, 1997 & 2002; Van Regenmortel & Fret, 1999; Kettunen et al., 2006; Baart & Grypdonck, 2007).

De laatste deelvraag van dit onderzoeksrapport is:

*"Hoe beïnvloeden de netwerken van de zorgverstrekkers de zorgrelatie met de arme?"*

Onze gezondheidszorg bestaat uit verschillende netwerken van zorgverstrekkers, unidisciplinair en overkoepelend. Het grootste gebrek in deze gezondheidszorg is het naast elkaar bezig zijn van de verschillende zorgverstrekkers die met hetzelfde gezin en crisissituatie geconfronteerd worden. Men is ervan overtuigd dat men het beste, alles omvattende zorgaanbod heeft, terwijl men afstand neemt van benaderingen vanuit andere disciplines. Ze beluisteren niet elkaar en vertrouwen niet op diens deskundigheid. Interdisciplinair werken is een territoriumstrijd geworden tussen zorgverstrekkers. De ene zorgverstrekker is beschermend over zijn terrein en vakkundigheid en er wordt te weinig samengewerkt, o.a. met vrijwilligersorganisaties. Terwijl kansarmen een fundamenteel vertrouwen hebben in de deskundigheid van deze vrijwilligers, benaderen de professionelen de bekwaamheid van de vrijwilliger zeer argwanend. De armen begrijpen ook niet als ze doorverwezen worden door vrijwilligersorganisatie dat de officiële organisatie de hele vraagstelling van nul begint. Voor hen komt

dit niet neer op een doorverwijzing, maar op een eerste aanknopingspunt, waarbij de vraag tot zorg opnieuw dient gesteld te worden. In dit netwerk vindt de kansarme geen houvast. Het steeds herhalen van hun problemen of vraag naar zorg, put de kansarme uit en doet hen afhaken van zorg en bevordert het uitstelgedrag. Willems, De Roo, & De Maeseneer (2005) geven aan dat medische zorg onder meer uitgesteld wordt omwille van de kosten die deze zorg met zich meebrengt. Intussen wordt de oplossing voor een problematische situatie uitgesteld.

Tevens zijn de netwerken in het zorgaanbod tussen eerste lijn en tweede lijn te weinig geïntegreerd. Kansarmen vragen als het ware de beste gynaecoloog, waardoor de indruk gewekt wordt dat ze de huisarts of de vroedvrouw afzweren en niet vertrouwen. Een betere integratie kan er voor zorgen dat vertrouwen in deze zorgverstrekkers groeit. Het is eigenlijk een maatschappelijke opwaardering.

Vanuit de knelpunten die dit onderzoek aan het licht bracht, wensen we enkele beleidsvragen en voorstellen te introduceren die het zorgbeleid en de zorgrelatie mede kunnen ondersteunen of zelfs positief kunnen beïnvloeden:

- De vraag is niet of armen recht hebben op kinderen, maar de vraag is hoe we het recht op kansen van kinderen die leven in armoede kunnen bevorderen. In de zorg moet met andere woorden de nadruk liggen op het streven naar verantwoordelijkheid en maatschappelijke ondersteuning van kansarme ouders in plaats van naar het voorkomen van een zwangerschap. De maatschappij is ten aanzien van kansarmen immers heel anticonceptief gericht, terwijl de kansarmen zelf net heel conceptief gericht zijn. Beide uitersten vallen met elkaar te rijmen, niet door het arbitrair benaderen van het voorkomen, maar door het doelgericht informeren en ondersteunen.
- Hoe kan de zorg op de eerste lijn op een niet-discriminatieve manier uitgebouwd worden? Dit wil zeggen een inclusief beleid, namelijk één beleid dat voor iedereen past, maar waar plaats is voor differentiatie naargelang de noden van het individu. Dergelijk beleid in plaats van een categoriale zorg, die zich toespitst op de verschillende zorgbehoevenden zoals kansarmen, gehandicapten, allochtonen enz...Elke burger dient zijn recht op een vrije keuze van zorgverstrekker optimaal te kunnen verzilveren.
- Waarom geen algemene derde betalerregeling en financiële ondersteuning voor alle zorgverstrekkers binnen de eerste lijn? Dit zou het uitstelgedrag en de drempel tot zorgverlening aanzienlijk verlagen.
- Er dient een attitudeverandering worden doorgevoerd op het gebied van de deskundigheid van de collega-zorgverlener, zeker over de verschillende niveaus. Het belang van multidisciplinair overleg dient benadrukt te worden, zeker bij kansarmoede waar inzicht in de context heel belangrijk is.  
Een doorbraak in het multidisciplinair handelen kan de introductie van een vertrouwenspersoon zijn, als het ware een gezinscoach. Een gezaghebbende figuur die ook erkend wordt door zorgverstrekkers en die de bakermat vormt van verder overleg en hulpverlening. De uiteindelijke stappen die moeten gebeuren, moeten in dialogale structuur gebeuren met de kansarme, waarbij elke gesprekspartij mee de verantwoordelijkheid draagt.

Onderzoeksvragen die het voorwerp kunnen uitmaken van bijkomend onderzoek zijn:

- Zijn er biologische/fysiologische gevolgen van het leven in armoede en worden deze ook doorgegeven aan de kinderen? Deze vraag met het oog op het ontwikkelen van medische pakketten die deze gevolgen een stuk zouden kunnen bijsturen.
-



- Hoe kunnen de opleidingskansen van een kansarme tienermoeder zo optimaal mogelijk gehouden worden? Opleiding op maat en begeleiding? In welke mate wordt een tiener uitgesloten voor verdere maatschappelijke ontplooiing? Hoe kan die uitsluiting ten gevolge van een zwangerschap voorkomen worden? In welke mate is er plaats om jonge vaders in onderwijs te begeleiden? Het ouderschap en onderwijsgebeuren dienen extra aandacht te krijgen.
  - Gelijkaardig onderzoek naar allochtone doelgroepen. In hoeverre kan iemands cultuur de zorg verhinderen, cfr. weigering allochtone echtgenoot van mannelijke gynaecoloog? Is dit een integratievraagstuk of een zorgvraagstuk. Moet er niet veel meer op geanticipeerd worden?
-

## Referentielijst

Bachmann, M.O., Eachus, J., Hopper, C.D., Davey Smith, G., Proppert, C., Pearson, N.J., Williams, S., Tallon, D. & Frankel, S. (2003). Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use: a cross-sectional study. *Diabetes Medicine*, 20, 921 – 929.

Bayingana K., Demarest S, Gisle, L., Hesse, E., Miermans, PJ., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2006). *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004* (Rep. No. IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 037). Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Afdeling Epidemiologie.

Beck, M. (2001). *Beleidsinterventies ter vermindering van sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel, Vakgroep Medische Sociologie.

Beck, M., Vanroelen, C., & Louckx, F. (2002). *Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg*. Brussel: VUBPRESS.

Beck, U. (1992). *Risk Society. Towards a New Modernity*. London: Sage.

Beck, U. (1994). The reinvention of politics: towards a theory of reflexive modernization. In U.Beck, A. Giddens, & S. Lash (Eds.), *Reflexive Modernization: politics, tradition and aesthetics in the modern social order*. Cambridge: Polity Press.

Bihan, H., Laurent, S., Sass, C., Nguyen, G., Huot, C., Moulin, J.J., Guegen, R., Le Toumelin, P., Le Clésiau, H., LaRosa, E., Reach, G., & Cohen, R. (2005). association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications. The EPICES Score. *Diabetes care*, 28, 2680-2685.

Black, D. (1980). *The Black Report*. London: department of Health and Social Security.

Bossuyt, & Van Oyen, (2002). ....

Breda, Schoenmakers, & Van Geel, ... (2003). ....

Broese van Groenou, M.I. & Deeg, D.J. (2000). Social-economic inequality in mortality among older men and women. Research on the role of health, life style, parental socio-economic status and psychosocial conditions. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 31(5), 219–228.

---

Brown, A.F., Ettner, S.L., Piette, J., Weinberger, M., Gregg, E., Shapiro, F., Karter, A.J., Safford, M., Waitzfelder, B., Prata, P.A., & Beckles, G.L. (2004). Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiological Review*, 26, 63-77.

Camacho, F., Anderson, R.T., Bell, R.A., Goff, D.C., Duren-Winfield, V., Doss, D.D., & Balkrishnan, R. (2002). Investigating correlates of health related quality of life in low-income sample of patients with diabetes. *Quality of life research*, 11, 783-796.

Chaturvedi, N., Stephenson, J.M. & Fuller, J.H. (1996). The relationship between socioeconomic status and diabetes control and complications in the EORODIAB IDDM Complications Study. *Diabetes Care*, 19(5), 423 – 430.

Christelijke Mutualiteiten (2006). *Analyse ziekenhuistarieven 2004. Geraadpleegd op 10 november 2007, op [http://www.cm.be/nl/100/infoactualiteit/enquetes\\_en\\_onderzoeken/ziekenhuistarieven\\_2004/ziekenhuistarieven.jsp?ComponentId=13332&SourcePageId=7542](http://www.cm.be/nl/100/infoactualiteit/enquetes_en_onderzoeken/ziekenhuistarieven_2004/ziekenhuistarieven.jsp?ComponentId=13332&SourcePageId=7542)*

Christelijke Mutualiteiten (2007). *Analyse ziekenhuistarieven 2005. Geraadpleegd op 10 november 2007, op [http://www.cm.be/nl/100/infoactualiteit/enquetes\\_en\\_onderzoeken/ziekenhuistarieven\\_2005/index.jsp?ComponentId=30776&SourcePageId=7542](http://www.cm.be/nl/100/infoactualiteit/enquetes_en_onderzoeken/ziekenhuistarieven_2005/index.jsp?ComponentId=30776&SourcePageId=7542)*

*Christelijke mutualiteiten, Departement Onderzoek & Ontwikkeling. (2006).de evolutie van de uitgaven voor de gezondheidszorg in België. een dynamisch evenwicht tussen de beheersing van de openbare uitgaven en de financiële bescherming van de patiënt. Brussel: Christelijke mutualiteiten.*

*Commision on Social Determinants of Health. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Geneva: World Health Organization.*

Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Borrell, C., Breeze, E., Cambois, E., Costa, G., Geurts, J.J.M., Lahelma, E., Van Oyen, H., Rasmussen, N.K., Regidor, E., Spadea, T., & Mackenbach, J.P. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34, 316–326.

De Backer, .... (2007). IKED-studie. .... Debacker N, Nobels F, Scheen A, Van Casteren V, Van Crombrugge P,

---

Vandenberghe H. Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes (IKED). 2005-002. 2005. Brussels, Belgium, IPH/EPI.

De Boeck, T. (2006). Wildgroei in ziekenhuissupplementen. *Intervisie - Informatieblad van de socialistische mutualiteiten voor de geneesheer*, 7.

De Boyser, K. (2007). Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In: Vranken, J., Campaert, G., De Boyser, K., & Dierickx, D. (red.). (2007). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven: Acco.

De Boyser, K., & Levecque, K. (2007). Armoede en sociale gezondheid: een verhaal van povere netwerken? In: Vranken, J., Campaert, G., De Boyser, K., & Dierickx, D. (red.). (2007). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven: Acco.

De Graeve, D., Cantillon, B., & Schokkaert, E. (2003). *Billijkheid in de financiering van medische zorg: eindrapport*. Universiteit Antwerpen / Katholieke Universiteit Leuven.

De Graeve D, Lecluyse A, Schokkaert E, Van Ourti T, & Van de Voorde C. (2006). Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. Equity and Patient Behaviour (EPB). Brussel:Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE);KCE reports 50 A.

De Maeseneer, J., Art, B., & Willems, S. (2001). Gemeenschapsgerichte gezondheids promotie in de eerste lijn: ervaringen vanuit de wijkgezondheidscentra. In V.Stevens & S. Van den Broucke (Eds.), *Gezondheids promotie 2001* ( Leuven / Apeldoorn: Garant.

De Maeseneer, J., Willems, S., De Roo, L., & Haedens, N. (2003). *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport - Samenvattend Rapport*. Gent: Universiteit Gent - Vakgroep Huisartsengeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg.

Degadt, P. & Van Herck, G. (2003). Financiering van ziekenhuizen en het arenamodel. *Tijdschrift voor economie en management*, 18, 119-132.

De Haes, W.F.M., Voorham, A.J.J., & Mackenbach, J.P. (2002). Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. *TSG*, 80(7), 425 - 435.

---

Deschamps, G., Baumann, M., & Deschamps, JP. (1987). Maternity and extreme poverty: the relationship between mothers and midwives. *Contracept Fertil Sex*, 15, 1105-1110.

Desnerk, ..... (2004).

Derks, A. (2005). Educational stratification and welfare attitudes in six European countries. In *the Espanet conference 2005, University of Fribourg, Switzerland*.

Dierickx, ... (2007). .... In: Vranken, J., Campaert, G., De Boyser, K., & Dierickx, D. (red.). (2007). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven: Acco.

Driessens, K. (2003). *Armoede en hulpverlening. Omgaan met isolement en afhankelijkheid*. Gent: Academia Press.

Driessens, K. & Van Regenmortel, T. (2006). *BIND-KRACHT in armoede. Leefwereld en hulpverlening*. Iannoo Campus.

Duprez, V. (2001). *Therapietrouw bij chronisch zieken die in armoede leven. Een exploratief kwalitatief onderzoek. Licentiaatsverhandeling verpleegwetenschap*. Universiteit Gent..

Eurodiet (2001) ....

FOD Economie (2006) EU-SILC ....

FOD Economie (2007). EU-SILC .....

Ford, M.E., Havstad, S.L., Brooks, B.L. & Tilley, B.C. (2002). Perceptions of diabetes among patients in an urban health care system. *Ethnic and Health*, 7(4), 243 – 254.

Gadeyne, & Deboosere, (2001). ....

gezondheidsenquête 2003

Geldof, D. (1999). *Niet meer maar beter. Over zelfbeperking in de risicomaatschappij*. Leuven / Amersfoort, Acco.

Glorieux, I., Minnen, J., & Vandeweyer, A. (2005). *DE TIJD STAAT NIET STIL VERANDERINGEN IN DE TIJDSBESTEDING VAN VLAMINGEN TUSSEN 1999 EN 2004*.

---

Grypdonck, M.H.F. (1996). *Het leven boven de ziekte uittillen. De opdracht van de verpleegkundige voor chronisch zieken*. Leiden: Oratie.

Heynderickx, ..... (2005). *Meervoudig gekwetsten*. ....

James et al (1997). ....

Janssen, J., Schuit, A.J. & Lucht, F.J. van der (2002). *Tijd voor gezond gedrag; bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: RIVM-rapport 270555004.

Kind en Gezin (2006). *Jaarverslag 2005*. Brussel: Kind en Gezin.

King, D.E., Mainous, A.G. & Geesey, M.E. (2007). Turning Back the clock: adopting a healthy lifestyle in middle age. *The American Journal of Medicine*, 120, 598 – 603.

Koning Boudewijnstichting, ATD-Vierde Wereld België, & Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten - Afdeling Maatschappelijk Welzijn (1994). *Algemeen Verslag over de Armoede* Brussel: Koning Boudewijnstichting.

Koster, A., Bosma, H., Kempen, G.I.J.M., van Lenthe, F.J., van Eijk, J.T.M. & Mackenbach, J.P. (2004). Socioeconomic inequalities in mobility decline in chronic disease groups (asthma/COPD, heart disease, diabetes mellitus, low back pain): only a minor role for disease severity and comorbidity. *Journal of Epidemiology Community and Health*, 58, 862 – 869.

Kralik, D., Koch, T., Price, K. & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 259 – 267.

Kunneman, H. (1996). *Van theemutscultuur naar walkman-ego : contouren van postmoderne individualiteit*. Meppel: Boom.

Lautenschlager, L. & Smith, C. (2006). Low-income American Indians' perceptions of diabetes. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 38 (5), 307 – 315.

---

Lecluyse, A., De Graeve, D., Schokkaert, E., Van de Voorde, C., & Van Ourti, T. (2007). Hoger-Lager? Een analyse van de uitgaven van patiënten onderaan de sociale ladder. In: Vranken, J., Campaert, G., De Boyser, K., & Dierickx, D. (red.). (2007). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven: Acco.

Levecque, K. & De Boyser, K. (2006). Arm en ziek, rijk en gezond? Overheidsantwoorden in de voorbije vijftien jaar. In J.Vranken, K. De Boyser, & D. Dierckx (Eds.), *Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting 2006*. Leuven: Acco.

Levecque, K., & Vranken, J. (2007). Het verband tussen armoede en depressie: een tipje van d esluier opgelicht. In Vranken, J., Campaert, G., De Boyser, K., & Dierickx, D. (red.). (2007). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven: Acco.

Logghe, A. & Peeters, J. (2006). Therapie(on)trouw bij diabetes mellitus patiënten die in armoede leven. Masterproef Gent, Master in de verpleegkunde en vroedkunde.

Mackenbach, J.P. (1992). Socio-economic health differences in The Netherlands: a review of recent empirical findings. *Social Science and Medicine*, 34(3), p. 213 – 226.

Mackenbach, J.P. (2006). .....

Mathieu, ,C., Nobels, F., Peeters, G. et al. (2006). (2006). *De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. Brussel: federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg*. KCE reports vol.27A.

Matthys, C., De Henauw, S., Maes, L., Verbeke, W., Viaene, J. & De Backer, G. (2004). Onderzoek naar sociale stratificatie in voedingsgedrag en de mogelijke impact daarvan op de volksgezondheid. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, Universiteit Gent, 247 – 291.

Miermans, ,& Van Oyen, . (2002). ....

Mol, ... (2005). .....

Monnickendam, M., Monnickendam, S. M., Katz, C., & Katan, J. (2007). Health care for the poor--An exploration of primary-care physicians' perceptions of poor patients and of their helping behaviors. *Social Science & Medicine*, 64, 1463-1474.

---

Montez, J. K. & Karner, T. X. (2005). Understanding the Diabetic Body-Self. *Qualitative Health Research, 15*, 1086-1104.

NCCZ (1999). Van mogelijke naar noodzakelijk: chronisch-ziekenbeleid in de 21<sup>e</sup> eeuw/Nationale Commissie Chronisch Zieken. – Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken.

Paterson, B., Thorne, S., Crawford, J., & Tarko, M. (1999). Living with Diabetes as a Transformational Experience. *Qualitative Health Research, 9*, 786-802.

Peersman, W. & Vuylsteek, K. (1997). Sociale ongelijkheid en preventieve gezondheidszorg. In *Vlaams Preventiecongres 1997. Preventieve Gezondheidszorg* (Kluwer Editoriaal).

Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Snoek, F. J., Matthews, D. R., & Skovlund, S. E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine, 22*, 1379-1385.

Piette, J. D., Bibbins-Domingo, K., & Schillinger, D. (2006). Health care discrimination, processes of care, and diabetes patients' health status. *Patient Education and Counseling, 60*, 41-48.

RIZIV (2003). Richtlijnen met betrekking tot de forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten. Geraadpleegd op 9 januari 2008, op <https://www.riziv.fgov.be/care/nl/other/infirmiers/information-topic/nurses-reference/pdf/Directiveshonoraires.pdf>

Rossanvallon, P. (1995). *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-providence*. Paris

Sannen, L. (2003). *Drempel naar welzijnsvoorzieningen: de cliënt aan het woord. Literatuurstudie en diepte - interviews bij kansarmen en etnisch - culturele minderheden*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven. Hoger instituut voor Arbeid.

Schlosser, M., Colland, V. & Thoonen, B. (1999). Zelfmanagement van astma bij volwassen astmapatiënten. In: Schayk, C.P. van & Wesseling, G.J. (red.). *Behandelingsstrategieën bij astma*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

---



Simmes, F. (1998). Ik mag het eigenlijk allemaal niet hebben. ....

Simon, J.G., van de Mheen, H., van der Meer, J.B.W. & Mackenbach, J.P. (2000). Socioeconomic differences in self-assessed health in a chronically ill population: the role of different health aspects. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(5), 399 – 420.

SIVI (2007). ??? zie pag48

Steunpunt tot bestrijding van armoede, b. e. s. u. (2003). *In dialoog Tweejaarlijks verslag- december 2003*.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, b. e. s. u. (2005a). *Armoede uitbannen: een bijdrage aan politiek debat en politieke actie Tweejaarlijks verslag- december 2005*.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, b. e. s. u. (2005b). *Discussienota Recht op de bescherming van de gezondheid. 10 jaar na het Algemeen Verslag over de Armoede*.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, b. e. s. u. (2007). *Opvolging van het derde tweejaarlijks verslag van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Stand van zaken van de dialoog met de beleidsverantwoordelijken van de Gewesten, de Gemeenschappen en de federale Staat*.

Vandenbempt, ... (2001). ....

Van der Bijl, J.J., Grypdonck, M.H.F. & De Jong, C.C. (2003). (In)adequaat zelfmanagement bij chronisch zieke allochtonen en chronisch zieken met een lage sociaal-economische status. Universitair Medisch Centrum, Disciplinarygroep Verplegingswetenschap.

van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X., & for the OECD Health Equity Research Group (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174, 177-183.

van Doorslaer, E., Masseria, C., & the OECD Health Equity Research Group (2004). *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries* (Rep. No. 14).

Van Lancker, ... (2007). .... In: Vranken, J., Campaert, G., De Boyser, K., & Dierickx, D. (red.). (2007). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven: Acco.

Van Regenmortel, T. (1996). *Maatzorg: een methodiek voor het begeleiden van kansarmen*. Leuven: Acco.

---

Van Regenmortel, T., Demeyer, ..., & Vandenbempt, .. (1999). ....

Vansevenant, K. (2005). .....

Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2005-2009

Vlaamse Diabetes Vereniging. (s.d.). Leven met diabetes - verzekeringen. Geraadpleegd op 8 januari 2008, op <http://www.diabetes-vdv.be/3/81/286/overdiabetes/levenmetdiabetes/verzekeringen.aspx>

Vlaamse Gezondheidsraad (2006). *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg.*

Vranken, J, ..... (2002). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2002.* Leuven: Acco.

Vranken, J, ..... (2005). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2005.* Leuven: Acco.

Vranken, J, ..... (2006). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2006.* Leuven: Acco.

Vranken, J., Campaert, G., De Boyser, K., & Dierickx, D. (red.). (2007). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007.* Leuven: Acco.

VWS (2001). Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Rapport commissie Albeda. Rijkswijk: ministerie van Volksgezondheid. Welzijn en Sport.

Wens, J., Sunaert, P., Nobels, F., Feyen, L., Van Crombrugge, P., Bastiaens, H., & Van Royen P. (2005). *WVH/VDV Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: diabetes mellitus type 2.* Berchem/Gent: WVH/VDV.

Willems, S., De Maesschalck, S., Deveuegele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56, 139-146.

Willems, S., De Roo, L., Anthierens, S., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Understanding inequity in the use of medical care: the perspective of people living in poverty. In S.Willems (Ed.), *The socio-economic gradient in health: a never ending-story?* (Ghent: Ghent University Department of General Practice and Primary Health Care.

Willems, S., De Roo, L., & De Maeseneer, J. (2005). Towards a comprehensive model for understanding the complexity of medical care utilisation patterns by the poor and underserved. In S.Willems (Ed.), *The socio-economic gradient in health: a never ending-story?* Ghent: Ghent University Department of General Practice and Primary Health Care.

---

Willems, S., Swinnen, W., & De Maeseneer, J. (2005). The GP's perception of poverty: a qualitative study. *Family Practice*, 22, 177-183.

WHO. (1998). *Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European region*. European Health For All Series, no. 5. Copenhagen: WHO regional office for Europe

Zanini, S., Ajmone, C., Margola, D., Busnach, G., Summa, I., Brunati, C., Cabibbe, M., Dal Col, A., De Ferrari, M.E. & Macaluso, M. (2006). The hemodialysed patient and his/her family caregiver. Comparison of perceptions of the chronic illness. *G. Italian Nefrology*, 23(3), 291 – 300.

Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*, 57, p. 153-157.

Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B.R. (1998). Tussen geven en nemen, over contextuele therapie. Haarlem: Uitgeverij De Toorts.

Van Regenmortel, T. & Fret, L. (1999). Van moralisme tot empowerment als ethisch perspectief binnen het welzijnswerk en de armoedebestrijding. In Vranken, J., Geldof, D. & Van Menxel, G. (red.). (1999). *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 1999*. Leuven: Acco. p. 291-313.

Inglis, T. (1997). Empowerment and emancipation. *Adult education quarterly*, 48, (1) p. 4.

Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. *Patient Education and Counseling*, 61, p. 5-15.

Van Regenmortel, T. (2002). Empowerment en maatzorg : een krachtgerichte psychologische kijk op armoede. In Vranken, J., De Boyser, K., Geldof, D. & Van Menxel, G. (2002). *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 2002*. Leuven: Acco. p. 71-84

De Cort, L. (2001). Op eigen kracht...empowerment en vrijwilligerswerk. *Tijdschrift voor welzijnswerk*, 25, (239) p. 6-7.

Versluys, F. (2002). *Gelijkheid en ongelijkheid inagogische relaties: armoede, budgetbegeleiding en empowerment: verenigbare begrippen?* Onuitgegeven licentiaatsthesis, UGent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

Kettunen, T. & Liimatainen, L. & Villberg, J. & Perko, U. (2006). Developing empowering health counseling measurement, preliminary results. *Patient Education and Counseling*, article in press, retrieved from [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com) 20/05/06.

Hage, A.M. & Lorensen, M. (2005). A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy*, 6, pp. 235-246.

---

Baart, A. (2004). Introductie in de presentietheorie. Een korte inleiding op het boek 'Een theorie van de presentie'. Den Bosch: Stichting Actoma.

Van de Laan, G. (2003). Presentie als ingebedde interventie. *Sociale interventie* 12, 2, 68-75.

Schilder, L. (2003). Presentie in het maatschappelijk werk: wekend perspectief of terug naar af? *Sociale interventie* 12, 2, 40-49.

Baart, A. (2002). The presence approach, an introductory sketch of a practice. [www.presentie.nl](http://www.presentie.nl) retrieved 9/06/07

Baart, A. & Van Heijst, A. (2003). Inleiding: een beknopte schets van de presentietheorie. *Sociale interventie*,12, 2, 5-8.

Van Heijst, A. (2003). Waar de presentietheorie allemaal goed voor is. *Sociale interventie*,12, 2, 9-17.

Geldof, D & Driessens, K. (2003). Tijd voor aanwezigheid als voorwaarde voor duurzame hulpverlening. *Sociale interventie*,12, 2, 18-30.

Manschot, H. (2003). Als een vriend... Enkele filosofische kanttekeningen bij de mensvisie van de presentietheorie en de betekenis daarvan voor de 'mensgerichte beroepen'. *Sociale interventie*,12, 2, 33-39.

Baart, A. (2003). Ongemakkelijk – zoals het hoort. *Sociale interventie*,12, 2, 76-94.

Meijering, F. (2003). Prikkelende bijdrage aan de sociale interventiekunde. *Sociale interventie*,12, 2, 95-102.

Nuy, M. (2003). Inspiratie en verantwoordelijkheid. *Alert* 29, 5, 31-34.

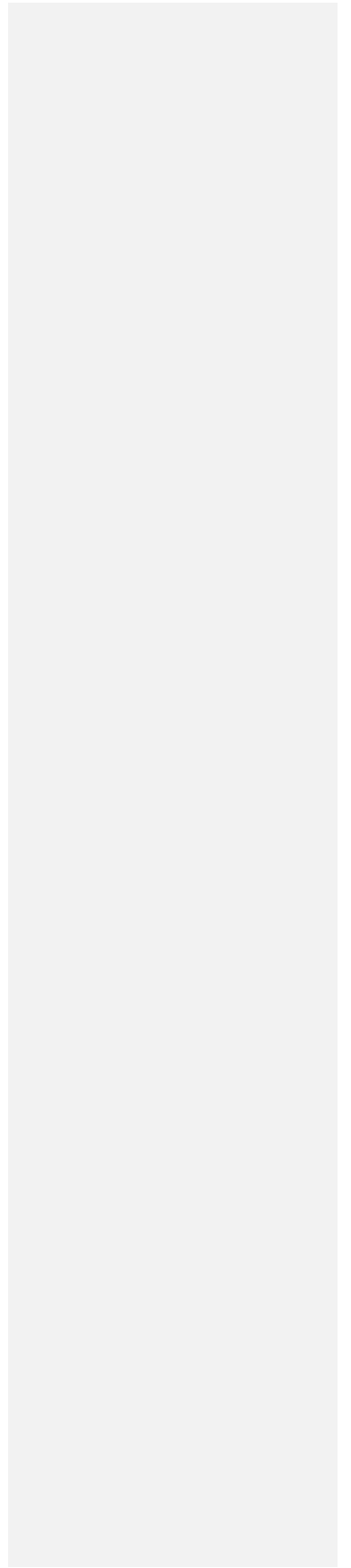
Baart, A. (2001). Een theorie van de presentie. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.

Baart, A. & Grypdonck, M. (2007). Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg.

Vansevenant, K. (2005). Versterkend werken. In meervoudig gekwetsten, contextuele hulpverlening aan maatschappelijk kwetsbare mensen. Leuven: Uitgeverij LannooCampus

Heyndrickx, P. et al. (2005). Meervoudig gekwetsten : contextuele hulpverlening aan maatschappelijk kwetsbare mensen / Leuven : LannooCampus

---



---