

POSTNATALE ZORG VOOR MOEDER EN KIND IN EEN PRECAIRE SITUATIE IN BELGIË

Evelien Cauwels

Stamnummer: 01309263

Promotor: Prof. dr. Dirk Avonts

Masterproef voorgelegd in het kader tot het behalen van de graad Master of Medicine in de Geneeskunde

Academiejaar: 2017 - 2018

Deze pagina is niet beschikbaar omdat ze persoonsgegevens bevat.
Universiteitsbibliotheek Gent, 2021.

This page is not available because it contains personal information.
Ghent University, Library, 2021.

INHOUDSOPGAVE

Abstract	1
Doelstelling	1
Methodologie	1
Resultaten	1
Conclusie	2
Inleiding	3
Mentale gezondheid	7
Postnatale zorg in België	8
Rechten van de vrouw rond zwangerschap en bevalling	9
Recht op medische zorg	9
Sociale rechten	10
Rechten van het kind	11
Methodologie	12
Resultaten	13
1. Voeding van de zuigeling	13
2. Mentaal welzijn	16
3. Knelpunten en faciliterende factoren in toegang tot zorg	23
3.1 Taal en praktische barrières	23
3.2 Structuur van de zorg	24
3.3 Verblijfsstatuut	24
3.4 Socio-economische kwetsbaarheid	25
3.5 Kennis, gezondheidsvaardigheden, mondigheid	30
3.6 Gebrek aan cultuursensitiviteit/cultuur en religie/discriminatie en vooroordelen	31
4. Knelpunten in (het verlenen van) de zorg	32
4.1 Postpartum opvolging	32

4.2 Communicatie tussen zorgverleners	34
4.3 Taal	35
4.4 Belasting, beleving en betrokkenheid van de zorgverlener.....	36
4.5 Structuur van de zorg.....	38
4.6 Gebrek aan tijd	41
4.7 Sociale zorg	41
5. Beleving van het moederschap	42
6. Gezondheidsproblemen bij moeder en kind.....	44
Discussie	44
1. Voeding van de zuigeling	44
2. Mentaal welzijn.....	46
3. Barrières voor de toegang tot postnatale zorg	49
4. Het sociale luik	51
5. Postnatale opvolging	52
6. Naar een aangepast verloskundig zorgmodel.....	53
7. Sterktes en limitaties van het onderzoek	54
Conclusies	55
Referenties	56
bijlagen	1
1. Thema's interview moeders.....	1
2. Thema's interview zorgverleners	1

ABSTRACT

Doelstelling

Moeders in België met een precare verblijfstatuut en/of behorend tot bepaalde etnische groepen en/of levend in suboptimale socio-economische omstandigheden, hebben mogelijk minder toegang tot postnatale zorgvoorzieningen. Bovendien hebben ze doorgaans meer risicofactoren voor slechtere perinatale uitkomsten voor moeder en kind en psychologische problemen na de bevalling. Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de mogelijke barrières die vrouwen behorend tot dergelijke kwetsbare groepen ondervinden in de toegang tot zorg voor zichzelf en voor hun kind na de bevalling. Daarnaast werd gepoogd om enkele specifieke kwetsbaarheden te exploreren, zoals het verhoogd risico op psychologische problemen postnataal.

Methodologie

Er werden 20 semigestructureerde diepte-interviews afgenomen. 16 daarvan met eerstelijns hulpverleners zoals vroedvrouwen, huisartsen, een verpleegkundige, een diversiteitsconsulent en een agogisch begeleider. De hulpverleners waren werkzaam in Gent, Antwerpen, Brussel, Sint-Niklaas en Menen. Er werden 5 moeders geïnterviewd die als vluchteling naar België kwamen, verblijvend in Gent (4) en Brussel (1). De interviews werden getranscribeerd en gecodeerd volgens de principes van open en axiale codering.

Resultaten

Vrouwen in precare situaties ondervinden een groot aantal belemmeringen in de toegang tot zorg, zoals taalbarrière, praktische en structurele barrières, gebrek aan kennis en gezondheidsvaardigheden, financiële barrières en gebrek aan sociaal netwerk, gebrek aan culturele sensitiviteit en discriminatie vanwege hulpverleners. Het stigma rond psychische problemen en het hebben van een ander begrip rond psychologische aandoeningen verhindert mogelijk dat bepaalde vrouwen hulp zoeken. Vrouwen van Belgische origine die in kansarmoede leven en Marokkaanse vrouwen lijken minder lang borstvoeding te geven dan gemiddeld, mogelijk door gelijkaardige factoren zoals gebrek aan kennis over de fysiologie van de melkproductie en de tijd en inspanning die het vraagt niet tolereren.

De hulpverleners rapporteren een aantal structurele barrières, zoals gebrek aan nationaal eenduidig beleid wat postnatale zorgen voor vrouwen in precare situaties betreft, wat opgevangen wordt door losstaande bottom-up initiatieven, die voor hun verderzetting afhankelijk

zijn van gulle schenkers (wat niet altijd slaagt). Een gebrek aan communicatie tussen de hulpverleners onderling en centrale gegevensopslag rond de zwangerschap was ook een belangrijk knelpunt. Daarnaast ook de belasting voor de hulpverlener in de zorg voor kwetsbare groepen en de onhoudbaarheid van zelfstandige niet-structurele inspanningen.

Conclusie

Er werd een beeld verkregen van de knelpunten in postnatale zorg, met aandacht voor de verschillen tussen de groepen kwetsbare vrouwen en hun verblijfsstatuut. De kwalitatieve resultaten kunnen een richtingaanwijzer zijn voor verder onderzoek of optimalisering van de aangeboden diensten. Kwetsbare moeders ondervinden heel wat barrières in de toegang tot postnatale zorg. Hulpverleners dienen zich hiervan bewust te zijn en beleidsmakers dienen alles in werk te stellen om deze barrières te verkleinen. Interventies ter verbetering van de perinatale zorg van kwetsbare gezinnen zijn nodig om ongelijkheid van gezondheid te verminderen en de cyclus van kansarmoede te doorbreken met een positieve start (1). Een eenduidig postnataal zorgmodel, waarbij moeders in de materniteit persoonlijk gewezen worden op de mogelijkheid tot kraamzorg en verloskundige thuiszorg, kan de keten van opvolging in stand houden en een kort verblijf in de materniteit succesvol opvangen.

Opvolging in groep zowel pre- als postnataal kan sociale exclusie aanpakken en vrouwen eventueel effectiever informeren rond borstvoeding en anticonceptie. Campagnes om het (culturele) stigma dat op mentale ziektes rust te verminderen zouden specifiek gericht moeten zijn op de moeder en haar omgeving. In de hedendaagse multiculturele realiteit, is er nood aan cultuursensitieve hulpverlening, waarvoor het bevragen van de verschillende etnische groepen en het aan het woord laten van de moeders zelf van groot belang is.

INLEIDING

Het krijgen van een kind is een ingrijpende en uitzonderlijke levensgebeurtenis voor de kersverse ouder(s). Hoewel voor niemand het krijgen van een kind vanzelfsprekend is, is het voor bepaalde ouders extra uitdagend door moeilijke leefomstandigheden, zoals een onzekere verblijfssituatie of ongunstige socio-economische factoren. Perinatale zorg is voor de ouders in kwestie niet zo laagdrempelig, zij ondervinden allerlei barrières, zoals taalbarrières en beperkte kennis van de voorzieningen (2). Aangezien vroege toegang tot kwalitatieve perinatale zorg cruciaal is voor het welzijn van zowel moeder als kind (3), is het onaanvaardbaar dat bepaalde groepen hierin benadeeld zouden worden. Er bestaan binnen welvarende Westerse landen ongelijkheden in perinatale en maternale uitkomsten, waarbij vrouwen met een precare socio-economische status en vrouwen met een migratieachtergrond benadeeld worden. Het verbeteren van de perinatale gezondheid is essentieel omdat er evidentie is dat het een positief effect heeft op het verminderen van ongelijkheid in gezondheid op latere leeftijd (4). Hier zullen de situaties in de postnatale periode¹ van enkele precare groepen vrouwen en hun kinderen onder de loep genomen worden.

Er kunnen verschillende kwetsbare groepen onderscheiden worden, elk met specifieke noden en omstandigheden, maar met vergelijkbare barrières en risicofactoren. Een eerste precare groep bij uitstek, zijn vluchtelingen: de moeders zonder papieren of met een precair verblijfsstatuut. De term vluchteling omvat zowel vrouwen zonder wettig verblijf, al dan niet met uitstel van vertrek, als asielzoekers (die in een asielcentrum of lokaal opvanginitiatief (LOI) verblijven), en vrouwen met een ontvankelijke medische regularisatieaanvraag (5).

Vluchtelingen zijn over het algemeen een groep van wie de gezondheid en welzijn op het spel staan: bij hen worden meer psychologische problemen vastgesteld (6), bovendien hebben ze minder toegang tot gezondheidszorg, gezonde voeding, degelijke huisvesting en onderwijs (7). Nochtans zijn dit basisbehoeften voor de moeder en haar zuigeling. Verder blijkt dat vrouwelijke vluchtelingen en asielzoekers doorgaans de grootste verantwoordelijkheid dragen voor (zieke) kinderen en andere familieleden, terwijl juist zij minder toegang hebben tot informatie (6). Bovendien zijn ze vaak sociaal geïsoleerd en moeten ze de ondersteuning van gemeenschap en familie missen (6,7). Stress, laag zelfbeeld en psychologische problemen, alsook de onzekerheid van de asielprocedure en het leven in een vaak vijandig sociaal klimaat, zijn maar enkele van de

¹ De postnatale periode wordt gedefinieerd als de periode vanaf het verlaten van de verloskamer tot 6 weken na de geboorte.

factoren die een negatieve invloed kunnen hebben op de gezondheid van de kersverse moeder. In het Verenigd Koninkrijk wees de Confidential Enquiry Into Maternal and Child Health uit dat tussen 2003 en 2005 12% van de moedersterfte (het ging om 36 gevallen) gebeurde bij vluchtelingen en asielzoeksters (8).

Vluchtelingen die in gevorderd stadium van de zwangerschap in België aankomen, hebben mogelijks geen enkele antenatale controle gehad en er is een risico dat ze op korte termijn moeten verhuizen naar een ander asielcentrum, wat de continuïteit van de zorg in gevaar brengt (8). Uit een Nederlandse cohorte studie blijkt dat asielzoekers een verhoogd risico hebben op ernstige acute maternale morbiditeit, ook in vergelijking met niet-Westerse immigranten. De mogelijke risicofactoren die hierbij geïdentificeerd werden, waren alleenstaande moeders, werkloosheid, lage socio-economische status, een belangrijke taalbarrière, kort verblijf in Nederland, HIV-positiviteit, late toegang tot prenatale zorg, multipariteit en een keizersnede in de voorgeschiedenis (9).

Postnatale zorg aan huis na de bevalling is een groot knelpunt bij mensen zonder papieren: als de zelfstandige eerstelijnszorgverleners niet betaald kunnen worden, komt de opvolging in het gedrang (10).

Een tweede kwetsbare groep zijn de vreemdelingen die opgenomen werden in de maatschappij en aldus in het reguliere verzekeringssysteem: de erkende vluchtelingen, personen met statuut van subsidiaire bescherming en generaties van hun kinderen die in België geboren zijn (5). Hoewel de ervaringen van vluchtelingen anders kunnen zijn dan die van (kinderen van) migranten (geschiedenis van geweld, slechtere leefomstandigheden, gedwongen immigratie tegenover vrijwillige), delen ze vergelijkbare sociale, culturele, taalgebonden en vaak ook economische uitdagingen (11).

In een Italiaanse studie werd gevonden dat migranten in vergelijking met Italiaanse vrouwen een groter nadelig effect ondervinden van hun werkhervatting na de kraamtijd op het exclusief/predominant geven van borstvoeding. 3 maanden postnataal gaf nog 65,4% van de niet-werkende migranten exclusief/predominant borstvoeding, ten opzichte van slechts 21,0% van de terug werkende migranten. Onder Italiaanse vrouwen daalde het aantal van 57,4% naar 50,4%. Bovendien had een groter deel van de migranten dan van de Italianen na 3 maanden het werk terug opgevat, waarbij zij hun voornemen om exclusief/predominant borstvoeding te geven niet konden volhouden (12).

Een derde groep zijn de moeders die om een of andere reden tot een kwetsbare groep behoren, namelijk de vrouwen met een precare socio-economische status. Deze groep wordt gekenmerkt door hogere prevalentie van ongezonde levensstijl of woon- en werkomstandigheden, lage opleidingsgraad en personen die onder of rond de armoedegrens leven. Deze populatie heeft met de eerste twee groepen gemeen dat ze potentieel uit de boot vallen op vlak van toegang tot de gezondheidszorg, terwijl ze extra kwetsbaar zijn omwille van allerlei factoren, zoals sociale isolatie en beperkter informeel steunnetwerk, financiële beperkingen, slechte woon- en werkomstandigheden, minder kennis van de mogelijkheden. Deze groep is niet klein: volgens cijfers van Kind en Gezin werden in 2012 in Vlaanderen 1 op 10 kinderen geboren in een kansarm gezin (10). Bovendien is het feit dat nieuwkomers (de eerste twee besproken groepen) kwetsbaar zijn, onlosmakelijk verbonden met socio-economische factoren: kansarmoede is gekleurd (10,12). Van de helft van de kinderen geboren in een kansarm gezin had de moeder bij geboorte niet de Belgische nationaliteit (10).

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat ongelijkheid in perinatale gezondheid (met perinatale sterfte als maat) voor een groot deel verklaard kunnen worden door niet-medische risicofactoren, onder andere risicofactoren gerelateerd aan armoede. Perinatale sterfte binnen steden bleek groter te zijn in de zogenaamde achterstandswijken (13). Terwijl vrouwen met een migratieachtergrond een verhoogd risico hebben op slechtere uitkomsten perinataal, bleek het aan armoede gerelateerde risico op slechtere perinatale uitkomsten in deze achterstandswijken groter voor vrouwen zonder migratieachtergrond. Wonen in een achterstandswijk in Rotterdam, ging gepaard met een hoger risico dan normaal op perinatale sterfte (+21%), prematuriteit (+16%), foetale groeivertraging (+11%) en Apgarscore minder dan 7 op 5 minuten postnataal (+11%), na correctie voor opleiding, leeftijd, pariteit, comorbiditeit en etniciteit (1).

Vrouwen met een precare socio-economische status worden op verschillende vlakken benadeeld. Zo genieten ongeschoolde of laagopgeleide moeders ten opzichte van hoogopgeleide moeders proportioneel minder van zwangerschaps- (82% t.o.v. 96%), ouderschaps- (11% t.o.v. 32%) en borstvoedingsverlof (16% t.o.v. 22%) (10). Vrouwen met hogere sociale status beschikken over beschermende factoren: ze hebben vaak meer kennis van gezond gedrag tijdens en na de zwangerschap, en zijn beter omringd (12). Hoge educatiegraad en het hebben van werk waren bijvoorbeeld protectieve factoren voor het perinataal innemen van foliumzuurtabletten (12).

Toegang tot postnatale zorg wordt, net als antenatale zorg en ook wijze van verlossing, beïnvloed door socio-economische factoren, zoals het inkomen, tewerkstelling en educatie van de moeder, maar ook door etniciteit en vreemdelingenstatus (12). Vrouwen in een geïsoleerde, socio-economisch suboptimale situatie, dakloze vrouwen, vluchtelingen... lopen risico op late antenatale zorgen (3,10,12) en hebben een groter risico om op een bepaald moment niet meer opgevolgd te worden (8). Risicofactoren hiervoor in België waren niet-Europese afkomst en laag inkomen (12). (Reproductieve) gezondheid is belangrijk, maar heeft zelden een prioriteit voor wie het niet breed heeft en geen uitgebreid sociaal netwerk heeft om op terug te vallen. Late opvolging brengt een hoog risico op (complexe) verwickelingen met zich mee, zoals prematuriteit, maar ook sterfte van moeder en/of kind. Gelijkheid in perinatale gezondheid is van primordiaal belang om elk kind dezelfde kansen te geven (10).

Er is evidentie dat laag inkomen en late prenatale zorg geassocieerd zijn met het minder beroep doen op postnatale zorg (14,15). Ook een ongeplande zwangerschap is beschreven als risicofactor (14). Bij onderzoek in Rotterdam ziet men dat vrouwen met een migratieachtergrond geen of minder (in aantal uren) beroep doen op kraamzorg (en zich vooral laten ondersteunen door familie). De Nederlandse onderzoekers beschrijven hoe dit ertoe leidt dat de verloskundigen meer zorg moeten opnemen, de belangrijke functie van kraamverzorgende als signalisator van problemen wegvalt en dat zo ook de overdracht van kraamzorg naar jeugdgezondheidszorg wegvalt (16). Hoewel de organisatie van verloskundige zorg in Nederland en België verschillen, valt het niet uit te sluiten dat hier ook dergelijke processen spelen.

Gelijke toegang en goede opvolging kunnen postnataal beter verzekerd worden dan bij prenatale zorg, wegens mogelijkheid tot informeren en een afspraak maken in de materniteit. Moeders zonder papieren in Brussel krijgen bijvoorbeeld via de vzw Aquarelle een bezoek van een vroedvrouw op de materniteit en het aanbod voor een postnataal huisbezoek of een afspraak in het ziekenhuis voor wie geen vaste woonplaats heeft (10).

Niet alleen postnatale opvolging van het kind is een uitdaging, ook het introduceren van anticonceptie. Dit wordt soms geweigerd, om financiële redenen. Het OCMW kan via de medische waarborg in het kader van de Dringende Medische Hulp (DMH) anticonceptiemethodes vergoeden (10,17) , zoals de prikpil of het (hormoon)spiraal, maar niet alle OCMW's komen tussen in de kost van de anticonceptie, bovendien stopt de medische waarborg vaak kort na de geboorte van de baby. (Aquarelle vzw vergoedt koperspiralen voor vrouwen die geen beroep kunnen doen op DMH (10)).

Postnataal kunnen een aantal complicaties en problemen manifesteren, van een postnatale depressie tot problemen met de borstvoeding. Vrouwen in een precare situatie hebben een verhoogd risico op een aantal van deze problemen en bovendien een grotere kans dat ze niet aan de juiste zorg geraken.

Mentale gezondheid

Een postnatale depressie (PND) ontstaat doorgaans in de 6 weken na de bevalling en kenmerkt zich door het langer dan normaal (meer dan 10 à 14 dagen) aanslepen van o.a. een sombere stemming na de bevalling (18). Moeders behorend een van de drie hierboven vermelde groepen, lopen een groter risico op postnatale depressie, gezien gekende risicofactoren zoals gebrek aan steun, of het percipiëren daarvan, zowel uit formele als uit informele hoek, en stressvolle life events. Ook discriminatie, geldzorgen... beïnvloeden de (perceptie van) controle die een vrouw heeft over haar situatie, wat een risico voor het ontwikkelen van postnatale depressie inhoudt. Studies rond postnatale depressie focussen voornamelijk op de algemene populaties, waardoor aan de specifieke noden van kwetsbare groepen potentieel niet beantwoord wordt (11). Postpartum psychose is een uitzonderlijke complicatie van het moederschap (1-2/1000 bevallen vrouwen) die meestal binnen 1 week postnataal ontstaat. Het gaat om een urgentie die onmiddellijke opname vereist (18).

Migranten en vluchtelingen bevinden zich niet langer in hun vertrouwde gemeenschap, maar in een vreemde cultuur, wat toevoegt aan hun sociale isolatie een eenzaamheid (7,11,19). Ook andere risicofactoren geassocieerd met PND, zoals voorgeschiedenis van depressie, antenatale depressie en het ervaren van seksueel, fysiek of psychologisch geweld zijn typisch prevalent bij vluchtelingen met symptomen van PND. Vluchtelingen zijn over het algemeen een kwetsbare groep voor post-traumatische stress en depressies: dit zijn de gezondheidsproblemen waar ze het vaakst mee te kampen hebben (6), en in hogere percentages dan de autochtone bevolking (6,19). Postnatale depressie is een van de meest frequente complicaties van het moederschap, en komt onder de algemene bevolking voor in 10 tot 15%. Bij geïmmigreerde vrouwen (vluchtelingen, asielzoekers en migranten werden niet als afzonderlijke groepen onderzocht) kwam PND voor in 24 tot 42% (19).

De vrouwen in kwestie komen vaak uit onstabiele politieke situaties en hebben een turbulente (migratie)geschiedenis en ervaringen van al dan niet seksueel geweld. In het gastland ondervinden ze extra stressoren, zoals een onzekere (verblijf)situatie (angst voor uitzetting), weinig bestaansmiddelen en sociale isolatie, wat hen kwetsbaar maakt voor het ervaren van

extreme vermoeidheid en psychologische problemen (6,10), zoals postnatale depressie en postpartum psychose (6,11,19,20). Sociale contacten kunnen ondersteunen, maar ook de gezondheid van de vrouw verder ondermijnen, zoals wanneer cultureel stigma of het niet willen erkennen van depressieve symptomen door de omgeving, de vrouw verhinderen om hulp te zoeken en ertoe leiden dat ze haar symptomen verbergt (19,20).

Wegens het culturele stigma dat aan mentale gezondheid verbonden is, is er voor migranten en vluchtelingen een risico dat postnatale depressie onbehandeld blijft. Daarnaast is het mogelijk dat de PND niet gediagnosticeerd wordt door de betrokken zorgverleners, wegens culturele verschillen in uiting van de depressie, zoals het uiten van depressieve gevoelens als lichamelijke klachten (7,19). Onbehandeld kan een postnatale depressie afbreuk kan doen aan het welzijn van het gezin en ontwikkeling van het kind, op vlak van emotionele, cognitieve en gedragsontwikkeling (19).

Postnatale zorg in België

Van de 121 000 vrouwen die jaarlijks bevallen in België, bevalt de overgrote meerderheid (98,8%) in een materniteit . De rest bevalt thuis, in een geboortecentrum of poliklinisch, meer bepaald via een verblijf in het ziekenhuis van minder dan 24 uur. De moeders blijven gemiddeld 4 tot 5 dagen (na een ongecompliceerde zwangerschap en vaginale bevalling), wat langer is dan het gemiddelde van 3 dagen in de OESO-landen. Hoewel er een tendens is naar een korter ziekenhuisverblijf, promoten enkele factoren een langer verblijf, zoals de hospitalisatieverzekering, de gewaardeerde hotelfunctie van het ziekenhuis, verwachtingspatronen bij ouders en gefragmenteerde thuiszorg (21).

Uit een rapport van het KCE uit 2015 (21) blijkt dat postnatale thuiszorg in België ontzettend versnipperd is. Het rapport belicht dat de communicatie tussen de verschillende zorgverleners betrokken bij postnatale zorg (gynaecoloog, pediater, (onafhankelijke) vroedvrouw, huisarts, kraamhelpster, lactatiedeskundige...) over het algemeen suboptimaal verloopt. Meestal gebeurt de enige informatieoverdracht via het boekje van Kind en Gezin (K&G), waar de moeder dan zelf verantwoordelijk voor is. Ook de huidige financiering van thuiszorg is niet optimaal (21). Het aanbod thuiszorg is vaak ook niet voldoende gekend door de ouders (22) en vaak sterk regionaal verschillend. Zo is er enkel in de Vlaamse Gemeenschap mogelijkheid tot gespecialiseerde kraamhulp, die niet-medische ondersteuning inhoudt, zoals huishoudelijk werk, kinderzorg, het geven van adviezen en ondersteuning bij de borstvoeding. Ten slotte zijn er geen evidence-

based richtlijnen voor postnatale zorg in België (de richtlijnen voor goede klinische praktijk uit buitenlandse studies werden nog niet aangepast aan de Belgische situatie) (21).

Een verkorting van de ziekenhuisverblijfsduur is enkel te verantwoorden indien moeder en kind tijdens de eerste cruciale dagen met goed uitgebouwde thuiszorg ondersteund worden en de zorgcontinuïteit met andere woorden gegarandeerd wordt (21). Onder andere het snel identificeren van complicaties, het promoten van een gezonde levensstijl en het ondersteunen van borstvoeding zouden daarbij centraal moeten staan (11). Het versnipperde landschap van thuiszorg is opgebouwd vanuit bottom-up initiatieven, onder andere van vroedvrouwen, waaronder ook verschillende die gericht zijn op kwetsbare groepen. Voor veel nieuwe ouders beperkt postnatale zorg zich momenteel tot wat hen wordt aangeboden in de kraamkliniek. De thuiszorg bestaat vaak alleen uit het bezoek van Kind en Gezin, 2 tot 6 weken na de geboorte, omdat het aanbod weinig gekend is (21).

Jonge gezinnen steunen tegenwoordig op een kleiner informeel netwerk: de gezinnen zijn kleiner en er is minder intergenerationeel contact (21). In 2012 bleek uit cijfers van K&G/ONE dat 1 moeder op 10 alleenstaande was tijdens het eerste levensjaar van hun kind (10). Als zowel de informele als formele postnatale zorg vermindert (door een kort ziekenhuisverblijf) en de thuiszorg niet adequaat uitgebouwd en geïntegreerd wordt, dreigt een zorgvacuüm te ontstaan, vooral tijdens de belangrijke eerste week postnataal (21). Dit zorgvacuüm is vooral problematisch voor kwetsbare groepen (gezinnen in armoede, met een psychische problemen, verslavingsproblematiek of waar huiselijk geweld zich afspeelt). Het zijn de socio-economisch kwetsbare moeders, die bovendien de grootste behoefte aan zorg hebben, die vaak eerder naar huis gaan dan de kapitaalkrachtigen en moeders met een hoger diploma (10,21). Zij hebben ook vaak de kleinste informele steunnetwerken, en extra barrières zoals taal- en mobiliteitsproblemen. De initiatieven om informele netwerken uit te breiden, zoals de zogenaamde 'mama cafés' of workshops babymassage, bereiken vaak niet de meest behoeftige vrouwen. Als de verblijfsduur in het ziekenhuis wordt ingekort, dreigen kansarme gezinnen uit de boot te vallen van het perinatale zorgtraject (21).

Rechten van de vrouw rond zwangerschap en bevalling

Recht op medische zorg

Een zwangere vrouw zonder wettig verblijf kan via een aanvraag bij het OCMW van haar verblijfplaats een attest verkrijgen voor een medische waarborg in het kader van Dringende

Medische Hulp (DMH), waardoor ze recht heeft op kosteloze opvolging van zwangerschap en bevalling, als na sociaal onderzoek van het OCMW behoefte wordt vastgesteld (23,24). Zonder dit attest kan de vrouw zich op het moment van de weeën aanmelden op de spoedgevallendienst van een ziekenhuis, waarna het ziekenhuis contact moet opnemen met haar OCMW of het OCMW van de regio van het ziekenhuis voor de betaling van haar medische zorgen (23). Er zijn gevallen bekend van vrouwen zonder attest voor DMH die enkele uren na de bevalling worden ontslaan uit het ziekenhuis zonder dat er enige postnatale begeleiding geregeld was (10).

Als het gezin over voldoende financiële middelen beschikt, zal de aanvraag tot attest voor DMH afgekeurd worden. De evaluatie hiervan verschilt van OCMW tot OCMW. Ook als niet alle gevraagde documenten voorgelegd kunnen worden, wordt een medisch waarborg geweigerd wegens 'onmogelijkheid tot sociaal onderzoek'. Een preciaire groep zijn Europeanen die (nog) geen ziekteverzekering hebben en ook vrouwen die nog maar net in België aangekomen zijn: zij komen niet in aanmerking voor een medische waarborg. Hetzelfde geldt voor de Roma (in hun land van herkomst worden de kosten wel ten laste genomen), hoewel sommige OCMW's wel rekening houden met hun kwetsbaarheid. Dit wijst meteen een van de knelpunten aan: er zijn verschillen in tussenkomst afhankelijk van de lokale OCMW. Sommige vrouwen hebben een medische kaart voor terugbetaling van medicatie, terwijl anderen dat niet hebben (10), omdat OCMW's autonoom de algemene richtlijnen vanwege de federale overheid interpreteren. Zij beslissen dus zelf welke kosten ze ten laste nemen (17).

Voor asielzoekers die verblijven in een opvangstructuur, geldt de medisch kosten gedragen worden door de opvangstructuur (5). Indien één van de ouders wel verblijfsrecht heeft en over een ziekteverzekering beschikt (zoals erkende vluchtelingen en mensen met het statuut van subsidiair beschermde), kan het kind op deze ziekteverzekering worden ingeschreven (23). Kind en Gezin en ONE voorzien gratis pre- en postnatale consultaties.

Sociale rechten

Een moeder zonder wettig verblijf in België heeft in principe geen recht op financiële steun van het OCMW. Uitzonderingen hierop zijn gezinnen met kinderen en vanaf de 7^{de} maand van de zwangerschap tot en met de 2^{de} maand na de bevalling, vanuit de optiek dat het in die periode mogelijk moet zijn voor moeder en kind om menswaardig te leven (zonder lange reizen of verandering van omgeving te moeten ondergaan) (5,23). Bij een negatieve beslissing van het OCMW, kan in beroep gegaan worden bij het arbeidshof, hoewel een dergelijk beroep maanden

kan duren. Men kan beroep doen op een pro-deo advocaat en het OCMW draagt de gerechtskosten. Bij een verlenging van het verblijf door de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) zal het OCMW de vraag naar dienstverlening waarschijnlijk goedkeuren (23).

Sinds 2004 is het mogelijk om een minderjarige vreemdeling zonder wettig verblijf met zijn ouder(s) op te vangen in een federaal opvangcentrum. De aanvraag daartoe moet gebeuren bij het OCMW van de gewoonlijke verblijfplaats van de minderjarige. Opnieuw gaat het OCMW dan via een sociaal onderzoek de vereiste voorwaarden na: een behoeftig kind jonger dan 18 jaar, dat met zijn ouder(s) onwettig in België verblijft (23).

Hoewel zwangerschap geen automatisch recht op verblijf in België impliceert, bestaat er een gedoogbeleid vanuit de DVZ, die hoogzwangere vrouwen zonder wettig verblijf niet zomaar per vliegtuig zal repatriëren. DVZ kan ook een formele aanvraag van de behandelende arts tot uitstel van vertrek voor bepaalde duur goedkeuren. Meestal wordt besloten tot verlenging van het bevel om het grondgebied te verlaten, bij een aanvraag vanaf 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum tot 2 maanden na de bevalling. Verschillende vliegtuigmaatschappijen adviseren sterk tegen het laten vliegen van een vrouw tot 1 week postnataal en haar baby tot jonger dan 1 maand. Na evaluatie van het verwijderingsbeleid door de Commissie-Vermeersch werd bovendien extra voorzichtigheid geboden in het geval van meerlingen, vroeggeboorten of complicaties (23).

Rechten van het kind

Kennisgeving van de geboorte door het ziekenhuis gebeurt op de eerstvolgende werkdag bij de gemeente van geboorte. Van de ouders wordt verwacht dat zij binnen de 15 dagen een aangifte doen op de burgerlijke stand van de gemeente. Sinds maart 2013 gebeurt dit in Brussel vaak via een Brusselse ambtenaar die de aangifte in het ziekenhuis ter plaatse al registreert. De moeder kan de aangifte doen, of de vader, als hij het kind al erkend heeft indien het om een ongetrouwd koppel gaat. Als er geen hulpverleners aanwezig waren bij de bevalling, kan de moeder haar kind erkennen bij de burgerlijke stand of voor een notaris (23).

Het sterkste (meest optimale) verblijfsstatuut van een van de ouders dat het kind erkent, wordt toegewezen aan het kind. Als één van de erkennende ouders Belg is, krijgt het kind dus de Belgische nationaliteit. De moeder kan daarna bij de DVZ via gezinshereniging (of via art. 9 van de Verblijfswet) een regularisatie van haar situatie vragen. Ouders zonder wettige verblijfsstatus

hebben geen recht op uitkeringen voor hun kind. Het kind heeft wel recht op bepaalde tegemoetkomingen als een van de ouders wettig verblijvend is in België (23).

De onderzoeksvraag van deze thesis steunt op een aantal kernvragen, om een licht te schijnen op de individuele beleving, sociale en medische aspecten rond het krijgen van een kind in België, behorende tot een kwetsbare groep. Welke moeilijkheden en barrières ondervinden kwetsbare vrouwen in de toegang tot en het gebruik van postnatale gezondheidszorg? Welke knelpunten worden door de hulpverleners geïdentificeerd? Welke postnatale medische en sociale zorg is beschikbaar en (hoe) gebruiken deze vrouwen deze zorg, voor zichzelf en voor hun kind? Onderzoek wijst uit dat niet-Westerse migranten minder gebruik maken van antenatale zorg (2), is dit ook zo voor postnatale zorg en waarom? Via de interviews werd nagegaan hoe goed het landschap gekend is, zowel bij hulpverleners als bij moeders. Eventuele belangrijke hiaten in de zorg (beschikbaarheid, kennisname van, uitgebreidheid, aanpassing aan de specifieke noden van de doelgroep) kunnen worden blootgelegd. Tenslotte kan zo een beeld verkregen worden van welke diensten, organisatorische strategieën of interventies nuttig zijn om gezondheidszorg voor moeder en kind te verbeteren en een universele toegang te verzekeren.

METHODOLOGIE

Er werden 20 semigestructureerde diepte-interviews afgenomen van ongeveer 1 uur elk, zowel van medische en sociale hulpverleners betrokken in de postnatale zorg, als van vrouwen behorende tot een kwetsbare groep. Voor de start van de studie werd goedkeuring van het Ethisch Comité verkregen.

Er werden 15 hulpverleners geïnterviewd en 5 moeders (tabel 1). De hulpverleners waren werkzaam in Gent, Brussel, Antwerpen, Menen en Sint-Niklaas. De moeders werden gerekruteerd via hun hulpverleners, in Gent (4) via het UZ Gent en in Brussel (1) via het Huis der Gezinnen Kuregem. Van elke deelnemster werd, na het ontvangen van mondelinge en schriftelijke informatie, schriftelijk informed consent verkregen.

De interviews werden afgenomen aan de hand van een lijst vooraf bepaalde thema's om coherentie te bewaren tussen de verschillende interviews. De thema's waren gebaseerd op een verkennende literatuurstudie. Via open vragen en vervolgens gericht doorvragen, werden thema's zoals de beschikbare zorg en de ervaringen daarmee, en de beleving van zowel hulpverleners als vrouwen breed geëxploreerd. De interviews werden opgenomen met de toestemming van hulpverleners en vrouwen. De opnames werden getranscribeerd. De

transcripties werden verwerkt met behulp van NVivo, een programma voor kwalitatieve data-analyse, via open codering en vervolgens axiale codering (25).

Vervolgens werden de codes gebruikt om een inzicht te verkrijgen in de specifieke precare punten in de zorgverlening voor kwetsbaren en in de barrières die ze ondervinden in de toegang tot postnatale zorg.

Tabel 1 Overzicht van de respondenten

Respondent	Aantal
Huisarts	4
Vroedvrouw	8
Verpleegkundige	1
Agogisch begeleider	1
Diversiteitsconsulent	1
Vluchteling uit Kameroen	1
Vluchteling uit Ghana	2
Vluchteling uit Eritrea	1
Vluchteling uit Somalië	1

RESULTATEN

1. Voeding van de zuigeling

Verschillende respondenten gaven aan dat de moeders quasi allemaal (vlot) met borstvoeding starten postpartum, maar snel overgaan tot het bijgeven van flesjes, wat het geven van borstvoeding uiteindelijk in gedrang brengt, zodat er na een tijd volledig overgeschakeld wordt op flesvoeding. Een uitzondering daarop is de populatie uit Centraal-Afrika: een vroedvrouw gaf aan dat deze vrouwen door de band genomen 2 jaar borstvoeding geven en dat dat prima gaat. Vrouwen van Marokkaanse origine zouden dan weer bij uitstek minder lang borstvoeding geven dan andere Afrikaanse vrouwen. Een andere vroedvrouw zag in de statistieken die ze bijhield dat niet-Belgische vrouwen allemaal starten met borstvoeding en langdurig doorgeven, terwijl de Belgische kwetsbare groep minder start met borstvoeding en het minder lang blijkt vol te houden.

De zorgverleners gaven aan dat ze niemand verplichten om borstvoeding te geven, en de vrije keuze belangrijk vinden. Eén vroedvrouw verwoordde het zelfs als “niet tot de borstvoedingsmaffia te behoren”. Twee vroedvrouwen zeiden hoe er volgens hen te weinig wordt stilgestaan bij de emoties van een moeder die beslist om geen borstvoeding te geven, de vrouw zou bijvoorbeeld een voorgeschiedenis van seksueel trauma dat zich situeert in de borststreek kunnen hebben. Volgens hen leeft nog te vaak het gevoel dat deze vrouwen maar borstvoeding moeten geven, omdat het toch goedkoper en beter is, en de vrije keuze van de vrouw zelf niet zomaar wordt aanvaard.

Het prenataal geven van informatie over de anatomie van de borst en de fysiologie van melkproductie en het benadrukken van de voordelen, bleek heel belangrijk. Een vroedvrouw merkte op dat het een veelvoorkomend misverstand is dat de melk continu zit te wachten in de borst. Informatie en uitwisselingen in groep zetten de vrouwen aan tot het maken van geïnformeerde keuzes rond het starten met borstvoeding. Soms bleken er cultureel verschillende ideeën te bestaan rond borstvoeding, die naar boven kwamen in vragen van de vrouwen aan hun vroedvrouw. Bijvoorbeeld dat, als je als vrouw een orgasme had gehad, dat je de eerste melk daarna beter zou afkolven, omdat die melk slecht is. Een gelijkaardig idee bleek te bestaan rond sporten en borstvoeding. Een Turkse vrouw vroeg zich af of het normaal was dat ze tijdens haar zwangerschap nog geen melk had, omdat de eerste vraag die vrouwen haar stelden was: “En, heb je al melk?” zodra ze wisten dat ze zwanger was.

De extra kost van flesvoeding is soms een hindernis, sommige vrouwen hebben niet genoeg middelen om melk te kopen eenmaal de borstvoeding afgebouwd is, en dit vormde voor één vroedvrouw een bijkomende reden om voor borstvoeding te ijveren. Een agogisch begeleider had kinderen gezien die op 7 à 8 maanden volle melk kregen in plaats van aangepaste voeding, wegens gebrek aan financiële middelen.

Een andere vroedvrouw veronderstelde dat de moeders flesjes bijgaven omdat ze zelf vonden dat hun kindje niet goed genoeg aan het groeien was, ondanks het feit dat je de kindjes volgens de vroedvrouw kon zien “groeien en bloeien”. Deze vroedvrouw legde aan de moeders uit dat het normaal was dat een kindje op een bepaald moment meer melk nodig heeft, veel honger zal hebben en veel zal vragen en dat je dan het gevoel kan hebben ‘niet genoeg melk te hebben’, maar dat je zelfs dan beter geen flesje bij geeft, omwille van het systeem van vraag-antwoord. Ze merkte dat de vrouwen beleefd knikten en zeiden dat ze het begrepen, maar soms toch flesjes bijgaven.

Er werd aangegeven dat een kort verblijf in het ziekenhuis een hinderende factor kan zijn voor het vlot verder geven van borstvoeding: de mama's verlaten het ziekenhuis soms voordat de borstvoeding goed en wel is opgestart en ze zich er comfortabel bij voelen. Bemoeienis en goedbedoelde raadgevingen van het bezoek aan de moeder, zouden volgens een vroedvrouw het ook moeilijk maken om "bij jezelf te blijven". Een vroedvrouw gaf aan dat werkhervatting geen factor was bij haar populaties, simpelweg omdat bijna niemand van de moeders werk had.

Als andere mogelijke redenen, gaven de hulpverleners het onderschatten van de energie en tijd die het vraagt. Bij kwetsbare vrouwen komt deze inspanning bovenop het dagelijks overleven en vaak moe zijn. Een vroedvrouw vond het heel belangrijk om al tijdens de zwangerschap heel duidelijk te maken hoe groot de investering is de eerste weken qua tijd en inspanning en hoe belangrijk ondersteuning is. Bijvoorbeeld van de partner, die bezoekenmomenten kan afbakenen zodat moeder en kind tijd en ruimte hebben voor de borstvoeding. "Als dat [het beseffen van de nodige investeringen] niet zo is, dan valt het heel vaak al snel tegen, en wordt er heel gemakkelijk overgeschakeld op flesjes, omdat men dan zagezegd niet de meerwaarde ziet". Ook hier kwam het belang van goede informatie tot uiting: deze vroedvrouw vond dat de gezondheidsvaardigheden op dit punt ontbraken en dat de voordelen voor gezondheid van moeder en kind werden onderschat of niet zo goed gekend waren. Volgens deze vroedvrouw kan de kennis van de voordelen de vrouw helpen om door te zetten op de moeilijke momenten. Volgens deze vroedvrouw geven deze vrouwen vooral borstvoeding omdat het natuurlijk is.

Ook een tekort aan afkolfpompen, er is een beperkt aantal beschikbaar om uit te lenen bij verschillende projecten, werd als een obstakel aangegeven. Soms werden uitgeleende afkolfapparaten, ondanks een waarborg van 50 euro, niet teruggegeven en konden de gezinnen in kwestie niet meer op hetzelfde adres gevonden/gecontacteerd worden.

Een huisarts vertelde hoe het langer borstvoeding geven mogelijks een reden was dat vrouwen niet op tijd naar een hulpverlener gingen voor anticonceptie. Het starten van bijvoorbeeld de pil werd dan vergeten omdat ze nog een keer per dag borstvoeding geven, dit in tegenstelling tot autochtonen die als ze na 3 maand terug gaan werken, de borstvoeding stoppen en anticonceptie terug starten. De huisarts vroeg zich af of hier een gebrek aan informatie speelde, of juist een overdaad aan informatie, waarbij de essentie niet toegepast wordt.

Kind en Gezin is, zeker door middel van huisbezoeken, een belangrijk eerste contact bij borstvoedingsproblemen. Hiermee zouden de vrouwen minder mee naar een huisarts gaan, tenzij bij koorts of pijn.

2. Mentaal welzijn

Twee zorgverleners gaven aan geen uitspraken te kunnen doen over verschillen in prevalentie van postnatale depressies bij kwetsbare vrouwen ten opzichte van mensen met een betere maatschappelijke positie. De zorgverleners meenden niet zo veel postnatale depressies gezien te hebben, eerder wel de zogenaamde 'baby blues'. Hierbij maakte men de bedenking dat een PND misschien vaak niet wordt gediagnosticeerd.

“Ik ben ook nog niet zo lang huisarts, ik werk hier nu twee jaar en ik heb wel mijn HAIO gedaan. Bijvoorbeeld, in mijn hele carrière heb ik dan wel 2 echte postnatale depressies meegemaakt die lang bleven duren, en dat was twee keer inderdaad bij een Marokkaanse vrouw. Ik heb dan nog eerder meer zo wat baby blues bij Belgische vrouwen gezien, dat wel, maar ik zou niet willen veralgemenen dat dit meer voorkomt. Nee, dat kan ik niet zeggen, dat dat meer voorkomt.”

In tegenstelling daarvan, vertelde een vroedvrouw dat de huisartsen in haar omgeving (met een hoofdzakelijke Marokkaanse populatie) aan de alarmbel trokken omwille van het zien van zeer zware psychosomatische problemen bij bijna alle kwetsbare vrouwen postnataal (een halfjaar tot 2 jaar na de bevalling), die aansleepten en waar het heel moeilijk was om verbetering te brengen. Als faciliterende factoren zag deze vroedvrouw het leven in isolement en weinig voldoening halen uit het leven. De psychologische problemen voldeden niet per se aan de criteria van een PND, maar waren wel serieus, duidelijk postnataal en gelinkt met het moeder worden.

“Het is vooral dat, het is vooral na de eerste keer dat ze moeder worden, wat doen ze daarna, ze worden nog eens zwanger, en nog een keer, gewoon omdat dat het enige is dat ze doen. Ze hebben geen werk, ze hebben weinig andere tijdsbesteding in hun leven, weinig hobby's, die hebben eigenlijk niets, behalve dat, dus die worden gewoon zwanger en weer zwanger. Maar je ziet dat dat jaren aansleept.”

Het sociale isolement van deze moeders werd door verschillende zorgverleners als belangrijkste faciliterende factor aangegeven. Het feit dat sommige moeders het lastig hebben, heeft vooral te maken met hoe goed ze omringd zijn. Het netwerk van vrouwen in een precaire situatie is vaak niet groot, en meestal ook niet stabiel. Voor moeders die hun problemen en ervaringen met het nieuwe moederschap niet kunnen delen, en de vragen die ze hebben niet kunnen stellen, dreigt het heel zwaar te worden: iedere huilbui van het kind wordt een opgave. Het is een groot verschil als je erover kan lachen met iemand die in hetzelfde schuitje zit.

Ook een diversiteitsconsultant wees op het belang van sociale omringing. Moeders die hier alleen zijn, of enkel omringd door hun schoonfamilie met wie ze niet goed overeenkomen, zijn kwetsbaar. Voor moslimvrouwen kan het verschil met het land van herkomst groot zijn: 40 dagen kraamtijd waarbij de familie de moeder verwend en de zorg voor de baby grotendeels overneemt, is daar de gewoonte. In België voelen sommigen zich dan ook alsof ze er helemaal alleen voor staan, en missen ze de aanwezigheid van een vertrouwde vrouw, zoals een zus, moeder of tante. Een vroedvrouw sprak van schrijnende situaties: vele vrouwen zijn de hele dag effectief alleen thuis, *“met de man als grote afwezige en als enige compagnon de tv”*. De man is dan zagezegd ‘werk gaan zoeken’. Dezelfde vroedvrouw merkte in vergelijking met de partners van gezinnen in minder precaire omstandigheden, dat de mannen ook de 10 eerste dagen eerder niet thuis waren. Er zijn ook positieve verhalen van bemoedigende mantelzorg, waar de (schoon)moeder of grootmoeder van het kindje uit Kirgizië of Polen voor 6 tot 8 weken naar België komt om mee voor de mama en het kindje te zorgen. Moeders behorende tot de zigeuners worden heel sterk gedragen binnen hun clan, zoals ook behoren tot de Marokkaanse gemeenschap een beschermend effect kan hebben.

“Heel veel vrouwen kunnen het hier ook moeilijk gewoon worden, zelfs na al die jaren. Het ligt niet aan afstand, kinderen hebben maakt het nog moeilijker om weg te geraken van je man, uit dat huwelijk stappen. Soms zitten die vrouwen werkelijk gevangen en vereenzaamd, want dan mogen ze nog niet werken ook, of kunnen niet gaan werken, of denken [ze] dat ze best niet gaan werken voor hun kinderen en ja, het komt dus wel heel vaak voor, maar wordt vaak aanzien als, ja, het gaat wel overgaan.” (over psychologische problemen)

Vele psychologische problemen bij kwetsbare vrouwen komen voort uit minder goede huisvesting (klein, overbevolkt, schimmelproblemen), alsook weinig stabiele (verblijfs)situatie (huisjesmelkers die je van de ene op de ander dag uit je huis kunnen zetten), onzeker verblijfsstatuut en financiële problemen. Daarnaast ook het ervaren van (partner)geweld en andere relationele problematieken (weinig stabiele partnerrelaties, alcoholisme in de omgeving, problemen met de schoonfamilie) en ongewenste zwangerschappen, waarbij abortus minder een optie is omwille van religieuze overtuiging. Een vroedvrouw die haar populatie zelf voor 90% als kwetsbaar inschatte (en hoofdzakelijk van Marokkaanse origine) meende dat 4 op de 10 zwangerschappen ongepland, en eventueel ongewenst zouden zijn. Ook het achtergelaten hebben van kinderen in het land van herkomst kan een faciliterende factor zijn. Bij een vrouw die zwanger is door een verkrachting kan de bevalling flashbacks oproepen, men moet dus alert zijn op het ontstaan van psychose of depressie.

Als extra stressoren voor vluchtelingen werd ook HIV-positiviteit en vrouwenbesnijdenis aangehaald, wat niet vaak een zwaar psychologisch probleem vormt, omdat het meestal gaat om een besnijdenis van het type 1 volgens de WHO-classificatie, wat overeenkomt met een clitoridectomie (26). De vrijwilligerswerking van GAMS met lotgenoten werkt heel goed om dieper in te gaan op de problematieken die geassocieerd zijn met vrouwenbesnijdenis. Ook werd het verblijf in een asielcentrum aangegeven: *“in een asielcentrum, in een collectieve kamer, met muren van papier... Dat is moeilijk hé. Sociaal is dat zeer moeilijk. En psychologisch ook. Vaak zijn dat moeders die zeer veel stress hebben. De psychologisch moet je daar wel zeer veel aandacht voor hebben.”*

“Bij alle vluchtelingen is er wel een vorm van trauma of rouw aanwezig, het is moeilijk te zeggen wat [welke psychologische problematiek] er komt door het moeder zijn [en wat door het vluchteling zijn]. Onze diagnostiek is daar slecht op afgesteld.”

Een vrouw uit Eritrea getuigde over het feit dat ze 's nacht wakker lag door gedachten aan de traumatiserende gebeurtenissen die ze had meegemaakt op haar vlucht – verkrachtingen van vrouwen, en het neerschieten van jongens die de daders probeerden tegen te houden, het voor dood achterlaten van vluchtelingen die niet meer mee konden... Ze vertelde hoe het na een tijd in België beter was, ook omdat ze elk weekend in een kerk lotgenoten kon ontmoeten met wie ze in haar eigen taal kon praten.

Bij vrouwen die in een asielcentrum verblijven, vallen enkele belangrijke barrières weg, zoals de financiële. Het groepsgebeuren is door omstandigheden (slapen op dezelfde kamer met lot- of landgenoten) veel meer aanwezig, wat een belangrijke steun kan zijn voor de vrouwen. Als bij de moeder alarmsymptomen opgemerkt worden, zoals geen interesse hebben in het kind of het kind achterlaten, of een huilende, angstige moeder, werd een gespecialiseerde psychologe ingeschakeld. Het is ook laagdrempeliger om als huisarts of psycholoog elke dag eens lang te gaan bij een moeder die risico loopt op het ontwikkelen van een depressie of psychose. De andere kant daarvan is het in de hand werken van overconsumptie. Een huisarts vertelde dat sommige vrouwen dan ook te vaak op consultatie kwamen in het asielcentrum. Toen de vaste artsen van het asielcentrum weggingen, werd dan ook sterk ingezet op het versterken van de zelfredzaamheid van de vrouwen, onder andere via het versterken van de gezondheidsvaardigheden.

Een potentiële barrière die moeders ondervinden, is een tekort aan financiële middelen. *“Als je niets van inkomen hebt, zijn de wegen naar hulpverlening niet zo evident”.*

Een andere mogelijke barrière tot de psychologische hulpverlening is het niet vertrouwd zijn met de werking van psychologen. Een huisarts merkte bij mensen afkomstig uit andere culturen soms een weerstand die ze anders vond dan bij een Westerse vrouw. Asielcentrum: inschakelen van een gespecialiseerde psychologe bij alarmsymptomen, zoals geen interesse hebben in het kind of het kind achterlaten, of een huilende, angstige moeder.

“Een psycholoog, ik zeg nooit van ‘ge moogt naar een psycholoog gaan’, ik zeg altijd ‘ik ga u eens naar iemand sturen met wie je eens kan praten (...) over wat er met jou gebeurt of wat jou bezighoudt’. Ik ga dat nooit in een probleemsituatie gaan nijpen, meer omschrijven en eens bij iemand goed sturen om te praten. Ik weet wel dat het een psycholoog is, maar daarom moet je het niet altijd zeggen. En na de eerste keer als het goed is, gaan ze wel vaker teruggaan.”

Een vroedvrouw haalde aan dat in de hoeveelheid van wat er allemaal op de moeders afkomt, het bereiken van een functioneren (in plaats van genezing) soms het hoogst haalbare is. Dit wordt niet per se bereikt door psychotherapie of andere hulpverleningsvormen waar men in België eerder mee vertrouwd is. De vroedvrouw vertelde over een psycholoog die vrijwillig in een asielcentrum werkt en zo veel mogelijk inzet op wat de vrouw nodig heeft om te overleven en om door te gaan.

Taal is een algemene barrière in de zorgverlening, en speelt ook zeker bij het spreken over mentaal welzijn een belangrijke rol. Een vroedvrouw gaf aan niet aan een gesprek over mentaal welzijn te beginnen als bijvoorbeeld enkel een mannelijke telefonische tolk beschikbaar was, of als de informele tolk in kwestie bijvoorbeeld een 10-jarig meisje is, die wel woordelijk kan vertalen, maar moeilijk op het psychologische kan ingaan en niet dezelfde finesses kan aanbrengen als een interculturele tolk. Het feit dat je niet rechtstreeks kan communiceren met iemand, werd aangehaald als een belemmering om over psychologische problemen te spreken. Met een mannelijke tolk is het extra moeilijk, omdat het om een “compleet vrouwenonderwerp” gaat, zoals een vroedvrouw het verwoordde.

Een vroedvrouw gaf aan dat Marokkaanse patiënten met een huisarts van Marokkaanse achtergrond werkzaam in een Wijkgezondheidscentrum (WGC) minder spraken over gevoelige dingen, volgens haar wegens het sociale taboe. De huisarts in kwestie maakt deel uit van de Marokkaanse gemeenschap en zal zaken weten over haar die ze liever niet openbaar maakt. Voor sommige vrouwen werkte het dan weer beter omdat er geen taalbarrière was. Ook de diversiteitsconsulent benadrukte de sociale druk in sommige gemeenschappen met een migratieachtergrond. Ook een diversiteitsconsulent vermeldde de het (gepercipieerde) sociale

stigma rond opname in een psychiatrische instelling, omdat daar verpleegkundigen en zorgkundigen zouden kunnen werken uit dezelfde gemeenschap.

“Dat is ook een groot verschil tussen mensen met een migratieachtergrond en autochtone mensen, dat een Belgische pasbevallen vrouw, ja, dat zij en haar man, dat is al. Een pasbevallen vrouw met migratieachtergrond, dat is zij, haar man, haar schoonfamilie, haar eigen familie, en de burens er nog eens bij. Dus zij gaat nooit beslissingen nemen als dat niet besproken geweest is. Dus neem nu dat die vrouw moet opgenomen worden, ik zeg zo maar iets. Ten eerste de sociale druk is al gigantisch: wat gaan ze zeggen? Want ja, de vierde generatie die studeert ook af, bijvoorbeeld als verpleegkundigen of verzorgenden, die ook in psychiatrische instellingen werken. Dus het gaat rap gezien worden, dat is iets wat heel moeilijk ligt.”

Is er een socio-cultureel taboe rond psychologische problemen? In groepssessies wordt niet snel gedeeld dat het moeilijk gaat, dat een mama bekaf is. Schaamte, geslotenheid van de mama, of het nog niet genoeg kennen van de groep? Dan is het aan de hulpverlener om eventuele signalen op te vangen en de vrouw even apart te nemen (vb. Altijd als ze binnenkwam: pfff ik ben bekaf, blijft hangen na de groepswerking). Eenmaal de groep elkaar wat beter kent, komen geleidelijk ook in groep die verzuchtingen boven.

“Zeker rond alle psychische of psychiatrische ziektebeelden, dat is zeker taboe. En uw kind verwaarlozen of niet graag zien of wat dan ook, ja daar mag niet over gesproken worden. En als andere vrouwen of schoonmoeders dat opmerken, dan gaan ze daar we in eigen kring een oplossing voor zoeken, maar ja, het gebeurt uiteraard wel”

Verschillende zorgverleners getuigden over taboes rond mentaal welzijn. Bij de Marokkaanse vrouwen leven bijvoorbeeld ideeën en standaarden zijn rond het vrouw zijn, het moeder zijn. De huisarts in kwestie had twee postnatale depressie opgevolgd bij Marokkaanse vrouwen en merkte dat zij hun problemen minder konden bespreken met partner of (schoon)familie. Een laag zelfbeeld, met angst om waardeloos geacht te worden en ‘wat zullen ze van mij denken’. De huisarts kon niet aangeven wat de reden daarvoor zou zijn. De partner mag dan wel betrokken en begrijpen overkomen, de vrouwen waren weigerachtig tegenover hulp/wouden geen hulp vragen en wouden het niet ten opzichte van hun partner toegeven of er met vriendinnen over praten. Er is angst voor de ‘Marokkaanse tamtam’, je kan niet toegeven dat het niet zo goed gaat, je moet de schijn ophouden.

Een vroedvrouw besprak hoe ze het belangrijk vindt dat vrouwen ook bij haar collega's terecht kunnen voor een gesprek, omdat niet iedereen zich waarschijnlijk op zijn gemak voelt bij haar en misschien met iemand ander beter aansluiting vindt. Het is van belang dat er vertrouwen is tussen beide partijen, dit komt vaak pas na een tijdje. Openheid creëren over het onderwerp, het onderwerp bespreekbaar maken, zodat mensen het op tijd durven aan te snijden, werd door velen aangehaald. Dit gebeurt door prenataal en postnataal aan te geven dat "de roze wolk niet altijd roze is" en dat het ouderschap een ingrijpende verandering is in je leven, met toegenomen verantwoordelijkheid, die onder andere kan leiden tot spanningen tussen de ouders. Tijdens prenatale kinesitheriesessies wordt gepolst naar angst en belevenis van de zwangeren. De zorgverleners benadrukten dat een babyblues op dag 3 normaal is, maar als de vrouwen het gevoel zouden hebben dat het meer is dan een babyblues, "als de wolken langer donkerder zijn dan licht boven je hoofd", om zeker van zich te laten horen. Er worden een aantal alarmsymptomen meegegeven aan de moeder (en de partner indien mogelijk) rond postnatale depressie en psychose.

Daarnaast werd aangegeven dat zorgverleners een "6^{de} zintuig voor problemen" hebben, en aanvoelen wie meer aandacht nodig heeft op vlak van mentaal welzijn, zeker als je die persoon ook tijdens de zwangerschap hebt opgevolgd en leren kennen. *"Eigenlijk hetzelfde als bij [andere] jonge mama's, maar je moet toch meer je voelspieten uitsteken"*.

De zorgverleners kijken of er ruimte is voor psychologische begeleiding en bieden een luisterend oor voor wie deze stap niet mogelijk of niet evident is, bellen de vrouwen, gaan eventueel langs bij hen aan huis. Een vroedvrouw die bij een project werkt dat gratis babymassage organiseert, vertelt hoe ze iemand die al een tijdje niet meer gekomen is, opbelt om te horen hoe het gaat en eventueel toch te motiveren om nog eens langs te komen. Tijdens en na de babymassage hebben de vrouwen een moment voor zichzelf, terwijl andere moeders hun kindje even overnemen. Postnatale kinesithherapie in groep en babymassage zijn momenten waarop over mentaal welzijn en vermoeidheid bij de mama gepraat kan worden op een laagdrempelige manier.

Detectie van psychologische problemen is natuurlijk primordiaal, wat bemoeilijkt wordt als vrouwen zich afzonderen of niet meer buiten komen. Volgens een diversiteitsconsulent worden postnatale depressies bijna niet opgepikt, maar ze gaf aan niet te weten of Kind & Gezin de psychologische problemen voldoende oppikken. Ze vindt dat de sector van psychologische hulpverlening nog meer moet uitgebouwd worden op cultuursensitief vlak. Kind & Gezin geeft aan

symptomen van postnatale depressie te bevragen op 6 weken en 3 maanden. Kind en Gezin was voor andere zorgverleners inderdaad een belangrijke kracht in het detecteren en opvolgen van postnatale psychologische problemen. Vroedvrouwen melden eventuele problemen aan K&G of ONE, stellen kraamzorg voor, bellen dagelijks. Er kunnen bijvoorbeeld vroedvrouwen van K&G aan huis komen, maar die hulp stopt ook op een bepaald moment. Een huisarts vertelde over een vrouw die eigenlijk geen hulp (meer) wou, maar met wie het niet goed gaat. Ze neemt haar telefoon niet op als de huisarts belt, ze komt niet opdagen op afspraken bij een psychiater die voor haar gemaakt zijn. De huisarts gaf aan vroeger buiten de uren bij haar langs te gaan, maar dat ze nu gestopt is omdat het gezin zo te veel van haar afhangt en dat het ook telkens een uur van haar vraagt. Om in aanmerking te komen voor thuishulp, moest ze op een intake-gesprek, waar ze nooit geraakt is, ondanks dat haar psycholoog haar kwam ophalen. Ze was bang om antidepressiva te nemen. De huisarts gaf aan dat het gemakkelijker was geweest als de vrouw meer hulp had toegelaten, of als K&G nóg meer aanklampend had kunnen werken, maar ook daar zijn er waarschijnlijk niet genoeg mensen voor. Het was een heel moeilijk proces, maar nu gaat het wel beter.

Een andere casus illustreert ook de moeizaamheid en het langdurige proces waar je als zorgverlener voor staat. Een vrouw van Afghaanse afkomst raakt ongepland en ongewenst zwanger, dit terwijl de partner beweert dat het wel gepland is. De moeder wil het kindje niet, en de schoonmoeder, met wie de zorgverleners geen contact hebben, neemt de zorg voor het kindje over. De moeder in kwestie komt nooit alleen naar de raadpleging van de huisarts, er wordt niet toegestaan (vanwege de schoonmoeder) dat naar haar beleving gevraagd wordt, de communicatie gebeurt volledig via de partner. De moeder vertoont geen gelaatsuitdrukking, maakt amper oogcontact. *“Maar ze is niet ziek genoeg om iets drastisch te doen.”* De huisarts gaf aan voor een dilemma te staan: enerzijds wil ze de mama alleen kunnen spreken met een tolk, maar anderzijds moet ze een vertrouwensband behouden met de familie om de vrouw überhaupt nog terug te kunnen zien, en het buitensturen van de familie zal die vertrouwensband mogelijks schaden. Hier werd dan gekozen om vrede te nemen met het kunnen terugzien van de patiënt. De huisarts in kwestie gaf aan zich onvoldoende ondersteund te voelen om met dergelijke problematiek om te gaan: je krijgt weinig feedback en kan amper iemand om advies vragen.

“Als je vastzit, dat is één van de meest frustrerende dingen die er zijn. Je hebt wel interviews over diversiteit en wat te doen met moeilijke situaties, dat bestaat. Maar eigenlijk expertise is belangrijk. Ik kan niet bellen naar iemand, en weten dat die mij een nuttig antwoord gaat geven op mijn vraag.” Gevraagd naar de mogelijke redenen dat de familie zich zo zou willen

afschermen, antwoordde de huisarts dat er vertrouwen ontbreekt, en dat de familie vindt dat zorgverleners moeilijke vragen stellen, al was het maar 'hoe voel je je'.”

Een vroedvrouw zag als reden voor het niet vragen om hulp een gebrek aan zelfinzicht en inzicht in hoe de situatie voor zichzelf te verbeteren. Maar ze maakte meteen ook de bedenking dat dat misschien niet specifiek is voor de kwetsbare groep: het is moeilijk om te accepteren dat je niet op een roze wolk zit. Het taboe is niet zozeer alleen cultureel - ook van kwetsbaren zonder migratieachtergrond en niet-kwetsbare moeder wordt verwacht dat je blij bent als kersverse moeder en dat je niet te veel klaagt. Een verpleegkundige dacht wel te zien dat vluchtelingen en andere kwetsbaren het minder snel tonen als het niet goed gaat. *“Zij zijn dat gewend, dat zijn overlevers”*.

Zij gaf ook aan dat de uiting van het niet goed voelen altijd iets fysiek is, niet mentaal. Mentale problemen worden niet gezien als een ‘ziekte’, wat volgens de vroedvrouw verklaart waarom autochtone vrouwen er sneller over beginnen. Een geïnterviewde moeder uit Somalië weet haar hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap aan de grote stress die ze voelde omdat ze geen papieren had en twee van haar kinderen in Somalië had moeten achterlaten.

Naast de frustratie dat je iemand niet zo goed kan helpen als je zou willen, is ook de rol als vertrouwenspersoon soms zwaar. “En je wordt dan vertrouwenspersoon en dan komen al die verhalen bij u.. ja en dan ben je blij dat je een team hebt om soms ook wel eens te ventileren.”

3. Knelpunten en faciliterende factoren in toegang tot zorg

3.1 Taal en praktische barrières

Een van de meest consistente getuigenissen van de zorgverleners was dat kwetsbare vrouwen vaak hun afspraken missen en niet laten weten dat ze niet zullen komen. In sommige gevallen was dit te wijten aan de taalbarrière: iemand krijgt een afspraak om 13u15, maar begrijpt niet wanneer dit is, omdat hun klok maar 12 uren telt. Ze durven niet te bellen om te vragen wanneer dit nu precies is. Nochtans verwees de vroedvrouw in kwestie naar een telefoonnummer waar ze naar konden bellen voor praktische vrouwen, bereikbaar tussen 8u en 17u. Het werd weinig tot niet gebruikt.

Andere redenen waarom sommige moeders niet op hun afspraken kwamen, was niet weten waar ze precies moeten zijn, het openbaar vervoer niet begrijpen, een uur staan wachten op de bus en

het niet durven vragen. Overal zijn fysieke drempels zoals loketten, onthaal, een gigantisch ziekenhuis waar je een papiertje moet gaan halen en je kent de taal niet.

3.2 Structuur van de zorg

Onze gezondheidszorg is complex: er is het ziekenhuis, privé gynaecologen, het wijkgezondheidscentrum, privé huisartsen, labo's en radiologie, eveneens privé en in het ziekenhuis. Een gebrek aan kennis over de mogelijkheden houdt sommige vrouwen tegen. Veel kwetsbare vrouwen kennen bijvoorbeeld de zelfstandige vroedvrouw niet. Het verschil tussen een kraamverzorgende en een vroedvrouw moet ook vaak uitgelegd worden. Gebrek aan kennis (o.a. over huisartsenwachtposten) leidt tot een oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst.

Vaak zijn er problemen van administratieve aard: er is weinig begeleiding voor administratieve zaken en de vrouwen weten soms niet goed bij wie ze daarvoor terecht kunnen. Op sommige plaatsen komen verschillende instanties van zorgverlening (prenatale steunpunten, inloopteams (Integraal Laagdrempelig OpvoedingsOndersteunings Punt) voor moeder en kind samen onder een dak: de Huizen van het Kind. Dit bevordert volgens de zorgverleners de continuïteit van zorg en het feit dat alles zich op één gekende plaats bevindt, verlaagt de drempel tot zorg. De vrouwen weten waar ze terecht kunnen met hun vragen en kunnen tegelijk op een plaats andere moeders ontmoeten.

3.2.1 Snel terug naar huis

“De miserie begint als ze naar huis gaan”. In bepaalde ziekenhuizen bestaat de gewoonte om moeders postnataal relatief snel naar huis te laten gaan. Een huisarts gaf aan een dag of twee extra in het ziekenhuis welkom zouden zijn. Prenataal werd ook aandacht besteed aan uitleg geven over de mogelijkheid om postnataal vroedvrouwen aan huis te laten komen, omdat weinig mensen vertrouwd zijn met het aanbod van zelfstandige vroedvrouwen.

3.3 Verblijfsstatuut

Sommige mensen blijven jaren in de illegaliteit leven in België. Hun woon- en leefomstandigheden zijn chronisch suboptimaal en er kan weinig structureel ondernomen worden.

“Het is gewoon lastig als je met mensen werkt die in de illegaliteit zitten. Bij hen stopt alles. Zij kunnen op geen enkele manier vooruit in hun leven, dat is gewoon zo, dat is een gewone barrière. Die mensen in die situatie moeten gewoon jarenlang stilstaan. En dat is frustrerend voor

hen, voor ons, we kunnen daar ook weinig voor doen verder, iedere keer kijken, maar uiteindelijk verandert er niks aan de situatie, dus dat is wel een barrière.”

“Mensen krijgen kinderen en zoals laatst, zij zitten ergens op de derde verdieping op een zolderkamertje met 1 raampje dat amper open kan, 30 graden, schimmels op de muur, draaitrap zonder leuning, waar wij zelfs amper naar boven durven gaan, daar dan met een pasgeboren kindje. Die vragen: ‘kunnen wij ergens anders naartoe?’, maar dat is niet gemakkelijk. Dat zijn erkende vluchtelingen, dus in principe, eens je het statuut hebt gaat het balletje aan het rollen en kan je op een bepaald moment de situatie wel verbeteren, maar voor veel mensen is het ook niet zo. Die andere mensen hebben gewoon niets. En altijd onder de radar blijven. Daar heb je weinig vat op en dat is gewoon jammer dat dat zo moet zijn.

“Die illegale situatie, dat is schrijnend, daar is ook geen oplossing voor, dat is dweilen met de kraan open. Dat is oplappen. We doen wel keer een aanvraag voor eenmalige financiële bijstand, zodat ze 200 of 300 euro krijgen, maar ja, dat is eenmalig, een keer, dat stopt niet eh... er is geen structurele oplossing, je kan voedselpakketten gaan zoeken, je hebt overal... die mensen zijn er ook nooit eens uit, ja vakantie, vergeet het. Voor ons... Wij zoeken wel naar waar we met hen terecht kunnen. Maar ja. Dat is het moeilijkste. Zij die staan op OCMW's, dan weet je dat ze nog maandelijks... Huisvesting is wel een groot probleem in Brussel, ook crèches zijn een gigantisch probleem, de wachttijden kunnen ellenlang [zijn]... Waardoor dat de mama's, ja, ze hebben ook nooit 5 minuten ademruimte.”

3.4 Socio-economische kwetsbaarheid

3.4.1 Levensstijl en leefomstandigheden

“Hoe rijker, hoe gezonder”. Een vroedvrouw beschrijft in haar populatie van hoofdzakelijk vrouwen van Marokkaanse origine en suboptimale socio-economische status veel hoge bloeddruk, zwangerschapsdiabetes, obesitas en moeilijke bevallingen te zien. Daarnaast vermeldt ze een gebrek aan financiële middelen voor en onwetendheid over gezonde voeding tijdens de zwangerschap en in het algemeen. Sommige kleuters krijgen energiedrankjes te drinken, fruitpap wordt soms bereid met vruchtensap uit dozen. “Er zijn mensen die alleen bij de McDonalds eten.”

“De ongezonde levensstijl, de stress, de voeding, de beweging, ja... Toch ook veel psychische stress en je merkt dat dat ook wel speelt. Veel ongewenste zwangerschappen - heel veel ongewenste zwangerschappen, waarbij ze nog anti-epileptica of antipsychotica nemen in het

begin van de zwangerschap. Dat zijn allemaal dingen die opgevolgd moeten worden, of die gecontroleerd moeten worden.”

Gezinnen in maatschappelijk kwetsbare situaties staan onder continue psychosociale stress (onstabiele situaties: relaties, huisvesting, financieel). Een vroedvrouw verwoordde het gevolg hiervan als het hebben van weinig bandbreedte. Een gevolg daarvan is dan weer dat soms suboptimale opvoedingskeuzes gemaakt worden, bijvoorbeeld in het kader van voeding.

“En waar mensen dan ook tegenaan lopen is de veelheid der dingen die moeten geregeld worden, onderdak, voeding (slechte huisvesting), dan tegelijk die zwangerschap, proberen te zoeken, alles tegelijk! Veel te veel.”

3.4.2 Financiële problemen

Het financiële aspect is volgens een geïnterviewde huisarts geen probleem, dat wordt geregeld via de sociale dienst. Wat ziekenhuizen betreft, wordt soms van patiënten die geen DMH of mutualiteit hebben geëist dat ze een vast bedrag betalen aan het onthaal (vermelde bedragen: 73 tot 100 euro). Tegelijk zegt een vroedvrouw werkzaam in een ziekenhuis dat geen enkele zwangere geweigerd word, als ze het bedrag niet kunnen betalen, moeten ze dan een kleiner bedrag geven, 5 of 10 euro). Een vroedvrouw vertelde ook over getuigenissen van andere hulpverleners, over mensen met papieren die zich aanbieden voor een soort zorg, maar waar gezien wordt dat ze bijvoorbeeld achterstallige huur hebben, waardoor aan hen niet-dringende zorg ontzegd werd. Alleen het simpele feit van de angst om daarop aangesproken te worden, kan een barrière creëren voor mensen om naar het ziekenhuis te gaan. De vroedvrouw gaf aan dat ze niet wist of dat nu ook nog zo was.

Een vroedvrouw vertelt hoe soms botweg naar de mensen gecommuniceerd wordt: geen papieren, dus 1000 euro meebrengen als je gaat bevallen. Nochtans bestaat de DMH om deze financiële barrières op te vangen. De toekenning van DMH kan op verschillende niveaus spaak lopen.

Zelfstandige vroedvrouwen vragen vaak een transportvergoeding (bijvoorbeeld 5 euro), wat een struikelblok voor veel moeders. Sommige moeders laten de vroedvrouw al geen tweede keer meer komen omdat ze de vergoeding niet kunnen of willen betalen. Omdat het aangewezen is dat moeder en kind ook op dag 3, 4 en 5 opgevolgd worden, vult een vroedvrouw verbonden aan een WGC die lacune dan in, maar dat kan ze enkel doen als vrouwen haar zelf bellen omdat ze weten dat ze bij haar geen transportvergoeding moeten betalen.

Sommige mensen denken dat kraamhulp veel kost, terwijl het eigenlijk door de mutualiteit terugbetaald kan worden en dat de mutualiteit ook uitzonderingen kan maken bij illegaliteit.

In de WGC moeten ingeschreven patiënten geen supplement te betalen (3^{de} betalingsregeling). Een huisarts gaf aan dat mensen uit financiële overwegingen toch minder hulp zoeken: soms wordt er gewacht tot er grote problemen zijn.

Een vroedvrouw vertelde over een vrouw die haar kind zou afstaan voor adoptie, waarschijnlijk puur omwille van financiële redenen. Ze werd betaald om te zorgen voor een ander kindje, en kolfde stiekem af voor haar eigen kindje. Bij verdere exploratie bleek dat de moeder haar kind eigenlijk graag wel wou houden.

3.4.2.1 Medische waarborg in het kader van Dringende Medische Hulp

Enkele zorgverleners zouden voor iedere zwangere onmiddellijk toekenning van een medische waarborg willen, met het onderzoek achteraf, zodat tenminste de toegang tot zorg voor iedereen gelijk is. *“Het is ook zo als je de wetgeving van de DMH opvolgt, dan is het eigenlijk opgelost, dan moeten we dit gesprek hier niet voeren.”*

Een belangrijke barrière voor het verkrijgen van een medische waarborg van het OCMW, en zo het wegnemen van de financiële barrière tot zorg, is het niet kunnen voorleggen van de benodigde documenten, zoals bewijzen dat je hier al 3 maanden verblijft en bewijzen van inkomsten. Als de vrouw bijvoorbeeld inwoont bij andere mensen, moeten ook zij hun inkomsten aangeven. Huisjesmelkers weigeren soms de nodige papieren te voorzien. In de stad Antwerpen is de situatie al sterk verbeterd: in 2011 werd slechts 1 op 8 van de aanvragen voor zwangeren goedgekeurd, nu is dat 1 op 3, 1 op 2 volgens de geïnterviewde vroedvrouwen. Er is nu een aanspreekpunt kwetsbare zwangere na inspanningen van het Platform voor Kwetsbare Zwangeren. De sociaal assistente die er werkzaam is, is heel effectief in het overtuigen van de mensen dat het veilig en noodzakelijk is hun papieren aan hen toe te vertrouwen. Om de medische waarborg te verlengen, moet men elke maand terug naar het OCMW. 3 maanden na de bevalling kan een nieuwe aanvraag soms al worden afgekeurd.

De aanslepende administratieve regeling van de medische waarborg verhindert soms tijdige behandeling, zoals in het geval van (zwangerschaps)diabetes: *“Soms duurde het een maand, een maand en een half voor er een akkoord was, maar dan had je al 6 weken verloren!”* Sommige mensen die in de illegaliteit leven, stellen het vragen van zorg uit, omdat de toekenning

van de medische waarborg voor DMH een huisbezoek van het OCMW vereist, waar sommigen weigerachtig tegenover staan.

Volgens een huisarts, maken veel artsen geen gebruik van de medische waarborg voor DMH, omwille van het misverstand dat preventieve zorg hier niet onder valt. Dezelfde huisarts gaf aan dat samenwerking met het OCMW cruciaal is, 'anders verzuip je in de administratie'. Artsen werkzaam in WGC zijn wel zeer goed op de hoogte van wat terugbetaald is door het OCMW en waar mensen in de illegaliteit recht op hebben. In (sommige) WGC zijn ook mensen zonder papieren welkom, om zo de medische waarborg in orde te brengen. Een vroedvrouw uit Sint-Niklaas denkt dat er elke maand minstens 1 à 2 zorg krijgen zonder dat de zorgverleners van het WGC daar vergoed voor worden, ook niet via het OCMW. Het gaat dus om een heel kleine groep, die financieel gezien bijna verwaarloosbaar is. Dezelfde vroedvrouw meende dat dat zeker anders was in Brussel (o.a. Aquarelle vzw verbonden aan U.M.C. Sint-Pieters).

“Misschien is het OCMW hier toleranter? Ik heb eigenlijk geen idee, ik kan het ook niet vergelijken, de OCMW's hier uit de regio betalen vlot vroedvrouwzorg terug.”

Een vroedvrouw betrokken bij een project voor kwetsbare moeders, getuigt dat sommige ziekenhuizen niet met de medische waarborg voor DMH willen werken, omdat het een extra kost is om sociale assistenten aan te stellen om de enquêtes hiervoor te doen. In sommige ziekenhuizen worden mensen worden daarom heel snel aan de deur gezet, zonder dat naar hun sociale context gekeken is, of worden ze doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Soms gebeurden bloedafnames niet omdat de patiënt geen verzekering had.

Er zijn grote lokale verschillen in wat de OCMW's terugbetalen en hoe vlot ze aanvragen goedkeuren (in Gent wordt bijvoorbeeld relatief vlot goedgekeurd volgens de Gentse hulpverleners). Zo zijn er regionale verschillen in het aantal mensen dat goedgekeurd wordt. Bij goedgekeurde medische waarborg is niet altijd (alle) medicatie inbegrepen, anticonceptie wordt bijvoorbeeld niet altijd terugbetaald. Er is ook variatie in wat de apothekers willen meegeven aan vrouwen die met een voorschrift komen, sommigen 'doen moeilijk', omdat ze niet het precieze geneesmiddel op het voorschrift beschikbaar hebben, sommigen geven wel een gelijkwaardig middel mee. Ook bij het voorschrijven van medicatie bij mensen zonder papieren wordt er soms te weinig rekening gehouden met de vraag of die mensen daar wel om kunnen gaan: is het inbegrepen in hun medische waarborg? Hebben ze een goedgekeurde medische waarborg? Aquarelle vzw gebruikt een groot budget (4000 euro per jaar) om bij te springen waar nodig.

3.4.3 Andere prioriteiten/overlevingsmodus

Een van de factoren waarom sommige vrouwen zorg uitstellen, is dat ze druk bezig zijn met overleven van dag tot dag om te kunnen voldoen in hun basisbehoeften.

“Wat ik altijd merk is dat mama’s niet toekomen aan info, aan allerhande extra’s, wij doen aan zwangerschapsyoga en vanalles en nog wat. Als niet eerst die basisbehoeften in orde zijn: kleertjes voor hun baby’tje, een wiegje, een.. heel eenvoudige simpele dingen eh, als die niet in orde zijn, hebben mensen ook geen ogen naar extra’s. dus wat wij dan ook eerst doen is samen eens naar kleertjes kijken, hebben ze genoeg body’tjes, hebben ze genoeg pyjamaatjes, waar kunnen we een buggy vinden, wat ook vaak heel moeilijk of heel duur is, of een draagdoek want hier in Brussel met het openbaar vervoer is dat niet zo evident om u te verplaatsen. Dus daar proberen wij van praktische noden tegemoet te komen om dan te zien dat er ruimte komt voor andere dingen.”

Een (onverwacht) familiebezoek is in sommige gemeenschappen voldoende om niet voor een raadpleging op te dagen.

3.4.4 Beperkt sociaal netwerk

Het is praktisch moeilijk om op een afspraak te geraken als je geen oppas hebt voor je kinderen. Vaak hebben kwetsbare vrouwen een beperkt sociaal netwerk. Een huisarts vertelt dat de context, het sociaal netwerk, de omkadering ertoe kan leiden dat de vrouwen weinig hulp vragen en ook moeilijk kunnen inpikken op het bestaande aanbod.

De sociale netwerken van kwetsbare vrouwen kunnen er ook anders uitzien dan de typische familiale structuren van middenklasse Belgen, waardoor het even kan duren voor je doorhebt wie er allemaal invloed heeft op een moeder. Het netwerk (zowel het formele als het informele – het informele netwerk bij uitstek meer invloed hebbend op zwangerschapskeuzes dan het formele netwerk) uittekenen en al tijdens de zwangerschap proberen te versterken, werd aangegeven als heel belangrijk. Dit werd gezien als een onderdeel van ‘sociale verloskunde’, waar bij sommige gynaecologen te weinig aandacht naartoe gaat volgens een vroedvrouw.

3.4.5 Schaamte

Volgens een vroedvrouw is er een hogere drempel voor kwetsbaren om kraamhulp aan te vragen (in vergelijking met een blanke, welstellende, goed omringde vrouw). De vrouw schaamt zich misschien om iemand in haar huis toe te laten omwille van de staat van haar huisvesting (schimmel op de muren, ergens in een kelder, ondergedoken, klein).

3.5 Kennis, gezondheidsvaardigheden, mondigheid

Een verpleegkundige van K&G vertelde over een autochtone kansarme jonge vrouw die op 38 weken een keizersnede had gehad, zonder te weten waarom. Hoe beperkter haar kennis, hoe minder een vrouw in staat is om zelf iets voor te stellen. Kansarmen zijn soms minder mondig of meer meegaand met autoriteiten, ze komen minder op voor zichzelf door gebrek aan durf, vertrouwen en gezondheidsvaardigheden. De vrouwen krijgen te weinig informatie, te weinig uitleg van de artsen, begrijpen die niet goed, vragen er zelf niet genoeg naar, omdat ze onzeker zijn en niet goed weten wat te verwachten. Het kan dus zijn dat hun zorgvraag minder duidelijk geformuleerd is. Dat de artsen te weinig uitleg geven, ligt volgens deze verpleegkundige aan gebrek aan tijd of aan het feit dat de vrouwen soms niet durven toegeven dat ze iets niet begrepen hebben. Sommige vrouwen zijn een heel hiërarchische arts-patiënt relatie gewoon, en durven niet in te gaan tegen de voorstellen van de arts of vragen te stellen. Een vroedvrouw getuigde dat, hoewel de vrouwen haar met evenveel aanzien bejegenden als een arts, de vrouwen soms 'ja-knikten' en vervolgens toch een advies niet opvolgden. Er werd opgemerkt dat er een neiging is tot het geven van maatschappelijk aanvaardbare antwoorden.

Gebrek aan informatie, en kennis van waar of wie je om uitleg kan vragen hangt voor nieuwkomers samen met de hoeveelheid zaken die vaak geregeld moeten worden en het verloren lopen in het Belgische systeem. Ze weten letterlijk niet waar naartoe. Zo ontstaat er bijvoorbeeld vaak bij deze groep een oneigenlijk gebruik van spoed, bijvoorbeeld voor een kind met constipatie, onder andere uit gebrek aan kennis over de huisartsen(wachtpost). Van zodra mensen in een asielcentrum verblijven of steun van het OCMW ontvangen en weten waar naartoe, vinden ze de weg naar de reguliere zorg wel. De meeste kwetsbaren zijn degenen die niet in een centrum verblijven. Zelfs al ze in de procedure zitten, vinden sommigen hun weg niet. *"Sommige van die vrouwen zijn gewoon zeer hulpeloze mensen"* getuigt een huisarts. *"Bijna vogeltjes voor de kat. Anderen juist niet."*

Volgens een huisarts zal veel ingezet moeten worden op het geven van gezondheidsvoorlichting aan kwetsbare vrouwen. Er is een algemeen informatietekort, over de werking van het lichaam, anticonceptie, gezonde voeding en borstvoeding.

Naast het versteken van de gezondheidsvaardigheden, moet ook ingezet worden op de emancipatie van de moeders: hen in staat stellen zelf verantwoordelijkheid te nemen, actief hun situatie en hun toekomst te verbeteren, om te vermijden dat ze jaren afhankelijk blijven van

bijvoorbeeld materiële hulp. Een vroedvrouw vertelt hoe de moeders zonder papieren die zij ziet veel 'power' in zich hebben, en vaak gezonde, sterke vrouwen zijn.

3.6 Gebrek aan cultuursensitiviteit/cultuur en religie/discriminatie en vooroordelen

Vrouwen met migratieachtergrond ondervinden discriminatie van zorgverleners, dit is niet specifiek voor de postnatale periode. Vroedvrouwen getuigen over een neerbuigende houding ten opzichte van kwetsbaren, en soms ook racistische houding. Bij sommige zorgverleners is er een gebrek aan een open blik, ziet een diversiteitsconsulent. Vegetarisch eten is bijvoorbeeld beschikbaar in ziekenhuizen, halal eten niet overal, terwijl er toch niet meer vegetariërs zijn dan moslims?

Andere hulpverleners beseffen dan weer heel goed dat ze nergens zullen komen als ze belerend alles wat afwijkt van de Vlaamse standaard, afwijst. Ze weten dat ze hun blik op hoe iets zou moeten lopen, deels moeten loslaten. Een baby krijgt elke dag een lepeltje honing ter bescherming. Bij de Roemenen is het altijd veel te warm in huis, dat je bijna van jezelf gaat, want het kind mag geen koud hebben. Er moet een basis zijn van correcte informatie, en de vrouwen moeten weten dat het gaat om een cultureel verschil, dat het ook zo niet hoeft.

Een huisarts getuigde dat de boekjes van kind en gezin met informatie over de voeding voor een kindje veel kritiek uitlokken, die cultureel heel remmend zijn, en waarvan ze denkt dat niet alles wat er staat zo onderbouwd is. Wereldwijd wordt niet aangeraden om op 4 maand te beginnen met fruitpap. Er wordt ook afgeraden om bonen te geven, terwijl dit in sommige cultureel wel de gewoonte is. Er staat ook enkel voedsel in volgens de Vlaamse traditie: geen kruiden. Het ligt gevoelig bij de vrouwen, omdat er zaken instaan die niet kloppen en voeding is een gevoelig/moeilijk onderwerp.

Een vroedvrouw vertelde over een schrijnend geval van discriminatie, waarbij een jonge vrouw na een sectio heel veel pijn had, en de gynaecoloog haar dafalgan voorschreef, omdat intraveneuze pijnstilling te duur was. De vroedvrouw meende dat dit vooral was 'zodat ze het eens goed voelen'. Ook gepercipieerde discriminatie kan een rol spelen: op een drukke dienst, dacht een vrouw denkt dat ze zo lang moest wachten omdat ze buitenlands is. Nadat ze geklaagd heeft, is het toevallig haar beurt, wat haar idee bevestigd.

Bij een vrouw met 7 kinderen bij 7 verschillende vaders werd gedreigd om haar uitkering van het OCMW te schrappen als ze nog een kind zou krijgen, omdat men het onverantwoordelijk vindt dat een vrouw in een dergelijke situatie zoveel kinderen krijgt. Een positieve aanpak, vertrekkend

vanuit de beleving van de vrouw, met als uitgangspunt dat het als vrouw toch fijn zou zijn om te kunnen kiezen wanneer en met wie je kinderen krijgt, werkte wel om de vrouw in kwestie stappen te doen ondernemen om anticonceptie te nemen. Er werd aangehaald dat er soms een nogal neerbuigende houding wordt aangenomen tegenover kwetsbare vrouwen.

Er werd aangegeven dat kwetsbaarheid soms nog een ver-van-mijn-bedshow is voor (beginnende) hulpverleners. Het is ook een kwestie van gewoonte om met mensen in een sociale precare situatie te werken.

4. Knelpunten in (het verlenen van) de zorg

4.1 Postpartum opvolging

Idealiter wordt opvolging verzekerd in het ziekenhuis. Een vroedvrouw gaat bijvoorbeeld bij de ontslagprocedure langs om uitleg te geven over het aanbod, dat er nog het een en ander aan het veranderen is, en dat je als moeder nog begeleiding nodig hebt. Het feit dat je de vrouwen daar in het ziekenhuis hebt, zorgt ervoor dat er in principe minder barrières zijn dan de prenatale opvolging: er kan meteen een afspraak gemaakt worden. Er is nog altijd de vrije keuze van de vrouw, en soms is het ook niet nodig dat er nog een vroedvrouw aan huis komt, als het verblijf in het ziekenhuis lang genoeg is en Kind & Gezin zal instaan voor verder opvolging. Maar als bijvoorbeeld de Guthrie-test nog niet gebeurd is, zijn de zorgverleners extra waakzaam, en “laten ze ze niet zomaar gaan”. Als je al op voorhand werd opgevolgd, doet het veel als diezelfde persoon je verder kan opvolgen. Het feit dat iemand over de vloer komt die je kent, zorgt dat er heel goede aansluiting is van prenatale naar postnatale zorg. Je hebt al een project opgestart met de zwangere. Een vroedvrouw ziet dat over 22 jaar deze zorg toch ook ingebed geraakt bij de kwetsbare groep, door prenataal en in het ziekenhuis al informatie te geven en te zorgen voor vertrouwde gezichten.

Bij Aquarelle gebeurt een goede doorstroom van en naar het Sint-Pietersziekenhuis. Het is dan ook een project van de materniteit zelf. Elders verloopt dit soms minder vlot: ziekenhuizen worden ingelicht over de mogelijkheid om kwetsbare pasbevallen moeders door te sturen naar gerichte initiatieven, zoals Origine in Antwerpen, dat voor moeders zonder papieren kosteloze postnatale opvolging voorzag door zelfstandige vroedvrouwen. Hoewel dat voor het ziekenhuis in principe geen extra moeite is, gebeurde dit toch niet altijd.

4.1.1 Lost-to-follow-up

Sommige vrouwen gaan niet naar de afspraak die je voor hen maakt. Als de verwijzer hen dan zelf ook niet meer terugziet, vallen de vrouwen soms voor een lange periode zonder opvolging. Dit werd aangehaald in het kader van de prenatale opvolging, bij verwijzing van huisarts naar gynaecoloog.

Er wordt veel verhuisd zonder dit door te geven aan de zorgverlener. Voor mensen zonder papieren is het een moeilijke zoektocht naar logement. Sommige gezinnen leven in danig slechte huisvesting dat ze continu op zoek zijn, of ze woonden in bij vrienden, en dat gaat niet meer na de geboorte van het kindje. Vooral mensen met een onzeker verblijfsstatuut zijn een snel wisselende groep: een vroedvrouw vertelde hoe op 1 jaar tijd een Antwerpse wijk waar mensen zonder papieren toekomen voor 25% van zijn populatie kan wisselen.

Sommige moeders gaan de eerste 40-tal dagen bij familie gaan inwonen, wat prima mantelzorg is, maar de zorgverleners zijn zelden op de hoogte. Dan probeert men te zoeken naar een vroedvrouw in de nieuwe woonplaats, "maar niet elke vroedvrouw is bereid om veelvuldig aan te bellen en op zoek te gaan".

4.1.2 Bereiken van de vrouwen

"Zo had ik van in het begin door dat je veel kan doen voor kwetsbare moeders, alleen: hen bereik je niet, zij zullen niet naar jou toekomen." Weinig kwetsbare moeders nemen zelf contact op met zelfstandige vroedvrouwen, omdat ze dit onvoldoende kennen. Een zelfstandig vroedvrouw vertelde hoe ze was ingegaan op de oproep van een vzw voor vluchtelingen om babyspullen voor een aanstaande moeder te verzamelen. Ter plekke had ze aangeboden aan de vluchteling om postnataal bij haar langs te gaan. Zonder het initiatief van de vroedvrouw, zou de moeder in kwestie postnataal zonder zorg gevallen zijn: de vrouw was in het ziekenhuis bevallen en na een paar dagen naar huis gegaan, maar er was vanuit het ziekenhuis geen doorverwijzing. De vroedvrouw kon via Fedasil terugbetaling krijgen.

"Ja, ik denk dat iedereen heel veel moeite doet om die mensen ergens onderweg op te pikken, maar ja, als je kijkt naar Brussel, dat is een gigantische stad, waar wonen al die mensen? Als ik zie waar sommige mama's hier wonen... Krijg ze dan maar te pakken.."

"We staan elke week bij deze kwetsbare groep met meer regelmaat voor een gesloten deur dan bij onze Belgische groep." Er werden verschillende redenen aangegeven: minder goede huizen en de bel werkt niet, men heeft geen belwaarde en er wordt dus niet opgenomen op de gsm.

Sommigen zijn het vergeten en/of zijn niet thuis. Dit komt ook voor bij de Belgische populatie: moeders zijn postnataal vaker sneller dingen aan het regelen buitenshuis, geboortelijsten van de mutualiteit in orde gaan brengen, het kind gaan aangeven, inkopen gaan doen... Sommige moeders liggen nog in bed en doen niet open. Soms wordt afgesproken dat 3 pogingen het maximum is, waarna zoveel mogelijk mensen binnen het medische team verwittigd worden: de huisarts, de gynaecoloog, de pediatr, de sociale dienst, kind en gezin.

Op afspraak komen is voor sommige mensen moeilijk, naast de eerder besproken praktische barrières zoals het niet kennen van de busregeling, geen oppas vinden voor de andere kinderen, ook doordat sommige vrouwen niet dezelfde (Westerse) agendacultuur hebben en niet de gewoonte hebben om op tijd te zijn en af te bellen als ze niet kunnen komen.

Zorgverleners verlagen eventuele drempels door mama's te bellen als ze uit het zicht dreigen te verdwijnen. Dit legt meteen ook een precair punt bloot: vaak zijn deze mensen voor hun zorg afhankelijk van de expliciete inspanning van zorgverleners. Er zijn zorgverleners die afhaken en niet erg aanklampend werken. Zij hebben bijvoorbeeld een drukke praktijk, of hebben een grote actieradius (te ver rijden om toch weer voor een gesloten deur te staan). *“Dan bel je naar die nummer, maar die nummer is al veranderd, ken je dat? Die woont daar dan al lang niet meer, heeft daar misschien nooit gewoond... Dus het is moeilijk werken.”*

De Roma werd aangegeven als een uiterst moeilijk te bereiken groep prenataal. Jonge vrouwen worden weggehouden door gemeenschap omdat zorgverleners info over seksualiteit, anticonceptie...geven. Een vroedvrouw gaf aan dat deze groep postnataal wel goed bereikt kan worden en dat ze dan wel zorg toelaten en de hulpverleners heel hartelijk ontvangen.

Een leemte in de hulpverlening voor kwetsbaren is de gebruikersparticipatie, de input van de mensen zelf. Maar het is een heterogene groep die moeilijk te bevragen blijkt.

4.2 Communicatie tussen zorgverleners

“Communicatie tussen huisartsen, ziekenhuizen, vroedvrouwen, Kind en Gezin, Kind en Preventie is nul, nul! Daarom willen we in kaart brengen wat er bestaat: kunnen we samenwerken?” Verschillende zorgverleners benadrukten het belang van goede samenwerking en het in kaart brengen van alle spelers in de hulpverlening.

Er is suboptimale communicatie tussen verschillende lijnen en diensten en grote versnippering. Niet alle specialisten schrijven een doorverwijsbrief. EHealth is een hulp, maar om een patiënt te kunnen registreren is een elektronische chip vereist, er zijn asielzoekers die tijdelijke

identiteitskaarten hebben met een chip, maar mensen zonder papieren hebben dit niet. Mensen in precare situaties zijn een typische groep waar vele zorgverleners onafhankelijk betrokken zijn, maar waar het vaak onduidelijk is wie betrokken is en wat zij precies doen, waardoor naast elkaar gewerkt wordt. Hopelijk brengt het globaal medisch dossier soelaas, omdat het nu soms veel tijd kost om na te gaan waar een patiënt al geweest is.

4.2.1 Casemanager

De vroedkundige kan een belangrijke spilfiguur zijn in een gecoördineerde zorg rond moeder en kind. Nu wordt deze rol in de praktijk vaak al uitgevoerd door de vroedvrouw, omdat men heel bereikbaar is. Er is echter geen specifieke opleiding voor, en het vraagt veel tijd. Vandaar dat sommige zorgverleners pleiten voor een duidelijker kader of een persoon die enkele de rol van casemanager vervult.

Ook huisartsen gaven aan dat het niet slecht zou zijn als iemand de zorg rond een vrouw zou 'managen' om het overzicht te behouden en de opvolging te verzekeren. Huisartsen zien hun rol ook meer en meer evolueren naar zorgmanagement.

4.3 Taal

Een taalbarrière kan een grote uitdaging zijn in het verlenen van zorg. Zorgverleners maken gebruik van een mengeling van gebaren, woorden in een gemeenschappelijke taal, afbeeldingen, online tools zoals Zanzu.be of google translate, of communiceren via (informele) tolken, zij het aanwezig of een video- of telefoontolk. Via gebaren, beeldmateriaal (vb. Kind in beeld) en internettools kan al heel wat basisinfo gegeven worden, maar een diepgaand gesprek wordt het niet. Het vlot informeren wordt zeker gehinderd als er geen gemeenschappelijke taal te vinden is. Soms lukt het niet om een tolk te regelen, zelden is er geen tolk voor een bepaalde taal, er kunnen technische problemen zijn, het kan lang duren om het programma op te starten, maar op zich wordt er handig gebruik van gemaakt en is het heel waardevol. Een huisarts vertelt hoe je veel dieper kan ingaan op zaken en echt kan horen wat de patiënt denkt. Het is soms nog een valkuil om toch zonder tolk te proberen om tijd te winnen, als je inschat dat de patiënt je wel een beetje begrijpt, maar dan merkt je dat het toch niet vlot.

Informele tolken, waaronder partners, zijn zeker niet ideaal. Er wordt niet rechtstreeks met de vrouw gecommuniceerd, en in het slechtste geval wordt enkel een gesprek gevoerd met de partner, zonder dat die nog terug vertaald. De man is vaak aan het woord omdat hij hier al langer is, en eventueel Nederlands spreekt. Sommige zorgverleners proberen de anderstalige vrouwen te stimuleren om Nederlandse les te volgen, zodat ze meer gericht en rechtstreeks kunnen

vertellen wat ze voelt of wat er is. Soms vertellen vrouwen het te zwaar wordt om lessen te volgen in de zwangerschap, en het leren wordt ook niet gestimuleert door het feit dat de vrouwen vaak geen werk hebben, onderhouden worden door hun man en enkel instaan voor de zorg van de kinderen.

Een diversiteitsconsulent hield een pleidooi om nooit gebruik te maken van informele tolken: *“als de familie tolkt, dan mag je er 100% zeker van zijn dat het niet de boodschap gaat overbrengen zoals jij dat wil”*. Een bijkomende reden, is om kinderen te beschermen tegen het altijd meegebracht worden naar consultaties om te vertalen: ze worden soms van school gehouden, en zouden niet belast mogen worden met deze taak.

Soms ontstaan er schrijnende misverstanden rond taalverschillen. Een vrouw had isotretinoïne voorgeschreven gekregen en haar was in het Engels duidelijk gemaakt dat ze onder geen beding zwanger mocht worden omwille van het teratogeen effect. De vrouw had echter begrepen dat ze niet zwanger kon worden door inname van dat product. De vrouw is uiteindelijk wel zwanger geworden en heeft een kindje gekregen met zware afwijkingen.

Een vroedvrouw vertelt tijdens de babymassage in groep weinig gebruik wordt gemaakt van tolken van buitenaf: de moeders tolken voor elkaar en de vroedvrouw die de sessie geeft probeert een mengeling van Frans, Nederlands en Engels. Het vraagt energie, flexibiliteit, en het is telkens aanpassen aan de persoon die tegenover je zit. Ook gesprekken tussen de moeders onderling gebeuren soms met handen en voeten, de moeders tolken vaak voor elkaar.

4.4 Belasting, beleving en betrokkenheid van de zorgverlener

De vaak schrijnende leefomstandigheden en ervaringen van mensen in een precare situatie, laten zorgverleners ook niet onbewogen. Een vroedvrouw gaf aan dat het belangrijk was om eens te kunnen ventileren. Zelfstandige vroedvrouwen en huisartsen zijn hierin het kwetsbaarst, omdat ze minder in teamverband werken. Kansarme moeders kunnen in hun zorgvraag veel aandacht opeisen van hulpverleners, en té afhankelijk zijn van hen. *“Bij sommigen... Je geeft ze en vinger en ze nemen je arm...”*

Sommige hulpverleners worden “slachtoffer van hun eigen succes”: sommige gynaecologen en vroedvrouwen die openstaan voor deze mensen, behandelen na een tijdje alleen kwetsbare mama's. In sommige gevallen leidt dat ertoe dat de hulpverlener in kwestie afhaakte.

“Ik ben wel blij dat ik af en toe, je mag dat niet zeggen, maar een ‘normale’ zwangere heb, die het goed heeft thuis en dan moet ik mij alleen maar concentreren op het medische en niet op alle problemen”

Een vroedvrouw vertelde over het onveilige gevoel dat sommige voedvrouwen hebben als ze een huisbezoek doen waarbij de deur achter hen op slot gaat, of de bezocht moeder op een zolderkamertje woont in een gebouw met voor de rest alleen maar mannen.

Het werken in de vestiaire voor kwetsbare moeders was voor een van de geïnterviewde vroedvrouwen vaak heel frustrerend, omdat sommige mensen te veel willen meenemen, of iets wat ze eigenlijk niet nodig hebben of omdat ze “te kieskeurig” zijn of klagen dat andere mensen meer krijgen. Soms leeft het gevoel dat het geen eenvoudige doelgroep is. Een diversiteitsconsulent getuigde dat zij haar doelgroep eenvoudig vindt en ontzettend veel dankbaarheid en respect ontvangt. Zorgverleners worden thuis heel gastvrij en hartelijk ontvangen, de moeders voelen dat er goed voor hen gezorgd wordt, beter dan in hun thuisland. Dit is ook wat uit de interviews met de moeders zelf naar voorkwam. Hier zorgt men voor anderen, ook al heb je geen geld, wat in schril contrast staat met de situaties waarvan ze gevlucht waren. *“So always, when you are rich you will move on, if you are poor you will never move on. But here they treat everybody equal.”*

Het goed werken van sommige voorzieningen bleek soms af te hangen van de persoonlijke inspanningen en motivatie van een hulpverlener. Er werd verteld hoe het zwangerschapsverlof van een bepaalde collega “die de hele praktijk droeg” duidelijk gevoeld werd in het minder bereiken van de vrouwen. Of omgekeerd, na een personeelsswissel van sociale assistentie, steeg het percentage goedkeuringen van de medische waarborg voor DMH. Het effect van en de nood aan mensen die met hart en ziel zich willen inzetten (en niet “louter hun job doen”) is groot.

Gemotiveerde hulpverleners kunnen heel aanklampend werken: er wordt herhaaldelijk gebeld, afspraken opgevolgd en thuis langsgegaan om de drempels naar zorg te verlagen. Er is echter ook een grens aan de houdbaarheid van deze vaak freelance en niet-structurele zorgverlening, het is ook niet goed als die mensen afhangen van de goede wil en extra tijd van een zorgverlener.

4.5 Structuur van de zorg

4.5.1 Het ontbreken van structuur/versnippering

4.5.1.1 Op micro niveau

De al eerder besproken lokale verschillen in toekenning door de OCMW's van wat onder de DMH valt, is een barrière voor hulpverleners om mensen met een precair verblijfsstatuut te verzorgen.

Een vroedvrouw vertelde hoe frustrerend het voor haar was dat bloedonderzoeken die prenataal al gebeurd waren, nogmaals door het ziekenhuis herhaald worden, omdat volgens het protocol een labo binnen het ziekenhuis de testen moest gedaan hebben.

Er worden lokaal afspraken gemaakt, zoals bijvoorbeeld in het geval van dringende zorg voor een moeder zonder papieren of een kindje, kunnen zij uitzonderlijk zonder ingeschreven te zijn kosteloos gezien worden in een WGC.

Kind & Gezin heeft geen mandaat voor anticonceptie. Zolang er geen ander vangnet is voor mensen zonder papieren, wordt toegelaten dat ook voor anticonceptie gezorgd wordt. Het aanbod wordt echter niet geautoriseerd, omdat dat zagezegd een aanzuigeffect zou creëren.

4.5.1.2 Op macro niveau

“Ik denk dat ik daar soms te veel met mijn neus op zit en te veel kijk naar geval per geval, en te weinig naar de structurele dingen kijk [...] je bekijkt per geval wat je kan doen en wat je hebt, we maken er het beste van, maar in grotere context en groep, gebeurt er weinig. Bijvoorbeeld met die verkorte verblijfsduur in de ziekenhuizen, mensen... Het is zo arbeidsintensief in het opvolgen van die mensen en ook ervoor, is er iets dat je kan opbouwen in plaats van die mensen rapper door te verwijzen. Wie gaat zeggen: ‘dat is eigenlijk de mijne’? En dat is gelijk een heet patatje.”

Bepaalde hiaten in zorg, vooral voor moeders zonder papieren, worden opgevangen door bottom-up initiatieven en vzw's, die afhankelijk zijn van giften en subsidies. Het gevaar hierbij is dat van het ene gesubsidieerd project naar het andere gesubsidieerd project gewerkt wordt, met als gevolg een grote versnippering. Het project Origine dat postnatale opvolging voorzag voor moeders zonder papieren, kon in juni 2017 haar werking niet verderzetten. Het centering pregnancy-project voor kwetsbare zwangeren van vroedvrouw in Sint-Niklaas krijgt ook geen subsidies meer, maar de stad Sint-Niklaas heeft besloten om verder te sponsoren. Er worden hier en daar try-out projecten opgestart binnen de Huizen van het Kind, vanuit de Ministeries van

Welzijn, van Volksgezondheid en van Gelijke Kansen, op gemeentelijk niveau worden zaken geregeld...

4.5.2 Voorbeelden uit het buitenland

In Scandinavische landen is de reproductieve gezondheidszorg georganiseerd rond de zogenaamde family centers. De zorg is betaalbaar, bereikbaar en beschikbaar voor iedereen. Mensen weten waar ze terecht kunnen als ze zwanger zijn. Er zijn eerstelijns hulpverleners zoals huisartsen en vroedvrouwen, alsook preventieve zorgen zoals anticonceptie en vaccinaties, kinderopvang en spelotheken. Een vroedvrouw plaatste dit systeem in scherp contrast met de versnippering in België.

Een huisarts haalde Groot-Brittannië aan als voorbeeld van een heel centraal geregelde, laagdrempelige zorg, waar de vroedvrouwen terug communiceren met de huisartsen en er één plaats is met permanentie waar men terecht kan voor alle vragen. Er zijn groepsessies zodat je zwangeren uit de buurt leert kennen.

4.5.3 Nomenclatuur en tarifiëring

Er werd vermeld dat de nomenclatuur voor kinesitherapeutische groepsessies jammer genoeg is afgeschaft. Ook vroedvrouwen zijn niet tevreden met hoe hun nomenclatuur geregeld is, er zit een tijdsaanduiding op (minimaal 30 minuten voor prenatale zorg per prestatie), en ze is niet ideaal om toe te passen op het verloskundig model centering pregnancy. Er is geen wachtvergoeding en geen kilometervergoeding. Sommige vroedvrouwen vinden dat ze aan een hongerloon werken. Bepaalde vroedvrouwen(praktijken) compenseren dit door aan de niet-kwestbare moeders een supplement aan te rekenen. Voor de kwetsbare groep werken deze geconventioneerde vroedvrouwen bewust volgens het 3^e betalersprincipe.

4.5.4 Verloskundig model: centering pregnancy

Centering pregnancy is een verloskundig model waarbij zwangeren in groepen op basis van de verwachte verlosdatum gevolgd worden. Op sommige plaatsen is het al geïmplementeerd, zoals in Sint-Niklaas, ook op andere plaatsen wordt meer en meer gekeken hoe de perinatale zorg op volgens de principes van centering pregnancy georganiseerd kan worden. Belangrijke pijlers daarvan zijn kennis over gedragsveranderingen overbrengen en netwerkvorming. In Sint-Niklaas kunnen onder andere de asielzoeksters daar terecht. De opvolging komt neer op een halve dag per maand: de prenatale groepsessies worden gekoppeld aan echocontroles en er is een kinesist, kansenwerker en sociaal assistent aanwezig. Partners zijn welkom. Er is geen kinderopvang, vaak nemen de zwangeren hun kinderen toch mee, wat soms wel stoort.

Er wordt getracht continuïteit van zorg(verlener) te verzekeren: dezelfde vroedvrouw die met een groep zwangeren start, zorgt ook voor de postnatale zorgen aan huis en organiseert nog een moedergroep 6 weken nadat alle groepsleden bevallen zijn. Deze moedergroep gaat door in de Huizen van het Kind, dat zich naast de afdeling van Kind & Gezin bevindt. Onder hetzelfde dak bevinden zich daar verschillende initiatieven voor het kind en het gezin. Er wordt een rondleiding gegeven, om de deur naar verdere zorgverlening open te zetten.

Groepsvorming is niet altijd even gemakkelijk omdat er in de loop van de opvolging vrouwen bijkomen en weggaan. Het grootste deel is anderstalig, er wordt me tolken gewerkt indien mogelijk. Ook moeten de didactische werkvormen aangepast worden aan de doelgroep: men werkt heel visueel en geeft informatie mee aan de zwangere in een map. Tevredenheid van de deelnemers lag bij onderzoek van studenten opleiding vroedkunde en sociaal werk op 9 op 10. Sommige vrouwen komen nu al terug voor hun 2^{de} zwangerschap, soms in dezelfde groep. Een positief effect is alleszins dat de moeders elkaar lijken gevonden te hebben, er worden echt banden gesmeed en ook buiten de groepssessies gaan de moeders elkaar bezoeken op de materniteit, of nodigen ze elkaar uit voor de thee.

De vroedvrouw is hierbij (bij fysiologische zwangerschappen) de case-manager of de eva (het eerste verloskundig aanspreekpunt). Alle andere spelers (het ziekenhuis, de sociale dienst, het infantteam) weten dat ze bij de vroedvrouw terecht kunnen. Elke maand komen alle betrokken hulpverleners ook samen en bespreken ze de gevolgde zwangeren, zowel op medisch, psychisch als sociaal vlak.

Een agogische begeleider vermeldde dat ook hier de kwetsbare vrouwen het moeilijkst te bewegen zijn tot het aansluiten in een moedergroep, misschien uit schrik, schaamte, omwille van taalbarrière of het te druk bezig zijn met anderen dingen. De vroedvrouwen geven de sessie naar eigen mogelijkheden in het Nederlands, Frans en Spaans.

Een vroedvrouw verbonden aan vzw Aquarelle haalde aan dat het organiseren van dergelijke groepssessie een grote uitdaging zal zijn voor hun populatie van 54 verschillende nationaliteiten, die bovendien vaak geen papieren hebben, wat voor de vroedvrouw een belangrijk verschil is met Sint-Niklaas.

4.5.5 Eerste lijn versus Tweede lijn

De huisartsen vinden dat zij een belangrijke taak hebben in het informeren van vrouwen over wat de mogelijkheden zijn voor zwangerschapsopvolging en postnatale zorg, hoe de zorg in België

georganiseerd is, en daarin ook een groot verschil kunnen maken. Zeker met de toenemende tendens naar kortere verblijfsduur in de materniteit, is het heel belangrijk dat men op de hoogte is van vroedvrouwen en thuiskraamzorg, en dat dit eventueel kosteloos is.

“Het is misschien wel raar om het daar in het eerste consult al over te hebben, maar het is wel belangrijk. Maar dit doen we vanuit de redenering dat we ze misschien ‘kwijt zijn’ aan de gynaecoloog. Zeker bij ons kunnen ze hier ook terecht voor de prenatale en postnatale kine. Sommigen weten dit ook niet. Dus we proberen wel zoveel mogelijk al mee te geven. En we proberen wat opvolging te voorzien. Nu ja, het is iedereen hun recht om te gaan bij de arts waar ze zich het best bij voelen natuurlijk.”

4.5.6 Wachtlijsten

Er zijn belangrijke wachtlijsten voor de psychische gezondheidszorg en sociale woningen.

4.6 Gebrek aan tijd

In sommige gevallen is er weinig kennis bij de vrouwen en weinig tijd om een uitgebreide uitleg te geven, bijvoorbeeld over anticonceptie. Het vertrouwen tussen een zorgverlener en de moeder heeft tijd nodig om te groeien. Het is soms moeilijk om het vertrouwen te winnen van een vrouw die van het kastje naar de muur is gestuurd.

4.7 Sociale zorg

4.7.1 Alertheid voor sociale problemen

In het ziekenhuismilieu is er soms nog te weinig aandacht voor de sociale thuissituatie. Volgens enkele vroedvrouwen zijn gynaecologen soms te weinig alert voor de omkadering van vrouwen, andere zijn daar juist heel veel mee bezig. Sommige vrouwen hebben op de materniteit enkel nieuwe dingen in hun valiesje, omdat ze willen tonen dat ze het goed willen doen. De kans bestaat dan ook dat sociale problemen niet meteen opgepikt worden.

Sociale aspecten van moederschap zoals kinderopvang en het aanvragen van kindergeld, maar ook het aanvragen van een medische waarborg voor DMH en huisvesting worden over het algemeen goed opgevangen. Sociaal assistenten van inloopteams hebben een belangrijke verwijzfunctie naar het OCMW, het CAW... Ook in WGC waar sociaal assistenten aanwezig zijn verloopt de hulpverlening vlot. Soms blijkt dat moeders niet altijd aanvragen waar ze recht op hebben, zoals bijvoorbeeld studietoelagen, omdat ze simpelweg niet weten dat dit mogelijk is.

4.7.2 Materiële hulp

Ook medische hulpverleners worden vaak geconfronteerd met sociale vragen. Het is dan een kwestie van goed te informeren en een oplossing te proberen zoeken. Een vroedvrouw vertelt hoe ze vanwege een maatschappelijk werker van het OCMW een vrouw doorgestuurd kreeg naar het spreekuur 'zwanger en geboorte' bij de Huizen van het Kind (waar vooral medische opvolging gebeurt en de vrouwen ook kunnen binnenspringen met een vraag) met de vraag voor een sociale woning. Dit ligt volledig buiten haar expertise.

Omwille van de observatie dat pasbevallen moeders zonder papieren weinig tot geen basismiddelen hadden om voor hun baby te kunnen zorgen, zoals kledij, handdoeken en een badje, zorgen verschillende initiatieven zoals Aquarelle in Brussel, Origine in Antwerpen en Babynest in Gent voor startpakketten.

Voor het startpakket voor moeders die door Origine opgevolgd werden, haalden twee vroedvrouwen de mosterd bij de zogenaamde Finse doos – een moederschapspakket met de eerste babyuitzet dat vanuit de Finse overheid aan elke pasgeborene wordt meegegeven (de doos zelf heeft een matrasje op de bodem en kan zo als wiegje gebruikt worden). Zo werd tot 1 op 3 van de originemoeders voorzien van kledij voor de baby, luiers, verzorgingsproducten, borstcompressen, maandverbanden en condooms, alsook een ruilkaart om via een 2^{de} handswinkeltje de kledij om te ruilen voor grotere maten. Er werd ook een samenwerking opgestart met een sociale kruidenier voor flesvoeding.

5. Beleving van het moederschap

Hoe de vrouwen het moederschap in België beleven is afhankelijk van een groot aantal factoren. Het hangt bijvoorbeeld af van hun verblijfsstatuut, of ze al kinderen hebben (die eventueel nog in het land van herkomst zijn). Voor sommige vrouwen is het krijgen van een kindje een fantastische gebeurtenis en vaak een heel bewuste keuze. Voor andere vrouwen is het en grote zorg. Voor vluchtelingen die bijvoorbeeld in een asielcentrum verblijven, en die soms voor het eerst sinds hun vlucht weer wat stabiliteit, warmte en geborgenheid ervaren, is een zwangerschap en de geboorte van een kind een heugelijke en hoopvolle gebeurtenis, een teken dat het leven ook hier verdergaat. Vaak krijgen de kinderen Belgische namen, of een naam die 'geschenk' betekent.

Naast een aantal specifieke gebruiken, zien de zorgverleners dat de moeders, als het kind gewenst is, op een gelijkaardige manier hechten met hun kindjes. De moeders willen het beste voor hun kind, al is de invulling daarvan soms wel (cultureel) verschillend. Sommige moeders

geven hun baby elke dag een lepeltje honing, sommige kindjes worden continue gedragen, andere liggen vooral veel in hun bedje. Soms gaan goede gebruiken verloren omdat vrouwen met een migratieachtergrond zich spiegelen aan de autochtone moeders. Moeders die in hun land van herkomst de gewoonte zouden hebben om hun kindje te dragen, doen dit in België niet, omdat dat voor de 'arme mensen' is. Het omgekeerde bestaat ook: bijvoorbeeld wat het dragen van een kindje betreft, raken gebruiken van andere culturen soms ingeburgerd bij autochtone vrouwen.

De meeste moeders hebben ze nood aan wat houvast en bevestiging. Niemand kan zich echt voorbereiden op het ouderschap, het afscheid van je leven zonder kinderen. Sommige moeders vragen raad aan hun familie in het buitenland via Skype. Een vroedvrouw gaf ook aan dat vluchtelingen soms juist minder geïsoleerd zijn op dit vlak: ze zouden elkaar meer helpen dan de autochtone vrouwen. Soms vallen ze vlotter, natuurlijker in de moederrol, misschien omdat ze meer meegemaakt hebben en meer aankunnen. Hoogopgeleide moeders behorend tot de middenklasse maken het soms moeilijker, lezen meer tegenstrijdige adviezen op het internet en 'zitten meer in hun hoofd' en maken zich meer zorgen.

Een vroedvrouw vertelde hoe moeders 'elkaar vinden rond die baby', los van verschillen in afkomst, cultuur of opleidingsgraad. Een strekte van vroedvrouwen is, dat zij bij uitstek het natuurlijke 'weten' van het lichaam en de universele band tussen moeder en kind honoreren.

Ongeplande en ongewenste zwangerschappen komen voor, soms door gebrek aan kennis over anticonceptie of onjuist gebruik. Een vroedvrouw vertelt hoe sommige moeders die ongewenst zwanger zijn en geen abortus (willen) ondergaan, haar vertellen dat ze de eerste 2,5 jaar wel zullen uitzitten, tot het kind naar school kan. Een andere kwetsbare groep zijn bijvoorbeeld de (tiener)moeders onder de Roma: zij worden uitgehuwelijkt en hebben vaak geen keuze in de spreiding van de kinderen. Sommigen zijn daardoor ongelukkig, maar 'aanvaarden hun lot', omdat het verlaten van de gemeenschap zeker geen optie is.

De betrokkenheid van de vader is wisselend en niet te veralgemenen. In gezinnen met een migratieachtergrond van de 2^e of de 3^{de} generatie, is betrokkenheid even groot als de vaders zonder migratieachtergrond. Vele kwetsbare moeders hebben echter geen stabiele relaties en sommige zorgverleners typeerden de vaders toch als 'de grote afwezigen'. Veel zorgverleners doen moeite om de partners te betrekken, maar in groeps sessie wordt het door de vrouwen als veiliger ervaren als ze het 'onder vrouwen' blijft en ze zo vrijer kunnen ervaringen kunnen delen.

Partners zijn wel welkom, maar het is een beetje vervelend, bijvoorbeeld ook als vrouwen borstvoeding geven.

6. Gezondheidsproblemen bij moeder en kind

Een aantal zorgverleners geeft aan postnataal geen problemen te zien die specifiek zijn voor de kwetsbare populatie. Er is (minstens) een geval bekend van een vrouw die haar kind van 10 maanden oud meeneemt naar hun werk omdat ze geen kinderopvang hebben (geen plaats, beperkt sociaal netwerk dat kan bijspringen). De vrouw verblijft illegaal in België en kookt in het zwart op trouwfeesten, waar ze ook brandwonden oploopt.

DISCUSSIE

1. Voeding van de zuigeling

Uit de resultaten blijkt dat kwetsbare vrouwen van Belgische origine het minst starten met borstvoeding en ook het minst lang doorgeven. Cijfers uit 2016 van Kind & Gezin, percentages van kinderen die op dag 6 uitsluitend borstvoeding krijgen, bevestigen die observatie (tabel 2, (27)): moeders van Belgische origine geven in mindere mate nog uitsluitend borstvoeding op dag 6 in vergelijking met moeders van niet-Belgische origine, en de kansarme moeders van niet-Belgische origine het allerm minst. Bij de moeders van niet-Belgische origine heeft kansarmoede weinig effect op het percentage dat borstvoeding geeft. Extra aandacht voor kansarme moeders van Belgische origine lijkt aangewezen, alsook onderzoek naar de factoren die meespelen in de verschillen tussen deze groepen. Mogelijks speelt bij kansarmen van Belgische origine (de financiële noodzaak tot) werkhervatting een belangrijke rol, gezien het feit dat laagopgeleide moeders minder ouderschaps- en borstvoedingsverlof blijken op te nemen. Gebrek aan kennis over de gezondheidsvoordelen van borstvoeding en kleine sociale cirkels zouden ook van belang kunnen zijn (10).

Het lijkt de moeite waard om verder te onderzoeken of de educatie en ondersteuning in groepsverband, zoals volgens het principe van centering pregnancy, leidt tot meer (bewust) kiezen voor en het langer geven van borstvoeding.

Tabel 2 Percentages van kinderen dat op dag 6 uitsluitend borstvoeding krijgt (Vlaams Gewest)

Kinderen met moeder van Belgische origine	Zonder kansarmoede	63,5 %
	Met kansarmoede	38,4%
Kinderen met moeder van niet-Belgische origine	Zonder kansarmoede	75,8%
	Met kansarmoede	72,7%

Wat de vrouwen met een migratieachtergrond betreft, gaven de vrouwen van Marokkaanse origine het minst (lang) borstvoeding, in tegenstelling tot de zeer vlot verlopende borstvoeding bij vrouwen uit Centraal-Afrika. Werkhervatting speelde voor de populatie met Marokkaanse migratieachtergrond van de ondervraagde hulpverlener een verwaarloosbare rol, aangezien de meerderheid van de vrouwen geen werk had. Andere onderzoek (12) toonde wel een nadelig effect van werkhervatting bij migranten op het exclusief of predominant geven van borstvoeding.

Bij de vrouwen die langer borstvoeding geven, wordt soms het (opnieuw) opstarten van anticonceptie 'vergeten'. Hieruit blijkt eventueel een hiaat in de kennis van de moeders, dat ingevuld kan worden door tijdige informatie en alertheid van de zorgverlener.

Uit de resultaten kwam naar voor dat vroeg, herhaaldelijk en correct informeren van groot belang is, ook over het feit dat de borstvoeding misschien niet meteen vlot zal lopen. Ook het benadrukken van de voordelen, aangezien de resultaten aangeven dat dit een beschermende factor zou zijn om borstvoeding niet op te geven als het moeilijk gaat. Er moet ruimte zijn voor verschillende culturele opvattingen, maar dit mag niet ten koste gaan van correcte informatie, zodat moeders over alle tools beschikken om een bewuste keuze te kunnen maken inzake de voeding van haar kind. Correcte informatie over de fysiologie van de melkproductie zal kunnen bijdragen tot minder bijgeven van kunstmatige flesvoeding 'uit angst dat het kindje niet genoeg zou groeien' met borstvoeding alleen.

De verantwoordelijkheid van ondersteunen en informeren zal meer en meer in de eerste lijn en thuiszorg terechtkomen omwille van kort verblijf in de materniteit. Hulpverleners zagen het korte verblijf als een barrière voor de vrouwen om borstvoeding verder te zetten, aangezien borstvoeding bij vertrek naar huis waarschijnlijk nog niet zo vlot zal gaan. Thuis zijn de moeders potentieel minder omgeven door professionele hulp, en meer door goedbedoelde, tegenstrijdige adviezen van het kraambezoek en familie. Uit de literatuur (niet speciek bij kwetsbare groepen) blijkt echter ook dat sommige vrouwen de thuissituatie juist een meer comfortabele setting vinden

(minder lawaai, storingen) om borstvoeding te starten en dat het personeel van het ziekenhuis het eigenlijk te druk hadden om veel ondersteuning te geven (28).

Alleszins lijkt professionele ondersteuning thuis bijzonder belangrijk omwille van het feit dat borstvoeding, zeker in het begin, veel energie en tijd vraagt, die bij sommige kwetsbare vrouwen komt bovenop het dagelijkse overleven en het grotere risico op psychisch onwelzijn. De partner (of andere mantelzorg) zou ook een belangrijke ondersteunende rol kunnen spelen, en dient zoveel mogelijk betrokken te worden bij het educatieproces.

Sommige vrouwen beschikken niet over de middelen en/of kennis om correcte kunstvoeding voor hun baby te voorzien. In dat opzicht kan het nuttig zijn om voor borstvoeding te ijveren, al blijft het de keuze van de vrouw, en zouden voldoende middelen en informatie voorzien moeten zijn om in de basisbehoeften van alle kinderen te voorzien, ongeacht verblijfsstatus. Er blijkt een tekort te bestaan aan de beschikbaarheid van goedkope flesvoeding bij bijvoorbeeld sociale kruideniers, net als een tekort aan uitleenbare afkolfpompen. Er dient onderzocht te worden of het beschikbaar stellen van flesvoeding en afkolfpompen, bijvoorbeeld via apothekers, huisartsen (in WGC) en vroedvrouwen binnen de medische waarborg voor DMH, het tekort kan oplossen en er kan vermeden worden dat zelfs met een waarborg van 50 euro de afkolfpompen niet terug bij de uitlener geraken.

2. Mentaal welzijn

De resultaten omtrent sociale isolatie bij de kwetsbare moeders komen overeen met gegevens in de literatuur: vrouwen met een migratieachtergrond zijn vaak sociaal geïsoleerd omdat ze de steunnetwerken uit hun land van herkomst missen. De observatie dat deze sociale isolatie kan bijdragen tot depressieve symptomen, wordt onderschreven door ander onderzoek (29), in het bijzonder bij migranten die in hun thuisland 40 dagen intensieve mantelzorg gewoon zijn (20,30).

Ook slechte huisvesting en continue socio-economische stress (slechte huisvesting, onzekere verblijfssituatie, financiële problemen, relationele problemen) werden door de hulpverleners aangehaald als factoren die voor psychologische problemen konden zorgen. Specifiek voor vluchtelingen werden ook het verblijf in een asielcentrum met een baby, traumatische ervaringen uit het verleden, en het achterlaten van andere kinderen in het land van herkomst aangegeven.

Deze resultaten illustreren hoe inspanningen om de leefomstandigheden van mensen in precare situaties te verbeteren, het risico op PND kunnen verminderen. Ook het versterken van

gezondheidsvaardigheden en zelfredzaamheid kan een positief effect hebben, om vrouwen te tonen dat ze controle hebben over hun leven (11).

Het relatieve voorkomen van postnatale depressies bij de maatschappelijk kwetsbare groep kon niet ingeschat worden. Er werd echter wel door sommige zorgverleners een expliciete zorg uitgesproken voor het mentale welzijn van bepaalde kwetsbare moeders. Bij een bepaalde populatie hoofdzakelijk huisvrouwen van Marokkaanse origine, werden psychosomatische problemen beschreven die begonnen tot 2 jaar postnataal en voor de hulpverlener duidelijk gelinkt waren aan het moederschap in isolement. Daarnaast bleek bij elke vluchteling wel een vorm van stress aanwezig is, omwille van hun traumatische ervaringen, onzeker verblijfsstatuut en precare leefomstandigheden, vandaar dat het soms moeilijk was om uit te maken in welke mate het moederschap of het vluchteling zijn de psychische problemen veroorzaakten. Over het algemeen werd beaamd dat vrouwen uit kwetsbare groepen risicofactoren hebben om psychische problemen te ontwikkelen postnataal. Interventies die de sociale isolatie van moeders verminderen en inzetten op een zinvolle tijdsbesteding naast het moederzijn, kunnen de moeders potentieel mentaal weerbaarder maken. Het organiseren van moedergroepen kan daarin een belangrijke rol spelen.

Het feit dat vrouwen uit kwetsbare groepen typisch groter risico lopen op psychische distress, maar minder toegang hebben tot psychologische hulpverlening (20), werd in de resultaten aangehaald. Een duidelijke analyse van wie uit de boot valt is echter moeilijk, omdat die niet door de hulpverleners gezien worden. De resultaten geven wel aan dat toegang tot psychologische zorg op zijn minst door een aantal cultureel bepaalde factoren bemoeilijkt wordt. Een eerste factor is het sociaal stigma dat rust op mentale gezondheid. Een tweede factor is een gebrek aan steun van de familie, vooral door het (schijnbaar) niet erkennen van het probleem. Andere barrières die in de literatuur worden aangehaald, zijn gebrekkige kennis en begrip rond PND, of het niet beschouwen van een PND als een 'medische' aandoening, waarvoor bijgevolg geen medische hulp gezocht moet worden (20). De resultaten lijken aan te geven dat er niet wordt ingegaan op zorgverlening waarmee men niet vertrouwd is, zoals psychotherapie. Mogelijks kunnen vroege educatie rond de aandoening en het creëren van een open, vertrouwelijk klimaat het stigma verminderen. Continuïteit van hulpverlener van voor de bevalling en het creëren van een vertrouwensband kwamen uit de resultaten naar voor als een faciliterende factor voor het bespreekbaar maken van psychisch welzijn. Het vertrouwd zijn met een hulpverlener, bleek in de literatuur belangrijk voor vluchtelingen en migranten om eerlijk te antwoorden op screeningsvragen (31). Van groot belang is waarschijnlijk ook de educatie van de omgeving van

de vrouw om het stigma te verminderen, waarvoor aangepaste campagnes in materniteiten en WGC aangewezen lijken, zoals die er ook zijn voor stoppen met roken en bewegen.

Door het stigma rond mentale ziektes, werden hulpverleners behorend tot dezelfde gemeenschap minder in vertrouwen genomen wat dergelijke gevoelige kwesties betreft. Enerzijds wordt verwacht dat hulpverleners zoals vroedvrouwen en huisartsen uit de gemeenschap van de moeders beter aangepaste cultuursensitieve psychologische problemen zouden kunnen opvangen, maar die hulpverleners worden blijkbaar niet als neutraal gezien. Men is bang dat de hele gemeenschap op de hoogte gebracht worden dat het niet zo goed gaat. Wat zullen de mensen immers zeggen?

Uit de aangehaalde casussen van vrouwen met een PND blijkt dat de depressieve symptomen lang aanslepen en dat de zorgverlening vaak moeizaam verloopt, door het weigeren van zorg door de familie van de vrouw, of de vrouw zelf, en door taal- en communicatiebarrières. Als de vrouw enkel gezien wordt met de partner of familie erbij, is het moeilijk navigeren tussen het proberen bevragen van de vrouw en de familie niet tegen de borst te stoten. Huisartsen proberen op weg te gaan met vrouwen wiens problematiek niet ernstig genoeg is voor psychiatrische opvolging of dit weigeren, maar ze geven aan weinig omkaderd te zijn: er is nood aan expertise en een aanspreekpunt rond adequate en cultureel aangepaste psychologische zorg.

Wegens de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychologische problemen postnataal, zal alertheid en opvolging van symptomen cruciaal zijn. Zullen zij mogelijks zelf minder naar de hulpverlener gaan, zal de hulpverlener expliciet hulp moeten aanbieden

Er is nood aan alertheid van hulpverleners voor (potentieel cultureel onverwachte) uitingen van psychische problemen, zoals allerlei vage lichamelijke klachten. De Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (32), het meest onderzochte screeningsinstrument, heeft een aanvaardbare sensitiviteit (93%) en specificiteit (78%), maar er is meer onderzoek nodig naar het nut hiervan bij kwetsbare moeders en de validiteit wanneer toegepast op vrouwen met verschillende culturele achtergrond. Er kan alleszins sterk getwijfeld worden aan een screeningstool die niet in de moedertaal van de vrouw afgenomen kan worden, en bij iemand die cultureel een beperkt begrip heeft van de aandoening. (31)

Een kanttekening: het is niet de bedoeling om een sombere stemming of baby blues na de bevalling te medicaliseren en problematiseren bij kwetsbare groepen, maar gezien dat ze vaak

een accumulatie van risicofactoren hebben en er zijn voorlopig aanwijzingen zijn dat het geval is, zou een onderdetectie waarschijnlijker en problematischer zijn.

3. Barrières voor de toegang tot postnatale zorg

Uit de resultaten komen een aantal barrières en knelpunten in de zorg naar voor. De barrières kunnen in meerdere of mindere mate spelen, en ze dragen op zich bij tot een multifactorieel verklaringsmodel dat probeert de kwetsbaarheid van socio-economisch benadeelde groepen, etnische minderheden en personen met een precaire verblijfsstatuut te duiden. Geen van deze resultaten is te veralgemenen naar de volledige groep, maar ze geven een indicatie van bepaalde kwetsbaarheden waarvan het begrip aanzet kan geven tot aanbevelingen voor de praktijk of waar hulpverleners aandacht voor kunnen hebben.

De taalbarrière wordt grotendeels opgevangen door de toenemende beschikbaarheid van tolken en online tools, althans wat basisgesprekken betreft. Uit de resultaten blijkt dat bij mannelijke telefonische tolken, en wanneer kinderen die als informele tolk fungeerden, er geen gesprek werd gevoerd rond het algemeen psychisch welzijn van de moeder.

Andere praktische barrières zijn het niet kennen van het complexe gezondheidszorgsysteem en vastlopen in de vaak uitgebreide administratie, en niet goed weten bij wie er daarover vragen kunnen worden gesteld. Kwetsbare moeders zouden vlot doorverwezen moeten worden naar laagdrempelige informatiepunten, zoals de Huizen van het Kind, waar verschillende instanties van zorgverlening zich onder één dak bevinden.

Gebrek aan kennis over en financiële mogelijkheden tot gezonde voeding en een gezonde levensstijl is een belangrijk knelpunt voor de gezondheid van de moeder en de ontwikkeling van het kind. De postnatale periode is een ideaal moment om levensstijlinterventies te implementeren, omdat de moeder (idealiter) nog vaak in contact komt de hulpverlening en het beste wil voor haar kindje (33). In de V.S. heeft het Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC), dat kwetsbare gezinnen regelmatig voorziet van gezonde voedselpakketten, geleid tot verbeteringen in de fysieke en cognitieve ontwikkeling van kinderen.

Kwetsbare moeders hebben weinig gezondheidsvaardigheden. Uit de literatuur blijkt dat personen met een lage socio-economische status zich minder een partner voelen in hun eigen gezondheid en beslissingen neigen over te laten aan de hulpverlener (34). Hulpverleners die zich bewust zijn van een mogelijk gebrek aan assertiviteit kunnen hierop inspelen door actief zaken te

gaan bevragen en uit te leggen. Het belang van shared decision making dient ook voor deze kwetsbare doelgroep onderstreept te worden.

Financieel zouden met WGC en de medische waarborg op DMH al veel barrières opgelost moeten zijn, maar er zijn wachtlijsten voor de WGC, en ook voor de goedkeuring van een aanvraag voor een medische waarborg moeten heel wat barrières overwonnen worden, zoals het in orde brengen van administratie. Daardoor gaat soms kostbare tijd verloren of wordt het helemaal niet in orde gebracht, waardoor de vrouw kort na de bevalling het ziekenhuis moet verlaten en niet opgevolgd dreigt te worden. Sommige ziekenhuizen willen geen extra kosten maken aan sociale assistenten. De hulpverleners in regio's waar de goedkeuring door het OCMW minder vlot verloopt, ijveren voor onmiddellijke toekenning van medische waarborg voor iedere zwangere, met het sociaal onderzoek achteraf.

Zelfstandige vroedvrouwen vragen vaak een transportvergoeding. Dit weliswaar kleine bedrag is voor sommige moeders al een reden om verloskundige zorg aan huis snel stop te zetten. Een aangepaste tarifiering voor vroedvrouwzorg dringt zich op. De barrière om kraamhulp aan te vragen, is mogelijks financieel, alhoewel dit vaak gedeeltelijk terugbetaald is via de mutualiteit en gaat het in se dus waarschijnlijk om een informatietekort. Schaamte voor erbarmelijke leefomstandigheden kan ook een factor zijn.

Moeders wiens de basisbehoeften niet vervuld zijn hebben weinig 'bandbreedte', weinig ruimte voor andere dingen dan het dagelijks overleven. 'Extraatjes' zoals bijvoorbeeld postnatale kinesitherapie en moedergroepen dreigen zo minder bezocht te worden door de kwetsbare doelgroep. Door het ontbreken van een uitgebreid sociaal netwerk, is het vinden van een oppas voor andere kinderen niet vanzelfsprekend. De moeders hebben daardoor amper momenten voor zichzelf.

Gebrek aan culturele sensitiviteit of zelfs discriminatie van hulpverleners zijn een spijtige zaak. Ook vooroordelen over kwetsbaren zijn zeker aanwezig, bijvoorbeeld leeft het idee bij sommigen 'dat ze maar een beetje beter hun best moeten doen'. Voldoende aandacht voor interculturele competenties en kruispuntdenken heeft zeker zijn plaats in de opleiding van zorgverleners. Migranten en vluchtelingen zouden door hun culturele gewoontes, religie en etniciteit vaak een andere beleving hebben van het krijgen van een kind (35), maar de hulpverleners gaven aan dat zij hier eigenlijk geen verschil in zagen. Kennis van bepaalde gebruiken, ervaringen met verschillende culturen en een open houding lijken wel essentieel om aangepaste zorg te kunnen verlenen.

Het kan frustrerend zijn voor hulpverleners als moeders zonder te verwittigen consultaties missen, of niet thuis zijn op het moment van een huisbezoek. Dit gebeurt vaker bij de kwetsbare groep. Bovendien kunnen zij meer tijd en moeite vragen, of de hulpverleners kunnen dit als dusdanig percipiëren, omwille van de extra tijd die het kost om met een tolk te werken, de vele sociale problemen, de administratie die in orde gebracht moet worden. In de literatuur wordt beschreven hoe de verschillende rollen die artsen bij uitstek hebben in de zorg voor vluchtelingen soms met elkaar in conflict kunnen komen, zoals de verantwoordelijkheid voor het invullen van attesten omtrent de asielaanvraag, de medische zorg voor de patiënt en het zorgen voor kosten-effectiviteit in hun voorschrijfgedrag (6). Verder onderzoek bij hulpverleners zou kunnen uitwijzen of dit ook speelt bij artsen in België.

Soms wordt expliciet moeite gedaan om verschillende keren langs te gaan, maar dat is in een drukke praktijk niet structureel haalbaar en gebeurt vaak in de vrije tijd van de hulpverlener. Hulpverleners die zich inzetten voor de kwetsbare moeders, krijgen op de langere termijn hoofdzakelijk kwetsbare moeders te zien, wat potentieel zijn tol kan eisen. Ten slotte kunnen de schrijnende ervaringen en leefomstandigheden van vluchtelingen een diepe impact hebben op de hulpverleners. Er zou genoeg aandacht moeten gaan naar zorg voor zorgverleners, zeker zij die niet in teamverband werken.

4. Het sociale luik

Uit de interviews met medische hulpverleners blijkt dat zij soms een aanspreekpunt zijn voor sociale problemen. Daarnaast vervullen medische hulpverleners een belangrijke rol in de detectie van en verwijzing voor sociale problemen. Medische hulpverleners zouden dus minstens een basaal idee moeten hebben van het landschap van de sociale zorg. In Antwerpen werd het perinatale netwerk geformaliseerd in PANZA (het Perinataal Antwerps Netwerk Zwangerschap in Armoede), en in samenwerking met de partners werden een aantal flowcharts voor zorgverleners opgesteld, die tonen welke mogelijkheden er zijn voor bijvoorbeeld kwetsbare zwangeren zonder mutualiteit en een afgekeurde aanvraag voor medische waarborg, of wat te doen bij tekens intrafamiliaal geweld.

Uit de interviews kwamen enkele hiaten naar boven in het tegemoetkomen van de sociale noden, zoals heel lange wachtlijsten voor sociale woningen en het feit dat vrouwen soms niet weten waar ze precies recht op hebben of bij wie ze daarvoor terecht kunnen. Sommige moeders in heel precare omstandigheden bleken voor essentiële babyspullen zoals luiers, kledij en handdoekjes, afhankelijk van materiële steun voorzien door vzw's. Zouden we kunnen dromen

van een Finse doos voor alle kwetsbare gezinnen, om aan alle kinderen een goede start te kunnen geven? Kindergeld, kraamgeld, studiebeurzen, verhoogde tegemoetkomingen en aanbiedingen van de mutualiteit kunnen als extra steun van levensbelang kan zijn, en ook medische hulpverleners zouden hier aandacht voor kunnen hebben.

5. Postnatale opvolging

Er is nood aan implementatie van op wetenschappelijke evidentie gebaseerde richtlijnen in België (21). De versnippering van de postnatale zorgverlening vraagt om een gestroomlijnd en eenduidig overheidsbeleid. Hiaten in zorg worden momenteel opgevangen bottom-up opgevangen door lokaal initiatieven, maar dit gebeurt niet structureel, wat zorgt voor een versnippering van het landschap en van de middelen. Initiatieven die een concrete nood aanpakken, zoals Origine in Antwerpen voor de postnatale opvolging van moeders zonder papieren, maar geen zekerheid van bestaan hebben door de afhankelijkheid van subsidies, zouden breed geïmplementeerd moeten worden, zolang de medische waarborg voor DMH niet de postnatale zorg voor alle moeders kan verzekeren.

Ondermaatse communicatie tussen hulpverleners kan aangepakt worden door bijhouden van alle gegevens rond een moeder in een online moederboekje, en door hulpverleners tools voor gerichte verwijzing in het brede landschap van de medische en sociale hulpverlening aan te reiken, zoals de flowcharts van PANZA.

Een kort verblijf in de materniteit hoeft geen probleem te vormen, zolang er voldoende eerstelijnszorg aanwezig en gekend is om de zorgnoden op te vangen die zich anders in het ziekenhuis zouden stellen. Er is nood aan onderzoek dat het gebruik van kraamzorg en verloskundige thuiszorg in België kwantificeert. Uit de resultaten blijkt dat veel vrouwen (ook de minder kwetsbaren) het aanbod van vroedvrouwen niet kennen. Dat gegeven is in de lijn van resultaten van onderzoek bij een algemene populatie vrouwen in Brussel (22). Verder wijst onderzoek in de richting dat kwetsbare vrouwen minder gebruik maken van kraamzorg (16), en aangezien een 'goede start' belangrijk is lijkt het heel nuttig om in te zetten op tijdige educatie over dit onderwerp en ook over de mogelijke terugbetaling van de mutualiteit.

Kwetsbare moeders lopen een groter risico om snel naar huis te gaan na een bevalling (21), voor hen blijkt alvast de nood aan voldoende ondersteuning voor de borstvoeding en het tijdig oppikken van psychische problemen en depressie. Het is ook het ideale moment om sociale noden in kaart te brengen en een gezonde levensstijl bij de moeder te promoten. Dit kan

gebeuren door verloskundige opvolging aan huis en thuiskraamzorg, om de eerste cruciale week postnataal en de periode tot opvolging van Kind & Gezin vanaf 2 weken te overbruggen. Van belang hierbij zijn het informeren van de ouders over het aanbod en eventuele terugbetaling prenataal, en op zijn minst tijdens het verblijf in de materniteit. In het ideale geval worden moeder en kind postnataal opgevolgd door dezelfde verloskundige als prenataal. Maar ook als de prenatale opvolging minimaal was, kunnen moeders in de materniteit nog opgepikt worden. Met het vroeg naar huis gaan postnataal, wordt soms de Guthrie-test niet op het juiste moment uitgevoerd. Er zouden richtlijnen moeten zijn voor de organisatie van de afname, zodat de test tussen 48 en 72 uur na de geboorte kan gebeuren.

Voor vrouwen die niet gemakkelijk de weg vinden naar de hulpverlening, kan een bevalling en verblijf op een materniteit het ideale moment zijn om een grondige screening van de medische en sociale noden te doen. De praktijken dat juist deze heel kwetsbare moeders omwille van financiële of verzekeringsproblemen snel naar huis worden gestuurd, waar ze mogelijks niet de basisvoorzieningen hebben om goed voor hun kindje te kunnen zorgen, zijn onaanvaardbaar. Uit de resultaten is niet duidelijk of dit nog veel gebeurt, maar het feit dat de werking van Origine werd stopgezet, lijkt alleszins te impliceren dat weer meer moeders zonder papieren zonder postnatale opvolging dreigen te vallen. Rekening houdend met precare huisvesting van sommige vrouwen, zal thuiszorg soms niet mogelijk zijn, en dan wordt bijvoorbeeld een afspraak aangeboden bij een vroedvrouw in het ziekenhuis.

Uit de resultaten blijkt dat er veel ongeplande en ongewenste zwangerschappen voorkomen bij de kwetsbare groep. Dit wordt ook onderschreven in ander onderzoek (1). Postnataal is het ideale moment voor informatie en (cultuursensitieve) interventie rond anticonceptie, om bewuste gezinsplanning mogelijk te maken en zo niet alleen het (psychologisch) welzijn van de moeder, maar ook dat van de kinderen te verbeteren. Er is evidentie dat een postnatale raadpleging waar over anticonceptie gesproken wordt, het gebruik ervan kan verhogen (36).

Ten slotte dient de opmerking gemaakt te worden dat vele persoonlijke inspanningen en opofferingen van de betrokken hulpverleners bijdragen aan een betere zorg voor deze doelgroep – de haalbaarheid hiervan op de lange termijn, is echter een precair punt.

6. Naar een aangepast verloskundig zorgmodel

Perinatale zorgverlening in groep lijkt enkele precare punten van kwetsbare vrouwen succesvol te kunnen aanpakken. Gezondheidsvaardigheden en mondigheid worden versterkt, er gebeurt

belangrijke educatie op maat rond anticonceptie en borstvoeding. Er is evidentie dat prenatale opvolging in groep een positief effect heeft op het gebruik van anticonceptie postpartum (37). Tegelijk wordt sociale exclusie aangepakt door banden te smeden tussen moeders, wat het psychisch welzijn kan verbeteren.. Idealiter is er continuïteit van zorgverlener perinataal en kan perinatale zorg gecombineerd worden met een andere hulpverlening op dezelfde plek, zoals de preventieve diensten van Kind & Gezin, de aanwezigheid van kinesisten en sociaal assistenten. De nomenclatuur voor kinesithérapie en vroedkundige zorg in groep lijken waardevol en zouden opnieuw moeten worden bekeken.

Zorg voor moeder, kind, preventie, sociaal en medisch die zich op 1 plek centraliseert, zoals de Scandinavische family centers, is: men weet waarnaartoe, het is laagdrempelig WGC en Huizen van het kind geven hier een goede aanzet toe, bovendien zijn er ook geen financiële drempels

Communicatie tussen hulpverleners kan gestroomlijnd worden door een casemanager, dit kan de huisarts of de vroedvrouw zijn, en kan als voordeel bieden dat hulpverleners meer gecoördineerd samenwerken. Er is nood aan evidentie rond de implementatie van een casemanager in België, en welke hulpverlener daarvoor geschikt is, en of het in sommige gevallen de vrouw zelf kan zijn.

7. Sterktes en limitaties van het onderzoek

Op twee na had geen van de hulpverleners die geïnterviewd werden een migratieachtergrond. Het effect van deze hoofdzakelijk westerse kijk op de resultaten valt niet uit te sluiten. Mogelijks worden bepaalde barrières en noden gemist of wordt juist meer belang aan toegeschreven dan in werkelijkheid het geval is. Het voordeel van het hoofdzakelijk interviewen van hulpverleners was dat zij een langere vertrouwensrelatie hadden met de moeders. Het feit dat vertegenwoordigers van een aantal soorten hulpverlening ontbreken, kan ook de validiteit van de resultaten beïnvloeden hebben. Door het ontbreken van een pediater werden de noden van het kind mogelijks onvoldoende in kaart gebracht, en werden ook geen gegevens verkregen of moeders er soms niet in slagen om op follow-up te komen. Het ontbreken van een psycholoog kan als gevolg hebben dat de mate waarin kwetsbare vrouwen belemmeringen ondervinden om bij een psycholoog te gaan, overschat werden.

Het rekruteren van moeders verliep moeizaam. Het feit dat enkel vrouwen geïnterviewd werden die al in de reguliere zorg terecht waren gekomen, houdt een bias in. Een van de vrouwen werd gerekruteerd buiten de klassieke hulpverlening, via een vzw. Potentieel zijn de ervaringen van vrouwen hier anders, misschien komen zij nog minder in contact met de reguliere hulpverlening.

Interviews met de vluchtelingen verliepen vaak moeizaam door de taalbarrière. Uit sommige antwoorden bleek dat men de vraag waarschijnlijk niet verstaan had. Ook het uitleggen en laten ondertekenen van het informed consentformulier was in de meeste gevallen een grote uitdaging. Er is een heel begrijpelijke angst voor mensen zonder papieren om ergens hun handtekening op te zetten. De taal van het informed consent formulier was allesbehalve aangepast aan het niveau van de (soms weinig ongeletterde) vrouwen, mondeling werd geprobeerd om in begrijpelijke taal de essentie weer te geven. Het ondertekenen van het informed consent formulier gebeurde steeds voor het interview, en dit zorgde voor een stroef begin. Als interviewer werd een drempel ervaren om over gevoelige onderwerpen zoals de vlucht, anticonceptie en seksualiteit te spreken. Die drempel kwam ook voort uit angst om het over psychisch destabiliserende onderwerpen te hebben, zonder enige professionele opvang voor de moeders achteraf. Het was duidelijk dat het quasi onmogelijk is om op een uur tijd genoeg vertrouwen te winnen om op bepaalde zaken dieper in te gaan, zoals het achterlaten van kinderen in het land van herkomst. Bepaalde zorgverleners gaven aan dat ook zij soms met moeite en pas na lange tijd die onderwerp kunnen aansnijden. De interviews werden in 4 van de 5 gevallen uitgevoerd in een ziekenhuis. Mogelijks heeft ook dit ertoe geleid dat vrouwen minder op hun gemak waren. Het valt niet uit te sluiten dat door deze factoren, de interviews met moeders weinig valide en diepgaande gegevens hebben opgebracht. Er werden geen kwetsbare vrouwen van Belgische origine geïnterviewd, waardoor hun specifieke noden waarschijnlijk zeer onderbelicht zijn, bijvoorbeeld inzake borstvoedingspromotie.

CONCLUSIES

Kwetsbare moeders ondervinden heel wat barrières in de toegang tot postnatale zorg. Hulpverleners dienen zich hiervan bewust te zijn. Beleidsmakers dienen structurele barrières te verminderen om de universele toegang tot zorg ook voor de meest kwetsbaren te vrijwaren. Interventies ter verbetering van de perinatale zorg van kwetsbare gezinnen zijn nodig om ongelijkheid van gezondheid te verminderen en de cyclus van kansarmoede te doorbreken met een positieve start (1). Een eenduidig postnataal zorgmodel, waarbij moeders in de materniteit persoonlijk gewezen worden op de mogelijkheid tot kraamzorg en verloskundige thuiszorg, kan de keten van opvolging in stand houden en een kort verblijf in de materniteit succesvol opvangen.

Opvolging in groep zowel pre- als postnataal kan sociale exclusie aanpakken en vrouwen eventueel effectiever informeren rond borstvoeding en anticonceptie. Het ontstaan van vriendschappen en het delen van ervaringen kan beschermend werken voor het psychisch

welzijn van de moeders en hen weerbaarder maken. Campagnes om het (culturele) stigma dat op mentale ziektes rust te verminderen zouden specifiek gericht moeten zijn op de moeder en haar omgeving.

In de hedendaagse multiculturele realiteit, is er nood aan cultuursensitieve hulpverlening. Er is nood aan onderzoek naar effectieve interventies in het psychisch welzijn van kwetsbare moeders, waarvoor het bevragen van de verschillende etnische groepen en het aan het woord laten van moeders in benadeelde socio-economische omstandigheden van groot belang is.

REFERENTIES

1. Steegers EAP, Barker ME, Steegers-Theunissen RPM, Williams MA. Societal Valorisation of New Knowledge to Improve Perinatal Health: Time to Act. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2016;30(2):201–4. Available from: <http://10.0.4.87/ppe.12275%0Ahttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=112860677&site=ehost-live&scope=site>
2. Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen AMN. Care during pregnancy and childbirth for migrant women: How do we advance? Development of intervention studies - The case of the MAMAACT intervention in Denmark. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;32:100–12.
3. Haddrill R, Jones GL, Mitchell CA, Anumba DO. Understanding delayed access to antenatal care: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014;14(1):207. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-207>
4. de Graaf JP, Steegers EAP, Bonsel GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. 2013;25(2):98–108. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001703-201304000-00003>
5. Kruispunt Migratie-Integratie vzw • Ondersteuningspunt Medische Zorg, Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen • Medimmigrant vzw. Verblifstatuten en gezondheidszorg voor vreemdelingen.
6. Kurth E, Jaeger FN, Zemp E, Tschudin S, Bischoff A. Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health* [Internet]. 2010;10(1):659. Available from: [/pmc/articles/PMC2988736/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC2988736/?report=abstract)
7. Russo A, Lewis B, Joyce A, Crockett B, Luchters S. A qualitative exploration of the emotional wellbeing and support needs of new mothers from Afghanistan living in Melbourne, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BMC Pregnancy and Childbirth; 2015;15:197. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26319482%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4552986>
8. Reynolds B, White J. Seeking asylum and motherhood: health and wellbeing needs. *Community Pract* [Internet]. 2010;83(3):20. Available from: <http://proquest.umi.com/pqdlink?did=1976752551&Fmt=7&clientId=52650&RQT=309&VName=PQD>
9. Van Hanegem N, Miltenburg AS, Zwart JJ, Bloemenkamp KWM, Van Roosmalen J. Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: A two-year nationwide cohort study in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(9):1010–6.
10. RIZIV en Dokters van de Wereld. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Hans Suijkerbuijk, Wolters Kluwer Belgium SA; 2014.
11. O'Mahony JM, Donnelly TT, Raffin Bouchal S, Este D. Barriers and facilitators of social supports for immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *ANS Advances Nurs Sci*. 2012;35(3):E42-56.
12. Lauria L, Bonciani M, Spinelli A, Grandolfo ME. Inequalities in maternal care in Italy: the role of

- socioeconomic and migrant status. *Ann Ist Super Sanità*. 2013;49(2):209–218.
13. Timmermans S, Bonsel GJ, Steegers-Theunissen RPM, MacKenbach JP, Steyerberg EW, Raat H, et al. Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *Eur J Epidemiol*. 2011;26(2):165–80.
14. Dibari JN, Yu SM, Chao SM, Lu MC. Use of postpartum care: Predictors and barriers. *J Pregnancy*. 2014;2014.
15. Lu MC, Prentice J. The postpartum visit: Risk factors for nonuse and association with breast-feeding. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(5):1329–36.
16. GGD Rotterdam-Rijnmond, Erasmus MC. Aanvalsplan Perinatale Sterfte Rotterdam. 2008.
17. Medimmigrant vzw. Dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf: handleiding voor OCMW's en zorgverstrekkers. 2006.
18. Kind & Gezin. Zwangerschap en geboorte: Anders dan verwacht / Post-partumdepressie [Internet]. [cited 2017 Dec 11]. Available from: <https://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte/anders-dan-verwacht/post-partumdepressie/>
19. Collins CH, Zimmerman C, Howard LM. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*. 2011. p. 3–11.
20. O'Mahony JM, Donnelly TT, Raffin Bouchal S, Este D. Cultural background and socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *J Immigr Minor Heal*. 2013;15(2):300–14.
21. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E, et al. De organisatie van de zorg na een bevalling | KCE [Internet]. 2015. Available from: <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/de-organisatie-van-de-zorg-na-een-bevalling#.VWL0B0-8PGe>
22. Vermeulen J, Swinnen E, D'haenens F, Buyl R, Beeckman K. Women's preferences and knowledge about the legal competences of midwives in Brussels, Belgium. A descriptive observational study. *Midwifery* [Internet]. Elsevier; 2016;40:177–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.002>
23. Medimmigrant. Zwangerschap en bevalling: opvolging van zwangerschap en bevalling, sociale rechten, het verblijfsstatuut tijdens de zwangerschap en na de bevalling, de rechten van het kind [Internet]. Available from: <http://www.medimmigrant.be/?idbericht=62&idmenu=4&lang=nl>
24. Roberfroid D, Dauvin M, Keygnaert I, Desomer A, Birgit, Kerstens, et al. Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? | KCE. 2015.
25. Baarda B, Bakker E, Fischer T, Julsing M, Peters V, van der Velden T, et al. Hoe analyseer je de data. *Basisboek Kwalitatief Onderzoek - handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. derde druk. Noordhoff Uitgevers; 2013. p. 206–52.
26. World Health Organisation. Female Genital Mutilation [Internet]. [cited 2017 Dec 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
27. Kind & Gezin. Cijfers en Rapporten: borst- en flesvoeding.
28. James L, Sweet L, Donnellan-Fernandez R. Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women and Birth* [Internet]. Australian College of Midwives; 2017;30(2):87–99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.013>
29. O'Mahony J, Donnelly T. Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: A review and analysis of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(10):917–28.
30. Sword W, Watt S, Krueger P. Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(6):717–27.
31. Tobin C, Di Napoli P, Wood-Gauthier M. Recognition of Risk Factors for Postpartum Depression in Refugee and Immigrant Women: Are Current Screening Practices Adequate? *J Immigr Minor Health* [Internet]. Springer US; 2015;17(4):1019–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24851821>
32. KCE - Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Screening op depressie tijdens en na de zwangerschap [Internet]. [cited 2017 Dec 12]. Available from: <https://kce.fgov.be/nl/news/screening-op-depressie-tijdens-en-na-de-zwangerschap>

33. Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Serv Res* [Internet]. BMC Health Services Research; 2017;17(1):91. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2038-1>
34. Yin HS, Dreyer BP, Vivar KL, MacFarland S, Schaick L van, Mendelsohn AL. Perceived Barriers to Care and Attitudes Towards Shared Decision-making Among Low Socioeconomic Status Parents: Role of Health Literacy. 2012;12(2):117–24.
35. Temmerman M, Roelens K. Multiculturele aspecten in de gynaecologie. In: Dhont M, editor. *Handboek Gynaecologie*. Tweede edi. Uitgeverij Acco; 2012. p. 209–17.
36. Masho SW, Cha S, Charles R, McGee E, Karjane N, Hines L, et al. Postpartum Visit Attendance Increases the Use of Modern Contraceptives. *J Pregnancy*. Hindawi Publishing Corporation; 2016;2016.
37. Hale N, Picklesimer AH, Billings DL, Covington-Kolb S. The impact of Centering Pregnancy Group Prenatal Care on postpartum family planning. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Elsevier Inc; 2014;210(1):50.e1-50.e7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.09.001>

BIJLAGEN

1. Thema's interview moeders

- Ontvangen informatie over zorg in de postnatale periode (tot 1 jaar) voor gezondheidsproblemen bij enerzijds moeder, anderzijds zuigeling
- Zorgvraaggedrag en -gewoontes in thuisland versus op de vlucht/in België
- Belevens van het moederschap en de postnatale periode, band met de zuigeling
- Verschafte zorg voor gezondheidsproblemen van de moeder of van de zuigeling
 - Somatisch
 - Psychologisch
- Ontvangen informatie en verschafte hulp voor sociale problemen
- Barrières ondervonden door de moeder bij het verkrijgen van psychologische/somatische zorg, onder andere (maar niet gelimiteerd tot):
 - Taalbarrières
 - Culturele/religieuze barrières
 - Financiële barrière
 - Gebrek aan kennis
 - Bij de moeder
 - Bij de zorgverleners (over specifieke noden, of vooroordelen die de goede zorg in de weg staan)
 - Emotionele barrière: schaamte/angst om gestigmatiseerd te worden
- Gezondheids- of andere problemen waar geen zorg/hulp voor werd ontvangen of gevraagd
- Belevens van het gezondheidszorgsysteem, ervaringen met verstrekkers van medische en sociale zorg

2. Thema's interview zorgverleners

- Informatie gegeven over zorg in de postnatale periode (tot 1 jaar) voor gezondheidsproblemen bij enerzijds moeder, anderzijds zuigeling
- Ervaring met zorgvraaggedrag en -gewoontes van de vrouw in België
- Ervaring rond belevens van het moederschap en de postnatale periode, band met de zuigeling
- Belevens van de hulpverlener bij contact met vrouw (en kind)

- Verschaft zorg voor gezondheidsproblemen van de moeder of van de zuigeling
 - Somatisch
 - Psychologisch
- Gegeven informatie en verschaft hulp voor sociale problemen
- Barrières ondervonden door de hulpverlener bij het verkrijgen van psychologische/somatische zorg, onder andere (maar niet gelimiteerd tot):
 - Taalbarrières
 - Culturele/religieuze barrières
 - Financiële barrière
 - Gebrek aan kennis
 - Bij de moeder
 - Bij de zorgverleners (over specifieke noden, of vooroordelen die de goede zorg in de weg staan)
 - Emotionele barrière
 - Gebrek aan tijd
- Gezondheids- of andere problemen waar geen zorg/hulp voor werd gegeven, onder andere, maar niet gelimiteerd tot,
 - Omdat dit niet binnen terugbetaling viel/vrouw niet verzekerd was/...
 - Omdat dit niet binnen mogelijkheden van moeder/hulpverlener viel
 - Omdat dit niet gevraagd werd door de vrouw
 - Omdat dit niet aanvaard werd door de vrouw
 - Omdat de hulpverlener zich hiervoor onvoldoende ondersteund/geplaatst vond
- Belevens van (de organisatie van) het gezondheidszorgsysteem, ervaringen met andere verstrekkers van medische en sociale zorg
- Welke gezondheidszorgvoorzieningen kent de hulpverlener en naar welke verwijst hij/zij zoal; wat is de ervaring daarmee