

Knelpunten en Obstakels in de Prenatale Hulpverlening aan de Jonge Romavrouw

Ter verkrijging van het diploma van Master in de Geneeskunde

Hans Jacobs

PROMOTOR

Prof. dr. Guido Van Hal

BEGELEIDER

Dr. ir. Sofie Van Roosbroeck

Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2011-2012

WETENSCHAPSwinkel
Antwerpen

 Universiteit
Antwerpen

**Knelpunten en Obstakels in de Prenatale Hulpverlening aan de Jonge
Romavrouw**

Te verdedigen door : Hans Jacobs

**Promotor/begeleider : Prof. Dr. Guido Van Hal / Dr. Ir. Sofie
Van Roosbroeck**

**Masterproef
ter verkrijging van het diploma van
master in de geneeskunde of (arts)
Academiejaar 2011-2012**

VOORWOORD

Het spreekt voor zich dat bij wetenschappelijk onderzoek het nauwgezet formuleren van de onderzoeksvraag zeer belangrijk is. Welnu, in het geval van mijn masterproef was het nauwgezet formuleren van die vraag niet vanzelfsprekend en maakte het op zich een aanzienlijk deel uit van het onderzoek zelf.

Bij het uitwerken van mijn thesis is de werkwijze op zijn minst alternatief te noemen. Wetenschappelijk onderzoek is nieuw voor me en het is niet gemakkelijk geweest om de opzet van dit onderzoek van nul op te starten. Het uitgevoerde onderzoek is vernieuwend en dat op twee vlakken.

Ten eerste is het er gekomen na een oproep vanuit het middenveld, namelijk het Kruispunt Migratie-Integratie (het Kruispunt), een organisatie die informatie over migratie, integratie en etnisch-culturele diversiteit ontwikkelt en uitwisselt.

Al van bij het begin was er sprake van een constructieve dialoog tussen de representatieve van deze NGO, de promotor, de begeleider en mezelf. Mieke De Lathouwers fungeerde als contactpersoon van de Wetenschapswinkel telkens als bekwame moderator.

Een tweede nieuwigheid ligt bevat in de opzet van het onderzoek. Zo werd er gekozen voor een kwalitatief onderzoek. De kortste omschrijving van kwalitatief onderzoek luidt: de studie van de aard van verschijnselen. Dat wil zeggen het gaat om hun kwaliteit, hun verschijningsvormen, de context waarin ze voorkomen, de perspectieven van waaruit men ernaar kan kijken, enzovoort... [1] Dit geeft een beschrijvend karakter aan het onderzoek en is nog niet algemeen gekend in de medische literatuur.

“Gezondheidsbeleving van woonwagenbewoners?” Het spreekt voor zich dat de door Het Kruispunt gestelde onderzoeksvraag een veel te ruim terrein behelst waardoor verdere specificatie zich opdrong. Na het verkennend grasduinen in de voornamelijk (zogenoemde) “grijze” literatuur en het aftoetsen van het onderwerp bij enkele hulpverleners die in contact kwamen met de te bestuderen doelgroep heeft een

nauwere afbakening zich gedistilleerd. Naast het toespitsen op de perinatale setting zijn we ook veranderd van doelgroep. De oorspronkelijke vraag ging over woonwagengewoners en wij onderzoeken de Roma, een focus die gezien de actualiteit veel relevanter is. De relevantie van deze focus wordt verder in het werk toegelicht.

Het is een onderzoek naar gezondheidsaspecten in een perinatale setting en dit door bevraging van de hulpverleners die in contact komen met zwangere Roma. “Gezondheidsaspecten” is een vlag die vele ladingen dekt en vele Romagezinnen zijn moeilijk te bereiken. Beide problemen worden opgelost door te verenigen en de obstakels te onderzoeken die hulpverleners ondervinden in hun contact met Roma. Dit gebeurde d.m.v. semi-gestructureerde interviews en een focusgroepgesprek.

Het was niet gemakkelijk om hulpverleners te vinden die regelmatig in contact kwamen met Roma en die wensten mee te werken aan het onderzoek. Daarom zou ik graag dhr. en mevr. Tambour, dr. Leuridan, dr. Cornelissen, het verloskundig team van het Jan-Palfijnziekenhuis en de ploeg van het prenataal steunpunt van Kind en Gezin in de Pothoekstraat willen bedanken voor hun bereidwillige medewerking.

Graag zou ik ook de promotor, medewerkers en begeleidster hartelijk willen danken voor hun bijdrage aan mijn eindwerk; Professor Guido Van Hal voor het promoten van het werk en het uitzetten van de krijtlijnen; Dirk Beersmans en Norah Van Den Daele voor hun begeleiding en deskundige opmerkingen vanuit het veld van de tweede lijn; Mieke De Lathouwers voor het bewaken van de voortgang en aansporen van het proces en Sofie Van Roosbroeck die het onderzoek van zeer nabij begeleidde. Zonder hun geduld en inzet was dit eindwerk niet mogelijk geweest.

INHOUDSTAFEL

Voorwoord.....	ii
I. De opzet.....	2
1. Gezondheidsaspecten van woonwagenbewoners	2
2. Wetenschapswinkel.....	3
3. Wetenschappelijk lijn	4
4. Kruispunt Migratie-Integratie (het Kruispunt).....	4
II. Inleiding	6
1. Woonwagenbewoners.....	6
1.1 Definitie.....	6
1.2 Roma	7
2. Gezondheid en gezondheidsaspecten	9
2.1 Algemeen.....	9
2.2 Reproductie Geneeskunde	9
2.3 Kindergeneeskunde	9
2.4 Ongelijke toegang tot de gezondheidszorg	10
2.5 Sociaal Darwinisme.....	11
III. Methode.....	13
1. Terreinverkenning.....	13
2. Interviews.....	15
IV. Resultaten.....	18
1. Obstakels en knelpunten	18
2. Medische problematiek.....	21
3. Suggesties voor een beter beleid	23
4. Optimisme en relativering.....	25
V. Conclusie en discussie	26
Knelpunten en obstakels:.....	26
Medische problematiek	27
VI. Referenties	28

I. DE OPZET

1. GEZONDHEIDSASPECTEN VAN WOONWAGENBEWONERS

De levensverwachting bij woonwagenebewoners ligt een stuk lager (ongeveer 20 jaar lager, op een gemiddelde leeftijd van 55 jaar) dan bij de Vlaamse, sedentaire bevolking. Woonwagenebewoners leven van dag tot dag en lijken adviezen m.b.t. preventieve gezondheidszorg niet op te volgen. Ook lijken woonwagenebewoners niet makkelijk de stap naar reguliere gezondheidsvoorzieningen te zetten. Het is echter niet duidelijk wat hiervan de oorzaken zijn [5].

Het Kruispunt Migratie-Integratie (het Kruispunt) postte in 2004 dan ook volgende onderzoeksvraag bij de Wetenschapswinkel: “Onderzoek naar gezondheidsaspecten van woonwagenebewoners en naar de verschillende problemen en oorzaken, meer bepaald onderzoek naar: woon- en werkomstandigheden, eetgewoonten, mogelijke verschillen tussen woonwagenebewoners die in huizen of in woonwagens leven, invloed van specifieke preventiecampagnes, doktersbezoek, ...

Wanneer in juli 2007 het eerste contact plaatsvond tussen de verschillende partners was het de vraag of dit onderzoek nog relevant was aangezien de vraag van 2004 dateerde. Mede daarom is er gekozen om het onderzoek niet meer toe te spitsten op de woonwagenebewoners maar op de Roma. Dit werd veel relevanter bevonden aangezien deze doelgroep lastig te bereiken is en er algemeen weinig over geweten is. Ook de recente actualiteit en het beeld dat men schetst over Roma in de media maakt deze verschuiving van doelgroep zinvol.

De oorspronkelijke vraag van het Kruispunt is breed en te ruim geformuleerd. Een eerste fase van het onderzoek behelst dan ook het formuleren van een concrete en afgebakende onderzoeksvraag. Die uitdieping vertaalt zich in de volgende vragen waarop verderop een antwoord geformuleerd zal worden: Wie gaan we onderzoeken? (“Roma”/“hulpverleners”...) Wat gaan we onderzoeken?

(“gezondheidsaspecten”/”perinatale context”...) Waarom gaan we onderzoeken? (“problematiek”...) en vooral; Hoe gaan we onderzoeken? (“methode”...)

Het thema speelt zich af op het terrein van de sociale geneeskunde. Hierdoor is een analyse van de medische maar zeker ook van de sociale context onontbeerlijk. De Roma zijn doorgaans gemarginaliseerd en leven in een niche van de samenleving. De gezondheidsbeleving van deze groep mensen is dan ook maar weinig besproken waardoor er weinig literatuur over te vinden is.

Na overleg met een aantal mensen op het terrein is besloten om het onderzoek te beperken tot de Roma. Zowel Natasja Nagels (Integratiecentrum de8, Antwerpen), Koen Geurts (Integratiecentrum Foyer, Brussel) als Edwin Delanoeye (Integratiecentrum de8, Antwerpen) opteren voor Roma i.p.v. Roms of andere woonwagengewoners. De redenen zijn: meer betrokken gezondheidsinstellingen en hulpverleners, grotere doelgroep, doelgroep is toegankelijker, grote maatschappelijke relevantie en nutsfunctie van het onderzoek.

Mogelijke locaties voor het onderzoek zijn: Antwerpen, Gent, Sint-Niklaas en Brussel. In deze steden zijn zowel hulpdiensten, Kind en Gezin, straathoekwerk als integratiecentra- en diensten betrokken. Omwille van praktische redenen werd er gekozen om enkel te kijken naar de Antwerpse regio.

Na een eerste fase van zoekwerk en literatuurstudie werd er beslist om het onderzoek af te bakenen tot de problematiek van (minderjarige) zwangere Roma. Dit bleek een zeer interessante invalshoek, zeker rekening houdend met enkele typische gebruiken van de Roma, zoals het zeer jong huwen, het grote aantal kinderen en het taboe rond zwangerschap. De nieuwe onderzoeksvraag luidt: “Knelpunten en Obstakels in de Prenatale Hulpverlening aan de Jonge Romavrouw”.

2. WETENSCHAPSWINKEL

De Wetenschapswinkel is een aanspreekpunt voor non-profitorganisaties die op zoek zijn naar wetenschappelijke ondersteuning via onderzoek of advies. De onderzoeksthema's lenen zich vaak tot maatschappelijk relevante onderzoeken die studenten binnen hun bachelor- of masterproef kunnen uitwerken. De

Wetenschapswinkel bemiddelt tussen de organisatie en de onderzoeker [2]. Mieke De Lathouwers fungeerde als contactpersoon van de Wetenschapswinkel.

3. WETENSCHAPPELIJK LIJN

Wetenschappelijk onderzoek komt aan bod in de Wetenschappelijke lijn en moet de student begeleiden naar het voorstellen van een eigen wetenschappelijk eindwerk, zoals beschreven in het curriculum. Deze masterproef kwam tot stand in het kader van die wetenschappelijke lijn binnen de faculteit Geneeskunde.

De vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde (ESOC) van de Universiteit Antwerpen (UA) is een multidisciplinaire groep bestaande uit specialisten op gebied van geneeskunde, epidemiologie, biostatistiek, sociologie en economie. Onderzoek op zowel sociaal als op epidemiologisch gebied behoort tot de expertise. De vakgroep is dan ook goed geplaatst om een onderzoek naar de gezondheidsbeleving van Roma op zich te nemen. Dit eindwerk kwam tot stand met prof. dr. Van Hal als promotor en dr. Van Roosbroeck als begeleidster, beiden lid van de vakgroep ESOC.

4. KRUISPUNT MIGRATIE-INTEGRATIE (HET KRUISPUNT)

Eén van de kerntaken van het Kruispunt is het aanbieden van structurele ondersteuning aan de integratiecentra, integratiediensten, en het woonwagewerk. Het uitgangspunt is daarbij de etnisch-culturele diversiteit van Vlaanderen en Brussel.

Het Kruispunt ijvert voor een harmonieuze samenleving, met basisrechten en gelijke kansen voor etnisch-culturele minderheden. Zij zorgen voor een breed en levendig info-aanbod. Het Kruispunt levert kwalitatief juridisch advies over vreemdelingenrecht.

Studie en evaluatie van het Vlaamse beleid inzake etnisch-culturele minderheden behoren tot hun basistaken. Het kruispunt ontwikkelt nieuwe methodieken en werkinstrumenten om de toegankelijkheid van diensten en instellingen voor etnisch-culturele minderheden te vergroten en steun te leveren aan deze groepen bij het opeisen van hun rechten in deze samenleving.

Het onderzoek werd in samenwerking met Dirk Beersmans, de oorspronkelijke contactpersoon van het Kruispunt, opgestart. Later in het onderzoekstraject werd het Norah Van Den Daele die het project mee tot een goed einde bracht.

II. INLEIDING

1. WOONWAGENBEWONERS

Roma zijn per definitie geen woonwagengewoners maar worden wel verwant bevonden. Om dit te duiden volgt er eerst een opsomming van beschrijvende definities van de verschillende groepen.

1.1 DEFINITIE

Het Integratiedecreet omschrijft woonwagengewoners als personen die legaal in België verblijven en die wonen of woonden in een woonwagen als omschreven in de Vlaamse Wooncode, of waarvan de ouders dat deden, met uitzondering van bewoners van campings of gebieden met weekendverblijven [3].

Met deze omschrijving verwijst de Vlaamse overheid naar de Roms, Manoesjen of Voyageurs die naar traditie wonen of woonden in een woonwagen. De Roma horen hier dus niet bij.

De woonwagengewoners zijn geen homogene groep. Drie grote groepen kunnen onderscheiden worden.

- Voyageurs: Deze Belgen stammen af van de autochtone rondtrekkende bevolking, die eind 19^{de}, begin 20^{ste} eeuw de kost verdiende met activiteiten als deur-aan-deurverkoop, messen slijpen of seizoensarbeid op boerderijen. Voyageurs spreken Nederlands, maar gebruiken ook Bargoens. Momenteel leven er zo'n 650 Voyageurs op (voornamelijk) officiële woonwagenterreinen. Heel wat andere Voyageurs wonen in huizen [4].
- Manoesjen: Deze groep heeft haar oorsprong in India en kwam in de 15^{de} eeuw naar onze streken. Sindsdien hebben zij zich geïntegreerd in onze maatschappij, waardoor ze weinig opvallen. Manoesjen hanteren Nederlands en Manoesj, een variant van het Romanés als taal. Dit Romanés is een gemeenschappelijke taal van Manoesjen, Rom en

Roma. Circa zeventig gezinnen wonen nog in woonwagens, een minderheid in vaste woningen [4].

- Roms: Roms kwamen eind 19^{de}, begin 20^{ste} eeuw vanuit Oost-Europa naar België. Hun traditionele levenswijze en kledij zijn opvallend. De moedertaal van de Roms is het Romanés, dat verwant is met het Manoesj. Frans is hun tweede taal. Ongeveer 200 Roms wonen in wagens. Velen trekken in de zomer nog rond in familieverband. Daarnaast doen een duizendtal gezinnen uit het buitenland, vaak met familiale banden met Belgische Roms en Manoesjen, jaarlijks ons land aan [4].

1.2 ROMA

Roma zijn een relatief nieuwe migrantengroep in Vlaanderen. Sinds de val van de Berlijnse muur in 1989 zijn veel Roma uit Centraal- en Oost-Europa naar West-Europese landen verhuisd. Ook in Vlaanderen is hun aantal sterk toegenomen. Het zijn vaak jonge gezinnen met veel kinderen. Ze zijn voornamelijk afkomstig uit Roemenië, Slowakije, Tsjechië, Bulgarije en de landen van ex-Joegoslavië zoals bijvoorbeeld Kosovo en Macedonië [5].

Roma wonen in huizen en appartementen, niet in woonwagens. Toch worden ze vaak in één adem genoemd met woonwagenbewoners zoals Manoesjen (of Sinti) en Roms. Dit omdat ze dezelfde Noord-Indische oorsprong en nomadische voorgeschiedenis hebben. Maar Roms en Manoesjen wonen echter al decennia- tot eeuwenlang in ons land. Ze hebben zo goed als allemaal de Belgische nationaliteit. En hebben, in tegenstelling tot Roma, geen recent verleden in een communistisch land [5].

De integratie van deze nieuwe migranten verloopt niet altijd vlot. En vele gezinnen leven in een precare situatie.

Voor velen is terugkeren geen optie. Mensen die hier een legaal verblijf hebben, zullen in Vlaanderen blijven wonen en hun leven hier verder uitbouwen. Ook onder de families die nog geen legaal verblijf hebben, zijn er vele die verkiezen om hier te blijven in plaats van terug te keren naar het land van herkomst [5].

Een andere groep (vooral onder de EU-burgers) is hier periodiek aanwezig. Deze Roma komen naar Vlaanderen om een paar maanden te werken, trekken dan terug naar het thuisland, om na een poos opnieuw in België aan de slag te gaan [5].

Het is niet mogelijk om exact na te gaan hoeveel Roma er in Vlaanderen verblijven. Dit om verschillende redenen: Roma is geen nationaliteit, maar een etniciteit. We kunnen ze dus niet terugvinden in het bevolkingsregister, vreemdelingenregister of wachtregister. De registratie gebeurt namelijk op basis van landen van herkomst en niet op basis van etnische afkomst. Bovendien hebben een aantal Roma geen wettig verblijf en zijn ze dus niet (systematisch) geregistreerd. Roma gezinnen verhuizen makkelijk binnen en buiten gemeente- en landgrenzen. Niet alle Roma zijn gekend als Roma. Sommigen lopen liever niet te koop met hun Roma-afkomst omdat ze vrezen voor negatieve reacties en vooroordelen [5].

Toch kan er, op basis van contacten met diensten en Roma-zelforganisaties, en op basis van beschikbare cijfers over nationaliteiten een (ruwe) schatting gemaakt worden. Voor heel Vlaanderen en Brussel variëren schattingen tussen de 15 000 en 20 000 Roma [5].

We overlopen enkele regionale schattingen [5]:

- Antwerpen stad: 4000 Roma, hoofdzakelijk uit de landen van Ex-Joegoslavië zoals Kosovo en Macedonië;
- Brussel Hoofdstedelijk Gewest: 6000 tot 6500 Roma, de meerderheid uit Roemenië;
- Gent: 4300 tot 5000 Roma, vooral uit Slowakije en Bulgarije;
- Waasland: 1000 tot 1200 Roma, veelal uit Kosovo;
- Limburg telt een 500tal Roma. Hoofdzakelijk uit de landen van Ex-Joegoslavië zoals Servië-Montenegro en Kosovo.

De schattingen zijn een momentopname. Het aantal Roma in Vlaanderen is verre van een statisch gegeven. Er blijven Roma toekomen, en er gaan ook Roma terug naar hun thuisland. De migratie naar en uit Vlaanderen hangt grotendeels af van het beleid in het thuisland, maar ook van het afstotingsbeleid van andere West-Europese landen [5].

2. GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSASPECTEN

2.1 ALGEMEEN

De levensverwachting voor Roma-populaties in Oost-Europa ligt bijna 10 jaar lager dan de algemene populatie [6]. Het kindersterftecijfer ligt twee keer zo hoog bij de Roma dan bij de niet-Roma in Tsjechië, Slowakije en Hongarije [7].

Volgens het UNDP Roma-rapport [8] is de gezondheidstoestand van Roma in Oost-Europa het laatste decennium verslechterd. De gebrekkige toegang tot gezondheidszorg heeft vooral te maken met een gebrek aan financiële middelen. Armoede en slechte levensomstandigheden vergroten de kans op chronische ziekten. Hierdoor komen bovendien ondervoeding en verwaarlozing vaak voor, vooral bij ouderen, kinderen en vrouwen. Hiervoor zijn zowel socio-economische factoren (armoede, ongezonde voeding, gebrekkige toegang tot de gezondheidszorg) als culturele elementen (vroeg en talrijke geboortes) verantwoordelijk [9].

2.2 REPRODUCTIE GENEESKUNDE

Een studie naar de seksuele cultuur van Roma in Bulgarije vond dat de Romavrouw haar eerste zwangerschap zeer vroeg beleeft, dat 61% contraceptie al dan niet regelmatig gebruikt en dat abortussen regelmatig plaatsvinden dan in de meerderheidspopulatie (2.41 abortussen per vrouw, met 33% van de vrouwen meer dan 3) [10]. In Bulgarije blijkt tevens de helft van de tienerzwangerschappen (13-16 jaar) voor te komen bij Romameisjes [11].

2.3 KINDERGENEESKUNDE

Al van bij de geboorte ziet men een verschil in gezondheid tussen Roma en de meerderheidspopulatie. In Hongarije hebben Romakinderen tweemaal zoveel kans om prematuur geboren te worden en komt een geboortegewicht onder de 2500g significant meer voor, ongeacht de leeftijd van de moeder. Het verschil is toe te

schrijven aan zowel de omstandigheden waarin de Roma leven als de laaggeschooldheid van de moeder. Het blijkt een vicieuze cirkel te zijn: gebrekkige hygiëne en leefomstandigheden hebben een negatieve invloed op de geboortefmetingen, wat uiteraard ook het kind benadeelt in termen van overleving, gezondheid en ontwikkeling [12]. Dit reflecteert op de associatie tussen geboortegewicht en het opleidingsniveau van de moeder wat laag ligt bij de Romavrouwen. Het opleidingsniveau van de moeder levert overduidelijk de grootste bijdrage aan de verklaring van de gebrekkige geboorte-resultaten bij Romamoeders [13].

Een Spaanse studie naar congenitale malformaties vond zeven keer verhoogd voorkomen van deze malformaties dan de referentiepopulatie. Dit is toe te schrijven aan een hogere maat van bloedverwantschap (12 keer zo hoog als in de referentiepopulatie) [14].

2.4 ONGELIJKE TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG

Voor de miljoenen Roma die leven in Centraal- en Oost-Europa zijn persistente discriminatie en marginalisatie een dagelijkse realiteit die resulteert in een slechtere gezondheid voor individu en gemeenschap. Roma zijn in deze regio de grootste etnische minderheid met een geschat aantal rond de 5 à 6 miljoen mensen. Beschikbare data tonen duidelijk een hogere graad van ziekte en mortaliteit bij Roma dan in de meerderheidspopulaties [15]. Toegang tot gezondheidszorg is slechts één factor van algemene gezondheid, maar is wel noodzakelijk om de sociale inclusie van Roma te bevorderen en gelijke kansen te verzekeren voor allen. Verschillende oorzaken van de ongelijkheid kunnen aangehaald worden. Hieronder worden de belangrijkste opgesomd.

Pervasieve armoede: In vele landen is de graad van armoede bij de Roma tienmaal zo hoog als bij niet-Roma. Een studie, uitgevoerd in 2002 in Roemenië en Bulgarije vond dat bijna 80% van de Roma rond komen met minder dan \$4.30 (€3.23) per dag [6]. Zelfs wanneer ze gedekt zijn door een verzekering kunnen Roma de extra kosten die buiten de verzekering vallen, zoals medicatie en transport, niet betalen.

Geografische isolatie: Een onderzoek uitgevoerd in Hongarije vond dat maar 5 tot 9 % van de Hongaarse populatie die buiten de hoofdstad woont het zonder lokale huisarts moet stellen. Bij de Romapopulatie was dit 18.6% [16]. Een NGO-studie in twee Roemeense regio's vond dat 98% van de arme Roemeense respondenten geregistreerd stonden bij een huisarts dit in tegenstelling tot 48% van de Roma [17].

Directe discriminatie door gezondheidswerkers: In een onderzoek in Hongarije kwam 25% van de Roma in aanraking met directe discriminatie in ziekenhuizen en andere instituten en 44.5% rapporteerden directe discriminatie door huisartsen. Directe discriminatie kan de volledige weigering zijn van hulp of meer subtiel het verstrekken van inferieure hulp. Beiden induceren wantrouwen en angst in het gezondheidssysteem bij de Roma. Mensenrechtengroepen hebben bewijs van noodhulpdiensten die weigeren tussen beide te komen bij oproepen vanuit Romabuurtten [16].

Directe en indirecte discriminatie door overheidsinstanties: Bij de Roma respondenten van een UNDP-studie in Bulgarije en Roemenië bleek respectievelijk 46 en 37 percent van hen geen verzekering te hebben [7].

Communicatiebarrières tussen Roma en gezondheidswerkers: In een onderzoek, uitgevoerd in Roemenië, vermeldden Romavrouwen dat de artsen dikwijls ongevoelig zijn voor hun persoonlijke behoeften [18].

Een laag niveau van gezondheidseducatie en opleiding in het algemeen in de Romagemeenschap draagt bij tot hoog-risico gedrag zoals drinken, roken en een ongezond dieet. Romavrouwen blijken lager geschoold dan Romamannen wat nog een groter nadeel oplevert met betrekking tot de toegang tot gezondheidsinformatie [18].

2.5 SOCIAAL DARWINISME

Gepubliceerd onderzoek naar de gezondheidsbehoeften van Roma is zeldzaam. 70% van de gezondheidsstudies van Roma spelen zich af in vier landen: Spanje, Tsjechië, Slowakije en Hongarije. Veel literatuur concentreert zich op overdraagbare aandoeningen. De aanwezige evidentie suggereert een gebrekkigere toegang tot de gezondheidszorg en verminderde opname van preventieve zorg. Het zeldzaam

gepubliceerd onderzoek naar de gezondheidsbehoeften van Roma focust voornamelijk op besmetting van de algemene populatie. Deze focus op wordt in enkele bronnen ook wel sociaal darwinisme genoemd. Dit duidt op een grotere bezorgdheid over de gezondheidsbehoeften van de meerderheidspopulatie waarmee ze samen leven dan de Roma zelf. Er is een grote behoefte aan uitgebreider onderzoek naar de gezondheid van het Romavolk [15, 19].

III. METHODE

1. TERREINVERKENNING

Een prospectie en het in kaart brengen van wat er gebeurt rond hulpverlening aan Roma(vrouwen) was de eerste fase van dit onderzoek. Mensen en/of instellingen die iets weten over de problematiek en bereid waren tot medewerking zijn: Kind en Gezin, straathoekwerk, integratiecentra- en diensten, ziekenhuizen, (huis)artsen, verpleegkundigen, Artsen zonder Grenzen, Rode Kruis, Protestants Sociaal Centrum.... Omwille van praktische redenen werd er geopteerd om het onderzoek te beperken tot de stad Antwerpen. Gezien de focus van het onderzoek is het belangrijk te kunnen rekenen op de medewerking van een aantal vrouwelijke contactpersonen. Tijdens de terreinverkenning zijn volgende personen gecontacteerd:

Leon Tambour, Keree Amende vzw

Door veelvuldige contacten en door gewoon aanwezig te zijn onder de Roms proberen ze een vertrouwensbasis op te bouwen. Meer en meer komen ze in contact met Roma. Ze verlenen referentieadressen. Ze behartigen hun objectieve en subjectieve noden. Hun dienstverlening is meer gericht op huisvesting en maatschappelijk welzijn, minder op gezondheid.

Gert De Volder, Artsen Zonder Grenzen

AZG verstrekt gratis medische, psychologische en sociale hulp aan personen die uitgesloten zijn uit de reguliere gezondheidszorg. Ze hebben relatief weinig contact met Romavrouwen en verwijzen door naar Kind & Gezin Pothoekstraat, het Helpcenter rond seksuele gezondheid (ITG) en de 8.

Karim Bardhadi, doelgroep regisseur stad Antwerpen

Karim heeft zelf contact met enkele gezinnen, wel enkel in het kader van overlast. Hij heeft de rol van bemiddelaar bij conflicten tussen de verschillende actoren. Hij tipt drie straathoekwerkers maar deze hebben weinig bijkomende informatie i.v.m. de gezondheidsbeleving van Roma.

Tanja Van Kerckhoven, stafmedewerker diversiteit OCMW Antwerpen

Tanja komt zelf niet in contact met Roma, maar is zeer geïnteresseerd naar het eindwerk. Ze vraagt op de hoogte gehouden te worden. Ze tipt Edwin Delanoey, woonwagenwerk “de 8”.

Betty Tielemans, diversiteitsconsulent stad Antwerpen

De dienst zelf doet geen hulpverlening en komt dus ook niet aanraking met Romavrouwen. Ze stelt voor contact op te nemen met Kind & Gezin en “De Kraamvogel”.

Natasja Naegels, Project Roma en Onderwijs “de acht”

Natasja werkt specifiek rond de onderwijsproblematiek bij Roma en dat voornamelijk in de tweede lijn. Ze worden slechts zijdelings met gezondheidsthema's geconfronteerd (en dan voornamelijk geestelijke gezondheidszorg bij kinderen). Ze tipt de wijkbureaus van Kind & Gezin die actief zijn in de wijken waar veel Roma wonen (Noord). Binnen dezelfde organisatie is er een medewerkster actief (Anna Van der Borcht) rond het thema “dringende medische hulp” aan mensen zonder papieren. Zij werkt niet specifiek met Roma maar heeft wel een goede kennis van de problemen op het vlak van dringende medische hulp aan mensen zonder papieren waaronder vele Roma vallen.

Anna Van der Borcht, Ondersteuningspunt Medische Zorg “de acht”

Het Antwerps Minderhedencentrum De Acht richtte in 2004 het Ondersteuningspunt Medische Zorg op om de toegankelijkheid van de reguliere gezondheidszorg voor mensen met een precair of zonder wettig verblijf in de stad Antwerpen te bevorderen. Het Ondersteuningspunt Medische Zorg is een deelwerking van het Vluchtelingenteam van De Acht.

Het Ondersteuningspunt Medische Zorg verschaft informatie aan medische zorgverstrekkers en sociale organisaties en aan andere betrokkenen over de procedures die mensen met een precair of zonder wettig verblijf in de stad Antwerpen toegang geven tot gezondheidszorg. Ze tipt Kind & Gezin.

Marie-Jeanne Schoofs en dr. Erwin Van Kerschaver, respectievelijk Stafmedewerker gezondheidsbevordering en Wetenschappelijk adviseur hoofdarts Kind & Gezin.

Zij komen als hulpverlener in contact met Roma, meer specifiek via de prenatale steunpunten. Mevr. Schoofs kan adressen en namen bezorgen van eventueel te contacteren personen. Binnen de doelgroep van de prenatale steunpunten bereiken ze occasioneel ook Romavrouwen. In 2007 waren 119 cliënten van Hongaarse, Poolse, Roemeense, Slowaakse en Tsjechische origine. Hiervan waren 76 vrouwen zwanger. Hoeveel Roma daarbij zijn, is uit de cijfers niet op te maken maar mevr. Schoofs weet wel van uit haar contacten dat deze cliënten specifieke problemen hebben.

Stijn Dehaes, regionaal verantwoordelijke van de prenatale steunpunten van Kind en Gezin werd gecontacteerd en verwees door naar de verschillende steunpunten in Antwerpen. Liesbet Soens van kraamzorg Landelijke Thuiszorg en An Huybrechts, dr. Karen Devos, dr. Lutgart Van Malderen, dr. Carsten Steinkamm, dr. Catherine Mees, dr. Nele Hessels, dr. Cécile Guérin, dr. An Steylemans, dr. Edgard Snijders en dr. Jutta Helmer, allen werkzaam in de verschillende steunpunten in Antwerpen werden gecontacteerd maar komen niet in aanmerking omdat ze naar eigen zeggen weinig in contact komen met de doelgroep of konden om uiteenlopende redenen niet meewerken aan het onderzoek.

Ook vonden er gesprekken plaats met dr. Ivan Ivanov van het European Roma Rights Centre en professor dr. Tommaso Vitale, socioloog uit Milaan en specialist wat betreft Romaproblematiek.

2. INTERVIEWS

Op basis van relevante ervaring met de doelgroep werden uit het netwerk van deskundigen en zorgverleners een aantal sleutelfiguren geselecteerd voor een semi-gestructureerd interview. Er werden vijf interviews afgenomen:

- Een eerste interview (interview nr. 1) van het team dat instaat voor het prenataal steunpunt Kind en Gezin in de Pothoekstraat. Dit team omvat: dr. Marlies D'hond, consultatiebureauarts, Carine Pels, regioverpleegkundige en Goedele Provenciaal, ook regioverpleegkundige.

- Een tweede interview (interview nr.2) van dr. Tinne Cornelissen, consultatiebureauarts bij Kind en Gezin, zowel in de Pothoekstraat als in centrum De Wijk
- Een derde interview (interview nr.3) van dr. Van De Walle, gynaecoloog en Melissa, vroedvrouw, beide werkzaam op de kraamafdeling van het ZNA Jan-Palfijnziekenhuis in Merksem
- Een vierde interview (interview nr.4) van dr. Wilfried Leuridan, huisarts in Mortsel en dienstdoende arts van het woonwagenterrein in Deurne.
- Een vijfde interview (interview nr.5) van Leon Tambour en zijn echtgenote. Dhr. Tambour is al sinds de jaren '70 vertrouwenspersoon van vele Roma en Roms en verschaft een referentieadres aan een driehonderdtal Roma.

De volgende thema's kwamen aan bod in het script van de semi-gestructureerde vragenlijst:

- De knelpunten en obstakels die de hulpverleners ervaren in de medische dienstverlening naar de Roma toe. Deze knelpunten worden breed geïnterpreteerd. Ze kunnen zich bevinden op het vlak van de houding, de taal, de administratie of de financiën...
- De suggesties van de hulpverleners voor een beter beleid. Peilen naar mogelijke oplossingen om de obstakels te verkleinen.
- Het voorhanden zijn van informatie met betrekking tot de Roma of juist het afwezig zijn van nuttige informatie ter bevordering van het contact van de hulpverlener met de Roma
- De knelpunten met betrekking tot hun eigen dienst en dienstverlening. Dit voornamelijk met het oog op de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de betrokken dienst.
- De suggesties van de hulpverleners voor een betere sensibilisatie van de Roma of hoe ze misschien te bereiken zijn.
- De behoefte van de hulpverleners naar meer informatie met betrekking tot deze specifieke bevolkingsgroep ter bevordering van een betere hulpverlening.
- De medische problematiek. Zowel de urgente problemen als de problemen verbonden aan kans armoede (voedingstoestand, huisvesting,...)

- Het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Het bestaan en het toepassen van geboorteregeling. Het gebruik van anticonceptie bij de Romavrouwen.
- Het bestaan van abortussen, ook illegale.
- De opvolging van de zwangerschap.
- De invloed van het geslacht van de kinderen op de zwangerschapsbeleving, – opvolging en het postnatale verloop.
- De invloed van een eventuele handicap op de zwangerschap en het postnatale verloop.
- Het middelengebruik bij de Roma en gerelateerde aandoeningen.
- De mate van preventie die wordt toegepast bij deze mensen.
- Tips en anekdotes met betrekking tot de Roma

Op deze verschillende interviews wordt een codering toegepast door twee onafhankelijke lezers, hier Sofie Van Roosbroeck en Hans Jacobs, zodat de belangrijkste knelpunten en obstakels gedistilleerd kunnen worden. Ook peilen we naar de ervaringen van hulpverleners in contact met Roma en zoeken we daarin hun grootste gemene deler.

IV. RESULTATEN

1. OBSTAKELS EN KNELPUNTEN

Wanneer we de coderingen van de verschillende interviews naast elkaar leggen kunnen we enkele bevindingen noteren die in enkele interviews terugkomen. Dit geldt zeker voor de obstakels en knelpunten geformuleerd door de hulpverleners. Bij het vergelijken van de vijf coderingen distilleren we de volgende drie knelpunten die duidelijk naar voor- en regelmatig terugkwamen.

- **Er is weinig structuur in het dagelijks leven van de Roma en er worden problemen met administratie en organisatie ervaren.**

In vier van de vijf interviews werd vermeld dat er een gebrek aan structuur heerst in hun dagelijkse leven of er zijn problemen gesignaleerd van administratie en organisatie bij de Roma.

We concludeerden een gebrek aan structuur aan de hand van enkele uitspraken van de geïnterviewden. Zo werd er melding gemaakt van een zekere onbereikbaarheid en werd er door enkelen vermeld dat het lastig afspreken was.

“Onbereikbaarheid dikwijls en zij zullen komen als het hen past.”

“Ze zijn ook niet altijd thuis, dus het niet nakomen van afspraken.”

“En dan stonden ze daar met honderden mensen rond u dus dat was eigenlijk helemaal geen structuur.”

Administratie bij de gemeente, ziekteverzekering, artsen, ziekenhuizen enz. blijft een heikel punt. Dit zowel voor de Roma die verdwalen in de administratie en bureaucratie als voor de betrokken hulpverleners waarvan de prestaties ook verloond moeten worden. De verschillende betalingsmodaliteiten en statuten (DMH, derde betalingsregeling, volledig illegalen,...) maken de hulpverlening complex en de te volgen procedures zijn niet altijd even duidelijk.

“Ik denk dat heel wat Romavrouwen ook nog niet de juiste papieren hebben.”

“’t is niet goed verdeeld, want administratief is het ook zwaar voor de artsen.”

“Die komen in het midden van de nacht en zeggen: “ja, ik moet bevallen!” of dan proberen ze eigenlijk via ons een afspraak voor de gynaecoloog te krijgen.”

“Ze hadden geen identiteit, ze hadden geen nationaliteit, ze hadden geen adres, ze hadden helemaal niks.”

- **Taal is een lastige barrière.**

Ook de taal en het taalverschil komen regelmatig terug als obstakels die de hulpverlening bemoeilijken. Er zijn geen tolken beschikbaar en wanneer er iemand in de familie beschikbaar is die Nederlands spreekt, kan dit bij lastige en beladen consultaties het gesprek hypothekeren. Veelal zijn het de kinderen die de taal het beste meester zijn. Over deze rol van kind als tolk zijn er ook enkele bedenkingen te maken: schoolverzuim, beladen onderwerpen, kind als verantwoordelijke,... Er is een grote graad van analfabetisme wat maakt dat de correspondentie moeizaam verloopt en belangrijke informatie verloren gaat. De geletterdheid onder de Roma is volgens enkele hulpverleners vandaag wel aan het toenemen.

“Taal is ook een heel groot probleem. Die kunnen, de meeste kunnen alleen Romanes, dat is een ongeschreven taal en er zijn geen tolken te vinden, allez ja, die ons kunnen helpen dus dat is dikwijls wel een groot probleem.”

“We worden dikwijls geholpen door kinderen die naar school gaan.”

“Die tolk bestaat niet.”

“Ze kunnen wel wat Nederlands maar ze kunnen zich niet altijd even goed uitdrukken.”

“Zeker voor de Roma waar er veel analfabeten tussen zitten, dus die kunnen hun documenten niet lezen. Dat wil zeggen dat correspondentie naar hen toe ook zeer lamentabel verloopt.”

“Ge zit met gezondheidstermen. Als ge instructies wilt geven is dat heel moeilijk, dat moet dan allemaal mondeling gaan.”

- **Cultuur- en mentaliteitsverschillen zorgen voor obstakels.**

Veel opmerkingen wat betreft obstakels in de hulpverlening zijn te herleiden tot verschillen in cultuur en mentaliteit. Dit komt bijvoorbeeld naar boven bij het aanvragen van diagnostische tests en het beleven van het eigen lichaam. De Romagemeenschap wordt vaak gezien als een gesloten gemeenschap waarbinnen jonge meisjes op vroege leeftijd moeten trouwen en voor nakomelingen zorgen. Veel meisjes zijn al voor de eerste keer zwanger op vijftien- of zestienjarige leeftijd. Dit bevordert de sociale cohesie en beschermt de groep. Ook de individuele status van de meisjes wordt hierdoor bevorderd. Jong trouwen en aan kinderen beginnen is voor de Roma ook een manier om de groep te beschermen tegen de Gadjé, onze samenleving. Het is een bescherming van het gezin als instituut. De familie en familiale waarden zijn heel belangrijk bij de Roma. Er bestaan allerlei onderlinge regels die voor buitenstaanders onbekend of onbegrepen zijn. Hierbij blijft de bescherming van de familie en de groep centraal staan.

Ze hebben andere gewoontes, normen en een andere mentaliteit. Ze hebben moeilijkheden in hun relatie met de maatschappij en er is een groot wantrouwen. Veelal vertellen ze niet onmiddellijk de waarheid als bescherming. Het zijn overlevers, ze trekken hun plan en leven van dag tot dag. Ze denken minder op lange termijn.

“Dat zijn dan vijftienjarigen die zwanger willen worden, want dat is een teken van vruchtbaarheid. Als je getrouwd bent, hoe sneller dat je zwanger bent, hoe beter de status binnen de clan dat je zit.”

“Dat was een meisje van twaalf dat zwanger was en de vraag is moet je dan zeggen daar gaan we niks mee doen want we kunnen toch niets doen of moet je dan zeggen: “Wow, dit is wel heel erg jong!” ’t Kan zijn dat dat binnen die cultuur zo is en zo aanvaard wordt, maar kunnen wij dat aanvaarden?”

“Ik denk dat ze veel ontzag hebben voor een arts, nu hun dagelijkse omgang en hun gewoontes zijn natuurlijk wel iets anders.”

“Ook een probleem van mentaliteit. Aan de kant van de bevolking, de mayoritaire bevolking en aan de kant van de zigeuners. Hé, een wantrouwen dat van twee kanten komt en dat wordt onderhouden door bepaalde houdingen van Roma. De mayoritaire bevolking vindt zonder probleem redenen om tegen te zijn.”

“Het is de moeilijkheid van de relatie en ook met de dienstverlening, het wantrouwen, ze hebben schrik om er naar toe te moeten gaan (de dienstverlening, red.), als ze er naartoe gaan is het ook een vorm van bescherming, zo onmiddellijk de waarheid gaan vertellen,... Ze doen dat niet graag éh.”

“De vraag is ook een beetje van wat willen wij van waarden en normen opleggen en wat willen wij uit hun cultuur aanvaarden...”

2. MEDISCHE PROBLEMATIEK

De negen geïnterviewden formuleerden onderstaande risicofactoren en pathologie die volgens hen het meest voorkomen bij Roma. Ze worden opgesomd in de volgorde dat ze aan bod kwamen in de interviews, niet in volgorde van belangrijkheid.

- **Risicofactoren**

De levensgewoonte van Roma wordt beschouwd als lamentabel en de levenswijze als ongezond. Er is sprake van een gebrekkige hygiëne hoewel bij het onderzoek van de zwangere vrouw deze wel proper wordt bevonden. Deze gebrekkige hygiëne hangt samen met een slechte huisvesting waarbij er sprake is van ongedierte en schimmels. Hulpverleners zien ook gemakkelijker vlooien of luizen bij Roma. Ook zijn hun woonsten overbevolkt en onveilig. De voedingstoestand bij de moeder wordt gezien als eenzijdig en er is ook sprake van ondervoeding bij de moeders. Er wordt veel koffie gedronken.

Er wordt overmatig gerookt door de Roma, ook als ze zwanger zijn en in het bijzijn van kinderen in gesloten ruimten waardoor deze passief meeroken. Dit roken komt in alle interviews terug waardoor het als een belangrijk probleem beschouwd kan

worden. Ook wordt er gemeld dat ze de impact van de schadelijke effecten van het roken niet zien of kennen.

Bij de Roma komen regelmatig tienerzwangerschappen voor. Deze zwangerschappen vormen door louter de leeftijd een risico. Ze wachten lang om te komen bevallen, zijn juist op tijd of juist te laat en dit geeft af en toe complicaties. De lagere socio-economische status gaat gepaard met een grotere voorkans op complicaties. Ook zijn de moeders dikwijls extreem mager of extreem obees wat de bevalling niet vergemakkelijkt.

- **Pathologie**

Er is weinig tandverzorging, zeker bij de kinderen en ook overgewicht en diabetes komen regelmatig voor, zeker bij de volwassenen. Dit correleert met de eerder vermelde risicofactoren zoals eenzijdige en ongezonde maaltijden. Ook het regelmatig voorkomen van chronisch obstructief longlijden en bronchitis heeft een gekende link met het overmatig roken.

Kinderen hebben er regelmatig allerlei luchtweg- en maagdarminfecties. Deze circuleren net zoals de diarree in de gemeenschap en worden, doordat ze in kleine enclaves dicht op elkaar leven, snel overgedragen.

Veel Roma krijgen cardiale problemen vanaf de leeftijd van veertig jaar en velen hebben een graad van hypertensie.

Strabisme (scheel kijken) komt er bij de kinderen iets vaker voor dan in de meerderheidspopulatie.

Wat betreft seksueel overdraagbare aandoeningen merken het gros van de hulpverleners geen verhoogd voorkomen en wordt er niet standaard op gescreend. Er wordt melding gemaakt van kleine enclaves waardoor er weinig soa's voorkomen, hoewel er één hulpverlener meldt dat sommige jongens zich prostitueren waardoor er toch een kans is dat vrouw en kinderen ook besmet geraken.

Bij pasgeboren Roma wordt er meer melding gemaakt van prematuriteit en dysmaturiteit. De moeders hebben ook regelmatig last van hypertensie en ook infecties komen dikwijls voor.

- **Geboorteregeling**

De mentaliteit wat betreft de geboorteregeling is bij de Roma heel anders dan bij de doorsnee bevolking. Zoals eerder vermeld starten ze heel vroeg met kinderen. Zo gauw ze geslachtsrijp zijn starten ze met procreatie. Een eerste kind rond zestien, zeventien jaar is geen uitzondering. Ze starten vroeg en krijgen veel kinderen op korte tijd. Dit wordt gezien als een mogelijkheid om te overleven. Ze zijn sterk gebonden aan familiale waarden en veel kinderen hebben is een rijkdom voor de mannen. Geen kinderen hebben is oneer. Er is amper geboorteregeling en contraceptie is een heel moeilijk thema, het is een vorm van taboe. De vrouwen vragen dikwijls verdoken om contraceptie of ze laten andere vrouwen de pil halen. De mannen mogen het niet weten.

3. SUGGESTIES VOOR EEN BETER BELEID

De volgende suggesties worden gegeven door de hulpverleners en zijn gebaseerd op hun ervaring.

Er is nood aan een hulpverlener met kennis van de culturele achtergrond en de taal die laagdrempelig werkt en vertrouwen kan winnen. Er zou een mogelijkheid tot bijscholing moeten komen zowel wat betreft cultuur en taal als het medische aspect. Deze bijscholing zou interprofessioneel overkoepelend moeten zijn en toegankelijk voor zowel artsen als verpleging en sociaal assistenten. Dit naar Nederlands model waar dit soort opleiding bestaat.

“Wel, wij weten er eigenlijk heel weinig over die mensen.”

“Het zijn goede mensen want veel collega’s hebben er een beetje angst voor, lieve mensen maar beperkt; dat zijn wij niet meer gewoon als arts, zeker niet in een urbaan midden zoals Mortsel.”

“Ik heb een zus die ook in Nederland ooit een opleiding deed, heeft gevolgd en daar leiden ze de hulpverleners op rond de verschillende culturen.”

Het bestaan van gezinsondersteuners of intercultureel bemiddelaars zoals ze bestaan voor Turkse en Marokkaanse gezinnen zou uitgebreid moeten worden naar de Roma-families.

Groepsconsultaties worden gesuggereerd om aan preventie te doen. Hierbij moet er gezocht worden naar een contactpersoon binnen de gemeenschap die het laagdrempelig werken bevordert.

De familie is een heel belangrijk element in de Romagemeenschap. Daarom is het interessant om bij de voorlichting- en preventiecampagnes de moeder en/of de zus te betrekken. Deze verwanten hebben dikwijls een grotere invloed op de jonge moeders dan de geconsulteerde arts.

“Van een Romafamilie weet ik het niet goed, ik weet bijvoorbeeld wel van Marokkaanse vrouwen, daar zet ge gemakkelijk veel vrouwen bijeen. Een theekransje, dat is bijvoorbeeld een ingangspoort, dan moet ge gewoon zorgen dat ge iemand in de groep hebt en dat ge daar informatie aan kunt geven.”

Er is een lacune wat betreft het wetenschappelijk onderzoek naar pathologie bij de Roma. De dossiers van de prenatale consultaties bieden een schat aan kostbare informatie. Deze informatie gaat nu verloren. Verder onderzoek zou zich hierop kunnen toespitsen.

De gratis melkbedeling aan geselecteerde gezinnen die oorspronkelijk door de prenatale steunpunten van Kind en Gezin werd verzorgd zou een goed aanknopingspunt kunnen zijn om deze gezinnen te bereiken in het kader van een geboortebeperingcampagne.

“We hebben hier iemand da ge zegt die komt alleen maar voor de melk, en dan is ze weg voor dat ze bij de dokter wilt komen. ’t is zowat zaken doen hé met die mensen.”

Het rookgedrag is een groot probleem dat door alle geïnterviewden erkend wordt. Sensibilisatie- en preventiecampagnes wat betreft deze problematiek dringen zich op aangezien de doelgroep de impact van de schadelijke effecten van dit roken niet zien.

“Andere preventie daar bedoel ik mee, wat eigenlijk heel nodig is, is hun houding, hun rookgedrag, dat is weinig bespreekbaar.”

De lage scholingsgraad en het analfabetisme blijven struikelblokken op verschillende vlakken. Het geven van instructies, het correct opvolgen van de administratie en vele andere zaken zouden vergemakkelijkt kunnen worden moest de gemiddelde Roma

een beter begrip hebben van de taal. Het analfabetisme bestrijden heeft natuurlijk ook een positief effect op de complete integratie van deze bevolkingsgroep.

“Dus die kunnen hun documenten niet lezen he . Dat wilt dan zeggen dat correspondentie naar hen toe ook zeer lamentabel verloopt.”

“Het erg stimuleren van het analfabetisme te bestrijden dat zou toch al een punt zijn.”

4. OPTIMISME EN RELATIVERING

De situatie is beetje bij beetje aan het veranderen en veel hulpverleners merken een evolutie over de laatste vijftien jaar. De kleine dingen gaan nu beter en de meeste van de hulpverleners merken een vooruitgang in attitude op. Er heerst een voorzichtig optimisme bij de geïnterviewden en de meesten zien de gedragsverandering gestaag beteren.

Het is gevaarlijk om te veralgemenen. Zo zijn er evengoed Roma die vooruit willen en zich integreren in de maatschappij als Roma die hun ganse leven in de gesloten mentaliteit blijven leven.

V. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

KNELPUNTEN EN OBSTAKELS:

In de literatuur wordt een directe discriminatie door hulpverleners aangehaald als een oorzaak voor een verminderde toegang tot de gezondheidszorg [16]. Daarom heeft dit onderzoek een interessante invalshoek: de situatie wordt nu volledig bekeken vanuit de kant van de hulpverleners.

Vooraf de cultuur- en mentaliteitsverschillen zijn erg bepalend voor de patiëntencontacten en de problemen die er kunnen ontstaan. De communicatie en de misverstanden die hier rond bestaan zorgen ook voor de nodige wrijvingen.

In de citaten over structuur en administratie blijkt heel wat “mentaliteitswrevel”. Uit de interviews komt er ook wat ergernis naar boven over de verschillen in mentaliteit. Het punt van de “directe en indirecte discriminatie” is dan ook te begrijpen aangezien de Roma op veel onbegrip stuiten bij verschillende instanties door de verschillen in mentaliteit. Dit levert, ondanks de goede bedoelingen van de hulpverlener toch wat moeilijkheden op.

De problemen rond administratie hangen hoogst waarschijnlijk samen met het opleidingsniveau van de vrouwen. Dat komt in de literatuur erg naar voor als sterk determinerende factor [18]. Ook uit de interviews valt een gebrek aan kennis van administratie en structuren af te leiden. Concluderend kunnen we stellen dat de opleiding en begeleiding van de zwangere Romavrouw een belangrijke factor is om een verbetering te krijgen van de zwangerschapsresultaten.

Er is een taalprobleem en de rol van kinderen als tolk zorgt ook voor de nodige obstakels. Zeker gezien de nodige problematiek zoals eerder vermeld mentaliteitsverschil en bij beladen thema's (zoals bijvoorbeeld anticonceptie).

Het wantrouwen in onze maatschappij en dus ook de “tegenwerking”, misschien uit angst, draagt sterk bij aan het mentaliteitsverschil. *“Ze hebben moeilijkheden in hun relatie met de maatschappij en er is een groot wantrouwen. Veelal vertellen ze niet*

onmiddellijk de waarheid als bescherming.” Opties om dit wantrouwen weg te nemen moeten verder verkend worden.

MEDISCHE PROBLEMATIEK

De Bulgaarse studie [11] wordt bevestigd. Ook hier hebben de hulpverleners de indruk dat de Romavrouw veel sneller zwanger is. Ook contraceptie wordt weinig gebruikt. Velen wijten dit aan hun cultuur. Er is slechts één keer melding gemaakt van een abortus maar van illegale abortussen had geen enkele hulpverlener weet.

Ook de Hongaarse resultaten [12] worden bevestigd: Een verhoogd voorkomen van prematuriteit en meer dysmaturiteit worden vermeld.

Door onze geïnterviewde hulpverleners worden enkel belangrijke risicofactoren sterk aangehaald als beïnvloedende factoren voor deze “slechtere gezondheid” . Deze worden in de literatuur ook vermeld [12] en worden sterk gelinkt aan socio-economische factoren zoals slechte behuizing en gezondheidseducatie. Er wordt melding gemaakt van een verminderde impact van preventieve zorg. Dit zou nog uitgebouwd kunnen worden.

Dit onderzoek heeft enkele sterke, maar ook enkele zwakke punten. Zo geeft het een eerste, duidelijk beeld van de relatie hulpverlener - Roma en brengt het de obstakels in de hulpverlening naar boven. Alhoewel er enkele resultaten naar voor komen blijft het echter een kwalitatief verkennend onderzoek en heeft het geen statistische waarde. Ook zou een ervaren interviewer meer en genuanceerdere informatie uit de gesprekken kunnen krijgen.

Concluderend wil ik graag het citaat van een arts vermelden dat de relatie hulpverlener – Roma weerspiegelt:

“De vraag is ook een beetje van wat willen wij van waarden en normen opleggen en wat willen wij uit hun cultuur aanvaarden...”

VI. REFERENTIES

1. Maso, I., *Kwalitatief onderzoek*. 1987: Boom.
2. http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=*WETWIN&n=3290.
3. <http://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2008-2009/g2154-4.pdf>.
4. [http://www.kruispuntmi.be/uploadedFiles/VMC/Thema/Woonwagenterreinen/WonenOpWielen2010\(1\).pdf](http://www.kruispuntmi.be/uploadedFiles/VMC/Thema/Woonwagenterreinen/WonenOpWielen2010(1).pdf).
5. *Roma in Vlaanderen, knelpunten en aanbevelingen*. 2010, VMC.
6. Ringold D, O.M., and E Wilkens, *Roma in an Expanding Europe: Breaking the Poverty Cycle* 2003, World Bank: Washington D.C.
7. *The Roma in Central and Eastern Europe, Avoiding the dependency Trap*. 2002, United Nations Development Program: Bratislava.
8. *Avoiding the Dependency Trap: The Roma Human Development Report*. 2003, United Nations Development Program.
9. *De Roma van Brussel*. 2006, Foyer: Brussel.
10. Semerdjieva, M., N. Mateva, and I. Dimitrov, *Sexual culture of gypsy population*. Folia Med (Plovdiv), 1998. **40**(3B Suppl 3): p. 72-5.
11. Porozhanova, V. and M. Boiadzhieva, *[Social psychological studies of pregnant adolescents]*. Akush Ginekol (Sofia), 1995. **34**(3): p. 9-12.
12. Joubert, K., *Size at birth and some sociodemographic factors in gypsies in Hungary*. J Biosoc Sci, 1991. **23**(1): p. 39-47.
13. Bobak, M., et al., *Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study*. BMC Public Health, 2005. **5**: p. 106.
14. Martinez-Frias, M.L. and E. Bermejo, *Prevalence of congenital anomaly syndromes in a Spanish gypsy population*. J Med Genet, 1992. **29**(7): p. 483-6.
15. Hajioff, S. and M. McKee, *The health of the Roma people: a review of the published literature*. J Epidemiol Community Health, 2000. **54**(11): p. 864-9.
16. ERRC, *Ambulance Not on the Way* 2006: Budapest. p. 33-34.
17. Schaaf, M., *Confronting a Hidden Disease, TB in Roma Communities* 2007, Open Society Institute. p. 13.

18. Surdu, *Broadening the Agenda: The Status of Romani Women in Romania*. 2006, Open Society Institute: Budapest. p. 57-58.
19. Zeman, C.L., D.E. Depken, and D.S. Senchina, *Roma health issues: a review of the literature and discussion*. *Ethn Health*, 2003. **8**(3): p. 223-49.