



**TOEGANKELIJKHEID IN DE GEZONDHEIDSZORG
EINDRAPPORT**

**DEELRAPPORT 4:
DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG
GEZIEN DOOR MENSEN IN ARMOEDE**

In opdracht van de Minister van Sociale Zaken en Pensioenen, Dhr. Frank Vandenbroucke

28 februari 2003

Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Collectief van de Vereniging Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

INHOUDSTAFEL

1	HET PROJECT ‘TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG’: HISTORIEK.....	5
2	DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK VIA FOCUSGROEPEN	7
3	DE DEELNEMERS.....	8
3.1	Het betrekken van mensen die leven in armoede	8
3.2	Het Collectief en de verenigingen	10
3.2.1	Het Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag van de Armoede	10
3.2.2	ATD Quart Monde / Brussel.....	10
3.2.3	Comme Chez Nous / Charleroi.....	11
3.2.4	DAK / Antwerpen	12
3.2.5	De Poort / Geraardsbergen.....	13
3.2.6	vzw De Willers / Willebroek	13
3.2.7	vzw De Keeting / Mechelen.....	14
4	SAMENWERKINGSMODALITEITEN.....	16
5	TIJDSVERLOOP VAN HET ONDERZOEK VIA FOCUSGROEPEN.....	17
5.1	Het identificeren van knelpunten	17
5.2	Het syntheseverslag	17
5.3	De bespreking van het syntheseverslag en de voorbereiding van het forum.....	18
5.4	Het forum op 14/12/2002.....	19
5.5	De publicatie van het eindrapport.....	19
6	HET IDENTIFICEREN VAN DE KNELPUNTEN: METHODOLOGIE	20
6.1	Keuze van de methode: focusgroepinterviews	20
6.2	Concrete uitwerking van de focusgroepinterviews	20

7	GEGEVENSVERWERKING EN ANALYSE FOCUSGROEPGESPREKKEN.....	24
8	ONDERZOEKSRESULTATEN FOCUSGROEPGESPREKKEN.....	26
8.1	Uitgangspunt	26
8.2	Drempels	31
8.2.1	Contextuele drempels	31
8.2.1.1	Levensomstandigheden.....	32
8.2.1.2	Sociale context	34
8.2.2	Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg	37
8.2.2.1	Aanbodzijde.....	37
8.2.2.1.1	Organisatie	38
8.2.2.1.2	Kosten.....	43
8.2.2.1.3	Wetgeving en regelgeving	48
8.2.2.1.4	Specifieke hulp- en dienstverlening	59
8.2.2.2	Vraagzijde.....	63
8.2.2.3	Relatie tussen vraag en aanbod	69
8.2.2.3.1	Informatie	69
8.2.2.3.2	Holistische benadering	72
8.2.2.3.3	Communicatie	73
8.2.2.3.4	Attitude van de hulpverlener	73
8.3	Randbemerkingen bij de onderzoeksresultaten	75
9	FORUM “ARMOEDE EN GEZONDHEID: KNELPUNTEN IN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG. VAN ERVARINGEN EN ONDERZOEK NAAR BELEID”	77
9.1	Doelstelling	77
9.2	Deelnemers	77
9.3	Evaluatie door de deelnemers	78
10	CONCLUSIES FORUM 14/12/2002.....	83
10.1	Gevolgte procedure	83
10.2	Werkgroep 1: Het belang van goede communicatie en informatie.....	83

10.2.1	Informatiedoorstroming van de overheid naar de hulpverleners/patiënten.....	83
10.2.2	Toekennen tegemoetkomingen.....	86
10.2.3	Kennis van de leefsituatie van de patiënt bij de hulpverlener.....	86
10.3	Werkgroep 2: De organisatie van het gezondheidszorgsysteem: een hinderpaal voor de toegankelijkheid?	89
10.3.1	De organisatie van een toegankelijke gezondheidszorg.....	89
10.3.2	Afstemming en samenwerking tussen diensten bv. diensten voor maatschappelijk werk en gezondheidszorgvoorzieningen	91
10.3.3	Rol van het OCMW	92
10.3.4	De situatie van mensen zonder papieren (MZP), mensen zonder wettig verblijf	93
10.3.5	Opmerkingen	93
10.4	Werkgroep 3: Ziek zijn is duur.....	95
10.4.1	Algemeen	95
10.4.2	Maximale factuur voor gezondheidszorgen (MAF)	96
10.4.3	Regeling derde betaler	96
10.4.4	Tandzorg.....	97
10.4.5	Ziekenhuisopname en spoedopname	97
10.4.6	Financiële toegankelijkheid – zorgcoördinatie	98
10.5	Werkgroep 4: Participatie in beleid.....	101
10.6	Ook nog genoteerd in de werkgroepen.....	103
11	DE SITUATIE VAN MENSEN ZONDER PAPIEREN.....	104
11.1	Inleiding.....	104
11.2	Visietekst Medisch Steunpunt voor mensen zonder papieren.....	104
12	BESLUIT	108
12.1	Uitgangspunt	108
12.2	Knelpunten in de toegankelijkheid.....	109
12.2.1	Contextuele drempels	110
12.2.1.1	Levensomstandigheden.....	110
12.2.1.2	Sociale context	111
12.2.2	Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg	111
12.2.2.1	Aanbodzijde	111

12.2.2.2	Vraagzijde	117
12.2.2.3	Relatie tussen vraag en aanbod.....	118
12.3	Beleidsaanbevelingen	119
13	EVALUATIE	121
14	REFERENTIES.....	123
	BIJLAGE 1 ARMOEDE EN SOCIALE UITSLUITING.....	126
	BIJLAGE 2 ARMOEDE EN SOCIALE UITSLUITING VOLGENS MENSEN DIE LEVEN IN ARMOEDE.....	129
	BIJLAGE 3 OVEREENKOMST	132

1 HET PROJECT ‘TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG’: HISTORIEK

Het Belgische gezondheidszorgsysteem kan op wereldvlak beschouwd worden als één van de meest performante: de zorg is kwalitatief hoogstaand en relatief toegankelijk voor een grote groep mensen.

Het gezondheidszorgsysteem wordt gekenmerkt door een algemeen stelsel van maatregelen aangevuld met specifieke maatregelen voor bepaalde groepen, zoals chronisch zieken of mensen met een laag inkomen. Desondanks de reeds genomen maatregelen gebeurt het dat sommige mensen toch niet de noodzakelijke medische zorgen krijgen, zoals aangegeven wordt in het Algemeen Verslag van de Armoede [0].

In 1995 werd de opvolging van het Algemeen Verslag van de Armoede toevertrouwd aan de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie. Deze permanente samenwerkingsstructuur tussen de federale Staat, de Gemeenschappen en Gewesten heeft als taak de coherentie op te volgen van de verschillende maatregelen inzake armoedebestrijding. [0] De Conferentie gaf aan de toenmalige minister van Sociale Zaken, Mevr. M. de Galan, de opdracht om de toegankelijkheid van de gezondheidszorgen te evalueren met het oog op het verminderen van sociale ongelijkheid.

In navolging van een overleg tussen het kabinet van de minister, vertegenwoordigers van het RIZIV en van het Steunpunt, kende de minister van Sociale Zaken, Dhr. F. Vandenbroucke, het onderzoeksproject ‘Toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België’ toe aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent. Dit onderzoeksproject loopt over een periode van 3 jaar (van 01/03/2000 tot 28/02/2003) en heeft de volgende doelstellingen:

- Het inventariseren van de knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg; Het evalueren van beleidsmaatregelen die werden genomen om deze toegankelijkheid te verbeteren;
- Het formuleren van voorstellen ter bevordering van de toegankelijkheid;
- Het ontwikkelen van knipperlichten waardoor toegankelijkheidsproblemen permanent gesignaleerd worden.

In de opdracht werd vermeld om de Verenigingen waar armen het woord nemen hierbij actief te betrekken. Het belang hiervan wordt eveneens onderlijnd in het Algemeen Verslag van de Armoede (1994). [0] Het zijn nl. vooral mensen die leven in armoede die geconfronteerd worden met toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg.

In dit onderzoeksgedeelte werd getracht om in dialoog met mensen die leven in armoede knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te identificeren.

We benoemen dit gedeelte van het project verder als ‘onderzoek via focusgroepen’.

2 DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK VIA FOCUSGROEPEN

In dit onderzoeksgedeelte van het project werden de factoren geïdentificeerd die het gebruik van de gezondheidszorg beïnvloeden, vertrekkend vanuit de ervaring en perceptie van mensen die in armoede leven.

Het doel was de knelpunten met betrekking tot de toegankelijkheid te identificeren en te structureren in een raamwerk dat de verschillende dimensies weergeeft.

Verder werden –vertrekkend van dit raamwerk– beleidsaanbevelingen ter bevordering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg geformuleerd worden die een verandering kunnen betekenen in het leven van mensen die leven in armoede.

Concreet werden in het onderzoek via focusgroepen volgende onderzoeksvragen vooropgesteld:

Welke factoren spelen een rol in het gebruik maken van gezondheidszorg?

Wat zijn de knelpunten in verband met de toegankelijkheid?

Wat zijn bevorderende factoren voor de toegankelijkheid?

Hoe worden de genomen maatregelen ervaren door de onderzoeksgroep?

De publicatie van deze resultaten had tenslotte tot doel om bij te dragen aan de rechtstreekse dialoog tussen mensen die leven in armoede, beleidsontwikkelaars en veldwerkers.

3 DE DEELNEMERS

Voor dit onderzoek via focusgroepen werkte de onderzoeksequipe van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van Universiteit Gent samen met de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit Brussel.

Hieronder wordt toegelicht wie de andere deelnemers waren aan dit onderzoek.

3.1 Het betrekken van mensen die leven in armoede

Vernieuwend aan dit project is dat getracht werd om mensen die leven in armoede actief te betrekken, zoals ook gestipuleerd werd in de opdracht van de Interministeriële Conferentie voor Sociale Integratie. Dit vanuit de veronderstelling dat mensen die leven in armoede vaak geconfronteerd worden met problemen rond de toegankelijkheid en dat zij dus meest informatie kunnen geven rond dit thema.

Mensen die leven in armoede worden geconfronteerd met sociale uitsluiting op verschillende levensdomeinen. (Voor meer toelichting bij het begrip “sociale uitsluiting”: zie Bijlage 1 en Bijlage 2)

Eén van deze levensdomeinen is bijvoorbeeld huisvesting: er zijn mensen die niet in een woning leven en die geen middelen hebben om dit te doen. Deze ‘daklozen’ leven op straat, in een kraakpand, een vluchthuis, enz. in afwachting van een andere oplossing.

Er zijn ook personen bij wie de woonsituatie wel stabiel, of relatief stabiel, is, maar die beperkingen ervaren op andere levensdomeinen, zoals het werk, de financiële situatie, enz.

Omdat mensen die leven in armoede individueel moeilijk bereikbaar blijken te zijn, werkte de onderzoeksgroep samen met het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.¹ Het Steunpunt is belast met de realisatie van het akkoord van 1999, gesloten tussen de federale staat, de Gemeenschappen en de Gewesten: mensen die leven in armoede moeten voortaan op systematische wijze betrokken worden bij het beleid van maatschappelijke integratie. [0]

¹ Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting binnen het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding. Verder in het rapport wordt hiervoor verwezen als ‘het

Het Steunpunt verenigt verenigingen waar armen het woord nemen en betreft hen bij zijn activiteiten.

In het onderzoek via focusgroepen functioneerde het Steunpunt als bemiddelaar voor het bewaken van de samenwerking tussen de verenigingen, de onderzoeksgroep en de opdrachtgever, de minister van Sociale Zaken.

De werkgroep ‘gezondheid’ die opgericht werd door het Steunpunt, volgde het verloop van het project op. De leden van deze werkgroep zijn het Steunpunt en 7 verenigingen die lid zijn van het Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag van de Armoede:

- Daklozen Actie Komité (DAK), Antwerpen
- Comme Chez Nous, Charleroi
- v.z.w. De Keeting, Mechelen
- Wijkcentrum De Poort, Geraardsbergen
- v.z.w. De Willers, Willebroek (deze vroegere afdeling van ATD Vierde Wereld te Willebroek, werd een autonome vereniging ; B.S. 28/03/02)
- ATD Vierde Wereld, Brussel
- Front Commun de SDF, Luik

De werkgroep ‘gezondheid’ kwam regelmatig samen om de gemeenschappelijke standpunten ten aanzien van het onderzoek te definiëren en om permanent de werkwijze van het onderzoek via focusgroepen te evalueren en bij te sturen.

Een aantal leden van de bovenstaande verenigingen, hebben deelgenomen aan de focusgroepgesprekken, behalve leden van Front Commun de SDF te Luik. De deelnemers uit het DAK en Comme Chez Nous waren vooral daklozen; de andere deelnemers werden voornamelijk geconfronteerd met een kluwen van problemen op andere levensdomeinen.

3.2 Het Collectief en de verenigingen²

3.2.1 Het Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag van de Armoede³

Dit Collectief bestaat uit de verenigingen die hebben meegewerkt aan het Algemeen Verslag van de Armoede en andere verenigingen die er later bijgekomen zijn. ‘Prioriteit aan de armsten’ is hun referentiepunt. De samenhang van het Collectief steunt op de bereidheid om mensen te laten horen die in armoede leven; om samen met hen gemeenschappelijke middelen tot emancipatie te ontwikkelen en een permanente dialoog op te bouwen, zodat een grondige kennis van het fenomeen ‘armoede’ kan verkregen worden. Door het ‘Samenwerkingsakkoord tussen de federale staat, de Gemeenschappen en de Gewesten betreffende de bestending van het armoedebeleid’ [0] is het Collectief één van de belangrijkste en bevoorrechte partners van het Steunpunt. Heden ten dage telt het Collectief 15 Verenigingen.

3.2.2 ATD Quart Monde / Brussel

ATD Quart Monde is rechtstreeks lid van het Collectief.

Het project “Santé Culture” van ATD Quart Monde heeft de promotie van de gezondheid in volksbuurten tot belangrijkste doel en meer in het bijzonder van de gezondheid van de armste personen, gezinnen en groepen.

Via dagelijkse contacten en activiteiten in de leefwereld van de allerarmsten is het de bedoeling een realistische kennis tot stand te brengen betreffende de voorwaarden voor de toegang van allen tot een betere gezondheid.

Er wordt dan ook deelgenomen aan elk onderzoek en initiatief die verbeteringen op dit gebied beogen en waarbij tegelijk de participatie van de allerarmsten wordt aangemoedigd.

Bijgevolg lanceert of ondersteunt het project initiatieven die beogen dat mensen opnieuw voor zichzelf kunnen en leren instaan, het woord nemen, zich persoonlijk ontwikkelen. Op die manier kunnen zij op hun beurt andere mensen die leven in armoede helpen om deze vaardigheden terug te winnen.

² We hebben ervoor gekozen om de voorstellingsteksten opgesteld door de verenigingen letterlijk op te nemen in dit verslag en dit in alfabetische volgorde. Hierdoor is het mogelijk dat schrijfstijl, lengte van de tekst, enz. verschillen.

³ Verder in dit verslag verwijzen we hiernaar als het ‘Collectief’.

Het project beantwoordt daarmee dan ook volledig aan de basisprincipes van de internationale Beweging ATD Quart Monde.

De deelnemers aan de focusgroepgesprekken werden lukraak gekozen en waren zowel illegalen, allochtonen, mensen met bestaansminimum, werklozen, chronisch zieken, enz. die elk op een andere manier geconfronteerd werden met problemen op het vlak van gezondheid en de toegankelijkheid van de ambulante en / of residentiële gezondheidszorg. Eveneens namen enkele professionele gezondheidswerkers deel aan de focusgroepgesprekken.

3.2.3 Comme Chez Nous / Charleroi

“Comme Chez Nous” is lid van het Collectief via het Gemeenschappelijk Daklozenfront.

“Comme Chez Nous” is een dagopvangcentrum voor daklozen en mensen die in slechte omstandigheden wonen. Het centrum is 365 dagen per jaar open van 9 tot 17 uur en biedt een warme ontmoetingsplaats waar mensen een luisterend oor vinden en psycho-medisch-sociaal georiënteerd worden.

Er is een sanitaire ruimte ter beschikking en in een projectruimte kunnen initiatieven van daklozen ondersteund worden.

Het ‘gezondheidscentrum’ tenslotte is een plaats waar kleine medische zorgen kunnen verstrekt worden en waar de leden een luisterend oor kunnen vinden bij attente beroepsmensen zodat ze beter in staat zijn om hun lichaam opnieuw te verzorgen en zich bewust te worden van hun pathologie. Met het oriënteren van mensen naar de juiste dienstverlening beoogt de vereniging netwerken te creëren waardoor de opvang van kwetsbare personen, die niet beantwoorden aan de gangbare normen in de maatschappij, zou moeten verbeteren. Ook het tot stand brengen van een samenwerking tussen het gezondheidscentrum en de verantwoordelijken van andere organisaties, past in deze doelstelling. Dit alles omdat we niet uit het oog mogen verliezen dat de leden van de vereniging niet geformatteerd zijn om te beantwoorden aan grote structuren, zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen.

De personen die deelgenomen hebben aan de focusgroepgesprekken zijn gasten van het huis, sommigen al meerdere jaren; anderen nog maar pas.

Hun achtergrond op gebied van huisvesting, vervangingsinkomen of ziekte-uitkering is verschillend. Sommige leden zijn reeds terug in regel gesteld met hun administratieve rechten en plichten; bij anderen is dit proces nog bezig.

3.2.4 DAK / Antwerpen

Oprichting

Het DAK werd opgericht in 1994 naar aanleiding van de afbraak door het stadsbestuur van Antwerpen van het OCMW-opvangtehuis in de Pachtstraat 2, waarin een twintigtal personen in een moeilijke sociale situatie onderdak vond. De stad wilde dit gebouw door luxeappartementen vervangen.

Enkele jaren voordien werden de bewoners aan de deur gezet, maar deze beloofden om terug te komen.

Om dit te verhinderen, hebben stadswerkers alle voorzieningen van water, gas en elektriciteit in het gebouw vernield. In 1994 vormde zich een verzetsgroep en –met behulp van Payoke– nam hij zijn intrek in het gebouw in oktober 1994. De groep werd hierbij geïnspireerd door de ‘Compagnons du Partage’ te Brussel die daar net het ‘Château de la Solitude’ bezet hadden.

Na veel tegenstand en verzet en dankzij de ondersteunende rol van de media, bleef het DAK stand houden en bewees dat het het hoofd kon bieden aan moeilijke situaties met de bezetters, want verschillende onder hen kwamen van de straat met problemen van alcohol- en drugsverslaving

Na een jaar bezetting heeft het DAK beslist zijn actie stop te zetten omdat het voor het vooruitzicht terugschrok van een nieuwe winter zonder elektriciteit of verwarming. Na onderhandelingen stelde de stad een lokaal en een appartement in de Steenbergstraat 5 ter beschikking.

Werking

Het gebouw in de Steenbergstraat 5 te Antwerpen werd van 1996 tot 2001 door het DAK gebruikt als dagopvangcentrum. Wie langs kwam, kon er soep en koffie krijgen. Alhoewel er slechts ruimte was voor 30 personen, was het DAK een ontmoetingsplaats voor een 100-tal personen in moeilijkheden: daklozen met drugverslaving, prostituees, enz. Het gebeurde dan ook vaak dat de mensen hun middagmaal buiten opaten. Het werk, de keuken, het onderhoud, het opstellen van dossiers, de administratie, ... gebeurde door vrijwilligers, die vaak zelf moeilijke situaties gekend hadden.

Opricht als vzw, bemiddelde het DAK tientallen keren tussen het stadsbestuur van Antwerpen en groepen die openbare gebouwen kraakten.

De werkingsmiddelen werden voorzien via het Sociaal Impulsfonds.

Ten gevolge van gezondheidsproblemen van de leidinggevende personen heeft het DAK in oktober 2001 officieel zijn activiteiten stopgezet, hoewel verschillende leden nog steeds actief blijven.

Het DAK was lid van het Collectief via het Vlaams Forum Armoedebestrijding.

3.2.5 De Poort / Geraardsbergen

De Poort te Geraardsbergen is lid van het Collectief via het Vlaams Forum Armoedebestrijding.

Het wijkcentrum is een ontmoetingsplaats voor alle mensen, met een speciale aandacht voor mensen die het moeilijk hebben. Het is de bedoeling dat iedereen er terecht kan, zowel voor deelname aan de activiteiten of de groepswerking als voor individuele of materiële hulpverlening.

Wijkcentrum De Poort bestaat uit drie luiken:

1) Dienstencentrum (voor personen met een laag inkomen):

warme maaltijden (elke werkdag om 12 uur), wasserette, douches, kinderbadje, voedselpakketten en crisispakketten

2) Buurtwerk

Activiteiten: ontspanning (uitstappen, creatief atelier, sport, ...) en vorming (infomomenten, kookactiviteiten,...)

Individuele hulpverlening

3) Buurtopbouwwerk

- Groepssamenkomsten: in groep werken rond een gezamenlijk ervaren probleem
- Themagericht: altijd rond een bepaald thema vb. groep gezondheid

3.2.6 vzw De Willers / Willebroek

Vzw De Willers is een vereniging die lid is van het Collectief via het Vlaams Forum.

Alhoewel de groep al zo'n twintig jaar bestaat, is de vereniging toch nog zeer jong. In oktober 1982 werd in Willebroek een 'cel' opgericht van ATD Quart Monde.

Men kwam om de veertien dagen bijeen, vooral om de ‘Volksuniversiteit’ voor te bereiden, een maandelijks samenkomst van de cellen van ATD.

Op 28 maart 2002 verschenen in de bijlage van het Belgisch Staatsblad de statuten van de vzw De Willers. Inderdaad, de gewezen cel van ATD heeft beslist een autonome vzw te worden. De vereniging wil werken als een ‘vereniging waar armen het woord nemen’ en is ondertussen ook reeds als dusdanig erkend.

Dit houdt volgens een nieuw decreet over armoedebestrijding in dat de vereniging tracht te beantwoorden aan zes criteria.

Voor de vereniging is het vernieuwende dat nu tamelijk intensief aan groepswork wordt gedaan, dat thematisch gewerkt wordt en dat men zo tracht te komen tot reële voorstellen voor de problemen.

Het werken rond toegang tot de gezondheidszorg is voor de vereniging het startpunt hiertoe.

Als vereniging waar armen het woord nemen, is De Willers een groep mensen, armen en niet-armen, die solidair samen willen werken om de armoede te bestrijden.

3.2.7 vzw De Keeting / Mechelen

Vzw De Keeting is rechtstreeks lid van het Collectief. Het is een basisschakel en een organisatie waar armen het woord nemen te Mechelen. De Keeting richt zich naar personen en gezinnen die in armoede leven en daardoor op verschillende levensdomeinen (huisvesting, tewerkstelling, onderwijs, opvoeding, gezondheidszorg,...) bedreigd worden.

De Keeting heeft een basiswerking en een structurele werking. De basiswerking van De Keeting staat voor een laagdrempelige ontmoetingsruimte en wekelijkse ontspanningsactiviteiten. In de ontmoetingsruimte kunnen mensen terecht voor een luisterend oor, een koffie en een babbeltje. De babbels zijn belangrijk voor de verbondenheid tussen de bezoekers en zij vormen een bron van kennis over armoede. Onvoorwaardelijke aanvaarding en ondersteuning staan in de ontmoetingsruimte centraal.

De structurele werking van De Keeting heeft als doel de knelpunten, de drempels en moeilijkheden die de bezoekers in de samenleving ervaren, te bundelen en samen met hen voorstellen voor structurele veranderingen te doen. De Keeting wil hierbij in dialoog treden met

het beleid van diensten, voorzieningen, de samenleving, ... Op dit moment gebeurt dit rond de thema's gezondheid, gezinsondersteuning en onderwijs.

De Keeting werkt groepsgericht om de onderlinge solidariteit te bevorderen. Vanuit deze onderlinge solidariteit wil De Keeting mensen aanspreken om mee het 'armoededebat' te voeren. De groepswerking situeert zich op twee vlakken: binnen de basiswerking enerzijds, waarbij naast de ontspanningsactiviteiten verschillende groepen actief zijn (permanentiegroep, groep rond kinderen en De Keeting, mannengroep en vrouwengroep) en binnen het structurele luik anderzijds.

De Keeting vindt dat mensen betrokken moeten worden bij het zoeken naar oplossingen voor hun problemen. Op vraag van de persoon kunnen er individuele gesprekken plaatsvinden. Een goede aansluiting vinden in de reguliere dienstverlening is hierbij prioritair.

Een groot deel van de moeilijkheden die mensen die leven in armoede ervaren, reikt echter verder dan individuele problemen. De doelgroep van De Keeting wordt beschouwd als een bevolkingsgroep die continu geconfronteerd wordt met uitsluitingsmechanismen. Om armoede in onze samenleving te bestrijden moeten deze mechanismen aangepakt worden. De Keeting weigert om, naast de bestaande (falende) voorzieningen, een eigen circuit van hulpverlening uit te bouwen. De Keeting vindt dat de samenleving haar verantwoordelijkheid moet opnemen door werk te maken van structurele oplossingen voor de armoedeproblematiek.

Vanuit het structurele luik van haar werking probeert De Keeting hiertoe bij te dragen.

4 SAMENWERKINGSMODALITEITEN

De samenwerking met elk van de deelnemende verenigingen aan het onderzoek werd geformaliseerd door middel van een overeenkomst (zie Bijlage 3).

Hierin werd vooropgesteld dat de onderzoekers en de vereniging samenwerken binnen alle fasen van het onderzoeksproces, van de probleemstelling tot het formuleren van de conclusies. De nadruk hierbij lag op het betrekken van mensen die in armoede leven.

In de praktijk werd de samenwerking tussen de onderzoekers en mensen die leven in armoede bewerkstelligd door het gebruik van de methodologie van focusgroepgesprekken en door de continue terugkoppeling van opinies tussen de onderzoekers en de deelnemers.

Het is vanzelfsprekend bijzonder belangrijk dat hierbij zowel de waardigheid van de mensen die leven in armoede als de methodologische eisen van wetenschappelijk onderzoek worden gerespecteerd. Hiertoe werd het onderzoeksproces regelmatig geëvalueerd met behulp van de werkgroep Gezondheid van het Steunpunt en werd dit indien nodig bijgestuurd.

5 TIJDSVERLOOP VAN HET ONDERZOEK VIA FOCUSGROEPEN

Het onderzoek bestond uit vijf fasen:

Fase 1:	Het identificeren van knelpunten
Fase 2:	Het syntheseverslag
Fase 3:	De bespreking van het syntheseverslag en de voorbereiding van het forum
Fase 4:	Het forum op 14/12/2002
Fase 5:	De publicatie van een eindrapport

5.1 Het identificeren van knelpunten

Deze fase, die liep van 01/11/2000 tot 31/12/2001, had als doelstelling om de knelpunten met betrekking tot de toegankelijkheid te identificeren en een beeld te krijgen op de manier waarop mensen die leven in armoede ziekte ervaren en hiermee omgaan.

In samenwerking met de verenigingen, organiseerde de onderzoeksequipe focusgroepgesprekken waar mensen die leven in armoede hun ervaringen kunnen delen en hun visie over bepaalde thema's kunnen toelichten.

De onderzoekers stonden de verenigingen bij voor het bepalen van de gespreksthema's en bij het uitvoeren van de focusgroepgesprekken. Verder zorgden ze voor het verwerken van de opgenomen gesprekken. Nadien werd nagegaan of de onderzoekers goed begrepen hadden wat tijdens de gesprekken besproken werd.

5.2 Het syntheseverslag

Na de eerste fase waarbinnen focusgroepgesprekken werden georganiseerd, werd een eerste samenvattend rapport opgesteld: het syntheseverslag.

Deze tekst werd begin 2002 voorgelegd aan de verenigingen en het Steunpunt. De verenigingen formuleerden in overleg met de deelnemers hun bedenkingen en aanvullingen en legden deze tegen 31/03/2002 voor aan de onderzoeksequipe. Het Steunpunt legde eveneens zijn bedenkingen en suggesties voor.

5.3 De bespreking van het syntheseverslag en de voorbereiding van het forum

In een derde fase, die liep tot eind november 2002, werd een herwerking van het syntheseverslag voorgelegd aan de verenigingen. Deze fase had tot doel om, via overleg tussen de verenigingen en de onderzoeksequipe, tot een algemene consensus te komen over het verslag.

Over het grootse deel van het rapport werd consensus bereikt. Het betreft de volgende hoofdstukken:

Het project ‘toegankelijkheid van de gezondheidszorg’: historiek

Doelstellingen van het onderzoek VIA focusgroepen

De deelnemers

Samenwerkingsmodaliteiten

Tijdsverloop van het onderzoek via focusgroepen

Het identificeren van de knelpunten: Methodologie

Gegevensverwerking en analyse focusgroepgesprekken

Onderzoeksresultaten focusgroepgesprekken

Besluit

12.1 Uitgangspunt

12.2 Knelpunten in de toegankelijkheid

Voor een aantal hoofdstukken kon omwille van tijdsgebrek het proces tot consensus niet meer doorlopen worden. Het betreft volgende hoofdstukken:

Forum “Armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Van ervaringen en onderzoek naar beleid”

Conclusies forum 14/12/2002

De situatie van mensen zonder papieren

Besluit

12.3 Beleidsaanbevelingen

13. Evaluatie

In deze fase werden eveneens de voornaamste knelpunten zoals in de eerste fase geïdentificeerd, verder verfijnd ter voorbereiding van het forum (zie volgende paragrafen).

Het kan zinvol zijn externe experts te betrekken bij dit proces. We lichten dit kort toe aan de hand van een voorbeeld. Een van de mogelijke knelpunten voor de toegankelijkheid van de tweedelijnsgezondheidszorg is het vragen van een voorschot bij een ziekenhuisopname. Bij het zoeken naar mogelijke oplossingen hiervoor kan het zinvol zijn een medewerker van de sociale dienst van een ziekenhuis te betrekken in het overleg. Deze kan de wettelijke bepalingen m.b.t. voorschotten toelichten en oplossingen toetsen op hun haalbaarheid.

5.4 Het forum op 14/12/2002

Door een nauwe samenwerking met mensen in armoede via hun verenigingen en het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting werden in de voorgaande fases knelpunten in verband met de toegankelijkheid aan het licht gebracht.

Met dit forum werd deze dialoog verder gezet en werden ook andere actoren betrokken: veldwerkers, politici en beleidsmedewerkers, onderzoekers, ...

Het doel van deze dag was de knelpunten die door sociaal kwetsbaren ervaren werden, te vertalen naar concrete aanbevelingen voor het toekomstig beleid.

5.5 De publicatie van het eindrapport

De eindrapportering van het onderzoeksproject werd opgesteld door de onderzoekers in dialoog met de werkgroep Gezondheid (zie 3.1).

6 HET IDENTIFICEREN VAN DE KNELPUNTEN: METHODOLOGIE

6.1 Keuze van de methode: focusgroepinterviews

De doelstelling van deze fase is om inzicht te verwerven in de knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen in armoede en een beeld te krijgen op de manier waarop zij ziekte ervaren en hiermee omgaan.

Om hierop een antwoord te vinden is de methodologie van kwalitatief onderzoek, meer bepaald focusgroepgesprekken, uitermate geschikt.

Focusgroepgesprekken zijn groepsdiscussies, geleid door een moderator. De methode is vooral geschikt om specifieke elementen te verkennen van een thema waarover weinig onderzoek is gebeurd. [0] Via interactie tussen de deelnemers is het mogelijk een diepgaande discussie te voeren over het onderwerp. [0]

In een onderzoek is validiteit een belangrijk aandachtspunt. De interne validiteit geeft weer of men met zekerheid kan besluiten dat een waargenomen effect verklaard wordt door die bepaalde factor en niet door een andere. [0] Om de interne validiteit van dit onderzoek te verhogen, werden de resultaten geïllustreerd met citaten. Ook werden de resultaten teruggekoppeld naar de deelnemers zodat de onderzoekers konden nagaan of hun bevindingen aansluiten bij de manier waarop de deelnemers het probleem werkelijk ervaren. Ten slotte werd getracht de samenstelling van de focusgroepgesprekken binnen een zelfde vereniging zo constant mogelijk te houden. De externe validiteit geeft aan of de resultaten veralgemeend kunnen worden. De resultaten van focusgroepgesprekken zijn moeilijk te veralgemenen. Binnen de context van dit onderzoek werd externe validiteit niet beoogd.

6.2 Concrete uitwerking van de focusgroepinterviews

De praktische organisatie van de focusgroepen lag in handen van de verenigingen.

De deelnemers waren allen lid van één van de verenigingen die eerder hun deelname aan het onderzoek toezegden (zie 3. De Deelnemers). Bij elk gesprek waren ook één of meer medewerkers van de vereniging aanwezig als vertrouwensfiguur.

Als vuistregel voor het bepalen van het aantal deelnemers aan de focusgroepgesprekken werd uitgegaan van zes à acht personen met een minimum van vier en een maximum van twaalf. Bij een kleiner aantal deelnemers bestaat het gevaar dat er weinig variatie is in de naar voor gebrachte standpunten. Meer deelnemers kan aanleiding geven tot de vorming van subgroepen.

[0]

Voor de focusgroepen in dit onderzoek werd nagenoeg altijd het vooropgestelde aantal deelnemers bereikt.

Zoals eerder aangegeven, heeft dit onderzoek niet als doel om uitspraken te doen die veralgemeenbaar zijn naar de bevolking, maar wel om zo veel mogelijk aspecten te identificeren met betrekking tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De deelnemers werden dan ook niet geselecteerd met het oog op het bekomen van een aselechte steekproef.

Voor de start van de focusgroepgesprekken, ontvingen de deelnemers informatie over het onderzoeksproject. Enkele verenigingen organiseerden zelfs een afzonderlijke informatieavond. De informatie betrof enerzijds het onderzoeksonderwerp en het doel van het onderzoek en anderzijds het verloop van de focusgroepgesprekken.

De gesprekken werden meestal gestructureerd aan de hand van een topiclijst met open vragen. Ook konden concrete vragen van de deelnemers de aanleiding tot een gesprek vormen en bepaalden de deelnemers mee het verloop van het gesprek.

De besproken thema's waren de perceptie van ziekte en gezondheid, het al dan niet gebruik maken van professionele zorg, de financiële toegankelijkheid van de zorg en de maatregelen die werden genomen om de toegankelijkheid te bevorderen en de beschikbaarheid van informatie.

Bij het bepalen van het aantal focusgroepgesprekken werd uitgegaan dat de focusgroepgesprekken werden verder gezet tot geen nieuwe informatie meer bekomen werd. Op het einde van het gesprek werd door de onderzoeker en de deelnemers beslist of een bijkomend gesprek zinvol zou zijn of dit de resultaten verder zou verfijnen. Dit heeft als gevolg dat het aantal focusgroepgesprekken kan verschillen van vereniging tot vereniging.

Voor het verwerken van de gegevens is het belangrijk dat deze correct zijn en dat de vorm waaronder ze beschikbaar zijn, werkbaar is. Hiertoe werden alle focusgroepgesprekken

geregistreerd op audio-tape en uitgetikt. De anonimiteit van de deelnemers werd verzekerd door geen namen of verwijzingen naar een persoon op te nemen in de uitgetikte gesprekken. De deelnemers werden hiervan op de hoogte gebracht en iedereen gaf hiervoor zijn toestemming. Het uittikken van de gesprekken vereenvoudigt ook het controleren van de teksten, wat de betrouwbaarheid van de gegevens verhoogt. [0] De correctheid van het uittikken van de opgenomen gesprekken werd door twee administratief medewerkers van de onderzoeksequipe, onafhankelijk van elkaar, geverifieerd.

Vervolgens werd elk uitgetikt gesprek herlezen door een onderzoeker die niet aanwezig was bij het focusgroepgesprek. Van elk gesprek werd een verslag gemaakt dat diende voor het voorbereiden van het volgende gesprek. Indien mogelijk werd dit verslag verstuurd naar de vereniging vóór het volgende gesprek. In de andere gevallen werd het doorgenomen met de deelnemers bij aanvang van het volgende gesprek. Hierdoor konden de deelnemers de correctheid verifiëren en eventueel aanvullen.

Concreet vonden in de periode van mei tot december 2001 21 focusgroepgesprekken plaats:

vzw De Keeting (Mechelen): 7

vzw De Willers (Willebroek): 4

ATD Quart Monde (Brussel): 4

Wijkcentrum De Poort (Geraardsbergen): 3

DAK (Antwerpen): 1; in het DAK werd de werking onverwacht stilgezet waardoor het 2^{de} geplande gesprek niet kon plaatsvinden;

Comme Chez Nous (Charleroi): 2

Het Front Commun de SDF (Luik) kon omwille van organisatorische omstandigheden binnen de Vereniging niet meewerken aan het onderzoek.

Verschillende participanten verklaarden op het einde van de gesprekken dat ze tevreden waren over de manier waarop de gesprekken verlopen waren. Ze stelden het ten zeerste op prijs dat ze de kans kregen hun mening en ervaringen rond dit thema uit te spreken. Ze kijken dan ook vol verwachting uit naar het verder gevolg dat hieraan gegeven zal worden.

Een opmerking betreft de deelname van de groep dak- en thuislozen.

Het is belangrijk rekening te houden met deze groep van mensen gezien hun specifieke problemen met de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld: om te kunnen genieten van bepaalde maatregelen moet men ingeschreven zijn in het rijksregister).

De verantwoordelijken van verenigingen die werken met deze mensen, leverden veel inspanningen om focusgroepgesprekken met hen te organiseren. Het bleek echter moeilijk te zijn dak- en thuislozen te overtuigen om deel te nemen aan een groepsgesprek en zeker om verschillende keren deel te nemen. Ook de discontinuïteit van de verenigingen waarin deze bevolkingsgroep vertegenwoordigd is of interne problemen binnen de vereniging bemoeilijkten het onderzoek.

Omwille hiervan en omwille van het tijdsbestek van het onderzoeksproject kon niet dieper ingegaan worden op de specifieke problemen waarmee dak- en thuislozen geconfronteerd worden. Het verdient de aanbeveling dit domein in verder onderzoek uit te diepen.

7 GEGEVENSVERWERKING EN ANALYSE

FOCUSGROEPGESPREKKEN

Eind december 2001 waren alle focusgroepgesprekken afgerond en waren de teksten neergeschreven. Voor de analyse van de uitgetikte focusgroepgesprekken opteerden de onderzoekers voor het softwareprogramma QSR Nudist⁴ 5.

De analyse gebeurde als volgt.

In een eerste fase werd elke zin gecodeerd op basis van de inhoud. Elk belangrijk element of thema dat op die manier werd weerhouden, kreeg een code toegekend die de inhoud weergeeft.

Bijvoorbeeld, een deelnemer zei:

“Het is nodig dat men iemand heeft die u wegwijs maakt en als men zo niemand vindt... dan is dat een groot probleem. Soms gebeurt het dat men maanden en maanden wacht zonder dat men weet waarop men recht heeft.”

Deze zin werd gecodeerd als ‘gebrek aan informatie’.

Andere zinnen met dezelfde inhoud, kregen dezelfde code.

In een tweede fase werd op zoek gegaan naar een samenhang tussen de verschillende codes. Aan de hand van een schema wordt een overzichtsbeeld gegeven van het verband tussen alle toegekende codes. Zo bestaat er een verband tussen de code ‘gebrek aan informatie’ en de code ‘te moeilijke informatie’. Zij werden in het schema beiden ondergebracht onder de algemene term ‘informatie’.

Het opnemen van de codes in het schema gebeurt inclusief. Dat wil zeggen dat alle codes opgenomen worden in het schema, maar dat deze niet noodzakelijkerwijze in alle verenigingen aan bod kwamen. Verder is het zo dat wanneer een citaat betrekking heeft op meerdere thema’s, aan dit citaat meerdere codes werden toegekend.

Het toekennen van de codes en het opstellen van het schema gebeurde onafhankelijk door twee onderzoekers zodat subjectieve invloeden beperkt werden. De resultaten van de twee onderzoekers werden vergeleken en op basis daarvan werd een definitief schema opgesteld.

⁴ Nudist: Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorising

Het schema werd toegelicht in het syntheseverslag, geïllustreerd met citaten uit de focusgroepgesprekken. Deze citaten werden niet altijd letterlijk weergegeven: ‘overbodige’ elementen eigen aan de spreektaal, zoals versprekingen, herhalingen en tussenwerpsels, enz. werden weggelaten.

Elke vereniging ontving de volledige synthesesetext, voorzien van citaten uit de focusgroepen uit de eigen vereniging. De vereniging organiseerde vervolgens een samenkomst met de leden die deelgenomen hadden aan de focusgroepen en de onderzoekers. Op die manier konden de deelnemers nagaan of de tekst een nauwkeurige weergave was van wat zij bedoeld hadden.

De synthese werd eveneens voorgesteld op de vergadering van de werkgroep Gezondheid zodat er overleg kon gepleegd worden tussen de verenigingen en de onderzoekers.

De onderzoeksequipe verzamelde de bemerkingen van de deelnemers, de verantwoordelijken van de verenigingen en de werkgroep en trachtte deze te integreren in het syntheseverslag.

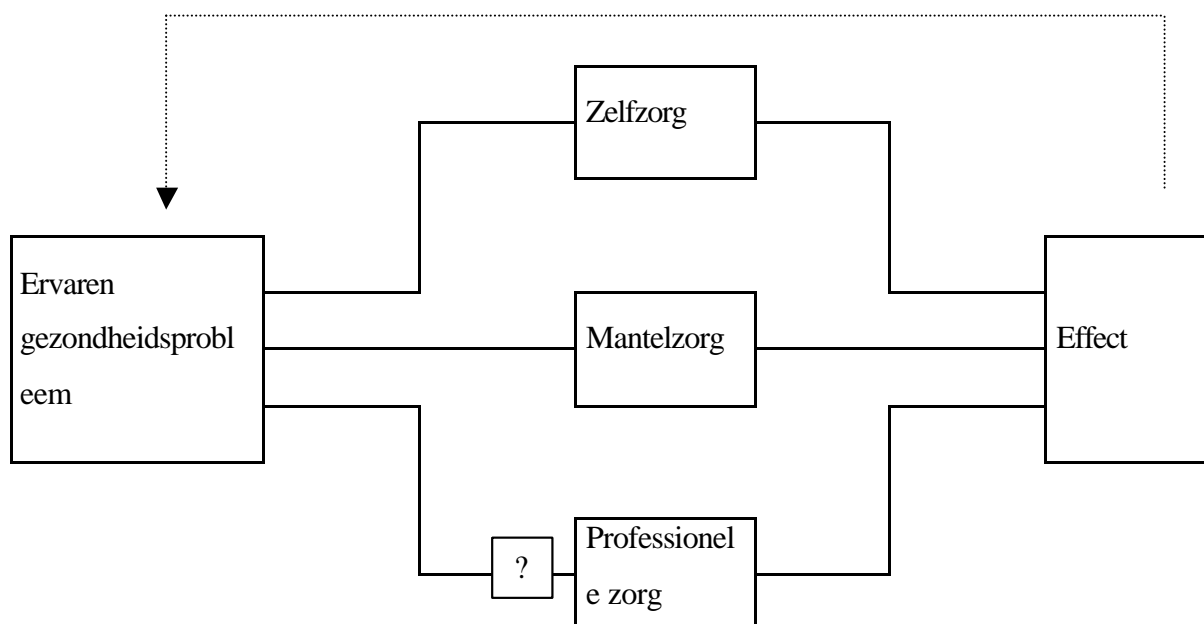
8 ONDERZOEKSRESULTATEN FOCUSGROEPGESPREKKEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de 21 focusgroepgesprekken die in de verschillende verenigingen werden georganiseerd.

8.1 Uitgangspunt

Het uitgangspunt van bij de analyse wordt schematisch weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1: Overzicht zorggebruik



Wanneer iemand een gezondheidsprobleem ervaart, kan hij dit probleem **zelf trachten te verhelpen** door bijvoorbeeld aan zelfmedicatie te doen, zijn leefstijl aan te passen, enz.

“Rijstwater drinken of rijst eten, dat stopt af. Ik loop daarvoor niet naar de dokter als ik diarree heb. Het zal wel stoppen en dan doe ik mijn kraantje toe.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Een arme mens die voelt dat hij de griep heeft, die gaat gewoon niet naar de huisarts, doodgewoon omdat de huisarts zegt “uitzweeten, veel drinken en rusten”. Dus dan moet je geen medicijnen nemen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Weet je wat ik doe, als ik zo wat 'valling' krijg? Ik neem Sedergine, want dat is zo wat voor de griep. Ik pak dat 3 dagen en ik ben ervan af.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Monde, Brussel]

“(…) En m'adressant à l'accueille de l'urgence on me dit: "Non, on ne peut pas l'accepter" et pourtant il était fiévreux un bébé de six mois, je dis ça, maintenant ça va, à cet instant je savais plus me retenir et on me disait: " Non, on ne peut pas l'accepter, il faut aller chez une bonne consultation, (…)" [ATD Quart Monde, Brussel]

De aard van de zorg zal een **effect** hebben op de gezondheidstoestand: het ervaren gezondheidsprobleem zal afnemen, toenemen of gelijk blijven. Afhankelijk hiervan zal de persoon al dan niet beroep doen op een alternatieve vorm van zorg.

“Ik mag die (medicamenten) niet laten van de dokter, want dan kom ik terug in de kliniek en dat komt dan nog

“Je n'arrêtais pas de tousser. Pourquoi? Parce que je ne suis pas en règle avec la mutuelle, je n'ai pas d'argent pour des sirops et des médicaments. Donc, ça aurait pu s'aggraver.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

In het onderzoek via focusgroepen werd dieper ingegaan in op de factoren die bepalen of iemand, die een gezondheidsprobleem ervaart, beroep zal doen op professionele gezondheidszorg (zie “?” in Figuur 1).

Een beroep doen op professionele gezondheidszorg wordt enerzijds bemoeilijkt door contextuele drempels en anderzijds door drempels specifiek gerelateerd aan de gezondheidszorg.

“Contextuele drempels” omvatten zowel drempels gerelateerd aan de levensomstandigheden zoals iemands verplaatsingsmogelijkheden en inkomen, als drempels gerelateerd aan de sociale context zoals de invloed van armoede op iemands sociale contacten.

Binnen de drempels specifiek gerelateerd aan de gezondheidszorg, kunnen drie niveaus onderscheiden worden: het niveau van de aanbodzijde (de hulpverlener), het niveau van de vraagzijde (de zorgvrager) en het niveau van de relatie tussen vraag en aanbod.

Het niveau van de aanbodzijde omvat knelpunten zoals m.b.t. de bestaande maatregelen en de organisatie van de voorzieningen.

Het niveau van de vraagzijde verwijst naar de kennis, de vaardigheid en de attitude van de patiënt met betrekking tot (aspecten van) het gezondheidszorgsysteem, ziektebeleving, ervaringen van sociale uitsluiting, enz.

Het derde niveau, de relatie tussen de vraag en het aanbod, omvat drempels in de communicatie, met betrekking tot de attitude van de hulpverlener, ...

In de figuur op de volgende bladzijde worden de thema's schematisch weergegeven.

In de daarop volgende paragrafen worden elk van deze determinanten meer uitgebreid toegelicht en worden de bevindingen gestaafd met citaten uit de focusgroepgesprekken van de verschillende verenigingen. De volgorde waarin de thema's worden toegelicht, zegt niets over het belang ervan m.a.w. het eerst besproken thema is niet noodzakelijk het belangrijkste.

8.2 Drempels

In de hierop volgende paragrafen, worden de factoren besproken die bepalen of iemand met een gezondheidsprobleem al dan niet beroep doet op gezondheidszorg. Er kunnen twee types drempels onderscheiden worden: contextuele drempels en drempels specifiek met betrekking tot de gezondheidszorg.

8.2.1 Contextuele drempels

Onder contextuele drempels verstaan we vooreerst de drempels met betrekking tot de levensomstandigheden zoals tewerkstelling, inkomen en huisvesting. Niet enkel factoren met een rechtstreekse invloed op het gebruik van gezondheidszorg zijn hierbij opgenomen (vb. inkomen), maar ook factoren die onrechtstreeks een invloed hebben; bijvoorbeeld een slechte huisvesting heeft een negatieve invloed op de gezondheid waardoor men meer beroep zal moeten doen op gezondheidszorgen. Enkel de factoren die in de focusgroepgesprekken door de deelnemers spontaan werden aangebracht, worden hierbij vermeld.

Vervolgens kunnen drempels onderscheiden worden met betrekking tot de sociale context zoals de vooroordelen en reacties van anderen op mensen die leven in armoede, ...

Contextuele drempels

Fysieke en materiële context

Inkomen

Tewerkstelling

Huisvesting

Verplaatsingsmogelijkheden

- Onderwijs, vorming en opvoeding

Sociale context

De sociale omgeving van het individu (sociaal netwerk)

De invloed van armoede op het sociale leven van het individu

Reacties en vooroordelen vanuit de brede maatschappelijke context

8.2.1.1 Levensomstandigheden

Inkomen

Het inkomen waar de cliënt over beschikt, kan een belangrijke rol spelen in de beslissing om beroep te doen op gezondheidszorg. Zoals blijkt uit de citaten beschikken mensen vaak over een inkomen dat **niet of onvoldoende toereikend** is om in de dagelijkse behoefte te voorzien.

“Het gaat, maar ik moet regelmatig aan iemand geld vragen om verder te kunnen die maand, want dat is een gat maken en een gat terug opvullen en een paar maanden later zit ik weer aan hetzelfde, dan kom ik weer niet toe.” [DAK, Antwerpen]

“Maar als ge nu bekijkt van die 26.000 frank inkomen. De huishuur bedraagt 13.000 frank, ik ga het naar beneden afronden. 13.000 frank huishuur, dan heb ik nog 13.000 frank om te leven. 4.000 frank elektriciteit, dan heb ik nog 9.000 frank om te leven. Maar van die 9.000 Bef betaal ik nog 2.000 Bef aan medicatie.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Een probleem stelt zich eveneens wanneer een **uitkering plots wordt stopgezet** vb.

kinderbijslag, invaliditeitsuitkering, ...

“En 18 mei typen ze mij een brief, 20e mei komt die aangetekend aan, waarin staat dat ze mijn geld hebben ingehouden in maart en april en dat ik dus de rest nog moet betalen. Ze houden dat dus zomaar in, alsof een mens niet moet leven. Maar hoe moet ik leven in maart, april en mei? Ik heb niets, hé!” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Tewerkstelling

Het beschikbare gezinsinkomen hangt samen met het vinden en behouden van een passende job.

De participanten geven aan dat het **vinden van werk**, voor hen vaak zeer moeilijk is. We vermoeden dat dit onder meer te maken heeft met de tendens dat bedrijven steeds minder ongeschoolde arbeiders in dienst nemen omdat de inhoud van het werk complexer wordt door de informatisering.

Daarenboven is het loon te laag. Enerzijds biedt het in sommige gevallen nauwelijks compensatie voor de gederfde vervangingsuitkering (bijvoorbeeld werkloosheidsuitkering) en andere gederfde voordelen (bijvoorbeeld sociaal telefoontarief). Anderzijds betekent een betaalde job dat andere kosten stijgen (bijvoorbeeld kinderopvang). Hierdoor is het **korte termijn voordeel van werken ten opzichte van werkloosheid** relatief klein.

“D'un jour au lendemain je me suis retrouvé au chômage. Après 18 ans de boulot, je me trouve au chômage. Ce n'est pas de ma faute. On a engagé une firme maintenant (pour faire la nettoyage).” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Maar als je naar alle schilderbedrijven gaat in de regio Antwerpen, dan geraak je in geen enkel bedrijf binnen. Waarom ga je dan naar school? (...) Om ervaring gaat het! Mijn beroep is normaal schilder, ik kan pistoolschilderen en van alles, ik heb het allemaal geleerd in school, maar als je naar een bedrijf gaat, pakken ze u niet aan omdat je alleen schoolervaring hebt.” [DAK, Antwerpen]

C'est tout à fait la même chose, il faut prendre métro ou bus, pour aller au centre ou à l'autre coté.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“J'ai plus de minimex, je n'ai plus rien donc moi maintenant je devais normalement aller au CPAS mais comme je n'ai pas de sous pour y aller donc je ne vais pas. Je ne me vois pas aller à pieds enfin.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

“Een taxi nemen hier, een taxi nemen daar. Ik moet alle dagen naar Gent gaan. Al die kosten die ik heb.” [De Poort, Geraardsbergen]

“Hij (de huisarts) heeft dan naar de spoed gebeld van Boom en dan ben ik via iemand van de vereniging afgezet, want ja, ik heb ook geen vervoer en zo.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Onderwijs, vorming en opvoeding

Respondenten erkennen dat een goede opvoeding en scholing heel belangrijk zijn, zowel voor zichzelf, maar zeker ook voor hun kinderen. In de praktijk blijkt dat studeren om verschillende redenen niet altijd evident is: slechte omstandigheden om te studeren, bijv. door een te kleine woning, geen financiële middelen om aan bepaalde schoolactiviteiten te kunnen deelnemen, familiale problemen, enz.

In de literatuur wordt de vaststelling ondersteund dat de levensomstandigheden waarin men is opgegroeid een onafhankelijke invloed hebben op de gezondheid van een volwassene. Dit betekent dat door vandaag aandacht te besteden aan het milieu waarin kinderen opgroeien, hun **gezondheid** op volwassen leeftijd positief zal beïnvloed worden en omgekeerd.[0]

“Bien oui, les études. Quand il n'a y pas de place, je ne vois pas très bien comment doivent les enfants étudier et faire leurs devoirs?” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Et aussi que certains enfants qui voudraient bien suivre l'école mais qui ne savent pas suivre à l'école. Et tout ça par ce que les enfants ont des problèmes à la maison.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Als we geen eten kunnen geven, dan stuur je ze ook niet naar school. En hoe langer dat je ze in hun bed laat steken hoe minder dat je moet stoken en hoe minder 'goesting' dat ze hebben om te eten. Als je slaapt, eet je ook minder.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Nu ga ik binnenkort met de school op openluchtclassen. Mijn ma moet daarvoor 5.000 of 6.000 BEF uitgeven. Dat is ook niet om te zeggen “dat is maar heel weinig”. [Vzw De Keeting, Mechelen]

Niet alleen de gezondheidsstatus, maar ook het **gebruik van gezondheidszorgen** wordt door opvoeding en onderwijs beïnvloed. Indien men minimaal geletterd is, is het moeilijk om de weg te vinden in het gezondheidszorgsysteem en om administratieve verplichtingen na te komen.

“Maar (...) er zijn er nog duizenden, tienduizenden die dat niet kunnen lezen, die geen papieren kunnen invullen. Hoe geraken die aan die informatie?” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ik geef er geen commentaar op maar ik weet dat er mensen zijn die dit niet kunnen lezen en schrijven en die moeten beroep doen op jullie om hun formulieren in te vullen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

8.2.1.2 Sociale context

Een belangrijke omgevingsfactor is de sociale omgeving van het individu, ook het sociaal netwerk genoemd. Dit sociaal netwerk is opgebouwd uit verschillende lagen. In de laag het dichtste bij het individu situeren we diegenen die het meest betrokken zijn bij de individu (echtgeno(o)t(e), kinderen, ouders, vrienden, ...). In de buitenste lagen situeren zich diegenen die minder dicht betrokken zijn bij het individu (buren, collega's, ...).

vriendin heb ik in feite te danken dat ik nog leef. Had zij toen haar huisdokter niet laten komen, dan was ik er niet meer geweest.” [DAK, Antwerpen]

“Ik wil niets, want een kliniek kost geld. Als je in de kliniek gaat liggen kost het geld en ik kan het niet betalen. Maar mijn zus had een dokter opgebeld, omdat ze er niet gerust in was en de dokter kwam.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Culturele tradities kunnen eveneens een belangrijke factor zijn die de keuze van het individu bepalen om al dan niet beroep te doen op professionele medische zorg.

Eén van de verantwoordelijken van een vereniging waar vooral daklozen het woord nemen, merkt in dit kader op dat vooral daklozen een bepaalde fierheid vertonen en willen behoren tot de groep waarmee ze zich identificeren.

De regels van deze groep stroken niet altijd met de regels en de structuur van systemen zoals het gezondheidszorgsysteem. Vandaar verkiest men er vaak om zo lang mogelijk zichzelf te behelpen.

“On se démerde comme on peut par ce qu'on a ras le bol.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

“On arrache nous-même nos dents, on l'a encore fait à la marche européenne, on a arraché la dent de “M”, il a gueulé, il a eu une hémorragie.. Mais on le fait nous-même.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

“Wij kennen mensen -echt daklozen- die met rottende benen rondlopen, hier in Antwerpen. Die zijn zelf al heel moeilijk te bereiken omdat ze zo afstandelijk reageren, laat staan dat ze die in een ziekenhuis zouden krijgen!” [DAK, Antwerpen]

De invloed van armoede op het sociale leven van het individu

Uit literatuur blijkt dat personen met een lage sociale status een minder uitgebreid sociaal netwerk hebben en dus minder beroep kunnen doen op sociale steun. Toch blijken het sociale netwerk en de sociale steun belangrijk te zijn om met stressfactoren om te gaan. Derhalve heeft dit een invloed op de gezondheid van mensen met een lage sociaal economische status. [0] Het leven in armoede beperkt echter de mogelijkheden om een stevig sociaal netwerk op te bouwen.

“Ik kan zeggen van ‘ik ga op café een koffie drinken’, maar dat kost 60 frank. Dan redeneer ik “voor die 60 frank, daar heb ik een pak koffie voor thuis en dan kan ik een week koffie drinken (dus dan ga ik niet op café). Maar dat maakt ook wel weer dat je eigenlijk een hele hoop zaken moet missen. Je wordt weer sociaal buitengesloten.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Reacties en vooroordelen

De respondenten verwijzen in deze context naar de reacties op hun manier van leven door mensen die niet behoren tot hun sociale omgeving. Vaak wordt aan mensen die leven in armoede verweten dat ze ondanks hun armoede toch roken, een GSM hebben, ... Anderzijds ervaren mensen die leven in armoede dit niet altijd als luxeproducten.

“Niet-rokers zullen wel altijd iets zeggen van: ‘Ze zijn arm, maar toch roken ze daar in De Keeting allemaal hé?’ Maar waarom zou dat alleen voor de meer gegoeden zijn?’ [Vzw De Keeting, Mechelen]

“We kunnen ons bepaalde dingen niet permiteren en krijgen dan de opmerking van mensen: ‘En ge hebt wel een GSM gekocht?’ En dan? Het idee van de mensen is dan dat je toch niet zó arm kan zijn omdat je een GSM hebt.’ [Vzw De Keeting, Mechelen]

8.2.2 Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg

Drempels specifiek m.b.t. gezondheidszorg

Aanbodzijde

Vraagzijde

Relatie tussen vraag en aanbod

De organisatie van het gezondheidszorgsysteem bepaalt in belangrijke mate de toegankelijkheid ervan. Vooreerst zijn er factoren op het niveau van de aanbodzijde (de hulpverlening). Vervolgens kunnen zich moeilijkheden voordoen op het niveau van de vraagzijde (de zorgvrager). Tenslotte kunnen zich ook op het niveau van de relatie tussen vraag en aanbod drempels vormen om beroep te doen op gezondheidszorgvoorzieningen.

8.2.2.1 Aanbodzijde

Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg

Aanbodzijde

A. Organisatie

B. Kosten

C. Wetgeving en regelgeving

D. Specifieke hulp- en dienstverlening

Binnen de aanbodzijde zijn in de eerste plaats drempels te onderscheiden die te maken hebben met de organisatie van de voorziening zoals de lange wachttijden bij het consulteren van een arts.

Verder kunnen financiële drempels in de toegankelijkheid van de voorzieningen onderscheiden worden zoals het betalen van een voorschot bij opname in een ziekenhuis.

Met drempels inzake wetgeving en regelgeving, wordt verwezen naar knelpunten in verband met specifieke regelgeving zoals de maximumfactuur.

Ten slotte wordt dieper ingegaan op de drempels met betrekking tot specifieke hulp- en dienstverlening, zoals problemen die zich voordoen bij een opname in het ziekenhuis.

8.2.2.1.1 Organisatie

Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg	Voorbeelden
Aanbodzijde	
A. Organisatie	Beperkt aanbod Fysieke toegankelijkheid diensten Hoge drempel Versnippering aanbod Toegenomen professionalisering Korte betalingstermijn Informatisering Administratieve drempels Ontbreken van nazorg Ontbreken (lange termijn) kinderopvang

Beperkt aanbod

Een aspect van de toegankelijkheid van gezondheidszorg is onder andere een voldoende ruim aanbod van diensten en zorgstructuren zodat mensen niet onnodig lang moeten wachten.

Dit heeft onder meer te maken met infrastructuur, beschikbaar personeel, ...

“Op uw uitnodiging staat op, 9 uur. En dan kom je daar binnen en zitten er al 4. ‘Op welk uur moest jij hier zijn?’ ‘Om 9 uur’. ‘Ah, ik ook’. Maar die dokter kan toch maar één persoon tegelijk zien?” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“J’ai été à la garde, on a resté là pendant trois heures et demi pour que quelqu’un puisse vo être vu et je suis revenu avec mes larmes dans mes yeux.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Het is erg wat hier in Geraardsbergen gebeurt, ge gaat bijvoorbeeld binnen en er is geen plaats zodat je daar 8 dagen in de gang ligt en dat je behandeld wordt zoals een hond. Plaatsgebrek.” [De Poort, Geraardsbergen]

“Alors le problème à la décharge des infirmières, c’est que les services d’urgences sont surchargés et qu’il n’y a pas souvent des lits disponibles.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

Fysieke toegankelijkheid van diensten

Alhoewel de deur van de meeste diensten letterlijk ‘open’ staat, zijn hierop toch een aantal uitzonderingen.

“Wij klopten aan de spoed en die deden niet open. ‘Neem uw GSM’, zei mijn man, ‘Ik ga telefoneren naar de spoed’, maar die pakte de telefoon niet op en wij stonden daar voor de gesloten poort!” [Vzw De Willers, Willebroek]

Hoge drempel

Het toestappen naar een eerstelijnsdienst betekent soms al een onoverkomelijke drempel.

“Dicht bij de mensen staande hulp is er ook niet. Een huisdokter is al veel. De dokter hier in de straat is heel populair en gekend, daar ga je al eens naartoe. Maar wat er gebeurt in het buurtcentrum namelijk dat er daar een verpleegster langskomt waar je bij kan gaan, dat is eigenlijk 'nuldelijns-hulp'. Die staat wél dicht bij de mensen.” [DAK, Antwerpen]

Versnippering aanbod

Ook de ‘echelonnering’ van de medische hulpverlening zoals die momenteel in België is georganiseerd, met de opdeling tussen nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnszorg -die op hun beurt terug versnipperd zijn- leidt tot een aantal knelpunten en drempels. Deze versnippering geeft aanleiding tot een stijging van de kosten; de patiënt gaat bijvoorbeeld eerst naar de huisarts, wordt doorverwezen naar een specialist die op zijn beurt de patiënt doorverwijst naar een universitair ziekenhuis. Verder zorgt ze ook voor een vermindering van de transparantie van het systeem.

“Als er nog iets is, normaal gezien moet je eerst naar de huisdokter gaan voor je naar het ziekenhuis kunt, nog een probleem. Dan moet je eerst de huisdokter gaan betalen en dan kom je in het ziekenhuis en moet je daar nog eens betalen.” [DAK, Antwerpen]

“Maar je moet terug naar uw dokter, want die zal u de uitslag geven. Je bent die al de voorgaande dag gepasseerd voordat ze tot de conclusie komt, ‘we zullen ze maar verder sturen’. Dan daarna moet je terug naar haar, terug een visite, maar je hebt ondertussen die specialist gehad en die kost u 5000 BEF.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Toegenomen professionalisering

Met dit concept wordt de toenemende specialisering van de gezondheidszorg (meer specialismen, betere technologieën, enz.) bedoeld die een drempel kan vormen voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Enerzijds ervaren de deelnemers deze toegenomen complexiteit van het zorgproces als weinig toegankelijk, in die zin dat ze geconfronteerd worden met een onoverzichtelijk, versnipperd zorglandschap en een gebrekkige communicatie tussen artsen. Anderzijds zorgt dit ervoor dat de kosten voor geneeskundige verzorging toenemen.

“Ik heb 4 dagen in dat ziekenhuis moeten liggen zonder één dokter te zien. Dan komt de arts die mij liet opnemen tot de vaststelling dat het niet voor hem is, dat het de verkeerde dokter is.” [De Poort, Geraardsbergen]

“Die dokter zei: ‘Ik ben niet voor uw 'kop', maar ik ben voor uw benen’.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“On n'a jamais le même médecin ou les dossiers sont perdus, alors il faut toujours répéter.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Mais dans les hôpitaux si tu as chaque fois des médecins différents, ils font chaque fois recommencer les mêmes examens et je dis par fois il perde même le dossier.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Je wordt onderzocht, maar als ze aan u beginnen te werken dan heb je verschillende arsten nodig; diè dient voor uw dikke teen, diè voor uw knie en noem maar op. Iedere dokter heeft zijn stukje aan u te doen en dat kan je achteraf aan je rekeningen zien, aan de dikke erelonen die je moet betalen.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Ze voeren je binnen in het ziekenhuis. ‘Mijnheer, ik ben hier voor dokter X.’, zei ik. ‘Jamaar, ik ga je eerst zelf onderzoeken’ ‘Alsjeblieft dokter, mijn dossier ligt boven’. ‘Nee nee, eerst dat onderzoek’. Hij is een stuk of 2, 3 keer komen kijken en je moet ze betalen en tenslotte zeggen ze dan toch: “het is voor dokter X”.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Korte betalingstermijn voor ziekenhuisrekeningen

Wanneer de patiënten na de opname hun ziekenhuisrekening ontvangen, staat hierop een betalingstermijn vermeld. Bij hoge rekeningen en voor mensen die het financieel moeilijk hebben, blijkt deze betalingstermijn vaak te kort te zijn.

Als de patiënten niet tijdig betalen en geen afbetalingsplan vragen of krijgen, wordt de rekening in vele gevallen verhoogd met intresten of wordt een deurwaarder of incassobureau ingeschakeld.

“Je krijgt dus een rekening thuis, al dan niet met een aanmaning. Dan ben je al verplicht om dat via afbetalingen te gaan doen. Ik heb toen een brief geschreven naar het ziekenhuis om afbetalingen te doen. Ook de kosten voor het vervoer met de 100 heb ik gevraagd om via afbetalingen te doen. En toch sturen ze op een keer een deurwaarder aan de deur. ‘Meneer, wij komen want gij hebt die rekening niet betaald.’ En daar komt in ene keer 12.000 Bf frank bij.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ja, ja, ik geloof na twee weken moet je uw rekening betalen. En dan na die 14 dagen -denk ik- dan bellen ze een incassobureau.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Dan heb ik thuis een rekening gekregen, binnen de 14 dagen te betalen van de kliniek van over de 16.000 frank. Dus dat moet je binnen de 14 dagen betalen. Hoe je dat doet, doe je eigen dood, hang je op, maar je moet dat betalen binnen de 14 dagen.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Bovendien worden aan de patiënt soms verdere verzorging in een ziekenhuis ontzegd omdat de patiënt er nog openstaande rekeningen heeft.

“Ik wou een dokter laten komen maar aangezien ik nog schuld bij hem had wou die niet komen.” [DAK, Antwerpen]

“Antwerpen is bekend voor 'embargo'. Weet je wat dat is hé? Als je in het OCMW-ziekenhuis komt en je hebt nog iets te betalen -dat moet niet veel zijn, een paar duizend frank- maar dan kom je er niet in.” [DAK, Antwerpen]

Informatisering

De steeds meer doorgedreven informatisering van de gezondheidszorg vb. voor het verlenen van informatie en het bijhouden van dossiers, kan drempelverhogend werken. Door het toenemend gebruik van nieuwe, slechts voor een beperkte groep beschikbare communicatiemiddelen, dreigt de kenniskloof tussen mensen uit verschillende sociale groepen te vergroten.

“Meestal als je nu een foldertje leest of in krantjes kijkt, dan zie je ‘zie e-mail of zie website’. Ik zie dat wij op alle vlakken verder zullen uitgesloten worden. De huidige maatschappelijke zal nog groter worden door de vooruitgang van internet en wij zullen volledig uitgesloten worden.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ze zeggen ‘die informatie is te krijgen op het internet’. Maar dan moet je al zeker weten hoe je met internet moet werken en dan moet je nog toegang hebben ook. Bijvoorbeeld in de bibliotheek mag je maar een half uur op internet. Tegen dat je op de site bent waar je moet zijn, is het half uur voorbij.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Toegenomen informatisering kan er ook toe leiden dat het persoonlijk contact tussen diensten en cliënten afneemt. Zo brengt bijvoorbeeld het systeem van terugbetaling van medische kosten via storting op de bankrekening van de patiënt met zich mee dat het aantal contactmomenten met de medewerkers van het ziekenfonds vermindert. Hierdoor vermindert ook de kans op sociaal contact met de medewerkers.

“En wat de menselijke sfeer betreft: als ge naar de ziekenkas gaat, zoals indertijd, daar kon ge daar nog een keer klappen aan het loket, maar nu kun je juist uw briefje in de bus steken. Daar hebt ge toch niks aan.” [De Poort, Geraardsbergen]

Administratieve drempels

Vaak vormt de administratieve molen die mensen moeten doorlopen voor het aanvragen van tegemoetkomingen of bij opname in het ziekenhuis een belangrijke drempel.

“Dans les barrières à l'accès aux soins, on remarque que ce n'est pas seulement financier que c'est aussi bien la paperasserie qu'il faut faire.” [ATD Quart Monde, Brussel]

Ontbreken van nazorg / opvolging

Een ontslag uit het ziekenhuis betekent teruggaan naar de thuissituatie, naar de oude leefgewoonten en de omgeving. Wanneer deze omgeving mede oorzaak is voor het probleem waarmee de cliënt kampt, is het belangrijk hiermee rekening te houden in de behandeling van de aatregelen te treffen om hervat te vermijden.

In praktijk blijkt dat hiermee geen of slechts in beperkte mate rekening gehouden wordt. Zo gaat bijvoorbeeld een patiënt die werd opgenomen omwille van ademhalingsproblemen terug naar zijn vochtig huis of krijgt een depressieve en alleenstaande moeder na haar ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis terug de dagelijkse verantwoordelijkheid over haar kind met gedragsstoornissen.

“Door de thuissituatie en door alle bijkomende financiële problemen, zeg je dan: “Ik stop hier mijn opname”, tegen je eigen wil en tegen de raadgevingen in. Tegelijk besef je: “Eigenlijk zou ik hier moeten doorzetten”. Je haakt dus af omdat je de hulp niet krijgt die je nodig hebt. En dan kom ik bij de sociale assistente van het ziekenhuis terecht die ook niet weet waar de patiënt hulp zou kunnen krijgen. Je stopt uw opname en uw begeleiding. En wat gebeurt er? Al hetgeen je opgedaan hebt in die voorgaande opname en begeleiding gaat op één à twee weken verloren en je bent alles terug kwijt.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Si on loue des logements humides, comme c'est bien souvent le cas, des logements ou il fait humide, tu as ton bébé, en commence par des bronchites, par les hôpitaux, on rentre à la maison et on y retourne, on fait des aérosols.” [ATD Quart Monde, Brussel]

De confrontatie tussen de ziekenhuisomgeving en de leefomgeving is bijzonder groot voor daklozen. Na een opname in een beschermd milieu worden ze verplicht om terug te vallen op zichzelf en de confrontatie aan te gaan met het straatleven en zijn eigen wetten.

“Il n'y a pas de structure d'accueil. Il dit : "Je retourne dans la rue". Il est un peu stabilisé et il retourne dans la rue, son problème n'est pas pris en charge.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

Ontbreken (lange termijn) kinderopvang

Voor het ontbreken van **kinderopvang** vb. tijdens de opname van de ouder, blijkt problematisch te zijn.

“Ik moest mezelf ontslaan uit het ziekenhuis want ik had maar twee dagen dat er iemand voor mijn dochter kon zorgen en dan moest ik terug thuis zijn.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Een week heeft de familie het kind opgevangen en dan ging het niet meer, dus na een week moest ik terug naar huis. Ik was verplicht, ik zat met twee kinderen, ik moest naar huis toe en dan heb ik tegen den dokter gezegd van kijk, ik moet naar huis en dan zegt die: ‘Ja, dan doe je dat maar’.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ik zou moeten geopereerd worden, maar wie gaat er dan op die 2 kinderen passen die ik thuis heb? Dat is het probleem!” [Vzw De Willers, Willebroek]

[Vzw De Willers, Willebroek]

“En zo een psychologische test na een ongeval dat wordt ook weer terugbetaald. Jij moet dat wel eerst zelf betalen. Daarna, eens heel die zaak gedaan is, na tien jaar krijg je je geld terug. Maar als je moet rondkomen met een inkomen van 25.000 frank en je wilt niemand gaan lastig vallen of gaan bedelen... [Vzw De Keeting, Mechelen]

Ook wanneer de kosten ten laste genomen worden door het **OCMW**, moet de patiënt in sommige gevallen deze kosten eerst voorschieten.

“A partir de maintenant si je veux aller à l'hôpital, aller au pharmacien chercher mes médicaments, je dois payer l'intégrale, le complet et après seulement être remboursé de la CPAS. [ATD Quart Monde, Brussel]

Sinds enige tijd zijn de meeste ziekenfondsen overgeschakeld van de uitbetaling van de prestatiebriefjes aan het loket naar de **uitbetaling via de bankrekening** van de patiënt. Dit brengt met zich mee dat patiënten langer moeten wachten op de terugbetaling terwijl ze het geld nodig hebben voor vb. de aankoop van medicatie.

“In verband met de ziekenkas en de terugbetaling van de doktersbonnetjes: in de plaats van het in mijn hand uit te betalen, hebben ze het op mijn rekening gezet. Dat duurt drie tot vijf dagen voor ik het kan gebruiken. Dus intussen moest ik voor de rest op mijn kin kloppen, want ik had niets niet meer.” [DAK, Antwerpen]

“Als het gaat over 1 doktersbriefje, waar je dan 241 BEF of zoiets van terugkrijgt, daar moet je dan 4 dagen op wachten. Wel voor die 241 BEF kan ik een brood kopen, een fles drinken kopen. Als het een slecht moment van de maand is en mijn portemonnee is leeg, dan kan ik dat tijdens die 4 dagen niet kopen, dan is het kraantjeswater.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Betalen voorschot bij ziekenhuisopname

Verschillende respondenten getuigen dat ze bij een ziekenhuisopname eerst een **voorschot** dienden te betalen. Voor mensen die het financieel moeilijk hebben, is het onmogelijk dit bedrag op korte termijn op tafel te leggen, laat staan het op zak te hebben.

“Ik heb een afbetalingsplan omdat ik vroeger in de psychiatrie heb gezeten. Dus als ik nu naar een ziekenhuis ga, moet ik eerst een voorschot betalen. Met een budget van 23.000 Bef is dat een groot probleem.” [DAK, Antwerpen]

Wanneer men dit voorschot niet kan betalen, wordt men geweigerd.

“Als men geen voorschot kan betalen in het ziekenhuis, wordt men geweigerd.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Il faut payer 1.000 francs toute suite sinon votre bébé, on ne l'accepte pas. J'ai du retourner à la garde parce que je n'avais pas de sous sur moi.” [ATD Quart Monde, Brussel]

De **spoedopname** wordt vaak als een oplossing gezien wanneer men het moeilijk heeft met het voorschieten van kosten of het betalen van een voorschot; bij opname via de spoedopname hoeft men niets te betalen, de factuur volgt later.

“Er is een middel dat helpt als men niet kan betalen: 'k bel de 100 op en ze komen u halen. Ofwel moet ge binnengaan op de spoed.” [De Poort, Geraardsbergen]

Hoge kosten gezondheidszorg

Een belangrijke drempel tot de gezondheidszorg betreft de hoge kostprijs ervan. Vooral voor **specialistische medische zorg, specifieke hulp** zoals tandzorg, kinesithérapie en psychologische begeleiding, en de aankoop van **hulpmiddelen** zoals een bril, een struikelblok te vormen waardoor zorgen worden uitgesteld.

“Par exemple aller chez le dentiste, c'est quelque chose qu'on ne va pas se payer.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Deux milles cinquante francs pour un détartrage. J'ai été samedi en urgence pour moi chez le dentiste, je vous dis ils m'ont réclamé mille soixante francs justes pour désinfecter une gencive.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Psychiaters en psychologen zijn duur en je wordt nooit terugbetaald.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Ik heb heel zware brilglazen. Slechts voor 1 glas heb ik geld teruggetrokken en nochtans is het ander ook al een serieus zwaar glas. Je moet dus al heel zware glazen hebben om iets kunnen terug te trekken. Dus ik geef je goede moed.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Ik zou dus graag mijn tanden willen laten trekken, maar ik weet gewoon niet waar ik dat financieel moet gaan halen.” [DAK, Antwerpen]

“Iedereen zegt tegen me: ‘je zou moeten kinesithérapie volgen’, maar dat wordt ook niet (volledig) terugbetaald. Als mensen een maand naar de kine moeten gaan dat kost dat minstens 10.000 frank. Dat wordt niet terugbetaald en die mensen kunnen dus nergens terecht.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Nu bij Free Clinic hebben ze dus wel geen tandarts, dus dat is ook een groot probleem, ik loop al veertien dagen met twee gaten in mijn tanden, maar ik heb dus geen geld voor de tandarts.” [DAK, Antwerpen]

“On attend toujours le dernier moment. Par exemple, aller chez le dentiste, c'est quelque chose qu'on ne va pas se rleroi]

“En ze heeft niks gevonden en dat was in het begin van het jaar en ik heb nu nog altijd geen zeer dus. Ze zei het enige wat jij hebt is veel tandsteen maar ik mag pas volgend jaar in januari laten doen want anders moest ik 1.875 Bef. opleggen omdat ik het jaar daarvoor niet bij haar geweest was. Ik was met de kinderen geweest, maar niet voor mijn eigen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Wat **preventieve gezondheidszorg** betreft, zoals bijvoorbeeld een controle bij de tandarts, speelt niet enkel de kost van die ene consultatie een rol in het al dan niet beroep te doen op preventieve zorgen. Hierbij speelt ook mee dat de patiënt op voorhand geen zicht heeft op de omvang van de benodigde zorgen en dus ook niet op de kostprijs ervan. Zo kan een controle bij de tandarts een probleem aan het licht brengen dat verdere zorgen vraagt. Mensen geven er dan ook soms de voorkeur aan om niet op controle te gaan omdat ze de behandeling van het eventuele probleem toch niet kunnen betalen.

“Ja en veel mensen zeggen misschien ook wel dat ze voor een check-up gaan naar de tandarts, maar dan ziet de tandarts wat daar allemaal moet gebeuren en dan moet je nog eens terugkomen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“De voorlichtingscampagnes moeten ook haalbaar zijn voor de lagere klassen. Ze mogen dan wel 10 affiches omhoog hangen: rond kanker, tanden, ogen, enz. Ik zie wel in dat het belangrijk is dat je dat allemaal laat nazien. Maar als je dan eens naar de tandarts gaat en het blijkt dat je slechte tanden hebt, dan kost dat al direct tussen de duizend en de zestienhonderd frank om bijvoorbeeld een tand te laten trekken. Als ik dan vijf tanden moet laten trekken dan kost me dat over de 7000 frank. Dat heb ik gewoon per maand niet over. [Vzw De Keeting, Mechelen]

[Vzw De Keeting, Mechelen]

“Je ne savais pas que j'allais tomber malade mais j'ai eu de la chance d'avoir un médecin qui m'a donné quand-même des échantillons médicaux, directement parce que j'en avais besoin directement.” [ATD Quart Monde, Brussel]

Ook de maatregel dat apothekers geen korting mogen geven op voorgeschreven medicatie, heeft zware repercussies voor mensen in die leven in armoede.

“Vanaf volgend jaar krijg je geen korting meer bij de apotheker. Het is gedaan, jammer. Zeker als je zoveel kosten hebt, dan zal je dat wel voelen. Als je 10 % terugkrijgt,... vorig jaar was dat bij mij 3 à 4.000 Bef.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Op het vlak van medicatie blijkt zich de nood op te dringen aan passende maatregelen zodat de voorgeschreven medicatie ook daadwerkelijk een therapeutisch effect kan bereiken.

De “medisch en/of farmaceutische kaart” is hierbij een mogelijke oplossing. Deze kaart kan door het OCMW toegekend worden voor een bepaalde termijn en discipline. Met dit attest geeft het OCMW aan de patiënt de toestemming om beroep te doen op hulpverleners waarmee zij een overeenkomst sloot. Hierdoor wordt echter de vrije keuze van de patiënt voor een bepaalde hulpverlener beperkt.

De patiënt hoeft dus niet voor elke prestatie of elke aankoop van medicatie de tussenkomst door het OCMW aan te vragen. De hulpverlener wordt rechtsreeks vergoed door het OCMW. Het attest wordt afgeleverd voor een bepaalde periode en kan verlengd worden of vervroegd ingetrokken worden.

Dit is echter geen veralgemeende maatregel en wordt slechts door een beperkt aantal OCMW's gehanteerd. Een tweede beperking is dat om het attest te verkrijgen, men de stap moet zetten naar het OCMW wat voor velen een drempel is.

“Concernant les frais pharmaceutiques: quand on a la chance d'avoir une carte médicale qui paie les frais pharmaceutiques, c'est un accès au soin supplémentaire. Mais il faut aller jusqu'à la CPAS pour demander cette carte médicale qui n'est pas facile, c'est aussi une démarche à faire qui est quelque part humiliant et donc il a certains moments qu'on a pas envie de faire cette démarche.” [ATD Quart Monde, Brussel]

8.2.2.1.3 Wetgeving en regelgeving

Een aantal drempels in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg heeft te maken met de manier waarop de gezondheidszorg in België wettelijk georganiseerd is.

Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg Aanbodzijde	Voorbeelden
C. Wetgeving en regelgeving	
Verplichte ziekteverzekering	problemen m.b.t. in regel zijn / blijven grenzen verhoogde tegemoetkoming
Aanvullende ziekteverzekering	voorwaarde voor de verplichte ziekteverzekering automatisch inhouding bijdrage op terugbetaling medische kosten
Ziekte- en invaliditeitsuitkering	onzekerheid statuut beperking mogelijkheden
Vlaamse zorgverzekering	strenge criteria toepassing in praktijk onduidelijk extra kost gelijke bijdrage voor iedereen
Sociale en fiscale franchise	onduidelijk / ongekend drempel moet bereikt worden probleem van voorschieten kost
Maximumfactuur	verhoging van drempel kosten niet opgenomen prijzen medicatie zijn gestegen

Regeling derde betalende	een aantal voordelen terughoudendheid artsen gebrek aan informatie niet voor alle zorgen selectieve maatregel misbruiken
Forfaitaire betaling	
Globaal Medisch Dossier	
Verplicht voorschrift medicatie	duur
Hospitalisatieverzekering	discussie over uitbetaling
Andere	
Betrekken patiënt bij het ontwikkelen van nieuwe regelgeving	
Bepalen recht op voorzieningen	

Verplichte ziekteverzekering

In theorie is de volledige Belgische bevolking gedekt door een verplichte ziekteverzekering.

De verplichte ziekteverzekering rust op twee pijlers nl. de sector geneeskundige verzorging, die instaat voor de -gedeeltelijke- terugbetaling van medische kosten en de sector ziektevergoeding, die het loonverlies in geval van ziekte opvangt.

Om te kunnen toetreden tot de ziekteverzekering moet men voldoen aan een aantal voorwaarden. Een eerste voorwaarde is dat men zich moet **aansluiten bij een ziekenfonds** (of inschrijven bij een gewestelijk kantoor van de Nationale Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS). Hiertoe moet men beschikken over een vast verblijfadres. Vervolgens is men verplicht een **bijdrage** te betalen. Ten slotte, wanneer men zich in orde wil stellen met de ziekteverzekering na een periode van niet-naleving van de plicht tot persoonlijke bijdrage, moet een **wachttijd** gerespecteerd worden waarbinnen men niet verzekerd is.

In de praktijk blijkt dat niet iedereen tegemoet komt aan de condities van de verplichte ziekteverzekering. Alle drie deze voorwaarden (inschrijving, bijdrage betalen, eventuele wachttijd) kunnen tot problemen leiden waardoor iemand **niet verzekerd** is. Het niet beschikken over een vast verblijfadres kan een reden zijn waarom daklozen niet verzekerd zijn.

“Et dans toutes les structures de santé on va dire: ‘la mutuelle, des vignettes, une adresse’. Donc, on dit que on n'exclut pas mais la personne est renvoyée en dessous de son seuil parce qu'elle n'a pas la mutuelle, elle n'est pas inscrite, elle n'a pas d'adresse fixe.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

“C'est le même problème, toutes les démarches pour me faire en ordre avec la mutuelle, c'est facile ça, mais si on n'a pas de solution pour les gars de la rue, on est face d'eux, c'est facile de dire: "Oui, attend de faire ceci et cela. On a déjà utilisé autres cartes de mutuelle, j'ai déjà triché avec des cartes de mutuelle.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

Dit heeft als gevolg dat niet-verzekerden **niet in aanmerking** komen voor bepaalde tegemoetkomingen of dat ze **geweigerd** worden door hulpverleners. Verder lopen voor deze mensen de **kosten** voor gezondheidszorg snel hoog op.

“Als je niet in orde bent, dan kan je nergens binnengaan.” [DAK, Antwerpen]

“Si elle n'a pas son mutuelle en ordre, elle n'a pas sa carte médicale. Elle est obligée en avoir son mutuelle en ordre pour en avoir sa carte médicale.” [ATD Quart Monde, Brussel]

Bepaalde door de wet omschreven categorieën van personen bijvoorbeeld: gehandicapten, gepensioneerden, invaliden,... die daarenboven een inkomen hebben dat een bepaald bedrag niet overschrijdt, kunnen genieten van een **verhoogde terugbetaling** van kosten voor gezondheidszorgverstrekingen en geneesmiddelen.

Soms doen zich problemen voor bij mensen die geen recht hebben op deze verhoogde tegemoetkoming, maar balanceren op de grens ervan. Wanneer hun kosten voor medicatie en geneeskundige verzorging zou worden afgetrokken van hun inkomen, ligt dit lager dan dat van mensen die wel recht hebben op verhoogde tegemoetkoming.

“Dus je krijgt wel een wat hoger loon of pensioen maar je zit onmiddellijk in een hogere categorie waardoor je eigenlijk minder inkomsten hebt omdat je meer kosten hebt aan medicatie.” [De Poort, Geraardsbergen]

Aanvullende ziekteverzekering

Naast de verplichte ziekteverzekering bieden alle ziekenfondsen hun leden ook een pakket bijkomende diensten aan. Nagenoeg alle ziekenfondsen verplichten hun leden statutair toe treden tot deze aanvullende verzekering.

Sommige deelnemers klagen aan dat ze door het ziekenfonds **uitgesloten** worden van de verplichte ziekteverzekering wanneer zij geen aanvullende ziekteverzekering nemen, terwijl deze laatste niet wettelijk verplicht is.

De leden van het ziekenfonds moeten een bijdrage betalen voor deze aanvullende verzekering. De deelnemers merken op dat in geval van niet betaling van deze bijdrage het ziekenfonds dit soms regulariseert door het bedrag van de **bijdrage in te houden** op het terug te betalen bedrag van ziektekosten. Als de patiënt hier niet van op de hoogte is en hij rekent op de terugbetaling om te voorzien in zijn dagelijks onderhoud, kan dit problemen stellen.

“Ik weet van mensen die in armoede of in de problemen zitten en die hun briefje hebben binnen gebracht bij het ziekenfonds maar niets ontvangen. In de mutualiteit zeggen ze dan dat het briefje wel binnen is, maar dat het bedrag niet wordt uitbetaald omdat hun ziekenfondsbijdrage niet betaald is. Die krijgen dus niks.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Ziekte- en invaliditeitsuitkering

Knelpunten situeren zich onder meer op de **manier waarop** bepaald wordt of iemand kan (blijven) genieten van een uitkering. Mensen hebben het gevoel dat de medische onderzoeken die hiertoe gebeuren niet adequaat zijn en niet eerlijk verlopen. De beslissing van de controlearts is bovendien niet steeds dezelfde als die van de behandelende geneesheer, wat voor de patiënt een situatie van **onzekerheid** creëert met betrekking tot zijn statuut en uitkering.

“De controlearts heeft mij enkel de vraag gesteld of ik kan lezen of schrijven. Ik heb geantwoord: ‘Ja, maar dat gaat toch mijn ziekte niet aan.’ En ze heeft mij gezegd: ‘U kunt gaan.’ En veertien dagen later kreeg ik een papier in mijn bus waarin stond dat ik niet kan genieten van die en die voordelen.” [De Poort, Geraardsbergen]

“(Bij toekennen van ziekte- of invaliditeitsuitkering gaat men uit van de ziekte die je hebt.) Het Vlaams Fonds werkt niet met erkenning van ziektes. Bij het Vlaams Fonds vragen ze wel welke ziekte je hebt maar ze kijken vooral naar wat je nog kan. Of dat nu is door u ziekte of door een ander ziekte of door ik weet niet wat. Ze kijken wat je nog kan.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Dan zit je je af te vragen ‘Blijf ik nu op invaliditeit staan?’ En je zit volledig in onzekerheid. En je weet dus ook niet wat te doen als ze zullen zeggen ‘Jij moet terug van invaliditeit af’. Wat kun je dan nog doen?” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Als je een letsel hebt of je hebt een ziekte hebt, dan ga je naar specialisten. Maar diegene die het moet gaan beoordelen voor je uitkering is dan een gewone huisdokter. En de specialist kan dan wel zeggen “Je bent werkonbekwaam.”, maar die gewone huisdokter en de ziekenfondsen kunnen wel beoordelen: “Nee, je bent werkbekwaam.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Daarnaast is het zo dat een ziekte- of invaliditeitsuitkering **beperkingen** met zich meebrengt, bijv. i.v.m. het uitvoeren van een beroepsactiviteit. Sommige respondenten zouden in beperkte mate en op bepaalde momenten een activiteit kunnen uitvoeren, maar weerhouden zich hiervan omdat ze anders hun recht op uitkering verliezen. Ze stellen dan ook voor dat de regeling

soepeler zou kunnen gehanteerd worden, zodat ze hun resterende mogelijkheden maximaal kunnen benutten.

“Ik mag niet gaan werken anders verliest mijn echtgenote haar invaliditeit. Ik ben bereid om als een goed soldaat elke dag gaan te werken, maar ja. Als het niet gaat, gaat het niet.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Als je op invaliditeit staat en als je je goed voelt en je kunt uw werk weer doen, dan mag dat niet. Want als het weer slecht gaat, en je weer ziek wordt, dan val je op de ziekenkas en niet meer op invaliditeit. Ik heb het al drie, vier keer aan de lijve ervaren. [De Poort, Geraardsbergen]

Vlaamse zorgverzekering

De Vlaamse zorgverzekering roept veel weerstand op. Er bestaat veel **onduidelijkheid** over de manier waarop de zorgbehoevendheid vastgesteld wordt. De **criteria** waaraan iemand moet voldoen ondoorzichtig en de onpartijdigheid van het ziekenfonds als zorgkas wordt in vraag gesteld. Verder betekent de bijdrage een **extra kost** die vooral doorweegt voor mensen die het financieel moeilijk hebben. Men vindt het dan ook niet terecht dat de **bijdrage** voor iedereen even hoog is.⁵

“Voor je daarvoor in aanmerking kan voor komen, moet je echt zwaar zwaar zorgbehoevend zijn.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Er zitten rare kronkels in hoe ze bepalen of je in aanmerking komt. Ze geven dat attest met de score die gaat vastleggen of je al of niet in aanmerking komt voor die bijdrage, in handen van ziekenfondsen. Daar heb ik problemen mee.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Men heeft gezegd iedereen betaalt 400 BEF. Voor heel wat mensen is dat veel geld en voor anderen is dat niets. Dus men had misschien moeten onderscheid maken naar gelang de inkomens die de mensen hebben. Dat is geen enkel probleem, dat kan men heel gemakkelijk doen.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Veel kritiek betreft de campagne van de mutualiteiten in verband met de zorgverzekering. De brief die de respondenten ontvingen kwam dwingend over wat betreft het reeds betalen van de bijdrage.

“De mutualiteiten spelen op dit ogenblik geen schoon spel. Ik heb dus een brief gekregen dat ik 403 BEF moet betalen binnen de 14 dagen (voor de zorgverzekering). Dat is iets dat uitgaat van de mutualiteit want de termijn voor te betalen ligt veel later.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Sociale en fiscale franchise / Maximumfactuur

Over de regelgeving rond sociale en fiscale franchise, die vervangen werd door de maatregel m.b.t. de maximumfactuur, bestaat nogal wat **onduidelijkheid** onder de deelnemers. Verschillende deelnemers hebben hier nog nooit over gehoord.

⁵ De focusgroepgesprekken vonden plaats op het moment dat nog niet bekend was dat de bijdrage voor de Vlaamse zorgverzekering afhankelijk zal worden van het loon.

“Er zijn een heleboel termen die ik niet ken. Zoals ik ook over ‘franchise’ hoor spreken, dan denk ik aan mijn autoverzekering; franchise in de medische wereld van de mutualiteiten dat is een groot vraagteken voor mij.”
[Vzw De Keeting, Mechelen]

De grote beperking van deze maatregel is, volgens die deelnemers die wel op de hoogte zijn, dat hij het probleem van zorg uitstellen niet tegengaat.

Ten eerste omdat men tijdens de **maanden vóór het bereiken van de drempel**, de volledige kost voor gezondheidszorg moet betalen, dit terwijl financiële moeilijkheden zich ook dan voordoen. De maximumfactuur is hiermee dus enkel een oplossing voor de toegankelijkheid eens de drempel bereikt is. Dit heeft als gevolg dat zolang de drempel niet bereikt is, mensen vaak noodzakelijke medische zorgen uitstellen waardoor het bereiken van de drempel opschuift.

“En te weten dat je dat geld volgend jaar gaat terugkrijgen, dat is geen ondersteuning. Als je op dat moment heel krap zit, dan gaat de wetenschap dat je het jaar daarop dat gaat terugkrijgen, u ook niet helpen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“- De maximumfactuur en de franchise die zeggen dat je je remgeld niet meer moet betalen tot je de drempel bereikt hebt. Nu dat is niet in januari dat je dat hebt hé. Dat is pas op termijn dat je dat bereikt. Zal dat systeem je aanzetten als je in januari of in februari naar de dokter moet, om naar de dokter te gaan omdat je weet ik ga dan later niet meer moeten betalen?

- Nee, je moet het toch eerst allemaal voorschieten.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Ten tweede omdat -eens de drempel bereikt is- men toch nog de kosten verder moet dragen en ze pas **later terugbetaald** worden.

“Ze zouden beter op uw SIS-kaart kijken en vanaf het moment dat je die 18.000 frank bereikt hebt, krijg je het volledig terug.

- Ik dacht dat daarvoor die SIS-kaart was.

- Gelijk het nu is met sociale franchise. Als je uw 15.000 frank bereikt hebt en de dag nadien ga je met uw briefje naar het ziekenfonds, krijg je alles terug, ook uw remgeld.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Wat betreft de maximumfactuur, merken sommige deelnemers op dat de extra opgenomen kosten niet opwegen tegen de **verhoging van de drempel** voor mensen in de laagste inkomenscategorie.

“Het is nu 18.000 frank voor de maximumfactuur; vroeger moest je maar 15.000 frank komen voor de sociale franchise. Dus eigenlijk is er totaal geen verbetering, maar een verslechtering van 3.000 frank ten koste van de kansarmen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“In verhouding betalen kansarmen meer. Want als je van de inkomenscategorie 750.000 naar 830.000 gaat, dan moet je maar 8.000 frank meer betalen op je maximumfactuur terwijl ze 300.000 frank meer verdienen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Bovendien zijn er bepaalde kosten die nog steeds **niet opgenomen** worden.

“(…) die 50 frank per week die ik aan mijn therapeut betaal en die 100 frank en die 200 frank per maand aan mijn psychiater, die worden ook niet opgenomen. Dus hoe ga ik ooit 18.000 frank halen per jaar? De medicatie die ik neem, is meestendeels allemaal gewoon volle pot te betalen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Alles hangt er een beetje vanaf van wat ze in dat 'korfke' opnemen, van wat meetelt.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Ten slotte vinden een aantal deelnemers het opvallend dat tegelijk met de invoering van de maximumfactuur, de prijzen van een aantal medicamenten zijn gestegen.

“Neem nu de geneesmiddelen voor een te hoge bloeddruk. Eerst doen ze de prijs ervan omhoog en dan nemen ze ze op in de maximumfactuur.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Regeling derde betalende

De regeling derde betalende wordt door de participanten beschouwd als een mogelijke oplossing voor betalingsproblemen bij de huisarts. Het biedt volgens hen heel wat **voordelen**, zoals het niet moeten voorschieten van het geld, minder administratieve problemen, minder verplaatsing, enz.

“Nu moeten we telkens naar de mutualiteit lopen voor het attest te laten uitwisselen.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“De regeling derde betaler is vooral voor mensen die het moeilijk hebben om te betalen en die zeggen ‘die 3 dagen dat wij moeten wachten op ons geld, voor ons is dat lang. 500 BEF wij kunnen dat niet zomaar missen.’ En met dat systeem moet je niet meer wachten op uw geld.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Toch wordt opgemerkt dat de artsen niet altijd even **bereidwillig** zijn om dit systeem toe te passen omwille van praktische problemen of omwille van onduidelijkheden over de toepassing.

“Artsen in het algemeen zijn niet echt happig op die regel derde betalende. Vroeger met het mutualiteitsboekje konden zij zien aan het plakertje dat uw lidgeld betaald was maar nu met de SIS-kaart gaat dat niet meer. Ze zeggen dat ze niet zeker zijn dat ze hun zullen geld krijgen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“A condition d'être en ordre avec la mutuelle, ton médecin accorde le tiers payant, mais tous les médecins ne le

Eén van de grote bemerkingen in verband met deze regelgeving, is dat er toch **weinig informatie** is, zowel bij de huisartsen als bij de ziekenfondsen.

“Ik wist van het bestaan van het principe van de regeling derde betaler. En ik ben bij de socialistische mutualiteiten gaan vragen of ik een aanvraagformulier kon krijgen. Het ziekenfonds wist daar niets van. Hoe kunnen wij er dan van genieten als het bij de mutualiteiten, waar het formulier moet vandaan komen, al niet gekend is.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

De participanten pleiten er voor dat de regeling derde betalende voor alle **specialistische zorgen** zou toegepast worden omdat de kosten hier vaak hoger zijn om voor te schieten dan de kosten bij de huisarts.

Ook de kosten voor **tandzorgen** lopen vaak hoog op en een regeling derde betalende zou hier eveneens wenselijk zijn.

“Donc pour quoi d'office les hôpitaux pour des soins qui coûtent chers ne font pas d'office de tiers payants, c'est à dire, faire intervenir la mutuelle et ne donner à payer au patient que la différence.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Weet je hoeveel ik moet betalen bij de tandarts? 6.699 Bef. De Regel van de Derde Betalende zou voor de tandarts ook moeten kunnen.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Tijdens één van de gesprekken wordt een opmerking gemaakt in verband met de **selectiviteit** van de maatregel derde betalende: de maatregel kan namelijk toegepast worden voor personen met een bepaald statuut en/of in een door de wet omschreven situatie. Door de selectiviteit van de maatregel wordt een onderscheid gemaakt tussen groepen mensen wat stigmatisering in de hand werkt. Er wordt gesuggereerd om deze ‘discriminatie’ weg te werken en iedereen op dezelfde manier te behandelen inzake toepassingsmodaliteiten.

“Het zou beter zijn moesten ze het systeem ook toepassen voor mensen die niet in die categorieën zitten. Ik wil afstappen van die "kastjes": als je op invaliditeit staat, krijg je dit voordeel, als je gaat werken of of op den dop staat krijg je dat voordeel,... Als je naar een ziekenhuis gaat, wel dat ze gewoon het onderzoek doen en je enkel de opleg laten betalen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ik wil dat alleen maar aanhalen van dat we naar algemene voorwaarden zouden moeten gaan. Een derde betalersysteem wordt in dat ziekenhuis wel en in een ander niet toegepast. Of in Gent wel en in Mechelen niet. Neen, ik stel voor: voor iedereen hetzelfde en niet alleen voor een select groepje.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Verder pleiten de deelnemers ervoor dat de toepassing van de regeling derde betalende goed wordt gecontroleerd. Dit omdat sommigen reeds geconfronteerd werden met **misbruiken** van het systeem.

“Mijn specialist die heeft van 1984 tot in 1997 geen huisbezoeken afgelegd bij mij. Die heeft wel de mutualiteit leeggepompt door mij dokterbriefjes te geven die ik zagezegd moest betalen. Ik moest eigenlijk niks betalen maar ik moest wel opschrijven dat het geld voor hem bestemd was. Hij paste dan het derde betalersysteem toe en betaalde zo zijn vakanties.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Forfaitaire betaling

Verschillende deelnemers kennen of maken gebruik van de dienstverlening door eerstelijnsgezondheidscentra waar het systeem van forfaitaire betaling toegepast wordt. Zij vinden deze centra heel toegankelijk omdat men geen vergoeding per prestatie dient te betalen. Andere deelnemers kennen deze centra niet. Een medewerker van een vereniging merkt in dit kader op dat er niet zoveel dergelijke centra zijn in België en dat men er enkel kan van genieten als men in de buurt woont.

“Quand on finit de payer le loyer, les factures et qu'un enfant tombe malade, il faudrait trouver une formule, des formules comme les maisons médicales...” [ATD Quart Monde, Brussel]

“C'est vrai que dans la maison médicale on a des pratiques pour faire accéder les gens facilement. Donc tout le monde peut venir et aussi ceux qui n'ont pas d'argent ont accès aux médecins. Ce n'est pas le cas partout.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Mijn dokter moet ik al niet betalen. Ik ga naar het gezondheidscentrum. Daar moet je [Vzw De Willers, Willebroek]

“Ik ga naar de Free Clinic. Ik heb daar een zeer goede ambulante begeleiding, maar mocht ik de Free Clinic niet hebben, dan zou ik het heel moeilijk hebben. Ik heb nu een banale verkoudheid maar ik kan het mij niet permitteren om bij een gewone huisdokter te gaan omwille van het feit dat ik in budgetbegeleiding ben. Ik krijg per dag 23 frank.” [DAK, Antwerpen]

Globaal Medisch Dossier

Regelmatig wordt de opmerking gemaakt dat patiënten hun verhaal bij elke hulpverlener opnieuw moeten vertellen, dat er geen communicatie is tussen de hulpverleners, dat een zelfde onderzoek meermaals gebeurt omdat de resultaten niet doorgegeven worden, enz.

Vanuit deze ervaringen onderstrepen de deelnemers dan ook het belang van een algemeen en centraal dossier.

“Ik ga in de Free Clinic altijd naar dezelfde huisarts omdat die altijd onmiddellijk mijn medisch dossier heeft. Die volgt mij al verschillende jaren. Omdat hij mijn medisch dossier heeft, heeft hij veel meer inzicht dan een andere huisdokter waar ik naartoe zou kunnen gaan.” [DAK, Antwerpen]

“Ik zou voorstellen dat de ziekenkas van iedere persoon vanaf een zekere leeftijd een dossier zou bijhouden, zodat als je van dokter verandert, ze snel de informatie kunnen doorgeven. Ik heb namelijk al meer dokters gezien dan ik tenen heb en iedere keer begint alles weer van vooraf aan en verliest ge tijd. Dokters maker daardoor ook soms vergissingen.” [De Poort, Geraardsbergen]

Verplicht voorschrift voor medicatie

Er wordt opgemerkt dat steeds minder medicatie te verkrijgen zijn zonder voorschrift van de arts. Daarnaast is het zo dat personen waarvoor het OCMW tussenkomt in de aankoop van medicatie, voor alle medicatie een voorschrift dienen voor te leggen, ook voor die medicatie waarvoor dit niet wettelijk verplicht is. Er is dus een consultatie bij de arts nodig omwille van het voorschrift en dit betekent een **extra kost**.

“Wat betreft het voornemen dat vanaf volgend jaar voor sommige geneesmiddelen die je nu vrij kunt aankopen bij de apotheker je eerst een voorschrift moet gaan halen. Hierdoor zal je wel sneller de drempel van 18.000 frank (maximumfactuur) bereiken. Want je moet eerst uw dokter betalen om een voorschrift te krijgen voor een Perdolan, hetgeen je nu zelfs zo kan krijgen bij de apotheker.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Voor steeds meer medicatie zal een voorschrift nodig zijn, dat wil dus zeggen een extra consultatie bij de huisarts hiervoor, betekent natuurlijk ook extra kosten.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Als je naar de dokter gaat om tabletjes te gaan halen en je moet de visite betalen, ik vind dat absurd.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Hospitalisatieverzekering

Een hospitalisatieverzekering kan nuttig zijn om financiële problemen ten gevolge van hoog oplopende hospitalisatiekosten te voorkomen. Ondanks het grote voordeel van een dergelijke verzekering kunnen velen de bijdrage hiervoor niet betalen.

“Ik heb een omniumverzekering van het ziekenfonds. Als ik in het ziekenhuis kom te liggen en ik een gips heb gehad dan moet ik geen frank betalen, geen ambulance niets.” [DAK, Antwerpen]

“Wat er me tegenwoordig meer en meer opvalt, dat er steeds meer speciale verzekeringen komen. Als je die dan niet hebt, je komt iets tegen en je dat allemaal niet kunt betalen, dan val je in een put en zit je in de miserie.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Als je een hospitalisatieverzekering wilt, ik wil dat ook wel hebben, maar dat is een bedrag per maand dat er nog llebroek]

Een ander probleem met verzekeringen is dat de verzekeringsinstelling soms achterpoortjes vindt, zodat ze niet moeten uitbetalen in geval van ziekte. Zelfs indien men een hospitalisatieverzekering heeft, is men niet zeker van een volledige dekking in geval van ziekte.

“Zou jij die verzekeringen nemen? Als ik een hospitalisatieverzekering neem en ik laat mijn tanden trekken, dan kunnen ze van de verzekering zeggen ‘Dat is al van tevoren.’ En dan telt dat gewoon niet. En dan betaal je de volle prijs.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Als je bijvoorbeeld MS hebt, maar de verkeerde soort -want er zijn twee soorten- dat wordt dat niet terugbetaald door de verzekering.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Sommige deelnemers suggereren daarom een meer uitgebreide ziekte- en invaliditeitsverzekering die zowat alle kosten dekt.

“De bijdrage zou een vast bedrag moeten zijn per jaar tegen ziekte met daarin automatisch een hospitalisatieverzekering voor alle geneeskundige zorgen, onderzoeken, opnames, medicatie.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Andere regelgeving

In deze paragraaf worden een aantal opmerkingen met betrekking tot andere regelgeving geïnventariseerd die rechtsreeks of onrechtstreeks een invloed heeft op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het betreft o.m. de campagne die gevoerd werd rond het gebruik van generische geneesmiddelen en de regelgeving voor terugbetaling van homeopathische geneesmiddelen.

“Nu opeens krijg ik een verminderingskaart voor het openbaar vervoer. Ik heb altijd met de bus gereden en toen heb dat nooit gehad. Nu rij ik niet meer met de bus en krijg ik dat kaartje.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ik die witte producten al. Ik heb een medicament gehad dat ik moest inpakken. Dat kostte 686 frank en nu heb ik dezelfde pilletjes voor 490 frank.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Voor een homeopaat geven ze u dan een kaartje en op een gans jaar mag je tot ongeveer 5000 frank naar de homeopaat. Waarom laten ze dat bedrag niet doorlopen? Als je een huishouden hebt met kinderen dan is homeopathie soms aanvaardbaar omdat kinderen daar goed op reageren. Maar de mutualiteit komt daar maar 5000 fr. in tussen. De rest is uit uw eigen zak.” [De Poort, Geraardsbergen]

Betrekken van de patiënt bij het ontwikkelen van nieuwe regelgeving

Het is belangrijk om bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van regelgeving de mensen waarvoor ze bedoeld zijn, te consulteren. Zo zouden problemen die nu “al doende” aan het licht komen, deels vermeden kunnen worden.

“De overheid organiseert de maatregelen wel van bovenaf, maar rechtstreeks contact met de mensen die de problemen hebben ondervonden, dat contact is er niet.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Men zou ons meer moeten betrekken; er zou eens duidelijk onderzoek moeten gedaan worden in de ziekenhuizen naar de moeilijkheden die mensen in armoede ondervinden en naar de mogelijkheden om die aan te pakken.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Ook bij het ontwikkelen van preventiecampagnes zou de doelgroep geconsulteerd moeten worden.

“Veel voorlichtingscampagnes zijn gemaakt door mensen die armoede niet kennen. Het zou beter zijn dat ze – vooraleer ze zo een campagne opzetten – de mensen betrekken, bijvoorbeeld via verenigingen waar armen het woord nemen. Dan zou men inderdaad gerichte campagnes zou kunnen voeren.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Bepalen van recht op tegemoetkomingen

Bij het bepalen of iemand recht heeft op bepaalde tegemoetkomingen of voordelen vb. voor het bepalen van de drempel van de maximumfactuur, baseert men zich vaak op het inkomen van de betrokkene. De respondenten merken hierbij op dat dit officiële inkomen sterk kan afwijken van het beschikbare inkomen wanneer kosten zoals onderhoudsgeld, afbetaling van schulden, ... in rekening worden gehouden.

“Om van iets te kunnen genieten, wordt er altijd rekening gehouden met uw inkomen zoals het op uw belastingbrief staat, maar in praktijk heb je veel minder... Als ik bijvoorbeeld het bedrag bekend maak van het pensioen dat ik jaarlijks trek, dan zit ik in een hoge categorie, maar in omdat ik in budgetbegeleiding zit, heb ik maar een leefgeld van 15.000 frank. Dus kan ik er niet aan denken om naar een ziekenhuis te gaan. Ik kan er gewoon niet binnen, ik kan het niet betalen.” [De Keeting, Mechelen]

8.2.2.1.4 Specifieke hulp- en dienstverlening

Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg	Voorbeelden
Aanbodzijde	
D. Specifieke hulp- en dienstverlening	
Apotheker	
Huisarts	
OCMW	
Vereniging waar armen het woord nemen	
Verzekeringsinstelling	
Budgetbegeleiding en –beheer	Vicieuze cirkel
	Leefgeld te beperkt
	Negatieve invloed begeleider

Naast de regelgeving die door de overheid getroffen werd om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren, passen hulpverleners soms individuele maatregelen toe om de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt te verbeteren. In de volgende paragrafen worden voorbeelden gegeven van hoe hulpverleners soms op een creatieve manier proberen rekening te houden met de moeilijke situatie van de patiënt.

Soms bemoeilijken hulpverleners ook de toegankelijkheid van de gezondheidszorg door vb. het zeer stringent toepassen van de wetgeving. Ook dit wordt toegelicht in de volgende paragrafen.

De apotheker

Eerder werd aangegeven dat de kostprijs van medicatie vaak een belangrijke drempel vormt in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Soms verlaagt de apotheker deze drempel door bijvoorbeeld soepel om te gaan met betalingsmodaliteiten of geeft de apotheker medicatie mee aan de patiënt in afwachting van het voorschrift (alhoewel dit soms een zeker gevaar inhoudt).

“De apotheker, ik heb daar heel goede ervaring mee omdat ik zelf ook altijd correct ben geweest. Ik mag daar met mijn briefje gaan en geen geld bijhebben maar hij weet dat ik later kom betalen. Dus ik kan mijn medicatie zonder geld krijgen.” [DAK, Antwerpen]

“Als ik het niet kan betalen, dan betaal ik het later en de apotheker schrijft dat op.” [Vzw De Willers, Willebroek]

De huisarts

Ook de huisarts past soms individuele maatregelen toe wanneer de patiënt het moeilijk heeft om te betalen vb. het meegeven van medicatie monsters, het niet aanrekenen van een consultatie of het werken tegen terugbetalingstarief.

“De dokter is wel gul. Als we met 3 gaan, dan rekent ze er 2 aan. Maar als we met 2 gaan, dan rekent ze gewoonlijk 1 visite. En soms als ze het kan, als ze het in huis heeft, krijgen we medicatie mee.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Als ik zeg: "Neen ik heb het heel moeilijk, ik kan u momenteel niet betalen" dan brengt de huisarts zelf de

"Een dokter kunnen wij laten komen, want onze dokter werkt dan aan terugbetalingstarief maar die medicijnen, dat is wel moeilijk." [Vzw De Keeting, Mechelen]

"De huisarts doet een beetje af de prijs van de consultatie." [DAK, Antwerpen]

Het OCMW

Met betrekking tot de hulpverlening van het OCMW worden door de respondenten vrij veel problemen gemeld.

Een aantal van deze problemen betreffen de communicatie tussen de hulpverlener en de cliënt.

Gezien de problemen hieromtrent zeer gelijklopend zijn met communicatieproblemen met andere instanties of zorgverleners, zijn deze meer gedetailleerd uitgewerkt in een aparte paragraaf. We verwijzen hiervoor naar 8.2.2.3.

Ook wat betreft het stigma dat mensen over zich halen wanneer ze hulp vragen aan het OCMW is meer gedetailleerd opgenomen in een aparte paragraaf (zie 8.2.2.3.4)

De respondenten klagen aan dat de hulp die het OCMW verleent soms zeer sterk kan verschillen van OCMW tot OCMW. Zie ook het voorbeeld van de medische en / of farmaceutische kaart zoals hierboven besproken.

“De dienstverlening van het OCMW, die zou toch uniform moeten zijn. Stel dat je een tandprothese nodig hebt, dan kan het toch niet dat je bij het ene OCMW hiervoor 16.000 Bef krijgt en bij het andere OCMW 35.000 Bef. Diensten die eigenlijk de levensomstandigheden van mensen bepalen, die zouden toch overal op dezelfde manier moeten georganiseerd zijn. Nu is het heel goed mogelijk dat je hier van het OCMW een tussenkomst krijgt voor je medische kosten en dat je dat plots niet meer krijgt als je naar ergens anders verhuist.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“La différence entre les CPAS, c'est un problème. Moi je reçois pour mes enfants 500 francs, c'est trois fois moins que des autres. Et aussi: beaucoup de CPAS paient pour le chauffage et d'autres ne paient pas.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“C'est vraiment un gros problème de différence entre CPAS pour l'aide aux soins en générale. Certains CPAS acceptent de compléter ce que la mutualité n' a pas payé et d' autres n' acceptent pas. Il n'y a pas de loi ni

“Quand il y a beaucoup de problèmes administratifs, on aimerait bien que les choses s'unifient au niveau des plus faciles et aussi qu'on soit chaque fois bien informées de ce

De vereniging waar armen het woord nemen

Voor de deelnemers betekent het lid zijn van een vereniging waar armen het woord nemen een belangrijke meerwaarde in hun leven.

“Ils ont refusé de le soigner à l'hôpital . C'est ici, chez "Chez nous", qu'il a été soigné Autrement il n'aurait jamais été soigné.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

“Ik wil zeggen dat wij in een bevoorrechte positie zijn, want wij komen naar de vereniging en krijgen daardoor bepaalde informatie. Maar wat met al die mensen die die informatie niet krijgen?” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“We zijn een klein beetje slimmer geworden. We zitten al bijna 20 jaar bij de ATD-beweging.” [Vzw De Willers, Willebroek]

De verzekeringsinstelling

De medewerkers van de mutualiteit zijn voor sommige respondenten een belangrijke hulpverlener: zij geven informatie, helpen de patiënt met administratieve problemen, zorgen oordelen krijgt waar hij recht op heeft, ...

“Ik heb geluk, hier op ziekenbond van de socialisten zit een pracht van een meisje. Iemand die werkt met haar hart en niet voor haar portemonnee. En die zei mij: "Ik zal dit voor u eens aanvragen en dat eens aanvragen." En dat wist ik anders niet. 'God zij dank' dat dat mens daar zit, want daardoor heb ik dan ook de voordelen gekregen.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Budgetbeheer en budgetbegeleiding

Het instellen van een systeem van budgetbeheer en budgetbegeleiding wordt door verschillende deelnemers als een (tijdelijke) oplossing gezien voor hun financiële en administratieve problemen.

“Ik heb al wel ondervonden dat als ge het zelf doet, het niet zo gemakkelijk is, maar via teledienst wel. Dat is een erkende dienst van het budgetbeheer. Maar ik probeer nog zoveel mogelijk zelf mijn plan te trekken dat zij niet altijd werk voor mij hoeven te doen, maar dat lukt niet altijd.” [DAK, Antwerpen]

“In begin, toen ik gestopt ben met drugs, wist ik niet wat geldwaarde was. Omdat ik 8.000 frank per dag uitgaf, 9.000, 10.000 per dag uitgaf. Snap je? Dus ik kende de waarde van het geld niet. Totdat ik naar het OCMW gegaan ben. Toen heb ik gezegd, ik wil dat je mijn huishuur betaalt en mijn elektriciteit en om de 2 weken kom ik mijn geld halen en nu ik wel mijn geld kan beheren, heb ik gezegd, "betaal nog altijd mijn huishuur en mijn elektriciteit maar stuur de rest op naar mijn bankrekening".” [DAK, Antwerpen]

“Maar ik moest 12.000 frank betalen hé. Ik ben ze nog aan het afbetalen, hoor. Ineens kon ik dat niet. Dan betaal ik dat per maand af.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Een aantal mensen pleit voor meer mogelijkheden voor soepele afbetalingsplannen omdat dit een oplossing is voor hun betalingsprobleem en omdat ze op die manier terug toegang hebben tot dienstverlening die hen omwille van schuldenlast eerder geweigerd werd.

Anderen hebben de ervaring dat deze afbetalingsplannen niet altijd een structurele oplossing bieden voor hun problemen. Integendeel, soms komt men in een vicieuze cirkel van kosten en afbetalingen terecht waar men het overzicht over verliest.

“Wat voor mij de ideale oplossing zou zijn, is dat ik mijn bovenste tanden laat trekken en dat er een [DAK, Antwerpen]

“Natuurlijk het is wel waar, als ge een afbetalingsplan aanvaardt, van bijvoorbeeld 1.000 Bef per maand, dan wordt dat wel aanvaard. Dan vervalt dat embargo.” [DAK, Antwerpen]

“Je begint die opname af te betalen. Maar wat gebeurt er? Je krijgt terug een opname, terug voor een maand, twee maand en je moet die terug afbetalen. En wat gebeurt er? Financieel geraak je helemaal in de put. En uw gezondheid gaat eens zo hard achteruit.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Een aandachtspunt bij het systeem van budgetbegeleiding en –beheer blijkt het bewaken van een minimum leefgeld voor de cliënt. Vaak is dat leefgeld zó laag dat het moeilijk is om rond te komen.

“Ik kreeg toen van de budgetbegeleiding 1.000 frank om van te leven een heel week. Daarvan moest ik dus 600 frank afgeven aan de psycholoog en dan had ik 400 frank om van te leven en dat is niet veel tegenwoordig.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“Ik krijg 1.500 BEF per week, daar moest ik 800 BEF van de dokter betalen maar ik krijg dat geld niet terug. Wij moeten een briefje invullen met ons banknummer en dan moeten wij dat in een enveloppe steken, in de bus steken van den bond. Dan komt dat op onze rekening.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“En als ik dat leefgeld bekijk, dat is er niet op voorzien je naar de dokter gaat. - Dat recht heb je blijkbaar niet meer.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

8.2.2.2 Vraagzijde

In de volgende paragrafen worden een aantal persoonskenmerken besproken die een belangrijke invloed hebben op de keuze van een patiënt om al dan niet hulp te zoeken. Er wordt voor geopteerd deze te op te nemen onder de titel “drempels m.b.t. gezondheidszorg” omdat ze reeds gerelateerd zijn met het beroep doen op professionele gezondheidszorg. Het zijn kenmerken die zich ontwikkelen op basis van vroegere ervaringen met het gezondheidszorgsysteem of die worden geïnduceerd door het feit dat de betrokkene in armoede leeft.

Drempels specifiek m.b.t. gezondheidszorg

Vraagzijde

gedwongen keuzes

betekenis ziekte / gezondheid

beperkte kennis

beperkte basisvaardigheden

wantrouwen

schaamte

angst

sociale uitsluiting

tijdsperspectief

overlevingscultuur

psychosociale stress

Gedwongen keuzes

Door de financiële situatie is het niet altijd mogelijk om te kiezen voor een gezonde levensstijl en worden mensen soms gedwongen tot ‘ongezonde keuzes’.

Zo worden gezondheidszorgen en de aankoop van medicatie vaak uitgesteld of achterwege gelaten omdat de aankoop van voeding of het afbetalen van schulden primeren.

“Wat is het effect van gezond eten als je in een ongezonde woning zit? En omgekeerd: wat als je in een gezonde woning zit maar gezond eten dan wegvalt. Je moet namelijk de keuze maken.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Men zegt: ‘een mens heeft altijd een vrije keuze’. Neen, wij hebben geen vrije keuze. Wij hebben altijd een verplichte keuze. Wij kunnen niet kiezen voor het gezonde, wij kunnen alleen maar kiezen voor het minst schadelijke.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

[Comme Chez Nous, Charleroi]

In het gesprek verwijzen de participanten bijvoorbeeld naar de weerslag van de financiële situatie op hun voedingspatroon.

“Als ik geen geld meer heb, dan zeg ik ‘patatten met groenten, maar geen vlees, momenten ‘ik ben beter af in den bak, want daar hebben ze tenminste wel soep, patatten, ‘legumen’ en vlees’. Dat kan ik mij niet elke dag permitteren en dat is gewoon broodnodig.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ik zal eerder eitjes bij mijn ‘patatten’ eten, dan heb ik ook eiwitten en dat kost maar 8 BEF voor 2 eieren tegenover een stuk vlees dat kost 30 BEF.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Si tu as 29.000 francs au chômage et tu donne 20.000 francs de loyer qu'est-ce qu'il reste pour manger et te soigner? Parce qu'il faut manger sainement.” [ATD Quart Monde, Brussel]

In het geval dat de medicatie levensnoodzakelijk is, gebeurt het dat mensen minder eten om de medicatie te kunnen kopen.

“Die medicatie, ik kan niet zonder, ik weet dat ik die moet hebben. Dus dan moet ik iets anders laten. Als het mijn laatste 2.000 frank is, dan eet ik minder of dan eet je niet.” [Vzw De Willers, Willebroek]

Definitie ziekte / gezondheid

Ook de manier waarop de participant ziekte en gezondheid percipieert, heeft een invloed op het beroep doen op gezondheidszorg. Ziekte en gezondheid wordt hier niet alleen gedefinieerd als de afwezigheid van klinische symptomen, maar veronderstelt eveneens een financieel, materieel en sociaal welzijn.

“Ziek zijn kost veel geld.” [DAK, Antwerpen]

“Ik ben invalide, maar ik voel mij toch goed. Als kind was ik al 66% invalide, maar ik voel mij nu beter dan toen ik een kind was. Ik voel me gezond door mijn vrouw dat die mij... En het is ook hierboven te doen, in de bovenkamer, hé.” [DAK, Antwerpen]

“Quand on a un problème de santé et on est vraiment à la rue, on ne se préoccupe pas de ça, par ce que la priorité n'est pas la santé.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

Beperkte kennis

Zoals reeds aangehaald bij het aspect ‘onderwijs, vorming en opvoeding’, blijkt het gebrek aan kennis een belangrijk belemmering in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Wanneer mensen diensten of voordelen niet kennen, zullen ze er vanzelfsprekend ook geen beroep op

Sociale uitsluiting

Soms ervaren mensen dat ze sociaal uitgesloten worden uit de maatschappij.

Dit kan zowel een uitsluiting betreffen van een enkel individu als van een groep (vb. de groep van de mensen die in armoede leven).

“Als je zelf niet gaat informeren, dan krijg je dikwijls niets van wat je eigenlijk recht op hebt. Maar je moet u eigen vernederen, je moet dat gaan vragen, je moet dat gaan zeggen tegen de ziekenkas.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ik zeg "mijn portemonnee is niet vol" en ik laat per toeval het woordje ‘OCMW’ vallen en dan daal je precies in waarde. Een goeie dag, dat kan er niet af, tot de volgende keer dat kan er niet af.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Deelrapport 4: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede

“En je voelt je ook beschaamd omdat je stalen krijgt. Ah ja, hij weet dat ook dat ik moeilijk kan betalen voor om lebroek]

“J'ai été obligé pour aller une fois là-bas et ils me disaient : "Tu n'as pas de mutuelle, tu n'as rien." Exclut, exclus ; rejeté, rejeté.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Il y a souvent un jugement précipité qui exclut les SDF d'emblée. Si vous avez un SDF en pleine nuit, en train de dormir sur un banc dans un parc tant qu'il gèle, tant qu'il n'est pas mort il n'est pas en danger.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

“Parce que les SDF, on les traite vraiment comme un chien.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

Mensen uit de sociaal lagere klasse hebben vaak het gevoel dat ze zich moeten verantwoorden voor de aankoop van –in de ogen van de hogere sociale klasse– luxegoederen.

“Het wil niet zeggen dat ge minder hebt, er zijn mensen die misschien minder inkomen hebben dan wij en ik heb het op het moment goed, maar waarom hebben die mensen geen rechten, iemand anders heeft ook telefoon binnenshuis, maar dat ziet niemand.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

De deelnemers pleiten dan ook voor een respectvolle en gelijkwaardige behandeling. Men zou niet zo snel mogen oordelen over uiterlijkheden zonder de achtergrond daarvan te kennen.

“Maar het idee al alleen van de mensen, "ge hebt een gsm, ze zijn zo arm nog niet". Dan kan ik die mensen een trap onder hun gat kunnen geven. Omdat, het wil niet zeggen omdat je arm bent dat je daarom voor alles uitgesloten moet zijn. [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Zeg een aantal dingen dat we zeker mee moeten nemen is ten eerste dat mensen respectvol moeten behandeld worden en dat dit zeker ook geen verschil mag zijn als je zegt “OCMW” of als je het moeilijk hebt of zo. Zeker en vast niet, je blijft een mens en iedere mens heeft recht.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Werd dat kind 's nachts ziek, wat moest je doen? Zeggen tegen die kleine, “blijf even liggen, mama gaat vlug op straat gaan bellen (in een telefoonsel)”.

Bij ons op de hoek in de telefoonsel werkte dat ding niet. Dan moest ik terug de hele andere kant de markt op om daar te gaan bellen. Maar eer je dan terug bent, eer je een dokter aan de lijn hebt, eer je terug thuis bent, ondertussen heb je 500 meter moeten rennen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Als ik moet bellen, dan bel ik hier (in vzw De Keeting) en voor de rest heb ik hem (GSM) juist voor als er een noodgeval is. Als er ergens iets aan de hand is, als ge een dokter nodig hebt of wat er ook is, dat je bereikbaar bent. Indertijd als mijn broer zo ziek was, heb ik die aangeschaft. Omdat we wisten dat het zo slecht met hem ging, zodat ze mij altijd konden bereiken.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Wantrouwen

Soms trachten mensen te anticiperen op mogelijke vormen van uitsluiting vb. discriminatie van autochtonen versus allochtonen of van minder gegoeden versus gegoeden. Deze anticipatie kan zich uiten in wantrouwen tav bepaalde vormen van dienstverlening.

“Het OCMW helpt de vreemdelingen en de Belgen blijven in de kou staan, dat vind ik schandalig!” [DAK, Antwerpen]

Ook op basis van vroegere ervaringen en de groep waartoe ze behoren blijkt dat mensen soms wantrouwig staan ten opzichte van hulpverlening in het algemeen en dienstverlening voor gezondheidszorg in het bijzonder.

“In het weekend is die niet te bereiken hé mijne vaste huisarts en ik vertrouw gene dokter van wacht. Die zei mij, n had, "dat zijn maar voorweeën" en een uur nadien was mijn water gebroken.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“De sociaal assistenten voor goedkope woningen, die zullen in het begin al het mogelijke doen om u vooruit te helpen en raad geven maar als puntje bij paaltje komt, nemen ze een beslissing die in het voordeel is van uw opdrachtgever.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Hoort goed, ik heb ook eens moeten gaan voor mijn maag. Die juffrouw zei: "Meneer "VS", kleeed je maar van kop tot teen uit. Ik zei: "Nee, ik weiger. De reden is, er is één ding dat je moet doen, je moet in mijn mond zijn en niet in mijn buik." [Vzw De Willers, Willebroek]

“On a une expérience de la vie, on est obligé d'avoir ces expériences si non on s'en sort pas.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

Schaamte

Gevoelens van schaamte omwille van de (financiële) situatie, vormen zeker een niet te verwaarlozen belemmering voor het consulteren van een hulpverlener

“Ik voel mij beschaamd elke keer. Als ik bij een dokter moet komen, voel ik mij elke keer beschaamd omdat ik stalen medicatie krijg.” [De Willers, Willebroek]

Angst

Angst kan een belangrijke belemmering vormen voor het individu om hulpverleners te contacteren. Deze angst kan ontstaan zijn door verhalen over ervaringen van anderen of door eigen ervaringen in het verleden.

“Nee, ik heb ooit als kind op internaat gezeten en dan moest ik eens naar de tandarts en die tandarts was zo zat, en die boorde gewoon door mijn lip heen. Dat is genaaid geweest en toen heb ik een schrik opgelopen en sindsdien ben ik nooit meer naar de tandarts geweest.” [DAK, Antwerpen]

“Maar in het begin heb ik zo'n schrik omdat ik denk dat al mijn tanden eruit moeten. Dat die tandarts ze allemaal moet uittrekken. Die komt dan af met die tang en dat kraakt. En dan zeg ik 'Nee, stop maar.' [Vzw De Keeting, Mechelen]

Leven in het hier en nu

Noodgedwongen door de materiële situatie organiseren de deelnemers hun dagelijkse activiteiten rond het hier en nu. Sparen of een financieel denken op lange termijn is vaak niet mogelijk. Er kan opgemerkt worden dat dit denken haaks staat op bepaalde maatregelen ter bevordering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zoals de sociale en fiscale franchise.

“Mensen in armoede leven van dag tot dag.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Als er ziekte mee gemoeid is dan is het enige waar je aan denkt “ik moet daarvan af geraken”. Men leeft van ogenblik tot ogenblik. Men leeft niet met 6 maand later hé.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Par contre venir en ambulance, rentrer en ambulance aux urgences, on s'occupe toute de suite de vous.” [ATD Quart Monde, Brussel]

“Commençons quelque chose en disant, je commence aujourd'hui quelque chose mais le mois après comment je

‘Overleven’ in plaats van ‘leven’

Sommige mensen moeten al hun energie steken in het zoeken naar middelen om te overleven, om dag na dag rond te komen.

“Je zegt dan: ‘Op medicatie ga ik besparen door minder te nemen want ik moet zien dat ik toekom tot volgende maand. Dat probeer ik nu door al een maand, een half pilletje per dag in te nemen. Zo kom ik er misschien wel.’ Maar je merkt dat je je minder goed voelt. Het is eigenlijk uw leven, je bent altijd bezig met dat overleven.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Le minimex, ça donne bonne conscience, parce que ça leur donne un minimum de survie. Si tu paies le logement, si tu veux manger, si tu as des enfants, tu n'as pas de quoi payer des soins de santé. Ou bien tu ne paies pas le logement ou bien tu ne manges pas, en termes de repercuter quelque chose c'est un minimum qui donne une bonne conscience mais c'est tout.

- Ce n'est même pas un minimum vital.

- Ca permet de survivre mais pas de vivre.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

“Après deux jours entre nous dans la rue, vous allez en avoir ras de bol, vous allez dire: ‘ce n'est pas possible’. Vous allez mieux comprendre à ce moment-là. Vous allez dire, comment on fait pour arriver à survivre, c'est survivre qu'on fait c'est pas vivre. Les bourges vivent, nous autres on survit.” [Comme Chez Nous, Charleroi]

Psychosociale stress

Aansluitend bij de ervaring van sociale uitsluiting en financieel ‘vechten om te overleven’ getuigen de participanten van een soms ondraaglijke druk die dit op hen legt.

“Dat is een enorme stressfactor om constant te moeten denken van “Ja, ik heb maar 6.500 frank uit te geven per maand”. Ik ben gisteren naar de huisdokter geweest, ik heb een tenniselleboog. Ik zou dus normaal een bandje moeten kopen en dat is 650 frank. Dat gaat gewoon niet.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“De meeste mensen die een laag inkomen hebben -en dan spreek ik van de kansarmen- die zijn meestal gestresseerd door de druk dat ze dingen niet kunnen betalen en omdat ze onder druk staan van deurwaarders. [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ça m'est arrivé plusieurs fois de pas passer mes enfants à l'école parce que je n'avais pas de boisson et pas de tartines, je n'avais rien. Et l'école m'a dit ‘pourquoi vous n'avez pas mis les enfants à l'école?’ et j'ai dit: ‘désolé, je n'ai rien pour eux’” [ATD Quart Monde, Brussel]

8.2.2.3 Relatie tussen vraag en aanbod

Drempels specifiek m.b.t. gezondheidszorg

Relatie tussen vraag en aanbod

Informatie

Holistische benadering

Communicatie

Attitude van de hulpverleners

8.2.2.3.1 Informatie

Drempels m.b.t. de gezondheidszorg

Voorbeelden

Relatie tussen

vraag en aanbod

A. Informatie

te weinig informatie

te moeilijke informatie

laattijdige informatie

onaangepaste / verkeerde informatie

suggesties voor goede

informatieverstrekking

Het tekort aan informatie wordt door de deelnemers aanzien als een belangrijk obstakel voor een toegankelijke gezondheidszorg. Vaak is men niet of te laat op de hoogte van specifieke regelgevingen of diensten waar men een beroep kan op doen. Hierdoor bereiken de maatregelen vooral dié mensen die over informatie beschikken en blijven de anderen in de kou staan.

Te weinig informatie

Soms is het zo dat er over bepaalde thema's geen informatie beschikbaar is. Indien dit wel het geval is, kan het ook zijn dat de informatie niet via het juiste kanaal ter beschikking wordt gesteld zodat de patiënten de weg ernaar toe niet vinden.

Informatie die wel beschikbaar en bereikbaar is, blijkt dan niet altijd een antwoord te geven op de vragen of noden van de patiënt.

“On ne peut pas savoir qu'on doit aller à la mutuelle, qu'on est obligé de faire ça ou ça, etc. Aucune information. Et s'il te donne de l'information, c'est souvent incomplet.” [ATD Quart Monde, Brussel]

Brussel]

-ce qu'il faut faire, qui il faut contacter et comment le faire.” [ATD Quart Monde,

Laattijdige informatie

Doordat de informatie niet altijd beschikbaar is of de doelgroep niet bereikt werd, hebben een aantal mensen de ervaring dat ze –wat aan hun lot overgelaten– al doende moesten leren en/of dat de informatie te laat kwam.

“Het is ook zo dat je eerst fouten moet maken. De meeste mensen moeten eerst fouten maken en dan worden ze er wel op gewezen: ‘Als je dat niet had gedaan, dan had ik dat nog kunnen doen.’” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Als ze dan zoiets als de zorgverzekering willen doen, dan moeten ze de mensen eerst informeren. Nu kregen we ineens een stortingsformulier mét informatie in ons brievenbus zodat we verwonderd waren dat we in één keer zoveel moesten betalen..” [Vzw De Willers, Willebroek]

Onaangepaste of verkeerde informatie

Een aantal respondenten rapporteert dat ze verkeerde informatie kregen van hulpverleners of dat ze de informatie verkeerd begrepen en dat daaruit verkeerde keuzes voortvloeiden.

“Ze hebben mij ook gezegd "Uw tanden trekken dat kost 10.000 Bef" en ze hebben mij dan 30.000 Bef gevraagd. Voor ze eraan begonnen, hebben ze mij andere prijzen gezegd.” [DAK, Antwerpen]

“Aan de receptie wijzen ze u de weg en zeggen ze "Het is om de hoek" en je vraagt dat daar en het blijkt daar toch niet te zijn.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Suggesties voor een goede informatieverstrekking

Ondanks de verschillende tekortkomingen op het vlak van informatieverstrekking, geven een aantal respondenten aan dat ze ook geschikte informatie kregen.

Tegelijk bevatten deze bemerkingen vaak suggesties om de informatieverstrekking te optimaliseren. Deze suggesties situeren zich zowel op structureel niveau als op het gebied van de attitude van de hulpverlener. Een structurele verbetering zou bijvoorbeeld zijn dat de plaatsen in een ziekenhuis aangeduid worden via gekleurde lijnen, zoals nu soms in ziekenhuizen gebeurt.

“In het militair hospitaal, daar heb je ook dat systeem van die lijnen, daar kan je niet verloren lopen. Dat is een belangrijk ding dat je uw weg kan vinden in het ziekenhuis.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“En als je een plaats wil vinden waar je echt verloren kan lopen, dan ga je naar het AZ. Die weten nog altijd niet van het gebruik van gekleurde lijnen op de vloeren, dat je zo dus de weg kan wijzen naar bepaalde afdelingen. Er hangen bordjes en zo slecht bedrukt en zo onduidelijk geschreven, je denkt ik ben op het 2e verdiep en als je goed kijkt is het 5e verdiep.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Verder wordt de suggestie gedaan dat informatieverstrekking zowel schriftelijk als mondeling zou moeten gebeuren als dat ze via verschillende kanalen tegelijk moet verspreid worden: folders, hulpverleners, diverse media, affiches, enz.

“Oui, je crois que les médias peuvent apporter énormément d'information pour les enfants et je dirais même pour nous adultes aussi. Est-ce que nous on apprend assez de choses par les médias points de vu tout, que ce soit des démarches à faire? On ne trouve pas. On ne sait pas toujours lire les papiers qui nous tombent sous la main mais les médias seraient un moyen vraiment de savoir, de quoi quelqu'un a parlé.” [ATD Quart Monde, Brussel]

Wat de attitude van hulpverleners rond informatieverstrekking betreft, wordt de suggestie gedaan dat de hulpverleners meer tijd en moeite moeten nemen om correcte informatie te geven.

Verschillende deelnemers benadrukken dat het recht op informatie –zeker in de gezondheidszorg– geen inhoudsloos begrip mag zijn. Om dit te verwezenlijken, zou de hulpverlener zich moeten inleven in de patiënt en zich afvragen hoe en welke informatie de patiënt zelf wenst.

“Tegen mijn nicht zei ze dat ik een verwittiging gehad heb en tegen mij zegt ze het niet. En dat mag niet, ik ben de patiënte, ik mag toch weten wat ik mankeer.” [Vzw De Willers, Willebroek]

8.2.2.3.2 Holistische benadering

Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg	Voorbeelden
Relatie tussen vraag en aanbod	
B. Holistische benadering	Contextuele benadering Multi-aspectuele problematiek

Contextuele benadering

Het is belangrijk dat tijdens een opname in het ziekenhuis de patiënt wordt beschouwd als deel uitmakend van een bredere omgeving en dat voldoende aandacht wordt besteed aan de leefomgeving als determinerende factor voor het probleem.

Verder is het belangrijk structuren te voorzien waarop de patiënt na ontslag kan terugvallen en/of die de patiënt opvolgen. Het voorzien van een begeleide ‘uitstroom’ of nazorg is op die manier even belangrijk als werken aan de toegankelijkheid of instroom van diensten.

“Bij psychiatrische instellingen doen ze geen onderzoek naar wat je nu bereikt hebt met die opname.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ik heb ervaren dat ik omwille van het financiële en omwille van mijn zoon, mijn therapie moest stopzetten. Als ge zegt ‘De thuissituatie of financiële redenen laten niet toe om de opname verder te zetten’, dan zeggen ze: ‘Dan moet je maar gaan.’ Dus ze zoeken niet mee naar oplossingen. Zo komt ge terug in die neergaande spiraal en in die vicieuze cirkel van opname, afbreken, opname, afbreken, opname, afbreken.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Multi-aspectuele problematiek

De moeilijkheid die zich in dit kader voordoet is dat de problemen waarmee mensen die leven in armoede te kampen hebben, vaak multi-aspectueel zijn. Meer dan bij andere cliënten is er sprake van een complex kluwen van psychosociale, socio-economische en opvoedingsproblemen, evenals van een chronische, transgenerationele en weerbarstige problematiek.

Dit bemoeilijkt op twee manieren een holistische aanpak van de patiënt.

Eenzijds leidt deze meervoudige problematiek tot de betrokkenheid van **verschillende hulpverleners**. Het is moeilijk deze verschillende vormen van hulpverlening op elkaar af te

stemmen. Anderzijds moeten vaak eerst **acute problemen** worden aangepakt, alvorens kan ingespeeld worden op meer dieperliggende problemen.

8.2.2.3.3 Communicatie

Uit de gesprekken blijkt dat het luisteren naar de patiënt en uitleg geven belangrijke componenten zijn binnen de hulpverlening en een grote indruk nalaten op de perceptie van de zorgverlening.

“Tegen mijn therapeut kan ik alles zeggen wat ik voel. Die zal mij steunen ook. Maar als het alleen maar een gesprek is van "ok, tot volgende week", terwijl ze op het uurwerk kijken en zeggen "ik zie u nog wel",..." [DAK, Antwerpen]

“Omdat de huisarts niet zo veel tijd heeft om naar u te luisteren. Hij heeft het altijd zo druk. Ik kan hem wel iets zeggen, maar dat is niet genoeg. Ik vind het spijtig, want het is altijd het beste voor uzelf dat je bij de huisarts gaat.” [Vzw De Willers, Willebroek]

“C'est une des raisons pour lesquelles j'ai quitté l'hôpital parce que je trouvais que le boulot d'infirmière c'était bien sûr en partie technique je dirai mais moi compris la technicité sans l'aspect relationnel c'est tout a fait impossible comme à cette époque là ce n'était pas encore Charleroi]

8.2.2.3.4 Attitude van de hulpverlener

Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg	Voorbeelden
Relatie tussen vraag en aanbod	
D. Attitude van de hulpverlener	betrekken van de patiënt in het zorgproces te hoge verwachtingen stigmatisering

Betrekken van de patiënt in het zorgproces

De deelnemers aan de focusgroepgesprekken brengen naar voor dat het belangrijk is dat men betrokken wordt bij de diagnosestelling én de behandeling. Hiermee drukken zij de nood uit aan voldoende uitleg over de onderzoeken, de resultaten en de behandelingsmogelijkheden.

“Maar nu heb ik een goede huisdokter gevonden. Als ik daar bel en vraag "Kan je naar hier komen?", dan zegt hij "Is dat voor u haalbaar?" [DAK, Antwerpen]

“Ze zeggen gewoon: "Je moet die therapie doen", maar houden geen rekening met het financiële.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Dan zeggen ze zo van "Als je nu een kind in een pleeggezin doet, dan heb je die kosten niet meer en dan kan je hier blijven", maar wie zegt dat ik dat wil?" [Vzw De Keeting, Mechelen]

Specifiek in het kader van budgetbeheer en –begeleiding kan vastgesteld worden dat wanneer de patiënt weinig betrokken wordt, een gevoel van machteloosheid ontstaat. Dit heeft een grote invloed op het welslagen van de financiële begeleiding.

“Als ik nu echt in de problemen geraak, dan moet ik naar mijn budgetbegeleidster gaan en vragen is er nog iets vrij van mijn budgetrekening dat je kan vrijmaken om die dokter te betalen, om geneesmiddelen te betalen, het zit niet in mijn leefgeld. En als die dame goed gezind is, wordt daar direct een mouw aan gepast en als ze niet goed gezind is, dan mag je 3, 4 keer terugkomen. Maar ondertussen ben je al 3, 4 dagen ziek.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“Ah waar je geen zicht op hebt,... want alles wordt naar de budgetbegeleiding gestuurd of naar het OCMW gestuurd, je gaat ervan uit ‘het wordt geregeld voor mij, hé’. En dan komt de deurwaarder bij u en dan moet jij bewijzen van ik heb al twee drie keren betaald want er is een betalingsplan. Maar je hebt geen bewijs want dat zit in de boekhouding van het OCMW, hé.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

“(Maatschappelijk werker zegt:) ‘Oh ik ben aan het klasseren, volgende week. Volgende week, ja ik heb gene tijd gehad vorige week, het zal voor volgende week zijn’.” [Vzw De Keeting, Mechelen]

Te hoge verwachtingen

Soms zijn de verwachtingen van de hulpverlener t.o.v. de patiënt hoog; men verwacht dat de patiënt een inzicht heeft in zijn problematiek, verbaal sterk is, zijn hulpvraag duidelijk is, hij gemotiveerd is om iets te doen aan zijn situatie, ... Dit kan de patiënt een gevoel van onmacht geven.

Stigmatisering

Diensten staan er niet altijd bij stil wat het betekent voor de patiënt om hulp te moeten vragen. Gevoelens van stigmatisering, schaamte en onmacht kunnen hiermee gepaard gaan en een drempel voor de hulpverlening betekenen.

“Quand on dit qu'on dépend du CPAS, on te ferme la porte au nez. On ne te regarde même pas. On ne fait pas la peine de ment quels symptômes tu as.” [ATD Quart Monde, Brussel]

8.3 Randbemerkingen bij de onderzoeksresultaten

Tijdens de fase van terugkoppeling van de gegevens tussen de onderzoeksgroep en onderzoekspopulatie werden opmerkingen geformuleerd door de verenigingen. De meeste daarvan leidden tot aanpassingen in bovenvermelde onderzoeksresultaten.

Enkele bemerkingen kwamen niet eerder aan bod tijdens de focusgroepgesprekken of werden achteraf aangebracht door verantwoordelijken van de verenigingen, waardoor ze hier afzonderlijk opgenomen worden.

Een belangrijke opmerking die een aantal deelnemers formuleren bij het nalezen van de resultaten is dat veel nadruk zou moeten liggen op het feit dat mensen die in armoede leven vaak geen keuzes kunnen maken, maar gedwongen worden tot bepaalde beslissingen. Dit komt bijvoorbeeld naar voor in 8.2.2.2 waar uit de citaten blijkt dat men omwille van financiële of andere overwegingen, prioriteiten moet stellen. Gezien de aard van het onderzoek, kunnen echter geen valide uitspraken gedaan worden over de belangrijkheid van de verschillende factoren.

Vervolgens komen er een aantal randbemerkingen die specifiek betrekking hebben op de situatie van daklozen.

Een dakloze zal zich zelden spontaan naar een hulpverleningsdienst begeven voor een medisch probleem, tenzij het zeer ernstig is. Vaak is de aanleiding voor een consultatie een materieel of administratief probleem.

Dit kan verklaard worden door hun onwillingheid om te praten over gezondheidsproblemen. Zij beschouwen ook vaak hun lichaam als het enige en laatste waarover ze nog zelf controle hebben waardoor zij zich moeilijk kunnen toevertrouwen aan de zorgen van professionele hulpverleners. Het creëren van een vertrouwenssfeer is dan ook essentieel bij het eerste contact tussen patiënten en hulpverleners.

Verder zijn de institutionele structuren en maatregelen genomen door de overheid niet in overeenstemming zijn met de leefwereld van iemand die op straat leeft; men is niet gewoon om in geordende structuren te functioneren. Het vraagt grote inspanningen om de drempel van ziekenhuizen of andere diensten te overschrijden. Eens men die drempel overwonnen heeft, is het belangrijk de juiste begeleiding te geven en de persoon de tijd te geven die hij nodig heeft om

zijn vaardigheden terug te winnen nodig om op een autonome manier om te gaan met de aangeboden hulp.

In de besluiten werd ook de specifieke cultuur van daklozen aangeduid als een mogelijke drempel voor het zoeken van professionele hulp. Een medewerker van een vereniging geeft aan dat de fierheid en het zelfrespect ook een bevorderende factor kan zijn, die hun energie geeft om hulp te vragen. De voorwaarde hierbij is dat de hulp niet opgedrongen werd.

Een laatste opmerking in verband met de groep daklozen, betreft de impact van onderzoeksmiddelen op het bereiken van deze groep. Tijd en dus meer financiële middelen zijn nodig om deze groep bij een onderzoek te kunnen betrekken, als ook de toepassing van een specifieke onderzoeksmethodologie voor deze groep.

9 FORUM “ARMOEDE EN GEZONDHEID: KNELPUNTEN IN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG. VAN ERVARINGEN EN ONDERZOEK NAAR BELEID”

9.1 Doelstelling

Het Forum had als doel om de dialoog met mensen die leven in armoede verder te zetten evenals andere actoren betrokken bij de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te betrekken:

beleidsontwikkelaars, veldwerkers, onderzoekers, ...

Eenzijds werden op deze dag de knelpunten die geïdentificeerd werden in de voorgaande fasen van het onderzoek, gepresenteerd. Anderzijds werd in werkgroepen waarin de verschillende actoren (beleidsmedewerkers, mensen die leven in armoede, onderzoekers, veldwerkers, ...) vertegenwoordigd waren, dieper ingegaan op deze knelpunten en werden concrete aanbevelingen voor het toekomstig beleid geformuleerd.

9.2 Deelnemers

Belangrijk bij de organisatie was de toegankelijkheid van het Forum en de effectieve deelname van alle betrokkenen bij het thema ‘toegankelijkheid van de gezondheidszorg’, in het bijzonder de mensen in armoede zelf.

Hiertoe werden vrijwel alle Belgische verenigingen waar armen het woord nemen aangeschreven, alsook andere verenigingen die in hun dagelijkse activiteiten bijzondere aandacht besteden aan deze doelgroep. Verder genoten mensen uit kwetsbare maatschappelijke groepen vrijstelling van inschrijvingsgeld en leden van de verenigingen die deel uitmaken van de werkgroep gezondheid binnen het Steunpunt voor Bestrijding van Armoede ontvingen een tegemoetkoming voor de verplaatsing van en naar het Forum.

Er werden ongeveer 3000 uitnodigingen verspreid met bijzondere aandacht voor het bereiken van mensen die in armoede leven.

Omwille van een maximumcapaciteit van de infrastructuur van 260, werd het aantal inschrijvingen stopgezet bij 309. Uiteindelijk waren 265 deelnemers aanwezig op het Forum, waarvan 186 Nederlandstaligen (70%) en 59 Franstaligen (30%).

Een overzicht van de functie van de deelnemers is opgenomen in Tabel 1.

Hieruit blijkt dat de verschillende actoren betrokken bij de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (mensen die in armoede leven, beleidsmedewerkers, veldwerkers en onderzoekers) vertegenwoordigd waren op het Forum.

De doelstelling om mensen die leven in armoede te bereiken werd gerealiseerd: ongeveer 1/3 van de deelnemers behoort tot deze groep.

Tabel 1: Deelnemers opgesplitst naar functie

	Aantal	%
Lid van een organisatie waar armen het woord nemen	90	34 %
Veldwerkers	64	24 %
Studenten	36	14 %
Onderwijs en onderzoek	35	13 %
Betrokken bij beleidsvoering (ministerie, ziekenfondsen, ...)	40	15 %
Totaal	265	100 %

9.3 Evaluatie door de deelnemers

De deelnemers hadden de mogelijkheid een evaluatieformulier in te vullen dat zij ontvingen samen met hun werkdocumenten.

In dit formulier werd naar een aantal algemene gegevens gevraagd (leeftijd, geslacht, functie) en werden een aantal evaluatievragen gesteld met betrekking tot het verloop van de dag. Concreet werd hierbij gevraagd naar de algemene indruk over de studiedag, de beoordeling van de presentatie van de onderzoeksresultaten, de mogelijkheid om je mening te zeggen in de werkgroep, de inhoudelijke discussie in de werkgroep, de plenaire samenvatting van de bevindingen uit de werkgroepen en de praktische organisatie van de dag.

71 Deelnemers bezorgden het evaluatieformulier terug; 59 Nederlandstalige deelnemers (80%) en 12 Franstalige deelnemers (20%).

Een overzicht van de functie die de respondenten uitoefenen, is terug te vinden in Tabel 2.

De respondenten vormen een vrij goede vertegenwoordiging van de deelnemers aan het Forum

met uitzondering van de beleidsmedewerkers; deze zijn sterk ondervertegenwoordigd in de steekproef (4% van de respondenten t.o.v. 15% van de deelnemers).

Tabel 2 : Overzicht van de functie van de respondenten

	Aantal	%
Lid van een organisatie waar armen het woord nemen	27	38,0 %
Veldwerker	22	31,0 %
Onderwijs en onderzoek	8	11,3 %
Betrokken bij beleidsvoering (ministerie, ziekenfondsen, ...)	3	4,2 %
Anderes*	9	12,7 %
Geen informatie	2	2,8 %
Totaal	71	100 %

* vnl. studenten sociale verpleegkunde en geneeskunde

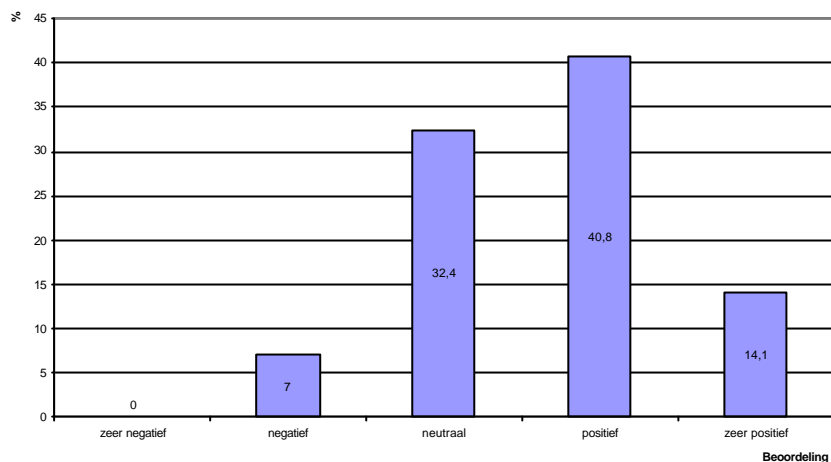
In het evaluatieformulier werd gevraagd naar de algemene indruk over de studiedag, de beoordeling van de presentatie van de onderzoeksresultaten, de mogelijkheid om je mening te zeggen in de werkgroep, de inhoudelijke discussie in de werkgroep, de plenaire samenvatting van de bevindingen uit de werkgroepen en de praktische organisatie van de dag.

32% van de respondenten hebben een neutrale, **algemene indruk** van het Forum.

55% van de respondenten hebben een positieve tot zeer positieve algemene indruk van het Forum.

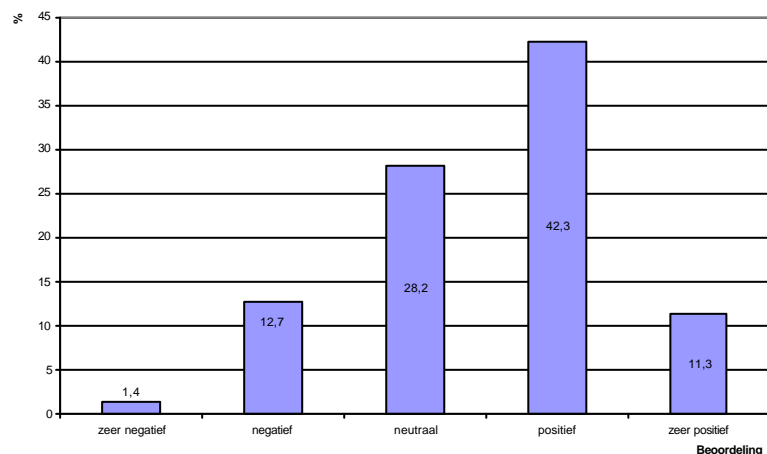
Slechts 7% van de respondenten hebben een negatieve algemene indruk (zie Figuur 2).

Figuur 2: Algemene indruk van het Forum



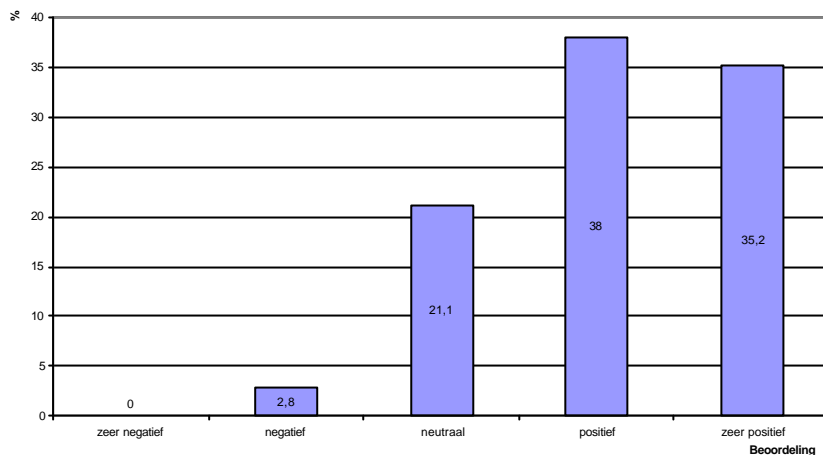
28% van de respondenten beoordelen de **presentatie van de onderzoeksresultaten** als neutraal. 53% beoordelen deze presentatie als positief tot zeer positief (zie Figuur 3).

Figuur 3: Presentatie van de onderzoeksresultaten



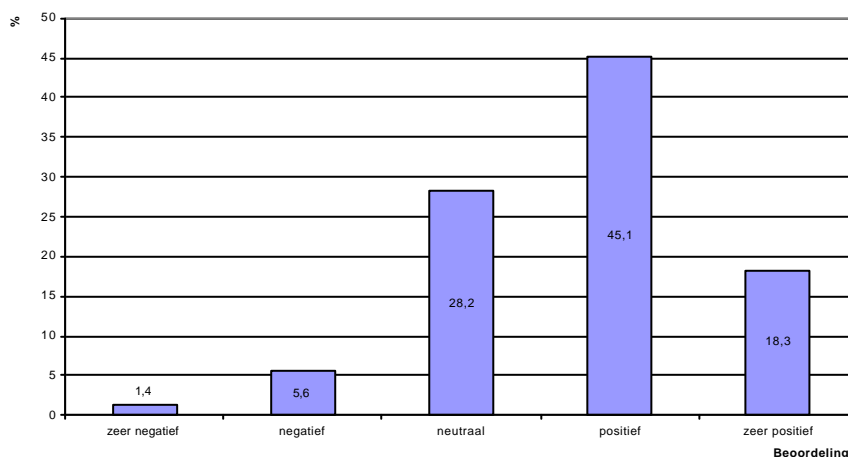
21% van de respondenten geven aan dat hen voldoende de mogelijkheid geboden werd hun **mening te geven** tijdens de werkgroepen. 73% van de respondenten vonden dat ze goede of zeer goede mogelijkheden hadden om hun mening te geven tijdens de werkgroepen (zie Figuur 4).

Figuur 4 : Mogelijkheid eigen mening te geven tijdens de werkgroepen



63% van de respondenten beoordeelt de **inhoudelijke discussies** van de werkgroep goed tot zeer goed, 28% staat hier neutraal tegenover. Slechts 7% vindt de inhoudelijke discussie slecht tot zeer slecht (zie Figuur 5).

Figuur 5 : Inhoudelijke discussie tijdens de werkgroep

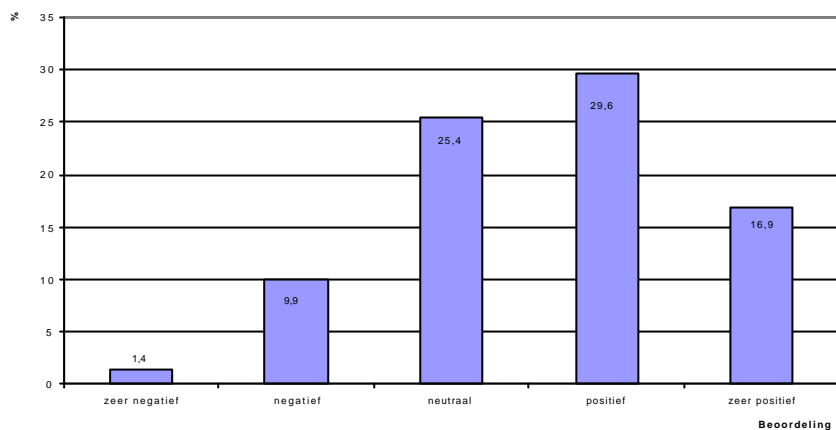


Op het einde van de dag werden de bevindingen uit de werkgroepen kort samengevat.

47% van de respondenten vindt de **plenaire samenvatting van de besprekingen** in de werkgroepen goed tot zeer goed. 10% vindt deze niet goed.

Over dit punt ontbrak informatie bij heel wat respondenten, wellicht omdat deze presentatie op het einde van de dag kwam; een aantal deelnemers waren op dat moment niet meer aanwezig op het Forum (zie Figuur 6).

Figuur 6: Tevredenheid met de plenaire samenvatting van de bevindingen uit de werkgroepen

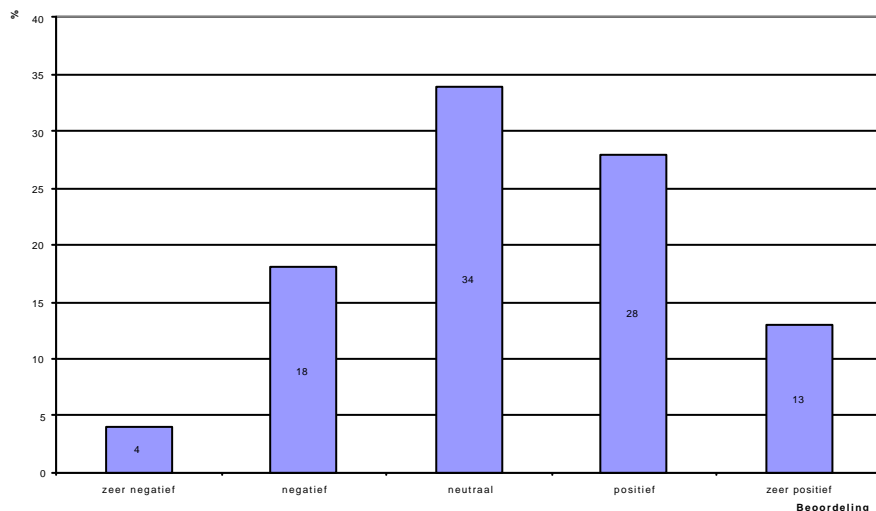


Wat betreft de **praktische organisatie** van de dag vinden 41% van de respondenten deze goed tot zeer goed, 34% staat hier neutraal tegenover en 22% vinden deze niet goed tot helemaal niet goed.

De laatsten verwijzen hierbij vooral naar de onduidelijkheden in de programmatie (wijzigingen in de volgorde van de werkgroepen en de plenaire sessies).

Voor een grafische voorstelling zie Figuur 7.

Figuur 7 : Praktische organisatie van de dag



10 CONCLUSIES FORUM 14/12/2002

10.1 Gevolgde procedure

De conclusies van het Forum zoals deze hieronder zijn opgenomen, zijn het resultaat van een interactief proces met de deelnemers.

Tijdens de werkgroepen op het Forum werd verslag genomen door een secretaris. Deze toetste op het einde van elke sessie zijn notities bij de deelnemers.

De verslagen van alle werkgroepen (13) werden verzameld bij de onderzoeksequipe die hiervan een samenvattend verslag maakte waarbij alle knelpunten en suggesties werden geïnventariseerd. Enkele weken na het Forum ontvingen alle deelnemers dit verslag per post of per e-mail, evenals de uitgeschreven voordracht van Minister Vandenbroucke. Er werd aan de deelnemers gevraagd eventuele opmerkingen door te mailen naar de onderzoeksequipe. Het verslag werd op basis van de ontvangen opmerkingen bijgewerkt.

10.2 Werkgroep 1:

Het belang van goede communicatie en informatie

10.2.1 Informatiedoorstroming van de overheid naar de hulpverleners/patiënten

Probleemstelling:

het gezondheidszorgsysteem is een administratieve en wettelijke **doolhof**

problemen met informatiedoorstroming naar hulpverleners:

van beleid naar hulpverleners (verticale doorstroming)

problemen met **informatiedoorstroming naar** tussen de verschillende hulpverleners

(horizontale doorstroming)

patiënten

patiënten hebben vaak onvoldoende informatie en weten hierdoor vaak niet welke

tussenkomen zij kunnen genieten en het is ingewikkeld om hierop een zicht te krijgen

Suggesties:

aanstellen van **iemand die de zorg voor elke patiënt coördineert:**

de vaste huisarts vormt de centrale figuur in de zorg voor de patiënt, hij coördineert de volledige

zorg voor de patiënt en is het aanspreekpunt voor de patiënt voor informatie

nadeel: doorverwijzen naar tweede lijn via eerste lijn: zorg wordt duurder voor de patiënt (als er telkens een persoonlijke bijdrage wordt gevraagd)

doorstroming van informatie over financiële toegankelijkheid **van beleid naar hulpverleners** door de bevoegdheden binnen de verschillende overheden minder te versnipperen dan nu het geval is

doorstroming van informatie **binnen het hulpverlenersnetwerk**

dit kan o.a. verbeterd worden door:

meer multidisciplinair te werken : kan gestimuleerd worden door de overheid

in de vorming en navorming van hulpverleners (ook artsen !) aandacht te besteden aan nieuwe maatregelen, veranderingen in de wetgeving, ... (vb. via overlegtafels tussen hulpverleners)

een systeem waardoor informatie vlot en onmiddellijk beschikbaar is, op het moment dat men op zoek is naar informatie (via internet?)

informatiedoorstroming **naar patiënten** een dubbele benadering

de universele aanpak: via massamediale campagnes

massamedia kunnen een belangrijke bron van informatie zijn maar zijn niet voor alle berichten het ideale medium vb. informatie over maatregelen voor een heel specifieke en beperkte groep van patiënten

voor welke informatie zijn de massamedia geschikt ?

het uitbouwen van een duidelijke politiek omtrent informatieverstrekking naar de patiënt

de massamedia dienen verantwoordelijkheid op te nemen om informatie te verspreiden die gericht is op de gehele bevolking

vaak is informatie die verspreid wordt via massamedia vooral gericht op de middenklasse

het ondersteunen van initiatieven die de toegankelijkheid van de nieuwe media (vb. internet) tot doel hebben

de selectieve aanpak: via diensten / hulpverleners met een lage drempel

het aanstellen van iemand die de zorg coördineert op de eerstelijns !

via wijkgezondheidscentra en buurtcentra⁶ (inschakelen van vertrouwenspersonen)

⁶ De stedelijke buurtwerkingen zijn wijkgebonden diensten van de Dienst Sociale Zaken en Huisvesting.

belang zelfhulpgroepen (krijgen echter te weinig subsidies)
mondelijke informatie blijft erg belangrijk omdat onmiddellijk kan nagegaan worden of de patiënt de informatie begrijpt
mogelijkheid tot laagdrempelige kennismaking met verschillende diensten via vb.
informatiesessies in buurtcentra
laagdrempelige “medische informatiepunten” waar patiënten terecht kunnen met vragen en waar ze terecht kunnen voor ondersteuning bij het formuleren van hun hulpvraag
vb. van een initiatief: in het nachtverblijf voor daklozen kunnen mensen ook terecht voor vragen ivm het gezondheidszorgsysteem
elke organisatie neemt de verantwoordelijkheid om op duidelijke manier informatie beschikbaar te stellen / te verspreiden over haar dienstverlening
! diensten moeten hiertoe over de nodige infrastructuur en middelen beschikken;
apart budget voor de verbetering van informatie en communicatie met maatschappelijk kwetsbare groepen
! deze selectieve aanpak geeft de mogelijkheid de communicatie aan te passen aan de doelgroep (rekening houden met evtl. taalproblemen, met het feit dat de patiënt geen toegang heeft tot computers (internet), ...)

Men probeert er, via een wijkgebonden aanpak, een oplossing te bieden voor allerlei problemen waarmee de plaatselijke bevolking wordt geconfronteerd. Daarenboven wil de buurtwerking een steunpunt zijn om te werken aan een structurele verbetering van de leefomgeving en het welzijn van de sociaal meest achtergestelde burgers. Hiervoor probeert men via allerhande ontmoetingsactiviteiten, gedragen door vrijwilligers uit de wijk, bewoners te mobiliseren

10.2.2 Toekennen tegemoetkomingen

Probleemstelling:

- tegemoetkomingen worden **niet automatisch** toegekend
patiënt heeft het gevoel te “bedelen” om een bepaald voordeel terwijl dit een recht is
dit leidt tot frustratie en evtl. tot agressie
- het **stopzetten van bepaalde tegemoetkomingen**, ... (vb. ook de ziekteverzekering)
gebeurt soms buiten het weten van de patiënt om
vb. de patiënt moet ondervinden dat hij niet meer in orde is met de ziekteverzekering
doordat prestatiebriefjes niet meer werden terugbetaald

Suggesties:

bij de creatie van nieuwe tegemoetkoming zou het **initiatief niet bij de rechthebbende** zelf moeten liggen, maar in de eerste plaats bij de overheid en verder ook bij het netwerk van hulpverleners (dat op zijn beurt voldoende doorzichtig geïnformeerd moet zijn).

de mutualiteit **informeert de patiënt actief** indien hij plots niet meer in orde is met de ziekteverzekering (vb. door wijziging statuut, vergeten indienen van een formulier, ...)

10.2.3 Kennis van de leefsituatie van de patiënt bij de hulpverlener

Probleemstelling:

hulpverleners zijn niet altijd op de hoogte van de moeilijke levensomstandigheden van de patiënt

in het bijzonder zijn specialisten zich vaak niet bewust van de financiële moeilijkheden van de patiënt (zij worden hiermee doorgaans niet geconfronteerd gezien zij vaak het geld niet zelf innen)

hulpverleners **benaderen de situatie** van patiënten vaak vanuit hun eigen sociaal-economische achtergrond die vaak heel verschillend is van de achtergrond van de patiënt

het gevolg hiervan is dat hulpverleners het gedrag van patiënten soms **veroordelen** en niet open staan voor de reden waarom een patiënt een bepaalde keuze maakt

vb. een alleenstaande moeder neemt ontslag uit het ziekenhuis omdat er niemand is die voor haar kind kan zorgen, zij wordt door de hulpverleners beschouwd als therapie-ontrouw

patiënten hebben soms problemen om hun zorgvraag te formuleren (ambulante psychiatrische patiënten worden hierbij apart vermeld als kwetsbare groep)

Opmerkingen:

de mutualiteit was een laagdrempelige bron van informatie: het informeel contact tussen de loketbediende en de patiënt is sterk verminderd sinds overschakeling van de terugbetaling van de medische kosten aan het loket naar de terugbetaling via de bankrekening van de patiënt
deze informatiefunctie werd niet overgenomen door een andere dienst
een patiënt begeleid door een hulpverlener krijgt het respect van andere hulpverleners dat hij anders niet krijgt (belang van toeleiding en begeleiding)
communicatie: tweede trede in de trap; eerst komt de toegankelijkheid!
administratieve formaliteiten mogen de zorg niet vertragen
kwaliteit van zorg moet gelijk zijn voor iedereen

In deze werkgroep werden ook volgende thema's besproken:

voorschotten in ziekenhuizen

sociale dienst in ziekenhuizen

de invoering van de sociale protonkaart

Opmerkingen hieromtrent werden opgenomen in het verslag van de werkgroepen die deze thema's behandelen.

10.3 Werkgroep 2:

De organisatie van het gezondheidszorgsysteem: een hinderpaal voor de toegankelijkheid?

10.3.1 De organisatie van een toegankelijke gezondheidszorg

Probleemstelling:

Het gezondheidszorgsysteem is **te complex** en daardoor onvoldoende transparant voor patiënten én voor hulpverleners
er is **voldoende aanbod** van gezondheidszorgvoorzieningen,
maar deze diensten zijn vaak **onvoldoende transparant, niet altijd toegankelijk** (men heeft geld of een equivalent zoals een medische kaart nodig om toegang te krijgen) en **onvoldoende beschikbaar** (gesloten tijdens het week-end, ...)
de **toenemende diversificatie** in de gezondheidszorg (en dus ook de toenemende onduidelijkheid) vormt een drempel die zal blijven groeien door het groot toenemend aantal specialisaties in de geneeskunde

Suggesties:

nood aan een **centrale figuur** die de **medische zorg** voor de patiënt coördineert (bijhouden dossier, opvolgen resultaten onderzoeken, ...) en die een aanspreekpunt is voor de patiënt
een functie voor de huisarts
belangrijke rol van de thuisverpleegkundigen: zij hebben een duidelijk zicht op de dagdagelijkse leefomgeving van de patiënt
hoe kunnen zij hun signaleringsfunctie waarmaken? dit staat haaks op de huidige nomenclatuur
voorwaarden: aangepaste verloning + erkenning van centrale functie door alle andere hulpverleners + **echelonnering !** (een bezoek aan de specialist is goedkoper (of enkel mogelijk) indien doorverwezen door de huisarts)
toegankelijke zorg = aandacht voor voor-zorg (preventie) en voor na-zorg
nood aan een **centrale figuur** die de **sociaal-maatschappelijke zorg** voor de patiënt coördineert (bijhouden dossier, nagaan van welke tegemoetkomingen hij kan genieten, ...) en die een

tussenpersonen die het aanbod van diensten kennen en patiënten kunnen begeleiden op hun zorgtraject

een functie voor het OCMW?

de spoedopname

open 24u/24 u + attitude bij de patiënt: “we willen voor alles snel een oplossing”

uitgestelde betaling (de rekening komt later)

beeldvorming bij de patiënt: “specialisten leveren betere zorg dan huisartsen” (vertrouwen in technologie)

vormt de eerstelijns hulp voor patiënten zonder huisarts

MAAR:

geen financiële drempel op het moment van de consultatie maar wat met de medicatie?

vb. de spoedopname levert voorschriften af zonder dat de patiënt geld op tafel moet leggen maar hij heeft nog steeds onvoldoende geld voor de aankoop van de medicatie

zeer duur achteraf

geen contextuele benadering van de patiënt (de spoedopname heeft geen zicht op de levensomstandigheden en op de geschiedenis van de patiënt)

suggestie: de aanwezigheid van een voorziening huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg dichtbij het ziekenhuis of een afdeling binnen het ziekenhuis waarnaar mogelijk verwezen kan worden wanneer iemand zich oneigenlijk aanbiedt bij de spoedopname

Voorbeeld van toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg: de wijkgezondheidscentra

Voordelen:

forfaitair stelsel, geen persoonlijke bijdrage of “remgeld” (soms ook gratis medicatie)

waarborg van de toegankelijkheid

geen stigmatisering (niet enkel patiënten uit sociaal kwetsbare groepen)

contextuele en multidisciplinaire benadering van de patiënt

gericht op de wijk

gemotiveerde medewerkers

Nadelen:

de vraag is groter dan het aanbod

bepaalde geografische spreiding

tijdens het weekend en 's nachts moet men een beroep doen op een dokter van wacht die niet in het wijkgezondheidscentrum werkt en die het systeem van de forfaitaire betaling niet toepast te weinig mensen kennen de wijkgezondheidscentra bij doorverwijzing naar de tweede lijn doen zich nog steeds problemen voor men moet een arts die in het centrum werkt kiezen meer een uitzondering dan een regel grote motivatie nodig van de medewerkers hebben soms de naam enkel voor marginalen te werken: stigmatiserend voor de patiënt

10.3.2 Afstemming en samenwerking tussen diensten bv. diensten voor maatschappelijk werk en gezondheidszorgvoorzieningen

Probleemstelling:

het **medisch vangnet** is voldoende stevig (artsen werken samen met het OCMW) maar dit moet aangevuld zijn met een voldoende stevig **sociaal vangnet** (dit om vb. administratieve problemen op te lossen)

vb. om gebruik te kunnen maken van het medisch vangnet (medische zorgen die betaald worden door het OCMW) heeft men eerst het sociaal vangnet nodig (om de procedure af te handelen zodat het OCMW de kosten wil dragen)

de dienstverlening is **te gefragmenteerd** en hulpverleners verliezen daardoor het globaal zicht op de situatie van de patiënt

de **taakomschrijving** van de verschillende diensten is onduidelijk waardoor er zich overlappingen voordoen, wat inefficiënt is

hulpverleners zijn **niet altijd op de hoogte** van het bestaan van de verschillende diensten en tegemoetkomingen

het is voor de medische hulpverlener vaak zeer moeilijk om het **statuut en de situatie van de patiënt** te kennen waardoor de personen die echt nood hebben aan gratis verzorging soms moeilijk herkend worden

levensomstandigheden (ongezonde woning, ontoereikende inkomsten, ...) worden onvoldoende beschouwd als bepalende factor voor een slechte gezondheid

Suggesties:

coördinator medische zorg / coördinator sociaal-maatschappelijke zorg (supra), bij voorkeur opererend op de eerste lijn

institutionalisering van **samenwerkingsinitiatieven** vb. de SIT's/ SEL's

het nut van **multidisciplinaire samenwerking** en het multidisciplinair opvolgen van de patiënt
vorming en navorming van hulpverleners: aandacht voor de functie en de rol van andere disciplines

taakafbakening en afspraken omtrent bevoegdheden van de verschillende diensten

het verbeteren van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg is slechts één piste om sociale verschillen in gezondheid terug te dringen, ook andere aspecten moeten worden aangepakt vb.

huisvesting (vb. door subsidies toe te kennen voor het isoleren van huizen, door het uitbreiden van de opvang voor daklozen, ...)

het nut van **multidisciplinaire samenwerking en het multidisciplinair opvolgen** van de patiënt, met aandacht voor een preventieve aanpak

de maatregelen die genomen worden om de toegankelijkheid te bevorderen moeten betrekking hebben op 'voorzorg', 'opvolging' en 'nazorg'. Deze moeten op elkaar afgestemd worden.

10.3.3 Rol van het OCMW

Probleemstelling:

werking OCMW's is **zeer verschillend** van gemeente tot gemeente, gebrek aan een samenhangend beleid

vb. elk OCMW beslist vrij zelfstandig over wat en hoe ze tussenkomt bij de financiering van medische zorgverlening

aan **illegalen** wordt zorg ontzegd indien er geen akkoord is van het OCMW (probleem van interpretatie van KB 12.12.96 m.b.t. 'Dringende medische hulpverlening')

het OCMW moet transparanter werken

het **verzoekschrift** zou als methode moeten verdwijnen, het zou moeten gaan om rechten die duidelijk zijn

patiënten afhankelijk van het OCMW voelen zich beperkt in hun **vrije keuze van arts**;

het aantal artsen waarmee het OCMW een overeenkomst sloot en waaruit de patiënt kan kiezen blijkt (te) beperkt te zijn

het OCMW beschikt niet over de middelen en het personeel om een **permanentie** te garanderen

10.3.4 De situatie van mensen zonder papieren (MZP), mensen zonder wettig verblijf

hebben vaak geen huisarts en gaan rechtsreeks naar het ziekenhuis, waardoor hun medische gegevens vaak verspreid zitten over verschillende spoeddiensten (en waardoor hun gezondheidssituatie vaak niet adequaat opgevolgd wordt)

onvoldoende opvolging van hun gezondheidsproblemen, gebrek aan een centraal bijgehouden medisch dossier

hebben geen toegang tot de ziekteverzekering, ondanks het feit dat sommigen bereid zijn / de mogelijkheden hebben om de bijdrage te betalen

worden vaak geweigerd door hulpverlener of door het ziekenhuis

Vb. MZP worden soms bij een bevalling of een verkeersongeval gevraagd om een voorschot of de volledige kostprijs te betalen, als ze dit niet kunnen, worden ze niet behandeld

probleem van medisch toerisme (mensen ontvluchten hun land om zich te laten behandelen in België, vaak omdat er in hun land geen goede sociale zekerheid is)

10.3.5 Opmerkingen

ziekenhuis:

- geen continuïteit van zorg
- geen opvolging van de patiënt
- geen contextuele benadering
- duur

het gezondheidszorgbeleid houdt geen rekening met personen die niet of slecht verzekerd zijn, het laat de zorg voor deze mensen over aan vzw's (ondanks de uitbreiding van de verzekeraarbaarheid zijn er nog mazen in het vangnet)

ziekenhuizen proberen te ontkomen aan de toepassing van de wet tot “Dringende medische hulpverlening” aan mensen zonder papieren (dit door te verwijzen naar andere ziekenhuizen of naar de eerste lijn)

bij het uitvaardigen van nieuwe maatregelen moet worden nagegaan of aan de voorwaarden voor het invoeren ervan is voldaan vb. voldoende juist geschoold en beschikbaar personeel

hulpverleners die solo werken (vnl. huisartsen) moeten vaak zelf zo veel administratieve formaliteiten vervullen waardoor er weinig tijd overblijft voor de zorg voor sociaal kwetsbare patiënten

belang van preventie, voldoende aandacht voor geestelijke gezondheid

mensen die leven in armoede zouden een wetenschappelijk verantwoorde ‘check-up’ moeten krijgen, zodat men een algemeen gezondheidsbilan van deze mensen kan opmaken

sociale dienst ziekenhuis

vlottere doorverwijzing noodzakelijk

HA stelt ZH reeds op hoogte van de moeilijke financiële situatie van de patiënt

betera samenwerking met andere diensten (afstemmen hulpverlening) waaronder verenigingen waar armen het woord nemen

nood aan normering, functie- en taakomschrijving van de sociale dienst

overbelasting hulpverleners aanpakken!

In deze werkgroep werden o.m. ook volgende thema’s besproken:

moeilijkheden van de patiënt om zijn zorgvraag te formuleren

kennis van de hulpverleners over de leefsituatie van de patiënt

regeling derde betaler

communicatie tussen hulpverleners

voorwaarden voor informatieverlening naar patiënten

belang van informeel contact tussen hulpverlener en patiënt voor informatie-uitwisseling (vb. loket van de mutualiteit)

nut van persoonlijke bijdrage of “remgeld”

uitbreiding van de verplichte verzekering

medische protonkaart

armoede en gezondheid

De opmerkingen hieromtrent werden opgenomen in het verslag van de werkgroepen die deze thema’s behandelen.

10.4 Werkgroep 3: Ziek zijn is duur

10.4.1 Algemeen

Probleemstelling:

maatregelen die tot nu toe genomen zijn (MAF, franchise, ...) zijn **sluiten niet aan** bij de dagelijkse realiteit en beleving van mensen uit maatschappelijk sociaal kwetsbare groepen

bestaande maatregelen zijn wettelijk zeer complex en te **weinig bekend** (zowel bij patiënten als bij hulpverleners)

selectieve maatregelen: gevaar van **stigmatisering**

de toekenning van tegemoetkomingen wordt vaak bepaald op basis van het inkomen zoals geregistreerd bij de fiscus, er wordt geen rekening gehouden met het werkelijk beschikbaar gezinsinkomen (dit kan lager liggen omwille van echtscheiding, schulden, ...)

ondoorzichtig systeem van **tarifiering** (al-dan-niet geconventioneerde artsen, afhankelijk van het type kamer bij een ziekenhuisopname, ...)

nood aan laagdrempelige en gratis preventieve gezondheidszorg, ook voor volwassenen zoals vb. Kind en Gezin voor kinderen

dit om te voorkomen dat een gezondheidsproblematiek chronisch wordt

Suggesties:

universele dekking door de verplichte verzekering, afbouwen aanvullende verzekeringen en privé verzekeringen

eventueel het inschrijvingsbedrag bij de verzekeringsinstelling afhankelijk van het inkomen

zo vermijden van een dualisering van de gezondheidszorg

één universeel systeem voor de eerstelijnsgezondheidszorg

de toepassing van bepaalde maatregelen zou als een **automatisch recht** moeten gebeuren op basis van gegevens die op de SIS-kaart staan (ipv het gebruik van aanvraagformulieren)

het **stigmatiserend effect van het OCMW wegwerken** door het verder uitbouwen van de algemene, universele dienstverlening van de dienstencentra van het OCMW (vb. maaltijden, pedicure, internet, ...)

10.4.2 Maximum factuur voor gezondheidszorgen (MAF)

Probleemstelling:

hoge drempel vóór men kan genieten van een vrijstelling

vele kosten worden **niet opgenomen** vb. supplementen

geld moet nog steeds **voorgeschoten** worden

slechts voor een **beperkt deel van de bevolking** betekent deze maatregel een vooruitgang vb. voor chronisch zieken

selectieve maatregel: de drempel wordt bepaald door het inkomen

de MAF sluit mensen met een hoger inkomen uit en kan daardoor een geneeskunde met twee snelheden in de hand werken

qua administratie een zeer complex en dus ook een zeer **duur systeem**

Suggesties:

voor bepaalde categorieën van patiënten komen de kosten die niet opgenomen worden in de MAF

maar die toch noodzakelijk zijn, in aanmerking voor **terugbetaling** door het OCMW

regeling derde betaler voor iedereen, de remgelden worden opgenomen in de MAF

de maximumfactuur **op maandbasis** bepalen (vb. 35 Euro) i.p.v. op jaarbasis

verlagen van het bedrag van de drempel voor de laagste inkomens

10.4.3 Regeling derde betaler

Probleemstelling:

afhankelijk van de **good-will** van de artsen

hierdoor soms **misbruiken**

afspraken tussen de patiënt en zijn huisarts worden vaak niet overgenomen door de **dokter van wacht**

veel **administratief** werk voor de arts

Suggesties:

de mutualiteiten **informer** de artsen over de regeling derde betaler en de versnelde

terugbetalingmodaliteiten (vb. pilootproject in Gent)

regeling derde betaler als een **automatisch recht** voor de in de wet gedefinieerde categorieën

moet een **recht** zijn dat door de arts kan afgelezen worden van de SIS-kaart
de SIS-kaart zou moeten kunnen geraadpleegd worden door méér hulpverleners
dient **beter uitgewerkt** te worden (eenduidige afspraken en procedures in België)
RBD voor **iedereen**: dit voorkomt stigmatisering
actieve bekendmaking van de maatregel
de beschikbaarheid van een **lijst van artsen** die de regeling betalende derde toepassen
hiertoe zouden garanties moeten geformuleerd worden naar de artsen (terugbetaling binnen de 2 maanden, administratieve vereenvoudiging, ...)
de **sociale protonkaart** / betaalkaart voor een vlotte toepassing van de regeling derde betaler:
de SIS-kaart en de sociale protonkaart van de patiënt worden ingebracht in het leestoeel van de arts
na het intikken van een persoonlijke code door de patiënt, wordt het bedrag dat de patiënt zou terugkrijgen van de mutualiteit automatisch door de mutualiteit op de bankrekening van de arts gestort
de patiënt betaalt de arts het eventuele remgeld

10.4.4 Tandzorg

Probleemstelling:

patiënten zijn vaak **niet geïnformeerd** over hoeveel tandzorg precies kost en stellen de zorg uit in de veronderstelling dat dit zeer duur is
de patiënt zet pas de stap naar de tandarts na de leeftijdsgrens voor gratis zorg, op het moment dat het tandprobleem zeer groot geworden is, met een zware financiële last tot gevolg

Suggesties:

voor mensen die de (gratis) preventieve tandzorg op jonge leeftijd misten, zou een **inhaalbeweging** mogelijk moeten zijn
sensibilisering en preventie op maat van de kansarme groepen; huidige preventie is vaak te veel gericht op de patiënt uit de middenklasse en de hoger opgeleiden
invoering regeling derde betaler

10.4.5 Ziekenhuisopname en spoedopname

Probleemstelling:

spoedopname: lange wachttijd, duur maar “het voordeel” is dat de rekening pas later komt

ziekenhuisopname: zeer duur indien men niet geniet van verhoogde tegemoetkoming of

hospitalisatieverzekering

ondoorzichtigheid in de tarieven van **ziekenvervoer**

onduidelijke ziekenhuisrekeningen

medische onderzoeken zijn zeer duur

Suggesties:

bij voorbaat een **schatting van de kosten** ontvangen

afschaffen **voorschotten** bij opname in het ziekenhuis

eenduidigheid en eenvormigheid in alle ziekenhuizen omtrent **voorschotten en facturen**

ziekenhuisfacturen en documenten van de verzekering dienen veel eenvoudiger opgesteld te worden

de mutualiteit helpt de patiënt bij het **nakijken van de ziekenhuisfacturen**

opzetten van een **systeem** dat de patiënt in staat stelt te verifiëren of men de gefactureerde prestaties van diensten ook werkelijk ontvangen heeft

bij aanmelding bij de spoedopname gebeurt een **dispatching** van de patiënten naar urgent en minder urgent en dit op basis van het gezondheidsprobleem

de minder urgente patiënt krijgt indien nodig een eerste behandeling maar wordt dan doorverwezen naar een huisarts die de behandeling verder zet

remgelden in de spoed remmen het oneigenlijk gebruik ervan af, een voorwaarde hiervoor is een goede **toegankelijkheid van de wachtdiensten** voor huisartsen

10.4.6 Financiële toegankelijkheid – zorgcoördinatie

Probleemstelling:

als je als kansarme in een complexe probleemsituatie terechtkomt is het zeer moeilijk om de stap naar informatie rond financiële en andere toegankelijkheid van de gezondheidszorg te zetten

nut van **remgeld**?

in het forfaitair stelsel (waar geen remgeld gevraagd wordt) wordt niet meer geconsumeerd dan in een systeem van betaling per prestatie

hulpverleners die werken tegen terugbetalingstarief bij vele van hun patiënten, hebben een lager inkomen

een **compensatiesysteem** zou voor deze hulpverleners moeten worden voorzien

heel wat hulpverleners komen langs bij de zorgbehoevende maar **signalering** van problemen rond o.a. financiële toegankelijkheid gebeurt vaak **onvoldoende**

Hoe komt dit ?

prestatiedruk van de hulpverleners – geen tijd om andere zaken op te nemen buiten het curatieve of verzorgende

hulpverleners (huisarts) kennen vaak onvoldoende de mogelijkheden binnen de sociale hulpverlening (sociale kaart)

de fierheid van de patiënt: de patiënt loopt niet te koop met zijn behoefte

hulpverleners die per prestatie werken (huisarts) worden financieel niet gehonoreerd voor zorgcoördinatie, voor initiatieven rond verbetering van de toegankelijkheid

de hulpverlening wordt te weinig gecoördineerd ; het zorgenplan dat goed werkt bij palliatieve hulpverlening en thuiszorg lukt vaak niet goed bij minder zwaar hulpbehoevende patiënten

Suggesties:

de hulpverlening moet de hand uitsteken naar de patiënt en niet de omgekeerde, moeilijke weg. Hoe? tijd maken voor zorgcoördinatie door het financieel te stimuleren

opleiding hulpverleners (huisartsen, tandartsen, kinesisten, ...) : kennis van de Sociale Kaart zorgcoördinatie met de huisarts als centrale figuur waarbij de verschillende diensten die langskomen

terugbetalingstermijn van facturen en medische kosten: de oprichting van een “garantiekas” voor medische uitgaven waarop een beroep gedaan kan worden bij onvermogen om een rekening te betalen en die het bedrag voorschiet

uitbreiden voorkeurregeling

voorkeurregeling bepalen op basis van het beschikbaar maandinkomen, niet op basis van het fiscaal inkomen

belangrijke rol van de thuisverpleegkundigen: zij hebben een duidelijk zicht op de dagdagelijkse leefomgeving van de patiënt

hoe kunnen zij hun signaleringsfunctie waarmaken? dit staat haaks op de huidige nomenclatuur

Opmerkingen:

het flexibel toepassen van de regelgeving is een oplossing voor bepaalde patiënten maar is dit deontologisch verantwoord (concurrentieel machtwerking)?

maatregelen die de financiële drempel verlagen, verhogen vaak de administratieve drempel
initiatief in Ronse: er bestaat een conventie tussen huisartsen en apothekers, patiënten kunnen gratis hun medicatie afhalen na een consultatie bij de huisarts

initiatief in Brussel: betalingsverbintenis van het OCMW voor één consultatie waarvoor altijd tussenkomst gegeven wordt

initiatief in Molenbeek: lijst van medicatie die gratis verstrekt wordt aan bepaalde personen; nadeel is evenwel dat het systeem nog weinig mensen bereikt

overeenkomsten tussen onthaalhuizen en het OCMW: alles wordt volledig terugbetaald en het onthaalhuis betaalt rechtstreeks aan de hulpverlener

hulpverleners hebben soms een negatieve houding tegenover mensen uit sociaal kwetsbare groepen
hospitalisatieverzekering: vaak niet transparant

extra vergoedingen voor artsen die zich extra inzetten voor moeilijk bereikbare groepen

In deze werkgroep werden ook volgende thema's besproken:

participatie van patiënten aan het beleid

kennis van hulpverleners over de leefsituatie van patiënten

informatiepunten mbt maatregelen

De opmerkingen hieromtrent werden opgenomen in de verslagen van de werkgroepen die deze thema's behandelen.

10.5 Werkgroep 4:

Participatie in beleid

Probleemstelling:

politici benaderen situaties en problemen vanuit een **ander standpunt** dan de mensen die in armoede leven, waardoor dialoog zeer moeilijk is

het formuleren van een standpunt is een **tijdsintensief** proces

dit staat vaak haaks op de vraag van politici naar een snel antwoord

initiatief van Kind en Gezin: het werken met **ervaringsdeskundigen** is een mogelijkheid

toch blijkt dit niet zo eenvoudig te zijn; de samenwerking tussen ervaringsdeskundigen en de andere hulpverleners verloopt vaak stroef

oorzaak hiervan? te sterke hiërarchie? te grote afstand tussen directie en ervaringsdeskundige? zware belasting van de ervaringsdeskundige (o.a. emotioneel)?

participatie aan beleid veronderstelt een vrij **horizontale bedrijfsstructuur**

overleg met de doelgroep komt vaak nadat de beslissingen reeds genomen zijn

het betrekken van de doelgroep mag niet als doel hebben het **imago** van het beleid op te poetsen

de voorstellen die gedaan worden door o.m. mensen uit kwetsbare groepen worden onvoldoende **au sérieux** genomen

Suggesties:

Voorwaarden om specifieke doelgroepen te laten participeren aan het beleid:

voldoende financiële middelen om projecten rond participatie en gezondheid te ondersteunen
ruimte voor overleg, discussie en gedachtenwisseling

participatie is een tijdsintensief proces waarvoor voldoende tijd moet worden uitgetrokken

aanwezigheid van de nodige infrastructuur (ruimte, ...) waar over de thematiek van gezondheid kan worden gesproken

eventuele begeleiding bij doorverwijzing

de ontwikkeling van een **organisatiemodel** waarin participatie van kwetsbare groepen aan het beleid van de organisatie mogelijk is

het opstellen van armoede-effectenrapporten (naar analogie van het milieu-effectenrapport): bij het nemen van beleidsmaatregelen wordt nagegaan wat deze betekenen voor mensen die leven in armoede

mensen worden gehoord **binnen hun vertrouwde omgeving**: beleidsmedewerkers stappen naar verenigingen toe

voldoende aandacht voor de **manier waarop** iets gezegd wordt (eenvoudige taal, geen vakjargon, ...)

de **praktische organisatie** van de participatie dient rekening te houden met de dagelijkse realiteit van de doelgroep (geen eigen vervoer, kinderopvang, ...)

nut van een permanent overleg dat niet gebonden is aan een minister cfr. de wissel van beleidsmensen om de 4 jaar

vraag naar **permanente pleitbezorgers** van de basis naar het beleid

In deze werkgroep werden ook volgende thema's besproken:

het gebruik van massamedia (TV) en het nut van een ombudsman

De opmerkingen hieromtrent werden opgenomen in het verslag van de werkgroepen waar deze onderwerpen werden besproken.

10.6 Ook nog genoteerd in de werkgroepen

de samenstelling van de Interministeriële conferentie voor sociale integratie moet herzien worden (alle aspecten van armoede betrekken)

het nationaal actieplan voor sociale integratie (in het Europees kader) is hiertoe aanmoedigend; verschillende ministers nemen deel

armoedebestrijding is verdeeld over verschillende beleidsniveaus en kabinetten, dit is belemmert de aanpak van armoede

armoede is een maatschappelijk en structureel probleem, geen individuele schuld

een forum zoals op 14/12/02 zou moeten georganiseerd worden vanuit verschillende kabinetten en beleidsniveaus, niet enkel door de minister van Sociale Zaken

11 DE SITUATIE VAN MENSEN ZONDER PAPIEREN

11.1 Inleiding

In dit onderzoek werd nagegaan welke de knelpunten zijn in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Hierbij werd uitgegaan van de veronderstelling dat mensen die leven in armoede vaak geconfronteerd worden met problemen rond de toegankelijkheid en dat zij wellicht het meest informatie kunnen geven rond dit thema.

Gezien hun specifieke situatie, werd in overleg met de kabinetswerkgroep ervoor gekozen om mensen zonder papieren niet op te nemen in de onderzoeksgroep. Een afzonderlijke studie, met een aangepaste methodologie, zou een beter inzicht kunnen geven op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor deze mensen.

Omdat we overtuigd zijn van de ernst van het toegankelijkheidsprobleem voor mensen zonder papieren nemen we hierbij de visietekst op van het Medisch Steunpunt voor mensen zonder papieren.

11.2 Visietekst Medisch Steunpunt voor mensen zonder papieren

Maatregelen met betrekking tot de implementatie van het Koninklijk Besluit van 12 december 1996

Het Koninklijk Besluit van 12.12.'96 aangaande de 'dringende medische hulp' aan mensen zonder wettig verblijf is na meer dan 4 jaar nog steeds vrij onbekend en functioneert niet naar behoren.

Op korte termijn - en in afwachting van de realisatie van andere beleidsmaatregelen (zie punt 2 en 3 van deze gemeenschappelijke oproep) - kan dit KB door middel van een omzendbrief verder uitgewerkt worden en kan de implementatie ervan gegarandeerd worden. Bovendien is er voor de psychiatrische zorgverlening een nieuw Koninklijk Besluit vereist.

Een nieuwe omzendbrief die de toepassing van het K.B. bevordert:

Het herdefiniëren van het begrip 'dringende medische hulp'.

De huidige definitie van dringende medische hulp als: 'preventieve en curatieve medische hulp, die zowel ambulante als in een verplegingsinstelling verstrekt kan worden', is vaag en zorgt voor problemen in de toepassing op het terrein.

Het ter beschikking stellen van de nodige administratieve middelen en het verplichten van de OCMW's om concrete uitvoeringsmaatregelen te nemen aangaande de lokale toepassing van dit K.B., in de vorm van conventies met zorgverstrekkers, apothekers, verplegings- en andere (para-)medische instellingen. Hierbij verdient een eenduidige aanpak de voorkeur. Tevens dient de samenwerking tussen het OCMW en eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg extra ondersteund te worden.

Het invoeren van een versoepelde procedure en een vereenvoudigde administratie op basis van conventies, typedocumenten, ... en een toegankelijk contactpunt om een 'voorlopige vaststelling van onwettig verblijf' te verrichten. Dit met inachtneming van de vertrouwelijkheid van de gegevens.

Het invoeren van een tenlasteneming voor een bepaalde periode, eerder dan voor een bepaalde prestatie. Dit spaart heel wat administratie; zeker voor chronisch zieken.

Het expliciet vermelden dat het OCMW op eigen initiatief kan tussenkomen voor andere voorzieningen zoals kleding, voeding, huisvesting, ...

Het investeren in de bekendmaking en medewerking van zoveel mogelijk actoren.

Hierbij vraagt de samenwerking tussen het OCMW en eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg extra ondersteuning.

Een nieuw Koninklijk Besluit voor personen met een handicap of problemen inzake geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie, revalidatie, ... :

Psychiatrische ziekenhuizen, beschut wonen, MPI's, PVT's, instellingen voor doofstommen, blinden of gebrekkigen die lijden aan een ongeneeslijke aandoening, kinderdagverblijf, rustoord voor bejaarden, serviceflats, wooncomplexen met dienstverlening, ... moeten ook toegankelijk zijn voor mensen zonder wettig verblijf.

Toekenning van een verzekering voor geneeskundige zorgen via de ziekenfondsen voor iedereen die in het vreemdelingen- en wachtregister staat

Het basisprincipe van de ziekenfondsen: 'de solidariteit tussen gezonden en zieken', beperkt zich momenteel tot een groep van mensen met een duidelijk en minder precair verblijfsstatuut. Familiebanden, studies of officiële tewerkstelling bieden soms ook een mogelijkheid tot het bekomen van een ziekteverzekering. In de praktijk hebben velen die reeds verschillende maanden of jaren - al dan niet wettelijk - op ons grondgebied verblijven geen recht op een ziekteverzekering.

Wij pleiten ervoor om elkeen die ingeschreven staat in één van de Rijksregisters zijnde het wacht-, vreemdelingen- of bevolkingsregister toegang te geven tot de ziekteverzekering via het ziekenfonds.

Deze maatregel zou tot gevolg hebben dat de ziekteverzekering en dus de volwaardige toegang tot de gezondheidszorg wordt uitgebreid naar:

- asielzoekers die wachten op een beslissing in de ontvankelijkheidsfase van hun asielprocedure uitgeprocedeerde asielzoekers en hun familieleden, al dan niet met een niet-opschortend beroep bij de Raad van State

vreemdelingen die als ernstig zieke persoon, als 'onverwijderbare' of omwille van andere 'humanitaire redenen' een tijdelijk verblijfsdocument hebben gekregen

Deze wijziging vraagt enkel een aanpassing van de categorie personen ingeschreven in het Rijksregister, zoals bedoeld in art. 32, eerste lid, 15° van de gecoördineerde wet van 14 juli '94.⁷

Met betrekking tot de betaling van de bijdragen stellen wij voor gelijklopende regeling te volgen als voor eenieder die zich wenst aan te sluiten bij het ziekenfonds. Dit betekent dat indien blijkt dat de betrokkene over geen of onvoldoende financiële middelen beschikt, het OCMW verplicht is om - na sociale enquête - deze bijdrage te betalen. Het is daarbij niet verplichtend dat de betrokkene reeds andere vormen van OCMW-steun geniet. Indien de betrokkene het remgeld niet kan betalen, is het OCMW eveneens verplicht om - na sociale enquête - tussen te komen.

⁷ De omschrijving 'de vreemdelingen die niet van rechtswege tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk zijn toegelaten of die niet zijn gemachtigd tot vestiging of tot een verblijf van meer dan zes maanden', zoals omschreven in het

Verder krijgen de ziekenfondsen ook toegang tot het wachtregister om vast te stellen of de betrokkene al dan niet is ingeschreven in dit register.

Een verder engagement aangaande de ziekteverzekering voor andere kwetsbare groepen

De door ons voorgestelde maatregelen komen niet tegemoet aan de nood om voor alle personen die wettig of onwettig in België verblijven een goede toegang tot de gezondheidszorg te verzekeren. Kandidaat-gezinsherenigers, slachtoffers van mensenhandel in procedure, vreemdelingen die de facto onverwijderbaar zijn of om humanitaire redenen tijdelijk hier mogen blijven en andere mensen zonder papieren,... vallen tot op heden nog steeds uit de boot.

artikel 128 quinquies van het K.B. van 13 juli 1996, wordt vervangen door '*onder personen ingeschreven in het Rijksregister wordt begrepen: iedereen die is ingeschreven in het wacht-, vreemdelingen-, of bevolkingsregister*'.

12 BESLUIT

12.1 Uitgangspunt

Het Belgische gezondheidszorgsysteem kan tot één van de betere gerekend worden. Het levert kwalitatief hoogstaande zorg en is toch financieel relatief toegankelijk voor de gemiddelde Belg. Toch worden vanuit verschillende hoeken signalen gegeven dat mensen niet altijd de noodzakelijke medische zorgen krijgen zodat belangrijke sociaal-culturele verschillen blijven bestaan op het vlak van de ziekte en sterfte: economisch zwakkere groepen zijn meer ziek en hebben een lagere levensverwachting. [0]

Met de wetenschappelijke studie via focusgroepgesprekken wilden we nagaan wat de verschillende factoren zijn die een toegankelijke gezondheidszorg in de weg staan.

Bestaande databanken zoals bijvoorbeeld de databanken van mutualiteiten, Minimale Psychiatrische Gegevens, ... leveren vooral informatie over financiële drempels in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Deze financiële drempels verklaren echter slechts gedeeltelijk de ongelijke toegang tot de gezondheidszorg.

Om de andere factoren die eveneens bijdragen tot de ongelijkheid te identificeren, is het noodzakelijk alternatieve bronnen aan te wenden. Mogelijkheden hierbij zijn het gebruiken van vragenlijsten en het optekenen van ervaringen van personen die geconfronteerd worden met knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Dit laatste is een relatief nieuwe onderzoeksmethode waarbij uitgegaan wordt van een exploratie van de leefwereld van personen. Ze kan een ander licht werpen op de problematiek van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg waardoor mogelijk nieuwe aandachtspunten voor beleidsontwikkelaars worden blootgelegd.

De nadruk bij deze methodiek ligt op het inventariseren en niet op het kwantificeren van het te onderzoeken fenomeen. Dit heeft als gevolg dat de steekproef niet representatief moet zijn voor de volledige bevolking maar wordt samengesteld uit mensen met een rijke ervaring binnen het onderzoeksterrein.

In dit onderzoek gingen we uit van de veronderstelling dat mensen die leven in armoede vaak geconfronteerd worden met drempels in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg

Omwille van de moeilijke bereikbaarheid van mensen die in armoede leven, werd samengewerkt met verenigingen waar armen het woord nemen via het Steunpunt.

Binnen het onderzoek kunnen vijf fasen onderscheiden worden:

Fase 1: het opsporen van de knelpunten aan de hand van focusgroepgesprekken

Fase 2: het opstellen van een syntheseverslag van de resultaten van fase 1

Fase 3: de bespreking en bijsturing van het syntheseverslag met de deelnemers via een feedbackprocedure en de voorbereiding van het forum

Fase 4: het forum op 14/12/2002 waarop de resultaten wordt voorgesteld en concrete beleidsaanbevelingen worden geformuleerd

Fase 5: de publicatie van een eindrapport (syntheseverslag en conclusies van het forum)

12.2 Knelpunten in de toegankelijkheid

In dit onderzoek hebben werd getracht zicht te krijgen op de verschillende factoren die bepalen of iemand al dan niet gebruik maakt van professionele gezondheidszorg.

Hieruit blijkt dat het financiële aspect een belangrijke invloed heeft op deze keuze, maar dat dit slechts één dimensie is.

De meeste maatregelen die tot op heden genomen werden om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verhogen, zoals bijvoorbeeld de maximumfactuur, zijn vooral een antwoord op de financiële drempels in de toegankelijkheid. Zij hebben zeker een positieve invloed doch volstaan niet om alle toegankelijkheidsproblemen weg te werken. Wil men het probleem van de ontoegankelijkheid ten gronde aanpakken, dan zal op verschillende terreinen tegelijkertijd actie moeten ondernomen worden.

Bij het zoeken naar oplossingen, kan elke drempel benaderd worden vanuit het standpunt van de hulpverlener en vanuit het standpunt van de zorgvoorziening (de arts, de kinesiste, de apotheker, het ziekenhuis, het ziekenfonds, enz.) én vanuit het standpunt van de hulpvrager (de patiënt of cliënt).

Dit wordt geïllustreerd aan de hand van het voorbeeld ‘communicatieproblemen tussen hulpverlener en cliënt’; een moeilijke communicatie belemmert de toegankelijkheid. Men kan zich in de plaats van

de patiënt stellen: de wereld van de gezondheidszorg is onbekend terrein voor hem; hij vraagt dus dat men zou rekening houden met zijn onzekerheid.

Men kan zich ook in de plaats van de professionele hulpverlener stellen: vanuit hun opleiding en hun professioneel en privé-leven, werden zij waarschijnlijk nog maar weinig geconfronteerd met de dagelijkse realiteit van mensen die in armoede leven. Vandaar dat zij niet altijd de kern van het probleem begrijpen.

Om dit probleem op te lossen is het dus belangrijk om het probleem zowel vanuit het standpunt van het standpunt van de patiënt als vanuit het standpunt van de hulpverlener te benaderen. Dit kan bijvoorbeeld door de hulpvrager goed en duidelijk te informeren en door de hulpverlener via inleefcursussen meer voeling te laten krijgen met de leefwereld van mensen die in armoede leven.

De volgende paragrafen geven de resultaten weer van het onderzoek via focusgroepen met als doel om te komen tot het formuleren van concrete voorstellen ten aanzien van het beleid. Voor een gedetailleerde bespreking van de resultaten zie het hoofdstuk “Onderzoeksresultaten”.

Wat betreft de factoren die het beroep doen op gezondheidszorg beïnvloeden, zijn er enerzijds contextuele drempels en anderzijds specifieke drempels met betrekking tot de gezondheidszorg.

12.2.1 Contextuele drempels

12.2.1.1 Levensomstandigheden

Het inkomen, de tewerkstelling, de huisvesting, de transportmogelijkheden en de genoten opleiding en vorming, bepalen mee de keuze om al dan niet beroep te doen op professionele gezondheidszorgen.

Sommige mensen beschikken over een inkomen dat niet of onvoldoende toereikend is om in de dagelijkse behoefte te voorzien. Gezondheidszorg, zeker tandzorg en tweede lijnsgezondheidszorg, is vaak een onbetaalbare luxe, die dan ook achterwege gelaten wordt. Dit probleem stelt zich vooral bij mensen die werkloos zijn.

De opvoeding en het niveau van genoten onderwijs spelen eveneens een grote rol. Indien men minimaal geletterd is, is het moeilijk om de weg te vinden in het gezondheidszorgsysteem en om de administratieve verplichtingen na te komen. Bovendien is het zo dat de waarde die men als volwassene hecht aan ‘gezondheid’ en ‘gezond gedrag’ en het inzicht dat men heeft in het gezondheidszorgsysteem, product zijn van de opvoeding die men als kind kreeg.

Het gebrek aan vervoersmogelijkheden (geen een eigen wagen hebben, niet in het bereik zijn van openbaar vervoer,...) of een beperkte mobiliteit kunnen eveneens een belangrijke drempel zijn om beroep te doen op een bepaalde voorziening.

12.2.1.2 Sociale context

Daarnaast spelen sociale contacten een belangrijke rol.

Als men sociale contacten heeft, kunnen die stimuleren om beroep te doen op gezondheidszorg. Als men echter moet zorgen voor een naaste, kan dit de zorg voor zichzelf belemmeren. Vooral het ontbreken van opvang voor de kinderen, ook op lange termijn, kan hierbij een probleem zijn.

Als men daarentegen geen sociaal netwerk heeft, kan men minder geneigd zijn om een hulpverlener te consulteren. Die beslissing wordt vaak genomen na gesprek met en op aanraden van andere personen.

12.2.2 Drempels specifiek m.b.t. de gezondheidszorg

Bepaalde aspecten van het gezondheidszorgsysteem kunnen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg belemmeren.

12.2.2.1 Aanbodzijde

12.2.2.2 Vraagzijde

12.2.2.3 Relatie tussen vraag en aanbod

12.2.2.1 Aanbodzijde

1° Organisatie

2° Kosten

3° Wetgeving en regelgeving

4° Specifieke hulp- en dienstverlening

1° Organisatie

Een toegankelijke gezondheidszorg vereist in de eerste plaats een aanbod op gebied van infrastructuur, het beschikbaar personeel, ... dat voldoende groot is om een antwoord te bieden op de vraag. Verder moet deze zorg ook fysiek toegankelijk zijn voor de verschillende bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld toegankelijk zijn via het openbaar vervoer. Ten slotte wordt het belang van het organiseren van zorg op buurtniveau benadrukt.

Soms is het zo dat iemand wel recht heeft op bijvoorbeeld een financiële tussenkomst, maar dat hij deze niet bekommt omwille van de ingewikkelde administratieve procedure om de tussenkomst aan te vragen.

Ook de doorgedreven informatisering van de gezondheidszorg, kan de toegang tot de gezondheidszorg belemmeren. Bijvoorbeeld informatie in verband met gezondheidsdiensten op het internet is niet voor iedereen bereikbaar.

Een bijkomende drempel wordt gevormd door de opdeling van de gezondheidszorg in de eerste lijn (de eerste de zorgen voor zieken), de tweede lijn (specialistische zorg), en zelfs de derde lijn (die ontstond door een toegenomen specialisering en technologie). Deze opdeling zorgt in een systeem van betaling per prestatie, niet alleen voor een toename van de kosten voor de patiënt (meer onderzoeken, consultaties bij verschillende artsen, ...), maar ook voor een vermindering van de transparantie van het systeem.

Een andere drempel is de termijn voor het betalen van ziekenhuisrekeningen. Deze termijn is vaak te kort voor mensen met financiële problemen. Als de patiënt niet tijdig kan betalen of geen afbetalingsplan krijgt, moet hij intresten betalen, krijgt hij bezoek van een deurwaarder of wordt hij gecontacteerd door een incassobureau. Bovendien worden hem soms verdere zorgen in het ziekenhuis ontzegd.

Ten slotte blijkt dat de behandeling van de patiënt weinig rekening houdt met de thuissituatie, de leefgewoonten en omgeving. Nochtans is het belangrijk om hiermee rekening te houden om herval te vermijden. Bijvoorbeeld een patiënt met ademhalingsproblemen die na een ziekenhuisopname teruggaat naar zijn vochtige woning of een alleenstaande moeder herstellend van een depressie, die terug de dagelijkse zorgen voor haar kind met gedragsstoornissen opneemt.

Voor daklozen in het bijzonder, blijkt de kloof tussen de ziekenhuisomgeving en de leefomgeving bijzonder groot te zijn.

2° Kosten

De hoge kosten voor tandzorg, kinesithérapie, psychologische begeleiding, een bril, ... zijn voor sommige mensen onoverkomelijk en leiden tot het uitstellen van die zorgen.

Bij preventieve zorgen, zoals een controle bij de tandarts, speelt niet enkel de kostprijs voor die ene consultatie een rol, maar ook het feit dat men geen zicht heeft op de eventuele zorgen nadien en dus ook niet op de kostprijs ervan.

De kosten voor medicatie vormen eveneens vaak een struikelblok voor mensen in een moeilijke financiële situatie. De aankoop van medicatie gaat soms ten koste van andere noodzakelijke zaken, zoals voeding.

Mensen die in armoede leven ervaren het als een belangrijke drempel dat ze doorgaans de kosten voor medische zorgen moeten voorschieten en pas later terugbetaald krijgen door de mutualiteit. Het probleem stelt zich nog sterker wanneer de kosten ten laste vallen van een verzekering, bijvoorbeeld in het geval van een arbeidsongeval, omdat het nog langer kan duren vooraleer de verzekeringsmaatschappij de kosten terugbetaalt.

Ook wanneer de kosten ten laste genomen worden door het OCMW, dient de patiënt deze kosten soms eerst voor te schieten.

Bovendien betalen de meeste mutualiteiten niet meer terug aan het loket, maar via storting op de bankrekening van de patiënt. Dit betekent dat de patiënten langer moeten wachten op de terugbetaling, terwijl ze het geld nodig hebben, bijvoorbeeld voor de aankoop van medicatie.

3° Wetgeving en regelgeving

In theorie is de hele Belgische bevolking gedekt door een verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. In de praktijk echter, blijken een aantal mensen hierdoor niet beschermd te worden. Dit is bijvoorbeeld het geval voor daklozen die daardoor geweigerd worden bij hulpverleners.

Een ander probleem stelt zich als mensen hun (aanvullende) mutualiteitsbijdrage niet betaald hebben. In dat geval gebeurt het dat de mutualiteit dat bedrag inhoudt op de terugbetaling van ziektekosten. Als de patiënt hier niet van op de hoogte is en hij rekent op de terugbetaling om te voorzien in zijn dagelijks onderhoud, kan dit problemen stellen.

Wat betreft de ziekte- of invaliditeitsuitkering situeren de knelpunten zich op twee domeinen. Vooreerst de criteria die bepalen of iemand recht heeft op ziekte- of invaliditeitsuitkering. De deelnemers hebben bijvoorbeeld de indruk dat de medische onderzoeken niet adequaat zijn en niet correct verlopen. Het daardoor ontstane meningsverschil tussen de controlearts en de behandelende geneesheer, geeft een onaangenaam gevoel van onzekerheid. Daarnaast is het zo dat het recht op een ziekte- of invaliditeitsuitkering beperkingen met zich meebrengt b.v. voor het uitoefenen van een beroepsactiviteit. Sommige respondenten zeggen dat ze in beperkte mate en op bepaalde momenten nog een activiteit zouden kunnen uitvoeren, maar dit niet doen omdat ze anders hun recht op uitkering verliezen. Een soepelere regelgeving zou evenwel mogelijk maken dat ze hun capaciteiten maximaal kunnen benutten, wat zowel de maatschappij als de persoon in kwestie ten goed zou komen.

De deelnemers aan de focusgroepen vinden dat de ziekte -en invaliditeitsverzekering ook de kosten voor hospitalisatie ruimer zou dekken.

Het toekennen van verhoogde terugbetaling van kosten voor gezondheidsverstrekkingen en geneesmiddelen gebeurt aan de hand van welomschreven criteria onder meer met betrekking tot het inkomen. Mensen die niet in aanmerking komen voor verhoogde tegemoetkoming, maar wel balanceren op de grens ervan, hebben het vaak moeilijk. Als men hun inkomen vermindert met hun

kosten voor medische zorgen, dan zitten ze vaak lager dan mensen die wél recht hebben op verhoogde tegemoetkoming.

Er wordt opgemerkt dat reeds verschillende maatregelen genomen werden om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bevorderen. Deze maatregelen hebben echter soms ook beperkingen, zodat ze hun doel voorbij springen.

Enkele van deze maatregelen zijn algemene maatregelen, zoals het systeem van forfaitaire geneeskunde, het globaal medisch dossier, enz.

Andere maatregelen zijn meer selectief en beogen bepaalde doelgroepen. De laatste jaren werden vooral selectieve maatregelen genomen, bijvoorbeeld de maximumfactuur.

De deelnemers aan de focusgroepgesprekken, verklaren dat sommige selectieve maatregelen er inderdaad toe bijdragen om de gezondheidszorg minder duur te maken, maar het probleem is soms dat de wetgeving steeds ingewikkelder wordt, dat er steeds mensen uit de boot vallen en dat de grenzen om de doelgroep af te bakenen, soms arbitrair lijken.

De maximumfactuur wordt enkel beschouwd als een oplossing eens de drempel bereikt is; in de maanden daarvoor, betaalt de patiënt nog steeds de eigen bijdrage voor medische kosten, die soms hoog kunnen oplopen. Dit heeft als gevolg dat, zolang de drempel niet bereikt is, mensen vaak noodzakelijke medische verzorging uitstellen waardoor het bereiken van de drempel opschuift. Verder moet men de kosten ook na het bereiken van de drempel blijven betalen en worden de kosten pas later terugbetaald.

Wanneer de maximumfactuur vergeleken wordt met de sociale franchise, staat de verhoging van de drempel met 75 euro niet in verhouding tot de kosten die extra worden opgenomen in de korf met uitgaven die meetellen voor het bereiken van de drempel.. Bovendien zijn bepaalde kosten nog steeds niet opgenomen.

De maatregel van sociale franchise en maximumfactuur gaan beide uit van het psychosociaal principe van het “uitgesteld genot”, dat niet strookt met de “overlevingsstrategieën” van mensen die in armoede leven.

Tenslotte vinden een aantal deelnemers het opvallend dat, tegelijk met de invoering van de Maximumfactuur, de prijzen van een aantal medicamenten zijn gestegen.

Het criterium om te bepalen of iemand kan genieten van een tegemoetkoming, is vaak het inkomen. De deelnemers aan de focusgroepen bemerken echter dat het officiële inkomen niet altijd overeenstemt met het beschikbare inkomen, door bijvoorbeeld hoge vaste kosten als onderhoudsgeld en afbetalingen van schulden.

Het toepassen van de regeling derde betalende biedt volgens de deelnemers heel wat voordelen, zoals dat de patiënt geen geld moet voorschieten, dat hij minder administratieve problemen heeft en zich minder moet verplaatsen om zijn terugbetaling te krijgen.

Zij zien dit als een oplossing voor betalingsproblemen bij de huisarts. Enkele huisartsen passen de maatregel dan ook toe, anderen weigeren; dit omdat de praktische uitvoering en de toepasbaarheid van de maatregel niet duidelijk is en omdat hij stigmatisering in de hand werkt doordat hij alleen bestemd is voor bepaalde categorieën personen of voor bepaalde omstandigheden.

De regeling derde betalende zou ook moeten toegepast worden voor alle specialistische zorgen en voor tandzorg, dit omdat de kosten van specialistische zorg vaak hoger liggen dan bij de huisarts.

De deelnemers vinden dat centra die het systeem van forfaitaire betaling hanteren heel toegankelijk zijn omdat men geen vergoeding per prestatie dient te betalen.

Een opmerking hierbij is dat het aantal van dergelijke centra in België beperkt zijn en dat men er enkel kan van genieten als men in de buurt woont.

Zo zien we dat reeds verschillende maatregelen genomen werden, maar dat enkele in de praktijk gebreken vertoonden. Het zou dus goed zijn dat bij het ontwikkelen, het implementeren en het evalueren van nieuwe maatregelen, de doelgroep geconsulteerd wordt.

4° Specifieke hulp- en dienstverlening

Sommige hulpverleners nemen soms zelf initiatief om de toegankelijkheid van de zorg voor een bepaalde patiënt te verbeteren. Deze initiatieven kunnen wel een oplossing bieden voor de individuele patiënt, maar niet voor de systematische aanpak van het globale

toegankelijkheidsprobleem. De kostprijs van medicatie kan bijvoorbeeld een belangrijke drempel vormen. De apotheker kan deze drempel verlagen door b.v. soepel om te gaan met betalingsmodaliteiten. Ook de huisarts en tandarts passen soms individuele maatregelen toe wanneer de patiënt het moeilijk heeft om te betalen. De huisarts geeft bijvoorbeeld monsters medicatie mee, werkt aan terugbetalingstarief,...

Met betrekking tot de hulpverlening van het OCMW worden door de respondenten vrij veel problemen gemeld.

Een aantal van deze problemen betreffen de communicatie tussen de hulpverlener en de cliënt en het probleem van stigmatisering door het vragen van hulp aan het OCMW. De respondenten klagen aan dat de hulp die het OCMW verleent soms zeer sterk kan verschillen van OCMW tot OCMW.

Medewerkers van de mutualiteit zijn voor sommige respondenten een belangrijke hulpverlener. Zij beklemtonen hun sociale rol: informatie geven, de patiënt helpen met administratieve problemen, ervoor zorgen dat de patiënt de voordelen krijgt waar hij recht op heeft, enz.

12.2.2.2 Vraagzijde

Afzien van het consulteren van hulpverleningsdiensten is soms een betreurenswaardige beslissing, maar mensen die leven in armoede hebben vaak geen andere keuze. Zo zijn er bijvoorbeeld mensen die moeten ‘kiezen’ tussen de aankoop van voeding of het consulteren van een arts.

Vanuit de aanbodzijde, zou men voldoende middelen moeten vrij maken om zelfs aan de meest kwetsbare personen een minimum aan zorg te garanderen. Vanuit vraagzijde, zou men moeten bewaken dat iedereen gezonde keuzes kan maken.

Iemands definitie van ziekte en gezondheid beïnvloedt de prioriteiten die hij stelt en de mate waarin men beroep zal doen op professionele gezondheidszorg.

Eveneens blijkt kennis een belangrijke invloed te hebben op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, want iemand die een dienst of een bepaald voordeel niet kent, zal er vanzelfsprekend ook geen gebruik van maken.

Mensen die leven in armoede worden vaak geconfronteerd met situaties van uitsluiting; ze moeten zich vaak verantwoorden voor zaken die voor anderen vanzelfsprekend zijn. Om het hoofd te bieden aan en te anticiperen op moeilijke situaties hebben ze vaak specifieke strategieën of reactiepatronen ontwikkeld. Dit kan zich uiten in bijvoorbeeld wantrouwen of agressie ten aanzien van diensten en hulpverleners. Het is belangrijk om dit in de hulpverlening te onderkennen en te kijken naar de onderliggende context.

Noodgedwongen door de materiële situatie, organiseren mensen die leven in armoede hun dagelijkse activiteiten vaak rond het hier en nu. Sparen of een financieel denken op langere termijn is vaak niet mogelijk. Voor sommigen is het zelfs moeilijk om dag na dag te overleven. Het wordt dan werkelijk ‘overleven’ in plaats van ‘leven’.

12.2.2.3 Relatie tussen vraag en aanbod

Hulpverleners moeten er alert voor zijn dat de verwachtingen t.a.v. de patiënt niet te hoog liggen. Al te vaak wordt verondersteld dat de patiënt een inzicht heeft in zijn problematiek, zijn hulpvraag duidelijk kan formuleren, hij gemotiveerd is om iets te doen aan zijn situatie, enz. Dit is echter niet steeds het geval.

Hulpverleners en diensten staan niet altijd stil bij wat het betekent voor de patiënt om hulp te moeten vragen. Hulp vragen kan gevoelens van stigmatisering, schaamte en onmacht met zich meebrengen die kunnen verhinderen dat iemand hulp vraagt. Ook deze gevoelens verdienen de nodige aandacht en respect.

Verder is het belangrijk dat de hulpverlener zich niet alleen richt op een deelaspect van de hulpvraag, maar dat hij de hulpvrager globaal benadert. Daarom is het belangrijk dat de patiënt betrokken wordt bij het volledige zorgproces van diagnosestelling tot behandeling en opvolging.

Eveneens is het belangrijk om structuren te voorzien waarop de patiënt kan terugvallen na zijn ontslag. Een begeleide ‘uitstroom’ of nazorg voorzien, is in die zin even belangrijk als werken aan de toegankelijkheid of instroom van diensten.

Mensen die leven in armoede worden vaak geconfronteerd worden met verschillende problemen. Een globale benadering wordt enerzijds bemoeilijkt door het feit dat verschillende hulpverleners betrokken zijn. Het gevaar is dat zij elk nog maar een deel van het globale probleem zien. Anderzijds moeten vaak eerst de meest prangende problemen opgelost worden, zodat men vaak nog weinig tijd heeft om de onderliggende problemen aan te pakken.

Een goede communicatie tussen de hulpverlener en de patiënt is van kapitaal belang. Aandachtig luisteren naar de patiënt, zijn mening vragen, uitleg geven en nagaan of de patiënt alles goed begrepen heeft, zijn belangrijke componenten binnen de hulpverlening die de perceptie van de zorgverlening sterk beïnvloeden.

Een aspect van goede communicatie, is het verstrekken van informatie. De deelnemers beschouwen het gebrek aan informatie als een belangrijke drempel in de toegankelijkheid. Het gebeurt vaak dat men niet of te laat op de hoogte is van de dienst of regelgeving waarop men beroep kan doen. En zelfs al is de informatie daarvoor beschikbaar, dan kan het zijn dat deze niet beantwoordt aan de noden van de patiënt, onbegrijpelijk is.

Om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg werkelijk te verbeteren, is het dan ook nodig om aandacht te besteden aan goede informatieverstrekking. Verkeerde, laattijdige of onvolledige informatie kunnen leiden tot verkeerde keuzes met verstreckende gevolgen voor de hulpvrager. Een goede informatieverstrekking zal bovendien het imago van de zorgverlening bevorderen, waardoor de patiënten dan weer beter zullen meewerken bij de behandeling.

12.3 Beleidsaanbevelingen

Het kwalitatief onderzoek met de focusgroepen en het forum van 14.12.2002, geven aanleiding tot een aantal concrete aanbevelingen naar het gezondheidszorgbeleid:

Mensen die in armoede leven ervaren op het vlak van toegankelijkheid knelpunten op verschillende niveaus. Het is belangrijk om een actie ter verbetering van de toegankelijkheid vanuit een multi-axiaal perspectief op te zetten (aandacht voor financiële toegankelijkheid, administratieve toegankelijkheid, culturele toegankelijkheid, psychosociale toegankelijkheid,...).

Voor wat betreft de financiële toegankelijkheid, vormt het belangrijkste knelpunt dat mensen op het “point of service” concreet geld moeten mobiliseren, dat er niet is. De oplossing hiervoor is dat er een eidszorg bestaat die laagdrempelig is, en die geen mobilisatie van geld vraagt: een goed toegankelijke huisartsgeneeskunde functioneert in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg, met een veralgemeend systeem van Regeling Betalende Derde is hierbij belangrijk.

Kansarmen ervaren problemen door het feit dat zij voortdurend om “bijzondere regelingen” moeten vragen. Dit werkt stigmatisering en dualisering in de hand.

De ervaring met de focusgroepen heeft geleerd dat het mogelijk is om organisaties waar armen het woord nemen actief te betrekken bij discussies rond beleidsmaatregelen. Dit is echter een proces dat veel tijd vraagt, en dat wellicht in het kader van een efficiënte beleidsvoering, dient te worden aangestuurd bv. vanuit wetenschappelijke onderzoeksgroepen. Het lijkt wenselijk om, telkens wanneer maatregelen worden genomen, met als bedoeling de toegankelijkheid van de zorg voor maatschappelijk zwakkere groepen te verbeteren, deze bij voorbaat te toetsen bij de doelgroep en aldus een “armoede-effecten-rapport” op te stellen, waarin wordt aangegeven in welke mate kan worden verwacht dat de maatregel effectief de vooropgezette doelstellingen realiseert.

13 EVALUATIE

In elke fase van het onderzoek, hebben we getracht om de deelnemers zoveel mogelijk te betrekken. Dit biedt enerzijds een aantal mogelijkheden maar brengt anderzijds ook beperkingen met zich mee.

Deze manier van werken verschilt van de gangbare procedures binnen wetenschappelijk onderzoek waarbij de onderzoeker onafhankelijk de gegevens verzamelt, analyseert en besluiten formuleert. De benadering binnen dit onderzoek veronderstelt een grotere flexibiliteit en open geest.

Ook van de deelnemers werden extra inspanningen gevraagd bv. om zich in te passen in het tijdschema; deelnemen aan dit onderzoeksproces, waaronder de focusgroepgesprekken, is meer dan een vrijblijvende babbel. Het impliceert leren kijken naar en reflecteren over de dagelijkse gebeurtenissen en dit te delen met de anderen in de groep. Voor de participanten kan de deelname verrijkend zijn, omdat nieuwe vaardigheden aangesproken worden en kennis uitgewisseld wordt.

Het samenwerken verliep zowel voor de onderzoekers als voor de deelnemers via een leerproces waarin tijd en middelen dienden geïnvesteerd te worden. Zo was bijvoorbeeld het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen de deelnemers en de onderzoekers een belangrijk element. Het inschakelen van een vertrouwenspersoon vergemakkelijkte dit proces. Omwille van deze tijdsinvestering in het groepsproces, bleek het dan ook meer kostenefficiënt te zijn dezelfde groep (met steeds dezelfde deelnemers) meerdere malen te consulteren dan veel verschillende groepen éénmalig te consulteren. Een bijkomend voordeel was dat naarmate het aantal contacten met een zelfde groep toenam, dieper kon worden ingegaan op het onderwerp.

Een probleem waarmee wij geconfronteerd werden, betrof de discontinuïteit in de samenwerking met een aantal verenigingen. Dit is begrijpelijk vanuit de sociaal-culturele achtergrond van de deelnemers, die vooral in precaire omstandigheden “over-leven”. Één van de zeven participerende verenigingen zette haar werking stop tijdens het onderzoek en binnen een andere vereniging veranderde de taakinvulling waardoor het project niet langer paste in hun werking. De samenwerking met een derde vereniging werd stopgezet omwille van ziekte van de vertrouwenspersoon. Ook grote veranderingen binnen de personeelsbezetting en de beschikbare vrijwilligers bemoeilijkte soms het onderzoeksproces. Hieruit leerden we dat het belangrijk is reeds

rekening te houden met een mogelijke uitval bij de opzet van het onderzoeksdesign bijvoorbeeld door voldoende verenigingen te selecteren.

Voor het beleid kunnen focusgroepgesprekken met mensen die in armoede leven zinvol zijn als knipperlicht om problemen in de toegankelijkheid op te sporen en om –bij het formuleren van beleidsmaatregelen m.b.t. toegankelijkheid- éérs een “armoede-effecten-rapport” te helpen opstellen. Dit op voorwaarde dat ze op regelmatige basis georganiseerd worden met een relatief stabiele groep deelnemers en gemodereerd worden door een vertrouwde en vaste groep onderzoekers.

Groepen die in dit onderzoek niet in het vizier kwamen zijn de allochtonen, politiek vluchtelingen en illegalen. Het lijkt belangrijk in de toekomst het onderzoek naar de toegankelijkheid ook met deze groepen te voeren.

Tijdens de evaluatievergaderingen met de verenigingen waar armen het woord nemen in het kader van de werkgroep gezondheid van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding op 17.01.2003 en 21.02.2003, werd vastgesteld dat vooral de startfase niet eenvoudig was. Het vroeg wat tijd om wantrouwen te overwinnen, en om een “gemeenschappelijke taal” te vinden. Toch komt naar voor dat de deelnemers erg veel geleerd hebben aan dit proces, zowel op het vlak van kennis als vaardigheden. De eigen dynamiek van elke organisatie brengt met zich mee dat een flexibele aanpak vanuit de onderzoekers nodig is. Vastgesteld werd dat het aanbieden van kansen tot participatie belangrijk is, ook al worden deze niet altijd ingevuld door de verenigingen. Het participeren in een onderzoeksproject heeft bijgedragen tot een intensivering van de eigen dynamiek van de verenigingen. Er was waardering voor de samenwerking met het onderzoeksteam die als “zeer leerrijk” en “met wederzijdse eerbied en respect” werd ervaren.

14 REFERENTIES

ACKAERT K, WILLEMS S, DE MAESENEER J. Problemen met de ziekteverzekering. Een enquête bij OCMW's. Niet gepubliceerd onderzoeksrapport. Gent: Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg; 2001.

AGTEN J, ASSELBERGHS L. OCMW zakboekje 2001. Diegem: Kluwer; 2001.

BARBOUR RS, KITZINGER J. Developing Focus Group Research, Politics, Theory and Practice. London: SAGE Publications Ltd; 1999.

BIETLOT M, DEMAREST J, TAFFOREAU J, VAN OYEN H. Gezondheidsenquête 1997. De gezondheid in België, zijn gemeenschappen en zijn gewesten. Brussel: Centrum voor Operationeel Onderzoek in de Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2000.

BLAXTER M. Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. Soc Sc Med 1997; 44(6): 747-56.

CENTRUM VOOR GEZONDHEIDSOBSERVATIE. Rapport over de staat van de armoede in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Jaarverslag 2000. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie Brussel-Hoofdstad; 2000.

DIERCKX D. Moeder waarom leven wij? Over armoede in België. Leuven: Cera Foundation; 2001.

ENGBERSEN G, VAN DER VEEN R. Moderne Armoede. Overleven op een sociaal minimum. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese; 1987.

GROUPE DE RECHERCHE QUART MONDE-UNIVERSITE. Le croisement des savoirs. Quand le Quart Monde et L' Université pensent ensemble. Paris: Les Editions Quart Monde; 1997.

KAETHOVEN D. Armoede: een multi-probleem voor de arme en voor de hulpverlener. *Diagnostiek-Wijzer* 1996; 61-73.

KRUEGER RA. Developing questions for focus groups. In: *The Focus Group Kit*. California: SAGE Publications; 1998.

KRUEGER RA. Analysing and reporting focus group results. In: *The Focus Group Kit*. California: SAGE Publications; 1997.

LOUCKX F. editor. *Gevelarchitectuur van de welvaartstaat. Ongelijke toegang tot de gezondheidszorg*. Brussel: VUB PRESS; 1995.

LOUCKX F., VAN WANSEELE C. *Sociale Correcties in de ziekteverzekering. Balans en toekomst*. Brussel: Steunpunt Samenleving en Gezondheid VUB; 1998.

MAYS N, POPE C. Qualitative Research: rigour in qualitative research. *BMJ* 1995; 311 (8): 109-112.

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, CEL ARMOEDE. *Uitvoering van het Algemeen Verslag van de Armoede. Vooruitgangsrapport Juni 2000*. Available from: URL: <http://socialsecurity.fgov.be/minimum/nl/juni2000.doc>.

PEERS J. GILLET P, HERMESSE J, POLUS C. *Gezondheidszorg in België. Uitdagingen en opportuniteiten*. 1999. Available from: URL: <http://users.skynet.be/csml/peers-table-matiere.html>.

POPE C, MAYS N. *Qualitative research in health care*. 2000. Available from: URL: <http://www.bmj.com/qrhc/contents.html>.

PROJECT GEZONDHEID & CULTUUR VIERDE WERELD, IN SAMENWERKING MET HET CENTRUM VOOR GEZONDHEIDSOBSERVATIE BRUSSEL. *Om een einde te maken aan de sociale ongelijkheid op gezondheidsvlak. Verslagboek van de ontmoetingsdag van 21 oktober 2000*. Brussel: Centrum voor gezondheidsobservatie Brussel-Hoofdstad; 2001.

SANTKIN J, BEWEGING ATD VIERDE WERELD, VERENIGING VAN BELGISCHE STEDEN EN GEMEENTEN, KONING BOUDEWIJNSTICHTING. Algemeen Verslag over de Armoede. Brussel: Koning Boudewijnstichting; 1994.

STEUNPUNT TOT BESTRIJDING VAN ARMOEDE, BESTAANSONZEKERHEID EN SOCIALE UITSLUITING. In dialoog, zes jaar na het Algemeen Verslag van de Armoede. Eerste Tweejaarlijks Verslag. Brussel: Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding; 2001.

TEMMERMAN D. Evaluatierapport Sociaal Impulsfonds. Brussel: Vlaamse Gemeenschap Administratie Binnenlandse Aangelegenheden; 1998. Available from: URL: <http://aba.ewbl.vlaanderen.be/binnenband/evaluatiesif.htm>.

VAN ASSEMA P, MESTERS I, KOK G. Het focusgroep-interview: een stappenplan. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1992; 7: 431-437.

VRANKEN J, GELDOF D, VAN MENXEL G. Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 1997. Leuven: Acco; 1997.

VRANKEN J, GELDOF D, VAN MENXEL G, VAN OUYTSEL J. Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2000. Leuven: Acco; 2000.

VRANKEN J, GELDOF D, VAN MENXEL G, VAN OUYTSEL J. Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2001. Leuven: Acco; 2001.

BELGISCHE STAATSBLAD: Wet van 27 januari 1999 houdende goedkeuring van het samenwerkingsakkoord tussen de federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten betreffende de bestendiging van het armoedebeleid, ondertekend te Brussel, op 5 mei 1998. (Publicatie: 10/07/1999)

BIJLAGE 1 ARMOEDE EN SOCIALE UITSLUITING

Naar: VRANKEN J, GELDOF D, VAN MENXEL G, VAN OUYTSEL J. Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2001. Leuven: Acco; 2001.

Sociale uitsluiting is één van de centrale concepten wanneer we de toegankelijkheid van de gezondheidszorg evalueren.

Het is een koepelbegrip dat zich situeert op hetzelfde niveau als sociale differentiatie, sociale ongelijkheid en sociale fragmentatie. Dit wordt voorgesteld in Figuur 8.

Figuur 8: Sociale uitsluiting, deel van een kwartet

		Hiërarchie (boven- en onderschikking)	
		Neen	Ja
Breuklijn	Neen	Sociale differentiatie	Sociale ongelijkheid
	Ja	Sociale fragmentering	Sociale uitsluiting

Dit schema wordt gekenmerkt door de twee dimensies nl. ja en neen, van twee concepten nl. hiërarchie en breuklijn.

Met het concept hiërarchie wordt geduid op het onderschikkend of nevenschikkend karakter van relaties. Zo kunnen vb. op maatschappelijk niveau de verschillende sociale klassen onderscheiden worden (cfr. sociale stratificatie).

Het concept breuklijnen verwijst naar een discontinuïteit. Er kunnen drie soorten breuklijnen onderscheiden worden: relationele, ruimtelijke en maatschappelijke breuklijnen.

Relationele breuklijnen zien we in relaties tussen individuen. Individuen behoren, door het ruilen van sociale goederen zoals macht en status, tot een bepaald netwerk. Een relationele breuklijn ontstaat tussen individuen behorende tot deze sociale netwerken en individuen niet behorende tot deze sociale netwerken.

Ruimtelijke breuklijnen bestaan tussen gemeenschappen, sociale klassen, buurten, ... wanneer een bepaalde groep geen deel uitmaakt van het sociale netwerk.

De derde soort van breuklijnen vinden we in de ruimere maatschappelijke structuren en processen. Hiernaar wordt vaak verwezen in termen van dualisering vb. een gedualiseerde arbeidsmarkt.

Door de concepten hiërarchie en breuklijnen te combineren, komen we tot de typologie van vier soorten sociale verschillen. Zonder breuklijnen leiden nevenschikte relaties tot sociale differentiatie en ondergeschikte relaties tot sociale ongelijkheid. Wanneer wel breuklijnen optreden, maar binnen relaties van nevenschikking, spreken we van sociale fragmentering vb. een échte multiculturele samenleving.

Sociale uitsluiting ontstaat echter wanneer de eenheden (vb. individuen of bevolkingsgroepen) niet enkel hiërarchisch geordend zijn (ongelijkheid) maar wanneer tevens duidelijke breuklijnen optreden. Zo een breuklijn kan de vorm van een kloof aannemen, van een muur of een hoge drempel. Zowel uitsluiting als armoede impliceren het bestaan van breuklijnen in de samenleving. Het enige verschil is dat sociale uitsluiting betrekking kan hebben op één domein terwijl armoede altijd multi-aspectueel is en kan beschouwd worden als een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan.

Het begrip “armoede” en aanverwante begrippen zoals kwetsbaarheid en bestaansonzekerheid kunnen niet éénduidig gedefinieerd worden.

We kunnen in de literatuur m.b.t. de definiëring van armoede twee belangrijke benaderingswijzen onderscheiden.[0]

De eerste benadering is gericht op het ontwikkelen van absolute definities van armoede met behulp van objectieve criteria. Centraal hierbij staat het bepalen van een minimum consumptiepakket waarvoor een bepaald minimuminkomen noodzakelijk is.

Een voorbeeld hierbij is de definiëring van een armoedegrens door het Centrum voor Sociaal Beleid (CSB). Op basis van een bevraging werd gepoogd te achterhalen over welk bedrag verschillende gezinstypes minimaal moeten beschikken om rond te komen.

De tweede benadering stelt een maatschappelijk en cultureel gebonden bestaansminimum centraal. Armoede kan niet gereduceerd worden tot het niet beschikken over een minimaal inkomen, maar wordt opgevat als een maatschappelijk verdelingsvraagstuk en als een belangrijke vorm van sociale ongelijkheid. [0] Bij deze benaderingswijze tracht men met behulp van concepten en relaties het stuk van de sociale werkelijkheid dat men wil bestuderen af te bakenen. Een voorbeeld van deze benaderingswijze is de definitie van armoede zoals opgenomen in de reeks jaarboeken Armoede en Sociale Uitsluiting. Armoede is hierbij “een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het scheidt de mensen die leven in

armoede van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Deze kloof kunnen ze niet op eigen kracht overbruggen.” [0]

Deze benaderingswijze vinden we eveneens terug in de definitie van armoede zoals deze voor het eerst geformuleerd werd door de Franse Sociaal-Economische Raad in 1987 en werd overgenomen door het Algemeen Verslag over de Armoede. Hierbij wordt armoede en bestaansonzekerheid gedefinieerd als een schending van mensenrechten met als uitgangspunt het begrip “samenhangende erheid” is de afwezigheid van een of meerdere zekerheden -en dan met name werk- die personen en gezinnen in staat stellen om hun professionele, familiale en sociale verplichtingen na te komen en van hun basisrechten gebruik te maken. De onzekerheid die daaruit voortvloeit, kan groter of kleiner zijn en meer of minder ernstige en blijvende gevolgen hebben. Bestaansonzekerheid leidt tot extreme armoede wanneer ze zich manifesteert op verschillende terreinen, over een langere periode en wanneer de kansen op zelf uit de problemen te raken in de nabije toekomst klein zijn. [0]

In de wetenschappelijke context zouden beiden benaderingswijzen evenwaardig moeten benaderd worden. Toch wordt in traditioneel onderzoek vaak vooral uitgegaan van de eerste benaderingswijze. Binnen de eerste benadering is de afbakening van het begrip armoede namelijk veel meer eenduidig, wat de meetbaarheid ervan verhoogt maar met als minpunt dat te veel voorbij wordt gegaan aan het multi-factoriële karakter van armoede. Het nadeel van de tweede benaderingswijze is dat de elasticiteit van het armoedebegrip vrij groot is wat de operationalisering bemoeilijkt. [0,0,0]

BIJLAGE 2 ARMOEDE EN SOCIALE UITSLUITING VOLGENS MENSEN DIE LEVEN IN ARMOEDE

Toespraak op het Forum van 14 december 2002 van:

Mevr. Els D'hooge van vzw De Keeting en

Dhr. Jean Peeters van Front Commun des Sans Domicile Fixe

Als armoede ter sprake komt is er dikwijls heel veel onbegrip, zijn er misverstanden en vooroordelen... Dit heeft veel te maken met het feit dat men zich enkel baseert op wat men ziet: 'de buitenkant van de armoede' dat men de problemen van mensen in armoede vanuit zijn eigen leefsituatie en vanzelfsprekendheden bekijkt en zo vaak foute conclusies trekt...

Daarom vinden we het heel belangrijk om aan het begin van dit Forum stil te staan bij 'wat armoede is'.

Armoede is:

voortdurend bezorgd zijn: zal ik morgen iets te eten hebben.... Het is constant leven in onzekerheid.

opgeslorpt worden door verschillende problemen tegelijkertijd op alle mogelijke levensdomeinen: problemen met onze huisvesting, onze gezondheid, onze kinderen op school, niet in orde zijn met allerlei papieren, niet beantwoorden aan wat men van ons vraagt, enz... Als arme moet je steeds improviseren, je bent verplicht om van dag tot dag te leven...

veel meer dan leven met een heel klein inkomen. Het is in de eerste plaats niet meetellen in de samenleving, niet gehoord worden, genegeerd worden, veroordeeld worden, uitgesloten worden...

geen vrijheid van keuze hebben – je moet steeds kiezen tussen twee noodzakelijke dingen b.v. eten kopen of medicijnen... - Je probeert voor de minst nadelige keuze te kiezen.

steeds opnieuw blijven vechten. Mensen in armoede zijn moedige mensen

Niemand kiest ervoor om in armoede te leven.

De problemen waar mensen in armoede mee te maken hebben zijn een gevolg en geen oorzaak van de armoede. Ze hebben in de eerste plaats te maken met de manier waarop de samenleving functioneert. In onze samenleving spelen er mechanismen die ervoor zorgen dat mensen ondanks hun pogingen, toch weer steeds onderaan belanden.

Daarom spreken velen van ons dan ook liever over uitsluiting en bestaansonzekerheid dan over armoede. De uitdrukking "armoede" wekt namelijk een gevoel van medelijden. De uitdrukking "uitsluiting" daarentegen verwijst naar "gerechtigheid voor allen". Uitsluiting en bestaansonzekerheid zijn de vrucht van de ongelijke ontwikkeling van de maatschappij. Daklozen hebben tijdens een toneelstuk verklaard: *Wij zijn de schillen van de vrucht van de economische groei.*

Het grootste probleem van de armoede zijn de vooroordelen in de samenleving.

Mensen in armoede leven niet, ze zijn bezig met overleven... Onze overlevingsstrategieën worden door de buitenwereld vaak niet begrepen. Integendeel, voor de buitenwereld zijn ze een bevestiging van hun vooroordelen. Door deze vooroordelen wordt het voor mensen in armoede heel moeilijk om echt aansluiting te vinden bij de samenleving/ op de duur sta je buiten de samenleving. Je moet alles maar ondergaan – naar jou luisteren ze niet...

Het constant bezig zijn met overleven vraagt heel veel energie, slorpt mensen in armoede soms volledig op, het is uitputtend... Op de duur heb je soms het gevoel geen vat te hebben op de dingen, alsof het niet meer uitmaakt wat je doet, je voelt je machteloos...

Buitenstaanders kunnen slechts een stukje van de buitenkant van armoede zien. Wat ze niet zien is de binnenkant: hoe het voelt als mensen in de samenleving je voortdurend negatief bekijken: Je voelt je gekwetst, je telt niet mee.

De armoede bestrijden...

Goedbedoelde maatregelen om iets aan de problemen van mensen in armoede te doen, missen vaak hun doel. De mensen die de beslissingen nemen hebben nooit een volledig zicht op de totale situatie

waarin mensen in armoede zich bevinden. Maatregelen zullen pas echt effectief zijn als men de mensen in armoede serieus neemt en betreft.

Als men de gezondheidszorg ook voor mensen in armoede toegankelijk wil maken, kan dit pas slagen als men bereid is om ook te kijken door de bril van de mensen in armoede. Dit kan pas als men bereid is de eigen ideeën en opvattingen opzij te zetten en open te staan voor de deskundigheid en kennis van mensen armoede.

Wij hopen dat dit op dit Forum ook echt gebeurt.

BIJLAGE 3 OVEREENKOMST

OVEREENKOMST BETREFFENDE HET ONDERZOEK “TOEGANKELIJKHEID IN DE GEZONDHEIDSZORG”

Deze overeenkomst wordt gesloten tussen:

Enerzijds:

de Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
UZ, 1K3, De Pintelaan 185,
9000 Gent

vertegenwoordigd door Prof. Jan De Maeseneer,
hierna vernoemd als “ het Onderzoeksteam”

en

anderzijds:

de vereniging....., hierna genoemd "de Vereniging"

lid van het Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag van de Armoede,
hierna vernoemd als “de Verenigingen”, en van de werkgroep Gezondheid georganiseerd door het
Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, hierna vernoemd
als “het Steunpunt”.

Overwegende:

dat de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie gevraagd heeft om de maatregelen te evalueren
die op het vlak van de gezondheid ingevolge het Algemeen Verslag van de Armoede genomen
werden;

dat de Minister van Sociale Zaken, belast met de uitvoering van deze opdracht, aan de Universiteit
Gent de opdracht gegeven heeft om het onderzoek betreffende de "toegankelijkheid in de
gezondheidszorg" te coördineren;

dat de Minister van Sociale Zaken, in overeenstemming met de wens van de Interministeriële
Conferentie, gevraagd heeft om de organisaties, waarin de armen het woord nemen, bij de evaluatie
te betrekken en het Steunpunt de opdracht gegeven heeft deze samenwerking concreet vorm te geven;

Gelet op het feit:

dat de specifieke engagementen van het Onderzoeksteam en van de Verenigingen bepaald worden door hun eigenheid en opdrachten, zoals hierna vermeld;
dat het Steunpunt betrokken is bij de samenwerking tussen de Verenigingen en het Onderzoeksteam met een eigenheid zoals hierna vermeld;

*Het Onderzoeksteam is belast met de coördinatie van het onderzoek "Toegankelijkheid in de gezondheidszorg" met volgende doelstelling: "op permanente wijze helpen bij het formuleren van voorstellen rond optimalisering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, het toetsen van beleidsmaatregelen op het vlak van toegankelijkheid, analyseren van de maatschappelijke ontwikkelingen die de toegankelijkheid belemmeren of bevorderen, en dit alles in overleg met de doelgroep". Het project loopt van 01/03/2000 tot 28/02/2003.

*De Verenigingen die met het Steunpunt samenwerken baseren hun eenheid op de volgende criteria:
de voorrang aan de armsten is het referentiepunt;
de Verenigingen brengen de armsten samen die er het woord nemen en personen die met hen solidair zijn; zo ontstaat er een kracht waardoor de armsten zelf op het voorplan komen te staan. De Verenigingen zijn het resultaat van de wil van de armsten, gesteund door mensen die solidair met hen willen zijn, om gemeenschappelijke mogelijkheden tot emancipatie en tot verzet tegen armoede te ontwikkelen;
de Verenigingen bouwen een permanente dialoog op met de armsten om een gedegen kennis van de armoede te verwerven en te verdiepen;
de stem van de armsten laten horen en hun denken kenbaar maken doorheen de dialoog met de afgevaardigden;
de werkmethode die gedurende de uitwerking van het Algemeen Verslag van de Armoede uitgetest werd, garanderen en waarborgen dat het referentiepunt steeds de armsten en hun strijd zal zijn.

*Het Steunpunt, opgericht binnen het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding door het samenwerkingsakkoord tussen de federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten betreffende de bestending van het armoedebeleid is belast met het organiseren van een structureel overleg met de armsten via hun verenigingen hierbij gebruikmakend van de

dialogomethode zoals ze ontwikkeld werd bij het tot stand komen van het 'Algemeen Verslag van de Armoede'. (Belgisch Staatsblad van 16 december 1998 en van 10 juli 1999).

Kwamen het volgende overeen:

I. Algemene modaliteiten inzake de samenwerking met de Verenigingen

Het Onderzoeksteam en de Verenigingen werken samen één deel van het kwalitatief onderzoeksgedeelte uit, verder "het Onderzoek" genoemd, rekening houdend met volgende twee voorwaarden:

- a) de Verenigingen zijn betrokken bij het volledige Onderzoeksproces om vanaf de probleemformulering en alle daaropvolgende stappen de stem van de mensen in armoede te laten horen;
- b) de dialogomethode zoals gebruikt bij het tot stand komen van het Algemeen Verslag van de Armoede moet gerespecteerd worden.

Binnen de werkgroep gezondheid van het Steunpunt zullen regelmatig de werkzaamheden worden geëvalueerd met het Onderzoeksteam en indien nodig worden bijgestuurd.

Fasering: het Onderzoek verloopt in vijf fasen met hiernavolgende richtdata.

De eigen dynamiek van de Vereniging wordt hierbij gerespecteerd. Een volgende fase wordt pas aangevat na beëindiging van de voorgaande fase door alle andere deelnemende verenigingen.

het verkrijgen van inzichten: de werkzaamheden binnen de Vereniging (tot 31/12/2001):

de voorbereiding

de Vereniging en het Onderzoeksteam bepalen samen de werkmethode, de te behandelen thema's en het werkritme;

de Vereniging organiseert de samenkomsten tussen zijn leden en het Onderzoeksteam;

het Onderzoeksteam legt aan de leden van de Vereniging de opdracht en de doelstelling van het gehele onderzoek uit, alsook de context (maatregelen genomen sinds het verschijnen van het Algemeen Rapport over de Armoede inzake gezondheid).

de thematische bijeenkomsten:

iedere bijeenkomst wordt samen met het Onderzoeksteam voorbereid;
het Onderzoeksteam stelt de verslagen op van de vergaderingen met de Vereniging zodat de deelnemers kunnen nagaan of hun bijdragen correct weergegeven werden;
het Onderzoeksteam licht de Verenigingen regelmatig in over de vooruitgang van het onderzoek en de impact van de bijdragen van de Verenigingen op het geheel van het onderzoek, en dit tijdens de vergaderingen van de werkgroep Gezondheid.

2) synthese (tot eind februari 2002):

Op basis van de syntheseverslagen over de werkzaamheden in elke vereniging met het Onderzoeksteam, zal het Onderzoeksteam een eerste samenvattend rapport opstellen. Het wordt een sneuveltekst die aan de Verenigingen en het Steunpunt wordt voorgelegd.

3) Feedback, ontmoeting, voorbereiding (tot november 2002):

feedback van het samenvattend rapport naar de Verenigingen toe;
samen met het Onderzoeksteam zal dit eerste rapport besproken worden binnen de werkgroep Gezondheid zodat een algemeen akkoord hieromtrent kan worden bereikt;
de Verenigingen die deelnemen aan de werkgroep Gezondheid herwerken deze tekst, publiceren hem en stellen hem voor op het Forum;
ontmoeting met deskundigen en andere groepen: op vraag van de Verenigingen worden samenkomsten georganiseerd met deskundigen;
voorbereiding van het Forum: het Onderzoeksteam, de Verenigingen en het Steunpunt bereiden samen de presentatie voor van de vaststellingen, analyses en voorstellen aan de beleidsverantwoordelijken voor wat het Onderzoek betreft.

4) Forum: de dialoog met de beleidsverantwoordelijken (december 2002):

het Forum wordt gezamenlijk georganiseerd met het Onderzoeksteam, de Verenigingen en het Steunpunt;
het Forum zal op zodanige wijze georganiseerd worden dat elke partner, vooral de armsten, effectief kan deelnemen.

5) Publicatie (tot 28/02/2003):

Het Onderzoeksteam stelt aan de werkgroep Gezondheid het geheel van het onderzoek

“Toegankelijkheid in de gezondheidszorg” voor;

De eindrapportering die betrekking heeft op het hele proces van samenwerking met de Verenigingen stelt het Onderzoeksteam op in dialoog met de werkgroep Gezondheid en wordt gezamenlijk goedgekeurd door het Onderzoeksteam, de Verenigingen en het Steunpunt;

Deze eindrapportering wordt opgenomen in de eindpublicatie die betrekking heeft op het totale project “Toegankelijkheid in de gezondheidszorg”.

Budgettering van de samenwerking van de Verenigingen aan de onderzoeksopdracht:

Het Onderzoeksteam stelt zich garant voor het budget van 500.000 BEF voor de fasen 1 tot 5.

Bovendien verbindt het Onderzoeksteam er zich toe om mee te werken aan het vinden van bijkomende noodzakelijke fondsen, met een maximum van 250.000 BEF .

De verdeelsleutel tussen de Verenigingen zal in onderling overleg door dezen bepaald worden.

II. Specifieke modaliteiten inzake de samenwerking met de (individuele) Vereniging)

Deze overeenkomst werd gesloten op.....

Voor het Onderzoeksteam,
Prof.Dr.Jan De Maeseneer

Voor de Vereniging,
(in te vullen naam van vertegenwoordiger)