

# De combinatie van arbeid en zorg bij moeders met een prematuur kind

(winnend artikel Acco-prijs van de Vereniging voor Sociologie 2005)

*Chris Vluymans*

## 1. Inleiding

De combinatie zorg en arbeid is al verschillende decennia actueel bij gezin, bedrijf en beleid. Gezinnen, gezinsleden en individuen staan dagelijks voor de taak een meer harmonische en doeltreffende combinatie van het gezins- en beroepsleven te realiseren. Daarnaast willen organisaties zo goed mogelijk functioneren binnen het sterk competitieve marktsysteem. Beide actoren worden in hun zoektocht door elkaar beïnvloed (Van Dongen 2004, 9). Het overheidsbeleid tracht een aangepast kader op macroniveau te creëren waarbinnen de individuele gezinnen en bedrijven armslag hebben om hun eigen werking en onderlinge wisselwerking te verbeteren.

Voornamelijk door de toegenomen arbeidsmarktdeelname van vrouwen is de behoefte aan zorg disproportioneel toegenomen. Bovendien is er een grote diversiteit van zorgvormen ontstaan: zo zijn er collectieve opvang en (informele en formele) zorg aan huis. De problematiek van zorg voor kleine kinderen wint aan belang in onze huidige samenleving. Dit uit zich in de maatschappelijke en politieke aandacht door een expliciet zorg- en welzijnsbeleid en het aantal congressen en publicaties die het zorgvraagstuk behandelen.

De groeiende arbeidsparticipatie van vrouwen en het combinatievraagstuk arbeid en zorg werden begeleid door talrijke, meestal kwantitatieve studies die de achtergrond van deze ontwikkelingen belichtten. Zo werd onderzocht in hoeverre de arbeidsdeelname van moeders met jonge kinderen en de omvang van hun baan verklaard kunnen worden vanuit kenmerken van de moeder en haar gezin, zoals haar leeftijd en opleidingsniveau, het totale huishoudinkomen, de taakverdeling binnenshuis, het aantal en de leeftijd van de kinderen (Geurts 2003; Glorieux en Vandeweyer 2001; Jacobs 2000; Van Dongen 2004; Van Gils 2003). De arbeidsparticipatie werd daarnaast benaderd vanuit de toe-

gankelijkheid en de aantrekkelijkheid van de arbeidsmarkt voor moeders met jonge kinderen. Daarbij werd onder meer gelet op de arbeidspositie, de arbeidsvoorwaarden en de faciliteiten voor het combineren van werken en zorgen (Cantillon e.a. 2001; De Lathouwer 2001; Gornick e.a. 1997; Tielens 2003).

Er is bovendien veelvuldig studiewerk verricht naar de betekenis van het moederschap (Cantillon 2002; Carton 2003; De Witte 1999; Duncan e.a. 2003; Groenendijk 1999, Knijn en Verheijen 1991; Marks en Houston 2002; Muffels 2001; Van Dongen 2004). Op basis van literatuur en onderzoek kan het algemene beeld van het huidige moederschap in drie grote lijnen worden samengevat. Ten eerste is volledig moeder zijn niet vanzelfsprekend, buitenhuis werken wel (Cantillon 2002; De Witte 1999; Van Dongen 2004). Vervolgens komen de persoonlijke voorkeuren en de persoonlijke identiteit van de moeder sterk op de voorgrond te staan (Groenendijk 1999; Muffels 2001; Van Dongen 2004). Tot slot wordt vastgesteld dat de moeder de hoofdverantwoordelijkheid blijft houden voor de opvoeding en verzorging van de kinderen (Carton 2003; Glorieux 2001; Jacobs 2000). Dit beeld van het moederschap suggereert dat vrouwen keuzes kunnen en moeten maken, keuzes die ingevuld worden afhankelijk van de persoonlijke voorkeur van de vrouw. Deze voorkeur uit zich voor een belangrijk deel in de opvattingen die vrouwen hebben over het moederschap.

Uit onderzoek blijkt verder dat er een grote verscheidenheid is in het denken van vrouwen over hun moederschap (Duncan e.a. 2003; Knijn en Verheijen 1991; Marks en Houston 2002). Duncan e.a. (2003) onderzoeken de waardepatronen over het moederschap bij moeders met partners. In uitbreiding op de categorieën van Knijn en Verheijen (1991) definiëren zij, naast de groep van moeders die prioriteit geven aan de voordelen van eigen zorg voor hun kinderen en hun identiteit hiermee gelijkstellen ('primary mother') en de groep van moeders die betaald werk voor zichzelf als een afzonderlijke identiteit als moeder zien ('primary worker'), een derde groep: de vrouwen die het betaald werk als onderdeel zien van goed moederschap ('mother/worker integral'). De feitelijke beslissing in verband met de combinatie zorg en arbeid gebeurt op basis van onderhandeling tussen partners. Deze afspraken blijken, volgens de auteurs, zeer vaak gebaseerd op een traditionele verdeling (Duncan e.a. 2003, 318).

Marks en Houston (2002) onderzochten de houdingen die werkende en niet-werkende moeders met kleine kinderen hebben over de combinatie zorg en arbeid. De auteurs starten met de stelling dat vrouwen in onze samenleving vaak de keuze hebben tussen zorgarbeid en betaalde arbeid (Marks en Houston 2002, 524). Ze stellen vast dat de meeste vrouwen die werk en zorg combineren ('adaptive mother') van mening zijn dat moeders in de eerste plaats zorgdraagster zijn van hun kinderen en dat vrouwen dat ook het beste kunnen. Ze vinden hun moederschap belangrijker dan hun betaalde arbeid. Dit geldt zowel voor de voltijds, deeltijds als niet-werkende moeders. Belangrijke redenen voor de keuze om toch te (blijven) werken voor deze moeders zijn

vooral hun engagement ten opzichte van hun werk, hun negatieve kijk op het verschil in waardering van betaalde en zorgarbeid en tot slot de bevinding dat moederschap een vervelende, stresserende en sociaal-isolerende ervaring is (Marks en Houston 2002, 230-234).

Deze onderzoeken bevestigen een grote verscheidenheid in de opvattingen die vrouwen hebben over hun moederschap. Enerzijds kunnen duidelijke patronen van voorkeuren en keuzes worden onderscheiden bij moeders die behoren tot de uiterste categorieën: moeders uit de ene groep kiezen duidelijk voor zorg, terwijl de andere categorie een duidelijke voorkeur geeft aan werk. Anderzijds blijkt dat bij de groep van moeders die behoren bij de categorie van 'mother/worker integral' (Duncan 2003) of 'adaptive' (Marks en Houston 2002) een grote variëteit bestaat aan beleving van hun moederrol. Een belangrijke vaststelling is dat het voor vele van deze vrouwen moeilijk is om zich te distantiëren van het traditionele moederschapsideaal. Dit maakt dat veel vrouwen zich gesteld zien voor een zwaar dilemma. Hun verwachtingen ten aanzien van hun moederschap zijn vaak onduidelijk en diffuus. Moeders van jonge kinderen zijn veelal aan het onderzoeken welke eisen ze aan zichzelf als moeder stellen en welke verwachtingen anderen hebben.

## 2. Probleemstelling

In deze bijdrage zullen we nagaan of een gebeurtenis zoals prematuriteit, de beleving van het moederschap wijzigt en in welke zin. We vragen ons af of bovengenoemde onderzoeken niet te veel de indruk geven dat de houding ten aanzien van het moederschap iets statisch is. Bovendien ontbreekt het aan aandacht voor specifieke groepen van moeders. Wij onderzoeken het combinatievraagstuk arbeid en zorg voor één welbepaalde groep, namelijk de moeders van premature kinderen in Vlaanderen.

Vanuit sociologische hoek kan worden vastgesteld dat tot op heden nog weinig aandacht aan deze groep werd besteed. Deze groep is groeiend en bedroeg in 2002 ongeveer 7,4% van alle geboorten in Vlaanderen (Cammu 2003, 17). Wij konden geen beroep doen op literatuur of onderzoek die het effect van prematuriteit op de arbeidspatronen en het combinatievraagstuk van moeders bestudeert. Vanuit medische zijde wordt aangegeven dat de huidige maatregelen zoals kinderopvang en arbeidsonderbrekingen, onvoldoende afgestemd zijn op de specifieke behoeften in geval van prematuriteit. Men vraagt aandacht voor deze problematiek (Mahieu 2003, 124). De combinatieproblematiek voor moeders van premature kinderen staat bovendien specifiek vermeld in het regeerakkoord van de federale overheid. Midden 2004 werd de uitbreiding van het zwangerschapsverlof bij hospitalisatie van een pasgeboren kind mogelijk gemaakt.

Drie vragen dienen als basis voor dit artikel. Een eerste vraag betreft het effect van prematuriteit op de beleving van de moederrol. Vervolgens vragen we ons af hoe zich dit vertaalt naar de voorkeuren op vlak van de combinatie arbeid en zorg. Tot slot stellen we ons de vraag of de moeders wettelijke en feitelijke beperkingen ondervinden in hun uiteindelijke keuze en welke dit dan zijn.

We onderscheiden twee delen in dit artikel. Het eerste deel schetst de problematiek van prematuriteit en de beleving ervan door de moeders aan de hand van een literatuurstudie. De focus ligt op de subjectieve ervaring van het moeder-zijn van een prematuur kind. Hiermee sluiten we aan bij de visie dat het handelen van actoren niet zozeer door een objectieve situatie bepaald wordt, maar wel door de subjectieve ervaring van die situatie (De Jong 1997, geciteerd in Groenendijk 1999, 19; Knijn en Verheijen 1991, 78). In het tweede deel van het artikel wordt gestart met enkele eigen bevindingen met betrekking tot het effect van prematuriteit op de beleving van de moederrol. Vervolgens wordt een antwoord gezocht op de andere twee genoemde vragen. Hiertoe hebben we gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Op basis van de voorkeuren en de beleving van de uiteindelijke keuzes in de combinatie arbeid en zorg trachten we, tenslotte, te komen tot een typologie van moeders met een prematuur kind.

### 3. Prematuriteit en moederschap

#### 3.1. Prematuriteit: situering

Een normale zwangerschap duurt ongeveer 40 weken. Men spreekt dan van een à terme-baby. Ook geboorten tussen de 37ste en 41ste week, rekent men nog tot het normale patroon. Kinderen geboren vóór de 37ste week van de zwangerschap worden prematuur genoemd, onafhankelijk van het geboortegewicht. De oorzaken van premature geboorten zijn veelal niet duidelijk. Zowel moederlijke, kinderlijke als placentaire redenen kunnen een aanleiding zijn (Van den Bergh 2002, 7). Kinderen geboren voor de 25ste zwangerschapsweek blijven zelden in leven. Kinderen geboren tussen de 25 en 32 weken, gewoonlijk met een gewicht van 500 tot 1.500 gram, kunnen ernstig ziek zijn en staan bloot aan dreigende complicaties. Zij verblijven op een 'neonatale intensive care' dienst (Whitfield 2003, 185; Wily 1995, 9) en ze vormen een bijzondere risicogroep. Kinderen geboren tussen 32 tot 36 weken zwangerschapsduur, die veelal meer dan 1,5 kg wegen, vragen speciale zorg (Golish en Powell 2003, 311). In deze categorie doen er zich echter minder vaak ernstige problemen voor. De mortaliteit ligt dan ook aanzienlijk lager dan die in de vorige groep (Craeynest 2003, 67).

In 2002 bedroeg in Vlaanderen de globale vroeggeboorte (< 37 weken) 6,2% bij de eenling- en 58,6% bij de meerlinggeboorte. Eén eenling baby op 118 wordt vóór de 32ste zwangerschapsweek geboren. Bij de meerlingen is dat één op tien (Cammu 2003, 17).

**Tabel 1.** Evolutie van de zwangerschapsduur (%).

	1994	1996	1998	2000	2002
< 28	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4
28-31	0.5	0.6	0.6	0.7	0.7
32-36	5.0	5.5	5.8	6.1	6.3
> 36 weken	94.2	93.6	93.3	92.8	92.7

**Bron:** Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (Cammu e.a. 2003, 17).

Deze tabel leert ons dat 7,4% van alle zwangerschappen leiden tot een premature geboorte. Vooral in de groep van 32 tot en met 36 weken is er een verdere toename waarneembaar. Cammu stelt dat deze groei waarschijnlijk een gevolg is van iatrogene prematuriteit, namelijk het inleiden van een ‘baring preterm’ om medische redenen (Cammu 2003, 17).

Hoewel de overlevingskansen van extreem of ernstige prematuren de laatste decennia aanzienlijk zijn toegenomen, blijven een aantal duidelijke risico's. De literatuur maakt, op vlak van ontwikkelingsstoornissen, vooral melding van het vaker voorkomen van neurologische afwijkingen, mentale retardatie en afwijkende schoolvorderingen en gedragsstoornissen (hyperactiviteit en concentratiestoornissen). Ook worden op latere leeftijd vaker problemen gemeld in opvoeder-kind relatie (Craeynest 2003, 67; Golisch en Powell 2003, 313). Mogelijke oorzaken van deze problemen blijken talrijk en moeilijk te duiden. Er zijn de rechtstreekse somatische risico's die gepaard gaan met de prematuriteit zelf. Het lichaam dat zich nog niet volledig heeft kunnen ontwikkelen, is nog onvoldoende uitgerust om de gevaren van het extra-uteriene leven te trotseren. Dit kan een verhoogd infectiegevaar met zich meebrengen en bijvoorbeeld ook neurologische complicaties veroorzaken (Golisch en Powell 2003, 311; Van den Bergh 2002, 6).

Ongunstige psychologische omstandigheden, welke soms slechts onrechtstreeks met het lage geboortegewicht samenhangen, kunnen specifieke problemen veroorzaken. Enerzijds beperkt het langdurige verblijf in de couveuse de mogelijkheid tot lichamelijk contact en tot gevarieerde zintuiglijke prikkels (Craeynest 2003, 68, Whitfield 2003, 185). De omgeving van de neonatale intensieve zorg-afdeling stelt anderzijds de premature baby bloot aan talrijke bronnen van stress en pijn en dit op een tijdstip waarop de baby het minst in staat is om ermee om te gaan (Whitfield 2003, 186; Wyly 1995, 35). Het gedrag van een vroeggeboren baby verschilt van dat van een voldragen kind,

zelfs als er geen pathologische ontwikkelingen zijn. De baby heeft minder anticiperend reactievermogen; premature kinderen hebben een onderontwikkeld centraal zenuwstelsel (Wyly 1995, 57-59). De baby reageert minder op de signalen die hij ontvangt want al zijn aandacht gaat naar het inzetten van alle middelen om te overleven. Zijn zicht, gehoor en tastzin zijn minder goed ontwikkeld en maken de communicatie moeilijk. Hoewel de zintuigen kunnen geprikkeld worden, zijn de boodschappen die zij uitsturen moeilijker te ontcijferen (Whitfield 2003, 190).

Een specifieke moeilijkheid bij premature kinderen, waarvan vaak melding wordt gemaakt in medisch onderzoek en literatuur, betreft de hoge gevoeligheid voor luchtwegeninfecties. Luchtwegeninfecties worden voornamelijk veroorzaakt door contact met andere personen. Ze vormen de voornaamste oorzaak van heropname in het ziekenhuis (Liese e.a. 2003, 233; Mahieu 2003, 122). Vanuit het oogpunt van het voorkomen van infecties wordt gesteld dat een prematuur kind zo weinig mogelijk aan dit besmettingsgevaar (voornamelijk tijdens de wintermaanden) mag worden blootgesteld. Vanuit medische invalshoek wordt de bestaande kinderopvang voor een prematuur kind in kinderkribbes of bij opvangmoeders met meerdere kinderen ontraden.

### 3.2. Beleving van het moederschap bij prematuriteit

Volgens Feinberg (2002) begint de transitie naar het moederschap al tijdens de prenatale periode. Aanstaande moeders beginnen te anticiperen op en plannen te maken voor moederschapswedsties. Daarnaast zet de voorbereiding op de komst van de baby, zoals het inrichten van de babykamer, het kopen van meubels en uitzet, het bijwonen van zwangerschapscontroles en zwangerschapsgymnastiek, al de toon voor de wijze waarop kindgerelateerde taken worden gedeeld en geregeld. Gedurende deze periode vindt ook de psychologische en emotionele voorbereiding ten aanzien van het moederschap plaats (Allen 1995a, 171; Feinberg 2002, 187). Vroeggeboorte brengt hier een abrupt einde aan. Moeders van pasgeboren baby's worden verondersteld een gevoel van vreugde te voelen bij de geboorte. Als de baby echter te vroeg geboren wordt, is het gezin vaak nog niet klaar met zijn (emotionele) voorbereidingen (Whitfield 2003, 186; Wyly 1995, 117). De moeders van prematuren ondergaan een variëteit van emoties (Golisch en Powell 2003, 310). Allen benadrukt dat een vroeggeboorte vaak samengaat met heel intense gevoelens van verlies, schuld en angst (Allen 1995a, 176). De moeder verliest haar droom: haar kindje is te vroeg geboren, is te klein, is onderontwikkeld en blijft misschien niet leven. Het zelfbeeld van de moeder kan ernstig geschokt zijn, ze heeft haar kind immers niet kunnen voldragen tot op het einde van de zwangerschap. Ze kan het gevoel hebben dat ze ergens gefaald heeft. De gevoelens tegenover haar baby zijn vaak tweeslachtig. Zij geeft hem in de mate van het mogelijke, liefde en tederheid, maar ze voelt ook wel vijandigheid omwille van de frustraties en de

angstgevoelens die de baby bij haar oproept. Moeders zijn bang voor het leven en de gezondheid van het kind. Soms gaat dit gepaard met het er zich emotioneel van distantiëren uit angst dat het zou sterven (Allen 1995a, 171-172; Whitfield 2003, 189).

Verschillende auteurs (Allen 1995; Whitfield 2003; Wilson 1995; Wyly 1995) vestigen er de aandacht op dat een opname op een 'neonatale intensive care'-dienst een zeer emotionele ervaring voor de moeder is. Ze ziet haar kindje daar hulpeloos liggen, beplakt met allerlei draadjes, verbonden aan vele apparaten. De baby ondergaat soms pijnlijke, maar noodzakelijke interventies (Wilson 1995, 114). Een opname op een 'neonatale intensive care'-dienst betekent vaak een lange scheiding tussen de moeder en het kind en beperkte mogelijkheden tot fysiek contact. Zoals reeds besproken, zijn premature baby's in vergelijking met voldragen baby's veel minder ontvankelijk en minder in staat om in interactie te treden met hun moeder (Wyly 1995, 164). De gebrekkige contactmogelijkheden kunnen, volgens Wyly (1995), het opstarten van een gezonde ouder-kind-relatie bemoeilijken.

Whitfield (2003) stelt vast dat vele moeders erg ongerust zijn en zich hulpeloos voelen, zeker in het begin als het kind nog veel medische en verpleegkundige zorg nodig heeft. Dit gaat dikwijls gepaard met emotionele problemen, een borstvoeding die moeilijk op gang komt en verhoogde stress bij de moeder omdat ze zich niet in staat voelt om haar kind te verzorgen. (Whitfield 2003, 186). Allen (1995) gaat in tegen de veralgemening dat moeders van premature kinderen moeilijkheden ervaren door het verlies aan controle. Hij stelt dat de houdingen van moeders ten aanzien van dit verlies aan controle tijdens de opname van hun kind en ten aanzien van de medische staf, heel verschillend zijn. Hij onderscheidt drie mogelijke houdingen op basis van een onderzoek van Affleck e.a. in 1991. Een eerste patroon dat wordt onderscheiden, noemt hij 'vicarious control'. Deze moeders zijn erg gewillig in het overdragen van de zorg aan 'experten'. Ze ervaren de zorgen als te complex en voelen zich niet in staat deze zorgen (mee) op te nemen. Een tweede mogelijke houding omschrijft hij als 'participatory control'. De medische staf wordt gezien als belast met de zorg, maar de moeder wil een zekere mate van controle: ze wenst informatie en mogelijkheden om betrokken te worden in de beslissingen en de verzorging. Het laatste patroon wordt 'conflicted' genoemd. Deze moeders zijn onwillig in het overdragen van controle naar de medische staf, maar zijn niet in staat een aanvaardbaar niveau van betrokkenheid te bereiken. Ze zijn ontevreden over de communicatie, ervaren een tekort aan informatie en beschrijven hun relatie met de medische staf als moeilijk (Affleck e.a. in Allen 1995b, 196-197).

Een aantal onderzoekers (o.m. Allen 1995; Richardson 2001; Sarlangue 1999) stellen dat het ontslag uit het ziekenhuis de eerste stap is in de richting van een normale geboorte-ervaring die de moeders nooit hebben gehad. Ondanks een positief gevoel, worden ze overspoeld door angst en onzekerheid (Allen 1995b, 215; Richardson 2001, 1503; Sarlangue 1999, 270). Na maanden-

lange opname met monitorbewaking en aanwezigheid van professionelen, voelen de ouders zich vaak onzeker over hun eigen kunnen. Whitfield (2003) vestigt er de aandacht op dat premature kinderen het moeilijk kunnen hebben tijdens de aanpassingsperiode aan zijn 'eigenlijke' thuis. Enkel de stem en het gelaat van de ouders en de aanwezige speeltjes tijdens de ziekenhuisopname blijven hetzelfde voor het kind. Bovendien zijn premature kinderen vaak minder actief, reageren minder en zijn moeilijker te verzorgen dan normale baby's. Dit kan zwaar zijn voor de moeders. (Whitfield 2003, 190). Volgens Craeynest kan de opvoedingsattitude bovendien nog vertroebeld worden door overdreven bezorgdheid van de ouders ten aanzien van een zo kwetsbaar kind, door schuldgevoelens of door de lastige geaardheid van het kind zelf (bijvoorbeeld omwille van zijn zwakke constitutie) (Craeynest 2003, 70).

Golish en Powell stellen dat moeders soms onbekwaam zijn om zichzelf verdriet met betrekking tot de prematuriteit van hun baby toe te staan en zijn onzeker over de manier waarop ze erover moeten praten omdat hun baby nog in leven is (Golish en Powell 2003, 328). Enerzijds is de emotionele ervaring soms zo sterk dat moeders vaak het gevoel hebben dat anderen het onmogelijk kunnen begrijpen. Ze voelen zich dan ook vaak alleen in hun ervaring. Enkel moeders die hetzelfde ervaren hebben, achten ze in staat hen te begrijpen. Hierdoor gaan sommige moeders bewust een afstand houden van anderen (Allen 1995a, 178). Anderzijds stellen Golish en Powell dat moeders vaak onbegrip en leegte ervaren in de opvang en begeleiding vanuit de eigen familie en omgeving (Golish en Powell 2003, 326).

De medische staf van een ziekenhuis heeft de opdracht de moeders op verschillende manieren te ondersteunen; tijdens de ziekenhuisopname is het de betrachtting de band moeder-kind zoveel mogelijk te stimuleren. Hierin kadert het streefdoel om de moeder zoveel mogelijk bij de verzorging van het kind te betrekken. Fysiek contact tussen de moeder en het kind stimuleert de ontwikkeling en de groei van de ouderlijke gevoelens (Als e.a. 1994, 856; Devlieger e.a. 1992, 1013; Gold e.a. 1999, 258; Wilson 1995, 120-142). Een onderzoek door Whitelaw (1994) wees uit dat fysiek contact tussen het kind en de ouders als zeer aangenaam ervaren wordt. Op deze manier krijgt de moeder een plaats in het leven van de prematuur en leren ze elkaar beter kennen. Bovendien wordt zo het zelfvertrouwen van de moeders gestimuleerd en zou dit tot positieve gevoelens leiden; ook wordt de borstvoeding gestimuleerd. Voor het kind geeft regelmatig fysiek contact een veilig en rustig gevoel, waardoor het minder zou huilen (Whitelaw 1994, 874). Hier ligt een belangrijke taak voor de verpleegkundigen, artsen en andere ondersteunende diensten.

De meeste auteurs zijn het er over eens dat een goede voorbereiding tijdens de ziekenhuisopname en de organisatie van een goede thuisopvolging de mogelijke onzekerheid in de thuissituatie van de moeders vermindert. Ze stellen dat na ontslag de meeste moeders van prematuren enerzijds meer nood aan ondersteuning en praktische adviezen hebben. Anderzijds hebben zij meer ervaring met het 'medische circuit' dan de gemiddelde ouders (Gold 1999, 258;



Potgieter 1999, 18; Weisglas-Kuperus 2000, 876). Ell heeft in haar onderzoek vastgesteld dat gezinnen zich vaak onvoldoende geïnformeerd voelen door professionele zorgverleners (Ell 1996, 183). Nochtans blijkt informatie met betrekking tot voeding, verzorging en opvolging van de gezondheid van de baby noodzakelijk voor moeders om de overgang van het ziekenhuis naar huis vlot te laten verlopen (Allen 1995b, 217).

Er zijn verschillende partijen in Vlaanderen die thuiszorg en -opvolging van premature kinderen ondersteunen: de kinderarts, Kind en Gezin, de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen en de Vlaamse Vereniging voor Ouders van Couveusekinderen. Bij het ontslag is een volledige informatieoverdracht vanuit de 'neonatale intensive care'-dienst/neonatologie naar de zorgverleners die de verdere thuisopvolging doen, belangrijk. Hierdoor kan een aangepaste ondersteuning op maat van het kind worden aangeboden en is de continuïteit van de zorgverlening gegarandeerd. Soms houden 'neonatale intensive care'-diensten ook op één of andere manier contact met hun patiëntjes (Vlaamse Vereniging voor Ouders van Couveusekinderen 2003).

Samenvat kan men stellen dat prematuriteit zowel op korte als lange termijn problemen kan veroorzaken in de ontwikkeling van het kind en de relatie met de moeder. Op basis van de literatuur stellen we vast dat prematuriteit een zeer emotionele ervaring is voor de moeder, waarbij negatieve gevoelens overwegen. De informele ondersteuning van moeders met een prematuur kind wordt negatief ervaren, maar vaak wordt ook door de moeders zelf bewust afstand van familie en vrienden gehouden. Over de gevolgen hiervan op de voorkeuren en keuzes in combinaties op vlak van arbeid en zorg van de moeders vonden we geen literatuur. Hier wordt in het eigen onderzoek ruim aandacht aan besteed.

#### 4. Onderzoekopzet

Kwalitatief onderzoek baseert zich in eerste instantie op de wereld zoals de onderzochte subjecten die definiëren, beleven of constitueren (Smaling en Maso 1990, 13). Het hecht belang aan andere dimensies dan kwantitatief onderzoek, met name aan de visie van de betrokkenen, aan de betekenissen en doelstellingen die zij toeschrijven of aandragen als verklaringen voor hun handelingen. In dit soort onderzoek zal men ook voorzichtig zijn met gegevensreductie omdat de onderzoekers vooral het exploratieve, theorievormende aspect als doel voorop stellen, meer dan het toetsend werken. De veralgemeningen zijn minder vergaand, maar de onderzoeksresultaten blijven gemakkelijker toepasbaar op de concrete praktijk en op het individuele geval (Guba en Lincoln 1994, 106).

Onze keuze voor een kwalitatieve onderzoekopzet kan op verschillende manieren worden verantwoord. Een onderzoek naar de beleving of betekenis-

geving vraagt om een onderzoeksopzet waarin de betrokkenen alle ruimte krijgen om hun interpretatie van de situatie uit de doeken te doen. Ons doel bestaat erin de thematiek van combinatie arbeid en zorg bij prematuriteit in concrete, alledaagse omstandigheden te beschrijven en te interpreteren. Bovendien betreft het een onderwerp dat betrekking heeft op processen en interacties in bestaande situaties. Een laatste argument heeft betrekking op de gevoeligheid van het onderwerp. Het leek ons noodzakelijk dat de moeders van premature kinderen een zeker vertrouwen hadden in de onderzoeker voor het verstrekken van de gewenste informatie. Binnen het kwalitatief onderzoeksinstrumentarium hebben we gekozen voor diepte-interviews. Dit liet ons toe zelf bij te sturen, vragen te verduidelijken, door te vragen en in te gaan op onverwachte uitlatingen door de respondenten.

Om in contact te kunnen komen met moeders van een prematuur kind, dienden we een aanvraag in bij het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Hiertoe werd een protocol, een 'Informed Consent' en een toestemmingsformulier voor de patiënt voorgelegd. Op 1 maart 2004 werd door de voorzitter van dit Ethisch Comité bevestigd dat deze studie mocht worden uitgevoerd en dat de respondenten mochten geworven worden via het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. De respondenten die beantwoordden aan het vooraf bepaalde profiel (zie verder) werden geworven via een persoonlijke vraag van de behandelende neonatoloog. Hij kaderde het onderzoek en vroeg of wij contact met de moeder mochten opnemen. Na een positieve reactie, kregen wij de naam van het kind(eren) en een telefoonnummer. In het daarop volgend telefonisch contact, legden wij de bedoeling uit en vroegen bevestiging van de medewerking. Alle zestien moeders stemden toe. Vervolgens werd een afspraak gemaakt.

De interviews gebeurden bij de respondenten thuis en namen tussen één en drie uren in beslag. Eerst werd samen een schriftelijke vragenlijst ingevuld, gericht op het achterhalen van meer feitelijke gegevens. De interviews waren gebaseerd op een topiclijst. De behandelde topics waren de beleving van de prematuriteit, de wijzigingen in het moederbeeld, de voorkeuren en keuzes in verband met arbeid en zorg en het gevoerde overheidsbeleid. Alle items werden in elk interview bevraagd, maar er werd geen bepaalde volgorde gerespecteerd. Om zo min mogelijk informatie over het perspectief en de beleving van de respondenten te verliezen, werden de interviews op mini-disc opgenomen en letterlijk uitgetypt. Vervolgens werden ze gecodeerd. Coderen staat in kwalitatief onderzoek voor het plaatsen van gegevens in een analytisch kader. Zo kwamen we tot een codeboek dat telkens werd verfijnd en verbeterd.

De respondenten in ons onderzoek hebben hetzelfde globale profiel: tussen de 20 en 35 jaar, tenminste één prematuur kind, een werkende partner en een tewerkstelling van minstens 19 uur per week vóór de geboorte. Bovendien werd het kind geboren met een zwangerschapsduur van minder dan 32. Tot deze homogenisering van de onderzoeksgroep werd besloten om het risico te verkleinen dat de onderzoeksgroep zou uiteenvallen in enkele onvergelykbare

subgroepen, wat situatie betreft. Uiteraard zijn er ook verschillen. De grootste groep van de respondenten had een diploma hoger secundair onderwijs. Vijf respondenten behaalden een diploma in het hoger onderwijs. Tien moeders werken in de privé-sector, vijf zijn tewerkgesteld in de publieke of de overheidssector. Eén moeder werkt als zelfstandige. Elf respondenten werkten voor de geboorte voltijds, na de geboorte (op moment van het interview) zijn dat er nog vier. Vijf respondenten hadden reeds een kind bij de geboorte van hun prematuur kind. De duur van de opname varieerde van één maand tot bijna een jaar. Bij vijf moeders gaat het om een tweeling die prematuur werd geboren.

De tijd tussen de geboorte en het interview bedroeg bij de grootste groep tussen vijf en twaalf maanden. Op het moment van het interview zijn de kinderen uit het ziekenhuis ontslagen en werd de zorg minstens één maand door de moeder zelf opgenomen. Dit heeft tot gevolg dat alle premature kinderen dezelfde stadia hadden doorlopen en ik de moeders hierover en de evolutie die dit bij hen teweeg bracht kon bevragen.

Voor de analyse baseerden wij ons op de 'grounded theory'. Eén van de belangrijkste kenmerken van deze methodiek is dat het een benadering is die het inductieve genereren van theorie uit data benadrukt (Seale 1999, 91). Met deze methodiek wordt getracht om alle geuite ideeën en opvattingen over een thema te plaatsen in een verduidelijkend en verklarend kader. Daarbij is er aandacht voor feiten, waarden en normen, maar staan vooral ervaringen en belevingen centraal (Strauss en Corbin 1994, 273).

Het interviewmateriaal werd op twee manieren onderworpen aan een analyse. Een zogenaamde horizontale analyse bood inzicht in de wijze waarop, dwars door de hele onderzoeksgroep heen, geantwoord werd op éénzelfde vraag of thema. Daarnaast werd per respondent een analyse gemaakt van het integrale interview. Bij deze verticale analyse werd de koers bepaald door de accenten die de moeders zelf in het interview aanbrachten. Hierbij werd de vraag gesteld welke boodschap over het organiseren van de zorg bij een prematuur kind zij de interviewer wilden brengen. De manier waarop de moeders hun positieve en negatieve aandachtspunten verwoordden, de kracht en de kleur van hun woorden, vormden daarbij een belangrijk middel om de accenten in beeld te krijgen. Voor het codeerwerk en de analyse werd gebruik gemaakt van Atlas-Ti, een programma dat werd ontworpen als hulpmiddel bij de verwerking van gegevens in kwalitatief onderzoek.

## 5. Analyse en resultaten

De analyse bestaat uit vier delen. Het eerste deel analyseert het effect van de prematuriteit op de beleving van de moederrol door de respondenten, onze eerste onderzoeksvraag. Vervolgens bekijken we hoe de moeders zelf uitdruk-

king geven aan het belang van hun gezin en arbeid. We staan stil bij het effect van de prematuriteit op de voorkeuren in combinatie arbeid en zorg en zullen zo een antwoord op de tweede onderzoeksvraag formuleren. Het derde deel van de analyse bespreekt de patronen van gelijkenissen en verschillen in de keuze voor een combinatie tussen arbeid en zorg. Zo wordt ook de derde vraag beantwoord. Keuzes kunnen daarbij niet als een statisch gegeven benaderd worden, maar zijn feitelijk dynamische gegevens (De Swaan 1996, 39; Ell 1996, 174). Op basis van de diversiteit op dit domein zullen we in het laatste deel een typologie van moeders van een premature baby opstellen.

### 5.1. Effect van prematuriteit op de beleving van de moederrol

Een eerste belangrijke vaststelling in ons onderzoek is dat prematuriteit leidt tot relatieve deprivatie. De respondenten voelen zich door de prematuriteit tekortgedaan in vergelijking met moeders met een normale zwangerschapsduur. De bevindingen van vorige onderzoeken met betrekking tot de beleving van de prematuriteit door de moeders worden bevestigd. Deze gebeurtenis ontlokt veel emoties: intense gevoelens van verlies, angst, hulpeloosheid en schuld.

“Ik heb er heel slechte herinneringen aan. Zo het gevoel van: waarom heb ik het opgegeven, waarom heb ik het laten komen? Ik ben daar nog altijd mee bezig.”

(Paula, 28 jaar, 3 kinderen)

De opname op een ‘Neonatale Intensive Care’-dienst is het begin van een vaak lange ‘scheiding’ van moeder en kind, met beperkte mogelijkheden tot fysiek contact. Het niet kunnen zorgen weegt zwaar op de meeste moeders uit ons onderzoek. Toch vinden we aansluiting bij Allen (1995) die stelt dat de houdingen op vlak van controle tijdens de opname van hun kind en de medische staf heel verschillend kunnen zijn (Allen 1995b, 196-197). We gaan nog een stapje verder. Uit het onderzoek blijkt dat deze houdingen niet statisch zijn. Tijdens de opname op de ‘Neonatale Intensive Care’-dienst vertonen alle moeders op één na, een constructieve, participerende houding ten aanzien van de medische staf. Deze houding wijzigt bij een aantal moeders na de opname in een lokaal ziekenhuis. Ze beschrijven hun relatie met de medische staf dan als moeilijk en ervaren een sterk tekort aan informatie en betrokkenheid.

We stellen vast dat het zelfbeeld van onze respondenten ernstig geschokt wordt door de prematuriteit. De moeder wil beantwoorden aan het traditionele moederschapsideaal, wat onmogelijk is door de specifieke omstandigheden. Vaak voelen ze zich ‘beknot’ in hun moederrol en willen ze dit compenseren vanaf de thuiskomst. Toch worden de moeders uit ons onderzoek dan vaak overspoeld door angst en onzekerheid, wat leidt tot ontevredenheid in hun rol als moeder. We vinden aansluiting bij de Self-efficacy theorie van Hudson (2001), welke beschrijft dat het geloof in het eigen kunnen noodzakelijk is om

tevredenheid te ervaren. Zo stelt Hudson dat ouders meer zelfvertrouwen in de zorg voor hun kind bekomen door ervaring op te doen (Hudson 2001, 40-41). Door de lange hospitalisatieperiode start de echte zorg voor het kind vanaf het ontslag uit het ziekenhuis.

Sociale netwerken en sociale ondersteuning zijn zeer belangrijk tijdens een periode van transitie. De vaststelling van Golisch en Powell dat moeders vaak onbegrip en leegte ervaren in de opvang en begeleiding vanuit de eigen familie en omgeving (Golisch en Powell 2003,326) wordt in ons onderzoek genuanceerd. Moeders voelen zich vooral tijdens, maar ook na de hospitalisatieperiode, sterk gesteund door de partner en de intieme familiekring en dit zowel op emotioneel als praktisch vlak. Prematuriteit haalt de intieme familiebanden aan. In ons onderzoek wordt wel bevestigd dat moeders met premature kinderen zich vaak onvoldoende gesteund voelen door de bredere familie en vrienden (Ell 1996, 183). Belangrijk daarbij is de vaststelling dat de meeste moeders bewust de contacten met vrienden en de ruimere familiekring gedurende een tijd vermijden, ze vrezen hun reacties. Ze trekken zich vrijwillig terug om zich te beschermen tegen een verdere afbraak van hun moederbeeld. Als er contacten zijn, worden deze in de beginfase vaak negatief ervaren.

Tijdens de hospitalisatieperiode ervaren de respondenten vooral veel steun van de verpleegkundigen en dit zowel op medisch als psychosociaal vlak. De formele ondersteuning in Vlaanderen op vlak van de thuiszorg en -opvolging is voornamelijk gericht op de medische opvolging van de premature baby. De kinderarts is hun 'vertrouwenspersoon' en kan de onzekerheid en bezorgdheid van de moeders milderen.

## 5.2. Voorkeuren in de combinatie van zorg en arbeid

De moeders vertonen een zeer grote eensgezindheid gedurende de eerste periode na de geboorte van een prematuur kind: ze wensen zelf voor hun kind te zorgen. Ze vinden de verzorgingsrol de enige belangrijke en willen deze zelf opnemen. De andere levensdomeinen zijn totaal ondergeschikt.

"In het begin had ik echt zoiets van: alleen mijn kinderen nog."  
(Marie, 34 jaar, 2 kinderen)

De respondenten vinden dat een moeder het best zelf voor kinderen kan zorgen. Vooral tijdens de periode van grote zorgafhankelijkheid stellen ze expliciet dat de moeder sterker is in de verzorgingsrol dan de vader. Hier worden verschillende redenen voor gegeven, die variëren van het 'instinctief' beter aanvoelen wat het kind nodig heeft tot zeer praktische argumenten zoals medische interventies.

De meeste moeders zijn erg ontgoocheld op vlak van het opnemen van hun moederrol tijdens de hospitalisatieperiode. Hierdoor wordt de drang om een

periode zelf te zorgen na de thuiskomst zeer sterk. Bovendien is de druk door de medische toestand van het kind voor sommigen erg groot. De moeders willen dan ook de optimale condities creëren om de ontwikkeling van hun kind te stimuleren. Hoewel er bijna steeds een samenspel is van verschillende factoren, kunnen we toch groepen onderscheiden op basis van verschillende klemtonen die ze leggen. Sommige respondenten blijven thuis op vraag van de behandelende arts. Het risico voor infecties zou anders (te) groot zijn. Bij enkele moeders wordt dit als voorwaarde gesteld voor het ontslag uit het ziekenhuis of het revalidatiecentrum. In deze gevallen was de medische toestand van hun kind doorslaggevend, ze vindt het haar rationele plicht om ervoor te zorgen. Anderen leggen de klemtoon op de morele verplichting. Ze vinden het onverantwoord om terug te gaan werken en ervaren het als hun plicht om eerst een periode zelf te zorgen, want dat hebben ze nog zo weinig kunnen doen tijdens de periode van de hospitalisatie. Ze spiegelen zich vaak aan moeders met een volledige zwangerschap die minstens drie maanden thuisblijven en vinden dat hun kind daar ook recht op heeft.

“Omdat hij zo lang in het ziekenhuis was heb ik ouderschapsverlof bijgenomen. We hadden hem al twee maanden zagezegd moeten missen. Ja, we zagen hem elke dag, maar je kan er niet zelf voor zorgen. Je kunt hem wel mee wassen en zo in het ziekenhuis, maar dat is anders dan dat hij geboren wordt en je mag hem naar huis nemen. Dat is iets helemaal anders, hé.” (Patricia, 23 jaar, 1 kind)

Een laatste groep van moeders maakt de keuze om thuis te blijven vooral vanuit de wens om een periode samen te genieten met haar kind. De eerste periode is emotioneel zeer zwaar geweest waarbij angst en bezorgdheid domineren. Ze wensen nu hun ouderschap op een andere manier te ervaren en dit kan het best door langer met hun kind thuis te blijven. Zo krijgen ze tijd om ook de positieve kanten van hun moederschap ten volle te beleven.

Het verwachtingspatroon ten aanzien van de partner is minder eenduidig. De partner is de belangrijkste kostwinner, hij staat in voor het grootste deel van het gezinsinkomen en dit wordt als zijn voornaamste verantwoordelijkheid gezien. Moeders vinden het logisch dat hij na het vaderschapsverlof niet langer thuisblijft. De verwachtingen met betrekking tot hun bijdrage in de zorg variëren. De meeste respondenten zien hun partner niet enkel als kostwinner; ze beschouwen hem meestal als een goede ‘eerste reserve’ op vlak van zorg. Als ze dat zelf niet kan, is de partner het beste alternatief. Bovendien vinden ze het een veilig gevoel dat ze op hun partner beroep kunnen doen als ze dat nodig vinden. Twee moeders tonen een visie die sterk aansluit bij het traditionele kostwinnersgezin, hun man moet enkel instaan voor de financiële zekerheid van het gezin. Ze vinden hun partner niet bekwaam om de zorg op te nemen.

Ondanks de bijna gehele consensus op het vlak van de betere competenties van de moeder om voor haar premature kind te zorgen en de voorkeur om ge-

durende een periode zelf te zorgen voor hun baby, stellen we grote verschillen vast in de beleving van de verzorging. In onze respondentengroep zijn twee uitersten te onderscheiden, namelijk zelf zorgen is een 'voorrecht' en zelf zorgen is een 'opoffering'. Het ene uiterste wordt vertegenwoordigd door een moeder die het als een groot geschenk bestempelt om zelf te kunnen zorgen: ze ervaart dit als een voorrecht en geniet er intens van. Aan het andere uiterste van dit continuüm bevindt zich een moeder die de zorg voor haar kind als een 'opoffering' beschrijft: ze ervaart de zorg van haar prematuur kind als een moeilijke opdracht. Deze zorg is emotioneel en fysiek zeer intensief in vergelijking met haar eerste (voldragen) kind. Het is een zware taak, die vaak door anderen onderschat en te weinig gewaardeerd wordt. Vooral het sociale isolement weegt zwaar. De positie van de moeders op bovengenoemd continuüm hangt slechts beperkt samen met de gezondheidstoestand van hun kind. Een belangrijkere verklarende factor blijkt de 'voorgeschiedenis' van het moederschap. Moeders die moeilijk zwanger werden en speciale behandelingen hebben moeten ondergaan om hun kinderwens te realiseren, beschrijven hun zorgervaringen veel positiever. Moeders van premature meerlingen met eventueel nog andere kinderen bevinden zich veel dichtert tegen het andere uiteinde. De belangrijkste verklaring ligt echter voornamelijk in hun houding ten aanzien van de andere levensdomeinen, zoals werk en vrije tijd.

Moeders relativeren na de geboorte van een kind vaak de betekenis van hun werk. Het gezin (het kind) komt op de eerste plaats, waardoor 'het werk' aan belang inboet (Duncan e.a. 2003, 309). Dit fenomeen stellen we ook vast in ons onderzoek. De motivatie om te werken evolueert enorm. Voor de geboorte van het premature kind is er een grote diversiteit in arbeidsmotivatie. Moeders gaan werken om een inkomen te verwerven, financieel onafhankelijk te zijn, zich te ontwikkelen, sociale contacten te hebben of gewoon omdat ze het graag doen. In de periode na de prematuriteit vallen de respondenten terug op een zeer traditionele invulling van de moederrol. In de vorige paragraaf zagen we dat het levensdomein van zorg allesoverheersend wordt. Werk wordt dan ongewenst en onbelangrijk. De enige motivatie om te werken is het verwerven van een inkomen.

De eenzijdige gerichtheid op zorg zwakt af na de eerste intensieve periode. Ondanks het feit dat sommige moeders duidelijk voorkeur geven aan de eigen opvang van de kinderen, vinden ze deze invulling van de moederrol te zwaar. Enerzijds is er de sterke wil om een goede moeder te zijn en zich daarin te bewijzen. Anderzijds maakt de druk van de omstandigheden het hen heel zwaar: het steeds beschikbaar zijn voor hun kind, het sociale isolement en de eenzijdigheid van de activiteiten zijn voor vele moeders vermoeiend, stresserend en demotiverend. Hoewel de meeste moeders het financiële aspect van werken blijven vermelden, leggen slechts enkele moeders hierop nog de klemtoon. "Werken doe je óók voor loon." De meeste moeders plaatsten werk tegenover het sociale isolement dat ze ervaren hebben tijdens de periode dat ze volledig de zorg opnamen.

“Ik ga zeker geen verdere onderbreking nemen. Ik ben echt blij dat ik terug kan gaan werken. Ik ben eigenlijk al twee jaar thuis. Terug onder de mensen komen... Thuis zitten is ook maar thuis zitten, he. (...) Ik heb altijd gezegd: als ik de lotto win dan ga ik niet meer terug werken, maar nu heb ik zoiets van: ik ga blij zijn als ik terug kan gaan werken.” (Nathalie, 32 jaar, 1 kind)

De moeders leggen sterk de nadruk op het werk als bron voor sociale contacten. Ze beschrijven hun werk als noodzakelijk om te voldoen aan de behoefte om ‘onder de mensen te komen’. Werk biedt voor verschillende moeders de (enige) kans op een sociaal leven: werk geeft mogelijkheden om vriendschappen op te bouwen en te onderhouden. De Witte stelde in zijn onderzoek vast dat in België vrouwen meer de klemtoon leggen op de mogelijkheid om via het werk mensen te ontmoeten (De Witte 2001, 97). In ons onderzoek komt dit zeer sterk tot uiting. We verklaren dit door de intense ervaring van het sociaal isolement bij de zorg voor een prematuur kind. Voor sommige respondenten betekent werken ook het omzetten van hun studies en interesses. Ze vinden het belangrijk om te blijven investeren in hun eigen ontwikkeling en dit zien ze het best gerealiseerd via betaalde arbeid. Anderzijds ervaren ze veel voldoening in de uitvoering van hun werk zelf.

### 5.3. Keuzes in combinatie van arbeid en zorg

Zetten de moeders hun voorkeur in de combinatie arbeid en zorg ook om in hun keuze? Een eerste belangrijke vaststelling in ons onderzoek is dat alle moeders zelf instaan voor de organisatie van de zorg. Ze praten er meestal wel over met hun man, maar zij bepalen uiteindelijk welke keuzes er worden gemaakt op vlak van zorg. Ze gaan meestal van de veronderstelling uit dat hun partner dezelfde keuze zou maken als zijzelf. De respondenten vinden dat ze dit ook beter kunnen dan hun partner. Ze beschikken over meer informatie en weten zelf het beste wat goed is voor hun kind. De moeders ervaren hier trouwens geen problemen mee bij hun partners. In hun perceptie geven ook hun partners er de voorkeur aan om de organisatie van de zorg aan de moeder over te laten. De oorzaak hiervan vinden ze logisch: het zijn de moeders die de zorg opnemen dus is hun keuze ook bepalend. Als hun partner al een voorkeur heeft, blijkt hij, volgens de moeders, niet bereid de gevolgen daarvan zelf te dragen. Dit wordt bovendien meestal ook niet door de respondenten verwacht.

Er tekent zich na de geboorte een zeer geslachtsgeboden arbeidsverdeling af. Dit kan verklaard worden door het feit dat gezinnen na de geboorte van een kind vaker een arbeidsverdeling vertonen die aansluit bij het kostwinnersgezin. Onderzoek bevestigt dat het terugschroeven van de intensiteit van de beroepsarbeid van vrouwen samenhangt met de aanwezigheid van jonge kinderen (Cantillon e.a. 2001; Glorieux en Vandeweyer 2002; Jacobs 2000; Van Dongen en Vanhaute 2001). We durven te veronderstellen dat dit zich bij de moeders van premature kinderen explicieter vertaalt in hun voorkeur en uit-



eindelijke keuze. Alle moeders in ons onderzoek blijven na de bevallingsrust thuis. Er wordt van verschillende stelsels gebruik gemaakt. De respondenten die recht hebben op borstvoedingsverlof, nemen dit. Meer dan de helft van de moeders doen beroep op ouderschapsverlof. Twee respondenten maken gebruik van loopbaanonderbreking om medische redenen. Eén moeder wordt door haar werkgever tijdelijk economisch werkloos gesteld en ontvangt een werkloosheidsuitkering. Twee moeders werden door hun dokter ziek geschreven en ontvangen gewaarborgd loon of een ziekte-uitkering. De meeste moeders gebruiken bovendien vakantiedagen om langer thuis te kunnen blijven.

Na deze volledige onderbrekingen zien we een grote variëteit in de combinatie van arbeid en zorg. Een aantal moeders schakelen (tijdelijk) over naar een deeltijdse tewerkstelling. Sommige van hen hebben een deeltijds contract zonder extra bijpassingen, andere werken deeltijds en ontvangen een bijdrage in het kader van tijdskrediet of ouderschapsverlof. Enkele moeders werkten deeltijds voor de zwangerschap en blijven dit ook doen. Een vierde van de moeders werkt terug voltijds na de volledige onderbreking.

Een aantal factoren bepalen of en hoe de voorkeur van de moeder wordt omgezet in de feitelijke combinatie. We zullen enkel die factoren bespreken waarvan we over voldoende informatie beschikken. Door de opzet van ons onderzoek kunnen we enkel indicaties geven over een aantal factoren, zoals het opleidingsniveau en de beroepscategorie, die naar ons gevoel weinig zinvol zijn door de beperktheid van de onderzoeksgroep. Dit vraagt ander onderzoek. De belangrijkste factoren die wij onderscheiden zijn: de kennis van de mogelijke arrangementen, het standpunt van de werkgever, het financiële aspect en de beschikbare opvangfaciliteiten. In de keuze voor de verdere onderbreking of vermindering van de arbeid is de kennis van de verschillende stelsels belangrijk. Uit ons onderzoek blijkt dat dit een determinerende factor is voor de duurtijd van de (volledige) onderbreking en de (financiële) mogelijkheden om de loopbaan (gedeeltelijk) te onderbreken.

We stellen grote verschillen vast tussen de respondenten op vlak van de kennis over de verschillende mogelijkheden en meer specifiek op welke maatregelen ze beroep kunnen doen als gevolg van de prematuriteit. De meeste moeders zijn slechts beperkt op de hoogte van het bestaan van een aantal vormen van onderbreking, namelijk de meest populaire: het borstvoedingsverlof, het ouderschapsverlof en soms het tijdskrediet. Hoewel de respondenten zoeken naar informatie, blijkt de toegankelijkheid zeer beperkt. De kanalen via welke ze informatie hebben verkregen zijn heel divers. De meeste moeders ontvangen informatie bij hun personeelsdienst of die van hun partner waarbij meestal wordt aangeraden gebruik te maken van het systeem van ouderschapsverlof. De mogelijkheid van loopbaanonderbreking om medische redenen (de meest optimale), werd door geen enkele werkgever van de moeders aangereikt. Naast de bevraging van de werkgever, wordt geïnformeerd bij familieleden, vrienden en kennissen en is het eerder toevallig dat ze bij een bepaalde regeling terecht komen.

De meeste respondenten beklemtonen het inkomenselement in het proces van de keuze voor de periode van onderbreking. Bij veel moeders speelt in hun keuze nog een afgezwakt kostwinnersmotief mee: beide partners hebben nog een baan maar de man is de belangrijkste kostwinner en staat in voor het hoofdkomen, de vrouw zorgt voor een bijkomend inkomen (Van Dongen en Vanhaute 2001, 93). Tussen de partners is daar, volgens de respondenten, een erg grote consensus over. Op vlak van de impact van het inkomenselement in de keuze kunnen twee periodes worden onderscheiden. Het inkomenselement speelt veel minder sterk tijdens een eerste periode van drie maanden na de bevallingsrust. Andere argumenten overwegen en de financiële component is daaraan ondergeschikt. Dit betekent echter niet dat het voor alle respondenten evident was om hun loopbaan te onderbreken. De financiële ongemakken kan men tijdelijk overbruggen of zijn ze bereid er bij te nemen.

“Dan heb ik nog ouderschapsverlof moeten pakken, want ik kon toch niet gaan werken als X nog in het ziekenhuis lag. Dat heb ik gedaan, maar ik moest ook zien hoe ik rondkwam. We zaten nogal krap en zoveel krijg je daar ook niet van. Het was echt niet gemakkelijk.” (Anette, 29 jaar, 1 kind)

Na deze eerste periode blijkt het inkomenselement echter wel (mede) sturend in de keuze voor verdere onderbreking. Voor enkele respondenten is het financieel niet haalbaar om de loopbaan nog verder (volledig) te onderbreken. Anderen willen niet inleveren op hun normale levenstandaard: ze zouden zich een aantal zaken moeten ontfagen en dat wensen ze niet. Voor enkele moeders blijft het financiële aspect onbelangrijk. Deze moeders hebben een partner met een hoog inkomen of ze vinden de financiële inlevering en de beperkingen die daaruit volgen vanzelfsprekend. De financiële gevolgen van de opname en de medische behandelingen nadien, worden door de meeste moeders als beperkt omschreven. Golish en Powell stellen dat de ziekenhuisfactuur, verplaatsingskosten en eventuele opvang van andere kinderen vaak hoog oplopen (Golish en Powell 2003, 311). Bijna alle moeders in ons onderzoek hebben een hospitalisatieverzekering, zodat de eigen opleg van de ziekenhuisopname op de afdeling ‘Neonatale Intensive Care’ niet zelf moet worden gedragen.

Werkgevers hebben een sleutelrol als het gaat om het invoeren van meer flexibele arrangementen en faciliteiten die het combineren van werk en zorg mogelijk maken (De Feyter e.a. 2000, 33; Van Dongen 2004, 48). We moeten ook in ons onderzoek vaststellen dat in de praktijk bedrijven en gezinnen elkaar nog maar beperkt tegemoet komen. Geen enkel werkgever van de respondenten voorziet specifieke instrumenten om de combinatie te ondersteunen, behalve, uitzonderlijk, glijdende werktijden. Op de vraag om een vermindering of onderbreking van de arbeid, wordt door de werkgevers verschillend gereageerd. De meeste moeders ervaren geen problemen bij de vraag naar borstvoedingsverlof of drie maanden volledig ouderschapsverlof aansluitend op de

bevallingsrust. Zeker in organisaties waar een goed persoonlijk contact is met de beslissingsnemers, wordt begrip getoond voor de specifieke situatie en wordt, in de mate van het mogelijke, tegemoet gekomen aan de wensen. Dit begrip blijkt bij een aantal moeders echter tijdelijk. De vraag naar een soepele uurregeling of een deeltijdse tewerkstelling wordt door verschillende werkgevers geweigerd. Enkele moeders krijgen een (andere) shiftregeling of een deeltijds contract na overleg met hun verantwoordelijke. Voor één moeder betekent de keuze voor een deeltijdse tewerkstelling een inhoudelijke wijziging van haar functie: ze krijgt minder verantwoordelijkheden. Hoewel de meeste verlofstelsels een recht zijn, blijkt dat niet alle moeders deze rechten kunnen laten gelden. Een moeder die een aanvraag had ingediend om halftijds ouderschapsverlof te nemen, werd dit geweigerd door haar werkgever. Andere moeders werken deeltijds, maar de werkdruk is zo hoog dat ze het gevoel hebben bijna voltijds te werken zonder er voor betaald te worden. Ze worden verondersteld vergaderingen en werkoverleg bij te wonen op de momenten dat dit voor de organisatie past.

Zowel inhoudelijke als praktische argumenten bepalen de uiteindelijke keuze voor een bepaalde vorm van externe kinderopvang (Vanpée e.a. 2000, 7). Uit ons onderzoek blijkt dat de meer praktische argumenten vaak doorslaggevend zijn bij de uiteindelijke keuze. De belangrijkste argumenten zijn het risico van het besmettingsgevaar en de eventuele medische handelingen die nog noodzakelijk zijn op moment van de opvang. Sommige kinderen worden nog gemonitord of hebben nog andere hulpmiddelen nodig. Daarnaast spelen flexibiliteit in en kostprijs van de opvang een belangrijke rol in hun keuze. Ongeveer de helft van de moeders maakt (soms) gebruik of zal gebruik maken van een opvangmoeder. Door de meeste respondenten wordt dit als een goed alternatief beschouwd omwille van het beperkte aantal kinderen dat er verblijven. Bij de andere moeders wordt de opvang in familiekring verzekerd, waarbij vooral de grootouders dit verzorgen. Enkele moeders combineren de opvang bij een opvangmoeder met de opvang door de familie.

#### 5.4. Een typologie van moeders van een prematuur kind

Op basis van de verschillen die de moeders ervaren in de beperkingen en mogelijkheden in de keuze van de combinatie van arbeid en zorg, kunnen we een typologie van moeders met een prematuur kind opstellen. Hierbij gaan we na in welke mate de respondenten zich losmaken van de traditionele moederrol, die prematuriteit van een kind bij alle respondenten ontlokt. We onderscheiden vier verschillende ideaaltypen in de beleving en het omgaan met de keuzemogelijkheden. Elk type heeft een specifieke visie op de rol van de overheid.

De *'traditionele moeders'* achten maar één keuze de juiste: een moeder zorgt zoveel mogelijk zelf voor haar kinderen, ook bij prematuriteit.

“Ik zorg altijd zelf voor mijn kinderen. Ik wou dat zo. Ik zou niet willen dat hij later zou zeggen: maar ik heb voor die kinderen moeten zorgen. Neen, dat is mijn beslissing geweest en ik zorg daarvoor. Als hij maar ziet dat er eten is.”

(Winnie, 26 jaar, 4 kinderen)

Kinderopvang is uitgesloten en ze tonen onbegrip voor werkende moeders die hun kinderen naar de formele kinderopvang brengen. Dit wordt als verwaarlozing van de moederrol beschouwd. Een enig alternatief voor de eigen verzorgingsrol is hun moeder, ze beschouwen dit niet als opvang. Deze moeders verwezenlijken hun voorkeur. Als hun werkgever te weinig flexibiliteit geeft of ze kennen geen officiële manier die voldoende financiële middelen biedt om thuis te kunnen blijven, zoeken ze zelf naar een oplossing op andere manieren. Deze moeders maken soms oneigenlijk gebruik van vervangingsinkomens. De overheid moet volgens deze moeders zeker niet investeren in kinderopvang. Zij zijn van mening dat de overheid meer aandacht, respect en middelen moet bieden aan ‘thuiswerkende’ moeders en volledige onderbrekingen moet aanmoedigen. De financiële tussenkomsten moeten hoger en de periode van volledige onderbreking moet langer.

Een tweede type noemen we de ‘vrije moeders’. Deze moeders hebben het gevoel dat ze over voldoende mogelijkheden beschikken om hun voorkeur om te zetten in hun uiteindelijke keuze. Ze hebben het gevoel een beroep te kunnen doen op één of ander arrangement, al dan niet met tegemoetkomingen van de overheid (als ze dat al verkiezen).

“Er is het verhoogd kindergeld en ja, dan dat medisch verlof. Je kan een premie bijtrekken van de Vlaamse Gemeenschap. Plus je moet geen onthaalmoeder betalen. Plus dat ik mijn vervoer naar het werk in Antwerpen, ook niet moet betalen. Dus in principe verdien ik ongeveer hetzelfde zoals ik anders voltijds ga werken. En ik kan thuis zijn bij mijn kindje.” (Nathalie, 32 jaar, 1 kind)

Hun werkgever verzoent zich met hun keuze en financieel beschikken ze over voldoende middelen of zijn ze bereid in te leveren. Tijdens periodes van arbeid beschikken ze over opvangfaciliteiten, waarin ze veel vertrouwen hebben. De gekozen combinatie van arbeid en zorg leidt bij deze groep tot een bevredigend gevoel. Ze zijn tevreden over de opvangmogelijkheden en hun eigen keuze voor arbeid. Deze moeders pleiten vooral voor maatregelen die een echte keuze voor alle moeders ondersteunen. Ze spreken zich niet uit over een optimale keuze die elke moeder zou moeten maken, maar erkennen en respecteren de verscheidenheid in keuzes. Daarom pleiten ze zowel voor een selectief beleid naar lagere inkomens zodat loopbaanonderbrekingen financieel voor iedereen haalbaar worden als voor een investering en een verhoging van de toegankelijkheid van de kinderopvang. Specifiek naar moeders voor premature kinderen vinden ze gerichte voorzieningen en tegemoetkomingen noodzakelijk om de keuze van deze moeders optimaal te kunnen ondersteunen.

De ‘onzekere moeders’ zijn deze die blijven twijfelen over hun keuze. De ervaringen van de prematuriteit blijven lang meespelen. Ze zijn nog steeds sterk gericht op de gefaalde verwachtingen op vlak van hun moederschap en hebben de behoefte de moeilijkheden en tekorten die hun kind heeft moeten ondervinden te (blijven) compenseren. De druk om zelf te zorgen weegt zwaar. Anderzijds hebben ze ook nood aan andere levensdomeinen zoals vrije tijd en arbeid. Sociale contacten worden door het besmettingsgevaar meestal gedurende een lange periode vermeden. Arbeid beschouwen ze als de enige mogelijkheid om sociale contacten te hebben, andere activiteiten vinden ze onaanvaardbaar.

“Nu zijn we zes maanden later en ’t is winter en ik kan niet naar buiten en mijn collega’s bellen en ik heb de beslissing toch genomen om toch terug te gaan werken. (...) Ik heb heel veel respect voor moeders die bij hun kind willen thuisblijven, maar ik ben geen ‘kloek’. Neen, ik hou veel van mijn kinderen, maar ik heb mijn werk, mijn collega’s, mijn gedachtenverzet. Ik heb dat nodig.” (Marie, 34 jaar, 2 kinderen)

Deze moeders motiveren hun keuze enerzijds sterk vanuit financieel en werkgevers oogpunt. Anderzijds is het opvallend in de beschrijving van de betekenis van hun arbeid hoe sterk benadrukt wordt dat het hun enige ‘sociaal leven’ is, waar ze veel behoefte aan hebben. Deze moeders spreken zich niet echt uit over het te voeren beleid door de overheid.

De ‘ontevreden moeders’ bestaat uit hen die hun voorkeuren niet hebben kunnen omzetten in hun keuze. In dit type zijn twee groepen te onderscheiden. Een eerste groep heeft een periode zelf gezorgd omwille van de specifieke situatie van de prematuriteit. Men had dit niet gepland en door de problemen voelt men zich tot een bepaalde keuze ‘gedwongen’. Men ervaart dit zeer sterk als een rationele of morele verplichting. Deze periode wordt als zwaar beschreven en dit vooral door de druk van het sociale isolement en het gebrek aan waardering voor hun zorg.

“Daar ook denk ik soms van: ik zit hier weer alleen met mijn kinderen en hij is weeral weg.” (Ingrid, 29 jaar, 3 kinderen)

De andere groep ‘ontevreden moeders’ ervaren geen mogelijkheden om hun voorkeur te realiseren als gevolg van een tekort aan financiële middelen, tegenwerking van hun werkgever of gebrek aan kennis van de bestaande arrangementen op vlak van een vermindering of onderbreking van hun loopbaan. Ze vinden dat de overheid vooral moet investeren in een hogere financiële tegemoetkoming bij onderbreking van de loopbaan. Deze onderbreking moet in de praktijk bovendien afdwingbaar zijn voor elke werknemer.

## 6. Besluit en aanbevelingen

In dit onderzoek bekeken we de gevolgen van prematuriteit op de keuzes van moeders op gebied van arbeid en zorg. In de sociologie is er op dit domein nog onvoldoende aandacht voor deze groep. Het doel was daarom op een systematische en wetenschappelijke manier te bestuderen hoe de beleving van prematuriteit een impact heeft op moeders en hoe dit zich vertaalt in hun voorkeuren en keuzes in de combinatie arbeid en zorg. Centraal daarbij stond de subjectieve ervaring van deze moeders. We kozen voor de kwalitatieve onderzoeksmethode omdat deze zich richt op processen, op gevoelens en ervaringen, op de betekenisgeving van betrokkenen die hun handelen stuurt en op de complexiteit van fenomenen. De aandachtspunten in dit onderzoek waren daarbij het uittekenen van een haalbaar, theoretisch onderbouwde onderzoeksopzet.

Prematuriteit heeft belangrijke gevolgen voor de moeders op vlak van de beleving van hun moederrol. Het zelfbeeld wordt ernstig geschokt door de prematuriteit. De moeder wil beantwoorden aan het traditionele moederschapsideaal, wat onmogelijk is door de specifieke omstandigheden. Vaak voelen ze zich 'beknot' in hun moederrol en willen ze dit compenseren vanaf de thuiskomst. Ze worden dan vaak overspoeld door angst en onzekerheid, wat leidt tot ontevredenheid in hun rol als moeder. Hiermee hebben we een antwoord op onze eerste onderzoeksvraag: Welk effect heeft prematuriteit op de beleving van de moederrol? De resultaten van onze analyse wijzen er bovendien op dat het effect van prematuriteit op de moeders meestal afneemt na een periode. Sommigen slagen erin zich er (grotendeels) van los te maken. We kunnen in ons onderzoek niet eenduidig vaststellen welke de oorzaken zijn van dit al dan niet loskomen en de tijd dat dit in beslag neemt. We merken wel dat de medische toestand van het kind een indicator is. Zolang nog specifieke medische zorgen nodig zijn, blijft men zijn kind als prematuur aanzien. Toch lijkt ons dat een te eenvoudige verklaring. Sommige moeders stellen expliciet dat het kind door de prematuriteit een zorgenkind is en dit ook altijd zou blijven. Andere moeders beschouwen de prematuriteit als een afgesloten periode en zien hun kind als een 'normaal' kind dat op vlak van ontwikkeling enkele maanden achter is en slechts zeer sporadisch extra opvolging nodig heeft.

De tweede onderzoeksvraag luidde: Hoe vertaalt zich dit naar de voorkeuren op vlak van de combinatie arbeid en zorg? In ons onderzoek zien we een duidelijke tendens naar de voorkeur van onze respondenten voor een zeer traditionele invulling van de moederrol. Het enige, belangrijke levensdomein voor de respondenten lijkt de zorg voor hun kind. De moeders willen zich hier dan ook volledig voor inzetten, weigeren kinderopvang en wensen deze rol niet te combineren met buitenhuis werken. Door een periode zelf te zorgen hopen ze het gevoel van tekortkoming tijdens de hospitalisatieperiode te kunnen verminderen of compenseren. Eigen aan deze traditionele invulling van de moederrol is een hoog sociaal isolement, wat nog versterkt wordt door de be-

perkte contacten en sociale ondersteuning. Voor de meeste moeders weegt het isolement zwaar na een periode. Ze nemen hierdoor meer afstand van deze invulling van de moederrol. Men heeft (terug) behoefte aan werk, waarbij vooral de sociale contacten van de werkomgeving door de respondenten erg gewaardeerd worden. We vinden bevestiging in ons onderzoek dat het traditionele moederschapsideaal sterk blijft meespelen. We sluiten ons aan bij de bevindingen van Marks en Houston (2002) dat moeders, ook al kiezen ze om de beide domeinen te combineren, hun rol als moeder hoger plaatsen dan hun rol als werkneemster.

Op basis van onze bevindingen stellen we vast dat onderzoeken van onder meer Duncan e.a. (2003) en Marks en Houston (2002) te veel de indruk geven dat de houdingen van moeders ten aanzien van de combinatie arbeid en zorg statisch zijn. Uit ons onderzoek bleek dat de houding van de meeste moeders sterk evolueert en dat een gebeurtenis zoals prematuriteit daar (tijdelijk) een sterke impact op heeft. In periodes van sterke emoties zagen we in ons onderzoek een uniforme terugslag naar het traditionele moederschapsideaal. Nadien stelden we een variëteit vast in houdingen ten aanzien van de combinatie arbeid en zorg. We moeten zeker onthouden dat het belangrijk is in onderzoek aandacht te besteden aan deze evoluties en rekening te houden met de levensloopeffecten.

De derde onderzoeksvraag betrof de vraag of moeders van een prematuur kind deze voorkeuren kunnen omzetten in een feitelijke keuze en of ze wettelijke en/of feitelijke beperkingen ervaren. De voorkeur van de moeders om zelf een periode te zorgen, wordt omgezet in hun uiteindelijke keuze gedurende de eerste periode van ongeveer drie maanden na de moederschapsrust. De keuze van de moeder wordt sterk beïnvloed/beperkt door een aantal factoren waarvan we de volgende hebben besproken: de kennis van de verlostelsels, het financiële aspect, de houding van de werkgever en de opvangfaciliteiten. We vermoeden sterk dat er andere zijn, zoals opleidingsniveau en arbeid en houding van de partner, maar hiervoor moet bijkomend onderzoek worden verricht.

Vanuit de aandacht voor diversiteit construeerden we op basis van hun voorkeuren en de beleving van hun keuze een typologie van moeders met een prematuur kind. We onderscheidde vier types van moeders, namelijk de 'traditionele moeders' die niet loskomen van de traditionele invulling van de moederrol, de 'vrije moeders' en 'ontevreden moeders' die wel loskomen van het traditionele moederbeeld en de 'onzekere moeders' die een strijd tussen de rollen blijven ervaren. De eerste twee types van moeders reageren positief op hun keuze in de combinatie van arbeid en zorg. De 'onzekere moeders' reageren ambivalent en de laatste groep moeders is ronduit negatief.

Het beleid heeft een belangrijke taak in het creëren van een kader om de keuzes van moeders mogelijk te maken. Onze overheden reiken instrumenten aan die enerzijds de uitbesteding van zorgarbeid mogelijk maken en anderzijds het combinatiescenario ondersteunen. De keuze van de moeders uit ons

onderzoek wordt door de medische risico's als gevolg van de prematuriteit beperkter. Een kinderkribbe lijkt uitgesloten, de familie of een opvangmoeder is pas een aanvaardbaar alternatief na een aantal maanden. Het is opvallend hoeveel moeders opteren voor de opvang door familieleden. De houding van de moeders ten aanzien van de rol van de overheid is divers en vertoont patronen die overeenstemmen met de typologie van moeders die we hebben onderscheiden. De overheid moet voornamelijk investeren in de mogelijkheden voor moeders om langer thuis te kunnen blijven om de zorg voor hun kind op te nemen als ze dat verkiezen. Op basis van onze vaststellingen komt de maatregel (2004) met betrekking tot de verlenging van de moederschapsrust bij hospitalisatie van het kind tegemoet aan de behoeften van moeders met een prematuur kind om langer thuis te blijven. Bovendien ontvangen ze een vergoeding die beduidend hoger ligt dan deze bij ouderschapsverlof of verlof omwille van medische bijstand, namelijk 75% van het begrensde loon, waardoor de financiële bezwaren kunnen verminderen. Deze maatregel kan mogelijkheden bieden, maar het vrijwillige karakter ervan, zou een hindernis kunnen betekenen om daadwerkelijk hun rechten bij hun werkgever te laten gelden.

De analyse die we in ons artikel presenteerden is slechts een eerste stap. We toonden aan dat door een gebeurtenis als prematuriteit de voorkeuren en keuzes in de combinatie van arbeid en zorg bij moeders (tijdelijk) sterk wijzigen. We hebben gezien dat een aantal factoren de gewenste combinatie kunnen verhinderen, maar we hebben ons hierbij beperkt tot enkele factoren als gevolg van de beperkingen van onze onderzoeksopzet. Ons onderzoek laat bovendien niet toe om de belevingen te koppelen aan achtergrondkenmerken van de respondenten. Nochtans zou daardoor de problematiek scherper kunnen worden gesteld. Bovendien hebben we onvoldoende aandacht besteed aan het emancipatievraagstuk en meer specifiek de ongelijke belasting tussen mannen en vrouwen op vlak van de zorg voor het kind. We moesten keuzes maken en daarom boeiende vraagstukken laten liggen. We pleiten voor bijkomend kwantitatief én kwalitatief onderzoek op vlak van de combinatie arbeid en zorg, dat gericht is op specifieke groepen, zoals moeders van gehandicapte kinderen. Zo kunnen sociale wetenschappers haalbaarheid en wenselijkheid, effecten en neveneffecten van beleidsmaatregelen helpen duiden.

## BIBLIOGRAFIE

- Allen, J. (1995a), Family Reactions to Premature Birth, pp. 171-192 in Wyly, V., J. Allen & J. Wilson (Eds.), *Premature Infants and Their Families*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Allen, J. (1995b), Family Interventions, pp. 193-224 in Wyly, V., J. Allen & J. Wilson (Eds.), *Premature Infants and Their Families*. San Diego: Singular Publishing Group.



- Als, H., G. Lawhon e.a. (1994), Individualized Developmental Care for the Very-Low-Birth-Weight Preterm Infants: Medical and Neurological Effects, *JAMA*, 272(11), 853-858.
- Bohu, D., N. Mesbani e.a. (1999), Problèmes psychosociaux posés par le retour à domicile du nouveau-né prémature, *Archives de Pédiatrie*, 6 suppl 2, 264-266.
- Cammu, H. e.a. (2003), *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2002*. Brussel: Studiecendrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Cantillon, B. e.a. (2001), Female employment differences, poverty and care provisions, *European Societies*, 3(4), 447-469.
- Cantillon, B. (2002), Over de balans tussen zorgen en werken, *OVER.WERK, tijdschrift van het Steunpunt WAV*, 4, 281-289.
- Carton, A. (2003), Gezocht: M/V voor gezin en arbeid. Vlamingen en hun opvattingen over de combinatie gezin en arbeid in 2002, *Vlaanderen Gepeild 2003*, 311-346.
- Craeynest, P. (2003), *De levensloop van de mens. Inleiding in de ontwikkelingspsychologie*. Leuven: Acco.
- De Feyter, M., F. Verboon & G. Evers (2000), Arbeid en zorg: Ook een zorg van werkgeversorganisaties?, *Gids voor personeelsmanagement*, 79(3), 32-35.
- De Lathouwer, L. (2001), *Paper voor de Conference "The European Employment strategy: challenges for a new decade"*, Belgische Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, Brussel 11 oktober 2001.
- De Swaan, A. (1996), *De mensenmaatschappij. Een inleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Devlieger, H., P. De Cock e.a. (1992), Follow-up van de ex-prematuur: deel 1: De eigenheid van de ex-prematuur en zijn medische begeleiding, *Tijdschrift Geneeskunde*, 48(13), 1009-1014.
- De Witte, H. (2001), Houdingen tegenover arbeid in België op de drempel van de eenentwintigste eeuw, pp. 77-115 in Dobbelaere, K. e.a. (Eds.), *Verloren zekerheid? De Belgen en hun waarden, overtuigingen en houdingen*. Tiel: Lannoo/Koning Boude-wijnstichting.
- Duncan, S. e.a. (2003), Motherhood, paid work and partnering: values and theories, *Work, employment and society*, 17(2), 309-330.
- Ell, K. (1996), Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection, *Social Science and Medicine*, 42(2), 173-183.
- Feinberg, M.E. (2002), Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention, *Clinical child and Family Psychology Review*, 5(3), 173-195.
- Geurts, K. (2003), Werk, gezin of beide? Verschillen tussen laag- en hooggeschoolden, pp. 213-225 in Steunpunt Werkgelegenheid, Arbeid en Vorming, Viona-Stuurgroep Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, *De arbeidsmarkt in Vlaanderen. Jaarboek editie 3*. Leuven/Brussel: Steunpunt WAV/Viona.
- Glorieux, I. & J. Vandeweyer (2001), *Dit is Belgisch... tijdsbestedingspatronen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel* (<http://statbel.fgov.be/pr057.nl.asp>).
- Glorieux, I. & J. Vandeweyer (2002), Belgische vrouwen en mannen, een wereld van verschil. Over de verdeling van het werk tussen Belgische vrouwen en mannen, pp. 73-80 in Federaal Ministerie van Tewerkstelling en Arbeid, *Vrouwen en mannen in België, naar een egalitaire samenleving*, Brussel: Federaal Ministerie van Tewerkstelling en Arbeid.
- Gold, F., L. De Montgolfier-Aubo & J.J. Baudon (1999), Conditions et modalités de sortie du nouveau-né-prémature, *Archives de Pédiatrie*, 6 suppl 2, 258-260.
- Golisch, T. & K. Powell (2003), Experiencing ambiguous loss: Effect of a premature birth on family communication, *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3), 309-334.

- Gornick, J., K. Mayers & K. Ross (1997), Supporting the employment of mothers: Policy variation across fourteen welfare states, *Journal of European Social Policy*, 7(1), 45-70.
- Groenendijk, H. (1999), Arbeid en Werk: De subjectieve factor, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 1, 19-32.
- Guban, E. & Y. Lincoln (1994), Competing paradigms in qualitative research, pp. 105-117 in Denzin, N. & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- Hudson, D.B. (2001), First time mothers and fathers. Transition to parenthood, *Comprehensive pediatric nursing*, 24(1), 31-43.
- Jacobs, T. e.a. (2000), Arbeidsverdeling bij samenwonende koppels in België: diversiteit, dynamiek en emancipatie, *Bevolking en Gezin*, 29 (1), 33-58.
- Knijjn, T. & C. Verheijen (1991), *Kiezen of delen. Veranderingen in de beleving van het moederschap*. Amsterdam: Uitgeverij An Dekker.
- Liese, G., E. Grill & B. Fischer (2003), Incidence and risk factors of respiratory syncytial virus-related hospitalisations in premature infants in Germany, *European Journal Pediatrics*, 162, 230-236.
- Mahieu, L. (2003), Preventie complicaties RSV bij jonge kinderen: een stand van zaken, *Percentiel*, 8(4), 122-126.
- Marks, G. & D. Houston (2002), Attitudes towards work and motherhood held by working and non-working mothers, *Work, employment and society*, 16(3), 523-536.
- Muffels, R. (2001), De transitionele arbeidsmarkt. Een modern en dynamisch perspectief op de arbeidsmarkt en het arbeidsmarktbeleid, pp. 11-52 in van den Heuvel, N, F. Holderbeeke & R. Wielens (ed.), *De transitionele arbeidsmarkt. Contouren van een actief arbeidsmarktbeleid*. Den Haag: Elseviers bedrijfsinformatie.
- Potgieter, S.T., H. Devlieger e.a. (1999), Prematurenfollow-up 1998: kan het beter in Vlaanderen?, 4(1), 16-20.
- Powell, P.J., C.V.E. Powell e.a. (1992), When will my baby go home?, *Archives of Disease in Childhood*, 67, 1214-1216.
- Richardson, D.K. (2001), A woman with an extremely premature newborn, *JAMA*, 286(12), 1498-1506.
- Sarlangue, J., M. Fayon e.a. (1999), Le suivi du premature à domicile - Une coopération ville-hôpital, *Archives de Pédiatrie*, 6 Suppl 2, 269-274.
- Seale, C. (1999), *The quality of qualitative research*. London: Sage.
- Smaling, A. & I. Maso (1990), Objectiviteit in kwalitatief onderzoek: een overzicht, pp. 13-29 in Maso, I. & A. Smaling (Eds.), *Objectiviteit in kwalitatief onderzoek*. Mepel: Boom.
- Strauss, A. & J. Corbin (1990), Grounded theory methodology: an overview, pp. 273-285 in *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- Tielens, M. (2003), Mobiliteit tussen werk en niet-werk, pp. 139-147 in Steunpunt Werkgelegenheid, Arbeid en Vorming, Viona-Stuurgroep Strategisch Arbeidsmarkt-onderzoek, *De arbeidsmarkt in Vlaanderen. Jaarboek editie 3*. Leuven/Brussel: Steunpunt WAV/Viona.
- Van den Bergh, B. (2002), Moederlijke stress en emoties tijdens de zwangerschap: de gevolgen voor foetus en kind, opgenomen in Syllabus van de *Studiedag "Waar gezondheid begint"*, ingericht door Katholieke Hogeschool Limburg, Perspectief voor het miskende Kind, Provincie Hogeschool Limburg, Vlaamse Organisatie Vroedvrouwen, op 23 maart 2001 (<http://www.cbgs.be>).
- Van Dongen, W. en Vanhaute, E. (2001), De leefsituatie van mannen en vrouwen binnen gezin en maatschappij, pp. 57-116 in Van Dongen, W. e.a. (Eds.), *Beroepsleven en gezinsleven. Het combinatiemodel als motor voor een actieve welvaartsstaat?* Leuven/Apeldoorn: Garant.

- Van Dongen, W. (2004), *Dossier: Werken aan het combinatiemodel. Beschikbare faciliteiten van het combinatiemodel in Vlaamse organisaties*, Panel Survey of Organizations in Flanders (PASO) Editie 2004: Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Hoger Instituut van de Arbeid/Departement TEW/Departement Sociologie.
- Van Gils, S. (2003), Hoger lager: conjunctuur en arbeidstijden, pp.237-252 in Steunpunt Werkgelegenheid, Arbeid en Vorming, Viona-Stuurgroep Strategisch Arbeidsmarkt-onderzoek, *De arbeidsmarkt in Vlaanderen. Jaarboek editie 3*. Leuven/Brussel: Steunpunt WAV/Viona.
- Vanpée, K., L. Sannen & G. Hedeboom (2000), *Kinderopvang in Vlaanderen. Gebruik, keuze van de opvangvorm en evaluatie door de ouders*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven – Hoger Instituut voor de arbeid.
- Vlaamse Vereniging voor Ouders van Couveusekinderen (2003), *Waarom een vereniging voor ouders van couveusekinderen?* (<http://www.vvoc.be/eggermont.htm>).
- Weisglas-Kuperus, N. (2000), Vroegtijdige interventieprogramma's voor prematuren: naar een ontwikkelingsgerichte zorg, *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 83, 874-876.
- Whitelaw, A. (1994), Clinical implications of basic research in the neurobiology of infant-parent interaction in the newborn period, *Acta Paediatrica*, 82, 874-876.
- Whitfield, M. (2003), Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge, *Seminars in Neonatology*, 8, 185-193.
- Wilson, J. (1995), Developmental Interventions, pp. 113-144 in Wyly, V., J. Allen & J. Wilson (Eds.), *Premature Infants and Their Families*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Wyly, V. (1995), Parent-Preterm Infant Interactions, pp. 145-170 in Wyly, V., J. Allen & J. Wilson (Eds.), *Premature Infants and Their Families*. San Diego: Singular Publishing Group.