



Arteveldehogeschool

Katholiek Hoger Onderwijs Gent

Opleiding vroedkunde

Campus Brusselsepoort

Brusselsepoortstraat 93, BE-9000 Gent

NOOD AAN MEER PRENATALE ZORG BIJ KANSARMEN?

Promotor: de heer G. Schoorens
mevrouw A. De Craecker

Academiejaar: 2007 – 2008

Bachelorproef voorgedragen door:
Charlotte POELMAN
tot het bekomen van de graad
Bachelor in de vroedkunde.

Abstract

Armoede is in ons land vooral een verborgen probleem. De mensen die in armoede leven komen er niet graag mee naar buiten en wie niet in armoede leeft, is zich nauwelijks van het probleem bewust of kijkt er liever overheen. Uit de literatuur blijkt dat kansarmen minder prenataal worden opgevolgd. Deze bachelorproef gaat op zoek naar de redenen hiervoor en de gevolgen dat dit met zich meebrengt. De zwangerschap, de bevalling en de postpartumperiode kent bij kansarmen veelal meer problemen. Via focused-interviews met enkele kansarmen wordt gepeild naar de tevredenheid van de prenatale begeleiding. Belangrijke aanbevelingen naar vroedvrouwen worden gesuggereerd zoals het belang van contextuele hulpverlening en een empowerende zorgrelatie.

Inhoudsopgave

Abstract	2
Inhoudsopgave	3
Woord vooraf	7
Inleiding	8
[Deel 1] Theoretisch gedeelte	10
1 Wat is armoede?	11
1.1 Inleiding	11
1.3.1 Definities.....	12
1.3.1.1 Kind en Gezin	12
1.3.1.2 Vranken, De Boyser & Dierckx (2006)	12
1.3.1.3 Thys, De Raedemaeker & Vranken (2004)	14
1.3.1.4 Van Regenmortel (2002)	14
1.3.1.5 Heyndrickx, Barbier, Driesen, Van Ongevalle & Vansevenant (2005)	15
1.3.2 Stellingen	15
1.3.2.1 Nelson Mandela	15
1.3.2.2 Kofi Annan.....	15
1.4.1 De structurele kenmerken en effecten van armoede volgens Lewis	15
1.4.1.1 Het gemeenschapsniveau	16
1.4.1.2 Het economische aspect.....	16
1.4.1.3 Het individueel niveau	16
1.4.2 Armoedecultuur is universeel.....	16
1.5.1 Maatschappelijke armoedegrenzen.....	16
1.5.1.1 Individuele armoedegrens.....	17
1.5.1.2 Institutionele armoedegrens	17
1.5.1.3 Consensuele armoedegrens	17
1.5.1.4 Gedragmatige armoedegrens	18
1.5.2 Wetenschappelijke armoedegrenzen	18
1.5.2.1 Expertarmoedegrens.....	18
1.5.2.2 Statistische armoedegrens.....	18
1.6.1 Enkele cijfers.....	20
1.6.1.1 Algemeen	20
1.6.1.2 Leeftijd.....	20
1.6.1.3 Werkloosheid / Tewerkstelling.....	20
1.6.1.4 Opleidingsgraad.....	20
2 Armoede en gezondheid	21

2.3.1	Onbereikbaarheid van de hulpverlening.....	22
2.3.1.1	De kostprijs van de gezondheidszorgen	22
2.3.1.2	Het voorschieten van kosten.	22
2.3.1.3	De maximumfactuur	23
2.3.1.4	De betalende derde	24
2.3.1.5	De sociaal betalende derde.....	25
2.3.1.6	Het omniostatuu.....	25
2.3.1.7	Te hoge remgelden.....	26
2.3.1.8	Kosten voor zorgen, behandelingen en medicatie die niet worden terugbetaald	27
2.3.1.9	Privatisering en vermarkting van de gezondheidszorg.....	27
2.3.2	Barrières gelegen in de pyscho-sociale en culturele dimensie.....	27
2.3.2.1	Gebrek aan mantelzorg	27
2.3.2.2	Gebrek aan persoonlijk contact met de hulpverlener	28
2.3.2.3	Gebrek aan informatie-op-maat.....	28
2.3.2.4	Geen of weinig toegang tot het internet	28
2.3.2.5	Tijd.....	28
2.4.2	Inkomen	29
2.4.3	Machteloosheidsgevoel	29
2.4.4	Arbeid.....	30
2.4.5	Huisvesting	30
2.4.6	Gestoorde communicatie.....	32
2.4.7	Verbintenisproblematiek als belangrijkste kenmerk	32
2.4.7.2	Relatie met anderen.....	32
2.4.7.3	Verbintenis met de maatschappij.....	32
2.4.7.4	Onvoldoende binding met de toekomst.....	33
2.5.1	Inleiding	33
2.5.2	Risicofactoren.....	34
2.5.3	Armoede, depressie en relatieve deprivatie	34
3	Armoede en zwangerschap.....	36
3.2.1	Visie op opvoeding	36
3.2.2	Verlangen naar een kind, een gezinsleven.....	37
3.2.3	Rolverdeling binnen het gezin	38
3.3.1	Inleiding	38
3.3.2	Barrières binnen de prenatale zorg.....	38
3.3.3	Kind & Gezin in de prenatale periode.....	39
3.3.4	Zwangerschapsbegeleiding in Vlaanderen.....	41
3.3.5	Tienerszwangerschappen	42
3.3.6	Het juridische luik bij de geboorte van een kind	42
3.3.7	Kraamgeld	43
3.3.8	Gezondheidsverandering tijdens de zwangerschap.....	44
3.4.1	Inleiding	45

3.4.2	Begeleiding tijdens de bevalling.....	45
3.4.3	Sterftecijfers	45
3.4.4	Het opleidingsniveau van de moeder en de afloop van haar zwangerschap.	48
3.4.4.1	Inleiding	48
3.4.4.2	Resultaten	49
3.4.4.3	Gevolgen voor het kind	49
3.4.4.4	Conclusie.....	50
3.4.5	Onderzoek 1	50
3.4.6	Onderzoek 2	51
3.5.1	Inleiding	52
3.5.2	Postnatale zorg voor kansarmen	52
3.5.3	Hoe affectie geven aan de kinderen?.....	53
3.5.4	Borstvoeding of flesvoeding?	53
3.5.4.1	Inleiding	53
3.5.4.2	Cijfers over borstvoeding	54
3.5.4.3	Conclusie.....	55
3.5.5	Anticonceptie is een dure zaak	56
3.5.6	Kinderen in kansarmoede.....	56
3.5.7	Gevolgen voor het leven.....	58
4	Krachtgerichte hulpverlening	59
4.1.1	Wat is empowerment?	59
4.1.2	Kenmerken van empowerment.....	59
4.1.3	Empowerment en armoede.....	60
4.1.4	Empowerment in de gezondheidszorg	60
4.1.5	Maatzorg en empowerment	60
4.1.6	Contextuele hulpverlening	61
4.2.1	Een versterkende hulpverleningsrelatie.....	62
4.2.2	Concrete tips	62
4.2.3	Het belang van een goede anamnese	63
	[Deel 2] Praktisch gedeelte: Interviews.....	64
5	Interviews	66
5.6.1	Visie van de respondenten op zwangerschap	69
5.6.2	Hoe verkregen de respondenten info omtrent zwangerschap?.....	69
5.6.3	Was de zwangerschap gepland?.....	70
5.6.4	Pasten zij hun gedrag aan tijdens de zwangerschap?.....	70
5.6.5	De prenatale consultaties.....	71
5.6.6	Wat vinden de respondenten van meer prenatale begeleiding door een vroedvrouw in te schakelen?	72
5.6.7	Borstvoeding?.....	73
5.6.8	Wat vinden de respondenten van de postnatale begeleiding?	73
5.6.9	Zouden infosessies hun aandacht trekken?	74

5.6.10	Concrete suggesties voor vroedvrouwen.....	74
	Algemeen besluit.....	77
	Literatuurlijst.....	81

Woord vooraf

Mijn oprechte dank gaat uit naar:

Mevrouw A. De Craecker en meneer G. Schoorens, promotoren van deze scriptie, voor hun nuttige tips.

Mijn ouders die het mij mogelijk maakten deze studies te volgen en mij steeds moreel steunden.

Mijn familie en vrienden die me steeds op hun eigen manier hielpen en me moed inspraken tijdens het schrijfproces.

Aan allen die rechtstreeks of onrechtstreeks een bijdrage leverden tot dit werk.

Ondergetekende, Charlotte Poelman, draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze scriptie en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.

Gent, mei 2008

Inleiding

Armoede is vandaag een mondiaal fenomeen dat veel ruimer is dan enkel een inkomensprobleem of een kwestie van overleven. Gezondheid, onderwijs, huisvesting, politieke conflicten,... kunnen de armoedesituaties sterk beïnvloeden. Meer dan 15% van de Belgen krijgt vroeg of laat te maken met armoede. Mensen die laaggeschoold zijn, een gebroken gezinssituatie hebben, getroffen worden door ziekte of invaliditeit, werkloos zijn,... zijn extra kwetsbaar.

Deze vaststelling werd bevestigd in een studie van Swimberghe et al. (2003) die als basiswerk diende voor deze scriptie. Het feit dat sommige kinderen reeds vanaf hun eerste levensdag een achterstand kunnen ontwikkelen wegens de socio-economische status van hun moeder greep me zodanig aan dat ik het nuttig vond hier meer over te ontdekken.

In een *eerste hoofdstuk* wordt een verkenning gemaakt van de *armoedeproblematiek*. Het is nodig dat vroedvrouwen hier meer inzicht zouden in krijgen. Enkele definities en stellingen geven aan hoe verschillend armoede kan geïnterpreteerd worden. De structurele kenmerken volgens Lewis worden nader bekeken evenals de verschillende armoedegrenzen. Vranken et al. (2006) steunt op het niveau waarop de oorzaak zich afspeelt en op het interne of externe aspect van die oorzaak om te kunnen beoordelen wat armoede is en hoe het ontstaat. Deze zes verklaringsmodellen zijn belangrijk voor de vroedvrouwen in de zorgrelatie met kansarmen. Om een beeld te krijgen over de armoede in ons land worden enkele relevante cijfers aangebracht en besproken.

Het *tweede hoofdstuk* wordt het verband tussen *armoede en gezondheid* nader bekeken. De kleine, ongezonde woningen, slechte hygiënische omstandigheden, onzekerheid over stromend en drinkbaar water of elektriciteit en gebrekkig sanitair maken kansarmen ziek.

Wetenschappelijke onderzoeken wijzen ook allen dezelfde richting uit: "arm maakt ziek en ziek maakt arm". (Wittevrongel, uit Demyttenaere, 2003)

Ook al komt de gezondheid van de kinderen voor vele ouders op de eerste plaats, toch spelen de ondankbare leefomstandigheden hen parten. Al van bij de geboorte lopen kinderen uit armere milieus een groter risico op gezondheidsproblemen. In dit gedeelte wordt besproken hoe toegankelijk de gezondheidszorg is voor kansarmen, wat eventuele obstakels zijn en wat de huidige voorzieningen inhouden. Als vroedvrouw is het van belang hier kennis over te hebben en te weten tot welke administratieve, financiële of sociale instanties kansarmen zich kunnen wenden om bepaalde problemen opgelost te krijgen.

Armoede en zwangerschap is het *derde hoofdstuk* van deze scriptie. Binnen dit gedeelte wordt bekeken wat de gevolgen zijn van een leven in kansarmoede op de zwangerschap, de bevalling en de postpartumperiode. Het ouderschap betekent voor kansarmen enorm veel. Een zwangerschap is dikwijls de eerste gebeurtenis in hun leven waarbij zij zich echt verantwoordelijk kunnen voelen en dat ze ook in de maatschappij een status krijgen. Uit onderzoek van Vanhee, Laporte en Corveleyn (2001) blijkt dat hun grootste levensdroom is hun kinderen een betere

opvoeding te geven dan dat ze zelf hebben gehad. Krijgen kansarmen evenveel prenatale begeleiding als anderen? Passen zij hun gedrag aan tijdens de zwangerschap? Krijgen zij genoeg informatie op maat? Wordt de impact die de prenatale zorg kan hebben op de verdere zwangerschapsuitkomst soms niet te fel onderschat? Hoe ervaren kansarme moeders de begeleiding door artsen of vroedvrouwen en wat vinden ze van hun verblijf op materniteit? Geven kansarme moeders even veel borstvoeding? Door middel van literatuurstudies werden antwoorden gezocht op al deze vragen die dan beknopt werden samengevat. Kind en Gezin speelt hier een belangrijke rol omdat zij hier omtrent heel wat onderzoek hebben geleverd. In dit hoofdstuk wordt ook de relevantie van de problematiek voor vroedvrouwen naar voren geschoven. De begeleidingsvaardigheden van vroedvrouwen zullen medebepalend zijn voor de verdere zorgrelatie tussen de parturiënten en eventueel andere zorgverleners.

Deze scriptie zou niet volledig zijn mochten er geen suggesties gegeven worden om een krachtgerichte hulpverlening mogelijk te maken. Daarom is het *vierde hoofdstuk* vooral gericht op de meest aangewezen *methodieken om met kansarmen om te gaan*. Empowerende, contextuele, op maat gerichte hulpverlening zijn kernwoorden die hier uitgebreider worden besproken. Er worden eveneens concrete tips gegeven voor vroedvrouwen, die ook voor andere hulpverleners nuttig kunnen zijn.

Het *praktijkgedeelte* van dit werk peilt in *hoofdstuk vijf* via focused-interviews met kansarme mensen die kinderen hebben of zwanger zijn naar hun bevindingen en meningen omtrent de prenatale zorg die ze kregen, de bevalling en de postpartumperiode. De meest relevante antwoorden uit de interviews worden besproken en vergeleken met literatuurstudies. Van hieruit wordt dan gepoogd enkele aanbevelingen te geven aan de vroedvrouw in haar omgang met kansarme zwangere of jonge moeders en hun partner.

Dit werkstuk wil armen absoluut niet beschuldigen van de situatie waarin ze leven, integendeel. Daarom wil ik beklemtonen dat het vinden van oplossingen, het aanhalen van thema's waarover meer onderzoek nodig is omtrent deze problematiek het hoofddoel is van deze bachelorproef.

[Deel 1] Theoretisch gedeelte

1 Wat is armoede?

1.1 Inleiding

Armoede is vandaag een mondiaal fenomeen met een relatief en een multi-aspectueel karakter. Het is dus niet enkel een inkomensprobleem of een kwestie van overleven maar het is veel ruimer. Het gaat om verscheidene aspecten zoals gezondheid, onderwijs, rechten, politiek, huisvesting,... Meer dan 15% van de Belgische bevolking krijgt vroeg of laat te maken met armoede. Sommige mensen zijn extra kwetsbaar om in de armoede te belanden: laaggeschoolden, mensen uit gebroken gezinnen, mensen die getroffen worden door ziekte of invaliditeit, werklozen.

Ook de Vlaamse Organisatie voor mensenrechteneducatie [VORMEN] stelt dat armoede een wereldwijd probleem is. Mensen hebben dikwijls de neiging om armoede te associëren met gebieden als Sub-Saharaans Afrika, Azië en Latijns-Amerika. Nochtans worden er in Europa ook miljoenen mensen mee geconfronteerd. Van de 400 miljoen inwoners van de EU leven er 60 miljoen onder de armoedegrens (die vastgelegd is op 50 % van het gemiddelde inkomen in een land) en zijn er 2,7 miljoen dakloos. In Spanje bijvoorbeeld leeft 20 % van de bevolking onder de relatieve armoede-grens en 4,5 % van de bevolking leeft in extreme armoede. In het Verenigd Koninkrijk groeit een derde van de kinderen op in armoede. De Wereldbank (2000) maakte de schrijnende vaststelling dat in de armste landen 1 kind op de 5 sterft voor het 5 jaar oud is, terwijl in de rijke landen minder dan 1 kind op 100 zijn vijfde verjaardag niet haalt.

Armoede kan volgens VORMEN worden opgedeeld in absolute en relatieve armoede.

"*Absolute armoede* wordt gemeten met wat beschouwd wordt als het minimum om te overleven. Door deze definitie wordt er van uit gegaan dat er minimum standaarden zijn en dat mensen die daaronder blijven, beschouwd kunnen worden als 'arm'. Een van de meest gebruikte maatstaven is het inkomensniveau: wanneer het inkomen van een persoon of een gezin onder een bepaald niveau blijft dat als een minimum wordt gesteld om een redelijke levensstandaard te hebben, dan wordt die persoon of dat gezin als arm beschouwd."

"Bij *relatieve armoede* wordt de status van een specifieke groep bepaald en gemeten in verhouding tot anderen in dezelfde leefomgeving, gemeenschap of hetzelfde land. Bijgevolg kan iemand die in een ontwikkeld land als arm beschouwd wordt een hoger inkomen hebben dan iemand die in een minder ontwikkeld land als bemiddeld wordt beschouwd. De betekenis van armoede hangt af van de gewoontes, de standaarden en de waarden van elk land en elke regio. In deze zin is er ook een culturele dimensie in de perceptie van wat armoede is."

Ook Vlaanderen ontsnapt namelijk niet aan de grote kloof tussen de wenselijkheid van welvaart voor iedereen en de werkelijkheid van uitsluiting voor velen. De steeds hogere normen die onze maatschappij oplegt zijn immers niet voor iedereen haalbaar. Armoede in ons land is vooral een verborgen probleem. De mensen die in armoede leven komen er niet graag mee naar buiten; wie niet in armoede leeft, is zich nauwelijks van het probleem bewust of kijkt er liever overheen. Maar men moet de ogen niet sluiten indien men wil dat het probleem zich oplost.

1.2 De kringloop van de armoede

Armoede bestaat uit vele elementen die bij arme gezinnen tegelijk aanwezig zijn. Dit vormt een vicieuze cirkel waardoor die gezinnen de armoede niet uitgeraken. De samenhangende problemen waarmee deze mensen te kampen krijgen versterken elkaar.

“De kringloop van de armoede maakt ook duidelijk dat sommige bevolkingsgroepen van de eerste tot de laatste dag van hun leven, van wieg tot graf, in een gelijklopend circuit zitten omdat ze van de gewone samenleving zijn uitgesloten. Het wordt soms als het ware doorgegeven van vader op zoon, van de ene generatie op de andere. Daarom spreekt men ook van generatiearmoede.” (VORMEN, 2007)

De term generatiearmoede wil ons in feite duidelijk maken dat armoede meer is dan alleen een tekort aan middelen. Het multi-aspectuele karakter verklaart dat het om een meervoudige sociale uitsluiting gaat. De bestendigheid van generatiearmoede beklemtoont het langdurig karakter ervan. Generatiearmoede is een term die specifiek is dan armoede, het drukt enkel de armoede uit die intergenerationeel is. De armoede bij kansarmen is anders dan die bij generatiearmen door het feit dat kansarmen door een bepaalde gebeurtenis in hun leven in een precare situatie terecht gekomen zijn (Thys, De Raedemaecker & Vranken, 2004).

1.3 Verschillende definities en stellingen

1.3.1 Definities

1.3.1.1 Kind en Gezin

Binnen de gezondheidszorg wordt dikwijls gebruik gemaakt van de manier waarop Kind en Gezin kansarmoede definieert. Het is een duurzame toestand waarbij mensen beknut worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk hooggewaardeerde goederen, zoals onderwijs, arbeid en huisvesting. Op basis van zes selectiecriteria gaat Kind en Gezin na of het gezin al dan niet als kansarm kan worden beschouwd. Deze zijn: het maandinkomen van het gezin, de opleiding van de ouders, de ontwikkeling van de kinderen, de arbeidssituatie van de ouders, de huisvesting en de gezondheid. Wanneer het gezin zwak scoort op drie of meer criteria wordt het als kansarm beschouwd. Het gezin hoeft dus eigenlijk geen grote financiële problemen te hebben om als kansarm te worden beschouwd (Kind en Gezin [K&G], 2006). Kind en Gezin speelt een zeer belangrijke rol in deze scriptie. De organisatie wordt later verder toegelicht.

1.3.1.2 Vranken, De Boyser & Dierckx (2006)

Deze definitie wordt ook gehanteerd binnen de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale uitsluiting en de Stad [OASeS]:

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

Vranken et al. (2006) verdelen armoede in vier dimensies en stellen zes verklaringmodellen voor armoede op.

a) De vier dimensies van armoede volgens Vranken et al. (2006)

Op de eerste plaats 'tijd', omdat dit wijst op het dynamisch karakter van armoede, als voorbeeld hierbij denken we onder andere aan sociale overerving. De 'hoogte' is een tweede dimensie die ons weergeeft hoeveel mensen volgens de bestaande definities in armoede leven. Hoe groot is de kloof tussen het bedrag dat nodig zal zijn om op de armoedegrens te komen en het inkomen van een individuele arme? Zoals supra vermeld heeft armoede een multi-aspectueel karakter, dit wordt dan de 'breedte' genoemd. De laatste dimensie is de 'diepte', hierbij wordt bekeken hoe diep de kloof is met de rest van de bevolking.

b) Zes verklaringmodellen voor armoede volgens Vranken et al. (2006)

Om te kunnen beoordelen wat armoede is en hoe armoede ontstaat, steunt Vranken et al. op de oorzaak en ook op het interne (schuld) of externe (ongeval) aspect van die oorzaak.

1. Micro-niveau

- Individueel schuldmodel:

Wanneer we ervan uitgaan dat de arme door zijn eigen schuld arm is geworden hanteert men dit model. Hierbij zal bij het bestrijden van de armoede vooral aandacht gehecht worden aan de opvoeding, negatieve sanctionering of disciplineren.

- Individueel ongevalmodel:

Hier dragen niet de armen de schuld maar is hun situatie het gevolg van het ontbreken van culturele of sociale vaardigheden. Het doel zal hier zijn deze tekortkomingen zoveel als mogelijk weg te werken. Empowerment zal hier voor de hulpverlener de manier zijn om de mensen terug op de goede weg te helpen.

2. Meso-niveau

- Institutioneel schuldmodel:

Instellingen zoals de school, de buurt, de sociale klasse verklaren het leven in armoede. De oorzaak ligt bij de gemeenschap.

- Institutioneel ongevalmodel:

De aandacht gaat hier naar de processen die mensen overkomen en/of waarop ze reageren. Armen hebben een verschillend referentiekader. De betekenis die mensen hechten aan hun eigen handelen en aan dat van anderen begrijpen, zorgt ervoor dat we het handelen van mensen ook beter kunnen begrijpen.

3. Het macro-niveau

- Maatschappelijk schuldmodel:

Armoede is hier het gevolg van de organisatie van onze samenleving. De uitsluitingsmechanismen in onze maatschappij zullen moeten doorbroken worden zodat het recht op maatschappelijke dienstverlening gegarandeerd kan worden.

- Maatschappelijk ongevalmodel

Er is een constante nood aan preventieve en curatieve armoedebestrijding. Volgens dit model kan ook een economische crisis of een natuurramp aan de basis liggen van de oorzaak van armoede. De verantwoordelijkheid tussen het individu en de maatschappij wordt verdeeld.

1.3.1.3 Thys, De Raedemaecker & Vranken (2004)

Thys et al. (2004) hanteren in hun boek de definitie die supra reeds verscheen in de definitie volgens Vranken et al. (2006). Vooral het feit dat armen de kloof niet op eigen kracht kunnen overbruggen vinden zij van cruciaal belang. Hun boek 'Bruggen over troebel water' verwijst dus naar het overbruggen van de kloof waardoor armen gescheiden worden van de rest van de samenleving. Hierbij moeten veel verschillende wegen gebruikt worden, vandaar de meervoudsvorm van het woord 'bruggen'.

1.3.1.4 Van Regenmortel (2002)

Van Regenmortel (2002) ging niet volledig akkoord met de definitie van Vranken e.a. (2006). Ze was van mening dat de laatste zin te veel nadruk legde op de psychologische machteloosheid. Daarom gaf zij een definitie die gebaseerd is op een mens- en maatschappijbeeld dat iedereen gelijk en verscheiden is en dat de onderlinge verschillen het gevolg zijn van maatschappelijke omstandigheden waarin mensen vanuit hun verscheidenheid terechtkomen. In deze definitie krijgt de weerslag van uitsluitingsmechanismen en de weerslag hiervan op de psyche van het uitgesloten individu een belangrijke rol.

"Armoede is een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het scheidt de armen van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Deze kloof kan enkel overbrugd worden wanneer de samenleving een appel doet op het psychologische kapitaal van personen die in armoede leven en van hun omgeving. De samenleving maakt daarbij ook de economische, sociale en culturele kapitaalvormen voor hen toegankelijk. Zo krijgt iedereen gelijke kansen op niet-kwetsende sociale en maatschappelijke interacties en op volwaardige verbindingen met zichzelf, de anderen, de maatschappij en de toekomst." (Van Regenmortel, 2002)

1.3.1.5 Heyndrickx, Barbier, Driesen, Van Ongevalle & Vansevenant (2005)

Deze definitie kunnen we in feite beschouwen als een uitbreiding op de definitie van Vranken e.a. (2006) omdat ze de nadruk legt op het gekwetste individu. Tevens omdat uit het boek 'Meervoudig gekwetsten' duidelijk blijkt dat ook de structurele oorzaken van armoede bekeken moeten worden.

"Gekwetst is iemand bij wie de betrouwbaarheid van existentiële en betekenisvolle relaties fundamenteel is geschaad. Hiermee wordt het basaal vertrouwen in zichzelf en de omgevende wereld aangetast. Meervoudig duidt op de aanhoudende en wederkerige effecten op de verbindingen met zichzelf, de ander, de samenleving en de tijd." (Heyndrick et al. , 2005)

1.3.2 Stellingen

1.3.2.1 Nelson Mandela

"Net zoals slavernij en apartheid is armoede niet natuurlijk. Ze wordt veroorzaakt door mensen en ze kan voorkomen en uitgeroeid worden door menselijke actie. En armoede aanpakken is geen gebaar van liefdadigheid. Het is een daad van rechtvaardigheid. Het is de bescherming van een fundamenteel mensenrecht, het recht op waardigheid en een behoorlijk leven." (Nelson Mandela, s.d.)

1.3.2.2 Kofi Annan

"Wherever we lift one soul from a life of poverty, we are defending human rights. And whenever we fail in this mission, we are failing human rights." (Kofi Annan, s.d.)

Volgens Annan is het dus zo dat wanneer we ook maar één ziel redden uit een leven in armoede, we dan de rechten van de mens verdedigen. Wanneer we mislukken in deze opdracht dan falen we ook in het uitvoeren of verdedigen van de mensenrechten.

1.4 'Culture of poverty' volgens Oscar Lewis

Voor sommigen beperkt de culturele benadering van armoede zich tot een eenvoudige beschrijving van karakteristieke gedragingen of levensstijl. Anderen koppelen er eveneens een causaal verklaringsmechanisme aan. Dit beschrijft de reeds besproken vicieuze cirkel van armoede. Oscar Lewis (1959) hecht vooral veel belang aan het tijdselement in de benadering van armoede. Hij maakt een onderscheid tussen de structurele kenmerken en de effecten die na verloop van tijd leiden tot een veranderde persoonlijkheidsstructuur.

1.4.1 De structurele kenmerken en effecten van armoede volgens Lewis

1.4.1.1 Het gemeenschapsniveau

Op lokaal vlak heeft Lewis (1959) het vooral over de slechte huisvesting en overbevolking. Op gezinsniveau verwijst hij vooral naar het ontbreken van bescherming tijdens de kinderjaren. Het vaker voorkomen van ongebonden relaties, een trend naar gezinnen waarin de vrouw (alleenstaand) of moeder de spilfiguur is. Kinderen strijden dikwijls onderling voor het verkrijgen van maternale affectie. Lewis vernoemt ook een hogere prevalentie van alcoholisme maar dit wordt door andere studies ontkent.

1.4.1.2 Het economische aspect

Op economisch vlak kenmerkt de armoedecultuur zich vooral door de volgende aspecten: werkloosheid, ongeschoolde beroepen, kinderarbeid, tekort aan spaargeld, gebruik van tweedehandskledij of -meubelen, de afwezigheid van voedselreserves thuis en regelmatig kopen van kleine hoeveelheden voedsel.

1.4.1.3 Het individueel niveau

Het individueel niveau wordt vooral gekenmerkt door gevoelens van minderwaardigheid, marginaliteit, afhankelijkheid en hulploosheid. Volgens Lewis (1959) is er ook een sterk geloof in mannelijke superioriteit (vrouwen horen hun man te gehoorzamen). De innerlijke kwetsbaarheid van armen is een belangrijke drempel voor hun maatschappelijke integratie en wordt daarom later meer uitgewerkt.

1.4.2 Armoedecultuur is universeel

Volgens Lewis (1959) is de armoedecultuur een cultuur die eigen is aan armen uit alle landen die een klassengestratificeerde, sterk geïndividualiseerde, kapitalistische maatschappij hebben en nauwelijks kenmerken vertonen van een welvaartsstraat. Armen gebruiken de armoedecultuur volgens hem als een reactie en adaptatie op hun marginale positie in een dergelijke structuur en zijn hier zelf voor verantwoordelijk door hun persoonlijke inadequaatheid en inferioriteit. Hij vermeldt er (gelukkig) ook bij dat niet alle armen een armoedecultuur hebben.

1.5 Armoedegrenzen

Armoede beschikt niet over intrinsieke kenmerken die haar grenzen duidelijk en zichtbaar kan weergeven. Hierdoor zijn er in de loop van de tijd door verschillende actoren verscheidene armoedegrenzen geconceptualiseerd (Leveque, 2003).

1.5.1 Maatschappelijke armoedegrenzen

Bij de maatschappelijke armoedegrenzen wordt de armoede toegeschreven aan een maatschappelijke institutie, wordt de perceptie ervan bij de bevolking in rekening gebracht of wordt er onderzocht waardoor de maatschappelijke participatie wordt beperkt (vb. door een tekort aan middelen) (Leveque, 2003).

1.5.1.1 Individuele armoedegrens

Het individu bepaalt voor zichzelf, naar zijn eigen normen en waarden, wanneer hij of zij vindt dat er sprake is van armoede wanneer er sprake is van de individuele armoedegrens. Sommige onderzoekers (Kangas en Ritakallio, 1998: 174) denken dat serieuze academici nooit deze armoedegrens zullen hanteren. Zij gaan er van uit dat armoede niet afhankelijk is van hoe iemand zich innerlijk voelt maar wel van de omstandigheden waarin iemand 'over'-leeft. Anderen stellen zich de vraag of er wel van armoede gesproken kan worden wanneer 'armen' hun eigen situatie niet als armoede definiëren (Leveque, 2003).

1.5.1.2 Institutionele armoedegrens

De institutionele armoedegrens ontstaat na een beslissing binnen een bepaalde maatschappelijke institutie (vb. de sociale zekerheid of het belastingstelsel). Praktisch valt dit in onze Westerse welvaartsstaten samen met het minimuminkomen uit de sociale bijstand. Vanuit internationaal opzicht kunnen de bijstandsgrenzen soms problematisch zijn. Enerzijds omdat een groot aantal landen niet beschikt over een wettelijk gegarandeerd minimuminkomen en anderzijds omdat er een significant verschil van land tot land bestaat wat de sociale bijstand betreft. Er dient vanuit theoretisch en empirisch standpunt een onderscheid gemaakt te worden tussen armoede en sociale bijstand. Empirisch lijkt het dat personen die in armoede leven meer kans vertonen op sociale bijstand, maar veel bijstandtrekkers blijken niet arm te zijn wanneer armoede met een traditionele armoedegrens wordt bekeken. Theoretisch is het zo dat de omvang van bijstandsafhankelijkheid en de sociale verdeling ervan noch op theoretische, noch op empirische inzichten over armoede begrepen kunnen worden (Leveque, 2003).

1.5.1.3 Consensuele armoedegrens

De afbakening van de armoedegrens steunt bij de Consensuele armoedegrens, net zoals bij de individuele armoedegrens, voornamelijk op perceptie. Het verschil tussen beide ligt in de beoordeling. De consensuele armoedegrens wordt niet bepaald door de individuele beoordeling van de levensstandaard of het minimale inkomen, maar wel door de perceptie hiervan binnen de totale bevolking. Hierbij worden verschillende methodes gehanteerd waarbij er één de grootste

navolging kent, namelijk de minimuminkomensvraag: "Welk netto gezinsinkomen zou in uw situatie het minimum zijn waarmee u net rond zou kunnen komen?" (Leveque, 2003)

1.5.1.4 Gedragmatige armoedegrens

De gedragmatige armoedegrens is gebaseerd op relevante af- of toename in bepaalde vormen van sociaal gedrag (vb. participatie aan het sociale leven, de arbeidsmarkt, of deelname aan culturele activiteiten). Het gaat om armoede die gekenmerkt wordt door bepaalde gedragingen en een aparte levensstijl die van generatie op generatie worden overgedragen (Leveque, 2003).

1.5.2 Wetenschappelijke armoedegrenzen

Bij de wetenschappelijke armoedegrenzen is de afgrenzing eerder gebaseerd op de expertise van de onderzoekers of maakt men gebruik van een statistisch criterium om de armoederealiteit weer te geven (Leveque, 2003).

1.5.2.1 Expertarmoedegrens

De armoedegrens die bepaald wordt op basis van een expertise van een onderzoeker is de expertarmoedegrens. Charles Booth (1889) en Seebohm Rowntree (1901) legden in de 19^{de} eeuw de fundamenteën van de expertgrens in hun armoedestudies, de budgetmethode genaamd. Aan de basis ligt de expertise, hiernaar wordt een korf gevormd die alle ingrediënten en diensten bevat die nodig zijn om een zekere levensstandaard te bereiken. Hiervan wordt dan op zijn beurt de kwaliteit, aantal, levensduur en kostprijs bepaald en de som vormt de uiteindelijke armoedegrens (Leveque, 2003).

1.5.2.2 Statistische armoedegrens

Deze grens geniet de voorkeur wegens zijn eenduidigheid en het feit dat hij gemakkelijk te hanteren is. Hij wordt bepaald op basis van één of meerdere statistische criteria. Doorgaans gaat het om 40, 50 of 60% van het gemiddelde equivalent gezinsinkomen¹. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van schalen die aangeven hoe zwaar een gezinslid doorweegt op het gezinsinkomen. Het is heel belangrijk zicht te krijgen op de mate waarin de gebruikte wegingcoëfficiënten het onderzoek vorm geven. De samenstelling van de groep kan namelijk sterk verschillen naargelang de gebruikte equivalentieschaal. Zo geeft de Organisation for Economic and Co-operation Development in zijn OECD-schaal voor het Europese armoedeonderzoek minder gewicht aan

¹ Een bepaald inkomen wordt voor één bepaald gezinstype als equivalent beschouwd ten opzichte van een bepaald inkomen bij een ander type. (Leveque, 2003, p. 20)

grote gezinnen. Hierdoor belanden grote gezinnen minder snel onder de armoedegrens (Leveque, 2003).

1.6 Armoede in België

1.6.1 Enkele cijfers

1.6.1.1 Algemeen

De recentste armoedegegevens zijn afkomstig van de Statistics on Income and Living Conditions-schaal [EU-SILC] uit 2005. Dit is een longitudinaal onderzoek waarbij verscheidene Europese lidstaten over de periode van 2004-2007 data verzamelden inzake inkomensverdeling en sociale uitsluiting (Vranken et al., 2006). De EU-SILC in 2005 gaf aan dat 14,7% van de Belgen onder de armoedegrens leven (het huishoudinkomen valt hierbij onder een bepaalde grens, gebruikelijk onder 60% van het mediaan equivalent inkomen, zie supra). Voor een alleenstaand persoon komt dit neer op een maandelijks inkomen van minder dan 777 euro. In Vlaanderen loopt 10,7% van de bevolking een verhoogd armoederisico, in Wallonië stijgt dit percentage tot 17,5%. Vrouwen lopen nog steeds meer risico om in armoede te verzeilen (15,5%) dan mannen (14,0%), hoewel het verschil wel kleiner wordt.

1.6.1.2 Leeftijd

Bij de categorie leeftijd zien we vooral een sterk verhoogd armoederisico bij bejaarden (65 jaar en ouder). Men vindt bij bijna 21% van de bejaarden een inkomen dat lager ligt dan de armoederisicogrens (EU-SILC, 2005).

1.6.1.3 Werkloosheid / Tewerkstelling

Werkloosheid is een belangrijke risicofactor voor armoede. Van de werkenden loopt 'maar' 3,9% een verhoogd armoederisico, bij de inactieve bevolking is dit 23,2%, bij werklozen zelfs 30,7% (EU-SILC, 2005).

1.6.1.4 Opleidingsgraad

De levensverwachting van een 25-jarige man met diploma van het hoger onderwijs lange type is gemiddeld 5,5 jaar langer dan die van een 25-jarige man zonder een diploma; bij vrouwen zijn de verschillen naar levensverwachting volgens opleidingsgraad niet zo groot als bij mannen (Volkstelling, 1991; Gezondheidsenquête, 1997; Bossuyt, 2000).

De opleidingsgraad speelt ook een rol bij de uitkomst van de zwangerschap, hierover volgt later meer.

2 Armoede en gezondheid

2.1 Inleiding

Kleine, ongezonde woningen, slechte hygiënische omstandigheden, onzekerheid over stromend en drinkbaar water of elektriciteit en gebrekkig sanitair maken mensen ziek. Werkloosheid of onmenselijke arbeidsvoorwaarden, ontoereikende inkomsten waardoor men niet regelmatig en gezond kan eten veroorzaken stress, een laag zelfbeeld, ongelukken en ziekte. Dikwijls blijft voor deze mensen vrije tijd en vakantie om fysiek en mentaal nieuwe krachten op te doen, een ontoegankelijke 'luxe'.

Ook al komt de gezondheid van de kinderen voor vele ouders op de eerste plaats, toch spelen de ondankbare leefomstandigheden hen parten. Al van bij de geboorte lopen kinderen uit armere milieus een groter risico op gezondheidsproblemen.

Er wordt te gemakkelijk aangenomen dat de gezondheidszorg goed toegankelijk is voor armere bevolkingsgroepen. Onderzoek wijst uit dat niet zo is. De administratieve, financiële en sociaal-culturele drempels van de voorzieningen voor gezondheidszorg blijven voor de armen moeilijk te nemen.

Gezondheidsverschillen en ongelijkheden zijn de uitkomst van de vermenigvuldiging van armoedeproblemen. Het recht op gezondheidszorg is een bindend recht. Dit werd vastgelegd in onder andere de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, het Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, het Verdrag inzake de rechten van het kind, het Europees sociaal handvest en de Belgische grondwet.

Toch gaan de vaststellingen van de armen zelf, van verenigingen waar armen het woord nemen en van gezondheidswerkers en wetenschappelijke onderzoeken allen dezelfde richting uit: "arm maakt ziek en ziek maakt arm" (Wittevrongel uit Demyttenaere, (2003), p. 182).

Gegevens uit de gezondheidsenquête (2001) geven informatie over de inkomens. Deze laat toe te berekenen hoeveel individuen onder een bepaalde armoedegrens leven. Volgens de enquête behoren 15-24 jarigen (20,3%), alleenstaande moeders (28,1%), huishoudens met twee volwassenen en drie of meer afhankelijke kinderen (22,9%), werklozen (29,5%) en laaggeschoolden tot groepen met een verhoogd armoederisicopercentage (Vranken et al., 2006).

2.2 Sociale ongelijkheid in gezondheid, ziekte en sterfte

Volgens de Gezondheidsenquête van 2004 zijn er significante verschillen waar te nemen in de subjectieve gezondheid in Vlaanderen. Eén van de voornaamste conclusies die gemaakt werden door een onderzoek van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie [VIG] in 2002, was dat een ongeschoolde man mag rekenen op gemiddeld 53 gezonde levensjaren en een hooggeschoolde man op 71. Er werden hiervoor enkele verklaringen gegeven: hun gedrag en levensstijl (vb. roken, voedingsgewoontes), de leefomstandigheden (vochtige woningen, beperkt

sociaal netwerk, slechtere arbeidsomstandigheden), administratieve, financiële maar ook culturele drempels die aanwezig zijn in de gezondheidszorg. Ook in de preventieve zorg vinden we deze drempels terug. Zo ondergaan ongeschoolde vrouwen veel minder vaak een mammografie en richten de voedingscampagnes zich voornamelijk naar de middenklasse (Demyttenaere, 2003).

2.3 Ziek zijn maakt arm

2.3.1 Onbereikbaarheid van de hulpverlening

2.3.1.1 De kostprijs van de gezondheidszorgen

Ziek zijn is (te) duur voor gezinnen die in armoede leven. Zij mogen met andere woorden niet ziek worden. In feite hebben ze dikwijls geen andere optie dan uitstel of afstel en hun toevlucht nemen tot zelfmedicatie of het binnensluipen via het bekende achterpoortje van de spoedafdeling van het ziekenhuis. Ik illustreer dit hieronder met een citaat uit de Belgische gezondheidsenquête van 2001.

“Een huishouden spendeert in België gemiddeld 110 euro per maand aan gezondheidszorg, wat overeenkomt met 8% van het beschikbaar inkomen. De voor gezondheidszorg noodzakelijke uitgaven stijgen met de leeftijd; waar een jong huishouden gemiddeld 3% van het huishoudbudget spendeert aan gezondheidszorg loopt dit op tot 14% in een huishouden waarvan de referentiepersoon minstens 75 jaar is. Haast een derde van de Belgische huishoudens geven aan dat de eigen uitgaven voor gezondheidszorg moeilijk om dragen zijn; in de laagste inkomenscategorie zou dit voor 68% het geval zijn. Een tiende van de Belgische huishoudens moet zelfs omwille van financiële redenen medische zorg, tandverzorging, mentale zorg, medicatie of het aanschaffen van een bril staken; de minst bedeeden worden hier met 28% het zwaarst getroffen.” (Belgische gezondheidsenquête, 2001)

Van de Belgische huishoudens ziet 8,5% af van het bezoek aan de (huis)arts om financiële redenen. In het Vlaams Gewest liggen de cijfers iets gunstiger dan in de rest van het land. Daar ervaart 25% van de huishoudens de persoonlijke bijdrage voor gezondheidszorgen als moeilijk of onmogelijk te dragen. In het Brussels en Waals Gewest zijn deze cijfers respectievelijk 44% en 42% (Roesems & Perdaens, 2004).

2.3.1.2 Het voorschieten van kosten.

Ook al worden de kosten later –al dan niet volledig– terugbetaald door het ziekenfonds, de verzekering of de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn [OCMW], vormt het voorschieten van kosten een essentieel probleem voor gezinnen in armoede. Zij hebben directe en contante terugbetaling nodig zodat ze dat geld kunnen gebruiken om verder te leven of de nodige medicatie en verzorging te kunnen betalen. De maximumfactuur vormt volgens Wittevrongel (2003) het typevoorbeeld van een maatregel die zijn doel voorbijschiet, namelijk

bescherming bieden tegen al te hoge gezondheidskosten. Mensen moeten minder remgeld betalen voor bepaalde medicatie en doktersconsulten. Voor mensen die (rekening houdend met hun inkomen) boven een bepaald plafond aan medische kosten verbruikt hebben, worden de gezondheidszorgen gratis. Het immense probleem hierbij is de hoogte van dat plafondbedrag. Men moet al heel veel geld uit eigen zak betalen vooraleer dit bedrag bereikt wordt, kansarmen kunnen dit niet. De corrigerende maatregelen van de overheid zijn dikwijls te selectief omdat ze opgesteld zijn voor een doelgroep van zwaar zorgbehoevende mensen. De maximumfactuur biedt eveneens geen oplossing voor het voorschieten van kosten, problemen als lage inkomens en hoge kostprijzen in de gezondheidssector. Hieronder volgt meer uitleg over de maximumfactuur. Daarbij komt ook nog dat het terugbetalingssysteem (te) lang op zich laat wachten. (Demyttenaere, 2003)

2.3.1.3 De maximumfactuur

a) Wat is de maximumfactuur?

De maximumfactuur [MAF] is een financiële beschermingsmaatregel die de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag beperkt. Wanneer de uitgaven voor geneeskundige zorg in de loop van het kalenderjaar dit plafondbedrag bereiken, krijgt het gezin voor de daaropvolgende verstrekkingen het remgeld volledig terugbetaald. De MAF onderging enkele verbeteringen. Zo kunnen jongeren vanaf nu tot en met 18 jaar genieten van de kinderMAF. Dit beperkt het remgeld tot 650 euro per jaar. Een andere vernieuwing is de hospitalisatieduur die in rekening wordt genomen voor de toekenning van het MAF die van drie naar twaalf maanden is verlengd. Rechthebbenden op de MAF hoeven geen bijzondere stappen te ondernemen. De MAF zal automatisch worden toegekend aan de kosten voor geneeskundige verzorging die hiervoor in aanmerking komen. Deze worden namelijk allemaal bijgehouden door de ziekenfondsen.

b) Over welke kosten gaat het?

- remgeld voor verstrekkingen door artsen, tandartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en andere zorgverleners;
- remgeld voor geneesmiddelen uit de categorieën A, B en C en voor magistrale bereidingen;
- remgeld voor technische prestaties zoals operaties, RX-foto's, labonderzoeken;
- bepaalde kosten bij opname in het ziekenhuis zoals het persoonlijk aandeel in de ligdagprijs (bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis enkel tot de 365ste dag).

De bovenstaande kosten worden meegeteld om de uitgaven te berekenen en terugbetaald wanneer het plafond overschreden wordt.

Alle personen die samenwonen op hetzelfde adres, onder één dak, vormen voor de MAF een gezin. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen gehuwden en samenwonenden. Ook alleenstaanden worden als een gezin beschouwd.

Zorgafhankelijke personen kunnen op dit principe een uitzondering vormen. Als bijzondere bescherming kunnen zij, onder bepaalde voorwaarden, als een apart gezin worden beschouwd. Dit kan bijvoorbeeld belangrijk zijn voor chronisch zieken of personen met een handicap die inwonen bij een gezin met een hoog inkomen.

c) Plafondbedragen

Er wordt een onderscheid gemaakt in twee categorieën namelijk, de sociale MAF en de inkomens-MAF. De eerste is van toepassing in bepaalde sociale categorieën, bijvoorbeeld voor wie recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming. Het plafondbedrag bedraagt hier 450 euro per jaar. De inkomens MAF is er voor gezinnen die geen aanspraak maken op de Sociale MAF. Het jaarlijkse plafondbedrag voor de medische kosten is hier afhankelijk van het netto gezinsinkomen van het derde jaar voorafgaand aan dat waarvoor het recht op de MAF wordt onderzocht (zie Tabel 1, bedragen geldig vanaf 1 januari 2008).

Tabel 1: Het jaarinkomen en bijhorend plafondbedrag (www.cm.be).

Jaarinkomen	Plafondbedrag
Tot 15.420,19	450
15.420,20 - 23.705,66	650
23.705,67 - 31.991,15	1.000
31.991,16 - 39.931,39	1.400
Vanaf 39.931,40	1.800

d) Kinderen worden extra beschermd

Voor kinderen jonger dan negentien jaar geldt steeds een plafond van 650 euro, ongeacht het gezinsinkomen. Als het gezinsplafond 450 euro bedraagt, is uiteraard dit bedrag van toepassing. Voor kinderen met verhoogde kinderbijslag is een plafond van 450 euro van toepassing indien ze op 4 juli 2002 recht hadden op de verhoogde kinderbijslag én tijdens het betreffende kalenderjaar verhoogde kinderbijslag ontvangen (Christelijke mutualiteit [cm], 2008).

2.3.1.4 De betalende derde

Er wordt gesproken van de derdebetalersregeling wanneer het ziekenfonds rechtstreeks aan de zorgverstrekker de kosten van de raadpleging betaalt. De zorgverlener (vroedvrouw, huisarts, tandarts) vraagt aan de patiënt in dit geval dan enkel het remgeld. Het systeem van de

derdebetaler wordt automatisch toegepast in geval van ziekenhuisopname en bij de apotheker. De betaling aan het ziekenfonds moet gebeuren binnen de twee maanden, volgend op de maand waarin het van de zorgverlener een verzamelstaat ontving. Het KB van 10 oktober 1986 bepaalt dat een huisarts de regeling betalende derde niet mag toepassen voor consulten, bezoeken en adviezen. Er zijn hierbij wel negen uitzonderingen:

- gerechtigden met verhoogde tegemoetkoming
- gerechtigden met een bruto belastbaar inkomen dat lager of gelijk is aan het leefloon
- gerechtigden met verhoogde kinderbijslag
- gerechtigden die zes maanden volledig werkloos zijn, hetzij met gezinslast, hetzij als alleenstaande
- ingeval van een individuele financiële noodsituatie
- bij overlijden of comateuze toestand bij behandeling
- bij opname in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, voor gezinsplanning of voor opvang van verslaafden
- bij opname in een centrum voor de verzorging van kinderen, bejaarden of mindervaliden
- voor de facturering van het globaal medisch dossier en de diabetespas

(cm, 2008)

2.3.1.5 De sociaal betalende derde

Midden 2007 werd voor de eerste vijf supra vermelde uitzonderingssituaties de regeling sociaal betalende derde ingevoerd. Het doel was met de verkorte betalingstermijn de drempel om de regeling betalende derde toe te passen voor patiënten met een laag inkomen te verkleinen. De regeling voorziet immers dat de ziekenfondsen de zorgverlener betalen binnen de maand, volgend op deze waarin ze een specifieke verzamelstaat ontvingen. De regeling kan worden toegepast op basis van het statuut van de patiënt of op basis van een individuele financiële noodsituatie voor zichzelf maar ook voor zijn personen ten laste. In het laatste geval zal door de zorgverlener of de patiënt een verklaring op erewoord ingevuld moeten worden. Als zorgverlener ben je niet verplicht hierop in te gaan. De regeling sociaal betalende derde is geen opeisbaar recht (cm, 2008).

2.3.1.6 Het omniostatuu

De 'voorkeursregeling' is een belangrijke aanvulling op de financiële bescherming voor de -in ons land- verplichte ziekteverzekering. Rechthebbenden betalen met dit systeem een verlaagde persoonlijke bijdrage bij consultaties, een ziekenhuisverblijf of voor het aanschaffen van

medicatie. Het RVT-statuut² werd vanaf 1 april 2007 aangevuld met het OMNIO-statuut. Dit vervangt dus het vroegere WIGW³ en daarna het RVT-statuut. 1,2 miljoen WIGW-burgers genoten van een verhoogde tegemoetkoming voor de terugbetaling van gezondheidskosten. Sinds het OMNIO-statuut genieten ook alle gezinnen met een laag inkomen van een verhoogde tegemoetkoming en zijn dat er 780.000 begunstigden meer geworden (Vranken, De Boyser, Dierickx, & Campaert, 2007).

Wie geniet van een verhoogde tegemoetkoming?

- WIGW
- Rechthebbenden op het leefloon van het OCMW.
- Rechthebbenden op een gelijkaardige hulp van het OCMW.
- Personen die de inkomensgarantie voor ouderen genieten.
- Rechthebbenden op één van de uitkeringen voor personen met een handicap.
- Gehandicapte kinderen met een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66%.
- Langdurig volledig werklozen ouder dan 50 jaar.
- Nieuw sinds 1 april 2007: alle gezinnen met een laag inkomen.

(Vranken et al., 2007)

Het voordeel van het OMNIO-statuut is dat er niet enkel gefocust wordt op de sociale categorie maar ook op de inkomenssituatie. De inkomensgrens (bruto belastbaar inkomen) ligt momenteel vast op 13.312,80 euro voor een alleenstaande. Per persoon die deel uitmaakt van het gezin, naast de aanvrager wordt het plafondbedrag verhoogd met 2.464,56 euro. Een belangrijk gegeven is dat rechthebbende wel zelf de administratieve taken moeten regelen bij hun verzekeringsinstelling en ze een inkomensonderzoek zullen moeten ondergaan (Vranken et al., 2007).

2.3.1.7 Te hoge remgelden⁴

Voor mensen met een laag inkomen dekt de verplichte verzekering onvoldoende noodzakelijke gezondheidskosten. Specifieke hulp wordt op de lange baan geschoven of zelfs afgelast. Ziekenhuiskosten zijn dan al helemaal te duur, waardoor kansarmen die in het ziekenhuis terecht komen er gegarandeerd schulden aan over houden. Om deze reden worden noodzakelijke opnames frequent uitgesteld en moet men zich wenden tot het OCMW en sociale diensten voor

² RVT is de afkorting van rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming

³ WIGW is de afkorting van weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen

⁴ Remgeld is het verschil tussen de vergoedingsbasis van het R.I.Z.I.V. en het terugbetalingstarief.

budgetbegeleidingen, het opstellen van afbetalingsplannen en gunstmaatregelen. Volgens Wittevrongel (2004) worden kansarmen handig uit de verzekeringssector geweerd omdat ze niet "aan de voorwaarden van de polis voldoen". Zij is er ook van overtuigd dat sommige ziekenhuizen kansarme patiënten botweg weigeren omdat hun vorige ziekenhuisfactuur nog niet is betaald. Dit kan erg vernederend zijn voor mensen die hulp nodig hebben en aan de onthaalbalie –in een lange wachtrij vol luisterende oren- te horen krijgen dat zij eerst moeten betalen om nieuwe medische verzorging te kunnen verkrijgen.

2.3.1.8 Kosten voor zorgen, behandelingen en medicatie die niet worden terugbetaald

Pijnstillers hebben bijvoorbeeld hun efficiëntie en nut bewezen en worden niet terugbetaald evenmin slaapmiddelen. Zo zijn ook niet alle tandzorgen, die het meest nodig zijn bij armen, terugbetaalbaar (Crabbe et al., 2008)

2.3.1.9 Privatisering en vermarkting van de gezondheidszorg

Ten gevolge van de groeiende gezondheidsuitgaven en onvoldoende dekking door de verplichte verzekering krijgt de gezondheidszorg te maken met een vorm van privatisering.

Natuurlijk moet dit ook genuanceerd worden. Op deze manier evolueren we naar een gezondheidszorg met twee snelheden. Hierbij wordt aan armen ongelijke kansen gegeven. Een voorbeeld hiervan is het promoten van hospitalisatieverzekeringen. Aan begoeden wordt hier namelijk de garantie voor een betaalbare ziekenhuisopname verzekerd terwijl armen alweer worden uitgesloten.

Ook de vermarkting speelt een grote rol. Vooral de ziekenhuissector en de farma-industrie creëren de illusie dat de gezondheidszorg te koop is en dat gezondheid afhankelijk is van het al dan niet hebben van geld.

2.3.2 Barrières gelegen in de psycho-sociale en culturele dimensie

2.3.2.1 Gebrek aan mantelzorg

Een ander kenmerk van kansarmen is dat zij dikwijls niemand hebben om op terug te vallen, er zijn geen steunfiguren in hun leven. Vaak hebben we de neiging te denken dat er wel mantelzorg is bij deze mensen. Waarschijnlijk is dit een gevolg van de solidariteit die er bestaat tussen kansarmen. Toch is die mantelzorg 'gescheurd' door een verscheidenheid aan problemen (Crabbe et al., 2008). Zichzelf uit die problemen zien te redden is een vraagstuk waar kansarmen dagelijks mee te maken krijgen. Het ontbreken van familie in hun leven, bijvoorbeeld een moeder, maakt dat ze bijna nergens met hun problemen terecht kunnen. Dikwijls vertoont ook

de partner depressieve gevoelens en is het dus niet altijd eenvoudig om van die persoon positieve respons te verkrijgen.

2.3.2.2 Gebrek aan persoonlijk contact met de hulpverlener

Kwalitatief onderzoek van Willems, De Roo, Anthierens, Derese, & De Maeseneer (2005) duidt op het feit dat armen het formele karakter van het contact met de arts of andere hulpverlener als negatief ervaren. Evenals de informatisering van de gezondheidszorg waardoor geen tijd meer overblijft voor een goed gesprek. Het ontbreken van een vast contactpersoon, beslissingen en tips van de hulpverlener die botsen met het kort termijn perspectief, de denkwereld en de prioriteiten van kansarmen wordt ook als groot knelpunt vernoemd in de gezondheidszorgsrelaties. Daarom pleit het steunpunt tot bestrijding van de armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting voor een verbetering van het dialoog en een groter inspraak van armen in de medische wereld. Het spreekt vanzelf dat communicatie hiervoor een cruciaal element is.

2.3.2.3 Gebrek aan informatie-op-maat

Zorgverleners zijn zich dikwijls van geen kwaad bewust en gebruiken maar al te snel hun aangeleerde vakjargon. Zij vergeten hun taal aan te passen aan de persoon die voor hen zit. Dit veroorzaakt onbewust al een eerste kloof tussen de hulpverlener en de patiënte of cliënte. Anderzijds is het ook een kunst om de voorhanden informatie te verstaan. Er kan niet genoeg benadrukt worden hoe belangrijk het is dat een hulpverlener het contextuele denkkader van zijn patiënt kent want dit bevordert de zorgrelatie. Klare en eenvoudige communicatie komt de samenwerking ten goede maar zorgt ook voor een patiëntgerichte aanpak.

2.3.2.4 Geen of weinig toegang tot het internet

De informatie-asymetrie wordt nog duidelijker door het in toenemende mate verwijzen naar het internet voor informatie. De informatiekloof wordt hierdoor alleen maar groter. Armen hebben namelijk minder toegang tot het internet en blijven verstoken van waardevolle informatie. Het lijkt voor hulpverleners dikwijls heel evident om voor meer informatie door te verwijzen naar een website. Voor armen is dit alweer een vernedering, het gevoel van schaamte omdat ze zich dit niet kunnen veroorloven is hierbij niet te onderschatten.

2.3.2.5 Tijd

Het begrip 'tijd' wordt door zorgverleners en kansarmen op een verschillende manier geïnterpreteerd. Ten eerste hebben kansarmen een kortetermijndenken door hun overlevingsperspectief. Terwijl de arts bij zijn consultaties de klok nauw in het oog dient te houden zouden voor kansarmen de afspraken met de arts de gelegenheid moeten zijn om hun

problemen eindelijk eens aan iemand te kunnen vertellen. De arts (en andere hulpverleners) beoefenen spijtig genoeg vooral hun rol als diagnosticus en hechten, volgens kansarmen, te weinig aandacht aan het psychosociale aspect. Als kansarmen te laat komen op een afspraak zouden hulpverleners zich misschien de vraag moeten stellen hoe dat komt. De moeite die kansarmen verrichten om toch maar op die afspraak aanwezig te kunnen zijn (ook al komen ze even te laat), wordt door hulpverleners onderschat omdat het een evidentie lijkt daar op dat tijdstip te kunnen zijn (Crabbe et al., 2008). Erg teleurstellend is het onthaal dan voor mensen die eerder opvang moeten zoeken voor een hele kroost en nadien hun spaarcentjes moeten bijeenzoeken om het vervoer naar de afspraak te kunnen betalen. Ten tweede is mobiliteit hier ook een complex probleem. Het is duur om telkens het openbaar vervoer te moeten gebruiken. En naast dat financiële aspect is steeds het probleem van de kinderopvang aanwezig die ook niet gratis is. Meer flexibiliteit in de hulpverlening zou het probleem van mobiliteit al voor een stuk kunnen verminderen. Spijtig genoeg is onze gezondheidszorg voorlopig enkel georganiseerd voor mensen met mobiliteit.

2.4 Kenmerken van kansarmen

Er zijn een aantal gemeenschappelijke kenmerken die de hulpverleningsrelatie in belangrijke mate beïnvloeden ondanks de heterogeniteit binnen de groep van kansarmen.

2.4.1 De multicomplexe problematiek

Zoals vroeger al vermeld is hier sprake van een trias, namelijk een zwakke positie in de maatschappij, lage scholing of onzeker inkomen. Daar komen dikwijls ook nog slechte huisvesting, lichamelijke of psychosomatische klachten, conflictueuze sociale relaties, te weinig gebruik van rechten of diensten en maatschappelijk isolement. Deze problemen beïnvloeden en versterken elkaar. Niet alleen voor de hulpvrager maar ook voor de hulpverlener zorgt dit voor chaotische situaties.

2.4.2 Inkomen

Zonder inkomen is het moeilijk om de eindjes aan elkaar te knopen en is armoede niet meer veraf. Armoede wordt dan ook dikwijls gezien als louter een inkomensprobleem. Het is natuurlijk zo dat een inkomen helpt om zichzelf en het gezin te voorzien in basisbehoeften en daarom is het de eerste toegangspoort om de armoede te bestuderen.

2.4.3 Machteloosheidsgevoel

Mensen in armoede hebben in hun kindertijd vaak warme en hechte vertrouwensfiguren moeten missen. Er ontbreekt hen dus een basisveiligheid of basisvertrouwen waardoor zij op volwassen

leeftijd moeilijk vertrouwensrelaties kunnen aanmaken. Volgens Van Regenmortel (1996) stelt men bij kansarme gezinnen frequent sterke maar tegelijkertijd ook negatieve verbondenheid tussen gezins- of familieleden of sterk affectieve stemmingswisselingen of kortdurende vriendschappen vast. Ambivalente gevoelens zijn ook terug te vinden in de hulpverleningsrelatie. Hier is de hulpverlener enerzijds de persoon die sterk gewenst wordt. Anderzijds is hij ook de persoon die te kampen krijgt met signalen die willen dat hij weg blijft en het gezin de problemen liever alleen oplost.

2.4.4 Arbeid

Het hebben van werk is voor iedereen een manier om te participeren in de maatschappij. Voor kansarmen is de drempel naar het vinden van werken des te moeilijker. Zij hebben niet de middelen noch de gelegenheid om zich bij te scholen en bij te blijven met de nieuwste technische evoluties. Het blijkt uit onderzoek dat arbeid een belangrijke beschermingsfactor is tegen armoede. Het armoederisico bij de inactieve Belgische bevolking is 23,2%, bij de werklozen is dit 30,7%. Dit staat in sterk contrast met een armoederisico van slechts 3,4% bij de werkende Belgen. De werkloosheid in ons land is in vergelijking met 2006 20% gedaald. Een positieve evolutie dus. De werkzaamheidsgraad in ons land bedraagt 61%, Vlaanderen scoort hoger met 65.0% en heeft ook betere resultaten dan Wallonië met 56.1%. Op 1 juli 2007 waren in Vlaanderen nog steeds meer vrouwen dan mannen werkloos. Dit verschil is vooral verklaarbaar door oudere generaties waarin vrouwen meer thuis bleven. In de jongere generatie wordt het verschil dan ook kleiner. Naast het geslachts criterium is er nog een andere belangrijk gegeven die de werkloze bevolking typeert, namelijk het opleidingsniveau. Op 1 juli 2007 was meer dan de helft van de Vlaamse werklozen laaggeschoold (50.9%). Het probleem van de werkloosheid is onder andere het feit dat alleenstaande vrouwen met kleine kindjes de overstap van werkloosheid naar werk niet zo gemakkelijk zetten. Kinderopvang is duur en de toegang ertoe is beperkt. Het solliciteren, de verplaatsingen die werkzoekenden moeten maken om een opleiding of tijd om te kunnen bijscholen zijn drempels die het activeringstraject bemoeilijken. De minister van Welzijn wil naast een uitbreiding van de buitenschoolse opvang ook flexibele kinderopvang organiseren zodat een werksituatie makkelijker kan gecombineerd worden met een gezin. De jobs die kansarmen verrichten zijn dikwijls de laagst gewaardeerde banen die als gevolg meer ziekte met zich meebrengen. Door ziekte en lage opleiding zijn zij soms gewoon niet in staat om arbeid te verrichten (Vranken et al., 2007).

2.4.5 Huisvesting

Slechte woonsituaties, vochtige woningen, weinig geïsoleerde huizen beïnvloeden de gezondheid, de onderwijsprestaties van de kinderen en de relaties binnen het gezin in negatieve zin. Betaalbare en kwaliteitsvolle huizen kunnen vele armen zich niet veroorloven. Een eigen woning is voor hen onbetaalbaar en door een tekortschietend aanbod aan sociale woningen moeten zij zich wenden tot de private huurmarkt. Hier worden de woningen nog minder gecontroleerd op

leefbaarheid en veiligheid. De betaalbaarheid van wonen is er de laatste tijd niet op vooruitgegaan. Uit de Woonsurvey (Heylen et al., 2007 uit Vranken et al., 2007) blijkt dat huishoudens een steeds groter deel van hun inkomen moeten uitgeven aan woonkosten. Vooral voor de laagste inkomens loopt dit aandeel al te sterk op. De onmiddellijke woonomgeving is ook voor jonge kinderen zeer belangrijk. Ze hebben behoefte aan een mooie, warme en veilige plek waar ze kunnen opgroeien. Ongeveer 75% van de Vlaamse kinderen onder de 12 jaar beschikt over een eigen slaapkamer. Toch woont 34,3% van de jonge kinderen in een te donker, moeilijk te verwarmen huis met vochtigheidsproblemen en leven zij zonder basiscomfort (bad of douche, toilet in de woning of warm lopend water) ofwel heeft de woning te weinig ruimte (minder dan 1 kamer per persoon). Het vaakst voorkomend zijn een tekort aan ruimte en vochtigheidsproblemen. Ruim 44% van de kinderen woont in een omgeving met een of meerdere gebreken. Lawaai van de burens of de straat scoren het negatiefst. Vervuiling of andere hinder veroorzaakt door werken of industrie, vandalisme of criminaliteit, afgelegen en niet goed met het openbaar vervoer bereikbare buurten zijn nog andere gebreken (K&G, 2006).

Tabel 2: Woonomstandigheden van kinderen in Vlaanderen (K&G, *Het kind in Vlaanderen*, 2006).

Woonomstandigheden				
	Kinderen onder de 3 jaar	Kinderen van 3 tot 6 jaar	Kinderen van 6 tot 12 jaar	Totaal
Gebreken aan de woning				
Te donker	8,5	8,8	6,2	7,4
Moeilijk te verwarmen	6,2	6,5	7,6	7,0
Lekkend dak; vochtige muren of vloer, rottend raamwerk of rottend houtwerk	17,2	14,5	13,7	14,8
Gebrek aan basiscomfort (bad of douche, toilet in de woning, warm lopend water)	1,8	0,0	0,3	0,6
Te weinig ruimte (minder dan 1 kamer per persoon)	17,3	15,1	17,2	16,7
<i>Percentage met een of meer gebreken aan de woning</i>	<i>34,1</i> <i>(N=206)</i>	<i>33,6</i> <i>(N=214)</i>	<i>34,8</i> <i>(N=482)</i>	<i>34,3</i> <i>(N=902)</i>
Gebreken in de woonomgeving				
Lawaai van de burens of van de straat	18,7	20,0	18,5	18,9
Vervuiling of andere hinder veroorzaakt door verkeer of industrie	11,0	13,5	14,3	13,3
Vandalisme of criminaliteit in de buurt	7,2	9,5	15,6	12,0
Afgelegen en niet goed bereikbaar met openbaar vervoer	15,2	15,8	9,9	12,6
Een weinig nette buurt	9,9	9,2	6,4	8,0
<i>Percentage met een of meer gebreken in de woonomgeving</i>	<i>42,2</i> <i>(N=206)</i>	<i>47,1</i> <i>(N=214)</i>	<i>43,6</i> <i>(N=482)</i>	<i>44,2</i> <i>(N=902)</i>

720 Kinderen onder de 12 jaar: gebreken aan de woning en in de woonomgeving (percentage)
Bron: FOD Economie, Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, SILC - 2005

2.4.6 Gestoorde communicatie

Door een andere taal en een verschillend gedrag komen kansarmen constant in conflict met de maatschappij. Gevoelens van wantrouwen en machteloosheid zijn hiervan het gevolg. Achter de stoere taal is dikwijls een enorme inzet voor het eigen gezin verborgen. Kansarmen hebben de angst om nog eens te falen, te mislukken. Dit kan verzet, apathie, vluchtgedrag zoals verslaving, isolement of het leven in fantasie veroorzaken. Deze kenmerken maken ook dat zorgverleners deze mensen niet alleen 'moeilijk' maar ook 'lastig' cliënteel noemen (Van Regenmortel, 1996).

2.4.7 Verbintenisproblematiek als belangrijkste kenmerk

Het aangaan van verbintenissen is heel moeilijk voor kansarmen. De gevoelens van wantrouwen zijn al aanwezig van op de moederschoot. Het ontbreken van warme, hechte vertrouwensrelaties, basisveiligheid, basisvertrouwen zorgen ervoor dat de hechte sociale relaties en vertrouwensrelaties op latere leeftijd stroef verlopen of achterwege blijven.

2.4.7.1 Eigen handelen

Veel kansarmen hebben het gevoel geen greep te hebben op de levensloop. Zij ervaren futiliteitgevoelens: " Wat ik ook probeer of doe, het doet er toch niet toe". Een laag zelfbeeld zorgt ervoor dat zij geen geloof meer hebben in de toekomst (Van Regenmortel, 1996).

2.4.7.2 Relatie met anderen

Hier vindt men ambivalente gevoelens van aantrekken en afstoten terug. Langs de ene kant kan er een angst aanwezig zijn om zich te verliezen in eenzaamheid, langs de andere kant een angst om te afhankelijk te worden. Ze kunnen zich ook 'destructief gerechtigd' voelen. Dit wordt ervaren wanneer mensen het gevoeld hebben in hun leven veel meer gegeven dan gekregen te hebben. In kansarme gezinnen wordt bijvoorbeeld dikwijls een sterke maar tezelfdertijd ook een negatieve verbondenheid tussen gezins- of familieleden ervaren. Deze ambivalente gevoelens weerspiegelen zich ook in de relatie naar hulpverleners (Van Regenmortel, 1996).

2.4.7.3 Verbintenis met de maatschappij

In de perceptie van armen biedt de maatschappij weinig ondersteuning waardoor kansarmen vaak gerechtigd wantrouwig, asociaal en negatief staan tegenover de maatschappij. Onmacht wordt des te meer ervaren in relatie met hulpverlening. De verbintenis wordt gekenmerkt door een gedwongen afhankelijkheid en een grote controle en inmenging in de privacy (Van Regenmortel, 1996).

2.4.7.4 Onvoldoende binding met de toekomst

Door de weinig hoopgevende situatie is het vanzelfsprekend dat het motiveren tot verandering moeizaam is. De hulpverlening stelt dat men moet leren uit fouten gemaakt in het verleden. Deze verwachting van de samenleving staat sterk in contrast met het hier-en-nu perspectief van kansarmen (Van Regenmortel, 1996).

Een goed voorbeeld hierbij is het krijgen van een baby. Ook al is dit voor armen een enorm belangrijke gebeurtenis, toch gaat ze gepaard met gevoelens van twijfel en onzekerheid. De vraag die constant in hun hoofden spookt is: "Zal ik mijn kind kunnen geven wat het nodig heeft om gelukkig te zijn?" Dit bezorgt hen stress en twijfels over hun kunnen. Toch blijkt dat het verantwoordelijkheidsgevoel bij kansarmen enorm groot is, waarschijnlijk deels te verklaren doordat ze zo vroeg op eigen benen moeten kunnen staan.

2.5 De psychologische dimensie van armoede

2.5.1 Inleiding

In armoede leven brengt dikwijls ook heel wat psychologische gevolgen met zich mee. Gevoelens van machteloosheid, wantrouwen, hulpeloosheid en slechte communicatie zijn voor hen geen onbekend terrein. Armen hebben de indruk dat ze te weinig middelen en mogelijkheden hebben om hun eigen situatie te kunnen beïnvloeden (Van Regenmortel, 2006).

Kinderen zijn voor kansarmen het belangrijkste in hun leven, ze trekken zich er aan op, ze doen het voor hen. Hun grootste bekommernis is hun kinderen een beter leven te kunnen geven dan dat van hun. Kansarme mensen ervaren dikwijls gevoelens van schaamte wegens de slechte huizen waar ze in wonen.

Uit onderzoek (Leveque, 2007) is gebleken dat er een relevante relatie bestaat tussen leven in armoede en het aantreffen van depressies en andere psychische aandoeningen. Door middel van de General Health Questionnaire⁵ [GHQ], uit de Gezondheidsenquête (2006) kon vastgesteld worden hoe het gesteld is met het psychisch welbevinden van de Vlaamse bevolking. Hieruit blijkt dat zo'n 11 % van de Vlamingen tussen 18 en 65 jaar oud te kampen krijgt met ernstige mentale problemen. Ook hier zijn het alweer de zwakkere economische groepen die deze problemen vaker rapporteren (Vranken et al., 2007).

⁵ GHQ is een reeks vragen waarmee men peilt naar de mate waarin bepaalde symptomen die wijzen op een mentaal probleem, in meer of mindere mate, in de weken voor de bevraging werden ervaren. (Vranken et al., 2007, p. 157)

2.5.2 Risicofactoren

Niet iedereen loopt evenveel kans om een depressie te ontwikkelen en daarnaast zijn de gevolgen van een depressie bij elk individu verschillend. Sociale, psychologische en biologische factoren kunnen hierbij volgens Schotte, van de Bossche et al. (2003) een bevorderende of remmende rol hebben. Voor het samenspel van de verschillende factoren is tot nu toe nog steeds geen eenduidige verklaring gevonden. Wel wijst sociologisch en sociaal epidemiologisch onderzoek erop dat depressies vooral voorkomen bij bepaalde bevolkingsgroepen. Vooral vrouwen, alleenstaanden, personen met een lage socio-economische positie en mensen die (meer dan anderen) negatieve levensgebeurtenissen meemaken blijken er gevoeliger voor te zijn (Vranken et al., 2007). Bij kansarmen vinden we deze risicofactoren vaak gecumuleerd en verstrengeld terug. Omgekeerd is het ook zo dat het hebben van psychische problemen vaker leidt tot armoede (Crabbe et al., 2008).

2.5.3 Armoede, depressie en relatieve deprivatie

Het ontwikkelen van een depressie wanneer iemand met armoede geconfronteerd wordt, kan o.a. verklaard worden door de verhoogde kwetsbaarheid die ontstaat in het sociaal vergelijkingsproces. Wanneer mensen hun eigen situatie gaan vergelijken met die van anderen (kennissen, burens, vrienden,...) kunnen zij het gevoel krijgen achtergesteld te zijn ten opzichte van de referentiegroep. Uit de analyses van Leveque en Vranken (2007) bleek dat zulke subjectieve gevoelens van achterstelling een sterke rol spelen in de ontwikkeling van depressieve klachten. Hoe breder, dieper en langer de armoede-ervaringen zijn, hoe meer gevoelens van relatieve deprivatie ervaren werden.

Depressieve gevoelens kunnen aanleiding geven tot suïcidaal denken, huilbuien en een enorme nood aan rust. Het depressief zijn kan o.a. verklaard worden door hun financiële moeilijkheden, hormonale invloeden zoals de pil of zwangerschap, het gevoel hebben alles alleen te moeten doen, een slechte gezondheid door onevenwichtige voedselinname,... (Crabbe et al., 2008).

De link tussen armoede en depressie is er in de eerste plaats omdat in een land als België armoede nog sterk verbonden is met gezondheidsproblemen zoals depressies. Het is om deze reden dus van uiterst belang dat hulpverleners er steeds rekening mee houden dat armen er dikwijls alleen voor staan of slechts een beperkt sociaal netwerk bezitten. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen zich meer dan mannen identificeren met de gevoelens van anderen en meer belang hechten aan krijgen van emotionele steun, dit is nog meer het geval bij vrouwen met een lage sociaal-economische positie (Vranken et al., 2007).

2.6 Investerings van de Vlaamse overheid om de preventieve gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te maken

De Belgische gezondheidsenquête (2001) toonde met haar cijfers duidelijk aan dat voorkomen nog altijd beter is dan genezen, toch houden armen er een ongezonde levensstijl op na en bereiken de talrijke preventiecampagnes hen heel moeilijk.

De Vlaamse Overheid investeerde al zwaar om de preventieve gezondheidszorg (de ziektepreventie en de gezondheidsbevordering) zo toegankelijk mogelijk te maken, sociale ongelijkheden weg te werken en had bijzondere aandacht voor kansarmen met verscheidene initiatieven. Het aanbieden van gratis basisvaccinaties, gratis borstkankerscreening voor vrouwen tussen de 50 en 69 jaar, een laagdrempelige gratis dienstverlening van Kind en Gezin, lokale gezondheidsnetwerken die werken rond de zes Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Deze zes doelstellingen zijn meer vezelrijke en vetarme voeding, minder roken, minder ongevallen in de privé-sector, het promoten en verhogen van de deelname aan borstkankerscreening, minder infectieziekten door het verhogen van de vaccinatiegraad en een afname van het aantal zelfmoorden (Belgische gezondheidsenquête, 2001).

2.7 Conclusie

De vastgestelde gezondheidsongelijkheid kan gedeeltelijk verklaard worden door het feit dat de gezondheidszorg niet voor alle socio-economische groepen financieel even toegankelijk is. Literatuuroverzicht omtrent de determinanten van gezondheidsongelijkheid toont aan dat de financiële toegankelijkheid van de zorg slechts één element is naast vele andere. De socio-economische situatie van iemand – de belangrijkste indicatoren die hiervoor gebruikt worden zijn opleidingsniveau, inkomen en socio-professionele categorie – is op zich doorslaggevend voor iemands gezondheidstoestand. Hierbij spelen zowel structurele als culturele factoren een grote rol. Door de multiaspectuele kant van de armoede is het een moeilijke taak om de gezondheidsongelijkheid volledig weg te werken. Toch zal het essentieel zijn om maatregelen te treffen die niet enkel gericht zijn op gezondheid op zich maar meer transversaal gericht zijn. Zo zou het beter toegankelijk maken van onderwijs, het terugdringen van analfabetisme, het verminderen van inkomensongelijkheid (meer bepaald door een verhoging van uitkeringen en minimuminkomen), het corrigeren van de veiligheid en de leefomgeving in minder goede woningen en minder gegoede wijken, het integreren van personen bij het beheer van hun dagelijks leven, op het werk of in hun gemeente zorgen voor een geïntegreerde benadering van kansarmen zorgen. Ook de psychologische gevolgen van het leven in armoede die kansarmen ervaren zijn niet te onderschatten en hebben specifieke aandacht nodig.

3 Armoede en zwangerschap

3.1 Inleiding

Het ouderschap is voor mensen die in armoede leven dikwijls de grootste verantwoordelijkheid die ze ooit krijgen. Vrouwen vinden het dus meestal fantastisch om het nieuws te krijgen zwanger te zijn. Het is voor hen een kans om te bewijzen dat zij ook voor iemand iets betekenen en nuttig zijn in deze maatschappij en dat ze zich wel degelijk verantwoordelijk kunnen opstellen. Het traditionele gezinsmodel blijft voor hen een na te steven ideaal. Hun grootste droom is immers een gelukkig gezin, waarin iedereen zichzelf mag zijn en iedereen zijn leven echt mag leven. Zij hopen en proberen hun kinderen te schenken wat zij zelf hebben moeten missen (Koning Boudewijnstichting, 1994 uit Vanhee, Laporte, & Corveleyn, 2001). Mac Arthur et al. schreven in 1991: "Geboorte maakt sommige vrouwen ziek, en vrouwen die in armoede leven hebben meer kans om ziek te worden." Het is een feit dat armoede meer voorkomt bij vrouwen. Vroeger waren het vooral de vrouwen die gehuwd waren met een man met een laag inkomen en daarbovenop grote gezinnen hadden waardoor ze makkelijk in armoede belandden. Nu is de vrouwelijke armoede vooral geconcentreerd rond alleenstaande vrouwen. De armoede wordt in onze hedendaagse maatschappij ook steeds zichtbaarder door het stijgend aantal echtscheidingen en eenoudergezinnen. Vroedvrouwen, evenals vele andere gezondheidswerkers verklaren de link tussen armoede en ziekte volgens Hunt (2004) vooral door de klasseverschillen met de daarbij horende levensstijlen. Zij zijn al te dikwijls van mening dat armen zelf verantwoordelijk zijn voor hun ziek zijn door onder andere het roken. Deze visies worden ook in ziekenhuismilieus bevestigd en verklaren bepaalde gedragingen van zorgverleners ten opzichte van armen (Hunt, 2004).

3.2 Betekenis van het ouderschap

3.2.1 Visie op opvoeding

De ervaring van mensen die in ernstige armoede leven bevestigen dat het opvoeden van kinderen geen makkelijke opdracht is. De oorzaak hiervan is zeker niet het gebrek aan liefde en genegenheid maar wel het tekort aan mogelijkheden en middelen. Kansarmen hebben de indruk constant in het oog gehouden te worden door de maatschappij. Zij vinden dat de maatschappij via de geëigende instanties –sneller dan bij andere mensen- binnendringen in hun gezinsleven. Het ondraaglijke gevoel geen vat meer te hebben op hun gezinsleven is een gevolg van die volgens hen ondoorzichtige ingrepen. Gezinnen in armoede ervaren weinig opvoedingsondersteuning, en zeer veel opvoedingscontrole (Bouverne, 2003). Het is niet verwonderlijk dat werkgroepen, steungroepen, familiegroepen of Verenigingen waar armen het woord nemen deze ervaring als één van hun belangrijkste thema's beschouwen.

Verscheidene auteurs duiden op risicofactoren die samenhangen met het leven in generatie- of kansarmoede en de wijze waarop deze een belastende of schadelijke invloed kunnen hebben op

het opvoedingsproces en op de kinderlijke ontwikkeling. Halpern (1993) wijst onder andere op de enerzijds moeilijke materieel-economische omstandigheden zoals de hierboven reeds vernoemde slechte en ongezonde huisvesting, onevenwichtige voeding, hogere drempel tot de gezondheidszorg en te weinig financiële middelen om de basisbehoeften te kunnen voorzien. Anderzijds duidt hij ook op de knelpunten op sociaal vlak zoals het sociaal isolement waar armen dikwijls mee te maken krijgen, het leven in verwaarloosde buurten en het stigmatiserend proces aanwezig in relatie tot de welzijnszorg. Om dit laatste te verduidelijken denk ik dat het volgend citaat van Halpern gepast is (Vanhee et al., 2001).

“Poverty stigmatizes people, first requiring them to prove their worthiness for the most basic supports, and then defining them by the fact that they need such supports.” (Halpern, 1993, p. 73)

De opvoeding die kansarmen hun kinderen willen geven is vooral gericht op volgende basisprincipes. Het leren omgaan met geld, een respectabele job vinden, gehoorzamen, de fatsoennormen leren en materieel niets tekort schieten. Er zijn weinig hulpbronnen van buiten uit maar de familie steunt elkaar wel sterk. Ook spelen huisdieren dikwijls een grote rol om troost en gezelschap te bieden. Voor ontspanning zijn de mensen vooral aangewezen op het buurtleven. Dit is sociale segregatie: vooral lotgenoten behoren tot hun homogeen kliekje van buurtbewoners. Hulpverleners kunnen na verloop van tijd ook tot hun vrienden gerekend worden aangezien zij een vertrouwensfiguur zijn geworden en een belangrijke schakel zijn in hun persoonlijk netwerk (Driessens & Van Regenmortel, 2006)

3.2.2 Verlangen naar een kind, een gezinsleven...

Het stichten van een gezin is een manier om betekenis te geven aan hun leven. Het is misschien net omdat kansarme moeders zulke goede moeders willen zijn, dat zorgverstrekkers ervaren dat ze bij een zwangerschap aan de kansarmoede proberen te ontsnappen. Ook al zijn bijna alle omstandigheden rondom niet hoopgevend, een zwangerschap geeft hen een doel om te leven. Het 'nieuw leven' dat de moeders dragen bezorgt hen en hun partner een toekomstperspectief. Een zwangerschap kan dan ook de ideale gelegenheid zijn om een voorheen ongezonde levensstijl aan te passen in het voordeel van het kind (Crabbe et al., 2008). Het wordt ook beschreven als een manier om zelfstandigheid te verkrijgen, een investering in de relatie met iemand anders. Dit toekomstbeeld doet hen vechten voor een betere situatie. Voor veel kansarme mensen wordt het 'ouder' worden gelijkgesteld met het krijgen van een maatschappelijke status. Ook gaan ze er vaak van uit dat dit hen meer erkenning zal opleveren als persoon. Het krijgen van kinderen zorgt er sowieso ook voor dat je meer maatschappelijke steun en aandacht verkrijgt (financieel, materieel,...) (Vanhee et al., 2001).

3.2.3 Rolverdeling binnen het gezin

In het huishouden is er vaak nog sprake van traditionele rolpatronen. Zo werkt de vrouw vaak thuis, zorgt ze voor het huishoudelijke en de kinderen en is de vader al dan niet de kostwinner. Dit betekent dat als deze laatste als kostwinner faalt, het gezin zijn inkomensbron kwijt is. Dit brengt als snel schuldgevoelens bij de man omdat hij faalt in zijn taak als vader om zijn gezin te onderhouden. De moeder heeft vooral een verzorgende rol en aanvaardt zelden inmenging van anderen, ook niet van haar eigen kinderen. Ze fungeert eigenlijk als emotionele steunpilaar voor het hele gezin. Er wordt van haar continue beschikbaarheid verwacht, indien er iets fout loopt wordt zij als snel bestempeld als slechte moeder. Hierdoor komt ze soms in een spanningsveld terecht tussen het taboe om hulp te krijgen en de nood aan ondersteuning bij het vervullen van haar rol. Voor deze moeders zou de plaatsing van hun kinderen het ultieme rolverlies betekenen en een enorme deuk in hun zelfvertrouwen veroorzaken (Vanhee et al., 2001). Uit onderzoek van Crabbe et al. (2008) blijkt dat zorgverstrekkers soms de neiging hebben om door hun houding de mogelijke afstand tussen de vader en zijn kind groter te maken. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het verleden van de figuur en de complexiteit van relaties die vaak voorkomt bij kansarmen. Toch moet dit voorkomen worden omdat blijkt dat moeders het sterk appreciëren als ook de vaders betrokken worden door de hulpverleners. De ondersteuning van de partner tijdens de zwangerschap en in de postnatale periode wordt wel erkent door onder andere de betrokkenheid van de vader bij de verzorging en het opvoeden van hun kinderen.

3.3 De prenatale periode

3.3.1 Inleiding

De afgelopen decennia werd dankzij een stijging van het welvaartsniveau een grote vooruitgang gemaakt op medisch gebied en op vlak van prenatale begeleiding. Evenals vond ook een grote verbetering van de leefomstandigheden plaats. Dit zorgde op zijn beurt voor een afname van de mortaliteitscijfers. Deze zijn in ons land erg laag in de pre-, per- en postnatale periode (Bossuyt, 2001).

3.3.2 Barrières binnen de prenatale zorg

Er is een verscheidenheid aan redenen waarom vrouwen met een laag inkomen minder snel op prenatale controle gaan. Onderzoek (Braveman, Marchi, Egerter, Peral & Neuhaus, 2000) toont aan dat de belangrijkste barrières reeds voor de zwangerschap ervaren worden. Er spelen zwangerschapsgerelateerde factoren mee zoals een ongeplande of ongewenste zwangerschap, ontkenning ervan of angst voor reacties van de familie. Dit kan op zijn beurt stress, familiale of persoonlijke problemen veroorzaken. Andere grote drempels zijn het transport, moeilijkheden met werk, gebrek aan geloof in het belang van de prenatale zorg.

3.3.3 Kind & Gezin in de prenatale periode

Reeds van bij het ontstaan van K&G werden prenatale consultaties georganiseerd om de medische begeleiding van de zwangere overal in Vlaanderen mogelijk te maken. Sinds de jaren negentig werden deze prenatale consultaties geleidelijk georiënteerd naar kansarmen. De kansarmoedecriteria die K&G gebruikte om te definiëren wanneer een gezin in kansarmoede leeft, worden hierbij niet meer zo vaak gebruikt. Het nieuw ontwikkeld concept wil zich nu vooral naar de 'kwetsbare zwangere' en haar partner richten. De nieuwe visie op de prenatale zorg steunt op vier grote krachtlijnen: de bereikbaarheid van de doelgroep verbeteren, meer aandacht hebben voor de psychosociale begeleiding, de toenemende samenwerking met de medische reguliere sector voor medische prenatale begeleiding en het uitwerken van een gebiedsgerichte dienstverlening. Onder kwetsbare zwangeren verstaat K&G zwangeren die nood hebben aan specifieke ondersteuning wegens een verminderde draagkracht (door een gebrek of tekort aan mantelzorg). Het onevenwicht tussen de draagkracht en de draaglast veroorzaken nog andere belastende omstandigheden. Om deze reden willen zij voor deze mensen een laagdrempelig onthaal uitwerken.

Ze omschrijven hun doelgroepopulatie als volgt:

- Zwangeren die geen of weinig prenatale begeleiding hebben genoten
- Aanstaande ouders die in kansarmoede leven
- Tienerzwangerschappen
- Aanstaande ouders met een handicap
- Aanstaande ouders met verslavingsproblemen
- Sociaal geïsoleerde zwangere vrouwen
- Illegale populatie

Voor een efficiënt resultaat zal het uiteraard nodig zijn om multidisciplinair samen te werken. OCMW's, wijkcentra, verenigingen waar armen het woord nemen, voedselbanken, vrijwilligers, onderwijs, artsen,... kunnen met een goede samenwerking de begeleiding van kansarmen heel wat vlotter laten verlopen.

Om de psychische begeleiding van kwetsbare zwangeren en hun partners te optimaliseren hecht K&G ook belang aan praktische ondersteuning, zorgcoördinatie, het uitbouwen van een sociaal netwerk,... voor kansarmen. Ook basisbehoeften zoals voeding, onderdak en veiligheid krijgen er bijzondere aandacht. Het knelpunt hierbij is wel dat deze dienstverlening vraaggericht wordt aangeboden volgens de behoeften van het gezin. Kansarmen gaan niet zo gemakkelijk uitkomen voor hun problemen en zelf naar hulpverlening vragen. Hierdoor zullen nog steeds vele gezinnen uit de boot vallen. K&G bouwt netwerken uit met gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen om de prenatale begeleiding zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, gericht op de persoonlijke keuze van het zwangere koppel. Door belangrijke verschillen in de concentratie van de doelgroep is een

aparte regionale aanpak van de dienstverlening vereist. De prenatale steunpunten bevinden zich op drie niveaus :

- Grootsteden: Brussel, Antwerpen en Gent, waarbij voor de prenatale dienstverlening ook Mechelen wordt gerekend

- Centrumsteden: Aalst, Brugge, Hasselt, Genk, Kortrijk, Leuven, Oostende, Roeselare, Sint-Niklaas en Turnhout

- Overige gebieden: de niet-centrumsteden en de landelijke gebieden

Wegens de hoge concentratie van kwetsbare zwangeren in grootsteden worden wel nog gratis prenatale consulten met een arts georganiseerd in Antwerpen, Brussel, Gent en Mechelen. Het doel is op die manier zwangeren via de consulten naar de medische sector te leiden. In 2005 waren er 2791 vrouwen ingeschreven in deze prenatale steunpunten. Het prenataal concept van K&G bestaat dus uit een laagdrempelig onthaal door vrijwilligers voor het wegwijs maken in het aanbod van K&G. Dit zorgt voor een vertrouwensrelatie. De psychosociale begeleiding door de regioverpleegkundige en eventueel de gezinsondersteuner in samenwerking met partners uit de welzijnszorg geeft een multidisciplinair elan aan het concept. De medisch prenatale begeleiding door de gynaecoloog of huisarts van het prenatale steunpunt volgt de zwangere op tot ze kan verwezen worden naar de medisch sector.

Uit onderzoek is gebleken dat door gezinnen reeds prenataal te begeleiden, zowel op medisch, sociaal als op psychisch vlak, de peri- en postnatale risico's voor moeder en baby beperkt kunnen worden. Kind en Gezin ontwikkelde daarom een prenataal aanbod dat is gebaseerd op twee sporen. Enerzijds is er het algemene zorgaanbod (dat er eigenlijk voor alle aanstaande ouders is). Dit zijn onder meer de infosessies 'Kind op komst', permanentie in het regiohuis, counseling in het regiohuis, het moederboekje en het kraambezoek. Ook hier is het gebrek aan mobiliteit (dat in de kansarmoede bijna bij iedereen terug te vinden is) een drempel om gebruik te kunnen maken van het aanbod. Het tweede spoor betreft het specifieke zorgaanbod. Dit is eveneens voor alle zwangere koppels toegankelijk maar ook bedoeld voor mensen die door een samenloop van omstandigheden nood hebben aan een extra aanbod omtrent zwangerschapsbegeleiding. Aanstaande ouders kunnen zelf vragen om thuis bezocht te worden. Kansarme gezinnen worden thuis bezocht, evenals mensen die verwezen worden wegens 'bijzondere risico-indicatoren'. Zoals supra reeds vermeld kan het binnendringen van een hulpverlener in de vertrouwde leefomgeving van de armen, door hen als erg negatief worden ervaren. De inspraak die de kansarmen hier zelf bij hebben is erg miniem. Hulpverleners zijn zich soms niet bewust van de impact die zo'n huisbezoek kan hebben op het psychisch welzijn van de mensen.

Kind en Gezin organiseert ook groepswerking rond prenatale thema's en gratis prenatale consultaties voor kansarmen. K&G legt de nadruk op het feit dat in het licht van de conceptuele link tussen de prenatale begeleiding in de peri- en postnatale zorg, de postnatale huisbezoeken zoveel als mogelijk door dezelfde regioverpleegkundige of vroedvrouw moeten plaatsvinden als de prenatale begeleiding. De consequente continuïteit van de gezinsbegeleiding zou de levenskansen van het kind zowel voor als na de geboorte moeten verruimen. Hierbij speelt

enerzijds de continuïteit van de zorg een grote rol omdat dit een garantie is voor een goede opvolging van het kind. Anderzijds is ook de continuïteit van de zorgverlener in de vertrouwensrelatie met kansarmen een ontzettend belangrijk gegeven.

K&G stelde een aantal doelstellingen op om tijdens de huisbezoeken in te gaan op de specifieke noden en behoeften van de zwangere. Hiermee willen ze dan op hun beurt een hulpverlening opbouwen die voldoet aan de eisen van het hele gezin. Hieronder volgt een opsomming van de doelstellingen:

- Ondersteuning of hulp bieden bij het verkrijgen van minimale basisvoorwaarden voor de geboorte en komst van een baby
- Een ondersteunende en aanvullende functie in het kader van de medisch-preventieve zwangerschapsbegeleiding (Bijvoorbeeld door het vertalen of herformuleren van het vakjargon gegeven door de begeleidende arts)
- Een schakel zijn tussen de curatieve sector en het betrokken gezin
- Psychosociale begeleiding bieden voor het gehele gezin
- GVO geven rond zwangerschap
- Doorverwijzen inzake de randdomeinen van de zwangerschap (juridische, administratieve, financiële zaken en kinderopvang)
- Specifieke begeleiding bieden bij gezinnen met een miskraam, doodgeboorte of overlijden van een kind in voorgeschiedenis

K&G omschrijft gezinnen met individuele risicofactoren als gezinnen die wegens gezondheids- en welzijnbedreigende factoren (medisch, fysisch, psychisch, sociaal, economisch of cultureel) extra belast worden. Zij kunnen op basis van objectieve (door de deskundige ingeschat) en/of subjectieve (door de ouders) begeleidingsbehoefte een aangepaste (op maat) ondersteuning krijgen. Zoals supra al vermeld bevinden de gezondheidsbedreigende en –bevorderde indicatoren zich op drie verschillende niveaus. Het micro-niveau van het individu (het kind), het meso-niveau van de gezinsomgeving en het macro-niveau van de bredere wereld (K&G, 1999).

3.3.4 Zwangerschapsbegeleiding in Vlaanderen

Onderzoek wijst erop dat in Vlaanderen bijna alle kinderen werden geboren na een zwangerschap die werd begeleid door een gynaecoloog. De begeleiding vindt voornamelijk plaats bij een gynaecoloog. In 2006 werden 96% van de zwangerschappen gevolgd door een privé-gynaecoloog en 2,5% van de Vlaamse kindjes werden geboren na een zwangerschap die werd opgevolgd zowel door een gynaecoloog als door een huisarts. Een zeer klein aantal kinderen wordt geboren na een niet medisch begeleide zwangerschap (0,1%). In 2006 werden evenveel zwangeren begeleid door de vroedvrouw als het jaar voordien (0,8%) (K&G, 2006). De prestaties van een zelfstandige vroedvrouw worden volledig terugbetaald. Zwangeren hebben recht op

maximum twaalf verloskundige zittingen waarvan twee huisbezoeken en evenveel afspraken als individuele voorbereiding op de bevalling.

Tabel 3: De zwangerschapsbegeleiding in Vlaanderen (K&G, *Het kind in Vlaanderen*, 2006).

Zwangerschapsbegeleiding ⁽¹⁾		
	2005	2006
Privé-gynaecoloog	95,8	96,0
Gemengd ⁽²⁾	2,5	2,5
Huisarts	0,6	0,4
Prenataal consultatiebureau Kind en Gezin	0,2	0,2
Vroedvrouw	0,8	0,8
Geen begeleiding	0,1	0,1
Totaal	100,0	100,0

6.1 Begeleiding van de zwangerschap: kinderen per type zwangerschapsbegeleiding - Vlaams Gewest (percentage)

Bron: Kind en Gezin - Ikaros

(1) Betreft zowel de levendgeboren als de doodgeboren kinderen

(2) Gemengd: begeleiding van de zwangerschap door privé-gynaecoloog en huisarts

3.3.5 Tienerzwangerschappen

Tienermoederschap hangt vaak samen met een risicovolle situatie voor moeder en kind. Zij zetten hun studies vaker vroegtijdig stop, belanden sneller in armoede en hebben meer kans om een alleenstaande moeder te worden. Bij kinderen van tienermoeders vindt men een groter percentage kinderen met een laag geboortegewicht, meer kans op sterfte binnen het eerste levensjaar en meer kans om later zelf een tienermoeder te worden. Gelukkig blijft tienermoederschap in Vlaanderen vrij zeldzaam. Opmerkelijk is dat het aantal tienerzwangerschappen wel heel wat hoger ligt dan het aantal bevallingen van vrouwen jonger dan 20 jaar. In 2005 werden 2199 tienerzwangerschappen geregistreerd, dit zijn dan zowel bevallingen als abortussen. Daaruit werden 1315 kinderen geboren en bij 884 vrouwen werd een abortus uitgevoerd. Dit wil zeggen dat er op 100 zwangere tieners 59,8 zijn die moeder worden en 40,2 die een abortus ondergaan. Het ging vooral om vrouwen in de leeftijdsklasse 15 tot 19 jaar. Hoe jonger het meisje, hoe meer er wordt overgegaan tot abortus (K&G, 2006).

3.3.6 Het juridische luik bij de geboorte van een kind

Dit is voor veel kansarmen een groot struikelblok. De meeste mensen zijn er wel van op de hoogte dat ze een geboortepremie kunnen aanvragen, maar ze weten gewoon niet hoe. De

erkenning van het kind is een eerste voorwaarde voor het verkrijgen van de premies. De administratieve rompslomp, het bereiken van de nodige instanties en de telefoon- of vervoerskosten die hiermee gepaard gaan vormen voor veel kansarmen een drempel die ze niet zelf kunnen nemen. Ze hebben hiervoor de hulp nodig van hulpverleners. Kansarmen klagen dat zij maar al te veel doorverwezen worden bij het vragen van informatie omtrent deze zaken. Sommige instanties weigeren simpelweg hulp te bieden, anderen verwijzen door en nog andere spreken er de mensen niet eens over aan. Uit onderzoek blijkt ook dat veel kansarmen toevallig te horen krijgen door vrienden of familie dat ze recht hebben op bepaalde premies. De eigen moeder of andere familieleden helpen soms ook bij het verkrijgen van de premies. Een financieel aspect waar ook veel moeders niet van op de hoogte zijn, is de terugbetaling van de zuigelingenmelk door K&G. Als zij hiervan niet werden op de hoogte gesteld door een hulpverlener of het OCMW dan sparen zij hun betalingsbewijsjes niet op en kunnen zij dus niet terugbetaald worden (Crabbe et al., 2008).

3.3.7 Kraamgeld

Het kraamgeld is een geldsom die wordt uitbetaald bij de geboorte van elk kind dat recht geeft op kinderbijslag. Voor werknemers wordt het kraamgeld uitbetaald door het kinderbijslagfonds, bij zelfstandigen door het sociaal verzekeringsfonds. Vanaf de zesde zwangerschapsmaand kan het kraamgeld aangevraagd worden. Indien de aanvraag voor de geboorte gebeurt moet ook een medisch attest met de vermoedelijke bevallingsdatum worden afgegeven. Na de geboorte is enkel het geboortecertificaat nodig dat bij aangifte in de gemeente ontvangen wordt. Wie geen recht heeft op kraamgeld (bijvoorbeeld mensen die nooit hebben gewerkt of leven van een bestaansminimum van het OCMW) kan het kraamgeld aanvragen bij de Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers. De aanvraag moet 90 dagen na de geboorte ingediend worden, anders vervallen de rechten op het gewaarborgd kraamgeld.

Bij ongehuwde samenwonenden, waarvan de vader het kind (nog) niet erkend heeft en de moeder in loonverband werkt, is het de moeder die de aanvraag tot uitbetaling van de geboortepremie moet doen. Het bedrag voor het eerste kind is 1064,79 euro. Voor het tweede kind en elk volgend kind zal dat 801,13 euro zijn. Het bedrag dat voor een eerste kind uitbetaald wordt, wordt ook uitbetaald als het voor één van beide ouders een eerste kind is. In geval van een meerling geeft elk kind recht op hetzelfde bedrag als voor een eerste kind. Wanneer zich een miskraam voordoet vóór de zesde zwangerschapsmaand dan hebben de ouders geen recht op kraamgeld of op een uitkering wegens moederschaprust. De duur van de arbeidsongeschiktheid wordt dan bepaald door de geneesheer. Bij een doodgeboren kind alsook voor een miskraam na tenminste 180 dagen zwangerschap wordt het kraamgeld wel toegekend (cm, 2008).

3.3.8 Gezondheidsverandering tijdens de zwangerschap

Lewallen (2004) onderzocht gezondheidsgedragingen tijdens de zwangerschap bij 150 Engels sprekende vrouwen uit het zuidoosten van Amerika. De ondervraagde vrouwen hebben een laag inkomen en zijn ouder dan 18 jaar. De gemiddelde gestationele leeftijd bedroeg 15 weken. Hierbij werden onder andere het voedingspatroon, het actie-rustritme van de zwangere, en haar focus op het kind bestudeerd.

Voorgaand onderzoek toonde volgens hem aan dat vrouwen met een laag inkomen vaker mindere gezonde gewoontes koesterden zoals een slecht dieet, roken, te weinig sport,... Vrouwen met een laag inkomen, een lage opleidingsgraad en vrouwen uit kwetsbare groepen rapporteerden vaker dat de zwangerschap niet gepland was.

Uit deze studie bleek dat vrouwen met een laag inkomen zich bewust zijn van gezond gedrag en zij geven ook aan dit gedrag toe te passen tijdens hun zwangerschap. Er werd onderzocht welk gedrag het meest werd aangepast bij de zwangeren. De meeste vrouwen antwoordden het voedingspatroon. Ze gaven aan meer groenten en fruit te proberen eten tijdens hun zwangerschap. Een andere aanpassing situeerde zich op fysiek gebied. Ze gaven aan meer te rusten, minder te tillen en af en toe te wandelen als sport. In het onderzoek werden het nemen van prenatale vitamines en ijzer als positief ervaren maar de zwangeren probeerden medicatie voor hoofdpijn zoveel als mogelijk te beperken. Vrouwen die voor de zwangerschap alcohol innamen, gaven aan hiermee te stoppen van zodra ze wisten dat ze zwanger waren. De vrouwen waren meer zelfbewust: ze verzorgden zichzelf meer, hadden niet zoveel stress omdat ze steun kregen van hun partner en kinderen. Bidden en luisteren naar de moederlijke intuïtie werd door hen ook aangegeven als middel om de stress weg te houden en een gezonde geest te behouden. Opmerkelijk is dat slechts een klein aantal vrouwen aangaf stress te hebben gehad tijdens de zwangerschap, dit is verwonderlijk gezien het altijd ging om vrouwen met een laag inkomen en vaak multiparae.

Lewallen was ook geïnteresseerd in de bronnen vanwaar de vrouwen de informatie omtrent zwangerschap hadden verkregen. De meeste zwangeren hadden hun informatie verkregen van familieleden. Meestal van vrouwen, en nog frequenter van hun eigen moeder. Bij de hulpverleners werd vaker de arts dan de verpleegkundige aangehaald als informatieverstrekker. Er zijn ook heel wat vrouwen die vermeldden dat het natuurlijk kwam. Dat ze zelf een informatiebron zijn door het verleden en hun opvoeding.

Lewallen gaf ook implicaties voor verder onderzoek. Volgens hem wordt tijdens de consultaties te weinig aandacht besteed aan het gezond gedrag van vrouwen. Het stelt voor de wachttijden in de consultatieruimte te gebruiken om het gezond gedrag te versterken en nieuwe dingen aan te leren door gezondheidsvoorlichting. Dit zou volgens hem vrouwen aansporen om meer naar prenatale visites te komen en dus een positieve invloed op de zwangerschapsoutcome hebben. Gezien slechts 6 van de 150 vrouwen verpleegkundigen of vroedvrouwen aanhalen als informatiebron is hierin een taak voor hen weggelegd. Lewallen vindt ook dat moeders en

vrienden geïntegreerd zouden moeten worden in de educatieve initiatieven, gezien deze een zeer belangrijke informatiebron zijn voor de zwangeren (Lewallen, 2004).

3.4 De perinatale periode

3.4.1 Inleiding

Het leven in kansarmoede heeft ook zijn weerslag op de afloop van de zwangerschap. De meestal bittere leefomstandigheden waarin zwangeren hun zwangerschap moeten doorbrengen en trachten te 'overleven' spelen het leven dat ze dragen soms parten. Uit de literatuur blijkt dat kansarme vrouwen minder informatie opnemen omtrent de zwangerschap, een onevenwichtige voedingsstijl hebben, minder snel hulp zoeken bij een vroedvrouw of arts, hun kinderen vaak prematuur geboren worden en meer kans hebben op een baby met een laag geboortegewicht. Hoe komt het dat de prenatale infosessies, steunpunten, folders,... deze mensen niet bereikt? Wat loopt er mis tijdens de zwangerschap waardoor deze mensen niet weten wanneer ze precies naar het ziekenhuis moeten komen om te bevallen? Waarom drukken zoveel hulpverleners meteen een stempel op vrouwen die het verloskwartier binnenkomen zonder partner? Het is pas op het moment van de bevalling dat de vroedvrouwen of andere hulpverleners echt in contact komen met deze problematiek. Door de weinige of tekortschietende begeleiding prenataal hebben zij geen zicht op de situatie van hun parturiënten. Er ontbreekt een contextueel denkkader, dat net een essentieel gegeven is om de zorgrelatie tussen zorgverstrekker en zorgbehovende zo vertrouwelijk mogelijk te laten verlopen.

3.4.2 Begeleiding tijdens de bevalling

Er kan een beroep gedaan worden op een zelfstandige vroedvrouw om mensen thuis bij te staan tijdens de bevalling. Ook in het ziekenhuis kan ervoor gekozen worden om de bevalling te laten begeleiden door een zelfstandige vroedvrouw. De relatie met de zelfstandige vroedvrouw is meestal al sterk opgebouwd tijdens de zwangerschap en zorgt op moment van de bevalling voor een meer vertrouwde omgeving. Deze prestatie wordt volledig terugbetaald door het ziekenfonds.

3.4.3 Sterftcijfers

K&G registreert jaarlijks het aantal geboortes in Vlaanderen. Dit wordt telkens gerapporteerd in 'Het Kind in Vlaanderen'. Het geeft ook een idee van de situatie in Vlaanderen qua kindersterfte. Scandinavische landen als Denemarken en Zweden scoren beter dan België wat kindersterfte betreft maar op algemeen Europees niveau behalen wij toch ook een gunstige score. Door middel van een aantal maatstaven, sterftematen genoemd, worden sterftegegevens van kinderen tot de

leeftijd van 12 maanden geregistreerd. Een eerste sterfmaat is de doodgeboorte⁶. In 2005 waren er 3,3 doodgeborenen per duizend geboorten of 213 doodgeboren kinderen. In vergelijking met 2004 is dit een daling met 0,7 per duizend. De vroeg-neonatale sterfte⁷ bedroeg in 2005 2,1 per duizend levendgeborenen, dit wil zeggen dat 135 kinderen overleden tijdens deze periode, zoals in 2004. Het perinatale-sterftcijfer⁸ bedroeg in 2005 5,4 per duizend geborenen, dit was een daling met 0,7, die te wijten was aan de daling van de doodgeboorte. Een andere frequent gehanteerde sterfmaat is de neonatale sterfte⁹. In 2005 overleden 173 kinderen tijdens de eerste vier weken (28 dagen) van hun leven. Het neonatale-sterftcijfer bedroeg 2,7 per duizend levendgeborenen. Dit is een toename tegenover 2004 met 0,1. Het laat-neonatale-sterftcijfer¹⁰ steeg eveneens met 0,1 tegenover 2004. In 2005 overleden 252 kinderen tijdens hun eerste levensjaar, deze zuigelingensterfte¹¹ bedroeg 3,9 per duizend levendgeborenen, zoals in 2004. Tot slot is er de foeto-infantiele sterfte¹² die in 2005 werd vastgelegd op 7,2 per duizend levend- en doodgeborenen, dit is een daling met 0,7 tegenover 2004.

Tabel 4: Sterftcijfers kinderen in Vlaanderen (K&G, *Het kind in Vlaanderen*, 2006).

⁶ Dit is het aantal kinderen dat als 'doodgeboren' wordt aangegeven met een geboortegewicht van minstens 500 gram of een zwangerschapsduur van minimum 22 weken (Crabbe et al., 2008).

⁷ Dit is de sterfte die zich voordoet tussen de geboorte en de leeftijd van zeven dagen (Crabbe et al., 2008).

⁸ Dit is de sterfte van kinderen tijdens de eerste zeven dagen van hun leven, samen met het aantal doodgeborenen (Crabbe et al., 2008).

⁹ Dit is de sterfte tussen de geboorte en de 28e dag na de geboorte (Crabbe et al., 2008).

¹⁰ Dit is de sterfte na de eerste zeven dagen (7 x 24 uur) tot en met de leeftijd van 28 dagen (Crabbe et al., 2008).

¹¹ Dit is de sterfte die zich voordoet tussen de geboorte en het bereiken van de leeftijd van één jaar (Crabbe et al., 2008).

¹² Dit is het totaal van de doodgeboorten en de zuigelingensterfte (Crabbe et al., 2008).

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

6.5 Foeto-infantiel sterftecijfer in het Vlaamse Gewest

Bron: Gezondheidsindicatoren, Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid

De grootste doodsoorzaak bij kinderen onder de 12 maanden is te wijten aan gevolgen van verschillende factoren bij de moeder en complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling. In 2005 overleden hierdoor 134 kinderen. Een tweede grote doodsoorzaak zijn de congenitale afwijkingen. Hieraan overleden 89 kinderen. Er is in tegenstelling tot de situatie in andere landen geen verband aan te tonen tussen het sociaaleconomisch statuut van het ouderpaar en de incidentie sterftegevallen door wiegendood. Onderzoek van Getahun et al. (2004), toont immers aan dat in de Verenigde Staten naast de medische risicofactoren voor wiegendood ook socio-economische factoren een rol spelen in het ontwikkelen van wiegendood. Moeders die daar een kind verloren aan wiegendood waren opvallend vaak jonge moeders, laaggeschoold, rooksters, niet-blank en hadden geen prenatale begeleiding gehad tijdens de prenatale periode (Crabbe B. et al., 2008). Een goede vooruitgang is waarneembaar want het aantal kinderen dat het leven liet door wiegendood daalde in van 25 in 2004 naar 21 kinderen in 2005 (K&G, 2006).

Tabel 5: Doodsoorzaken onder de 12 maanden (K&G, *Het kind in Vlaanderen*, 2006).

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

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

3.4.4 Het opleidingsniveau van de moeder en de afloop van haar zwangerschap.

3.4.4.1 Inleiding

Een groot aantal zwangerschaps- en neonatale gegevens van moeders uit heel Vlaanderen en hun pasgeboren kindjes worden sinds 1987 verzameld door het SPE¹³. Uit onderzoek van Swimberghe, Cammu, Verstraelen, Martens & Bekaert (2003) is gebleken dat vrouwen met de laagste opleiding, het grootste risico lopen op een perinatale complicatie. Zij registreerden voor dit onderzoek geboorten uit 1999, 2000 en 2001 uit het Vlaams Gewest. De enige voorwaarde was dat de moeders ouder moesten zijn dan 20 jaar zodat zo weinig mogelijk nog studerende

¹³ Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie

moeders werden opgenomen in het onderzoek. Er werden 180.082 pasgeborenen, afkomstig van 176.752 moeders tot het onderzoek toegelaten.

3.4.4.2 Resultaten

In 2000 meldden slechts 54,4% van de vrouwen uit het laagste opleidingsniveau (lager onderwijs), zich aan voor de eerste prenatale consultatie voor het einde van de 13^{de} zwangerschapsweek. Dit in tegenstelling tot vrouwen uit het hoogste opleidingsniveau (hoger onderwijs) waar 78,8% zich voor de eerste keer meldt op het spreekuur voor het einde van week 13. In Vlaanderen hebben acht op de tien vrouwen hun diploma van het hoger middelbaar onderwijs behaald wanneer hun baby ter wereld komt¹⁴. Er werd geen significant verschil waargenomen in het vragen van epidurale analgesie tussen de verschillende opleidingsniveaus, uitgezonderd in het laagste (lager onderwijs). Bij de laagst geschoolden mensen wordt de baring minder vaak ingeleid dan bij de rest van de bevolking, waarbij iedereen naar een gelijkaardig patroon keert. De manier van bevallen is ook bij bijna iedereen gelijk. Hoogopgeleide vrouwen hebben wel minder dikwijls een sectio caesarea. Studies uit Amerika en Engeland hadden een compleet ander resultaat. Daar stond een hoge socio-economische status gelijk met het meer voorkomen van sectio's. Het aantal meerlingen neemt toe met het opleidingsniveau van de moeder. De oorzaak hiervan (wat nog significanter is) is dat het aantal medisch begeleide voortplantingstechnieken bij hoogopgeleide vrouwen heel wat hoger ligt dan bij de rest van de moeders. Dit is waarschijnlijk te verklaren door het alsmat uitstellen van de kinderwens om eerst een carrière te kunnen uitbouwen. De stijgende leeftijd van de vrouw vermindert haar vruchtbaarheid. Een spijtige vaststelling is dat lager geschoolde vrouwen 1,5 tot 2 keer meer kans hebben om preterm te bevallen, een baby te krijgen met een laag geboortegewicht of congenitale afwijkingen. Ook de perinatale sterfte is bij deze groep vrouwen bijna viermaal zo hoog dan bij de hoogst geschoolde vrouwen. Het meest opvallende resultaat van hun onderzoek was zonder twijfel de stijging van de foetale sterfte (ongeveer 250%) in de laagste klasse ten opzichte van de sterfte bij de hoogst opgeleide klasse vrouwen. Ook de neonatale en de kindersterfte (zie supra) was bij de laaggeschoolde vrouwen hoger dan bij de hoger opgeleide moeders. Het blijkt dus dat de verplichte ziekteverzekering in ons land niet in staat is om de nefaste afloop van de zwangerschap van lager geschoolde vrouwen te verhelpen.

3.4.4.3 Gevolgen voor het kind

De laattijdige of gebrekkige prenatale begeleiding tijdens de zwangerschap is een groot knelpunt in de zorgverlening aan zwangeren en hun kind. Een onaangepaste levensstijl tijdens de zwangerschap zoals een onevenwichtige voeding en dus tekort aan vitaminen en foliumzuur dat

¹⁴ Acht op de tien vrouwen hebben een opleiding van ten minste 12 jaar achter de rug (Swimberghe et al., 2003).

nodig is voor een goede ontwikkeling van de foetus, roken en alcohol zijn risicovol voor de zwangerschap. Daarnaast ontstaat er ook stress door de zoektocht naar een job of het werken in zware fysieke arbeidsomstandigheden wat in de lagere sociale klasse frequenter voorkomt.

Bij pasgeboren kinderen van de laagst geschoolde vrouwen stelt men meer preterme geboorten¹⁵, meer dysmaturiteit¹⁶ en meer congenitale afwijkingen¹⁷ vast.

3.4.4.4 Conclusie

De vooruitgang in de prenatale en perinatale zorg en een verbetering van de socio-economische toestand zouden een daling van de neonatale en de kindersterfte moeten veroorzaken. Toch blijft men zich de vraag stellen of het mogelijk is om het foetaal sterftecijfer te doen dalen wanneer de laagste opleidingsklassen zo weinig betrokken blijven door bijvoorbeeld latere medische consultaties. Uit dit onderzoek is gebleken dat onderwijs een absolute topprioriteit is en dat alles hierbij start. De overheid zou boodschappen op maat moeten creëren zodat ook de minst goed bereikbare mensen bereikbaar worden (Swimberghe et al., 2003).

3.4.5 Onderzoek 1

Hunt (2004) verrichte een onderzoek met als doel vanuit het perspectief van de parturiënte de ervaringen van geboorte en omgang met de gezondheidswerkers te kunnen begrijpen. De helft van de vrouwen die kwamen bevallen hadden in het afgelopen jaar een ziekte doorgemaakt en heel wat verschillende artsen bezocht (medical-shopping). De (toekomstige) moeders wantrouwden de gezondheidsdiensten heel erg en hadden het gevoel niet aanvaard te worden zoals ze zijn. Ze gaven aan zich beledigd te voelen door superieure personen (gezondheidswerkers), ten gevolge van hun levensstijl. Zij leggen ook de nadruk op het feit dat het arm zijn op het moment van de bevalling voor hen niet een probleem was maar wel de manier waarop de vroedvrouwen daardoor met hun omgingen.

Enkele citaten van vrouwen uit het onderzoek bevestigen hun minderwaardigheidsgevoel:

- "Of je nu rijk of arm bent, je hebt de beste persoon naast je bed nodig"
- "Het is de manier waarop ze je aanspreken...het is alsof ze je niet goedkeuren"

¹⁵ Dit ten gevolge van het o.a. een verhoogde kans op chorioamnionitis (Swimberghe et al., 2003).

¹⁶ Dit ten gevolge van placentaire vasculopathieën, arteriële hypertensie of roken (Swimberghe et al., 2003).

¹⁷ Dit ten gevolge van een tekort aan vitaminen en foliumzuur (Swimberghe et al., 2003).

- "Ze vertrouwden mij niet wanneer ik zijn pamber wilde verversen"

- "Zij luisteren niet naar mij"

Uit onderzoek bleek ook de plaats van bevalling een invloed te hebben op de manier waarop vroedvrouwen met hun parturiënten omgaan. Zo bleek dat vroedvrouwen werkzaam in de thuissector, bij huisartsen en gezondheidscentra niet als autoritair werden ervaren. Misschien omdat zij het gewend zijn om vrouwen in hun eigen omgeving te zien. De vroedvrouwen in een ziekenhuis werken onder stress, hebben kortere shifts en gaan om deze redenen minder intieme contacten aan met hun patiënten. Deze vroedvrouwen waren in het onderzoek ook veel kritischer gericht naar de kansarme vrouwen. Ze konden niet begrijpen waarom deze vrouwen voor kinderen kozen en konden geen afstand doen van de stereotypering van armen. De grote vraag hierbij blijft natuurlijk waarop hun uitspraken in feite gebaseerd zijn.

De conclusie die uit het onderzoek getrokken kon worden was dat vroedvrouwen (en andere gezondheidswerkers) aangespoord moeten worden om hun verantwoordelijkheid op te nemen in verband met hun opvattingen en beoordelingen. Er dient een evolutie te gebeuren van routinematige naar individueel gerichte zorg. Naast het geven van adviezen moet er ook tijd gemaakt worden voor menselijk contact (Hunt, 2004).

3.4.6 Onderzoek 2

In dit onderzoek naar de relatie tussen moeders in armoede en vroedvrouwen werden 30 kansarme vrouwen geïnterviewd, en werd aan 97 vroedvrouwen een vragenlijst afgegeven. 57 vroedvrouwen vulden de vragenlijst in. Uit de interviews bleek dat slechts een miniem aantal vrouwen prenatale consultaties waardeloos vindt (3 op de 27). Meer dan de helft van de vrouwen had een goede ervaring bij de prenatale consultaties. Toch hadden 30% van de vroedvrouwen de mening dat vrouwen de prenatale consultaties saai en onnodig achtten. Driekwart van de vroedvrouwen denkt dat de moeders de prenatale consultaties meepikten op goed geluk. 21% denkt dat de moeders effectief op zoek waren naar prenatale begeleiding. Iets meer vroedvrouwen (26%) hebben het gevoel dat de moeders blij zijn met hun baby maar een groot aantal (63%) vindt toch dat kansarme moeders onverschillig zijn tegenover hun kind. Terwijl 60% van de vroedvrouwen denkt dat arme moeders het niet erg vinden zoveel verschillende gezondheidswerkers te zien, ergerde meer dan de helft van de mama's zich aan alle verschillende hulpverleners. Andere klachten die de moeders aangaven waren de onvriendelijkheid van de gezondheidswerkers, de tekortschietende communicatie, de afwezigheid van morele steun, het gevoel te hebben negatief te worden beoordeeld en de lange wachttijden.

Dit onderzoek bewijst dat het gevoel en de attitude van de arme moeders niet overeenstemt met wat de vroedvrouwen ervaren. Een aanpassing van de zorg is hier een oplossing voor (Deschamps, Baumann & Deschamps, 1987)

3.5 De postnatale periode

3.5.1 Inleiding

Het verblijf op de materniteit wordt vandaag steeds korter. Dit is voor sommige vrouwen positief, anderen zouden liever nog wat langer in het ziekenhuis kunnen blijven. Meer en meer vrouwen kiezen ervoor om poliklinisch¹⁸ te bevallen. Deze formule komt meer en meer in trek omdat men thuis deskundige medische begeleiding en verzorging kan krijgen door een vroedvrouw. Ook ziekenhuizen proberen de ligdagduur op materniteit zoveel mogelijk te beperken. Hierdoor kwam er een grotere nood aan postnatale zorg. De eerstelijnszorgverlening onderging de laatste jaren enkele positieve evoluties. De verhoogde RIZIV-tussenkost zorgt ervoor dat meer en meer kraamvrouwen een beroep doen op een zelfstandige vroedvrouw die opvolging aan huis doet. Er wordt ook meer beroep gedaan op kraamverzorgsters door de gedeeltelijke terugbetaling van de diensten 'kraamhulp' door mutualiteiten en hospitalisatieverzekeringen, die eveneens een kort ziekenhuisverblijf promoten. Ook verwijzen steeds meer ziekenhuizen, artsen of Kind & Gezin door naar een vroedvrouw. Kraamzorg beoogt het toezicht op, de zorg voor, en de verzorging van moeder en kind in de eerste 10 dagen na de bevalling. De postpartale fysieke involutie wordt vastgelegd op 6 weken, maar volgens Kind & Gezin is het eerste jaar na de geboorte van een kind, het meest vermoeiende jaar in het leven van een vrouw (De Grave, 2007).

3.5.2 Postnatale zorg voor kansarmen

Er is de mogelijkheid om door een zelfstandige vroedvrouw begeleid te worden tijdens de postnatale periode. De prestaties van de vroedvrouw worden volledig terugbetaald. Het aanbod bestaat uit twaalf bezoeken na de bevalling om de pas bevallen moeder en baby te verzorgen en mits motivatie mogelijkheid tot drie bijkomende bezoeken. Wanneer een beroep wordt gedaan op vroedvrouwen die de overeenkomst met de ziekenfondsen niet tekenden wordt de terugbetaling met 25% verminderd (De Grave, 2007).

K&G bouwde hun aantal huisbezoeken af ten voordele van de kansarmen. Ze zouden op deze manier meer tijd hebben om door te brengen bij kwetsbare gezinnen. De vraag is natuurlijk of deze het appreciëren dat een hulpverlener binnenshuis komt kijken. Zoals supra al vermeld is uit onderzoek gebleken dat kansarmen zich heel aangevallen kunnen voelen wanneer een vreemde zijn 'terrein' binnendringt.

De zorg voor de partner en de kinderen is dikwijls de reden waarom moeders snel naar huis terugwillen. Het verblijf op materniteit blijkt uit onderzoek ook heel wat conflicten te kennen. Het rookgedrag van de moeders brengt frustraties teweeg bij de hulpverleners, de kamer delen met burens is niet altijd eenvoudig. Een groot probleem is ook het inconsequent gedrag van de

¹⁸ De vrouw verlaat ongeveer 24 uur na de bevalling al het ziekenhuis.

hulpverleners. Bij het ene koppel mag de partner blijven slapen en bij het andere dan weer niet. Een klein aantal moeders is op de hoogte van de terugbetalingsmodaliteiten van de vroedvrouw (Crabbe et al., 2008).

3.5.3 Hoe affectie geven aan de kinderen?

Het negatieve zelfbeeld van mensen die in armoede leven speelt volgens Vanhee et al. (2001) ongetwijfeld een grote rol in het doorgeven van liefde aan de kinderen. Vroege affectieve breuken en ervaringen niet geliefd te zijn, wegen effectief door op het kunnen aangaan van een empathische gehechtheidsrelatie met hun kinderen. Veel mensen stellen zich vragen over de manier waarop ze affectie moeten doorgeven en vragen zich af of ze het wel goed doen. Het spreekt voor zich dat ook wanneer de ouders voor flesvoeding kiezen ze evenveel affectie kunnen doorgeven aan hun kinderen. Het is gewoon een verschillende toenaderingswijze. De reden dat ze geen liefde kunnen doorgeven is dat ze niet weten wat liefde is. Er is geen referentiepunt of model waarnaar ze zich kunnen naar gedragen. Het ontbreken van ouders, familieleden die hen destijds toonden wat het woord liefde en affectie wilde zeggen wordt door de armen zelf als hoofdreden voor dit probleem aangebracht. Ze zijn zelf zoveel tekort gekomen in hun kindertijd, dat het verlangen om te geven soms blokkeert. Daarenboven herinneren hun kinderen hen aan de ontberingen uit hun verleden, wat het soms moeilijk maakt om te kunnen zien dat hun kind verschillend is van het gekwetste kind dat ze zelf waren en nog steeds in zich meedragen. Het is nodig dat hulpverleners zoals vroedvrouwen oog hebben voor deze problematiek. Zij hebben immers een heel belangrijke rol in het stimuleren van de moeder-kind binding de eerste dagen na de geboorte. Ze kunnen een cruciale rol hebben in de verdere relatie tussen moeder en kind. Positieve bekrachtiging zal de moeders meer zelfvertrouwen geven en ervoor zorgen dat het 'moedergevoel' stap voor stap groter wordt (Vanhee et al., 2001).

3.5.4 Borstvoeding of flesvoeding?

3.5.4.1 Inleiding

De natuurlijkste en de gezondste voeding is ongetwijfeld borstvoeding. De voordelen die borstvoeding biedt voor de gezondheid van de baby en de moeder zijn reeds bekend. Naast het feit dat borstvoeding een grotere biologische waarde heeft en beter verteerbaar is, beschermt het ook tegen infecties, biedt het de baby een langdurigere bescherming tegen ziekten zoals luchtweginfecties, diarree, oorontsteking, en draagt het bij tot het voorkómen van koemelkeiwitallergie. Voor kansarme moeders is de stap tot het geven van borstvoeding echter niet altijd even gemakkelijk te zetten.

Kansarme moeders worden geconfronteerd met ambivalente gevoelens omtrent dit thema. Enerzijds zien ze de band die ze hierdoor met hun kind zouden hebben, de erkenning en het relaxerend gevoel dat hiermee gepaard gaat als een voordeel. Anderzijds stellen ze zich vragen omtrent hun verantwoordelijkheid hierbij. De gebondenheid om er steeds te zijn wanneer de baby honger heeft en hierdoor geen tijd meer te hebben voor andere dingen schrikt hen soms af. Een andere grote drempel tot het geven van borstvoeding bij kansarmen is hun negatieve zelfbeeld. Om de negatieve zelfperceptie van de moeders te corrigeren is de feedback van de buitenstaanders heel belangrijk. Dit kunnen zorgverleners zijn maar ook familieleden of vrienden. Tegenover deze laatste ervaren zij vaak een gevoel van schaamte door de lichamelijke blootstelling die met het borstvoeden gepaard gaat. Moeders voelen zich als het ware niet 'trots' genoeg om borstvoeding te durven geven. Ze zijn bang voor de negatieve commentaren en afkeurende blikken van vrienden. De meeste moeders vinden ook dat het geven van borstvoeding terug gaan werken of naar school gaan bemoeilijkt. Afkolven wekt schaamte en afkeuring bij collega's of baas op en neemt teveel tijd in beslag (Crabbe, 2002).

3.5.4.2 Cijfers over borstvoeding

Uit onderzoek van K&G in 2006 blijkt dat Belgische kinderen uit een kansarm gezin veel minder borstvoeding krijgen dan andere kinderen (35,1%). Tabel 7 met het percentage borstgevoede kinderen naar kansengroepen toont aan dat kinderen uit een niet-Belgisch en niet-kansarm gezin het frequentst als startvoeding borstvoeding krijgen (77,5%). Niet-kansarme Belgische kinderen krijgen gemiddeld iets minder vaak borstvoeding als startvoeding, nl. 61,4%. Er zijn ook verschillen naargelang de leeftijd van de moeder (Tabel 8). Kinderen met een moeder tussen de 30 en 35 jaar oud krijgen het frequentst borstvoeding als startvoeding. In deze leeftijdsklasse is een vrij grote toename zichtbaar tegenover 2005 (+2,2). Ook de opleidingsgraad van de moeder (Tabel 9) is bepalend voor de voeding die het kind zal krijgen. Het percentage borstgevoede kinderen ligt het hoogst bij kinderen met een moeder met een universitair diploma en bij kinderen met een moeder met een zeer laag opleidingsniveau. Dit laatste wordt verklaard door het feit dat het in hoofdzaak gaat om allochtone kinderen (K&G, 2006).

Tabel 6: Borstvoeding en kansengroepen (K&G, *Het kind in Vlaanderen*, 2006).

Borstvoeding en kansengroepen		
	2005	2006
Kinderen in een Belgisch niet-kansarm gezin	60,4	61,4
Kinderen in een Belgisch kansarm gezin	32,3	35,1
Kinderen in een niet-Belgisch niet-kansarm gezin	76,5	77,5
Kinderen in een niet-Belgisch kansarm gezin	72,6	75,0
Alle kinderen	62,5	63,7

7.5 Percentage kinderen dat op dag 6 als startvoeding borstvoeding krijgt volgens kansengroepen - Vlaams Gewest
Bron: Kind en Gezin - Ikaros

Tabel 7: Borstvoeding en leeftijd van de moeder (K&G, *Het kind in Vlaanderen*, 2006).

Borstvoeding en leeftijd van de moeder		
	2005	2006
Onder de 20 jaar	51,2	54,1
20 – 25 jaar	58,6	59,6
25 – 30 jaar	64,2	64,9
30 – 35 jaar	62,9	65,1
35 – 40 jaar	62,5	62,2
40 jaar en ouder	62,0	63,4
Alle kinderen	62,5	63,7

76 Percentage kinderen dat op dag 6 als startvoeding borstvoeding krijgt naar leeftijd van de moeder - Vlaams Gewest
Bron: Kind en Gezin - Ikaros

Tabel 8: Borstvoeding en opleidingsniveau van de moeder (K&G, *Het kind in Vlaanderen*, 2006).

Borstvoeding en opleidingsniveau van de moeder		
	2005	2006
Lager onderwijs of geen onderwijs	74,2	76,1
1e en 2e graad of lager secundair	50,5	53,6
3e graad of hoger secundair	51,5	52,5
Niet-universitair hoger onderwijs (korte type)	69,3	69,7
Universitair onderwijs	77,8	78,9
Alle kinderen	62,5	63,7

77 Percentage kinderen dat op dag 6 als startvoeding borstvoeding krijgt naar opleidingsniveau van de moeder - Vlaams Gewest
Bron: Kind en Gezin - Ikaros

3.5.4.3 Conclusie

Kansarme moeders geven minder borstvoeding wegens hun lage zelfbeeld, het schaamtegevoel en de angst voor de reacties van anderen. Wanneer ze toch voor borstvoeding kiezen ervaren ze hierbij weinig hulp te krijgen van buitenaf. Kraamvrouwen rapporteerden in een onderzoek het gevoel minder hulp te krijgen van vroedvrouwen omdat ze kansarm waren (Crabbe et al., 2008). Misschien is het een verschrikkelijke waarheid dat sommige vroedvrouwen het een nutteloze taak vinden deze vrouwen te helpen bij de borstvoeding omdat "ze het toch niet lang gaan volhouden". Het is net het werk van de vroedvrouw deze taak wel op zich te nemen zodat hun moedergevoel naar boven komt en er een positieve moeder-kindbinding kan ontstaan. Ook bij het geven van flesvoeding kan deze affectieve band tot zijn recht komen mits positieve bekrachtiging van omstanders.

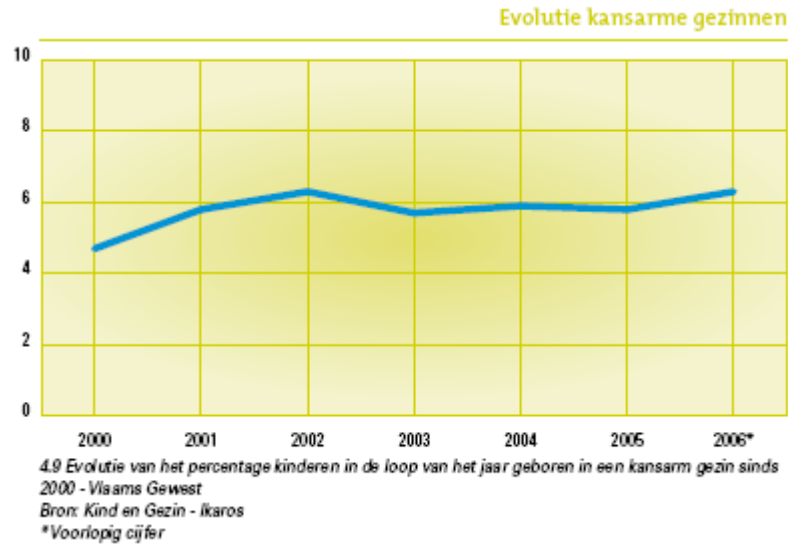
3.5.5 Anticonceptie is een dure zaak

Veel kansarme moeders willen hun dochters beschermen tegen en vroegtijdige of ongewenste zwangerschap omdat ze zelf al meegemaakt hebben wat de gevolgen ervan kunnen zijn. Toch zijn er ook gezinnen waar de zwangerschap bij een jonge dochter erg welkom is en de gehele gezinssituatie aangepast wordt aan de komst van een nieuw gezinslid. Het toekomstige kindje is voor hen dan als het ware een bron van hoop.

Het praten over anticonceptie blijft in vele gezinnen een moeilijk bespreekbaar thema. Sommige ouders vergelijken het waarschuwen van hun kinderen voor een ongewenste zwangerschap als een gebrek aan respect voor hun persoon. Het blijft een feit dat de manier waarop ouders over geboorteplanning praten samenhangt met hun eigen visie hierop. Verenigingen waar armen het woord nemen streven ook naar het goedkoper worden van anticonceptie. Volgens hen is de toegang tot gezinsplanning fundamenteel in de bestrijding van generatiearmoede, alsook in de armoedepreventie en dit in het bijzonder bij vrouwen en hun kinderen. De toegang tot de nodige anticonceptiemiddelen om aan een accurate gezinsplanning te doen is voor vele armen nog te beperkt. Zelfs indien anticonceptiva zeer goedkoop zijn kunnen ze voor hen alsnog te duur zijn. Als kansarmen nog een beetje geld over hebben op het einde van de maand, dan besteden ze het dikwijls liever aan andere zaken dan aan anticonceptiva. Ze pleiten dan ook voor een volledige terugbetaling van alle anticonceptiva (Kobaf, Forum vierde wereld syndicaat, 2008).

3.5.6 Kinderen in kansarmoede

In Vlaanderen is er een verhoogd armoederisico bij 11,5% van de kinderen onder de 12 jaar. Dit wil zeggen dat deze kinderen in een gezin leven met een inkomen dat beneden de armoedegrens ligt en ze dus vaak moeilijke leefomstandigheden kennen. Het verschil ligt vooral in het gezinstype van het kind. Kinderen uit tweeoudergezinnen die het enige kind zijn thuis lopen het minste risico, namelijk 2,5%. Het hoogste risico vindt men bij eenoudergezinnen (29,0%). Wanneer beide ouders werkloos zijn stijgt het armoederisico tot 49%. Dit is ongeveer even hoog als bij kinderen in eenoudergezinnen wanneer deze laatste niet werkt (48,1%). Ook naarmate het aantal kinderen stijgt, vergroot het armoederisico. K&G beschouwt zoals supra reeds vermeld een gezin kansarm als zij zwak scoren op drie of meer van de zes criteria. Zij voerden een onderzoek tussen 1 januari 2006 en 31 december 2006, waarbij zij alle gezinnen die in deze periode een kind het leven schonken beoordeelden naar de zes selectiecriteria. Hieruit bleek dat 6,3% van de kinderen geboren in het Vlaams Gewest in 2006, ter wereld kwamen in een kansarm gezin.



Grafiek 1: Evolutie kansarme gezinnen (K&G, *Het kind in Vlaanderen*, 2006).

Kansarmoede situeert zich vooral in de steden Antwerpen (41%), Gent (9%), Mechelen, Leuven, Genk, Heusden-Zolder, Menen, Ronse en Oostende. 56% van de kinderen die in kansarmoede leeft woont in één van deze steden. Het is algemeen gekend dat in de steden ook meer allochtone mensen wonen. De moeder van bijna 6 op de 10 kinderen geboren in een kansarm gezin had bij haar geboorte niet de Belgische nationaliteit. De kans om in de kansarmoede terecht te komen verhoogt wanneer mensen niet tot de Belgische natie behoren. Dit onder andere door het communicatieprobleem dat supra reeds besproken werd (K&G, 2006).

3.5.7 Gevolgen voor het leven

Bij personen die in armoede zijn opgegroeid vindt men dikwijls onveilige gehechtheidsrelaties. Ondanks de grote wilskracht van ouders om de kinderen een beter leven te geven dan dat ze zelf hebben gehad is het enorm moeilijk om hun kinderen uit de armoedespiraal te houden. De intergenerationale overdracht van gehechtheid van een ouder op zijn kind is wetenschappelijk bewezen. In gezinnen met een lage sociaaleconomische status zijn kinderen volgens Geenen (2005) blootgesteld aan een dubbel zo groot risico inzake gehechtheid. Ze verklaart dit door het feit dat slechts een beperkt deel van die kinderen veilig gehecht zijn en dat ze door hun levensgebeurtenissen een minder continue vorm van gehechtheid kennen. In armoedesituaties gebeurt het ook frequent dat kinderen worden geplaatst. Het grote probleem hierbij is dat instellingen er tot nu toe niet lijken in te slagen een vervangende en veilige basis te zijn voor deze kinderen.

Een ontzettend belangrijk aandachtspunt hierbij is dat we als hulpverleners hier geen al te deterministische kijk mogen op krijgen. Zo zijn de ervaringen uit de kindertijd belangrijk maar niet altijd strict determinerend. Een partner, trouwe vriend of hulpverlener in latere relaties kan er ook voor zorgen dat een veilige basis gecreëerd wordt waaruit de negatieve ervaringen uit de kinderjaren worden verwerkt (Van Regenmortel, 1996). Het is immers niet de bedoeling dat armen worden beschuldigd voor de gebrekkige gehechtheidsontwikkeling die bij hun soms terug te vinden is. De interactionele aard van de ontwikkeling van gehechtheidsrelaties en de omgevingscontext mogen niet vergeten worden. Formele instanties, hulpverleners en alle mensen die in contact komen met gezinnen in armoede dragen hierbij een grote verantwoordelijkheid.

4 Krachtgerichte hulpverlening

4.1 Op naar een 'caring' hulpverleningsrelatie

4.1.1 Wat is empowerment?

"Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving, en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie." (Van Regenmortel, 2006)

Het centrale aspect van empowerment is het versterkingsproces. Met het woord empowerment wil men de nadruk leggen op het kritisch bewust worden van de eigen situatie, greep of controle krijgen over het eigen leven, bewust worden van het eigen kunnen, durven steunen op sociale hulpbronnen, rekening houden met een specifieke context en de aanwezige capaciteiten van iemand, respecteren van de keuzes van de betrokkenen of participatie. Bij empowerment komen mensen in een minderhedenpositie, afhankelijkheidssituatie (patiënten, bejaarden, personen met een handicap, enzovoort) op de eerste plaats. Maar ook bij thema's zoals feminisme, aidsproblematiek, homoseksualiteit komen aan bod (Van Regenmortel, 2006). Hulpverleners zijn bij het empowerend werken als het ware 'facilitators' die samen met een doelgroep op zoek gaan naar specifieke oplossingen voor hun problemen (Crabbe et al., 2008).

4.1.2 Kenmerken van empowerment

Volgens Van Regenmortel (2002) is een empowermentbenadering positief, multilevel, proactief en open-ended. Het wordt niet echt gezien als een resultaat maar eerder als een continu proces dat beïnvloed wordt naargelang de tijd, de context en de populatie. De drie niveau's die eerder al werden besproken namelijk het micro-, meso- en macroniveau worden hierbij verbonden met elkaar en vormen samen met de drie basisprincipes van empowerment (controle, kritisch bewustzijn en participatie) de kern van het concept. Binnen de hulpverleningsrelatie moet gekozen worden voor de minst ingrijpende werkvorm of degene die het meest aansluit bij de hulpvrager. Empowerment reageert tegen het deficitmodel¹⁹. Dit houdt een deculpabilisering in van de betrokkenen en de overtuiging dat sociale systemen kansen moeten creëren voor het ontplooiën van hun kunnen. Een ander belangrijk gegeven is dat er een fundamentele verandering plaatsvindt in de machtsrelatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener. Veroordeling van de hulpvragers is uiteraard uit den boze, er wordt een attitude verwacht van openheid voor diversiteit. Ook de organisatorische context is van belang, empowerment kan binnen elke organisatie toegepast worden. Voor de samenwerking tussen verschillende

¹⁹ Het klassieke ziektemodel, hierbij worden patiënten beschouwd als zwak en met een tekort aan capaciteiten (Van Regenmortel, 2006).

organisaties heeft empowerment nog een laatste belangrijke pijler, het case-management. Het stelt een nieuwe benaderingswijze van de hulpvrager voor waarbij deze zijn vragen, krachten en belevingswijze centraal komen te staan (Van Regenmortel, 2006).

4.1.3 Empowerment en armoede

Personen die in armoede leven hebben door hun ongelijke kansen, behandeling, resultaten en waardering vaak meer afhankelijkheidsrelaties dan anderen uit de maatschappij. Dit is niet hun 'vrije keuze' maar een ophoping van feiten waardoor de berusting in de afhankelijkheid de enige oplossing lijkt te zijn. De maatschappij, maar ook hulpverleners veroordelen deze mensen al te snel en te vaak tot luie wezens die ongemotiveerd door het leven gaan. Er is sprake van segregatie in plaats van integratie. Dit wil zeggen dat het grootste deel van de niet-armen de neiging heeft afstand te nemen van de mensen die wel arm zijn. Empowerment is gebaseerd op dezelfde trieste waarheid maar wel met geheel andere gevolgen voor de armen, voor de maatschappij en vooral voor de hulpverleners. Het concept wil zich focussen op potenties en krachten van mensen, instellingen of gemeenschappen en zo de problemen of knelpunten aanpakken. Empowerment wil niemand of niets met de vinger wijzen, er is dus geen sprake van 'blaming the victim' of 'blaming the system'. Het doel is de sociale mechanismen te vinden die sociale ongelijkheid produceren en in stand houden. Verbinding krijgen met mensen in armoede is de enige kans op 'ontmoeting'. Daarom verdienen personen in kwetsbare situaties meer positieve aandacht (Van Regenmortel, 2006).

4.1.4 Empowerment in de gezondheidszorg

Wanneer zorgverstrekkers samen met de patiënten of parturiënten kennis ontwikkelen spreekt men van een empowermentgeoriënteerde gezondheidszorg. Om empowerment mogelijk te maken zijn er methodes nodig op micro-, meso- en macroniveau. Er dient ook aandacht te gaan naar de verscheidene vormen van participatie bij de zorg aan patiënten en niet enkel betrokken te zijn bij de ontwikkeling van oplossingen maar ook bij probleemdefinities. Het probleem dat zich in de gezondheidszorg dikwijls stelt is dat zorgverleners problemen vanuit een bepaald paradigma bekijken en hiernaar dan ook oplossingen bieden. Het is een 'aangeleerd' paradigma en hulpverleners beseffen het vaak gewoon niet. Een voorbeeld hierbij is dat zorgverstrekkers graag controle hebben over hun patiënten. Als deze patiënten hun raad of het advies van de arts niet opvolgen voelen zij dit aan als een bedreiging. Anderson en Funnell (2005) pleiten voor een empowermentparadigma waarbij de patiënten zelf de controle hebben over de nodige zorgen. Het vraagt samenwerking tussen zorgverleners en zorgvragers waarbij informatie en ondersteuning ervoor zorgen dat men om de beste keuzes kan maken die aanleunen bij de prioriteiten van de patiënt (Crabbe et al., 2008).

4.1.5 Maatzorg en empowerment

Allereerst is het van belang te weten dat maatzorg en empowerment elkaar mooi aanvullen. Volgens Van Regenmortel (2002) kan maatzorg gezien worden als een concretisering van het empowermentparadigma. Empowerment biedt immers een breder en meer fundamenteel theoretisch kader voor maatzorg. Maatzorg steunt op vijf basisprincipes. De hulpverleningsrelatie moet positief, integraal, participatief, gestructureerd en gecoördineerd zijn. Er worden daarenboven specifieke accenten gelegd zoals het benadrukken van krachten en capaciteiten van de hulpvrager, zonder hierbij de problemen te onderkennen. De hulpverlener heeft een faciliterende en positief ondersteunende rol. Daarom is het zijn taak deze krachten op te sporen en er gebruik van te maken. Natuurlijk is ook aandacht vereist voor het innerlijke van de hulpvragers, het psychologisch kapitaal. Armen moeten hierover aangesproken worden. Op die manier zullen ze deze krachten durven gebruiken en zich bewuster worden van hun eigen zijn.

4.1.6 Contextuele hulpverlening

Het was Ivan Boszormenyi-Nagy, psychiater en hoogleraar psychiatrie aan de universiteit van Boedapest, die in dialoog met andere gezinstherapeuten de contextuele therapie ontwikkelde. Volgens hem is elke mens onvoorwaardelijk verbonden met een existentiële context. Onder deze context verstaat hij de relaties binnen families, een huwelijk. Ze zijn volgens Nagy cruciaal voor het menszijn.

Hij onderscheidt de existentiële context in vier dimensies. Een eerste is de dimensie van de feiten zoals ziekte en gezondheid, een tweede die van de psychologie waarmee hij onder andere de ontwikkelingsfasen van een kind bedoelt, de dimensie van de interactie (communicatiegedrag, enzovoort) is de derde dimensie en tot slot is er ook nog de ethisch-relationale dimensie waarin hij de balans van geven en nemen sterk benadrukt. Nagy beschrijft deze laatste dimensie als een evenwicht tussen het geven en nemen. Een relatie kan naar zijn idee pas rechtvaardig en betrouwbaar genoemd worden wanneer de baten en lasten eerlijk verdeeld zijn.

De balans waarover Nagy spreekt is dynamisch en heeft grote invloed op de volgende generaties. Volgens hem kan een onevenwichtig verdeelde balans tussen twee generaties worden doorgegeven aan een volgende relatie. Zo formuleert hij ook dat kinderen die onrechtvaardig werden behandeld van de volgende generatie zullen willen verkrijgen wat zij in feite van de voorgaande generatie hadden moeten krijgen. Het kind heeft zijn leven te danken aan zijn ouders. Dit feit zorgt voor een loyaliteit tegenover hun familie. Dit is geen zelfgekozen loyaliteit maar één die ontstaan is door het bloedverwantschap. Er zijn botsingen mogelijk binnen de loyaliteit, dit worden loyaliteitsconflicten genoemd. Ze ontstaan bijvoorbeeld bij geadopteerde kinderen die hun biologische ouders niet mogen opzoeken, bij kinderen die bij een echtscheiding moeten kiezen tussen één van beide ouders,....

Wanneer een kind de zorg van één van zijn ouders overneemt, en het kind dus meer verantwoordelijkheid krijgt dan het normaal op die leeftijd zou hebben spreekt Nagy van parentificatie. Wanneer het kind dan geen erkenning krijgt voor al wat het doet is het alsof het vertrouwen dat hij of zij in de kind-ouderrelatie had geschonken, geschaad wordt. Dit wordt ook

destructieve parentificatie genoemd. Hulpverleners worden op het werkveld vaak geconfronteerd met destructief gerechtigde mensen. Deze mensen hebben een imaginair krediet gecreëerd door de 'uitbuiting' die ze hebben ervaren. Dit willen zij dan op latere leeftijd compenseren op een dikwijls destructieve manier. Het 'spijtige' van de zaak is dat dit destructief recht dan vaak wordt uitgeoefend op derden die geheel buiten de situatie staan of helemaal de oorzaak niet zijn van het probleem. Uit onderzoek blijkt ook dat de destructief gerechtigde aanspraak niet helend werkt (Heyndrickx & Vansevenant, 2005).

4.2 Suggesties voor zorgverleners...

4.2.1 Een versterkende hulpverleningsrelatie

Binnen de relatie met kansarmen beschrijft Van Regenmortel (2006) drie kenmerken van hulpverleningsrelaties die overwegend als positief en versterkend worden ervaren.

Een eerste kenmerk is de nabije relatie van de hulpverlener tot de persoon die in armoede leeft. De openheid van de zorgverstrekker voor de specifieke leefwereld, verhalen en zorgen van de kwetsbare persoon zorgt ervoor dat hij of zij in staat is onbevooroordeeld te luisteren. Hierbij is het van belang de vaardigheden, pogingen tot verbetering van de situatie, inzet en moed van de zorgvrager positief te bekrachtigen zodat deze zich als mens durft te tonen en zich assertiever durft op te stellen. Om deze vertrouwensrelatie vlot te kunnen opbouwen is het werken met ervaringsdeskundigen in de kansarmoede ideaal. Ook K&G heeft positieve ervaringen met de inzet van ervaringsdeskundigen.

Het volgende belangrijke aandachtspunt voor een goede hulpverleningsrelatie is ervoor te zorgen dat deze gepersonaliseerd is. De hulpverlener moet tijd maken om te luisteren naar de cliënt en dan een integrale hulpverlening bieden op diens maat. Op die manier krijgt de zorgverstrekker een beeld op de multi-aspectualiteit van de armoedeproblematiek. Om gepersonaliseerde zorg te kunnen bieden is het aangewezen om multidisciplinair te werken.

De emancipatorische relatie is het derde kenmerk van een goede hulpverleningsrelatie. Hierbij wordt de autonomie van het individu vooral beklemtoont. Het doel van deze empowerende methode is de mensen te ondersteunen om controle te krijgen op hun eigen leven.

4.2.2 Concrete tips

Zoals reeds vermeld tracht contextuele hulpverlening de roulerende rekening van kansarmen helpen te stoppen zodat de kosten niet worden overgedragen aan onschuldigen van de volgende generaties. Binnen deze hulpverlening zijn volgende aspecten belangrijk voor hulpverleners, bv. vroedvrouwen:

- Meerzijdige partijdigheid: de vroedvrouw is aanspreekbaar voor en betrokken bij iedereen die zou kunnen getroffen worden door haar interventies, ze gaat de belangen van elke betrokken partij bekijken.

- Erkenning geven: Door het geven van erkenning kan een vroedvrouw een relatie met haar parturiënte tot leven brengen. Het is een contextueel instrument dat een beweging brengt in de balans van geven en nemen. Ze moet hiervoor het onrecht of verdiensten van de mensen durven te benoemen.
- Gebruik maken van hulpbronnen: In geval van pathologie of dringende zaken zoals het gevaar van een kind moet er eerst en vooral voor een veilige situatie gezorgd worden. Contextuele hulpverlening houdt zich niet zozeer bezig met pathologische situaties maar eerder met de resten van de betrouwbaarheid die zijn overgebleven. Het is de taak van de vroedvrouw om ervoor te zorgen dat de parturiënte opnieuw gaat investeren in haar relatie tot haar kind door net gebruik te maken van die resten. Bijvoorbeeld een alcoholverslaafde moeder die faalt in haar moederrol, maar toch nog op tijd op het bezoeken bij de kinderarts aankomt.
- Verbindende rol van de hulpverlener: Als vroedvrouw is het belangrijk om zelfvertrouwen te geven aan de zorgvragers. Zij zou mensen moeten aansporen tot dialoog zodat zij de kans krijgen om recht te verdienen en zo hun zelfvalidering positief te beïnvloeden.
- Actie en gebruik maken van een moratorium: Uiteindelijk is de daad die de hulpverlener verricht voor de zorgvrager het belangrijkste. Bij deze actie moet rekening gehouden worden met de timing van de cliënt. Hij geeft immers aan of hij klaar is voor de actie. Als dit niet het geval is mag de vroedvrouw of andere hulpverlener de noodzakelijke actie wel situeren in de toekomst, dit wordt het moratorium genoemd.
- Helpen ontschuldigen: Om ontschuldiging mogelijk te maken kan het nuttig zijn om kansarmen te helpen onderzoeken wat de verklarende redenen zijn voor het feit dat ze in hun kindertijd bepaalde dingen hebben moeten missen of ondergaan. Het is net door het kunnen benoemen van de pijn om het onrecht dat hen werd aangedaan dat kansarmen er beter in slagen die andere te ontschuldigen (Heyndrickx et al., 2005).

4.2.3 Het belang van een goede anamnese

De workshop "anamnese afleggen bij kansarmen" die op de Internationale leerstoel Francine Gooris [ILFG] 2008 werd gebracht door De Craecker A. duidde op het belang van een goede anamnese bij kansarmen. De vroedvrouw heeft hierbij een grote taak in de zelfstandige praktijk of in het ziekenhuis. Zij zal kansarme koppels eerst en vooral moeten geruststellen door hun vertrouwen te winnen. Dit kan bereikt worden door vragen te stellen die niet veroordelend overkomen. Een vroedvrouw moet ook het gevoel van mensen durven bevragen wil zij een beeld krijgen over hun algemene toestand. Er moet rekening gehouden worden met het feit dat de draaglast van de parturiënten soms groter is dan hun werkelijke draagkracht. Een vroedvrouw zal in dit geval extra zorg en ondersteuning moeten aanbieden aan het koppel of aan de alleenstaande moeder. Het is ook belangrijk dat vroedvrouwen inzien dat een anamnese niet altijd vanaf de eerste consultatie volledig ingevuld zal zijn. Sommige zaken zullen pas aan het licht komen wanneer de vertrouwensrelatie tussen de zorgvrager en zorgverlener op een goede basis steunt (Persoonlijke notities, workshop ILFG, 2008).

[Deel 2] Praktisch gedeelte: Interviews

5 Interviews

5.1 Probleemstelling

Om heel wat vooroordelen over kansarmen en hun partners te kunnen wegwerken dienen vroedvrouwen meer kennis te verwerven omtrent de armoedeproblematiek. Niet enkel de medische maar ook de psychosociale zorgverlening zou op die manier beter aangepast zijn aan de levenssituatie en de noden van deze mensen. Het Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw (2005) vermeldt dat de vroedvrouw in alle omstandigheden zorgbehoevende vrouwen moet bijstaan op psychisch, fysiek, emotioneel en mentaal vlak. Om dit te bereiken zal een gerichte en omvangrijke zorg een nodig zijn. De ethische code van het Beroepsprofiel van de Belgische Vroedvrouw geeft ook aan dat elke vrouw een volwaardig persoon is, dat iedereen gelijke rechten heeft en dat de gezondheidszorg voor iedereen even toegankelijk dient te zijn. Uit de literatuurstudie blijkt dat dit niet altijd zo is. Het leek me daarom waardevol om via interviews meer inzicht te verkrijgen in de leefwereld van kansarmen. In dialoog gaan met de mensen zelf zorgt ervoor dat we ons beter kunnen inleven in de situatie. Hierbij was het ontzettend belangrijk om een vertrouwensband te creëren en ervoor te zorgen dat de koppels zich veilig voelden, zonder enig vooroordeel.

5.2 Methodiek

Het was moeilijk om de mensen te bereiken. Enerzijds door het feit dat ik werd aanzien als een hulpverlener (een buitenstaander) en dus niet zomaar welkom was om hun te bevragen over hun privé-leven. Uit de literatuur (supra) blijkt dat mensen het heel beschuldigend en beledigend kunnen vinden om door hulpverleners die ze niet kennen bevestigd te worden. Anderzijds werd de communicatie bemoeilijkt door praktische redenen (telefoon, vervoer, opvang voor de kinderen, enzovoort). Het wijkcentrum van de stad waar ik de interviews aflegde bood een ruimte aan waar we rustig konden praten. Een voordeel hiervan was dat de mensen goed wisten waar de interviews plaats hadden en vooral dat de ruimte voor hen een vertrouwde omgeving was. Een begeleidster uit het wijkcentrum contacteerde koppels uit mijn doelgroep. Dit leek ons het beste, alweer om de vertrouwensband te behouden. De doelgroepopulatie waren zwangere vrouwen en hun partners of koppels die minder dan een jaar geleden ouder geworden zijn. Oorspronkelijk zouden er meer mensen komen opdagen maar wegens omstandigheden geraakten ze er niet. Ik stelde de koppels vragen over wat zij dachten en vonden over de prenatale begeleiding, zwangerschap en begeleiding door de hulpverleners op het moment van de bevalling. De bedoeling was op die manier een beeld te verkrijgen over de noden die kansarmen in Vlaanderen kunnen ervaren.

De gegevens die ik uit het interview heb kunnen halen mogen niet naar alle kansarmen veralgemeend worden omdat het gaat over individuen en iedere mens, arm of rijk, heeft een eigen levensvisie. Zoals vooraf afgesproken met de respondenten zijn de voornamen die

hieronder gebruikt worden fictief om hun anonimiteit te garanderen. Hieronder volgt een kort sociogram van de respondenten.

Het eerste koppel is Léa en Enrique. Hij is afkomstig uit Equador, 53 jaar oud en werkzoekend. Zijn vrouw is 41 jaar. Zij liep school tot haar 18 jaar en studeerde nadien niet meer verder. Ze werkte ooit als poetsvrouw en is nu werkzoekend. Het koppel heeft samen drie kinderen waarvan het jongste 11 maanden oud is, er zijn nooit verloskundige problemen geweest noch miskramen. De andere kindjes zijn drie en vijf jaar. Ze verhuisden drie jaar geleden en wonen nu in een klein appartementje.

Het tweede koppel is Sandra en Tom. Zij zijn sinds 9 maanden een koppel. Hij is 18 jaar oud en is op leercontract. Sandra is 7 maanden zwanger (eerste zwangerschap), is werkloos maar geeft thuis danslessen aan jonge kindjes en verdient ook wat geld bij door te babysitten. Zij heeft een diploma secundair onderwijs (beroepsopleiding) maar heeft nadien geen verdere studies gevolgd. Ze is van plan om na haar bevalling werk te zoeken. Het koppel woont bij de ouders van Tom in samen met zijn vier broers en zussen. De woning is klein en niet goed geïsoleerd.

5.3 De gegevensverzameling

Om de betrouwbaarheid van de gegevens te garanderen koos ik er voor om alle gesprekken op te nemen op een minidiskspeler. De opnames hiervan werden integraal uitgetypt en vertaald naar het Nederlands aangezien de oorspronkelijke interviews in het Frans plaatsvonden.

5.4 De kansarmen

Er werden voor het interview telkens mondelinge afspraken gemaakt ter bescherming van de respondent inzake privacy, anonimiteit en het gebruik van de informatie. De gevoelige thema's werden op een respectvolle en aangepaste manier ter sprake gebracht en ik was steeds alert voor de reacties van de respondenten. Het aantal respondenten dat uiteindelijk is komen opdagen was beperkt. Dit zorgt ervoor dat de resultaten niet kunnen veralgemeend worden naar een grote populatiedoelgroep. Ook de validiteit van de antwoorden moet soms in vraag gesteld worden. Zoals ook vermeld wordt in het onderzoeksrapport van Crabbe et al. (2008) is er ook het risico dat de respondenten aan zelfselectie doen. Hiermee wordt bedoeld dat sommigen zich sterk gemotiveerd en verbaal sterk genoeg vinden om zichzelf te profileren als respondent. Het zou ook zo kunnen zijn dat het de begeleiders uit het wijkcentrum enkel die mensen contacteerden die volgens hen 'de ideale armen' zijn die ik nodig had om dit interview uit te voeren. Hierdoor worden de minder mondige alweer terzijde gelaten en kunnen we niet te weten komen hoe zij erover denken.

5.5 Vooroordelen

Om de literatuur te toetsen aan de realiteit volgen hieronder een aantal vooroordelen die mensen maar al te vaak hebben over kansarmen en hun levenswijze. Ook het antwoord van de respondenten wordt later vergeleken met onderzoeken uit de literatuur.

“Kansarmen besteden het weinige geld dat ze nog hebben aan dingen die ze niet nodig hebben.”

Uit onderzoek van Crabbe et al. (2008) blijkt dat ook gezondheidswerkers (zowel van de eerste als van de tweede lijn) vinden dat kansarmen niet kunnen budgetteren. Ze zijn van mening dat de armoede waarin ze leven direct gelinkt kan worden aan hun gedrag en capaciteiten. Het individueel schuldmodel komt hier sterk tot uiting. Het is voor buitenstaanders te gemakkelijk om te bepalen wat kansarmen wel of niet nodig hebben. Wie zich alles kan veroorloven denkt niet na over de dingen die hij zou missen wanneer hij die niet heeft. Kansarmen kennen dikwijls een sociaal isolement. Zij kunnen zich vaak geen uitstapjes, hobby's of avondjes uit permitteren omdat dit alles veel geld vraagt. Hierdoor blijft de vriendenkring erg beperkt. Kansarmen trachten deze kloof soms te overbruggen door andere middelen. Met hun geld kopen ze een mobiele telefoon, sigaretten, DVD's, mp3-spelers en dergelijke. Het is een manier om er toch te kunnen bijhoren. Zeker voor jongeren is dit heel belangrijk. De beschuldigende uitspraken van buitenstaanders hierbij zijn ongegrond omdat ze niet beseffen wat de oorzaak van dit probleem is.

“Kansarmen geven hun kinderen geen correcte opvoeding.”

Armen hebben zoals alle ouders het beste voor met hun kinderen. Uit onderzoek (Vanhee et al., 2001) blijkt dat het levensdoel van vele kansarmen is hun kinderen een betere opvoeding en jeugd te bezorgen dan dat ze zelf hebben gehad. Gezinnen die in armoede leven ervaren meestal weinig opvoedingsondersteuning, en zeer veel opvoedingscontrole (Bouverne, 2003). Hun kunnen wordt soms door hulpverleners ten onrechte van te voren al in twijfel getrokken waardoor de vertrouwensrelatie van in het begin al geschaad wordt.

“Kansarmen houden zich niet aan hun afspraken.”

Kansarmen hebben een geheel andere tijdsdimensie. We leven in een maatschappij waarin 'tijd' een leidende rol heeft. Kansarmen hebben een kortetermijndenken wegens hun overlevingsperspectief. Wanneer zij te laten aankomen op een afspraak bij de arts bijvoorbeeld worden zij meteen veroordeeld. Ook op verscheidene stageplaatsen kwamen uitspraken als: "Ze hebben toch niets anders te doen" of "Kunnen ze nu nooit eens op tijd zijn" op die momenten dikwijls voor. De maatschappij en in het bijzonder hulpverleners zouden het contextuele denkkader moeten toepassen. Er is een reden waardoor deze mensen te laat komen. Het ontbreken van flexibele gezondheidszorg waardoor er vaak geen gebruik gemaakt kan worden van het openbaar vervoer zorgt ervoor dat de consultatie opnieuw geld vraagt. Het gebrek aan mantelzorg bij kansarmen brengt met zich mee dat ouders geen opvang voor hun kinderen vinden en daardoor niet zomaar weg kunnen (Crabbe et al., 2008). Wanneer kansarmen ondanks

alle obstakels toch nog bij de dokter geraken zouden ze positief bekrachtigd moeten worden. Dit is in praktijk niet het geval.

“Kansarmen nemen de taxi omdat ze het niet zien zitten om het openbaar vervoer te nemen.”

Zoals reeds vermeld is de gezondheidszorg in ons land voorlopig nog steeds georganiseerd voor mensen met mobiliteit. Consultaties bij een gynaecoloog vinden dikwijls plaats op uren waarop het openbaar vervoer niet altijd beschikbaar is. Anderzijds kunnen kansarmen moeilijk plannen wanneer ze een opvang voor de kinderen zullen kunnen verkrijgen. Op momenten dat dit wel lukt moet er ook net openbaar vervoer ter beschikking zijn. Dit is dan een moment waarop een taxi het meest aangewezen vervoersmiddel is indien zij bij aankomst op hun afspraak niet willen beschuldigd worden dat ze ‘weeral’ eens te laat zijn.

“Kansarme vrouwen geven geen borstvoeding omdat ze hiervoor te lui zijn.”

De voornaamste reden waarom kansarme vrouwen geen borstvoeding geven wordt verklaard door hun lage zelfbeeld. Kansarmen ervaren tijdens en kort na de zwangerschap dikwijls voor het eerst in hun leven een zekere vorm van erkenning. Het is voor hen niet altijd eenvoudig hier te leren mee omgaan. Ze zijn bang voor de reacties van anderen. Familie, vrienden of buitenstaanders zouden een grote drempel zijn waardoor kansarme vrouwen geen borstvoeding geven. Het gevoel van schaamte dat gepaard gaat met de lichamelijke blootstelling van het borstvoeding geven speelt hier een grote rol. De rol van de vroedvrouw om deze vrouwen positieve feedback, aanmoediging en zelfvertrouwen te geven is hier cruciaal.

5.6 Resultaten

5.6.1 Visie van de respondenten op zwangerschap

De zwangerschap is voor veel kansarme vrouwen dikwijls een periode waarin ze eindelijk aandacht en erkenning krijgen. Mensen vragen hen hoe het gaat, ze ervaren (soms voor het eerst) hoe het aanvoelt om iets te betekenen in de maatschappij. Uit onderzoek van Vanhee et al. (2001) blijkt dat een zwangerschap kansarme vrouwen een maatschappelijke status geeft waarin ze materieel en financieel eveneens meer aandacht krijgen. Ook in het interview bleken de respondenten een zwangerschap als een positief gegeven te ervaren.

5.6.2 Hoe verkregen de respondenten info omtrent zwangerschap?

Léa: *“Ik las erg veel tijdens mijn zwangerschappen.”*

Enrique: *“Wij hebben zelf gezocht bij welke dokter we konden gaan. Ik heb ook wel ondervonden dat er hier veel meer informatie voor handen ligt dan in het Brusselse ziekenhuis, waar mijn twee eerste kindjes zijn geboren. Het is natuurlijk wel spijtig dat we het zelf moeten proberen vertalen want alles is hier in het Nederlands.”*

Sandra: *"Ik ben ook mijn geboortepremie gaan aanvragen op de sociale dienst. Ik heb daar op de materniteit zelf naar gevraagd want niemand heeft me ooit verteld hoe ik daar moest aangeraken."*

Sandra: *"Een vriendin van ons heeft ons verteld dat we daarvoor (de kinderbijslag) naar de sociale dienst moesten gaan. De gynaecoloog of de mutualiteit had mij hier nooit iets over gezegd."*

Sandra: *"Via mijn schoonmoeder, ik woon bij haar, ze heeft zelf veel kinderen gekregen. Ik vertrouw haar echt."*

Zoals uit onderzoek ook bleek moeten kansarmen zelf op zoek gaan naar informatie omtrent zwangerschap (zowel inhoudelijk als administratief). Hulpverleners gaan er te gemakkelijk van uit dat informatiebronnen zoals het internet voor iedereen toegankelijk zijn vandaag. Kansarmen krijgen een groot deel van hun informatie van mondelinge bronnen zoals familie of vrienden. Vooral vrouwen en nog frequenter vrouwen die al kinderen kregen worden erg vaak in vertrouwen genomen door zwangeren. De respondenten legden de nadruk op het feit dat het bij de dokter allemaal te snel moest gaan waardoor ze hun vragen niet konden stellen.

5.6.3 Was de zwangerschap gepland?

Sandra: *"Ja hoor, ik wilde echt graag een kindje. Ja, Tom is nog maar 17 jaar maar ik ben er toch al 20. Ik wilde echt niet te laat aan kinderen beginnen. Ik ben nu volop bezig met de voorbereidingen voor de baby... Ik ben bang dat ik iets zou vergeten, en als ik dan mijn koffer al wil maken dan zegt Tom telkens dat het nog veel te vroeg is."*

Léa: *"Bij mijn eerste zwangerschap hadden we samen al eens gepraat over kindjes en wilden we het allebei wel graag. Bij ons tweede kindje was de zwangerschap niet gepland maar wel gewenst en bij ons derde was het min of meer gepland."*

Het is een feit dat anticonceptie een dure zaak is voor kansarmen. Tienerzwangerschappen komen bij hen dan ook frequenter voor dan in hogere sociale klassen. Hier ligt een belangrijke taak weggelegd voor vroedvrouwen. Namelijk het geven van seksuele voorlichting aan jongeren. Het onderwijs dient jongeren te sensibiliseren voor deze problematiek zodat het aantal abortussen wegens onverantwoordelijk gedrag kan dalen.

5.6.4 Pasten zij hun gedrag aan tijdens de zwangerschap?

Léa: *"Ik heb nooit gerookt, ik eet vooral veel groenten tijdens de zwangerschap. Veel soep en sla. Ook citroenen ik eet graag, omdat dat veel vitaminen bevat."*

Sandra: *"Ik rookte sinds mijn 13 jaar maar ik ben gestopt wanneer ik 20 werd. Ik ben nu 9 maanden samen met Tom, 7 maanden zwanger en ik ben eigenlijk gestopt voor Tom bij het begin van onze relatie. Omdat hij mij dat vroeg..."*

Het is voor mij niet echt duidelijk of Léa er effectief in slaagt tijdens haar zwangerschap meer groenten te eten. Het leek me eerder alsof ze wist welk ideaal antwoord ze moest geven. Sandra heeft gedurende haar hele zwangerschap nog geen sigaret aangeraakt. Dit bevestigt ook wetenschappelijk onderzoek dat aantoont dat een zwangerschap voor kansarmen dikwijls een gelegenheid is om de eigen situatie te verbeteren.

5.6.5 De prenatale consultaties

Sandra: "Ik moet elke maand op controle gaan en in januari moet ik twee keer gaan. Ik weet eigenlijk niet goed waarom, ze kijken elke keer naar mijn kindje en of alles goed gaat en het is elke keer toch al ok geweest. De gynaecoloog is wel niet altijd even sympathiek geweest tegen mij. Ik durf mijn vragen niet eens meer te stellen omdat het allemaal heel snel moet gebeuren. Ik ben altijd geweest, behalve één keer omdat ik er niet geraakte. Ik ben mijn kamer moeten gaan reserveren en heb een tweepersoonskamer gevraagd omdat ze me gezegd hebben dat er toch heel veel kans is dat ik een eenpersoonskamer heb."

De respondenten bevestigden de conclusies die ik ook al trok uit onderzoek. Crabbe et al. (2008) toont aan dat kansarmen dikwijls ervaren dat er geen tijd wordt gemaakt om te luisteren naar hun vragen of bekommernissen. Hierdoor keren ze met hun onbeantwoorde vragen terug naar huis, waar er weinig mensen zijn om hen hierop wel te antwoorden.

Sandra: "Neen, de dokter spreekt daar (borstvoeding) allemaal niet over hoor. Hij kijkt enkel eens naar de baby en dan krijg ik een potje waarin ik moet plassen. Dat is alles. Ik krijg elke keer zo potjes, ik snap dat niet. Ik vergeet die dan mee te brengen maar ik vind dat eigenlijk ook echt niet proper om met zo een potje urine over straat te lopen. De eerste keer had ik het mee maar daarna heb ik dat niet meer meegebracht hoor! Ik begrijp niet waarom dat nodig is want ik heb al een bloedafname gehad. Zo vroeg ik ook hoe groot het kindje al ongeveer was. De dokter zei me dan kordaat dat hij dat nog niet kon zien. Ik durf echt geen vragen meer te stellen omdat ik zie dat het moet vooruitgaan. Soms is hij vriendelijk maar meestal toch erg gehaast! Dus ik stel geen vragen en hou die gewoon voor mezelf. Ik ben dan eens op de sociale dienst en op de materniteit enkele vragen gaan stellen. Met de dokter heb je geen tijd om te praten..."

Ik denk dat het de taak is van een hulpverlener zijn parturiënten correct te informeren. Een minimum aan informatie zou er al voor zorgen dat de mensen weten waarom welk onderzoek gebeurt. Zo zou in het geval van Sandra uitgelegd moeten worden waarom en waarop haar urine wordt getest tijdens de zwangerschap. Ik ben ervan overtuigd dat zij dan zeker urine zal willen meebrengen de volgende keer. Zij wil namelijk enkel het beste voor haar kindje maar zonder informatie kan zij er gewoon het nut er niet van inzien.

Tom: "Ja ik ben al kunnen meegaan, soms niet. Ik vraag het op mijn werk, maar soms willen ze niet dat ik ga. Ik had het afsprakenblad van de gynaecoloog gekopieerd en afgegeven zodat ze er wat rekening konden mee houden. Maar dikwijls moet ik net dan werken, echt alsof ze het expres doen."

Vaders worden in het hele verhaal rond zwangerschap al te weinig betrokken. Daarom vind ik het een pluspunt wanneer de vaders minstens de prenatale echo's maar liefst alle prenatale consultaties bij de arts of vroedvrouw kunnen bijwonen. Spijtig genoeg zijn niet alle werkgevers hier even flexibel in.

Sandra: *"Hij is eigenlijk nog maar één keer kunnen meekomen. Dan kon de dokter zien dat het een jongetje was. Ik vind het wel lastig dat ik alleen moet gaan, meestal is de kleine Sofie (een kindje waarop Sandra babysit als bijverdienste) ook mee en dat is dan allemaal niet zo gemakkelijk. Ik zag daar bij de dokter groene zakken liggen: 'babyzak'. Dus heb ik gevraagd hoe we daar konden aangeraken en dan heb ik er een gekregen. Mocht ik niets gevraagd hebben had ik er zeker geen gekregen hoor."*

Het is volgens mij slechts een kleine moeite om bij kansarme mensen eraan te denken dat een bijkomstig babypakketje altijd welkom is. Het doet mensen als Sandra des te meer plezier dan het grootste deel van de parturiënten. Het feit dat de gynaecoloog dit hier niets spontaan heeft aangeboden heeft zij erg negatief ervaren.

5.6.6 Wat vinden de respondenten van meer prenatale begeleiding door een vroedvrouw in te schakelen?

Emanuel: *"Ik denk dat dit heel interessant zou zijn. Ik ben er zelfs van overtuigd."*

Léa: *"Ik vind dat ook een goed idee. Want tijdens mijn arbeid was ik ook de hele tijd alleen met de vroedvrouw. Het zou dus leuk zijn als ik die al eens van tevoren had ontmoet. Om onze vragen te stellen, om te vragen hoe een bevalling verloopt, zodat alle vrouwen hun eigen lichaam zouden leren kennen. Opdat we zouden weten wanneer we precies naar het ziekenhuis moeten gaan."*

Sandra: *"Ik denk wel dat dat goed zou zijn. Als ik bij mijn gynaecoloog ga zit ik steeds een uur in de wachtzaal. Er is telkens een bevalling waardoor ik erg lang moet wachten. Dit is niet gemakkelijk als je nog een kindje bij je hebt."*

Sandra: *"Ik denk dat het heel goed zou zijn. Iemand te hebben die tijd voor jou heeft en daardoor beter kan luisteren en antwoorden op onze vragen."*

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat zij het goed zouden vinden om bij andere zwangerschappen ook opgevolgd te worden door een vroedvrouw (naast de drie aanbevolen afspraken bij de gynaecoloog). Vooral het tijdsaspect zou hierdoor verbeteren volgens hen. Ze menen dat vroedvrouwen hun vragen zouden kunnen beantwoorden en meer nadruk kunnen leggen op de gevoelens van de zwangere vrouw en haar partner.

5.6.7 Borstvoeding?

Sandra: *"Mijn tante zei me dat ik veel te veel melk dronk en dat dat niet goed was voor mij omdat ik geen borstvoeding wil geven. Ik vroeg dat dan ook eens aan mijn gynaecoloog en hij zei dat het wel goed was en dat dit veel vitaminen zoals calcium gaf aan mijn kindje."*

Interviewer: *"Het is heel goed om melk te drinken. (Je drinkt het gewoon beter niet op het zelfde tijdstip als je ijzertabletten inneemt, indien je die zou nemen want die twee gaan niet goed samen.) Ben je al overtuigd dat je geen borstvoeding zal geven?"*

Sandra: *"Ja, wanneer ik weg ben zal zijn moeder voor ons kindje zorgen en ik zie haar toch niet de borst geven aan mijn kindje. Dus dat zal gewoon niet gaan?"*

Interviewer: *"Je zou eventueel ook borstvoeding kunnen geven en afgekolfd melk in flesjes doen voor wanneer jij er niet bent om je kindje te voeden. Er bestaan daar speciale machines voor die je bij de mutualiteit kan krijgen."*

Emanuel: *"Mag ik ook even iets zeggen? Wel, ik heb een artikel gelezen en wat ik nu ga zeggen is echt heel waar. Kindjes die geen borstvoeding gekregen hebben, zouden meer risico lopen om obesitas te ontwikkelen."*

Interviewer: *"Ja Emanuel, je hebt volkomen gelijk. Borstvoeding heeft trouwens nog vele voordelen. Zo verhoogt het de weerstand van je kindje, waardoor het minder snel ziek wordt. Bovendien is moedermelk ook altijd op temperatuur, je hebt het altijd in handbereik én het kost niets."*

Tom: *"Ik zou liever hebben dat Sandra de borst niet geeft maar de fles. Dan kan ik ook iets doen als papa. Anders sta ik er maar op te kijken he!"*

Léa gaf wel borstvoeding aan haar drie kinderen. Sandra besliste dit niet te doen. Zij sprak niet over schrik voor reacties van buitenstaanders maar gaf als verklaring dat het niet praktisch zou zijn wanneer ze niet thuis was. Uit onderzoek van Kind en Gezin (2006) blijkt dat kansarme moeders effectief minder vaak borstvoeding geven. Vroedvrouwen hebben hier de belangrijke taak borstvoeding te promoten en steun te geven aan kansarme zwangere vrouwen. Hier wordt ook bevestigd (tante van Sandra) dat familie een belangrijke informatiebron is voor kansarme zwangere vrouwen.

5.6.8 Wat vinden de respondenten van de postnatale begeleiding?

Interviewer: *"Ik wilde jullie ook nog vragen, Emanuel en Léa, of er na de geboorte een verpleegkundige van Kind en Gezin is langsgeweest bij jullie? En wat vonden jullie daarvan?"*

Léa: *"Ik vond dat goed, ze kwam tot onze zoon ongeveer 3 maanden oud was. Daarna gingen we naar het regiohuis. En zij maakte toch ook de tijd vrij om ons een beetje uitleg te geven over alledaagse dingen. Ze stond er op dat we haar zouden opbellen als we een probleem hadden."*

Interviewer: *"En hebben jullie haar ooit opgebeld?"*

Emanuel: *"Nee, we hebben nooit gebeld. Ik denk dat dat een groot probleem is. De begeleiding voor en na de bevalling schiet gewoon tekort."*

Sandra: *"Ja, zo is de oudste broer van Tom overleden nadat zijn mama hem het verkeerde medicijn had toegediend. De dokter had gezegd dat het goed was en toch is hun baby eraan gestorven. Ze hebben die arts aangeklaagd maar zonder resultaat. Zijn mama zegt het ook dikwijls: "Ik krijg er mijn zoon toch niet mee terug." Ik hoop dat ons zoontje niet te fel op Toms broer zal gelijken, want we wonen bij zijn moeder. Ik heb haar dat ook al gezegd. Ze zei me dat het haar wel iets zou doen, maar dat ze fier zal zijn om zijn meter te mogen zijn."*

Bovenstaand interviewgedeelte toont volgens mij aan dat er in het pre- en postnatale zorgaanbod nog een aantal tekortkomingen zijn. Het is volgens mij niet de taak van kansarme mensen om iemand op te bellen wanneer ze een vraag hebben. Het is aan de hulpverlening om ervoor te zorgen dat die vragen beantwoord worden. Regelmatige afspraken kunnen dit probleem voor een stuk oplossen. Het is natuurlijk wel handig dat de mensen een telefoonnummer krijgen om naar te bellen in geval van problemen of vragen. Het is hierbij wel belangrijk dat hulpverleners erop toe zien dat er op dit nummer altijd iemand bereikbaar is, en indien niet, dat er nog een bijkomend nummer is als back-up.

5.6.9 Zouden infosessies hun aandacht trekken?

Sandra: *"Ja, ik zou wel gaan. Maar enkel als ik niet op Sofie moet passen. Want ik vind het wel interessant om meer te weten te komen over zwangerschap en een baby. Ik weet wel al veel van toen ik op mijn kleine broer paste, maar toch is je eigen kindje niet hetzelfde he. Mijn mama keek eigenlijk nooit naar hem om. Ik was 8 jaar toen ik 's nachts opstond om voor mijn broertje te zorgen. Nochtans sliep mijn moeder in dezelfde ruimte, maar ze hoorde hem niet wenen. En het is nu vooral rond over die bevalling dat ik mij veel vragen stel."*

Uit de reactie van Sandra blijkt duidelijk dat het hebben van andere kinderen bepalend is om al dan niet infosessies bij te wonen. Sandra werkt als babysit en kan het kindje op wie ze past onmogelijk aan iemand anders toevertrouwen. Haar vriend Tom is ook geen optie, want als hij vrij heeft gaat hij ook graag eens mee naar infosessie over zwangerschap en geboorte. Ook blijkt uit haar antwoord dat Sandra al erg vroeg op eigen benen stond en de onvervulde taak van haar moeder heeft overgenomen. Zij gaf haar broertje de liefde en warmte die hij van zijn moeder niet kreeg. Dit wil zij nu kost wat het kost vermijden. Ze wil haar eigen kind een betere opvoeding geven dan ze zelf heeft gehad.

5.6.10 Concrete suggesties voor vroedvrouwen

Sandra: *"Ik vind dat jonge moeders meer informatie zouden moeten krijgen. Wij weten gewoon van niks, zeker bij een eerste kindje. En het is toch belachelijk om dat altijd aan iemand te gaan vragen. Ik wil niet dat de mensen denken dat ik geen goede moeder ben of zo. Niemand doet de*

moeite om ons die informatie te geven. Ik vind dat ze dat in het ziekenhuis zouden moeten doen, maar dat gebeurt niet. Ze vragen enkel of alles goed gaat met het kindje en dat is het."

- Meer informatie geven aan de parturiënten.
- Parturiënten erop wijzen dat het normaal is dat ze zich vragen stellen tijdens de zwangerschap en dat ze daarom helemaal geen slechte moeder zijn.
- Tijd nuttig besteden door bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting te geven in wachtzaal.
- Aandacht hebben voor het contextuele denkkader van de parturiënten.

Emanuel: "Wij vaders worden heel dikwijls gewoon vergeten. Het is natuurlijk wel de vrouw die lijdt maar wij stellen ons ook vragen. Zo vroeg ik mij steeds af wat mijn vrouw mocht eten en wat niet, welke medicijnen ze mocht nemen als ze ziek was. Ik wist bijvoorbeeld niet of ik mijn vrouw bij hoofdpijn een aspirientje mocht geven of niet."

- De partners zoveel mogelijk betrekken in de zorgrelatie.
- Aandacht hebben voor de vragen, bekommernissen, angsten van de vader.
- Zich tot het koppel richten bij het geven van informatie, en niet enkel tot de zwangere vrouw.

Interviewer: "En wie paste op jullie oudste spruiten toen jij in de kraamkliniek lag bij de geboorte van je derde kindje?"

Emanuel: "Ikke, ik kwam telkens op bezoek met de twee grote broers, anders was er geen opvang voor hen."

- Vroedvrouwen en andere hulpverleners moet beseffen dat er opvang nodig is voor de andere kinderen, als men wil dat de partner aanwezig is bij de bevalling van zijn vrouw. Dit is in kansarme milieus niet altijd mogelijk. Er is een tekort aan kinderopvang op flexibele uren.

5.7 Conclusie

De respondenten uit dit interview vinden het nuttig dat meer vrouwen prenataal begeleid zouden worden bij een vroedvrouw naast de drie aanbevolen consultaties bij een gynaecoloog. Ze hopen dat op die manier hun vragen (uitgebreider) beantwoord zullen kunnen worden. Het is niet echt duidelijk of de vrouwelijke respondenten hun voedingsgewoonten tijdens de zwangerschap sterk aanpasten. De validiteit van het antwoord hieromtrent leek me nogal klein. De respondente die sinds haar 13^{de} al rookte gaf wel aan hiermee gestopt te zijn twee maanden voor ze zwanger werd. Dit was niet met het oog op een zwangerschap maar omdat haar partner dit liever had. Beide koppels gaven aan te weinig geïnformeerd te worden over hun zwangerschap en alle administratieve taken die daar komen bij kijken. Ze verkregen hun informatie vooral door op eigen initiatief te lezen en door mondelinge info van meestal vrouwelijke familieleden of vrienden. Kinderopvang tijdens het verblijf van de moeder op de materniteit blijft een probleem. Hierdoor willen moeders soms sneller dan aanbevolen het ziekenhuis verlaten. De partner kan de arbeid of bevalling soms niet bijwonen omdat hij op de kinderen moet letten. Een flexibele kinderopvang zou dit probleem gedeeltelijk kunnen oplossen. De 41-jarige respondente gaf haar drie kinderen borstvoeding. Ook haar man is zich bewust van de voordelen van deze voeding voor het kind. De zwangere respondente is vastberaden geen borstvoeding te geven. Zij gaf aan dat dit te moeilijk zou zijn wanneer zij niet thuis was en dat op die manier ook haar partner betrokken kon worden bij het voeden van hun baby.

Algemeen besluit

Uit de inleiding van deze scriptie bleek al dat niet iedereen geboren wordt met gelijke, eerlijke kansen. Ik wilde in deze scriptie redenen vinden waarom mensen met een lagere socio-economische status zoals kansarmen meer problemen ervaren tijdens de zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode. Ik wilde ontdekken wat er prenataal verkeerd liep in de communicatie, zorg en begeleiding tussen kansarmen en hulpverleners.

Uit de verschillende definities van de armoedeproblematiek bleek dat er verschillende interpretaties kunnen zijn van armoede. De armoede blijkt in vele gezinnen multiaspectueel te zijn. Dit impliceert dat veel kansarmen ook meervoudige sociale uitsluiting kennen. Het grote knelpunt is dat door een samenloop van problemen de ernst van de situatie altijd maar versterkt wordt. Daarom spreekt men ook van de kringloop van de armoede. De armoede die terug te vinden is bij kansarmen ontstaat door bepaalde gebeurtenissen in hun leven waardoor ze in die preciaire situatie terecht gekomen zijn. In ons land lopen vrouwen nog steeds meer risico dan mannen om in armoede verzeild te geraken.

Verder bleek dat er wel degelijk een verband is tussen armoede en gezondheid. Mensen die in slecht geïsoleerde, vochtige huizen wonen en daarbij een onevenwichtige voedingsstijl kennen, hebben meer kans op ziekte. De gezondheidsongelijkheid kan gedeeltelijk verklaard worden door het feit dat de gezondheidszorg niet voor alle socio-economische groepen financieel even toegankelijk is. Kansarmen kunnen het zich in feite niet permitteren om ziek te worden. Het gebrek aan mantelzorg en persoonlijk contact met de hulpverlener, een tekort aan informatiebronnen en een verschillende interpretatie van het begrip tijd, zijn barrières waardoor het psycho-sociale leven van kansarmen wordt belemmerd. Er zullen transversale maatregelen moeten worden genomen wil men de kloof binnen de gezondheidszorg verkleinen of wegwerken. Door meer inzicht te krijgen in de leefwereld van kansarmen kunnen vroedvrouwen en andere hulpverleners deze mensen veel beter bijstaan. Ook de psychologische gevolgen van het leven in armoede zijn een belangrijk gegeven bij de begeleiding van kansarme zwangeren en hun partner. Uit onderzoek (Crabbe et al., 2008) blijkt namelijk dat vrouwen, alleenstaanden en personen met een lage socio-economische status gevoeliger lijken te zijn voor het ontwikkelen van depressies.

Het leven in armoede heeft ook zijn weerslag op de zwangerschap. Een goede prenatale opvolging is erg belangrijk voor de verdere afloop van de zwangerschap. Kansarmen zien het ouderschap dikwijls als een enorme verrijking van hun persoon omdat ze voor het eerst in hun leven de verantwoordelijkheid krijgen over iets. Toch loopt de prenatale begeleiding bij kansarmen soms verkeerd. Zwangerschapsgerelateerde factoren, stress, familiale problemen, transportmoeilijkheden, werkloosheid en vooral het gebrek aan geloof in het belang van de begeleiding zijn de barrières die ervoor zorgen dat kansarme vrouwen te weinig prenatale zorg krijgen.

De zwangerschapsbegeleiding in België vindt voornamelijk plaats bij de gynaecoloog. Nochtans blijkt uit onderzoek van Crabbe et al. (2008) dat kansarmen vaak aangeven dat de arts wegens

zijn drukke consultatieagenda weinig tijd heeft om naar hen te luisteren. Volgens Lewallen (2004) zouden kansarme zwangere vrouwen zich maar al te goed bewust zijn van het belang van een gezonde levensstijl en zouden zij zich hier aan aanpassen tijdens de zwangerschap. Toch blijkt uit onderzoek (Swimberge et al., 2003) ook dat laaggeschoolde vrouwen minder prenatale begeleiding krijgen. Ook werd aangetoond hoe bepalend de socio-economische status van zwangeren is voor hun zwangerschapsuitkomst. Kinderen waarvan de moeder laaggeschoold is lopen reeds van in de moederschoot meer kans op een laag geboortegewicht, vroeggeboorte of een congenitale afwijking.

De perinatale sterfte is eveneens bij deze groep vrouwen vier keer hoger dan bij de hoogst opgeleide klasse. Kraamvrouwen gaven in een onderzoek van Hunt (2004) aan dat ze zich beledigd voelden door de manier waarop sommige hulpverleners met hen omgingen ten gevolge van hun levensstijl. Uit dit onderzoek bleek ook dat vroedvrouwen die werkzaam zijn in een ziekenhuis veel kritischer gericht zijn naar kansarmen dan zelfstandige vroedvrouwen.

In de postnatale periode krijgen de pasbevallen moeders dikwijls te maken met ambivalente gevoelens. Zo is enerzijds het geven van affectie aan hun kind voor deze vrouwen dikwijls een leerproces omdat nooit zelf ervoeren hoe dat voelt (Vanhee et al., 2001). Anderzijds willen zij het beste voor hun kind en hun een betere opvoeding geven dan ze zelf hebben gehad. Toch geven kansarme moeders minder borstvoeding dan andere kraamvrouwen. Dat blijkt uit het jaarverslag 2006 van Kind en Gezin. Kinderen die in kansarmoede opgroeien kennen volgens Geenen (2005) frequenter een gestoorde gehechtheid.

Een krachtgerichte hulpverlening zou ervoor kunnen zorgen dat de kloof in de zorgrelatie met kansarmen kleiner wordt. Empowerend te werk gaan, het contextuele denkkader van armen kennen en op maat gerichte zorg bieden, zijn methodieken die door de vroedvrouw meer gehanteerd zouden moeten worden. Het is de opdracht van de vroedvrouw om samen met het koppel op zoek te gaan naar een oplossing voor een welbepaald probleem. Hierdoor zal ze niet alleen de zelfzorg stimuleren maar hen ook bevestigen in hun ouderrol, waardoor er een vertrouwensband gecreëerd kan worden. Het is de bedoeling dat de vroedvrouw niet aanzien wordt als een vreemde zorgverlener maar als een vertrouwenspersoon die zich zonder enig vooroordeel opstelt op een gelijke hoogte.

De focused-interviews met kansarmen geven ten slotte een beeld van hoe kansarmen de prenatale zorg ervoeren, wat ze tijdens de bevalling beleefden en hoe de postpartumperiode bij hen is verlopen. Hieruit valt te concluderen dat kansarmen nood hebben aan meer informatie tijdens de prenatale consultaties. Er blijkt te weinig tijd te zijn om vragen te stellen. Ook kon ik vaststellen dat er zich een tekort aan flexibele kinderopvang voordoet wanneer vrouwen naar de prenatale consultaties moeten of wanneer ze worden opgenomen op de materniteit. De respondenten vinden het een goed idee om prenataal ook begeleid te worden door een vroedvrouw zodat meer aandacht zou gaan naar het algemeen, psychologische en sociale welzijn van het koppel. Ze zouden op die manier hun vragen durven stellen en een antwoord krijgen in een verstaanbare taal. Het is de taak van vroedvrouwen om zich hiervoor in te zetten en ervoor te zorgen dat alle zwangere vrouwen een evenwaardige maar op maat gericht zorg verkrijgen.

Ik hoop met deze scriptie suggesties voor verder onderzoek op tafel te hebben gebracht en een bijdrage te hebben geleverd in het sensibiliseren van vroedvrouwen om respectvol om te gaan met kansarmen zonder enig vooroordeel want: "Een door liefde omringde en door de maatschappij gesteunde moeder omarmt beter."(Cyrulnik, 2002 uit Van Regenmortel, 2006)

Literatuurlijst

Artikels

Braveman, P., Marchi, K., Egerter, S., Peral, M., & Neuhaus, J. (2000). Barriers to timely prenatal care among women with insurance: the importance of pregnancy factors. *Obstetrics & gynaecology*, 95 (6), p. 874-880.

Crabbe, B. (2002). De informatiebehoefte van tienermoeders. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 8, 263-267.

Deschamps, G., Baumann, M., Deschamps, J. P. (1987). Maternity and extreme poverty : the relationship between mothers and midwives. *Contracept Fertil Sex*, 15 (11), p. 1105-1110.

Hunt S., (2004). Poverty, pregnancy and childbirth. *The practising midwife*, 7 (1), p. 12-16.

Lewallen, L. (2004). Healthy Behaviours and Sources of Health Information Among Low-Income Pregnant Women. *Public Health Nursing*, 21 (3), p. 200-206.

Swimberghe, S.L., Cammu, H., Verstraelen, H., Martens, G. & Bekaert, D. (2003). De opleiding van de moeder staat in verband met de afloop van haar zwangerschap. *Tijdschrift voor geneeskunde*, 59 (16-17), p. 978-983.

Boeken

Demyttenaere, B., (2003). *In vrije val. Armoede in België*. Antwerpen: Uitgeverij Manteau/ Standaard uitgeverij.

De Boyser, K., *Een pover gezondheidsverhaal*. In: Vranken, J., De Boyser, K. & Dierckx, D. (2006). *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 2006*. Leuven / Amersfoort : Acco.

Driessens, K., & Van Regenmortel, T. (2006). *Bind-kracht in armoede. Boek 1. Leefwereld en hulpverlening*. Leuven: Lannoo Campus.

Heyndrickx, P., Barbier, I., Driesen, H., Van Ongevalle, M., & Vansevenant, K. (2005). *Meervoudig gekwetsten. Contextuele hulpverlening aan maatschappelijk kwetsbare mensen*. Tielt: Lannoo Campus.

Leveque, K. (2003). *Armoede en depressie: (g)een evident verband*. In: Vranken, J., De Boyser, K., & Dierckx, D. (Red.). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2006*. Leuven / Amersfoort: Acco.

Thys, R., De Raedemaecker, W., & Vranken, J. (2004). *Bruggen over woelig water. Is het mogelijk om uit de generatie-armoede te geraken?* Leuven/ Voorburg: Acco.

Vandenbergh, L., Kind & Gezin (2006). *.Jaarverslag 2006*. Brussel: Vlaamse agentschap.

Vanhee, L., Laporte, K., & Corveleyn, J. (2001). *Kansarmoede en opvoeding: wat de ouders erover denken*, Mogelijkheden en moeilijkheden in het opvoedingsproces bij kansarme gezinnen, Leuven/ Apeldoorn: Garant.

Vranken, J., De Boyser, K., & Dierckx, D. (Red.). (2006). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2006*. Leuven / Amersfoort: Acco.

Vranken, J., De Boyser, K., & Dierckx, D., & Campaert, G. (Red.). (2007). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven / Amersfoort: Acco.

Van Regenmortel, T. (1996). *Maatzorg. Een methodiek voor het begeleiden van kansarmen*. Leuven / Amersfoort: Acco.

Van Regenmortel, T. (2002). *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven/ Leusen: Acco.

Elektronische bronnen

Belgische grondwet (1831). Geraadpleegd op 9 december 2007, op <http://www.kinderrechten.nl/site/pages/professionals/kinderrechten/docs/IVRK.pdf>

Bouverne-De Bie, M. (2003). Armoede, armoedebestrijding en het recht op een gezin. Universiteit Gent vakgroep sociale agogiek. Geraadpleegd op 15 februari 2008, op http://www.wvg.vlaanderen.be/armoede/brochure/armoede_vooruitgangcongres2003_tekstgezinmetvoorbladko.pdf

Christelijke mutualiteit (s.d.). *Maximumfactuur*. Geraadpleegd op 18 februari 2008, op http://www.cm.be/nl/100/ziekteverzekering/specifieke_regelingen/maximumfactuur/index.jsp

Foubert, M., & De Schrijver B. (1999). *Kansarmoede en gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 10 mei 2007, op <http://www.veto.student.kuleuven.ac.be/jg25/veto2524/kansgez.html>

Kind en Gezin (2005). *Het Kind in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 26 april 2007, op www.kindengezin.be

Kind en Gezin (2006). *Het kind in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 26 april 2007, op www.kindengezin.be

Kofi Annan, voormalig secretaris generaal van de Verenigde Naties, (s.d). Geraadpleegd op 18 januari 2008, op <http://www2.ohchr.org/english/issues/poverty/>

Portaalsite rond armoede in België, (s.d). Geraadpleegd op 23 maart 2007, op <http://www.armoede.be/>

- Roesems T., & Perdaens A. (2004). *Samenvatting van het negende Armoederapport*. Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Deel 1. Geraadpleegd op 11 oktober 2007 op <http://www.observatbru.be/nl/Publications/9e%20AR%20samenvatting.pdf>
- Shankaran, S., Barry, M., Das A., Bauer, C. R., Bada, H.S., Lagasse, L., et al. (2007). *Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome*. Geraadpleegd op 18 mei 2007, op www.elsevier.com/locate/siny
- Socialistische mutualiteit (s.d.). *Derdebetalersregeling*. Geraadpleegd op 24 maart 2008, op <http://www.socmut.be/SocMut/WoordenLijst/D/Derdebetalersregeling.htm>
- SOS Schulden op school (2005). *Omggaan met kansarme kinderen: waarom zo moeilijk?* Geraadpleegd op 9 mei 2007, op <http://sos.welzijn.net/goedomweten/aanpak/omgangkansarmekinderen042005.htm>
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (s.d.). Geraadpleegd op 23 november 2007, op www.armoedebestrijding.be
- Universal declaration of human rights, (s.d.). Geraadpleegd op 16 december 2007, op <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/dut.htm>
- Verdrag inzake de rechten van het kind, 1989. Geraadpleegd op 12 december 2007, op <http://www.kinderrechten.nl/site/pages/professionals/kinderrechten/docs/IVRK.pdf>
- Viederwereld syndicaat, Kobaf, (2006). Geraadpleegd op 29 maart 2008, op <http://forum.vierdewereldsyndicaat.org/index>
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie vzw, (s.d.). Geraadpleegd op 26 april 2007, op www.vig.be
- Vlaamse Organisatie voor Mensenrechteneducatie, Vormen (s.d.). *RECHT-vaardig, menswaardig: armoede*. Geraadpleegd op 19 oktober 2007, op <http://www.vormen.org/Rechtvaardig/Armoede.html>
- Vlaamse Overheid (2005). *Vlaams actieplan armoedebestrijding*. Geraadpleegd op 6 mei 2007, op <http://www.wvg.vlaanderen.be/armoede/vap.htm>
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. *Gezondheidsenquête van 1997, 2000, 2001*. Geraadpleegd op 20 mei 2007, op www.iph.fgov.be

Onuitgegeven werken

- Crabbe B. et al., (2008). *Eindrapport PWO-project PPP*. Arteveldehogeschool Gent.
Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw.

De Frène, V., De Grave, H., De Greve, M., Temmerman, K., (2007-2008). *Management van intra- en extramurale verloskundige zorg*. Cursusmateriaal opleiding vroedkunde, Arteveldehogeschool Gent.

Kind en Gezin, (1999). *Syllabus preventieve zorg*.

Van den Hove, T., (2006-2007). *De onderzoekszyclus toegepast op de praktijk van de vroedvrouw*. Cursusmateriaal opleiding vroedkunde. Arteveldehogeschool Gent.

Wittevrongel, L. (2004). *Recht op gezondheidszorg*. Document, geschreven n.a.v. "Het voortuigangs- en toekomstcongres armoede", Brussel 6 mei 2004, georganiseerd door de Vlaamse Overheid.