

# HANDBOEK

## GEBOORTEZORG *bij verschillende culturen*

Fadua el Bouazzaoui  
Ingrid A. Peters



# HANDBOEK

GEBOORTEZORG *bij*  
*verschillende culturen*

# HANDBOEK

## GEBOORTEZORG *bij* *verschillende culturen*

Fadua el Bouazzaoui

Ingrid A. Peters

D/2016/45/200 – ISBN 978 94 014 3605 2 – NUR 876

Vormgeving omslag: Nanja Toebak, 's-Hertogenbosch

Vormgeving binnenwerk: Scriptura, Westbroek

Redactionele werkzaamheden:

Elselien Dijkstra, Kalmthout

Aida van Gelderen, Culemborg

© Uitgeverij Lannoo nv, Tiel, 2017

Dit boek is een uitgave van Uitgeverij LannooCampus (Houten). LannooCampus maakt deel uit van Uitgeverij Lannoo nv.

De foto's in en op dit boek worden alleen gebruikt voor illustratieve doeleinden en hebben geen relatie met de werkelijkheid. Ieder persoon die afgebeeld wordt, is een model.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de uitdrukkelijk bij de wet bepaalde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus

p/a Papiermolen 14-24



3994 DK Houten (Nederland)






Postbus 97




3990 DB Houten (Nederland)

# INHOUD

VOORWOORD	9
1 INLEIDING	11
1.1 In dit boek	12
1.1.1 Hoofdstuk twee: Cultuur & religie	12
1.1.2 Hoofdstuk drie: Diversiteit	13
1.1.3 Hoofdstuk vier: Preconceptionele periode	13
1.1.4 Hoofdstuk vijf: Eerste zwangerschapstrimester	14
1.1.5 Hoofdstuk zes: Tweede zwangerschapstrimester	14
1.1.6 Hoofdstuk zeven: Derde zwangerschapstrimester	15
1.1.7 Hoofdstuk acht: Kraamperiode	15
1.2 Literatuur	15
2 CULTUUR & RELIGIE	16
2.1 Inleiding	16
2.2 Cultuur	16
2.2.1 Soorten culturen	17
2.2.2 Leven met twee culturen	18
2.3 Religie	20
2.4 Afstemmen op etnisch-culturele verschillen	22
2.4.1 Omgaan met een zorgvrager uit een andere cultuur	22
2.4.2 Transculturele zorgverlening	24
2.5 Test uw kennis: Cultuur of religie?	25
2.5.1 Antwoorden en toelichting van de test: Cultuur of religie?	27
2.6 Kernpunten	33
2.7 Literatuur	34

<b>3</b>	<b>ETNISCHE EN CULTURELE DIVERSITEIT</b>	<b>36</b>
3.1	Inleiding	36
3.2	Belang cultureel competente geboortezorg	36
3.3	Wanneer krijgen Nederlandse vrouwen kinderen?	38
3.3.1	Levendgeborenen	38
3.3.2	Etniciteit	38
3.3.3	Leeftijd	39
3.4	Nederlandse vrouwen met een migratie-achtergrond	39
3.4.1	Turkije	39
3.4.2	Marokko	43
3.4.3	Suriname	50
3.4.4	Polen	52
3.4.5	Afghanistan	55
3.4.6	Syrië	59
3.5	Kernpunten	62
3.5.1	Belang kennis etnisch-culturele diversiteit in relatie tot geboortezorg	62
3.5.2	Geboortezorg in het land van herkomst	63
3.6	Literatuur	63
<b>4</b>	<b>PRECONCEPTIONELE PERIODE</b>	<b>68</b>
4.1	Inleiding	68
 4.2	Theorie	68
4.2.1	Kinderwens	68
4.2.2	Preconceptionele leefstijl & gezondheid	69
4.2.3	Aanbod PCZ	70
4.2.4	Gewenste vorm PCZ	71
4.2.5	Gebruik PCZ	73
 4.3	De praktijk	75
4.3.1	Het perspectief van de zorgverlener	75
4.3.2	Het perspectief van de vrouw	76
4.3.3	Het model van Balm	77
4.3.4	Vrouwen met een onvervulde kindwens	79
4.4	De zwangere met een migratie-achtergrond en de preconceptionele periode	81
4.4.1	Het perspectief van Turks-Nederlandse vrouwen	81
4.4.2	Het perspectief van Marokkaans-Nederlandse vrouwen	83
4.4.3	Het perspectief van Surinaams-Nederlandse vrouwen	86
4.4.4	Het perspectief van Pools-Nederlandse vrouwen	88

4.4.5	Het perspectief van Afgaans-Nederlandse vrouwen	89
4.4.6	Het perspectief van Syrisch-Nederlandse vrouwen	90
4.5	Kernpunten	94
4.6	Literatuur	95
<b>5 EERSTE ZWANGERSCHAPSTRIMESTER</b>		<b>97</b>
5.1	Inleiding	97
 5.2	Theorie	97
5.2.1	Kennismaking met de zwangere met een migratie-achtergrond	98
5.2.2	Anamnese	100
5.2.3	Voorlichting	101
5.2.4	Counseling eerste-trimesterscreening – de combinatietest & NIPT	102
 5.3	De praktijk	104
5.3.1	Het perspectief van de zorgverlener	104
5.3.2	Het perspectief van de zwangere	115
5.4	Kernpunten	125
5.5	Literatuur	127
<b>6 TWEEDE ZWANGERSCHAPSTRIMESTER</b>		<b>132</b>
6.1	Inleiding	132
 6.2	Theorie	132
6.2.1	Voorlichting aan de zwangere met een migratie-achtergrond	133
6.2.2	Zorgaanbod en gebruik van prenatale zorg door de zwangere met een migratie-achtergrond	134
6.2.3	Counseling tweede-trimesterscreening – Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	137
 6.3	De praktijk	138
6.3.1	Het perspectief van de zorgverlener	138
6.3.2	Het perspectief van de zwangere	143
6.4	Kernpunten	157
6.5	Literatuur	158
<b>7 DERDE ZWANGERSCHAPSTRIMESTER</b>		<b>160</b>
7.1	Inleiding	160
 7.2	Theorie	160
7.2.1	Communicatie tijdens het derde zwangerschapstrimester	161
7.2.2	Ervaring verloskundige zorgverlener	161

7.2.3	Vroeg-signalering zwangerschapscomplicaties bij de vrouw met een migratie-achtergrond	162
7.2.4	Bevalling van de vrouw met een migratie-achtergrond	164
7.2.5	Geboorte-uitkomsten	165
 7.3	De praktijk	167
7.3.1	Het perspectief van de zorgverlener	167
7.3.2	Het perspectief van de zwangere	170
7.4	Kernpunten	186
7.5	Literatuur	187
<b>8 KRAAMPERIODE</b>		<b>190</b>
8.1	Inleiding	190
 8.2	Theorie	190
8.2.1	De culturele en religieuze waarde van de kraamvrouw	191
8.2.2	Kennis over kraamzorg bij de kraamvrouw met een migratie-achtergrond	192
8.2.3	Het sociale netwerk van de kraamvrouw	192
8.2.4	Zorggebruik van en aanbod aan de kraamvrouw met een migratie-achtergrond	192
8.2.5	Specifieke risico's voor de kraamvrouw met een migratie-achtergrond	194
8.2.6	Specifieke risico's pasgeborenen met een migratie-achtergrond	196
 8.3	De praktijk	198
8.3.1	Het perspectief van de zorgverlener	198
8.3.2	Het perspectief van de kraamvrouw	199
8.4	Kernpunten	223
8.5	Literatuur	224
<b>SLOTWOORD</b>		<b>227</b>
<b>DANKWOORDEN</b>		<b>229</b>
<b>OVER DE AUTEURS</b>		<b>233</b>
<b>BIJLAGEN</b>		<b>235</b>
<b>REGISTER</b>		<b>237</b>



## VOORWOORD

Vanaf de geboorte geldt voor iedereen het recht op ‘het hoogst bereikbare niveau van gezondheid’. Dit fundamentele recht is vastgelegd in de Nederlandse Grondwet. Het recht op gezondheid is nauw verbonden met andere internationale mensenrechten, zoals het recht op voedsel, huisvesting, werk, onderwijs, toegang tot informatie en participatie.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een aantal basisprincipes geformuleerd die van toepassing zijn op elk zorgdomein, waaronder het non-discriminatieprincipe. Dit principe beoogt te waarborgen dat de mensenrechten worden gerespecteerd zonder discriminatie van welke aard dan ook: etnische herkomst, huidskleur, geslacht, leeftijd, taal en religie. Voorts dienen alle gezondheidsvoorzieningen, producten en diensten medisch-ethisch aanvaardbaar, cultureel sensitief en passend te zijn en te voldoen aan gender- en levenscyclusvereisten.

Een op mensenrechten gebaseerde benadering van gezondheidszorg biedt mogelijkheden om ongelijkheden in gezondheid aan te pakken en te corrigeren. In dit kader verdient elk kind de beste start. Hier ligt een belangrijke taak voor zorgverleners in de geboortezorg. Professionele begeleiding van vrouwen en hun naaste familie voor, tijdens en na de geboorte is niet louter een medisch-technische aangelegenheid. Dit boek onderstreept naast communicatieve vaardigheden het belang van gerichte aandacht voor de achtergrond, leefwereld, wensen en behoeften van de (aanstaande) ouders en hun kind(eren). Mede aan de hand van persoonlijke ervaringen krijgt de lezer een goed beeld van de leefomstandigheden en de verwachtingen van de groep vrouwen uit verschillende culturele werelden; werelden waarvan wij als zorgverleners veel kunnen leren!

Dit boek biedt de juiste inzichten om bij iedereen, ongeacht de culturele achtergrond, de basisprincipes van gezondheid als een fundamenteel mensenrecht in de geboortezorg toe te passen.

Prof. dr. Semiha Denктаş, hoogleraar gezondheidspsychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam,

Dr. Hajo I.J. Wildschut, gynaecoloog.

# 1 INLEIDING

In een multiculturele samenleving komen zorgverleners in aanraking met een diverse populatie zwangeren. Verschillen in levensbeschouwing, leefgewoontes en rituelen rondom de preconceptie, zwangerschap en de kraamperiode, hebben steeds meer invloed op het verloskundige zorgaanbod en het gebruik hiervan. Dit handboek biedt de zorgverlener die werkzaam is binnen de geboortezorg een leidraad hoe om te gaan met diversiteit.

“Als ik één ding mag noemen dat ik heb geleerd tijdens mijn werkzaamheden als voorlichter perinatale gezondheid, dan is het dat heel veel Nederlandse vrouwen met een migratie-achtergrond, simpelweg behoefte hebben aan voorlichting over hoe de zorg in Nederland geregeld is. Wanneer ze hier kennis van hebben, zullen zij beter gebruik maken van de verloskundige zorg. Daarnaast hebben ook zorgverleners behoefte aan meer kennis en inzicht in de culturele aspecten die van belang zijn voor zwangeren met een migratie-achtergrond. Daar kwam ik achter bij het geven van een training aan zorgverleners over geboorte en kraamtijd in verschillende culturen”, aldus Fadua el Bouazzaoui.

Het gebrek aan kennis over de verloskundige zorg bij een deel van de (aanstaande) zwangeren en kraamvrouwen met een migratie-achtergrond, maakt het bieden van verloskundige zorg aan deze doelgroep complexer. Het doet een beroep op de voorlichtingsvaardigheid van de zorgverleners, en stelt eisen aan de voorlichtingsmaterialen over de verloskundige zorg in Nederland.

De moeder van El Bouazzaoui heeft in het Marokkaanse Rifgebergte acht kinderen gebaard zonder zorgverleners aan haar zijde. Zij heeft daar andere dingen geleerd over zwangerschap en geboorte dan wij hier. De vraag is hoe je als zorgverlener om kunt gaan met de soms botsende etnisch-culturele inzichten en gewoonten van een kindwensers, zwangere of kraamvrouw met een migratie-achtergrond. Overtuig El Bouazzaoui's moeder er maar van dat de informatie die zij heeft gekregen van dorpsvrouwen – die vaak niet op kennis maar op fabels gebaseerd is – best een prachtige aanvulling kan zijn op de geboortezorg, maar ook tot een risicovolle situatie kan leiden.

Twintig procent van de Nederlandse bevolking heeft een migratie-achtergrond, waarvan 60% een niet-westerse.<sup>[1]</sup> De kans is dus groot dat de

zorgverlener tijdens zijn of haar werk te maken krijgt met zwangeren met verscheidene culturele en religieuze achtergronden. Naast de verschillen in cultuur en religie, zijn er echter ook veel overeenkomsten te vinden. Juist die overeenkomsten kunnen helpen een brug te slaan, waardoor ‘anders’ niet per se als ‘vreemd’ ervaren hoeft te worden. De persoonlijke voorkeuren van de zwangere zijn uiteindelijk leidend in het aanbod en gebruik van geboortezorg. In dit boek worden vier dingen behandeld:

- (1) relevant onderzoek op het terrein van geboortezorg en diversiteit;
- (2) de visie van zorgverleners op het bieden van zorg aan vrouwen met een migratie-achtergrond;
- (3) de zorgervaring en visie van de (aanstaande) zwangere en de kraamvrouw met een migratie-achtergrond;
- (4) handelingsopties en oefeningen bij specifieke casuïstiek. Deze geven de zorgverleners de mogelijkheid zich een bepaalde handeling of manier van kijken eigen te maken.

Met dit boek wordt getracht zowel aankomende als gediplomeerde zorgverleners (zoals verloskundigen, gynaecologen en zo mogelijk ook obstetrie-verpleegkundigen en kraamverzorgenden) te verrijken met nieuwe inzichten, zodat hun culturele competentie toeneemt. Dit boek is primair gericht op de verloskundige beroepsgroep omdat deze groep professionals in Nederland het meest frequent zorg biedt aan vrouwen met een migratie-achtergrond en daarmee intenser betrokken is bij de levenssfeer van deze vrouwen. Wanneer in dit boek wordt geschreven over de verloskundige of de zorgverlener, dan hebben we het over ‘haar’ waar we ook ‘hem’ bedoelen – dit omdat deze tak van de zorg vooral door vrouwen wordt bevolkt.

## 1.1 IN DIT BOEK

### 1.1.1 Hoofdstuk twee: Cultuur & religie

Hoofdstuk twee omschrijft in theoretische zin de fenomenen cultuur en religie. Er wordt achtergrondinformatie gegeven, zodat de zorgverlener het verschil tussen cultuur en religie beter kan duiden. Om adequaat zorg te bieden kan het essentieel zijn een open gesprek te voeren met de (aanstaande) zwangere of kraamvrouw. De geboden informatie kan daaraan bijdragen. Ook het concept van leven met twee culturen komt in dit hoofdstuk aan de orde. Er worden casussen gepresenteerd en er worden handvatten geboden: bepaalde inzichten en een assessment-model helpen de zorgverlener af te stemmen op de etnisch-culturele diversiteit en goede zorg te bieden aan vrouwen met

een migratie-achtergrond. Het hoofdstuk wordt afgerond met een ‘cultuur- of religie-test’ waarmee de lezer haar inzicht en kennis kan testen.

### 1.1.2 Hoofdstuk drie: Diversiteit

Hoofdstuk drie start met een inleiding over het belang van cultureel competente geboortezorg en maakt de samenstelling van de Nederlandse populatie vrouwen in de reproductieve leeftijd inzichtelijk. Vervolgens wordt aan de hand van de migratiehistorie en van culturele, antropologische en sociaal-economische kenmerken, een toelichting gegeven op het leven van vrouwen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Poolse, Syrische en Afghaanse achtergrond. Aanvullend zal per doelgroep, aan de hand van casussen en citaten, een beeld worden geschetst van de geboortezorg in het land van herkomst.

#### Box 1.1 De geboortezorg – hoofdstuk vier tot acht

In deze hoofdstukken wordt vanuit de theorie en de praktijk de lezer inzicht gegeven in de karakteristieken van het *aanbod* van zorg en het *zorggebruik* vanaf de preconceptionele periode tot en met de kraamzorgperiode. Daarbij wordt gekeken naar de ervaringen van Nederlandse vrouwen met een migratie-achtergrond (eerste en tweede generatie).

Na een algemene inleiding op de geboortezorgfase volgt in elk hoofdstuk een weergave van de belangrijkste uitkomsten van praktisch en wetenschappelijk onderzoek. Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt in elk geboortezorghoofdstuk inzicht gegeven in de verloskundige zorg voor vrouwen met een migratie-achtergrond. Zoals gezegd worden ook hun ervaringen meegenomen. Gevraagd is naar de visie van enkele Nederlandse vrouwen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Poolse, Afghaanse en Syrische achtergrond. De keuze voor deze groepen is gebaseerd op groeps grootte, actualiteit, vraag vanuit de beroepsgroep of bijzonderheden bij een doelgroep aangaande geboortezorg. Hun verhalen en uitspraken schetsen een veelkleurig beeld van de geboortezorg in het land van herkomst en hun ervaringen in Nederland. De voorbeelden van de zorgprofessionals en de verhalen van de vrouwen zijn exemplarisch, en hebben niet tot doel een beroepsgroep of specifieke migrantengroep in Nederland te stereotyperen.

### 1.1.3 Hoofdstuk vier: Preconceptionele periode

Het vierde hoofdstuk behandelt de voorfase van de geboortezorgketen, namelijk de preconceptionele periode. Er wordt een weergave gegeven van de belangrijkste onderzoeksuitkomsten over de perceptie van de in dit boek behandelde migrantengroepen over de kindwens, de preconceptionele leefstijl en gezondheid.

#### **1.1.4 Hoofdstuk vijf: Eerste zwangerschapstrimester**

Dit hoofdstuk biedt diverse aandachtspunten voor het bieden van verloskundige zorg gedurende het eerste zwangerschapstrimester. In het theoretische deel komen thema's aan de orde als:

- het moment van de intake,
- de zorgafstemming en communicatie met de zwangere met een migratie-achtergrond,
- bijzonderheden met betrekking tot de anamnese van de migrant, en
- het geven van zwangerschapsvoorlichting en counseling rond de eerste-trimesterscreening (oftewel de screening op down-, edwards- en patau-syndroom).

In het praktijkdeel van dit hoofdstuk is er – vanuit het perspectief van de professional en de zwangere – onder meer aandacht voor:

- het kennisniveau van de zwangere met een migratie-achtergrond,
- haar visie op zwangerschapsbeëindiging,
- haar visie op de mannelijke zorgverlener, en
- de rol van het vertalende familielid en de (schoon)moeder.

#### **1.1.5 Hoofdstuk zes: Tweede zwangerschapstrimester**

In het zesde hoofdstuk is er aandacht voor de zorg gedurende het tweede zwangerschapstrimester. In het theoretische deel wordt gekeken naar:

- het geven van individuele voorlichting of groepsvoorlichting over zorg en leefstijl,
- de continuïteit van het verloskundige zorgaanbod,
- bevorderende en belemmerende factoren voor het zorggebruik,
- de counseling en de informatievoorziening, en
- de besluitvorming over de tweede-trimesterscreening (oftewel het Structureel Echoscopisch Onderzoek).

In het praktijkdeel van dit hoofdstuk wordt vanuit de professional en de zwangere gekeken naar:

- het belang van een open geïnteresseerde houding,
- het stellen van open vragen,
- het bespreekbaar maken van risicovolle gewoontes,
- de 'terugvertel-methode', en
- de kunst van het luisteren.

### 1.1.6 Hoofdstuk zeven: Derde zwangerschapstrimester

Dit hoofdstuk omschrijft diverse aandachtspunten voor verloskundige zorgverlening gedurende het derde zwangerschapstrimester. In het theoretische deel komen thema's aan bod als:

- de communicatie met de zwangere,
- de ervaring van de verloskundige zorgverlener,
- vroeg-signalering van zwangerschapscomplicaties,
- de bevalling, en
- zwangerschapsuitkomsten.

Het praktijkdeel geeft vanuit het perspectief van de zorgverlener een toelichting op de volgende onderwerpen:

- communicatie tijdens het laatste trimester van de zwangerschap en tijdens de partus,
- culturele verschillen omtrent de bevalling: de ander wel of niet de hand schudden, doodgeboorte, en religie.

### 1.1.7 Hoofdstuk acht: Kraamperiode

Het achtste hoofdstuk behandelt de zorg gedurende de kraamperiode. In het theoretische deel wordt gekeken naar:

- de culturele en religieuze waarden van de kraamvrouw,
- de kennis over kraamzorg,
- het sociale netwerk van de kraamvrouw,
- zorgaanbod en gebruik,
- specifieke risico's voor kraamvrouwen en pasgeborenen met een migratie-achtergrond.

In het praktijkdeel van dit hoofdstuk wordt vanuit het perspectief van zowel de professional als de zwangere onder meer aandacht besteed aan:

- open communicatie,
- het bespreken van risico's in de kraamperiode,
- kennis over kraamzorg en kraamzorggebruik,
- rituelen tijdens de kraamperiode,
- sociale druk en de rol van de (schoon)moeder.

## 1.2 LITERATUUR

CBS.nl. <http://statline.cbs.nl/Statweb/>. Geraadpleegd op: 2-8-2016.

# 7 DERDE ZWANGERSCHAPSTRIMESTER

## 7.1 INLEIDING

In het derde trimester van de zwangerschap neemt het aantal zorgcontacten met de zwangere toe tot ongeveer zes tot acht individuele consulten. Een eventuele groei-echo rond de dertigste week, de aan het einde van de zwangerschap sneller op elkaar volgende consulten, en tot slot de partus zijn kenmerkend voor dit zwangerschapstrimester. In het derde zwangerschapstrimester richt de zorgverlener zich op het eventueel vroeg signaleren van mogelijke zwangerschapscomplicaties zoals hypertensie, groei-vertraging, zwangerschapsdiabetes en vroeggeboorte. Daarnaast is de zorg gericht op het voorbereiden van de zwangere op de geboorte, die vanuit het perspectief van de zwangere met een migratie-achtergrond bij voorkeur niet thuis plaatsvindt.<sup>[1]</sup>

De effectiviteit van de in deze fase geboden zorg is in belangrijke mate afhankelijk van een goede communicatie en vertrouwensband met de zwangere. Maar precies deze elementen zijn in het zorgcontact met de zwangere met een migratie-achtergrond niet vanzelfsprekend aanwezig, gezien de eventuele taal- en cultuurbarrières. De geboorte wordt vanuit cultureel perspectief als een belangrijk proces van verandering gezien waarin culturele gewoonten en rituelen een elementaire rol vervullen.<sup>[2]</sup>

Dit hoofdstuk tracht op enkele wezenlijke vragen een antwoord te geven:

1. Hoe kan de zorgverlener eventuele zwangerschapscomplicaties vroegtijdig signaleren bij zwangeren met een migratie-achtergrond?
2. Op welke manier kan de zorgverlener constructieve afspraken maken met een zwangere met een migratie-achtergrond over het tijdig melden van alarmerende klachten en het invoeren van begeleiding tijdens de partus?
3. Welke etnisch-culturele aandachtspunten en oplossingsrichtingen bestaan er ten aanzien van de begeleiding van de partus?

## 7.2 THEORIE

Het derde trimester van de zwangerschap staat in het teken van het signaleren van zwangerschapscomplicaties in de laatste fase van de zwangerschap, het begeleiden en de voorbereiding van de zwangere op de geboorte en de partus. In het verlenen van verloskundige zorg aan zwangeren met een migratie-achtergrond in het laatste trimester van de zwangerschap bestaan specifieke aandachtspunten zoals:



## 7.3 DE PRAKTIJK

In het praktijkonderdeel van dit hoofdstuk worden zowel het perspectief van de zorgprofessional als dat van de zwangere met een migratie-achtergrond weergegeven.

### 7.3.1 Het perspectief van de zorgverlener

Er is met diverse zorgverleners gesproken (zowel werkzaam in de eerste als de tweede lijn) over hun specifieke visies en ervaringen ten aanzien van het verlenen van zorg aan zwangeren met een migratie-achtergrond.

#### *De Turks-Nederlandse zwangere vanuit het perspectief van de zorgverlener*

*“Informatie over hoe een bevalling gaat en welke gevaren er zijn halen Turks-Nederlandse vrouwen met name van de Turkse tv-zenders.”*

*Uitspraak van een verloskundige, werkzaam in een stedelijke achterstandswijk*

De bevalling van Turks-Nederlandse vrouwen vindt veelal plaats in het bijzijn van vrouwen uit de familie. Het is soms lastig voor de barende om een besluit te nemen over wie er bij de bevalling aanwezig zal zijn. De Turkse mannen zijn (in vergelijking tot andere partners tijdens de bevalling) wat meer gespannen, soms zijn zij er op verzoek van de vrouw niet bij. In Turkije mag de man er doorgaans ook niet bij zijn en verblijft hij in een andere kamer, stellen de geïnterviewde zorgverleners. Dit heeft volgens een geïnterviewde Turkse verloskundige vooral te maken met de mannelijke cultuur binnen de Turkse gemeenschap. Turkse vrouwen ervaren de bevalling in vergelijking tot andere vrouwen volgens de geïnterviewde verloskundigen vaker als spannend en zijn vaak angstiger voor mogelijke risico's. Dit heeft veelal een verband met een gebrek aan kennis: er is geen zwangerschapscursus gevolgd, informatie komt alleen van het internet en de Turkse tv-zenders. De verloskundig zorgverleners gaven in dit kader ook aan dat Turks-Nederlandse bevallenden meer geluid maken tijdens de baring, frequenter dan andere vrouwen. Binnen de Nederlandse samenleving is er sinds enkele jaren ambivalentie ten opzichte van de thuisbevalling. Ook binnen de Turkse gemeenschap bestaan er veel aannamen over de risico's van de thuisbevalling in Nederland. Een goede voorlichting op dit terrein ontbreekt en is dan ook wenselijk, aldus een deel van de geïnterviewden.



### **Box 7.1 Beweging op de echo**

Een Turkse zwangere neemt aan het eind van haar zwangerschap contact op met een prenataal arts in een perifere ziekenhuis omdat ze haar kindje minder voelt bewegen. Ze wordt direct uitgenodigd voor een echo. Tijdens de echo is geen hartactie te zien, maar de zwangere denkt dat het juist wel goed gaat met haar kind, omdat ze ondanks de stilte in haar buik wel beweging ziet op het echobeeld. Ze zag beweging van haar eigen lichaam in het echobeeld. De gynaecoloog probeert haar duidelijk te maken dat haar kind is overleden, maar kan niet tot haar doordringen.

Mogelijk was de zwangere in het voorbeeld in box 7.1 gechoqueerd door het bericht dat haar kind was overleden en wilde ze dit feit niet accepteren. Ook kan een taalbarrière of een gebrek aan kennis over de anatomie van het lichaam een rol hebben gespeeld. De beweging op het beeld kan immers ook van de moeder zelf zijn. Het is verstandig om bij dit soort echo's op een bepaald moment het echobeeld niet meer te laten zien omdat het tot verwarring kan leiden bij de zwangere. Wanneer de vrouw ondanks herhaalde uitleg de situatie niet lijkt te begrijpen en alleen naar het consult is gekomen, kan het raadzaam zijn haar te adviseren een familielid of vriendin die de Nederlandse taal wel machtig is te bellen om naar haar toe te komen, of later met deze persoon opnieuw langs te komen voor een afspraak. Wanneer de zwangere verwezen is kan ook de verwijzend huisarts of verloskundige worden betrokken. Als het feit dat er geen hartactie meer is, is doorgedrongen tot de vrouw, dan is er ruimte voor haar gevoelens en het verlenen van informatie over het vervoltraject.

#### ***De Marokkaans-Nederlandse zwangere vanuit het perspectief van de zorgverlener***

*“Nederlands-Marokkaanse zwangeren zijn niet snel in paniek tijdens het baringproces, ze zijn over het algemeen goed in baren door het vertrouwen in hun lichaam en inzicht in de fysiologie.”*

*Uitspraak van een verloskundige, werkzaam in een stedelijke achterstandswijk*

De taalbarrière tijdens het derde trimester van de zwangerschap en de baring spelen bij Marokkaans-Nederlandse zwangeren geen belangrijke rol. Meestal is een tolk uit hun eigen omgeving aanwezig die goed in staat is om op een adequate manier te tolken. Wanneer het gebrek aan Nederlandse taalvaardigheid toch hinderlijk is, volstaat het doorgaan om op diverse manieren door te vragen, aldus de geïnterviewde zorgverleners. Enkele

zorgverleners ervaren de barende Marokkaanse vrouwen als veeleisend. Marokkaanse vrouwen bevallen, evenals Turkse vrouwen, veelal in het bijzijn van vrouwen uit de familie. De Marokkaans-Nederlandse bevallende heeft een sterk gevoel van fysiologie en vertrouwen in haar lijf, aldus een geïnterviewde verloskundige. ‘De gemiddelde Marokkaanse bevallende heeft geen grote wensen omtrent de bevalling, ze bevalt gewoon’, aldus één van de respondenten. Wanneer een Marokkaans-Nederlandse zwangere angstig is heeft dit veelal een reële basis, stelt een deel van de geïnterviewde verloskundigen.

#### ***De Pools-Nederlandse zwangere vanuit het perspectief van de zorgverlener***

*“Enkele Poolse vrouwen die ik begeleidde tijdens de bevalling zag ik in stilte lijden.”*  
Uitspraak van een gynaecoloog, werkzaam in een academisch ziekenhuis

Een deel van de Poolse vrouwen in Nederland heeft een fysiek intensieve baan, waardoor met regelmaat een beroep wordt gedaan op de zorgverleners met het verzoek om een medisch advies om minder of niet meer te hoeven werken tijdens het derde trimester. De zorgverleners ervaren de Poolse barende vrouwen als meer introvert in vergelijking tot de gemiddelde barende vrouw. Een deel van de Poolse vrouwen wenst pijnstilling. Deze vrouwen zijn volgens de geïnterviewde zorgverleners veelal zowel praktisch als mentaal minder goed voorbereid op de bevalling. Daarnaast speelt bij een deel van de angstige Poolse barende een taalbarrière een rol. Een ander deel van de Poolse zwangeren wenst juist per definitie geen pijnbestrijding tijdens de partus en doorloopt het geboorteprocess vlot. De Poolse vrouwen worden in vergelijking met andere vrouwen met een migratie-achtergrond tijdens de bevalling minder vaak bijgestaan door naasten. Soms is de partner er onopvallend bij aanwezig.

#### ***De Surinaams-Nederlandse zwangere vanuit het perspectief van de zorgverlener***

*“Het is prachtig om te zien hoe de familie betrokken kan zijn bij de geboorte, en de rituelen met kruiden hebben ook iets.”*  
Uitspraak verloskundige, werkzaam in een stedelijke achterstandswijk

Wanneer Surinaamse vrouwen wordt geadviseerd hun dieet aan te passen als gevolg van zwangerschapsdiabetes is deze groep vrouwen minder toegewijd dan andere zwangere groepen.

# HANDBOEK GEBOORTEZORG BIJ VERSCHILLENDE CULTUREN

In onze multi-etnische samenleving komt de verloskundige zorgverlener regelmatig in aanraking met zwangere vrouwen uit andere landen en culturen. Verschillen in leefgewoontes en rituelen rondom de zwangerschap en de kraamperiode, hebben steeds meer invloed op het verloskundig werken. Het bieden van verloskundige zorg aan deze doelgroep wordt veelal als complex ervaren. *Handboek geboortezorg bij verschillende culturen* geeft achtergrondinformatie over culturele en religieuze verschillen van de zes meest relevante migrantengroepen in Nederland en helpt de zorgverlener deze vrouwen goed te informeren en te begeleiden. De theorie wordt ondersteund door uitgebreide praktijkverhalen.

*‘Professionele begeleiding van vrouwen en hun naaste familie voor, tijdens en na de geboorte is niet louter een medisch-technische aangelegenheid. Dit boek onderstreept naast communicatieve vaardigheden het belang van gerichte aandacht voor de achtergrond, leefwereld, wensen en behoeften van de (aanstaande) ouders en hun kind(eren). Mede aan de hand van persoonlijke ervaringen krijgt de lezer een goed beeld van de leefomstandigheden en de verwachtingen van de groep vrouwen uit verschillende culturele werelden; werelden, waarvan wij als zorgverleners veel kunnen leren! Dit boek biedt de juiste inzichten om bij iedereen, ongeacht de culturele achtergrond, de basisprincipes van gezondheid als een fundamenteel mensenrecht in de geboortezorg toe te passen.’* – **Prof. dr. Semiha Denктаş**, hoogleraar gezondheidspsychologie, Erasmus Universiteit, Rotterdam en **dr. Hajo I.J. Wildschut**, gynaecoloog



FADUA EL BOUAZZAOU is oprichter van de *Stichting Voorlichters Gezondheid*. Met het team *Voorlichters Perinatale Gezondheid* zet zij zich door het geven van trainingen in voor het doorbreken van taboes en veronderstellingen over de perinatale gezondheid.



DRS. INGRID A. PETERS werkt bij het Erasmus MC, Rotterdam. Ze combineert een coördinerende stafadviseursfunctie bij de *Stichting Prenatale Screening Zuidwest Nederland* met een promotietraject gericht op diversiteit binnen de geboortezorg.

