Master na Master Jeugdgezondheidszorg

Academiejaar 2017-2018

Samenwerken met kansarme gezinnen rond psychosociale problemen, een kwalitatief onderzoek bij de CLB medewerkers in Ronse.

Dr. Linde Gevaert

Promotor: Prof. Dr. A. Jansen

Co-Promotor: Dr. K. Van Hoeck

Inhoudstafel

Voorwoord

1. Inleiding…….……8

2. Literatuurstudie……..…….…….....10

2.1 Vraagstelling 9

2.2 Opzoekmethode artikels 9

2.3 Theoretische achtergrond 11

2.2.1. Definitie kansarmoede 11

2.2.2. Prevalentie 11

2.2.3. Gevolgen van kansarmoede 14

2.2.3.1. School 15

2.2.3.2. Gezondheid 15

2.2.3.3. Kansarmoede en sociale uitsluiting 16

2.2.3.4. Sociaal-emotionele ontwikkeling 17

2.2.4. Hulpverlening bij gezinnen in kansarmoede 17

2.2.4.1. Opdracht van het CLB 18

2.2.4.2. Waar loopt het mis: de missing link 19

2.2.4.3. Aandachtspunten in de hulpverlening 20

2.2.5. Psychosociale problemen en kansarmoede 21

2.2.5.1. Definitie van psychosociale problemen 21

2.2.5.2. Prevalentie van psychosociale problemen 21

2.2.5.3. Risicofactoren en beschermende factoren 22

2.2.5.4. Preventie en promotie van geestelijke gezondheid 23

2.2.5.5. Hulpverlening bij psychosociale problemen 25

2.2.6. Besluit: Kansarmoede en psychosociale problemen 26

3. Kwalitatief onderzoek…….29

3.1 Methode 27

3.2 Verwerking van de gegevens 29

3.3 Resultaten van de tekstanalyse 30

3.3.1. Definitie van kansarmoede 30

3.3.2. Contact met het CLB 32

3.3.3. Contact met de school 34

3.3.4. Knelpunten 35

3.3.5. Oplossingen 36

3.3.6. Netwerkpartners kansarmoede 38

3.3.7. Psychosociale problemen 38

3.3.8. Competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) 41

3.3.9. Health Literacy 43

3.4 Discussie 45

4. Conclusie en aanbevelingen 50

Samenvatting 52

Referenties 53

Bijlagen 56

Voorwoord

Met gemengde gevoelens ben ik aan dit project begonnen, een laatste beproeving van de opleiding tot Jeugdarts, die nu voor het vierde jaar op rij gecombineerd wordt met werken, een gezin met 3 kinderen en een zware verbouwing. Mijn motivatie groeide door een onderwerp te kiezen dat binnen mijn werkgebied heel veel aandacht vraagt, kansarmoede, in combinatie met een met de paplepel ingegeven interesse voor psychosociale problemen. De idee dat er mogelijks resultaten zouden uit voortvloeien, zinvol voor alle collega's, vormde een extra drijfveer.

Het betekende inderdaad een zeer grote tijdinvestering. Echter, de literatuurstudie was bijzonder boeiend, het modereren van de gesprekken vormde een nieuwe en leerrijke ervaring en het woord-voor-woord uittypen verhoogde mijn 'motor skills'. De analyse nadien was vrij evident na reeds 3 keer volledig door de tekst te zijn gegaan.

Ik wil graag enkele personen bedanken wiens inbreng essentieel was:

Bedankt aan Professor Janssen die mij in het prille begin sterk motiveerde om er een studie van te maken die vooral nuttig zou zijn in mijn eigen werkveld, bij wie ik terecht kon met vragen en die mij verwees naar Stefanie Vanclooster voor enkele tips rond de verwerking van de onderzoeksgegevens. Bedankt Stefanie. Bedankt aan Dr. Katelijne Van Hoeck, mijn co-promotor, die ondanks haar drukke agenda, zéér enthousiast meedacht bij het verfijnen van mijn onderzoeksvraag en mij zeer goed op weg hielp met de focusgroespgesprekken. Bedankt ook aan alle collega's die hun kostbare tijd wilden investeren in het deelnemen aan de gesprekken en aan de kwaliteitscoördinator die zelf voorstelde om deze op team-momenten te laten doorgaan.

Mijn bijzondere dank gaat uit naar mijn familie die regelmatig mijn 3 kindjes opving, zodat ik in alle rust hieraan kon werken.

1. Inleiding

De medewerkers van het CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen die werken voor de scholen van Ronse ondervinden grote moeilijkheden in de samenwerking met veel ouders die in kansarmoede leven. Ze zijn moeilijk bereikbaar, verwijzingen worden niet goed opgevolgd, adviezen worden weinig gevolgd. Er zijn steeds heel grote inspanningen nodig, terwijl men nadien toch nog het gevoel heeft dat deze weinig opgeleverd hebben.

Enkele jaren geleden werd hierrond reeds gewerkt in ons CLB naar aanleiding van een knelpuntenanalyse met betrekking tot de begeleiding van maatschappelijk kwetsbare gezinnen (2011-2012). Er werd een werkgroep kansenbevordering opgericht die een visietekst uitwerkte.

Deze geeft een goed beeld van de algemene houding van het CLB ten overstaande van kansarme gezinnen (respectvolle benadering, belang van motiverend en aanklampend werken). Hoewel de tekst ook aanbevelingen bevat naar de werking van de school toe, zijn deze eerder vaag geformuleerd en is het aantal praktische tips voor CLB-medewerkers zeer beperkt.

In 2017 bracht de VWVJ (Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg) het rapport uit: “Kwalitatief onderzoek naar de (na)zorg aan kansarme leerlingen en hun ouders, volgend op de systematische contactmomenten in het CLB”. Dit geeft een zeer goed beeld van de nazorg rond de verwijzingen voor visus, gehoorproblemen, tandzorg en gewicht, en formuleert ook aanbevelingen. Er werd tijdens de groepsgesprekken echter bijna niet gesproken over de nazorg van psychosociale problemen.

Deze masterproef wil als aanvulling op dit rapport specifiek onderzoeken hoe de zorg verloopt bij *psychosociale* problemen bij leerlingen uit kansarme gezinnen, zowel de opvolging door het multidisciplinair team van het CLB als de verwijzing naar externe hulpverlening. We willen ook nagaan welke knelpunten de CLB-medewerkers ondervinden in de samenwerking met gezinnen in kansarmoede en welke positieve ervaringen zij hebben. We willen te weten komen in welke mate er in de aanpak rekening gehouden wordt met de factor kansarmoede en op welke manier.

Hiertoe wordt eerst een *literatuurstudie* uitgevoerd om achtergrondinformatie te bekomen rond de impact van kansarmoede op het leven van een kind/jongere en op de hulpverlening. Vervolgens bekijken we literatuur rond geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren. We gaan na wat de risico- en beschermende factoren zijn en wat de implicaties

hiervan zijn voor preventie, promotie en interventie. Aansluitend wordt de link tussen kansarmoede en psychosociale problemen gelegd en de rol van het CLB toegelicht.

In een *kwalitatief onderzoek* wordt nadien via semigestructureerde interviews nagegaan hoe de hulpverlening verloopt bij psychosociale problemen bij kinderen/jongeren die in kansarmoede opgroeien. Hiertoe worden focusgroepsgesprekken georganiseerd bij de CLB medewerkers van het CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen. Wij willen van hen graag te weten komen welke knelpunten zij ervaren en welke strategieën zij toepassen om de zorg bij deze doelgroep effectiever te laten verlopen.

Het doel is om hieruit aanbevelingen te kunnen formuleren, 'good practices' die in het CLB aanleiding geven tot een betere opvolging van psychosociale problemen bij kinderen/ jongeren die in kansarmoede opgroeien. Deze zullen teruggekoppeld worden naar alle medewerkers op een personeelsvergadering, evenals enkele belangrijke data uit de literatuurstudie. Wij proberen op die manier ons steentje bij te dragen in het doorbreken van de vicieuze cirkel kansarmoede-geestelijke gezondheidsproblemen.

2. Literatuurstudie

2.1 Vraagstelling

Eerst definiëren we het begrip kansarmoede aan de hand van de beschikbare literatuur en bespreken we de laatste prevalentiecijfers. Daarna gaan we na welke impact kansarmoede heeft op de ontwikkeling van kinderen en in het bijzonder op de mentale gezondheid. We onderzoeken waarmee hulpverleners rekening moeten houden in de samenwerking met kansarme gezinnen om tot een effectieve zorg te komen. Vervolgens gaan we na hoe het gesteld is met de geestelijke gezondheid van kinderen. We bekijken de risicofactoren en beschermende factoren en de aanbevelingen voor preventie, promotie en interventie. Hierin wordt telkens de rol van het CLB in het achterhoofd gehouden, de implicaties voor onze hulpverlening en hoe wij kunnen bijdragen in het verkleinen van de sociale ongelijkheid.

2.2 Opzoekmethode artikels

Bij het opzoeken van relevante artikels werd gestart met het zoeken naar '*Guidelines*' of 'quaternaire bronnen', nadien werden 'tertiare bronnen' bekeken en dan werd *Pubmed* doorzocht als 'secundaire bron'. Hiervoor werden volgende zoektermen gebruikt: "health promotion", "preventive health care", "school health care", "health promotion", "psychosocial problems", "mental health", "behavioral problems", "emotional problems", "compliance", "diasadvantage(d backgrounds)", "poverty", "Referral". Telkens werden eerst alle titels overlopen, bij een interessante titel werd het abstract nagelezen op relevantie en indien zinvol werd de volledige tekst opgezocht. Dit leverde zeer weinig artikels op die iets met het onderwerp te maken hadden (amper 3); bij de ander artikels werd of één specifieke medische aandoening besproken of was het doelpubliek niet aangepast. Van de 3 artikels die konden weerhouden worden, bleek na het lezen van de volledige tekst, dat er één een meerwaarde bood doordat er specifiek ingegaan werd op zorg via de school, terwijl de andere 2 te specifiek waren voor het gezondheidszorgsysteem in Australië en de UK. *(zie figuur 1)*

Vervolgens werd er gezocht op gekende websites van belang voor de jeugdgezondheidzorg of gekend rond het thema kansarmoede: de VWVJ (Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg), de NCJ (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid), het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), Kind en Gezin, Armoede De Link. Hier werden 9 relevante artikels gevonden en een boek. Het oudste artikel dateerde van 2008 en het boek rond ervaringsdeskundigen in de armoede dateert van 2005.

Figuur 1: Opzoekmethode artikels: Quaternaire-tertiaire-secundaire bronnen

1. **Quaternaire bronnen: GUIDELINES**
   www.guidelines.gov: “poverty”: 8 : geen artikels die verband hadden met deze thesis, “disadvantage and child”: 40: geen relevante artikels,
   www.domusmedica.be: geen richtlijnen rond dit thema
   www.nhg.nl: geen richtlijnen rond dit thema

2. **Tertiare bronnen**
   ACPJC: geen relevante artikels

3. **Secundaire bronnen: www.ncbi.nlm.nih.gov /pubmed**

- (disadvantage[Title/Abstract]) AND "health promoting"[Title/Abstract] 0
- (disadvantage[Title/Abstract]) AND "school health") 12: niet relevant
- (disadvantage[Title/Abstract]) AND "preventive health"): 29: 1 relevant artikel
- ("poverty"[Title/Abstract]) AND compliance[Title/Abstract] 158, om deze zoekopdracht te verfijnen, werd “psychosocial problems” toegevoegd
- ((((poverty)[Title/Abstract] OR disadvantage)[Title/Abstract] OR "disadvantaged backgrounds"[Title/Abstract])) AND ((((“mental health"[Title/Abstract]) OR behavior[Title/Abstract]) OR "psycho educational"[Title/Abstract]) OR "emotional"[Title/Abstract]): 28, 2 artikels geselecteerd, geen weerhouden
- ("referral"[Title/Abstract]) AND disadvantage[Title/Abstract]): 158: geen relevante artikels

Er werd ook gezocht via *Google Schoolar* aangezien het om een heel algemeen thema gaat, waarvan we ook beleidsnota’s verwachtten te vinden. Er werd gezocht met volgende zoektermen: “kansarmoede”, “armoede”, “psychosociale problemen”, “ontwikkeling”, “kinderen/jongeren”, “geestelijke gezondheid(szorg)”. Zo werden er nog 8 teksten gevonden.

Uit de referenties van alle bovenstaande publicaties werden nog een aantal artikels ter verdieping geraadpleegd. Het viel op dat uiteindelijk heel vaak dezelfde titels terugkwamen in de referentielijsten, zodat er besloten kon worden dat de belangrijkste bronnen geraadpleegd waren.

Op de Share-point van het CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen werd de ‘Visie Kansarmoede’ opgezocht, de cijfers van de CLB foto van 2017 en de Databundel leerlingenkenmerken van Edulex van 2017. De cijfergegevens van het LOP Ronse werden opgevraagd bij het LOP.

2.3 Theoretische achtergrond

2.2.1. Definitie kansarmoede

Kind en Gezin definieert kansarmoede als volgt: “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.” [1]

Zij evalueren signalen van kansarmoede bij elk gezin telkens op 6 domeinen: 1/ maandinkomen van het gezin, 2/ opleiding van de ouders, 3/ stimulatieniveau van de kinderen, 4/ arbeidssituatie van de ouders, 5/ huisvesting, 6/ gezondheid. Er wordt van kinderen in kansarmoede gesproken wanneer een gezin zwak scoort op 3 of meer criteria. Hieruit wordt jaarlijks de kansarmoede-index berekend. Het criterium ‘maandinkomen’ hoeft dus niet aanwezig te zijn om te voldoen aan de definitie. [1]

In de publicaties van vzw De Link, die samenwerkt met ervaringsdeskundigen om de strijd tegen armoede aan te gaan, ligt de nadruk op de ‘*sociale uitsluiting’*, die ‘*de armen scheidt van algemeen aanvaarde leefpatronen in de samenleving’*. Dit wordt verder uitgebreider besproken.[2] Ook in het Europees Anti Poverty Network (EAPN) wordt de multi-dimensionaliteit van armoede benadrukt. In de definitie van de EAPN en Eurochild in de ‘Child Poverty Explaner’ wordt, naast boven vernoemde factoren, de negatieve invloed beschreven op het fysiek en emotioneel welzijn en op de ontwikkeling van het kind in armoede. Immers: ‘Dit kind wordt vaak uitgesloten van sociale, sportieve, recreatieve en culturele activiteiten. Bovendien kan de toegang tot fundamentele rechten beperkt zijn; het kind kan discriminatie en stigmatisering ervaren en zijn/haar stem kan niet worden gehoord’.[3]

2.2.2. Prevalentie

Ondanks de stijgende welvaart van de laatste decennia, blijft de kinderarmoede in Vlaanderen toenemen, evenals de ongelijkheid.[4]

Omwille van het verschil in definitie dat gebruikt wordt wanneer men spreekt over kansarmoede (vaak gaat het over armoede), verschillen ook de cijfers die men in de literatuur terugvindt. Wanneer we vergelijken binnen Europa, dan zien we een armoederisico in België van 18.8%, versus 9.2% in Denemarken (laagst) en 39.4% in Roemenië (hoogst). De Kansarmoede-index van Kind en Gezin bedraagt in *Vlaanderen* 12% in 2015. Sinds 2005 (6.5%) echter zien we de index stelselmatig stijgen en we zien dat de stijging groter is in de steden dan in de kleine gemeenten.[1]

Wanneer we een opsplitsing maken per *origine van de moeder*, dan zien we dat dit 33.2% bedraagt bij moeders van niet-Belgische origine versus 5.5% bij moeders van Belgische origine. [1] Het armoederisicopercentage is bij leden van *éénoudergezinnen* 35.3%, wat 4 à 5 keer hoger is dan bij leden uit een gezin met 2 volwassenen en 1 à 2 kinderen. Het aantal alleenstaande ouders is de laatste jaren sterk toegenomen en ook het aantal alleenstaande moeders van allochtone origine neemt toe. Bij grote gezinnen met 3 of meer kinderen is het armoederisico ook groter. [4]

Cijfergegevens van Ronse versus enkele referentiesteden in Oost-Vlaanderen

Hiervoor maken we gebruik van de laatste cijfers van de omgevingsanalyse van het LOP Ronse (Lokaal Overleg Platform gelijke onderwijskansen) die dateren van 2014.[5]

Ronse is een stad in Oost-Vlaanderen in het zuidwesten van de Vlaamse Ardennen tegen de taalgrens. Het is een faciliteitengemeente. Samen met Kluisbergen vormt Ronse de zorgregio 'Ronse'. Op 1 januari 2014 telde de stad 25.667 inwoners. Ronse heeft een relatief hoge bevolkingsdichtheid (743.97 inwoners per km2), de zevende hoogste van Oost-Vlaanderen. Het aantal inwoners groeide de laatste 10 jaar vrij gelijkmatig, maar de bevolkingsprognose toont wel een snellere bevolkingstoename dan in de meeste andere Oost-Vlaamse gemeenten; dit is het meest uitgesproken voor de leeftijdsgroep 6-11 jarigen. De groep kinderen en jongeren is, naar verhouding, groter dan gemiddeld in Oost-Vlaanderen. Ook de groep nieuwkomers is relatief groter dan in de meeste Oost-Vlaamse gemeenten, maar is toch nog vrij beperkt (4.68 per 1000 inwoners). Het gaat voor een groot deel om gezinsherenigers (41% vs 25 % in Vlaanderen) en arbeidsmigranten (28%). Het aandeel niet-Belgen naar geboorte is de tweede hoogste van alle Oost-Vlaamse gemeenten: bijna 19% van de inwoners, voornamelijk Marokkaans van origine en in mindere mate Tunesisch en Afrikaans. Een heel groot deel woont geconcentreerd in de sectoren rond het stadscentrum, waar ook onze scholen gelegen zijn. Het aandeel niet-Belgen naar nationaliteit is de vierde hoogste in Vlaanderen (bijna 7%).[5]

Ronse heeft een grotere densiteit aan *sociale woningen* dan de referentiegemeenten (62.24 per 1000 gezinnen). De gemiddelde kostprijs van woningen en bouwgronden behoort tot de laagste van alle Oost-Vlaamse gemeenten, maar is de laatste 10 jaar even spectaculair gestegen als in de referentiegemeenten.[5]

Van alle Oost-Vlaamse gemeenten heeft Ronse gemiddeld de *laagste netto belastbare inkomens*, de *hoogste werkloosheidsgraad* (11.9% vs 6.6% in Oost-Vlaanderen) en de *laagste werkzaamheidsgraad* (59.29% vs 67.57% Oost-Vlaanderen). Het verschil met het gemiddelde in Oost-Vlaanderen is nog meer uitgesproken bij vrouwen.[5]

Het is niet eenvoudig om vanuit de literatuur een zicht te krijgen op het aantal gezinnen dat in kansarmoede leeft, aangezien er veel verschillen zijn tussen de gebruikte definitie en onderzoeksmethoden. Bovendien gaat het vaak eerder over armoede dan over kansarmoede. Het LOP baseerde zich op de studie “Kinderen in armoede. Lokale verschillen” van het Steunpunt Sociale Planning van de Provincie Antwerpen, die tot 4 indicatoren kwam.

Een *eerste indicator* betreft het percentage kinderen uit gezinnen met een *laag inkomen*. Dit betreft de kinderen uit een gezin met een inkomen onder de grens voor verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering. In Ronse gaat dit om 25.46% van alle 0-19 jarigen, terwijl dit in Oost-Vlaanderen gemiddeld 10.31% is.[5]

Een *tweede indicator* is het *aantal geboortes in kansarme gezinnen, volgens de definitie van Kind en Gezin* (zie eerder). Zij hanteren gemiddelden over meerdere jaren om sterke schommelingen door de wet van de kleine getallen (jaren met een klein aantal geboorten) te vermijden en komen zo tot een cijfer van 22.8% van de geboorten (2016), terwijl dit in Oost-Vlaanderen gemiddeld 9.63 % is. In een aantal sectoren in het centrum van Ronse loopt dit cijfer op tot 35 à 40%. [5] Wanneer een opsplitsing wordt gemaakt volgens origine van de moeder, dan bekomt men 36.8% voor een gezin met een niet-Belgische moeder versus 13.6% voor een gezin met een Belgische moeder. De verdeling van de risicofactoren ziet er als volgt uit: inkomen (87.1%), arbeid (81.6%), opleiding (83.4%), huisvesting (55.2%), stimulatie (24.8%), gezondheid (29.0%). [6]

Ten derde wordt de *onderwijs kansarmoede-indicator (OKI)* gebruikt van het Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming. Deze wordt berekend als het aantal risicokenmerken met betrekking tot de sociale achtergrond (SES-kenmerken) waarop een leerling scoort (tussen 0 en 4): 1/ gezinstaal niet Nederlands, 2/ diploma moeder is maximaal lager secundair, 3/ de leerling woont in een buurt met veel leerlingen met minimum 2 jaar schoolse vertraging, 4/ de leerling komt in aanmerking voor een schooltoelage en heeft deze aangevraagd. De OKI van Ronse ligt voor kleuters op 1.85 en is iets lager voor basis (1.78) en secundair onderwijs (1.63), terwijl het Vlaamse gemiddelde 0.85 is. [5]

Als vierde en laatste indicator beschouwt men de *niet-werkende werkzoekende jongvolwassenen (18-24j) met lage scholing*. In Ronse is dit 8.16% van alle 18-24 jarigen, opnieuw het hoogste van alle referentiegemeenten en ongeveer dubbel zo hoog als gemiddeld in Oost-Vlaanderen. [5]

Als besluit kunnen we stellen dat Ronse op alle vlakken veel slechter scoort dan het Oost-Vlaamse gemiddelde en dat kansarmoede bij kinderen meer dan dubbel zoveel voorkomt.

Cijfergegevens van onze scholen

Bij het bespreken van de cijfergegevens van onze scholen, werken we met de OKI. Het cijfer geeft dus het gemiddeld aantal risicokenmerken weer waarvoor de desbetreffende leerlingen aantikken (0-4). De gemiddelde OKI van het CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen bedraagt 0.69. [7]

Kleuterschool Decroly

De OKI van de kleuterschool Decroly bedraagt 2.68. Hiervan bedraagt het aantal leerlingen dat aantikt op opleidingsniveau moeder 53% en het aantal leerlingen met een andere thuistaal bedraagt 67%. De voorbije jaren is er bovendien een enorm verloop van autochtone kleuters en kleuters uit niet-kansarme gezinnen naar andere – minder gemengde– scholen in nabij gelegen gemeenten.[7]

Basisschool Decroly

In de basisschool Decroly, gelegen in het stadscentrum, zijn 70.22% indicator leerlingen (bv thuistaal 58.31%, opleidingsniveau moeder 49.88%). Wanneer we kijken naar de cijfers voor schoolse achterstand, dan zien we dat 39% van de leerlingen die de basisschool verlaten reeds 1 of 2 jaar schoolse achterstand heeft, terwijl dit gemiddeld in CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen 13% bedraagt.[7]

Koninklijk Atheneum – Instituut voor Paramedische Beroepen, Campus Da Vinci

Wanneer we de cijfergegevens bekijken van de leerlingen van het Koninklijk Atheneum (eveneens nabij centrum Ronse), dan zien we dat deze voor alle kenmerken slechter scoren dan het gemiddelde in de gemeente Ronse. De OKI bedraagt 2.29. Als voorbeeld geven we de cijfers van de eerste graad: gemiddelde OKI 2.23 vs 1.53, aantikkers gezinstaal 42.8% versus 28.4%, aantikkers opleidingsniveau moeder 55.8% versus 31.4%, aantikkers buurt 67.4% versus 53.4% en aantikkers schooltoelage 57.2% vs 39.7%. Bovendien stijgt dit cijfer nog sterk wanneer er een onderscheid gemaakt wordt naar ASO versus BSO en TSO. De schoolse achterstand loopt op het einde van het secundair onderwijs op tot 2/3 van alle leerlingen (versus 1/4 gemiddeld voor alle scholen van ons CLB). [7]

2.2.3. Gevolgen van kansarmoede

De negatieve gevolgen voor de toekomst zijn ernstiger naarmate de armoede zwaarder is tijdens de eerste levensjaren van een kind en strekt zich uit over verschillende domeinen. We bespreken enkele: ontwikkeling en schoolloopbaan, gezondheid, sociale uitsluiting, sociaal-emotioneel welbevinden. [8-9]

2.2.3.1. School

Kansarmoede heeft gevolgen voor de ontwikkeling en schoolcarrière van het kind en omgekeerd verhoogt een gebrekkige opleiding het risico op (kans-)armoede. De dagelijkse stress door het leven in armoede heeft via de verhoogde aanwezigheid van cortisol een negatieve impact op de hersenontwikkeling en bijgevolg op de cognitieve ontwikkeling. [9] De VLOR (Vlaamse Onderwijs Raad) benadrukt het belang van *kleuterparticipatie,* aangezien kinderen van laaggeschoolde of werkloze ouders, kleuters van vreemde nationaliteit en anderstalige kleuters meer kans hebben om minder of niet naar school te gaan. In de EU-doelstelling rond de bestrijding van armoede van 2010 wordt als onderwijsdoelstelling gesteld dat het percentage van *vroegtijdige schoolverlaters* teruggebracht moet worden naar 10%. [4-8]

Hoewel het de bedoeling is dat via onderwijs iedereen zijn plaats kan innemen in de maatschappij, blijkt uit onderzoek dat het Vlaamse onderwijs de sociale ongelijkheid eerder bevestigt. Het percentage *zittenblijvers* ligt, zoals gezien in onze scholen, heel wat hoger bij kinderen van een lagere sociale afkomst. Scholen in kansarme buurten hebben meer dan 40% zittenblijvers op het einde van de lagere school en meer dan 60% na het secundair onderwijs, terwijl in België gemiddeld 15% van alle kinderen minstens 1 maal blijft zitten tijdens hun schoolcarrière. [4-8-9]

2.2.3.2. Gezondheid

Hoe lager de socio-economische status en hoe lager het opleidingsniveau, hoe lager de gezonde levensverwachting, hoe meer uitstel van gezondheidszorg en hoe minder oog voor preventie. [4-9]

Kinderen en jongeren die opgroeien in kansarmoede lopen dus meer risico op gezondheids- en ontwikkelingsproblemen. Bij kinderen zien we meer luchtweginfecties, maag-darm problemen, astma en, belangrijk voor het CLB, meer cariës en onbehandelde visusstoornissen. Bij jongeren gaat het voornamelijk over ongezonde voedingsgewoonten, waaronder meer frisdrankgebruik, meer roken en alcoholmisbruik, minder tanden poetsen (meer cariës) en meer tienerzwangerschappen.[4]

In de strijd tegen armoede is het bevorderen van de algemene gezondheid erg belangrijk. Gezondere leerlingen leren beter en verwerven betere onderwijskwalificaties, waardoor de kansen op de arbeidsmarkt verhogen. Hierdoor verhoogt de kans op een betere socio-economische status en op een grotere maatschappelijke participatie. Aangezien we weten dat er bij gezinnen in financiële moeilijkheden heel snel bespaard wordt op preventie, kan de school hierin een belangrijke rol spelen. Daarom worden sinds 2007 alle scholen gestimuleerd om een gezondheidsbeleid uit te stippelen met vooral aandacht voor acties die de sociale ongelijkheid verminderen (bv fruit op school). [4]

Bovendien zien we bij ouders in kansarmoede een lagere graad van *'health literacy'*, wat betekent dat zij minder gemakkelijk informatie rond gezondheid bekomen en kunnen verwerken, zowel inhoudelijk als door een gebrek aan lees-, schrijf, luister-, reken-, en communicatie vaardigheden. [9-10] De taalbarrière vormt hierbij in Ronse vaak een extra probleem. Hiermee moet rekening gehouden worden in de hulpverlening.

2.2.3.3. Kansarmoede en sociale uitsluiting

Mensen in kansarmoede hebben onvoldoende toegang tot basisrechten, wat grote gevolgen heeft op de gevoelswereld en bijgevolg op het ontwikkelen van kennis en vaardigheden, wat uiteindelijk hun participatie in de maatschappij belemmert. De niet-arme is hiervan meestal niet op de hoogte zodat er een kloof ontstaat, 'een missing link', tussen het leven van de arme en de niet-arme. Dit proces wordt mooi beschreven in de publicaties van vzw De Link. [11-12]

De meest zichtbare, *structurele kloof* (slechtere huisvesting, werkloosheid, leven van een uitkering, negatieve ervaringen met onderwijs,…) geeft immers bij mensen in kansarmoede aanleiding tot een sterk *minderwaardigheidsgevoel* en tegelijk een enorme drang om erbij te willen horen. Enerzijds is er vanuit de maatschappij een grote druk om zich conform de norm te gedragen (bijvoorbeeld zorgen voor een net huis), maar wanneer de arme op een ander vlak conformistisch gedrag vertoont (aankoop nieuwe auto, GSM) leidt dit vaak tot veroordeling van dit gedrag vanuit de samenleving en schuldinductie. [11-12]

De problemen waarmee kansarmen van kindsbeen af geconfronteerd worden, leiden tot een *gekwetste binnenkant* en een groot schaamtegevoel. Dit kan ervoor zorgen dat ze niet meer openstaan voor positieve interacties, wat ook een goed bedoelde hulpverleningsrelatie in de weg staat. Ook experimenteren is hierdoor niet mogelijk, wat het *leren* uit ervaring belemmert. Het grote minderwaardigheidsgevoel kan er bovendien voor zorgen dat kinderen van kleins af het gevoel krijgen dat ze zelf niets kunnen en zich navenant gaan gedragen. Vaak hebben hun ouders een negatieve ervaring met school en door het algemeen wantrouwen naar de buitenwereld toe houden ze hun kinderen sneller thuis, wat weer de *kennisopbouw* verhindert. In combinatie met een kleiner sociaal netwerk is ook de kennis van hoe de maatschappij in elkaar zit vaak heel beperkt. Aangezien zij zich daar zelf meestal niet van bewust zijn, stellen zij vandaaruit ook geen vragen. [11-12]

Puur praktisch gaat het leven in armoede er vaak chaotisch aan toe. Enerzijds doordat de dagdagelijkse problemen erg op de voorgrond staan en verhinderen dat bijvoorbeeld bepaalde afspraken kunnen doorgaan, anderzijds doordat bepaalde vaardigheden ontbreken (huishouden, gezinsadministratie, geldbeheer, bijhouden van een agenda,…) omdat deze niet werden doorgegeven door de vorige generatie en/of door een mindere scholing. [11-12]

2.2.3.4. Sociaal-emotionele ontwikkeling

Zoals hierboven beschreven, is er bijna altijd sprake van een zeer *laag zelfwaardegevoel* door de veelheid aan negatieve ervaringen. We zien dat hoe langer een gezin in armoede leeft, hoe meer de gevoelens van stress, angst, afhankelijkheid en ongelukkig zijn kunnen toenemen. **(VLOR)** Anderzijds bestaat er reeds van bij de geboorte een klimaat dat een goede sociaal-emotionele ontwikkeling belemmert. Door de enorme stress van de dagelijkse problemen wordt de *hechting* bemoeilijkt. Bovendien worden mensen die opgroeien in armoede vaker met plaatsing geconfronteerd waardoor ze als ouder geen veilige gehechtheid hebben gekend en dit dus moeilijker aan hun kinderen kunnen doorgeven. Enerzijds zorgt een veilige hechting voor een betere weerbaarheid tegen deze stressoren en voor het waarborgen van een beter welbevinden, anderzijds zorgt dit voor een omgeving waarbinnen het mogelijk is om vaardigheden aan te leren die later van belang zijn om zich op een 'aanvaardbare' manier in de maatschappij te kunnen gedragen. [11] We zien dan ook een verband tussen een onveilige gehechtheid en minder goed kunnen omgaan met leeftijdsgenoten en *(ernstige) gedragsstoornissen*, én met minder goede cognitieve vaardigheden en taalvaardigheden. [5-9] Op school worden kinderen uit armoede vaak ervaren als moeilijke kinderen, wat op zijn beurt weer leidt tot negatieve ervaringen en uitsluiting. [11]

Dit alles heeft een invloed op de persoonlijkheidsontwikkeling, het verwerven van een basisvertrouwen, het leren van zich emotioneel te uiten, gezonde relaties aan te gaan, in het gedrag als ouder later… en draagt bij tot het in stand houden van de vicieuze cirkel van de armoede. [11]

De *sterktes* die echter kunnen voortvloeien uit deze moeilijke jeugd zijn: een grote draagkracht, een grote motivatie om de eigen situatie te verbeteren, een grote solidariteit en strijdbaarheid om anderen in een vergelijkbare situatie te helpen en een enorme veerkracht om door te gaan na een tegenslag. Bovendien zijn mensen in kansarmoede vaak, door wat ze zelf allemaal meemaakten, erg goed in het aanvoelen van gevoelens en emoties van anderen en hebben ze vaak een groot gevoel voor humor. Deze eigenschappen kunnen aangewend worden in een positieve hulpverlenersrelatie. [11]

2.2.4. Hulpverlening bij gezinnen in kansarmoede

Hoe vroeger men bijvoorbeeld gezinsondersteunende programma's installeert voor ouders en kinderen in armoede en sociale uitsluiting, hoe meer effect die hebben. In Vlaanderen werd daarom beslist om de preventieve gezinsondersteuning te versterken, onder andere via de prenatale zorg van de Huizen van het Kind. Bovendien werd het aanbod van de CKG's (Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning) uitgebreid, voornamelijk naar kleine kinderen in crisis- of risicosituaties toe om de aldus deze gezinnen vroegtijdig te kunnen

ondersteunen. Ook de Steunpunten Opvoedingsondersteuning zijn voor kinderen van 3 tot 18 jaar een erg belangrijke partner. [8-9]

Het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding benadrukt het belang van een beleid dat gericht is op empowerment, een goede gezondheid en vermaatschappelijking. Bovendien is een geïntegreerd sociaal beleid belangrijk via integratie van de OCMW's in de gemeenten. [13]

2.2.4.1. Opdracht van het CLB

In de decretaal omschreven opdracht van het CLB wordt benadrukt dat er bijzondere aandacht moet zijn voor maatschappelijk kwetsbare leerlingen: *Art. .6 8° "heeft het centrum bijzondere aandacht voor bepaalde opdrachten in bepaalde groepen en voor de leerlingen die door hun sociale achtergrond bedreigd worden in hun ontwikkeling en in hun leerproces;"*.[15]

Ook in Art. 22. wordt dit bij de strategische doelstellingen nogmaals herhaald *"Het centrum begeleidt prioritair en intensief die leerlingen die in hun ontwikkeling en leerproces bedreigd worden. Het centrum besteedt daarbij bijzondere aandacht aan die leerlingen die door hun sociale achtergrond en leefsituatie leer bedreigd zijn."*.[15]

In de standaarden voor goede praktijkvoering voor de CLB's wordt hier in bepaalde thema's specifiek op ingegaan. Zo is in de standaard Mondgezondheid kansarmoede een expliciete indicatie voor een mondonderzoek bij elk medisch consult, terwijl dit anders beperkt is tot de eerste en tweede kleuters en op indicatie. In de standaard *Gewicht* is (kans)armoede een risicofactor die aanleiding geeft tot sneller verwijzen en in de standaarden *Visus* en *Vaccinatie* wordt aangeraden om zeer aanklampend te werken bij kinderen in kansarmoede.[14]

Bovendien is het de taak van het CLB om de scholen te ondersteunen in hun beleid rond prioritaire doelgroepen, voorzien in het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR): Art. 18. *"Om de strategische doelstellingen te realiseren, biedt elk centrum aan de scholen waarmee het een beleidscontract of een beleidsplan heeft afgesloten, ondersteuning aan die betrekking heeft op : 1° informatieverstrekking als vermeld in art. 16 van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding; 2° de draaischijffunctie van het centrum tussen de school en een aanwijsbaar netwerk; 3° participatie in overleg met betrekking tot leerlingenbegeleiding of zorgbeleid, georganiseerd door de school; 4° participatie aan projecten op school gericht op het beleid rond prioritaire doelgroepen."* [14-15]

Rol van de jeugdgezondheidszorg

"De jeugdgezondheidszorg wil de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren beschermen, bewaken en bevorderen en dit zowel op het lichamelijke, cognitieve als het sociaal-emotionele vlak met als doel kinderen en jongeren te laten opgroeien tot volwassenen die betekenis geven aan het leven en hun rol kunnen opnemen in de maatschappij. Hierbij

gaat er niet alleen aandacht naar het individuele kind, maar ook naar de relatie tussen het kind en zijn omgeving (gezin/school).” Dit vat eigenlijk heel mooi samen wat onze rol is om maximale kansen te kunnen bieden aan elk kind/jongere. In een goed preventief gezondheidsbeleid moet er immers aandacht zijn zowel voor acties binnen gezondheidszorg zelf als voor acties die eerder invloed hebben op contextfactoren. [14]

Voor wat gezondheid betreft, kunnen wij de school ondersteunen in het ontwikkelen van een gezondheidsbeleid en bieden we de nodige preventieve gezondheidszorg waar ouders in armoede moeilijk toe komen. We geven ook specifieke aandacht aan die aspecten van gezondheid die belangrijk zijn om de schooltaken aan te kunnen (bv bij kleuters: motoriek, taal). [4]

2.2.4.2. Waar loopt het mis: de missing link

Enerzijds ervaren mensen in kansarmoede de hulpverlening anders. Anderzijds passen hulpverleners (mogelijks onbewust) hun aanpak aan in hun omgang met mensen in kansarmoede. Zoals eerder vermeld, gaapt er een grote kloof (missing link) tussen het leven van de arme en van de niet-arme. Bovendien is men zich (wederzijds) vaak niet bewust van het verschil in leefwereld, gevoelens, verwachtingen, kennis en vaardigheden, krachten, waarden en normen, denkpatronen en oplossingsstrategieën, evidenties,… Hierdoor ontstaan voortdurend misverstanden in de communicatie. [11]

Zo zullen kansarme gezinnen bijvoorbeeld erg lang wachten om hulp te vragen, zodat het probleem intussen zo groot is geworden dat er een crisisinterventie nodig is. De hulpverlener zal bijgevolg nadien proberen om de onderliggende problemen aan te pakken om een nieuwe crisis in de toekomst te vermijden, terwijl hierrond geen vraag is. Dit wordt ervaren als een signaal ‘dat men niet goed bezig is’ en het vertrouwen is geschaad. [11]

De *gekwetste binnenkant* en het groot schaamtegevoel zorgen ervoor dat veel kansarmen niet meer openstaan voor positieve interacties, wat ook een goed bedoelde hulpverlenings-relatie in de weg kan staan. Aangezien hulpverlening meestal start op het moment dat er een probleem optreedt, wordt het laag zelfwaardegevoel versterkt en is er weinig vertrouwen dat de gevraagde acties kunnen ondernomen worden. Bovendien hebben ze vaak al veel negatieve ervaringen achter de rug met de buitenwereld (deurwaarder, school, politie, hulpverleners,…) wat aanleiding geeft tot een sterk *wantrouwen*. Een hulpverlener wordt vaak gezien als iemand die controleert, veroordeelt en kan bestraffen. Ook hebben ze na contact met verschillende dienstverleners het gevoel gekregen niet geholpen te worden. Vandaar dat ze ook weigerachtig staan tegenover het CLB. [2]

Doordat de gevraagde actie ontbreekt, hebben hulpverleners de neiging om het oplossen van het probleem volledig over te nemen. Op die manier wordt hen de greep op hun eigen leven

ontnomen en over de maatschappelijke besluitvorming. De kansarme wordt zo in een *afhankelijkheidspositie* geduwd én de hulpverlening sluit minder goed aan bij wat deze nodig heeft. [16] Het ervaren van deze ongelijkheid in relatie, en in het bijzonder wanneer een hulpverlener zich afstandelijk of paternalistisch opstelt, creëert drempels en knelpunten. Ook het bureaucratische karakter, waar weinig tijd is voor het verhaal van de cliënt en voor een duidelijke uitleg over het verloop van de hulpverlening, schrikt af. [16]

2.2.4.3. Aandachtspunten in de hulpverlening

Een goede hulpverleningsrelatie wordt gekenmerkt door nabijheid, een gepersonaliseerde aanpak en een emancipatorische houding. Tijd nemen voor een (informeel) gesprek, gebruik maken van directe taal en resultaten boeken kort na de start van de hulpverlening helpen om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Het verhogen van de autonomie van de kansarme moet steeds een belangrijke doelstelling zijn van de hulpverlening, maar is een erg langzaam proces dat moet leiden tot een groter inzicht in de eigen situatie, nieuwe vaardigheden en een groter zelfvertrouwen. Het spreekt voor zich dat dit erg veel tijd vraagt, zodat hulpverleners vaak op organisatorische beperkingen stuiten om dit te kunnen realiseren. [16]

Om ervoor te zorgen dat de hulpverlening beter aansluit bij wat de mensen in armoede nodig hebben, is een goede *dialoog* noodzakelijk. Reeds bij het definiëren van het probleem is dit van belang omdat het door de hulpverlener ervaren meest acute probleem, niet noodzakelijk de belangrijkste hulpvraag van de kansarme is. Na het situeren van het probleem in de context, stelt men samen een begeleidingsplan op. Het is belangrijk om krachtgericht te werken. Men kan het vertrouwen vergroten door het gesprek te starten met te kijken naar wat wel goed loopt en door een standaard contact met de ouders te plannen voordat er problemen optreden, zoals er gebeurt bij het kleuterconsult. Een *ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting* kan helpen om een beter zicht te krijgen op de missing link en om de kloof te helpen overbruggen [2-16]

De *ervaringsdeskundige* kan bovendien de doorverwijzing realiseren door het gezin te begeleiden naar de kinesist, logopedist, ziekenfonds,… Deze kan ervoor zorgen dat de kansarme krijgt waar hij recht op heeft en kan meegaan tot er een vertrouwensband is opgebouwd met de hulpverlener. Op overlegmomenten kan de ervaringsdeskundige aandachtspunten signaleren om een goede hulpverlening te bevorderen. Door een nauwer contact met de kansarme, bijvoorbeeld door frequent op huisbezoek te gaan, kan de ervaringsdeskundige de reeds gedane inspanningen benadrukken, het tempo aanpassen aan het ritme van de kansarme en op die manier de druk van de hulpverlening verminderen. [12-17]

Door de Aalsterse Vierdewereldgroep “Mensen voor Mensen, een vereniging waar armen het woord nemen”, werden deze ‘good practices’ vertaald specifiek naar de CLB-werking toe. Naast de bovenvermelde strategieën rond relatie en communicatie wordt het belang benadrukt van het beter kenbaar maken van onze medewerkers (foto’s in de school, sticker in agenda met contactgegevens) en onze werking (voorstelling in verenigingen, aanwezigheid op activiteiten op school). Verder kan er in onze werking nog extra aandacht gegeven worden aan begrijpbare taal in de schriftelijke communicatie. [17]

2.2.5. Psychosociale problemen en kansarmoede

2.2.5.1. Definitie van psychosociale problemen

In een Nederlandse richtlijn JGZ wordt volgende definitie gegeven van psychosociale problemen en deze wordt door verschillende andere publicaties, onder andere van S. Van den Branden (VWVJ, 2014) overgenomen: [18-19]

- Emotionele problemen (internaliserende problemen) zoals:
  angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens, psychosomatische klachten;
- Gedragsproblemen (externaliserende problemen) zoals:
  agressief gedrag, onrustig gedrag en delinquent gedrag;
- Sociale problemen bij het kind bij het maken en onderhouden van contact met anderen.

Het belang van mentale gezondheid wordt benadrukt door het in 2013 opgestelde ‘Mental Health Action Plan 2013-2020’ van de WHO met als globaal principe ‘there is no health without mental health’. Hierin wordt geestelijke gezondheid bij kinderen gedefinieerd met de nadruk op de ontwikkelingsaspecten als ‘zich goed voelen met wie ze zijn, in de hand hebben van eigen gedachten en emoties en in staat zijn tot het opbouwen van sociale contacten en in de mogelijkheid zijn te leren en studeren om tot een volwaardige deelname aan de maatschappij te komen’. [20]

2.2.5.2. Prevalentie van psychosociale problemen

In 2005 schatte de WHO de prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren op ongeveer 20%. [22] De cijfers die gevonden worden verschillen echter naargelang de manier waarop psychosociale problemen gedefinieerd worden, de manier van meten en de bron van de informatie. De studie van S. Van den Branden geeft een samenvattend cijfer van 1 op 10 kinderen en jongeren die te maken krijgen met psychosociale problemen. De kanttekeningen die we hierbij moeten maken, zijn echter dat het hulpzoekend gedrag veel lager ligt (ongeveer 2%), en dat minder dan de helft van de problemen gedefinieerd wordt door jeugdartsen wanneer geen screeningsinstrument wordt gebruikt. Volgens Nederlands onderzoek zou 2 tot 5% van de kinderen door sociaal-emotionele problemen fundamenteel in de ontwikkeling bedreigd worden. [14]

Uit de gezondheidsenquête van 2013 blijkt dat psychosociale problemen bij jongeren toenemen in vergelijking met in 2008. In de leeftijdsgroep 15-24 jaar kampt ongeveer 40% van de jonge vrouwen en 20 % van de mannen met psychische problemen. Voornamelijk het percentage emotionele problemen is in de groep jonge vrouwen tussen 15 en 24 jaar tussen 2008 en 2013 sterk gestegen. De prevalentie van eetstoornissen (18%), angststoornissen (16% vs 5% in 2008) en depressieve gevoelens (25% vs 7% in 2008) is in het Vlaams Gewest zeer hoog. Slaapproblemen zijn aanwezig bij één op de vier jongeren tussen 15 en 24 jaar. [22]

Naast deze emotionele problemen zien we bij adolescenten evenveel gedragsproblemen, terwijl we bij kleuters meer gedragsproblemen zien en op lagere schoolleeftijd overwegen de emotionele problemen. Emotionele problemen vertonen een duidelijke socio-economische gradiënt: dergelijke problemen komen minder voor naarmate het opleidingsniveau stijgt. [14-22]

2.2.5.3. Risicofactoren en beschermende factoren

Gedragsproblemen vinden hun oorsprong al erg vroeg in het leven van een kind, zodat het zinvol is om risicofactoren zo vroeg mogelijk te signaleren om zo problemen te voorkomen.[18]

Of risicofactoren uiteindelijk aanleiding geven tot een probleem bij een kind, is afhankelijk van de aanwezigheid van beschermende factoren. Dit onderling evenwicht wordt beschreven in het balansmodel van Bakker (1998). [18]

Hieronder belichten we hier een aantal punten uit die voornamelijk van belang zijn in het kader van kansarmoede. [18]

Reeds *prenataal* zijn enkele risicofactoren gekend (roken tijdens de zwangerschap, slechte voeding tijdens de zwangerschap, moeder jonger dan 19 jaar, zwangerschaps- en geboortecomplicaties) waarop andere hulpverleners kunnen inspelen (gynaecoloog, prenatale consulten door K&G). [18]

Er dient ook aandacht te zijn voor *risicovolle opvoed- en opgroeisituaties*, aangezien deze de ontwikkeling van een kind in sterke mate bepalen. Volgende risicofactoren worden omschreven: niet-westers/culturele minderheidsgroepen, andere thuistaal, laag opleidingsniveau moeder, armoede, eenoudergezin, sociale desintegratie, verpaupering, kansarme buurt, werkloosheid, te kleine huisvesting, isolement en gebrekkige sociale bindingen, … Allemaal factoren die met kansarmoede in verband kunnen worden gebracht. Voor wat betreft de gezinssituatie, weten we dat echtscheiding, conflicten of geweld, verwaarlozing of mishandeling, ingrijpende gebeurtenissen, tekorten in de communicatie tussen ouder en kind en een autoritaire opvoedingsstijl ook het risico verhogen. Uit onder-zoek blijkt dat het risico op psychosociale problemen bij kinderen uit gezinnen met een zwak-ke maatschappelijke positie toeneemt naar mate meer kenmerken tegelijk voorkomen. [18]

Bij kinderen en jongeren van allochtone origine worden vooral meer gedragsproblemen, hyperactiviteit en meer problemen met leeftijdsgenoten gerapporteerd (x2), maar scoren ze even hoog voor wat betreft emotionele problemen. [18]

Ook psychische problemen bij een ouder geven een groter risico op psychosociale problemen bij een kind zowel als omgevingsfactor als door een verhoogd genetisch risico. [18]

Uit de gezondheidsenquête van 2013 blijkt ook dat personen zonder diploma of met enkel een diploma lager onderwijs gemiddeld een hogere score van onwelbevinden hebben en dat ze vaker aangeven psychische problemen te hebben dan diegenen afkomstig uit huishoudens waar minstens één persoon een hoger opleidingsniveau heeft. [22]

De WHO bespreekt bij de determinanten van mentale gezondheid naast bovenvermelde risicofactoren ook meer globale macro-economische en politieke aspecten zoals de financiële crisis die aanleiding geeft tot knippen in de budgetten van geestelijke gezondheidszorg, terwijl er net nieuwe kwetsbare groepen ontstaan (bijvoorbeeld jonge werklozen) en er meer gezinnen in armoede terechtkomen. Omgekeerd kunnen psychische aandoeningen ervoor zorgen dat mensen in armoede terechtkomen of dat hun kwetsbaarheid toeneemt. [20]

Wanneer 4 of meer risicofactoren aanwezig zijn, is dit steeds een signaal. Een signaal kan ook gegenereerd worden via een signaleringsinstrument of vanuit de afweging via het balansmodel van Bakker. Een signaal moet steeds gevolgd worden door een beslissingsproces, van waaruit een traject of verwijzing kan volgen, die liefst multidisciplinair besproken wordt. [19]

Daar tegenover worden als *beschermende factoren* onder andere vermeld: een goede gezondheid, bereidheid om hulp te aanvaarden, positieve jeugdervaringen , opvoedings-competenties van de ouders, sociale steun, goede opleiding, open tolerante samenleving, positief zelfbeeld, goede toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur, onderwijs, zorg en welzijn. Hieruit blijkt de belangrijke rol van de jeugdgezondheidszorg, aangezien deze de meeste kinderen en jongeren bereikt in combinatie met de school als belangrijke leefwereld van het kind. [18]

2.2.5.4. Preventie en promotie van geestelijke gezondheid

Een combinatie van preventie – gezondheidspromotie – vroegdetectie – screening – oriëntatie – diagnostiek en behandeling is nodig. [20-21]

Wanneer we de prevalentie van psychosociale problemen willen terugdringen, is het belangrijk om zowel aan *gezondheidspromotie* te doen (groepsgericht) als aan *preventie* (individueel) door risico's vroeg te signaleren en problemen vroeg aan te pakken. [19]

Dit is één van de doelen van het Actieplan rond geestelijke gezondheidszorg van de WHO: de *promotie en preventie* van geestelijke gezondheidszorg over alle leeftijden heen. Er wordt benadrukt dat een shift in de (reeds zeer beperkte) budgetten van de psychiatrische ziekenhuizen naar de preventieve geestelijke gezondheidszorg cruciaal is om een meer kosten-effectief geestelijk gezondheidszorg beleid te kunnen voeren. Hiertoe dient een integratie te gebeuren van geestelijke gezondheidszorg in de reeds bestaande programma's rond de gezondheid van kinderen. [20]

Ook in het 'Nationaal Plan voor een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren 2015-2020' is de derde strategische doelstelling 'Implementeren van strategieën voor *promotie* van geestelijke gezondheid en *preventie* van geestelijke gezondheids-problemen'. In de eerste operationele doelstelling die daaruit volgt, wordt de rol van het CLB geduid in de *preventie* door de 'herkenning en tijdige detectie van de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek bij kinderen en jongeren.' Een eerste manier om dit te realiseren is het bevragen en bespreken van het welbevinden tijdens de systematische contacten. Indien nodig kan hier een traject aan gekoppeld worden. [21]

Het *kleuterconsult* is hier een ander goed voorbeeld van. Hierbij worden idealiter alle eerste kleuters met ouders gezien op het CLB door alle disciplines. Door de maatschappelijk werker (MW) wordt er informatie gegeven over de werking van het CLB en worden de gezins-samenstelling en sociale omgeving (woonwerk-netwerk) bevraagd. Door de psycho-pedagogisch consulent (PPC) wordt het welbevinden bevraagd, de ontwikkeling van het kind en de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Het kind wordt door de paramedisch werker (PMW) en de arts onderzocht. *(In de praktijk zullen slechts 2 disciplines aanwezig zijn: de PMW en de MW of PPC.)* Op die manier krijgt men een goed beeld van de risicofactoren en beschermende factoren en bestaat de mogelijkheid om aan vroegsignalering te doen. Hieruit kan dan een vroege interventie voortvloeien. [14]

Het CLB kan zijn steentje bijdragen aan gezondheidspromotie door het ondersteunen van de school in de ontwikkeling van een beleid rond geestelijke gezondheid via zijn '*signaal functie*'. [15]

Vroegdetectie en vroegsignalering

We weten dat ongeveer 50% van de psychische stoornissen bij volwassenen reeds voor de leeftijd van 14 jaar ontstaat. [25] Hoe jonger bovendien de kinderen zijn wanneer ze gedragsproblemen vertonen, hoe groter de kans is op een gedragsstoornis later (25%). Gedragsproblemen blijken immers zeer stabiel, zowel intergenerationeel als intra persoonlijk. Volgens onderzoek geeft een interventie de meeste kans op slagen, wanneer er ingegrepen

wordt voordat het probleemgedrag zich definitief heeft gevormd. [18] Het is dus erg belangrijk om aan vroegdetectie en vroegsignalering te doen om op die manier vroeg te kunnen ingrijpen.

Hoewel 1 kind op 10 te maken krijgt met psychosociale problemen, wordt slechts een beperkt deel gedetecteerd door jeugdartsen (studie Nederland) en wordt daarvan bovendien slechts een klein percentage doorverwezen (1/10 tot 1/20). Wanneer men wacht tot er gedragsproblemen optreden of de schoolresultaten achteruit gaan, bereikt men dus slechts een klein deel van de kinderen en ziet men geen verbetering van de mentale gezondheid op populatieniveau, zodat deze aanpak niet wordt aanbevolen. Door vroegsignalering kan een veel grotere gezondheidswinst bekomen worden. Hoe vroeger wordt ingegrepen, hoe kosten-effectiever dit is. De gevolgen van psychosociale problemen zijn immers groot; ze kunnen leiden tot een kleinere kans op een diploma door slechte resultaten op school en bijgevolg tot verminderde kansen op de arbeidsmarkt en een groter risico dat men in armoede terecht komt. [19]

Het aandeel van het CLB en van K&G in het signaleren van psychosociale problemen is dus erg groot, aangezien de JGZ de meeste kinderen en jongeren standaard ziet.

Het is echter belangrijk om hiervoor gebruik te maken van wetenschappelijk onderbouwde *signaleringsinstrumenten,* naast de observatie, communicatie en vertrouwensrelatie tussen de hulpverlener en het kind of de ouder/verzorger. Voor het lager en secundair onderwijs wordt het systematisch gebruik van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) aangeraden bij de vooropgestelde JGZ-contactmomenten. Wanneer er op basis hiervan een probleem wordt vermoed, kan een meer uitgebreid instrument worden aangewend zoals de Child Behavior Checklist (CBCL), de Teacher Report Form (TRF) en de Youth Self Report (YSR). [14-19]

Bij deze gesprekken moet de hulpverlener zich bewust zijn van de grote invloed van cultuur op het denken over gezondheid in de omgang met gezinnen van allochtone origine. [18]

2.2.5.5. Hulpverlening bij psychosociale problemen

In een goed beleid rond de aanpak van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren wordt een ‘globale en geïntegreerde aanpak’ benadrukt, een holistische aanpak, waarbij rekening wordt gehouden met alle zorgcomponenten en met de mogelijkheden en achtergrond van het kind/de jongere. In het ICF-kader dat gebruikt wordt in het CLB om problemen bij een kind volledig in beeld te brengen worden al deze aspecten inderdaad geïntegreerd. In Vlaanderen dient bovendien rekening gehouden te worden met het decreet Integrale Jeugd Hulp (IJH, 12 juli 2013). Een goede samenwerking, multidisciplinair, tussen alle partners binnen geestelijke gezondheidszorg én binnen Gezondheidszorg en Welzijn én Onderwijs, is essentieel en continuïteit van de zorg wordt nagestreefd.[20-21]

Vroeg ingrijpen is hierbij erg belangrijk. Veel mensen staan echter nog steeds weigerachtig tegenover geestelijke gezondheidszorg. De beeldvorming is vaak nog negatief en ook de lange wachtlijsten en hoge kostprijs/beperkte terugbetaling schrikken veel mensen af. Door een nauwe samenwerking met scholen kan een betere verwijsgraad bekomen worden van kinderen en jongeren die anders geen hulp zouden zoeken.[4-20-23]

2.2.6. Besluit: Kansarmoede en psychosociale problemen

Uit het voorgaande blijkt dat kansarmoede en psychosociale problemen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, zodat het duidelijk is dat men het ene probleem niet kan aanpakken zonder rekening te houden met het andere.

In het Nationaal plan ter bestrijding van kinderarmoede wordt de link gelegd tussen een goede geestelijke gezondheid en het doorbreken van de *vicieuze cirkel* 'armoede – sociale uitsluiting – zakken op school – voortijdig de school verlaten – onder tewerkstelling/werkloosheid – sociale uitsluiting – armoede'. In acties om (kans-)armoede te bestrijden zouden bijgevolg mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem als een prioritaire groep moeten gezien worden. Omgekeerd beschrijft het Nationaal Actieplan rond geestelijke gezondheid bij kinderen/jongeren dat er naast de universele preventieve activiteiten ook selectieve acties moeten ontwikkeld worden, gericht naar specifieke risicogroepen zoals achtergestelde, kwetsbare gezinnen.[20-21-24]

Kwetsbare bevolkingsgroepen maken minder gebruik van geestelijke gezondheidzorg-voorzieningen. Het actieplan van de WHO stelt dat het belangrijk is om de barrières die zij hierin ondervinden in kaart te brengen, zodat een strategie ontwikkeld kan worden om hieraan tegemoet te komen. Bijgevolg kunnen hulpverleners hierover geïnformeerd worden en training krijgen om beter aan hun noden te kunnen voldoen. [20]

De *rol van het CLB* blijkt duidelijk uit de aanbeveling van de WHO rond geestelijke gezondheid. De WHO duidt op het belang van gezondheidszorgsystemen die systematisch de cognitieve, sensori-motorische en psychosociale ontwikkeling van kinderen nagaat, evenals (de promotie van) een gezonde ouder-kind relatie. Zij raden promotie en preventie aan via scholen zowel voor vroege detectie en interventie als door algemene gezondheid bevorderende acties op school. Hierdoor worden alle lagen van de bevolking bereikt en is het mogelijk om de sociale ongelijkheid te verminderen, mits er genoeg tijd en middelen zijn om te voorzien in een goede continuïteit van zorg. [20]

3. Kwalitatief onderzoek

3.1 Methode

Er wordt gekozen voor *kwalitatief onderzoek*, aangezien we de ervaringen, attitudes en opvattingen van hulpverleners willen exploreren. We gaan dus uit van het perspectief van de hulpverlener. We peilen naar hún manier van werken in de specifieke context van een kansarm gezin, in het bijzonder rond psychosociale problemen. De redenen hiervoor zijn dat heel veel collega's problemen ervaren in deze samenwerking én dat het aspect psycho-sociale problemen weinig werd belicht in het rapport van de VWVJ. [24] Het doel is om te komen tot 'good practices' die achteraf kunnen gedeeld worden op een personeelsvergadering en om het document rond kansarmoede van de werkgroep 'Kansenbevordering' van 2012, hiermee te kunnen updaten. Het gaat dus om een lokaal kwaliteitsverbeterend project, dat qua onderzoeksdesign aansluit bij een evaluatieonderzoek. De Commissie Medische Ethiek van de VUB gaf goedkeuring om deze studie uit te voeren. *(bijlage 1)*

Het onderzoek gebeurt aan de hand van *focusgroepsgesprekken* en individuele interviews bij de CLB medewerkers van het CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen. Dit CLB bestaat uit 4 vestigingen (Oudenaarde, Ronse, Zottegem en Geraardsbergen), waar telkens een 10-tal personen werken. Er wordt voor gekozen om telkens alle medewerkers van één vestiging van de verschillende disciplines (psycho-pedagogische consulent/PPC, maatschappelijk werker/MW, paramedisch werker/PMW, arts) uit te nodigen op dinsdagnamiddag, de dag die vrijgehouden wordt voor multidisciplinair overleg en vergaderingen. Dit gebeurde in overleg met de kwaliteitscoördinator van het centrum, die dit overleg beschouwt als een vorm van intervisie rond het thema 'kansarmoede en kansenbevordering'.

Het was praktisch echter niet mogelijk om de gesprekken in alle vestigingen te laten doorgaan vóór de verwerking van de gegevens van de thesis (Zottegem ontbreekt). Wegens zeer veel afwezigheden op het moment van de groepsgesprekken, werd beslist, in samenspraak met de co-promotor, om sommige personen achteraf nog te interviewen, aangezien zij werken in een setting met veel kansarmoede en we deze inbreng niet wilden missen. In onderstaande tabel zijn de deelnemers opgelijst per vestiging, met vermelding van hun discipline In totaal werden op die manier 22 collega's geïnterviewd op 5 verschillende momenten. De 3 gesprekken in groep duurden telkens ongeveer een uur; de 2 gesprekken met 1 collega afzonderlijk duurden elk ongeveer een half uur (totaal 3u 54 min interview). *(tabel1)*

Tabel 1: Verdeling van de disciplines per vestiging

Vestiging	PPC	MW	PMW	Arts	Totaal
Ronse 1	3	2	2	0	7
Ronse 2	0	0	1	0	1
Oudenaarde 1	2	5	0	1	8
Geraardsbergen	1	1	2	1	5
Oudenaarde 2	0	1	0	0	1
Totaal	6	9	5	2	**22**

Er werd gewerkt via het principe van *semi-gestructureerde interviews*, waarvoor onderstaande vragen/thema's werden naar voor gebracht. *(figuur 2)* Bovendien was er in de gesprekken ook steeds de mogelijkheid om dieper in te gaan op onderwerpen die de deelnemers zelf naar voor brachten.

Figuur 2: Vragen en thema's semigestructureerde interviews

- Wanneer beschouwen jullie een gezin als kansarm? (definitie, herkennen, signalen)
- Hoe verloopt de samenwerking met gezinnen in kansarmoede? Hoe verlopen de trajecten?
    - Hoe bereiken casussen jullie? Worden de ouders eerst gecontacteerd en geïnformeerd door de school?
    - Hoe verloopt het contact? Welke problemen ondervinden jullie in de samenwerking met de ouders? En wat denken jullie dat er aan de basis hiervan ligt?
    - Wat zijn volgens jullie mogelijke oplossingen hiervoor?
    - Wat loopt er goed en waarom? Welke strategieën gebruiken jullie nu reeds? Welke competenties zijn hiervoor nodig?
    - Ervaar je dat je in conflict komt met je eigen waardenkader?
    - Wat verstaan jullie onder het begrip 'empowerment'?
    - Wanneer ontstaat er frustratie? Wanneer grijp je in? Ligt die grens anders bij kinderen/jongeren uit gezinnen in kansarmoede?
- Wat kan er in onze werking structureel aangepast worden om de samenwerking met kansarme gezinnen te verbeteren? Welke ondersteuning is nodig? Wat verwachten jullie vanuit het beleid?

- Wat verstaan jullie onder psychosociale problemen?
    - Hoe verloopt de nazorg van psychosociale problemen bij gezinnen in kansarmoede?
    - Hoe denken jullie over preventie in het kader van psychosociale problemen? Hoe vullen jullie dit in, in jullie werk? Welke rol zien jullie hierin mogelijks voor CLB medewerkers?
    - Kennen jullie het begrip vroegsignalering/ vroegdetectie in het kader van psychosociale problemen?
    - Verlopen trajecten rond psychosociale problemen anders dan andere trajecten bij kansarmen?
    - Is er een verschil in verloop in een traject rond een psychosociaal probleem tussen kansarmen en niet-kansarmen?

3.2 Verwerking van de gegevens

De gesprekken werden opgenomen op audiotape met schriftelijke toestemming van de deelnemers *(bijlage 2)* en nadien verwerkt volgens de principes van het kwalitatief onderzoek. Eerst werden alle gesprekken woordelijk uitgeschreven. Vervolgens gebeurde een *'theoretische'* thematische analyse van de gegevens, waarbij voornamelijk *semantische* thema's werden geïdentificeerd. Elk fragment werd gegroepeerd onder een bepaald thema en sub-thema in een Excel document op basis van inhoud of attitude. [25]

Enkele grote thema's en sub-thema's waren reeds duidelijk door de vragen die opgesteld werden voorafgaand aan de groepsgesprekken. Reeds tijdens het interviewen en het woordelijk uitschrijven én nadien door verdere exploratie van de tekst en de analyse van elk fragment werden de overige thema's en sub-thema's toegevoegd *(inductief)*. Onderstaande tabel geeft hiervan hiervan een overzicht. *(Tabel 2)*

Tabel 2: thema's en subthema's

Thema	**Sub-thema's**
Definitie van kansarmoede	Definitie, Herkennen, Signaleren, Prevalentie
Contact met kansarme ouders door CLB	Wijze van contact: huisbezoek, telefonisch, Vertrouwensrelatie, Taal
Contact met kansarme ouders door school	Kijk van de school, Organisatorisch
Knelpunten	Vanuit de ouders, Werking CLB,

	Frustraties, Weigering contact/hulp, afhaken
Oplossingen	Werking CLB, Empowerment/emancipatorisch werken, Organisatorisch/structureel
Netwerkpartners	Partners ivm kansarmoede
Psychosociale problemen	Prevalentie, Verschil in aanpak en taboe, Problemen tijdens traject, Preventie
Competenties	Attitude CLB, Voldoening, Grenzen bewaken, opvoedingscapaciteiten, Cultuur
Health Literacy	Positieve en negatieve aspecten

De moderator is tevens de persoon die de volledige verwerking en analyse van de tekstfragmenten op zich neemt. Het voordeel hiervan is dat de setting van de gesprekken, de toon waarop iets gezegd werd, duidelijk voor ogen gehouden wordt. Het nadeel hiervan is dat er mogelijks bias optreedt door eigen interpretaties te geven aan bepaalde uitspraken. Er was geen tweede onderzoeker aanwezig om dit te beperken, zoals gebruikelijk in dergelijk onderzoek.

3.3 Resultaten van de tekstanalyse

Na elk sub-thema of thema wordt tussen haakjes het aantal fragmenten vermeld dat hieronder gegroepeerd werd. Dit geeft eerder een indicatie over hoe uitgebreid hierover werd gepraat dan over het belang van dit (sub-)thema.

3.3.1. Definitie van kansarmoede

Definitie *(34 fragmenten)*

Iedereen is het er over eens dat het gaat om een ‘combinatie van factoren’ die ervoor zorgt dat deelname aan de maatschappij wordt beperkt en dat een gezin ook ‘maatschappelijk kwetsbaar’ is. Ook termen als GOK-indicatoren en SES-kenmerken worden vermeld. Volgende kenmerken worden vernoemd:

- Financiële armoede
- Huisvesting
- Niet deelnemen aan (sociale) activiteiten, sociaal geïsoleerd zijn
- Niet kunnen voorzien in basisbehoeften
- Andere taal
- Andere cultuur
- Beperkt netwerk
- Veelheid aan problemen

- Bepaalde bevolkingsgroepen: trekkende bevolking, vluchtelingen,…

"Ja, kansarm, arm aan kansen, op economisch gebied, sociaal, familiaal, onderwijs… een kluwen vaak hé. Vaak zijn dat echt zo gezinnen waar dat ge een kluwen aan problemen hebt. Ge gaat voor één iets en ge botst dan op een ander iets, afhankelijk van hoe open of hoe gesloten dat een gezin is. Of je gaat op huisbezoek en ge merkt inderdaad dat de huisvesting te wensen overlaat. Soms anderstaligen… Romapopulaties…"

Eén medewerker beschrijft 2 groepen van kansarmen, naargelang er sprake is van een andere cultuur of niet. Verder komt dit verschil nog regelmatig aan bod, gezien de impact van cultuur op het denken en handelen en bijgevolg op de manier van werken voor de CLB medewerkers.

"Voor mij zijn er in Ronse 2 soorten kansarmoede: ge hebt kansarmoede vanuit een andere cultuur en vanuit een andere taal en ge hebt kansarmoede de echte Belgische, Vlaamse gezinnen. Dat is een andere categorie. Dat zijn dan vaak zwakkere gezinnen, zwakkere ouders die vaak ook al uit een problematische gezinssituatie komen, die daaruit voortvloeien. Dia vaak al weinig kansen gekregen hebben, die uit de armoede letterlijk komen en die weinig zelf daaruit kunnen geraken, dat is de tweede categorie."

Herkennen *(11 fragmenten)*

Velen geven aan dat ze kinderen uit kansarme gezinnen snel herkennen aan:

- Gebrekkige hygiëne
- Onaangepaste kledij
- Grote gezinnen
- Ervaring
- Gekende namen
- Frequente afwezigheden
- Moeilijk te bereiken ouders

Hoewel er ook enkele keren naar voor komt dat het niet altijd meteen duidelijk is dat er sprake is van kansarmoede:

"'t Is te zien in welke regio. Ik vind bij ons, in kleinere gemeenten in West-Vlaanderen, dat er meer verborgen kansarmoede is en dat mensen ook meer moeite gaan doen om het weg te steken. Er is nog een groter taboe op armoede ook en ze willen de schijn naar de buitenwereld toch heel graag… 't is toch belangrijk om dat hoog te houden, maar dan is dat zeer moeilijk om daar dan naar die mensen toe, dat je dat wel begrijpt en dat je dat ergens toch wel doorhebt en da 's toch wel…"

"Soms is het ook heel erg verdoken. Ik heb een meisje begeleid en veel gesprekken gehad en pas achteraf is het naar buiten gekomen hoe het thuis was, op financieel vlak, naar opvang thuis of ook naar ondersteuning van thuis uit. Op t eerste zicht had ik dat nooit gedacht van dat meisje van 'zij komt uit een kansarm gezin', maar het bleek dat ze dan maar één maaltijd per dag at, zo schrijnende toestanden, maar je zag dat niet aan haar. Dus 't is som ook heel erg verdoken, 't is niet altijd…van 't eerste contact."

Signaleren *(20 fragmenten)*

Sommige scholen en diensten geven informatie door aan het CLB indien er iets gekend is over financiële of andere problemen gelinkt aan kansarmoede, maar dit gebeurt niet systematisch. Bij GOK leerlingen wordt dit in Ronse wel steeds vermeld, al wordt hierbij duidelijk de

opmerking gemaakt dat het hier niet steeds gaat om kansarme kinderen. Bovendien komt enkele keren spontaan de frustratie naar boven dat scholen heel vaak niet op de hoogte zijn van de situatie van de kinderen thuis.

Er wordt kort verwezen naar een '*Signalenlijst kansarmoede'* die Onderwijsopbouwwerk is komen voorstellen in vestiging Ronse. Deze kan systematisch toegepast worden om sneller te weten te komen of een kind in een kansarm gezin opgroeit, om op die manier sneller hulp te kunnen installeren.

Prevalentie *(11 fragmenten)*

De vraag naar de prevalentie van kansarmoede bij de gezinnen met wie wordt samengewerkt, werd niet in elk gesprek gesteld. In Geraardsbergen wordt dit percentage als zeer hoog ingeschat en bovendien wordt de link gelegd met een lager opleidingsniveau.

"Bijna alle kinderen…"
"In t KA toch bijna de helft van de klas."
"Bij Technisch toch zeker. Vind je dat niet?"
"Terwijl hier in Geraardsbergen heb ik dat heel zelden. Dan is t een uitzondering als ge een keer… als 't ne keer een ouder is gelijk gij en ik. Hier in Geraardsbergen is dat heel zelden."

3.3.2. Contact met het CLB

Wijze van contact

Telefonisch contact (9 fragmenten)

Er wordt door velen aangegeven dat ze veel sneller even opbellen omdat ze merken dat er vaak niet gereageerd wordt op brieven.

"Of ook sneller bellen, of…meer, gelijk dat we altijd zeggen, aanklampend werken gewoon hé."

Dit brengt dan wel soms de moeilijkheid met zich mee dat ze minder snel geneigd zijn om op te nemen wanneer het een nummer is dat ze niet kennen én dat ze vaak van gsm nummer veranderen.

"Niet bij elk gezin, maar doorgaans loopt dat toch wel moeilijker; om ze tot hier te krijgen, om ze telefonisch te bereiken… Ze veranderen ook heel vaak van gsm nummer."

Zélf telefonisch contact opnemen met de school om iets te melden, bijvoorbeeld een afwezigheid van een kind, wordt vaak belemmerd door een gebrek aan belkrediet en sms'en is met school vaak niet mogelijk, maar met een CLB-medewerker wel…

Huisbezoek (13 fragmenten)

Een huisbezoek wordt door velen aanzien als de meest effectieve manier om in contact te treden met kansarme gezinnen, al wordt de grote tijdsinvestering die dit vergt wel benadrukt. Er wordt hierbij zoveel mogelijk geprobeerd om dit op voorhand af te spreken (indien

telefonisch contact mogelijk is) en om de keuze te laten. De hulpverleners geven zelf aan dat dit zowel positief als negatief kan onthaald worden door de cliënten. Onderstaande redenen komen hiervoor aan bod:

Negatief voor de cliënt	**Positief voor de cliënt**
Grotere stap om iemand vreemd in huis toe te laten	Geen auto
Bedreigend	Lagere drempel tot contact
	Geen opvang voor kleine kinderen in huis
	Toont extra betrokkenheid vd hulpverlener
	Minder bedreigend in eigen omgeving
Negatief voor de hulpverlener	**Positief voor de hulpverlener**
Grote tijdsinvestering	Inzicht in leefwereld
Verre verplaatsing	Mogelijkheid tot informeler gesprek

"ja,…en ik denk dat het gemakkelijk is dat je de mensen ziet dan. 't Is ook gemakkelijk dat het bij hen thuis is, ze zijn in hun eigen omgeving, ze zijn meer hun zelf… Ik denk dat dat voor die mensen gemakkelijker is."

"Voor veel van ons ouders is dat inderdaad heel belangrijk dat er één van ons een keer naar huis komt. Ok, niet iedereen heeft dat graag, maar ge hebt wel doelgroepen, waarbij dat wel werkt, waarbij dat ze voelen van 'ok, ge zit in met mij, ge hebt oprecht een bezorgdheid'."

"Ja, want ze vinden dat niet altijd aangenaam dat je naar hun huis komt, hé. Ze zijn zeer.. soms grenzen ze zeer hun persoonlijk leven af en hebben ze een afkeer van hulpverlening."

Taal *(14 fragmenten)*

Uit de literatuur blijkt het belang van een duidelijk taalgebruik als aandachtspunt voor een vlottere hulpverlening en sommigen vermelden dit als aandachtspunt om sneller te komen tot een vertrouwensband.

"Ge moet niet rond de pot draaien."

"Ze zijn ook vrij direct, dus ge moet diezelfde stijl hanteren, zeggen waarom dat je dat nodig vindt, met de nodige voorbeelden en dan ook heel, heel duidelijk: dat kunnen we doen, dat gaat zolang duren, we gaan dat zus en zo doen…"

Vertrouwensrelatie *(46 fragmenten)*

Het is zeer duidelijk dat er eerst moet gewerkt worden aan een vertrouwensrelatie voor er iets kan bereikt worden in de hulpverlening.

"Als je bedenkt dat ze in het verleden wel al negatieve ervaringen hebben, dus dat ge eerst moet werken aan die vertrouwensrelatie eer dat ge ne weg, een traject kunt gaan afleggen met uw cliënt."

Volgende strategieën worden hiervoor naar voor gebracht:

- Iets over jezelf als hulpverlener vertellen

- Voorzichtig, niet bedreigend te werk gaan
- Eens meegaan bij een verwijzing
- Een geslaagde doorverwijzing
- Met een brugfiguur werken
- Naast iemand gaan zitten
- Lichamelijk contact
- Humor
- Positief bevestigen
- Informeel contact
- Complimenten/openstaan voor hun cultuur
- Op hun tempo werken
- Empathie, gevoelens benoemen
- Niet enkel over het probleem praten
- Eenvoudige taal gebruiken

"Persoonlijk let ik daar op, dat is misschien raar he, maar ik probeer dat zoveel mogelijk te doen, waar ik ga zitten in een gesprek, niet er tegenover maar er naast."

"En om dat vertrouwen te winnen vind ik ook dat ge altijd moet zorgen en erkennen, alleé, ze proberen vaak wel altijd het beste te doen voor hun kinderen ook al is dat niet met onze standaarden; hen daarin erkennen en bevestigen, dat zorgt ervoor dat er vertrouwen kan komen."

Of dit al dan niet vlot verloopt, verschilt heel erg van persoon tot persoon en verliep in het algemeen erg moeilijk in de vestiging in Geraardsbergen.

"Wat is afstemmen he? Zij hanteren juist heel andere prioriteiten dan wij en dan is dat soms moeilijk om voeling te krijgen en om ze juist te kunnen benaderen he. Ze zijn ook heel gevoelig aan dat vertrouwen opbouwen met iemand."

"Ja, altijd eerst vertrouwen winnen en een band opbouwen en dat is juist het moeilijke hier."

3.3.3. Contact met de school

(43 fragmenten)

Hoewel dit niet rechtstreeks gaat over de samenwerking tussen het CLB en kansarme gezinnen, bleek deze info wel belangrijk om te bundelen, aangezien dit heel vaak ter sprake kwam en de impact ook groot blijkt op de werking van het CLB.

Er werd veelvuldig gesproken over de nood aan vorming van leerkrachten in de problematiek van kansarmoede en de nood aan training in communicatie met ouders.

"Maar dan proberen ze wel 10 keer een afspraak vast te leggen met ouders op school en die ouders komen dan niet en dan doen ze zelf ook geen inspanning om zelf ne keer naar huis te gaan, een huisbezoek te doen."

"Want ik ben er van overtuigd, dat wanneer ze die kennis en dat inzicht hebben, dan zou de school al veel meer stappen hebben kunnen ondernemen alvorens dat het bij ons zou moeten komen. Dikwijls zie je de angst bij de school om gewoon al in communicatie te gaan met die mensen."

Hoewel het uiteraard sterk afhankelijk is van de school en van de leerkracht, en de interesse die deze toont in de leefwereld van het kind.

"…dat we te weten komen dat de meester geen flauw benul heeft waar dat kind eigenlijk woont of bij wie dat hij woont, ja, dan stel ik mij daar wel vragen bij."

Organisatorische/structurele aspecten werden ook aangehaald:

- Onaangepast taalgebruik in brieven en schoolreglement
- Boeken aankopen via externe firma's die geen rekening houden met financiële moeilijkheden
- Goedkopere maaltijden op school via OK-pas waar de school niet altijd achterstaat
- Geen gebruik van GSM (om te kunnen sms'en)
- Ontbreken van aangepaste regels bij verjaardagscadeautjes

Dit alles leidde in één vestiging tot een 'evaluatie' van de werkgroep kansarmoede, waaruit afsluitend in 2013 een visietekst kansenbevordering voortvloeide. Het besluit was dat het personeel door dit proces goed gevormd werd, maar dat dit veel te weinig naar de scholen gecommuniceerd werd.

"Ik denk dat we daar ook een leidraad hebben opgemaakt zowel voor de CLB-medewerkers als voor de leerkrachten 'hoe communiceer je met kansarme ouders' en we zijn nu 5 jaar verder. We hadden misschien al verder gestaan in het proces met scholen als we de scholen daar af en toe eens op hadden gewezen om hen aan te zetten om dat zelfde denkproces door te maken gelijk dat wij hebben gedaan. Dat is dan misschien een kans die we gemist hebben de afgelopen jaren."

3.3.4. Knelpunten

Vanuit de ouders *(26 fragmenten)*

"Ze zijn zeer... soms grenzen ze zeer hun persoonlijk leven af en hebben ze een afkeer van hulpverlening."

Algemeen komt de moeilijkheid om in contact te treden met kansarme gezinnen duidelijk naar voor. Dit wordt gekaderd in een verleden met veel negatieve ervaringen met hulpverlening, vanuit de schrik om met de vinger gewezen te worden, veroordeeld te worden, "*geviseerd te worden"* en vanuit een minderwaardigheidsgevoel. Al mag dit niet veralgemeend worden:

"…niet elk kansarm gezin wil geen hulpverlening…"

"Ik vind het leuker om met kansarme gezinnen te werken omdat de mensen zelf hulp willen."

Vooral in de vestiging Ronse wordt benadrukt, dat eenmaal er een goede vertrouwensband is opgebouwd, ze niet meer weigerachtig zijn tegenover die hulpverlener.

Gevolgen voor de werking van het CLB *(53 fragmenten)* en frustraties *(12 fragmenten)*

Het grootste probleem dat wordt aangegeven, is dat een traject met kansarme gezinnen héél veel **tijd** kost. Het begint bij de *eerste contact* name. Ze zijn vaak erg moeilijk te bereiken per brief of telefonisch en dus moet er, zoals eerder vermeld, vaker op *huisbezoek* gegaan worden, wat ook veel meer tijd vraagt. Bovendien geeft dit nog steeds niet de garantie op een effectief contact. Het opbouwen van een *vertrouwensband* kost ook heel veel tijd, waardoor het vooropgesteld aantal sessies, voorzien voor een 'Kortdurende begeleiding', niet altijd volstaat.

"En je moet altijd zo weer je moed samenrapen om nog maar eens te bellen en nog maar eens geen gehoor te krijgen en ge kunt daar ook ontmoedigd van geraken als hulpverlener."

"Of je spreekt een huisbezoek af of je regelt een gesprek en ze komen niet af."

Eens een traject loopt, vormt de veelheid aan problemen een zware belasting, aangezien het vaak gaat om **multi-probleem** gezinnen.

"Ge gaat naar daar en er gaat een doos van Pandora soms open. Ge komt toe en daar zitten problemen en daar en dan moet ge eerst aan andere gaan werken voor dat ge aan uw oorspronkelijke hulpvraag kunt gaan…"

"En dan is dat moeilijk om af te ronden, want waar rond je dan af?"

Wanneer er bovendien een **verwijzing** nodig is naar een andere dienst, dan wordt er opgemerkt dat de *'brug naar weer iemand nieuw*' ervoor zorgt dat ook hier extra begeleiding van het CLB nodig is.

Dit leidt tot de **frustratie** dat er mogelijks **minder kwalitatief** kan gewerkt worden, omdat er te weinig tijd is om die band eerst op te bouwen, om elke verwijzing te blijven opvolgen, alle hulp te bieden die een kansarm gezin nodig heeft.

"Ja en je kan het ook nooit allemaal oplossen. Het is utopie om dat te denken dat je kunt oplossen. En soms zijt ge zelf ook gefrustreerd hoor, omdat je weet dat je… Je wilt die mensen helpen en je wilt dingen doen, maar ge zijt niet bij machte om veel te doen en ge haalt daar niet altijd de voldoening uit."

Wat bij weigering van contact/hulp/afhaken *(15 fragmenten)*

Wanneer het contact erg moeilijk loopt, of mensen willen niet ingaan op een verwijzing, dan is het afhankelijk van de hulpverlener hoeveel kansen er geboden worden, al is iedereen het er over eens dat er steeds ingegrepen wordt bij verontrusting. Multidisciplinair overleg is in dergelijke casussen van essentieel belang.

"Ik denk dat dat voor iedereen ook anders is waar die grens ligt van hoever we daar als hulpverleners in gaan. Ik denk dat we dat proberen van allemaal op dezelfde manier… maar dat dat toch van iedere persoon een stuk afhangt en daarom dat het zo belangrijk is om in team te werken. …het gaat dan over verontrusting bijvoorbeeld, dan ga je op een bepaald moment moeten verdergaan en dan vind ik het wel belangrijk dat je je teamleden daarin kan om raad vragen."

3.3.5. Oplossingen

Werking CLB *(32 fragmenten)*

In het algemeen passen CLB medewerkers hun manier van werken onmiddellijk aan wanneer ze met kansarme gezinnen samenwerken: ze werken veel **aanklampender**, **laagdrempeliger** en passen hun **tempo** aan. In Ronse worden brieven vaak meteen in andere talen meegegeven. Bij een verwijzing wordt er steeds op gelet dat deze (financieel) haalbaar is, wordt er vaak een sms'je gestuurd als herinnering of wordt er zelfs meegegaan.

"Soms moet je de mensen wel een beetje tijd geven om bepaalde dingen te aanvaarden, een aanvaardingsproces om dan later opnieuw te proberen. Bijvoorbeeld doorverwijzing naar het buitengewoon onderwijs dat is echt wel een hekel punt, zeker en vast bij kansarmen. Die hebben soms zeker en vast een stukje tijd nodig om dat te gaan aanvaarden. Ook zeker bij allochtone gezinnen."

Er zijn hoge verwachtingen in Ronse van het **kleuterconsult** in K1 met ouders, waarbij er reeds een eerste contact is vooraleer er problemen zijn om zo de drempel naar het CLB nog te verlagen. In andere vestigingen zit de schrik er meer in dat net deze doelgroep minder bereikt zal worden.

"De drempel nog lager maken, door… beginnen bij de kleuters. Dat is een beetje de bedoeling van dat kleuterconsult, he! Daar kennen we het gewenste effect nog niet van."

"Maar daarvan zou het wel positief zijn als we ons al komen voorstellen bij de kleuters op medisch onderzoek. Maar ik heb schrik dat de kansarmen dan ook niet gaan komen omdat de drempel hoger blijft dan voor de andere ouders."

Empowerment *(58 fragmenten)*

Het begrip Empowerment is goed gekend bij alle CLB medewerkers. Volgende aspecten worden belicht:

- Het positieve benadrukken
- Uitgaan van hun krachten en dezen proberen te versterken
- Uitgaan van wat hun belangrijkste probleem/vraag is, niet krampachtig vasthouden aan eigen agenda
- Hen veel zelf laten doen, verantwoordelijkheid nemen stimuleren, mits de nodige ondersteuning
- Hun netwerk versterken

"En altijd te kijken binnen dat gezin wat er positief en niet altijd te focussen op het negatieve en dat ook proberen in de verf te zetten en proberen te versterken."

"Ja, en ook niet te betuttelend, want in de hulpverlening is dat soms zo en daar moeten we een beetje vanaf van 'wij denken in jouw plaats, wij denken dat jij dat en dat nodig hebt', maar te gaan kijken van 'wat is jullie vraag'. Kunnen we elkaar daar ergens in tegemoet komen."

"Ja, dat is die grens met dat aanklampende die soms zo moeilijk is, dat je soms het gevoel hebt van 'ik ga het wel overnemen', maar eigenlijk moet je altijd…ja inderdaad dat emancipatorische, maar wat gaat er gebeuren als de hulpverlening er niet meer is, dan moeten ze ook verder."

"Bijvoorbeeld, het kan zijn dat als je dan inderdaad samen wil bellen naar een dienst dat jij dan niet de telefoon neemt maar dat je er bij zit en zegt van 'kijk, bel jij nu' en ik ga er bij zitten en als t nodig is, je mag mij altijd doorgeven mocht het niet gaan."

Structureel *(20 fragmenten)*

Er wordt algemeen aangegeven dat er in het berekenen van de **omkadering** rekening zou moeten gehouden worden met het aantal kansarme gezinnen op een school / in een regio.

Het is niet door iedereen gekend dat dit momenteel zo is en er wordt ook aangehaald dat dit nog steeds onvoldoende is. Er is bovendien onduidelijkheid of dit volgend schooljaar met de vernieuwde CLB werking nog in rekening wordt gebracht.

"Goh, ze zeggen dat ze er al rekening mee houden. Ik kan ook niet zo goed vergelijken met een ander gebied he. Dus ja, maar ik weet wel dat het hier niet lukt he…"

3.3.6. Netwerkpartners kansarmoede

(55 fragmenten)

In Ronse is het aanbod voor kansarme gezinnen vrij groot, met projecten als Onderwijsopbouwwerk, Samenlevingsopbouw, De Vrolijke Kring,... Deze kunnen heel veel werk uit handen van de CLB medewerkers nemen.

"De Vrolijke Kring is wel belangrijk, denk ik. Gelijk dat je zegt, bij kansarme gezinnen, er zijn zodanig veel dingen waaraan dat er moet gewerkt worden, dan denk ik dat de Vrolijke kring al hulp kan bieden bij bijvoorbeeld voedsel bedeling, naar ondersteuning bij administratie en bij papieren, allez, naar vrije tijd, activiteiten voor de ouders en zo, dat zij toch een aantal dingen kunnen opnemen die wij dan kunnen loslaten."

Al blijkt de drempel tot bijvoorbeeld De Vrolijke Kring, voor allochtone gezinnen wel hoger.

"Ja, ik ben nog altijd aan het zoeken naar…als het over allochtone kwetsbare gezinnen gaat."

Gemeenten met relatief weinig kansarmoede (bv regio Avelgem) moeten zich vooral richten tot de OCMW's en vinden het aanbod te beperkt. Het Huis Van Het Kind wordt in veel regio's als zeer positief ervaren. Zij bieden een uitgebreid aanbod, zeker in combinatie met het aanbod van het Sociaal Huis, dat in Oudenaarde sinds kort onder één dak zit.

3.3.7. Psychosociale problemen

Prevalentie van psychosociale problemen *(38 fragmenten)*

In vestiging Ronse werd direct het grote verschil in welbevinden benoemd bij jongeren uit kansarme gezinnen, voornamelijk door de verpleegkundigen die systematisch alle leerlingen het welbevinden laten scoren wanneer zij op medisch onderzoek komen. Zowel het welbevinden thuis als op school ligt volgens hen lager en enkele onderliggende redenen blijken in volgende citaten:

"Bijvoorbeeld op school wordt er dan geplaagd met hun kleren of dat ze stinken of dat ze luizen hebben. En thuis kan dat dan zijn dat ze geen ruimte voor zichzelf hebben, dat er gerookt wordt binnen, dat zijn zo dingen die zij aangeven."

"Of hele complexe situaties, hé, dat je denkt 'hoe functioneer jij eigenlijk in een klas' als je weet hoe het er daar thuis aan toe gaat."

"Gedragsstoornissen wel, daar ben ik zeker van omdat veel ouders door omstandigheden veel minder bezig zijn met opvoeding. En dat kan zijn omwille van dat het zwakke ouders zijn of omdat ze teveel kinderen hebben, omdat ze teveel zorgen hebben, omdat ze t zelf nooit

aangeleerd hebben omwille van vele redenen. Dus gedragsproblemen komen in mijn ogen zeker meer voor, dat ben ik zeker."

In de andere vestigingen werd de grotere prevalentie van psychosociale problemen bij kansarmen, zoals beschreven in de literatuur, niet opgemerkt.

"Ik denk niet dat dat zoveel meer is bij kansarme gezinnen dan bij andere."

"Ik denk eerder minder."

"Die zijn daarvoor niet ongelukkiger. Ge ziet niet meer suïcide bij hen, in tegendeel soms zelfs. Die zijn al eeuwen en eeuwen, voor hen is dat… die zijn daar in geboren, dat is zo."

Zowel in Oudenaarde als in Geraardsbergen kwam telkens één iemand even later toch met de bedenking dat dit gezien de context wellicht wel meer zou moeten voorkomen.

"Dan kan dat ook, goed ja, psychosociaal, dan denk ik dat daar ook wel altijd een opvoedingscomponent in zit, dan denk ik aan gedrag en waarom wordt zo een gedrag gesteld wordt, ja, dat kan persoonlijk liggen, maar voor een groot deel zal dat inderdaad aan de context liggen.

Dat dergelijke problemen wellicht minder snel worden behandeld en daardoor in ernst toenemen, daarover was ook overeenstemming in één vestiging:

"Ik weet eigenlijk niet of het wel meer voorkomt? Maar als het voorkomt is het, denk ik, moeilijker om aan te pakken en daardoor sleept het misschien meer aan. En zie je op den duur ernstiger dingen."

Verschil in aanpak van psychosociale problemen versus andere problemen *(14 fragmenten)* en taboe *(31 fragmenten)*

Over het taboe rond geestelijke gezondheidszorg zijn de meningen heel erg verdeeld. Sommigen ondervinden dat de stap om naar een psycholoog te gaan nog steeds groot is. Velen vinden dat, eens er een goede vertrouwensband is, er over alles kan gesproken worden. Anderen maken het onderscheid tussen een probleem dat eerder bij het kind ligt versus een probleem waarvoor de ouders verantwoordelijk geacht worden.

"Ja, want eens je hun vertrouwen hebt, zijn ze wel zeer open en dan kom je opeens alles te weten en dat dat dan zelfs een van de minder erge dingen is."

"Mijn indruk is dat ze gemakkelijker de stap zetten naar geestelijke gezondheidszorg dan bijvoorbeeld naar een thuisbegeleidingsdienst, omdat het probleem dan niet binnen de gezinscontext ligt, maar bij het kind."

In andere culturen worden problemen in de opvoedingscontext als extra gevoelig ervaren.

"Dat heeft dan meer met cultuur te maken en niet per se met die armoede."

"Ja, als t over opvoeding gaat, als t over kansarme gezinnen gaat uit een andere cultuur, dan ligt het wel gevoelig, natuurlijk, maar dan heb je naast dat kansarme die andere cultuur."

Moeilijkheden bij een traject rond psychosociale problemen *(80 fragmenten)*

Dit thema kwam in elk gesprek uitgebreid aan bod gezien de vele frustraties hierrond. Bij verwijzing naar diensten in de geestelijke gezondheidszorg botsen velen op **lange wachtlijsten,** een groot **tekort aan plaatsen** en een te **beperkt aanbod**. Een volgend probleem dat de CLB medewerkers aangeven, is dat eens er eindelijk bereidheid tot medewerking is vanuit de ouders, ze dan heel lang moeten wachten zodat het risico bestaat dat ze opnieuw afhaken. Bovendien is niet mogelijk om deze wachttijd te overbruggen met privé-therapeuten gezien de hoge kostprijs en de beperkte terugbetaling. In tussentijd proberen de meesten zelf het kind of de jongere op te vangen.

"En dan hebt ge ze eindelijk mee en dan zit ge met een tweede probleem, een maatschappelijk probleem: al de wachtlijsten. En ons systeem dat slecht in elkaar zit. Er zijn veel te weinig instanties waar ge terecht kunt voor de vraag en er is veel te veel vraag."

"Ik denk dat wij dan soms wel zondigen om die kinderen dan soms zelf wat op te vangen binnen die 8 sessies die wij eigenlijk mogen doen omdat ge gewoon niet wilt dat zij overal van tussen vallen. Maar ja, is dat altijd het ideale en zijn wij therapeutisch geschoold? Neen, maar ja dat is een beetje roeien met de riemen die je hebt."

Een volgend probleem dat wordt aangegeven is dat de diensten naar wie verwezen wordt te weinig rekening houden met de factor kansarmoede en **niet aanklampend** genoeg werken.

"Ge kunt zo uw best doen en dan verwijs je ze door en dan laten ze 't daar los voor niets. Bijvoorbeeld als je een bepaald attest niet binnenbrengt, dan moogt ge al niet meer komen. Maar dat weet je toch bij een kansarm gezin dat zij dat niet kunnen?"

"Ja, want CGG, als ge niet verwittigt dat ge op een afspraak niet komt, als dat 2 keer na elkaar zo is, dan stoppen ze."

"En wij krijgen daar dan veel te weinig feedback over als begeleider waardoor dat we ook niet heel snel nog efkens dat extra duwtje hebben kunnen geven. En, als er teveel tijd tussen is, moet je eigenlijk weer van vooraf aan beginnen vaak."

Preventie van psychosociale problemen *(45 fragmenten)*

Vanuit de medische discipline wordt er actief nagedacht over preventie. Er wordt één maal gerefereerd naar het Balansmodel van Bakker, besproken in de literatuurstudie. Dit zal gebruikt worden tijdens het kleuterconsult met ouders om risico- en beschermende factoren in kaart te brengen. (Volgend schooljaar wordt hiermee gestart en nu zijn reeds enkele try-outs gebeurd.)

"Ik denk dat het belangrijk is om in te schatten, ok je kan een moeilijke context hebben, maar soms hebben die mensen al superveel steun door beschermende factoren en ik denk dat dat belangrijk is om in te schatten of die er zijn of niet…te proberen om de balans tussen de risicofactoren en beschermende factoren te gaan bekijken…. Dat is van Bakker."

In verschillende vestigingen wordt een rol gezien voor de CLB medewerkers in het toe leiden naar (betaalbare) vrije tijds activiteiten voor kansarme jongeren om het welbevinden te verhogen.

"Ja, deelname aan het sociaal en cultureel leven ergens van de buurt, integratie van de buurt…Er trekken zich wel veel kinderen zich daar aan op, he."

Velen zien vooral een belangrijke rol voor de **scholen** wanneer het gaat over de preventie van psychosociale problemen en het verhogen van het welbevinden, en dit door een goed beleid rond psychosociaal functioneren. Het CLB kan de school hierin ondersteunen en kan de school sensibiliseren over de link tussen het emotioneel welbevinden en het functioneren op school. Deze wordt door veel scholen veel te weinig gelegd. Er wordt ook nog opgemerkt dat het CLB afhankelijk is van de school om casussen door te krijgen.

"Ik vind dat die link vaak niet gezien wordt enerzijds door de leerkrachten, maar ook niet door de ouders."

"Ik denk dat aan welbevinden preventief werken, dat dat ook op andere manieren kan en dat je niet meteen naar een therapeut hoeft te verwijzen. Er is daar een grote rol voor de school en de schoolondersteuners en de PBD. Ja, de school kan nog veel meer doen…"

"Dat hangt er van af hoe je het bekijkt. Ik denk dat je een preventieve opdracht kunt vervullen door scholen warm te maken en duiden op de blinde vlekken in hun werking rond psychosociaal functioneren van de leerlingen."

"Ik denk van wel, maar wij werken samen met scholen en 't is pas als een school iets aanmeldt dat wij dus niet preventief, maar zeer curatief dat wij moeten werken."

3.3.8. Competenties (kennis, vaardigheden en attitudes)

(46 fragmenten)

Een eerste belangrijke competentie is **inzicht** in de leefwereld van de kansarme en **kennis** over andere culturen.

"Ik denk, de belangrijkste competentie is, inzicht in diversiteit en aanvaarding van diversiteit en geen vooroordelen hebben of teveel taboes, want dan zijt ge…. Dat is juist hetgeen dat zo moeilijk is, dat wij anders denken dan hen en ge moet juist hen tegemoet komen een stapje…"

"Als dat in hun cultuur al niet aan de orde is, dan heeft dat ook geen zin, allez, ge kunt ze geen dingen gaan opleggen die voor hen normaal zijn of die al eeuwen in hun cultuur aanwezig zijn…"

Er wordt door enkelen gerefereerd naar de getuigenis van een ervaringsdeskundige op een interne bijscholing naar aanleiding van de werkgroep kansenbevordering in 2012. Deze heeft gezorgd voor een soort bewustwording van eigen denken, al sluipen de klassieke **vooroordelen** toch nog in elk gesprek en blijkt er een **verschil tussen de theoretische kennis en de praktijk**.

“Wat is afstemmen he? Zij hanteren juist heel andere prioriteiten dan wij en dan is dat soms moeilijk om voeling te krijgen en om ze juist te kunnen benaderen he.”

“Als ik soms bij gezinnen thuis ga, dan kan ik soms ook denken van ‘ge moet eens kijken, die hebben geen geld voor hun kinderen, voor hun eten, maar er staat daar dan wel een mega grote TV. Ok, je gaat dat niet zeggen, maar uit uw eigen waarden ga je dat wel… Natuurlijk vanuit uw rol als hulpverlener kun je dat wel een stuk gaan kaderen en dan ga je zeggen voor die mensen als status is dat misschien belangrijk, maar ge kunt daar toch niet aandoen dat ge daar aan denkt.”

“Sommige hebben grotere TV’s, maar hebben geen eten.”

“Ja, maar als ge iets weet van kansarmoede, dan weet ge dat die mensen ook graag een beetje luxe en comfort willen en die kunnen dat juist niet, die grens trekken met geld omdat ze al zo lang in de armoede zitten, dus als ze dan een keer een beetje geld hebben, dan doen ze stommiteiten.”

“Kijk, sommige krijg je echt niet naar de tandarts en ze krijgen wel sigaretten van hun ouders, allez, sorry, maar daar val ik van van mijn stoel.”

Er zijn ook heel wat **negatieve connotaties** die samenhangen met kansarmoede. Hierdoor is er soms angst om contact op te nemen. Ook de schrik om ‘misbruikt te worden’ om meer financiële steun te krijgen, wordt vermeld.

“’t Is niet altijd zo aangenaam he, die eerste keren dat je moet contact nemen… Ze kunnen redelijk verbaal hard zijn.”

“Ja, en ik moet eerlijk zeggen dat ik soms ook schrik heb om te bellen. In sommige gevallen, dat ge echt denk van, dat ge uw moed bij elkaar moet rapen, zeker als ze zo weigerachtig zijn.”

“Ik denk ook wel dat we moeten waakzaam zijn dat we niet misbruikt worden. Dat er bepaalde gezinnen proberen, ik wil niet met etiketten gooien, maar ik denk dan toch aan bepaalde Roma gezinnen die absoluut niet meewerkend zijn, maar die enkel maar meewerkend zijn als je iets voor hen kan doen rond huisvesting of rond het financiële.”

Er is algemene overeenstemming dat elke ouder het beste wil voor zijn kind en dat het belangrijk is om met een **positieve attitude** aan een gesprek te beginnen.

“Ik denk dat iedere ouder het beste voor heeft met zijn kind en als ge daar van uit gaat, dan is dat het beste, he.”

“Als je er al vanuit gaat dat die deur gaat opengaan, dat dat sympathieke mensen gaan zijn die echt willen, dan bereik je volgens mij veel meer.”

Rond de **opvoedkundige capaciteiten** van kansarme ouders worden enkele negatieve uitspraken gedaan. De moeilijkheid om nieuwe vaardigheden aan te leren wordt ook ter sprake gebracht.

“Want ze doen eigenlijk van alles verkeerd en daardoor zijn er problemen. Maar om hen dat aan te leren…”

“Ge kunt wel zeggen ‘ge moogt uw kind niet slaan’, maar ze doen zodanig veel verkeerd in de opvoeding, dat ge niet goed weet van…”

"'t Is gelijk dat ik zeg, ge hebt ze wel mee na een tijd, maar het blijft zeer moeilijk om hen iets aan te leren. Gelijk gedragsverandering is ook 10 keer moeilijker dan…."

Sommigen zien weinig vooruitgang na jarenlange ervaring met kansarme gezinnen, zien hun situatie als **hopeloos** en de hulpverlening als opgedrongen en nog weinig zinvol.

"Ge zijt sowieso een beetje een vogel voor de kat. En 't is een beetje dweilen met de kraan open. Heel veel vooruit geraakt ge daar niet, maar ge kunt ze ook niet…"

"Ja, maar wij komen vaak als zoveelste in de rij. Ze hebben al vaak, allez, zoveel ontgoochelingen gehad met diensten, waardoor wij maar de zoveelste zijn en wij ons moeten verantwoorden. En vaak zijn dat ook geen prioriteiten voor hen…

Ten slotte wordt er nog in 2 gesprekken uitgebreid het belang van het **bewaken van eigen grenzen** besproken.

"…wanneer je op reis en 's nachts wordt gebeld en dan denk je van…"

"Ze beseffen dat ook niet dat ze er dan over gaan."

"Maar goed, soms moet je kiezen: ofwel gaan ze niet ofwel steek je ze in je auto. Wat doe je dan hé, wij werken altijd voor de kinderen, hé. Wij willen het beste voor dat kind, dus… ga je wel vaak bepaalde grenzen over die je eigenlijk niet zou mogen overgaan, maar ja… het is moeilijk te bepalen wat kan en wat kan niet, vind ik."

"Ja, vooral bij kansarme gezinnen is dat zo. Die dan u aanspreken in de Mc Donalds, maar die mensen zien daar ook geen erg in. Of die mij bijna dagelijks een sms'je sturen van 'hij zit op de bus' of 'hij is zijn must vergeten op school'…"

3.3.9. Health Literacy

(20 fragmenten)

Het thema 'health literacy' kwam maar beperkt aan bod (in 3 van de 5 gesprekken). In Ronse komt opnieuw het verschil naar voor tussen allochtone en autochtone kansarme ouders. De kennis rond gezondheid zou vooral beperkter zijn bij allochtone ouders, terwijl de kinderen hierover goed geïnformeerd worden op school en hierover ook vragen stellen tijdens het medisch onderzoek. Bij de autochtone kansarme populatie zorgen andere problemen ervoor dat gezondheid geen prioriteit is/kan zijn.

"Ik denk dat ze niet altijd goed weten hoe dat ze het anders kunnen aanpakken, omdat ze soms echt… gewoon onwetendheid is."

"Zij denken echt wel vaak dat zij goed bezig zijn en dat zij heel vers koken en heel gezond koken. Heel goed met veel groenten. Dat zal inderdaad wel zo zijn, maar als ge daar dan liters olie in de saus, dan is t weeral..."

"Al vind ik dat de kinderen (van allochtone gezinnen) *zelf vaak méér begaan zijn met hun gezondheid. Bijvoorbeeld 'ik weet wanneer ik de laatste keer al dan niet naar de tandarts ben geweest of ik zou dat graag hebben. 'Kun je 't nog een keer extra op de brief schrijven of wil je toch eens bellen naar mijn moeder dat dat belangrijk is'."*

"Neen, dat is ook geen gebrek aan bezorgdheid, maar er zijn gewoon zoveel andere dingen die voorgaan."

3.4 Discussie

In dit kwalitatief onderzoek exploreerden we de ervaringen van CLB medewerkers in de samenwerking met kansarme gezinnen, in het bijzonder rond psychosociale problemen.

Uit de gesprekken blijkt dat een aantal aspecten van kansarmoede door de meeste CLB medewerkers zeer goed gekend zijn. Men weet dat het niet louter gaat om materiële armoede, maar dat ook de kansen in de maatschappij worden beknot, zoals in diverse bronnen wordt beschreven. [1-2-3-10-14…] Er is een goed inzicht in de leefwereld van de kansarme en de wenselijke methodieken zoals het aanklampend en empowerend werken in een vertrouwensrelatie zijn goed gekend.

Deze kennis resulteert echter wisselend in effectief gedrag en is erg afhankelijk van hulpverlener tot hulpverlener. Bovendien wordt veelvuldig aangehaald dat de wenselijke manier van werken zéér veel tijd vraagt en dat het daar vaak aan ontbreekt door de hoge werkdruk. In een artikel rond samenwerken met kansarme gezinnen worden deze organisatorische beperkingen ook beschreven. [16]

De hogere prevalentie van psychosociale problemen bij kansarmen en de mechanismen waarop kansarmoede het leren en studeren, de onderwijsloopbaan, de gezondheid en het psychosociaal functioneren negatief beïnvloedt zijn bij een groot deel van de CLB-medewerkers niet gekend. Uit de gesprekken bleek dat heel wat medewerkers hier nog niet hadden bij stilgestaan en wanneer gevraagd werd om hierover na te denken, werd in eerste instantie vaak geen verschil gezien in prevalentie of werd zelfs het omgekeerde gesteld: *"Die zijn daarvoor niet ongelukkiger. Ge ziet niet meer suïcide bij hen, in tegendeel soms zelfs."* Ook de link tussen psychosociale problemen en het in stand houden van de vicieuze cirkel *'armoede – sociale uitsluiting – zakken op school – voortijdig de school verlaten – onder tewerkstelling/werkloosheid – sociale uitsluiting – armoede'* wordt niet snel gelegd.

Hierbij komt nog dat het hulpzoekend gedrag bij psychosociale problemen erg laag ligt, waardoor slechts in een late fase van het ontstaan van een probleem een hulpvraag wordt gesteld. Dit impliceert voor de hulpverlening dat we hierop niet mogen wachten, maar proactief problemen moeten opsporen of risicofactoren die aanleiding kunnen geven tot een probleem. Uit de gesprekken blijkt echter dat de MW en vooral de PPC discipline minder vertrouwd zijn met proactief/preventief werken. Zij stellen vaak dat er pas moet ingegrepen worden wanneer de school een kind/jongere aanmeldt. Uit de literatuur blijkt echter dat wanneer men wacht tot er gedragsproblemen optreden of de schoolresultaten achteruit gaan, men slechts een heel klein deel van de kinderen bereikt en men geen verbetering van de mentale gezondheid ziet op populatie niveau. Een vroege detectie en interventie beoogt wel dit effect en is bovendien kosten-effectiever. Wanneer een hulpverlener vroege signalen detecteert, is er meer tijd om

samen met de leerling en de ouders naar krachtbronnen te zoeken en meer preventief te werken. Uit de gesprekken blijkt dat vooral de medische discipline vanuit haar preventieve opdracht hier veel aandacht voor heeft. Zo wordt tijdens de algemene consulten het welbevinden systematisch nagegaan en worden risicofactoren genoteerd en gemeld aan de andere disciplines. Deze kennis wordt meegenomen in lopende trajecten, maar door de grote toevloed van zorgvragen wordt deze onvoldoende preventief benut. Met verwacht dat het kleuterconsult met ouders hier vanaf volgend schooljaar meer mogelijkheden toe biedt, aangezien systematisch de risicofactoren en beschermende factoren volgens het 'Balansmodel van Bakker' in kaart zullen gebracht worden en hieruit een traject kan voortvloeien.

In de gesprekken wordt heel vaak aangegeven dat er bij de hulpverlening rekening moet gehouden worden met een lagere graad van *'health literacy'* en met de grote invloed van cultuur op het denken over gezondheid. Over het taboe op geestelijke gezondheid zijn de meningen verdeeld. Verrassend is dat veel CLB medewerkers aangeven dat eens er een goede vertrouwensband is, er over alles kan gesproken worden. Anderen maken het onderscheid tussen een probleem dat eerder bij het kind ligt versus een probleem waarvoor de ouders verantwoordelijk geacht worden. Bij het laatste vindt de professional het moeilijker om dit aan te kaarten bij de ouders én staan de ouders minder open voor hulp.

Een groot probleem dat wordt aangegeven om psychosociale problemen bij kansarmen effectief aan te pakken, vormen de lange wachtlijsten en het beperkte aanbod voor geestelijke gezondheidszorg. Een te geringe terugbetaling van privé-psychotherapie vormt hierbij een extra moeilijkheid. Dat maakt dat de CLB-medewerker weinig of niet kan terugvallen op een degelijk therapeutisch welzijn- en gezondheidszorgnetwerk en dat deze als professional het gevoel krijgt geen gunstige resultaten te boeken na een traject van handelingsgerichte diagnostiek. Dit zorgt alsnog voor een toename van de sociale ongelijkheid ondanks de inspanningen van een laagdrempelige preventieve eerste lijns-gezondheidszorg.

Een laatste werkpunt dat uit de gesprekken naar voor komt, is het gebrek aan kennis en vaardigheden rond kansarmoede bij veel *scholen,* rond de impact van psychosociaal functioneren op het leren en bijgevolg op zittenblijven of ongekwalificeerd uitstromen. Een taak van het CLB bestaat erin om dit te signaleren naar de scholen en om de scholen te ondersteunen in het ontwikkelen van een goede brede basiszorg op fase 0 van het zorgcontinuüm, wat ook door de WHO wordt aanbevolen. Op die manier kunnen wij bijdragen tot het verminderen van de sociale ongelijkheid.

Beperkingen van het onderzoek:

Een beperking verbonden aan het werkten met focusgroepsgesprekken, is dat de groepsdynamiek bepaalt of alle deelnemers zich vrij durven uiten. In één persoonlijk gesprek vermelde de deelnemer zelf dat deze blij was dat het interview niet in groep gebeurde, omdat deze zich anders misschien geremder zou voelen. Bij de vraag over de prevalentie van psychosociale problemen in de vestigingen Oudenaarde en Geraardsbergen viel het op dat de mening van de eerste die zich hierover uitte, in eerste instantie door de groep werd gevolgd. Pas nadien gaf telkens één collega enkele tegenargumenten hiervoor. Bovendien kon vestiging Zottegem niet meer geïnterviewd worden, zodat we de mening niet gehoord hebben van de collega's die het minst in contact komen met gezinnen in kansarmoede.

Anderzijds gebeurde er niet echt een duidelijke selectie van de deelnemers; iedereen die aanwezig was die dag, nam deel aan het gesprek. Hierdoor werd er een vrij heterogene groep gevormd met collega's van verschillende disciplines. Na alle gebeurde interviews werd bovendien saturatie van de informatie bereikt.

4. Conclusie en aanbevelingen

Deze masterproef wilde onderzoeken hoe de zorg verloopt bij kinderen en jongeren uit kansarme gezinnen, in het bijzonder rond psychosociale problemen, dit als aanvulling op het rapport van de VWVJ van 2017 rond de nazorg volgend op de systematische contactmomenten. [24] Het doel van dit kwaliteit verbeterend project was om hierrond aanbevelingen te kunnen doen voor een goede praktijkvoering binnen het CLB.

Uit de *literatuur* werd de nodige achtergrondinformatie bekomen. De grote impact van kansarmoede op psychosociale problemen en de vicieuze cirkel onderling via de negatieve invloed op de ontwikkeling komt duidelijk naar voor. Ook blijkt het belang van een effectieve preventieve zorg om deze cirkel te kunnen doorbreken en om effecten te bereiken op populatieniveau. Vroegdetectie en vroegsignalering met gebruik van wetenschappelijk onderbouwde instrumenten blijken hierbij essentieel in combinatie met een laagdrempelige hulpverlening, aangepast aan deze kwetsbare populatie. De noodzaak om hierin te investeren blijkt uit de toenemende prevalentie van zowel kansarmoede als van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren.

Het *kwalitatief onderzoek* geeft een goed beeld van de sterktes en werkpunten bij de medewerkers van het CLB GO! Oudenaarde Geraardsbergen rond dit thema. Het toont aan dat de meeste CLB medewerkers een voldoende kennis hebben over hoe de hulpverlening bij kansarme gezinnen best verloopt om tot de meest effectieve zorg te komen, maar er blijkt toch nood aan meer concrete tips om dit in de praktijk toe te passen. De gesprekken geven inzicht in de manier waarop kansarme gezinnen omgaan met psychosociale problemen, maar er bestaat bij de CLB medewerkers een hiaat in de kennis rond psychosociale problemen bij deze populatie. Bovendien worden enkele knelpunten in de algemene werking van het CLB blootgelegd (gebrek aan tijd) en in de verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg (gebrek aan plaatsen en financiële barrières). Ook bij de scholen werden een aantal verbeterpunten opgemerkt.

Hieruit kunnen we volgende aanbevelingen doen voor onze werking die in combinatie met de inzichten uit de literatuurstudie naar alle CLB medewerkers zullen teruggekoppeld worden.

- Het is belangrijk om te blijven investeren in *opleidingen rond kansarmoede* bij alle CLB medewerkers. Dit kan onder andere via het bestaande aanbod van het POC (Permanente Ondersteuning Cel) en de huidige 'Visietekst Kansenbevordering' kan aangevuld worden met praktische tips, bijvoorbeeld voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

- Ook bij de *scholen* is er nood aan meer kennis een vaardigheden rond kansarmoede. Het CLB heeft hierin een belangrijke *signaalfunctie*. Bij de scholen moet deze kennis leiden tot een optimalisatie van de brede basiszorg.
- Door het aanreiken van achtergrondinformatie rond de wisselwerking tussen kansarmoede, psychosociale problemen en functioneren op school willen we de aandacht voor het probleem verhogen en zo aanzetten tot vroege detectie, signalering en interventie door alle disciplines.
- Het *kleuterconsult* speelt hierin een belangrijke rol en betekent ook een kans tot een eerste positief contact met kansarme ouders.
- Bij de verdeling van de omkaderingsgewichten is het belangrijk om rekening te houden met de grote tijdsinvestering die hulpverlening met kansarme gezinnen vraagt.

In het algemeen zien we dat er zowel op Vlaams niveau, Federaal niveau, Europees niveau als door de WHO ernstig nagedacht wordt over deze problematiek en er goed onderbouwde plannen van aanpak worden opgesteld. Er wordt een duidelijk standpunt ingenomen rond het belang van de aanpak zowel van kansarmoede als van geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen. Er wordt door de WHO een laagdrempelige aanpak aangeraden via de scholen met een systematisch nagaan van de psychosociale ontwikkeling van kinderen en een gezonde ouder-kind relatie; een ideale taak voor de Centra voor Leerlingenbegeleiding die alle kinderen bereiken. Dit leidt echter niet tot een uitbreiding van de werkingsmiddelen voor de CLB's, hoewel er taken bijkomen en er weinig andere wegvallen.

Er is nood aan:

- Meer middelen voor preventie of een verschuiving van middelen van de curatieve naar de preventieve zorg.
- Rekening houden met de factor kansarmoede in de omkadering van de CLB's.
- Terugbetaling van privé psychotherapie door het riziv
- Extra plaatsen in de geestelijke gezondheidszorg, die financieel haalbaar zijn, beperken van de wachtlijsten.

Samenvatting

Onderzoeksvraag: In dit kwaliteit verbeter project staat de vraag centraal hoe de samenwerking verloopt met gezinnen in kansarmoede bij CLB medewerkers, in het bijzonder rond psychosociale problemen. Welke knelpunten ondervinden zij en welke goede strategieën kunnen gedeeld worden?

Methode: Om deze vraag te onderzoeken wordt er eerst een *literatuurstudie* uitgevoerd om meer achtergrond te bekomen rond kansarmoede, de impact ervan op de ontwikkeling van kinderen en jongeren en de implicaties voor de hulpverlening. We bekijken de risicofactoren en beschermende factoren voor geestelijke gezondheidsproblemen bij deze populatie en de aanbevelingen voor preventie, promotie en interventie.

Vervolgens gebeurt er een *kwalitatief onderzoek* met focusgroepsgesprekken en individuele *semi-gestructureerde interviews* bij de CLB medewerkers van het CLB GO! Oudenaarde Geraardsbergen om hun ervaringen, attitudes en opvattingen rond dit thema te exploreren.

Resultaten: Het onderzoek toont aan dat de meeste CLB medewerkers voldoende kennis hebben over hulpverlening bij kansarme gezinnen (laagdrempelig, aanklampend, emancipatorisch), maar het blijkt moeilijk om dit in de praktijk toe te passen. Het inzicht in psychosociale problemen bij kansarmoede is eerder beperkt en het belang van preventie wordt vaak onderschat. Het invoeren van het kleuterconsult met ouders biedt een grote kans om aan vroegdetectie en vroegsignalering te doen en om gemakkelijker een vertrouwensband op te bouwen met de ouders. De gesprekken geven bovendien een inzicht in de manier waarop kansarme gezinnen omgaan met psychosociale problemen. Ook worden enkele knelpunten in de werking van het CLB blootgelegd (gebrek aan tijd) en in de verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg (gebrek aan plaatsen en financiële barrières). Tot slot worden bij de scholen een aantal verbeterpunten opgemerkt.

Conclusie: Uit het onderzoek blijkt de nood aan praktische tips om te komen tot een effectieve zorg en de nood aan het delen van kennis rond psychosociale problemen bij kinderen die leven in kansarmoede. Het gebrek aan tijd bij de CLB medewerkers, het gebrek aan middelen binnen de preventieve gezondheidszorg in het algemeen en in de geestelijke gezondheidszorg, maken het moeilijk om de best gepaste zorg te bieden aan kinderen met psychosociale problemen die in kansarmoede opgroeien.

Referenties

1. Kind en Gezin. http://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/kansarmoede/
2. Vzw De Link. Visie op Armoede 2012. http://www.delinkarmoede.be/sites/default/files/2012_visie_op_armoede_de_link.pdf
3. The European Anti Poverty Network. www.eapn.eu
4. Advies over kinderen in armoede. VLOR (Vlaamse Onderwijsraad). 6 november 2013. www.vlor.be/adviezen/advies-over-kinderen-armoede:
5. Omgevingsanalyse Ronse *in functie van het Lokaal Overlegplatform Ronse-Basisonderwijs en het Lokaal Overlegplatform Geraardsbergen-Oudenaarde-Ronse-secundair onderwijs.* Provincie Oost-Vlaanderen. Steunpunt Sociale Planning. 2014. www.oost-vlaanderen.be/socialeplanning
6. Kind en Gezin. 2016. http://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/rapporten/over-kind-en-gezin/kind-in-vlaanderen/
7. Cijfers CLB foto 2017. Edulex Databundel leerlingenkenmerken 2017. Share-point van het CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen
8. Nationaal Kinderarmoedebestrijdingsplan, kinderarmoede bestrijden en het welzijn nationaal van kinderen bevorderen. Actieplan vanuit de Federale, Gemeenschaps- en gewestregeringen. 2011. POD Maatschappelijke Integratie. https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/nationaal_kinderamoedebestrijdingsplan_nl_0.pdf
9. A. Geerts, D. Dierckx, L. Vandevoort. Elk kind telt. Informatie en inspiratie voor lokale actoren in hun strijd tegen armoede. 2011. www.vlaanderen.be
10. Keymeulen A., Van Hoeck K. Onderzoek naar de (na)zorg die CLB kunnen verlenen naar aanleiding van de medische consulten. VWVJ 2014. POC. www.vwvj.be/sites/default/files/jgz/jgz_-_methodieken_en_hulpmiddelen/rapport_nazorgmedconsulten_kansarmoede_17042015.pdf
11. Spiesschaert F. Ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting. Een inleiding tot de methodiek. Acco: Leuven. 2005. P. 171.
12. Ervaringsdeskundigen in de armoede en sociale uitsluiting in de CLB's. Vlaamse Overheid, Departement Onderwijs en Vorming in samenwerking met de verantwoordelijke werkgroep. 2008. www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/ervaringsdeskundigen-in-de-armoede-en-sociale-uitsluiting-in-de-clb-s
13. Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2015-2019. Vlaamse regering. 2015. https://armoede.vlaanderen.be/sites/default/files/media/documenten/20150702_ontwerptekst%20VAPA%20-%20DEFINITIEF%20-%20BIS.pdf

14. Van Hoeck K., Hoppenbrouwers K. Onderzoek naar de wetenschappelijke State of the Art van de Preventieve Gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen (3-18 jaar). VWVJ. 2010. www.vwvj.be/document-onderzoek-naar-de-wetenschappelijke-state-art-van-de-preventieve-gezondheidszorg-voor
15. Visietekst kansenbevordering. CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen 2013. Sharepoint CLB GO! Oudenaarde Geraardsbergen
16. Driessens K. Hulpverleningsrelaties met arme gezinnen. Welzijnsgids; Zorg voor gezinnen en kinderen. 2005; Map 3: p. 1-28.
17. http://www.netwerktegenarmoede.be/documents/Standpunt-CLB-(2).pdf
18. Postma S. JGZ-richtlijn. Vroegsignalering van psychosociale problemen. RIVM 2008. https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2009/januari/JGZ_richtlijn_Vroegsignalering_van_psychosociale_problemen:gCg9S35YSSGj-KnBpRA5AQ
19. Branden S. Van Den. Literatuurstudie naar de wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van vragenlijsten in de detectie en taxatie van psychosociale problemen en problematische opvoedingssituaties bij kinderen en jongeren. 2014. VWVJ. www.vwvj.be/sites/default/files/denken_en_voelen/rapport_vroegsignalering_psychosociale_problemenv2.pdf
20. Mental health action plan 2013-2020. WHO. 2013. http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
21. Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. Protocolakkoord gesloten tussen de Federale regering en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde Overheden. 2015. http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/ggz-kinderen-en-jongeren-30-03-2015
22. Gezondheidsenquête 2013. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. https://his.wiv-isp.be/nl/
23. Eapen V, Lee L, Austin C. Health and education: service providers in partnership to improve mental health. Int J Ment Health Syst. 2012 Sep 20; 6(1):19.
24. Van Hoeck K. Kansenbevorderend werken: Kwalitatief onderzoek naar de (na)zorg aan kansarme leerlingen en hun ouders, volgend op de systematische contactmomenten in het CLB Rapport i.o.v. het Agentschap Zorg en Gezondheid. VWVJ. 2017. www.vwvj.be/sites/default/files/jgz/jgz_-_methodieken_en_hulpmiddelen/rapport_nazorgclb_kansarmoede.pdf

25. Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006; 3 (2). p. 77-101.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring Ethische Commissie

Bijlage 2: Toestemmingsformulier voor deelname aan het semi-gestructureerd interview

Bijlage 1: Goedkeuring Ethische Commissie

UZ Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 078)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel. + 32 2 477 55 84
fax + 32 2 477 55 91
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. A. JANSEN
JEUGDGEZONDHEIDSZORG
UZ BRUSSEL

Brussel, 25-04-2018

Ons Kenmerk: 2018/117

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Samenwerken met kansarme gezinnen rond psychosociale problemen, een kwalitatief onderzoek bij de medewerkers van het CLB GOI Oudenaarde-Geraardsbergen
B.U.N. 143201835807

Na beoordeling van de documenten tijdens de vergadering van 18 april 2018, en na ontvangst van het aangepaste informatie- en toestemmingsformulier, besluit de commissie medische ethiek

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

prof. dr. M. Deneyer

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation Blok 2, Victor Hortaplein 40 / 10, 1060 BRUSSEL

Universiteit Brussel, Vakgroep Jeugdgezondheidszorg

Bijlage 2

Toestemming tot deelname aan een onderzoek

Dit document voorziet in de deelname van:

Voornaam en naam: Geboortedatum:

in een onderzoek van de vakgroep Jeugdgezondheidszorg, Vrije Universiteit Brussel. Dit onderzoek is getiteld: "Samenwerken met kansarme gezinnen rond psychosociale problemen, een kwalitatief onderzoek bij de medewerkers van het CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen."

Achtergrondinformatie: Deze studie wil onderzoeken hoe de nazorg verloopt bij psychosociale problemen bij leerlingen uit kansarme gezinnen, zowel de opvolging door het multidisciplinair team van het CLB als de verwijzing naar externe hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg of integrale jeugdhulp.

Procedure: Het onderzoek verloopt via focusgroepsgesprekken onder de vorm van semigestructureerde interviews met de medewerkers van het CLB GO! Oudenaarde-Geraardsbergen in verschillende vestigingen. Daarbij krijgt u de kans om uw persoonlijke mening en ervaring te delen. De gesprekken worden opgenomen op audiotape maar worden anoniem verwerkt. Dit wil zeggen dat uw naam of gegevens die toelaten u te identificeren nergens vermeld zullen worden in de thesis of andere communicatie rond deze studie. Deze opnames worden bewaard tot het voltooien van de thesis (ten laatste september 2018).

Verzekering van confidentialiteit: We verzekeren de bescherming van uw privacy in deze studie. Het verwerken van de informatie gebeurt los van de spreker. Noch bij de woordelijke transcriptie, noch bij de analyse achteraf wordt er verwezen naar specifieke personen. Er zal mogelijks enkel verwezen worden naar de vestiging waar het gesprek plaatsvond.

Recht op informatie: U hebt het recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject die in dit document beschreven worden. De resultaten van het onderzoek worden gebundeld in een onderzoeksrapport. Dit zal besproken worden met alle collega's en u kan dit rapport steeds opvragen.

Recht om uw deelname stop te zetten: u kan steeds besluiten het interview te stoppen/weigeren.

Ik ben akkoord om deel te nemen aan deze studie en stem in met de audio-opnames.

Handtekening van de deelnemer: Datum:

Verklaring van de projectcoördinatoren:

De projectcoördinatoren zijn verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document.

Handtekening projectcoördinatoren: Datum:

Projectcoördinatoren: Prof. Dr. Anna Jansen, Vakgroep Jeugdgezondheidszorg, Universiteit Brussel; Dr Katelijne Van Hoeck, VWVJ.