

Visie van gezondheidswerkers op armoede en hun zorgrelatie met generatiearmen

*Bart Peeters, Bieke Crabbe, An De Craecker, Veerle Devriendt,
Veerle Duprez, Guido Schoorens, Katrien Beeckman,
Marlies Eggermont en Silvan Leroux*

1. Inleiding

Het streven naar zorg op maat, naar autonomie en naar concreet dialogaal handelen tussen zorgverlener en zorgvrager vormen vandaag de rode draad doorheen zorgverstrekking. De beleidsmatige bekommernis over de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg beklemtoont dit streven naar autonomie van de patiënt. De vraag is of deze visies ook effectief tot een betere zorg aan generatiearmen leiden.

Internationale studies tonen al geruime tijd het bestaan van socio-economische verschillen in gezondheid aan in West-Europa. Epidemiologische gegevens tonen de duidelijke socio-economische verschillen in de vroegneonatale en zuigelingensterfte. Deze verschillen nemen zelfs toe (Bossuyt & Van Oyen 2001). Bij de laagst opgeleide vrouwen is de foetale sterfte 4 tot 5 keer groter dan bij de groep hoogst opgeleiden. Deze vaststelling geldt in mindere mate ook voor de vroegneonatale en de kindersterfte (Swimberghe e.a. 2003). Ook het verband tussen een zwakke socio-economische positie enerzijds en een laag geboortegewicht en frequentere opnames op neonatologie anderzijds werd aangetoond voor België (Bossuyt & Van Oyen 2001).

Verschillende chronische aandoeningen, hartaandoeningen, longen en ademhalingswegen, diabetes, rugklachten en hernia, reumatische aandoeningen, epilepsie en bepaalde carcinomen, komen meer voor in de lagere dan in de hogere sociale klassen (Bayingana K. e.a. 2006; Dalstra e.a. 2005; van Lenthe e.a. 2004). Onderzoek naar de problematiek van kansarme diabeten staat nog in de kinderschoenen (Simmes 1998; Duprez 2001; Vanoverbeke 2001; Logghe & Peeters 2005). Uit dit exploratief onderzoek blijkt dat chronisch zieken die in armoede leven ofwel de ziekte als één van de vele problemen of als een mineur

probleem zien (Simmes 1998; Dewettinck 2000; Duprez 2001). Hun toekomstperspectief is (sterk) beperkt of volledig afwezig. Door de focus op het overleven verschuift de aandacht voor hun gezondheid of hun specifieke aandoening naar de achtergrond (Louckx 1995; Duprez 2001). Ook levensstijl en gezondheidsgerelateerde gedragingen hangen nauw samen met de sociaal maatschappelijke positie (Kloek e.a. 2004).

Over de samenhang van de maatschappelijke positie en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen zijn soms tegengestelde resultaten terug te vinden. Er zijn studies die wijzen op een kwantitatief hoger gebruik van de gezondheidszorg door lagere sociale klassen in vergelijking met hun (medische) behoeften. De meerderheid van de studies stelt echter een lager gebruik vast (Bossuyt & Van Oyen 2001). Ander onderzoek toont aan dat mensen met een lage sociaal maatschappelijke positie niet meer, maar ook niet minder contact hebben met gezondheidsvoorzieningen (Peersman & De Maeseneer 1995).

De Vlaamse gezondheidszorg bereikt onvoldoende de armsten, in het bijzonder generatiearmen. Mensen uit de laagste sociaaleconomische klasse worden geconfronteerd met verschillende drempels die de toegang tot de gezondheidszorg belemmeren (Bayingana K. e.a. 2006; De Maeseneer e.a. 2003; Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid, en sociale uitsluiting 2005, 2007). Een breed opgezette studie toont duidelijk aan dat mensen die in armoede leven nog vaak worden geconfronteerd met drempels in de toegang van de gezondheidszorg (De Maeseneer e.a. 2003). Dit onderzoek leert dat maatregelen ter verbetering van de toegankelijkheid multi-axiaal moeten worden opgezet. Naast aandacht voor de financiële toegankelijkheid moet er ook aandacht zijn voor de administratieve, culturele en psychosociale toegankelijkheid. Het actief betrekken van de armen zelf bij het uitwerken van beleidsmaatregelen is hierbij een belangrijke aanbeveling (De Maeseneer e.a. 2003). In hun actiegericht praktijkonderzoek naar de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor kansarmen tonen ook Kerkhofs en Van Regenmortel (2005) het belang aan van een dialoog en partnerschap met de zorggebruiker om een kwaliteitsvolle, toegankelijke, op de doelgroep afgestemde zorg te kunnen bieden.

Naast de financiële drempels, is de zorgrelatie daarbij een belangrijke, nog vaak vergeten drempel. Uit een review van internationaal onderzoek blijkt dat er duidelijke verschillen zijn in de manier waarop artsen communiceren met patiënten uit lagere sociaaleconomische lagen. Patiënten uit lagere sociale klassen krijgen minder positieve socio-emotionele uitingen, worden geconfronteerd met een meer directieve consultatiestijl, gekenmerkt door minder patiëntenbetrokkenheid in het nemen van beslissingen, een meer biomedische benadering, minder controle van de patiënt over het verloop van de communicatie, minder diagnostische en behandelingsinformatie en meer fysisch onderzoek. (Willems e.a. 2005a).

Vanuit deze vaststellingen werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, vertrekkend van de onderzoeksvraag: 'Hoe ontmoeten generatiearmen en zorgverstrekkers elkaar in de zorg?'. Deze vraag werd onderzocht bij mensen met diabetes en bij gezinnen in de pre-, peri- en postnatale periode. Omdat allochtone generatiearmen in deze context een bijzondere positie innemen waarbij ook culturele aspecten, bijvoorbeeld met betrekking tot leefstijl, een belangrijke rol spelen beperken we ons in dit verhaal tot autochtone armen.

De centrale onderzoeksvraag werd geoperationaliseerd in twee onderzoeksvragen. Vooreerst onderzochten we welke visie gezondheidswerkers hebben op armoede. Hierbij vertrekken we van de kenmerken die zij aan armoede verbinden en de oorzaken die zij aan armoede toewijzen. Het verklaringsmodel van Vranken e.a. (2004), aangevuld met dit van Driessens en Van Regenmortel (2006), vormde de basis voor de data-analyse die een antwoord biedt op deze onderzoeksvraag. Dit model situeert de oorzaken van armoede op drie niveaus. Legt men de oorzaak van armoede bij de persoon zelf, vertrekt men vanuit het microniveau. Als een groep van mensen of een instelling met de vinger worden gewezen, speelt het probleem zich af op het mesoniveau. Wordt de maatschappij verantwoordelijk gesteld voor armoede, refereert men naar het macroniveau. Op deze niveaus wordt bovendien een schuld- en ongevalmodel onderscheiden. Bij het eerste wordt het individu, gemeenschap/organisatie of maatschappij zelf verantwoordelijk gesteld voor armoede. Bij een ongevalmodel reikt men naar eerder toevallige factoren waar de personen, groepen of maatschappij zelf geen grip op hebben. In tweede instantie gaan we uitgebreid in op de elementen die gezondheidswerkers belangrijk vinden in het aangaan van een zorgrelatie met generatiearmen.

2. Methodologie

De algemene onderzoeksvraag werd via een kwalitatieve onderzoeksbenadering beantwoord. Kwalitatief onderzoek probeert immers de alledaagse betekenisgeving en betekeniswereld van doelgroepen te doorgronden (Maso & Smaling 1998) en sluit daardoor aan bij onze onderzoeksvraag. De meerwaarde die kwalitatief onderzoek hier kan bieden, is de mogelijkheid om dieper in te gaan op de subjectieve beleving, visie en motivaties van de betrokkenen. Bovendien komen in de persoonlijke verhalen van respondenten, in het bijzonder van armen, veel gevoelige thema's aan bod die men niet had kunnen bevragen in een kwantitatief onderzoeksopzet. Maar ook bij de groep gezondheidswerkers is een kwalitatief onderzoeksopzet geschikter omdat het meer mogelijkheden biedt om de beleving en visie van deze respondenten uitgebreider te exploreren. Het zou wel interessant zijn om de bevindingen uit deze exploratieve studie te toetsen in een kwantitatief onderzoek.

Als onderzoeksinstrument kozen we voor het kwalitatief interview, zowel onder de vorm van diepte-interviews als focusgroepen. In beide deelonderzoeken werden zowel generatiearme respondenten (14 in het deelonderzoek diabetes, 13 gezinnen binnen het pre-, peri- en postnatale deelluik) als gezondheidswerkers uit de sector bevraagd. In dit korte artikel spitsen we ons echter toe op het onderzoek bij deze laatste groep.

De rekrutering van gezondheidswerkers gebeurde via zorginstellingen, wijkgezondheidscentra, groeps- en zelfstandige praktijken en navormingsinitiatieven binnen de gezondheidszorg. De selectie van de respondenten gebeurde bij gezondheidswerkers uit de eerste en de tweede lijn (artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen) en werd gestuurd door volgende criteria: leeftijdsgroep, geslacht, aantal jaren beroepservaring, werksetting. Binnen het deelonderzoek diabeteszorg werden enkel 13 verpleegkundigen uit de eerste- en tweedelijnszorg bevraagd via focusgroeps gesprekken. Het aantal respondenten ligt binnen dit deelluik lager omwille van de beperktere tijd en middelen. Er vond een tweede gespreksronde plaats waarbij met behulp van casussen de voorlopige analyseresultaten verder werden uitgediept. In het onderzoek pre-, peri- en postnatale zorg werden 30 zorgverstrekkers bevraagd (vroedvrouwen, verpleegkundigen, huisartsen, kinderartsen, gynaecologen) werkzaam in diverse settings (Kind en Gezin, ziekenhuis, thuiszorg, wijkgezondheidscentrum, individuele of groepspraktijk). Binnen dit deelluik werd ook een kleine groep niet-medisch geschoolde zorgverstrekkers bevraagd omwille van hun positie in het zorgverleningsproces (coördinatoren van op de doelgroep gerichte initiatieven, maatschappelijk werkers, ervaringsdeskundigen van Kind en Gezin). In deze bijdrage ligt de focus op de visie van de medisch geschoolde zorgverstrekkers. Er werden acht focusgroepen ingericht, waarvan zeven verder opgenomen werden in het onderzoek. Van twee respondenten werd afzonderlijk een diepte-interview afgenomen. Bij de selectie van respondenten werd dus gepoogd om een grote diversiteit te bereiken met betrekking tot relevant geachte achtergrondkenmerken. Zo werd de keuze om mensen te rekruteren uit de eerste en de tweede lijn ingegeven door de verschillen in de arbeidsorganisatie, aard van de verstrekte zorg, duur en aard van het contact. De criteria leeftijd en aantal jaren beroepservaring werden ingegeven door verschillen in frequentie van contacten met generatiearmen en de verschuivingen doorheen de tijd in de opleidingen van gezondheidswerkers.

Alle gesprekken gingen door in aanwezigheid van twee onderzoeksmedewerkers en werden geregistreerd (audio-opnames). De analyse van de data gebeurde voor beide deelonderzoeken volgens dezelfde methode. De opnames werden letterlijk uitgeschreven en transcripten werden samen met reflectie- en observatienota's ingevoerd in NVivo7. De transcripten werden gekoppeld aan de audio-opnames, waardoor het herbeluisteren tijdens het coderen mogelijk was. Mogelijke misinterpretaties van de data werden op deze manier minimaal gehouden in de verschillende onderzoeksfases. Elk transcript werd door mini-

maal twee onderzoeksmedewerkers met een verschillende opleidingsachtergrond (vroedkundig, verpleegkundig, agogisch, ethisch of sociologisch perspectief) gecodeerd. Het analyseproces en de dataverzameling liepen parallel wat de mogelijkheid creëerde om de dataverzameling te laten sturen door de eerste inzichten uit de analyses. In eerste fase werd deze inhoudsanalyse aangestuurd door de verschillende onderzoeksvragen, aangevuld met inzichten uit de literatuur (bvb. de verschillende schuldmodellen met betrekking tot de visie op armoede en sociale uitsluiting van Vranken). Codes werden na codering van elk transcript door de verschillende onderzoekers vergeleken, afgebakend en inhoudelijk verfijnd. Deze eerste verzamelingen van codes (free nodes) werden, in een tweede fase, door de onderzoeksgroep opnieuw vergeleken en geïnterpreteerd. Op deze manier ontstonden de eerste inzichten in de samenhang tussen de verschillende codes, werden eerste overkoepelende categorieën en concepten opgebouwd (tree nodes) en werden relaties hiertussen gelegd. Deze eerste theoretische constructen werden opnieuw getoetst aan de data en waar nodig verder verfijnd. Inhoudvaliditeit werd ook bekomen door terugkoppeling naar de respondenten. Het onderzoek steunt namelijk op de participatieve dialoog met de onderzoeksgroep, in casu de generatiearmen. In de loop van het onderzoek werden drie ontmoetingsmomenten ingebouwd waarbij de eerste theoretische constructen teruggekoppeld werden naar de deelnemende generatiearmen. Gegevens uit deze gesprekken werden verder ingebouwd in het onderzoek. Doorheen dit cyclische proces van dataverzameling, interpretatie, discussie en toetsing van inzichten bij de respondenten, bij externe deskundigen en binnen de onderzoeksgroep werd uiteindelijk een definitief theoretisch kader opgebouwd.

Een aantal kanttekeningen bij deze methodologie zijn op hun plaats. De diversiteit in ervaring tussen de gezondheidswerkers vormde zowel een rijkdom als een belemmering tijdens de focusgroepgesprekken. Daarnaast was het niet altijd mogelijk om de verschillende beroepsgroepen samen te brengen voor een groepsgesprek. Er werd daarom aanvullend gewerkt met individuele gesprekken binnen de werksetting van de respondent. Binnen het deelonderzoek diabeteszorg werden enkel verpleegkundigen bevestigd, in een eerder beperkt aantal. De deelnemende gezondheidswerkers waren vrijwel allemaal mensen met een sterke belangstelling en motivatie voor zorgverlening aan generatiearmen. Hun visie kan niet als representatief gezien worden voor alle gezondheidswerkers. Uitlatingen over de visie en het gedrag van hun collega's doet ons veronderstellen dat onze respondentengroep een meer genuanceerde en positievere kijk hanteert op zorgverlening aan generatiearmen. Deze veronderstelling zou echter verder moeten worden onderzocht.

3. Resultaten

Hoe gezondheidswerkers armoede percipiëren wordt in het eerstvolgende deel omschreven. Vervolgens bekijken we welke elementen zij belangrijk vinden in de zorgrelatie met generatiearmen. Er werden in de tekst een aantal citaten uit de gesprekken opgenomen omwille van hun illustratieve sterkte.

3.1 Perceptie van de gezondheidswerkers op armoede

In de gesprekken met gezondheidswerkers werd gepeild naar hun perceptie van armoede en de oorzaken ervan. De hierboven besproken verklaringsmodellen van Vranken e.a. (2004) en Driessens en Van Regenmortel (2006) vormden zoals gezegd de basis voor dit deel van de data-analyse.

In het diabetesonderzoek is gebleken dat het merendeel van de bevroegde verpleegkundigen armoede met een uni-dimensionele bril bekijkt. Armoede betekent voor hen het hebben van financiële problemen met impact op de materiële condities. Het zijn de meest zichtbare elementen van leven in armoede die zij meenemen in hun visie op armoede. Een minderheid van de respondenten ziet armoede als een multi-dimensioneel gegeven en onderkent de complexiteit en de impact op de verschillende levensdomeinen. Deze verpleegkundigen verwoorden ook de psychologische component van armoede en het meervoudig gekwetst zijn van generatiearmen.

VPK13: “Er is vaak een verband tussen mensen die in armoede leven en hun sociale vaardigheden, dat vind ik ook een groot probleem. Je zit met een cumulatie inderdaad, er zijn verschillende dingen die op elkaar inspelen die maken dat er of diabetes is of dat er luizen zijn of dat er problemen zijn rond andere zaken van gezondheid. Dan zie je vaak dat mensen op dat moment dat bijna gaan negeren, die zeggen ik wil dat niet weten want het is voor mij al moeilijk genoeg, ik ga dat proberen opzij schuiven dat het niet werkt.”

In het deelluik inzake pre-, peri-, en postnatale zorg leggen gezondheidswerkers ook vaak de klemtoon op de financiële en materiële condities van armoede, zoals inkomen en huisvesting. Maar de complexiteit van armoede komt binnen deze respondentengroep wat meer aan bod. Gezondheidswerkers geven aan dat de armoedesituatie complex is door de veelheid van problemen die op elkaar inspelen. Ze stellen dat het bijna onmogelijk is om uit armoede te ontsnappen. Ook psychologische kenmerken als onzekerheid, de ervaring geen vat te hebben op zaken en het gevoel beperkt te zijn in mogelijkheden worden ervaren als inherent aan generatiearmoede.

Uit beide onderzoeksdelen blijkt dat de respondenten in sterke mate vertrekken vanuit verklaringmodellen op het individueel niveau: armoede wordt volgens hen grotendeels bepaald door factoren gelegen bij het individu zelf. Een

van de heersende visies bij onze respondenten stelt dat het persoonlijke gedrag van deze mensen maakt dat ze arm worden, zijn of blijven. Het is gelegen aan keuzes die ze maken, de prioriteiten die ze leggen. Aansluitend wordt er gesproken over een gebrek aan verantwoordelijkheid. Naast het denken in termen van individuele schuld, wordt er ook aangegeven dat factoren van meer toevallige of intrinsieke aard een rol spelen. Het gaat dan om de moeilijke opgroeisituatie en de vaardigheden die ze daar al dan niet meekregen, intellectuele capaciteiten, situationele factoren zoals invaliditeit, pensionering en faillissement.

Diabetici die in armoede leven en verpleegkundigen vertrekken vanuit een verschillend referentiekader. Bepaalde keuzes en gedragingen zijn moeilijk te begrijpen voor sommige verpleegkundigen. Ze worden als irrationeel geïnterpreteerd. Respondenten met dit perspectief delen generatiearmen op in 'deserving' en 'undeserving poor'. Het individueel schuldmodel gehanteerd in de visie op armoede wordt hier weerspiegeld in de sterke klemtoon op de individuele verantwoordelijkheid van de arme om zijn leef- en gezondheidstoestand te verbeteren. Vaak balanceert de visie van de verpleegkundigen tussen het individuele schuldmodel en enige vorm van begrip op basis van hun eigen normstelsel waarin het verstrekken van de gepaste zorg aan iedereen centraal staat.

VPK4: "Ik ben ervan overtuigd dat het bij velen gewoon kwestie is van andere prioriteiten leggen."

VPK2: "Want ik weet ook, wij hebben ook bepaalde mensen waarvan je weet dat ze het niet breed hebben, maar dat ze inderdaad verslaafd zijn aan alcohol. Ik persoonlijk zeg dan 'sorry, maar hoeveel kost een fles whisky niet, dan zou ik daar liever toch wat ander dingen mee kopen'. Ik weet het, ge zijt verpleegkundige, ge gaat ook wel niet de begeleiding links laten liggen."

Opvallend is dat respondenten uit de tweede lijn in de pre-, peri-, en postnatale zorg meer klemtoon leggen op de individuele schuld. Respondenten uit de eerste lijn leggen vooral het verband met toevalsfactoren en tonen hierbij een redelijke vorm van begrip. Mogelijke verklaring hiervoor, die verder onderzoek behoeft, is dat de tweedelijnszorg meer specifiek en klachtengericht is en derhalve minder weet heeft van de globale context waarin de zorgvraag zich situeert. Hoewel we bij onze respondenten uit de tweede lijn eveneens de invloed van de opgroeisituatie, sociale omgeving en gebrekkige mogelijkheden terugvinden, is de toon toch meer beschuldigend. Evenals bij het luik diabeteszorg, wordt ook hier onderscheid gemaakt tussen de 'deserving' en 'non-deserving poor': zij die het al dan niet willen en/of kunnen veranderen. Onderstaand citaat illustreert niet enkel dat de maatschappelijke druk weinig wordt erkend, maar dat individuen bovendien worden verwacht om als individu in te gaan tegen deze druk.

VRK8: "Opvallend is dat ze zich heel sterk willen profileren naar het gangbare maatschappijbeeld dat door de media naar voor geschoven wordt. De GSM en het roken en zo al de typische zaken die zij toch wel hebben, waardoor je zegt van dat is ongelooflijk. Ze zouden beter gezond eten bij wijze van spreken, maar nee, da doen ze niet."

In beide deelonderzoeken verwoorden de respondenten mesofactoren, zij het eerder beperkt. Een verschillende waardebeleving geconcretiseerd in de organisatorische logica en cultuur van verzorgingsinstellingen vormen een hinderenis in de zorgrelatie. De leefcultuur van armen verschilt dusdanig hiervan dat de zorg verstoord, geweigerd of (in extreme situaties) stopgezet kan worden. Respondenten geven aan dat het beleid van een organisatie vaak niet aangepast is aan de behoefte van generatiearmen, maken melding van financiële drempels in de toegankelijkheid van de zorg en van onaangepaste communicatiestrategieën. Daarnaast wordt in beperkte mate verwezen naar de verantwoordelijkheid van commerciële instanties, die kansarmen steeds meer verleiden om hun schuldenberg te verhogen.

Het element tijdsbeleving wordt meestal als een individueel probleem omschreven en door de zorgverstrekkers weinig gekaderd in de maatschappelijke tijdsorganisatie. De tijdsindeling en tijdsbeleving van zorgverstrekkers staat daardoor diametraal tegenover die van armen. Zo start de communicatie tijdens een contact vaak reeds in een negatief klimaat wanneer gemaakte afspraken niet werden nagekomen.

Structurele en maatschappelijke aspecten komen beperkt aan bod en hierover is zeker geen consensus. Een deel van de respondenten geeft aan dat maatschappelijke structuren falen in het bereiken van armen en het wegwerken van uitsluitingmechanismen, terwijl een ander deel juist aangeeft dat er (te) royale sociale vangnetten zijn. In de eerste lijn binnen de pre-, peri- en postnatale zorg geven een klein aantal respondenten aan dat een chronisch gebrek aan inspanningen van de overheid mede oorzaak is van de kloof tussen zorgverstrekkers en armen.

Onze resultaten liggen in de lijn van wat Willems e.a. (2005b) constateerden in hun onderzoek bij huisartsen. Uit een kwalitatief onderzoek naar de perceptie van armoede bij huisartsen, allen werkzaam in kasarme buurten, blijkt dat deze vooral de klemtoon leggen op individuele factoren in hun definitie van armoede. Vooral socio-economische aspecten (inkomen, huisvesting, ...) en individuele tekorten tekenen hun definitie van armoede. Bij de psychologische en individuele kenmerken wordt het gebrek aan ambitie om de situatie te veranderen door veel huisartsen vermeld. Daarnaast zien velen een gebrek aan capaciteiten om het budget te beheren, beperkte intellectuele capaciteiten, beperkte sociale en relationele vaardigheden, verstoorde communicatieve capaciteiten, verslavingsproblemen, luiheid, angst voor de toekomst, een slechte gezondheid. Bij socio-culturele factoren wordt de negatieve invloed van de omgeving vermeld en wordt ook de sociale isolatie als belangrijk beschouwd. Een

minderheid vermeldt de inadequate reactie van de maatschappij op armoede. Daarnaast zien de geïnterviewde artsen een grote consumptiedrang bij en vermelden ze de grote omvang van de gezinnen.

3.2 Belangrijk geachte elementen in de zorgrelatie

Het centrale concept, aangegeven door de zorgverleners, in de zorgrelatie tussen generatiearmen en gezondheidswerkers is 'vertrouwen'. Relatieve gelijkwaardigheid, het authentiek in relatie staan en respect vormen volgens de deelnemende zorgverleners voorwaarden of attitudes voor het tot stand komen van deze vertrouwensrelatie met generatiearmen. Een vertrouwensbasis is noodzakelijk om adequaat zorg te kunnen verlenen. Eenmaal er vertrouwen is, zien we dat de zorg ruimer kan worden ingevuld. We merken hier een discrepantie tussen denken en handelen. Hoewel zorgverleners het belang van vertrouwen en empathie verwoorden, blijken ze in hun werkelijke relatie toch nog erg beïnvloed door het schuldmodel.

De opbouw van een vertrouwensrelatie is volgens respondenten een proces van vallen en opstaan. De eerste indruk wordt ervaren als doorslaggevend. Zorgverstrekkers geven aan dat het niet evident is om generatiearmen echt te bereiken. De kloof tussen de twee werelden is immers groot. Een deel van de zorgverstrekkers ervaart ook de gekwetstheid van de generatiearmen en de impact ervan op het aangaan van een vertrouwensrelatie. Een beperkt aantal gezondheidswerkers voelt aan dat het hierdoor moeilijk is voor armen om verbintenissen aan te gaan. Veel gezondheidswerkers ervaren een grote afstand bij generatiearmen wat vaak tot een gevoel van machteloosheid leidt.

VPK10: "Maar hij moet zijn verhaal durven doen hé. De kloof is groot hoor, ik denk dat je in zo'n groep van mensen niet gemakkelijk binnen komt."

VPK13: "Neen, dat is waar"

Zorgverstrekkers geven attitudes aan die belangrijk zijn om een vertrouwensrelatie te laten groeien. Ze gaan uit van het laten aanvoelen van een relationele gelijkwaardigheid. Dit kan via een horizontale dialoog, wat getuigt van respect. Dit is echter niet altijd eenvoudig om in praktijk te brengen omdat de inhoudelijke deskundigheid van de zorgverlener een verticale relatie impliceert. Authentiek in een zorgrelatie staan, wordt tevens als belangrijk ervaren. Zo ontstaat en groeit de echtheid en oprechtheid. De wijze waarop de zorgverstrekker generatiearmen benadert en met hen communiceert dient te getuigen van respect en openheid. Generatiearmen voelen namelijk een gebrek aan respect en authenticiteit scherp aan. Zorgverstrekkers in de pre-, peri-, en post-natale zorg wijzen op het bewaken van enige afstand als randvoorwaarde, ondanks de nood aan empathie en authenticiteit. Dit zou de noodzakelijke voorwaarde tot professionaliteit zijn. Verder wordt de onvoorwaardelijke aan-

vaarding van de armen bij sommigen en dit vooral bij eerstelijns gezondheidswerkers vermeld als belangrijke voorwaarde voor een vertrouwensrelatie. Respondenten zijn bovendien overtuigd van het belang armen positief te benaderen en hen te bevestigen, en dit meer dan bij andere hulpvragenden. Sommige zorgverstrekkers gebruiken de term 'koesteren'. Enerzijds vergt dit koesteren het in relatie gaan met mensen. Anderzijds verwijst de term naar het veiligheidsaspect in een zorgrelatie. De respondenten voelen aan dat het belangrijk is om een veilige sfeer te creëren waarin de arme zich goed voelt en zichzelf kan zijn.

HA3: "Het is een sfeer creëren van zich goed voelen bij, een sfeer creëren van horizontaliteit ten opzichte van hulpverlener en dit in een hiërarchische situatie. Dat is veel moeilijker om te doorbreken, ge zit veel strakker vast in een hiërarchie. Dat koesterende is zo een soort veilige sfeer, een veilige haven creëren waar dat ze met dat soort problemen veilig terecht kunnen, ook al maken ze zich zorgen om niks. Dat ze toch geen schrik moeten hebben om dat op tafel te gooien, dat ze 's nachts mogen bellen als ze ermee inzitten, enzovoort."

Zorgverstrekkers ervaren dat vertrouwen groeit wanneer de generatiearme aanvoelt dat de zorgverlener het beste met hem voor heeft en opvolging waarborgt. Eenmaal er vertrouwen is, wordt zorg aanvaard en kan deze ruimer worden ingevuld. Vanuit openheid ontstaat een betere zorgafstemming op de noden van de generatiearme zorgvrager. Eenmaal het vertrouwen is opgebouwd, is het groot.

Bij vertrouwensverlies van de zorgvrager wordt gesteld dat het belangrijk is dat de zorgverstrekker bereikbaar en beschikbaar blijft. De generatiearme moet het gevoel gegeven worden dat hij nog steeds terecht kan bij hem of haar. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie kan bijkomende arbeidsmotivatie geven aan zorgverstrekkers en heeft tevens positieve effecten op de invullingen van de zorg zelf. Goede contacten met generatiearmen worden omschreven als '(h)echte' contacten. Het is echter onduidelijk wat respondenten met 'hecht' bedoelen. Deze contacten zijn echter moeilijker te bekomen binnen de intramurale zorg voor diabetici en in de pre-, peri- en postnatale zorg. De ontmoetingstijd tussen de verstrekker en vrager is er te kort, wat de totstandkoming van een vertrouwensrelatie bemoeilijkt. Het feit dat de zorg opgesplitst is over meerdere hulpverleners werkt ook belemmerend voor de vertrouwensrelatie.

4. Conclusie

De visie van de zorgverstrekkers op armoede blijkt grotendeels gebaseerd op een individueel model: armoede wordt bepaald door factoren die worden toe-

gewezen aan het individu en de situatie waarin hij leeft. In mindere mate worden ook sociale uitsluitingmechanismen en psychologische mechanismen aan-gegeven. Vaak balanceren de bevraagden tussen het individuele schuldmodel en een bepaald begrip voor de situatie van de arme. Bij de respondenten in de pre-, peri- en postnatale zorg blijkt een verschil tussen de eerste- en de tweedelijnszorg. De tweedelijnswerkers leggen meer nadruk op het individuele schuldmodel.

Daarnaast gingen we ook na welke aspecten zorgverstrekkers belangrijk vinden in de zorgrelatie met armen. Cruciaal om de zorg aan armen te verbeteren blijkt het investeren in de opbouw en het behoud van een vertrouwensrelatie. Vertrouwen groeit volgens hen vanuit relationele gelijkwaardigheid, authenticiteit en respect als professionele grondhouding. In de pre-, peri- en postnatale zorg wijzen de zorgverstrekkers tevens naar het bewaren van een evenwicht tussen afstand en nabijheid. Men hecht belang aan het bewaren van voldoende afstand.

Een doelstelling van dit onderzoek is het ontwikkelen van vormingsprogramma's van gezondheidswerkers. Het geven van meer inzicht in de denk- en leefwereld van generatiearmen staat hierin centraal. De mogelijkheden om de zorgrelatie met generatiearmen te verbeteren worden verkend, zowel op micro-, meso-, als macroniveau. Om de authenticiteit van de denk- en leefwereld van de armen te verzekeren worden ook de armen zelf ingeschakeld. Drie soorten vormingspakketten worden uitgewerkt: een doegericht vormingspakket naar de armen, een vormingspakket naar de mantelzorg en een vernieuwd inzicht in de relatieopbouw voor professionelen.

Het ideaalbeeld van gezondheidswerkers omtrent de zorgrelatie met armen bestaat uit een blijvende dialoog met hen zodat ze bevestiging kunnen ervaren en ze in zichzelf kunnen leren geloven. Men streeft naar een samen reflecterend, steeds opnieuw opbouwend groeien in een emanciperende zorgrelatie, maar dit ideaalbeeld wordt zeer moeilijk verwezenlijkt. Het ideaalbeeld wordt doorkruist door andere denkbeelden over armen die nog steeds erg zijn beïnvloed door het individuele schuldmodel. Men verwacht met andere woorden een wederzijdsheid in de poging om het ideaalbeeld te bewerkstelligen. Pas als er door de arme voldoende inspanningen worden geleverd om uit de armoede te geraken, is men 'deserving' om in dialoog te bouwen aan een zorgrelatie gebaseerd op vertrouwen.

BIBLIOGRAFIE

Bayingana K., Demarest S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J., Tafforeau, J., Van der Heyden, J. (2006). *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004* (Rep.

- No. IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 037). Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Afdeling Epidemiologie.
- Dalstra, J.A., Kunst, A.E., Borrell, C., Breeze, E., & Cambois, E. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: overview of eight European countries. *International journal of epidemiology*, 34(2), 316-326.
- De Maeseneer, J. Willems, S., De Roo, L., & Haeydens, N. (2003). *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport – Samenvattend Rapport*. Gent: Universiteit Gent – Vakgroep Huisartsengeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg.
- Dewettinck, I. (2000). *Leven met vochtbeperking: een moeilijke opdracht. Exploratief onderzoek naar de processen die non-compliance gedrag met betrekking tot de vochtbeperking beïnvloeden bij hemodialysepatiënten*. Ongepubliceerde Licentiaatsverhandeling verpleegwetenschap. Gent: Universiteit Gent.
- Duprez, V. (2001). *Therapietrouw bij chronisch zieken die in armoede leven. Een exploratief kwalitatief onderzoek*. Ongepubliceerde Licentiaatsverhandeling verpleegwetenschap. Gent: Universiteit Gent.
- Driessens, K., Van Regenmortel, T. (2006). *Bind-kracht in armoede, leefwereld en hulpverlening*. Leuven: Lannoo.
- Kerkhofs, R., Van Regenmortel, T. (2005). *Versterkend werken door nieuwe vormen van liaisons. Methodiekontwikkeling voor de bevordering van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor personen die in armoede leven*. Leuven: HIVA.
- Kloek, G.C., van Lenthe, F.J., van Nierop, P.W. & Mackenbach, J.P. (2004). Stages for change for fruit and vegetable consumption in deprived neighbourhoods. *Health education behavior*, 31(2) 223-241.
- Logghe, A., & Peeters, J. (2006). *Therapie(on)trouw bij diabetes mellitus patiënten die in armoede leven*. Ongepubliceerde masterproef, master in de verpleegkunde, Universiteit Gent.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Simmes, F. (1998). *'Ik mag het eigenlijk allemaal niet hebben', de betekenis van het leven met type 2 diabetes van patiënten uit de laag socio-economische klasse*. Ongepubliceerde Licentiaatsverhandeling verpleegwetenschap. Universiteit Utrecht.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid. en sociale uitsluiting (2005). *Armoede uitbannen: een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Verslag – december 2005*. Brussel: Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid. en sociale uitsluiting (2007). *Strijd tegen armoede. Evoluties en perspectieven. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Verslag december 2007*. Brussel: Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding
- Van Lenthe, F.J., Schrijvers, C.T.M., Droomers, M., Joung, I.M.A., Louwman, M.J., & Mackenbach, J.P. (2004). Investigating explanations of socio-economic inequalities in health – The Dutch GLOBE study. *European Journal of Public Health*, 14, 63-70.
- Vanoverbeke, K. (2001). *Evaluatie van een spreekuur voor diabetes type 2 patiënten in het wijkgezondheidscentrum Botermarkt te Ledeberg*. Ongepubliceerde Licentiaatsverhandeling medisch-sociale wetenschappen. Gent: Universiteit Gent.
- Vranken J. & De Boyser, K. & Dierckx, D. (eds.) (2004). *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 2004*. Leuven: Acco.
- Willems, S., De Maesschalck, S., Deveuegele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005a). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56(2), 139-146.
- Willems, S., Swinnen, W., & De Maeseneer, J. (2005b). The GP's perception of poverty: a qualitative study. *Family Practice*, 22(2), 177-183.