



**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Gezondheidszorg**

Academiejaar 2017-2018

Zwangerschap en kansarmoede

Bachelorproef aangeboden door
Thali Verlent
tot het behalen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

Interne begeleider: **Sarah Steckel**



**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Gezondheidszorg**

Academiejaar 2017-2018

Zwangerschap en kansarmoede

Bachelorproef aangeboden door
Thali Verlent
tot het behalen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

Interne begeleider: **Sarah Steckel**



WOORD VOORAF

Ik heb deze bachelorproef gemaakt in de hoop dat deze informatie er voor zal gaan zorgen dat men kansarmoede nog efficiënter zal kunnen aanpakken, het onderwerp kansarmoede sprak me aan omdat het steeds meer voorkomt in onze samenleving

Voor de uitvoering van mijn praktijkdeel ben ik voor het eerst in contact gekomen met de welzijnsschakel in Sint-Niklaas, de Springplank, dit is een organisatie die enkel draait dankzij de hulp van vrijwilligers. Er komen hier heel diverse mensen langs, sommige mensen komen hier voor de voedselbedeling en andere komen om een babbeltje te doen met elkaar, iedereen probeert elkaar te helpen. Ik vind het fijn dat ik dankzij mijn bachelorproef ook een deeltje kan bijdragen aan deze welzijnsschakel, ik hoop dat de kwetsbare zwangere die hier langskomen dankzij mijn brochure sneller hulp gaan zoeken en niet bang meer zijn om de stap naar de gezondheidszorg en hulpverlening te zetten.

Het realiseren van deze bachelorproef is niet altijd even vlot verlopen, na een valse start heb ik me er toch volledig voor kunnen inzetten. Ik wil daarom mijn ouders en vrienden bedanken die mij steeds gesteund hebben tijdens het schrijven van deze bachelorproef. Maar in de eerste plaatst wil ik heel graag mevrouw Balduyck bedanken want zij heeft heel veel moeite gedaan om mij aan dit onderwerp te helpen. Maar ook mevrouw Steckel verdient een bedanking want dankzij haar ben ik steeds blijven voortdoen, zelfs op de momenten dat ik door de bomen het bos niet meer zag, zij is altijd in mij blijven geloven en dat heeft me veel positieve krachten gegeven om door te zetten.



VERANTWOORDELIJKE VAN DE BACHELORPROEF

'Ondergetekende, Verlent Thali, draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteur van de bachelorproef worden vermeld.'



ABSTRACT BACHELORPROEF

Opleiding:	Vroedkunde	
	Voornaam	Naam
Student:	Thali	Verlent
Externe promotor of externe begeleider:	/	/
Interne Promotor: bachelorproefbegeleider	Sarah	Steckel
Titel bachelorproef	Zwangerschap en kansarmoede	
Abstract publiceren <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien neen, motiveer hier waarom de abstract niet openbaar gemaakt mag worden (bijv. deontologisch niet verantwoord, onderzoek is nog aan de gang, ..., specifieke bedrijfsinformatie)	

Kern- / trefwoorden bachelorproef: Zwangerschap, Kansarmoede, Gezondheid, Ongelijkheden, Perinatale uitkomsten

Kansarmoede is een groot probleem dat voorkomt over heel de wereld, het is vaak een verborgen probleem dat heerst in de samenleving en het gaat gepaard met nadelen en problemen op de verschillende levensdomeinen van een persoon. Leven in kansarmoede heeft een grote invloed op het verloop en de ontwikkeling van een zwangerschap, dit is allemaal te wijten aan de ongelijkheden die in de gezondheidszorg bestaan. In deze bachelorproef worden de bronnen van deze ongelijkheden verklaard samen met de mogelijke gevolgen die zij hebben op de perinatale uitkomsten voor zowel de moeder als voor het kind. Door de literatuurstudie die werd uitgevoerd wordt er een suggestie geven voor de zorg die aanbevolen is voor deze kwetsbare doelgroep en enkele bestaande projecten die werken rond kansarmoede en zwangerschap worden ook even kort aangehaald.



Referentielijst:

- Birnie, E., Bonsel, G., Denktas, S., Maas, A., Poeran, J., & Steegers, E. (2013, Februari 13). Social deprivation and adverse perinatal outcomes among Western and non-Western pregnant women in a Dutch urban population. *Social Science & Medicine*, 42 - 49. doi:10.1016/j.socscimed.2013.02.008
- Bonsel, G. J., de Graaf, J. P., de Haan, M. A., Ravelli, A. C., & Steegers, E. A. (2013). Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 473 - 481. doi:10.3109/14767058.2012.735722
- Cignacco, E., Jevitt, C., Origlia, P., & Sayn-Wittgenstein, F. (2017, Augustus 1). Experiences of Antenatal Care Among Women Who Are Socioeconomically Deprived in High-Income Industrialized Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 1 - 10. doi:10.1111/jmwh.12627
- Hamad, R., & Rehkopf, D. H. (2015, September). Poverty, Pregnancy, and Birth Outcomes: A Study of the Earned Income Tax Credit. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 444 - 452. doi:10.1111/ppe.12211
- Poeran, J., Birnie, E., Bonsel, G., Denktas, S., & Steegers, E. (2011, April). Urban perinatal health inequalities. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 643 - 646. doi:10.3109/14767058.2010.511341

E-mailadres: thaliverlent@hotmail.be

"Aantal woorden bachelorproef: 17 717 (exclusief bijlagen en bibliografie)"



Inhoud

Woord vooraf.....	3
Verantwoordelijke van de bachelorproef	4
Abstract bachelorproef.....	5
Inleiding	11
Methodologie	13
Literatuuroverzicht	14
1. Wat is armoede	14
1.1. Definities.....	14
1.2. De vormen van armoede.....	16
1.2.1. Absolute/volledige armoede	16
1.2.2. Relatieve armoede.....	16
1.2.3 Sociale armoede	16
1.2.4. Armoede bij werkenden.....	16
1.2.5. Kansarmoede.....	16
1.2.6. Generatiearmoede.....	17
1.2.7. Nieuwe armoede.....	17
1.3. De wettelijke armoede grens	18
1.4. 'Risico op armoede of sociale uitsluiting', de Europese armoede-indicator	20
1.5. Interfederale armoedebarmometer	24
1.6. De kringloop van armoede.....	25
1.7. Het armoede web.....	26
1.7.1. Inkomen	27
1.7.2. Huisvesting en tewerkstelling	27
1.7.3. Gezondheid en het gezinsleven.....	27



1.7.4. Onderwijs en vrijetijdsbesteding.....	28
1.7.5. Justitie.....	28
1.8. De verklaringsmodellen van armoede	29
1.8.1. Het microniveau.....	29
1.8.2. Het mesoniveau	30
1.8.3. Het macroniveau.....	31
1.9. Kansarmoede	32
1.9.1. Definitie	32
1.9.2. Criteria kansarmoede	32
1.9.3. Kansarmoede-index.....	33
1.9.4. Kenmerken van kansarmen	34
1.10. De kloven van armoede	37
1.11. De krachten van mensen in armoede	39
1.12. De binnenkant van armoede	40
2. Zwangerschap en kansarmoede.....	42
2.1. Ongunstige perinatale uitkomsten	42
2.2. Gezondheidsongelijkheden bestaan al voor de geboorte	44
2.3. Bronnen van gezondheidsongelijkheden	44
2.3.1 De sociaaleconomische factoren.....	45
2.3.1.1. Sociaaleconomische status	46
2.3.1.2. Inkomen.....	46
2.3.1.3. Opleidingsniveau	47
2.3.1.4. Tewerkstelling en werkomstandigheden.....	48
2.3.2. Sociaal-demografische factoren	49
2.3.2.1. Leeftijd en pariteit	49



2.3.2.2. Etniciteit	49
2.3.3. Individuele ongelijkheden in de levensstijl	51
2.3.3.1. Sigaretten en druggebruik	51
2.3.3.2. Alcoholgebruik	51
2.3.3.3. Malnutritie	52
2.3.3.4. Obesitas.....	52
2.3.3.5. Inname van foliumzuur	53
2.3.3.6 Psychosociale stress	53
2.3.5 Geografische factoren.....	54
2.4 Kansarme buurten en gezondheidsongelijkheden	55
2.4.1 Buurtkarakteristieken	55
2.4.2. Ongunstige perinatale uitkomsten	57
3. De gezondheidszorg bij kansarme zwangere vrouwen.....	59
3.1. Toegang tot de gezondheidszorg	59
3.2. De visie en betrokkenheid bij de gezondheidszorg.....	60
3.3. Aanbevolen zorg	61
3.3.1 Preconceptionele zorg	62
2.3.2. Prenatale zorg	63
2.3.4. Respectvolle en vertrouwensvolle relatie.....	64
2.3.5. Betrouwbaarheid en Begrijpelijkheid van de informatie	64
3.4. Bestaande projecten	65
3.4.1. De sociale verloskunde.....	65
3.4.2. Ready for a baby	66
3.4.3. Buddy bij de wieg.....	67
Toepassing binnen het beroepsveld van de vroedvrouw.....	68



De taak van de vroedvrouw	69
Besluit.....	71
Bibliografie	74
Bijlagen	79
Bijlage 1: Vragenlijst over de brochure	79



INLEIDING

Kansarmoede is een multidimensionale problematiek die voorkomt over de hele wereld, zelfs in de meest moderne en ontwikkelde landen blijft armoede nog altijd een groot maatschappelijk probleem. Het treft personen niet enkel op het financiële vlak maar ook op de andere levensdomeinen (De pril, L., 2017) zoals huisvesting, opleiding, vrijetijdsbesteding, tewerkstelling maar het treft ook het welzijn en de gezondheidstoestand van een individu, want al deze domeinen zijn met elkaar verbonden waardoor een verandering op het ene domein ook een invloed heeft op de andere domeinen. Mensen worden beperkt op verschillende vlakken en momenten in hun leven en soms hebben ze zelf geen schuld (Vranken, Bij wie leggen we de schuld?) aan de situatie waarin ze verkeren. Er zijn in onze samenleving veel organisaties die de strijd tegen armoede willen aangaan, ook de overheid (POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid, 2016) stelt jaarlijks een federaal plan voor armoedebestrijding op. Deze bachelorproef zou er voor moeten zorgen dat mensen een andere kijk krijgen over de mensen die leven in armoede en zou hen moeten aanzetten om zelf ook in actie te schieten.

Het eerste hoofdstuk handelt over armoede in het algemeen, aangezien dit een heel breed onderwerp is, er wordt onder andere ingegaan op de verschillende vormen maar ook op de levensdomein waarop armoede een invloed heeft. De onderlinge verklaringen (Vranken, Bij wie leggen we de schuld?) voor het ontstaan van armoede worden ook uitgelegd, verder wordt er ook ingegaan op een specifieke vorm van armoede, namelijk kansarmoede.

Het tweede hoofdstuk gaat specifiek over kansarmoede en zwangerschap, in dit hoofdstuk worden eerst de verschillende bronnen die voor de gezondheidsongelijkheden tussen de mensen in samenleving zorgen opgesomd, samen met de mogelijke gevolgen die zij hebben op de zwangerschap en op de gezondheid van de moeder en het kind. Er zijn verschillende factoren (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013) die van invloed zijn voor de gezondheidsongelijkheden waaronder sociaaleconomische, sociaalgeografische en levensstijlfactoren.



In het laatste hoofdstuk van de literatuurstudie wordt er ingegaan op de toegang tot de gezondheidszorg bij mensen die leven in kansarmoede, want kansarmoede zorgt ervoor dat er een drempels ontstaan die zorgen dat mensen de stap tot de gezondheidszorg niet durven te zetten. Voorbeelden van deze drempels zijn de financiële- en taalbarrière (De Boelpaep, 2014), maar ook de beperkte kennis (Bellchambers, Browne, Ebert , & Ferguson, 2014) waarover deze mensen beschikken waardoor ze niet weten bij welke diensten ze terecht kunnen.

Het doel van deze bachelorproef is om mensen bewust te maken dat er heel wat invloeden of bronnen zijn die een zwangerschap nadelig kunnen beïnvloeden, maar door hier al vroeg in de zwangerschap of preconceptioneel op in te spelen kan men deze nadelige gevolgen grotendeels bepreken en de gezondheid van de toekomstige moeder en haar ongeboren kind verbeteren. In de literatuurstudie wordt er nagegaan wat de aanbevolen zorg is voor deze specifieke kwetsbare groep van zwangere vrouwen en er worden ook kort enkele bestaande projecten besproken.



METHODOLGIE

Voor deze literatuurstudie werden voornamelijk de zoekmachines Pubmed en Limo gebruikt, de meest gebruikte zoektermen waren 'deprived', 'health inequalities', 'outcome', 'poverty', 'pregnancy', 'disadvantaged', 'neighborhoods' en 'perinatal health'. Door middel van het lezen van enkele artikels werden er andere zoektermen bekomen zoals 'health disparity', 'birth outcomes', 'infants', 'marginalized', 'adverse side effects', 'rural health', 'urban health'. Deze zoektermen werden met elkaar gecombineerd en door het toepassen van de limieten op de artikel, waaronder Engelstalige artikels en artikels die maximum vijf jaar oud zijn, werden er een heel deel geëxcludeerd. Aan de hand van de abstracts van de artikels werd er bepaald of het artikel al dan niet geschikt was voor deze literatuurstudie. Daarnaast werden er ook artikels bekomen aan de hand van het sneeuwbal effect, tijdens het lezen van een abstract stelt Pubmed zelf enkele artikels voor die aan het artikel of abstract dat je aan het lezen bent gerelateerd zijn. In totaal werden er ongeveer 35 artikels gebruikt voor deze literatuurstudie, het ene al wat relevanter dan het andere, alle artikels werden gerefereerd volgens de APA-stijl en zijn achteraan in deze bachelorproef terug te vinden in de bibliografie.



LITERATUUROVERZICHT

1. WAT IS ARMOEDE

Leven in armoede gaat gepaard met nadelen op vrijwel elk gebied (Combs-Orme & Lefmann, 2014) van de mens, zoals de (mentale) gezondheid, de ontwikkeling, de prestaties op school en op andere gebieden, de oorzaken die hierachter schuilen zijn inherent aan armoede. Deze oorzaken omvatten het gebrek aan middelen van verschillende aard, dit zijn onder andere het gebrek aan de toegang tot gezondheidszorg, aan kwaliteitsvol onderwijs maar ook aan goede en veilige huisvesting, voedzaam en gezond voedsel en aan nog vele andere middelen.

1.1. Definities

In de literatuur zijn er verschillende definities te vinden die het onderwerp armoede omschrijven, armoede is een abstract begrip dat op verschillende manieren omschreven kan worden. In de loop van de jaren zijn verschillende definitief veranderd of aangevuld geweest, hieronder volgen enkele definities.

Een eerste definitie is te vinden in het jaarboek van armoede en sociale uitsluiting (Dierckx, De Boyser, & Vranken, Armoede en sociale uitsluiting jaarboek 2006, 2006), Het is de definitie die door Jan Vranken werd opgesteld. "Armoede is een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het scheidt de armen van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Deze kloof kunnen ze niet op eigen kracht overbruggen"¹.

Deze definitie van Jan Vrank werd door Tine Van Regenmortel als volgt aangevuld "De armoedekloof kan enkel worden overbrugd wanneer de samenleving ook een appel doet op het psychologisch kapitaal van personen die in armoede leven en van hun omgeving.

¹ Deze definitie kan nog uitgebreid worden door middel van vier dimensies, de tijd, hoogte, breedte en diepte.



De samenleving maakt daarbij de economische, sociale en culturele kapitaalvormen voor hen toegankelijk. Zo krijgt iedereen gelijke kansen op niet-kwetsende sociale en maatschappelijke interacties en op waardevolle bindingen met zichzelf, de anderen, de maatschappij en de toekomst” (OCMW Gent , 2015)

Een andere definitie over armoede werd opgesteld door (Coene, et al., 2017) “De situatie waarin iemand een zodanig tekort heeft aan economische middelen in verhouding tot de algemene levensstandaard dat hij/zij sociaal uitgesloten raakt op meerdere levensdomeinen. De kloof met de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving die daaruit volgt, kan hij/zij niet louter op eigen kracht overbruggen.

Een laatste definitie over armoede, is er een van (Boost, et al., 2017), zij omschrijven armoede als “Een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het verhindert mensen in armoede om een leven te leiden dat voldoet aan de menselijke waardigheid. Deze kloof die in de samenleving wordt geproduceerd, kunnen ze niet op eigen kracht overbruggen.”



1.2. De vormen van armoede

1.2.1. Absolute/volledige armoede

Men spreekt over absolute armoede wanneer men net genoeg geld heeft om eten kopen en te voorzien in kleding, maar men heeft te weinig middelen om te voldoen aan de basisbehoeften (Plantinga, 2017). Dit is een vorm van armoede waar het gaat over leven of dood en deze komt vaak voor in de ontwikkelingslanden (Thys, sd).

1.2.2. Relatieve armoede

Bij deze vorm van armoede hebben mensen een verschillende mening over wat zij voldoende vinden om maandelijks rond te komen, de ene persoon verdient minder dan de andere, waardoor er hier sprake is van een inkomensongelijkheid, maar dit maakt hen nog niet arm (Plantinga, 2017).

1.2.3 Sociale armoede

Sociale armoede betekent dat men omwille van de financiële toestand niet meer normaal kan meedoen met de gang van het leven. (Thys, sd) De sociale contacten kunnen niet meer onderhouden worden en vervagen. Men heeft de middelen niet om aan enig vorm van sociale activiteiten deel te nemen waardoor men sociaal geïsoleerd geraakt.

1.2.4. Armoede bij werkenden

Mensen die beschikken over een job kunnen ook leven in een situatie van armoede, dit is te wijten aan een te laag inkomen. Wanneer iemand omwille van zijn of haar maandelijkse inkomen onvoldoende kan voorzien in de behoeften zijn of haar gezin dan wordt dit problematisch. Er is hier sprake van een onvermogen (Bogaerts, Marx, Vandenbroucke, Vanhille, & Verbist, 2009) om voldoende arbeidsinkomen te genereren op het gezinsniveau.

1.2.5. Kansarmoede

Mensen die leven in een situatie van kansarmoede worden uitgesloten op al de verschillende domeinen van het leven, het is meer dan alleen een gebrek aan financiële middelen (Netwerk tegen armoede, sd).



Deze mensen hebben een laag inkomen, en worden ook uitgesloten op vlak van welzijn, huisvesting, gezondheid, onderwijs, vrijetijdsbesteding en werk, het is een multidimensionale (Diversiteit in actie, sd) problematiek.

1.2.6. Generatiearmoede

“Generatiearmoede is een vorm van armoede waarin mensen generatie na generatie geboren worden in een kansarm gezin. Zij worden van zeer jong geconfronteerd met een heel aantal problemen en slager er niet in om de kringloop te doorbreken” (De Boelpaep, 2014). Leven in generatiearmoede brengt remmende psychologische mechanismen, inefficiënte relatiestijlen en communicatiepatronen met zich mee. De situatie van armoede wordt doorgegeven van de ouders op de kinderen, vanaf de geboorte leven de kinderen al in armoede. Er is bij deze vorm van armoede een overdracht van de armoede op de verschillende levensdomeinen van de mens, maar ook het gevoel van schaamte, uitsluiting en onmacht wordt overgedragen op de kinderen (Heyndrickx, 2005).

Men kan hier ook wel spreken over de roulerende rekening waarin het voor de kinderen uiterst moeilijk is om uit deze situatie te geraken. (Netwerk tegen armoede, sd) Ze hebben nooit een ander leven gekend. Ze zijn opgegroeid in armoede en hebben hier in leren overleven omdat ze het voorbeeld van hun ouders hebben gevolgd.

1.2.7. Nieuwe armoede

Nieuwe armoede: “mensen kunnen door de economische crisis of door een tegenslag in het leven terechtkomen in een bestaansonzekere situatie. Deze situatie kan op hun beurt financieel-economische, sociale, psychologische en opvoedkundige onzekerheden veroorzaken, waarbij men kan terechtkomen in de nieuwe armoede: mensen die voorheen niet arm waren, maar door omstandigheden nu amper of niet rondkomen” (De Boelpaep, 2014). Bij deze nieuwe armoede schuilt het gevaar dat sommige mensen hun leven lang niet meer uit deze cirkel geraken en terechtkomen in de generatiearmoede, waarbij de armoede over de generaties heen wordt overgedragen.



1.3. De wettelijke armoede grens

De wettelijke armoedegrens wordt door de Europese Unie voor elke land apart vastgelegd, dit is 60% van het mediaan inkomen, voor een alleenstaande is dit 973 euro per maand en voor een gezin met twee kinderen is dit bedrag vastgelegd op 2044 euro per maand. Iemand is arm wanneer men minder heeft dan een vastgelegd minimum (Netwerk tegen armoede, sd), wanneer men zich onder deze grens bevindt is het moeilijker om een bestaanszeker leven op te bouwen.

De wettelijke armoedegrens is het resultaat van politieke besluitvorming (Dierckx, Van Herck, & Vranken, Armoede in België, 2010) en komt overeen met het bedrag van de uitkeringen zoals het leefloon, de tegemoetkomingen voor personen met een handicap en de inkomensgarantie voor ouderen. De methode die men hiervoor het meest gebruikt is de relatieve armoede (Samenlevingsopbouw RIMO Limburg, 2017), dit wil zeggen dat iemand arm is wanneer men minder heeft dan de anderen in de samenleving. In de tabellen kan men de wettelijke en Europese armoedegrens raadplegen samen met het percentage van inwoners met huishoudens onder de armoederisicodrempel.



Tabel 1: Bedrag leefloon sinds 1 september 2017 (wettelijke armoedegrens)

	Per maand	Per jaar
Persoon die met één of meerdere personen samenwoont	595,13€	7.141,56€
Alleenstaande persoon	892,70€	10.712,40€
Persoon die uitsluitend samenwoont met een gezin te zijnen laste	1.190,27€	14.283,24€

Bron: (Samenlevingsopbouw RIMO Limburg, 2017)

Tabel 2: Bedragen Europese armoedegrens voor België

	Per maand	Per jaar
Alleenstaande persoon	1.114,75€	13.377,00€
Gezin: 2 volwassenen en 2 kinderen (>14 jaar)	2.240,16€	28.092,00€

Bron: (Samenlevingsopbouw RIMO Limburg, 2017)

Tabel 3: Percentage inwoners met huishoudinkomen onder de armoederisicodrempel (Vlaanderen)

	Percentage
Alleen staande	18%
Lid van eenoudergezin	33%
Lid van gezin met 2 volw. en 2 kinderen	6%
Werkend	4%
Werkloos	33%
Gepensioneerd	12%
Lid van gezin dat huis bezit	8%
Lid van gezin dat huis huurt	25%

Bron: (Samenlevingsopbouw RIMO Limburg, 2017)



1.4. 'Risico op armoede of sociale uitsluiting', de Europese armoede-indicator

Binnen het Europese beleid werden er drie indicatoren (Het steunpunt, 2018) opgesteld die samen berekenen of iemand in armoede leeft, deze drie worden samen de Europese armoede-indicator genoemd.

De eerste indicator is het armoederisico op basis van het inkomen van iemand, ook wel monetaire armoede genoemd, personen die een inkomen hebben onder de inkomensgrens ook wel de armoededrempel genoemd, worden met het armoederisico geconfronteerd. De armoededrempel volgens het EU-SILC (Statistics explained, 2016) is gelijk aan 60% van het mediaan beschikbaar inkomen op individueel niveau. Uit een enquête die afgenomen werd is gebleken dat in 2016, 15,5% van de Belgische bevolking (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2017) beschouwd werd als een risicogroep voor monetaire armoede.

Zie tabel 4 met het armoede risico in België sinds de afgelopen 10 jaar.

Tabel 4: Armoederisico, België, laatste 10 jaren

Armoederisico (AR)											
	Jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Karakteristieken	Land	België	België	België	België	België	België	België	België	België	België
Totaal		15,2%	14,7%	14,6%	14,6%	15,3%	15,3%	15,1%	15,5%	14,9%	15,5%
Mannen		14,4%	13,6%	13,4%	13,9%	14,6%	14,7%	14,6%	15,0%	14,1%	14,4%
Vrouwen		15,9%	15,8%	15,7%	15,2%	16,0%	15,9%	15,5%	15,9%	15,6%	16,5%
0-15		16,9%	16,6%	16,4%	18,5%	18,5%	17,3%	16,8%	17,9%	17,4%	17,2%
16-24		17,2%	17,5%	16,2%	14,8%	15,3%	16,5%	17,0%	20,4%	19,5%	21,2%
25-49		11,5%	10,4%	10,8%	11,4%	13,1%	13,3%	13,8%	14,4%	13,5%	13,5%
50-64		12,7%	13,7%	12,9%	12,3%	12,1%	12,8%	11,7%	11,8%	12,1%	14,3%
65+		23,0%	21,3%	21,6%	19,4%	20,2%	19,4%	18,4%	16,1%	15,2%	15,4%

Bron: (Statistics explained, 2016)



Daarnaast is er de materiële deprivatie (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2017) dit is hetgeen wat men met de beschikbare financiële middelen niet kan veroorloven. In de tabellen hieronder kan men de resultaten van de enquête van 2017 bekijken, de materialen die de mensen zich niet kunnen veroorloven en hoeveel procent van de mensen dat dit niet kan omwille van financiële redenen staan opgesomd in tabel 5.

Uit de enquête die uitgevoerd is door het EU-SILC (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2017) blijkt dat in 2017 5% van de Belgen leeft in een situatie met ernstige materiële deprivatie.

Tabel 5: Percentage van de personen die in een huishouden leven dat zich om financiële redenen niet kan veroorloven (2017)

	Percentage
Rekeningen op tijd te betalen (huur, water, elektriciteit, etc.)	5%
Een week vakantie per jaar te nemen buitenshuis.	25%
Minstens om de twee dagen vlees, kip, vis of een vegetarisch alternatief te eten.	6%
Een onverwachte uitgave te doen.	25%
Een telefoon te bezitten.	0,1%
Een kleurentelevisie te bezitten.	0,6%
Een wasmachine te bezitten.	1%
Een persoonlijke wagen te bezitten.	6%
Het huis voldoende te verwarmen.	6%
% van personen die van ten minste 4 van de 9 voorgaande elementen gedepriveerd is en dus "in een toestand verkeert van ernstige materiële deprivatie".	5%

Bron: (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2017)

Als laatste indicator zijn er de huishoudens met een lage werkintensiteit. Deze huishoudens beschikken niet noodzakelijk over een laag inkomen maar het zijn wel huishoudens met een zeer lage werkintensiteit, waarin niemand werkt of waarin men zeer weinig werkt. "Een persoon met een zeer lage werkintensiteit is een persoon van 0 tot 59 jaar (Het steunpunt, 2018), wonende in een huishouden waarin volwassenen (studenten niet meegerekend) tijdens het referentiejaar gemiddeld minder dan een vijfde van hun tijd aan het werk waren."



In de tabel hieronder staat elke indicator apart vermeld met een bepaalde categorie, in de laatste kolom zijn alle drie de percentages van de indicatoren opgeteld, dit is de Europese armoede-indicator. De tabel werd opgemaakt met de resultaten van een enquête van het EU-SILC (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2017) die in 2016 werd afgenomen.

Tabel 6: Risico op armoede of sociale uitsluiting

	Mensen met een risico op monetaire armoede (%)	Mensen uit een huishouden dat met ernstige materiële deprivatie wordt geconfronteerd (%)	Mensen (jonger dan 60 jaar) uit een huishouden met een lage arbeidsintensiteit (%)	Risico op armoede of sociale uitsluiting (Europese indicator) (%)
Totaal	15,5%	5,5%	4,6%	20,7%
leeftijd				
0-17 jaar	17,8%	6,9%	13,0%	21,6%
18-64 jaar	14,7%	6,1%	15,2%	21,7%
65 jaar en +	15,4%	2,1%		16,4%
Statuut hoofdactiviteit				
Werkend	4,7%	2,2%	0,4%	6,3%
Werkloos	45,9%	20,1%	61,7%	66,2%
Pensioen/ brugpensioen	13,3%	2,1%	64,0%	16,4%
Andere inactief	32,0%	11,4%	37,9%	44,7%
Geslacht				
Man	14,4%	5,3%	13,1%	19,4%
Vrouw	16,5%	5,7%	16,2%	22,0%
Type huishouden				
1 persoon	21,8%	9,2%	30,3%	30,9%



2 volwassenen < 65 jaar zonder kinderen	9,7%	3,8%	15,6%	18,5%
2 volwassenen, minstens 1 > 65 jaar, zonder kinderen	13,3%	1,2%	43,2%	16,2%
Overig huishouden zonder kinderen	10,3%	2,9%	13,8%	16,6%
Alleenstaande ouder met kind(eren)	41,4%	14,9%	4,1%	53,0%
2 volwassenen, 1 kind	11,9%	3,1%	7,1%	13,2%
2 volwassenen, 2 kinderen	8,2%	1,5%	3,9%	9,5%
2 volwassenen, 3 kinderen of +	19,2%	7,9%	12,4%	22,0%
Overig huishouden met kind(eren)	16,1%	10,9%	11,7%	22,8%

Bron: (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2017)



1.5. Interfederale armoedebarmeter

De interfederale armoedebarmeter werd ontwikkeld in kader van het Federaal Plan Armoedebestrijding en werd uitgegeven door de FOD maatschappelijke integratie. De opdracht (Het steunpunt, 2018) om deze barometer uit te geven kwam van de staatssecretaris voor maatschappelijke integratie en armoedebestrijding, ten heden vervuld Zuhail Demir de taak van staatssecretaris voor armoedebestrijding.

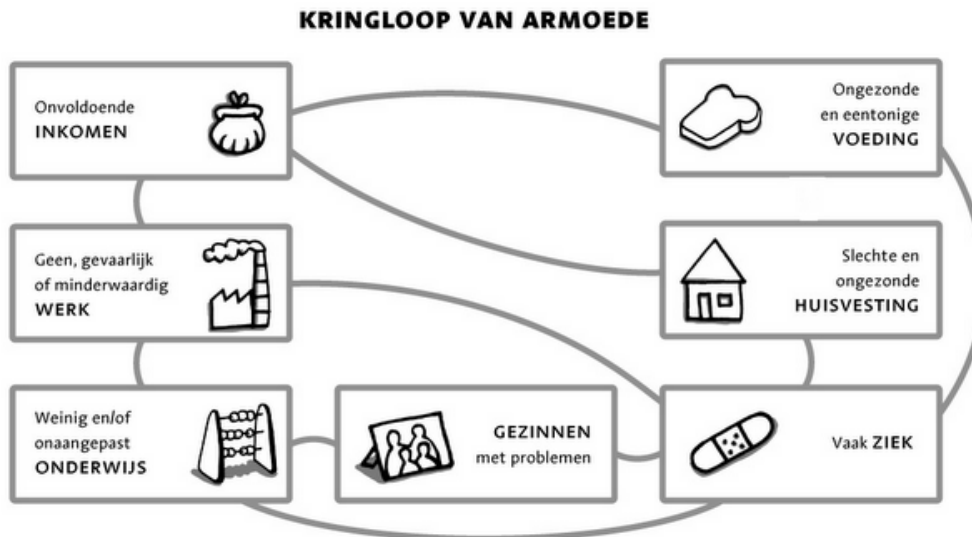
De interfederale barometer is een werkinstrument waarmee armoede op een overzichtelijk wijze in beeld gebracht kan worden in verschillende categorieën. Dit zijn onder meer inkomen en schuld, gezondheidszorg, werk, onderwijs, wonen, deelname en kinderarmoede. Deze barometer heeft als objectief de bevolking bewust te maken van de armoede situatie in België en hen aan te sporen om ook anderen te sensibiliseren en initiatief te nemen om armoede uit te sluiten.

Hieronder volgen enkele opmerkelijke cijfers over de Belgische armoede situatie.

In België zijn er diverse bevolkingscategorieën die een verhoogd risico hebben op armoede, dit zijn volgens hun relatie tot de arbeidsmarkt, mensen die werkloos zijn en personen die invalide zijn of een ziekte hebben. Van alle personen die tot deze categorieën behoren zijn er respectievelijk 42,9% en 25,8% met een verhoogd risico om in een armoede situatie te belanden. De bevolking kan ook onderverdeeld worden volgens de gezinssituatie, hierin zijn drie categorieën te onderscheiden van elkaar namelijk de alleenstaande ouders, alleenstaande vrouw zonder kinderen jonger dan 65 jaar en de alleenstaande vrouw zonder kinderen ouder dan 65 jaar. Respectievelijk heeft 36,4%, 28,0% en 18,1% van de personen die tot deze groepen behoren een verhoogde kans op armoede. Als laatste wordt de bevolking hier opgedeeld volgens opleidingsniveau en volgens nationaliteit. 25,8% van de personen met een laag opleidingsniveau heeft een verhoogde kans op armoede en 62,0% van de personen die afkomstig zijn van een land dat niet behoort tot de Europese Unie hebben een verhoogd risico op armoede.



1.6. De kringloop van armoede



Figuur 1: De kringloop van armoede. Bron: (De pril, L., 2017)

De kringloop van armoede kan ook benoemd worden als de zeven levensdomeinen van armoede of de buitenkant van armoede. Zoals hierboven visueel is voorgesteld zijn alle levensdomeinen van de mens zijn met elkaar verbonden en hebben ze een impact op elkaar. Een verandering op het ene domein heeft ook gevolgen op de andere domeinen, (De pril, L., 2017) hieronder volgt een voorbeeld om dit te illustreren.

Armen hebben vaak een onvoldoende inkomen dit is te wijten aan het feit dat zij geen werk hebben of beschikken over minderwaardig werk waarbij ze een laag inkomen ontvangen. Hierdoor hebben ze niet genoeg geld om gezonde voeding te kopen en te verblijven in een degelijke woning en het huren van een fatsoenlijke woning ligt ver boven het budget dat zij maandelijks bekomen. De woning of plaatst waar ze verblijven heeft vaak gebreken en is meestal te klein voor het aantal personen dat hier in verblijft, door de slechte en ongezonde huisvesting en door de niet gevarieerde en ongezonde voeding worden deze mensen vatbaarder voor ziekten en zijn ze vaak langdurig ziek. Dit heeft een impact op het gezinsleven maar ook op de arbeidssituatie en voor de kinderen in het gezin heeft dit een impact op hun opleidingsniveau want enerzijds gaan hun studies niet betaald kunnen worden door de weinige financiële middelen en anderzijds gaan kinderen en jongeren die vaak ziek zijn en daardoor de lessen op school niet kunnen bijwonen, een leerachterstand opbouwen.



Dit resulteert dan later in jongeren en volwassenen met een laag opleidingsniveau, wat bij een sollicitatie vaak in hun nadeel zal spelen, hierdoor verwerven ze een minderwaardige job waarbij het inkomen laag tot onvoldoende is om maandelijks rond te komen.

De kringloop van de armoede blijft zo doorgaan, het is als het ware een vicieuze cirkel waar men niet uit kan geraken.

1.7. Het armoede web

Samenhangend met de kringloop van armoede is er het armoede web, waarbij armoede gezien kan worden als een soort van web waarin mensen verstrikt geraken en waar ze niet meer of moeilijk uit kunnen geraken. Het heeft een grote impact op alle levensdomeinen van de mens (Welzijnszorg, sd), elk onderdeel is met elkaar verbonden waardoor de domeinen ook een impact hebben op elkaar, het web toont op een visuele wijze dat armoede een verwevenheid is van verscheidene uitsluitingsmechanismen op de verschillende levensdomeinen van een mens (D'hondt, 2015).



Figuur 2: Armoedeweb Bron: (Welzijnszorg, sd)



1.7.1. Inkomen

Het inkomen is een belangrijke schakel in het armoede web en de armoedekringloop, zonder een leefbaar inkomen boven de wettelijke armoedegrens is het niet evident om uit het armoede web kunnen ontsnappen. In België leven er ongeveer 1.7 miljoen mensen (D'hondt, 2016) die moeten rondkomen met een inkomen onder de armoedegrens van 1083 euro, om een overzicht te krijgen van het minimum inkomen dat een persoon maandelijks nodig heeft, heeft België referentiebudgetten (D'hondt, 2016) opgesteld, dit zijn budgetten die opgebouwd en bepaald zijn door experts en mensen die in armoede leven. Luxe is hierin niet inbegrepen, enkel de gewone uitgaven die een gezin maakt zoals mobiliteit, huur, voeding en vrijetijdsbesteding zijn hierin verrekend, verder wordt er bij deze budgetten geen rekening gehouden met eventuele extra kosten die kunnen optreden zoals bij ziekte.

1.7.2. Huisvesting en tewerkstelling

Een andere schakel in dit web is de huisvesting (D'hondt, 2015), een huis huren is voor kansarmen een grote hap uit hun budget, als gevolg hiervan hebben veel armen een slechte en ongezonde huisvesting, ze leven in een donker huis dat veel te klein is voor hun gezin en waarbij leefomstandigheden niet ideaal zijn. De kwaliteit van hun woonplaats is slecht, vaak is er geen degelijke verwarming, sijpelt het vocht door de muren en/of ligt er overal schimmel, soms ontbreekt er zelf stromend en/of warm water er heest in deze woningen een groot gebrek aan comfort. Een reden die men kan gebruiken om iemand te weigeren om een huis te laten huren is het niet bezitten van een job, een goede baan en een goed inkomen zorgen ervoor dat mensen een toekomst kunnen opbouwen. Van alle mensen die in België werken leeft meer dan 95% (D'hondt, 2016) niet in armoede.

1.7.3. Gezondheid en het gezinsleven

Een ander waardevol levensdomein van de mens is zijn gezondheid, tussen de armen en niet-armen bestaat er een gezondheidskloof (D'hondt, 2016), dat is een feit waar men niet zomaar omheen kan. De mensen die een lagere opleiding en een lager inkomen hebben verkeren vaker in een slechte gezondheidstoestand dan hoogopgeleide mensen met een hoger inkomen.



Een slechte gezondheid tast niet enkel de levenskwaliteit aan maar het heeft ook een invloed op de tewerkstelling, het inkomen en de sociale contacten van een persoon. Daarnaast staan gezinnen in armoede vaak onder druk (D'hondt, 2016), ze hebben het moeilijk om rond te komen en leven in een veel te kleine en ongezonde woning, dit veroorzaakt spanningen en stress onderling. Voor mensen in armoede zijn hun gezin en hun kinderen het belangrijkste in hun leven, ze zouden hiervoor alles doen. Het gezinsleven verloopt allesbehalve vlekkeloos er zijn veel obstakels die overwonnen moeten worden.

1.7.4. Onderwijs en vrijetijdsbesteding

Het onderwijs neemt ook een grote kost van het budget van een gezin, leerboeken kosten al gauw honderden euro's en dan zijn de kosten voor een boekentas, pennenzak en mappen nog niet meegerekend. Dit heeft tot gevolg dat sommige mensen de facturen niet meer kunnen betalen (D'hondt, 2016) of dat jongeren hun opleiding niet afmaken omdat ze er te weinig financiële middelen voor hebben. Bovendien heeft dit dan weer invloed op de zoektocht naar het vinden van een job, want wie laaggeschoold is zal moeilijker een goede baan met een goed inkomen bekomen. Daarnaast is er ook het domein vrijetijdsbesteding, dit heeft een grote invloed op de persoonlijke ontwikkeling van een persoon en op het mentaal welbevinden. De individuele ontplooiing (D'hondt, 2016), weerbaarheid en identiteitsbeleving van iemand worden door sport en cultuur positief gestimuleerd. Het is een van de eerste domeinen waarop men zal besparen, om lid te worden van een sportclub of andere vereniging moet men meestal lidgeld betalen, de financiële drempel speelt hier een grote rol.

1.7.5. Justitie

Wanneer men alle levensdomeinen overloopt mag men zeker niet het domein justitie vergeten, want mensen in armoede komen vaker in contact met justitie dan men zou denken en dan ze zelf zouden willen. Enkele voorbeelden hiervan zijn achterstallige huur, een echtscheiding en collectieve schuldenregeling (D'hondt, 2016), al deze zaken worden in de rechtbank afgehandeld. Daarnaast kan een gevangenisstraf er voor zorgen dat personen na hun vrijlating in een situatie van armoede terecht komt of er nog dieper in wegzakt.



1.8. De verklaringmodellen van armoede

Er zijn verschillende oorzaken die te wijten zijn aan het ontstaan van armoede, het kan veroorzaakt worden door het individu zelf of door de maatschappij, maar ook externe en interne factoren (Dierckx, Van Herck, & Vranken, Armoede in België, 2010) die al dan niet te controleren zijn kunnen een invloed hebben op het ontstaan van armoede bij een persoon of een gezin. Om deze oorzaken te verklaren heeft Jan Vranken in 1977 vier verklaringmodellen (Vranken) van armoede opgesteld, zie tabel 7, later in 1998 (Vranken) werd dit model verder uitgebreid, het werd onderverdeeld in drie niveaus (Departement Sociale Dienstverlening OCMW Gent, Cel armoedebestrijding) namelijk het micro-, meso- en macroniveau, zie tabel 8. Tussen het microniveau van het individu en het macroniveau van de maatschappij wordt het mesoniveau (Vranken) van de groepen, organisaties, gemeenschappen en instituties geplaatst, het heeft net zoals het micro- en macroniveau, een schuld- en ongevalmodel.

Tabel 4: Verklaringsmodellen armoede (1977)

	Schuld (intern)	Ongeval (extern)
Plaats van de oorzaak		
Individu	Individueel schuldmodel	Individueel ongevalmodel
Maatschappij	Maatschappelijk schuldmodel	Maatschappelijk ongevalmodel

Bron:(Vranken)

1.8.1. Het microniveau

Als eerste is er het individueel schuldmodel, dit model legt de schuld van de armoede bij de armen zelf (Thys, sd), de mensen hebben het zelf gezocht en het is hun eigen schuld dat ze in armoede leven (Vranken). Bij dit model wordt er vaak over de mensen in armoede gezegd dat lui zijn en hun geld verkwisten, ze dragen hun steentje niet bij in de samenleving en leven daarom in armoede (D'hondt, 2016), ze hebben hun leven in armoede aan zichzelf te danken.



Daarnaast kan een ongeval of probleem dat plotseling opduikt in iemands leven een toestand van armoede veroorzaken. Dit is bijvoorbeeld een faillissement, een ziekte, een echtscheiding, een handicap of het verlies van werk (Vranken). Dit ongeval leidt tot verschillende problemen die zich manifesteren op de verschillende levensdomeinen (D'hondt, 2016). Volgens dit verklaringsmodel, namelijk het individueel ongevalmodel, hebben de mensen in armoede tegenslag (Vranken) gehad in hun leven waardoor ze in armoede moeten leven.

Tabel 5: De zes verklaringsmodellen voor armoede (1998)

Niveau van de oorzaak	Aard van de oorzaak	
	Intern	Extern
Micro: het individu	Persoonlijke tekorten (Individueel schuldmodel)	Persoonlijke ongevallen (Individueel ongevalmodel)
Meso: groepen, gemeenschappen, instituten, organisaties	De structuur en/of het functioneren van de groep, gemeenschap, institutie, organisatie (Institutioneel schuldmodel)	Door externe instantie (groep, gemeenschap, institutie, organisatie) (Institutioneel ongevalmodel)
Macro: de samenleving	De maatschappelijke ordening (Maatschappelijk schuldmodel)	Maatschappelijke veranderingen en conjuncturen (Maatschappelijk ongevalmodel)

Bron: (Vranken)

1.8.2. Het mesoniveau

Het mesoniveau is ook onderverdeeld in twee modellen, het eerste model is het institutioneel schuldmodel, onder dit model bevinden zich de geïnstitutionaliseerde vormen van de samenleving (Vranken) met onder andere de kerken, scholen, vakbonden, bedrijven en verenigingen. Dit model zoekt zijn verklaring voor armoede in de inrichting en het functioneren van deze organisaties en verenigingen (Departement Sociale Dienstverlening OCMW Gent, Cel armoedebestrijding), de oorzaak van het voortbestaan van armoede wordt gelegd bij de eigen normen en waarden (Vranken) van de gemeenschap van de armen en dit tegenover de gewone samenleving.



Als tweede is er het institutioneel ongevalmodel, duidt op fenomenen zoals stereotypering en stigmatisering als gevolg van de institutionele uitsluitingsprocessen (Vranken) waarin er in de instituties bepaalde voorwaarde worden opgelegd in hun werking die kunnen leiden tot uitsluiting.

1.8.3. Het macroniveau

Bij het macroniveau is de oorzaak te vinden binnen de maatschappij, het maatschappelijk schuldmodel zegt dat de samenleving (Vranken) de armoede in stand houdt, volgens dit model is armoede een deel van de samenleving en zou de eigenheid (Vranken) van de samenleving verdwijnen wanneer er geen armoede meer zou zijn. Er bestaat een afzetmarkt voor armen, namelijk tweedehandsproducten of producten van mindere kwaliteit, verder vervullen de armen ook een morele functie (Driessens & Vranken), ze worden als voorbeeld gebruikt om jongeren en andere mensen op het rechte pad (Thys, sd) te houden. Dit model toont aan dat armoede niet het sociale probleem is van de maatschappij, maar dat de maatschappij het probleem is, want deze brengt de armoede voort en houdt deze in stand. Hier tegenover staat het maatschappelijk ongeval model, de samenleving kan ook getroffen worden door ongevallen of problemen bijvoorbeeld een natuurramp, vluchtelingencrisis of een economische crisis (D'hondt, 2016), door dit soort van ongevallen en rampen kunnen grote groepen mensen hun baan verliezen en er zijn ook veel mensen die tegelijkertijd hulp en financiële steun nodig hebben. Als gevolg van deze grote vraag aan hulp zijn er veel mensen die niet geholpen (Vranken) kunnen worden en hierdoor in de armoede belanden.



1.9. Kansarmoede

1.9.1. Definitie

"Kansarmoede is een toestand waarbij mensen beknot worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk hooggewaardeerde goederen, zoals onderwijs, arbeid, huisvesting. Het gaat hierbij niet om een eenmalig feit, maar om een duurzame toestand die zich voordoet op verschillende terreinen, zowel materiële als immateriële." (Kind en gezin, sd)

1.9.2. Criteria kansarmoede

Kind en gezin heeft zes criteria (Kind en Gezin) opgesteld waaraan gezinnen worden getoetst om te berekenen of ze in een toestand van kansarmoede leven, elk criterium heeft een ondergrens. Een gezin wordt als kansarm beschouwd wanneer drie of meerdere criteria zich onder de ondergrens bevinden.

Als eerste criterium is er het maandinkomen van een gezin, wanneer het maandelijks beschikbaar inkomen van een gezin lager is dan het bedrag van het leefloon, dat voor een gezin met kinderen 1179,65 euro bedraagt of wanneer het gezin leeft van een leefloon of werkloosheidsuitkering, heeft het meer kans om in kansarmoede te leven. Er wordt hier geen onderscheid gemaakt naar het aantal kinderen en er wordt geen rekening gehouden met het bedrag van de kinderbijslag.

De opleiding van de ouders is een tweede criterium, wanneer een of beide ouders analfabeet is of enkel buitengewoon onderwijs heeft gevolgd of wanneer een of beide ouders geen diploma van het hoger secundair onderwijs behaald heeft of men hier niet zeker van is heeft men een verhoogd risico. Daarnaast heeft de ontwikkeling van de kinderen binnen het gezin ook een invloed op het risico om in een kansarm gezin te leven, door middel van een gesprek met de ouders en een observatie van de kinderen wordt er nagegaan of de kinderen op een regelmatige basis deelnemen aan het kleuteronderwijs maar ook of er al dan niet moeilijkheden optreden bij de verzorging van de kinderen.



Wanneer de toegang tot de gezondheidszorg door het gezin ervaren wordt als een drempel of wanneer er een gebrek is aan kennis over en deelname aan de gezondheidszorg dan wordt dit gezien als een factor die mee bepaald of een gezin als kansarm geïdentificeerd wordt.

Maar ook wanneer een of meerdere van de gezinsleden een zwakke gezondheid, fysieke of mentale handicap heeft of wanneer hij/zij lijdt aan een chronische ziekte heeft men meer kans om als kansarm gezin aanzien te worden.

Als de laatste twee criteria gebruikt Kind & Gezin de arbeidssituatie van de ouders en de huisvesting van het gezin, wanneer een of beide ouders te werk gesteld zijn in een precare setting, wat wilt zeggen dat ze aan zwartwerk doen of ze via interim werk een inkomen verkrijgen, of wanneer ze werkzaam zijn in een beschutte werkplaats of geen job bezitten heeft het gezin een grotere kans om in een toestand van armoede te leven. Dit geldt ook voor de woning van waarin de gezinsleden verblijven, indien de woning te klein, verkrot, ongezond of onveilig is en/of niet beschikt over nutsvoorzieningen, maar ook als het gezin geen vaste woning heeft, thuisloos is of in een asielcentrum, opvangcentrum of in een kraakpand verblijft, heeft het een hoger risico om tot een kansarm gezin te behoren. Deze criteria die door kind & gezin opgesteld werden, kunnen ook op zichzelf voorkomen, het is mogelijk dat een gezin in een ongezonde huisvesting leeft maar toch niet aanzien wordt als een kansarm gezin.

1.9.3. Kansarmoede-index

Op basis van de registratie van de gezinnen (Kind en gezin, sd) die leven in kansarmoede wordt de kansarmoede-index jaarlijks berekend, deze index geeft het gemiddeld aantal geboorten weer in gezinnen die leven in kansarmoede en dit over een periode van drie jaar.

Voor het Vlaamse Gewest wordt de kansarmoede-index als volgt berekend (Agentschap binnenlands bestuur, sd) voor het jaar X. Het aantal kinderen dat geboren werd in jaar X, X-1 en X-2 in een gezin dat in kansarmoede leeft en dat woont in het Vlaamse Gewest op 31 december van het jaar X, dit deelt men dan door het aantal kinderen dat geboren werd in die 3 jaren en die woonden in het Vlaamse Gewest op 31 december van het jaar X.



Het resultaat wordt weergegeven als een percentage, kinderen die in het Vlaamse Gewest wonen maar niet in Vlaanderen geboren zijn worden ook meegeteld en de index kan ook berekend worden per provincie, gemeente of voor een andere categorie en wordt steeds op dezelfde wijze berekend.

1.9.4. Kenmerken van kansarmen

De groep mensen die leven in kansarmoede is heel divers, ze verschillen op verscheidene vlakken van elkaar maar toch hebben ze ook een aantal gemeenschappelijke (Heyndrickx, 2005) kenmerken. Als eerste is er de multicomplexe problematiek, (Van Regenmortel, 1996) het is meer dan één enkel probleem, vaak is het een combinatie van problemen die zich opstapelen. Ze hebben meestal een laag en onzeker inkomen, hierdoor is hun huisvesting vaak slecht en ongezond om in te wonen, ze zijn dikwijls laaggeschoold en hun gezondheid is ook niet al te best. Het kan gezien worden als een armoedekluwen (Van Regenmortel, 2002) dat problemen veroorzaakt op de verschillende levensdomeinen van een mens, deze levensdomeinen zijn met elkaar verbonden waardoor ze elkaar beïnvloeden en versterken en hierdoor wordt de problematiek alleen maar groter (zie het armoedeweb).

Vaak geloven kansarmen dat ze zelf weinig kunnen veranderen aan hun situatie en hebben ze het gevoel dat ze hun eigen lot niet in handen hebben maar wel dat het in de handen ligt van iemand anders. Dit is het gevoel van machteloosheid en het ontstaat meestal al vroeg in de kindertijd (Van Regenmortel, 2002), hun opvoeding speelt hierin een grote rol, maar ook de schoolervaringen, werksituatie en financiële situatie zorgen ervoor dat kansarmen minder inzicht, mogelijkheden en keuzevrijheid hebben. In de maatschappij hebben de kansarmen een zwakkere positie en achten hier de maatschappij verantwoordelijk voor (Van Regenmortel, 2002), ze hebben minder of geen macht die ze kunnen uitoefenen in de waardoor ze als het ware kansloos zijn. Daarnaast ontbreken er bij mensen die opgroeiden in kansarmoede, hechte en warme vertrouwensfiguren (Van Regenmortel, 1996), ze hebben nooit echt een gevoel van vertrouwen bij iemand gehad waardoor er ook een gevoel van basisveiligheid ontbreekt bij deze mensen.



Door deze gevoelens van wantrouwen (Heyndrickx, 2005) hebben zij het moeilijker om op latere leeftijd vertrouwensrelaties met andere personen aan te gaan, wat kan dan leiden tot een basiswantrouwen tegenover iedereen. Aan de ene kant is er bij hen een grote vraag naar de hulpverleners omdat ze hulp nodig hebben om hun problemen te kunnen oplossen en om zelf ook geholpen te kunnen worden. Maar aan de andere kant is er bij hen een gevoel van tegenstrijdigheid waarbij de kansarmen de hulpverleners het gevoel geven dat ze weg moeten blijven omdat ze hun problemen zelf wel zullen oplossen.

Verder gebruiken kansarmen vaak het stoere en grove taalgebruik waarmee ze dan dikwijls in conflict komen met de maatschappij, ze hebben met andere worden een gestoorde communicatie (Van Regenmortel, 1996). Door hun taalgebruik en hun gedrag worden de gevoelens van wantrouwen en machteloosheid meestal versterkt maar vaak schuilt er achter het luide en stoere taalgebruik een groot gevoel van hulpeloosheid (Van Regenmortel, 2002), er is bij hen ook een grote angst om steeds opnieuw te falen, deze angst kunnen ze uiten door onder meer apathisch te reageren of verzet en/of vluchtgedrag te vertonen.

Alle bovenstaande kenmerken van de kansarmen leiden tot een groot centraal probleem, namelijk de verbintenisproblematiek (Heyndrickx, 2005), deze kan zich op verschillende manieren manifesteren. Mensen die leven in kansarmoede hebben als eerste een verbintenisproblematiek met zichzelf (Van Regenmortel, 1996), waarbij ze geen band meer hebben met hun eigen handelen, verder hebben ze ook het gevoel dat ze geen vat meer hebben op het verdere verloop van hun leven, voor hen geldt dat wat ze ook doen het er toch niet toe doet. Soms kan dit samengaan met gevoelens van apathie (Van Regenmortel, 2002), machteloosheid en depressieve gevoelens.

Daarnaast kan er een gebrek van verbintenis met anderen zijn, dit kan het gevolg zijn van het isolement van de kansarmen, omwille van al de problemen die ze ondervinden gaan ze zich afzonderen van de buitenwereld, hierdoor groeit bij hen het gevoel van eenzaamheid.

Bovendien is er ook een verbintenisproblematiek met de maatschappij kansarmen kunnen zich in de maatschappij destructief gerechtigd (Van Regenmortel, 2002) voelen, dit wil zeggen dat ze het gevoel hebben dat ze in het leven veel meer gegeven hebben dan dat ze gekregen hebben.



Omdat ze dagelijks geconfronteerd worden met het feit dat ze leven in een slechte huisvesting, vaak werkloos zijn en te weinig financiële middelen hebben wekt dit bij kansarmen het gevoel van onrecht en vernedering op. Ze staan wantrouwig, negatief en asociaal tegenover de maatschappij omdat zij van oordeel zijn dat de maatschappij hen te weinig ondersteuning biedt.

Als laatste is er de verbintenisproblematiek met de toekomst, door de vele tegenslagen in hun leven hebben kansarmen vaak geen hoop meer in de toekomst en leven ze dag per dag. Het 'hier en nu' perspectief (Van Regenmortel, 1996) is voor hen veel belangrijker dan het toekomstperspectief. Deze gehele verbintenisproblematiek kan gezien worden als een reactie (Van Regenmortel, 1996) van de kansarmen op de omstandigheden waarin ze moeten leven, volgens Van Regenmortel is dit de kernproblematiek van kansarmoede en moet men deze aanpakken als men aan effectieve kansarmoedebestrijding wil doen.



1.10. De kloven van armoede

Tussen de werelden van de armen en de niet-armen heerst er een groot verschil onder de vorm van een kloof en deze omspannt vijf verschillende niveaus (De Myttenaere, 2016).

Als eerste is er de gevoelskloof dit is volgens De Myttenaere de meest fundamentele kloof die naar de gekwetste binnenkant (Burssens, 2009) van de armen verwijst, mensen die arm zijn hebben een laag zelfvertrouwen en voelen zich letterlijk niemand, er is bij hen sprake van een fundamenteel gebrek aan eigenwaarde (De Myttenaere, 2016). Ondanks de drang die zij voelen om erbij te horen, voelen zij zich niet altijd aanvaard en leven ze vooral in schaamte. Deze schaamte komt voort uit de situatie waarin ze leven en gaat ook gepaard met gevoelens van vernedering en met een minderwaardigheidsgevoel (Burssens, 2009). Om hun problemen te verbergen voor de anderen en om toch bij de groep te horen kopen (RIMO Limburg vzw, sd) armen dure gadgets zoals een smartphone, omdat ze dan niet uit de toon zouden vallen.

Daarnaast is er de kenniskloof, waarin het de armen ontbreekt aan kennis over de wereld van de niet-armen (De Myttenaere, 2016) waardoor ze er geen besef (DIVA, sd) van hebben hoe het er in de andere wereld aan toe gaat (Burssens, 2009) en hierdoor ontstaan er vooroordelen tegenover de andere wereld. Verder zijn armen onwetend over de diensten en organisaties waar ze terecht kunnen gaan met specifieke vragen of problemen (RIMO Limburg vzw, sd) dit is het gevolg van hun onwetendheid maar ook omdat ze vaak lager geschoold zijn.

Bovendien is hun leven vaak opgebouwd volgens een overlevingsstrategie (De Myttenaere, 2016), de vaardigheden ze in hun kindertijd aanleren van hun ouders zijn helemaal niet te vergelijken met de vaardigheden van de niet-armen, dit noemt men de vaardigheidskloof. Enkele voorbeelden (Burssens, 2009) hiervan zijn het huishouden organiseren, sociale vaardigheden bezitten, kinderen opvoeden en geld beheren, ze hebben deze vaardigheden nooit aangeleerd gekregen (De Myttenaere, 2016) of hebben deze op een andere manier geleerd, hierdoor is het voor hen moeilijker om te kunnen omgaan met de maatschappij en om hierin te kunnen functioneren.



Verder bestaat er de positieve krachtenkloof, armen kunnen alles veel gemakkelijker relativeren in vergelijking met de gewone doorsnee burger (De Myttenaere, 2016), hun draagkracht is vaak enorm (Burssens, 2009) waardoor ze in onmogelijke omstandigheden toch kunnen overleven. Zij geraken vooruit door positief te denken en houden steeds hun hoofd boven water, ze hebben doorgaans een grote vechtlust (De Myttenaere, 2016) en een grenzeloos solidariteitsgevoel. De laatste kloof waarmee mensen in armoede mee te maken hebben is de structurele kloof, hierbij is er uitsluiting op alle levensdomeinen (DIVA, sd), ze worden uitgesloten van degelijk onderwijs (De Myttenaere, 2016), een goede huisvesting en hebben minder toegang tot goede gezondheidszorg. Ze hebben het ook moeilijker om een plaats op de arbeidsmarkt te vinden en om deel te nemen aan het verenigingsleven, ze worden verhinderd (Burssens, 2009) om op een volwaardige manier aan de samenleving deel te nemen omwille van de sociale uitsluiting.



1.11. De krachten van mensen in armoede

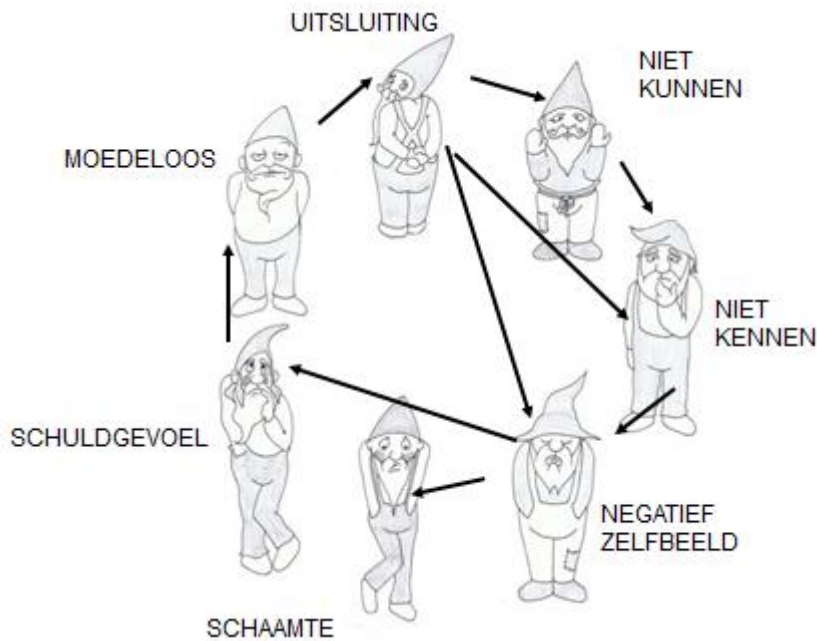
Mensen die in armoede leven hebben naast de kloven ook verscheidene krachten waarvan de niet- armen nog veel kunnen leren (RIMO Limburg vzw, sd) vooreerst is er bij hen een grote onderlinge solidariteit aanwezig, ook als het wat minder gaat staan ze altijd voor elkaar klaar, ze kunnen zich goed inleven in de situatie van de anderen (De Pril, Leven in armoede) die het ook moeilijk hebben en bieden hun zonder te aarzelen hulp aan. Een andere kracht die ze bezitten zijn hun overlevingsvaardigheden deze hebben ze tijdens hun leven aangeleerd gekregen, ze hebben geleerd om te leven met de middelen die ze hebben, hierdoor kunnen zij op hun manier overleven in de maatschappij, de enorme draagkracht (RIMO Limburg vzw, sd) waarover ze beschikken helpt hen hier ook bij, want ondanks de vele problemen waarmee zij te maken krijgen blijven zij doorgaan (De Pril, Algemene info, 2017) en kunnen ze zich vlot aan veranderingen aanpassen .

Armen zijn ook steeds rechtuit en 'echt', ze winden geen doekjes om wat ze te vertellen hebben en zullen steeds zeggen waar het op staat (De Pril, Leven in armoede), ze zijn gewoon zichzelf en doen zich niet anders voor, je weet steeds wat je aan hen hebt want ze dragen geen masker voor zich. Hun gevoel voor humor (RIMO Limburg vzw, sd) is ook groot, ondanks alle tegenslagen waarmee ze te kampen krijgen proberen ze het beste uit het leven te halen en blijven ze lachen, feesten en genieten. Verder zijn ze ook heel creatief (De Pril, Algemene info, 2017), ze leren zichzelf of elkaar verschillende technieken en vaardigheden aan en ze vermaken zichzelf in hun vrije tijd. Het zorgende is de laatste kracht die mensen in armoede bezitten, de armen die zelf geboren zijn in een arm gezin hebben vaak van jongs af aan al leren zorgen (De Pril, Algemene info, 2017) voor hun andere broertjes en zusjes, ze kunnen heel goed voor andere mensen zorgen.



1.12. De binnenkant van armoede

Armoede is veel meer dan alleen materieel en financieel weinig te bezitten, mentaal en emotioneel heeft armoede ook gevolgen op de armen, dit zijn hun gevoeligheden (De Pril, Leven in armoede) en deze staan recht tegenover de krachten van armoede.



Figuur 3 De kringloop van de binnenkant van Armoede, Bron: (De pril, L., 2017)

De zinnen, ik tel niet mee, ik kan het niet, ik ken het niet, ik ben niets waard, het is mijn eigen fout, ik schaam mij en het kan mij niet meer schelen (De Pril, Algemene info, 2017), zijn vaak te horen bij mensen die leven in een armoedesituatie, deze zinnen verwijzen onrechtstreeks naar de gevoeligheden die zij hebben. Ten eerste is er het gevoel van uitsluiting dat tegenover hun gevoel van solidariteit staat, armen hebben vaak het gevoel dat ze niet meetellen (De Pril, Leven in armoede), door het grote contrast tussen beide werelden kan het gevoel ontstaan dat ze er niet bij horen, dit ondervinden zij bijvoorbeeld op school, op hun werk en in de algemene samenleving. Daarnaast beschikken ze over goede overlevingsvaardigheden maar ze hebben wel een gebrek aan andere vaardigheden omdat ze deze nooit aangeleerd hebben gekregen, voorbeelden hiervan zijn te vinden bij de mensen uit generatiearmoede (De Pril, Algemene info, 2017), mensen die hierin opgegroeid zijn bezitten bijvoorbeeld minder kennis over het huishouden en weten niet goed hoe ze hun financiële zaken op de correcte manier moeten regelen.



Vervolgens hebben ze enerzijds een grote kennis over hun eigen wereld, de wereld van de armen, maar anderzijds is hun kennis over de wereld van de niet-armen gebrekkig (De Pril, Leven in armoede) en als gevolg hiervan ontstaan er veel vooroordelen. Door deze onwetendheid beseffen ze ook niet waar ze als persoon in de samenleving recht (De Pril, Algemene info, 2017) op hebben met als gevolg dat ze hun rechten nauwelijks kunnen uitoefenen.

Bovendien hebben ze vaak een negatief beeld (De Pril, Leven in armoede) over zichzelf, door de vele negatieve ervaringen en opmerkingen hebben ze soms weinig geloof in zichzelf en in wat ze allemaal kunnen bereiken. Ze voelen zich niets meer waard voor zichzelf en voor anderen, ze schamen zich voor de situatie waarin ze leven en als gevolg daarvan sluiten ze zichzelf op en houden ze zich verborgen voor de buitenwereld. Daarnaast hebben mensen in armoede vaak het gevoel dat het hun eigen schuld is dat ze in deze situatie zijn beland maar soms kan de armoedesituatie veroorzaakt worden door externe oorzaken, zie de verklaringsmodellen van armoede.

De laatste gevoeligheid die mensen in armoede ervaren is de moedeloosheid (De Pril, Algemene info, 2017), deze ontstaat ten gevolge van de chaos en ellende waarin ze leven, de problemen blijven zich opstapelen waardoor ze geen uitweg meer zien. Ze hebben weinig hoop en zien de toekomst somber in, hierdoor leven ze van dag tot dag omdat ze onzeker zijn over wat de toekomst voor hen inhoudt.



2. ZWANGERSCHAP EN KANSARMOEDE

Er bestaat een duidelijk verband tussen armoede en de gezondheid van mensen (Steeegers, Denktas, de Graaf, & Bonsel, 2013), armoede heeft een grote invloed op het leven van een individu, alle levensdomeinen worden geschaad waaronder ook de gezondheid. Alles is verbonden met elkaar, armoede gaat veel verder dan alleen maar het bezitten van een laag inkomen en materiële deprivatie (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013), het gaat ook gepaard met een slecht huisvesting, ongezonde voeding en een verminderde toegang tot de gezondheidszorg, hierdoor heeft kansarmoede invloed op de algemene en maar ook de psychologische gezondheid van een persoon.

2.1. Ongunstige perinatale uitkomsten

In vele artikels wordt er gesproken over ongunstige perinatale uitkomsten, deze omvatten een of meerdere van de volgende complicaties bij moeder of kind; foetale mortaliteit, dit is de sterfte van een foetus voor de geboorte van een zwangerschapsduur van minstens 180 dagen. Vroeg- neonatale mortaliteit, is de sterfte van de pasgeborene binnen de zeven dagen na de geboorte, perinatale mortaliteit omvat de dood van een foetus of zuigeling vanaf 22 weken zwangerschap tot 7 dagen post partum (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013).

Neonatale mortaliteit verwijst naar de sterfte van de neonaat tot 27 dagen na de geboorte, dit is onderverdeeld in vroege en late neonatale sterfte waarbij tot 6 dagen na de geboorte staat voor vroeg neonataal en de resterende dagen voor laat neonataal. Sterftes die plaatsvinden na 27 dagen en tot 1 jaar na de geboorte worden geclassificeerd al post neonatale sterfte, een doodgeboorte is vervolgens de geboorte van een baby die ouder is dan 24 weken zwangerschap maar die geen enkel teken van leven vertoont (Dunstan, Morgan, Roberts, Sheperd, & Weightman, 2012).



Daarnaast behoort de premature geboorte, de geboorte van een foetus voor 37 weken² zwangerschap, ook tot een van de ongunstige perinatale uitkomsten. Prematuriteit kan nog onderverdeeld worden in, een zeer preterme geboorte en een extreem preterme geboorte, dit is respectievelijk de geboorte van een foetus tussen 28 – 32 weken zwangerschap en tussen 22 – 28 weken zwangerschap.

Verder behoren de geboorte van een small for gestational age (SGA) baby, een baby die te klein³ is in verhouding met het aantal zwangerschapsweken en een baby die geboren wordt met congenitale anomalieën of aangeboren afwijkingen bij de pasgeborenen, of een baby met een te lage⁴ apgarscore (Birnie E. , et al., 2013), ook tot deze ongunstige uitkomsten. Als laatste zijn een te laag geboorte gewicht, pre-eclampsie, mors in utero (MIU) of doodgeboorte en intra uteriene groei retardatie of restrictie (IUGR) (Mackenbach, et al., 2011) ook een van de mogelijk ongunstige perinatale complicaties of uitkomsten die kunnen voorkomen.

De perinatale gezondheid is niet enkel belangrijk voor pasgeborenen maar ook voor kinderen en volwassenen, want de gezondheidsproblemen die ontstaan op neonatale leeftijd, beïnvloeden de ontwikkeling en de gezondheid gedurende het hele leven (Stegers, Denktas, de Graaf, & Bonsel, 2013).

² Volgens (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012)) tussen 22 en 36 weken zwangerschap.

³ Deze baby zit onder de p10 op de percentielcurve voor de pasgeborenen.

⁴ Dit is een apgarscore die na 5 minuten na de geboorte onder de 7 punten is.



2.2. Gezondheidsongelijkheden bestaan al voor de geboorte

Er is bewijs gevonden dat de gezondheidsongelijkheden tussen de verschillende mensen uit de samenleving al bestaan vanaf het vroegste punt van een mensenleven en dat deze ongelijkheden bij de geboorte als een soort van vergrootglas (de Graaf, 2013) zijn voor de ongelijkheden die als volwassenen kunnen ervaren worden. Deze gezondheidsongelijkheden zetten zich cumulatief⁵ voort tijdens de rest van het leven en het resultaat hiervan is dat men in een soort van deprivatie-cyclus geraakt (Bugge, Docherty, & Watterson, 2012), gedepriveerde zwangere vrouwen starten hun zwangerschap al met een minder goede gezondheid en met ongelijkheden waardoor hun pasgeboren kind al van bij het begin van zijn leven een minder goede start en gezondheid ervaart.

De perinatale gezondheidsongelijkheden zijn ook belangrijk wanneer men naar de toekomst van de pasgeborene gaat kijken, want zij hebben gevolgen voor het latere leven van het individu (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013), enkele van deze gevolgen zijn een verminderd psychomotorisch functioneren, gedrags- en leerstoornissen en een verhoogde kans op diabetes en cardiovasculaire ziekten.

2.3. Bronnen van gezondheidsongelijkheden

Volgens de wereld gezondheidsorganisatie of het WHO worden gezondheidsongelijkheden of 'health inequalities' als volgt gedefinieerd "we define health inequalities as differences in health between defined groups that are avoidable and unjust" (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013). Een andere definitie is te vinden bij (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013) ze definiëren de gezondheidsongelijkheden als volgt "Health inequality refers to a difference in some defined health outcome among groups, where such a difference is regarded as unfair and undesirable, assuming unavoidable biological factors are not at stake.

⁵ "Cumulatief houdt in dat alle resultaten van het begin af aan bij elkaar zijn opgeteld. Het is de som van alle delen vanaf de start van een proces op een bepaald moment." (K Dictionaries, 2018)



In this context ethnic background, socioeconomic status, gender and place of living are the most important sources of health inequalities, acknowledging part of their effect is unavoidable.”

Er zijn verscheidene bronnen die deze gezondheidsongelijkheid kunnen veroorzaken enkele voorbeelden hiervan zijn de onderliggende sociaaleconomische factoren (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017) zoals de sociaaleconomische status van een persoon, het inkomen en het opleidingsniveau. Maar ook nabije factoren zoals de mogelijkheid tot het verkrijgen en de inname van een bepaald soort voedsel, het gebruik en de kwaliteit van gezondheidsdiensten en ongunstige omgevingsfactoren (Stegers, Denktas, de Graaf, & Bonsel, 2013) zoals passief roken, zijn van invloed op de gezondheid van de moeder maar ook van het kind. Daarnaast hebben sociaal demografische factoren zoals de etniciteit van een persoon, de plaats waar iemand leeft en de leeftijd ook invloed op deze gezondheidsongelijkheden.

2.3.1 De sociaaleconomische factoren

In de huidige samenleving waarin we leven is de gezondheid tussen de verschillende mensen ongelijk verdeeld, er zijn verschillende sociaaleconomische factoren die hier aan bijdragen waaronder de sociaaleconomische status, het inkomen, het opleidingsniveau en de werkstatus van een persoon.

Leven in de lage sociaaleconomische klasse met een lage opleiding, laag inkomen en vele werk gebonden risico's is geassocieerd met meerdere ongunstige geboorte uitkomsten (de Graaf, 2013), ook de maternale mortaliteit en morbiditeit zijn sterk verhoogd, dit is te wijten aan het gebrek aan educatie en middelen, maar ook aan het gebrek aan de toegang tot prenatale zorg en het leven in kansarme buurten.



2.3.1.1. Sociaaleconomische status

De sociaal economische klasse of status waarin iemand leeft is een van de belangrijkste bronnen van de gezondheidsongelijkheden, het is gebaseerd op het niveau van inkomen, opleiding, rijkdom, tewerkstellingsstatus of beroep (Mackenbach, et al., 2011) en de toegang tot middelen/ hulpbronnen.

De sociaaleconomische status is geassocieerd met de gezondheid en het welbevinden van een persoon (Dunstan, Morgan, Roberts, Sheperd, & Weightman, 2012), dezelfde factoren bepalen ook de gezondheid en de levenskansen van het ongeboren en pasgeboren kind en ze hebben ook een invloed op de neonatale ontwikkeling. De sociaaleconomische status kan onderverdeeld worden in drie verschillende categorieën (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013) namelijk de lage, gemiddelde en hoge sociaal economische klasse.

Het verband tussen de sociaaleconomische status en de gezondheid van een persoon is al enige tijd erkend (Bonsel, Denktas, Posthumus, Steegers, & Vos, 2014), de sociaaleconomische ongelijkheden houden verband met de afname van de levensverwachting van een persoon tot 10 jaar in ontwikkelde landen, daarnaast verhogen deze ongelijkheden het risico op ziekten (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017) en op een ongezonde levensstijl, dit niet alleen in de ontwikkelingslanden maar ook in de geïndustrialiseerde landen. Bovendien is het leven in een lage sociaaleconomische klasse samen met een laag opleidingsniveau (Bonsel, Denktas, Posthumus, Steegers, & Vos, 2014) en een laag inkomen, geassocieerd met een significant hoger risico (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013) op ongunstige perinatale uitkomsten zoals een hoger risico op een premature geboorte (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012), een SGA baby of een pasgeborene met een laag geboortegewicht.

2.3.1.2. Inkomen

Vele gezondheidsongelijkheden zoals premature geboorte (Taylor-Robinson, et al., 2011), een laag geboortegewicht (Gohlke, Kent, McClure, & Zaitchik, 2013) en andere ongunstige geboorte uitkomsten, zijn meer prevalent bij populaties met een laag inkomen (Alhusen, Gross, Hayat, Sharps, & Woods, 2012).



Vrouwen met een laag inkomen vertonen een verhoogde malnutritie⁶, ze drinken en roken vaker en bij hen wordt er meer psychologische stress vastgesteld, verder hebben ze ook minder toegang tot prenatale zorgen en ze gaan minder snel borstvoeding geven (Hamad & Rehkopf, 2015). Een laag inkomen hangt vaak samen met het leven in een lage sociaaleconomische klasse, hierdoor zijn de perinatale uitkomsten heel vergelijkbaar met elkaar.

2.3.1.3. Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van de moeder heeft invloed op de perinatale uitkomsten maar ook op haar visie tegenover de gezondheidszorg, men spreekt over een laag opleidingsniveau (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012) wanneer mensen uit een bepaalde populatie niet kunnen lezen of schrijven of wanneer iemand minder dan 5 jaar⁷ naar school geweest is.

Pasgeborenen waarvan de moeder laaggeschoold is hebben een groter risico op prematuriteit, SGA baby (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012), een laag geboortegewicht en op congenitale afwijkingen (De Boelpaep, 2014). Daarnaast is er aangetoond (Andersen, Helweg- Larsen, & Mortensen, 2011) dat vrouwen die weinig tot geen educatie hebben gehad, in vergelijking met hoger opgeleide vrouwen, een verhoogd risico hebben om tijdens hun zwangerschap een MUI of doodgeboorte mee te maken. Bovendien is het opleidingsniveau van de zwangere vrouw geassocieerd met de visie die zij heeft over de noodzaak en het belang van prenatale zorgen (Andrade, Noronha, Padmadas, Rodrigues, & Singh, 2012), laaggeschoolde vrouwen vinden dit minder belangrijk, dit is onder andere te wijten aan de 'health illiteracy'.

⁶ "Malnutritie,(wanvoeding) wordt gedefinieerd als een medische toestand die het gevolg is van onvoldoende of verkeerde voeding (in termen van calorieën, eiwitten of andere voedingsstoffen) en die meetbare negatieve effecten kan hebben op de gezondheid van individuen." (Franck, 2017)

⁷ Dit geldt voor alle personen die ouder dan 16 jaar zijn.



'Health illiteracy' of gezondheidsongeleterdheid (het tegengestelde van health literacy⁸) valt vaak samen met een grotere behoefte aan zorg (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013), maar in tegenstelling daarvan resulteert het meestal in suboptimale zorgen als gevolg van uitgestelde doktersbezoeken, slechte rapportage van symptomen en het therapie ontrouw zijn.

2.3.1.4. Tewerkstelling en werkomstandigheden

Vrouwen die beschikken over betaald werk hebben in vergelijking met werkloze⁹ vrouwen betere zwangerschapsuitkomsten, een zwangere die werkloos is heeft een tweevoudig verhoogd risico om te sterven van SAMM¹⁰ volgens (de Graaf, 2013). Maar ook factoren die aan het werk gerelateerd zijn zoals de blootstelling aan chemicaliën, de fysieke en psychologische werkdruk kunnen de zwangerschap nadelig beïnvloeden (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013). De blootstelling aan chemicaliën tijdens het werk tijdens de preconceptionele periode en de zwangerschap zijn gerelateerd aan een spontane abortus, malformaties bij de foetus en aan SGA baby's.

Ook de fysieke en psychologische werkdruk waarmee werknemers te maken krijgen zoals zware dozen tillen, langdurig staan of zitten, lange werkdagen, werken in shiften, een hoge werkdruk hebben grotere risico's op nadelige gevolgen voor de foetus waaronder een laag geboortegewicht (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012), een grotere kans op een SGA baby en op prematuriteit (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013), bovendien zijn fysieke activiteiten en maternaal werk relateert aan het voorkomen van IUGR bij de foetus (Combs-Orme & Lefmann, 2014).

⁸"Gezondheidsgeletterdheid wordt doorgaans omschreven als de mate waarin mensen beschikken over het vermogen om fundamentele diensten en informatie op het gebied van gezondheid te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen, zodat ze beslissingen kunnen nemen die hun gezondheid ten goede komen." (Mallows, 2018)

⁹ Dit zijn mensen die over geen job beschikken maar hierbij worden ook jongeren ouder dan 16 jaar gerekend die voor de eerste keer naar een job aan het zoeken zijn (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012)

¹⁰ SAMM: severe acute maternal morbidity (ernstige acute maternale morbiditeit) (de Graaf, 2013)



Vaak hebben vrouwen die leven in de laag sociaaleconomische klasse maar ook vrouwen met een andere etnische achtergrond, een lage tewerkstellingsgraad of hebben ze te maken met slechte of minderwaardige werkomstandigheden.

2.3.2. Sociaal-demografische factoren

2.3.2.1. Leeftijd en pariteit

De leeftijd van een zwangere vrouwen is een indicator die gebruikt kan worden om risicozwangerschappen op te sporen (Andrade, Noronha, Padmadas, Rodrigues, & Singh, 2012), de maternale leeftijd maar ook de pariteit van een zwangere vrouw hebben een invloed op de perinatale risico's, en ze hangen ook samen met het risico op een postpartumbloeding (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013).

Vrouwen die jonger zijn dan 20 jaar of ouder zijn dan 40 jaar en vrouwen met een hoge pariteit (>3) hebben een hoger risico op ongunstige perinatale uitkomsten (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013). Jonge zwangere vrouwen hebben de hoogste kans op het voorkomen van een van de volgende ongunstige perinatale uitkomsten waaronder een SGA baby, een premature geboorte en een pasgeboren met een laag geboortegewicht (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012). Daarnaast hebben oudere parturiënten meer kans om obesitas, zwangerschapsdiabetes of hypertensieve aandoeningen te ontwikkelen.

Tienerzwangerschappen en zwangerschappen met een hoge pariteit zijn vaak gerelateerd aan het leven met een lage sociaaleconomische status (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017) of aan het hebben van een andere etniciteit.

2.3.2.2. Etniciteit

De etniciteit van een persoon wordt door (de Graaf, 2013) als volgt gedefinieerd "Ethnic background can be defined in different ways, along citizenship (nationality), socio-cultural background (including language), or biological/racial ('black' referring to ancestry from former slavery countries in Africa)"

De etnische achtergrond van de parturiënte kan op verschillende manieren de perinatale gezondheid beïnvloeden naast de levensstijl en de sociaaleconomische routes hebben de etnische groepen ook specifieke sociaal-culturele en biologische routes die hierop een



invloed uitoefenen (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013). De prevalentie van het risico op ongunstige perinatale uitkomsten, zoals premature geboorte en een laag geboortegewicht (Alhusen, Gross, Hayat, Sharps, & Woods, 2012) is aanzienlijk hoger bij zwangere vrouwen met een niet-westerse etniciteit (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013), en de oorzaken voor deze gezondheidsongelijkheden kunnen mogelijk gezocht worden bij de taalbarrières, de sociaaleconomische status en de genetische aanleg van een persoon (Goodwin, Hunter, & Jones, 2015). De verminderende toegang tot de kraamdiensten bij etnische minderheidsvrouwen wordt veroorzaakt door een combinatie van de taalvaardigheid en de beperkte economische middelen.

Een onderzoek van (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012) kan deze ongelijkheden illustreren, uit dit onderzoek is gebleken dat prevalentie van het aantal pasgeborenen met een laag geboortegewicht en SGA baby's het hoogst was bij de pasgeborenen van vrouwen met een Aziatische etniciteit. Daarnaast was de prevalentie van het aantal premature geboortes hoger bij vrouwen met een Oost-Europese achtergrond. Bovendien heeft het onderzoek van (Goodwin, Hunter, & Jones, 2015) aangetoond dat zwangere vrouwen met een zwarte etniciteit 2,1 keer meer kans hebben op een doodgeboorte en 2,4 keer meer kans hebben op neonatale mortaliteit in vergelijking met zwangere vrouwen met een blanke etniciteit, maar ook dat zwangere vrouwen met een Aziatische etniciteit 1,6 keer meer kans hebben op een doodgeboorte en neonatale sterfte in vergelijking met blanke vrouwen.



2.3.3. Individuele ongelijkheden in de levensstijl

De levensstijl die een zwangere vrouw hanteert tijdens haar zwangerschap kan op verscheidene manieren van invloed zijn op haar eigen gezondheid (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013) maar ook op de gezondheid van haar ongeboren foetus. Het gebruik van alcohol, drugs of sigaretten tijdens de zwangerschap, maar ook de inname van ongebalanceerde en ongezonde voeding kan risico's geven voor de ongeboren foetus.

2.3.3.1. Sigaretten en druggebruik

Wanneer de toekomstige moeder tijdens haar zwangerschap sigaretten rookt heeft dit gevolgen voor de foetus, er is een hoger voorkomen van verschillende perinatale uitkomsten, zoals een premature geboorte, IUGR (Combs-Orme & Lefmann, 2014) en meer kans op foetale en neonatale sterfte maar het 'voordeel' van roken is dat dit het risico op pre-eclampsie (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013) vermindert al weegt dit niet op tegen de vele nadelen ervan. Daarnaast zijn het voorkomen van geboortedefecten, premature geboortes, SGA baby's, foetale nood en neurologische gedragsafwijkingen (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013) bij de foetus geassocieerd met het gebruik van drugs (cocaïne, marihuana, heroïne, methamfetaminen en hallucinogenen) door de moeder tijdens de zwangerschap.

Het aantal vrouwen dat tijdens hun zwangerschap rookt hangt sterk af van de sociaal-demografische factoren (Birnie E. , et al., 2013) zoals de leeftijd, etniciteit en de sociaal economische status van een persoon. Het gebruik van tabak en andere middelen zijn bijvoorbeeld hoger bij jonge ongetrouwde vrouwen met een laag inkomen (Alhusen, Gross, Hayat, Sharps, & Woods, 2012) en bovendien is roken een van de meest voorkombare risicofactoren die geassocieerd is met ongunstige perinatale uitkomsten.

2.3.3.2. Alcoholgebruik

Het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap is geassocieerd met complicaties zoals meervoudige geboortedefecten, het foetaal alcohol syndroom en een verhoogd risico op een SGA baby (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013). Er is ook een viervoudig verhoogd risico op een spontane abortus wanneer de moeder tijdens het eerste trimester van de zwangerschap een alcoholische consumptie benuttigt heeft.



2.3.3.3. Malnutritie

Kansarme vrouwen en vrouwen die leven in een lage sociaaleconomische klasse hebben een groter risico op malnutritie, ze zijn kwetsbaarder om een voedseldeficiëntie (Blaauw, et al., 2015) te ontwikkelen, dit als gevolg van slechte voedingsgewoontes, waaronder een lage inname van de hoeveelheid aan groenten en fruit, vezels en vis en de inname van een grote hoeveelheid aan suiker, vetten en zout. De oorzaak hiervan kan te vinden zijn bij de kostprijs van gezond en kwaliteitsvol voedsel.

De inname van ongezonde en niet-gevarieerde voeding samen met het tekort aan verschillende voedingsstoffen blijken nadelig voor de zwangerschapsuitkomsten zowel tijdens de zwangerschap, bevalling als in het postpartum. Vooral ondervoeding is geassocieerd met een verhoogd risico op een SGA baby en een doodgeboorte (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013). Daarnaast geeft een slechte voedingsstatus ook een verhoogd risico op IUGR, een laag geboortegewicht (Aftab, Ara, Deeba, & Kazi, 2012) en verhoogt het de kans op een sectio en op bloedingen in het postpartum. Bovendien heeft het een invloed op het later leven van het kind zoals een verminderde neonatale groei en een verminderde cognitieve ontwikkeling (Blaauw, et al., 2015), maar er is ook meer kans dat het kind op latere leeftijd diabetes of hypertensieve en cardiovasculaire aandoeningen ontwikkelt.

2.3.3.4. Obesitas

Leven in een lage sociaaleconomische klasse of in een kansarme buurt is een onderliggende oorzaak voor het ontwikkelen van obesitas, er is bij deze mensen sprake van een drempel (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013) die hen belet om duurder en minder energierijke voeding zoals verse groenten en fruit, granen en vezels te verkrijgen.

Maternale obesitas heeft een voortplantingsrisico vanaf de preconceptionele periode tot in de postpartumperiode, het geeft een verhoogd risico op congenitale anomalieën, prematuriteit, zwangerschapsdiabetes en macrosomie. Daarnaast is maternale obesitas ook geassocieerd met het risico op een schouderdystocie en andere complicaties die zich tijdens de bevalling kunnen voordoen zoals een niet vorderende arbeid (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013).



Bovendien heeft een zwangere vrouw die lijdt aan obesitas meer risico om tijdens haar zwangerschap pre-eclampsie te ontwikkelen, waardoor de bevalling eerder ingeleid dient te worden of waardoor er een sectio nodig is om het ongeboren kind ter wereld te brengen. Verder hebben zwangere vrouwen met extreme obesitas een viervoudig verhoogd risico op hypertensieve complicaties.

2.3.3.5. Inname van foliumzuur

Zwangere vrouwen die een tekort aan foliumzuur hebben of te weinig foliumzuur innamen voor en tijdens hun zwangerschap, hebben een verhoogd risico voor congenitale anomalieën, in het bijzonder de neurale buisdefecten, maar zij hebben ook een verhoogd risico op een miskraam, een SGA baby en op een premature geboorte. De inadequate inname van foliumzuur is vooral geassocieerd met immigranten en mensen die leven in een lage sociaaleconomische klasse, maar ook met personen die nadelige voedingsgewoontes hebben en met personen die roken (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013). Er is door Bonsel, de Graaf en Steegers aangetoond dat de autochtone populatie in de stedelijke bevolkingsgroep twee tot tien keer meer de aanbevolen dosis van de preconceptionele foliumzuur inneemt dan de populatie van immigranten.

2.3.3.6 Psychosociale stress

Leven in een gedepriveerde buurt betekent ook dat men is blootgesteld aan de stress- en risicofactoren van de stedelijke omgeving (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013) waaronder criminaliteit, lawaai, werkloosheid en vervuiling, dit alles kan uiteindelijk leiden tot psychosociale stress. Ook een verminderde welvaart (Bonsel, Denktas, Posthumus, Steegers, & Vos, 2014) en ongunstige leefomstandigheden kunnen voor een verhoging van de psychosociale stress bij vrouwen met een lage sociaal economische status zorgen.

Volgens (Combs-Orme & Lefmann, 2014) rapporteerden deze vrouwen een grotere blootstelling aan stressvolle (levens)gebeurtenissen en een grotere impact van deze gebeurtenissen op hun leven dan vrouwen met een hogere sociaal economische status. De stress die deze vrouwen ervaren heeft ook een invloed op de perinatale uitkomsten, waaronder een verhoogd risico op een premature geboorte, een IUGR en op perinatale mortaliteit.



2.3.5 Geografische factoren

De verschillen in de gezondheidsongelijkheden zijn niet enkel te vergelijken tussen de verschillende landen in de wereld (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013), maar ook binnen een en hetzelfde land kunnen gezondheidsongelijkheden voorkomen. Er is weldegelijk een verschil tussen het leven in de stad of het leven op het platteland (Gohlke, Kent, McClure, & Zaitchik, 2013) en tussen het leven in een kansarme of niet-kansarme buurt. Verschillende verklaringen kunnen toegeschreven worden aan deze ongelijkheden zoals een verhoogde prevalentie van roken, maar ook ongelijkheden in de verspreiding en de toegang tot de gezondheidszorg (Andrade, Noronha, Padmadas, Rodrigues, & Singh, 2012) en een verhoogde blootstelling aan milieugevaren. Verder er zijn ook sociale, economische en individuele oorzaken (Andersen, Helweg-Larsen, & Mortensen, 2011) die hierin een rol spelen, zoals criminaliteit en racisme.

In de grote steden werd er een hoger percentage van ongunstige geboorte uitkomsten (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013) vastgesteld waaronder een grotere prevalentie van perinatale, foetale en vroeg neonatale mortaliteit, premature geboorte, SGA en een lage apgarscore. Het voorkomen van congenitale anomalieën daarentegen was lager in de grootsteden, ook (Mackenbach, et al., 2011) bevestigd dat deze niet vaker voorkomen. Studies van (Ghali, Lail, Metcalfe, & Sauve, 2011) hebben aangetoond dat een buurt de individuele gedragingen van een persoon kan beïnvloeden, maar van invloed is op de beslissingen die de vrouw maakt, met betrekking tot het gebruik van alcohol, drugs en sigaretten, haar vermogen om toegang te krijgen tot adequate voeding en haar seksuele gedrag.

Uit studies die verbanden zochten tussen perinatale uitkomsten en de karakteristieken van een buurt is gebleken dat 2 van de 18 studies geen significante associatie (Ghali, Lail, Metcalfe, & Sauve, 2011) vonden tussen de buurtindicatoren van armoede en lage geboortegewichten. Vijf studies hebben aangetoond dat het gemiddeld inkomen van een buurt geen invloed heeft op het voorkomen van een laag geboortegewicht, het criminaliteitscijfer daarentegen heeft hier wel een invloed op.



De raciale samenstelling (Ghali , Lail, Metcalfe, & Sauve, 2011) van een buurt heeft verschillende effecten op het geboortegewicht, een studie vond dat een buurt met mensen van dezelfde etniciteit een soort van beschermende werking had op het voorkomen van een laag geboortegewicht bij baby's. Een andere studie daarentegen vond dat residentiële segregatie¹¹ geassocieerd was met een laag geboortegewicht, vele andere studies vonden dat etnische diversiteit in een buurt een negatieve impact had op het geboortegewicht.

2.4 Kansarme buurten en gezondheidsongelijkheden

In de literatuur worden kansarme, gedepriveerde of achtergestelde buurten omschreven met de termen 'deprived neighborhoods' of 'socially disadvantaged neighborhoods'

Sociale deprivatie is een zeer brede term die volgens (Birnie E. , et al., 2013) gedefinieerd kan worden als " The reduction or prevention of culturally normal interaction with the rest of the society" ofwel de vermindering of de preventie van de culturele normale interactie met de rest van de samenleving. De aspecten die samengaan met sociale deprivatie zoals materiële armoede en een gebrek aan sociale samenhang zijn beide gerelateerd aan een slechte gezondheid.

2.4.1 Buurtkarakteristieken

Een kansarme buurt kan op basis van de volgende criteria bepaald worden, als eerste is er de mate van werkloosheid die gemeten wordt (de Graaf, 2013), daarna wordt het gemiddelde inkomen van de buurt gemeten, maar ook het gemiddelde opleidingsniveau van de populatie die in deze buurt leeft. De manier van huisvesting en de mate van integratie en veiligheid die in de buurt heerst wordt hier door (Mackenbach, et al., 2011) als indicatoren aan toegevoegd en als laatste voegt, (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012) hier de mate van criminaliteit en het aantal geweldsdelicten die door de buurtbewoners ervaren wordt aan toe.

¹¹ Het gescheiden leven van etnische groepen in een land met een gemengde bevolking (Vandaele uitgevers, 2018)



Er zijn verschillende factoren die een buurt kunnen kenmerken (Braveman, et al., 2015), zo zijn er de sociale factoren de mogelijkheid om aan bepaalde middelen en diensten te geraken zoals de toegang tot de gezondheidszorg en educatie maar ook de toegang tot alcohol en sigaretten. Daarnaast wordt een buurt ook nog gekenmerkt door de fysieke factoren, is de blootstelling aan verschillende stress- en risicofactoren (Andersen, Helweg- Larsen, & Mortensen, 2011) waaronder de blootstelling aan vervuiling, geluidsoverlast, lawaai, maar ook de kwaliteit van de huisvesting. Braveman heeft in zijn studie aangetoond dat leven in een ongunstige buurt op dezelfde lijn ligt met sociaaleconomisch benadeelt te zijn.

Kansarme of gedepriveerde buurten worden vaak gekenmerkt door een concentratie aan mensen die behoren tot de lage sociaal economische klasse (Birnie E. , et al., 2012), vaak zijn ze single en behoren ze tot de niet-westerse immigranten die slecht geïntegreerd zijn in de samenleving. Hun algemene gezondheid is meestal in een slechtere conditie in vergelijking met mensen die in de niet-gedepriveerde buurten wonen, de vrouwen worden meestal op een jongere leeftijd (Mackenbach, et al., 2011) voor de eerste keer zwanger in vergelijking met de leeftijden van de vrouwen die voor de eerste keer zwanger zijn en die van een niet-kansarme buurt afkomstig zijn. Daarnaast is er bij deze populatie een groter voorkomen van zwangere vrouwen die lijden aan obesitas of aan ondergewicht (Taylor-Robinson, et al., 2011) en worden psychopathologische en seksueel overdraagbare aandoeningen vaker waargenomen. Bovendien wordt er een hoger percentage van ongeplande zwangerschappen bij deze zwangere vrouwen vastgesteld, maar ook een hoger percentage van nadelige levensstijlfactoren die van invloed zijn op de perinatale uitkomsten zoals het roken van sigaretten en het gebruik van andere middelen, maar ook de consumptie van ongezonde en niet-gevarieerde voeding (Andersen, Helweg- Larsen, & Mortensen, 2011) en het niet of inadequaat gebruiken van foliumzuur.



2.4.2. *Ongunstige perinatale uitkomsten*

Leven in een kansarme buurt brengt heel wat gevolgen met zich mee, zowel voor de zwangere vrouw als voor haar ongeboren kind, wanneer men onderzoek doet naar de ongunstige perinatale uitkomsten die gepaard gaan met het leven in een kansarme buurt dan verkrijgen veel studies dezelfde resultaten. Zwangere vrouwen uit kansarme buurten hebben een hogere kans (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012) op ongunstige zwangerschapsuitkomsten in vergelijking met zwangere vrouwen uit niet-kansarme buurten. Er zijn verschillende nadelige perinatale uitkomsten die een gevolg kunnen zijn van het leven in een buurt waar een hoog armoedegehalte heerst, vooreerst is er een significante associatie aangetoond kunnen worden met de kans op een premature geboorte (Braveman, et al., 2015) verschillende andere studies kunnen dit resultaat bevestigen (Hamad & Rehkopf, 2015) zeggen dat dit het gevolg is van de verminderde toegang tot de prenatale zorg, het risicovol gezondheidsgedrag en de maternale stress en (Ghali , Lail, Metcalfe, & Sauve, 2011) schrijft de oorzaak hiervan toe aan de verkeersvervuiling uit de buurt.

Daarnaast is er ook een verhoogde kans op het voorkomen van een foetus met intra uteriene groei retardatie (IUGR), een lage apgarscore (Mackenbach, et al., 2011), een SGA baby (Bonsel, Denktas, Posthumus, Steegers, & Vos, 2014) en op MIU of doodgeboorte. Verder hebben vrouwen die leven in een buurt waar veel deprivatie heerst, drie keer meer kans (Bugge, Docherty, & Watterson, 2012) om te bevallen van een kind met een laag geboortegewicht (<2500 gram) in vergelijking met een vrouwen in een buurt met lage deprivatie, volgens (Dunstan, Morgan, Roberts, Sheperd, & Weightman, 2012) is het ook duidelijk dat deprivatie zeer sterk geassocieerd is met een laag geboortegewicht van de pasgeborene. Bovendien is uit studies (Dunstan, Morgan, Roberts, Sheperd, & Weightman, 2012) gebleken dat de prevalentie van neonatale mortaliteit geassocieerd is met het leven in een kansarme buurt, maar ook dat er meer risico is op het voorkomen van late mortaliteit dan op vroege mortaliteit, verder hebben deze zuigelingen een hoger risico om te sterven aan wiegendood.



De perinatale mortaliteit en morbiditeit is het hoogst in kansarme buurten, Birnie E. , et al., schuiven hier het voorkomen van etnische minderheidsgroepen en de verspreide sociale deprivatie naar voren als sleutelfactoren (Birnie E. , et al., 2013). Het risico op perinatale mortaliteit bij zwangere vrouwen is volgens de studie van Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 21%. Het onderzoek van Braveman, et al., suggereert dat de verschillende perinatale uitkomsten geassocieerd zijn met de geschiedenis van armoede die heerst in de buurt waar de moeder verblijft en dat deze onafhankelijk (Braveman, et al., 2015) zijn van de demografische en sociaaleconomische kenmerken van de buurt.

Leven in een kansarme buurt heeft ook gevolgen voor de zwangere vrouwen, zij hebben een tweevoudig verhoogd risico op perinatale mortaliteit, Mackenbach, et al., verklaren dit door het feit dat er veel meer mors in utero (MIU) zwangerschappen voorkomen in kansarme buurten. Daarnaast hebben deze vrouwen een verhoogd risico van wel 50% (Mackenbach, et al., 2011) op het voorkomen van pre-eclampsie tijdens hun zwangerschap. Bovendien hebben zwangere vrouwen meer risico dat hun zwangerschap beëindigd wordt met een electieve sectio of door middel van een kunstverlossing (forceps of ventouse) (Mackenbach, et al., 2011) en bovendien is uit onderzoek ook gebleken dat de prevalentie van hart- en vaatziekten en deprivatie sterk gelinkt zijn aan elkaar.



3. DE GEZONDHEIDSZORG BIJ KANSARME ZWANGERE VROUWEN

3.1. Toegang tot de gezondheidszorg

Toegang vinden tot de gezondheidszorg is niet altijd eenvoudig, dit is vaak te wijten aan het feit dat kansarme zwangere vrouwen niet over de juiste bronnen (Bellchambers, Browne, Ebert, & Ferguson, 2014) van informatie beschikken ondanks het zeer uitgebreide aanbod aan zorg en informatie of omwille van de gezondheidsongeleterdheid (health illiteracy). Veel kansarme zwangere vrouwen blijven onbereikbaar (De Boelpaep, 2014), de oorzaken hiervan kan men toeschrijven aan mobiliteits-, of financiële problemen, maar ook aan de hoge kostprijs van de zorg of de taalbarrière. De toegang wordt door (Akhtar-Danesh, et al., 2012) gedefinieerd als “the potential ability of women to enter prenatal care services and maintain care for herself and fetus during the perinatal period” ofwel het potentiële vermogen van vrouwen om deel te nemen aan prenatale zorgen en de zorg voor zichzelf en voor hun ongeboren kind te behouden gedurende de perinatale periode.

De toegang tot effectieve en efficiënte perinatale zorgen (Andrade, Noronha, Padmadas, Rodrigues, & Singh, 2012) kan leiden tot het beter gebruikmaken van de zorgen tijdens de bevalling maar ook van de postpartumzorgen, verder leidt het ook tot een betere behandeling van complicaties die zich tijdens de zwangerschap, de bevalling en in het postpartum zouden kunnen voordoen. De mensen, in dit geval de zwangere vrouwen, die het armst en minst opgeleid zijn en die uit een sociaal gedepriveerde buurt komen, zijn net degene die de grootste behoefte aan medische zorgen nodig hebben (Andrade, Noronha, Padmadas, Rodrigues, & Singh, 2012), maar zij zijn daarentegen ook net degene die onvoldoende, inadequate of net geen medische zorgen verkrijgen. Vaak gaan zij zelf ook niet op zoek naar mogelijke beschikbare zorgen die aan hun noden zijn aangepast. De toegang tot de media (Andrade, Noronha, Padmadas, Rodrigues, & Singh, 2012) speelt hierin ook een rol, want deze is gerelateerd aan de hoeveelheid van informatie die mensen krijgen over het belang en de beschikbaarheid van diensten die prenatale zorg aanbieden.



Een slechte of verminderde toegang tot gezondheidszorg of een ondermaats gebruik ervan is gerelateerd aan slechte of ongunstige uitkomsten (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017), ongeveer 20% van alle gevallen van maternale sterfte (Bugge, Docherty, & Watterson, 2012) kunnen toegeschreven worden aan vrouwen die afkomstig zijn uit kansarme buurten, als gevolg van de ontoegankelijkheid tot adequate perinatale zorgen. Studies tonen aan dat vrouwen met een lage sociaaleconomische status over het algemeen minder gebruik maken van de prenatale zorgen, omdat zij zich vaak ook niet bewust zijn over het feit dat ze zelf kunnen kiezen bij welke kraamzorgdienst ze zich willen aansluiten. Sommige vrouwen maken geen gebruik van de gezondheidsdiensten of ze verlaten deze omdat ze bang zijn of omdat ze het gevoel hebben dat ze gediscrimineerd (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017) zouden worden, hierdoor verliezen ze ook het vertrouwen in de hulpverleners.

Wat daarnaast ook opvalt, is dat zwangere vrouwen uit kansarme buurten zich meestal vrij laat inschrijven voor een eerste perinatale consultatie, dit is vaak pas na de 14^{de} zwangerschapsweek waardoor ze te laat zijn voor de eerste trimester screening, en zelfs tot 80% (Birnie E. , et al., 2012) van deze vrouwen maakt geen gebruik van de postnatale zorgen die aangeboden worden.

3.2. De visie en betrokkenheid bij de gezondheidszorg

De visie van kansarme vrouwen of zwangere vrouwen uit kansarme buurten op de prenatale zorgen verschilt opvallend met deze van zwangere vrouwen uit niet-kansarme buurten. Kansarme vrouwen zijn vaak minder actief betrokken bij hun eigen zorgen en zijn minder in staat zijn om aan de prenatale zorgen deel te nemen (Bugge, Docherty, & Watterson, 2012) wanneer ze vertelden over hun ervaringen met deze zorgen werd er vooral gebruik gemaakt van passieve terminologie, hieruit blijkt dat er een soort van afstandelijkheid bestaat, deze vrouwen waren niet betrokken in hun eigen zorg. Sommige kansarme vrouwen of vrouwen met een lage sociaal economische status willen wel deelnemen aan hun eigen zorg, maar meestal voelen zij zich niet veilig genoeg om verdere informatie te vragen, in discussie te gaan en de controle of de beslissingen te nemen.



Zij dragen daarom de verantwoordelijkheid voor hun zorgen (Bellchambers, Browne, Ebert, & Ferguson, 2014), het liefst over aan de persoon waarvan zij vinden dat die hiertoe in staat is en dat is dan meestal de vroedvrouw, gynaecoloog of een andere zorg verlener.

3.3. Aanbevolen zorg

Omdat slechte maternale omstandigheden tijdens de zwangerschap zowel consequenties hebben op lange als op korte termijn, is het zinvol om op maat gemaakte perinatale zorg (Bonsel, Denktas, Posthumus, Steegers, & Vos, 2014) aan te bieden die aangepast is aan de behoeften van de zwangere die leeft in een kansarme buurt. Er is daarom nood aan de opbouw van een duurzaam zorgnetwerk (De Boelpaep, 2014) dat bestaat uit verschillende organisaties die werkzaam zijn in de perinatale zorg, zodat er voorzien kan worden in deze aangepaste zorgen. Maar er is ook een systematische aanpak in de prenatale risicoselectie nodig, dit zowel voor medische als niet-medische risicofactoren die van invloed kunnen zijn, en met een continuïteit van de zorg, zo kan ervoor gezorgd worden dat potentiële risico's voor of vroeg in de zwangerschap opgespoord kunnen worden. Daarnaast zou er bij de professionele zorgverleners maar ook bij de gezondheidswerkers en vrijwillige hulpverleners, meer aandacht besteed moeten worden aan de medische impact van de niet-medische domeinen op de zwangerschap. Veel geïndustrialiseerde landen zijn zich wel bewust van de ongelijkheden in de gezondheidszorg die heersen tussen de verschillende lagen van de bevolking en ze erkennen dat er actie nodig is om deze ongelijkheden te verminderen. Deze ongelijkheden kunnen onder andere aanpakt worden door middel van het adequaat betrekken van kwetsbare zwangere vrouwen in hun eigen zorg en door de informatie op maat van de kansarme zwanger en haar gezin (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017), waarbij de vrouw centraal staat en de verantwoordelijkheid voor haar eigen zorgen opneemt.



3.3.1 Preconceptionele zorg

De preconceptionele zorg wordt gebruikt om de kennis van de vrouwen te verrijken voor dat ze een zwangerschap plannen en opbouwen, zodat ze op de hoogte zijn over de mogelijke risico's en gevolgen van nadelige gezondheidseffecten bij henzelf, maar ook de risico's hiervan voor hun ongeboren en pasgeboren kind. Volgens een van de meest effectieve preconceptionele gezondheidszorg programma's, 'The Hungarian Preconceptional Service' (Birnie E. , et al., 2011), was er een vermindering van het aantal congenitale defecten en ectopische ¹² zwangerschappen, en bovendien hadden de baby's een hoger geboortegewicht. Daarnaast werden er meer gevallen van urogenitale infecties gediagnosticeerd en behandeld en dankzij de screening naar diabetes en cardiovasculaire ziekten werd 3% van de vrouwen doorverwezen naar gespecialiseerde centra.

Wat belangrijk is bij preconceptionele zorg, maar dit geldt ook voor de prenatale zorg, is dat men al vroeg met deze zorgen start, want een vaak voorkomend probleem is dat kansarme vrouwen pas laat in de zwangerschap worden opgenomen in de perinatale zorgen. Dit is in het belang van zowel de moeder als van het kind omwille van bijvoorbeeld de foetale abnormaliteiten (Birnie E. , et al., 2012) maar ook de kansen om hun gezondheid te verbeteren zullen hierdoor stijgen. Een ander aspect in deze zorgen is dat het volledig gratis (Birnie E. , et al., 2011) zou moeten zijn, hierdoor zouden er veel meer mensen bereikt kunnen worden want dan valt de financiële drempel die hen hiervoor tegenhoudt weg.

Bovendien moet de informatie actief (Birnie E. , et al., 2011) aangeboden worden, men moet inspelen op de behoeften van de zwangere vrouwen en men moet het belang hiervan benadrukken want de meeste van deze vrouwen zijn onwetend over de mogelijke gevolgen die hun levensstijl op de gezondheid van hun ongeboren kind hebben, dit is essentieel om de perinatale ongelijkheden tussen de verschillende bevolkingsgroepen te verminderen.

¹² Buiten baarmoederlijke zwangerschap



2.3.2. Prenatale zorg

De prenatale zorgen zijn een belangrijke onderdeel tijdens de zwangerschap, het wordt in grote lijnen gedefinieerd (Akhtar-Danesh, et al., 2012) als “the detection, treatment, or prevention of adverse maternal, fetal, and infant outcomes as well as interventions to address psychosocial stress, detrimental health behaviors such as substance abuse, and adverse socioeconomic conditions”. Het zou daarom alle essentiële zorgcomponenten (Andrade, Noronha, Padmadas, Rodrigues, & Singh, 2012) moeten bevatten dus niet enkel de medische procedures, maar ook de niet-medische aspecten. Daarnaast zouden de mogelijke risico's en complicaties die zich zouden kunnen voordoen tijdens de zwangerschap gescreend moeten worden. De aanbevolen procedures tijdens een prenataal consult omvatten volgens de wereld gezondheidsorganisatie (WHO, 2018), bloed- en urinetests, een controle van de vaccinatie voor tetanus, de controle van de bloeddruk en de navraag over de inname van ijzer en foliumzuur. Verder beveelt het WHO aan dat alle zwangere vrouwen tijdens het eerste trimester van hun zwangerschap minstens 4 prenatale controles moeten krijgen, bovendien moet er tijdens deze prenatale consulten ook advies gegeven worden over de aanbevolen voeding van de moeder en over haar welzijn want volgens een studie over lage inkomens en slechte hulpbronnen heeft het geven van perinatale zorgen heel wat voordelen (Andrade, Noronha, Padmadas, Rodrigues, & Singh, 2012) zowel voor de toekomstige moeder als voor het ongeboren kind. Er is bijvoorbeeld een vermindering van de neonatale tetanus, maar ook het aantal pasgeborenen met een laag geboortegewicht en het voorkomen perinatale mortaliteit vermindert, verder zijn er meer screenings voor infectieziekten die uitgevoerd worden en worden er meer urineweginfecties opgespoord en behandeld.

Uit onderzoek is gebleken dat de datum van de eerste prenatale controle sterk af hangt van de sociaal economische klassen waarin iemand zich bevindt, iemand uit een lage sociaal economische klasse of uit een kansarme buurt zal minder snel een eerste afspraak maken voor een prenatale consultatie. Wanneer men deze eerste afspraak verzet naar een later moment heeft dit gevolgen (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013) voor het ongeboren kind, er is dan een hoger risico op perinatale mortaliteit en op een premature geboorte.



2.3.4. *Respectvolle en vertrouwensvolle relatie*

Voor kwaliteitsvolle perinatale zorgen is een betekenis- en vertrouwensvolle relatie (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017) minsten even belangrijk als het tijdstip waarop de prenatale zorg plaatsvindt of het aantal bezoeken. Interpersoonlijke zorg speelt een rol in de vermindering van ongunstige uitkomsten en in het promoten van de betrokkenheid van zwangere vrouwen in hun eigen zorg. De ervaring van de geboorte bij een vrouw wordt als positief ervaren wanneer ze een respect- en vertrouwensvolle maar ook een ondersteunende relatie (Bellchambers, Browne, Ebert, & Ferguson, 2014) hebben met een vroedvrouw, dit wil zeggen dat de zwangere vrouwen als een gelijke behandeld wordt en dat er respect (Akhtar-Danesh, et al., 2012) is voor de verschillende culturen. Verder is het belangrijk dat er voorzien kan worden in de individuele behoeften van de zwangere vrouw en dat er een continue (Akhtar-Danesh, et al., 2012) zorg is, het liefst door een en dezelfde vroedvrouw doorheen de arbeid en de bevalling.

Zwangere vrouwen die een dichte en vertrouwensvolle relatie (Goodwin, Hunter, & Jones, 2015) hebben met een zorgverlener zoeken veel eerder naar hulp, dit ongeacht hun etniciteit of immigratiestatus, want een relatie met een slecht kwaliteit tussen een parturiënte en een zorgverlener is een sleutelfactor voor het verkrijgen van ongunstige maternale uitkomsten. Bovendien moet er ook plaats zijn voor emotionele ondersteuning (Akhtar-Danesh, et al., 2012), dit wil zeggen dat er geluisterd wordt naar de cliënt en dat er erkenning gegeven wordt aan haar gevoelens.

2.3.5. *Betrouwbaarheid en Begrijpelijkheid van de informatie*

Tijdens een perinatale consultatie wordt er veel informatie meegedeeld aan zwangere vrouwen, het is daarom belangrijk dat informatie die gegeven wordt, wordt overgebracht op een manier (Akhtar-Danesh, et al., 2012) die vrouwen kunnen begrijpen, de informatie moet met andere woorden begrijpelijk¹³ zijn.

¹³ Begrijpelijkheid is het vermogen van een expert om informatie te verschaffen die op maat is van de patiënt, op een levendige en zinvolle manier, waarbij de betrouwbaarheid, de geloofwaardigheid en competentie van de professionals beschrijft (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017).



Daarnaast moet de informatie die geven wordt betrouwbaar zijn, zwangere vrouwen moeten door deze informatief bewust (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017) gemaakt worden van de mogelijke negatieve gevolgen van hun gedrag en levensstijl maar ook van de invloed van de bestaande ziektes die ze hebben. Wanneer vrouwen het gevoel hadden dat er informatie voor hen werd achtergehouden of dat ze te weinig of inadequante informatie kregen, dan zorgde dit voor een afname (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017) in het vertrouwen in de zorgverlener.

3.4. Bestaande projecten

Er bestaan over de hele wereld verschillende projecten die inspelen op de behoeften van de kwetsbare zwangere, ze hebben een gemeenschappelijk doel, zorgen voor betere perinatale uitkomsten en het verbeteren van de gezondheid voor zowel moeder als voor het kind.

3.4.1. De sociale verloskunde

Sociale verloskunde is een vakgebied, dat vooral bekend is in Nederland (Steeegers, Denktas, de Graaf, & Bonsel, 2013), waarin er een focus gelegd wordt op de zwangere vrouw en op de maatschappelijke omgeving waarin haar bevalling zal plaatsvinden. Hierbij worden bij de intake van de cliënten, zowel de medische en niet-medische risicofactoren opgespoord en wordt ook de woon- en gezinssituatie vastgesteld. Maar ook de levensstijlrisico's van het individu zoals roken, het gebruik van alcohol en de inname van bepaalde voeding, en de psychosociale en psychiatrische problematiek worden hier actief aangepakt.

Het opsporen van niet-medische risico's bij een nieuwe cliënte zou een standaardonderdeel moeten in de risicoselectie, dit moet het liefst zo vroeg mogelijk plaatsvind zo mogelijk preconceptioneel, maar zeker tijdens de eerste prenatale consultatie. Gynaecologen maar ook zeker de huisartsen kunnen hier samen met de vroedvrouwen een belangrijke rol in spelen. "Sociale verloskunde betekent in deze zin integrale zorg op maat, waarbij maximaal gebruik wordt gemaakt van de kennis van die zorgverleners, de kraamzorg inbegrepen" (Steeegers, Denktas, de Graaf, & Bonsel, 2013).



3.4.2. *Ready for a baby*

In Rotterdam, in Nederland hebben ze een gemeentelijk gezondheidsprogramma opgesteld met de naam 'ready for a baby' (Birnie E. , et al., 2012) de voornaamste doelstelling van dit 10- jarig programma is om de perinatale gezondheid te verbeteren en om de perinatale mortaliteit te reduceren. Belangrijke elementen hierin zijn het begrijpen van de grote gezondheidsverschillen tussen vrouwen die leven in kansarme buurten en niet-kansarme buurten. Maar ook de risicogeleide zorg, gedeelde zorg en de samenwerking tussen professionele gezondheidszorg werker.

Verder wordt er veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van methoden die de risicoselectie voor en tijdens de zwangerschap verbeteren en aan de methoden om groepen van laaggeschoolde en immigranten mensen te bereiken. Het project heeft twee algemene doelstellingen (Birnie E. , et al., 2012) en dat is als eerste om een protocol of een model voor gedeelde zorg te ontwikkelen en daarnaast wil het ook de kwaliteit van de zorg en de counseling bij hoog risico zwangerschappen verbeteren. Het is het ook een project van gedeelde zorg, dit wil zeggen dat vroedvrouwen, gynaecologen, huisartsen, sociale diensten en psychiatrische diensten met elkaar samenwerken

'Ready for a baby' kan onderverdeeld worden in de preconceptionele zorg, deze zorgt ervoor dat de koppels voorbereid worden op een zwangerschap, hierbij is het belangrijk dat de kwetsbare groepen het begrip leren kennen en bewust worden van wat het inhoudt. Hierna volgt de perinatale zorg, de algemene doelstelling hiervan is om het best mogelijke zwangerschapsresultaat te garanderen door de optimale voorbereiding en begeleiding te voorzien. Dit kan men bereiken door middel van het bevorderen en het onderhouden van de fysieke, mentale en sociale gezondheid van de moeder en het kind maar ook door detecteren van eventuele zwangerschapscomplicaties en door het opstellen van een geboorteplan en een plan voor wanneer er complicaties optreden (Birnie E. , et al., 2012).

Als laatste voorziet het project in een centrum voor jongeren en hun familie, namelijk, 'The Center for Youth and Family', dit is voor ouders het centrale punt waar ze terecht kunnen met al hun vragen over opvoeding en opgroeien. Het centrum geeft de ouders advies, begeleiding en assistentie vanaf het begin van de zwangerschap tot het moment dat het kind volgroeit is, dit is tot de leeftijd van 23 jaar.



3.4.3. Buddy bij de wieg

Een buddy bij de wieg: perinatale coaching in kansarmoede (Devos, Hoogewys, & Embo) is een project dat in 2009 ontstaan is door een samenwerking van de opleidingen vroedkunde en sociaal werk van de Arteveldehogeschool. Het doel van dit project is om via vrijwillige coaching, de kansarme zwangere op weg te helpen met de medische en psychosociale zorg die ze tijdens haar zwangerschap nodig zal hebben.

Een buddy wordt gedefinieerd (Devos, Hoogewys, & Embo) als “een student die op vrijwillige basis door middel van ondersteuning voorwaarden schept om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid binnen een gezin te verhogen.”

De buddy moet ervoor zorgen dat de zelfredzaamheid en zelfstandigheid bij gezin dat hij of zij gedurende 18 maanden begeleidt, verhoogt waardoor dit gezin meer kansen zal krijgen in het leven. De taken van een buddy zijn heel divers, ze hebben als het ware een dubbele rol (Goethals & Hoogewys, 2014), namelijk die van expert en van vertrouwenspersoon. Als eerste moeten ze emotionele steun kunnen bieden aan het gezin dat ze begeleiden, het is belangrijk dat ze een goede band met elkaar opbouwen waarbij er wederzijds vertrouwen is in elkaar. Daarnaast moet een buddy ook praktisch hulp bieden, enkele voorbeelden hiervan zijn het in orde maken van de spullen voor de baby of het helpen bij het maken van het geboortekaartje. Tijdens de zwangerschap moet er ook voldoende informatie gegeven worden aan de zwangere vrouw en haar gezin, de buddy kan hierin ook een belangrijke rol spelen door opgepaste momenten en op een aangepaste wijze gezondheidsvoorlichting te geven. Een andere belangrijke taak van een buddy is het doorverwijzen, er kan van de buddy niet verwacht worden dat hij of zij alle problemen waar het gezin mee worstelt oplost, de buddy kan hiervoor contacten leggen met andere hulporganisatie en wordt hierdoor zelf deel van het zorgnetwerk.

Een buddy kan gezien worden als een hefboom (Goethals & Hoogewys, 2014) in de strijd tegen kansarmoede, want door de hulp die de buddy aan het gezin geeft voor een probleem op te lossen worden er ook automatische de andere facetten van het gezin in actie gezet, aangezien alle domeinen bij kansarmoede met elkaar verbonden zijn.



TOEPASSING BINNEN HET BEROEPSVELD VAN DE VROEDVROUW

Als toepassing voor deze bachelorproef, heb ik een brochure gemaakt voor de welzijnsschakel de Springplank in Sint-Niklaas. Ik ben enkele keren langsgegaan bij de springplank en heb hen gevraagd wat ze eventueel nog nodig zouden hebben in verband met zwangerschap en kansarmoede. Ik kreeg te horen dat er vaak zwangere vrouwen langskwamen, meestal al laat in hun zwangerschap, maar dat men dan niet zo goed wist wat ze hen moesten meedelen van informatie, ze verwezen hen vaak door naar andere instanties. Daarom werd aan mij de vraag gesteld om een brochure te maken waarin de meest relevante informatie over de zwangerschap staat vermeld, dit op een zo laagdrempelig mogelijke manier, waarbij er vooral veel pictogrammen en afbeeldingen werden gebruikt zodat alles heel visueel werd. Ook de schrijftaal moest heel simpel zijn, moeilijke woorden werden achterwege gelaten en alles werd ook nog eens vertaald in het Engels. Er was ook sprake om deze brochure eventueel te laten vertalen door vrijwilligers naar de moedertaal van de zwangere vrouwen uit de doelgroep, vb. Arabisch of Turks.

Ik heb de belangrijkste informatie over de zwangerschap in deze brochure verwerkt en ik heb er ook een klein deel over de bevalling aan toegevoegd. Achteraan in de brochure staat een verwijzlijst met alles adressen waar de zwangere vrouwen terecht kunnen in Sint-Niklaas voor bijkomende hulp.

Ik heb bij deze brochure ook een enquête gemaakt (zie bijlage 1), deze heb ik laten invullen door zowel de vrijwilligers van de springplank als door mensen uit de doelgroep zelf. Aan de hand van hun feedback heb ik mijn brochure aangepast zodat deze nog meer op maat gemaakt is. Het doel van deze brochure is dat deze door de vrijwilligers kan meegegeven worden, zodat zwangere vrouwen die bij de Springplank terecht komen, al heel wat informatie meekrijgen door het lezen van deze brochure en dat ze ook langsgaan bij een of meerdere van de verwijzadressen, zodat ze verder geholpen kunnen worden door professionals. Maar ook dat de hulpverleners door het lezen van deze brochure meer kennis vergaren over de zwangerschap en bevalling en de mensen kunnen geruststellen wanneer ze bijvoorbeeld met een van de mogelijke zwangerschapskwaaltjes langskomen.



DE TAAK VAN DE VROEDVROUW

Kansarmoede is zeer breed aangezien het invloed heeft op verschillende domeinen van een mens, de vroedvrouw kan hier een belangrijke rol in spelen met haar competentieprofiel (de Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2015), alle rollen kunnen op een bepaalde manier van toepassing zijn op het onderwerp.

Als eerste rol is de vroedvrouw de bewaker van de fysiologie, zij kan autonoom preconceptionele en prenatale consultaties uitvoeren waardoor zij fysiologische zwangerschappen vanaf het begin zelfstandig kan opvolgen, maar zij kan hierdoor ook risicofactoren bij de cliënten of zwangere vrouwen die bij haar langskomen in een vroeg stadium vaststellen en hierop inspelen. Bovendien kan en mag ze ook risicosituaties en risicozwangerschappen diagnosticeren, hierdoor kan ze cliënten op elk moment doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening, en verder kan ze ook vrouwen met een risicozwangerschap begeleiden doorheen hun zwangerschap.

Zij staat vervolgens ook in voor de continuïteit van de zorgen, omwille van deze continue zorgen kan de vroedvrouw een vertrouwensband opbouwen met haar cliënt, dit is een zeer belangrijk aspect in de zorg bij kansarme mensen of zwangere vrouwen, want mensen die in kansarmoede leven hebben het vaak moeilijk om een vertrouwensband op te bouwen omwille van de gevoelens van wantrouwen die zij als kenmerk met zich mee dragen.

De vroedvrouw kan er ook voor zorgen dat de nadelige invloeden op de zwangerschap worden verminderd door het gedrag van de cliënt aan te pakken en haar te wijzen op de nadelen van haar bepaalde gedrag, dit is dan haar rol als gezondheidspromotor. Aangezien deze vrouwen meestal niet over juiste kennis beschikken of niet aan de juiste informatiebronnen kunnen geraken, is het belangrijk dat de vroedvrouw deze informatie op een aangepaste manier overbrengt en haar er van bewust maakt van wat goed en slecht is voor haar eigen gezondheid maar ook voor de gezondheid van haar ongeboren kind.

Daarnaast is de vroedvrouw ook de bewaker van de psychosociale situatie van de zwangere vrouw, kansarme zwangere vrouwen hebben vaker te maken met psychosociale stress omwille van de omgeving waarin ze leeft, hierop kunnen vroedvrouwen dus ook op inspelen, dit kan onder ander door de zwangere vrouwen door te verwijzen naar gespecialiseerde centra.



Als vroedvrouw heb je ook de rol van teamplayer, dit wil zeggen dat je op de gepaste momenten de mensen naar de juiste instanties doorstuurt om daar verder geholpen te kunnen worden, het is belangrijk dat er aandachtig naar de situatie van de zorgvrager geluisterd wordt, hierdoor weet de vroedvrouw voor welke problemen of vragen zij hulp kan bieden en voor dewelke zij andere instanties van het zorgnetwerk moet aanspreken.

Vervolgens moet iedere vroedvrouw altijd op een ethisch verantwoorde manier handelen en de wetgeving volgen, dit in eerder welke setting of zorgsituatie waarin ze zich bevindt, ze moet ook steeds professionele, veilige en kwalitatieve zorg verlenen aan iedere cliënt. Hierbij is het belangrijk dat de vroedvrouw geen vooroordelen heeft over kansarme mensen want anders zou ze geen goede zorgen meer kunnen verlenen, daarnaast is ook belangrijk dat de vroedvrouw om kan gaan met verschillende culturen aangezien kansarmoede schuilt in de verschillende lagen van de samenleving, belangrijk hierbij is dat de vroedvrouw de cultuur van de cliënt respecteert.

Als laatste zouden de zorgen die een vroedvrouw geeft zouden altijd evidence-based moeten zijn, want deze zorgen zijn aangepast of opgesteld volgens de bevindingen van de nieuwste en recentste literatuur en onderzoeken en studies die uitgevoerd werden.



BESLUIT

De gezondheidsongelijkheid tussen de mensen in onze samenleving is een feit, armoede is hier de grote oorzaak (Steeegers, Denktas, de Graaf, & Bonsel, 2013) van, door de uitsluiting van kansarme mensen op al hun levensdomeinen zijn ze beperkt in al hun handeling, inclusief in de handelingen die te maken hebben met hun gezondheid. Het armoedeweb (D'hondt, 2015) stelt de verbondenheid tussen al deze levensdomeinen voor.

Er zijn verschillende bronnen waaraan deze ongelijkheden toegeschreven kunnen worden, en die van invloed zijn op het ontstaan van ongunstige perinatale uitkomsten. Als eerste zijn er de sociaaleconomische factoren (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017) waaronder de sociaaleconomische status van een persoon, maar ook het opleidingsniveau of inkomen kunnen al voor ongelijkheden zorgen. Deze sociaaleconomische factoren gaan gepaard met een hoger risico op maternale mortaliteit en morbiditeit (de Graaf, 2013) maar ook een hogere risico op een premature geboorte, een SGA baby (Garcia-Subirats, Muñoz, Pérez, Rodríguez-Sanz, & Salvador, 2012) en andere ongunstige perinatale uitkomsten.

Daarnaast zijn er ook sociaal demografische factoren die van invloed zijn zoals de leeftijd en pariteit van de zwangere maar ook de etniciteit speelt hier een rol, ook hier is er sprake van een verhoogd risico (Alhusen, Gross, Hayat, Sharps, & Woods, 2012) op ongunstige perinatale uitkomsten voor zowel de toekomstige moeder als voor haar ongebooren kind.

Verder zijn er ook nog de levensstijlfactoren van de zwangere vrouw die invloed hebben op de perinatale gezondheid, enkele van deze factoren zijn het gebruik van drugs, sigaretten en alcohol (Bonsel, de Graaf, & Steegers, 2013) maar ook het voedingspatroon (Aftab, Ara, Deeba, & Kazi, 2012) van een persoon als de inname van foliumzuur voor en tijdens de eerste weken van de zwangerschap kunnen een nadelige invloed hebben. Als laatste zijn er ook nog de geografische factoren (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013), de buurt waarin iemand verblijft heeft ook een grote invloed op het ontstaan van ongunstige perinatale uitkomsten. In buurten waar er veel kansarmoede heerst is er een grotere prevalentie van neonatale mortaliteit (Bonsel, de Graaf, de Haan, Ravelli, & Steegers, 2013) maar ook van prematuriteit (Braveman, et al., 2015) en andere ongunstige uitkomsten.



De gezondheidszorg die gegeven zouden moeten worden aan kwetsbare zwangere vrouwen, moet aangepast zijn aan hun specifieke noden, dit wil zeggen dat met rekening houdt met hun situatie en hier begrip (Bellchambers, Browne, Ebert, & Ferguson, 2014) voor toont. Er moet een vertrouwensvolle relatie opgebouwd worden tussen de zorgverlener en zorgvrager, waarbij de zorgvrager zich veilig genoeg (Goodwin, Hunter, & Jones, 2015) voelt om al haar vragen te stellen en zelf beslissingen te kunnen nemen. De toegang tot de gezondheidszorg moet zo laagdrempelig mogelijk gemaakt worden, dit kan men realiseren door hen voldoende te informeren (Akhtar-Danesh, et al., 2012) over de beschikbare zorgen en door de zorgen betaalbaar te maken.

Preconceptionele en prenatale zorgen hebben een belangrijke rol (Akhtar-Danesh, et al., 2012) in de strijd tegen de gezondheidsongelijkheid, deze zorgen kunnen er voor zorgen dat risicofactoren in een vroeg stadium van de zwangerschap, al dan niet voor de start van de zwangerschap worden opgespoord. Want tijdens deze consultaties kan men de zwangere vrouwen heel wat informatie meegeven en kan men inspelen op hun individuele noden, de vroedvrouw kan hen op deze manier bewust maken (Birnie E., et al., 2011) van de mogelijke gevolgen van hun huidige gedrag op de gezondheid van zichzelf en op de gezondheid van hun ongebooren kind. Alle informatie die gegeven wordt aan de kansarme zwangere vrouw moet begrijpelijk (Cignacco, Jevitt, Origlia, & Sayn-Wittgenstein, 2017) zijn voor haar en moet betrouwbaar zijn, dit kan men realiseren door de informatie te geven op een manier die maat gemaakt is aan de zwangere vrouw.

Over de hele wereld bestaan er verschillende projecten die zich focussen op kansarmoede en zwangerschap, deze projecten hebben samen een gemeenschappelijk doel en dat is er voor zorgen dat kansarme zwangere vrouwen goed begeleid en gesteund worden tijdens hun zwangerschap. Maar vooral dat de perinatale uitkomsten bij deze kwetsbare groep verbetert (Birnie E., et al., 2012) worden en dat hun pasgeborenen en maar ook zichzelf hierdoor meer kansen (Devos, Hoogewys, & Embo) krijgen in hun leven.



De meerwaarde van deze bachelorproef kan zijn dat er veel verschillende bronnen van gezondheidsongelijkheden in de bachelorproef vermeld staan, die aangepakt kunnen worden of waarmee men aan de slag kan gaan. Er worden ook enkele projecten aangehaald die werken rond dit thema, dus men zou hier eventueel op verder kunnen bouwen om de projecten nog efficiënter te maken.

Er is natuurlijk nog verder onderzoek nodig naar de invloeden van deze bronnen op de perinatale gezondheid van de moeder en van het kind. De zwaktes van dit onderzoek zijn, dat het maar gemaakt is door een persoon waardoor er waarschijnlijk een tal van artikels niet overlopen werden tijdens de literatuurstudie.



BIBLIOGRAFIE

- Aftab, S., Ara, J., Deeba, F., & Kazi, S. (2012). Effects of poverty on pregnant women. *Pakistan Journal of Medical Research*, 5 - 9.
- Agentschap binnenlands bestuur. (sd). *Sociale principes*. Opgeroepen op februari 5, 2018, van Stadsmonitor.Vlaanderen.be: <http://stadsmonitor.vlaanderen.be/sociale-principes>
- Akhtar-Danesh, N., Brooks, S., Heaman, M., Helewa, M., Hutton, E., Janssen, P., . . . Young, D. (2012, April 13). Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 1 - 18.
- Alhusen, J., Gross, D., Hayat, M., Sharps, P., & Woods, A. (2012, April). The Influence of Maternal-Fetal Attachment and Health Practices on Neonatal Outcomes in Low-Income, Urban Women. *Res Nurs Health*, 112 - 120. doi:10.1002/nur.21464
- Amutah, N., Bodnar, L., Chapple-McGrude, T., Davis, E. M., Mendez, D. D., Thorpe, R. J., & Walker, R. E. (2016, September 27). Neighborhood racial composition and poverty in association with pre-pregnancy weight and gestational weight gain. *SSM - Population Health*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.09.008>
- Andersen, A.-M. N., Helweg-Larsen, K., & Mortensen, L. H. (2011, Maart 4). Socioeconomic differences in perinatal health and disease. *Scandinavian Journal of Public Health*, 110 - 114. doi:10.1177/1403494811405096
- Andrade, M. V., Noronha, K., Padmadas, S. S., Rodrigues, C. G., & Singh, A. (2012, July 7). Antenatal care use in Brazil and India: Scale, outreach and socioeconomic inequality. *Health & Place*, 942 - 950. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.06.014>
- Belgische Federale Overheidsdiensten. (2017). *Armoede en leefomstandigheden*. Opgehaald van STATbel België in cijfers: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden>
- Bellchambers, H., Browne, J., Ebert, L., & Ferguson, A. (2014, Juni). Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. 132 - 137. doi:10.1016/j.wombi.2013.11.003
- Birnie, E., Bonsel, G. J., Hofman, A., Jaddoe, V. W., Looman, C. W., Mackenbach, J. P., . . . Verbrugh, H. A. (2011, februari). Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *European Journal of Epidemiology*, 165 - 180. doi:10.1007/s10654-010-9542-5
- Birnie, E., Bonsel, G., de Graaf, J., Denktas, S., Peters, I., Van der Weg, E., . . . Wildschut, H. (2012, November). An Urban Perinatal Health Programme of Strategies to Improve Perinatal Health. *Matern Child Health Journal*, 1553 - 1558. doi:10.1007/s10995-011-0873-y
- Birnie, E., Bonsel, G., Denktas, S., Maas, A., Poeran, J., & Steegers, E. (2013, Februari 13). Social deprivation and adverse perinatal outcomes among Western and non-Western pregnant women in a Dutch urban population. *Social Science & Medicine*, 42 - 49. doi:10.1016/j.socscimed.2013.02.008
- Blaauw, D., Black, V., Chersich, M., Coovadia, A., Dooms, T., & Scorgie, F. (2015, augustus 25). "I get hungry all the time": experiences of poverty and pregnancy in an urban healthcare setting in South Africa. *Globalization and Health*, 1 - 12. doi:10.1186/s12992-015-0122-z
- Bogaerts, K., Marx, I., Vandenbroucke, P., Vanhille, J., & Verbist, G. (2009). *publicaties*. Opgehaald van Werk.be standpunt voor werk en sociale economie: <https://www.werk.be>
- Bonsel, G. J., de Graaf, J. P., & Steegers, E. A. (2013, April). Inequalities in perinatal and maternal health. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 98 - 108. doi:10.1097/GCO.0bo13e32835ec9bo
- Bonsel, G. J., de Graaf, J. P., de Haan, M. A., Ravelli, A. C., & Steegers, E. A. (2013). Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 473 - 481. doi:10.3109/14767058.2012.735722



- Bonsel, G., Denktas, S., Posthumus, A., Steegers, E., & Vos, A. (2014, Mei 5). Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. *ACTA Obstetrica et Gynecologica*, 727 - 740. doi:10.1111/aogs.12430
- Boost, D., Coene, J., Noël, C., Raeymaeckers, P., Van Dam, S., & Vermeiren, C. (2017, oktober). *OASeS, Jaarboek armoede en sociale uitsluiting*. Opgeroepen op januari 20, 2018, van Universiteit Antwerpen: <https://www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/oases/>
- Brady, D., & M. Burton, L. (2017, april). *The Oxford Handbook of the Social Science of Poverty*. Opgehaald van Oxfordhandbooks: <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199914050.001.0001/oxfordhb-9780199914050>
- Braveman, P., Cubbin, C., Fingar, K., Jun, J., Marchi, K., & Margerison-Zilk, C. (2015, Juni). Beyond the Cross-Sectional: Neighborhood Poverty Histories and Preterm Birth. *American Journal of Public Health*, 1174 - 1780. doi:10.2105/AJPH.2014.302441
- Bruckner, T. A., Catalano, R. A., & Rehkopf, D. H. (2013, november 12). Income Gains and Very Low-Weight Birth among Low-Income Black Mothers in California. *Biodemography and Social Biology*, 141 - 156. doi:<https://doi.org/10.1080/19485565.2013.833802>
- Bugge, C., Docherty, A., & Watterson, A. (2012, Juni). Engagement: an indicator of difference in the perceptions of antenatal care for pregnant women from diverse socioeconomic backgrounds. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 126 - 138. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00684.x
- Burssens, D. (2009, augustus 31). *De rijkdom van ervaringsdeskundigen in de armoede*. Opgehaald van Armoede Link: https://www.delinkarmoede.be/sites/default/files/saw_visie_ervaringsdeskundigen.pdf
- Cignacco, E., Jevitt, C., Origlia, P., & Sayn-Wittgenstein, F. (2017, Augustus 1). Experiences of Antenatal Care Among Women Who Are Socioeconomically Deprived in High-Income Industrialized Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 1 - 10. doi:10.1111/jmwh.12627
- Coene, J., Debruyne, P., Delbeke, B., Ghys, T., Oosterlynck, S., & Raeymaeckers, P. (2017). *OASeS: Onderzoekscentrum Ongelijkheid, Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad*. Opgehaald van UAntwerpen: <https://www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/oases/>
- Combs-Orme, T., & Lefmann, T. (2014, Juli 9). Prenatal Stress, Poverty, and Child Outcomes. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 577 - 590. doi:10.1007/s10560-014-0340-x
- D'hondt, B. (2016, september). *1 Belg op 7: campagnedossier*. Opgeroepen op januari 30, 2018, van Samen tegen armoede: https://www.samentegenarmoede.be/sites/default/files/webshop/campagnedossier_1_op_7.pdf
- De Boelpaep, K. (2014, Maart). Gezondheids promotie en de kansarme zwangere. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 104 - 112.
- de Federale Raad voor de Vroedvrouwen. (2015, Mei 12). *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*. Opgehaald van http://www.vroedvrouwen.be/sites/default/files/2016_01_cfsf_frvv_bijlage_beroepsprofiel-1.pdf
- de Graaf, J. (2013, Mei 28). *Perinatal and maternal health inequalities: effects of places of residence and delivery*. Opgehaald van Erasmus University Rotterdam: <https://repub.eur.nl/pub/40176>
- De Myttenaere, B. (2016, september 3). *De vijf kloven*. Opgehaald van Armoede in zicht: http://www.armoede-in-zicht.be/documents/de_vijf_kloven.pdf
- De Pril, L. (2017, september 5). *Algemene info*. Opgehaald van Armoede.org: <http://www.armoede.org/>
- De Pril, L. (2017, september 5). *Algemene info*. Opgehaald van Armoede.org: <http://www.armoede.org/algemene-info/>
- De Pril, L. (sd). *Leven in armoede*. Opgeroepen op januari 20, 2018, van Ik ben iemand/niemand: <http://www.ikbeniemandniemand.be/content/leven-armoede>



- Departement Sociale Dienstverlening OCMW Gent, Cel armoedebestrijding. (sd). *Armoedebeleidsplan Gent 2014 - 2020 wetenschappelijk kader*. Opgeroepen op februari 10, 2018, van OCMW Gent: http://www.ocmwgent.be/assets/documents/Armoedebestrijding/Armoedebeleidsplan_Wetenschappelijk%20onderzoek.pdf
- Devos, K., Hoogewys, A., & Embo, M. (sd). *Een buddy bij de wieg*. Opgeroepen op December 20, 2017, van Arteveldehogeschool: <http://sites.arteveldehogeschool.be/eenbuddybijdewieg/>
- D'hondt, B. (2015). *Een toekomst zonder armoede*. Opgehaald van Samen tegen armoede: https://www.samentegenarmoede.be/sites/default/files/webshop/dossier_2015.pdf
- Dierckx, D., De Boyser, K., & Vranken, J. (2006). *Armoede en sociale uitsluiting jaarboek 2006*. Leuven: Acco. Opgeroepen op Februari 10, 2018, van https://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=bHltdX87h-QC&oi=fnd&pg=PA17&dq=definitie+armoede&ots=H2lPcaXdqD&sig=89_95ABttgbm67vHMx1lIdSOJvk#v=onepage&q=definitie%20armoede&f=false
- Dierckx, D., Van Herck, N., & Vranken, J. (2010). *Armoede in België*. Leuven: Acco Leuven/ Den Haag.
- DIVA. (sd). *Omgaan met armoede in de klas*. Opgeroepen op januari 31, 2018, van Diversiteit in actie: <http://www.diversiteitinactie.be/themas/sociaal-cultureel-bewustzijn/professionalisering/omgaan-met-kansarmoede-de-klas>
- Diversiteit in actie. (sd). *Kinderarmoede in K.O*. Opgeroepen op februari 6, 2018, van Diversiteit in actie: <http://www.diversiteitactie.be/themas/kinderarmoede-ko>
- Driessens, C., & Vranken, J. (sd). *7 manieren om naar armoede te kijken*. Opgeroepen op januari 30, 2018, van Armoede.org: <http://www.armoede.org/vorming/>
- Dunstan, F., Morgan, H., Roberts, C., Sheperd, M., & Weightman, A. (2012, Juni 14). Social inequality and infant health in the UK: systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 1 - 14. doi:10.1136/bmjopen-2012-000964
- FOD Maatschappelijke Integratie. (2016). *De interfederaal armoedebarometer*. Opgehaald van De interfederaal armoedebarometer: <http://barometer.mi-is.be/>
- Franck, A. (2017, April 20). *VASTSTELLEN EN AANPAKKEN VAN ONDERVOEDING: SIMPEL TOCH*. Opgehaald van Zorgbedrijf Antwerpen: <https://www.zorgbedrijf.antwerpen.be/uploads/media/5a1434fb4fc58/vaststellen-en-aanpakken-van-ondervoeding-simpel-toch.pdf?token=/uploads/media/5a1434fb4fc58/vaststellen-en-aanpakken-van-ondervoeding-simpel-toch.pdf>
- Garcia-Subirats, I., Muñoz, D. R., Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., & Salvador, J. (2012, Juni). Neighborhood Inequalities in Adverse Pregnancy Outcomes in an Urban Setting in Spain: A Multilevel Approach. *Journal of Urban Health*, 447-463. doi:10.1007/s11524-011-9648-4
- Geldof, D., Van Menxel, G., & Vranken, J. (1992). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1991*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Ghali, W., Lail, P., Metcalfe, A., & Sauve, R. (2011, Mei). The association between neighbourhoods and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of multi-level studies. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 236 - 245. doi:10.1111/j.1365-3016.2011.01192.x
- Goethals, E., & Hoogewys, A. (2014, December). Een buddy bij de wieg: perinatale coaching in Kansarmoede. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, pp. 20 - 26.
- Gohlke, J. M., Kent, S. T., McClure, L. A., & Zaitchik, B. F. (2013, Juni 10). Area-level risk factors for adverse birth outcomes: trends in urban and rural setting. *BMC Pregnancy Childbirth*, 1 - 8. doi:10.1186/1471-2393-13-129.
- Goodwin, L., Hunter, B., & Jones, A. (2015). Immigration and Continuing Inequalities in Maternity Outcomes: Time to Reexplore the Client-Provider Relationship? *International Journal of Childbirth*, 12 - 19. doi:10.1891/2156-5287.5.1.1212



- Hamad, R., & Rehkopf, D. H. (2015, September). Poverty, Pregnancy, and Birth Outcomes: A Study of the Earned Income Tax Credit. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 444 - 452.
doi:10.1111/ppe.12211
- Het steunpunt. (2018, januari 22). *Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting*. Opgehaald van Armoedebestrijding: <http://www.armoedebestrijding.be/>
- Heyndrickx, P. (2005). *Meervoudig gekwetsten*. Leuven: LannooCampus.
- Hoynes, H., Miller, D., & Simon, D. (2015). Income, the Earned Income Tax Credit, and Infant Health. *American Economic Journal: Economic Policy*, 172 - 211.
doi:<http://dx.doi.org/10.1257/pol.20120179>
- K Dictionaries. (2018). *K Dictionaries*. Opgehaald van Ensie: <https://www.ensie.nl/k-dictionaries>
- Kind en gezin. (sd). *cijfers en rapporten*. Opgeroepen op januari 5, 2018, van Kind en gezin:
<https://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/kansarmoede/>
- Kind en Gezin. (sd). *Kansarmoederegistratie binnen Kind en Gezin*. Opgeroepen op december 30, 2017, van Kind en Gezin: <https://www.kindengezin.be/img/kansarmoederegistratie-toelichting.pdf>
- Lahaye, W., Pannecoucke, I., Van Rossem, R., & Vranken, J. (2016, april 13). *Armoede in België*. Opgehaald van POD Maatschappelijke integratie: https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/armoede_in_belgie_-_federaal_jaarboek_-_2016.pdf
- Mackenbach, J. P., Birnie, E., Bonsel, G. J., Hofman, A., Jaddoe, V. W., Looman, C. W., . . . Verbrugh, H. A. (2011, februari). Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *European Journal of Epidemiology*, 165 - 180.
doi:10.1007/s10654-010-9542-5
- Mallows, D. (2018, Maart 16). *Elektronisch platform voor volwasseneneducatie in Europa*. Opgehaald van European Commission: <https://ec.europa.eu/epale/nl/blog/what-health-literacy>
- Netwerk tegen armoede. (sd). *veel gestelde vragen*. Opgeroepen op februari 5, 2018, van Netwerk tegen armoede: <http://netwerktegenarmoede.be/>
- OCMW Gent. (2015). *Indicatorenrapport armoede*. Opgehaald van OCMW Gent :
<http://www.ocmwgent.be/assets/documents/Over%20OCMW%20Gent/Indicatorenrapport%20armoede%202015.pdf>
- Plantinga, A. (2017, december 13). *De effecten van armoede op voelen, denken en doen*. Opgehaald van Arnoud Plantinga: <http://www.arnoudplantinga.nl/pdf/Effecten%20van%20Armoede.pdf>
- POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid. (2016, januari 13). *armoede en sociale uitsluiting*. Opgeroepen op februari 3, 2018, van POD Maatschappelijke Integratie, beter samen leven: <https://www.mi-is.be/nl/armoede-en-sociale-uitsluiting>
- RIMO Limburg vzw. (sd). *Wat is armoede?* Opgeroepen op januari 30, 2018, van 17oktoberlimburg: <http://www.17oktoberlimburg.be/wat-armoede>
- Samenlevingsopbouw RIMO Limburg. (2017, oktober 1). *Armoede in beeld*. Opgehaald van 17 oktober limburg: <http://www.17oktoberlimburg.be/armoede>
- Statistics explained. (2016, april 5). *EU-statistiek van inkomens en levensomstandigheden (EU-SILC)*. Opgehaald van Eurostat statistics explained: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_\(EU-SILC\)/nl](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)/nl)
- Stegers, E., Denktas, S., de Graaf, H., & Bonsel, G. (2013). Sociale verloskunde voorkomt armoedeval. *Medisch contact*, 714 - 717.
- Taylor-Robinson, D., Agarwal, U., Diggle, P., Platt, M., Yoxall, B., & Alfievic, Z. (2011, Augustus 3). Quantifying the impact of deprivation on preterm births: a retrospective cohort study. *PLoS One*.
doi:10.1371/journal.pone.0023163.
- Thys, I. (sd). *Sensibiliseren voor armoede in Vlaanderen*. Opgeroepen op februari 5, 2018, van Sensibiliseren voor armoede in Vlaanderen: <https://sensibilisatiearmoede.weebly.com/>



- United Nations. (sd). *Milleniumgoals*. Opgeroepen op Maart 15, 2018, van United Nations: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- Van Regenmortel, T. (1996). *Maatzorg : een methodiek voor het begeleiden van kansarmen. Theorie en praktijk in het OCMW van Genk*. Leuven: Acco.
- Van Regenmortel, T. (2002). *Empowerment en maatzorg, een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven : Acco.
- Vandaele uitgevers. (2018). *Woordenboek*. Opgehaald van Vandaele: <http://www.vandaele.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/segregatie#.WsjSmUxuLIU>
- Vanhengel, A. (2017, oktober 1). *Armoede in cijfers*. Opgehaald van 17 oktober limburg: <http://www.17oktoberlimburg.be/>
- Vranken, J. (sd). *Bij wie leggen we de schuld?* Opgeroepen op januari 30, 2018, van Armoede in zicht: www.armoede-in-zicht.be/documents/verklaringsmodel_vranken_6.doc
- Vranken, J. (sd). *Het model Vranken*. Opgeroepen op januari 30, 2018, van Armoede in zicht: www.armoede-in-zicht.be/documents/Het_model_Vranken.doc
- Vranken, J. (sd). *Het model Vranken: een analyse - Armoede In-zicht*. Opgeroepen op januari 30, 2018, van Armoede in zicht: www.armoede-in-zicht.be/documents/Het_model_Vranken.doc
- Welzijnszorg. (sd). *Welzijnszorg Samen tegen armoede*. Opgeroepen op januari 30, 2018, van Welzijnszorg: <https://www.welzijnszorg.be>
- WHO. (2018). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Opgehaald van World Health Organisation: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/anc-positive-pregnancy-experience-summary/en/>



BIJLAGEN

Bijlage 1: Vragenlijst over de brochure

Gelieve de volgende vragenlijst in te vullen na het bekijken en lezen van de brochure. Het is de bedoeling dat u het cijfer omcirkelt dat volgens u van toepassing is, als u wilt kan u er eventueel een opmerking bij schrijven met mogelijke verbeteringen. Deze brochure is volledig anoniem, alvast bedankt.

1. Wat vindt u van de afbeelding op de voorkant? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Niet goed			Neutraal				Goed		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									

2. Wat vindt u van het lettertype dat gebruikt werd (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Niet goed			Neutraal				Goed		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									

3. Wat vindt u van de grootte van het lettertype dat werd gebruikt? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Te klein			Normaal				Te groot		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									

4. Wat vindt u van het totaal aantal pagina's? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Te weinig			voldoende				Te veel		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									



5. Wat vindt u ervan dat de tekst in twee talen is geschreven? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Niet goed			Neutraal				Goed		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									

6. Wat vindt u van de totale hoeveelheid tekst? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Te weinig			voldoende				Te veel		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									

7. Wat vindt u van de informatie die gegeven wordt? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Te moeilijk			Neutraal				Verstaanbaar		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									

8. Wat vindt u van de pictogrammen en afbeeldingen die gebruikt werden? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Niet goed			Neutraal				Goed		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									



9. Wat vindt u van de grootte van de pictogrammen en de afbeeldingen? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Te klein		Groot genoeg						Te groot	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									

10. Wat vindt u van de verwijzadressen die achteraan de brochure vermeld zijn? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Niet bruikbaar			Neutraal				Goed		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									

11. Wat vindt u van de titel van de brochure? (Duidt het cijfer aan dat volgens u van toepassing is)

Niet goed			Neutraal				Goed		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen of voorstellen voor een andere titel?									
.....									
.....									
.....									

12. Wat vindt u van de afbeelding op de achterkant? (Duidt het cijfer aan dat voor u van toepassing is)

Niet goed			Neutraal				Goed		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eventuele opmerkingen:									
.....									
.....									
.....									

Zijn er nog onderwerpen die niet aan bod zijn geweest maar die u toch graag in deze brochure zou zien verschijnen?

.....

.....

.....

.....

.....

