



MELTING POINT: DE TOEGANG TOT EN HET GEBRUIK VAN EERSTELIJNSZORG DOOR KWETSBARE PERSONEN IN HET BRUSSELS GEWEST

Sophie Thunus, Alexandre Donnen, Alexis Creten en Carole Walker



Observatorium
voor Gezondheid en Welzijn
Brussel



Observatoire
de la Santé et du Social
Bruxelles

MELTING POINT: DE TOEGANG TOT EN HET GEBRUIK VAN EERSTELIJNSZORG DOOR KWETSBARE PERSONEN IN HET BRUSSELS GEWEST

Sophie Thunus, Alexandre Donnen,
Alexis Creten en Carole Walker

Auteurs:

Sophie THUNUS
Alexandre DONNEN
Alexis CRETEN
Carole WALKER

Met dank aan (onder meer voor de herlezing):

Nahima AOUASSAR (OSS)
Sarah MISSINNE (OSS)
Olivier GILLIS (OSS)

Disclaimer:

De auteurs zijn verantwoordelijk voor de inhoud van dit rapport en de aan de overheidsinstanties gedane aanbevelingen. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad heeft dit rapport besteld.

Opmaak: Idealogy

Cover: Sophie Thunus

Vertaling: Iso Translation & Publishing

Wettelijk depot: D/2023/9334/68

ISBN nummer: 9789464755886

Meer informatie?

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Belliardstraat 71, bus 1, 1040 Brussel
Tél.: 02 502 60 01

<https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil>

Citeren als volgt:

Thunus S., Donnen A., Creten A. & Walker C. Melting Point: de toegang tot en het gebruik van eerstelijnszorg door kwetsbare personen in het Brussels Gewest. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2023.

Beschikbaar via: <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil>

Cette publication existe aussi en français

Inleiding	4
Theoretische grondslag: kwetsbaarheid en de aanvaardbaarheid van de zorg	5
Methodologie	6
Onderzoeksplan	9
1. Kwetsbaarheid: de territoriale benadering in Kuregem	11
Een bruisende en gezellige wijk	12
Een in de steek gelaten wijk met problemen	12
Huisvesting – een afspiegeling van sociale en economische ongelijkheid	13
Tussen openheid en geslotenheid: taalbarrières en genderongelijkheid	14
Onderwijs, tewerkstelling, huisvesting en zwartwerk	16
Een feitelijke lockdown	17
2. Verschillende groepen en vormen van kwetsbaarheid	18
Multiculturaliteit	18
Economische en sociale kwetsbaarheid	18
Ernstige en complexe problemen, fysiek en mentaal geweld	19
Vrouwen	20
Een onzichtbaar publiek	20
3. De perceptie van gezondheid en zorg	22
Algemene gezondheid en functionele gezondheid	22
Goede en slechte gezondheid: actief zijn, relatie en huisvesting	23
Gezondheidszorg	25
4. Kwetsbaarheid: het perspectief van alleenstaande moeders	27
De scheiding en de instabiliteit die erop volgt	28
Het wankel evenwicht dat alleenstaande moeders moeten zien te vinden	29
Drie bronnen van permanente spanning	29
Stigmatisering, schuldgevoel en de voorbeeldfunctie: ten koste van de gezondheid	30
De keuzes die zich stellen in verband met zorg	32
De zorgrelatie	34

Alleenstaand ouderschap en welzijnssystemen: gezondheidszorg, justitie en maatschappelijke hulpverlening	35
Het sociale netwerk en solidariteit	37
5. Het gebruik van zorgdiensten	39
Selfcare en zelfmedicatie	39
Een kwestie van wikken en wegen	40
Een huisarts raadplegen	41
Spoeddiensten	42
Traditionele geneeskunde	43
Het reële gebruik van zorgdiensten: occasioneel en willekeurig	43
6. De toegang tot zorg	45
Financiële toegankelijkheid en nabijheid	45
Specifieke zorgen en geneesmiddelen	48
De temporele kost	50
De verzadiging	51
De selectie van patiënten	52
De kennis en het inzicht in het zorgsysteem	53
7. De zorgrelatie	55
Communicatie	55
De structuur van de zorgrelatie: cultuur, etniciteit en klasse	57
Ongelijke behandeling en minachting	60
De kwaliteit van de zorgrelatie	61
8. De praktijken van zorgverleners in de arme sikkel	64
Huisartsen in een groepspraktijk	64
De apotheken	69
De verenigingen	72

Conclusie	74
Kwetsbaarheid: het proces, de verschillende vormen en gezondheid	75
De vormen van een “plastische” kwetsbaarheid	76
Kwetsbaarheid en gezondheid	76
Het gebruik van zorg en de keuzes die zich opdringen	77
Op naar een zorgethiek	79
Aanbevelingen	83
Bijlage 1: Referenties bij citaten	85
Bijlage 2: Interviewtabel	86
Bibliografie	90

Inleiding

Dit onderzoek werd gevoerd naar aanleiding van de vraag die bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad rees omtrent de sociale en culturele factoren die de toegang tot en het gebruik van eerstelijnszorg beïnvloeden. Wat de toegang tot zorg betreft, weten we dat de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in theorie 99% van de gezondheidszorg dekt in België (RIZIV en Dokters van de Wereld, 2014). In de praktijk ondervindt echter een deel van de bevolking moeilijkheden om toegang te krijgen tot verzorging. In 2018 verklaarde 16% van de Brusselse gezinnen gezondheidszorg te hebben uitgesteld om financiële redenen. Die zorgbehoeften blijven bovendien vooral onvervuld bij de sociaal-economisch kwetsbaarste bevolkingsgroepen. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geeft 38% van de gezinnen die het moeilijk hebben om de eindjes aan elkaar te knopen aan reeds zorg te hebben uitgesteld uit financiële overwegingen, tegenover 11% van de middenklasse en slechts 4% van de meer welgestelde gezinnen (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2022). Die link tussen sociaal-economische positie en gezondheid en de toegang tot zorg is overigens opvallend sterk in Brussel. Een “jonge en overwegend arme bevolking, een hoge werkloosheidsgraad (bij jonge inwoners), een aanzienlijke hoeveelheid inwoners met een buitenlandse nationaliteit, een grote territoriale mobiliteit (en) aanzienlijke sociaal-economische verschillen tussen de wijken” zijn inderdaad kenmerkende eigenschappen van de stad (Missinne, Avalosse & Luyten, 2019).

In die “grootstedelijke context” (idem) kan de toegang tot zorg voor velen in het gedrang komen of onderdeel zijn van afwegingen die moeten gemaakt worden, zowel voor personen met een ziekte- en invaliditeitsverzekering als personen zonder. Specifieke bevolkingsgroepen – asielzoekers en personen zonder geldige verblijfsdocumenten – die geen toegang hebben tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering en die dus voor verzorging aangewezen zijn op specifieke systemen – werden reeds in het verleden onderzocht (Dauvrin et al., 2021). De toegang tot gezondheidszorg voor een grotere groep personen die financieel te krap zitten, maar net uit de boot vallen voor bepaalde sociale rechten (“entre-deux”¹), werd daarentegen nog niet onderzocht in de Brusselse context. Nochtans vertelden heel wat respondenten in de verkenningsfase dat deze personen almaar meer moeilijkheden ervaren. Het gaat om personen die over het algemeen aanspraak kunnen maken op hun ziekte- en invaliditeitsverzekering, die dus “*in orde zijn met de mutualiteit*”, maar die ook kampen met onzekerheden en “*het moeilijk hebben in het dagelijkse leven*”.

In dit onderzoek willen we ons dus buigen over de toegang tot eerstelijnszorg voor deze bredere doelgroep, en maken we a priori geen onderscheid in functie van culturele, sociale of administratieve criteria. Om veeleer de heterogeniteit te waarborgen van die groep personen die financieel te krap zitten, maar net uit de boot vallen voor bepaalde sociale rechten, trekken we vanuit een model van kwetsbaarheid

1. Uitdrukking gebruikt door mensen van het terrein, om die mensen aan te duiden die een inkomen hebben dat net te hoog is om aanspraak te maken op bepaalde sociale rechten, maar onvoldoende om in hun behoeften te voorzien, niet alleen op het gebied van gezondheid maar ook op het gebied van huisvesting, voeding en, a fortiori, vrije tijd.

dat rekening houdt met “de wisselende mate van afhankelijkheid of kwetsbaarheid en onafhankelijkheid of weerbaarheid in ieders leven” (Tronto 2009: 182). We hebben ook getracht om, in lijn met dit model, verder te gaan dan de vastgelegde verschillen (Leresche 2019) en ook oog te hebben voor “allerhande verbanden die onze individualiteit gestalte geven” (Brugère 2017:43).

Theoretische grondslag: kwetsbaarheid en de aanvaardbaarheid van de zorg

« *Kwetsbare levens zijn in de eerste plaats levens waarvan de leefbaarheid in het gedrang komt. Het gaat ook om levens voor wie er in het overheersende maatschappijbeeld geen plaats is. Ze worden immers als nutteloos, storend of marginaal beschouwd. Bepaalde levens zijn kwetsbaarder dan andere en hebben nood aan bescherming, om zich te kunnen emanciperen of uit te drukken (Brugère 2017:53).*

Door te steunen op een “model van kwetsbaarheid” (Brugère, 2017; Tronto, 2009), wilden we inzicht verwerven in de toegankelijkheid en het gebruik van zorgdiensten voor personen die financieel te krap zitten, maar net uit de boot vallen voor bepaalde sociale rechten, los van verschillen naargelang etniciteit², sociale klasse, cultuur of status (Delor & Hubert, 2000). Om te beginnen lieten we ons inspireren door Cynthia Fleury’s definitie van kwetsbaarheid (2019): een combinatie van (hyper)beperkende factoren die “tot minderwaardigheid en stigma leiden, en die door de samenleving worden gezien als invaliderend en als oorzaken van afhankelijkheid” (p.7). Deze definitie bood ons inzicht in de sociale determinanten van gezondheid, oftewel de maatschappelijke, economische, politieke en contextuele omstandigheden “waarin de individuen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden, evenals de systemen die zijn voorzien om aan ziekte het hoofd te bieden”³. De definitie bood ons eveneens de mogelijkheid om andere elementen in overweging te nemen, zoals gender en de sociale rollen, die in dit onderzoek

naar boven komen. Vervolgens hebben we die kwetsbaarheid, in lijn met Jean-Louis Génard (2009), gekaderd in een concept van een individu die tegelijkertijd vrij en vastberaden is, zich op een “evenwichtsbalk” bevindt en in onzekerheid leeft, tussen afhankelijkheid en autonomie, bekwaamheid en onbekwaamheid, activiteit en inactiviteit, rede en emotie. Het “model van kwetsbaarheid” (Brugère, 2017:52) impliceert namelijk het loslaten van aannames van vrijheid en zelfbeschikking waar het “model van de vrije wil” (idem) aan vasthoudt, om “de relatie die ontstaat tussen een persoon met een behoefte en een andere persoon die in die behoefte kan voorzien” (idem) te bestuderen. Bijgevolg buigen we ons niet alleen over de “beperkingen”, maar ook over de positie – op een “evenwichtsbalk” – van diegenen die we hebben ontmoet, net als over de situaties, de sociale relaties en zorgrelaties waarin deze beperkingen een invloed uitoefenen op de gezondheid, de toegang tot zorg en het gebruik ervan.

Uiteindelijk heeft dit model van kwetsbaarheid ons in staat gesteld om onze definitie van toegankelijkheid en het gebruik van zorgdiensten duidelijk te omlijnen. We weten dat de toegang tot zorg bestuderen vanuit financiële hoek of in functie van de beschikbaarheid en nabijheid niet volstaat om inzicht te verwerven in de redenen waarvoor personen medische hulp vragen, weigeren of uitstellen. Die beslissingen kunnen daarentegen steunen op maatschappelijke of culturele overwegingen (Chambaud, 2018) of zelfs op politieke overwegingen (Leresche, 2019). In dit laatste geval kunnen die beslissingen gezien worden als een impliciete dan wel expliciete uiting van hun ongenoegen met de principes die aan de basis liggen van die zorg.

Het vraagstuk over het gebruik van zorg impliceert dus dat we verder moeten kijken dan “structurele determinanten”, zoals de sociaal-economische status, en ook rekening moeten houden met “tussenliggende determinanten”, zoals psychosociale factoren en de leefomstandigheden (Missinne et al. 2019; Solar & Irwin, 2010). Ook de aandacht voor “relationele” factoren (Walker, Thunus, et Nicaise, 2019) dringt zich hierbij op. De relatie die ontstaat tussen een persoon en zorg- of welzijnsdiensten is namelijk belangrijk om de beslissing te begrijpen van de persoon om al dan niet gebruik

2. In dit onderzoek worden de termen “etniciteit”, “klasse” en “gender” gebruikt om te verwijzen naar sociale constructies die een ongelijke verdeling van mogelijkheden binnen de samenleving rechtvaardigen.

3. Deze definitie is een vrije vertaling van de definitie van de sociale determinanten van gezondheid volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO): <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>.

te maken van die diensten (Leresche, 2019).

Zoals we in dit onderzoek zullen zien, wordt die relatie gekenmerkt door uiteenlopende eigenschappen. In eerste instantie steunt die relatie op de perceptie van gezondheid en zorg van elke persoon (Faizang, 1997). Ten tweede komt die relatie tot stand in concrete en dagelijkse interacties tussen personen en zorgverleners. Ten derde wordt die relatie beïnvloed door iemands opvatting over zijn eigen rol binnen de samenleving, zijn relatieve onafhankelijkheid ervan en zijn positie ten opzichte van de overheersende waarden. Zoals blijkt uit een voorgaand onderzoek, houden deze aspecten onderling verband. Zo hebben concrete interacties met de zorgverleners invloed op de perceptie van de zorg maar ook op het zelfbeeld van de begunstigde, meer bepaald in welke mate het individu zich als lid van de samenleving ziet (Walker & Thunus, 2020).

Door middel van de benadering van doelgroepen enerzijds en de toegang tot zorg anderzijds, wisten we het onderwerp scherp te stellen. We buigen ons hoofdzakelijk over de beslissingen van kwetsbare personen om zorgdiensten aan te spreken, in situaties waarin structurele en tussenliggende beperkingen spelen, maar ook over hun relatie met anderen en hun visie op gezondheid, zorgdiensten en de samenleving. Hun beslissingen houden verband met wat Chambaud (2018) de “aanvaardbaarheid van zorg” noemt, waarin de zorgcultuur die zij uitdragen (denk bijvoorbeeld aan een biomedische cultuur), de aard van de relatie met de zorgverlener (bijvoorbeeld een “paternalistische” benadering dan wel als “zorgpartner”) en de manier waarop de zorg wordt verleend of georganiseerd wordt (individueel of collectief, medisch of holistisch, met of zonder afspraak enz.) een rol spelen. Aan het einde van dit onderzoeksrapport zullen we zien dat zorgculturen, -relaties en -praktijken die een zekere “zorgethiek” (Brugère, 2017; Gilligan, 2019; Tronto, 2009) vormgeven, bijdragen tot de aanvaarding van zorg door kwetsbare personen.

Om inzicht te verwerven in het verband tussen de kwetsbaarheid van het individu en het gebruik van zorgdiensten, en in de beslissingen omtrent zorggebruik, moesten we zicht krijgen in de percepties en ervaringen van Brusselaars, inclusief die van burgers die geen aanspraak maken op zorg, en in die van de hulpverleners. Daarvoor grepen we, zoals we in het volgende

deel nader zullen toelichten, terug naar kwalitatieve methodes binnen een onderzoeksgebied dat werd afgebakend in functie van het grondgebied, de situaties van de leden en de aard van de zorg, en niet zozeer in functie van “afgebakende groepen”.

Methodologie

Dit onderzoek steunt op kwalitatieve methodes, meer bepaald op semi-gestuurde gesprekken, aangevuld met enkele momenten van rechtstreekse observatie. We hebben deze methodes op flexibele wijze toegepast, om ons te kunnen schikken naar de sociale en gezondheidsmaatregelen tijdens de coronapandemie.

De gegevensinzameling vond plaats van februari 2020 tot december 2021. In de loop van deze periode werd het onderzoek gevoerd in drie fases: een verkennende fase, een fase van gegevensinzameling volgens een “territoriale”, “situationele” en “eerstelijns”-benadering, en een eindfase. In de loop van de eindfase werd onze steekproef aangevuld met een nieuwe reeks gesprekken met alleenstaande moeders en met burgers die via huisartsen aan ons onderzoek wensten deel te nemen. De eindfase bood ons overigens de kans om de vaststellingen te gebruiken die werden gedaan tijdens het onderzoek Vaccessible (Thunus, Creten & Mahieu, 2021), voor de interpretatie van de gegevens die in dit onderzoek werden ingezameld.

De verkenningsfase: de “territoriale”, “situationele” en “eerstelijns”-benaderingen

Tijdens de verkenningsfase kwamen we in contact met sleutelfiguren van de Brusselse eerstelijnszorg. Er werden vrije gesprekken gevoerd met huisartsen in medische huizen en groepspraktijken en met zelfstandige huisartsen; met verantwoordelijken van verenigingen met enige expertise inzake de link tussen gezondheid, welzijn en cultuur; met vertegenwoordigers van apothekers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest; met vertegenwoordigers van twee spoeddiensten van algemene ziekenhuizen; en met de verantwoordelijken van twee OCMW's.

De resultaten die voortvloeiden uit de verkenningsfase werden besproken bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, waar ze konden worden getoetst aan twee voorgaande onderzoeken (Missinne et al., 2019; Missinne &

Luyten, 2018) en aan de gegevens uit de wijkmonitoring (<https://wijkmonitoring.brussels/>).

Na afloop van die gesprekken hebben we ons onderzoek afgebakend, aan de hand van drie complementaire benaderingen – een “territoriale” benadering, een “situationele” benadering en een “eerstelijns”-benadering. Die verschillende benaderingen hielpen ons om te bepalen welke actoren we zouden ontmoeten in welke delen van Brussel.

Wat de “territoriale” benadering betreft, hebben we beslist om ons in ons onderzoek te focussen op de arme sikkkel, meer bepaald het gebied van Brussel dat zich uitstrekt over de gemeenten Schaarbeek, Sint-Joost ten Node, Brussel-Stad, Sint-Jans-Molenbeek, Anderlecht, Sint-Gillis en Vorst. Binnen die armoedesikkkel wilden we een diepgaander onderzoek voeren gericht op een specifieke wijk. Uit voorgaande onderzoeken bleek namelijk dat er een link bestaat tussen de wijk of gemeente en het gebruik van zorgdiensten (Misinne & Luyten, 2018). De verkennende gesprekken en de gegevens van de wijkmonitoring (zie hoofdstuk 1 voor een samenvatting), brachten ons ertoe ons toe te spitsen op de wijk Kuregem.

Wat de “situationele” benadering betreft, hebben we reeds toegelicht dat we ons wilden focussen op het gebruik van zorgdiensten door personen die door de respondenten worden omschreven als zijnde “personen die financieel te krap zitten, maar net uit de boot vallen voor bepaalde sociale rechten”. Op het grondgebied van Kuregem bogen we ons daarom over het gebruik van zorgdiensten door alle personen die zich in die situatie bevinden. We kozen er overigens voor om in het bijzonder oog te hebben voor alleenstaande moeders, in Kuregem zelf, en in andere wijken. Ook die beslissing kadert binnen een “situationele” benadering. De aanleiding voor die keuze was dat onze respondenten een toenemend aantal alleenstaande moeders opmerkten binnen onze doelgroep van personen die financieel te krap zitten, maar net uit de boot vallen voor bepaalde sociale rechten. Nog twee andere elementen speelden een rol in die beslissing: enerzijds het gebrek aan specifiek onderzoek naar het verband tussen alleenstaand moederschap en de toegang tot en het gebruik van zorgdiensten in Brussel (Wagener & Francq, 2013); en anderzijds de mogelijkheid om stil te staan bij het verband tussen kwetsbaarheid

en gezondheid, los van factoren die een reeds aangetoonde invloed hebben, zoals structurele en territoriale factoren. Heel concreet: door de specifieke benadering van “Kuregem” naast “het alleenstaand moederschap” te plaatsen, konden we op zoek gaan naar overeenkomsten in de perceptie en de ervaring van de zorg bij de inwoners van Kuregem enerzijds en bij alleenstaande moeders met een ander sociaal en professioneel profiel in andere Brusselse wijken anderzijds.

Wat de “eerstelijnsbenadering” betreft, kozen we ervoor om ons te focussen op huisartsen, apotheken en verenigingen. Zo konden we drie verschillende, maar complementaire perspectieven omarmen die stroken met de definitie van eerstelijnszorg opgesteld door de Be.Hive-leerstoel:

« *Eerstelijnszorg bestaat uit het verstreken van in de gemeenschap geïntegreerde zorg. Die zorg is universeel toegankelijk, steunt op een globale benadering en is persoonsgericht. De zorg wordt verstrekt door een team van professionals dat instaat voor de behandeling van de overgrote meerderheid aan gezondheidsproblemen. De dienstverlening moet kaderen in een duurzaam partnerschap met de personen (al dan niet gebruikers van de zorgdiensten) en hun mantelzorgers, in de context van het gezin en de lokale gemeenschap. Eerstelijnszorg speelt een centrale rol in de algemene aanpak en continuïteit van de zorg voor de bevolking (Belche en al. 2020).*

We kozen meer specifiek voor deze actoren omdat zij een belangrijke, maar tegelijk contrasterende rol en status hebben in de eerstelijnszorg. Ten eerste is de huisarts traditioneel gezien, zowel in theorie als in de praktijk, de centrale spil in de eerstelijnszorg. Ten tweede lijken apothekers een almaar belangrijker rol te spelen in de eerstelijnszorg. Die rol krijgt een centrale plaats in de beroepsstrategie van de apothekers. Zoals we verder zullen toelichten, heeft die strategie betrekking op de uitbreiding van hun rol naar preventie en gezondheidspromotie. Die steunt op de grote toegankelijkheid van apothekers en het feit dat ze de grote meerderheid van de bevolking bereiken, inclusief de personen die niet over een huisarts beschikken. In het licht van ons onderzoeksonderwerp, leek het ons belangrijk om stil te staan bij die toegankelijkheid en de banden tussen apothekers en hun doelpubliek.

We werden later in die beslissing gesterkt door de opname van de apothekers in de vaccinatiestrategie in Brussel (Thunus et al., 2021).

Ten derde kozen we ervoor om stil te staan bij de praktijken van verenigingen met een culturele of maatschappelijke missie, en meer bepaald bij de relatie die zij opbouwen met hun leden en hoe hun praktijken in feite een vorm van zorg aannemen, als blijk van bezorgdheid, aandacht en erkenning voor de ander (Brugère, 2017; Gilligan, 2019; Tronto, 2009). Die relatie beïnvloedt overigens de toegang tot en het gebruik van zorgdiensten, zoals ook blijkt uit het rapport *Parcours.Brussel* (Walker et al., 2019), vooral als het gaat om kwetsbare personen.

De gegevensinzameling

In de tweede fase van ons onderzoek hebben we kwalitatieve gegevens verzameld voor onze territoriale, situationele en eerstelijnsbenadering.

Toen in maart 2020 de coronapandemie uitbrak, moesten we ons methodologische kader – dat aanvankelijk naast gesprekken ook rechtstreekse observaties en focusgroepen omvatte – bijsturen. Omwille van social distancing werden de focusgroepen en een deel van de observaties vervangen door gesprekken, die grotendeels online werden gevoerd via ZOOM. We namen daarvoor een abonnement op het ZOOM-platform, dat ons tijdens de pandemie een virtuele, vlot toegankelijke, flexibele en veilige ruimte bood. We maakten voor elke respondent een gepersonaliseerde link met bijhorend wachtwoord aan en zagen toe op de anonimiteit van de deelnemers. We vroegen daarnaast hun toestemming om de gesprekken op te nemen. Op die manier konden we alsnog een groot aantal gesprekken voeren, ondanks de omstandigheden. Zodra de eerste versoepelingen van de coronamaatregelen werden ingevoerd, trokken we naar het terrein toe om onze respondenten te ontmoeten binnen hun leef- of werkomgeving. Zo konden we een reeks gesprekken voeren ‘in levenden lijve’, naast een aantal korte observaties bij apothekers en in de openbare ruimte, voornamelijk in Kuregem.

De gesprekken werden gevoerd door twee onderzoekers: de eerste onderzoeker focuste op de territoriale benadering en droeg bij tot de eerstelijnsbenadering, terwijl de andere onderzoeker zich over de situationele benadering boog inzake alleenstaand moederschap, en tegelijk

eveneens bijdroeg tot de eerstelijnsbenadering. We stelden namelijk vast dat de betrokkenheid van een vrouw in de situationele benadering de werving van respondentes ten goede kwam.

De wervingsmodaliteiten verschilden van respondent tot respondent, al verliep de werving voornamelijk via beroepsverenigingen voor artsen en apothekers, organisaties actief rond gezondheidszorg, maatschappelijke hulpverlening en cultuur, en sociale media waarmee we ons tot themagroepen richtten, meer bepaald voor alleenstaande moeders.

Onze steekproef groeide gestaag aan via een sneeuwbaaleffect, meer bepaald door specifieke personen te contacteren op aanraden van onze respondenten. In bijlage 1 worden de vermeldingen bij de citaten toegelicht, terwijl bijlage 2 een volledige beschrijving van onze steekproef bevat.

De eindfase

De derde fase stond in het teken van het uitdiepen van de tussentijdse resultaten en het aanvullen van onze steekproef met eerstelijnsactoren binnen de arme sikkels en alleenstaande moeders. We maakten van een tijdelijke versoepeling van de coronamaatregelen gebruik om twee semi-gestuurde interviewreeksen te voeren in levenden lijve. Een derde onderzoeker werd ingeschakeld voor de eerste reeks gesprekken met tien patiënten van drie medische huizen binnen de arme sikkels. De tweede reeks gesprekken werd gevoerd door de tweede onderzoekster. Zij voerde zeven aanvullende gesprekken met alleenstaande moeders.

In totaal werden zo van 1 februari 2020 tot 30 juni 2021 92 verkennende of semi-gestuurde gesprekken gevoerd. De resultaten van het onderzoek *Vaccessible* (Thunus, 2022) werden vervolgens aangewend voor de interpretatie van de gegevens die voor dit onderzoek werden ingezameld.

De gesprekken werden systematisch getranscribeerd, en tijdens de korte observatiemomenten werden notities genomen. De onderzoekers die de interviews afnamen, bogen zich ook over de analyse ervan. Maandelijkse vergaderingen van deze onderzoekers, waar ook geregeld andere teamleden aan deelnamen, lieten hen toe te overleggen over hun interpretaties en vooruitgang te boeken in hun analyse. De resultaten hiervan zullen in de volgende hoofdstukken

worden toegelicht. De resultaten van de analyse worden systematisch onderbouwd door en gestaafd met fragmenten uit de gesprekken.

Onderzoeksplan

In dit onderzoek identificeren en beschrijven we eerst de beperkingen die met kwetsbaarheid gepaard gaan (Fleury, 2019) en die een invloed hebben op de toegang tot en het gebruik van zorgdiensten. Daartoe laten we van hoofdstuk 1 tot en met 4 “verschillende stemmen” (Gilligan, 2019) aan het woord, verzameld binnen de afgebakende gebieden van de Brusselse arme sikkels en Kuregem, en in het kader van een specifieke situatie, met name die van alleenstaande moeders. De combinatie van een territoriale en situationele benadering waarin de “stemmen” van zorgverleners en begunstigen tegenover elkaar worden geplaatst, helpt ons om kwetsbaarheid te benaderen vanuit uiteenlopende perspectieven van Brusselaars, die op tal van vlakken van elkaar verschillen, gaande van de wijk waarin ze wonen en hun gezinssituatie tot hun maatschappelijke en professionele status, gender of taal.

In het eerste hoofdstuk focussen we ons op het grondgebied van Kuregem, om de eerder toegelichte methodologische redenen. We belichten een sociaal onzeker klimaat, waar in sommige gevallen een positieve sfeer en solidariteit heersen, maar waar in andere gevallen spanningen, wantrouwen en geweld de bovenhand halen. We kaarten ook de fysieke omgeving en culturele context aan, naast de sociale en economische ongelijkheden in de huisvestingsomstandigheden, en de genderongelijkheden, die de taalbarrières lijken te versterken en zo de wijkbewoners afzonderen van de rest van de stad. We tonen hoe symbolische barrières in de inrichting van het grondgebied, en genderspecifieke rollen die de taalbarrières lijken te versterken, het isolement van bepaalde wijkbewoners in de verf zetten. Doorheen dit eerste hoofdstuk belichten we op een transversale manier bepaalde emoties en gevoelens – zoals het idee “een probleem te zijn” – die het inroepen van sociale rechten en gezondheidszorg beïnvloeden.

In het tweede hoofdstuk breiden we onze vraagstelling uit naar de arme sikkels en stellen we de groepen voor die door zorgverleners als bijzonder kwetsbaar worden beschouwd. In dit hoofdstuk brengen we een reeks structurele, tussen-

liggende en relationele beperkingen in kaart, waarna we gezondheidsproblemen bespreken die in verband worden gebracht met kwetsbaarheid. Het gaat om problemen die in de literatuur als “complex” (Cf. Thunus et al. in Belche et al., 2020) worden omschreven en doorgaans kaderen binnen situaties van psychologisch en sociaal geweld.

In het derde hoofdstuk laten we veeleer personen zelf aan het woord. Burgers uit Brussel, inwoners van Kuregem en alleenstaande moeders bespreken hun perceptie van gezondheid. Dat beeld is voor ons van belang, aangezien het een impact heeft op de beslissing om al dan niet een beroep te doen op zorgdiensten (Faizang, 1997; Herzlich, 1969; Laplantine, 1984). In het licht van hun perceptie, zullen we een sterk verband bespreken tussen gezondheid en activiteit, dat vaak tot uiting komt in genderspecifieke rollen. Verder werpen we het bestaan op van een visie van “lichamelijke weerstand” (Desprès, 2013) die vaak van toepassing lijkt op mensen in situaties van grote kwetsbaarheid. We wijzen eveneens op zogenaamd “pathogene” invloeden (Laplantine, 1984), waaronder voeding, huisvesting en relaties, waarna we het ambivalente thema geestelijke gezondheid aankaarten.

In het vierde hoofdstuk focussen we op de situatie van alleenstaande moeders, uitgebreid naar het hele grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. We buigen ons over hoe deze situatie in verband staat met gezondheid en zorg. In lijn met onderzoeken die een reeks uitdagingen (Wagener & Francq, 2013) en beperkingen (Frans et al., 2014) voor personen in deze situatie blootlegden, bespreken we de verbanden die onze respondentes leggen tussen de zorg, de uitdagingen in kwestie (zoals een scheiding) en de vele beperkingen (zoals gender, inkomen en stigmatisering).

Die situatie brengt ons tot “keuzes en prioriteiten” (Desprès, 2013) die worden gemaakt en gesteld in het aanspreken van en de toegang tot zorg, in de evenwichtsoefening die alleenstaande moeders vaak moeten maken.

Hoofdstukken 5, 6 en 7 staan respectievelijk in het teken van het gebruik van zorgdiensten in de arme sikkels, de toegankelijkheid ervan, en de zorgrelatie. In die drie hoofdstukken omlijnen en behandelen we de elementen die een invloed hebben op de toegang tot en het gebruik van

zorgdiensten, inclusief de structurele, tussenliggende en relationele factoren op basis van wat de zorgverleners en Brusselse inwoners ons hebben verteld. We geven aan hoe deze beperkingen tot uiting komen en tot strategieën leiden die als “paradoxaal” (Faizang, 1997) kunnen worden beschouwd door diegenen die verwachten dat mensen bereid zijn de rol van “patiënt” (Parsons, 1939) op te nemen en genezen of beter worden als prioriteit vooropstellen. Zoals we zullen zien, valt die hypothese moeilijk te verzoenen met de kwetsbaarheid, de evenwichtsoefening en de keuzes die zich opdringen tussen uiteenlopende prioriteiten, vaak gelinkt aan meervoudige rollen.

Tot slot bespreken we in hoofdstuk 7 de elementen die wijzen op het belang van de zorgrelatie als mediator en in hoofdstuk 8 bespreken we systematisch de zorgpraktijken van drie categorieën actoren in de arme sikkkel, namelijk de huisartsen, de apothekers en de verenigingen.

Op die manier brengen we elementen in kaart die bijdragen tot een zorgrelatie en die volgens ons gestalte geven aan een zorgethiek (Brugère, 2017; Gilligan, 2019; Tronto, 2009). Zoals we verschillende keren aangeven, kan zo’n zorgethiek volgens ons niet losstaan van het zien van gezondheid in een context van (ongelijk) gedeelde kwetsbaarheid. In de conclusie stippen we dan ook de transversale lessen aan en brengen die in verband met een zorgethiek die heel aanwezig is in de zorgpraktijken. We bespreken de complementariteit ervan met een relationele ethiek die de zorg omkadert op structureel en cultureel niveau.

Kwetsbaarheid: de territoriale benadering in Kuregem

Kuregem is een wijk met een oppervlakte van ongeveer 2 km² in de gemeente Anderlecht, aan de rand van de Brusselse Vijfhoek. De gemeenten Sint-Gillis en Vorst bakenen samen met de spoorlijnen en station Brussel-Zuid de zuidgrens van de wijk af. De Pointcarrélaan vormt als grote verkeersader van de kleine ring de oostgrens van de wijk. In het noorden bakent het kanaal Brussel-Charleroi de grens van Kuregem met de gemeente Molenbeek en de rest van de gemeente Anderlecht af.

De wijk ligt te midden van een netwerk van vervoersmodaliteiten en kende zo vanaf midden 19^e eeuw een bloeiperiode door een snelle industrialisering. Na de Tweede Wereldoorlog trok die industrie echter weg uit de wijk, met een sterke verarming tot gevolg. Begin jaren 1990 genoot Kuregem opnieuw enige aandacht van beleidsmakers en ondernemers. De wijk is immers strategisch gelegen en telde een aanzienlijk aantal braakliggende industrieterreinen. Ook kwam er almaar meer aandacht voor sociale problemen, waar de aanvaringen met de politie een triest voorbeeld van waren.

De strategische ligging en het industriële verleden van Kuregem trok een arbeidersbevolking en ambachtslieden aan, naast verscheidene generaties migranten: Joodse migranten in de jaren 1930, gevolgd door Griekse, Spaanse, Italiaanse, Turkse en Marokkaanse migranten in de jaren 1960. Die trend zet zich voort met de huidige “nieuwe migraties” (Martiniello, Mazzocchi & Rea, 2013).

Vandaag is Kuregem met 27.921 inwoners in 2020 een van de dichtstbevolkte Brusselse wijken. De bevolkingsdichtheid – 14.390 personen per km²

in 2019 – ligt er ongeveer twee keer zo hoog als in de rest van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (CMDC & Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2021). Ook de werkloosheidsgraad ligt er opmerkelijk hoog, en de inkomens behoren er tot de laagste in het gewest: in 2018 bedroeg het gemiddelde belastbare inkomen per inwoner 15.446 euro, tegenover 18.538 euro voor de hele gemeente Anderlecht en 19.723 euro voor het hele gewest (BISA, 2022).

Op het vlak van gezondheid geven de beschikbare gegevens over de periode 2009-2013 aan dat het percentage vroegtijdige sterfte – personen die overlijden vóór ze de leeftijd van 75 jaar bereiken – hoger ligt in de gemeente Anderlecht (12% voor mannen en 11% voor vrouwen) dan in de rest van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Achter die cijfers schuilt een wijk die vaak als bruisend, gezellig en solidair wordt omschreven, hoewel ze gebukt gaat onder conflicten gevoed door culturele, religieuze en sociale verschillen.

Zoals we in de loop van dit eerste hoofdstuk zullen ontdekken, zijn die verschillen soms duidelijk en soms subtiel wanneer we materiële, taalgerelateerde, digitale of symbolische obstakels belichten die in zekere zin grenzen binnen of rondom Kuregem afbaken. Die ‘grenzen’ vergroten de afstand tussen de bewoners van de wijk en de rest van de stad, en de zorg- en welzijnssystemen. Die afstand blijkt bovendien des te groter voor vrouwelijke inwoners. Het gaat dan ook om ‘grenzen’ die de personen kwetsbaarder maken in systemen waarvan ze niet alle touwtjes in handen hebben, maar eveneens in geval van onvoorziene gebeurtenissen in hun omgeving, vooral in crisisperiodes, zoals tijdens de coronapandemie.

Een bruisende en gezellige wijk

“Kuregem beweegt, leeft!” (INW). *Wie woont of werkt in Kuregem, is gehecht aan de wijk, die ze graag omschrijven als een gezellig “dorp” met een “buitencultuur”: “Ik werk hier en heb haast meer voeling met deze wijk dan met de wijk waar ik al tien jaar woon. Kuregem is een supertoffe wijk. Je waant je hier in een dorp. Er is hier echt iets dat je raakt”* (VER). Bovendien werken volgens sommige respondenten de moeilijke leefomstandigheden van de inwoners van Kuregem een zekere sociale en culturele solidariteit in de hand: *“De mensen wonen hier vaak met grote gezinnen in heel kleine woningen, die in slechte staat zijn (...). Er heerst een zekere culturele solidariteit in de wijk, maar ook een solidariteit gelinkt aan de situatie waarin mensen zich bevinden”* (VER).

Tijdens de lockdown in de strijd tegen het coronavirus werd die solidariteit opvallend zichtbaar en werd erover bericht in de media⁴. Uiteenlopende steuninitiatieven werden opgezet, onder meer door jongeren, door verenigingen en vanuit de religieuze gemeenschappen. Deze initiatieven moesten een oplossing bieden voor de sluiting van welzijnsdiensten en de drastische afname van het inkomen van de wijkbewoners:

« *Zodra de lockdown werd ingevoerd, gingen de deuren van alle voorzieningen dicht, zelfs die van de voedselbanken! ... er zijn veel mensen die leven van kleine jobjes, die op de markt werken, of in het zwart... die mensen hadden plots geen enkele bron van inkomsten meer...*

Toen gebeurde er iets in de wijk: er kwam een indrukwekkende golf van solidariteit op gang.

We startten (met de verdeling van voedselpakketten) voor onze eigen leden, maar na een week... nam dat initiatief ongelofelijke proporties aan... We werden continu opgebeld door mensen. We gingen van 30 pakketten per dag naar 150 per dag, goed voor 4.500 voedselpakketten over de hele duur van het project. We werkten samen met 50 vrijwilligers (VER, 2020).

De solidariteit waar onze respondenten het over hebben, werkt een hechte band met de wijk in de hand. Die band kan zich soms vertalen naar

een romantisch en hoopvol beeld: *“We doen het rustig aan in Kuregem, waar de Zenne loopt. Het water, het kanaal en ... de hemel: ik woon op de 17^e verdieping en heb een schitterend uitzicht. Dat helpt om de moed erin te houden. Over het algemeen spreek ik anderen moed in, want het blijft een wijk met moeilijkheden. Het gaat om een wijk die volop in verandering is, maar binnenkort de mooiste wijk ter wereld zal zijn”* (INW).

Een in de steek gelaten wijk met problemen

Kuregem is echter “een wijk met problemen”. Sommigen hebben het over “een probleemwijk”. In die zin staat de solidariteit waar bepaalde inwoners het over hebben in schril contrast met de sfeer van angst en wantrouwen die door anderen wordt aangekaart:

« *Gezinnen die op dezelfde verdieping wonen, hebben soms een compleet andere etnische achtergrond of volgen een heel ander geloof. Het zou logisch zijn mochten zij elkaar steunen, maar het tegendeel is waar. Het is de een tegen de ander, men is bang van de ander, men spreekt niet met de ander (...).*

Dat leidt geregeld tot conflicten. Katholieken versus Moslims, Moslims versus Roma enz. Het scheelt niet veel of er wordt gevochten op zondag. Zo zijn er geregeld golven van geweld. Er heerst een sfeer van angst, de mensen wantrouwen elkaar. Dat is niet het voorname probleem, maar het is er wel (VER, 2020).

Er wordt dus enerzijds een heel romantisch beeld van de wijk geschetst, maar er weerklinkt ook kritiek, bijvoorbeeld op het gebrek aan groene ruimten en ontmoetingsplaatsen: *“Er zijn geen culturele centra, er is geen bibliotheek”* (VER). *“Er is maar één sportterrein in heel Kuregem, bij het monument voor Joodse martelaren. De mensen vragen al jaren om verandering, maar er gebeurt niets”* (INW).

De fysieke en culturele omgeving voedt een algemeen gevoel van verwaarlozing. Dat gevoel leidt tot een sfeer van wantrouwen, vooral als het gaat om de troep in de wijk: *“De mensen laten matrassen en allerhande spullen achter. Wat wil je*

4. Raadpleeg bijvoorbeeld het artikel “Un élan de solidarité hors norme dans les quartiers populaires” van Louis Colart, verschenen in Le Soir op 30 oktober 2020, en <https://www.radiopanik.org/emissions/les-ondes-d-a-cote/you-are-here-3/>

dat ik daarvan zeg?” (INW). Bij andere inwoners klinkt het wat gelatener: “Zij die geen Frans praten, begrijpen niet hoe de vuilophaling hier werkt. Ze doen wat ze denken te moeten doen.” In tegenstelling tot andere wijken, “waar de vuilnisbakken regelmatig worden opgehaald..., is dat hier duidelijk niet geval, en dat ontmoedigt de mensen. Troep trekt troep aan, zeg maar. Maar dat vinden de mensen hier jammer, het stemt hen triest, en dat weegt ook op hen” (VER).

Kuregem als fysieke en culturele omgeving staat dus voor onze respondenten vooral symbool voor de uitsluiting van de rest van de stad. De inwoners stippen overigens aan dat die uitsluiting ook wordt versterkt door een fysieke markering door de gemeente. Ze wijzen meer bepaald op *“een soort van boog met de vermelding ‘Bienvenue à Anderlecht’, net op de grens met Kuregem: het einde van de Wayezstraat, de kanaalbrug, dat was Anderlecht! ... Maar Kuregem is ook Anderlecht!”* Het buurtcomité, Comité du Bout du Monde, neemt akte van die situatie. *“Het comité kreeg die naam omdat je er allerhande personen zag (mevr. D.)... Later zag je niemand anders meer. Het Anderlechtse bestuur destijds... (dhr. D.)... Men kende ons hier niet meer (mevr. D)”* (INW, koppel, 2020).

Huisvesting – een afspiegeling van sociale en economische ongelijkheid

De vele kleine, ongezonde woningen – die in Kuregem veel talrijker zijn dan in de rest van het Brussels Gewest – creëren een feitelijke lockdown. Tijdens de coronacrisis stelden onze respondenten dan ook een *“tweevoudige lockdown vast: de lockdown waar iedereen voor het eerst mee geconfronteerd werd, en de lockdown die voor sommigen reeds gekend was: het opgesloten leven in hun woning, in hun wijk, in te kleine ruimten”* (INW). De krappe en ongezonde leefomstandigheden worden vaak aangehaald door de inwoners van Kuregem. Sommigen zijn van mening dat hun huisvestingsomstandigheden redenen genoeg zijn om *“de wijk te verlaten zodra dat kan, als dat ooit zou lukken”* (INW).

Er zijn overigens maar erg weinig respondenten die beweren tevreden te zijn met hun huisvesting. Zij die wel tevreden zijn, huren een sociale

woning, met een zeker comfort waartoe ze anders geen toegang zouden hebben: *“Ik ben erg tevreden met mijn appartement... Toen ik dit aangeboden kreeg, dacht ik: ‘wow!’ Twee kamers, een woonkamer, een badkamer, een keuken, een apart toilet. Ik moet niet eens naar buiten ... Op de privémarkt betaalde ik 600, sinds ik hier woon bedraagt de huur 330. Ik heb mijn stekje gevonden”* (INW).

Het aandeel sociale woningen ligt evenwel laag in Kuregem, vooral in de wijken Kuregem Bara en Kuregem Dauw⁵. Huisjesmelkers zijn daarentegen talrijk aanwezig in de wijk, en de toegenomen huurprijzen trekken kwetsbare personen aan. Toch staat een sterke discriminatie de toegang tot een woning in de weg: *“Ik geloof dat we meer dan tien appartementen hebben bezocht, en verscheidene eigenaren zeiden me onomwonden: ‘we verhuren niet aan iemand van het OCMW, noch aan iemand van vreemde origine, zo is dat meteen klaar en duidelijk”* (INW).

Vlak naast de kleine en ongezonde woningen worden nieuwe gebouwen opgetrokken: *“Er werd een nieuw woonblok gebouwd, voor welgestelde mensen. Ze hebben het gebouw afgeschermd van de rest van de straat, en veel mooie bloemen geplant. Iemand heeft op de muur ‘mort aux riches’ (‘dood aan de rijken’) met graffiti aangebracht”* (INW).

Kuregem blijkt inderdaad een uitdaging op het vlak van de gentrificatie van de Brusselse wijken. De wijkcontracten die sinds 1997 worden uitgerold, hebben een relatief succes geboekt (Sacco, 2010). Ze dragen een zekere retoriek van sociale diversiteit en revitalisatie uit die evenwel stuit op materiële en symbolische struikelblokken. Nieuwe gebouwen maken die problematiek des te zichtbaarder: *“Het is duidelijk een vorm van economisch geweld, van economische ongelijkheid waarmee men de mensen confronteert, als zo’n gebouw als een paddenstoel uit de grond schiet, terwijl er elders mensen in ongezonde woningen moeten leven, terwijl niemand naar hen omkijkt”* (VER).

Een andere inwoner stelt *“de komst van eerder welgestelde blanken in de wijk op prijs. Ze doen hun boodschappen bij de Marokkaanse kruide-nier die ik al sinds mijn jeugd ken. Het probleem is*

5. Volgens het BISA (2019): “Het aandeel sociale woningen ligt relatief hoog in de Marollen en in Historisch Molenbeek en Kuregem Veeartsenij (20,9 per 100 gezinnen). In Anderlecht Wayez, Anneessens, Brabant, Colignon, Kuregem Bara (2,1 per 100 gezinnen), Kuregem Dauw (3,4 per 100 gezinnen) en Laag Vorst zijn er daarentegen geen of relatief weinig sociale woningen.”

echter dat sociale diversiteit pas geslaagd kan zijn als er ook politieke middelen zijn die het contact en het samenleven stimuleren” (INW). De nieuwe woningen zijn niet alleen ontoegankelijk voor de wijkbewoners, maar de ruimte wordt ook ingericht alsof men zich van hen wil onderscheiden: “[Ze bouwen] immense lofts die langs alle kanten gebarricadeerd zijn, en in die immense ruimte worden groene zones en soms zelfs biowinkels en dergelijke voorzien. Ze hebben een afstandsbediening om binnen te gaan en de garage te openen enz” (INW).

In dat opzicht zijn de bewoners van mening dat die nieuwe woningen vooral de prijzen van bestaande woningen de hoogte in jagen, en slechts in mindere mate de diversiteit bevorderen. Net als de boodschap ‘Bienvenue à Anderlecht’ komen die nieuwe woningen bij de inwoners van Kuregem over alsof zij in een “tweederangswijk” leven, een gevoel dat overigens gevoed wordt door het publieke discours en dagelijkse interacties:

« *Telkens weer wordt hen een probleem verweten. Is het niet hun manier van eten, dan is het de hoofddoek enz. Er wordt telkens gezocht naar iets dat een probleem vormt in het streven naar ‘een moderne, westerse samenleving’. Dat is moeilijk, want op zo’n moment voel je je een tweederangsburger en wordt er veralgemeend. Dan wordt er gezegd: ‘kijk, dat is een in zichzelf gekeerde gemeenschap, ze richten hun eigen scholen op (INW).*

Tussen openheid en geslotenheid: taalbarrières en genderongelijkheid

Kuregem wordt omschreven als een “toegangspoort” en een “toevluchtsoord” voor nieuwkomers uit tal van diverse geografische gebieden: Marokko, Turkije, Oost-Europa (Polen, Bulgarije, Roemenië, Oekraïne) en Zuidwest-Europa (Italië, Spanje, Portugal, Griekenland), Latijns-Amerika, Sub-Saharaans Afrika, Azië enz. Recentere migratiegolven als gevolg van conflicten in het Midden-Oosten hebben geleid tot de komst van migranten uit Syrië, waaronder de Doms⁶. Deze immigratie neemt uiteenlopende vormen aan en leidt tot een aanzienlijke mobiliteit binnen de wijk, maar werpt ook grote uitdagingen op het vlak van verschillende talen en culturen op voor lokale instellingen en de “rest van de stad” (VER).

De uitdagingen qua taal hebben in de eerste plaats betrekking op het aanzienlijke, aantal personen die geen Frans of Nederlands kunnen lezen of spreken. Sommigen kunnen wel lezen en schrijven in hun moedertaal. Taalbarrières hebben in de hele Brusselse arme sikkkel een invloed op de toegang tot, het gebruik van en de relatie met welzijns- en zorgdiensten.

De taalkwestie mondt bovendien onopgemerkt uit in een digitale kloof. Een respondente benadrukt dat de problemen niet losstaan van elkaar, want in beide gevallen gaat het om “een moeilijke communicatie die de toegang tot rechten in de weg staat” (VER). De digitale kloof treft

6. Doms hebben een Roma-achtergrond en vormen een van oorsprong nomadische gemeenschap met verre roots in India. Tegenwoordig leven ze voornamelijk in het Nabije Oosten en het Midden-Oosten (Syrië, Libanon, Jordanië, Palestina, Turkije).



een aanzienlijk deel van de gebruikers van de instanties die we hebben ontmoet: *“De moeders die bij ons langskomen vullen hun belastingaangifte nog op papier in. En van de ene dag op de andere krijgen ze die niet meer in de bus. Dan zijn ze helemaal van streek”* (VER). Die kloof werd des te zichtbaarder tijdens de coronapandemie. Bepaalde zorginstanties hadden een onlinesysteem voor consultaties opgezet, met voorschriften via e-mail. Zij moesten die aanpak echter herzien: *“We – ik in elk geval – beseften echt dat de mensen in feite helemaal geen geld hebben ... Toen we uitlegden dat alles telefonisch geregeld moest worden, [antwoordden ze]: “Maar ik kan helemaal niet bellen” [...] We gaan ervan uit dat iedereen toegang heeft tot het internet, maar dat is helemaal niet zo. Zelfs als er voorschriften verstuurd moesten worden per e-mail, waren er mensen die niet eens wisten wat een e-mailadres was”* (HMH).

Deze barrières, worden versterkt door een fenomeen dat door onze respondenten als een “feitelijke gemeenschapsvorming” wordt omschreven: *“Als ik boodschappen ga doen bij de kruidenier, praat hij Arabisch met me. Waar moet ik eigenlijk nog Frans praten? Ook als ik naar de Lidl op het Albert I-square ga, zijn er mensen aan de kassa die Arabisch met me praten”* (VER, die een “moeder”⁷ citeert, 2020). Die feitelijke gemeenschapsvorming maakt het des te moeilijker om buiten de wijk te treden, onder meer omwille van de taalkundige en culturele transitie die hiermee samenhangt. Het is zo dat bepaalde moeders die lid zijn van een vereniging in Kuregem nog nooit de Grote Markt of het Brusselse stadscentrum hebben gezien, hoewel die op amper twee kilometer van de wijk liggen. *“De angst voor de rest van de stad”* (VER), voor een grotere en deels onverstaaanbare of ontoegankelijke ruimte lijkt dus sterk aanwezig bij bepaalde inwoners van Kuregem, vooral bij vrouwen:

« Er zijn in Anderlecht zo veel vrouwen met problemen, van Maghrebijnse afkomst, die na twintig of dertig jaar nog steeds de taal niet spreken, omdat ze nooit het huis uit gaan. Wanneer de man sterft en ze zich plots willen openstellen naar de buitenwereld toe, kennen ze de taal niet, en het volstaat echt niet om een aantal woordjes te kunnen brabbelen. Je moet kunnen lezen en schrijven. Je moet formulieren kunnen invullen, een brief kunnen lezen [...]. Wanneer je een brief ontvangt waarin staat dat je deze maand geen inkomen meer ontvangt om een specifieke reden, dan is het cruciaal dat je begrijpt wat er in die brief staat (VER).

In combinatie met de “feitelijke gemeenschapsvorming” die hierboven beschreven wordt, kunnen mechanismen die ervoor zorgen dat vrouwen het huis niet uit komen ertoe leiden dat zij alleen ‘de taal van het gezin’ spreken. En dan gaat het niet alleen om vrouwen die zelf migreerden, maar ook vrouwen met een migratieachtergrond van de tweede of derde generatie. Mannen vinden daarentegen vlotter hun weg naar de arbeidsmarkt, waardoor zij gemakkelijker de algemeen gangbare voertaal leren – het Frans of het Nederlands. Sommige respondenten juichen wel toe dat almaar meer vrouwen *“voor zichzelf opkomen”*, ook al gebeurt dat doorgaans wanneer *“de kinderen al iets ouder zijn”* (VER). Anderen wijzen onder meer op sterke contrasten: *“er zijn moeders die zich ook buiten de wijk begeven, terwijl anderen echt opgesloten zitten in de wijk. Het is enigszins zwart-wit”* (VER). Drie vrouwen met wie we in Kuregem spraken, blijken in dat opzicht erg ‘mobiel’, aangezien zij vaak door Brussel trekken om specialisten te raadplegen. Ze geven wel aan dat ze die stappen graag samen zetten, om elkaar te kunnen helpen qua taal of wanneer hun vraag niet goed wordt begrepen of genegeerd wordt.

Uiteindelijk blijkt de ligging van Kuregem, tussen de spoorweg, het kanaal en de lanen van de kleine ring in, enerzijds een troef en anderzijds een factor die een bijkomend isolement in de hand werkt. Dat isolement versterkt de symbolische, taalkundige en digitale barrières die leiden tot sociale en economische verschillen binnen en buiten de wijk. Deze inwoner legt uit hoe de barrières een soort smeltkroes scheppen voor

7. De term “moeder” wordt regelmatig gebruikt voor de leden van de verenigingen, die zich voornamelijk richten tot werkloze vrouwen met kinderen, zoals de benaming al aangeeft.

gemeenschapsvorming, waar de inwoners moeilijk aan kunnen ontsnappen:

« *Het is geen keuze om in die wijken te wonen. Ik woon er omdat mijn ouders er zijn gaan wonen omwille van de lage huursprijzen. Waar wonen je vrienden dan? Precies, ook in die wijken. Onze scholen lagen immers ook in die wijken, en dus leer je er ook je vrienden kennen. Op een gegeven moment kan je niet langer spreken van een gemeenschapsvorming, wanneer dat niet om een vrije keuze gaat (INW).*

In het volgende deel belichten we hoe die barrières, en de ongelijkheden die ze met zich meebrengen, zich uiten in de relaties met het onderwijs, de economie, het werk en de huisvesting, en hoe die relaties de kwetsbaarheden van inwoners van Kuregem bestendigen en versterken.

Onderwijs, tewerkstelling, huisvesting en zwartwerk

Wat het onderwijs betreft, legt een verantwoordelijke van een vereniging uit dat *“het grote probleem waar we mee geconfronteerd worden, een probleem is van zingeving... Een gebrek aan motivatie uit zich niet langer in spijbelen, maar in jongeren die elke dag op school zitten omdat het er warm is, omdat ze er een dak boven hun hoofd hebben, omdat ze er sociaal contact hebben. Verder heeft de school voor hen geen betekenis”* (VER). Hij voegt eraan toe dat de jongeren uit de wijk snel worden doorverwezen naar vakopleidingen, met het oog op *“beroepen die niet meer bestaan”* (VER).

De schoolloopbaan draagt zo bij tot het sociaal determinisme, terwijl maar weinig ouders over voldoende taalkundige en culturele middelen beschikken om hun kind de gepaste begeleiding te bieden: *“Thuis waren ze niet in staat om mij bij te staan. Mij ouders steunden me wel, en wilden dat ik slaagde en vooruitkwam, maar ze begrepen niets.*

En als ik zeg ‘niets’, dan bedoel ik ook echt niets! Alleen het rood op mijn rapport, en dan nog... Ik vond smoesjes uit om te zeggen dat alles goed ging” (INW). In zo’n context *“ontbreekt het aan sociale voeling bij velen”* (INW).

Zwartwerk, prostitutie of drugshandel bieden in zo’n geval de enige uitgangswegen. In tegenstelling tot de school, bieden die uitgangswegen concrete toegang tot de waarden die ze nastreven, zoals een sociaal leven, een verantwoordelijkheidsgevoel en een inkomen. Bijvoorbeeld: *“Een jongen uit het basisonderwijs kan 300 euro per week verdienen als hij op de uitkijk staat op het Lemmensplein. Oudere jongens kunnen tot 1.300 euro per week verdienen als ze bereid zijn te verkopen. Het is dus niet vreemd dat jongens elkaar vragen: “Hoeveel verdienen jullie? Ik verdien 1.300 euro per week”* (VER). De respondent licht verder nog toe dat de sociale status sterk verband houdt met het verwerven van consumptiegoederen:

« *Alle jongeren die hier langskomen, dromen ervan een BMW en een vrijstaand huis met zwembad te hebben. Voor de meisjes is het nog verontrustender. Zij dromen ervan een rijke man te hebben. We zien het steeds vaker. Ze koesteren geen persoonlijke ambities, maar willen een man met geld. Bovendien is de prostitutie aan een opmars bezig, zij het niet langer onder diezelfde noemer. Er worden geen seksuele diensten verleend in ruil voor geld, maar wel in ruil voor kleine geschenken: een smartphone, een nieuw paar schoenen. Er wordt een behoefte ingeplant bij de jongeren, want men leert hen dat consumptie fundamenteel is en dat er merken zijn die ze absoluut in huis moeten hebben om een zeker sociaal statuut te verwerven enz. (VER).*

In feite biedt zwartwerk hen concrete toegang tot die consumptie, meer dan onderwijs of de reguliere arbeidsmarkt, waar sterke discriminatie heerst, zeker op basis van huidskleur: *“In Brussel is er geen werk [...] ook niet met een diploma op zak. Het is*

gewoon zo. Jean-Michel zal sneller de job krijgen dan Mokhtar. Dat is de realiteit, en de jongeren weten het maar al te goed" (VER).

Tot slot steunt een aanzienlijk deel van de reële economie op zwartwerk, met alle gevolgen van dien voor het schoolverzuim, de sociaal-economische situatie van personen en de huisvestingsmarkt:

« Er zijn hier enorm veel gezinnen in de wijk die geen geldige verblijfspapieren hebben en de reële economie vooruithelpen door in de parallelle economie te werken. Zo hebben moeders soms twee voltijdse banen [...]. Maar al die mensen worden niet opgenomen in de statistieken... Ze zetten geen geld opzij. Al wat ze verdienen, geven ze uit om te leven. En dan zijn er nog de huisjesmelkers die het goed hebben, en een huur vragen van 250 à 300 euro per week voor een krot (VER).

Het zwartwerk kadert dus binnen een geheel parallel circuit dat de mensen steeds verder van de welzijnsdiensten en -systemen, en – zoals we verder zullen zien – van zorgdiensten afhoudt.

Een feitelijke lockdown

In dit hoofdstuk hebben we getracht inzicht te verwerven in de situaties die onze respondenten in verband brengen met kwetsbaarheid in Kuregem. We hebben het onzekere sociale klimaat belicht, dat enerzijds als aangenaam en solidair wordt omschreven, en anderzijds voor spanningen, wantrouwen en geweld zorgt. Ook de fysieke omgeving en culturele context werd beschreven, net als de sociale en economische ongelijkheden die tot uiting komen in de huisvestingsomstandigheden. We hebben getoond hoe symbolische barrières, ingebed in de inrichting van het grondgebied, de sociale en economische ongelijkheden door de ogen van de bewoners extra in de verf zetten. We hebben ook gewezen op het versterkende effect van genderspecifieke rollen op de taalbarrières en – bijgevolg – op het isolement van bepaalde vrouwen in de wijk. Vervolgens hebben we met het voorbeeld uit het onderwijs, waar twee van onze respondenten ons op wezen, blootgelegd hoe uiteenlopende familiale, onder-

wijsgerelateerde, economische, tewerkstellings- en huisvestingssystemen samen tot dynamieken van uitsluiting leiden die heel wat inwoners van de wijk steeds verder naar een informeel circuit voeren, waardoor ze steeds verderaf staan van hun sociale rechten. Tot slot hebben we op een transversale manier uiteenlopende emoties en gevoelens belicht – hetzij ‘aandoenlijk’, hetzij ‘problematisch’ – in een wijk waar naast hoop ook het gevoel leeft dat men er in de steek wordt gelaten, waar zowel solidariteit als wantrouwen voorkomen, en waar uitsluiting leidt tot het gevoel ‘een probleem te zijn’, dat extra in de verf wordt gezet door vuilnis in de leefomgeving, moeilijke huisvestingsomstandigheden, taalbarrières en een fysieke afscheiding, met een symbolische weerslag. Zoals we verder in dit onderzoek zullen zien, hebben de emoties en het gevoel van uitsluiting en van ‘een probleem te zijn’, een impact op het inroepen van sociale rechten en gezondheidszorg.

Verschillende groepen en vormen van kwetsbaarheid

In dit hoofdstuk belichten we de eigenschappen die onze respondenten – zorgverleners in de arme sikkels – naar voren schuiven in hun beschrijving van hun doelpubliek. We hoorden het vaakst omschrijvingen als “meervoudig”, “divers”, “gemengd” en “uit verschillende sociale klassen” als het gaat om hun publiek, waarmee ze verwijzen naar “de meest kwetsbaren”, de lokale handelaren, de “yuppies in nieuwe woningen” (HMH) en “jongeren die in de wijk komen werken en zich er vestigen” (HMH). Wat deze laatste groep betreft, gaat het evenwel om een minderheid of “zeldzame uitzondering”. Het “kwetsbare publiek” is overduidelijk de grootste groep (HMH).

Multiculturaliteit

Volgens onze respondenten bestaat hun publiek voornamelijk uit personen met een migratieachtergrond, uit de Maghreblanden, West-Afrika, het Midden-Oosten, Oost- en Zuidwest-Europa, Brazilië, Tibet, Pakistan enz. Dit deel van de bevolking evolueert onder invloed van migratiegolven, vooral in de wijken die als Brusselse “toegangs-poorten” worden omschreven, zoals Kuregem. Onze respondenten hebben het over een toeneemende multiculturaliteit, die zij als nieuwe uitdaging omschrijven:

« Wat ook frappant is, is de multiculturaliteit. ... Toen ik [in de jaren 1970] aan de slag ging, maakten ‘Belgen’ nog 55% van het publiek uit, naast 20% Sicilianen, dat was een grote groep, 15% Marokkanen en misschien 10% Turken. Tegenwoordig is die “Belgische onderlaag” sterk afgenomen, tot nog slechts 10%. Er kwamen nieuwe groepen bij uit Europa, Centraal-Afrika, Latijns-Amerika en Azië. Ik geloof dat er in het hele Brussels Hoofdstedelijk Gewest 162 verschillende nationaliteiten vertegenwoordigd zijn. Hier moeten er dat een 100-tal zijn. Daar zijn ook heel kleine groepen bij, zoals de Tibetanen (HMH).

Zoals we in de volgende hoofdstukken zullen zien, wordt die multiculturaliteit als een heuse uitdaging beschouwd, aangezien die in verband wordt gebracht met taalproblemen en andere visies op het lichaam en gezondheid, die een invloed hebben op het gebruik van zorgdiensten en de relatie met zij die de zorg verstrekken.

Economische en sociale kwetsbaarheid

Onze respondenten brengen kwetsbaarheid in verband met een te bescheiden inkomen of sociale toelage, waardoor zij geen waardig leven kunnen leiden of een overmatige schuldenlast opbouwen. De respondenten stellen vast dat het in de grote meerderheid van de gevallen gaat om personen die moeten leven van “een ander inkomen dan een inkomen uit arbeid”: “bijna 60% van de patiënten” van een bepaald medisch huis, en meer nog bij een ander medisch huis, en meer dan 80% van de leden van een vrouwenvereniging. De kwetsbaarheid is bijzonder groot bij daklozen,

druggebruikers, personen zonder verblijfspapieren of begunstigen van de Directie-Generaal Personen met een handicap.

Onze respondenten wijzen ook op een toenemende kwetsbaarheid op de arbeidsmarkt en op de huisvestingsmarkt, gelinkt aan een (overmatige) schuldenlast (Englert, 2020). *“Ik merk een toename in het aantal problemen door een overmatige schuldenlast; een toename in de problemen in de zoektocht naar een job of woning; een sterke toename in de huisvestingsproblematiek ... Tegenwoordig leven ze in haast onbewoonbare woningen, voor huurprijzen die ze niet meer kunnen ophoesten. Dat is erg moeilijk”* (HMH).

Ze schrijven die toename van de kwetsbaarheid toe aan almaar grotere barrières op taalkundig, administratief en sociaal vlak, en wat tewerkstelling en onderwijs betreft. Eén respondent gebruikt de metafoer van een klif om zijn ervaring als maatschappelijk assistent toe te lichten tegenover een toenemende kwetsbaarheid:



Beeld je een klif in, met aan de voet van die klif de zee. Welnu, het is in principe onze job om bovenaan die klif te staan en ervoor te zorgen dat jongeren er niet af vallen. In werkelijkheid is het tegenwoordig onze job om vanuit een opblaasbaar bootje op zee de mensen die zijn gevallen te leren zwemmen. En zodra ze enigszins het hoofd boven water houden, mogen we ze niet eens aan wal helpen. We moeten de anderen, die zo pas zijn gevallen, leren zwemmen, want dat is de meest dringende behoefte (...). Tezelfdertijd drijven we steeds meer mensen naar de klif toe, en zijn er almaar meer mensen die vallen (VER).

Een economische kwetsbaarheid werkt bovendien een relationele of sociale kwetsbaarheid in de hand, die volgens onze respondenten niet alleen personen treft zonder familie of vrienden. Ze hekelen in dat verband *“het individualistische model van het Westen”*, waarin *“je je eigen broer, zonder inkomen, niet eens zou helpen. Iets wat in andere culturen haast ondenkbaar is”* (HGP). In die context zou de angst om een last te zijn voor naasten veel mensen ervan weerhouden om over hun situatie te praten en om hulp te vragen.

Ernstige en complexe problemen, fysiek en mentaal geweld

Zorgbehoevende personen worden geconfronteerd met *“uitzonderlijke problemen, die men nergens anders ziet”* (HMH), zoals schurft of luizenplagen. Onze respondenten brengen die problemen in verband met kwetsbaarheid, de migratiecontext of *“het straatleven”* en *“het samenleven”*. Hoewel deze lijst van vaak voorkomende problemen niet exhaustief is, hebben de respondenten het over infectieziekten, over *“tandabcessen, huidabcessen, longontstekingen, ernstige sinusitis enz.”* (HMH), hart- en vaatziekten, kankers en gezwellen, overgewicht en chronische aandoeningen zoals diabetes. Onze respondenten verduidelijken tot slot: *“dat ze ook met heel wat gebruikers worden geconfronteerd: tabak, alcohol, benzodiazepines, anxiolytica”* (idem).

Algemeen genomen merken we eigenschappen van problemen op die in de literatuur als *“complex”* (Belche et al., 2020) worden omschreven: soms ernstig, vaak meervoudig, zowel fysiek als mentaal, gepaard gaand met een sterk verband tussen gezondheidsaspecten en economische en sociale kwetsbaarheid: *“We worden nog regelmatig geconfronteerd met zeer ernstige medische situaties ... vergevorderde kankers, dialysepatiënten, ... en dan gaat het om personen die soms heel erg lang onder de radar bleven. Vaak verblijven die personen illegaal in ons land, zijn ze niet vertrouwd met het zorgsysteem, weten ze zelfs niet waar ze recht op hebben”* (HMH).

Psychologische aspecten spelen ook heel sterk. Onze respondenten geven aan dat *“geestelijke gezondheid op nummer één staat. Dat blijkt uit alle Brusselse onderzoeken. De voornaamste reden voor een consultatie bij de huisarts is geestelijke gezondheid”* (HGP, 2021). Ook huiselijk geweld wordt vaak vermeld bij geestelijke gezondheid: *“Geestelijke gezondheid is een grote pijler... Er zijn heel wat jongeren die heuse pathologieën ontwikkelen op het vlak van geestelijke gezondheid, die in feite worden uitgelokt door een sociale en financiële kwetsbaarheid. Naast een aanzienlijke stijging in het aantal gevallen van huiselijk geweld”* (VER). Beide problemen – geestelijke gezondheid en huiselijk geweld – werden overigens versterkt door de lockdown in de strijd tegen het coronavirus:

« *Ik denk dat het na de lockdown wat zal geven. Want voor gezinnen die al op hun tandvlees zaten, bij wie er al huiselijk geweld heerste, moet het verschrikkelijk geweest zijn. Er was geen ontsnappen aan (VER).*

« *[Tijdens de lockdown] ging er erg veel aandacht uit naar geestelijke gezondheid. Partnergeweld en psychisch lijden, patiënten met obsessief-compulsieve stoornissen, depressies, mensen die bij voorbaat al kwetsbaar waren ... Dat alles wordt versterkt (HGP, 2021).*

Uiteindelijk leidt die complexiteit – een combinatie van economische en sociale kwetsbaarheid en psychisch en/of fysiek lijden – tot “*almaar gewelddadigere*” situaties “*in alle betekenissen van het woord*” (VER). Die situaties van extreme kwetsbaarheid (Kittay, 2020) getuigen van een fragiliteit in de vorm van “*een afhankelijkheid die nog niet of niet langer een onderlinge afhankelijkheid inhoudt*” (Brugère, 2017:66).

Vrouwen

Volgens onze respondenten doen vrouwen vaker een beroep op de zorgdiensten dan mannen. In de eerste plaats lijkt de zorg een uitweg te bieden, een mogelijkheid tot contact, uitwisseling en gesprek om, al is het maar gedeeltelijk, tegemoet te komen aan een gebrek aan kansen en sociaal contact met andere vrouwen binnen de arme sikkels. Die vaststelling wordt des te duidelijker bij verenigingen: “*Er nemen vrijwel uitsluitend vrouwen deel [...]. Vrouwen kunnen nergens anders terecht, in tegenstelling tot mannen, die op café kunnen gaan voor sociaal contact. Vrouwen hebben dus nood aan een ruimte om samen te komen. Misschien hebben ze des te meer nood aan een luisterend oor en de kans om te praten*” (VER). Sommige vrouwen hebben echter de toestemming van hun man nodig om deel te nemen: “*Je moet begrijpen dat de moeders hier komen omdat ze daartoe de toestemming kregen van hun man*” (VER).

Ten tweede ligt de zorgomgeving in het verlengde van de zorgtaak, het huishouden en de zorg voor de kinderen – taken die voor de vrouw zijn weggelegd. Deze verantwoordelijkheid, in combinatie met de moeizame toegang voor vrouwen tot de arbeidsmarkt, kan deels een verklaring zijn voor de asymmetrische vertegenwoordiging van

mannen en vrouwen binnen zorgstructuren en verenigingen. We zullen overigens verder in dit onderzoek nog zien dat bepaalde vrouwen weigeren thuis te blijven voor het huishouden, en liever een beeld van onafhankelijkheid uitdragen dat voor hen samenhangt met een job. In dat geval verdringen ze de behoefte aan zorg naar de achtergrond, bij gebrek aan tijd of financiële middelen.

Ten derde staan mannen vaker weigerachtig tegenover zorgdiensten, omwille van hun zelfbeeld en hun visie op de rol van de arts:

« *Bij de vaders speelt er altijd een zekere trots. Vooral dan bij de vaders van mijn generatie. Zij zijn het die de uitdaging hebben aangedurfd om zich hier per trein, bus of autocar te vestigen, om in de mijnen te gaan werken, in de metro... 'Ik heb België mee opgebouwd! Ik ben het gezinshoofd... Ik heb jaren alleen gewoond, in de kou. Ik heb er geen behoefte aan mijn pijn of leed met een andere man te delen. Daar zit hij niet op te wachten (INW).*

De ongelijke vertegenwoordiging van mannen en vrouwen in het publiek, lijkt dus verband te houden met de rollen die traditioneel gezien zijn weggelegd voor vrouwen en mettertijd ook met de link die wordt gelegd tussen zorg en afhankelijkheid, en die haaks staat op de emancipatie, onder meer via werk.

Tot slot vestigden de respondenten onze aandacht op de toename van het aantal alleenstaande moeders met een inkomen dat nét te hoog ligt om aanspraak te kunnen maken op bepaalde sociale rechten, maar ook nét te laag ligt om in alle behoeften te kunnen voorzien op het vlak van zorg, huisvesting, voeding en ontspanning. We vatten het tweede deel van dit onderzoek aan met een hoofdstuk in het teken van alleenstaande moeders en hun relatie met gezondheid en zorg.

Een onzichtbaar publiek

Als we het hebben over een “*onzichtbaar publiek*”, verwijzen we onder meer naar mensen die a priori zichtbaar zijn in de openbare ruimte, of waarvan we weten dat ze er zijn, maar die geen toegang hebben tot of geen beroep doen op zorgdiensten en -structuren. Vooral toegankelijkheidscriteria zijn dus bepalend voor de onzichtbaarheid van

dit publiek. Zo hebben druggebruikers, daklozen of personen die “niet in orde zijn met de verzekering” geen toegang tot verscheidene structuren die dringende medische hulp verstrekken, terwijl andere structuren hen wel ontvangen, vooral gespecialiseerde diensten of nieuwe medische huizen die hun patiëntenbestand willen optrekken. “Het valt moeilijk te zeggen... Dakloze personen (bijvoorbeeld) kunnen hier terecht voor spoedgevallen na doorverwijzing door de verpleegster. Maar ik weet niet in welke mate personen met chronische aandoeningen in de wijk zich kunnen inschrijven [...]. Er wordt een zekere rem gezet op de zorg voor dakloze personen” (HMH).

Ten tweede blijven de personen die door onze respondenten tot de “nieuwe migranten” worden gerekend, net als de “Roma en Doms” sterk ondervertegenwoordigd bij de meeste zorgstructuren.

Ten derde blijven jongeren nog vaak onder de radar van zorgdiensten, vooral wanneer zij actief zijn binnen de informele economie, de ‘kleine criminaliteit’ of – voornamelijk bij vrouwen – de prostitutie:

« We moeten volgens mij ook denken aan de adolescenten en jongeren die op straat rondhangen [...]. Ik heb de indruk dat sommigen wel komen, maar twijfel op diegenen met echte problemen, die zich binnen de ‘kleine criminaliteit’ begeven, dat wel doen. Je hebt het jonge publiek in het zwarte circuit, waaronder de Braziliaanse vrouwen, niet noodzakelijk in de prostitutie, maar [misschien ook] in de horeca. Bereiken we wel ieder van hen? (HMH).

Ten vierde zijn alleenstaande senioren weinig zichtbaar, zowel senioren met als zonder een immigratieachtergrond.

Tot slot worden ook personen met “onzichtbare problemen” tot het “onzichtbare publiek” gerekend. Dan gaat het vooral om geestelijke gezondheidsproblemen en huiselijk geweld of partnergeweld. Zoals we zullen zien, blijven die problemen om twee hoofdredenen onzichtbaar: enerzijds vormen ze een bron van schuldgevoel en stigmatisering, anderzijds worden ze niet noodzakelijk in verband gebracht met zorg en gezondheid. In dat opzicht zal uit dit onderzoek blijken dat de zorgrelatie die problemen hetzij zichtbaarder kan maken of de onzichtbaarheid ervan kan versterken.

De perceptie van gezondheid en zorg

In dit hoofdstuk vullen we het standpunt van de zorgverleners aan met de perceptie die de Brusselaars hebben van gezondheid en zorg. We schetsen meer bepaald een beeld aan de hand van gesprekken met inwoners van de arme sikkels en alleenstaande moeders in Brussel. Een duidelijk beeld van hun percepties zal ons ook op weg helpen naar inzichten in het tweede deel van dit onderzoek, waarin we ons buigen over de toegang tot, het gebruik van en de relatie met zorgdiensten. Zoals we verder zullen vaststellen, houdt de perceptie een cognitieve dimensie in, die verband houdt met de overtuigingen en kennis van personen omtrent hun gezondheid en de zorg, net als een praktische en actiegerichte dimensie, die hun beslissingen ter zake stuurt (Faizang, 1997; Herzlich, 1969; Laplantine, 1984).

Algemene gezondheid en functionele gezondheid

Gezond zijn houdt “een geheel van aspecten” in en blijft niet beperkt tot “geen verkoudheid hebben”. Dat is wat we vaak horen van onze respondenten, vooral van de alleenstaande moeders. Daarbij hoort een functionele voorstelling van gezondheid als een toestand waarin een persoon in staat is zijn of haar activiteiten verder te zetten.

Als het gaat om betaalde activiteiten, wordt gezondheid omschreven als een economische en sociale vereiste. De respondent in kwestie acht gezondheid een onmisbare vereiste om te kunnen werken en voldoende geld te “produceren” om het “falen” van zijn gezin te voorkomen:

« *Mijn gezondheid is van cruciaal belang opdat ik zou kunnen werken en geld in het laatje zou kunnen brengen voor mijn gezin. Als ik mijn gezondheid verwaarloos, verwaarloos ik in feite mijn gezin. Ik kan het me niet veroorloven om mezelf niet goed te verzorgen. Bij het minste moet ik dus absoluut snel genezen en zo min mogelijk ziek zijn, en trachten te werken, werken, werken. Het moet gezegd: in België moet je geld ‘produceren’. Anders val je in het gat. Je moet dus actief blijven en proberen op het werk aanwezig te zijn (BURG).*

De link tussen gezondheid en werk kan ook leiden tot een preventieve houding, om gezondheidsproblemen te vermijden die te dure of tijdrovende zorgen zouden vereisen. Zoals we zullen zien, nemen verscheidene alleenstaande moeders zo’n houding aan.

In andere gevallen neemt de link tussen werk en gezondheid een andere vorm aan. Gezondheid kan immers ook worden beschouwd als een taak op zich, een verantwoordelijkheid die vaak op de schouders van vrouwen belandt. Zij waken over de gezondheid van hun gezinsleden, opdat hun kinderen zouden kunnen studeren en slagen, en opdat hun man zou kunnen werken: “[Gezondheid] betekent voor mij eigenlijk mijn kinderen en mijn man, zo zie ik het. Er zijn helaas heel wat problemen. Gelukkig hebben we hier kinderen, hebben zij het goed. We doen al wat we kunnen voor de kinderen. Dat is wat telt” (INW, 2021).

De moeders met wie we spraken in Kuregem beschrijven de stappen die ze ondernemen om de nodige zorgen te verkrijgen als een ‘taak’ die deel uitmaakt van de dagelijkse zorg voor hun

gezin. In het licht van die zorgtaak, kan de lockdown enigszins als een kleine ‘pauze’ worden gezien: *“In het begin is zo’n lockdown nog ‘leuk’. Je bent vermoeid omwille van de examens van de kinderen en het heen-en-weergeloop naar de huiswerkhulp, de sportclub van de kinderen... Dat is heel vermoeiend”* (INW, 2021). In dat opzicht neemt de zorg(taak) de vorm aan van de zorg voor zijn of haar naasten en wordt de eigen gezondheid als een vereiste beschouwd, om die zorg te kunnen bieden. Zoals we zullen zien als we ons buigen over de alleenstaande moeders, wordt er gebruikgemaakt van zorgdiensten om die vereiste veilig te stellen (vanuit een preventieve benadering) of om die vereiste te herstellen (vanuit een reactieve benadering).

De aandacht die onze respondentes aan die vereiste besteden, of de aandacht die hun eigen gezondheid volgens hen *“verdient”*, hangt af van hun sociale en professionele situatie, net als van hun levensweg. Zoals verder nog aan bod zal komen, onderhouden bepaalde respondentes actief hun *“goede gezondheid”*. Anderen zien gezondheid daarentegen als een toestand die volstaat om te *“functioneren”*, oftewel om hooguit *“hun activiteiten te verrichten”* en op zijn minst te kunnen opstaan en het huis uit te kunnen. Zo zullen we in het hoofdstuk over het gebruik van zorgdiensten zien dat men soms enkel op zoek gaat naar zorg als men *“aan de grond zit”* en niet langer in staat is om zich te verplaatsen voor een consultatie.

Deze getuigenissen geven blijk van de beperkte waarde die de respondenten schenken aan hun eigen gezondheid, wat overigens in verhouding staat tot de gezondheid van de personen in hun omgeving. Door de eigen gezondheid te vergelijken met die van anderen, bevestigen ze bij zichzelf *“dat er mensen zijn in mijn omgeving die er slechter aan toe zijn”* (BURG). Sommigen geven ook aan *“dat iedereen wel probleempjes heeft”* en achten zichzelf in goede gezondheid alvorens de problemen op te sommen waarmee zij kampen, inclusief de chronische aandoeningen waardoor ze werkonbekwaam zijn.

Goede en slechte gezondheid: actief zijn, relatie en huisvesting

De perceptie van een goede of slechte gezondheid wordt opnieuw in verband gebracht met actief zijn, gaande van eenvoudigweg bewegen tot het beoefenen van sport. Enerzijds hebben onze respondenten schrik om te weinig te bewegen, wat kan leiden tot fysieke pijn en psychisch lijden. Verzorging of activiteiten in het teken van beweging, gaande van kinesitherapie tot aquabike, worden dan ook vaak als fundamenteel beschouwd voor een evenwichtige levensstijl. Het stilvallen van die activiteiten tijdens de eerste lockdown kan leiden tot een aanzienlijk psychisch lijden, wanneer zich opnieuw fysieke pijn voordoet: *“Ik zie het helemaal niet meer zitten. Ik heb het gehad. Ik maak er een eind aan. Hij [mijn behandelende arts] zegt me: ‘Dat mag je niet doen. Kom naar mij toe als je problemen hebt.’ Maar als je echt te veel pijn hebt, kan je het niet meer aan”* (BURG).

Anderzijds wordt het beoefenen van sport sterk in verband gebracht met een goede gezondheid: *“Mijn kinderen verkeren in goede gezondheid en ik zorg ervoor dat ze goed eten. Ze doen aan sport en al wat nodig is om gezond te zijn”* (France). Verscheidene respondenten geven ook aan dat de kosten voor bepaalde sportactiviteiten zouden moeten worden terugbetaald, net als gezondheidszorg: *“Sport draagt volgens mij sterk bij tot de gezondheid van de mensen, en ik geloof dat mensen die willen boksen, tennissen of een andere activiteit willen beoefenen daar toegang toe zouden hebben mocht er meer worden terugbetaald”* (Simone). Het belang van sport in het behoud van een goede gezondheid is des te groter bij alleenstaande moeders. Velen onder hen doen aan yoga en verruimen het onderwerp graag naar welzijn en spiritualiteit.

Sociaal contact is in de ogen van onze respondenten een tweede element dat bepalend is voor een goede of slechte gezondheid. Enerzijds wordt sociaal contact vaak omschreven als een activiteit die, net als sport, bijdraagt tot het moreel. Anderzijds worden sommige specifieke sociale banden als *“pathogene”* (Laplantine 1984), dan wel als heilzame invloeden omschreven:

« Van personen met een toxische, schadelijke invloed blijven we ver weg, tegenover mensen die ons vooruit kunnen helpen en die ons spiritueel, vriendschappelijk enz. steunen (Chloé).

« Wie slecht eet krijgt hoe dan ook met aandoeningen te maken... En dat geldt ook op mentaal vlak. Je moet alle toxische mensen mijden. Dat is belangrijk. Je moet 'neen' kunnen zeggen tegen mensen... (Madou).

De parallel die wordt getrokken met voeding doet een 'objectivatie' van "relaties" vermoeden (alsof die relaties objecten zijn, concrete entiteiten die goed of schadelijk zijn), vooral als ze in verband worden gebracht met een specifieke ervaring of persoon. Daarnaast geeft die parallel ook aan welke aandacht er uitgaat naar voeding, iets waar verschillende respondenten bijzonder belang aan hechten.

Tot slot hebben onze respondenten het ook over hun woonomstandigheden. Ze wijzen op de ongezonde woningen (een niet-conforme verwarmingsketel, vochtige ruimten enz.) in combinatie met problematieken als gevolg van de overbevolking in de stad en het feit dat mensen dicht op elkaar moeten leven in slechte of niet geïsoleerde gebouwen te midden van de verkeersdruk en het lawaai van de stad.

« Sinds ik hier ben, kan ik amper slapen. Nu is het nog erger, omwille van de stress die met de winter gepaard gaat. Alles wordt vochtig. Het is hopeloos. Ik ben ten einde raad. We hebben het aan de eigenaar gemeld. Hij zegt: "Ik heb net alles hersteld. Ik heb geen middelen meer. Ik weet wat ik moet doen, maar het zal pas voor februari zijn, eind februari (BURG).

Huisvesting en sociale omgeving hangen samen. Die omgeving kan een bron zijn van stress en een overmatige blootstelling van de personen aan situaties van geweld of middelengebruik. De moeders met wie we spraken in Kuregem betreuren dat hun kinderen continu jongeren te zien krijgen die middelen gebruiken, nagenoeg vlak voor hun appartementsgebouw. Ze geven aan dat die dagelijkse ontmoetingen hen angst en stress bezorgen:

« Het gaat om een sociale woning. Om eerlijk te zijn, is het een ramp. ... Je hebt er mensen die onvoorstelbare dingen doen. En zelfs de politie doet niets... Ze gebruiken drugs, verkopen drugs, slaan dingen stuk. Het is echt erg. Het is walgelijk om te zien. De kinderen zien dat ook, en dat is niet goed. En het grootste probleem is dat het bij alle woningen zo is. ... Alle woningen, vooral hier in 1000 Brussel.

10-, 13-, 14-jarigen, het gaat echt niet om volwassenen. Ik begrijp niet waarom men de kinderen zo in de steek laat. Ze gebruiken cocaïne, zowel de meisjes als de jongens. Dat is niet goed voor de gezondheid. En ook niet voor mij. Mijn man worstelt met een depressie. Als hij dat ziet, gaat hij schreeuwen en komt er ruzie van. Ik leef altijd in angst (BURG).

Zelfs al vallen er in het discours omtrent een goede en slechte gezondheid geregeld termen als "moreel" en "mentaal", toch wordt geestelijke gezondheid uiteindelijk maar zelden als dusdanig vermeld; los van een specifieke situatie of relatie die stress veroorzaakt. Dit kan deels worden toegeschreven aan de stigmatisering die errond hangt. Zoals we verscheidene keren in dit onderzoek aanhalen, zit die stigmatisering geworteld in culturele, sociale en structurele aspecten. Ten eerste wordt psychische lijden geassocieerd met gezondheidszorg via culturele inspanningen. Dit zijn de inspanningen die een beroepsgroep doet om ervoor te zorgen dat de dominante cultuur afwijkend gedrag in verband brengt met psychologie en met de (para)medische beroepen die hierin gespecialiseerd zijn (Abbott, 1988). Die culturele inspanningen kunnen evenwel nog andere richtingen uitgaan.

« Nee, het psychologische kan dat niet, het mentale kan dat niet ... Het is pas wanneer men iets vaststelt dat men naar de dokter kan... Soms zie ik depressies bij jongeren, en ik zie al littekens, maar die de ouders of broers nooit hebben willen opmerken. Ze zeiden: 'Hij zal wel bij een genezer langsgaan, en je zal zien, dan zal het veel beter gaan' (VER).

Ten tweede lijkt psychisch lijden incompatibel met bepaalde sociale rollen die doorgaans voor mannen zijn weggelegd, zoals die van gezinshoofd, waarin voor kwetsbaarheid geen plaats is en een blijk van kwetsbaarheid tegenover een andere man of vrouw uit den boze is. Ten derde kunnen bepaalde situaties, zoals die

van alleenstaande moeders, een schuldgevoel met zich meebrengen omwille van hoe die situatie afwijkt van de overheersende gezinsnormen in een patriarchale samenleving. Ook in zo'n geval vermijden personen zo veel mogelijk hun kwetsbaarheid te tonen (zie hoofdstuk 4).

Gezondheidszorg

De gezondheidszorg waar onze respondenten over praten, verschilt naargelang hun behoeften. De soorten gezondheidszorg die het vaakst worden vermeld, zijn: algemene geneeskunde, spoedgeneeskunde, preventieve zorgen zoals een jaarlijkse bloedafname, een mammografie of diabetestest, paramedische zorgen zoals kinesitherapie. Daarnaast hebben ze het over een reeks remedies, zoals honing of bijenmelk en vitamines, of activiteiten in het teken van welzijn of spiritualiteit.

Onze respondenten blijken vrij kritisch tegenover algemene geneeskunde te staan en hekelen vooral de tijdsdruk en het gebrek aan een luisterend oor: *“Ik heb de indruk dat ze mensen verzorgen om ... Ze gaan snel te werk, zonder echt tijd uit te trekken, en dat vind ik jammer aan het zorgsysteem. Ze kampen met een tijdsgebrek”* (BURG). In die context is het volgens hen moeilijk om het probleem voldoende duidelijk te kunnen stellen en te kaderen: *“Ik zou zeggen dat het de zorgverleners die geneeskundige zorgen verstrekken geen aandacht hebben voor het psychosociale aspect, althans niet op een systematische manier. Want als ik vragen stel, houd ik me niet in ... Ik wil de dingen begrijpen”* (Clémence).

De kritiek klinkt des te sterker als het gaat om ziekenhuiszorg, die volgens sommigen onpersoonlijk is en neutraal qua locatie, in die zin dat het ziekenhuis geen voeling meer heeft met de wijk, noch met de realiteit die er heerst: *“In het ziekenhuis is het nog erger. Daar ga ik nooit. Je hebt er de indruk dat je een nummertje bent. Bij vrienden van me hebben ze zich zelfs al vergist, dachten ze dat het om een andere patiënt ging. Bovendien valt er geen begrijpen meer aan in de ziekenhuizen. Het zijn grote concerns geworden. Het gaat niet meer om kleine klinieken waar men de patiënten nog kent en voeling heeft met wat er leeft in de wijk”* (BEW).

De zorgsector wordt ook een overwegend curatieve, zogezegd “Europese” benadering verweten,

in tegenstelling tot andere, meer preventieve benaderingen. Zoals uit het onderstaande fragment blijkt, vormt die overwegend curatieve geneeskunde de aanleiding om de al te nauw geachte band tussen de geneeskunde en de farmaceutische firma's te hekelen:

« In België wordt een Europese geneeskunde beoefend. Daar zijn de artsen voor opgeleid. Een diagnose stellen, een behandeling voorschrijven, met de farmaceutische firma's die erachter zitten. En ik had liever gehad – al is dat niet gangbaar in onze cultuur, maar wel in de Chinese of Indiase geneeskunde – dat het RIZIV toch ook die geneeskundige benadering zou terugbetalen (waarin er veel meer wordt ingezet op preventie dan in de Europese geneeskunde, waar de persoon wordt behandeld als die ziek is. Er moet ook aan preventie gedaan worden, dat is belangrijker. Of het nu gaat om voeding of een gezonde levensstijl. Dat is in België niet het geval. Men verwacht dat mensen eerst ziek worden en zo. Voor hen is het niet meer dan handel drijven. En dat valt enigszins te betreuren (Madou).

Die kritiek zwol tijdens de coronapandemie aan, hoewel die zich steeds meer is gaan richten op de overheid, die verdacht wordt van sterke banden met de farmaceutische wereld en verantwoordelijk wordt geacht voor de onderfinanciering van de gezondheidszorg (Thunus et al., 2021). In dat opzicht is de inzameling van schenkingen, opgezet door verscheidene ziekenhuizen, onze respondenten bijgebleven. Ze pleiten dan ook voor meer ziekenhuispersoneel en betere werkomstandigheden.

De pandemie heeft bovendien geleid tot een groter wantrouwen tegenover de politiek, die wordt afgeschilderd als een schadelijke factor voor de bevolking: *“Daar hangt ook een zeker complot rond, om mensen uit elkaar te drijven. (Onderzoeker: een complot?) Niet van het zorgsysteem, dat niet! Maar van de politiek wel. ... Ze hebben niet goed genoeg geluisterd, vind ik. De specialisten en dergelijke hebben niet goed genoeg geluisterd. Daarom bevinden we ons vandaag in deze situatie”* (BURG).

De vergelijking met andere ziekten, zoals ebola of malaria, houdt onze respondenten ook bezig. Zij staan ervan versteld dat er voor die ziekten geen zo'n strenge gezondheidsmaatregelen

worden getroffen en dat er minder in wordt geïnvesteerd, terwijl die in hun ogen toch erger lijken. Zo wordt de overheid ervan beschuldigd de burgers voor te liegen, onder druk te plaatsen en thuis op te sluiten, terwijl er andere middelen hadden kunnen worden ingezet om de gezondheids crisis het hoofd te bieden.

In dit hoofdstuk over de perceptie van gezondheid hebben we een sterke link tussen gezondheid en actief zijn belicht, die vaak verband houdt met genderspecifieke rollen. We hebben ook op

een visie van “lichamelijke weerstand” (Desprès, 2013) gewezen, die vaak van toepassing lijkt op mensen in situaties van grote kwetsbaarheid. We hebben eveneens zogenaamd “pathogene” invloeden (Laplantine, 1984) aangestipt, waaronder voeding, huisvesting en relaties, waarna we het ambivalente thema geestelijke gezondheid hebben aangekaart. Deze percepties van gezondheid en zorg hebben – zoals we in de volgende hoofdstukken zullen zien – een grote impact op de toegang tot, het gebruik van en de relatie met de zorg.

Kwetsbaarheid: het perspectief van alleenstaande moeders

« *In Brussel is één op de drie gezinnen een eenoudergezin, en in 80% van de gevallen gaat het om alleenstaande moeders. We kunnen dus niet meer spreken van 'de norm' of niet te norm. Dat wordt wel zo ervaren. Ik had het er onlangs nog over met een vriendin die haar kind voor het eerst naar school bracht. Dat was een pijnlijk moment voor haar, want ze zag dat andere ouders dat samen deden enz. Ze zei ook met tranen in de ogen dat ze de juf moest vertellen dat haar kind geen papa had. ... Het probleem is hier dat er vergeleken wordt (Isabelle).*

Algemeen genomen is het aandeel eenoudergezinnen in België toegenomen, van ongeveer 14% in 1991 naar iets meer dan 25% in 2014 (Defeyt, 2015: p.2). De term eenoudergezin wordt gebruikt voor gezinnen waarin één of meerdere kinderen permanent of afwisselend door slechts één ouder worden opgevoed, waarbij die ouder de kinderen financieel ten laste heeft, los van een eventuele alimentatie (Wagener & Francq, 2013: p.10). In 2021 was 12% van alle gezinnen een eenoudergezin, en “in 86% van die eenoudergezinnen gaat het om alleenstaande vrouwen met hun kinderen” (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2022).

Een eenoudergezin is dus “hoofdzakelijk een vrouwelijk fenomeen”, en genderkwesties spelen een centrale rol in de “uitdagingen” waar eenoudergezinnen mee geconfronteerd worden (Wagener & Francq, 2013), waaronder huisvesting en tewerkstelling. Alleenstaande moeders zijn immers gezien hun gender en opleidingsniveau – “doorgaans lager dan de algemene actieve bevolking”

– extra kwetsbaar op de arbeidsmarkt (Frans et al., 2014: p.14). Hoewel de toename van het aantal eenoudergezinnen kadert binnen een algemene evolutie in de gezinsstructuur, nu scheidingen een “courante realiteit” zijn geworden (Wagener & Francq, 2013: p.10), gaan alleenstaande moeders nog steeds gebukt onder stigmatisering (Karali, 2019).

De inspanningen die reeds werden verricht rond alleenstaande moeders in Brussel, waren vooral gericht op een kwantitatieve beschrijving van het fenomeen en de uitdagingen op het vlak van de scheiding, tewerkstelling en huisvesting. Er werden ook aanbevelingen geformuleerd omtrent deze thema's, net als over gezondheid (Frans et al., 2014), met aandacht voor de psychologische aspecten, de strijd tegen vooroordelen en tegen geweld ten aanzien van vrouwen (Karali, 2019).

In dit onderzoek gebruiken we die vaststellingen en aanbevelingen als grondslag, om het thema gezondheid verder te doorgronden en ook dieper te graven dan de toegankelijkheidskwestie waar Frans et al. zich over bogen. (2014). Op basis van de ervaringen die onze respondentes delen, buigen we ons over de fysieke en mentale gezondheid op het moment van de scheiding, tijdens de periode van instabiliteit die erop volgt en de situatie van een kwetsbaar evenwicht die eigen is aan het dagelijkse leven van onze respondentes. We leggen de elementen bloot die gezondheid en de toegang tot en het gebruik van gezondheidszorg bevorderen, en ook de elementen die een bedreiging vormen voor de gezondheid en obstakels opwerpen in de toegang tot gezondheidszorg.

De scheiding en de instabiliteit die erop volgt

De alleenstaande moeders met wie we spraken, hebben het telkens over fysiek en/of psychisch geweld in de aanloop naar en tijdens de scheiding: *“Er heerste ook een klimaat van geweld ten opzichte van de kinderen en van mij, naast het alcoholprobleem. Uiteindelijk moest de politie tussenkomen, want hij wou niet vertrekken. Ik was altijd erg bang. Ik wilde eerder al scheiden, maar durfde niet, omwille van het continue geweld. Er was altijd de dreiging van psychologisch en fysiek geweld”* (Madou). Zoals deze respondente aangeeft, vergt de beslissing tot scheiden altijd enige tijd en de nodige tussenkomst in de vorm van herhaalde aanmoedigingen, steun of bescherming van het sociale netwerk, de ordediensten of een vereniging: *“Sindsdien ben ik van de vader gescheiden ... Vóór het tot slagen en verbaal of fysiek geweld kwam. Ik klopte aan bij het Centre de Prévention des Violences Conjugales”* (Isabelle). Externe steun is buitengewoon belangrijk wanneer de persoon zich in een situatie bevindt waarin ze zich van de wereld afgesloten voelt:

« *Zoals ik al zei was ik getrouwd, en de eerste vijftien jaar leefde ik, zoals gezegd, in feite afgesloten van de buitenwereld. Het was uit den boze dat ik mijn eigen familie zou zien, laat staan zou gaan werken. In dergelijke situaties helpt het eigenlijk echt om vooraf al te hebben gesproken [over een scheiding] met bepaalde personen, onder wie artsen. Dat biedt een zeker houvast. Het is belangrijk om mensen te hebben die ons in alle objectiviteit zeggen dat het mogelijk is, en dat we zo'n leven niet verdienen, dat iedereen een vreedzaam leven verdient (BURG).*

Onze respondentes kaarten ook de bijzonder grote instabiliteit aan die volgt op de scheiding – *“Ik ben in twee jaar tijd zeven keer verhuisd.”* – net als het verlies van vertrouwen en de onzekerheid die eigen zijn aan deze periode:

« *Gezien de complexiteit van de situatie, kon ik mijn kinderen niet bij eender wie laten. Dat leidde tot een zeker wantrouwen, een enorm verzuimenverlies, een verlies van vertrouwen in eender wie. Eerst wist ik niet met wie ik kon praten. Misschien zouden ze iets doorvertellen, zouden bepaalde zaken aan het licht komen, er mocht niets over gezegd worden, uit schaamte (France).*

In zo'n context is steun vanuit sociale hoek of van verenigingen echt cruciaal: *“Ik heb het geluk gehad dat de juiste personen op mijn pad kwamen en mij steunden. Ik heb enkele maanden in een opvangtehuis gewoond voor slachtoffers van geweld. Als dat er niet was geweest, weet ik niet wat ik zou hebben gedaan”* (France). Onze respondentes wijzen op de welwillende en onvoorwaardelijke opvang die specifieke verenigingen voor eenoudergezinnen of verenigingen die strijden tegen geweld op vrouwen, hen boden. Die opvang wordt geboden zonder enig oordeel te vellen en zonder de vader impliciet of expliciet te verdedigen of te beschermen. Die opvang helpt om het isolement van alleenstaande moeders na de scheiding tegen te gaan, tegenover relaties die hen een – overigens vaak voorkomend – schuldgevoel inboezemen omdat ze *“de kinderen bij hun vader weghaalden”*. *“Mensen met goede bedoelingen, ook binnen het medische of sociale milieu, kunnen dingen zeggen die extreem kwetsend zijn, zoals ‘zelfs in de gevangenis kunnen de kinderen hun vader bezoeken’!... Dus sluiten de ouders zich af, ik en ook anderen. Ik zie hoe talloze ouders zich op zo'n moment (na de scheiding) afzonderen”* (France).

Naast psychisch leed brengen de scheiding en de periode die erop volgt vaak ook fysieke problemen met zich mee, al dan niet ernstig, als gevolg van chronische aandoeningen of de zwangerschap, de bevalling en het gebrek aan gepaste opvolging: *“Ik had heel erge rugpijn, maar je hebt de tijd niet, noch het geld om een osteopaat te betalen, als er al sessies zouden zijn waar ik met mijn kind naartoe kan. Een soort rugschool. De borstvoeding heeft tot rugproblemen geleid. Ik kamp met zenuwpijnen, maar heb de tijd niet om me daar mee bezig te houden”* (Isabelle).

Het wankel evenwicht dat alleenstaande moeders moeten zien te vinden

Tegenover de onzekerheid en instabiliteit na de scheiding, staat een situatie van evenwicht. Dat evenwicht blijft evenwel wankel. Een huisarts heeft het over kwetsbaarheid in de vorm van “een wankel evenwicht” waarin “alles kan instorten bij de kleinste windstoot”, terwijl onze respondentes spreken van “een echt heel moeilijke realiteit”, een “heel gespannen dagelijkse organisatie” met “weinig of geen marge”. Het gaat om een zoektocht naar een evenwicht tussen de behoeften van het of de kind(eren) en die van de moeder, in combinatie met de behoeften in verband met tewerkstelling, huisvesting, activiteiten en gezondheidszorg:

« *Ik probeer een goed evenwicht te vinden tussen zijn behoeften en ontplooiing..., door alles goed af te wegen. Maar doorgaans moet ik daarvoor mijn eigen behoeften laten vallen (Clémence).*

« *Laat ons zeggen dat ik nog een evenwicht weet te vinden, in die zin dat ik erin slaag om beide te combineren, de behoeften en de gezondheid van mijn zoon, en die van mij, en dat ik die min of meer gelijktijdig weet te lenigen (Fleure).*

Het is een heuse, zo niet “ongelofelijke” uitdaging om dat wankel evenwicht te vinden. “Ook al is mijn inkomen niet bijster hoog, toch slaag ik erin een evenwicht te vinden, en dat vind ik haast ongelofelijk. Ik weet niet hoe ik het voor mekaar krijg, maar het lukt” (Fleure). Onze respondentes trachten dan ook dat evenwicht te beschermen en vragen respect: “Ik denk dat er tal van mama’s zijn in die situatie. Het lukt, maar raak niet – al dan niet bewust – aan dat evenwicht” (France). In sommige gevallen brengen zij dat evenwicht in verband met een vorm van “verzet tegen verandering”, waardoor zij soms hun eigen behoeften “laten varen” of bepaalde zorgen uitstellen: “Misschien had ik als gezin, als koppel en met meer tijd niet zo lang gewacht. Maar dacht ik dat het wel goed zou komen, omdat het niet alleen een bezoek aan de dokter inhield, maar dat er vervolgens nog tal van andere zaken moesten gebeuren, bovenop de dagelijkse taken, terwijl het al een hele tijd moeilijk gaat” (France).

Drie bronnen van permanente spanning

Naast de zoektocht naar dat wankel evenwicht, gaat alleenstaand ouderschap ook gepaard met een permanente spanning, waarvan we de drie voornaamste oorzaken onderscheiden. In eerste instantie weegt de volledige verantwoordelijkheid voor het kind of de kinderen sterk door, met een permanente spanning tot gevolg: “Er is veel stress. Je bent als enige de motor achter het gezin. Als jij het laat afweten, dan is dat ook jouw verantwoordelijkheid. Je moet dus blijven doorzetten, de moed erin houden” (Madou).

Ten tweede wordt die spanning ook gevoeld door de plicht om aan verschillende behoeften tegemoet te komen wat betreft de school en de activiteiten van de kinderen; en door het combineren van die verschillende taken. Hieronder heeft een van de respondentes het over de moeilijkheden die zij ervaart in de marge van de coronapandemie en de vele verzoeken waar ze a priori niet op kan ingaan:

« *Onlangs werd er mij in de coronacrisis door de scouts, door de school enz. gevraagd om WhatsApp te installeren. Je moest ook reageren in verband met het huiswerk, want de school moest papieren versies voorzien voor zij die geen printer hadden, maar dat gebeurde niet. Ik had geen zin om te laten weten dat ik nog in de oertijd leefde, zonder internet en zonder printer. Ook al is dat op dat moment ook een keuze, want inmiddels hebben we wel internet... Het is alsof je als moeder een orkest in je eentje bent. Ik ben heus geen boekhouder, maar om de eindjes aan elkaar te knopen, moet ik tot op de cent rekenen (Clémence).*

Bovenop de behoeften inzake onderwijs, komen nog de behoeften inzake gezondheid, die soms heel specifiek zijn naargelang de situatie en het moeizame contact met de vader: “Mijn dochter heeft het zelf heel moeilijk. Ze is de zondebok geworden van haar vader. Intussen is er al iets meer dan een jaar een zekere afstand ontstaan, dankzij haar therapeut” (Clémence). Toch blijkt het vaak moeilijk om de nodige psychologische steun te vinden, omwille van beschikbaarheidsproblemen bij de geestelijke gezondheidszorgdiensten die betaalbare zorg aanbieden. Bovendien ervaren de respondenten het onthaal en het beheer van de aanvraag als hinderlijk:

« *Het is erg moeilijk om toegang te krijgen (tot geestelijke gezondheidszorg). Dat verloopt via een gecentraliseerde aanvraag. Dat stoorde me enigszins, omdat ik de indruk heb dat je bij aanvang persoonlijke zaken moet delen met een onthaalmedewerker, zoals een secretaresse. Daarna wordt er contact met je opgenomen. Ik heb overigens enige tijd moeten wachten alvorens ik bij die dienst terecht kon (Clémence).*

Ten derde leidt die spanning tot een continue blootstelling aan vermoeidheid en stress bij het/de kind(eren) en een onvermogen om daar even aan te ontsnappen:

« *Als het lichaam niet meer kan volgen, moet je rusten, en dat is niet altijd eenvoudig als je moet werken of voor de kinderen moet zorgen. Je moet alles doen! Dan ben je iets vermoeider, en erger je je iets sneller. En soms zijn de kinderen ook zelf uitgeput, hebben ze er ook genoeg van. Iedereen heeft er genoeg van, en dan barst de bom (Madou).*

Een andere respondente geeft aan “dat het verschrikkelijk is om er alleen voor te staan met huilende kinderen”. Ze praat over hoe haar dochter soms hele nachten lang bleef huilen: “Uiteindelijk viel ik in slaap terwijl zij zat te huilen, tot ze op me viel en me pijn deed” (France). Sommige respondentes vermoeden dat anderen het niet durven te zeggen. “Ik weet niet of de moeders dat al dan niet willen toegeven, maar soms is het extreem moeilijk.” Zo benadrukken ze het risico op geweld in deze context: “Het is extreem belangrijk dat alleenstaande moeders met kinderen goed omringd worden, want het risico op geweld tegenover de kinderen is enorm groot” (France).

Stigmatisering, schuldgevoel en de voorbeeldfunctie: ten koste van de gezondheid

Bovenop deze specifieke spanningen – de oorzaken ervan én de gevolgen – komt nog de beladen sociale context, waarin stigmatisering heerst, met als gevolg een gevoel van woede, onrecht of schuld. Die stigmatisering uit zich in eerste instantie in concrete situaties en dagelijkse interacties omtrent welzijn en zorg, huisvesting, onderwijs en de opvoeding van de kinderen. Op het vlak van huisvesting, wijzen alle

respondentes op obstakels omwille van hun gender, hun situatie als alleenstaande ouder en hun lage inkomen: “Ik heb dag en nacht gezocht. Ik sliep er niet van. Voor mij leken 3 weken wel 3 maanden. Ik belde overal rond. En dat was niet eenvoudig, omdat ik het met financiële steun van het OCMW moet stellen, een leefloon, niemand heb die borg kan staan, alleenstaande moeder ben en studeer. Dat is niet het meest geruststellende profiel voor een particuliere verhuurder of een immobiliënkantoor” (Chloé).

Onze respondentes kaarten ook hun interacties aan die ze hebben in het kader van het onderhoud van hun woning met uiteenlopende beroepscategorieën. Ze zijn getuige van ironie, worden informatie of specifieke aanvragen ontzegd, soms met bijkomende werken en kosten tot gevolg.

Wat onderwijs en opvoeding betreft, kan de relatie met het personeel van de crèches en scholen soms onomwonden stigmatiserend of culpabiliserend zijn: “De directrice van de crèche zei me: ‘Wat is het jammer voor je zoon, voor de vader en voor uzelf’. En dat terwijl je worstelt met een situatie van geweld!” (Isabelle).

Ook de blikken van andere ouders kunnen stigmatiserend zijn. Een van de respondentes licht toe: “Wanneer ik mijn kind naar school breng, kijken 2 à 3 ouders mij aan ...”. Die kleine, dagelijkse interacties herinneren telkens weer aan voorgaande situaties van discriminatie, die zich soms al op de materniteitsafdeling voordoen: “Toen ik pas mama was geworden, kreeg ik al op de materniteit te maken met discriminatie: ‘Dat is een jonge moeder. Zal zij haar rol als moeder wel kunnen opnemen? We zouden de sociale diensten moeten contacteren.’ enz. Zo ervaar je die druk al van meet af aan” (Chloé).

Deze stigmatiserende relaties kunnen bij herhaling een zekere woede inboezemen, en het beeld doen ontstaan dat de hele samenleving patriarchaal en discriminerend is:

« *Ik leef met mijn kind onder hetzelfde dak. Maar daar maak je je als single helemaal niet druk om! Had ik een partner gehad, dan was die situatie niet anders geweest. Toen ik een partner had, merkte ik dat ik in de ogen van de samenleving geen alleenstaande moeder meer was, en hoewel we geen goed koppel waren, zag ik dat de mensen gerust in mij waren, terwijl ik met een kinderachtige partner zat voor wie ik eveneens moest zorgen! Dat heeft mijn open geopend over de manier waarop alleenstaande moeders bekeken worden, het feit dat de mensen gerust in mij waren omdat ik een partner had (Isabelle).*

Sommige respondentes ervaren in de plaats van of bovenop die woede een schuldgevoel tegenover hun kinderen: “Ik voel me schuldig, omwille van het feit dat ik altijd bij mijn kinderen ben en we aan hun vader zijn ‘ontvlucht’” (France). Bij andere respondentes houdt dat schuldgevoel veeleer verband met hun plaats in de samenleving, het gevoel ervan afhankelijk te zijn en dus schuldig te zijn aan die afhankelijkheid:

« *Het is pijnlijk, omdat je gaat denken dat het je eigen schuld is. Je voelt je erg slecht omwille van je situatie: je hebt een laag inkomen en bent een jonge ouder op de koop toe. Zo ben je een extra last voor de samenleving. En als je gewond raakt, dan is dat op de schouders van de samenleving, want je krijgt al die terugbetalingen. Iemand moet dat betalen. De mensen die werken. Wij zijn dus een grote last voor al die personen. Al die blikken en opmerkingen ... Ik kan het niet verdragen dat ik afhankelijk ben van sociale diensten (Chloé).*

Het schuldgevoel werkt het gevoel in de hand volledig onafhankelijk te moeten zijn van anderen en de samenleving. Alleenstaande moeders stellen eisen aan zichzelf omwille van een sociale context die hen via interacties, relaties en blikken min of meer expliciet herinnert aan hoe hun situatie anders is en afwijkt van de overheersende sociale normen inzake gezin en ouderschap.

Die eisen nemen de vorm aan van slagzinnen uit het bedrijfsleven – “je moet presteren op topniveau” – of worden geformuleerd aan de hand van elementen uit een discours van individuele activering of responsabilisering die eigen zijn aan een welzijns- en zorgbeleid. Dat vertaalt zich naar aandacht voor de performantie van sociale rollen,

ten koste van de zorg voor zichzelf: “Je moet elke dag weer al die verschillende petjes kunnen opzetten en rollen kunnen opnemen”, tot men helemaal geen vat meer dreigt te hebben op het eigen leven: “Soms denk je dat je helemaal jezelf niet kan zijn, dat er rollen worden opgelegd” (Chloé). De alleenstaande moeders ervaren een zekere druk om een voorbeeldrol op te nemen en een model te zijn voor hun kinderen:

« *Ik geloof dat het ook een kwestie is van voorbeelden te stellen ... Ik wil echt niet dat mijn kinderen kwetsbaar zijn, dus zou ik er alles aan doen om dat tegen te gaan, opdat ze kunnen opgroeien met diverse mogelijkheden en hun eigen keuzes kunnen maken. Als je dus niet werkt ... Ik denk niet dat het verschil tussen een loon zoals dat van mij en een OCMW-uitkering dusdanig groot is, maar de opvoeding en leefomgeving die ouders hun kinderen bieden, hebben, net als alles wat ouders doen, een impact op de kinderen. Het is dus beter om te werken, denk ik (France).*

Dat kan evenwel leiden tot het zich onttrekken van verzorging, of het uitstellen van zorg: “Ik kan een attest van de dokter krijgen waardoor ik verplicht zou zijn om thuis te blijven, maar dan werk ik niet. En voor mij persoonlijk kan dat niet, want dat maakt deel uit van: ‘oké, je begeleidt je kinderen en je gezin tot het einde.’” (France).

Het idee een voorbeeld en rolmodel te moeten zijn, als gevolg van een streven naar onafhankelijkheid en naar waarden in verband met werk en activiteit, komt ook naar boven in de gesprekken met respondentes die geen werk hebben, doorgaans omwille van chronische aandoeningen. In dat geval wijzen ze op het belang van een netwerk of de mogelijkheid om terug te vallen op verenigingen, opdat hun kinderen in contact zouden komen met andere rolmodellen: “Ik wilde echt dat ze een externe, positieve band had. Ze maakte er kennis met Maude, een jonge, sportieve vrouw. Ze maken uitstapjes. Zo heeft (mijn dochter) een proactieve band met iemand, los van mij, want ik ben altijd in de weer” (Clémence).

De overheersende sociale normen wegen dus dagelijks op de alleenstaande moeders. Die normen zijn enerzijds een bron van psychisch lijden en leiden anderzijds tot het uitstellen of het afzien van zorg. Bepaalde respondentes zijn zich bewust van die situatie “waarin alles draait om prestaties en

waarin iedereen mooi, rijk en gezond wil zijn”, en wijzen op het belang van activiteiten en relaties die hen toelaten om daar afstand van te nemen. Denk bijvoorbeeld aan verenigingen voor vrouwen of alleenstaande ouders: “Iedereen komt er samen voor een activiteit, gaat ervoor, en dat verbindt ons” (Clémence). Zoals onze respondentes aangeven, gaat het om kostbare gelegenheden waarin het gemeenschapsgevoel het haalt boven het verschil met anderen of het afwijken van de overheersende sociale normen.

De keuzes die zich stellen in verband met zorg

Het wankel evenwicht, de permanente spanning en de stigmatisering zijn drie elementen met een impact op alle aspecten van het alleenstaand ouderschap, zoals ook onze respondentes ervaren. Deze elementen werken stress in de hand en hebben een invloed op het al dan niet aanspreken van gezondheidszorg. Ze wegen door op de keuze die moet worden gemaakt tussen verschillende types zorg en tussen de behoeften van de moeders en die van de kinderen. Ook financiële overwegingen en het tijdsaspect spelen hierin een rol – twee bepalende factoren in het wankel evenwicht dat alleenstaande ouders moeten zien te vinden: “Het is altijd een kwestie van planning, prijzen en hoe ik dat moet klaarspelen.” Wat tijd betreft, benadrukken onze respondentes het belang van een zorgvuldige planning. Hierdoor zijn ze erg blij dat er zorg wordt geboden op school: “Alles wordt altijd goed gepland. Die planning is erg ingewikkeld. Zo kreeg mijn kleinste logopedie op school. Als dat niet op school zou plaatsvinden, dan weet ik niet hoe ik dat anders zou geregeld hebben” (France).

In het licht van de kosten van gezondheidszorg, moeten er onvermijdelijk keuzes gemaakt worden: “Arme mensen zijn nu eenmaal arm en moeten keuzes maken. Het is moeilijk voor iemand met een bescheiden inkomen om een nieuwe bril te kopen, of om de nodige tandzorg te betalen. Al te vaak lukt dat niet, tot het te laat is” (Chloé).

De keuzes die moeten worden gemaakt in functie van de financiële middelen, leiden dus tot uitstel van zorg. Zo worden tand- en oogheeskundige zorgen erg vaak uitgesteld. Die keuzes dringen zich ook systematisch op, bij al onze respondentes, als het gaat om medicatie:

« Ik moet alles wikken en wegen, moet altijd goed zoeken, en soms moet ik dingen laten schieten omdat ze te duur waren (France).

« Ik kijk eerst wat ik bij de apotheker vind. Geneesmiddelen zijn erg duur, en als ik dan toch naar de apotheker ga... O wee als ik dan een doosje koop waarvan ik maar 2 of 3 pilletjes nodig heb en het daarna blijft liggen ... (Madou).

« Met alles wat symptoombestrijdend werkt, wacht ik af. Een keelspray ga ik pas kopen als ik echt niet meer kan eten... En dat geldt ook voor mijn dochter. Zo ga ik pas met antibiotica beginnen als het iets is dat terugkomt en lang aanhoudt, en wanneer ze verzwakt. Dan pas vraag ik naar antibiotica. En voor de rest heeft de apotheker een lijstje aangelegd. Ik wacht een beetje (Clémence).

In het licht van die keuzes omwille van de kostprijs, blijken de mechanismen die de financiële toegankelijkheid ondersteunen waardevol. Zo wijst een van de respondentes op het belang van de derdebetalersregeling: “Zonder zou ik toch twee keer nadenken vóór ik naar de dokter zou stappen, maar nu niet. Dat is opmerkelijk eenvoudiger voor mij” (Madou). Dit mechanisme, net als andere middelen die de financiële toegankelijkheid bevorderen, wordt besproken in hoofdstuk 6.

De keuzes hebben uiteindelijk betrekking op de behoeften van de moeder of de kind(eren). De behoeften van de kinderen worden echter systematisch vooropgesteld:

« Voor de kleine probeer ik zo veel mogelijk te doen, maar voor mezelf moet ik keuzes maken of zaken uitstellen (Clémence).

« Voor een jonge baby moet je continu zorgen. Je hebt geen tijd meer om te sporten. Maar precies die sport helpt me echter om te vermijden dat ik rugpijn krijg. Het is echt een vicieuze cirkel (Fleure).

« De gezondheid van het kind gaat voor op die van de ouders. Dat zou eigenlijk ook niet mogen, want de ouder is verantwoordelijk voor het kind. Als wij dus niet in topvorm zijn, dan krijgt het kind ook niet alle kansen om zich te ontplooien (Chloé).

Het feit dat de respondentes zich bewust zijn van het belang van hun eigen gezondheid, komt vaak aan bod in hun verhaal. In dat verband trachten zij zo veel mogelijk activiteiten te beoefenen die zij goed voor de gezondheid achten en die tegelijk financieel toegankelijk en haalbaar zijn binnen de beschikbare tijd. Sommigen maken gebruik van de fitnesszaal op het werk: *“Persoonlijk doe ik los van het werk (waar ik toegang heb tot een fitnesszaal) geen specifieke sport, behalve dan wandelingen. Geen sporten waar ik voor moet betalen. Ik houd het liever op gratis dingen, zoals wandelingen”* (Madou). Anderen pleiten voor een grotere toegankelijkheid, op financieel vlak en qua tijd, van welzijnsactiviteiten (zoals yoga of meditatie) en sport: *“Sport draagt heel sterk bij tot de gezondheid van de mensen, en mocht er steun worden geboden om te sporten, dan denk ik dat er veel mensen meer aan sport zouden doen”* (Fleure).

Bepaalde respondenten volgen overigens een preventieve strategie, om zo veel mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen, die hen zouden weerhouden van hun verantwoordelijkheden tegenover hun kinderen: *“Zo liet ik een mammografie maken, en doe ik aan preventie om te vermijden dat ik ziek word. Daar moet je een gedacht van maken. Ik kan het me niet veroorloven iets ernstigs te krijgen, dus let ik beter op en neem ik liever geen risico’s. Dat alles wordt goed overwogen met het oog op mijn kinderen”* (France).

Alleenstaande moeders moeten dus keuzes maken op het vlak van gezondheidszorg. Het is voor hen een kwestie van continue en actief te plannen, te onderhandelen en te rekenen. Ze moeten rekening houden met de financiële kost, de tijdsbesteding en de behoeften en risico’s op het vlak van de eigen gezondheid en die van de kinderen. Bij het maken van die keuzes kunnen mechanismen die de financiële toegankelijkheid – denk bijvoorbeeld aan een derdebetalersregeling – en de beschikbaarheid van zorg – zoals op de werkplek of op school – vergroten, bepalend zijn.

Het belang van informatie

In de keuzes die moeten worden gemaakt op het vlak van zorg, blijken tijd en geld twee schaarse en bepalende factoren. Onze respondentes schuiven dan ook de elementen naar voren die hen helpen om de middelen waarover zij beschikken niet te verliezen, maar veeleer te beschermen en uit te breiden. In de eerste plaats is informatie van cruciaal belang om zicht te hebben op hoe de toegang tot gezondheidszorg kan worden bevorderd, en om te achterhalen hoe men er gebruik van kan maken. De meeste van onze respondentes die alleenstaand ouder zijn gaan actief op zoek naar die informatie. Een aantal van hen wijst op het belang van hun opleidings- of professioneel traject om over de nodige vaardigheden te beschikken om de voor hen toegankelijke middelen en diensten in kaart te brengen voor de nodige toegang tot zorg: *“Op sociaal vlak ben ik niet kwetsbaar. Dat is een groot voordeel, want ik denk dat er onder de andere mensen die ik zie veel moeders zijn die niet hebben gestudeerd enz. Volgens mij speelt dat een enorme rol in de toegang tot zorg”* (France).

Andere respondentes wijzen erop dat het niet altijd zichtbaar is of duidelijk communiceert wordt of een zorgverlener geconventioneerd is of niet: *“Je moet nagaan of de arts geconventioneerd is of niet. Dat weet je niet altijd op voorhand. Ik vraag altijd hoeveel het kost, zo kan ik op mijn budget letten. Dat is gemakkelijker”* (Madou).

Wat de beschikbare informatie betreft, wijzen onze respondentes over het algemeen op de vaardigheden die nodig zijn om die informatie te vinden en om de juiste informatie van de slechte informatie te onderscheiden op het internet: *“Het internet is er wel, maar het is heel ingewikkeld. Je vindt er zodanig veel informatie, en als je de verkeerde info gebruikt, komt het ook niet goed. Je moet ermee overweg kunnen”* (Madou).

Naast informatie dragen ook de zorgrelatie, de relatie met andere welzijnssystemen en het sociale netwerk en verenigingsnet bij tot de toegang tot zorg en het gebruik ervan, en bij uitbreiding de fysieke en geestelijke gezondheid.

De zorgrelatie

Alleenstaand ouderschap brengt een duidelijke behoefte aan een 'horizontale' zorgrelatie met zich mee, met aandacht voor fysieke, psychische en sociale aspecten, waarbij er daadwerkelijk geluisterd wordt en precieze uitleg wordt verstrekt. Die behoefte groeit uit het gebrek aan tijd, het gebrek aan een luisterend oor en het gebrek aan aandacht voor de verschillende aspecten van gezondheid: *"Ik zou zeggen dat de zorgverleners soms geen aandacht hebben voor het psychosociale aspect, althans niet op een systematische manier"* (Clémence). Bovendien schuilt achter die behoefte een tweeledige noodzaak: de nood aan doeltreffendheid (een oplossing vinden) en de nood aan efficiëntie (de aangesproken middelen maximaal benutten). Dat wordt ook bevestigd door bepaalde respondentes: *"Als ik een dienst aanspreek, wil ik ook echt een oplossing. Ik ga erheen opdat er een oplossing zou komen, die ik zelf niet kan vinden"* (France). Wanneer schaarse middelen moeten worden ingezet voor het verkrijgen van zorg – met name tijd en geld –, is het overigens belangrijk dat die middelen optimaal benut worden:

« *Mijn dochter was geregeld ziek. Ik moest dus naar de kinderarts... Dat betekende telkens een flinke hap uit het budget, en het was niet evident om telkens weer terug te gaan. Dat was een materiële beperking. Dus verzorgde ik haar de hele tijd, maar op een gegeven moment besefte ik dat er iets meer aan de hand was! Zo zou ze elke maand ziek zijn. Ik zei toen aan de dokter dat ik zo niet verder kon... Toen pas heeft zij bloed afgenomen. En inderdaad, mijn dochter had allergieën* (Clémence).

De actieve rol en de onafhankelijkheid die onze respondentes nastreven, heeft ook betrekking op de zorgrelatie. Die actieve rol houdt in dat de zorgverleners *"aandachtig luisteren en uitleg bieden, verduidelijken"* (France). Uitleg en verduidelijking zijn nodig opdat de patiënten in staat zouden zijn om het probleem te begrijpen: *"Want als ik dan effectief vragen stel, weerhoud ik me er niet van om op een gegeven moment te zeggen dat ik er alleen voor sta met mijn dochter, en dat ik het echt moet begrijpen"* (Clémence). De zogenaamd "verticale" zorgrelatie, die de patiënt een passieve rol aanmeet, kan dan ook tot frustratie leiden: *"Het is extreem frustrerend, want het lijkt haast alsof we in een verticale relatie zitten, waarin de persoon die voor ons zit de kennis heeft, terwijl je*

zelf verwacht dat die persoon de kennis met jou deelt. Dan neem je een passieve houding aan" (Clémence).

Een reële aandacht van de zorgverlener wordt in die zin omschreven als een garantie op doeltreffendheid, efficiëntie en de erkenning voor de actieve rol die de patiënt kan spelen in de zorgrelatie en daarbuiten. Aandachtig luisteren, kan ook blijk geven van de bijzondere omzichtigheid die nodig is om zichzelf bloot te geven en zo tot inzichten over zichzelf te komen en die te delen de zorgverlener:

« *Een gescheiden moeder is echt kwetsbaar. Ze kreeg af te rekenen met een zekere mishandeling enzovoort. Want het komt in feite tot een zekere afzondering van zichzelf, die des te opvallender is, en een verlies van vertrouwen. En hoewel er het beroepsgeheim is, volstaat het dat iemand een RIZIV-code of iets anders deelt. Je weet nooit wanneer iets aan het licht zou kunnen komen. En dat is geheel subjectief. Er is misschien ook een objectief kantje aan, maar op dat moment denk je alleen: 'Ik moet mezelf beschermen!' Het is vreemd dat ik daar nu zo over kan praten, dat het heel gemakkelijk is. Maar bij de dokter langsgaan en zeggen: 'Het gaat niet meer ...' Ik kom er altijd aan met een brede glimlach. Er is dus iets niet oké, maar het is aan de dokter om door die eerste indruk heen te kijken – waarin ik iets uitleg met een brede glimlach – en het onderliggende probleem bloot te leggen* (France).

Die aandacht, het feit dat er echt een luisterend oor wordt geboden, biedt als het ware de kans om zich kwetsbaar op te stellen. Dit houdt ook een volledige neutraliteit in, vrij van oordeel en discriminatie. Een van de respondentes beschrijft haar relaties met een vereniging voor alleenstaande moeders als volgt: *"Ik kon over mijn situatie praten zonder dat er over mij geoordeeld werd, want doorgaans voel ik mij – als het over ouderschap gaat en de last die daardoor op je schouders weegt – een beetje bekeken"* (Clémence).

Relaties waarin een luisterend oor en aandacht wordt geboden, vrij van oordeel, geven blijk van een zorgethiek (Gilligan, 2019; Tronto, 2009). Naast de objectieve garanties die worden geboden via een wettelijk en administratief kader (zoals het medisch geheim), scheppen deze relaties een – subjectief – veilige omgeving, in die zin dat ze de begunstigde toelaten zich bloot te geven,

de eigen kwetsbaarheid te erkennen en tijdelijk afstand te nemen van de druk om op sociaal vlak te presteren, actief te zijn en onafhankelijk te zijn.

Alleenstaand ouderschap en welzijnssystemen: gezondheidszorg, justitie en maatschappelijke hulpverlening

De relaties met de verschillende welzijnssystemen hebben een invloed op de financiële middelen en de tijd waarover alleenstaande moeders beschikken. Zo hebben gerechtelijke beslissingen omtrent de voogdij of de tussenkomst van de vader in de kosten voor onderwijs en gezondheidszorg voor het/de kind(eren) een impact op de financiële middelen die beschikbaar zijn. We hebben ook eerder al de discriminatie vermeld die heerst op het vlak van huisvesting, en voorgaande onderzoeken bogen zich reeds over de tewerkstelling (Wagener & Francq, 2013). Hieronder bespreken we voorbeelden die worden aangereikt door twee respondentes. De eerste twee voorbeelden geven aan hoe er discriminatie heerst omwille van gender in de juridische en medische wereld. In het eerste voorbeeld licht een respondente toe hoe het alcoholgebruik van haar ex-partner – dat leidde tot partnergeweld – zowel door medische als juridische diensten werd genegeerd.

« Hij werd opgevolgd in een medisch huis. En toen hij daar naartoe ging, vroeg de arts hem: “Ah, hebt u gedronken?” Ja ja, één of twee biertjes. In werkelijkheid waren het er meer dan twee. Er is echt geen opvolging wat alcohol betreft, en daarom gaat hij er telkens terug. Hij weet maar al te goed dat hij daar niet echt wordt opgevolgd. Dat valt te betreuren, en op de rechtbank doet hij altijd hetzelfde. Hij vraagt de dokter om een attest, om te staven dat hij zijn behandeling volgt. Maar dat is niet meer dan een blaadje papier. Het is alsof je een doktersattest zou vragen om niet naar de zwemles te moeten. Dat is precies hetzelfde. Het is niet meer dan een eenvoudig papiertje. Daar zit helemaal niets achter, geen opvolging. En ik heb helemaal niets. De rechter ziet een doktersbriefje, en daarmee is de kous af (Madou).

In het tweede voorbeeld wijst een andere respondente op de seksistische vooroordelen die een rol kunnen spelen in gerechtelijke beslissingen omtrent “uitzonderlijke” kosten, met name kosten voor de aankoop van een bril, orthopedische zolen, specifieke uitrusting voor sport of culturele activiteiten enz.

« De rechter zal zeggen: ‘Ja, maar mevrouw, hebt u offertes opgevraagd voor de zolen, want u hebt misschien de duurste gekozen.’ Als vrouw kan je uiteraard niet met geld omgaan. Zoals voor die viool. Ik had een studieviool gekocht voor 100 euro, nieuw. ‘Mevrouw, had u er geen kunnen huren of een tweedehandsviool kunnen kopen?’, klonk het. ... Via de bemiddelaarster antwoordde de vader daarop dat hij er had gezien voor slechts 25 euro (Clémence).

Deze twee voorbeelden geven ook aan hoe onuitgesproken culturele normen en seksistische vooroordelen een invloed kunnen hebben op beroepen die omschreven worden als “gevestigde waarden” (Parsons, 1939), namelijk geneeskunde en justitie. Hoewel dit niet geldt voor iedereen in deze beroepsgroepen, de heterogeniteit ervan is namelijk al lang gekend (Freidson 1984), zijn deze vaststellingen toch interpellierend aangezien het om beroepen gaat die wettelijke bescherming genieten in functie van de maatschappelijke rol die zij moeten vervullen en de gemeenschappelijke belangen die zij moeten beschermen, zoals gezondheid en justitie (Hughes, 1963).

Vooroordelen als “vrouwen kunnen niet omgaan met geld” en culturele normen, waarin bijvoorbeeld alcoholgebruik bij mannen als ‘normaal’ wordt gezien, liggen aan de basis van een verwikkeling of verwantschap tussen acties en beslissingen die in twee verschillende systemen worden genomen, door twee professionals die geen rechtstreekse band hebben met elkaar. Een combinatie van die beslissingen kan uitmonden in een situatie waarin de posities van de vaders, inclusief het weigeren van een tussenkomst in uitzonderlijke kosten en het alcoholgebruik, als ‘normaal’ wordt geacht, terwijl vragen van de moeders als ‘excessief’ worden beschouwd.

In het onderstaande kadertje geven we een derde voorbeeld weer: de ervaring van een alleenstaande moeder bij de aanvraag van een medische kaart bij de sociale diensten. Deze ervaring

vond plaats na de eerste lockdown omwille van de coronapandemie. Zoals we eerder al aangeven, heeft de lockdown voor de meeste van onze respondentes de spanning versterkt die zij ervaren bij externe verzoeken (onder meer door de school). Met uitzondering van twee respondentes met een hecht sociaal netwerk en een heel losse interpretatie van de gezondheidsmaatregelen, werd de lockdown ervaren als een isolement met

een grote impact of “*een dubbele lockdown*”. De ervaring die hieronder wordt beschreven, biedt enig zicht op die gespannen context, zowel voor onze respondente als voor de sociale diensten. Ze illustreert de gevoelloosheid en het geweld van procedures en acties die hardvochtig de bureaucratische logica volgen, zonder oog te hebben voor de situatie, hier de coronapandemie en tal van voorgaande contacten.

Kader 1: De ervaring van een alleenstaande moeder bij de sociale diensten

Ik hield op een ochtend ooit een sit-in bij het OCMW. Ik kreeg geen antwoord van hen, dus dacht ik: “Nu ga ik gewoon mijn medische kaart gaan afhalen.”

- Ah nee, die ligt hier niet.
- Oké, meneer. We hebben elkaar nochtans al verschillende keren gesproken.
- Nee, ik heb u nog nooit gezien.
- Goed. Dat doet er niet toe. Ik ben hier nu al zo vaak geweest. Kan ik dan, aangezien u zo toch zo graag vasthoudt aan procedures en attestjes allerhande, een attest krijgen waarop staat: “Mevrouw meldde zich vandaag aan voor de kaart, maar wij konden die niet uitgeven.”?
- Ah nee, dat doen wij niet.
- Oké, dan wens ik mijn maatschappelijk assistent te spreken.
- Ah, die is er niet.
- Wanneer is die er wel?
- Dat kunnen we u niet zeggen.
- Hij was er op die dag vorige week.
- Maar deze week weten we dat niet. ...

Na enige tijd zei ik: “Ik wacht nu al 8 maanden op die kaart. Kunnen jullie mij zeggen of dat zo voor iedereen is?”

- Nee hoor! Doorgaans gaat dat zo niet.
- Kunt u mij dan zeggen wat het probleem is in mijn dossier?

(Onze respondente vertelt hoe er een communicatieprobleem bleek te zijn tussen de arts, die een ingevuld formulier had doorgestuurd, en het OCMW, dat beweerde er geen te hebben ontvangen. Voor de zekerheid had ze het formulier een tweede keer laten invullen door de arts, en had zij het zelf bij het OCMW ingediend. Ze gaat verder:)

Toen ik me begin juni aanmeldde, beweerden ze dat ze de kaart niet hadden. Toen sloegen de stoppen door. Ik begon allerhande problemen af te ratelen: “Ik dien facturen van ziekenhuis Sint-Lucas in en u betaalt die niet. Ik krijg met geschillen af te rekenen omdat u dit niet afhandelt. Dat is toch de reinste onzin.” Daarop reageert hij: “U moet vertrekken, u bent agressief.” Ik zei: “Ziet u die stoel daar?, “Ja”, reageerde hij. “Wel, ik ga daar zitten.”

- “Ah nee! U kunt hier niet blijven, mevrouw. Ik ga de bewaking erbij halen.”
- “Doe maar!”

Eigenlijk kon ik echt niet meer stoppen. De lockdown was net voorbij, en ik moest voet bij stuk houden. Ik dacht bij mezelf: “Sta op en vertrek.” Maar als ik dan mijn mond opende, kwam er iets heel anders uit. De bewakingsagent kwam aan. Hij greep mijn documenten vast en zei: “Ziezo, kom mee.” Ik zei: “Geef toch mijn papieren terug. Dat zijn vertrouwelijke documenten.” En dan ben ik diegene die agressief is... Die gast zei me: “Maar je gaat hier de nacht niet doorbrengen.” Waarop ik telkens kon reageren. “Dat is nog een goed gedacht”, zei ik.

- “Halen we de politie erbij?”
- “Doe maar, dan krijg ik tenminste een bewijs dat ik hier vandaag was.” En ja hoor, de politie kwam aan, en tegen alle verwachtingen in deden ze aan bemiddeling. Ik had eerder schandelijke toestanden verwacht, met al wat we te horen krijgen. Sindsdien heb ik mijn medische kaart. Dat neemt niet weg dat ik echt onder de indruk was van het hele gebeuren. Ik had de situatie niet meer in de hand.

De relatie met uiteenlopende welzijnssystemen leidt tot ervaringen die beschreven worden als “gewelddadig” en “onrechtvaardig”. Dergelijke relaties versterken het schuldgevoel bij alleenstaande moeders. Bovendien monden deze relaties uit in beslissingen met een concrete impact: minder financiële middelen en/of minder tijd voor de moeders. In die zin hebben ze een weerslag op de keuzes die worden gemaakt inzake zorg en brengen ze het wankele evenwicht dat eigen is aan de situatie voor alleenstaande moeders in het gedrang.

Het sociale netwerk en solidariteit

Andere belangrijke elementen zijn het sociale netwerk en de solidariteit onder naasten, vrienden, familieleden en personen met wie contact werd gelegd binnen specifieke sociale netwerken voor alleenstaande ouders of slachtoffers van partnergeweld. Zoals we al hebben benadrukt, kan alleenstaand ouderschap het risico op isolement vergroten, onder meer als gevolg van de angst voor anderen die kan ontstaan na de scheiding: *“Gezien de complexiteit van de situatie met de vader heeft dat geleid tot heel wat ... Ik kan mijn kinderen niet bij eender wie laten. Bovendien heb ik een kleine familie, en dus weinig contacten om op terug te vallen”* (France).

Meer algemeen – zoals ook de verantwoordelijken van verenigingen toelichten – versterkt het alleenstaand ouderschap het isolement ook door een gebrek aan tijd en beschikbaarheid, en aan energie om het huis uit te gaan, maar ook doordat de woning niet geschikt is om naasten of vrienden in te ontvangen. De aanzienlijke stigmatisering en het schuldgevoel hebben overigens geen gunstige invloed op de zoektocht naar en het versterken van sociale banden.

In bepaalde situaties, bijvoorbeeld in geval van een beroep met vele contacten en een sterk ontwikkelde gemeenschapscultuur, kunnen er echter informele netwerken voor solidariteit tot stand komen: *“Er is veel solidariteit rondom mij: Monique en haar dochter, Cindy en haar dochtertje, Jonathan en zijn dochter, en ook vriendinnen die geen kinderen hebben en die mij helpen... Dankzij die steun voel ik me niet alleen en denk ik dat ik duizend keer minder geïsoleerd ben dan andere koppels, die doorgaans erg geïsoleerd zijn”* (Isabelle).

Onze respondentes zijn zich bewust van het feit dat die netwerken gelinkt zijn aan hun sociale en professionele omgeving. Ze benadrukken ook het belang van verenigingen die hun schouders zetten onder de ontwikkeling van solidariteitsnetten:

« *Het is voor alleenstaande vrouwen erg moeilijk, dat is nu eenmaal zo. Toch bestaat er een netwerk – zij het specifiek (voor mijn beroep) denk ik – dat als een spinnenweb solidariteit mogelijk maakt. Uiteraard volstaat dat niet. Het zou fantastisch zijn mochten er meer mogelijkheden tot stand komen: grootouders die op de kinderen letten in de stad, zodat we de stad samen kunnen ‘belevan’* (Isabelle).

Verder benadrukken ze het belang van specifieke netwerken voor personen die in dezelfde situatie zitten en gelijkaardige ervaringen hebben. Dergelijke netwerken kunnen wederzijdse solidariteit in de hand werken en versterken:

« *Het is een netwerk voor solidariteit en er zijn moeilijke momenten, in verband met justitie... Met het geweld wordt geen rekening gehouden... Eenmaal erover wordt gepraat, eenmaal je in die situatie zit, spelen talen minder een rol en beseft je dat er heel wat vrouwen zijn in diezelfde situatie. Er worden onder meer solidariteitsnetwerken opgezet voor de overdracht (in geval van co-ouderschap, wanneer de vader de kinderen komt ophalen) ... Wanneer de vader erg gespannen is, wordt de moeder nooit aan haar lot overgelaten bij de overdracht van de kinderen. Dan belt een vriendin mij om 17.00 u. en spreken we vijf minuutjes op voorhand af* (Isabelle).

Op basis van de ervaringen van onze respondentes, hebben we de dagelijkse interacties besproken en de sociale normen waartoe ze bijdragen. Deze normen versterken het isolement van alleenstaande moeders en houden hen dus weg van het sociale netwerk dat nodig is om toegang te hebben tot steun en solidariteit. Ze versterken eveneens de hoge eisen die de moeders voor zichzelf stellen op sociaal vlak: een “voorbeeldfunctie” die zich vertaalt naar een zo sterk mogelijke activiteit en onafhankelijkheid wat betreft werk. Die eisen, in combinatie met de keuzes die ze moeten maken als alleenstaande ouder om het wankele evenwicht te bewaren, leiden tot het niet

inroepen of uitstellen van zorg, in eerste instantie voor de moeders zelf, en soms ook voor de kinderen.

In die context kan een goede band met zorg- en welzijnsdiensten de emancipatie ondersteunen, wanneer die gekenmerkt worden door welwillendheid, neutraliteit en reële aandacht – eigenschappen waar we in de conclusie nog op zullen terugkomen in het licht van

de zorgethiek (Gilligan, 2019; Tronto, 2009). Wanneer de band met zorg- en welzijnsdiensten daarentegen vooral de overheersende normen van een patriarchale samenleving weerspiegelt, kan dit een bron zijn van onrecht en discriminatie (Vinay et al., 2017). De informele netwerken, of de netwerken die zijn gegroeid vanuit verenigingen voor vrouwen in eenzelfde of gelijkaardige situatie, spelen een bepalende rol voor solidariteit en emancipatie.

05

Het gebruik van zorgdiensten

« *Tot wie richt je je in eerste instantie als je met een gezondheidsprobleem zit? Tot mezelf. Ik ga niet meteen naar de dokter en probeer eerst zelf te achterhalen of het een goedaardig probleem is of niet (Cindy).*

Vooraleer zorgdiensten worden aangesproken, worden er enkele overwegingen gemaakt: een onderhandeling met het lichaam, de sociale rollen, de persoonlijke behoeften en die van naasten, de angst voor pijn of de omgeving, de types toegankelijke zorg en de relaties met de zorgverleners. Dit hoofdstuk beschrijft in eerste instantie de overwegingen die aan de basis liggen van de beslissing om zorgdiensten aan te spreken, waarna we de situaties belichten waarin onze respondenten de voorkeur geven aan specifieke vormen van zorg. We buigen ons over alle vormen van zorg die door onze respondentes in eerste instantie worden aangesproken, met name selfcare en zelfmedicatie, de huisarts, de spoeddienst en de traditionele geneeskunde.

Selfcare en zelfmedicatie

De Wereldgezondheidsorganisatie omschrijft selfcare als de eerste bron van volksgezondheid in het zorgsysteem. Selfcare omvat beslissingen en activiteiten inzake gezondheid op initiatief van een persoon, zijn of haar naasten of collega's. Selfcare omvat ook zelfmedicatie, waarbij een geneesmiddel wordt genomen om een probleem te verhelpen dat door de persoon zelf werd geïdentificeerd, zonder tussenkomst van een zorgprofessional. Selfcare omvat echter ook niet-medicamenteuze behandelingen op eigen initiatief, net als sociale steun en hulp in het dagelijkse leven (WHO, 2000).

Onze respondenten spreken vaak persoonlijke middelen aan om "minder ingrijpende" problemen het hoofd te bieden. Die middelen gaan van medicatie "die in de kast ligt of zonder voorschrift te verkrijgen is" tot "laat de tijd en het lichaam zijn gang gaan", naast rust en natuurlijke remedies, zoals thee.

Als die middelen onvoldoende blijken, wordt er overwogen om de dokter te raadplegen: "Om eerlijk te zijn probeer ik eerst mezelf te verzorgen. Ik ben niet echt geneesmiddelen-minded, maar ik als ik ergens pijn heb, met een verkoudheid of hoest zit, dan ga ik wel een siroopje zoeken. Als het na twee of drie dagen niet beter gaat, ga ik er wel naartoe (naar de huisarts)" (INW). Voor onze respondenten is het lichaam de bepalende factor in de beslissing om een arts te raadplegen:

« *Het lichaam geeft wel aan wanneer het tijd is om naar de huisarts te gaan. Zodra je voelt dat iets niet zal verbeteren zonder naar de dokter te gaan, wanneer je lichaam je dat aangeeft, dan heb je geen keuze. Persoonlijk moet ik zeggen dat ik best wel tegen een stootje kan. Ik word niet snel ziek. Maar als ik wél ziek word, dan is het serieus. Dan heb ik wel de neiging om enkele traditionele middeltjes te nemen, en vaak helpt dat wel: honing, look en dergelijke (INW, 2021).*

Onze respondenten 'onderhandelen' dus met het lichaam en diens grenzen, soms zelfs zolang dat een bezoek aan de dokter in het gedrang komt omdat ze niet langer in staat zijn om zich te verplaatsen. In dat geval wordt om een huisbezoek gevraagd: "Omdat ik zodanig verzwakt ben dat de dokter aan huis moet komen, want ik kan zelf

het huis niet meer uit. Ik zit in feite echt heel diep, helemaal aan de grond, en dan moet ik wel een dokter raadplegen of moet de dokter aan huis komen (BURG). Door het “*helemaal aan de grond*” zitten als criterium te gebruiken om medische zorg te zoeken maakt deze respondente gewag van een “*lichamelijke weerstand*” die binnen sociale groepen wordt gedeeld, vanuit de verwachting dat het wel weer beter zal gaan (Desprès, 2013).

Een kwestie van wikken en wegen

Het lichaam en zijn – variabele – grenzen is de bepalende factor in de beslissing om zorgdiensten aan te spreken. Er zijn evenwel nog andere elementen die worden overwogen en die bepalend zijn in de “keuzes” en “prioriteiten” (Desprès, 2013) tussen de sociale rollen die iemand op zich neemt en tussen de verschillende behoeften en kwetsbaarheden van de naasten.

Vooreerst spelen sociale rollen en de opvattingen inzake succes en falen die eraan worden gekoppeld een belangrijke rol in het aanspreken van zorgdiensten. Die sociale rollen hangen doorgaans expliciet samen met het gender van de persoon in kwestie. In hoofdstuk 2 hadden we het bijvoorbeeld over een inwoner van Kuregem die vertelde over de sociale rol van de “vaders” van zijn generatie, die het land mee hebben opgebouwd en verantwoordelijk waren voor hun gezinnen. Zo’n beeld is incompatibel met de kwetsbaarheid die zij associëren met gezondheidszorg: een man die met een zorgverlener praat over lijden. In hoofdstuk 3 hadden we het daarentegen over “moeders” die instaan voor de zorgtaak: de zorg voor hun gezin en dus het aanspreken van de best mogelijke verzorging, voor zichzelf en voor hun naasten, als hun dagelijkse taak. Alleenstaande moeders spreken zo weinig mogelijk zorgdiensten aan of gaan zeer selectief te werk als het om hun eigen gezondheid gaat. Die visie op het gebruik van zorgdiensten strookt wel met de rol die zij opnemen: als rolmodel en voorbeeld als actieve, werkende vrouw. Het aanspreken van zorgdiensten is dus sterk genderspecifiek, zowel in de arme sikkels als daarbuiten. Dat genderspecifieke gebruik van zorgdiensten kan deels een verklaring aanleveren voor het feit dat het publiek van de zorgverleners voornamelijk uit vrouwen bestaat.

Ten tweede wordt het gebruik van zorgdiensten ook bepaald door de prioriteiten die worden

gesteld tussen verschillende basis- of consumptiebehoeften. Die behoeften betreffen onder meer voeding, huisvesting en onderwijs:

« *Het is niet zo dat [gezondheid] geen prioriteit is. Volgens mij wil iedereen wel mooie witte tanden. Dat is het probleem niet. Het is eerder een kwestie van prioriteiten. Ik denk dat ouders onbewust een zekere volgorde van prioriteiten hebben, naargelang wat zij belangrijker vinden. Eerst en vooral wil ik niet dat mijn kinderen honger lijden. Er moet eten op tafel komen. Vervolgens komt onderwijs volgens mij op de tweede plaats. Ik doe er alles aan opdat ze zouden slagen. En dan komen huisvesting en dergelijke, en al wat volgt en voor gezondheidszorg (INW).*

Soms gaat het over consumptiebehoeften die voortvloeien uit verslavingen, zoals alcohol en drugs.

« *Zij [de druggebruikers] gaan niet noodzakelijk over hun gezondheidsproblemen praten, omdat die voor hen een dagelijkse realiteit zijn. [...] Ze komen uitsluitend voor hun dosis, en wij nemen hun bloeddruk op, om te zien of er ze geen te hoge bloeddruk hebben, en luisteren naar de longen enz. [...] Dat interesseert hen eigenlijk niet. Voor hen tellen alleen de voorschriften, om het middel te kunnen kopen [...]. En ik begrijp ook dat het hen niet interesseert (HMH).*

Ten derde speelt de mate van kwetsbaarheid van de naasten een rol in de beslissing om zorgdiensten aan te spreken. In dat geval wordt de prioriteit gelegd bij de gezinsleden die men het kwetsbaarst acht. Bijvoorbeeld: “*Met de kinderen gaan we doorgaans meteen naar de spoeddiensten, want we zijn erg bezorgd over hun gezondheid*” (INW). Of nog: “*Als we met een probleem zitten, dan redden we ons met wat we hebben. Maar als het om mijn vrouw gaat, ligt dat iets moeilijker. Dan nemen we minder risico’s, want zij heeft astma en diabetes*” (INW).

Ten vierde heeft ook de angst voor pijn of fysieke ongemakken een invloed op het aanspreken van zorgdiensten. Dan gaat het meer specifiek om angst voor een ingreep, en dan vooral chirurgische operaties en tandzorg, waardoor vereiste of geplande zorg wordt uitgesteld: “*Mijn zoon is*

bang om naar de tandarts te gaan, net als iedereen” (INW).

Ook angst voor gevaren in de omgeving kunnen het aanspreken van zorgdiensten in de weg staan, iets wat des te sterker speelde tijdens de coronapandemie: *“In de huidige context vraag ik me echt af of het wel een goed idee is om nu naar de dokter te gaan” (INW).*

Ten vijfde spelen ook de toegankelijkheid van de zorg en de relatie met de zorgverstrekkers een rol in het al dan niet inroepen van zorg. De toegankelijkheid van zorg – op financieel vlak, maar ook wat afstand en beschikbaarheid betreft – is een belangrijke vereiste, maar volstaat niet altijd in de overweging om een zorgdienst aan te spreken. In het volgende hoofdstuk zullen we zien welke systemen de toegankelijkheid van zorg ten goede komen of in de weg staan.

Ten zesde is de zorgrelatie een bemiddelende factor. Een relatie waarin de persoon zich verwaarloosd voelt of het gevoel heeft dat er over hem of haar geoordeeld wordt, kan een zekere afstand creëren of vergroten met de zorgdiensten. Een relatie waarin de persoon het gevoel heeft dat er naar hem of haar geluisterd wordt, kan daarentegen het gebruik van zorgdiensten bevorderen. Een luisterend oor, aandacht, welwillendheid en neutraliteit helpt mensen soms om over een fysiek of mentaal probleem te praten met een zorgverstrekker die zij eigenlijk in eerste instantie om een andere, minder formele reden aanspreken. Zo worden geestelijke gezondheidsproblemen heel vaak bij de huisarts aangekaart, maar ook bij de kinesitherapeut, bij een culturele organisatie of bij een vereniging voor alleenstaande ouders. Zorgverleners kunnen die gelegenheden gebruiken om de personen in te lichten over beschikbare zorgen. Ze kunnen eventueel ook het contact met de betrokken diensten vergemakkelijken. Verenigingen die zich specifiek richten tot alleenstaande ouders kunnen bijvoorbeeld het contact met diensten voor geestelijke gezondheidszorg vergemakkelijken, temeer omdat dergelijke diensten soms ingewikkelde opvangprocedures hanteren, zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien.

Tot slot bepaalt het beeld dat men heeft van gezondheid, ziekte en gezondheidszorg mee hoe er een beroep wordt gedaan op zorg. Wanneer bijvoorbeeld psychisch lijden niet wordt beschouwd als een gezondheidsprobleem, gaat de voorkeur doorgaans uit naar zogenoemd traditionele

geneeskunde. De opvatting dat geestelijke gezondheidszorg is weggelegd voor de “ernstige” gevallen, kan een zekere angst inboezemen bij de mensen en in zekere zin rechtvaardigen dat ze er geen beroep op doen, temeer omdat de veeleer “kleine problemen” die in verband worden gebracht met psychisch lijden besproken kunnen worden in de geruststellende zorgomgeving bij de huisarts: *“De mensen vinden dat ze goed verzorgd worden door hun behandelende arts. Het is gemakkelijker om een probleem in verband met geestelijke gezondheid aan te kaarten wanneer men langskomt voor een keelontsteking. Ze verkiezen dat boven “een uur lang praten over een mentaal probleem”, wat hen afschrikt” (HMH).*

Een huisarts raadplegen

Wanneer het gezondheidsprobleem “ernstiger” wordt ingeschat of “langer aansleept”, en wanneer het bovendien om een ongekend probleem gaat met een grote impact op het dagelijkse leven, kiezen de meeste respondenten ervoor om een huisarts te raadplegen, doorgaans verbonden aan een medisch huis. Dergelijke centra vereenvoudigen om verschillende redenen de raadpleging van een huisarts, volgens onze respondenten. In de eerste plaats zijn medische huizen doorgaans vlot toegankelijk, nabijgelegen en goedkoop – daar komen we in het volgende hoofdstuk op terug. Daarnaast bieden ze zekerheid op het vlak van taalkundige en culturele diversiteit:

« *Dat merk ik goed bij mijn moeder. Ze is blij dat ze kan gaan wanneer zij wil. Er is altijd iemand ter plaatse die voor haar kan vertalen. [...] Als we vroeger met een kwaaltje zaten, moesten we eerst goed nadenken hoe we een doktersbezoek zouden betalen. Is het wel de moeite dat ik naar de dokter ga? Besteed ik die 20 euro niet beter aan het schrift dat ik moet kopen voor mijn kind? Het blijft een dilemma, maar die rekensom moeten we niet meer maken (INW).*

De medische huizen hebben ook als voordeel dat ze verscheidene beroepen (huisarts, verpleegkundige, psycholoog enz.) en diensten (medische, welzijns- of administratieve diensten) *centraliseren*, en dat er de nodige menselijke en technische ondersteuning wordt geboden:

« *Medisch huis (naam) is heel goed uitgerust. Ik heb er inderdaad enige tijd over gedaan om de beslissing te maken, want de vaste huisarts van het gezin heeft altijd goed voor mij gezorgd, al zo lang ik me kan herinneren. Het was dus niet vanzelfsprekend om bij haar weg te gaan. Er was een zekere band gegroeid. Maar ik ben niet ontevreden. Het medisch huis biedt echt een goede ondersteuning. Je kan er vlot een afspraak maken. Als je met administratieve vragen zit, documenten hebt die je moet invullen ... Je kan zelfs aan het onthaal een nieuw voorschrift vragen, omdat men er toegang heeft tot je dossier. Dat is buitengewoon praktisch. En je vindt er inderdaad verscheidene diensten. Je kan er bloed laten afnemen, je kan er terecht voor verpleegkundige zorgen, zowel ter plaatse als aan huis, ... Je voelt je er duidelijk beter omkaderd (Clémence, 2020).*

De medische huizen bieden dus een reeks garanties, waardoor sommige respondenten ervoor kiezen om naar zo'n medisch huis te gaan in plaats van naar hun vaste huisarts, hoewel die keuze soms inhoudt dat er aan kwaliteit in de zorgrelatie wordt ingeboet. Andere aspecten van de werking van medische huizen kunnen namelijk obstakels opwerpen in de zorgrelatie en het vertrouwen van de leden. Zo zien bepaalde respondenten de medische huizen als stagestructuren, voor "beginnende" of "tweede-rangs"-zorgverstrekkers, omwille van groot personeelsverloop. "Je moet niet naar een medisch huis gaan. Daar werken alleen stagiaires" (INW). De problemen die bepaalde medische huizen ervaren om hun personeelsbestand te stabiliseren, scheppen een beeld van medische zorg van mindere kwaliteit. Dit kan ertoe leiden dat een zekere ongerustheid, die werd weggenomen door de aanwezigheid van een specifieke dokter, opnieuw wordt ervaren na het vertrek van de dokter in kwestie: "De nieuwe personeelsleden hebben vaak een gebrek aan ervaring en het contact met hen is niet vergelijkbaar. Mijn moeder voelt zich bijvoorbeeld veel minder op haar gemak, aangezien ze minder vertrouwen heeft in de nieuwe dokters. En ook de communicatieproblemen, die dokter [X] vroeger wist te overkomen, stellen zich nu opnieuw" (INW).

Tot slot zien sommige personen de medische huizen als geruststellende omgevingen. Hierdoor kunnen medische huizen een zekere afhankelijkheid in de hand werken en de stap naar andere diensten – ziekenhuizen of gespecialiseerde diensten – ver-

groten, wanneer mensen daarvoor hulp moeten zoeken buiten hun eigen wijk, wanneer ze geconfronteerd worden met een andere beroeps cultuur of met een groter sociaal contrast tussen de zorgverleners en de leden, of in contact komen met personen die niet de taal van de wijk spreken.

Spoeddiensten

Voor meer specifieke, plotse of acute problemen gaat de voorkeur doorgaans uit naar specialisten of spoeddiensten. "Als het iets heel ergs is, bijvoorbeeld wanneer ik niet meer kan stappen of mijn arm heb gebroken, dan ga ik naar de spoed" (INW, 2020). Spoeddiensten worden door bewoners van de arme sikkels die geen vaste huisarts hebben, overigens vaak als eerste aanspreekpunt gebruikt. Zij zien de spoeddiensten als vlot toegankelijk waar snel en goedkoop kwaliteitsvolle zorg wordt geboden. Enerzijds genieten spoeddiensten een grote zichtbaarheid en beschikbaarheid, aangezien zij 24 uur op 24, 7 dagen op 7 toegankelijk zijn. Specialist hantieren daarentegen hoge tarieven en erg lange wachtlijsten, terwijl spoeddiensten snel gespecialiseerde en meervoudige zorg kunnen verstrekken. Ze zijn bovendien a priori financieel toegankelijk. Anderzijds zijn spoeddiensten voor sommigen de enige gekende en concrete elementen in het zorgsysteem. Voor sommigen stoken ze met het beeld dat ze hebben van zorgdiensten: "Omdat [...] het heel indrukwekkend is. Men loopt er rond met radio's, [...] materiaal, de mensen dragen dokterskleding, en dus hebben de mensen de indruk dat ze beter verzorgd worden, en ze hoeven niet eens te betalen ... Zij het dat de factuur veel later komt" (INW). Bovendien "zijn de openingsuren flexibeler, zijn ze sneller beschikbaar" (HGP).

Tot slot is het gebruik van spoeddiensten voor bepaalde personen de enige optie, wanneer zij zich in een administratieve of gezinssituatie bevinden waardoor zij geen sociale rechten kunnen inroepen, zoals dringende medische hulp.

« Er komen regelmatig gezinnen langs die geen andere keuze hebben dan spoeddiensten aan te spreken voor verzorging. En dan zijn er spoeddiensten die selecteren en een aantal patiënten weigeren. Ik kan de spoedartsen wel begrijpen. Op een gegeven moment zeggen zij: 'Mevrouw, u hebt een keelontsteking. Daarvoor moet u hier niet zijn.' Die mensen hebben echter geen toegang tot medische verzorging, zeker als het om mensen gaat die niet in orde zijn met hun papieren. Het OCMW is er wel... Maar, nogmaals, men moet de gezinnen begeleiden, want ze zijn niet in staat om de nodige stappen zelf te zetten (VER).

Traditionele geneeskunde

Volgens de zorgverleners wendt een aanzienlijk deel van de bevolking in de arme sikkels zich tot de zogenoemd "traditionele" geneeskunde. "Er wordt ook een beroep gedaan op mensen die vasthouden aan tradities, en dat aspect is hier toch relatief sterk aanwezig" (VER). Voor bepaalde problemen, zoals voor geestelijke gezondheid, gaat de voorkeur uit naar deze traditionele geneeskunde: "Het gaat om tradities die worden doorgegeven en in stand worden gehouden. Het lijkt een beetje op de situatie in Sub-Saharaans Afrika. Zodra je over geestelijke gezondheid begint, zeggen ze 'nee hoor, ik ga wel naar een maraboe.' Bij ons klinkt het: 'We gaan naar een imam om ons te verlossen van al het kwaad in ons' (VER).

Hoewel de "traditionele" geneeskunde vaak als complementair met de "Westerse" geneeskunde wordt beschouwd, wordt ze ook gezien als een potentieel gevaar, dat het therapeutische proces in de weg kan staan en somatische risico's kan inhouden:

« Zo had ik ooit een patiënt met een hoge CPK-waarde in het bloed. Dat kan een gevolg zijn van overmatig sporten en wijst op spierschade. Hij had een CPK-waarde van 1000. 'Dat is enorm hoog. Hoe kan dat?', dacht ik toen. Het ging niet om een sportieve man, maar om een oude meneer. Ik probeerde dus te achterhalen wat de oorzaak kon zijn. [...] De man was van Kameroense afkomst, dus vroeg ik of hij kruiden of schors innam. Hij keek me ongemakkelijk aan en zei me: 'Ja, omdat men me zei dat het goed was voor mijn hoge bloeddruk.' [...] In Afrika is dat gebruikelijk, en ik herinnerde mij dat het erg gevaarlijk kan zijn en kan leiden tot ernstige ontstekingen bij mensen, naast vele bijwerkingen. Er wordt geen duidelijke dosering meegegeven, dus nemen ze het voor het eerst in en drinken ze een liter (HGP).

Ook burgers hadden het over het gebruik van traditionele geneeskunde. Wanneer ze er echter dieper op ingingen, bleken ze het over gezonde voeding, voldoende slaap en het drinken van thee te hebben.

Het reële gebruik van zorgdiensten: occasioneel en willekeurig

In dit hoofdstuk werd duidelijk dat er overwegingen worden gemaakt in de beslissing om zorg te zoeken. Voor de duidelijkheid hebben we die overwegingen eerst belicht, alvorens we ons over de toegankelijkheidskwestie buigen. In die overwegingen spelen elementen een rol omtrent het beeld van de zorg, de lichamelijke ervaring en de grenzen van het lichaam, naast de sociale rollen die een persoon opneemt, de uiteenlopende behoeften en kwetsbaarheden bij naasten, de angst voor fysieke ongemakken of de zorgomgeving, de financiële toegankelijkheid en tijdelijke onbeschikbaarheid van zorg, de zorgrelatie en de opvattingen over zorg en gezondheid. Die overwegingen leiden tot keuzes en prioriteiten, waarbij selfcare en zelfmedicatie de voorkeur wegdragen. Andere vormen van zorg, het vaakst geassocieerd met huisartsen, spoeddiensten of de traditionele geneeskunde, worden uitgesteld of niet aangesproken.

In de beslissing om zorgdiensten aan te spreken, worden dus zowel “paradoxale strategieën” (Faizang, 1997) overwogen als analytische en rationele redeneringen gevolgd. Hierbij wordt gesteund op de zoektocht naar informatie en een vergelijking van de beschikbare alternatieven. Die “paradoxale strategieën” omvatten overwegingen die voortvloeien uit de relaties van de personen met hun naasten, hun voorkeuren op het vlak van consumptie, hun perceptie van gezondheid enz., en leiden er vaak toe dat ze bepaalde zorg liever uitstellen of ervan afzien, terwijl een zorgverlener van mening is dat zorg aangewezen is gezien de gezondheidstoestand van de persoon.

Het feit dat die “paradoxale strategieën” overheersen bij onze respondenten, doet ons net als Faizang (1997) concluderen dat de heersende opvatting omtrent het gebruik van zorgdiensten steunt op de visie van de zieke of de “patiënt”, zoals beschreven door Parsons (1937). Meer bepaald het idee dat de patiënt wil genezen of beter worden en daarvoor bereid is om zijn of haar sociale en professionele activiteiten minstens tijdelijk stop te zetten. Deze visie berust op een stabiele sociale situatie en context, en strookt in die zin niet met situaties van kwetsbaarheid, waaraan instabiliteit, onzekerheid, uiteenlopende beperkingen en rollenconflicten eigen zijn.

De toegang tot zorg

« Als je geen geld hebt om je te verzorgen, dan doe je dat niet. Als je de taal niet machtig bent, dan stoot je ook op een onoverkomelijke barrière. En als je geen geldige papieren hebt, dan hoop je eenvoudigweg dat je niet ziek wordt. Tegelijkertijd kan je geen zorg dragen voor jezelf om te vermijden dat je ziek wordt. Je staat dus voor een paradox (VER).

« [Het forfait] is een voordeel... Omdat er geen remgeld meer moet worden betaald. Dat maakt de zorg toegankelijker, en de mensen staan minder weigerachtig tegenover een raadpleging. Het nadeel is dat de mensen voor alles en niets langskomen. Zo zijn er bepaalde mensen die haast elke dag komen, of gemiddeld om de twee dagen. Ze komen bij me langs, terwijl ze helemaal geen zorg nodig hebben (HMH).

Financiële toegankelijkheid en nabijheid

Wat eerstelijnszorg betreft, wordt de huisarts doorgaans omschreven als financieel heel toegankelijk. Het forfaitaire systeem⁸ dat wordt toegepast in medische huizen⁹ is een eerste middel om de financiële toegankelijkheid te vrijwaren: *“Eenmaal patiënten zijn ingeschreven, hoeven zij dankzij het forfaitaire systeem niets meer te betalen. Alles is geregeld”* (HGP). Dit systeem geniet dan ook de voorkeur bij de meeste van onze respondenten. Ze wijzen evenwel op drie grote beperkingen. De eerste beperking is een derespansabilisering in de zorgrelatie en het gebruik van zorgdiensten.

De tweede beperking betreft de vrijheid van de patiënt. In principe *“staat het de patiënt vrij om zelf te kiezen wie hij of zij raadpleegt, waar en wanneer hij of zij dat wil”* (HGP). Wanneer een persoon echter eenmaal is ingeschreven bij een medisch huis, waar hij of zij terecht kan voor gratis zorg, mag die persoon niet nog ergens anders op consultatie gaan: *“Het forfaitaire systeem heeft een heel beperkend aspect, want wanneer de patiënt een andere behandelende arts wil, een tweede opinie wil, dan kan dat niet”* (HGP).

De derde beperking is territoriaal. Medische huizen die een forfaitair systeem hanteren, moeten een activiteitengebied afbakenen. Hun patiënten moeten binnen dit afgebakende gebied wonen. Die territoriale beperking heeft enerzijds voordelen, zoals een verankering van de zorgstructuur in de wijk en een zekere voeling met de problematieken die er leven, naast de mogelijkheid om sterke lokale samenwerkingen aan te gaan in een buurtgerichte strategie, zoals die naar voren wordt geschoven in het geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan (2022)¹⁰.

8. Het forfaitaire systeem en hoe het verschilt van een betaling “per prestatie” wordt duidelijk toegelicht in het rapport van het Instituut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) omtrent de medische huizen (Van Tichelen 2019).

9. Het rapport *“Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn er mogelijke tekorten?”* (Missinne & Luyten, 2018) belicht de manier van werken binnen medische huizen en hoe zij worden erkend.

10. Het Geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan 2022 werd op 4 oktober 2022 aan de sector voorgesteld: <https://www.brusselstakescare.be/>

Anderzijds dwingt het mensen die naar een andere wijk verhuizen om van dokter te veranderen, waardoor de continuïteit van de zorg in het gedrang komt. Bepaalde medische huizen blijven hun patiënten echter alsnog opvolgen, ook na een verhuis: *“We hebben vrij veel patiënten die verhuisd zijn, maar die naar ons blijven komen. Ik heb patiënten die nu in Schaarbeek, Laken, 1000 Brussel en La Louvière wonen, en die nog steeds naar hier komen. In het geval van een medisch huis, zouden zij normaal gezien moeten veranderen van arts”* (HMH). De territoriale beperking begrenst bovendien – in theorie – de toegankelijkheid van de zorg voor personen die niet gedomicilieerd zijn op de plaats waar zij verblijven: *“Het onthaal heeft het hier niet gemakkelijk. Bieden we hulp aan iemand die zich in feite niet kan inschrijven, omdat hij of zij bijvoorbeeld net iets verder woont?”* (HMH). Op diezelfde manier weegt die beperking a priori op de toegang tot zorg voor dakloze personen of personen die illegaal in België verblijven (of van wie de verblijfsvergunning onzeker of tijdelijk is). Voor de personen in kwestie maken bepaalde medische huizen evenwel een uitzondering op de territoriale beperkingen. In dat geval wordt het territoriale probleem doorgeschoven naar de OCMW's: *“Als een dakloze hier komt aankloppen, dan is dat een probleem voor het OCMW, niet voor het medisch huis. Het OCMW moet immers weten waar de dakloze persoon woont, en dus ... Het moet weten of die persoon aan de ene kant of de andere kant van het Zuidstation verblijft, om te bepalen welk OCMW bevoegd is. Soms kan dat ettelijke weken duren...”* (HMH).

Deze flexibele benadering van het afgebakende gebied, waar we verder nog andere voorbeelden van zullen zien in het deel over de verzadiging, kan een argument zijn tegen het forfaitaire systeem. Het wijst meer bepaald op een al dan niet bewust gebrek aan duidelijkheid van de medische huizen over de inschrijvingsvoorwaarden voor de patiënten en over de risico's die zij lopen wanneer ze zich niet aan de regels houden en elders op consultatie gaan, bijvoorbeeld. Om die redenen wordt de territoriale beperking geregeld aangekaart in het discours tegen het forfaitaire systeem, vanuit de hoek van artsen die een vergoeding per prestatie hanteren.

De vierde beperking betreft de *“commerciële uitwassen”*, waarbij het forfaitaire systeem wordt misbruikt voor persoonlijke en financiële doeleinden van *“ondernemers”* of *“beheerders”* die *“de huisartsen uitbuiten”* (HGP). Die commerciële uitwassen worden aan de kaak gesteld door al

onze respondenten, en des te meer wanneer die gepaard gaan met een inperking van de beroepsautonomie van de artsen, die dan ondergeschikt blijkt aan financiële belangen. Deze situatie van afhankelijkheid brengt in feite het compromis in het gedrang dat aan de basis ligt van de medische beroepen, waarbij de arts vertrouwen, privileges en bescherming geniet, waaronder het beroepsgeheim, in ruil voor zijn kennis en de humanistische en belangeloze logica die met zijn beroep gepaard gaat (Freidson, 1984).

Deze beperkingen worden doorgaans ook herkend, en zelfs soms uitdrukkelijk vermeld, door artsen die het forfaitaire systeem hanteren. Ze worden echter specifiek naar voren geschoven door de *“voorstanders van de vergoeding per prestatie”*, die er onder meer op wijzen dat *“het aspect van financiële toegankelijkheid van zorg zich niet meer stelt sinds de derdebetalersregeling vrijwel overal wordt toegepast in de vergoedingen per prestatie”* (HGP, 2020). Artsen die een vergoeding per prestatievragen, waken viader derdebetalersregeling met andere woorden evenzeer over de financiële toegankelijkheid van hun zorg:

« We bereiken volgens mij een breed publiek dat tegelijk bestaat uit mensen die betalen voor een consultatie en vervolgens een terugbetaling krijgen van het ziekenfonds, en uit patiënten – een grote meerderheid – die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming en geheel binnen het kader van het RIZIV en het ziekenfonds alleen het remgeld moeten betalen, naast personen die geen verhoogde tegemoetkoming krijgen, maar bij wie we wel zien dat ze het niet breed hebben. In dat geval stellen we hen spontaan de derdebetalersregeling voor, zodat ze het remgeld betalen. Dat remgeld bedraagt overigens 1 tot 4 euro. Onze patiënten hier weten best wel dat als ze niet genoeg geld hebben, dat niet zo erg is (HGP, 2020).

De meeste dokters die voorheen met een vergoeding *“per prestatie”* werkten en zijn overgestapt op het forfaitaire systeem delen die mening, maar geven wel aan dat vertrouwen daarin een cruciale vereiste is voor personen die niet in staat zijn het remgeld te betalen: *“Het forfait moet de mensen uiteraard enigszins over de streep halen, omdat het gratis en in de buurt is, maar in vergelijking met voorheen (per prestatie) verandert dat in mijn praktijk niets. Als de mensen het remgeld niet konden betalen, dan was dat geen probleem. Het was een kwestie van vertrouwen”* (HMH).

Het forfaitaire systeem verhoogt daarentegen de toegankelijkheid van de zorg die is inbegrepen in een meer globaal zorgaanbod: door een multidisciplinair team samen te stellen, door samen te werken en door administratieve ondersteuning aan te bieden.

« *Het systeem werd ingevoerd met het oog op een grotere toegankelijkheid en – vooral – op een uitgebreider zorgaanbod voor de patiënten. Bovendien komt er op die manier erkenning voor andere inspanningen, zoals vergaderingen en overleg. Die werden voorheen niet vergoed. Het maakte de uitbreiding van het team mogelijk, onder meer met psychologen, net als samenwerkingsverbanden met diëtisten en onthaalmedewerkers enz. Het systeem opent dus mogelijkheden die we voorheen niet konden financieren (HMH).*

De toegankelijkheid van een globaal en multidisciplinair zorgaanbod kan dus een doorslaggevende rol spelen in de beslissing om over te stappen op het forfaitaire systeem.

Het recht op een verhoogde tegemoetkoming verandert alles: een financiële en symbolische last minder

Op het vlak van overheidsinterventies voor een betere financiële toegankelijkheid van de eerstelijnszorg, wijzen onze respondenten op het belang van het recht op een verhoogde tegemoetkoming en de medische kaart. De medische kaart wordt uitgereikt door het OCMW, na goedkeuring door de maatschappelijk assistent. De kaart verleent de houders ervan het recht om gratis een huisarts of kinesitherapeut te raadplegen, en op gratis geneesmiddelen bij bepaalde apothekers. Wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming, geniet dan weer een bijkomende tussenkomst in de kosten voor consultaties, geneesmiddelen en ziekenhuiszorgen. Het recht op een verhoogde tegemoetkoming wordt automatisch toegekend wanneer aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, bijvoorbeeld voor leden van een leefloon van het OCMW, of na indiening van een aanvraag daartoe bij het ziekenfonds, voor personen die niet aan deze voorwaarden voldoen. Personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming betalen minder of helemaal niets – naargelang het type zorg – bij een consultatie, voor geneesmiddelen of verzorging in het ziekenhuis. De tegemoetkoming vergroot de toegankelijkheid

aanzienlijk voor zij “die financieel te krap zitten, maar net uit de boot vallen voor bepaalde sociale rechten”: *“Ik hoef me geen zorgen te maken, want ik heb recht op een verhoogde tegemoetkoming. Zo wordt zorg meer terugbetaald”* (BURG).

Zoals echter blijkt uit het volgende fragment, kan een kleine wijziging in het inkomen van de begunstigde leiden tot een aanzienlijke verandering in wat de financiële en menselijke verhouding tot de zorg betreft:

« *Voorheen had ik recht op een verhoogde tegemoetkoming, omwille van mijn lage loon. Dat recht heb ik nu niet meer. Dat verandert alles! Als je recht hebt op een verhoogde tegemoetkoming, betaal je één euro. Zonder die tegemoetkoming kostte de laatste consultatie mij 8 euro. Zo besepte ik dat die verhoogde tegemoetkoming wel een verandering inhoudt. Mét die tegemoetkoming leek gezondheidszorg vanzelfsprekend. Ik had de indruk dat ik als ‘kwetsbaar’ werd beschouwd. Eenmaal die tegemoetkoming wegvalt, ben je niet langer kwetsbaar. Dat is normaal. Maar de prijs is van 1 euro naar 8 euro gegaan, voor mij en mijn kinderen. Misschien is dat voor de meeste mensen twee keer niks, maar 8 euro is voor mij toch een hele verandering (France).*

We zien dat er aan de verhoogde tegemoetkoming een grote symbolische waarde wordt gehecht, namelijk een blijk van kwetsbaarheid die de therapeutische relatie kan beïnvloeden en de manier waarop de zorgverleners en hun patiënten hun rol in dat verband zien en opnemen. Aangezien bovendien soms heel kleine veranderingen in het sociale en professionele statuut van personen bepalend kunnen zijn in het recht op die tegemoetkoming, kunnen er situaties ontstaan die als onrechtvaardig worden beschouwd. Als voorbeeld wijzen onze respondenten vaak op de situatie van alleenstaande moeders, maar ook die van *“de bandarbeider die 1.200 euro per maand verdient, de zorgmedewerker in het rusthuis, die niet al die sociale rechten kan inroepen maar op de 15^e of 20^e van de maand geen geld meer op de rekening heeft staan”* (HGP). De burgers die voor dergelijke uitdagingen staan, wijzen dan weer op een sterk gevoel van onrechtvaardigheid, dat kan leiden tot rancune tegenover *“nieuwkomers”* en zij die *“al tientallen jaren een last zijn in hun land: ... Dat is zo onrechtvaardig. Er is iets dat niet klopt. Voor de ene is alles gratis, en wie minder verdient*

betaalt meer dan wie veel verdient. Er zit toch een fout in die gezondheidszorg” (BURG).

Een onderhandelde toegang: het recht op Dringende Medische Hulp

Dakloze personen die al dan niet legaal in België verblijven en geen toegang hebben tot een ziekte- en invaliditeitsverzekering hebben recht op Dringende Medische Hulp of DMH. Het OCMW is bevoegd in geval van DMH en betaalt de kosten voor medische en paramedische, preventieve en curatieve zorgen, ambulante of in een verpleeginstelling, evenals de kosten bij de apotheek.

Onze respondenten kaarten twee problemen aan in verband met DMH. Het eerste probleem betreft kennis en informatie, het tweede betreft de toepassing van DMH. Enerzijds zijn personen die recht hebben op DMH daar vaak niet van op de hoogte, weten ze niet hoe ze dat recht kunnen laten gelden en vrezen ze voor taalgerelateerde en administratieve obstakels. Anderzijds is de praktische toepassing van DMH problematisch, zowel bij medische huizen als in groepspraktijken waar per prestatie betaald wordt.

In verband met die medische huizen, legt een respondent uit dat *“wanneer je geen ziekteverzekering hebt, het medisch huis niet betaald wordt om je te verzorgen. In de praktijk bieden medische huizen als het onze toch de nodige zorgen, maar dat moet beperkt blijven, anders stort de economie in.”* (HMH) Met andere woorden: DMH volgt een kostenlogica per prestatie en is in die zin incompatibel met het forfaitaire systeem: *“Medische huizen die het forfaitaire systeem hanteren, krijgen af te rekenen met een belangenconflict in geval van DMH, aangezien het hen tot een betaling per prestatie dwingt. Dat is niet aangenaam. Het strookt niet met onze logica en werkt de neiging in de hand om geen DMH te verlenen”* (HMH). Bovendien leidt deze conflicterende logica ertoe dat precies *“het DMH-publiek”* steeds vaker de weg vindt naar de medische huizen waar ze wel verzorging krijgen: *“Als gevolg van de nabijheid, en bij gebrek aan alternatieven (aangezien veel medische huizen het DMH-publiek uitsluiten), worden wij almaar meer de voornaamste verstrekkers van dringende medische hulp in (de wijk).”* De conflicterende logica leidt in die zin tot een informele specialisatie van bepaalde medische huizen waar DMH-patiënten wel welkom zijn. Die specialisatie heeft gevolgen voor de samenstelling van het patiëntenbestand, dat aan diversiteit verliest, maar schaadst boven-

dien de reputatie van het medisch huis in de ogen van professionals en burgers: *“Wat soms opmerkelijk is, is dat bepaalde DMH-patiënten na hun regularisatie zeggen: ‘Nu kom ik hier niet meer, want ik ben niet meer afhankelijk van het OCMW. Jullie zijn van het OCMW, toch?’ – ‘Nee hoor, wij zijn niet van het OCMW. Wij zijn huisartsen, dus kunt u uiteraard gerust blijven komen.’ In de ogen van de mensen zijn wij de dokters voor de armen, de dokters van het OCMW”* (HMH).

De meeste artsen die met een vergoeding per prestatie werken, betreuren op hun beurt de tijdrovende administratieve stappen die ze moeten zetten met het oog op een terugbetaling door het OCMW. In de praktijk omzeilen tal van zorgstructuren dus het criterium van verzekeraarbaarheid: om *“administratieve rompslomp”* te vermijden, verstrekken ze informele zorgen aan personen die recht zouden kunnen hebben op DMH. De artsen die over deze praktijk getuigen, zoeken een *“natuurlijk evenwicht”* tussen *“de patiënten die illegaal in het land verblijven of geen vaste woonplaats hebben”* en die gratis zorg krijgen, en patiënten met een hoge sociaal-economische status, *“aan wie ze iets meer vragen”* (HGP).

Deze praktijk doet ons in zekere zin denken aan Robin Hood en wordt vaker toegepast door artsen die een vergoeding per prestatie vragen. Zij beschikken over minder administratief personeel, en zijn dus minder uitgerust om alle taken het hoofd te bieden die zouden voortvloeien uit een formele behandeling van deze personen. In bepaalde gevallen leunen de getuigenissen van de artsen aan bij een liberaal gedachtegoed, dat kan leiden tot een vervreemding van overheidsdiensten, en dan vooral van het OCMW.

Hoewel deze praktijk wordt gezien als een *“menselijk en altruïstisch”* gebaar, kan ze uiteindelijk bijdragen tot het behoud van personen in een parallel systeem, waarin ze hun sociale rechten en hun rechten inzake zorg niet kunnen inroepen. We zagen in hoofdstuk 1 reeds hoe parallele systemen op verschillende vlakken – economie, huisvesting enz. – elkaar versterken en personen verder van formele systemen en de bijhorende rechten en plichten weghouden.

Specifieke zorgen en geneesmiddelen

De toegang tot de huisarts wordt doorgaans gewaarborgd door het forfaitaire systeem en de

derdebetalersregeling, waarbij gerekend wordt op de flexibiliteit en vertrouwenswaardigheid van heel wat professionals. Voor andere verzorging, die verder gaat dan de algemene geneeskundige zorgen, blijft het financiële plaatje een drempel voor personen in een kwetsbare situatie.

Die financiële drempel werpt zich vooral op bij de aankoop van geneesmiddelen en in het geval van gespecialiseerde en paramedische zorg, voornamelijk kinesitherapie, tandzorg, orthodontie, oogheelkundige zorg en psychologische zorg. Bijvoorbeeld:

« *De cruciale vraag is: ‘Hoe moet ik dat allemaal betalen?’ [...] Je moet weten dat er aan gezondheidszorg een prijskaartje hangt, waardoor bepaalde gezinnen er geen beroep op kunnen doen. Zo wordt tandzorg bij onze jongeren altijd uitgesteld. Dat wordt heel vaak uitgesteld. ‘Is dat nu wel echt nodig, ook al heb ik een gaatje?’ (INW).*

Bovendien wordt de financiële drempel des te frappanter wanneer een zware en dure ingreep zich opdringt, of wanneer de behoefte aan specifieke zorg toeneemt, terwijl de terugbetaling beperkt blijft. Bijvoorbeeld:

« *Men zegt je: ‘U hebt recht op 18 kinesitherapie sessies per jaar.’ Waar gaat dat naartoe? Volgens mij zijn er mensen – ik ga niet beweren dat ze hun leven bij de kinesist doorbrengen – voor wie kine de enige mogelijkheid biedt op een goed leven. Wat moet je dan? Sommige pathologieën geven recht op meer, maar dat is toch een strenge selectie. Neem nu het voorbeeld van mijn vrouw, die aan de rug geopereerd werd. Ze kreeg 18 sessies bij de kinesist en moet nu tot 2021 wachten voor de volgende 18 sessies. Ze had er al 36 kunnen krijgen in plaats van 18 (BURG).*

Ook in de geestelijke gezondheidszorg stellen zich specifieke problemen. Zo zijn de diensten die “betaalbare” geestelijke gezondheidszorg aanbieden aan onze respondenten verzadigd. De zorg die door zelfstandige psychologen wordt geboden, is te duur voor onze respondenten, voor zover het OCMW er niet in tussenkomt. In dat geval wordt de bijhorende procedure echter als “ontmoedigend” omschreven. Onze respondenten hebben namelijk moeite om hun behoeften inzake geestelijke gezondheid in kaart te brengen

en uit te drukken, als gevolg van culturele aspecten of omwille van sociale stigmatisering:

« *Toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg? Dat is een groot vraagteken! Alle diensten zijn volzet. Bepaalde personen die recht hebben op een leefloon, slaagden erin om een psychiater te raadplegen op kosten van het OCMW, maar ze moesten daarvoor een speciale aanvraag indienen. Dat is toch geen sinecure. Je moet een goede verstandhouding hebben met de maatschappelijk assistent om die zo ver te krijgen consultaties bij de psychiater te laten bekostigen. En als je toegang moet krijgen tot een psychiater in de private sector, is dat een dure zaak. Ik wil in geen geval de prijs van een psychiater aan de kaak stellen, maar je kunt er niet om heen dat het budget van een alleenstaande persoon beperkt is (VER).*

Met het oog op de financiële drempel, volgen onze respondenten twee strategieën. De ene strategie bestaat erin zorg uit te stellen, waardoor aanzienlijke complicaties kunnen optreden en de gezondheidstoestand erop kan achteruitgaan: “In geval van zwaardere ingrepen wordt de zorg helaas vaak uitgesteld, omdat we weten dat het ons geld zal kosten. Dus stellen we die zorg eerst uit en vergeten we uiteindelijk dat de pijn altijd aanwezig is, tot het soms iets te laat is” (BURG). De andere strategie houdt enig rekenwerk in en omvat het aangaan van leningen of het regelen van gespreide betalingen, met een financiële last tot gevolg: “Nadat ik zes maanden lang gehospitaliseerd was, moest ik betalen. Ik heb toen gevraagd of ik een afbetalingsplan kon krijgen. Daar had ik recht op. Tijdens mijn hospitalisatie, moest ik naar beneden om 50 euro te betalen. Daarna kreeg ik de grote factuur” (BURG). Gezondheidszorg kan dus leiden tot een financiële last, bovenop andere schulden in verband met huisvesting, energie en consumptie (Englert, 2020:22-28).

Tot slot, speelt de financiële drempel heel vaak mee voor de aankoop van geneesmiddelen, zoals we al hebben aangekaart bij de bespreking van alleenstaande moeders. “De medicatie is het enige aspect waarin de patiënt zelf de afweging moet maken na een doktersbezoek: ‘Wat ga ik nu doen? Koop ik het geneesmiddel nu of niet?’” (HMH). Actoren uit het maatschappelijk middenveld wijzen op een paradoxale situatie, waarin de patiënten min of meer meteen een arts kunnen raadplegen, maar zich de voorgeschreven behandeling niet

kunnen veroorloven: *“Er zijn personen die wel naar de dokter gaan, omdat ze daartoe worden aangespoord of begeleid worden, maar uiteindelijk belandt het voorschrift in de vuilnisbak, omdat de mensen geen geld hebben om de geneesmiddelen te kopen”* (VER). De apothekers met wie we spraken, vertellen dan weer over de *“selectie”* die wordt gemaakt, waarbij de terugbetaalde geneesmiddelen gekocht worden, maar de niet-terugbetaalde middelen meestal niet: *“De mensen hebben niet genoeg geld. Dan zeg ik: ‘Neem dan dit hier, dit is belangrijker. Dat daar is minder belangrijk [...]’ Motilium tegen misselijkheid wordt niet terugbetaald en kost al snel 10 euro. Als je het niet inneemt, zal je het wel overleven, ook als je misselijk wordt, al is dat niet leuk”* (APO). Het ergert de apothekers overigens dat artsen soms niet-terugbetaalde geneesmiddelen voorschrijven aan mensen die de middelen in kwestie niet kunnen betalen. Artsen die zich hiervan bewust zijn, vinden het een vereiste dat dokters weten welke geneesmiddelen terugbetaald worden en dat zij zich aanpassen aan de sociologie in de wijk: *“De geneesmiddelen die terugbetaald worden, moeten gewoon iets beter gekend zijn, en dat is nieuw in vergelijking met voorheen [toen hij nog in een andere wijk werkte]. Hier moet je op zoek gaan naar generische middelen of geneesmiddelen die niet generisch zijn, maar wel op de OCMW-lijst staan met goedkope middelen”* (HMH).

Het is echter niet enkel een privilege van de dokters om dat te weten. Vaak gaan de personen zelf op zoek naar informatie over de werking van middelen en of die worden terugbetaald. Dat hoort bij de “zorgtaak”, waarvoor de meeste van onze respondenten evenwel over te weinig middelen, tijd of culturele of taalkundige vaardigheden beschikken.

De temporele kost

Er hangt niet alleen een financieel kostenplaatje aan zorg. Ook tijd speelt een rol. *“Het ging om een patiënte met meerdere pathologieën, waaronder heel wat osteo-articulaire problemen, als gevolg van haar gewichtstoename. Ze had kinderen, was gescheiden en had het niet breed. We wilden haar aan een hele reeks onderzoeken onderwerpen, maar uiteindelijk ging dat niet, omdat ze dan tijdens het ziekenhuisbezoek haar kinderen thuis zou moeten laten”* (HMH). De ‘temporele kost’ verwijst dus in de eerste plaats naar de tijd die

een persoon moet uittrekken voor zorg: *“Om toegang te hebben tot goede zorg, moet je daarvoor de tijd hebben”* (INW, 2020).

Ten tweede houdt die ‘temporele kost’ ook verband met de wachttijd in de aanloop naar een afspraak, vooral bij gespecialiseerde artsen, met evaluatieprocedures in de aanvraag van geestelijke gezondheidszorg of met administratieve procedures die toegang moeten bieden tot sociale rechten, vooral dan bij het OCMW. Die wachttijd kan een aanleiding zijn om af te zien van de zorg, of om die zorg uit te stellen, en is vooral een bepalende factor als het gaat om zorg waar mensen weigerachtig tegenover staan als gevolg van stigmatisering, bijvoorbeeld in het geval van geestelijke gezondheidszorg:

« *Het is heel confronterend om een psycholoog te moeten bellen. Het is al niet leuk om iemand te moeten kiezen, op basis waarvan en waarom... Maar eenmaal je dan gekozen hebt en te horen krijgt dat er geen plaats is ... dat het in een teamvergadering zal worden besproken... dat er naar iemand zal worden gezocht ... en dat er over anderhalve week opnieuw contact met mij wordt opgenomen?!? Het is een beetje een traag proces, zie je? En het werpt bovendien een financiële beperking op, als je bang bent voor een deelname en niet alles begrijpt* (VER, 2020).

De tijd die ze moeten uittrekken en de wachttijden zijn bepalend voor personen met complexe en chronische gezondheidsproblemen. Ze moeten almaar meer tijd uittrekken en rekening houden met almaar langere wachttijden. Het aanspreken van gezondheidszorg kan kaderen binnen de zorgtaak, zoals we hebben beschreven in hoofdstuk 3, waarin we het hadden over de perceptie van gezondheid.

Ten derde wordt de ‘temporele kost’ deels bepaald door de consultatie-uren. De zorgdiensten worden verstrekt in gestructureerde omgevingen, met vaste uurregelingen, al dan niet op afspraak, met de bijhorende formulieren en in symbolisch beladen ruimten. Die omgevingen kunnen terughoudendheid in de hand werken bij bepaalde bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld bij personen die niet over de taalkundige, administratieve en sociale vaardigheden beschikken en dus de voorkeur geven aan andere vormen van hulp, bijvoorbeeld bij spoeddiensten (Fele, 2019).

Bepaalde respondenten uit het maatschappelijk middenveld spreken over een almaar toenemende bureaucrativering van sociale systemen (gezondheidszorg, maatschappelijke hulpverlening, justitie enz.) en hekelen de incompatibiliteit van deze organisatiewijze met de behoeften van kwetsbare personen. Die bureaucratie en het medische model focussen op de blanke, mannelijke middenklasse in de uitwerking en organisatie van de zorg. Die organisatie – die gepaard gaat met een zekere omkadering, procedures en uurregelingen – is heel moeilijk verenigbaar met complexe situaties: *“Zodanig complex dat we geen tijd hebben om enig inzicht te verwerven in hun situatie en na te gaan waarom zij zich daarin bevinden, hoe we dat in orde kunnen brengen”* (HMH).

Het tijdsaspect, in functie van de uurregelingen, leidt ook tot normatieve conflicten, met enerzijds zij die zich vragen stellen bij de zorgstructuur en de bijhorende normen, en anderzijds de respondenten die patiënten eerder een gebrek aan stiptheid verwijten, wanneer zij de uurregelingen niet respecteren of ongepaste eisen stellen zoals *“meteen opgevangen worden, per direct”* (HMH): *“Sommige patiënten zijn echte onbeleefderiken. Wat doen we met onbeleefderiken? [...] Sommigen komen er niet in. Ze begrijpen dan niet waarom we een selectie maken aan de deur. Ze nemen dat dan persoonlijk op, terwijl daar absoluut niets van aan is. Het is onmogelijk om de patiënten dat te doen inzien. Dat zijn dus onbeleefderiken”* (HMH).

Die normatieve conflicten kunnen leiden tot een vorm van misprijzen voor een bepaalde klasse, voor *“die mensen daar”* (HMH), vaak vanuit een perspectief van *“meer psychiatrische problemen”* (HMH), en gepaard met een discours van deresponsabilisering: *“We kunnen hen niet alles geven, anders blijven ze om meer vragen”* (HMH). Dat kan leiden tot een selectie, die in de volgende delen verder wordt besproken.

De verzadiging

De huisartsen met wie we spraken, werken grotendeels bij medische huizen of in groepspraktijken, die over het algemeen verzadigd raken. Hierdoor kunnen zij geen nieuwe leden meer aanvaarden. Die verzadiging kan ertoe leiden dat de zorgstructuren een selectie gaan toepassen in de personen die ze aanvaarden. De beperking die door de zorgstructuren wordt toegepast, steunt

op economische, ethische en territoriale overwegingen, die in meer of mindere mate doorwegen in functie van de gevallen.

De economische overwegingen brengen bepaalde structuren ertoe meer patiënten toe te laten die *“niet al te ziek zijn”*. Daar gaan we verder op in als we het hebben over de selectie van patiënten. Die overwegingen kaderen binnen een logica van rentabiliteit, die vaak primeert in zorgstructuren die we, zoals eerder vermeld, als *“commerciële uitwassen”* kunnen omschrijven.

Meer ethische overwegingen omvatten daarentegen de tijd die de arts wenst uit te trekken voor patiënten, collectieve zorg of overleg of samenwerking, zoals we eerder zagen. Wat de tijd voor patiënten betreft, spelen hun kwetsbaarheid en de complexiteit van hun situaties een bepalende rol voor de arts: hoe complexer de situatie, hoe meer tijd die personen vereisen.

Tussen ethische en economische overwegingen in, vermelden onze respondenten ook de werk-omstandigheden waar zij naartoe streven: *“Wij stellen levenskwaliteit voorop in onze overwegingen, en niet zozeer de verzadiging. Ik heb niet echt te maken met verzadiging, maar heb wel de keuze gemaakt om bijvoorbeeld niet op woensdag te werken, en daar houd ik me aan. Op zich heb ik het dus niet overdreven druk, maar ik heb die keuze gemaakt omdat ik zo wil werken”* (HMH).

Ook territoriale overwegingen spelen een rol in de beperking die wordt opgelegd in het licht van de verzadiging. Onze respondenten geven namelijk aan dat er te weinig medische huizen zijn in Brussel, en dat die ongelijk verspreid liggen over het grondgebied (Missinne & Luyten, 2018). Daar stemmen ze dan ook hun toegankelijkheid op af, door in te spelen op de territoriale beperkingen. Zo heeft een “verzadigd” medisch huis zijn toegankelijkheid beperkt door zijn geografische perimeter te verkleinen en die perimeter als enige toegangscriterium vast te leggen, op enkele criteria van kwetsbaarheid na. Door het activiteitengebied te verkleinen, kunnen alle personen binnen de afgebakende perimeter bij het medisch huis terecht, naast een groot aantal personen die op administratief vlak niet in orde zijn en door de interne dienst voor maatschappelijke hulp geholpen kunnen worden. Die strenge toepassing van de perimeter laat echter niet noodzakelijk toe dat personen in een geregulariseerde administratieve situatie zich regelmatig kunnen inschrijven.

Tot slot wijzen onze respondenten uit de arme sikkkel naast een verzadiging van de diensten voor algemene zorg ook op een tekort aan gespecialiseerd personeel en gespecialiseerde zorgstructuren (vooral dan pediaters en psychiaters), paramedische diensten (kinesitherapeuten, psychologen enz.) en diensten voor geestelijke gezondheid. Omwille van die tekorten moeten bepaalde huisartsen taken op zich nemen die a priori zijn weggelegd voor specialisten. Ze krui- pen bijvoorbeeld “in de rol” van een psycholoog of behandelen kinderen die eigenlijk naar de pe- diater zouden moeten.

Die rollen vergen meer tijd van de artsen en kun- nen, zoals we eerder al zagen, bijdragen tot de ver- zadiging. In die zin werkt verzadiging van bepaal- de zorgtakken, zoals de geestelijke gezondheidszorg, in combinatie met een ontoerei- kend aantal structuren, de verzadiging van de diensten voor algemene geneeskunde binnen de arme sikkkel mee in de hand. Bovendien benadruk- ken de huisartsen, in het licht van de omvang van de geestelijke gezondheidsproblemen waar zij mee geconfronteerd worden, dat een uitbreiding van het aanbod geestelijke gezondheidszorg in fei- te niet zal volstaan om de verzadiging in de kiem te smoren:

« *Iedereen raakt verzadigd. Dát is het gro- te probleem. We zijn echt verzadigd wat betreft de individuele opname van pati- enten. Er heerst duidelijk een gebrek aan middelen, maar ik geloof niet dat tien extra psychologen het probleem zullen verhelpen! Het probleem bevindt zich op een veel lager niveau en houdt verband met de leefomgeving van de mensen. Wat hebben zij als doel in hun leven? Hebben ze een reden om 's morgens op te staan? Dat houdt dus verband met hun werk en hun plaats in de samenle- ving (HMH, 2020).*

De selectie van patiënten

De selectie van patiënten, en de regelmatige of systematische uitsluiting van bepaalde personen, staat hun toegang tot eerstelijnszorg in de weg. Onze respondenten getuigen over enkele situaties waarin opvattingen over etniciteit, klasse, cultuur of taal de toegang tot zorg of – zoals in onder- staand voorbeeld – geneesmiddelen beperken:

« *Mijn partner is van Iraakse afkomst. Ik merkte dat hij, wanneer hij naar de apo- theek moest achter geneesmiddelen, telkens terugkwam zonder die genees- middelen. Wanneer ik zelf naar de apo- theek ging, kreeg ik die geneesmiddelen wel. Het is gewoon zo dat de apothekers een persoon zien met een heel opvallend gelaatstype, die bovendien de taal niet spreekt. Ze blokkeren, en willen die per- soon snel afwimpelen: ‘Ah, dat hebben we niet. Sorry, meneer. Tot ziens’ (INW).*

Bij de medische huizen gebeurt de selectie ook op basis van economische overwegingen, en met het oog op rentabiliteit, waardoor personen bij wie de zorg minder tijd in beslag neemt, die min- der “ziek” en “minder arm” zijn, voorrang krijgen. “Men maakt een selectie en kiest de mensen die niet al te ziek zijn. Zo krijgt men veel geld “om niets te doen”. Zo komt men tot een patiënten- bestand van 6.000 personen” (HMH). Wat die se- lectiepraktijken betreft, heeft één respondent het over “de zwarte schapen” (HMH), met name de structuren die de federatie van medische huizen¹¹ liever niet tot zijn leden rekent.

Naast de toegepaste selectie, met het oog op een groter aantal “minder zieke” patiënten in een stre- ven naar rentabiliteit en winst, vermeldden onze respondenten ook selectiepraktijken met het oog op het inperken van het aantal personen die dure en tijdrovende zorg vereisen. Daaruit ontstaat een zeker ongemak, zoals duidelijk blijkt uit de getuigenis van deze respondent: “Soms mogen we ons niet engageren tot een behandeling, aan- gezien dat op financieel vlak een bodemloze put zou inhouden. Daarom moeten we die patiënten helaas weigeren [...]. Vóór we hen gaan inschrij- ven, bekijken we het dossier. Als we merken dat het te complex is, dan wordt dat onder de colle- ga’s besproken. Doorgaans nam ik niet deel aan vergaderingen waarin ik mij moest uitspreken over een medisch dossier, maar ik weet dat de ver- antwoordelijken dat onderling bespreken” (HMH). Zo kon een respondente uit de arme sikkkel, met een bijzonder complex dossier, zich niet inschrij- ven bij de zorgstructuren in haar wijk. Die structu- ren bleken allemaal verzadigd, terwijl ze net hun toegankelijkheid hadden bijgestuurd, zoals eer- der beschreven.

11. Zoals te lezen staat op de website (<https://www.maisonmedicale.org/-La-Federation-.html>), geraadpleegd in oktober 2022, telt de Fédération des maisons médicales 125 medische huizen in Franstalig België. De federatie promoot een meer solidaire, eerlijkere en sociaal rechtvaardigere samenleving. Ze streeft ernaar een gezondheidsbeleid te promoten dat steunt op een zorgsysteem vertrekkend vanuit primaire gezondheidszorg, door voornamelijk de medische huizen te steunen met een multi- disciplinair team en een werking die gericht is op geïntegreerde gezondheidszorg.

Bovendien worden sommige personen geconfronteerd met sociale selectiemechanismen, die geregeld of systematisch worden toegepast al naargelang de structuren. Het gaat hier voornamelijk om dakloze personen, mensen die illegaal in het land verblijven, druggebruikers of mensen die gewelddadig gedrag vertonen tegenover de medewerkers. Structuren die de grootste toegankelijkheid waarborgen, weigeren alleen de gewelddadige personen.

Tot slot wijzen onze respondenten op selectiepraktijken die de sociale ongelijkheid en de ongelijkheid op het vlak van gezondheid versterken. Die vaststellingen stroken met de vaststellingen in andere studies, die zich bogen over de spoeddiensten (Morel, 2019). Hoewel die praktijken er geen rechtstreeks gevolg van zijn, houden die selecties wel verband met bepaalde organisatie- en financieringswijzen van zorg.

De kennis en het inzicht in het zorgsysteem

« *Bevolkingsgroepen van vreemde origine zijn niet op de hoogte van eerstelijnsdiensten. Voor hen is het alles of niets: een bezoek aan het ziekenhuis of wegwijzen in een hoekje (HMH).*

Een beperkte kennis van en een te beperkt inzicht in het zorgsysteem kunnen de toegang tot zorg en sociale rechten inperken. De meeste respondenten halen ervaringen boven met patiënten die op taalkundig of cultureel vlak weinig middelen ter beschikking hebben en “verkeerdelijk gebruiken” van het zorgsysteem, bijvoorbeeld door zich regelmatig tot spoeddiensten te wenden of juist tegenovergesteld zich wenden tot de huisarts in noodsituaties:

« *Er zijn er veel die niet meteen naar de spoeddiensten gaan, die hierheen komen, met catastrofale situaties tot gevolg. Dan vraag ik: ‘Maar waarom bent u hierheen gekomen en hebt u daarvoor een afspraak gemaakt? Waarom ging u niet meteen naar de spoed?’ [...] Zoals het geval van een patiënt van wie het gezicht was ingezakt. Hij had een CVA. Bij zo’n beroerte is het al na drie à vier uur te laat. De man heeft er helaas iets aan overgehouden (HMH).*

Andere respondenten hebben het daarentegen over kwetsbare personen – op sociaal-economisch en soms ook taalkundig vlak – die door de jaren heen de nodige vaardigheden en middelen hebben verworven om zorg in te roepen, in die mate dat sommigen gaan “*profiteren van het systeem*” (HMH) of “*aan shopping gaan doen bij de verschillende sociale diensten*” (VER).

Naast culturele en taalkundige obstakels, vormt ook de digitale kloof in toenemende mate een obstakel in de toegang tot informatie en zorg. Dit obstakel werd in de context van de coronapandemie des te zichtbaarder:

« *Ik werd continu opgebeld door een meneer die vertelde: ‘Ik ontvang mijn medische voorschriften per e-mail, maar ik heb thuis geen internetverbinding. Ik moet naar openbare computerruimtes gaan, zoals in de bibliotheek. Alleen is alles nu gesloten. Hoe krijg ik dan toegang tot mijn voorschriften?’ En het gaat dan nog om de meest kwetsbaren, zij die de meeste problemen ervaren om een abonnement op lange termijn te behouden, om een internetverbinding te hebben (VER).*

Ook mobiliteitsproblemen kunnen bepaalde respondenten weg houden van de informatie die ze wensen: “*Ik vind dat men onvoldoende op de hoogte is van de zaken waar we recht op hebben. Denk bijvoorbeeld aan onderzoeken waar je vanaf een bepaalde leeftijd recht op hebt. Maar er is helemaal geen info over. Misschien moet je daarvoor naar het ziekenfonds, maar ik, bijvoorbeeld, kan me niet verplaatsen*” (INW).

Er wordt daarnaast nog gewezen op een algemene passiviteit bij zorgstructuren en zorgverstrekkers, ook door respondenten die niet met (culturele, taalkundige, digitale of mobiliteits-) barrières geconfronteerd worden. “*Het blijft altijd enigszins onduidelijk wat er van de patiënt gevraagd wordt op een gegeven moment. Het is altijd hetzelfde, bij alle dokters. In functie van of je nu een afspraak hebt gemaakt of niet, ook al is het nu sowieso altijd op afspraak. Ik doe niet zo veel moeite meer*” (France).

Ook de meeste huisartsen met wie we spraken, delen de mening dat de toegang tot informatie en inzicht in sociale rechten moeizaam verloopt. Ze wijzen op een ingewikkelde administratie om

bepaalde rechten te verkrijgen, zoals de kaart voor DMH: *“Het administratieve systeem om een medische kaart te verkrijgen is zodanig opgezet dat men de indruk heeft dat het met opzet ingewikkeld is, opdat de mensen het niet zouden begrijpen en niet in orde zouden zijn. Dus ja, het is heel ingewikkeld”* (HGP).

De migratietrajecten en de contrasten tussen verschillende zorgsystemen kunnen er overigens toe leiden dat mensen *“verloren lopen in het systeem”*. *“Je hebt de mensen die het niet kennen, die misschien niet in Brussel of België verbleven. Dan weten ze het echt niet. Ze zijn totaal verloren. Er zijn grote verschillen, daar zijn we ons niet van bewust, van het ene land op het andere wat gezondheidszorg betreft”* (VER).

Volgens bepaalde respondenten zijn de zorgverstrekkers niet voldoende opgeleid om de administratieve rompslomp en problemen het hoofd te bieden. Ze zijn zelden op de hoogte van de complexiteit van het systeem: *“Wat het volgens mij ook moeilijk maakt, is dat de huisartsen er niet echt voor opgeleid zijn, niet voldoende vertrouwd zijn met het systeem, de omstandigheden, de werking, meer bepaald wat de vele verschillende benaderingen van de OCMW's betreft. [...] Daar hebben patiënten nochtans echt behoefte aan”* (HMH).

Zoals uit het volgende fragment blijkt, is de toegang tot sociale rechten een vereiste om een beroep te kunnen doen op zorg:



Dat is in feite een laatste redmiddel. Als ik nu een dokter moet raadplegen, naar de dokter moet, dan weet ik niet waarheen. Een oplossing is dan misschien om de ambulance te bellen, maar daarna volgen de formaliteiten. Het zij zo. Anders, als men je zegt: ‘Ga bij de dokter of meteen bij het ziekenhuis aankloppen’, dan moet ik er in eerste instantie een kaart bij nemen. En als de kaart niet up-to-date is, omdat de gemeentediensten hun werk niet kunnen doen omwille van de coronacrisis, dan is dat mijn schuld niet. Maar hoeveel mensen kunnen daar begrip voor opbrengen? Er zijn nu eenmaal administratieve procedures. Da's duidelijk (BURG).

07

De zorgrelatie

De toegang tot en het gebruik van zorgdiensten wordt beïnvloed door financiële en geografische factoren, maar ook door hun beschikbaarheid. Ook het relationele aspect speelt een bepalende rol. De relatie met de zorgdiensten is moeilijk te bevatten, aangezien die zowel beïnvloed wordt door de perceptie die de verzorger en de patiënt hebben van elkaar, als door de perceptie van gezondheid en zorg. Toch heeft die relatie een invloed op de toegang tot zorg en het gebruik van zorgdiensten. In dit hoofdstuk trachten we een beeld te schetsen van de relatie tussen de persoon die zorg krijgt en de persoon die zorg verstrekt, waarna we zullen belichten hoe die relatie enerzijds aan de basis kan liggen van terughoudendheid of drempels tot zorg, en anderzijds aan de basis van een gevoel van veiligheid en kwaliteit.

Communicatie

Een relatie wordt opgebouwd via communicatie, en daarvoor is het beheersen van de taal vereist. Ook verschillende lichamelijke ervaringen kunnen de communicatie beïnvloeden, en meer bepaald een moeizame verwoording van die ervaringen en de angst om vragen te stellen of de arts tegen te spreken, naast de terughoudendheid om intieme of 'beschamende' vragen te stellen (Faizang, 2014). De communicatie vindt namelijk plaats binnen een asymmetrische relatie waarin – vooral binnen de Brusselse arme sikkels – de ontvanger van de zorg en de arts een sterk verschillende sociale en culturele achtergrond hebben (zie hoofdstuk 8), en waarin de arts zich in een machtspositie bevindt en sociale prestige en invloed heeft omwille van zijn of haar beroep en zijn of haar monopolie op de medische kennis (Freidson, 1984).

Lichaamstaal in stress- of noodsituaties

Taalbarrières werpen zich vaak op, en vormen het grootste obstakel voor de meeste personen die bij verenigingen en zorgdiensten in de arme sikkels aankloppen (zie hoofdstukken 1 en 2). Onze respondenten worden dagelijks geconfronteerd met situaties waarin zij iemand niet begrijpen, of niet begrijpen waarom hij of zij zich aanbiedt. *“De taal is de basis. Wie de taal niet kan spreken ..., des te meer in stresssituaties – soms kunnen mensen zich wel behelpen in de taal, maar verliezen ze die vaardigheid in stresssituaties en praten ze veel slechter dan in normale omstandigheden”* (VER). Naast stress kunnen ook alcohol- en druggebruik leiden tot taalproblemen en situaties waarin de personen moeilijk te verstaan zijn.

De stress die met een consultatie of – meer algemeen – een noodsituatie gepaard gaat, kan een invloed hebben op het uitdrukkingsvermogen, maar net zozeer op het vermogen om iets te begrijpen en te onthouden. Een respondente die illegaal in het land verblijft, dakloos is en met geestelijke en fysieke gezondheidsproblemen kampt, geeft bijvoorbeeld aan dat ze niet in staat is de informatie te onthouden die de dokter haar meegeeft. Ze vraagt hem dan ook om haar uitsluitend het belangrijkste te vertellen.

De communicatieproblemen zijn onder meer gelinkt aan het feit dat mensen soms op een andere manier lichamelijke zaken begrijpen of uitdrukken, en minder kennis hebben van de codes en de medische taal.

« Volgens mij is dat een kwestie van onderwijs, en opvoeding in de brede zin: de kennis van het lichaam, wat het kind werd verteld op school of in het gezin, maar ook de manier waarop de ouders hun kind bewust hebben gemaakt van wat het voelt, hoe het 'luistert' naar het lichaam en de ervaren pijn en emoties kan uitdrukken en gehoord wordt. Dat is een aspect van relationele kwetsbaarheid van het kind" (HMH).

Zoals we al in hoofdstuk 3 hebben gezien, kan de perceptie van het lichaam en zijn grenzen verschillen. Bovendien kunnen uitdrukkingen van ervaringen en gevoelens "moeilijk te ontcijferen" zijn om wille van culturele verschillen. Een respondente legt uit hoe ze naar de spoed ging met intense buikpijn en uitlegde aan de dokter dat "de kou haar buik was binnengedrongen". Die uitdrukking wordt inderdaad in Marokko gebruikt, maar de zorgverstreker begreep niet wat er aan de hand was. Als het gaat om dergelijke communicatieproblemen, leggen de personen uit hoe ze graag begrepen zouden worden, ook al kennen ze het gepaste jargon niet: "Ik ben geen dokter, dus ken ik de woorden niet die men gebruikt. Misschien is het 'een opgeblazen gevoel', geen idee. Misschien had ik zoiets moeten zeggen, maar ik heb niet dezelfde woordenschat. Ik zeg het op mijn manier" (BURG).

Vertalen en behelpen

Om die communicatieproblemen het hoofd te bieden, gaat de voorkeur van de respondenten vaak uit naar persoonlijke en informele middelen. Een van de oplossingen die door de respondenten worden aangekaart, is de begeleiding door een naaste, die optreedt als tolk. Het gaat meestal om een familielid, vaak een van de kinderen. In andere gevallen wordt de persoon vergezeld door een naaste die beter Frans of Nederlands praat. Zo vergezelt een inwoner van Anderlecht, die twintig jaar geleden in België kwam wonen, haar moeder bij de dokter. Toch slaagt ook zij er niet altijd in om het probleem duidelijk te verwoorden: "Soms lukt het niet, ken ik het juiste woord niet" (INW).

Het feit dat in Brussel een grote gemeenschap dezelfde taal spreekt, vormt eveneens een belangrijke lokale hulpbron. De leden van diezelfde gemeenschap kunnen namelijk zelf optreden als tolk voor personen die dezelfde taal spreken, bijvoorbeeld wanneer zij elkaar in de wachtkamer ontmoeten:

« Sinds ik met mijn moeder vaak in contact kom met de medische wereld, heb ik vastgesteld dat er heel wat mensen zijn die mij komen vragen of ik voor hen zou kunnen vertalen. Ik ga dus met hen mee naar de dokter en leg alles uit. Doorgaans neemt dat meer tijd in beslag dan als ik met mijn moeder ga. Dat is onvermijdelijk wanneer iemand mij vraagt om te vertalen of om uitleg te geven (BURG).

In de praktijk is deze informele oplossing sterk afhankelijk van de mate van culturele verschillen tussen de gemeenschappen in Brussel. Het gaat om een tijdrovende oplossing, zowel voor de arts als voor de patiënt en de persoon die hem of haar begeleidt. Een consultatie van deze vorm kan inderdaad erg lang duren, tot wel een uur, volgens onze respondenten. De aanwezigheid van een informele tolk in situaties waarin de intimiteit van de patiënt en het medisch geheim gewaarborgd moeten worden, werpt een meer fundamentele kwestie op. Zo kaart een respondente een delicate en emotioneel zware situatie aan:

« Je komt terecht in heel intieme verhalen. De vorige keer begeleidde ik een vrouw. Er werden heel intieme vragen gesteld, over heel intieme aspecten, op seksueel niveau, op genitaal niveau enz. Dat is toch heftig. Het is moeilijk om oog in oog te staan met een koppel en te zien... Er is toch enige schaamte, dat is toch wel gênant (BURG).

Ondanks de schaamte die de helpende persoon kan ervaren, verkiezen sommige artsen deze oplossing boven de hulp van een familielid, met wie men intieme problemen of situaties van geweld moeilijker zal delen: "Persoonlijk heb ik liever [dat iemand uit de wachtkamer voor de patiënt vertaalt] dan dat naasten dat voor hen doen, want uiteraard ligt dat voor een anamnese van seksualiteit, geweld, intimiteit wat moeilijker als een broer of zus, zoon of dochter helpt" (HMH).

Ook verenigingen spelen een belangrijke rol in de begeleiding van personen, om als tolk op te treden of het contact met de zorgverstrekkers te vergemakkelijken. Verscheidene respondenten uit het maatschappelijk middenveld geven overigens aan dat het onthaal en de behandeling voor de personen verschillen naargelang een begeleidende persoon aanwezig is of niet.

Tot slot passen onze respondenten soms eigen strategieën toe om de communicatie vlotter te

laten verlopen. Zo raadpleegt een respondente systematisch het internet alvorens op consultatie te gaan. Op die manier slaagt ze erin om haar probleem beter te verwoorden, waardoor er meer tijd beschikbaar is om tijdens de consultatie andere vragen te stellen.

Ook de zorgverstrekkers behelpen zich om de communicatieproblemen te overkomen. Enerzijds stemmen zij de inhoud van de communicatie af op de personen. Daar komen we later nog op terug. Anderzijds “*behelpen*” ze zich met andere vormen van communicatie (Google Translate, afbeeldingen op het internet, tekeningen, pictogrammen, gebaren enz.) al is dat “*eerlijk gezegd, in de praktijk niet ideaal*” (HMH).

Andere, meer formele hulpbronnen kunnen eveneens aangesproken worden: tolken, intercultureel bemiddelaars¹² of ‘Movie Talk’ (tolksoftware aangeboden door de FOD Volksgezondheid). Het gebruik van die hulpbronnen “*heeft echter heel wat voeten in de aarde, dus doen we er niet altijd een beroep op*” (HMH). Hoewel heel wat van onze respondenten op de hoogte zijn van die formele hulpbronnen, gaat hun voorkeur nog vaak uit naar een creatieve oplossing.

Tot slot wordt de keuze voor een bepaalde communicatieoplossing bepaald door de omvang en werking van de zorgstructuur. De meeste kleine structuren kiezen ervoor om zich te behelpen. Zij kunnen niet terugvallen op administratieve ondersteuning, die het gebruik van formele hulpbronnen bevordert. Voorts wordt de toegankelijkheid en flexibele werking van bepaalde zorgstructuren verstoord doordat er een afspraak moet worden vastgelegd voor de tussenkomst van een bemiddelaar of tolk. Tot slot kunnen grotere zorgstructuren gemakkelijker hun teams diversifiëren, waarbij de leden kunnen optreden als tolk, voor zover de artsen niet zelf de vreemde talen spreken die het sterkst vertegenwoordigd zijn in de wijk.

De structuur van de zorgrelatie: cultuur, etniciteit en klasse

In de meeste gevallen woont de zorgverstrekker niet zelf in de wijk en heeft hij of zij niet dezelfde sociale en culturele achtergrond als de patiënten (zie hoofdstuk 8). De therapeutische relatie is een interactie, in die zin dat ze minstens twee personen bij elkaar plaatst en waarbij elk van hen een houding aanneemt in functie van de andere, en in functie van de perceptie van zichzelf, de andere persoon en de situatie (Goffman, 1967). Hun perceptie van de situatie is gestoeld op een gegeven sociale en culturele context, die een reeks voorstellingen van de ander opwerpt en, in functie van die situatie, aanstuurt op gepaste gedragingen en verwachtingen. Dat is ook het geval in een therapeutische relatie (Freidson, 1984). In de loop van de interactie stellen de deelnemers – de zorgverstrekker en de patiënt – hun houdingen bij in functie van wat ze zien, horen en ervaren. Op die manier krijgt de “structuur van de interactie” vorm, (Goffman, 1983) en geven de deelnemers gestalte aan de relatie, het onderwerp en het doel. Voor duurzame relaties op lange termijn, en in het kader van een zorgstructuur, draagt de opeenvolging van interacties bij tot een “onderhandelingsstructuur” (Strauss, 1992), zoals reeds door onderzoekers werd aangetoond in verband met zorgeenheden (idem) of chronische aandoeningen (Baszanger, 1986). In dit deel focussen we op wat de zorgverleners ons vertellen wat betreft hun pogingen om inzicht te krijgen in hun werksituatie en de middelen die zij aanwenden om een relatie gestalte te geven binnen hun wijk.

Vooreerst, wanneer de zorgverleners het hebben over hun werk, is een verwijzing naar de cultuur alomtegenwoordig. Hun inzicht in de cultuur van de ander beïnvloedt, zoals we zullen vaststellen, de manier waarop zij hun werksituatie invullen: “*Ik krijg veel vrouwen over de vloer, want mijn patiënteel bestaat hoofdzakelijk uit Moslims. Vrouwen vinden gemakkelijker hun weg naar mij, want vrouwen mogen – omwille van religieuze en culturele overwegingen – zich niet zo openstellen voor een man*” (HMH).

12. In tegenstelling tot sociale tolken, richten intercultureel bemiddelaars zich niet uitsluitend tot het vertalen van informatie, maar staan zij ook in voor *patient advocacy* – ze maken de personen wegwijs in het zorgsysteem, helpen hen om zich duidelijk te maken tegenover de zorgverstrekker. Het feit dat de bemiddelaar vertrouwd is met de cultuur van het land van herkomst van de persoon helpt daarbij. Interculturele bemiddeling, zoals het wordt gedefinieerd in België, wordt beschreven door Verrept & Coune (2016).

Ten tweede lichten onze respondenten toe hoe ze in de loop van de interactie hun houdingen bijstellen in functie van de doelstellingen die voortvloeien uit hun (medische) cultuur en hun perceptie van de ander. In het onderstaande fragment gebeurt dit door het aansturen op een bepaalde houding en te wijzen op de risico's die ze lopen:

« Als arts kan ik [hen] niet dwingen, omdat het nu eenmaal tot [hun] rechten behoort. [...] wanneer ze bijvoorbeeld risicovol seksueel contact hebben gehad, maar zodanig bang zijn dat het uitlekt, omdat er een groot taboe ligt op buitenechtelijk of overspelig contact. Als je dan wil aanraden 'om toch te laten testen op hiv of andere soa's', dan willen ze dat doorgaans niet. Dan zeg ik hen: 'Het is beter zo dan dat de mensen er op een andere manier achter komen over twee of zes jaar. Hoe zal je dat dan uitleggen? En ook voor jou! Stel je voor dat je een ziekte hebt, en dat je over tien jaar ...' Als ik hen dan beloof dat het niet in hun dossier zal staan, dan stemmen ze in (HMH).

Een andere wijziging in houding waar onze respondenten het geregeld over hebben, is het in de hand werken van een ander interactiekader dan dat van een therapeutische relatie, bijvoorbeeld door een informeler en vertrouwelijker kader te scheppen via de overstap van 'u' naar 'je'. Wanneer hen dat gepast lijkt, plaatsen ze zichzelf "op het niveau van de patiënten" (HMH), om zo een omgeving te scheppen die bijdraagt tot het behalen van de doelstellingen die voortvloeien uit de medische cultuur:

« Het gebeurt vrij geregeld dat ik mijn patiënten met 'je' aanspreek, aangezien dat een zekere nabijheid schept. Zo stellen de patiënten zich gemakkelijker open, iets wat ik uiteindelijk niet met andere patiënten zou doen, aangezien het problemen kan opwerpen of de band te intiem maakt. In elk geval bereik ik zo mijn doelstellingen: de boodschap overbrengen, de aangewezen informatie verstrekken. En de patiënt zover te krijgen dat hij of zij echt doet wat ik in gedachten had (HMH).

Ten derde lijkt een duurzame therapeutische relatie het vormen van een verstandhouding in de hand te werken die in de meeste gevallen helpt om tegemoet te komen aan de verwachtingen van de zorgverstrekker en die van de patiënt. Deze komt tot stand door min of meer kort op elkaar volgende interacties en een verankering in de wijk: "Het is belangrijk om dicht bij de problematieken te staan waar de bevolking met wie je werkt mee geconfronteerd wordt. Hoe meer inzicht je hebt, hoe beter je de patiënten kunt dienen en begrijpen" (MAMH, 2020). Met het oog daarop worden soms medewerkers uit de wijk zelf aangeworven.

Een te sterke verankering van een zorgstructuur in de wijk kan echter ook de vertrouwensband en het beroepsgeheim in het gedrang brengen. In het geval van de therapeutische relatie, is die band echter bepalend voor de structuur van de interactie: die band helpt om "kennis van schuld" (Hughes 2009) te delen over stigmatiserende problemen, zoals psychisch leed en partnergeweld, waardoor de persoon kwetsbaarder is tegenover naasten of de gemeenschap. Wat dergelijke problemen betreft, benadrukken onze respondenten overigens het belang van vertrouwen:

« Er leven verschillende families in de wijk, en dus moet je ook het vertrouwen zien te winnen. Het feit dat je het beroepsgeheim respecteert, is des te belangrijker [...]. Maar de mensen moeten ook echt geloven dat je het bewaart, en somservaart een verpleegster uit de wijk een veel grotere druk van de anderen, die denken dat ze zaken zal doorvertellen. De uitdaging is voor haar dus groter dan voor iemand die hier niet woont (VER).

De wijziging of verandering van een bestaande interactiestructuur met een zorgverstrekker of binnen een wijk kan bijzonder confronterend zijn. Wat de huisartsen betreft, kaarten onze respon-

denten de moeizame heropbouw van die relatie aan nadat een vertrouwde arts op pensioen is vertrokken, bijvoorbeeld: *“De nieuwe personeelsleden hebben vaak een gebrek aan ervaring en het contact met hen is niet vergelijkbaar. Mijn moeder voelt zich bijvoorbeeld veel minder op haar gemak, aangezien ze minder vertrouwen heeft in de nieuwe dokters. En ook de communicatieproblemen, die dokter [X] vroeger wist te overkomen, stellen zich nu opnieuw”* (INW). Anderzijds kan ook de verhuis van de patiënten, naar een andere locatie in de stad, heel confronterend zijn: *“Ik voelde mij niet goed, voelde mij niet thuis in de samenleving, en hij [de dokter] begon plots over geld te praten... Ik was helemaal van streek over hoe hij mensen ontving, benaderde, zag. Ik zie het als een groot risico op ontwrichting als mensen de wijk verlaten”* (INW).

Tot slot kan de verankering in de wijk volgens sommige respondenten door de jaren heen en/of door het engagement van de zorgverstreker binnen uiteenlopende structuren de *“illusie”* scheppen dat die persoon voeling heeft met de cultuur, waardoor men op vooroordelen of *“ clichébeelden”* gaat steunen om een situatie in te schatten: *“In Brussel denken veel eerstelijns-werkers dat zij ‘cultuurgevoelig’ te werk gaan [...] Toch hebben mensen bepaalde opvattingen over een Marokkaan of Turk. Vaak denkt men dat het bijvoorbeeld psychologisch is. Aangezien we te maken hebben met een extreme diversiteit, stellen we onszelf soms niet genoeg in vraag”* (VER). Zoals we zullen zien in hoofdstuk 8 zijn bepaalde huisartsen zich bewust van dat risico en leggen zij een permanente *“introspectie”* aan de dag: ze staan meer bepaald stil bij hoe zij zich aanpassen in hun praktijk, op grond van welke ideeën zij dat doen en de praktische en ethische implicaties ervan (Schön, 1983).

Het bewaren van een zekere culturele afstand kan daarentegen leiden tot denigrerende uitspraken: *“Ze zeggen: ‘Depressies bestaan niet bij ons. Dat is iets voor anderen, voor de blanken.’ [...] Dat is een beetje stout om dat zo te zeggen, maar er zijn mensen die echt het warme water niet hebben uitgevonden. [...] Maar dat neem ik hen dan niet kwalijk. Niet iedereen krijgt dezelfde kansen in het leven”* (HMH).

Tussen die twee houdingen in, zijn er ook getuigenissen over (therapeutische) educatie¹³. Deze kunnen gezien worden als culturele inspanningen om te komen tot een interactiestructuur en het bijhorende gedrag, die bijdragen tot de therapeutische doelstellingen die de zorgverlener vooropstelt. In de drie onderstaande fragmenten omvatten de educatieve doelstellingen dagelijkse gewoonten, respect voor de consultatiecontext, seksisme en een gepast gebruik van gezondheidszorg:

« *Als men echt wil streven naar een betere gezondheid van de mensen, dan moet men volop inzetten op therapeutische educatie, want er zijn zo veel patiënten aan wie we geneesmiddelen geven, maar die niet begrijpen dat ze ook hun dagelijkse gewoonten moeten bijsturen (HGP).*

« *Sommige van die hardleerse patiënten kunnen agressief zijn, zijn slecht opgevoed of nemen verwijten in de mond, gewoonweg omdat het om een vrouw gaat. Maar dat is nog niet alles. Er zijn er die het ons kwalijk nemen dat we hen vragen om morgen terug te komen op afspraak, ongeacht of het om een vrouw of man gaat (HMH).*

« *De patiënten beseffen niet dat ze hier slechts moeten zijn als het echt nodig is. Ze komen voor gelijk wat langs, gewoon omdat we het forfaitaire systeem hantieren (HMH).*

In deze getuigenissen lijkt therapeutische educatie te worden verward met culturele inspanningen die gebaseerd zijn op een gesitueerde kijk op wat een goede gezondheid betekent. Die kijk hangt af van de sociale positie van de zorgverlener, in termen van sociale klasse, etniciteit en cultuur.

Dit kan dan bijgevolg leiden tot paternalistische/maternalistische en autoritaire uitspraken: *“Met die patiënten moet je heel streng zijn. Anderen moet je dan weer bijna bemoederen”* (HMH). Zo'n uitspraak vertrekt inderdaad vanuit de overtuiging dat men *“hen in de hand moet houden”* (HMH), om een *“doel te bereiken”* (HMH).

13. Volgens de WHO (1996) moet therapeutische educatie patiënten helpen om de vaardigheden te verwerven of te behouden die zij nodig hebben om beter om te gaan met een chronische aandoening.

Ongelijke behandeling en minachting

« *Het probleem bestaat er volgens mij niet in te achterhalen of de patiënt al dan niet de waarheid vertelt of een vertekend, ongepast beeld heeft van de situatie. We krijgen wel degelijk te maken met dergelijke ervaringen. Waarom duiken die steeds weer op? Hoe kunnen we dat verantwoorden? Welke waarden en welk belang moeten we daaraan hechten? (Gaille, 2009).*

De therapeutische relatie – wat erover wordt gezegd, hoe dat wordt gezegd en welk resultaat het heeft – krijgt gestalte in en door de perceptie die de betrokkenen van elkaar hebben. Die perceptie wordt – zoals we zullen zien – gevoed door ervaringen die in meer of mindere mate beladen zijn met opvattingen van de personen. Een te grote afstand tussen die opvattingen en de ervaringen van de persoon werkt een ongelijke behandeling in de hand. Wat die ongelijke behandeling betreft, bestaat de vraag er – zoals ook Gaille (2009) aangeeft – niet in de schuldigen daarvoor te identificeren, maar is het veeleer zaak de betekenis ervan te begrijpen.

Onze respondenten getuigen over ongelijke behandelingen, bijvoorbeeld doordat er minder waarde wordt gehecht aan uitspraken en ervaringen van patiënten, de manier waarop naar hen wordt geluisterd en hoe de boodschap en de voorgestelde behandeling wordt medegedeeld (Gelly & Pitti, 2016).

Wat de manier van spreken betreft, licht een arts toe: *“In functie van wie ik voor me heb, praat ik niet altijd op dezelfde manier. Jongeren, senioren, mensen die geen Frans spreken ...”* (HGP). De inhoud van de communicatie wordt eveneens bijgesteld: *“Ik zal mijn boodschap afstemmen op de persoon die ik voor mij heb, niet om de informatie te beperken, maar om hen de belangrijke informatie mee te delen die zij kunnen verwerken en aankunnen”* (HMH).

Het bijsturen van de communicatie door de zorgverstrekkers wordt dus gedreven door hun perceptie van de sociale en culturele eigenschappen van de patiënten en hun vermogen om informatie te verwerken. In die context ontvangen de meest kwetsbare personen doorgaans minder informatie (Faizang, 2014). Ook wat de aangeboden behandelingen betreft, wordt de aanpak bijgestuurd. De verschillen in behandeling kunnen

gestuurd worden door het bestaan van een groter medisch risico, bijvoorbeeld door de leeftijd, maar kunnen ook het gevolg zijn van vooroordelen over de behoeften van de persoon:

« *We weten maar al te goed dat een dame van 80 jaar niet dezelfde behandeling zal krijgen als iemand anders. Daar kan soms een geldige medische reden achter zitten, denk bijvoorbeeld aan de impact van een volledige narcose op een hart van die leeftijd. Het kan echter ook anders. Vaak geloof ik mijn oren niet als men zegt: ‘Het kan geen kwaad dat die persoon seksuele functies verliest, want op die leeftijd heb je die toch niet meer nodig’ (VER).*

Dergelijke verschillen in aanpak kunnen steunen op vooroordelen inzake klasse en etniciteit. Ze worden dan ook ervaren als *“misprijzen door de dokters”* (INW). Een inwoner legt bijvoorbeeld uit hoe een dokter die hij raadpleegde voor een orthodontieprobleem hem doorverwees naar een stagiaire, met de mededeling dat de ingreep waarschijnlijk te duur zou zijn voor de inwoner, afgaand op diens veronderstelde eigenschappen van klasse. Zoals ook Gelly & Pitti (2016) aangeven, worden de meest kwetsbare personen zo doorverwezen naar minder gespecialiseerde en minder grondige behandelingen.

Vooroordelen inzake cultuur, klasse, etniciteit of leeftijd kunnen daarnaast nog een invloed hebben op hoe er naar een persoon wordt geluisterd of op de aandacht die aan die persoon wordt geschonken. Dat geeft ook Faizang (2014: 142) aan: *“Tijdens tal van consultaties stelt de patiënt een vraag of wijst op een symptoom dat hem of haar zorgen baart, maar waarop de arts niet antwoordt of geen aandacht aan besteedt of waarop de arts naast de kwestie reageert, zonder de aard van de vraag correct in te schatten.”*

Verscheidene respondenten ervaren in dat verband een “gebrek aan erkenning” (Gaille, 2009), in die zin dat er niet op gepaste wijze naar hen geluisterd wordt, of dat zij niet de gepaste aandacht krijgen, omwille van vooroordelen. De *“kleinzerigheid”* (INW, 2021) van Noord-Afrikaanse immigranten zou bijvoorbeeld een hardvochtig stereotype zijn. Het gebrek aan aandacht voor een persoon, of het misprijzen dat door die persoon ervaren wordt, leiden tot een vertrouwensverlies. Dat verlies van vertrouwen is des te sterker in het kader van een medische relatie

waarin de “expertise” van de zorgverlener, die een zekere autoriteit geniet, naar voren wordt geschoven, en waarbij de patiënt traditioneel gezien het advies van de expert volgt (Blais, 2007; Hejoaka et al., 2020). Zo volgden bepaalde respondenten een behandeling, bijvoorbeeld voor chronische wonden, tot het niet langer houdbaar was. Door de behandeling stop te zetten, kwam het tot een breuk met de zorgverstrekker en met het zorgsysteem in het algemeen, aangezien de persoon zich schuldig voelde toen hij de voorgestelde behandeling niet langer volgde.

De uitdaging bestaat er dan in om de waarde van “een andere stem” te erkennen en te machtigen (Gilligan, 2019): die van de persoon. Sommige respondenten laten van zich horen: *“Als ik iets niet begrijp, dan vraag ik: ‘Leg het mij uit wat het is, dan zoek ik het op in mijn medisch woordenboek’. Dan vraag ik: ‘Kunt u mij dat iets duidelijker uitlegen?’ Dan wordt er een tekening gemaakt. Soms zijn er mensen die naar de dokter gaan en daarna helemaal niets meer weten”* (INW, 2021).

Zoals de volgende respondente aangeeft, ondervinden de meeste personen echter moeite om vragen te stellen, vooral als de houding van de zorgverstrekker hen daartoe niet aanspoort: *“Hij stelde zich een beetje agressief op tegenover mij. En ik ben iemand die niet goed met conflictsituaties om kan. Ik kan me niet verdedigen. Ik ga de confrontatie liever niet aan”* (INW, 2021). Iemand die zich kwetsbaar voelt omwille van problemen en zijn of haar positie in de zorgrelatie, zal inderdaad vaak de confrontatie vermijden: *“Dat word je wel gewoon, ook al ga je het liever uit de weg, die confrontatie. Niemand houdt daarvan. Misschien zijn er die daar wél van houden, chefs misschien, maar ik ben zo niet... Dan cijfer ik mij eerder weg, of vertrek ik zelfs gewoon”* (INW, 2021). Het vermijdingsgedrag of de ontmoediging zijn des te groter wanneer de persoon zich moeilijk kan uitdrukken: *“Soms zeggen ze iets dat ik niet begrijp, maar ik laat het voor wat het is. Het is echt niet eenvoudig om te praten met iemand die ik niet begrijp. Dat is ook een beetje moeilijk voor de arts, voor iedereen eigenlijk”* (INW, 2021).

In zo’n geval zou de beschikbaarheid van tools die de communicatie bevorderen overigens niet volstaan:

« Zo kreeg ik ooit te maken met een moeder die helemaal niet tevreden was over de opvolging van haar dochter. Zij was echt getraumatiseerd. Haar dochter kampte met een aanzienlijke beperking. Ik zei haar: ‘Je moet erover praten.’ Dat was in [medisch huis X], waar ze over een systeem beschikken om ontevredenheden te bespreken. Maar ze durfde niet ... Ze twijfelde eraan of ze serieus zou worden genomen. Hier heb je te maken met een hiërarchie in de relatie, want de vrouw sprak perfect Frans (VER).

Zoals blijkt uit recente onderzoeken zijn de tools die het mogelijk moeten maken mensen inspraak te geven, ontoereikend. Ze zouden immers moeten opgevolgd worden door gedragingen, aanmoedigingen en zelfs activiteiten gericht op het creëren van een relatie op gelijke voet (Bruneau, Génolini, et Terral, 2021). Bepaalde respondenten bevestigen wel dat ze transformaties opmerken in de therapeutische relatie, die hen wel aansporen om zich uit te drukken: *“Voorheen durfde ik niet over mijn prostaat te praten met de dokter. Met hen kon je niet praten”* (INW).

De kwaliteit van de zorgrelatie

De zorgrelatie is bepalend voor hoe de zorg ervaren wordt: *“De relatie is heel belangrijk als het om zorg gaat. Je moet je veilig en gesteund voelen. Alleen zo kan je vrijuit praten”* (INW, 2021). Ook die relatie zelf heeft een zorgeffect: *“Een goed onthaal betekent voor de patiënt al een halve genezing”* (INW, 2021). De relatie werkt helend. Of, anders gezegd: de aandacht die aan de persoon wordt besteed, en hoe de zorgverstrekker zich over die persoon ontfermt, zijn eveneens belangrijk, zo niet nog belangrijker dan de technische handelingen, volgens onze respondenten.

Op basis van de getuigenissen, kunnen we enkele elementen aanstippen die vaak worden aangekaart en die bijdragen tot de zorgrelatie. Ten eerste worden menselijke kwaliteiten als vriendelijkheid, empathie en welwillendheid op prijs gesteld (Vannotti, 2002). Die eigenschappen uiten zich in het vermogen om een geruststellende band te scheppen, waarin men zich veilig voelt en die als “menselijk” wordt ervaren: *“Als mijn gezondheid het laat afweten, praat hij vriendelijk tegen mij. En die babbelt alleen al voelt aan als een remedie. Dan voel ik me weer beter. Dat is een goed iemand”* (INW, 2021).

Ten tweede draagt de aandacht die de zorgverlener heeft voor de ervaringen en de zorgvraag van de persoon bij tot de zorgrelatie. Zoals we eerder al zagen, leidt een gebrek aan aandacht tot gevoelens van stigmatisering of “minachting”. Zoals we al aangaven in het hoofdstuk over alleenstaande moeders, werkt aandacht voor de patiënt een gevoel van erkenning in de hand, voor de patiënt als persoon, zijn of haar situatie en de behoeften die daaruit voortvloeien. Die aandacht kan voor onze respondenten de vorm aannemen van uiteenlopende onderzoeken en, meer algemeen, van fysieke signalen. Bepaalde respondenten wijzen in dat verband op het belang van de blik tijdens de consultaties. Tijdens de coronapandemie zat het gezicht van de zorgverleners echter verscholen achter een masker.

Ten derde schept het feit dat er gedurende de hele consultatie aandachtig geluisterd wordt vertrouwen: *“De dokter moet echt de problemen kunnen uitdiepen om die het hoofd te bieden. Het is heel belangrijk dat de dokter aandachtig luistert naar de patiënt. Anders heeft het geen zin. Ik denk echt dat de dokters hun tijd moeten nemen met de patiënten”* (INW, 2021).

Luisteren is dus een blijk van aandacht voor de persoon, maar er is meer. Het schenkt de persoon ook een stem.

« *Ik had een patiënte die ik al lange tijd opvolgde, telkens voor onbenulligheden, als ik dat mag zeggen. Ik dacht telkens: ‘Maar wat heeft ze? Heeft zij nu niets beters te doen als 25-jarige?’ ... En op een dag kwam ze langs en brak ze in tranen uit. Toen begreep ik dat ze al die tijd het slachtoffer was van partnergeweld. Toen pas dacht ik: ‘Ah, dat was er gaande ...’* (HMH, 2020).

Zoals blijkt uit deze getuigenis, krijgt een patiënt die zich kan uitdrukken tegelijk ook de macht om te handelen: *“Ik kreeg de kans om op een open, menselijke en zelfs professionele manier met de dokters te praten, al sprong vooral het menselijke aspect eruit. Ik kreeg de kans om te praten, en dankzij die dokters voelde ik mij minder alleen. Ik voelde me in staat om de zaken te veranderen enz.”* (INW, 2021). Een luisterend oor is cruciaal voor de symmetrie in de zorgrelatie en om zich te kunnen uitdrukken over problemen, die een persoon kwetsbaar maken tegenover zorgverleners, naasten en de samenleving.

Ten vierde kan een relatie sterker worden doorheen de tijd. Tijd helpt de zorgverlener om de patiënten, hun levensomstandigheden en hun voorkeuren beter te leren kennen. Tijd helpt ook om de zorg te personaliseren, waardoor de patiënt ook meer vertrouwen zal schenken aan de zorgverlener. Het volgende voorbeeld geeft aan hoe die verschillende elementen samenkomen in de ervaring van een respondente:

« *Toen ik gisterenochtend naar de dokter ging, kwam ik helemaal van streek bij hem aan. Dokter X kent me, dus dat is niet zo erg. Ik zei hem: ‘Dokter, ik heb COVID.’ Hij reageerde: ‘Is dat zo?’ Hij heeft me vervolgens onderzocht, en zei: ‘Nee, je zit met een griepje, niet met COVID. En in je neus heb je eczema.’ Ik heb wel vaker last van eczema. Dat bewijst dat ik een goede dokter heb. Ik vertrouw hem. En ik blijf altijd trouw aan mijn dokters. Ik ben te bang om van dokter te veranderen. Ik heb al 19 jaar dezelfde gynaecoloog, al sinds ik hier aankwam, zo’n 20 jaar geleden. Ik heb altijd dezelfde. Mijn NKO is met pensioen. Ik was toen kwaad. En ik blijf ook bij dezelfde tandarts. Ik wil mijn dokter echt niet kwijt* (INW, 2021).

Uiteindelijk wordt de zorgrelatie gevoed door menselijke eigenschappen, zoals vriendelijkheid, empathie, welwillendheid. Aandacht leidt tot erkenning. Het feit dat er geluisterd wordt werkt een duurzame band in de hand en schenkt de patiënt een stem en de macht om te handelen. Tijd helpt dan weer om de zorg te personaliseren en schept vertrouwen. Deze elementen werken erkenning en zelfs dankbaarheid en genegenheid voor de zorgverleners – doorgaans huisartsen – in de hand. Bijvoorbeeld:

« *Als ik zo terugblik op de voorbije jaren, drie of twaalf jaar terugblik, dan denk ik bij mezelf: ‘Amai, had ik al die tijd nooit een dokter gesproken, dan was ik er nu niet meer geweest.’ De dokter helpt me, praat veel, helpt je echt, geeft je vitamines, geneesmiddelen om tot rust te komen [...]. Ik weet niet hoe ik het had gesteld zonder de dokter* (INW, 2021).

In de zoektocht naar een interactiestructuur – de zorgrelatie – lijken die menselijke eigenschappen vooroordelen en stereotypes te ontcrachten en de eigenwaarde van de persoon te herstellen. In het volgende hoofdstuk, waarin we het hebben

over de praktijken van zorgverleners in de armen wereld, belichten we ook relationele aspecten en de overwegingen die hieraan aan de basis liggen. Het gaat volgens ons namelijk om ethische overwegingen van aandacht, erkenning, maar ook om de strijd tegen vooroordelen die tot een ongelijke behandeling leiden.

De praktijken van zorgverleners in de arme sikkkel

In dit onderzoek verwijzen we met zorgverleners naar *zij die zorg verstrekken*. Die zorg kan de vorm aannemen van gezondheidszorg, psychosociale begeleiding, culturele begeleiding of een luisterend oor en reële aandacht voor de behoeften van de persoon die zich aanbiedt. Onze aandacht gaat meer specifiek uit naar huisartsen, apothekers en verenigingen die focussen op sociale, culturele, educatieve en gezondheidsaspecten.

In de loop van dit hoofdstuk komen de volgende vragen aan bod: Welk beeld hebben deze actoren van hun eigen beroep? Hoe omschrijven zij hun rol? En wat zijn de voornaamste eigenschappen van hun praktijk? De perceptie, de rollen en de praktijken kunnen in verband worden gebracht met een zorgethiek, die – als die naar de praktijk wordt vertaald – bijdraagt tot de toegang tot en het gebruik van zorg voor kwetsbare personen. Met andere woorden: in dit hoofdstuk maken we geen exhaustieve omschrijving op van het werk van zorgverleners in de arme sikkkel, maar stellen we veeleer een gerichte beschrijving op naargelang het zorgperspectief, om aan te geven hoe die ethiek een concrete vorm kan aannemen.

Huisartsen in een groepspraktijk

« Ik ben naast arts ook juriste en maatschappelijk assistente. Soms help ik mijn patiënten om problemen met hun hypothecaire lening aan te pakken (HMH).

In de arme sikkkel zien de huisartsen met wie we spraken hun job als een vorm van engagement, of zelfs als militantisme. Ze hebben het over hun wens om een vorm van geneeskunde te beoefenen die “*menselijk en geëngageerd*” is, die soms tegenover een “*kleinburgerlijke*” en “*gemakzuchtige*” geneeskunde staat “*waarin men zich verveelt*”. Deze laatste wordt in verband gebracht met de meer zuidelijke wijken van Brussel (HMH). Ze werken hoofdzakelijk in een groepspraktijk¹⁴, in de “armste zones, waar de bevolkingsdichtheid het grootst is” (Missinne & Luyten 2018, p.23). De meesten zijn actief binnen structuren die als medisch huis zijn erkend¹⁵, waarvan het merendeel het forfaitaire systeem hanteert. De andere huisartsen, die in een groepspraktijk werken, hanteren meestal de derdebetalersregeling¹⁶.

14. In de beschrijvende tabel over onze steekproef worden de werkmodaliteiten van de huisartsen met wie we spraken toegelicht.

15. Ter herinnering: het dossier *Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn er mogelijke tekorten?* (Missinne & Luyten, 2018) licht de werking en de verschillende erkenningsystemen van medische huizen toe.

16. Wat de financieringsystemen betreft, hebben we de posities van de huisartsen ter zake grondiger belicht in het hoofdstuk over de toegang tot eerstelijnszorg.

Op het vlak van professionele waarden, onderscheiden zij zich door hun specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van zorg. Hun wens om een menselijke en geëngageerde geneeskunde te verstrekken, berust vaak op hun eigen persoonlijke en professionele traject. Die wens kan zijn oorsprong vinden in de sociale of familiale omgeving van de arts: *“Mijn ouders hebben een medisch huis opgericht. Dat is een zorgmodel waar ik vertrouwd mee ben. De sociale betrokkenheid en de toegankelijkheid van zorg voor iedereen vind ik interessant aan dit soort structuren, net als de samenwerking met de wijken”* (HMH). Heel vaak zit die wens ook geworteld in culturele en sociale ervaringen die verschillen van de omgeving waarin ze zijn opgegroeid of opgeleid aan de universiteit. Ervaringen bij organisaties als Dokters van de Wereld, Artsen Zonder Grenzen en het Rode Kruis worden in die zin omschreven als bepalend voor hun keuze om in de arme sikkkel aan de slag te gaan: *“Ik heb een jaar op missie gewerkt voor Artsen Zonder Grenzen. Toen ik terugkeerde, zag ik mezelf heus niet aan de slag gaan in Zuid-Brussel, dus koos ik bewust voor deze gemengde wijk, ook al ben ik in Ukkel opgegroeid”* (HGP). Het rechtstreekse contact met een wijk in de arme sikkkel, via een stage of een job, kan eveneens bepalend zijn. Het kan de arts bewust maken van sociale problematieken waar hij of zij nog niet op de hoogte van was: *“Ik heb een psychosociaal aspect ontdekt waar ik van thuis uit of vanuit mijn opleiding niet mee vertrouwd was. Nooit eerder kwam ik in contact met zo veel kwetsbare personen als tijdens mijn stage hier”* (HGP). Het professionele discours omtrent het sociale en culturele verschil wordt soms ook een vleugje exotisme aangemeten. Zo werpt een huisarts zijn *“passie voor het reizen”* op als reden om in de arme sikkkel aan de slag te gaan, eerder dan in een meer welgestelde wijk van Brussel.

Naast hun persoonlijke en professionele traject, blijkt ook de aard van de problemen waar ze mee geconfronteerd worden een belangrijke drijfveer om in de arme sikkkel te werken. Het zijn problemen met een belangrijke maatschappelijke impact en de geneeskunde zelf kent interessante culturele en psychosociale aspecten.

« Cultureel gezien is het erg divers. We hebben ook veel geluk dat we een geneeskunde kunnen beoefenen die op vlak van symptomen heel rijk is, met uiteenlopende pathologieën. Als arts [...] kan je echt veel betekenen, en dat is interessants omdat je soms de indruk hebt dat je in sommige praktijken puur cosmetisch werk verricht. Hier is dat helemaal niet het geval (HMH).

« Geestelijke gezondheidsproblemen en sociale uitdagingen, zoals huiselijk geweld, verslavingen ... Dergelijke problemen overheersen en kunnen aangepakt worden met gezondheidspromotie en preventie. En volgens mij is daar voor ons als eerstelijnsactoren een rol weggelegd (HMH).

Deze problemen krijgen weinig aandacht in het sociale milieu waarin onze respondenten opgroeiden, maar komen ook amper tot niet aan bod in de universitaire opleiding, waar het vooral gaat over *“studies in universitaire ziekenhuizen, met ultraselecteerde patiënten! Onze patiënten worden niet zo geselecteerd”* (HMH).

De keuze om in de arme sikkkel te werken is dan ook vaak een positieve keuze voor een reflectieve en preventieve beroepspraktijk waarin culturele openheid en maatschappelijk nut centraal staan. Zoals we zullen zien kenmerkt deze praktijk zich ook met een relationele ethiek en een pluridisciplinaire aanpak.

In de eerste plaats schenkt hun werk in de arme sikkkel de huisartsen *“voldoening”* (HMH). Het werk als huisarts is immers relevant en heeft sociale impact: *“Ons werk is nuttiger, en ook doeltreffender, gevarieerd en interessant. De huisarts speelt een belangrijke rol. Onze impact op de mensen hier is groter”* (HMH).

Ten tweede brengt de psychosociale aard van de problemen van de patiënten, de artsen ertoe een eerstelijnslogica te volgen en een meer preventieve aanpak uit te werken: *“Psychosociale outreachings-activiteiten, geestelijke gezondheidspromotie, seksuele gezondheidspromotie, ... Volgens mij kan je de gezondheid én de persoon beter maken, en er een veel aangename en meer verrijkende praktijk opna houden”* (HMH).

Ten derde kwam een theoretische kader omtrent dergelijke problemen niet of amper aan bod in de opleiding. De praktijk kreeg in de meeste gevallen “gaandeweg” vorm, vanuit een pragmatische insteek: “*We moeten echt de mouwen opstropen en de patiënten verzorgen*” (HMH). Hoewel die pragmatische insteek “heel nobel” is, kan die ook gezien worden als een “verlies van kwaliteit”.

Uit vrees voor dat verband tussen beroepspragmatiek en een kwaliteitsverlies, grijpen bepaalde huisartsen op eigen initiatief terug naar theoretische tools. Ze zijn ook erg blij “*dat het onderzoek evolueert, want er verschijnen almaar meer pragmatische essays met inclusiecriteria die nauwer aanleunen bij de realiteit in de eerstelijnszorg*” (HMH).

Kader 2: Preventie van huiselijk geweld bij huisartsen

Op het vlak van huiselijk geweld kunnen we bijvoorbeeld aan secundaire preventie doen, via opsporing, outreach ... op basis van risicofactoren, zoals kwetsbaarheid, zwangerschap, veelvuldige consultaties om vage redenen enz. Dan stel ik de vraag: ‘Hoe voelt u zich thuis?’ en ‘Bent u soms bang als u thuis bent?’ Het is dus een kwestie van opsporing, zonder de mensen te affronteren: als er thuis geen geweld heerst, dan komt dat over als een algemene vraag. Voor wie thuis wel met geweld te maken heeft, kan het een opening bieden. Misschien zeggen ze eerst wel ‘Oh, nee hoor!’, maar komen ze er zes maanden later wel over praten. En dan zijn er nog alle signalen van risico’s op partnergeweld, zoals gedrag dat op jaloezie wijst, of personen die afhaken op school.

En op het vlak van behandeling, zijn er allerhande redmiddelen, ‘reddingsboeien’ in de cyclus van geweld, maar dat heb ik volgens mij goed onder de knie.

Die ‘reddingsboeien’ zijn onder meer kopieën van documenten, de paspoorten van de kinderen, of zaken van illegaal verblijf enz. Een voorraad geneesmiddelen als het gaat om mensen die verslaafd zijn aan benzo’s of andere substanties, een astmapuffertje, een oude gsm met een kopie van de simkaart enz. Dat is ‘de reddingsboei’. We stellen dit aan de patiënten voor als een reddingsboei voordat ze de zee opgaan.”

Ten vierde kan de praktijk van huisartsen als ‘reflectief’ omschreven worden, meer bepaald wat betreft de culturele dimensie van de problemen van de patiënten. Zoals we al in het voorgaande hoofdstuk zagen, wordt die culturele dimensie gezien als een uitdaging in het wederzijdse begrip. De meeste respondenten leren deze uitdaging in de praktijk aan te pakken en betreuren opnieuw dat de universitaire opleiding zich beperkt tot “*het volproppen van het brein met wetenschappelijke informatie, zonder oog voor menselijke, relationele of psychosociale aspecten*” (HMH). Anderen schuiven veeleer de moeilijkheid, zo niet de onmogelijkheid naar voren om zicht en inzicht te verwerven in buitengewoon uiteenlopende benaderingen van gezondheid en het lichaam. Zo dringt een open en reflectieve houding zich op:

« *We willen een tool ontwikkelen die toegankelijk is voor iedereen, ook financieel, met een derdebetalersregeling. Ik heb veel in het buitenland gewerkt en gewoond. Dus vond ik dat ik wel voldoende gewapend was om de patiënt te begrijpen. Op sociocultureel vlak worden we geregeld op onze nietigheid gewezen, want een andere cultuur en een ander individu écht begrijpen, dat is een onmogelijke opdracht. Je moet dus die dynamiek hebben: je mag nooit aannemen dat je nu echt hebt begrepen wat de ramadan inhoudt, of dat je de status van de vrouw bij bepaalde doelgroepen begrijpt. Helemaal niet, eigenlijk!* (HGP).

In deze houding kan ook de verwijzing naar het “culturele” in vraag worden getrokken, want dat *“is een allegaartje, is helemaal niet nauwkeurig, en het komt in feite over als een oordeel!”* (HGP). Door te focussen op cultuurgebonden elementen, zoals *“Moslim zijn en meedoen aan de ramadan”*, dreigen we af te drijven van het *“échte thema”*, met name de gezondheid en de zorg. Zodra we over die termen gaan nadenken – gezondheid en zorg – krijgt het “culturele” element een andere betekenis: *“Ik heb geen zicht op de cijfers, maar ik heb wel de indruk dat Moslims veel beter voor hun ouderen zorgen, veel meer aanwezig zijn voor hen en je op tijd opbellen enz. Ze komen daarentegen vaker iets tegen tijdens de ramadan. Maar dan gaat het om heel sporadische dingen”* (idem).

Onze respondenten lijken dus stil te staan bij culturele aspecten, en hoewel sommigen weigerachtig staan tegenover *“linkse bekommernissen van salonsocialisten”* (HGP), is die reflectie volgens hen noodzakelijk *“omdat de diversiteit zodanig groot is onder onze patiënten, terwijl die heel beperkt is onder de zorgverleners”* (idem).

Ten vijfde onderscheidt de huisartsengeneeskunde in de arme sikkkel zich door de aandacht voor relationele aspecten. Enerzijds zijn de relaties in de wijk vaak gemoedelijk. Die gemoedelijkheid uit zich meer bepaald in de *“gezelligheid van Ku-regem”* of de *“grote sociale verscheidenheid in de Marollen”*. Anderzijds wordt een grote waarde gehecht aan het menselijke aspect van de relaties met de patiënten. Dat menselijke aspect is des te relevanter gezien de *“sociale functie”* die de huisarts speelt *“in de hoofden van de patiënten”* (HGP), voornamelijk bij kwetsbare en geïsoleerde personen.

Die sociale functie, die we in het hoofdstuk over de zorgrelatie hebben besproken, impliceert een gepersonaliseerde en contextgebonden benadering van de normen die gelden in de medische praktijk. Die benadering houdt in dat er aandacht is voor de behoeften van patiënten en een flexibele toepassing van administratieve aspecten, in functie van de behoeften. Wat dat administratieve kader betreft, kiezen de respondenten uit groepspraktijken voor een ruime toepassing van de derdebetalersregeling: *“Het remgeld bedraagt 1 tot 4 euro. Onze patiënten hier weten best wel dat indien ze niet genoeg geld hebben, dat niet erg is”* (HGP, 2020). De meeste huisartsen verwelkomen daarnaast ook DMH-patiënten voor wie het OCMW moet tussenkomen. Sommige

artsen, vooral in groepspraktijken, zouden echter *“de OCMW's vervloeken”* en hebben *“de buik vol van administratieve rompslomp die hen meer kost dan een doktersbezoek”* (HGP). Eén respondent vertrouwt ons toe dat het *“geregeld”* wordt: *“We vragen iets meer aan bepaalde patiënten, en verzorgen de anderen dan graag gratis!”* (idem).

Wat betreft de aandacht voor de behoeften van de persoon, is het van cruciaal belang dat er rekening wordt gehouden met de context waarin de persoon leeft, en het soms wankel evenwicht:

« *Sommige vrouwen moeten helemaal alleen instaan voor de opvoeding van drie of vier kinderen. Soms heeft een van die kinderen een mentale achterstand of gedragsproblemen. Die vrouwen kunnen niet gaan werken, want zij moeten alles geregeld krijgen. En dat terwijl ze leven van een leefloon van het OCMW, terwijl het OCMW hen dwingt om te gaan werken. Dan ben ik als arts ‘verplicht’ om te zeggen dat zij met een ziekte leven, om het behoud van de OCMW-tegemoetkoming te rechtvaardigen zonder dat ze werken. Het lijkt immers onmogelijk om te gaan werken én in te staan voor het huishouden en de opvoeding van de kinderen (HMH).*

Ten vijfde leidt deze relationele manier van werken waarbij ook aandacht gaat naar de ruimere context en die we in verband brengen met een relationele ethiek of “zorgethiek”, tot consultaties die steunen op aandachtig luisteren, met de nodige tijd en met ruimte voor emoties. Volgens sommige respondenten is aandachtig luisteren de basis van de consultatie:

« *Een consultatie is bij mij eerder een aandacht op verschillende niveaus. Ik luister naar de fysieke klachten van de patiënt, heb aandacht voor de mentale aspecten en hecht vervolgens veel belang aan het sociale aspect, de context en het existentiële. Denk bijvoorbeeld aan het verband met al dan niet religieuze overtuigingen en de relatie van de patiënt met de cultuur van zijn of haar land van herkomst. En ook de natuur kan een rol spelen. Soms vraag ik of de patiënt iets te kort komt op het vlak van contact met de natuur (HMH).*

Anderzijds steunt de consultatie op een menselijke relatie, waarin emoties onvermijdelijk een rol spelen:

« *In elk menselijk contact speelt emotie een rol. Zonder emoties, zouden we robots zijn. Ik kan ook oog hebben voor de emoties van de mensen, terwijl zij ongetwijfeld ook mijn emoties kunnen aflezen. Soms zit ook ik wat minder goed in mijn vel en zit het niet mee. Voor mij is er op dat vlak geen verschil tussen arts en patiënt. Ik reik "wetenschappelijke" kennis aan, en zij dragen hun levenswijshouding en ervaringen met zich mee. Met de combinatie van die kennis kunnen we samen op zoek gaan naar oplossingen. En beide kennisvelden gaan gepaard met emoties en zijn persoonlijk. Dat betekent nog niet dat ik mijn hele leven aan mijn patiënten ga vertellen, en dat ik mijn eigen ervaringen toets aan al wat zij doen (HMH).*

Ten zesde, wordt er multidisciplinair samengewerkt en dringt de samenwerking binnen een netwerk zich op. Het kan gaan om formele netwerken, zoals de netwerken voor geestelijke gezondheid die vaak "107" genoemd worden in het kader van de hervorming, maar heel vaak ook om informele en heel lokale netwerken.

De netwerken kunnen de "interne" multidisciplinaire praktijk (waar verscheidene medische en paramedische beroepen binnen eenzelfde structuur worden er aangeboden) overnemen of aanvullen. De medische praktijk kan ook meerdere activiteiten omvatten, zoals bijeenkomsten in het teken van welzijn, gymsessies, kookworkshops, vrouwenbijeenkomsten of culturele activiteiten die door of binnen de structuur worden georganiseerd.

Zoals we hebben gezien, worden die interne multidisciplinariteit en die uiteenlopende activiteiten binnen bepaalde medische huizen mogelijk gemaakt door het forfaitaire systeem. Met dit systeem is het namelijk zo dat de "verzekerende instantie (het ziekenfonds) van de inwoner maandelijks een bedrag stort aan het betrokken medische huis, ongeacht het aantal consultaties" (Missinne & Luyten, 2018: p.9). In functie van de uiteenlopende behoeften van hun leden, kunnen de medische huizen dus een min of meer aanzienlijk budget ontvangen. Het staat hen vrij om dat budget aan te spreken met het oog op een flexibele beroepspraktijk, met maatschappelijke

en sociale hulpverlening, preventieactiviteiten, culturele activiteiten, naast de vergaderingen die vereist zijn voor een multidisciplinaire samenwerking. Die flexibiliteit wordt als een grote troef beschouwd, gezien de psychosociale en culturele dimensies van de eerder vermelde problemen. Onze respondenten wijzen er overigens op dat die multidisciplinariteit in elk geval de medische huizen aantrekkelijker maakt. Ze verduidelijken wel "dat men zich bewust moet zijn van de implicaties ervan, die soms wat moeilijk zijn. Multidisciplinariteit houdt enerzijds in dat je kan rekenen op een collega, maar anderzijds dat je die collega ook moet verdragen. Je moet toegiften doen of in staat zijn jezelf in vraag te stellen in functie van wat de ander zegt" (HMH).

Multidisciplinariteit, ook al wordt die aangeboden binnen dezelfde structuur, houdt dus in dat beroeps culturen en -ideologieën worden uitgedaagd. Daarvoor dringt zich dan weer een reflexieve houding op, die wel eigen lijkt aan de huisartsengeneeskunde in de arme sikkel. Zoals we hebben gezien, schuilt achter die reflectieve houding de wens om maatschappelijk relevant te zijn en een pragmatische, humane, relationele en gevoelige praktijk te bieden die afgestemd is op de context. Die contextualisering impliceert dat de artsen oog hebben voor de specifieke behoeften van de individuele patiënten en de situatie waarin die behoeften vorm krijgen. Voor bepaalde respondenten van medische huizen is dit engagement tegenover de persoon en zijn of haar behoeften overigens een criterium voor de professionele flexibiliteit die het forfaitaire systeem biedt:

« *De vragen hebben veelal betrekking op de sociale verworvenheden van de medewerkers, en focussen onvoldoende op 'Wat doen we voor onze patiënten en de samenleving in het algemeen?'. De eerste medische huizen werden op de vingers getikt door de Orde der Artsen, omdat ze vaccineerden, gratis zorg verstrekten enz. Maar we mogen niet vergeten dat het dankzij hén is dat we hier staan (HMH).*

Deze opmerking geeft blijk van een spanning tussen het benutten van de flexibiliteit die het forfaitaire systeem biedt in het belang van de patiënt, bijvoorbeeld door meer in te zetten op preventie, en het benutten van die flexibiliteit met het oog op een meer comfortabele beroepspraktijk, wat de werkuren en werkdruk betreft. Sommige

respondenten zijn van mening dat die spanning een weerslag is van een generationele verschuiving en een evolutie in het vak van de huisartsen. Meer dan vroeger nemen huisartsen ook gezins- en huishoudelijke taken op zich – zowel de mannen als de vrouwen.

Deze vaststelling kan – maar hoeft niet noodzakelijk – gekaderd worden binnen een breder debat over de “commerciële uitwassen” binnen medische huizen. Zoals eerder al vermeld, gaat het om het openen van tal van structuren die zich opwerpen als medische huizen door “ondernemers”, “investeerders”, of “zakenlui”, “die er vooral de financiële mogelijkheden van inzien, ten koste van een meer fundamenteel of ethisch aspect” (HMH). In dit laatste geval wordt het forfaitaire systeem misbruikt uit winstbejag, door een “selectie” te maken in de patiënten en een dienst te verlenen van bedenkelijke kwaliteit, tot op het punt dat de praktijk in kwestie “een tiental klachten van de Orde krijgt, een tiental klachten van het RIZIV wegens publiciteit, en de kostenloosheid ronduit met de voeten getreden wordt” (HGP, 2021).

De apotheken



Wij zijn heel toegankelijk. De deur staat altijd open. Men hoeft alleen maar binnen te komen. Ik sta voor hen klaar. Ze kunnen vragen stellen, zonder dat ze daarvoor moeten betalen. Ze hoeven niet te wachten (APO, 2020).

Een sterke verankering in hun wijk is eigen aan de apotheken: de personen met wie we spraken, werken al een twintigtal jaar of meer in de wijk, en sommigen wonen er ook, soms zelfs al verscheidene generaties lang. Ze omschrijven hun publiek als “divers, ik maak elke dag een wereldreis” (APO, 2020).

De apothekers wijzen vooral op het belang van hun toegankelijkheid – met de geopende deuren als symbolische weergave daarvan – en hun rol als eerstelijnscontact: “De apotheek is in hoge mate beschikbaar. Het zou voor mij heel tegenstrijdig aanvoelen om de deur te sluiten” (APO); “We staan op de eerste lijn. Als je ziek bent, waar ga je dan naartoe? Eerst naar de apotheek. ... Hier in de wijk gaat men vooral eerst naar de apotheek, en dan pas naar de huisarts.” (APO). Ze omschrijven zichzelf als nauw verbonden met hun publiek,

via vast en soms zelfs dagelijks professioneel contact, onder meer met de personen “die het methadonprogramma volgen”. Sommigen komen namelijk “elke dag een dosis halen, om misbruik te voorkomen” (APO).

Naast deze professionele en formele contacten, onderhouden ze ook meer impliciete en informele contacten: “Soms brengen mensen mij een bordje couscous, een kopje thee, pralines met de feestdagen, allerhande zaken. Het is als familie” (APO). De apothekers lezen die gebaren als uitingen van vertrouwen en een appreciatie voor hun band: “Ik heb in 19 jaar tijd nog nooit last gehad van graffiti. En mijn auto werd nog nooit bekrast of beschadigd. En ze weten nochtans goed genoeg met welke auto ik rijd. Had ik een slechtere band met hen of met de jongeren in de wijk gehad, dan zou dat tot graffiti leiden. Maar dat is hier niet aan de orde” (APO).

De impliciete en informele verstandhouding wordt ook zo ervaren door het cliënteel, aangezien de regelmatige klanten weten dat ze “altijd dezelfde persoon voor zich hebben, een vertrouwenspersoon die ze kennen” (APO). Ze weten bovendien goed hoe het werkt: “Ze zijn het gewoon. Ze weten wanneer het aan hen is, dat ze de nodige uitleg krijgen en dat alles op de doosjes met tekeningen wordt aangegeven of genoteerd wordt. Ze zullen weten hoe ze alles moeten gebruiken” (idem).

Volgens onze respondenten werkt de toegankelijkheid, het feit dat de apotheker en de klant elkaar kennen en het feit dat de relaties worden onderhouden een vertrouwensband in de hand. Die band komt een duurzame zorgrelatie ten goede. “Zonder dat vertrouwen kan je geen duurzame relatie uitbouwen” (APO), meer bepaald een relatie die de klanten voldoende vertrouwen biedt om vragen te stellen en over bekommernissen te praten: “Met welk probleem ze ook zitten, de mensen kunnen erover praten. Ongeacht hun afkomst, of het om een man of vrouw gaat... Dat is geen enkel probleem [...]” (APO).

Die vertrouwensband blijkt overigens cruciaal voor de rol van de apotheker, een rol die verder gaat dan het leveren van de middelen op het voorschrift en de verkoop van geneesmiddelen: “Kijk maar eens rond (lach). De omgeving alleen al geeft aan dat het zo niet is. Bij een doosjesverkoper staat het vol doosjes, displays allerhande,

cosmeticaproducten, reclame enz. In deze apotheek hier wordt echter advies gegeven” (APO). Overigens, “de helft van onze patiënten komt iets halen zonder voorschrift” (APO).

De rol of het vak van de apotheker ligt volgens onze respondenten vooral in een reeks handelingen die, zoals we zullen zien, omschreven kunnen worden als praktijken van preventie en multidisciplinaire samenwerking. In de eerste plaats is de beschikbaarheid van de apotheker bij vragen een bepalende factor: “Dat is het vak van de apotheker. Men komt hier, kan vragen stellen, zien of thuis al het nodige voorhanden is en of men al dan niets iet moet nemen, of er niets nodig is” (APO). Het kan gaan om heel uiteenlopende vragen: “Zo kreeg ik in de coronacrisis heel wat vragen, want de mensen dachten dat de overheid hen blaasjes wijsmaakte” (APO). In sommige gevallen is een goede kennis vereist van de lokale middelen: “De apotheek is vaak een beetje zoals een bibliotheek: ‘Ah ik heb dat nodig. Ik vraag het aan de apotheker, want die kent vast een goed adres, een goede verpleegkundige, of al wat verband houdt met gezondheid en welzijn” (APO).

Ongeacht om welk soort vragen het gaat, blijkt dat de beschikbaarheid van de apotheker door de burgers met wie we spraken wordt erkend en op prijs wordt gesteld: “Ik praat graag met de apotheker. Ik stel vragen over de geneesmiddelen.” (Sophia); “Ze geven goede informatie en bieden altijd een luisterend oor” (Sandra).

De rol van de apotheker impliceert in tweede instantie een reële aandacht voor de vraag en de situatie van de klant. Daarin staat de inname of het gebruik van geneesmiddelen centraal, al kan het ook over andere zaken gaan. De apotheker kan ook klanten doorverwijzen indien nodig, naar een arts of een andere zorgdienst: “Als ik het te ernstig vind, dan zeg ik dat ze naar de dokter moeten” (APO). De aandacht houdt dus vaak verband met het reactievermogen, waarbij een specifiek netwerk van professionals wordt geactiveerd: “Ik vond dat ziekenhuis X geen goede opvolging bood, dus nam ik contact op met de maatschappelijk assistente. Toen ik vond dat zij het dossier uiteindelijk niet zo goed opvolgde, verwees ik door naar een maatschappelijk assistente van het ziekenfonds. Nu hebben ze een rolstoel en staat de zoon op de wachtlijst om naar school te gaan” (APO). Dergelijke, specifieke kleinschalige netwerken kunnen onderhouden worden en iemand toelaten om een geschikt antwoord te vinden op

behoefte, binnen de gemeenschap, bijvoorbeeld:

« Het gaat om een psychiatrisch patiënt die wordt opgevolgd door een medisch huis en een psychotherapeutisch centrum. We hebben de geneesmiddelen herbekeken, omdat de patiënt als gevolg van polymedicatie geen eetlust had enz. Nu moet die patiënt niet langer naar de spoeddienst! Dat vind ik belangrijk, want die persoon verliet de spoeddienst met voorschriften voor ongeschikte middelen die ik niet wilde meegeven, zoals ontstekingsremmers die slecht waren voor de maag (APO).

Zoals we zien, wordt het feit dat de band met de gemeenschap een ziekenhuisbezoek helpt vermijden beschouwd als een troef.

Ten derde is het de taak van de apotheker om toelichting te geven: uitleggen wat de symptomen zijn, hoe het geneesmiddel moet worden ingenomen en wat de eventuele bijwerkingen kunnen zijn: “Onlangs kwam een patiënt helemaal van streek bij mij terug nadat hij een uitbrander had gekregen van de dokter. Dus vroeg ik: ‘Waarom?’ – ‘Omdat ik met mijn medicatie gestopt was. Dat mocht ik niet, maar ik voelde me beter.’ Dus nam ik mijn tool erbij en moest ik bevestigen wat de dokter hem had gezegd, maar dan op een meer empathische, andere manier” (APO). De toelichtingsrol kadert dus binnen een empathische relatie, die verschilt van de meer hiërarchische relatie tussen de patiënt en de dokter. Er zijn een aantal tools beschikbaar die door sommige apothekers worden gebruikt ter ondersteuning van de communicatie: “Ik nam mijn tijd, want eens je daarmee begint (het gebruik van een tool), dan ben je vertrokken voor 20 à 30 minuten. Hij herkende de klachten die hij kreeg, en zei toen: ‘Ik ga nooit meer met die medicatie stoppen, mevrouw.’ Hij komt nog altijd regelmatig langs, en bedankt me nog steeds voor die uitleg” (APO). In andere gevallen, of wanneer er geen tools beschikbaar zijn, ontwikkelen apothekers hun eigen toelichtingssysteem: “Als ik toelichting geef bij een lavement, en als er mensen bij staan, dan kunnen die wel eens lachen, maar ze weten dat ik hetzelfde zou doen voor hen. Als er soms mensen langskomen van buiten de wijk, dan zeggen die mij dat dat het altijd plezant is bij mij” (APO).

Ten vierde moet de apotheker ook een luisterend oor bieden. En dat vergt tijd. Luisteren en

aandacht schenken is volgens onze respondenten extra van belang voor personen met psychische problemen, en dan vooral in een context waarin verscheidene personen geen zorgdiensten aanspreken uit vrees voor stigmatisering of omwille van wachtlijsten, zoals we zullen zien: *“Luisteren naar de patiënt! Wanneer mogelijk, verwijz ik door naar psychologen. Maar in Brussel zijn de wachtlijsten eindeloos lang. Ik heb echter de indruk dat luisteren soms heel belangrijk is. En niet meteen zeggen: ‘Maar nee...’. Hen écht laten uitspreken. En soms merk je dat ze na 10 minuutjes praten opgelucht weer naar buiten gaan”* (APO).

Toelichting geven en een luisterend oor bieden, verloopt niet altijd van een leien dakje, aangezien apotheker en klant elkaar niet altijd goed begrijpen door taalkundige en culturele drempels. In die gevallen *“steun je op ervaring”* (APO) *“Het is een kwestie van behelpen: ik maak vaak tekeningen,”* (APO) en *“Ik praat en gesticuleer veel”* (APO).

Uit deze getuigenissen kunnen we afleiden dat toegankelijkheid, het elkaar kennen en permanentie de voornaamste eigenschappen zijn van een zorgethiek bij de apothekers met wie we spraken in de arme sikkel. Die elementen worden omschreven als ingrediënten van een duurzame zorgrelatie voor een divers publiek, inclusief personen die nood hebben aan regelmatig of dagelijks contact. De beschikbaarheid in geval van vragen, de aandacht die wordt besteed aan een vraag en het vermogen om op gepaste wijze te reageren, naar andere diensten door te verwijzen of een specifiek multidisciplinair netwerk aan te spreken, worden eveneens opgeworpen als bepalende aspecten. Tot slot wordt ook gewezen op de vastberadenheid om uitleg te geven en een luisterend oor te bieden.

We hebben dus proefondervindelijk de essentiële elementen blootgelegd van een professionele retoriek die door de federatie van apotheken ook wordt onderschreven. Op grond van die retoriek kan de rol van de apothekers evolueren: *“De officina-apotheken hebben een veranderingstraject aangevat: we evolueren van een model dat focust op de verdeling van geneesmiddelen naar een model dat kwaliteit en een dienstverlening met toegevoegde waarde voor de patiënt aanbiedt”* (APO). De voornaamste argumenten

ter ondersteuning van deze retoriek zijn meer bepaald het hoge aantal personen dat dagelijks de apotheek bezoekt en het bestaan van een vertrouwensband, met sinds 2017¹⁷ de ‘huisapotheker’ als formele basis.

In die context beoogt de Bond een uitbreiding van de rol van de apotheker naar primaire preventie, voorafgaand aan een gezondheidsprobleem, maar ook naar secundaire preventie of opsporing en tertiaire preventie. Deze laatste is erop gericht te vermijden dat het gezondheidsprobleem opnieuw optreedt of dat er complicaties optreden. Het initiatief houdt ook in dat de apothekers taken op zich nemen die voorheen waren weggelegd voor artsen, zoals vaccinaties. De coronapandemie en de controverse omtrent vaccinatie hebben die beroepsvordering onder de aandacht gebracht, net als de hevige oppositie van bepaalde medische vakverbonden. We hebben deze kwestie behandeld in een recent rapport, waarin twee troeven van vaccinatie door apothekers worden belicht: hun positie in de wijk en het zorgtraject van personen enerzijds, en de vertrouwensband die ze met hun cliënteel hebben opgebouwd anderzijds (Thunus et al., 2021).

Uit de getuigenissen van apothekers met wie we spraken voor dit onderzoek blijkt echter dat het initiatief van de Bond niet bij elke apotheker bijval vindt. Sommigen zijn van mening dat ze *“geen tijd kunnen vrijmaken”* en dat zij *“geen valse dokters zijn, maar apothekers”* (APO). Wat het tijdsgebrek betreft, bevestigt de bond zelf dat: *“Dit op professioneel vlak impliceert dat we onze manier van werken volledig moeten herzien, minder tijd mogen besteden aan voorraadbeheer enz., opdat we meer tijd zouden kunnen doorbrengen in de front office, en minder in de back office. Het gaat dus om een aanpassing waartoe we ons engageren”* (APO). Zij die zichzelf zien als *“kleine apothekers”* vrezen echter dat die aanpassing in hun manier van werken niet zal volstaan, en dat het initiatief van de Bond uiteindelijk vooral de grote structuren ten goede komt, die hun preventieve rol minder ernstig nemen. Die vrees brengt ons tot mogelijk nefaste gevolgen van het initiatief van de Bond, dat uitgerekend als doel heeft het beroep van apotheker te onderscheiden van de grotere en meer commerciële structuren.

17. Zoals toegelicht in een persmededeling van de Algemene Farmaceutische Bond is de ‘huisapotheker’ een apotheker die door patiënten met een chronische aandoening wordt gekozen voor de proactieve begeleiding en opvolging bij hun medicatiegebruik: https://www.apb.be/nl/corp/media-room/public-relations/pers-mededelingen/Pages/Huisapotheker_nieuwe-dienst-voor-een-betere-opvolging-chronische-patienten.aspx

De verenigingen



Luisteren betekent waarde hechten aan wat zij zeggen. Dat betekent dat hun stem belangrijk is. Ik wil dat zij de plaats krijgen die ze verdienen, en niet langer opzij worden geschoven (VER).

De respondenten die hun ervaringen met ons delen, zijn actief binnen verenigingsstructuren die zich focussen op jongeren, vrouwen of de algemene bevolking. De verenigingen in kwestie streven de emancipatie van hun leden na, op sociaal, cultureel, educatief of direct op gezondheidsvlak. Het merendeel van die verenigingen ligt in de arme sikkel, met uitzondering van enkele verenigingen voor alleenstaande ouders, die elders gevestigd zijn binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De verenigingen werden opgericht op initiatief van overheden of politieke instanties, of op initiatief van burgers, om een problematiek het hoofd te bieden die hen treft of heeft getroffen, of waar zij getuige van zijn in hun omgeving. De verenigingen die tot stand kwamen op initiatief van burgers vragen doorgaans om erkenning en subsidies van overheden om hun activiteiten verder uit te breiden. Ze kaderen dus, op een gegeven moment in hun traject, in een *“Brussels verenigingsweefsel”* dat *“vrij uitgebreid is,”* maar *“slecht wordt beheerd, zonder globale visie. Dat wil zeggen dat elke vereniging afzonderlijk werkt met de beschikbare middelen en dat ieder van hen naar de ander kijkt, om te zien hoeveel die krijgt. Dat is een nutteloze strijd, want zo verliest men het maatschappelijke doel uit het oog”* (VER).

Hoewel bepaalde verenigingen de banden met overheden relativeren, zoeken de meeste van hen een evenwicht tussen hun primaire en soms ideologische engagement en de externe verzoeken. Die verzoeken kunnen afkomstig zijn van de politiek, zoals in dit voorbeeld: *“Het is zo dat we het heel druk hebben momenteel (tijdens de eerste golf van het coronavirus). Alle ministers willen bij ons langskomen om te zien wat wij hier doen. Maar dat weigeren we. Ik vind het een schande dat ze hier komen poseren voor een foto terwijl zij eigenlijk in de behoeften zouden moeten voorzien, maar het zijn de verenigingen die de klus moeten klaren. Maar uiteindelijk krijgen we dan subsidies, en moeten we hen toch ontvangen”* (VER).

De verzoeken kunnen ook vanuit het eigen ledenbestand komen, soms met uiteenlopende

behoefte. In die zin kan de feministische focus van bepaalde verenigingen enerzijds een bron van emancipatie zijn, maar anderzijds ook een bron van uitsluiting: *“We proberen aan de directie (van de vereniging) uit te leggen dat we echt discreet moeten blijven, aangezien (de vereniging) actie voert. Als de echtgenoten daarvan horen, dan horen we van bepaalde, huilende vrouwen dat ze volgend jaar niet meer terug mogen komen. Dat gebeurt vooral wanneer we acties in het openbaar voeren”* (VER).

Verenigingen nemen in dat geval de vorm aan van reflectieve structuren die gevoelig zijn voor de sociale en politieke context, en die hun praktijken trachten bij te sturen in functie van de uiteenlopende behoeften van hun leden. Ze onderscheiden zich onder meer door de plaats die ze schenken aan vrijwilligerswerk, waarvan ze vaak de bijzondere meerwaarde benadrukken. In de eerste plaats dragen sommige vrijwilligers *“bagage met zich mee en hebben zij levenservaringen om te delen”* (VER). Die levenservaring leunt nauw aan bij die van andere leden, waardoor een zekere *“familieband”* ontstaat (idem). De respondenten benadrukken ook de mentale beschikbaarheid van de vrijwilligers, vooral wanneer zij slechts één of een beperkt aantal personen begeleiden: *“Het feit dat de vrijwilligers slechts één familie in gedachten hebben, verandert alles. Dat betekent dat ze die familieleden in gedachten hebben, ook al gaan ze slechts een keer per week”* (VER). Tot slot kan het engagement van de vrijwilligers om tijd en aandacht aan iemand te besteden als een blijk van welwillendheid en respect gezien worden. Kwetsbare personen hechten namelijk erg veel belang aan dergelijke uitingen van welwillendheid: *“Het gaat om personen die enigszins hun zelfvertrouwen zijn kwijtgeraakt.”... “Ik heb al vrouwen gezien die in tranen uitbarstten toen we hen zeiden dat het vrijwilligers waren. Bij de gedachte dat iemand zomaar, gratis, tijd voor hen uittrekt”* (VER).

De verenigingen benadrukken het belang van hun grote beschikbaarheid, gekenmerkt door hun materiële en symbolische openheid: *“We vragen amper naar iemands voorgeschiedenis en dergelijke. We vertrekken vanuit het weinige dat men ons vertelt, in de situatie waarin zij zich bevinden. We werken niet met vragenlijsten of zoiets”* (VER). Verscheidene respondenten voegen er nog aan toe dat het de begunstigde is die beslist over de begeleiding: *“In ons eerste gesprek geven we aan dat het geen verplichting is om te komen, en we lichten*

de hulp die we kunnen bieden toe, maar laten de persoon daarin geheel vrij. Er mogen geen gevolgen aan vasthangen” (VER). De medewerkers van verenigingen moeten soms hun praktijken en discourses bijsturen om hun positie te vrijwaren, ondanks het feit dat ze de maatschappelijke rol die hen wordt “opgedrongen” (idem) weigeren te spelen. Eén respondent wijst er bijvoorbeeld op hoe jeugdrechters aan de jongeren zeggen: “Je moet naar (die vereniging) gaan, anders plaats ik je in een jeugdinstelling.” In zo’n geval, “komen we zo met hen in contact en geven we hen (een attest), zelfs zonder dat ze met ons praten”.

- ◀ - Hé.
- ◀ - Wat is dat?
- ◀ - Het bewijs dat je hier bent geweest.
- ◀ - En wat moet ik daarmee?
- ◀ - Dat geef je aan de rechter.
- ◀ - Wat gaat de rechter ermee doen?
- ◀ - Niets. Die zal tevreden zijn dat je hier bent geweest.
- ◀ - Ja, maar wat doen jullie hier dan?
- ◀ - Ga gerust zitten. Dan kunnen we erover praten. - Je kan vertrekken wanneer je maar wilt (VER).

De verenigingen voeren hun activiteiten in functie van hun doelstellingen, gaande van een streven naar sociale cohesie tot het bieden van psychosociale begeleiding of juridische bijstand aan alleenstaande ouders. Ondanks hun diversiteit, varen ze een gelijkaardige koers: ze streven er naar een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen om personen een stem te geven en sociale diversiteit te promoten.

Hierdoor wordt er veel gebruik gemaakt van hun sociale en culturele activiteiten, niet alleen omdat “het om mensen gaat die op cultureel vlak vaak ‘vergeten’ worden” (VER), maar ook en vooral omdat cultuur sociale cohesie in de hand werkt: we hebben het hier over “cultuur in de brede zin van het woord. Sport, koken enz. Voor mij zijn al die elementen bepalend voor de sociale cohesie. Want zo creëer je een gemeenschappelijke taal” (VER). Dergelijke activiteiten helpen overigens om de mensen een stem te geven, bijvoorbeeld: “door die jongeren aan te moedigen om zich uit te spreken, maar dan op een efficiënte manier tegenover anderen” (VER) en “projecten op te zetten in de openbare ruimte” (VER). “Ik wil dat hij een plaats inneemt” (VER) en “de stem wordt gelinkt aan een invulling van de openbare ruimte” (VER).

De focus die de verenigingen hebben op de plaats van hun leden in de samenleving uit zich ook in het bewust vermijden van “institutionele werking en het aanspreken van alternatieven” (VER) voor een professionele en administratieve aanpak: onthaal met een kopje koffie in plaats van met formulieren of een anamnese.

Die “meer horizontale”, “meer spontane” en “meer open” relatie, in die zin dat de persoon vrij is om op eender welk moment de vereniging te verlaten, biedt de verenigingen meer veerkracht als tussenschakel. Ze vormen die schakel met welzijns- of zorgdiensten, inclusief diensten voor geestelijke gezondheid die moeilijk toegankelijk zijn wegens hun beperkte beschikbaarheid of omwille van stigmatisering:

- ◀ Neel! Ik ben niet gek! Dat neemt niet weg dat we uiteindelijk wel de weg openen naar dagcentra of opvangcentra, waar het zwaarder is. Maar dat is een werk van lange adem. We mogen in geen geval over geestelijke gezondheid of een psychiater beginnen. Het komt misschien wel zo ver na maanden werk, en we bieden hen fysieke begeleiding, bezoeken hen. Er zijn er veel die daar nood aan hebben, maar die er geen toegang toe hebben (VER).

Tot slot blijkt vaak uit het discours van de verenigingen met wie we spraken dat zij een ideaalbeeld van sociale diversiteit en spontane, collectieve actie nastreven. Het coronavirus heeft ons aan het bestaan daarvan herinnerd:

- ◀ De mensen hoefden slechts te bellen, en ze kregen hun pakje. Dat was best indrukwekkend, want we rekenden op giften, en toch werkte dat perfect. De leden bevonden zich buiten de wijk. Dat betekent dat er geen aandacht uitging naar geloof of afkomst. Men belde ons. - “Ik heb honger.” - We leverden. Aan administratieve documenten hadden wij geen boodschap. Misschien was er sprake van profilering, maar daar trokken we ons niets van aan. Er waren mensen uit Woluwe die ons opbelden, omdat de OCMW’s dicht waren. En zo waren er jongeren uit onze wijk die in Woluwe terechtwamen en zeiden: ‘Wow, ‘t is hier toch mooi.’ Ze gaven blijk van veel veerkracht, want ze weten maar al te goed wat het is om honger te hebben (VER).

Conclusie

In dit onderzoek bogen we ons over het gebruik van eerstelijnszorg door kwetsbare personen in het Brussels Gewest. Met kwetsbare personen verwijzen we naar zij “die financieel te krap zitten, maar net uit de boot vallen voor bepaalde sociale rechten”, en hierdoor een wankel en fragiel evenwicht trachten te behouden tussen autonomie en zelfstandigheid, tussen momenten waarop “het wel gaat” en momenten waarop “het niet meer gaat”. Het bestuderen van situaties van kwetsbaarheid, zoals vastgesteld bij de inwoners van de Brusselse arme sikkkel, impliceert dat we een reeks tegenstellingen tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid, rede en emotie, universalisme en empirisme moeten overstijgen. Daartoe hebben we in de loop van dit onderzoek verscheidene voorbeelden belicht waarin emoties als woede en gevoelens van onrecht gepaard gaan met berekening en planning in de afweging om al dan niet zorgdiensten aan te spreken. We hebben ook andere situaties belicht, waarin afhankelijkheid – zoals van gerechtelijke of administratieve beslissingen – leidt tot vastberadenheid om zich te verzetten, van zich te laten horen en te strijden voor het behoud van de eigen autonomie, bijvoorbeeld via werk. Verder hebben we verscheidene situaties besproken waarin een afweging wordt gemaakt tussen universele principes en belangen – zoals gezondheid en rechtvaardigheid – en het empirisme dat voortvloeit uit de aandacht voor de specifieke situatie van een persoon.

Het bestuderen van de gevolgen van kwetsbaarheid voor gezondheid brengt ons ertoe die dualiteiten te overstijgen. Het brengt ons ertoe oog te hebben voor de relaties (Walker & Thunus, 2020) die ontstaan tussen zorgbehoevenden en zij die hen die zorg kunnen verstrekken (Brugère, 2017). Het heeft ons ook aangespoord om relaties te doorgronden

waarin soms complexe en gewelddadige individuele situaties samenvloeien met sociale en medische normen. Tot slot heeft het onze aandacht gevestigd op factoren die hiërarchie en uitsluiting in de hand werken of ertoe leiden dat van zorg wordt afgezien, maar kregen we zo tegelijk ook zicht op factoren die veeleer de emancipatie, inclusie en het gebruik van zorgdiensten bevorderen.

Om die relaties te doorgronden hebben we bijna honderd semigestuurde gesprekken gevoerd waarin we uiteenlopende “stemmen” aan het woord lieten en trachtten te begrijpen (Brugère, 2017; Gilligan, 2019): stemmen die niet beïnvloed worden door de institutionele of politieke belangen van een patriarchale samenleving waarin de blanke middenklasse overheerst. We luisterden naar de stemmen van alleenstaande moeders in Brussel, inwoners en actoren in de Brusselse arme sikkkel, en inwoners van Kuregem. Deze stemmen worden doorgaans niet gehoord maar kwamen wel reeds aan de oppervlakte omwille van de sociale en gezondheidsmaatregelen tijdens de coronacrisis (Thunus et al., 2021).

We stelden alles in het werk om die stemmen met de grootste *zorg* aan het woord te laten in onze analyse en ons verslag van de interviews. Ze leidden tot acht hoofdstukken over kwetsbaarheid in Kuregem, kwetsbare personen en vormen van kwetsbaarheid, kwetsbaarheid vanuit het perspectief van alleenstaande ouders en het gebruik, de toegang, de relatie en de praktijken van gezondheidszorg in de arme sikkkel.

In deze conclusie maken we in eerste instantie een transversale beschrijving op van de processen achter en de vormen van kwetsbaarheid, waarna

we stilstaan bij het gebruik van zorgdiensten en de achterliggende keuzes en afwegingen samenvatten (Desprès, 2013; Faizang, 1997). In tweede instantie schrijven we op basis van elementen uit die keuzes, een stuk omtrent zorgstructuren, de medische cultuur en de sociale normen, en een stuk omtrent de zorgpraktijken en -relaties. Op basis hiervan bakenen we dan pistes af voor praktische en ethische acties en reflecties. Daartoe grijpen we terug naar de zorgpraktijken in de arme sikkels, zoals omschreven in hoofdstuk 8 en stippen we bepalende aspecten van een zorgethiek aan (Brugère, 2017; Gilligan, 2019; Tronto, 2009), die als grondslag kunnen dienen voor politieke en administratieve beslissingen en waardevol kunnen zijn voor opleidingen inzake gezondheidszorg en maatschappelijke hulpverlening.

Kwetsbaarheid: het proces, de verschillende vormen en gezondheid

Kwetsbaarheid ontstaat in “meervoudige omgevingen” (Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan)¹⁸, die in het meervoud worden genoemd omdat naast structurele en emotionele mechanismen ook de fysieke, politieke, economische en socioculturele omgeving van invloed zijn. Het leven van de inwoners van Kuregem toont in de eerste plaats een onzeker sociaal klimaat, dat enerzijds als gezellig en solidair wordt omschreven, maar dat anderzijds ook gebukt gaat onder spanningen en geweld. We hebben het gehad over de afwezigheid van of het gebrek aan natuur en aan middelen voor cultuur. Ook de gebrekkige netheid in de wijk kwam ter sprake, en de verdachtmaking van bepaalde inwoners die ermee gepaard gaat, net als het gevoel in de steek gelaten te worden bij het zien van andere wijken in de stad. We hebben de grote sociale en economische ongelijkheid aangekaart, die vooral tot uiting komt op het vlak van huisvesting en zich vaak vertaalt in enerzijds ongezonde woonomgevingen en anderzijds in de bouw van nieuwe woningen die worden afgeschermd met hekken en afstandsbedieningen van de rest van de wijk. Ook werd de inrichting van de openbare ruimte besproken binnen de wijk, die genesteld ligt tussen het kanaal, de kleine ring en de spoorlijnen. Tot slot hebben we gewezen op taalbarrières, de digitale kloof en genderspecifieke rollen, die een versterkend effect lijken te hebben op het isolement van bepaalde inwoners van de wijk.

Structurele en emotionele mechanismen van uitsluiting zitten verankerd in deze meervoudige omgevingen en krijgen er vorm. In het hoofdstuk over Kuregem werden die structurele mechanismen gestaafd met een voorbeeld omtrent onderwijs. Zo hebben we gezien hoe bepaalde systemen – onderwijs, economie, tewerkstelling en huisvesting – de sociaal-economische ongelijkheden weerspiegelen en samen de exclusie voeden, waardoor heel wat inwoners van de wijk langzaam maar zeker in een informeel circuit terecht komen, waardoor ze geen aanspraak kunnen maken op sociale rechten en gezondheidszorg. Ook in het hoofdstuk over alleenstaande moeders hebben we dergelijke structurele mechanismen blootgelegd, in hoe een onuitgesproken verwikkeling tussen medische en juridische beslissingen baadt in seksistische vooroordelen en een patriarchale benadering.

De emotionele mechanismen hebben ons dan weer geraakt. We hebben ze ervaren en zelfs “gezien”, doorheen dit hele onderzoek. In eerste instantie heerst in de wijk Kuregem, waar hoop en gelatenheid hand in hand gaan, het gevoel van uitsluiting. Men denkt er “een probleem te zijn” en geen deel uit te maken van de rest van de stad. Dat gevoel wordt versterkt door de omgevingen die we zopas beschreven. Vervolgens is er het gevoel anders te zijn en zich in de marge van de sociale normen te bevinden. Vooral alleenstaande moeders krijgen dit gevoel in hun dagelijkse interacties. Het werkt bovendien ook een schuldgevoel in de hand, tegenover de kinderen en de samenleving. Dat schuldgevoel leidt ertoe dat zij op sociaal vlak de lat voor zichzelf erg hoog leggen. Ze streven naar een “voorbeeldrol” waarbij ze zo actief en onafhankelijk mogelijk zijn door te gaan werken. Die eisen, in combinatie met de keuzes die zich opwerpen om het wankel evenwicht te bewaren dat eigen is aan het alleenstaand ouderschap, leiden tot het niet inroepen of uitstellen van zorg, in eerste instantie voor de moeders zelf, en soms ook voor de kinderen. Tot slot hebben we het gezien dat een medisch advies een gevoel van onrechtvaardigheid kan opwekken, bijvoorbeeld wanneer alcoholgebruik bij een gewelddadige ex-partner onuitgesproken blijft. Hetzelfde gebeurt met juridische uitspraken, wanneer die baden in seksistische vooroordelen; en met maatschappelijke diensten, wanneer bureaucratie, procedures en objectiviteit belangrijker lijken dan de sociale gelijkheid waar zij naar zouden moeten streven.

18. Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan, aan de sector voorgesteld op 4 oktober 2022. Zie <https://www.brusselstakescare.be/>

Naast die “omgevingen” en structurele mechanismen waarvan we in dit onderzoek nieuwe voorbeelden aanreiken, bieden de emotionele mechanismen volgens ons belangrijke inzichten. Hun evidentie, intensiteit en impact op de beslissingen om al dan niet maatschappelijke hulp of gezondheidszorg in te roepen, doen ons stilstaan bij de middelen die we kunnen aanwenden om die mechanismen aan te pakken.

De vormen van een “plastische” kwetsbaarheid

In de loop van dit onderzoek hebben we verscheidene “vormen” van een “plastische” kwetsbaarheid blootgelegd, in die zin dat de kwetsbaarheid van het ene moment op het andere een andere vorm kan aannemen als gevolg van het kleinste voorval dat het kwetsbare evenwicht doet wankelen.

In dit onderzoek bleek vooral het coronavirus dat wankel evenwicht in het gedrang te brengen. De coronacrisis heeft de informele systemen aanzienlijk onder druk gezet. Die systemen hebben een grote impact op het leven van de inwoners van Kuregem en op de strakke planning van alleenstaande moeders. De nood die met de crisis gepaard ging, heeft de sociale rol van dat evenwicht in de verf gezet om “het hoofd boven water te houden”. Het biedt ons, zoals eerder al benadrukt, inzicht in het belang dat mensen hechten aan het evenwicht en de aandacht die bijgevolg aan hen zou moeten worden besteed, zowel op beleidsniveau als op administratief niveau binnen beroepspraktijken in de welzijns- en zorgsector. De pandemie heeft het evenwicht blootgelegd en doen wankelen. We hebben in de loop van dit werk gewezen op de aanzienlijke gevolgen van uiteenlopende “kleinere” veranderingen: zoals de juridische beslissingen om het budget van een alleenstaande ouder te wijzigen, beperkte inkomenswijzigingen die het administratieve statuut van een persoon kunnen beïnvloeden, waardoor medische kosten minder worden terugbetaald, het vertrek op pensioen van een arts of het verhuizen van een patiënt waardoor de therapeutische relatie met een duurzame “structuur” in het gedrang komt enz.

De keerzijde van dat kwetsbare evenwicht is eigen aan situaties van kwetsbaarheid en impliceert een permanente spanning, die we de “gebruikelijke spanning” kunnen noemen en die onderliggend

is in alle ervaringen van alleenstaande moeders en de inwoners van Kuregem. Die “gebruikelijke spanning” wordt opgewekt door uiteenlopende rollen en sociale vereisten, die conflicterend kunnen zijn; door gevoelens van uitsluiting, verantwoordelijkheid en schuld; door de constante blootstelling aan de stress van naasten met wie men samenleeft in kleine woningen; en door golven van solidariteit en conflict waaronder een ingesloten wijk continu gebukt gaat.

Verder hebben we meer specifieke vormen van kwetsbaarheid blootgelegd. In eerste instantie deze die gelinkt zijn aan de toenemende heterogeniteit van migratiegolven en de grote mobiliteit van personen binnen de stad, en dit vooral in Kuregem, een wijk die als “toegangspoort” wordt gezien. In tweede instantie deze die gelinkt aan ernstige en uitzonderlijke situaties die voortvloeien uit “overigens onopgemerkte” gezondheidsproblemen. In derde instantie deze gelinkt aan complexe situaties waarin fysieke en psychische problemen gepaard gaan met huiselijk geweld of partnergeweld in dit in een context van economische en sociale problemen. Ten vierde deze gelinkt aan ‘het vrouw-zijn’. Ten vijfde deze gelinkt aan de onzichtbaarheid van bepaalde personen – jongeren, senioren of daklozen – van wie onze respondenten wel weet hebben maar die geen of amper een beroep doen op gezondheidsdiensten.

Kwetsbaarheid en gezondheid

Bij elke vorm van kwetsbaarheid die we hebben belicht, horen specifieke percepties van gezondheid en zorg. Onze steekproef van respondenten laat niet toe om een sluitend beeld te schetsen van al die percepties, al onderscheiden we wel enkele terugkerende eigenschappen. Onze respondenten delen in de eerste plaats een perceptie die het belang weerspiegelt dat wordt gehecht aan ‘actief zijn’ in het algemeen, uit angst voor stilstand, evenals aan het belang sport- of welzijnsactiviteiten. Die percepties weerspiegelen wat door Claudine Herzlich (2019) wordt omschreven als een correlatie tussen het duo “gezondheid-ziekte” en het duo “individu-samenleving”. In die zin wordt activiteit in verband gebracht met de inclusie van het individu in de samenleving en de mogelijkheid die hij of zij heeft om een “actief leven” te blijven leiden. De ziekte als “vernietiger” (Herzlich, 2019) noopt daarentegen tot inactiviteit en is zo synoniem met uitsluiting.

In dat opzicht lijkt ‘actief zijn’ een symbolisch wapen tegen sociale uitsluiting, dat overigens altijd om de hoek loert. Het verband tussen gezondheid, werk en ‘actief zijn’ komt geregeld aan bod in de getuigenissen, hoewel het uiteenlopende vormen aanneemt afhankelijk van cultuur, taal of sociale, professionele en economische situaties. Zo hebben we gewezen op “de zorgtaak” – het huishouden en de zorg voor het gezin – die aan vrouwen wordt toebedeeld, en op gezondheid als “werkmiddel” voor mannen en vrouwen voor wie onafhankelijkheid een blijk is van emancipatie. De link tussen gezondheid en ‘actief zijn’ lijkt dus te steunen op genderspecifieke rollen, ongeacht de context en de manier waarop die rollen worden opgenomen.

De respondenten lijken bovendien aan de link tussen gezondheid en ‘actief zijn’ vast te houden “tot ze aan de grond zitten” en sommigen zich dus zelfs helemaal niet meer kunnen verplaatsen. De link tussen gezondheid en ‘actief zijn’ strookt ook met de visie van een “lichamelijke weerstand” (Desprès, 2013) die wordt gedeeld in sociale groepen waarin “men verwacht dat het beter gaat”.

De manier waarop onze respondenten gezondheid percipiëren, helpt om pathogene invloeden in kaart te brengen, waaronder voeding, huisvesting en sociale relaties. Deze sociale relaties worden als objecten voorgesteld (‘commodificatie’) die een positieve of negatieve invloed hebben op de geestelijke gezondheid, en bij uitbreiding op de fysieke gezondheid. Zelfs al gebruiken de respondenten de termen “moreel” en “mentaal”, geestelijke gezondheid wordt uiteindelijk maar zelden als dusdanig vermeld, los van een specifieke situatie of relatie die stress veroorzaakt. Dat kan deels worden toegeschreven aan de stigmatisering die rond geestelijke gezondheid hangt. Zoals we verscheidene keren in dit onderzoek aanhalen, zit die stigmatisering geworteld in culturele, sociale en structurele aspecten. Vooreerst wordt psychisch lijden via culturele inspanningen gekoppeld aan gezondheidszorg, waarbij afwijkend gedrag wordt toegeschreven aan “psychologische aspecten” en vervolgens naar de gepaste medische of paramedische dienst wordt doorverwezen (Abbott, 1988). Die culturele inspanningen, een relatief nieuw gegeven in België, kan ook aanzetten tot het aanspreken van – bijvoorbeeld magische of spirituele – bronnen om psychisch lijden te verklaren en het hoofd te bieden. Ten tweede lijkt psychisch lijden incompatibel met bepaalde

sociale rollen die doorgaans voor mannen zijn weggelegd, zoals die van gezinshoofd, waarin voor kwetsbaarheid geen plaats is en een blijk van kwetsbaarheid tegenover een andere man of vrouw uit den boze is. Ten derde kunnen bepaalde situaties, zoals die van alleenstaande moeders, een schuldgevoel met zich meebrengen omwille van hoe die situatie afwijkt van de overheersende gezinsnormen in een patriarchale samenleving. Ook in zo’n geval trachten personen hun kwetsbaarheid zo veel mogelijk te verbergen.

Tot slot zijn respondenten van mening dat de zogenaamd westerse of Europese geneeskunde te sterk gefocust is op het curatieve en te onpersoonlijk is, in die zin dat artsen met een tijdsgebrek kampen en onvoldoende een luisterend oor bieden en geen voeling hebben met de wijk, in het bijzonder in de ziekenhuizen. Dit laatste zou verholpen kunnen worden met een buurtgerichte aanpak (Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan, 2022), die vaak in verband wordt gebracht met de medische huizen. Zo’n buurtgerichte aanpak laat toe een specifiek zorgaanbod uit te werken op maat van de behoeften in de wijk, personen een gepast onthaal te bieden met voldoende taalkundige en culturele flexibiliteit, en hun welzijns- en zorgbehoefte beter te begrijpen. Zoals we bij het bespreken van de zorgrelatie hebben benadrukt, dringen er zich echter twee aandachtspunten op bij die buurtgerichte aanpak. Ten eerste worden vraagtekens geplaatst bij de discretie en het medisch geheim, aspecten die des te belangrijker zijn als het gaat om slachtoffers van discriminatie of personen met problemen waar een taboe op rust, zoals geestelijke gezondheidsproblemen. De relationele veiligheid waartoe de buurtgerichte aanpak bijdraagt kan ook snel in het gedrang komen wanneer men van dokter moet veranderen of wanneer men zich verplaatst of verhuist, waardoor de consultatie elders in de stad moet plaatsvinden.

Het gebruik van zorg en de keuzes die zich opdringen

De percepties van gezondheid en de sterke samenhang met genderspecifieke sociale rollen, hebben een aanzienlijke invloed op het gebruik van zorgdiensten. Naast die percepties en sociale rollen, spelen ook de lichamelijke ervaring en de grenzen van het lichaam mee in de overweging om al dan niet zorgdiensten aan te spreken. Ook de verschillende behoeften en kwetsbaarheden

van naasten spelen mee, net als de angst voor fysieke ongemakken of de zorgomgeving, de financiële toegankelijkheid en tijdelijke onbeschikbaarheid van zorg, de zorgrelatie en de opvattingen over zorg en gezondheid. De gemaakte overwegingen en gestelde prioriteiten (Desprès, 2013) kunnen leiden tot de keuze voor selfcare en zelfmedicatie, ofwel tot de raadpleging van huisartsen, spoeddiensten of de traditionele geneeskunde.

De beslissing om een zorgdienst aan te spreken, wordt vaak gestuurd door ogenschijnlijk “paradoxaal” strategieën (Faizang, 1997), ondanks de berekendheid van de respondenten en hun zorgvuldige planning, die aangeven dat hun strategieën wel degelijk *rationeel* zijn. Al gaat het dan om een rationaliteit die verschilt van diegene die voortvloeit uit de medische cultuur. Aansluitend op Faizang (1997) hebben we ook de ogenschijnlijke tegenstrijdigheid van die strategieën aangekaart, en hoe die uitmonden in een visie op de rol van “zieke” of “patiënt”(Parsons, 1939) als autonoom persoon die wenst te genezen of beter te worden en die daarvoor over de nodige middelen beschikt. Het succes van die rol veronderstelt echter een stabiele sociale situatie en omgeving, iets wat niet het geval is in de beschreven situaties van kwetsbaarheid.

Structurele elementen in de toegang tot zorg

We willen hier een onderscheid maken tussen structurele en relationele elementen die een invloed hebben op het gebruik van zorgdiensten. De meeste structurele elementen vallen in dit onderzoek onder de categorie ‘toegang tot zorg’. Het gaat onder meer om de financiering en terugbetaling van zorg, en de administratieve mechanismen en statuten die daaruit voortvloeien (denk bijvoorbeeld aan dringend medische zorg of verhoogde tegemoetkoming), net als de manier waarop de zorg georganiseerd is, bijvoorbeeld door een zelfstandige huisarts of in een groepspraktijk, met of zonder afspraak enz.

We wezen erop dat de systemen die de financiële toegankelijkheid van zorgdiensten ten goede komen, voldoende gekend zijn en gebruikt worden. Die systemen waarborgen een ruime financiële toegankelijkheid van eerstelijnszorg. Specifieke zorgen – en dan vooral kinesitherapie, tandzorg, orthodontie, oogheekkundige zorg en geestelijke gezondheidszorg – blijven evenwel moeilijk toegankelijk.

Naast de beperkte financiële toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg, is er ook een beperkte beschikbaarheid, die verder wordt versterkt door aanvraagprocedures en toelatingsvoorwaarden. Het ontmoedigende effect van deze obstakels is des te groter aangezien er ook nog een taboe rust op geestelijke gezondheid. In dat verband zouden we – zij het niet zonder controverse – kunnen opwerpen dat de “uitzonderlijke” aard van die procedures, in vergelijking met ander zorg, precies bijdragen tot de stigmatisering van geestelijke gezondheidszorg.

We zagen meer bepaald hoe het recht op dringende medische hulp of een verhoogde tegemoetkoming gepaard gaat met ongewenste effecten, zoals een gevoel van onrechtvaardigheid rond de verhoogde tegemoetkoming of hoe informele systemen vorm krijgen rond DMH om administratieve procedures te omzeilen.

Wat de financieringswijze betreft, hebben we controverses blootgelegd omtrent het betalingsmodel per prestatie en het forfaitaire systeem, net als de overwegingen die worden gemaakt bij medische huizen met het forfaitaire systeem inzake verzadiging en activiteitengebied. Die overwegingen kunnen de toegang tot zorg en een multidisciplinair zorgaanbod ten goede komen, terwijl de zorgverstrekkers er ook een grotere beschikbaarheid opna houden. Ze kunnen echter ook leiden tot commerciële uitwassen waarbij bepaalde patiënten worden uitgesloten wegens te kwetsbaar of omdat hun aandoeningen te complex of veeleisend zijn. Bij een verdere uitrol van medische huizen, zoals wordt opgeworpen door het ‘European Observatory of health systems and policies’ en in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (2022), moet bij die overwegingen worden stilgestaan.

Wat de organisatie van de zorg betreft, en dan vooral wat betreft de openingsuren en afspraken, hebben we een ‘temporele kost’ van zorg blootgelegd. Die kost valt kwetsbare personen bijzonder zwaar, gezien de instabiliteit van hun situatie en de vele rollen die zij op zich moeten nemen.

De formele, meervoudige en overlappende systemen zijn niet alleen onoverzichtelijk en onduidelijk voor de burgers, ze leiden ook tot een veelvoud aan parallelle, veranderende en buitengewone werkwijzen. Hoewel die parallelle werkwijzen aan bepaalde probleempunten in de formele systemen tegemoet kunnen komen, voeren

ze sommige personen tegelijkertijd ook steeds verder af van hun rechten inzake zorg en welzijn.

Hoewel de resultaten van dit onderzoek dus een ander licht werpen op de toegankelijkheidskwestie in de zorg, stroken ze met de aanbevelingen door het 'European Observatory of health systems and policies' (2020), zowel wat de harmonisering, de transparantie en administratieve vereenvoudiging betreft. De versterking van de voornaamste financiële systemen en de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg moeten dan weer "nog aanzienlijk verbeterd worden" (Baeten & Cès, 2020:29).

Relationele elementen en zorgrelatie

We hebben het in dit onderzoek continu gehad over relationele elementen. Die elementen houden verband met de samenleving, en meer bepaald de afhankelijkheid of onafhankelijkheid van een persoon binnen die samenleving, de dagelijkse interacties en de relaties met uiteenlopende welzijnsdiensten, die hetzij emanciperend, hetzij discriminerend kunnen zijn, naast de zorgrelatie an sich.

De invloed van die relatie op het gebruik van zorgdiensten werd tot nog toe weinig bestudeerd. Nochtans ligt die relatie, zoals we hebben gezien in dit onderzoek, ofwel aan de basis van het niet gebruiken van of een moeizame toegang tot gezondheidszorg, ofwel net aan de basis van een gevoel van geborgenheid en kwalitatieve gezondheidszorg. Een eerste aandachtspunt in die relatie is de communicatie, een kwestie die des te bepalender is in de huidige context van migratie. Er zijn formele hulpbronnen beschikbaar met het oog op vertaling en culturele bemiddeling. Die hulpbronnen zijn goed gekend bij onze respondenten, maar ze kiezen liever voor informele hulpbronnen omwille van flexibiliteit, zoals het aanspreken van personen in de wachtzaal om als tolk op te treden, of een interne organisatie die voor taalkundige en culturele diversiteit zorgt onder de medewerkers.

Niet alleen de communicatie is bepalend in de vormgeving van een therapeutische relatie. Ook de perceptie die de personen in die relatie van elkaar hebben speelt een grote rol. Zoals we al hebben aangegeven, geeft die perceptie gestalte aan een zekere "interactiestructuur" (Goffman, 1967, 1983; Strauss, 1992). Deze kan een zekere relationele geborgenheid scheppen,

of kan daarentegen aan de basis liggen van een ongelijke behandeling, wat betreft het geven van aandacht aan het discours en de ervaringen van de persoon, het aangeboden luisterend oor, de meegeede boodschap of de behandeling die hem of haar wordt voorgesteld.

Tot slot hebben we aangetoond dat die relatie bepalend is voor de manier waarop de zorg wordt ervaren. De aandacht die aan de persoon wordt besteed, en hoe de zorgverstreker zich over die persoon ontfermt, blijken minstens zo belangrijk als de technische handelingen. De zorgrelatie wordt meer bepaald gevoed door menselijke eigenschappen, vooral door vriendelijkheid, empathie en welwillendheid. Aandacht leidt tot erkenning. Het feit dat er geluisterd wordt, werkt een duurzame band in de hand en "schenkt de patiënt een stem" en de macht om te handelen. Tijd helpt dan weer om de zorg te personaliseren en schenkt vertrouwen.

In het laatste deel van deze conclusie steunen we op de typische elementen van zorgpraktijken in de arme sikkels om een zorgethiek af te bakken (Brugère, 2017; Gilligan, 2019; Tronto, 2009). Die zorgethiek omvat elementen van aandacht geven, luisteren, erkenning en emancipatie, vanuit een meer algemeen perspectief, om zo tot denkpistes te komen die waardevol kunnen zijn met het oog op beleidslijnen en opleidingen voor welzijns- en zorgpersoneel.

Op naar een zorgethiek

Zorgverleners in de Brusselse arme sikkels hebben een professionele werkmethode en logica met gemeenschappelijke eigenschappen, die verder gaan dan de specifieke eigenschappen van verschillende sectoren en beroepen. Om deze conclusie af te ronden, willen we enkele eigenschappen naar voor schuiven die volgens ons een onderdeel zijn van een zorgethiek. De zorgethiek impliceert een model van kwetsbaarheid, waarin de zorgverlener aandacht heeft voor de personen en verantwoordelijkheid neemt voor de voorgestelde oplossingen die een antwoord zijn op de mechanismen van uitsluiting werden beschreven in deze studie.

Wat de organisationele werking betreft, benadrukken de zorgverleners het belang van openheid. Die openheid houdt enerzijds in dat er geen fysieke obstakels de toegankelijkheid in de weg

staan, zoals een gesloten deur, maar anderzijds ook dat er zich geen administratieve obstakels opwerpen, zoals een toelatingsprocedure. De openheid van een zorgdienst wordt in verband gebracht met een zogenaamd “alternatieve” werking, tegenover het “institutionele” karakter van diensten met een zeer bureaucratische of geprofessionaliseerde werking. Een gevolg van die bureaucrativering van diensten en de professionalisering van zorg is dat er systematisch naar procedures wordt teruggegrepen, die gepaard gaan met criteria en vragenlijsten om te bepalen of personen in aanmerking komen en er gevolg kan worden gegeven aan hun verzoek (Walker & Thunus, 2020; Walker et al., 2019). De procedures nemen tijd in beslag, impliceren dat de persoon geconfronteerd wordt met zijn of haar situatie en het oordeel van anderen en zijn onpersoonlijk. Zoals we hebben gezien, kan dit ertoe leiden dat van zorg wordt afgezien, vooral wanneer het gaat om problemen die men niet graag met de buitenwereld deelt, zoals huiselijk geweld of partnergeweld en geestelijke gezondheidsproblemen. Dergelijke problemen zijn echter alomtegenwoordig in de vormen van kwetsbaarheid die we in dit onderzoek hebben beschreven.

Ook de manier waarop personen worden onthaald en aangesproken, is bepalend voor de openheid van zorgdiensten: zich ten dienste stellen van personen, in plaats van het uitdiepen, klasseren en rangschikken van hun situaties, volgens vastgelegde criteria, zonder oog voor specifieke eigenschappen. Openheid vertaalt zich onder meer naar een brede preventieve, psychosociale en culturele benadering, in die zin dat die openheid activiteiten inhoudt die “de mensen een stem geven”, bijvoorbeeld in praatgroepen of tijdens kookworkshops.

Openheid impliceert in sommige gevallen een achterliggende pragmatische en reflexieve professionele logica (Schön, 1983). Die pragmatiek houdt in dat de werkwijze wordt aangepast en dat er wordt stilgestaan in de dagelijkse praktijk. De zorgvragen worden evenwel almaar complexer, en dit terwijl de zorgtakken juist een steeds grotere specialisatie kennen (idem). In dit onderzoek hebben we gezien hoe de beroepspragmatiek doorslaggevend is in situaties van kwetsbaarheid. Zorgverleners moeten zich continu “behelpen” op het vlak van communicatie en op zoek gaan naar gepaste antwoorden op maat van de specifieke situatie van elke persoon. De pragmatische benadering, waarin men zich behelpt of improviseert,

kan ook in verband worden gebracht met een slechtere kwaliteit van de zorg en het risico op willekeur. In dat verband hebben we gewezen op de invloed van vooroordelen in de interactie, en op de ongelijke behandeling waartoe die vooroordelen kunnen leiden. Om die redenen pleiten bepaalde zorgverleners voor een *reflectie over de reflectie*. Zij zijn van mening dat er moet worden stilgestaan bij het bricoleren of improviseren en om continu vraagtekens te plaatsen bij hoe zij sociale en culturele situaties benaderen die sterk van hun eigen situaties verschillen. Die reflectiviteit houdt ook een “bewustmaking” in omtrent beroepspraktijken die groeien uit complexe en ingrijpende situaties, en die gestaag geformaliseerd worden.

Tot slot blijkt uit de getuigenissen van de zorgverleners een fundamentele beroepsethiek, die relationeel is en aandacht heeft voor de context. De toepassing van algemene principes is er ondergeschikt aan de aandacht voor elke specifieke situatie. Zorgverleners zijn begaan met de relationele continuïteit – inclusief sociale zorgrelaties – en deze weegt dan ook door in de evaluatie van de situatie en de keuze voor een oplossing. Die beroepsethiek wordt naar de praktijk vertaald door “werkelijk te luisteren”, aangezien een openheid van geest zich opdringt. Zo kunnen mensen van zich laten horen, ook al hebben zij moeite om zich uit te drukken of vrezen ze voor een oordeel. Tegelijk krijgen zij zo (opnieuw) een stem in de zorgrelatie of dienstverlening. Op diezelfde manier hebben culturele activiteiten een bemiddelend effect en helpen ze mensen om hun plaats te vinden in de openbare ruimte, door van zich te laten horen.

Deze logica en aanpak wordt omschreven als een “zorgethiek” (Brugère, 2017; Gilligan, 2019; Tronto, 2009) en wordt gezien als een aanvulling op een universalistische visie waarin beslissingen of handelingen worden beoordeeld in functie van hun overeenstemming met abstracte en universele principes. Die zorgethiek kijkt altijd met open ogen en houdt een proces in van vier opeenvolgende fases (Tronto, 2009). In eerste instantie is er de erkenning van een behoefte of een situatie die aandacht vereist. In tweede instantie is er een engagement nodig om inzicht te verwerven in de behoefte en op zoek te gaan naar een gepast antwoord. In derde instantie gaat het over het verstrekken van zorg of de uitwerking van het gepaste antwoord. En ten vierde moet er verantwoordelijkheid worden genomen dat de aange-reikte oplossing geschikt is voor de begunstigde.

Zoals we gezien hebben in dit onderzoek, en in tegenstelling tot wat de term “zorg” kan doen vermoeden, is de zorgethiek niet uitsluitend van toepassing op gezondheidszorg. Zo omschreef ook Joan Tronto de zorg als een “generieke activiteit die al onze handelingen omvat voor het behoud, de bestanding en het herstel van onze “wereld”, opdat we er zo goed als mogelijk in zouden kunnen leven” (Tronto, p. 143). Die definitie is als een uitnodiging voor elke burger, professional of beleidsmaker om zijn of haar taak en handelingen met zorg te volbrengen, door oog te hebben voor anderen en de wereld, inclusief de meervoudige omgevingen die kunnen bijdragen tot emancipatie of tot uitsluiting.

Heel concreet hebben we in dit onderzoek aangetoond dat veel zorgverleners in de arme sikkeld aandacht hebben voor relaties, contexten en de specificiteit van situaties. We benadrukten ook dat andere professionals, of zelfs de burgers, die aspecten kunnen devalueren. Toch blijken die zorgpraktijken emanciperend te werken omwille van aandacht en erkenning, maken ze delicate of stigmatiserende problemen bespreekbaar en dragen ze bij tot het invoeren van zorg. Daarentegen, wordt de toepassing van bureaucratische regels, die in functie zijn van principes en geen oog hebben voor de situatie, ervaren als een vorm van psychologisch en symbolisch geweld. Als afsluiter van dit onderzoek lijkt het ons dan ook belangrijk om een zorgethiek te promoten op professioneel en beleidsniveau, en vooral ook om die zorgethiek op te nemen in de opleiding van welzijns- en zorgverleners. In hun opleiding zou gefocust moeten worden op de vier eerder genoemde fasen en hun concrete toepassing in de zorgrelatie en geleverde zorg.

Ten tweede is zorg een tegelijk praktische en cognitieve activiteit, zowel een mindset in actie als een relatie-ethiek. In dat opzicht impliceert de erkenning van de mensen voor wie een beleid of dienst bestemd is, dat er wordt stilgestaan bij de aanvaardbaarheid ervan voor hen. In *Vaccessible* (Thunus et al., 2022) kregen we de kans om aan te geven hoe deze reflectie aanvankelijk ontbrak in de politieke beslissingen rond de coronacrisis en hoe deze gestaag evolueerden naar een “leave no one behind”-strategie in Brussel. Anderzijds, hebben we in dit onderzoek verscheidene aspecten van zorgstructuren aangekaart, waaronder hun temporele werking en de zorgrelatie, die wijzen op een gebrekkige aandacht en erkenning voor de begunstigden en hun situatie. Meer specifiek

voedt en legitimeert de benadering van de begunstigden vanuit het perspectief van de “patiënt” (Parsons, 1939) of meer algemeen vanuit het perspectief van het vrije en autonome individu, de zorgstructuren en -relaties die niet zijn voorzien op situaties van kwetsbaarheid. Zij ontsnappen geheel of gedeeltelijk aan dit perspectief.

Om die reden lijkt het ons aangewezen dat beleidsmakers en professionals het perspectief van kwetsbaarheid aannemen in hun reflectie over de structuur van zorg. We nodigen hen dan ook uit om hier rekening mee te houden in de uitwerking van het Brusselse geïntegreerde welzijns- en gezondheidsplan (2022), en meer bepaald in de uitwerking van een territoriale aanpak. Dit perspectief heeft twee praktische implicaties. Ten eerste veronderstelt het dat voor de organisatie van zorg op het niveau van diensten en grondgebied, het postulaat van autonomie en onafhankelijkheid vervangen wordt door een analyse van “afhankelijkheden” (Latour, 2017). Dit wil zeggen kijken naar de verbanden en de afhankelijkheden die de actoren (en hun omgeving) doen samenhangen. De methode die door Bruno Latour naar voren wordt geschoven, kan een goede leidraad zijn in deze analyse. Ten tweede veronderstelt dit perspectief dat in de beroepspraktijk een reflexiviteit gepromoot moet worden, door bijvoorbeeld zelfevaluatie, individuele en collectieve evaluatie in de werking op te nemen (zie bijvoorbeeld: Jorro, 2004). Projecten of onderzoeken zouden de operationalisering van de afhankelijkheidsanalyse en de reflexieve evaluatie in de zorg kunnen ondersteunen.

Ten derde is de zorgethiek een feministische ethiek. De zorgethiek wil namelijk verschillende stemmen erkenning schenken die niet worden uitgedragen door de instellingen van een patriarchale samenleving. In dit onderzoek hebben we vooral aangedrongen op het belang van relaties en activiteiten die de kwetsbare personen een stem schenken. We hebben daarnaast de eigenschappen blootgelegd van activiteiten en relaties die deze stemmen een “klankbord” geven. Het gaat meer bepaald om welwillendheid, tijd en aandacht.

Deze vaststellingen brengen ons ertoe acties, samenwerkingen en onderzoeken te promoten die een stem geven aan personen die doorgaans niet gehoord worden. We verwijzen hierbij ook naar de beleidslijnen die zijn vastgelegd in het Brusselse geïntegreerde welzijns- en zorgplan (2022),

dat pleit voor een bijdrage van de burgers in de politieke besluitvorming. Toch willen we er op wijzen dat het proces, en meer bepaald de eigenschappen van de relatie waarin en waarmee die participatie tot stand komt evenzeer belangrijk is, zo niet nóg belangrijker dan het resultaat. Dit geldt zowel voor de zorgrelatie als voor de politieke besluitvorming. Participatie vereist echter tijd, aandacht en gepaste methodes in het luisterproces, en dat strookt niet noodzakelijk met het tijdsbestek van de politiek. De relatie werkt helend. Laat ons er dus zorg voor dragen.

Aanbevelingen

Geestelijke Gezondheid

Geestelijke gezondheid is alomtegenwoordig in de eerstelijnszorg en moet dan ook de gepaste aandacht krijgen *in alle aspecten van het zorgbeleid*, van de promotie en financiering tot de organisatie. Drie specifieke oriëntaties dringen zich daarin op: de promotie en destigmatisering van geestelijke gezondheidszorg binnen de zorggebieden; de verbetering van de financiële toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg; en de dringende vereenvoudiging van de toegangsprocedures tot betaalbare geestelijke gezondheidszorg.

Moeilijk toegankelijke zorg

Volgens de respondenten in ons onderzoek blijven vooral de volgende zorgen financieel moeilijk toegankelijk: kinesitherapie, tandzorg, orthodontie, oogheelkunde en psychologische zorg. De financiële toegankelijkheid van deze zorg moet beter, aangezien het een zware last legt op de schouders van personen in een kwetsbare situatie, terwijl die vormen van zorg aanzienlijk kunnen bijdragen tot hun gezondheid.

Ondersteuning van vrouwen in kwetsbare situaties en uiteenlopende vormen van ouderschap

Steun voor verenigingen die opvang, ondersteuning en activiteiten aanbieden voor vrouwen die zich om sociale, economische, culturele of familiale redenen in een kwetsbare situatie bevinden. Het aanmoedigen van sensibilisering en destigmatisering van verschillende vormen van ouderschap.

Het forfaitaire betalingssysteem

De gebruiksvoorwaarden van het forfaitaire systeem zouden moeten worden bijgestuurd wat betreft de verzadiging en het toepassingsgebied. Deze inspanningen moeten middelen in kaart brengen die ertoe bijdragen dat het systeem de belangen van de leden dient.

De zorgethiek in de opleiding

De zorgethiek opnemen in de opleidingen voor welzijns- en zorgverleners. In hun opleiding zou gefocust moeten worden op de vier fases van zorg en hun concrete toepassing in de zorgrelatie en de zorgdienst.

De structurering van zorg volgens het kwetsbaarheidmodel

De structuur van zorg, en in het bijzonder de ontwikkeling van de territoriale benadering, zou moeten worden uitgedacht volgens het prisma van kwetsbaarheid. Dat vereist een analyse van afhankelijkheden op het niveau van de zorgstructuren. De operationalisering van deze analyse van afhankelijkheden zou moeten worden voorzien voor de welzijns- en gezondheidssector. Ook zou de concrete uitwerking ervan in de zorggebieden in goede banen moeten worden geleid.

Reflexiviteit in de evaluatie van welzijns- en zorgverleners

De reflexiviteit in beroepspraktijken promoten door bestaande reflexieve evaluatiemethodes uit te rollen in de welzijns- en gezondheidssector.

Verschillende stemmen raadplegen in de beleidsvorming

De ontwikkeling stimuleren van emanciperende politieke participatiemethodes waarin voldoende tijd wordt voorzien om te luisteren. Aandacht besteden aan hoe die methodes kunnen worden ontwikkeld op niveau van de zorggebieden en momenten van integratie met het gewestelijke niveau voorzien.

Emoties in het gebruik van zorg en de genderspecificiteit van gezondheid

Wetenschappelijk onderzoek stimuleren waarin uiteenlopende meningen worden gehoord omtrent twee thema's die volgens dit onderzoek uitgediept moeten worden: de rol van emoties in het zorggebruik en gezondheid als een taak waarvan de betekenis afhangt van genderspecifieke rollen.

Bijlage 1:

Referenties bij citaten

HMH: huisarts in medisch huis met forfaitair systeem of per prestatie

MAMH: maatschappelijk assistent in een medisch huis

HGP: huisarts in groepspraktijk

APO: apotheker actief in de arme sikkkel of bij de beroepsfederatie

VER: vereniging die zich richt op welzijn, zorg, cultuur,
jeugdwerk of hulp voor vrouwen en alleenstaande ouders

INW: inwoner van Kuregem

BURG: burger die een medisch huis in de arme sikkkel bezoekt

Schuilnaam (Sandra, France, Madou enz.): alleenstaande moeders

Bijlage 2: Interviewtabel

Functie of statuut	Verenigingen, federaties, instellingen, diensten, netwerken en projecten	Fase Benadering
1. Coördinator	OCMW	Verkenning
2. Coördinator	OCMW	Verkenning
3. Coördinator Projectverantwoordelijke	Eerstelijnsinterveniënt	Verkenning
4. Coördinator Projectverantwoordelijke	Eerstelijnsinterveniënt	Verkenning
5. Academisch	Academische interveniënt	Territoriaal
6. Apotheker	Apothekersvereniging Brussel	Verkenning
7. Apotheker	Algemene Pharmaceutische Bond	Verkenning
8. Voorzitterschap of directie	Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri	Verkenning
9. Projectverantwoordelijke	Inter-Environnement Bruxelles, Federatie, buurtcomités	Territoriaal
10. Projectverantwoordelijke "Housing First"	Vereniging geestelijke gezondheid en exclusie	Verkenning
11. Voorzitterschap of directie	Vereniging, medisch-sociaal opvangcentrum van Brussel	Verkenning
12. Projectverantwoordelijke	Vereniging, gemeenschapsgezondheid	Verkenning
13. Projectverantwoordelijke	Vereniging, intergenerationele band	Territoriaal
14. Intervenient	Vereniging, spel en alfabetisering	Territoriaal
15. Intervenient	Vereniging, steun voor jongeren	Territoriaal
16. Intervenient	Vereniging, interculturele band, kunst	Territoriaal
17. Intervenient, voorzitterschap of directie	Vereniging, "Aide en Milieu Ouvert"	Territoriaal
18. Coördinator	Vereniging, gemeenschapsgezondheid	Territoriaal
19. Verenigingscoördinator	Maatschappelijke dienst van Kuregem	Territoriaal
20. Verenigingscoördinator	Vereniging ter ondersteuning van geïsoleerde ouders en gezinnen	Situationeel

21.	Verenigingscoördinator	Vereniging voor de begeleiding van geïsoleerde ouders of kwetsbare gezinnen	Situationeel
22.	Verenigingscoördinator	Vereniging ter ondersteuning van alleenstaande ouders	Situationeel
23.	Verenigingscoördinator	Vereniging ter ondersteuning van ouders	Situationeel
24.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
25.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
26.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
27.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
28.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
29.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
30.	Huisarts	Medische groepspraktijk (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
31.	Huisarts	Medische groepspraktijk (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
32.	Huisarts	Zelfstandig (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
33.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Territoriaal
34.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Territoriaal
35.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Territoriaal
36.	Huisarts	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Territoriaal
37.	Huisarts	Medisch huis betaling per prestatie (Brusselse arme sikkkel)	Territoriaal
38.	Huisarts	Medisch huis betaling per prestatie (Brusselse arme sikkkel)	Territoriaal
39.	Huisartsen (2)	Medische groepspraktijk (Brusselse arme sikkkel)	Territoriaal
40.	Huisarts	Medische groepspraktijk (Brusselse arme sikkkel)	Territoriaal
41.	Huisarts	SAMU Social, vereniging, ernstige kwetsbaarheid	Territoriaal
42.	Verpleegkundige	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
43.	Maatschappelijk assistent	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
44.	Maatschappelijk assistent	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
45.	Psycholoog	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns

46.	Psycholoog	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
47.	Kinesitherapeut	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
48.	Beheerder	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
49.	Beheerder	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
50.	Maatschappelijk assistent	Medisch huis betaling per prestatie (Brusselse arme sikkkel)	Eerstelijns
51.	Algemeen coördinator	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Kuregem
52.	Gezondheidspromotor	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Kuregem
53.	Maatschappelijk assistent	Medisch huis met het forfaitaire systeem (Brusselse arme sikkkel)	Kuregem
54.	Apotheker	Apotheek	Kuregem
55.	Apotheker	Apotheek	Kuregem
56.	Spoedarts en diensthoofd	Privaat ziekenhuis / spoeddienst	Eerstelijns
57.	Sociaal verpleegkundige / maatschappelijk assistent en gespecialiseerd verpleegkundige	Hôpital CHU / urgences	Eerstelijns
58.	(ex-)bewoner		Kuregem
59.	3 bewoners /		Kuregem
60.	2 alleenstaande moeders		Situatie
61.	Bewoner		Kuregem
62.	Bewoner		Kuregem
63.	Bewoner		Kuregem
64.	Bewoner		Kuregem
65.	Bewoners		Kuregem
66.	Bewoner		Kuregem
67.	Alleenstaande moeder		Situationeel
68.	Alleenstaande moeder		Situationeel
69.	Alleenstaande moeder		Situationeel
70.	Alleenstaande moeder		Situationeel
71.	Alleenstaande moeder		Situationeel
72.	Alleenstaande moeder		Situationeel
73.	Alleenstaande moeder		Situationeel
74.	Alleenstaande moeder		Situationeel
75.	Alleenstaande moeder		Situationeel
76.	Alleenstaande moeder		Situationeel
77.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkkel		Eerstelijns
78.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkkel		Eerstelijns
79.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkkel		Eerstelijns

80.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
81.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
82.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
83.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
84.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
85.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
86.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
87.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
88.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
89.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
90.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
91.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns
92.	Bewoner die medisch huis bezoekt in de arme sikkel	Eerstelijns

Bibliografie

Abbott, Andrew Delano. 1988. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Baeten, Rita, et Sophie Cès. 2020. *Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique*. Bruxelles: Observatoire Social Européen.

Baszanger, Isabelle. 1986. « Les maladies chroniques et leur ordre négocié ». *Revue Française de Sociologie* 27(1):3. doi: 10.2307/3321642.

Belche, Hubert Jamart, Béatrice Scholtès, Jean Macq, et Thérèse Van Durme. 2020. *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*.

Blais, Louise. 2007. « Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? : Vérité et pouvoir chez Foucault ». *Sociologie et sociétés* 38(2):151-63. doi: 10.7202/016377ar.

Brugère, Fabienne. 2017. *L'éthique du « care »*. Paris: Presses Universitaires de France.

Bruneau, Charlotte, Jean-Paul Génolini, et Philippe Terral. 2021. « Gérer et utiliser les asymétries relationnelles en éducation thérapeutique du patient : la coordination soignants-patients dans la conception d'un programme d'éducation thérapeutique en oncologie ». *Revue Française des Affaires Sociales* (2):143-63.

Dauvrin, M., J. Detollenaere, C. De Laet, D. Roberfroid, et I. Vinck. 2021. « Improving Access to Health Care for Asylum Seekers in Belgium: A National Stakeholder Consultation ». *European Journal of Public Health* 31(Supplement_3):ckab164.616. doi: 10.1093/eurpub/ckab164.616.

Defeyt, Philippe. 2015. *Le point sur les familles monoparentales*. Institut pour un Développement Durable.

Delor, François, et Michel Hubert. 2000. « Revisiting the Concept of 'Vulnerability' ». *Social Science & Medicine* 50(11):1557-70. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00465-7.

Desprès, Caroline. 2013. « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité ». (6).

Englert, Marion. 2020. *La problématique du surendettement en Région bruxelloise, conséquence et facteur aggravant de situations de pauvreté : présentation et analyse de données issues de quatre services de médiation de dettes et de la Centrale des crédits aux particuliers. Dossiers*. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

- Faizang, Sylvie. 1997. « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades ». *Sciences Sociales et Santé* 15(3):5-23.
- Faizang, Sylvie. 2014. « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. » *Les Tribunes de la santé* 43:47-52. doi: <https://doi.org/10.3917/seve.043.0047>.
- Fele, Dalia. 2019. *Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016). Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus*. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.
- Fleury, Cynthia. 2019. *Le soin est un humanisme*. Paris: Gallimard.
- Frans, Dorien, Marie-Claude Chainaye, Natascha Van Mechelen, et Carine Vassart. 2014. *Pour une réponse structurelle à la précarisation des familles monoparentales en Belgique*. Fondation Roi Baudouin.
- Freidson, Eliot. 1984. *La profession médicale*. Payot. Paris.
- Gaille, Marie. 2009. « L'expérience de la non reconnaissance dans la relation médecin-patient. La signification politique et morale de la relation de soin au prisme de la théorie de la reconnaissance selon A. Honneth. » *Le Temps philosophique* 89-113.
- Gelly, Maud, et Laure Pitti. 2016. « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. » *Agone* 1(58):7-18.
- Gilligan, Carol. 2019. *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Flammarion. Paris.
- Goffman, Erving. 1967. *Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behaviours*. Pantheon Books. New-York.
- Goffman, Erving. 1983. « The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address ». *American Sociological Review* 48(1):1. doi: 10.2307/2095141.
- Hejoaka, Fabienne, Emmanuelle Simon, Arnaud Halloy, et Sophie Arborio. 2020. *État de l'art des savoirs d'expérience*. Presses universitaires de Lorraine.
- Herzlich, Claudine. 1969. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. De Gruyter.
- Hughes, Everett C. 1963. « Professions ». *Daedalus* 92(4):655-68.
- Hughes, Everett C. 2009. *The Sociological Eye*. 3rd Edition. New Brunswick: Routledge.
- IBSA, 2022. <https://monitoringdesquartiers.brussel>.
- INAMI, Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, et Médecins du Monde. 2014. *Accès aux soins : nos recommandations pour un système de santé plus inclusif (Livre Blanc)*. INAMI.
- Jorro, Anne. 2004. « Réflexivité et auto-évaluation dans les pratiques enseignantes ». *Mesure et évaluation en éducation* 27(2):33. doi: 10.7202/1087976ar.
- Karali, Fatma. 2019. *Mamans solos. Sortir de l'isolement, de la précarité et de la débrouille. Pistes d'actions des mères monoparentales pour la législation 2019-2024*. Des Mères Veilleuses.
- Kittay, Eva Feder. 2020. *Love's labors: essays on women, equality and dependency*. Second edition. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.

Laplantine, François. 1984. « Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines ». *Histoire, économie et société* 3(4):641-50. doi: 10.3406/hes.1984.1383.

Latour, Bruno. 2017. *Où atterrir? comment s'orienter en politique*. Paris: La Découverte.

Leresche, Frédérique. 2019. « La critique portée par le non-recours aux droits sociaux : propositions pour développer une approche subalterne. » *Sociologies En ligne*. doi: <https://doi.org/10.4000/sociologies.11438>.

Martiniello, Marco, Jacinthe Mazzocchetti, et Andrea Rea. 2013. « Les nouveaux enjeux des migrations en Belgique ». *Revue européenne des migrations internationales* 29(2).

Missinne, Sarah, Hervé Avalosse, et Sarah Luyten. 2019. *Tous égaux face à la santé à Bruxelles? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Dossier*. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social.

Missinne, Sarah, et Sarah Luyten. 2018. *Les médecins généralistes en région bruxelloise: qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ? Dossier*. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social.

Morel, Sylvie. 2019. « Inequality and discrimination in access to urgent care in France Ethnographies of three healthcare structures and their audiences ». *Social Sciences and Medicine* 232:25-32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.028>.

Observatoire de la Santé et du Social, 2022. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022). Baromètre social 2021. Bruxelles : Commission communautaire commune.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé). 2000. *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication*. OMS.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé). 1996. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998

Parsons, Talcott. 1939. « The Professions and Social Structure ». *Social Forces* 17(4):457-67.

Sacco, Muriel. 2010. « Cureghem : de la démolition à la revitalisation ». *Brussels Studies*. doi: 10.4000/brussels.808.

Schön, Donald A. 1983. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think In Action*. Basic Books.

Strauss, Anselm. 1992. *La trame de la négociation Sociologie qualitative et interactionnisme*. Edition de l'Harmattan. Paris.

Thunus, Sophie. 2022. « Meeting in brackets: how mental health policy travels through meetings ». *Evidence & Policy* 1-21. doi: 10.1332/174426421X16595409252858.

Thunus, Sophie, Alexis Creten, et Céline Mahieu. 2021. *Vaccessible: une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus*. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social.

Tronto, Joan. 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. La Découverte. Paris.

Van Tichelen, Clarisse. 2019. *Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ?* 32. Namur: IWEPS, L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique.

Vannotti, Marco. 2002. « L' empathie dans la relation médecin – patient: » *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* no 29(2):213-37. doi: 10.3917/ctf.029.0213.

Verrept, Hans, et Isabelle Coune. 2016. *Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé*. Bruxelles: SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

Wagener, Martin, et Bernard Francq. 2013. *Monoparentalités à Bruxelles Etat des lieux et perspectives*. Cellule Diversité Bruxelles - Actiris.

Walker, Carole Heather, et Sophie Thunus. 2020. « Meeting Boundaries: Exploring the Faces of Social Inclusion beyond Mental Health Systems ». *Social Inclusion* 8(1):214-24. doi: 10.17645/si.v8i1.2193.

Walker, Carole, Sophie Thunus, et Pablo Nicaise. 2019. *Parcours.Bruxelles: Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social.



Brusselaars maken minder gebruik van eerstelijnszorg in vergelijking met de andere gewesten. Naast administratieve en financiële drempels, spelen ook sociale en culturele factoren een rol. Deze studie bespreekt het gebruik van eerstelijnszorg door kwetsbare personen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De focus ligt op personen “die financieel (te) krap zitten, maar net uit de boot vallen voor bepaalde sociale rechten”.

Hierdoor moeten ze een wankel en fragiel evenwicht trachten te behouden tussen autonomie en zelfstandigheid, tussen momenten waarop “het wel gaat” en momenten waarop “het niet meer gaat”.

De onderzoekers hanteerden een territoriale (met een focus op de wijk Kuregem) en een situationele benadering (met een focus op alleenstaand ouderschap) om de toegang tot en het gebruik van eerstelijnszorg te onderzoeken, en dit door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Ze gaven hiervoor het woord aan burgers én professionele actoren.

Ce document est également disponible en français.

Dit document is ook in het Frans beschikbaar onder de titel:
'Melting point: Situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins
de première ligne en Région bruxelloise'