

# EEN BUDDY BIJ DE WIEG: PERINATALE COACHING IN KANSARMOEDE

## Een model met kansen voor gezinnen, studenten en zorgverleners

Annamarie HOOGEWYS en Els GOETHALS<sup>1</sup>

*“Om me binnen te laten, deed de mama de deur op een kier. Het was een huis voor vluchtelingen, recht tegenover een druk café. Het eerste half uur keek ze me bijna niet aan. Ze had verschillende hoofddoeken aan, ze was echt helemaal ingepakt. Dan nodigde ze me uit naar haar kamer. We gingen zitten. Geleidelijk aan begon ze mijn vragen te beantwoorden. Pas twee maanden en verschillende bezoeken later begon ze zelf spontaan te praten en kwamen er ook letterlijk een paar laagjes los.”*

Je onzeker voelen, als mama, als student. Een vertrouwensrelatie opbouwen. Leren over armoede. Hoe het is om in armoede een kind groot te brengen. Zich gesteund voelen. Zeker op moeilijke momenten. Dat is waar het in het project ‘Een buddy bij de wieg’ om gaat. Het project loopt nu vijf jaar aan de opleidingen Vroedkunde en Sociaal Werk aan de Arteveldehogeschool in Gent. Studenten werken als coach in een kansarm gezin in een intensief

outreaching één-op-één traject gedurende de zwangerschap, de geboorte en het eerste levensjaar van het kind.

### De startfase: gezinnen in armoede, studenten en zorgverleners met elk hun noden

Het inzetten van studenten-aan-huis in de perinatale<sup>2</sup> context is een nieuw concept. Het proces van ontwikkeling en verankering ervan in reguliere structuren binnen onderwijs, gezondheidszorg en welzijnswerk heeft alle fasen van sociale innovatie doorlopen (Cajaiba-Santana, 2014). Het koppelt de noden van drie betrokkenen: kansarme zwangere gezinnen, studenten die specifieke vaardigheden moeten ontwikkelen en professionelen uit gezondheidszorg en sociale zorg.

1 Annemarie Hoogewys is arts en docent aan de bachelor in de Vroedkunde van de Arteveldehogeschool Gent en Els Goethals is ethicus en docent aan de bachelor in Sociaal Werk van de Arteveldehogeschool Gent. Contact: [annemarie.hoogewys@arteveldes.be](mailto:annemarie.hoogewys@arteveldes.be).

2 De perinatale periode wordt hier in zijn ruime betekenis opgevat: de zwangerschap, de geboorte en het eerste levensjaar.

## De gezinnen

De eerste en belangrijkste groep bestaat uit gezinnen in armoede waar een kind wordt verwacht. Kinderarmoede is een groeiend maatschappelijk probleem. In Vlaanderen wordt één kind op tien in armoede geboren (Vlaamse Overheid, 2012), in Brussel ruim één op vier (Observatorium Brussels Gewest, 2011). Al van bij de geboorte veroorzaakt armoede een minder goede uitkomst voor moeder en kind (Nag-hawatte & Goldenberg, 2008).

Zwangere vrouwen die leven in armoede in Westerse landen hebben minder toegang tot de georganiseerde zorg (Delvaux & Beukens, 1999). Ze kennen de zorg niet, vinden de stap naar zorg en welzijn te groot en vooral de communicatie met professionals loopt moeizaam (Peeters et al., 2007). Kansarme zwangeren volgen ook een minder adequaat prenataal zorgtraject (Beeckman et al., 2011): ze gaan te weinig op consultatie en bovendien is de kwaliteit van de consulten onvoldoende. Ook onderzoek in de Gentse context naar de eerste aanmelding voor zwangerschapsbegeleiding (Hoogewys, 2011) wijst in die richting: laattijdige aanmelding voor zwangerschapszorg is geassocieerd met een Oost-Europese of niet-Europese afkomst, een lage scholing en een positieve score op kansarmoede, volgens de criteria die door Kind en Gezin werden vastgelegd (Studiedienst Vlaamse Regering, 2010). Ook psychosociale factoren zoals stress, roken en milieuomstandigheden - volgens de epigenetica<sup>3</sup> doorwerkend over vele generaties - spelen een rol en verklaren de sociale ongelijkheid in uitkomst voor moeder en kind.

Het terugdringen van de kinderarmoede - zoals vooropgesteld in het Toekomstpact voor Vlaan-

deren 2020 - houdt ook een betere perinatale zorg in. Kansarmoede aanpakken tijdens de zwangerschap is enerzijds een noodzaak, anderzijds ook een opportuniteit. (Willems van Dijk et al, 2010). Belangrijke initiatieven om de perinatale zorg te verbeteren zijn gericht op de organisatie van de zorg, de toegankelijkheid van de zorg, de specifieke competenties van de zorgverleners (Fullerton et al., 2011), alsook op het empowerment van mensen in kansarmoede (Wiggins, 2011). Zwangere vrouwen die leven in armoede geven zelf aan dat zij nood hebben aan een vertrouwenspersoon, een individuele coach (Peeters et al., 2007).

“**Kansarmoede aanpakken tijdens de zwangerschap is een noodzaak én een opportuniteit.**”

In Vlaanderen worden heel wat inspanningen geleverd om jonge kwetsbare gezinnen te ondersteunen, zowel in het reguliere gezondheids- en welzijnsaanbod als in plaatselijke initiatieven en organisaties waar armen het woord nemen (Hoogewys et al, 2013). Hierbij is er nood aan invalshoeken die het reguliere systeem versterken om de spiraal waarin armoede jonge gezinnen treft te doorbreken.

## De zorgverleners

Hiermee komen we bij de tweede groep betrokken in het project: de zorgverleners. In Vlaanderen wordt de perinatale zorg gekenmerkt door een sterke medicalisering en defamilialisme (Christiaens, 2008). Medicalisering impliceert institutionalisering van het geboorteproces, defamilialisme benadrukt het uitbesteden en for-

3 De epigenetica is de wetenschap die de invloed bestudeert van de omkeerbare erfelijke veranderingen die optreden ter hoogte van het erfelijk materiaal ten gevolge van omgevingsinvloeden en overerfbaar zijn.

maliseren van zorgtaken, weg van het gezin als primaire zorgverstrekker. Deze context maakt het niet gemakkelijk voor zorgverleners die werken met gezinnen in armoede om een benadering aan te houden waarin empowerment en participatie voorop staan. Nochtans zijn deze sleutelbegrippen binnen het welzijnswerk zo goed als axioma's en behoren zij in vele varianten tot de dagelijkse praktijk.

Empowerment, zoals zo mooi beschreven door Van Regenmortel (2004), is een 'aantrekkelijke synthese' van verschillende ethische perspectieven: de individuele bestaansethiek met recht op uniciteit en keuzevrijheid, de zorgethiek met recht op zorg en zorgplicht van anderen, en de rechtenethiek waarbij voor iedereen de sociale grondrechten dienen gerealiseerd te worden. Vraagsturing en participatie op maat, zo stelt Van Regenmortel (2007), zijn hieraan onlosmakelijk verbonden. Het gaat hierbij ook om zogenaamde presentievaardigheden (Baart, 2004): het belang van aandacht voor elkaar in het hier en nu, het leren kijken hoe je van betekenis kan zijn voor een ander, de eigen doelen opzij zetten en geduldig omgaan met wat zich aandient, de sterkte van 'er gewoon mogen zijn.'

Toch worstelen ook zorgverleners vaak nog tussen het ideaal van participatieve, zogenaemde bottom-up benaderingen aan de ene kant, en de top-down structuur van het gezondheidsbeleid aan de andere kant (Jacobs, 2005). Het combineren van de rol van kennisexpert en machtsdrager enerzijds en het vermogen om zich te verplaatsen in de situatie van de andere anderzijds vraagt een bijzondere bekwaamheid (Nelson et al., 2004).

Binnen de perinatale zorg is deze dubbele rol zeker nog geen evidentie. Vaak ontbreekt het mandaat en de tijd, zo geeft een brede waaier van perinatale zorgverleners aan (Hoogewys et al, 2013). Iemand die tijd en ruimte maakt om

als verbinder tussen gezin en zorg op te treden, als het ware de nulde lijn te vormen, kan hier een zinvolle bijdrage leveren. De perinatale periode is in die zin de periode bij uitstek om deze extra aandacht in te zetten en vormt een 'window of opportunity': ouders die in extreme armoede leven, verlangen net zoals (en misschien meer nog dan) andere ouders dat hun kinderen een beter leven zullen hebben dan zichzelf. Dit verlangen vormt een belangrijke drijfveer in hun bestaan (Geenen & Corveleyn, 2010).

### **De studenten**

Zorgverleners moeten deze dubbele rol van expert en vertrouwenspersoon leren combineren. Hiermee komen we bij de derde groep betrokken in dit model: de studenten. Studenten vroedkunde hebben vaak foute aannames over personen die in kansarmoede leven, en dit beïnvloedt hun beroepsuitoefening (Haith-Cooper & Bradshaw, 2013).

Toekomstige professionals in de zorg, en dit op alle studieniveaus, hebben er nood aan om specifieke competenties te ontwikkelen om gepaste zorg aan mensen in armoede te bieden (Addison, & Thorpe, 2004; Chen et al, 2012; Wells, 2000). Deze competenties worden in onderwijstermen ook wel culturele competenties genoemd: het vermogen om aangepaste en congruente praktijk te voeren in de brede culturele context (Shen, 2004). Het gaat zowel over vaardigheden, kennis als attitude (Bennet et al, 2013).

Om deze competenties te verwerven, en om die contextuele en multidisciplinaire aanpak te leren beheersen, zijn over de wereld een spectrum aan onderwijsvormen ontwikkeld. Zij hebben allen gemeen dat er wordt gewerkt met, naar of in de reële situatie en waarbij de student zich engageert in een bepaalde gemeenschap. Belangrijke aspecten in deze nieuwe onderwijs-

vormen zijn ook de autonomie van de student (Embo et al., 2014) en het leren van elkaar of 'collaborative learning' (Roschelle & Teasley's, 1995). In 'Een buddy bij de wieg' komen deze kenmerken samen.

## Hoe het project groeide naar zijn huidige vorm

Vanuit de noden van deze drie groepen werd het project op de rails gezet, ontwikkeld en verschillende jaren in praktijk uitgetest. Het concept kon zo verschillende 'ontwikkelingscycli' ondergaan en kon op basis van actie en reflectie omgevormd worden naar een model (Esparcia, 2014). Het gaat zowel om een onderwijs- als om een dienstverleningsmodel. Het buddymodel bestaat uit drie componenten, die vaak simultaan plaatsvinden: de voorbereiding (selectie van gezinnen en vorming van studenten), de buddy-actie en de reflectie.

De studenten krijgen een vorming over kansarmoede in het algemeen en in de perinatale periode in het bijzonder. Een docent die ook de intervisie begeleidt, doet de intake van het gezin op basis van de 'General Deprivation Index' (GDI). Deze gaat uit van zes levensdomeinen beschreven in EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions, Europese Commissie, 2014) en werd door Kind en Gezin ontwikkeld als instrument om kansarmoede in een gezin te kunnen registreren (Studiedienst van de Vlaamse regering, 2010).

Na de 'matchmake' met een student tijdens de intervisie begint het traject dat tot 18 maand kan duren: van zo vroeg mogelijk in de zwangerschap tot één jaar na de geboorte van het kind. In die periode vindt, geheel volgens de nood die zich in het gezin aandient, de buddyactie plaats. Doorheen wekelijks contact en een tweewekelijks huisbezoek of uitstap biedt

de buddy in de eerste plaats emotionele ondersteuning. De hierboven beschreven 'presentie' (Baart, 2004), waarbij een verbinding tussen gezin en buddy optreedt die kan leiden tot een verbinding met een zorgnetwerk, wordt vooropgesteld als de belangrijkste pijler van het buddy zijn. Daarnaast heeft de buddy ook een operationele rol. Praktische hulp, organiseren, informatie en advies geven aan het gezin zijn de volgende stap. Doorverwijzen of 'toeleiden' naar de zorg is primordiaal: buddy's hebben noch het mandaat, noch de expertise om alle problemen op te lossen. De buddy legt zelf contacten met zorgverleners in en rond het gezin en wordt op die manier deel van het zorgnetwerk. Al snel bouwen buddy's een eigen verwijzingsnetwerk op en geven ze namen en adressen aan elkaar door.

“**De buddy biedt in de eerste plaats emotionele ondersteuning.**”

In één bezoek wordt op verschillende domeinen gewerkt. Er is geen vooraf bepaalde volgorde in de taken: wat zich het eerste aandient, wordt eerst aangepakt. In de tweewekelijkse intervisie, begeleid door docenten uit beide opleidingen, leren zij om in het kluwen van problemen prioriteiten te stellen. Reflectie is een kernelement van het model en heeft tegelijk ook meegespeeld in zijn ontwikkeling: de intervisiemomenten zorgen niet alleen voor het samen leren, maar stellen ook telkens opnieuw het model en de toekomstige aanpak in vraag.

Verschiedende organisaties uit de medische en sociale zorg (Kind en Gezin, OCMW-diensten, de eerstelijnsgezondheidszorg, vrijwilligersorganisaties) en uit onderwijs (diensten voor leerlingenbegeleiding) zijn partners in het project en sturen gezinnen door met de vraag voor een buddy.

## De volgende stap: een kwalitatieve evaluatie

Zowel studenten, gezinnen als dienstverleners ervaren de buddywerking als erg zinvol. Om het model van het buddyproject echter in een breder netwerk en op grotere schaal te implementeren, was er nood aan een wetenschappelijk onderbouwde evaluatie. De perspectieven van de drie stakeholders moesten hierbij met elkaar worden geconfronteerd. Een onderzoek naar de ervaren baat van het buddyproject richt zich naar de vraag of de aanwezigheid van een buddy in een gezin iets verandert voor het gezin, de doorverwijzer en de student ten opzichte van het status quo; of dit een verandering is ten goede, en dit op korte, middellange en lange termijn – misschien generaties verder dan de interventie. Deze verandering situeert zich in de eerste plaats op het niveau van de bindkracht tussen student, gezin en zorgverlening enerzijds en van de keuzes die er worden gemaakt binnen de gegeven context anderzijds. Gezien het hierbij gaat over betekenis geven aan ervaringen in zorgen of verzorgd worden, lag de keuze voor een fenomenologische benadering voor de hand (Miles et al., 2013).

Het hanteren van een kwalitatieve methode, een inductieve verwerking van de data en een analyse met het oog op een versterking van de beroepspraktijk, liet niet alleen een kritische reflectie op de buddypraktijk toe, maar ook van de waarden waarop deze praktijk is gebaseerd. Van januari tot april 2013 werden 30 participanten geselecteerd. Een narratief diepte-interview werd uitgevoerd bij 17 studenten, 7 zorgverleners en 6 moeders. De interviews werden verbatim getranscribeerd en gecodeerd vanuit hun betekenis. Vijf thema's kwamen naar voor: het buddy-model, de buddy-actie, het vormen van een netwerk en zelfredzaamheid, inclusie via een vertrouwensrelatie, en praktische aanbevelingen. Deze thema's werden teruggekoppeld naar de drie betrokken groepen.

## De buddy is een hefboom in de strijd tegen kinderarmoede

De buddy kan, door zijn specifieke vraag-en aanbodstrategie, door zijn vrijwilligersrol en door zijn snelheid en flexibiliteit in het gezin werken als een hefboom. Door één probleem aan te pakken, komt er ook beweging in andere condities van het gezin.

Praktisch en administratief ondersteunen, aangepaste informatie geven, doorverwijzen en een adequaat zwangerschapstraject bewerkstelligen: dit zijn acties die centraal staan in de buddywerking. Gezinnen en buddy's gaan samen op pad. Hierbij zijn studenten erg inventief om mama's te prikkelen tot een actieve houding. Buddy's komen tegemoet aan de specifieke behoeften van kwetsbare gezinnen, of zoals blijkt uit de stem van de kansarme ouder zelf, 'aan de specifieke leefwereld van gezinnen in armoede, die hun kennis en gebruik van diensten tekent' (Thirion, Dewil & Geuens, 2013). Een sterke administratie is de beginvoorwaarde voor betere levensomstandigheden, buddy's kunnen hier echt het verschil maken.

De bijzondere relatie die een buddy opbouwt met een gezin – vrijwillig maar niet vrijblijvend – is de absolute voorwaarde voor deze hefboomwerking. Deze vertrouwensrelatie kan groeien door de herhaalde huisbezoeken heen, waarin veel kan en niets moet. Sleutelwoorden zijn hier: continuïteit, gelijkwaardigheid in een win-win situatie, veiligheid en tijd. Onder deze omstandigheden kunnen buddy en gezin stappen zetten op weg naar een goede start voor het gezin. De buddywerking gaat weg van 'dat kluwen van elkaar versterkende problemen op verschillende levensdomeinen waardoor ze continu stress en onzekerheid ervaren' (Thirion, Dewil & Geuens, 2013). De buddy kan het beeld weer opentrekken.

Een mama: *"Ik was al drie jaar in België, maar*

*de buddy was de eerste persoon met wie ik een echt gesprek had. Niet dankjewel of alsjeblieft aan een loket, maar wel: "Hoe gaat het vandaag? Wat denk jij daarover? Hoe wil je de bevalling het liefst?" Voor mij mochten die gesprekken eeuwig duren, het was zo fijn om mij een echt persoon te voelen."*

Factoren die met kansarmoede zijn verbonden, en die de inzet van een buddy nuttig maken, vormen tegelijk ook een belemmering. Wanneer het absoluut gebrek aan financiën, een slechte huisvesting of tekort aan voeding tot de dagelijkse zorgen behoren, wordt de buddy in zijn mogelijkheden tot actie beperkt.

### “Het project biedt de kans om specifieke competenties op te bouwen als betrokken professionals.”

Het project biedt ook onrechtstreekse aangrijpingspunten in de strijd tegen kinderarmoede. Het geeft toekomstige zorgverleners, vroedvrouwen en sociaal werkers, de kans om specifieke competenties op te bouwen die zij zullen kunnen aanwenden als betrokken professionals. Studenten worden competente collega's. Tenslotte biedt het inschakelen van buddy's kansen tot een intensieve samenwerking tussen zorgverleners, essentieel in de ondersteuning van kwetsbare zwangeren.

### **De buddy krijgt een bad van leer**kansen

Het onderzoek richtte ook de focus op de manier waarop het buddyproject bijdraagt tot de competentie-ontwikkeling van studenten, om als professional adequate zorg te geven aan mensen in een situatie van kansarmoede. Het buddytraject blijkt een bad waar de student wordt ingedompeld en voorgoed veranderd weer uitkomt.

*Een student: "Nu weet ik dat er rond kansarmoede andere ideeën bestaan. Als ik mensen hoor zeggen: "Ze moeten maar gaan werken, het OCMW betaalt hen om niets te doen", dan denk ik, "Maar jongens toch, je kent er niets van. Die mensen kunnen er gewoon niet uit. Het is een vicieuze cirkel." Je kunt de clichés goed doorbreken."*

Competentieverwerving gebeurt op een discontinue manier, soms met vallen en opstaan. Het gaat zowel over kennis, vaardigheden als attitude. De werkvorm, ingebed in de stage over twee jaar (over de vakantie heen) geeft studenten de kans om complementair met elkaar te werken en om van elkaar te leren in de intervies. Studenten hebben zich als buddy een brug, een ondersteuner of een gids gevoeld en deze ervaring laat hen niet meer los. Zelf inzichten verwerven en kennis mogen doorgeven, leren over andere culturen, leren hoe het is om te leven in een situatie van armoede en dankbaarheid ervaren, zijn voor de student rijke ervaringen.

Teruggekoppeld naar het competentieprofiel van de opleiding vroedkunde, werkt de student aan de competenties als diagnosticus (situering in familiale en sociale context), als zorg- en hulpverlener (gericht communiceren), als adviseur en voorlichter (de psychosociale en culturele belevingswereld), als professional (vertrouwensrelatie opbouwen, rekening houden met diversiteit en interculturele beleving van seksualiteit, vruchtbaarheid en geboorte), correct juridisch en ethisch handelen. Voor de studenten sociaal werk gaat het over het bereiken van deze competenties: zijn handelen vorm geven vanuit zijn kennis van en inzicht in het werkveld en verantwoord van een inzicht in de historische en culturele bepaaldheid van waardenkaders; adequate communicatievormen hanteren en ontwikkelen; het perspectief en de belangen van de betrokken actoren in zijn handelen aan bod laten komen. Bovenal leren beide groepen studenten deze competenties te integreren via het

inzetten op het ombuigen van kansen door het verminderen van risico's en een contextuele aanpak. Bepalen wat je wil bereiken voor één gezin in één specifieke context, de zogenaamde 'goal oriented medical care' (Reuben & Tinetti, 2012). Om dit model te doen welslagen zijn de afbakening en de afronding van de rol van de buddy in het gezin, het vermijden van afhankelijkheid en het belang van participatie van de gezinnen in het project erg belangrijk. Aanpassen van de zorg en informatie aan de normen en gewoontes van het gezin is een blijvend leerpunt.

### **Over samenwerken en verbinden**

Tenslotte peilde het onderzoek naar de mogelijkheden die het project biedt voor een intensieve samenwerking tussen zorgverleners rondom het kansarm zwanger en jong gezin. Dit is in Vlaanderen niet evident: het zorgaanbod is sterk versnipperd over verschillende organisaties en diensten, de 'eilandjes van goede praktijk'. Er is vooral een kleine doorsnede tussen medische en sociale organisaties en tussen de perinatale zorg en de opvoedingsondersteuning (Hoogewys et al., 2013). Om de keten sluitend te maken, is communicatie en netwerkvorming noodzakelijk. De enige die de rol van verbinder van zorg- en welzijnsinitiatieven echt kan claimen, is eigenlijk het gezin zelf. Elk initiatief dat mensen in armoede wil vooruit helpen, elke 'casemanager' moet dus zo dicht mogelijk bij dat gezin staan en afgestemd zijn op dat gezin. De buddy is geknipt voor deze rol: een student die het nog niet echt voor het zeggen heeft, die het nog niet helemaal weet maar écht samen op weg wil gaan.

**“ De enige die de rol van verbinder van zorg- en welzijnsinitiatieven echt kan claimen, is eigenlijk het gezin zelf. ”**

Zorgen voor een familiaal netwerk is de eerste taak, de organisaties die het dichtst bij het ge-

zin kunnen staan, zoals een inloopteam of een vrijwilligersorganisatie, komen daarna. Pas dan komt de eerste en tweede lijn. Samenspel in het gezin vraagt afstemming: studenten van hun kant willen soms té veel de zaken regelen en zijn niet inzetbaar in alle situaties. Condities worden het best duidelijk gesteld van bij het begin. Samenwerken in een algemeen overlegplatform wordt het best structureel en op regelmatige basis georganiseerd. Op organisatorisch en institutioneel vlak kunnen best de lokale besturen het voortouw nemen om goed gebruik te maken van deze vrijwilligers uit de nulde lijn. Zo'n team van studenten inzetten, is niet alleen mooi meegenomen, zij doen wat geen enkele hulpverlener kan of mag doen: een maatje zijn.

### **De laatste fase van de innovatie: de uitrol naar elders**

De resultaten van het onderzoek tonen de belangrijke mogelijkheden van het model voor gezinnen, studenten en zorgverleners. De verankering in een stad of regio blijft maatwerk. Zo is het Gentse project intussen ingebed in het reguliere opleidingsprogramma van de Arteveldehogeschool en houden de partners de rol van doorverwijzer.

In Hasselt, waar intussen een tweede buddysetting is gestart, komt de coördinatie en interventie in handen van het Expertisecentrum Kraamzorg Amerijtje, terwijl de hogescholen Khlim en PXL de studenten vormen, recruter en beoordelen. De actie is er naar de hele provincie gericht. We hopen ook hier op een mooi verhaal.

De lijst met referenties is op te vragen bij de auteurs en te vinden op de website [www.vlaamswelzijnsverbond.be](http://www.vlaamswelzijnsverbond.be), onder publicaties, Tijdschrift voor Welzijnswerk, en dan doorklikken naar de inhoud van het nummer