

DISCUSSIONOTA

RECHT OP DE BESCHERMING VAN DE
GEZONDHEID
10 JAAR NA HET ALGEMEEN VERSLAG OVER DE
ARMOEDE

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid
en sociale uitsluiting


APRIL 2005



CENTRUM VOOR
GELIJKHEID
VAN KANSEN
EN VOOR RACISME
BESTRIJDING

Steunpunt tot
bestrijding van
armoede, bestaans
onzekerheid en
sociale uitsluiting


POD | Maatschappelijke Integratie
SPP | Intégration Sociale

 Koning
Boudewijnstichting

.be

In samenwerking met Gemeenschappen en Gewesten

1. Is arm zijn en ook gezond een utopie?

"Een gezondheidsbeleid (kan) slechts geïntegreerd worden in een geheel dat voor elkeen de middelen waarborgt om in waardigheid te leven en zijn kapitaal gezondheid te vrijwaren: een fatsoenlijke woning, erkend werk, voldoende inkomsten, de mogelijkheid om positieve relaties op te bouwen, enz. (...)"¹

Vandaag de dag wensen bepaalde verenigingen de toestand samen te vatten met een uitspraak die geen twijfel laat: in 2005 doodt armoede nog steeds. Er wordt een bijzondere nadruk gelegd op de levensomstandigheden en hun impact op de gezondheid.

Kunnen wij het echt hebben over het recht op bescherming van de gezondheid voor de huurder van een onbewoonbaar huis? Voor wie een baan heeft zonder toekomstperspectieven? Voor diegene die leeft van een klein pensioen, waarmee enkel het levensnoodzakelijke kan worden aangekocht? Voor de mensen zonder papieren die in angst leven en in totale onwetendheid over wat de volgende dag gaat brengen? Voor de dakloze die een schuilplek zoekt en poogt te overleven?

Sommigen onderstrepen het 'boemerang'-effect van armoede en gezondheid: armoede ondermijnt de gezondheid en een slechte gezondheid kan dan weer tot armoede leiden, al was het maar omwille van de kosten die de gezondheidszorg met zich meebrengt (zie verder). Het Algemeen Verslag over de Armoede (AVA) benadrukt de vroegtijdige uitputting die armoede teweegbrengt: *"Men is oud op zijn 40-45!"*² Deze sociale ongelijkheid kost niet enkel veel aan onze samenleving, maar betekent ook een onberekenbare menselijke kost: ziekte belast het gezin, vormt een hinderpaal bij tewerkstelling en opleiding, de scholing van de kinderen, ... : *"Omdat de ziekte aan mijn gezin teveel kostte, ben ik alleen gaan wonen. Ik heb een rustiger thuis achtergelaten. Maar ikzelf raak er maar niet bovenop."*³

2. De toegang tot de gezondheidszorg: beter, maar niet perfect en in gevaar...

Er werd een aanzienlijke vooruitgang genoteerd in de toegang tot de gezondheidszorg door de hervorming van de verplichte ziekteverzekering, waardoor een groter aantal personen gedekt is voor de prestaties van de gezondheidszorg. Dit betekent een grote stap vooruit en een tegemoetkoming aan één van de belangrijkste eisen die in het AVA werden gesteld.

¹ Algemeen Verslag over de Armoede (AVA), p. 153

² AVA, p. 123

³ LST, 2003

Actoren op het terrein benadrukken echter dat er enerzijds nog steeds problemen bestaan of opduiken binnen de verzekerde of theoretisch verzekerbare bevolking, en anderzijds dat bepaalde categorieën van personen in een precaire toestand nog steeds uitgesloten blijven van de verplichte verzekering.

2.1. Als de verzekering slecht verzekert ...

â Sommige mensen zijn potentieel gerechtigd binnen de ziekteverzekering maar omwille van een opeenstapeling van mankementen en problemen blijven ze er geheel of gedeeltelijk van uitgesloten. Worden onder meer vermeld:

- mensen zonder een vaste verblijfplaats;
- zelfstandigen die te maken krijgen met zware financiële problemen en daardoor hun bijdragen aan de verplichte verzekering niet kunnen betalen en ook geen vrije verzekering hebben voor de kleine risico's;
- personen die van één stelsel naar een ander overgaan (van loontrekkende naar zelfstandige en vice versa);
- personen die niet langer de aanvullende verzekering bij hun ziekteverzekering kunnen betalen, indien de mutualiteit deze in haar statuten als «verplicht» beschouwt;
- personen die hun administratieve en financiële verplichtingen niet nakomen, in situaties van thuisloosheid, verslaving,....;
- ex-gevangenen die steeds te maken krijgen met wachttijden;
- personen die geschrapt worden uit de registers van de burgerlijke stand, wat gebeurlijk lijkt ingeval van opname in een psychiatrische inrichting;...

Werden er, zoals gevraagd in het AVA, systemen ingevoerd om sneller die mensen op te sporen die niet in orde zijn met hun ziekteverzekering?

â Spijts de aanzienlijke vooruitgang en de hervormingen die tijdens de voorbije 10 jaar werden ingevoerd, wordt de gezondheidszorg steeds duurder. Het aandeel van wat de patiënt zelf betaalt bedraagt nu tussen de 20 à 25%. De prijzen van de geneesmiddelen zijn erg toegenomen. Een aantal medische kosten worden niet- of slecht terugbetaald zoals brillen, bepaalde geneesmiddelen zoals de gangbare pijnstillers, prothesen, tandverzorging,... En bovenop de kosten voor de zorgen is er natuurlijk de impact van de te lage inkomens op de gezondheid, de plotselinge stijging van de huurprijzen, ... kortom: een steeds groter wordende verarming van de samenleving. In de inkomens waarmee de mensen net kunnen overleven is er geen marge meer voor de gezondheidszorg. Steeds vaker kunnen de facturen van een ziekenhuisopname niet worden betaald. Tussen 1998 en 2003 is het patiëntenaandeel in de kost voor ziekenhuisopname met meer dan 30% gestegen terwijl iedereen weet dat mensen die in armoede leven vaak in het ziekenhuis worden opgenomen. Verenigingen benadrukken het toenemende aantal loontrekkers, gepensioneerden en kleine zelfstandigen die problemen hebben om medische zorgen te betalen en die dan ook hulp zoeken. Heel wat mensen moeten om financiële redenen hun medische zorgen uitstellen of ervan afzien. Volgens de resultaten van de Gezondheidsenquête moest 10% van de gezinnen in 2001 hun uitgaven voor medische zorgen uitstellen. Voor de gezinnen die op

de armoedegrens leven bedroeg dit percentage zelfs 28%. En in de werkelijkheid ligt dit cijfer nog hoger, want mensen die in armoede leven zijn moeilijk te bereiken in het kader van een enquête. Het gebeurt ook vaak dat die mensen spontaan een aantal geneesmiddelen weigeren wanneer zij het voorschrift aan de apotheker voorleggen, met het risico dat zij een aantal onontbeerlijke zorgen moeten missen. Kwaliteit van gezondheidszorg heeft ook te maken met financiële mogelijkheden van de patiënt. Zo kan iemand door meer te betalen sneller een afspraak voor een consultatie bekomen.

â Het is een feit dat er na de publicatie van het AVA heel wat maatregelen genomen werden om de financiële hindernissen in de toegang tot de gezondheidszorg te beperken. De belangrijkste zijn de uitbreiding van de verhoogde tegemoetkoming⁴ voor nieuwe categorieën begunstigden en de invoering van de maximumfactuur⁵, evenals specifieke maatregelen voor chronische zieken.

De maximumfactuur werd vaak voorgesteld als een bijzonder efficiënt opvangnet. Voor veel patiënten is het een belangrijke troef. Verenigingen die actief zijn in de armoedebestrijding benadrukken echter welke ernstige tekortkomingen er zijn: zo moeten mensen het plafond van 450 € bereiken voordat ze kunnen genieten van de integrale terugbetaling (het plafond ligt hoger dan in het vorige systeem van de sociale franchise), de niet terugbetaling van bepaalde zorgverstrekingen en geneesmiddelen, de verplichting om het geld voor te schieten alvorens terugbetaald te worden, enzovoort. Sommigen bekritisieren ook meer fundamenteel het feit dat de maximumfactuur de solidariteit tussen de socio-economische categorieën zou verbreken: vermits het weinig voordelen biedt voor de hogere inkomensgroepen, gaan dezen gestimuleerd worden om aanvullende privé-verzekeringen af te sluiten en aldus leidt het de facto tot een dualisering van het financieel beschermingssysteem.

"Ik vraag me af hoe mensen in armoede het plafond van 450 euros kunnen bereiken. Om te kunnen profiteren van de maximumfactuur moet je eerst toegang hebben tot de gezondheidszorg. Het systeem houdt geen rekening met het feit dat sommige mensen zelfs een gewoon huisartsbezoek niet kunnen betalen, laat staan de medicatie die ze eigenlijk zouden moeten innemen..." ⁶

â De actoren op het terrein pleiten voor meer en een beter toegankelijke eerstelijnszorg. Wijkgezondheidscentra en poliklinieken⁷ worden als goede praktijken aangehaald en dienen geëvalueerd te worden met het oog op een veralgemening van hun positieve kenmerken. Tevens dient het forfaitair systeem geëvalueerd te worden naar impact op de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg. De eis uit het AVA voor een veel ruimere toepassing van de

⁴ Ter herinnering: systeem dat de gezondheidszorg goedkoper maakt voor bepaalde groepen van personen (verhoogde tegemoetkoming in de gezondheidszorg).

⁵ Ter herinnering: zodra het remgeld voor bepaalde patiëntenzorgen een welbepaald plafond overschrijdt (vooral variabel in functie van het inkomensniveau) krijgt de belanghebbende zijn volledige persoonlijke bijdrage terugbetaald.

⁶ De Keeting: 2004

⁷ Het gaat om poliklinieken in bepaalde wijken waar een team huisartsen elke nacht van de week beschikbaar is en 24u op 24 tijdens het weekeinde (Deurne, Charleroi, Luik en onlangs ook Molenbeek,...)

derdebetalersregeling⁸ blijft gehandhaafd. Op basis van pilootprojecten die sinds het AVA opgezet werden kunnen lessen getrokken worden met het oog op een veralgemening van dit betalingssysteem.

Deelnemers pleiten voor een algemeen gezondheidsbeleid in plaats van een categorisch beleid dat zelfs de solidariteit kan ondermijnen. In die zin pleiten ze allen voor een versterking van de sociale zekerheid. Vandaag de dag wordt er een fundamenteel debat geopend over de sociale zekerheid en de financiering ervan. Deze gesprekken en de daarmee gepaard gaande maatregelen hebben een meervoudige impact op personen die in armoede leven. Enkele aspecten hiervan werden tijdens het overleg vooral benadrukt:

i) het heersende klimaat schrikt de arme bevolking af

*"Kunnen wij druk uitoefenen op een patiënt die in armoede leeft, die misschien al twee keer zijn bezoek aan de behandelende geneesheer heeft uitgesteld, zodat hij van de arts zou 'eisen' dat deze laatste generische geneesmiddelen voorschrijft, als we weten dat de arts daar niet toe verplicht is?"*⁹

ii) responsabilisering en vermarkting

Om de kosten voor de gezondheidszorg te controleren, worden de verschillende actoren in de gezondheidszorg (zorgverstrekkers, hospitalen, mutualiteiten en patiënten) aangezet tot 'responsabilisering'. Dit leidt tot het doorschuiven van het probleem naar de patiënt die vaak onvoldoende macht heeft om iets door te drukken, zoals bijvoorbeeld het voorschrijven van generische geneesmiddelen. Bezorgd wordt hierbij ook uitgekeken naar de rol van Europa. Een toenemende invloed van de markt en het commerciële initiatief in de gezondheidszorg doet zich reeds voor en wekt dan ook heel wat ongerustheid op. In Nederland zal vanaf 1 januari 2006 de verplichte verzekering beperkt worden tot een minimaal basispakket. Voor de andere prestaties zal iedereen zich moeten wenden tot privé-maatschappijen op een gedereguleerde markt, die de keuze hebben om het risico al dan niet te verzekeren (voorbeeld: raadplegingen bij de huisarts, zorgverstrekking voor kinderen van minder dan 18 jaar, neonatale en gynaecologische zorgen...). In België krijgen kansarme groepen te maken met rentabiliteitsobjectieven van bepaalde ziekenhuizen en zien hun toegang tot de gezondheidszorg afhankelijk worden van hun financiële situatie.

Voorbeelden:

- Ingewikkelde administratieve problemen voor het verkrijgen van een afbetalingsplan: de mogelijke manieren om de schulden in te vorderen (incassobureaus, gerechtsdeurwaarder, ...) worden steeds talrijker.
- Er worden voorschotten gevraagd (die als verplicht worden voorgesteld), om toegang te krijgen tot de geschikte medische dienst. Bepaalde personen halen ook de onwettelijke inbeslagname aan van de SIS-kaart als drukmiddel.

⁸ Ter herinnering: de derdebetalersregeling is de mogelijkheid om het totale bedrag voor bepaalde zorgverstrekingen niet te hoeven betalen. De patiënt betaalt enkel het remgeld (de persoonlijke bijdrage). Slechts een zeer kleine minderheid van zorgverstrekkers passen dit systeem toe: volgens sommigen gaat het om 4% van de ambulante zorgverstrekking en 2% van de zorgverstrekkers.

⁹ Les Equipes Populaires de La Louvière

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

- Gebrek aan nazorg en het snel naar huis terugsturen van patiënten, terwijl bepaalde van hen geen enkel sociale of familiale opvang hebben waar zij kunnen op rekenen.
- Het regelmatig genoteerde gebrek aan respect aan de loketten en bij de zorgverstrekking, en een stigmatiserende benadering. De stigmatisering wordt versterkt door het systeem zelf, en vooral voor bepaalde 'categorieën' (voorbeeld: requisitoir van het OCMW voor de kansarmen): *"Ik lag in de kliniek, men moest bloedprikken. Het ging niet en deed pijn. Ik reclamde en kreeg te horen van de verpleegster: 'Je moet niet veel zeggen, want gij valt onder het OCMW'".*¹⁰

Wat is de precieze rol en de filosofie van de 'sociale dienst' in de hospitalen?

'Responsabilisering' van de patiënt of deresponsabilisering van de Staat ten aanzien van zieken die geen geld hebben ?

â De OCMW's leveren een bijdrage tot de effectieve toegang tot de gezondheidszorg. Grote verschillen in de praktijken van de centra worden echter genoteerd, wat een sterk gevoel van arbitraire behandeling veroorzaakt. De verenigingen klagen dit gebrek aan uniformiteit en het gemis aan transparantie aan, waarbij ze de nadruk leggen op de ernst van de gevolgen. In de eerste plaats beleven heel wat mensen in armoede die onzekerheid in permanente angst. En dan, indien de hulp geweigerd wordt, zijn de personen gewoonweg verplicht om af te zien van de medische zorgen.

*"Vandaag de dag is de solidariteit aan het verdwijnen en de 'openbare bijstand' komt met groot machtsvertoon terug."*¹¹

Bovendien verwijten bepaalde actoren aan de OCMW's dat ze enkel hun eigen 'klanten' helpen, maar zoals reeds vermeld, zijn dat lang niet de enigen die geconfronteerd worden met toegangsproblemen van financiële aard.

â Mutualiteiten zijn een belangrijke actor in de gezondheidszorg. Echter hun rol is niet steeds voor iedereen duidelijk: *"De ziekenkas doet wel veel, maar we weten het niet altijd"*¹² blijft nog een veelgehoorde klacht van mensen in armoede. Zo bieden mutualiteiten kosteloze, toegankelijke sociale diensten aan. Bij het lenigen van een nood, dienen mutualiteiten nu vaker een beroep te doen op liefdadigheid, zo meldt een maatschappelijk werkster. Veel documenten zijn moeilijk te begrijpen, zelfs voor hulpverleners. Hoe geraken niet-of weinig geletterden dan geïnformeerd over hun rechten en plichten?

¹⁰ APGA, 2003

¹¹ Les Equipes Populaires, La Louvière

¹² Centrum Kauwenberg, 2003

2.2. Diegenen waar de verzekering niet wil van weten ...

Mensen zonder papieren hebben geen toegang tot de verplichte verzekering en zijn genoodzaakt om een uitzonderlijke maatregel in te roepen van het K.B. betreffende de dringende medische hulp. Zieken die aangewezen zijn op de dringende medische hulp hebben geen enkele juridische zekerheid. In 2003 heeft de organisatie Artsen zonder Grenzen om en bij de 10.000 personen behandeld, die uitgesloten waren van de meest elementaire medische zorgen. Wanneer moet worden besloten dat er 'dringende hulp' noodzakelijk is? Ambulante zorgen, kleine aanslepende of minder acute gezondheidsproblemen, evenals de preventieve en psychiatrische zorgen blijken niet (steeds) gedekt door de reglementering, terwijl die toch ook 'dringend' kunnen zijn.¹³ Medimmigrant pleit ervoor dat de verplichte ziekteverzekering in eerste instantie de minderjarigen voor haar rekening zou nemen.

De actoren op het terrein zijn van mening dat het soms moeilijk is om de OCMW-dienst te vinden die zich bezighoudt met de toegang tot de gezondheidszorg voor nieuwkomers.

Er heerst dan ook ongerustheid over het lot van de nieuwe Europeanen (uit de vroegere Oostbloklanden bijvoorbeeld) die zich in België zouden moeten laten behandelen. Er is absoluut geen duidelijkheid over de wetgeving die op die mensen van toepassing is, gezien de verzekeringsstelsels uit die landen miskend worden.

Praktiserende artsen klagen het feit aan dat veel te veel politieke, juridische en administratieve overwegingen de relatie tussen arts en zieke beïnvloeden.

Te vermelden is ook de problematiek van gedetineerden, die zoals mensen zonder papieren geen statuut hebben binnen één van de takken van de verplichte ziekteverzekeringen. Voor hun gezondheidszorg zijn zij afhankelijk van de diensten van de Federale Overheidsdienst Justitie.

3. 'Beter voorkomen dan genezen': wat gebeurt er als beide noodzakelijk zijn?

Het hoofdstuk van het AVA wordt besloten met de volgende woorden: *"Een beleid van toegang tot verzorging moet ook gepaard gaan met een preventief beleid, niet alleen door 'gezondheidsopvoeding' in de klassieke (toegankelijke!) zin, maar ook door voor de minst begunstigde bevolking een hele 'welzijnscultuur' open te stellen: middelen en methoden ontwikkelen die de mensen in staat stellen zich bewust te worden van hun eigen waarde, hun waardigheid, hun recht om zich 'goed in zijn vel, goed in zijn hoofd' te voelen, net zoals elke andere mens."*¹⁴

¹³ Vanroelen, C., Louckx, F., Financiële kwetsbaarheid in de Belgische gezondheidszorg, Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid, 3de trimester 2004.

¹⁴ AVA, p. 153

De verenigingen vestigen de aandacht op het feit dat de breuk tussen de "niet-medische" en de medische preventie enerzijds, en het preventieve en het curatieve anderzijds, het grootste knelpunt vormt.

â De verenigingen leggen het accent op de 'niet-medische preventie': de nota begint met de nadruk te leggen op de levensomstandigheden, de kwaliteit van de omgeving.

"Welk effect heeft het geven van voedingsadvies aan een gezin dat het zonder koelkast moet stellen, of waarvan de gas is afgesloten? Hoelang blijft iemand die een longontsteking achter de rug heeft nog gezond in een vochtige woning?"¹⁵

â Ook de medische preventie blijft van primordiaal belang. Er kwamen initiatieven op federaal niveau en in de deelstaten (gratis testen voor het opsporen van borstkanker, kosteloze vaccinaties, ...). Tijdens het overleg wordt gewezen op de zeer zwakke financiering van de preventie en de noodzaak van overleg tussen de gemeenschappen en de federale overheid.

Het AVA heeft aangedrongen op het belang van preventie vanaf de kinderjaren. De basis voor een goede gezondheid bij volwassenen wordt immers gelegd in het prenatale leven en in de eerste kinderjaren. Vandaar het belang van een goede zwangerschapsbegeleiding. Positieve evoluties zijn genoteerd, met onder meer:

- gezondheidszorg voor moeder en kind, georganiseerd door de diensten van de Duitstalige Gemeenschap, de diensten van Kind en Gezin in de Vlaamse Gemeenschap en van het 'Office de la Naissance et de l'Enfance' (O.N.E.) in de Franstalige Gemeenschap. Deze zorgen zijn gratis en kansarme gezinnen krijgen voorrang.
- het initiatief 'Dentipass'¹⁶, dat in 2004 in het gehele land werd gelanceerd en dat vanaf 2005 verlengd en uitgebreid wordt.

In het AVA wordt ook de school gezien als de plaats bij uitstek voor preventie inzake gezondheid bij kinderen, met regelmatige en diverse fysieke activiteiten, een gezonde voeding, een opvoeding naar gezondheid toe...

Er blijven echter nog belangrijke problemen die een oplossing vergen, zoals bv.:

i) het verband tussen het preventieve en het curatieve wordt niet gelegd

"Wij organiseren gratis testen voor het opsporen van borstkanker. Wanneer het resultaat positief is en de vrouw in armoedige omstandigheden leeft, komen wij nog extra 'slecht nieuws' brengen. Er wordt terecht gevreesd dat zij de middelen niet heeft om de nodige behandeling te volgen."¹⁷

¹⁵ De Keeting, 2004

¹⁶ In 2004 gaf Dentipass gratis tandverzorging aan kinderen uit scholen in kansarme wijken. Dentipass kreeg te maken met 15.000 kinderen. Nog voor september 2005 wordt het uitgebreid naar 30.000 kinderen. En vanaf die datum wordt tandverzorging gratis voor alle kinderen jonger dan 12 jaar.

¹⁷ Observatorium voor de Gezondheid in Henegouwen

Het probleem wordt verscherpt door de uiteenrafeling van de institutionele bevoegdheden inzake gezondheidszorg.

ii) in het algemeen bereiken de preventieve acties het moeilijkst de kansarme bevolkingsgroepen, en dat om zeer uiteenlopende redenen: de 'controle'-visites bij de dokter kosten veel geld, de campagnes richten zich vaak tot de middenklasse (bijvoorbeeld: verwijzen naar een Internetsite in de brochures), de aangewende middelen zijn vaak onvoldoende om de armsten te bereiken, te individuele aanpak in plaats van heel het milieu erbij te betrekken (ouders, school, buurt,...), enzovoort.

4. Psychiatrie en armoede: wat is het verband?

Het gaat om een complexe link.

â Enerzijds waarschuwt het AVA tegen een 'psychiatisering van de armoede'.

*"Voor sommigen is de armoede zelf een ziekte. En dan hoeft het economische probleem dat aan de basis van die armoede ligt, niet langer in vraag gesteld te worden. Het volstaat dus te verzorgen om de armoede weg te werken. Dat is het probleem van de psychiatisering van de armoede. Mijnheer B. was voordat zijn schulden beheerd werden niet bepaald het toppunt van mentaal evenwicht, maar het ging. Sedert het moment dat zijn schulden beheerd worden is hij nog nooit zo vaak dronken geweest. Een kwestie van aftakeling-psychiatrie-zelfmoord ... "*¹⁸

Uit de ervaring blijkt dat arme mensen vaker dan anderen gehospitaliseerd worden onder dwang (vroeger had men het over «collocatie»). Uit recent onderzoek blijkt dat ze het vaakst 'opgesloten' worden in uitsluitend psychiatrische instellingen en vooral in tehuizen waar de duur van het verblijf zeer lang (en kostelijk!) is en in diensten waar er patiënten verblijven met heel ernstige klachten. Zowel voor de patiënten als voor hun omgeving wordt het risico op de stigmatisering van hun toestand nog groter.

De psychiatisering van de armoede lijkt een proces te zijn dat gebonden is aan de levensomstandigheden van mensen die niet "geneesbaar" zijn na enkele behandelingen: slechte kwaliteit van de omgeving â de geneeskunde krijgt slechte resultaten â verstoring van de relatie geneesheer-zieke (wederzijdse malaise, wantrouwen, onbegrip...) â gevoel van onmacht en falen bij de arts t.o.v. het «gebrek aan medewerking» van de patiënt â de arts ziet het gedrag van de patiënt als onsamenhangend, abnormaal, pathologisch â doorverwijzing naar de psychiatrie.

"Heel wat ziekenhuisopnames in die diensten zijn te wijten aan 'aanpassingsproblemen' die het resultaat zijn van de armoede en het daardoor teweeggebrachte structuurverlies. Deze 'psychiatisering' heeft zware gevolgen: de armen hebben geen verweer meer. Hun opstandigheid

¹⁸ LST : 2003

en ontmoediging worden beschouwd als 'gemoedswisselingen'. Het sociale probleem wordt verstoep achter de medische diagnose" ¹⁹

â Anderzijds is de toegang tot kwaliteitsvolle mentale gezondheidszorg zeer beperkt voor kansarmen.

"Indien men lijdt aan een geestesziekte, kan men maar beter rijk zijn en goede studies gedaan hebben. Niet dat de zorgen die men nodig heeft onbetaalbaar zijn. Maar gewoonweg omdat (...) de medische wereld voorkomender lijkt voor mensen met een hogere sociale status."²⁰

Mensen die in armoede leven worden sneller en langer opgenomen, omdat zij minder toegang hebben tot 'eerste klasse' -zorgen, (begeleiding, psychotherapie, ...), het soort zorgen dat verstrekt wordt in de universitaire wereld of in de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis. Terwijl volgens de resultaten van de Gezondheidsenquête in 2001, arme mensen vaker het risico lopen om een depressie te krijgen. Andere problemen die gesignaleerd worden: lange wachttijden voor consultaties, problematische doorstroming van de eerste naar de tweede lijn, gebrek aan coördinatie, onvoldoende vorming met betrekking tot het leven in armoede, tekort aan opvangcapaciteit in kinder- en jeugdpsychiatrie, ...

"Voor wat de mentale gezondheid betreft vestigen wij de aandacht op:

- *depressies;*
- *een algemeen gevoel van onbehagen;*
- *levensmoeheid die zich uit in daden van zelfverminking en zelfs zelfvernietiging: zelfverwonding met een mes, overmatig gebruik van alcohol of geneesmiddelen;*
- *psychoses."* ²¹

Door een gebrek aan gepaste opvangstructuren, geraken patiënten op de dool, worden thuisloos.

5. Opleiding van zorgverstrekkers

Het AVA vraagt uitdrukkelijk dat bij de uitwerking van de opleidingsprofielen voor gezondheidswerkers er voldoende aandacht wordt geschonken aan het kennen van de armoede. Vandaag de dag wordt de dialoog tussen gezondheidswerkers en patiënten nog te vaak gehinderd door een onvoldoende kennis van de (onder meer sociaal-economische) diversiteit.

Men is het erover eens dat de artsen een beter begrip moeten hebben van wat armoede is, maar er wordt verschillend gereageerd rond de formule die daartoe de beste is, namelijk:

- er bestaan reeds opleidingen in sociale geneeskunde die verder gepromoot dienen te worden;
- een opleiding over armoede is niet voldoende; er moet worden geopteerd voor een opleiding in diversiteit, die een benadering inhoudt van de armste bevolkingsgroepen, maar ook van andere culturen en, globaal gezien, een optiek die gericht is op de rechten van de mens;

¹⁹ Santé conjugué, april 1999, nr.8, p. 28

²⁰ Poncin, J., Les "pauvres" sont mal soignés, Le Soir, 24.01.2005

²¹ Comme chez Nous: 2005

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

- om armoede te kennen moet er op het terrein gewerkt worden, met de bevolking in kwestie. Zuiver theoretische opleidingen zullen nooit goed genoeg zijn.

Een aantal initiatieven werden genomen bijvoorbeeld ten aanzien van de basisopleiding van verpleegkundigen, huisartsen, ten aanzien van de navorming van geestelijk gezondheidswerkers... Deze initiatieven zouden moeten geëvalueerd worden met het oog op een ruimere verspreiding.

Uit talrijke getuigenissen over hospitalen blijkt dat bepaalde geneesheren gesensibiliseerd zijn voor de problematiek van de armoede en dat zij patiënten met financiële problemen of schulden aan het ziekenhuis, aanmoedigen om de vijandige barrière te doorbreken bij het personeel aan het onthaal en van de sociale dienst die beslissen of ze de patiënt al dan niet de nodige medische zorgen zullen laten geven, in functie van vroegere schulden. Het probleem is dus complexer dan het schijnt.

Is het een kwestie van sensibilisering of van opleiding? En moeten we ons verder ook geen vragen stellen over de impact van structuur, van directie op de verschillende tussenpersonen? En over het gebrek aan tijd en personeel?

6. Kennen is goed. Handelen en dan evalueren is nog beter.

Er werd een groot aantal studies uitgevoerd waarbij mensen die in armoede leven betrokken waren. Daardoor zijn de problemen rond de toegang tot de gezondheidszorg die met armoede te maken hebben, beter gekend. Maar in welke mate laten de beleidsmensen zich beïnvloeden door dergelijk onderzoek? Verder is er een duidelijk gebrek aan onderzoek en resultaten betreffende de evaluatie van maatregelen waarmee de verschillen in gezondheidszorg moeten worden weggewerkt en de gezondheid van de armste bevolkingsgroepen verbeterd. De vraag naar een armoede-effect rapport dit naar analogie van een milieu-of kindereffect rapport wordt gesteld.

De actoren op het terrein merken op dat de steeds fijnere en frequentere vaststellingen van sociale ongelijkheid op het vlak van de gezondheid niet echt geïntegreerd worden in het beleid. De verenigingen klagen ook over een gebrek aan opvolging van hun eigen vaststellingen en aanbevelingen.

Eén van de aangehaalde problemen is dat de belangrijkste en doorslaggevende elementen waarop het beleid zich zou moeten richten niet onder de bevoegdheden vallen van de ministers van volksgezondheid (huisvesting, scholing, kwaliteit van de tewerkstelling, ...).

7. Deelnemen: waaraan, hoe en waarvoor?

Tijdens de voorbije tien jaar werden er verschillende initiatieven genomen 'in dialoog met mensen die in armoede leven'.

Vandaag de dag vragen talrijke verenigingen tot welke resultaten die dialoog heeft geleid, sommigen zijn van mening dat het gaat om een pseudo-overleg. Volgens hen werd er niet gereageerd op de verslagen en de resultaten van veel van die dialogen; het is in elk geval zo, dat mensen in armoede die tijd en energie gestopt hebben in die medewerking geen feedback hebben gekregen.

De aard en de kwaliteit van de dialoog zijn punten die in alle thema's terugkomen en die naar diverse nuances leiden.

*"Er moeten garanties komen dat mensen in armoede niet alleen 'het woord krijgen', maar ook de garantie dat zij kunnen checken of hun boodschap werd verstaan en checken welk gevolg men hieraan zal geven. Mensen in armoede wille op de hoogte gehouden worden en betrokken worden, ook bij de uitwerking van ideeën en voorstellen, ook bij de evaluatie van nieuwe maatregelen en voorzieningen."*²²

Sommige deelnemers pleiten voor een dialoog tussen mensen die in een preciaire situatie leven en openbare diensten, beleidsmensen en het verenigingsleven, zodat de knowhow in twee richtingen kan worden doorgegeven zonder dat men in het karikaturale vervalt: 'We geven het woord aan de arme'. Bovenop een 'gewone dialoog', aldus sommigen, moet er vooral betracht worden dat experts ook rekening gaan houden met de aandachtspunten van diegenen die in armoede leven.

22 De Keeting, 2004