



Volle Maan
expertisecentrum kraamzorg

HANDLEIDING

Cultuursensitieve zwangerschapskoffer

Hanan Ben Abdeslam

Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan

Koningsstraat 294-296, 1210 Brussel

info@expertisecentrum-vollemaan.be

2021

V.U. Ann Demeulemeester, Familiehulp vzw, Koningsstraat 294, 1210 Brussel

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Inleiding.....	5
1.1 Visie	6
1.2 Doel	6
1.3 Omschrijving van de doelgroep.....	8
2. Cultuursensitieve aanpak.....	9
2.1 Wat is cultuursensitiviteit?	9
2.2 Cultuursensitief communiceren.....	10
3. Gebruik van de zwangerschapskoffer	11
3.1 Praktische afspraken bij cultuursensitieve groepssessies:	11
3.2 Tastbare materialen	12
3.3 Illustratieplaten.....	14
3.3.1 Emoties en beleving	14
3.3.2 Zelfzorg tijdens de zwangerschap	15
3.3.3 Ramadan en zwangerschap.....	22
3.3.4 Diabetes en zwangerschap.....	26
3.3.5 Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV).....	29
3.3.6 Geboorteplan	33
4. Bronvermelding.....	36
5. Bijlage	39

Voorwoord

Graag wil ik enkele collega's en mensen bedanken die op één of andere manier hebben bijgedragen tot de verwezenlijking van deze cultuursensitieve zwangerschapskoffer. Een dergelijk project is nooit het werk van één persoon.

Allereerst een woord van dank aan mijn rechtstreekse collega's; Kato Nackaerts voor haar ondersteuning en de aangename samenwerking, Anggita Soeryanto voor haar mooie illustraties en Harlinde Exelmans voor haar steun en geloof in het project.

Dank ook aan Fonds Dr. Daniël De Koninck en Koning Boudewijnstichting die dit project mogelijk maakten.

Bijzondere dank aan de wijkgezondheidscentra: Medikuregem en De Brug – Samira Gharbaoui en Catherine Geypen. Erasmushogeschool Brussel - Researchgroup Brussels Integrated Care – Florence, Katalina en Maaïke, Universiteit Antwerpen, Kind & Gezin, Le coeur à marée basse, GAMS, Expertisecentrum Kraamvogel, Samen voor Respectvolle geboorte, Paola van der Staak en andere partners die rechtstreeks of onrechtstreeks de Cultuursensitieve zwangerschapskoffer mee hebben vormgegeven!

1. Inleiding

Het aandeel personen met een migratieachtergrond in België is in tien jaar tijd gestegen van één op vier tot één op drie (Statbel, 2021). Volgens de World Health Organization (WHO, 2021) vormen vrouwen meer dan 50% van de migrantenpopulatie en zijn ze oververtegenwoordigd in kwetsbare groepen (80%). België, en Brussel in het bijzonder, is hierdoor een internationale en superdiverse stad geworden. Brussel kent 182 verschillende nationaliteiten en is daarmee de op één na meest kosmopolitische stad ter wereld (Venegas, 2021).

België wordt beschouwd als een land met een goede sociale bescherming en een kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Toch blijkt niet iedereen dezelfde toegang te hebben tot deze zorgen. Etnische ongelijkheid in de verloskundige zorg is een realiteit in België. Kwetsbare zwangere vrouwen met een migratie-achtergrond lopen meer gezondheidsrisico's op door minder adequate pre- en postnatale zorg, onwetendheid, taalbarrière en laag socio-economisch statuut. Ze vinden zelden zelf hun weg in de gezondheidszorg. Met de 'Cultuursensitieve Zwangerschapskoffer' willen we de levenskwaliteit en gezondheidsvaardigheden tijdens de zwangerschap verbeteren (Ben Abdeslam, 2018; Schoenborn, C., De Spiegelaere, M. & Racape, J., 2021).

De rode draad van de cultuursensitieve zwangerschapskoffer bestaat uit:

- ✓ Health literacy / Gezondheidsgeletterdheid
- ✓ Women-centered care
- ✓ De 1001 kritische dagen
- ✓ Gezondheidsgelijkheid & cultuursensitieve zorg
- ✓ Respectvolle geboorte
- ✓ Every life matters: no discrimination at birth
- ✓ Women & men empowering in birth

1.1 Visie

Het Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan wil kwetsbare doelgroepen laagdrempelig inlichten over zwangerschap, bevalling en het begin van de kraamtijd zodat zij in staat zijn om bewuste en geïnformeerde keuzes te maken voor zichzelf en hun gezin, ongeacht hun afkomst, religie of achtergrond.

De eerste 1001 kritieke dagen zijn cruciaal in de ontwikkeling van het jonge kind. Ervaringen die tussen moeder en kind zowel op mentaal, emotioneel, als lichamelijk vlak worden ervaren vanaf het begin van de zwangerschap tot 2 jaar, beïnvloeden de ontwikkeling van de hersenen van de baby. Dit heeft levenslange invloed op de lichamelijke, mentale en psycho-emotionele gezondheid van het kind.

Daarom wil het Expertisecentrum vanuit het recht op basisinformatie bijdragen aan preventieve health literacy en laagdrempelige voorlichting over het verloop van de zwangerschap, de bevalling en het begin van de kraamperiode; rekening houdend met de doelgroep en taal. Dit wordt gecreëerd in een veilige groepsdynamiek met als doel dialoog, taboes en mythes te doorbreken en netwerking te bevorderen.

Een bijkomend doel is om (kwetsbare) vrouwen, mannen en jongeren op deze manier weerbaarder te maken ten aanzien van de omgeving en zorgverleners en hen te empoweren zodat ze in staat zijn om voor zichzelf op te komen voor een respectvolle zwangerschap en geboortebeleving.

1.2 Doel

Dit draaiboek werd ontwikkeld voor kwetsbare doelgroepen die minder talig zijn en ondersteund moeten worden met behulp van visuele platen die aansluiten bij de realiteit van de perinatale zorg.

Hanan: *“Mijn interesse en motivatie om een vervolgekoffer te maken van de cultuursensitieve anticonceptiekoffer is groot. Het hield me al jaren bezig om een zwangerschapskoffer te ontwikkelen die laagdrempelig, visueel en tastbaar is, die rekening houdt met maatschappelijke veranderingen en divers sensitief is. In mijn ervaring als vroedvrouw werd ik vaak geconfronteerd met heel wat kwetsbaarheden bij aanstaande moeders. De doorslag om de zwangerschapskoffer te ontwikkelen was het onderzoek dat ik deed voor mijn masterproef, over de noden en behoeften van moeders met een migratieachtergrond in Brussel. Hierbij werd ik geconfronteerd met zoveel studies die de noden van kwetsbare vrouwen meermaals bevestigen en aantonen dat de vertaalslag op het terrein moeizaam verloopt.”*

Quotes van geïnterviewde moeders in Brussel uit de masterproef:

Moeder 5: “Ik had graag meer informatie gehad, ik had vragen maar durfde geen vragen stellen. Omdat ik de vraag niet kon formuleren. Ik heb niet goed begrepen wat de vroedvrouw mij heeft uitgelegd. Ik was op consultatie maar ik kwam buiten en begreep er niets van. Het was alleen een medisch consult.”

Moeder 3: “Fysiek en moraal ging het niet goed. Ik had het gevoel alleen en verlaten te zijn! De zwangerschap is de slechtste herinnering van alles dat ik heb... Ik heb de woestijn doorkruist, de zee overgegaan maar de zwangerschap, echt, is het zwaarste wat ik heb meegemaakt!! Maar de zwangerschap, nee, dat was veel erger! De angst van niet meer te leven of te sterven tijdens de reis, deze was er ook tijdens de zwangerschap. De angst of ik zou sterven was ook tijdens de zwangerschap omdat ik de hele tijd bloed verloor!”

Moeder 6: “Tijdens de zesde maand van mijn zwangerschap werd ik opgenomen op spoeddienst en bleek dat ik ondervoed was en daardoor voelde ik mij niet goed. Ik had geen eten, en kon het niet betalen en de kennis waar ik mee leefde, als er eten was op tafel dan at je mee en als er niets was dan at je niets. In de ziekenhuis hebben ze mij eten gegeven en zak met kleren voor na de bevalling. Ze hebben mij behandeld en ik ben die dag naar huis gegaan met vitaminen. Ik had niet echt een probleem, God zij dank, ik had alleen honger en had niets gegeten waardoor ik zwak was.”

Kwetsbare zwangere vrouwen met een migratieachtergrond lopen verhoogd risico op perinatale morbiditeit en mortaliteit en hebben een verhoogde kans op ongunstige zwangerschapsuitkomsten en gezondheidsrisico's. Dit is te wijten aan minder adequate pre- en postnatale zorg, onwetendheid, taalbarrières en een laag socio-economisch statuut. Ze vinden zelden zelf hun weg in de gezondheidszorg. Dat bevestigen zowel talrijke studies als de praktijkervaringen van onze partners. Deze vrouwen hebben nood aan duidelijke informatie die aansluit bij hun leefwereld en waarbij taal geen barrière vormt. Met de 'Cultuursensitieve zwangerschapskoffer' willen we hierop een antwoord bieden en zo de levenskwaliteit en gezondheidsvaardigheden tijdens zwangerschap verbeteren en kwetsbare doelgroepen empoweren (Ben Abdeslam, 2018; Venegas, 2021).

Informatie aanbieden alleen is niet voldoende om gedrag te veranderen (educatie alleen zorgt slechts voor 20% van gedragsverandering). De manier waarop informatie gepresenteerd wordt maakt een groot verschil. Met de volgende drie aanpassingen kan je tot 60% gedragsverandering bereiken: maak de informatie tastbaar, gepersonaliseerd en zorg voor interactie.

Verder is het belangrijk een connectie te maken met de persoonlijke waarden, onderliggend aan de basis van het gedrag. Die waarden kunnen bij elk publiek anders zijn. Sociale normen zijn een grote motivator, net zoals het vergroten van “skillpower” (kennis, persoonlijke vaardigheden) en sociale motivatie (Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan, 2021).

Met de koffer willen we graag op drie manieren bijdragen aan educatie en gedragsverandering:

Kennis - gezondheidsgelletterdheid overbrengen op een begrijpelijke manier, **aangepast aan de doelgroep**: met behulp van illustraties en demonstratiemiddelen zullen we vrouwen informeren, bewustmaken en empoweren rond het verloop van een zwangerschap.

De koffer bevat informatie voor **doorverwijzing**: waar kan de vrouw terecht als ze met bepaalde vragen of zorgen zit, ook na de voorlichtingssessie? Via de brochures in de koffer wordt informatie verschaft over specifieke organisaties.

Het derde aspect is het stimuleren tot **uitwisseling** van ervaringen, **vragen** kunnen stellen, **taboes** bespreken en **doorbreken** door in **dialog** te gaan; kortom het vergroten van bewustzijn en van communicatie- en maatschappelijke vaardigheden.

Deze onderdelen zijn alle drie even noodzakelijk opdat een vrouw met vertrouwen een bewuste keuze kan maken voor zichzelf en haar gezin.

1.3 Omschrijving van de doelgroep

We leven in een ‘superdiverse’ samenleving: het gaat hier niet meer alleen om de verscheidenheid aan afkomsten, maar over een grote diversiteit binnen die diversiteit. Brussel alleen telt al 182 nationaliteiten! Dat maakt het niet evident om de doelgroep van deze koffer te beschrijven. Gezien het visueel karakter van de Cultuursensitieve Zwangerschapskoffer kan ze alvast breed worden ingezet.

Breed genomen beogen we twee doelgroepen te bereiken:

- Primaire doelgroep: Kwetsbare zwangere vrouwen die kampen met een taalbarrière en beperkte gezondheidsgelletterdheid. Maar even goed jongeren en personen met een verstandelijke beperking, slechthorenden en doven.
- Secundaire doelgroep: Professionals die in contact komen met kwetsbare (zwangere) vrouwen. We reiken hen visueel, tastbaar en cultuursensitief materiaal aan dat wereldwijd bruikbaar is en waarbij taal geen barrière vormt. Denk maar aan verschillende groepssessies, (hoge)scholen, Wijkgezondheidscentra, vrouwenorganisaties, Expertisecentra kraamzorg, Ngo’s, asielcentra, Dokters van de Wereld, vroedvrouwenpraktijken, hulp- en zorgverleners, alle andere eerstelijns- en geïnteresseerde actoren.

2. Cultuursensitieve aanpak

2.1 Wat is cultuursensitiviteit?

Cultuursensitieve zorg wordt beschreven als ‘een zorg die niet alleen aandacht heeft voor de lichamelijke, sociale en psychische dimensies van de hulpvraag, maar ook oog heeft voor de culturele en levensbeschouwelijke dimensies’.

Kennis, vaardigheden en attitudes die belangrijk zijn voor cultuursensitieve zorg zijn:

- Het belang van een gemeenschappelijke taal
- Het zich bewust worden van de overdracht en de tegenoverdracht
- Het zich bewust worden van de culturele achtergrond van de cliënt en het eigen hulpverleningssysteem

Cultuursensitieve zorg is zich bewust zijn van de culturele gekleurdheid van de hulpverlening. Deze zorg is dus geen specialisatie, maar eerder een basishouding. Deze attitude is even belangrijk als het hebben van kennis of vaardigheden. Een dergelijke open houding en blik is de kern van cultuursensitief werken (Thiers, 2019).

Behalve door hun culturele achtergrond worden mensen namelijk ook gevormd door kenmerken als leeftijd, sociale klasse, geslacht, gender, seksuele oriëntatie, familiesituatie, migratieachtergrond, etniciteit, fysieke en mentale capaciteiten, opleiding, geografische locatie, mediagebruik, verblijfsstatuut, taal, gezondheid, religie, bezit, maatschappelijke ontwikkeling, nationaliteit, huidskleur, enz. Dat zijn niet zomaar ‘details’, het zijn assen van identiteitsvorming. Ze geven vorm aan wie we zijn en welke positie we in de samenleving krijgen én kunnen innemen. Iedereen staat op een ander kruispunt van verschillende assen van identiteitsvorming. Dit noemt men kruispuntdenken (of intersectioneel denken), het is een manier van denken over verschil en machtsongelijkheid. Al die assen haken op elkaar in en hebben invloed op elkaar. Ze bepalen samen onze positie, ons gedrag en ons denken. Ook de kansen die we krijgen, hangen hiermee samen. De maatschappij schat namelijk bepaalde kenmerken hoger in of beschouwt ze meer als de norm dan anderen (Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan 2021).

Met de Cultuursensitieve zwangerschapskoffer trachten we vanuit verschillende culturen en religies te redeneren, enkel om inhouden te verduidelijken en niet om te stigmatiseren. Het is geenszins een veralgemening, het is de bedoeling om de gevoeligheden die leven in verschillende groepen bespreekbaar te maken door kennisuitwisseling, dialoog en wederzijds respect.

2.2 Cultuursensitief communiceren

Een goede zorgverlening hangt af van een effectieve en adequate communicatie. Communicatie is dé sleutel in het werken met ongeletterden of vrouwen waarvan de moedertaal niet de officiële of gesproken taal is van het land waarin ze leven. Wanneer er echter sprake is van een taalbarrière, begrijpen zorgverlener en zorgvrager elkaar niet of gebrekkig, waardoor informatie slechts deels wordt verstaan of doorgegeven. De migrantenvrouwen kunnen daardoor hun noden niet uitdrukken en de zorgverleners zijn niet in staat de medische achtergrond van de vrouw correct na te gaan. Het gebruik van een familielid als tolk blijkt gemakkelijk maar niet ideaal. Professionele tolken en interculturele bemiddelaars, gezinsondersteuners en e-tools ter ondersteuning zijn voorwaarden voor een goede communicatie en zorg. Aangepaste zorgmodellen zijn hier aangewezen (El Bouazzaoui & Peters, 2017; Venegas, 2021; Ben Abdeslam, 2018).

Cultuursensitief communiceren houdt in dat men niet alleen verbaal tracht te communiceren, maar ook rekening houdt met non-verbale communicatie, gedrag en attitude van de deelnemers. In verschillende culturen worden wijsheden en kennis mondeling of via tekeningen overgedragen van grootouders naar kleinkinderen. Verhalen en rituelen nemen een belangrijke plaats in binnen vele Oosterse en Afrikaanse culturen.

Het non-verbale gedrag en de communicatie met gebaren is niet te onderschatten en belangrijk om rekening mee te houden, zeker bij analfabetisme. Is de informatie die je uitzendt wel duidelijk voor de deelnemer? Is er interactie of wordt er alleen maar ja geknikt of helemaal niet gereageerd? Dit zijn belangrijke aandachtspunten. Wordt er laagdrempelige taal gebruikt en ondersteund met visuele materialen? Wanneer men een groep gaat begeleiden waar taalbarrières opduiken, dient men zich daar goed op voor te bereiden. Door gastsprekers te zoeken die de taal kennen, collega's in te schakelen die mee helpen tolken, of gebruik te maken van e-tools. Matchen heeft een uitgebreide brochure ontwikkeld met e-tools in de zorg ter ondersteuning van communicatie met anderstaligen, voor meer info zie link: <https://drive.google.com/file/d/1pZpRCjrosg4lLo6cfirJQDPTDc6YF2nP/view> of via de webiste <https://www.matchen.org/publicaties> "Digitaal wijzer communiceren met anderstaligen in de zorg".

Als hulp- of zorgverlener komen we vaak protocollair over en niet te familiair. We hebben in onze opleidingen geleerd ons zo professioneel mogelijk op te stellen. Dat kan echter minder gunstig zijn naar de vertrouwensband toe. Voldoende aandacht geven aan de emotionele kant is niet te onderschatten – zoals wij vaak ook doen tijdens informele gesprekken in de wandelgangen of tijdens pauzemomenten. Dit is een belangrijk gegeven om in acht te nemen tijdens begeleidingen. Zonder het emotionele aspect toe te laten, komen we als professional onverschillig over en dit voelt voor de zorgvrager onveilig, wat het onmogelijk maakt een vertrouwensband te creëren.

Emoties en verhalen vertellen – het narratieve gedeelte dat doorheen het non-verbale wordt uitgedrukt - valt niet te onderschatten. Men ondervindt dit bijvoorbeeld ook bij het dragen van een mondmasker tijdens de Covid periode. Onze non-verbale mimiek en communicatie wordt beperkt en dit geeft een heel ander interactie tussen zorgvrager en zorgverlener.

3. Gebruik van de zwangerschapskoffer

Het doel van de cultuursensitieve zwangerschapskoffer is dat je eigenlijk geen handleiding nodig hebt om ze te kunnen gebruiken. De koffer is eenvoudig modulair ontworpen en te gebruiken naargelang de tijd die je voorziet voor een groepsessies. De platen werden ingedeeld in eerste, tweede en derde zwangerschapstrimester, met bijhorende tastbare materialen.

In wat volgt leggen we vooral de nadruk op cultuursensitieve topics/platen, gezien daar vaak veel vragen over rijzen vanuit onwetendheid. Er wordt verwacht dat de zorgverlener die de koffer in gebruik neemt over de nodige achtergrondkennis omtrent zwangerschap en geboorte beschikt om een groepsessie in goede banen te leiden.

Er zijn heel wat methodieken of modellen om een groepsessie te begeleiden. Welke methodiek of model je ook gebruikt, het belangrijkste is dat er een respectvol kader en een groepsdynamiek van uitwisseling en dialoog gecreëerd wordt. De facilitator/begeleider speelt hier een belangrijke rol in. Expoo heeft in samenwerking met de Expertisecentra Kraamzorg een draaiboek perinataal groepsaanbod ontwikkeld met verschillende theoretische kaders en methodieken om de facilitator/begeleider te ondersteunen tijdens zijn perinatale groepsessies. Meer info vind je op <https://www.expoo.be/train-the-trainer-draaiboek-perinataal-groepsaanbod>.

3.1 Praktische afspraken bij cultuursensitieve groepsessies:

Veiligheid en vertrouwen in een groep zijn de belangrijkste voorwaarden om effectief te kunnen praten over zeer persoonlijke thema's.

Omdat gastvrijheid voor velen belangrijk is, is het altijd goed om te voorzien in **catering** met koekjes of een broodje (indien nodig aangepast aan de groep). Dit is een fijne manier om deelnemers aan te trekken.

Het is aan te raden om in de mate van het mogelijke **kinderopvang** te voorzien.

Men hoort regelmatig zorgverleners zeggen dat kwetsbare doelgroepen vaak niet komen opdagen bij vormingen. Hou er rekening mee dat de meeste vrouwen **geen agendacultuur** hebben meegekregen in hun opvoeding. Bel of sms hen best de dag voordien nog eens als herinnering.

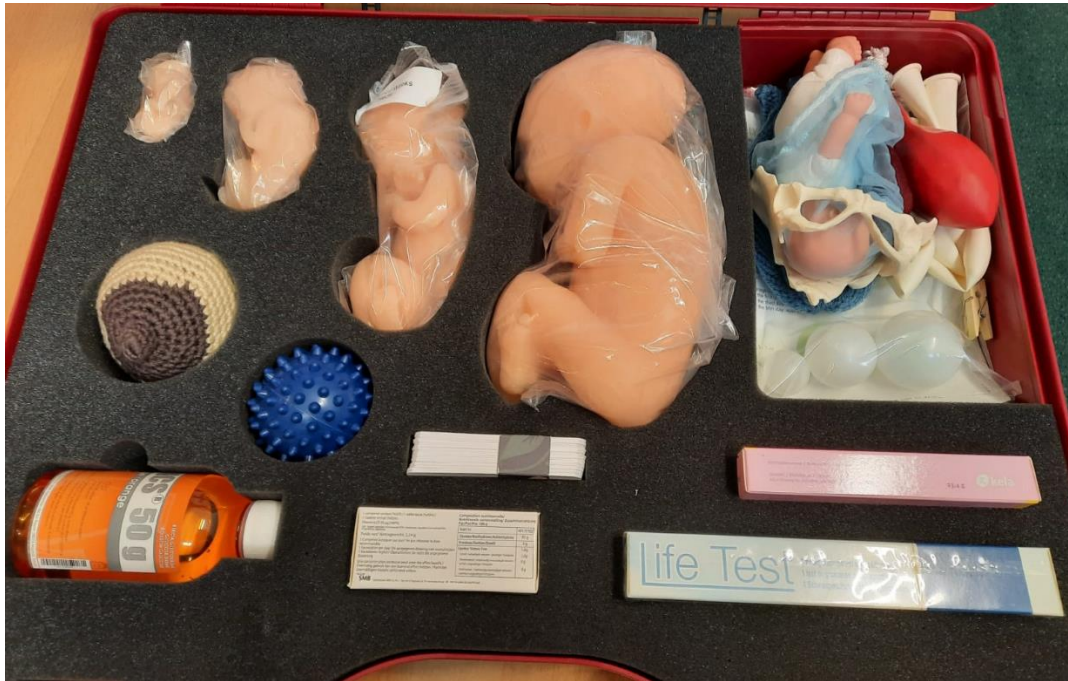
Je **empathisch opstellen** naar anderen en hen aanvaarden vanuit een authentieke en oprechte houding creëert een sfeer die open en eerlijke communicatie toelaat.

Bij **taboegevoelige thema's** is het extra belangrijk om ook de **non-verbale communicatie** van de groep in het oog te houden om de grenzen van de deelnemers te kunnen respecteren. Je kan dan als begeleider een vraag stellen aan de groep als je iets wat iemand gezegd heeft, niet begrijpt (bijv. ik zie dat men niet akkoord gaat met deze stelling of uitleg, is het juist wat ik zeg,...kan iemand mij uitleggen, ...) en de groep aan het woord laten.

Het is belangrijk zich **open te stellen** voor dialoog en aandachtig te luisteren naar wat deelnemers vertellen. Als begeleider hoef je niet alles te weten over een andere cultuur of religie, maar wees **nieuwsgierig** en **stel vragen**.

3.2 Tastbare materialen

Hieronder vind je een overzicht van de materialen in de koffer, met verwijzing naar de bijhorende illustratieplaten. Voor een volledig overzicht van de inhoud van de koffer, inclusief brochures en illustraties, zie bijlage achteraan.



- Zwangerschapstest life test (plaat 1)
- Foliumzuur Folavit (plaat 2)
- Vitamine D (plaat 3)
- Foetus modellen (plaat 4 & 16)

Geven de grootte van een foetus weer in 4 verschillende stadia van de zwangerschap:

1. 12 weken (1e trimester)
2. 16 weken (2e trimester)
3. 22 weken (2e trimester)
4. 30 weken (3e trimester)

- Wasknijpers en ballonnen (plaat emotieschaal & 11)

Met de wasknijpers kunnen de vrouwen op de emotieschaal aanduiden hoe ze zich voelen. Aan het begin van de groepsessie krijgt iedereen een wasknijper, waar ze eventueel hun naam op schrijven. Elke vrouw mag haar wasknijper op de emotieschaal bevestigen, aan het getal dat weergeeft hoe ze zich op dat moment voelt. Wanneer alle wasknijpers op de emotieschaal hangen kan het gesprek en de uitwisseling starten.

Ook de ballonnen zijn een methodiek om over emoties te praten. De witte ballonnen staan voor emoties die als positief of neutraal worden ervaren. De rode ballonnen representeren negatief ervaren emoties. Elke vrouw kiest een ballon en blaast die op om aan te tonen hoe intens de emotie ervaren wordt. Ze kan de emotie eventueel op de ballon schrijven. Daarna volgt het gesprek. Een voorbeeld: Samira kiest een rode ballon en blaast die op totdat hij bijna ontploft. Ze schrijft er ‘frustratie’ op. Je stelt vragen zoals “Wat maakt dat je zo gefrustreerd bent?”, “Wat kan jou helpen om te voorkomen dat jij (& je ballon) ontploft?”, “Wie of wat kan jou helpen om stoom af te laten?” Laat Samira tonen hoe hard dit haar zou helpen door letterlijk wat lucht uit de ballon te laten ontsnappen (zorg ervoor dat de ballon niet werd dichtgeknoopt). Ook op het einde van het gesprek kan je vragen of zij (en haar ballon) al iets minder gespannen staat door er even over gepraat te hebben.

- Relaxatiebal (plaat 12)

Deze relaxatiebal is goed te gebruiken om het stressniveau te verlagen tijdens de zwangerschap. De bal heeft stekels die, door op de drukpunten op de hand te drukken, de geestelijke rust stimuleren. Deze bal kan zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de arbeid gebruikt worden als een hulpmiddel voor stressreductie en pijncooping.

- Suikerdrank Glucomedics (plaat 17)

- Borstmodel (plaat 25 – 27)

- Belly balls (plaat 26)

Geven de grootte weer van de maag van een pasgeboren baby:

1. Dag 1
2. Dag 3
3. Dag 5

- Mini model baby, baarmoeder en bekken (plaat 37-38)

- Kaartenset geboorteplan (plaat geboorteplan & dialoog)

Aan de hand van deze kaartjes kan je het gesprek aangaan rond keuzes en opties tijdens de arbeid en de bevalling.

3.3 Illustratieplaten

In wat volgt lichten we een aantal platen toe en geven we bijkomende achtergrondinformatie mee, met bijzondere focus op de platen die cultuurspecifieke topics aanraken.

3.3.1 Emoties en beleving

Emotieschaal



De eerste plaat in de koffer is de emotieschaal, een zeer bruikbare plaat als ijsbreker om een groepsdynamiek te creëren na een kennismakingsronde. Met de emotieschaal geven we aandacht aan hoe de zwangere vrouw/deelnemer zich op emotioneel gebied voelt. Dat zorgt voor een goede basis voor de opbouw van een relatie en vertrouwensband. Men kan van bijgevoegde wasknijpers gebruik maken om op de emotieschaal een getal aan te duiden, of het mondeling verwoorden.

De schaal kan doorheen de hele koffer gebruikt worden om te polsen hoe de deelnemers zich voelen bij bepaalde gevoelige thema's zoals angst voor bevalling of traumatische ervaringen bij vrouwelijke genitale verminking en andere. Voorwaarde is wel dat er een veilige sfeer wordt gecreëerd en hier speelt de facilitator/begeleider een belangrijke rol.

Plaat 11: beleving



Het is van groot belang dat er genoeg aandacht gaat naar de beleving van de vrouw tijdens de zwangerschap, zeker als er sprake is van psychologische & socio-economische kwetsbaarheden. Hormonen tijdens zwangerschap maken het niet gemakkelijker; de vrouw wordt gevoeliger en kwetsbaarder. Alle extra fysieke en mentale stress hebben repercussies op de gezondheid van moeder en kind op korte of lange termijn (Rooseboom, 2018). Daarom juist is het zo belangrijk om er genoeg aandacht aan te geven, eventueel aan de hand van de emotieschaal.

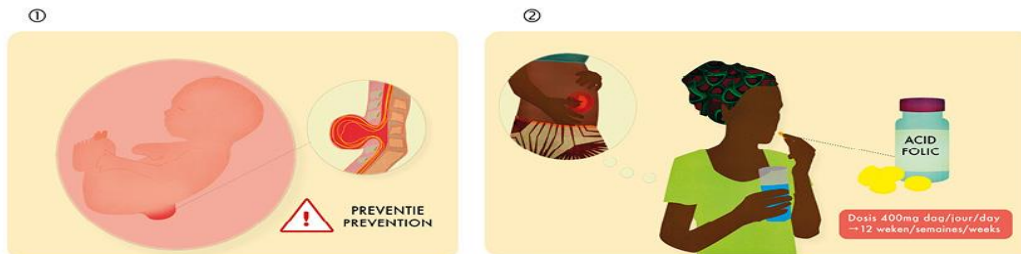
Het spreken met een vertrouwenspersoon kan voor iedereen anders zijn; in de westerse maatschappij is de drempel minder hoog om met de partner of hulpverlener te spreken over wat er dwars zit. In een groepscultuur, zoals die vaak voorkomt in de Oosterse en Afrikaanse culturen, zal men emoties/belevenissen vaak eerder delen onder vrouwen en familie of kennissen dan rechtstreeks aan de partner of zorgverlener. Voorlichting in groep creëert een dynamiek die de familie nabootst, zeker als er gelijkgestemden aanwezig zijn en er een vertrouwelijk kader wordt gecreëerd. Plaat 11 geeft verschillende opties weer om gevoelens te bespreken en wijst op het belang van rekening te houden met de ik- en wij-cultuur naargelang de groep die je begeleidt.

3.3.2 Zelfzorg tijdens de zwangerschap

We ontwikkelden bewust meerdere platen rond zelfzorg om hier voldoende aandacht aan te geven. Een kwetsbare vrouw is soms meer bezig met het oplossen van problemen gerelateerd aan basisbehoeften dan voor zichzelf en haar zwangerschap te zorgen. Wetende dat de 1001 kritische dagen bepalend zijn voor de gezondheid van het kind op lange termijn zowel op fysiek, mentaal en cognitief vlak, is het duidelijk dat zelfzorg tijdens de zwangerschap niet te onderschatten valt. Onder migrantenvrouwen komen er bepaalde aandoeningen voor die men niet zozeer terugvindt binnen de autochtone bevolking. De volgende illustraties geven dit weer.

Plaat 2: foliumzuur

FOLIUMZUUR / ACIDE FOLIQUE / FOLIC ACID



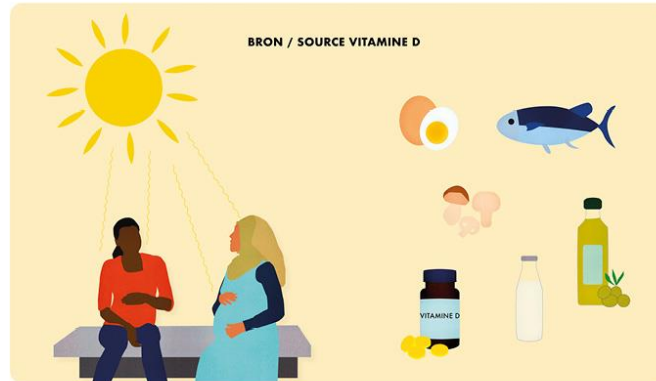
Foliumzuur is een belangrijke vitamine om in te nemen bij een kinderwens en aan het begin van de zwangerschap om neuraalbuisdefecten te voorkomen. Om een voldoende hoge concentratie op te bouwen is het aangewezen om al een maand vóór de zwangerschap foliumzuur in te nemen.

Er wordt best elke dag foliumzuur (0.4 mg) ingenomen van zodra er een kinderwens is en men stopt met anticonceptie, en dit tot maand drie van de zwangerschap. Zie ook infobrochure in de zwangerschapskoffer en www.gezondzwangerworden.be/foliumzuur (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021).

Hoog risico groepen waaronder vrouwen met hemoglobinopathieën zoals **thalassemie** en **sikkelcelanemie** dienen extra foliumzuur in te nemen. Vandaar het belang van voorlichting. Verwijs best door naar de huisarts of gynaecoloog als er sprake zou zijn van thalassemie en sikkelcelanemie.

Plaat 3: vitamine D

VITAMINE D



3



Vrouwen uit het Midden-Oosten en van Zuid-Aziatische, Afrikaanse of Caraïbische origine behoren tot hoog risico groepen voor vitamine D tekort, net zoals veganisten, personen met obesitas en mensen die zeer weinig worden blootgesteld aan zonlicht.

Vitamine D stimuleert de calciumabsorptie in de darm en zorgt zo voor het behoud van de botmassa. Een chronisch tekort aan vitamine D leidt tot zwakke botten en spier- en gewrichtspijn.

De aanbevolen dagelijkse hoeveelheid (ADH) voor vitamine D bedraagt 20 µg (800 IE) voor zwangere vrouwen. Vitamine D suppletie tijdens de zwangerschap zou het risico op symptomatische neonatale hypocalcemie verminderen. Mogelijks hebben laag risico vrouwen ook een betere zwangerschapsgeschiedenis dankzij vitamine D suppletie (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021).

Probeer tijdens de voorlichtingssessie aandacht te geven aan het belang van preventie door zich voldoende bloot te stellen aan zonlicht en voldoende voeding zoals vis, vlees, eieren, champignons, olijfolie, visolie en melk in te nemen; en indien nodig een suppletie van vitamine D.

Plaat 5: bloedafname

BLOEDAFNAME / PRISE DE SANG / BLOOD SAMPLE



Bloedafname is een basiszorg als je zwanger bent. Tijdens de zwangerschap wordt er heel wat nagegaan in een bloedafname, nl. bloedgroep, rhesusfactor, hepatitis B, rubella, syfilis, HIV, anemie, hemoglobine, ijzergehalte, ferritine, volledige bloedformule, glucose...

Bloedarmoede of hemoglobinopathieën zoals **thalassemie** en **sikkelcelanemie** komen vaak voor bij vrouwen met een migratieachtergrond. Hier moet ook de nodige aandacht aan gegeven worden bij het uitleggen van bloedanalyses.

Wat is het verschil tussen sikkelcelanemie en thalassemie?

Thalassemie is een aandoening die zich kenmerkt door bloedarmoede en de gevolgen daarvan op de groei en de ontwikkeling. Dat is met bloedtransfusies te verbeteren. Zonder die transfusies zouden de kinderen zich slecht ontwikkelen en slecht groeien. Bij **sikkelcelanemie** zijn er heel wat andere acutere complicaties (pijncomplicaties, orgaancomplicaties) die met transfusies niet altijd op te lossen zijn. Thalassemie is dus een transfusie afhankelijke ziekte, terwijl sikkelcelanemie een chronische aandoening is die zeker niet altijd met transfusies op te lossen is.

Dit komt hoofdzakelijk voor bij personen uit Afrika, Azië of Middellandse Zee-gebied (Artsen voor Kinderen, 2021; Simpto, 2021).

Bij **thalassemie** wordt geadviseerd om gedurende de **volledige zwangerschap** een hogere dosis foliumzuur in te nemen. Bij **sikkelcelanemie** wordt een **levenslange** verhoogde inname geadviseerd. Doorverwijzing naar een specialist - hematoloog, eventueel samen met gynaecoloog, is aangewezen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021).

Het is van belang om voldoende stil te staan en **voorlichting** te geven aan (aanstaande) zwangeren rond wat men gaat controleren in het bloed; om de juiste **levensstijladviezen** op maat te geven bijvoorbeeld bij toxoplasmose, bloedarmoede enz. en verder door te verwijzen indien nodig.

Plaat 12: zelfzorg

ZELFZORG / PRENDRE SOINS DE SOI / SELF CARE



Zoals eerder aangegeven zijn kwetsbare zwangere vrouwen soms meer bezig met het oplossen van problemen gerelateerd aan hun socio-economische situatie en hun basisbehoeften dan voor zichzelf. Met alle gezondheidsgevolgen door chronische stress, zowel bij moeder als kind. Als er sprake is van stress door socio-economische situatie zoals geen onderdak, voeding, geen inkomen,... is het belangrijk om de lokale voorzieningen te kennen zodat gericht kan worden doorverwezen.

Neem tijdens een voorlichtingssessie ruim de tijd om te spreken over zelfzorg, zelfrespect, empowerment, netwerk... Ondersteun de vrouwen om hun grenzen te leren kennen en stellen, want ook dat is de basis van zelfzorg. Denk samen na over wat ze graag doen om te kunnen ontspannen, zodat ze zich bewust worden van hun zelfzorg tools.

Plaat 12 ondersteunt dit gesprek met beelden over hygiëne, wandelen/natuur, zwemmen of andere vormen van lichte sport, meditatie/relaxatie/mindfulness, intimiteit, gezonde voeding...

Plaat 14: zelfzorg



Deze plaat geeft weer hoe **omgevingsfactoren** invloed kunnen hebben op de gezondheid van moeder en kind. Zoals **roken**, ook passief roken bv. via de partner, shisha -is roken van tabak via een waterpijp-, **alcohol**, **drugs**, **röntgenstraling**, **medicatie** en **geweld**.

Partnergeweld in de perinatale periode

De tekening rechts onderaan op plaat 14 kaart partnergeweld aan. Om het over partnergeweld te hebben is het extra belangrijk om veiligheid te creëren binnen de groep. Begin met het thema goed te kaderen door aan te kondigen dat het een zwaar thema wordt. Vertel de deelnemers dat ze vrij zijn om te delen wat ze willen, maar dat ze niets móeten delen. “We respecteren onze eigen grenzen en die van anderen”. Maak ook de afspraak dat alles wat gezegd wordt vertrouwelijk is en binnen de groep blijft. Gebruik ook als digitale hulpmiddel filmpjes van <https://www.we-access.eu/nl> - over vormen van geweld & doorverwijzing naar hulpverlening (zie ook **poster** in de Zwangerschapskoffer).

Wat is partnergeweld? Een definitie.

Partnergeweld: Geheel van gedragingen, handelingen, houdingen, of dreiging ertoe van partners of ex-partners, die mogelijks of effectief schade berokkenen aan de andere partner (op fysiek, psychisch, economisch en/of seksueel vlak).

Welke vormen van geweld bestaan er?

1. Fysiek geweld: intentioneel gebruik van fysieke kracht door daden die kunnen resulteren in schade, letsel, handicap, dood. Bv. krabben, duwen, bijten, verbranden, vastbinden...

2. Seksueel geweld: het gebruik van fysieke kracht om de andere te dwingen tot seksuele activiteiten; seksuele activiteiten proberen uit te voeren met iemand die het niet kan begrijpen (iemand onder invloed van drugs, iemand met een handicap...); of misbruikend seksueel contact.
3. Gender gerelateerd geweld: zoals vrouwelijke genitale verminking
4. Psychisch/emotioneel/verbaal geweld: psychische schade veroorzaken door grove taal, dreigen of dwang. Bv. vernederen, controleren, kleineren, isoleren, toegang tot geld ontnemen.

Enkele weetjes

- Vrouwen zijn niet enkel slachtoffer. 1 op 10 mannen is slachtoffer van partnergeweld. Vaak gebruiken beide partijen geweld, waarbij ze telkens op mekaar reageren.
- Geweld komt voor in alle lagen van de bevolking, maar een laag inkomen is een risicofactor: de kans om slachtoffer te zijn van geweld ligt 3.5% groter.
- Tijdens de zwangerschap daalt fysiek geweld vaak sterk, tegenover psychisch geweld dat aanwezig blijft.

Gevolgen van geweld op de zwangerschap

Partnergeweld zorgt voor bekende directe gevolgen zoals wonden, bloedingen, breuken etc. Maar geweld kent ook belangrijke indirecte gevolgen zoals een enorme stresstoename en ongezonde coping strategieën zoals junk food, drugs enz. óók bij ‘lichte’ vormen van geweld.

Dit zorgt voor zeer veel negatieve gevolgen voor de foetus/het kind! Denk maar aan slechte gewichtstoename, miskraam, prematuriteit, infecties, ongewenste zwangerschap, placentaloslating, maternale sterfte... De stresshormonen bij de vrouw komen in de placenta terecht en beïnvloeden het brein van de foetus. Dit kan leiden tot aandachtsproblemen, angst, psychopathologie enz. bij het kind.

Waar kan men terecht voor hulp?

- De politie of de huisarts
- <https://www.we-access.eu/nl> - Filmpjes over vormen van geweld & doorverwijzing naar hulpverlening (zie ook **poster** in de Zwangerschapskoffer).
- [1712 > Home](https://www.1712.be) - Professionele hulplijn voor vragen over geweld, misbruik en kindermishandeling.
- <https://www.caw.be/> - Dienst slachtofferhulp
- <https://www.tele-onthaal.be/> - Hulplijn voor een luisterend oor in een anoniem gesprek
- <https://www.seksueelgeweld.be/> - Aangifte en hulp na seksueel geweld

(Van Parys, 2020; Van Cauwelaert, 2019)

3.3.3 Ramadan en zwangerschap

Situering

Ramadan of vasten houdt in dat men zich gedurende één maand van zonsopgang (Suhur) tot zonsondergang (Iftar) moet onthouden van eten en drinken. Ramadan is een van de vijf pilaren/geboden van de islam, naast op bedevaart gaan, gebed, liefdadigheid en geloofsbelijdenis. Tijdens deze maand is vasten verplicht voor alle moslims in goede gezondheid.

Sommigen zijn echter vrijgesteld van vasten, namelijk oude mensen, zieken (fysiek als mentaal), reizigers, zwangeren, zogende moeders, kinderen en menstruerende vrouwen, ook bij postnataal bloedverlies. De gemiste dagen worden later ingehaald van zodra de persoon hiertoe in staat is. Indien de persoon er niet toe in staat is, kan een liefdadigheidsschenking gedaan worden aan armen om de gemiste vastendagen te compenseren.

Het doel van het vasten voor moslims is om spiritueel te bezinnen, het lichaam te zuiveren, zichzelf te beheersen en zich in te leven in het leven van armen en hierrond acties te ondernemen.

Zorgverleners en praktijk

Hulp- en zorgverleners worden meer en meer geconfronteerd met zwangere vrouwen die aan de ramadan wensen deel te nemen, maar weten omwille van onwetendheid niet altijd een antwoord te bieden op hun vragen. Ook blijkt uit onderzoek dat zwangere vrouwen niet altijd om advies durven te vragen uit angst voor afwijzing of onenigheid tussen de zwangere en zorgverlener.

Is ramadan wel gezond?

De wetenschap boog zich reeds over mogelijke risico's van vasten tijdens de zwangerschap. Sommige studies geven aan dat er kans is op een lage bloedsuikerspiegel, lage bloeddruk, misselijkheid, verzuring van het bloed, een lager geboortegewicht en verminderde moedermelk. Ander onderzoek wees dan weer uit dat er geen aantoonbaar negatief effect is op het geboortegewicht en dat er meer onderzoek nodig is om de perinatale effecten te bepalen (Glazier et al., 2018).

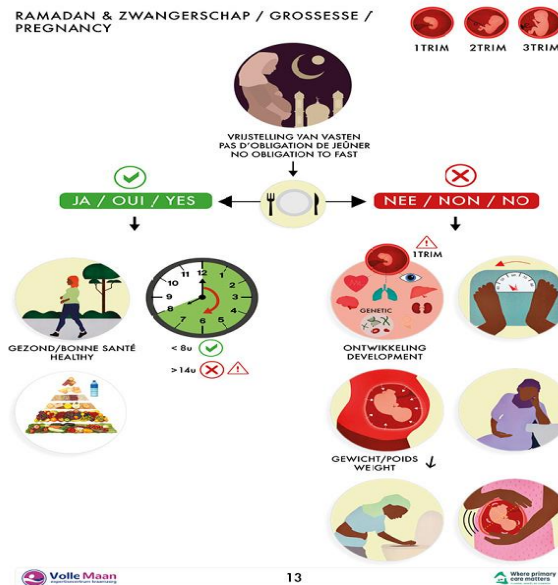
Een zwangere of zogende vrouw is vrijgesteld van de ramadan, maar in de realiteit ziet men vaak dat de zwangere vrouwen ondanks dat ze dit weten toch meedoen aan ramadan, en dat is niet altijd zonder risico's.

Is het nu wel of niet aangeraden dat een zwanger meedoet aan de ramadan? Dat hangt af van in welk trimester van de zwangerschap de vrouw is en hoe het met haar gezondheidstoestand gesteld is, zowel fysiek als mentaal. Verder moet worden nagegaan of er sprake is van lange of korte vastendagen, wat haar socio-economische situatie is en of er stressoren zijn. Daarom is elke casus uniek en is begeleiding op maat met aangepaste (leefstijl)adviezen van belang.

Het is voor een vrouw die een groot deel van haar leven heeft gevast niet evident om niet te vasten tijdens de zwangerschap, ondanks haar vrijstelling. Het blijft voor haar een belangrijk sociaal gebeuren. In sommige gemeenschappen is er zelfs een sociale druk die haar beslissing kan

beïnvloeden, maar dit is meer een cultureel fenomeen dan een religieuze plicht. Probeer als zorg- of hulpverlener te achterhalen wat precies de redenen zijn waardoor de zwangere vrouw wenst te vasten, welk gevoel of behoefte er achter haar motivatie zit, en begeleidt/coach haar hierbij. Platen 13 en 28 ondersteunen je hierin tijdens een voorlichtingssessie.

Plaat 13: ramadan en zwangerschap



De bovenste cirkel met de tekening van een vrouw geeft weer dat een zwangere vrouw vrijgesteld is van vasten binnen de islam, maar als de vrouw in kwestie toch wenst te vasten. Bespreek dan de voorwaarden “ja in het groen” links en “neen in het rood” rechts.

Ja/ Oui/ Yes

Dit betekent dat als de vrouw toch nog wenst te vasten het belangrijk is dat er aan volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Een goede gezondheid en geen zwangerschapscomplicaties hebben.
- Korte dagen om te vasten, minder dan 8 uur. In de winterperiode zijn de dagen van zonsopgang tot zonsondergang korter. De laatste jaren valt de ramadanperiode echter tijdens de zomertijden waardoor het lange dagen zijn en het toch af te raden is voor zwangere of zogende vrouwen. Meer dan 8 uur vasten vraagt enorm veel energie van een zwangere, het metabolisme schakelt over naar vetverbranding vanaf 12 - 14 uur vasten, en lange tijd zonder vochtinname is af te raden tijdens de zwangerschap.
- Gezonde levensstijl & voeding. Het is belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan voorlichting rond de levensstijl van de zwangere en ook te bevragen hoe haar maaltijden tijdens een vastendag eruit zien, met name of die evenwichtig en gezond genoeg zijn. Druk op het belang van vochtinname, voedende soepen, (enkele) dadels en gezonde, lichte maaltijden tussen

zonsondergang (Iftar) en zonsopgang (Suhur). In de voorlichtingskoffer vind je een voedingsdriehoek affiche die je kan gebruiken als ondersteuning tijdens de (groeps) sessie. Als na het gesprek blijkt dat de moeder geen gezonde levensstijl heeft zijn er verschillende pistes mogelijk, afhankelijk van haar socio-economische situatie. Armoede kan nl. ook een oorzaak zijn van malnutritie en in dat geval kan worden doorverwezen naar actoren die voedselpakketten uitdelen. Als er geen sprake is van armoede dan kan een diëtist overwogen worden die haar verder kan helpen, rekening houdend dat de diëtist in kwestie affiniteit heeft met diverse groepen.

- De moeder ervan bewust maken dat ze goed naar haar lichaam luistert en dat ze het vasten eindigt als ze zich niet goed voelt.

Nee / Non / No

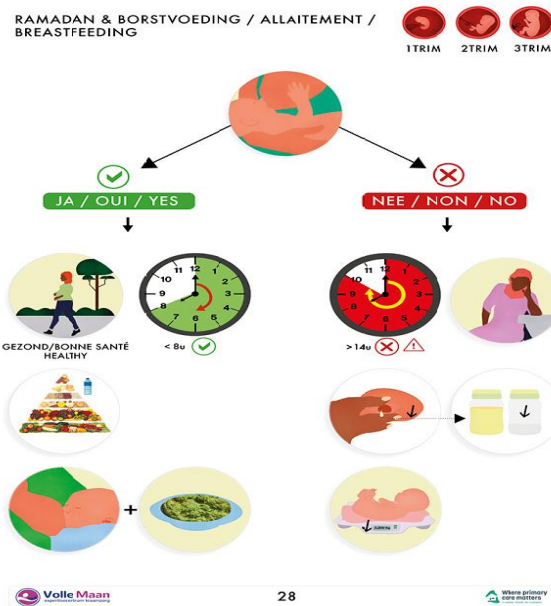
- In het 1ste trimester van de zwangerschap is het af te raden om te vasten gezien het essentiële momenten zijn voor de ontwikkeling van de foetus nl. ontwikkeling van de vitale organen, neurologische ontwikkeling en met mogelijke lange termijneffecten - zoals risico op diabetes, overgewicht, vaat- en hartziekten.

Een voorbeeld dat velen kennen is de Hongerwinter in 1944-1945, een periode van extreme hongersnood in Nederland. Het Hongerwinter onderzoek laat zien dat ondervoeding tijdens de zwangerschap blijvende gevolgen heeft voor de gezondheid van het kind en zelfs de gezondheid van haar kleinkind – epigenetica. De effecten van honger waren vooral het grootst als de ondervoeding in het allerprilste begin van de zwangerschap plaatsvond. Op het moment dat het hart, brein en de lever – vitale organen - worden aangelegd. Dat leidde tientallen jaren later tot gestoorde bloedstolling, hogere cholesterol- en glucosespiegels, slechtere prestaties op geheugentests, meer hart- en vaatziekten, meer sterfte en zelfs ook hogere stressgevoeligheid bij life-events waardoor ze bijvoorbeeld minder kansen hadden op het arbeidsmarkt.

Ook recent onderzoek toont aan dat baby's die kleiner waren bij de eerste twaalfwekenecho na bevruchting – zonder dat dit af te meten was aan hun geboortegewicht – later een hogere bloeddruk hebben en vaker leiden aan obesitas. Niet alleen extreem slechte omstandigheden maar ook normale variaties in de vroegere ontwikkeling beïnvloeden de gezondheid van het kind (Rooseboom, 2018; de Koning, 2021).

- Bij lange vastendagen van meer dan 12 uur.
- Bij fysieke of mentale klachten:
 - o Gewichtsverlies bij zowel moeder als baby door malnutritie
 - o Vermoeidheid en zich slecht voelen
 - o Bij nausea / hyperemesis gravidarum, zwangerschapsdiabetes, hyper- en hypotensie, IUGR en andere complicaties tijdens zwangerschap
 - o Verminderde kindsbewegingen

Plaat 28: ramadan en borstvoeding



Borstvoedende vrouwen zijn net zoals zwangeren vrijgesteld van vasten, maar indien ze toch wensen te vasten kan je de voorwaarden bespreken met behulp van plaat 28.

Ja/ Oui/ Yes

Indien de vrouw toch nog wenst te vasten is het belangrijk dat bepaalde voorwaarden worden besproken:

- Een goede gezondheid en geen complicaties hebben.
- Korte dagen om te vasten, minder dan 8 uur.
- Gezonde levensstijl & voeding. Het is belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan voorlichting rond de levensstijl van de moeder en het kind (zie ook tips supra over gezonde levensstijl bij zwangerschap).
- Combinatie van borstvoeding en vaste voeding vanaf 6 maanden.
- De moeder ervan bewust maken dat ze naar haar lichaam moet luisteren en dat ze dient te stoppen met vasten als de melkproductie achteruit gaat of wanneer haar fysieke of mentale toestand verslechtert.

Nee / Non / No

- Lange vastendagen van meer dan 12 uur.
- Fysieke en/of mentale klachten en bij tekenen van dehydratie zowel bij moeder als kind. Indien de urine van de moeder of het kind donker is of sterk ruikt, is dit een teken dat er (te) weinig vocht wordt ingenomen. Stoppen met vasten is dan aangeraden.
- Verminderende of moeizaam verlopende melkproductie.
- Gewichtsafname bij het kind.

(Kridli, 2011; Glazier et al., 2018; Oosterwijk, Molenaar, van Bilsen, Kiefte-de Jong, 2021; Zoukal & Hassoune, 2019).

3.3.4 Diabetes en zwangerschap

Wat is zwangerschapsdiabetes?

Het lichaam verandert sterk tijdens de periode van de zwangerschap. Er komen veel hormonen vrij die voor een verminderde werking van de insuline in het lichaam zorgen. Normaal gesproken zou de pancreas extra insuline aanmaken, maar in het geval van zwangerschapsdiabetes gebeurt dat niet, waardoor het glucosegehalte in het bloed stijgt.

Zwangerschapsdiabetes verdwijnt na de zwangerschap door het wegvallen van de placentahormonen. Zwangerschapsdiabetes is meestal van tijdelijke aard en weer voorbij als de hormonale situatie zich terug normaliseert als het kindje geboren is. Na de zwangerschap maakt het lichaam immers opnieuw minder hormonen aan.

Hoewel de prevalentiecijfers in de literatuur sterk variëren van 1 tot 14%, spreekt men van een prevalentie in Vlaanderen van ongeveer 9,5% (Vandenhoute, 2018; Diabetes Liga, 2021).

Wanneer wordt het vastgesteld?

Tussen 24 à 28 weken zwangerschap wordt er in eerste instantie een challenge test gedaan van 50gr glucose (niet nuchter) of bij een hoog risico wordt er meteen gegaan voor een orale glucosetolerantietest - OGTT van 75gr glucose (nuchter). Zie platen 17 en 18 voor de waarden en om de zwangere vrouw voor te bereiden op de testafname.

Behandeling bij hoge waarde

- Advies arts
- Dieet volgen en bewegen
- Glycemie meten
- Soms insuline of medicatie
- Opvolgen door arts, diabetesverpleegkundige en diëtiste

Complicaties voor moeder en kind

- Grote of te kleine baby
- Vroeggeboorte of miskraam
- Te veel vruchtwater
- Zwangerschapsvergiftiging
- Obesitas
- Meer kans op kunstverlossing of keizersnede
- Lage glycemie bij de baby
- Grotere kans op diabetes type 2
- Schouderdystocie

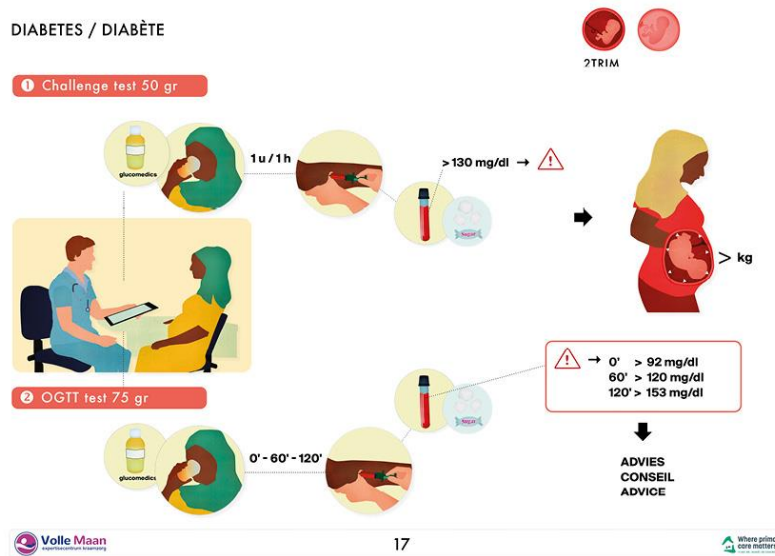
Wie loopt een hoger risico op zwangerschapsdiabetes?

- Vrouwen die al eerder zwangerschapsdiabetes hadden
- Vrouwen die eerder een kind kregen van meer dan 4kg
- Vrouwen die lijden aan obesitas of een ongezonde levensstijl hebben
- Vrouwen meer dan 35 jaar
- Vrouwen met een vader, moeder, broer of zus met diabetes type 2
- Vrouwen uit het Midden-Oosten, Noord-Afrika, Turkije en Hindoestanen
- Vrouwen met een te hoog cholesterolgehalte of hoge bloedsuikerspiegel

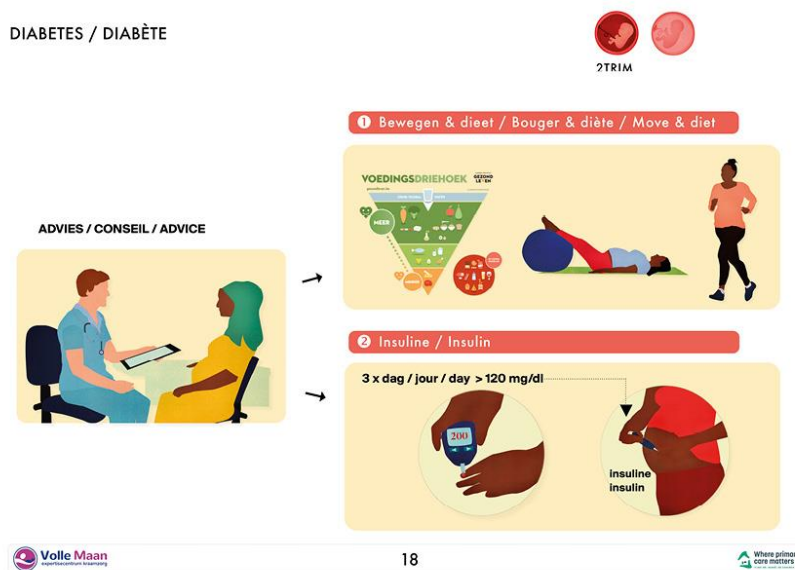
Afkomst en diabetes

Uit onderzoek is gebleken dat **migrantenvrouwen hoger risico** hebben op **zwangerschapsdiabetes** dan autochtone vrouwen, met nadelige zwangerschapsuitkomsten. Dit benadrukt nogmaals het belang van gezondheidsgeletterdheid & divers-sensitief doelgerichte sensibilisatiecampagne voor zowel de gezondheidswerkers als voor de doelgroep zelf (Al-Rifai et al., 2019; Kragelund Nielsen, Andersen, Damm, Andersen, 2021).

Plaat 17: diagnosestelling van diabetes



Plaat 18: behandeling van zwangerschapsdiabetes



Platen 17 en 18 ondersteunen je om voorlichting te geven over diagnosestelling van diabetes en rond de behandelingen bij zwangerschapsdiabetes. Het is belangrijk om in het eerste trimester al mogelijke risicofactoren voor zwangerschapsdiabetes op te sporen. Zo kan er tijdig worden doorverwezen en kunnen vooral preventief leefstijladviezen worden gegeven aan de hand van de voedingsdriehoek, bewegingsdriehoek en folder Zoet Zwanger, die je allemaal terugvindt in de cultuursensitieve zwangerschapskoffer.

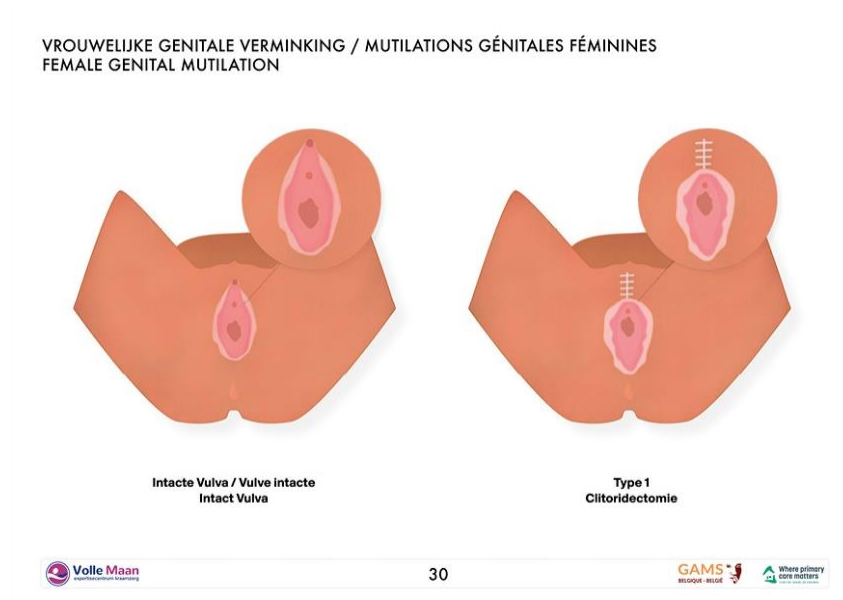
3.3.5 Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV)

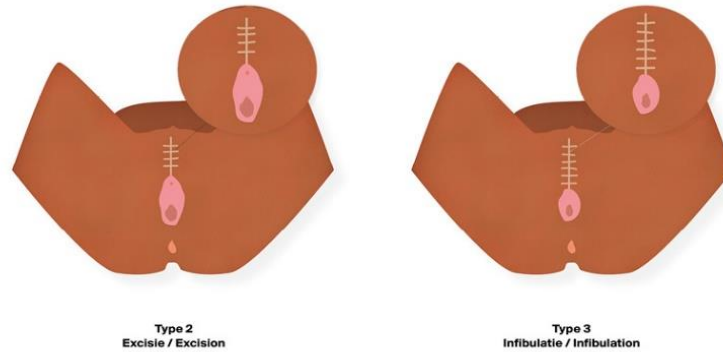
Situering

De Wereldgezondheidsorganisatie omschrijft vrouwelijke genitale verminking (VGV) als elke ingreep die leidt tot een gedeeltelijke of volledige verwijdering van de externe geslachtsorganen van de vrouw of elke andere verwonding van de vrouwelijke geslachtsorganen toegebracht om niet-medische redenen (WHO, 2008).

Eind 2016 waren er in België meer dan 17.000 besneden vrouwen en liepen 8.000 meisjes gevaar. Elk jaar bevallen meer dan 1400 besneden vrouwen in een Belgische kraamkliniek (Dubourg & Richard, 2018; GAMS, 2019).

Plaat 30 en 31: types van VGV



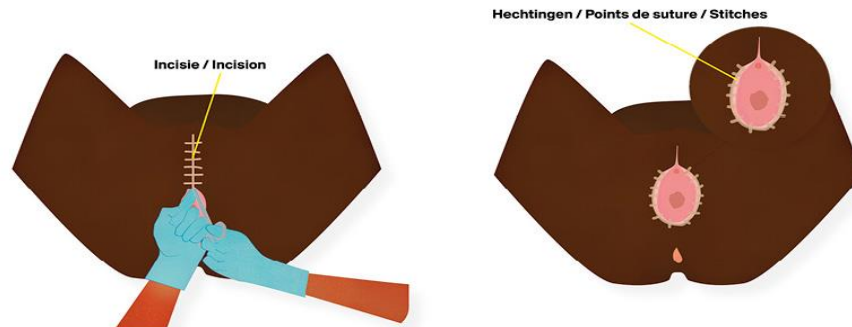


De verschillende vormen van VGV werden ondergebracht in de 4 types, weergegeven op plaat 30 en 31. Deze classificering werd aangepast in 2007 (GAMS, 2019).

- **Type 1** of clitoridectomie is de gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en/of de voorhuid van de clitoris.
- **Type 2** of excisie is de gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen.
- **Type 3** of infibulatie is de vernauwing van de vaginale opening met het verwijderen en dichtnaaien van de kleine en/of grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris.
- **Type 4** omvat alle andere schadelijke ingrepen op de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercen, snijden, insnijden en uitbranden.

Plaat 32: VGV en zwangerschap

DESINFIBULATIE / DÉSINFIBULATION / DEINFIBULATION



Tijdens zwangerschap 2^o trim of arbeid - bevalling
Pendant la grossesse 2^e trim ou travail - l'accouchement
During pregnancy 2^o trim or labour - delivery

Plaat 32 geeft aan hoe en wanneer een desinfibulatie kan plaatsvinden. Het is aangeraden om het gesprek over VGV al aan te gaan bij een kinderwens of in het eerste trimester van de zwangerschap. In het eerste trimester dient vaginaal onderzoek te gebeuren om het type verminking te diagnosticeren, voor een eventuele doorverwijzing, of om een desinfibulatie tijdens het tweede trimester of tijdens de bevalling voor te bereiden. Het is van belang dat de vrouw tijdig kan worden opgevolgd, gezien de fysieke gevolgen en psychologische trauma's die aan de oppervlakte kunnen komen.

Voor uitgebreide informatie over VGV en zwangerschap, lees zeker het bijgevoegd protocol van Gams voor de begeleiding van zwangere vrouwen met genitale verminking.

Casus bespreking zwangerschap en VGV

Er komt een 16-jarig meisje op de praktijk ter voorbereiding van haar bevalling/postpartum. Vanuit het ziekenhuis is aangegeven dat ze weinig weet over wat haar te wachten staat. Ze spreekt vooral Somalisch, dus ik schakel een Somalische tolk in om zeker te zijn dat ze alle informatie goed begrijpt.

We bespreken naast haar vragen en basic informatie ook VGV. We gebruiken de platen van de Cultuursensitieve anticonceptiekoffer om te bespreken welke soorten VGV er zijn en ik vraag of ze zelf weet welke variant bij haar is uitgevoerd.

Dat kan ze mij niet vertellen, maar dit is natuurlijk wel heel belangrijk voor haar partus. Aangezien ze binnenkort nog eens consultatie zal hebben, bereid ik haar alvast voor dat ik graag vaginaal wil kijken. Ze gaat daarmee akkoord.

De volgende keer zie ik dat ze een besnijdenis tussen type 2 en type 3 heeft, met gedeeltelijk pseudo-infibulatie richting vagina. Ik contacteer hierop het ziekenhuis dat haar opvolgt. De referentie-gynaecologe heeft geen plaats voor haar bevalling en antwoordt niet op e-mails. De sociaal assistente geeft aan: "Ze is spontaan zwanger geworden, ondanks condoomgebruik. Er is dus enige vorm van penetratie geweest. Het is dus niet nodig iets te doen voor de partus."

De gynaecologe waar ik normaal naar verwijs, dokter x, mag op dat moment geen cliënten aannemen die geen dringende medische hulp nodig hebben, omwille van corona (begin van de corona-epidemie in 2020). Daardoor heeft deze mevrouw helaas geen degelijk consult rondom haar VGV gehad alvorens haar bevalling.

Ze is vervolgens bevallen met een ventouse (omwille van maternale uitputting), zonder dat de pseudo-infibulatie of gedeeltelijke infibulatie is ingeknipt geweest. Ze kreeg ook geen episiotomie, wat wel gebruikelijk is bij een ventouse. Vader gaf aan dat het niet ging passen, en vroeg of ze niet moesten inknippen. Hier werd niet op ingegaan. Er is vervolgens een totaalruptuur ontstaan. De hechtingen hebben achteraf ook nog veel infectie opgeleverd.

Achteraf zijn er gesprekken geweest maar hier werd vooral ingezet op preventie, en kreeg de vrouw bij wie de VGV al was uitgevoerd niet de juiste gesprekken/begeleiding. Na een tijdje herstellen is ze wel nog bij dr. x geweest, en heeft zij wel de nodige gesprekken gehad bij een andere medewerkster van Gams. Ook vanuit het ziekenhuis werd meer aandacht gegeven op de minderjarigheid (vermoeden van uithuwelijking) van de cliënte in plaats van op de eventuele fouten die zijn gebeurd tijdens de opvolging van mevrouw.

Er had eerder moeten worden bekeken of een desinfibulatie voor of tijdens partus nuttig was geweest. (Van der Staak P., P.C., september 2021)

Vragen om in groepsverband te bespreken:

- Als je deze casus leest wat doet het met je als hulp- en zorgverlener?
- Heb je ook ooit een casus van VGV meegemaakt?
- Hoe heb jij het aangepakt of hoe zou jij het aanpakken als hulp- of zorgverlener?
- Is de dienst waar je voor werkt als hulp- en zorgverlener genoeg voorbereid op vrouwen met VGV?

Lees voor antwoorden zeker het bijgevoegd protocol van Gams voor professionals omtrent de begeleiding van zwangere vrouwen met genitale verminking. Verder enkele interessante links:

<https://gams.be/nl/>

<https://gams.be/nl/de-dialog-over-desinfibulatie-tot-stand-brengen/>

<https://www.we-access.eu/nl/videos>

3.3.6 Geboorteplan

Geboorteplan en dialoog



De platen 'geboorteplan' en 'dialoog' werden in samenwerking met 'Samen voor respectvolle geboorte' en 'le coeur à marée basse' ontwikkeld. De bedoeling van deze platen is om de vrouw op een respectvolle en zo waardig mogelijke manier voor te bereiden op haar arbeid en bevalling, om die ook zo waardig mogelijk te laten verlopen. We wensen haar vooral te ondersteunen om bewuste keuzes te maken en om zo min mogelijk angst en stress te beleven, afhankelijk van de context en omgeving waarin ze zou bevallen.

Uit onderzoek is gebleken dat het vaak vrouwen met een lager sociaaleconomisch statuut, migranten of laaggeletterde vrouwen van een etnische minderheidsgroep zijn die te maken krijgen

met minder adequate zorg en discriminerende en denigrerende opmerkingen (Ben Abdeslam, 2018; Van Cauwelaert, 2019; Schoenborn, De Spiegelaere & Racape, 2021).

Een geboorteplan bespreken in groepsessies maakt het gesprek sterker omdat er een groepsbewustzijn gecreëerd wordt en er uitwisseling onder vrouwen plaatsvindt. Wat ze hieruit meenemen, kunnen ze bij hun volgend medisch onderzoek bespreekbaar maken met de zorgverlener. De platen en de geboortekaartjes in de zwangerschapskoffer kunnen gebruikt worden om de vrouw bewust te maken over haar rechten en keuzes tijdens arbeid en bevalling.

Wat is obstetrisch geweld?

We maken hier graag de ruimte om obstetrisch geweld aan te kaarten. Het is vanuit de erkenning dat dit bestaat, dat we vrouwen kunnen empoweren en op hun rechten wijzen.

Obstetrisch geweld is een koepelterm voor verschillende vormen van geweld en misbruik vanwege de zorgverlener ten opzichte van de vrouw tijdens haar perinatale periode. Dit houdt in respectloos gedrag en misbruik, onmenselijke zorg en slechte behandeling van vrouwen. Deze vormen kunnen zich voordoen op het interpersoonlijk niveau door een ongepaste houding ten opzichte van vrouwen of door een gevoerd beleid en cultuur van een gezondheidsinstelling. Vrouwen die obstetrisch geweld meemaken, ervaren hun bevalling vaak als traumatisch, wat een impact kan hebben op hun zelfbeeld en psyché alsook op hun attitude bij volgende zwangerschappen.

Fysiek geweld

Er zijn verschillende gevallen bekend waarbij de vrouwen tijdens het persen werden geslagen. Een andere, nog vaak toegepaste, praktijk is deze van fundusdruk, die ook onder de noemer van fysiek geweld valt. Een groot verschil tussen slaan en het toepassen van fundusdruk is dat het laatste aanvaardbaar is onder bepaalde omstandigheden.

Verbaal geweld

Naast fysiek misbruik kan ook verbaal misbruik plaatsvinden tijdens de arbeid en bevalling. Men spreekt over 'niet-waardige zorg' wanneer er sprake is van bewuste vernedering, verwijten, ruw behandelen, uitvliegen, openbaar maken van persoonlijke informatie en negatieve percepties op zorg. Hard of grof taalgebruik, verwijten of beschuldigingen, dreigen met het achterhouden van zorg en de schuld geven voor een negatief resultaat. Grof taalgebruik komt zowel voor in landen met een hoog-, middelmatig- en laag inkomen. Het is een factor die de bevallingservaring geregeld negatief kleurt. Zo is er een verband tussen 'verbaal misbruik', 'stigma en discriminatie' en 'slechte band tussen vrouwen en zorgverleners'. Het zijn vaak vrouwen met een lager sociaal-economisch statuut, migranten of vrouwen van een etnische minderheidsgroep die te maken krijgen met denigrerende opmerkingen. Ook vrouwen die zich niet conform gedragen met de traditionele stereotypen voor hun geslacht/gender, ervaren soms slechte zorg als afstraffing. De zorgverleners staan vaak onder (tijds)druk, wat aanleiding kan geven tot een aanvaring. De reden hiervoor kan bijvoorbeeld zijn dat zorgverleners tegelijkertijd in een stressvolle situatie verwickeld zitten en ze hun aandacht moeten verdelen (Van Cauwelaert, 2019).

Samen voor respectvolle geboorte

Samen voor respectvolle geboorte staat in voor een geboortezorg waar de zwangere centraal staat met een open, respectvolle communicatie en familie-gecentreerde zorg. De waarden van waaruit Respectvolle geboorte vertrekt zijn: Samenwerking - Kwaliteitsvolle zorg – Respect – Autonomie – Waardigheid. Meer informatie vind je op <https://www.respectvollegeboorte.be>

4. Bronvermelding

Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021). *Foliumzuur*. Gezond zwanger worden. Geraadpleegd in september 2021, van <https://www.gezondzwangerworden.be/>

Al-Rifai, R. H., Majeed, M., Qambar, M. A., Ibrahim, A., AlYammahi, K. M., & Aziz, F. (2019). Type 2 diabetes and pre-diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies in women of childbearing age in the Middle East and North Africa, 2000-2018. *Systematic reviews*, 8(1), 268.

Artsen voor Kinderen. (2021). Ik ben voor screening van zwangere vrouwen op hemoglobinopathieën. *Cyberpoli*. Geraadpleegd in november 2021, van <https://www.cyberpoli.nl/sikkelcel/interviews/jeanlouiskerkhoffs>

Ben Abdeslam, H. (2018). *Wat zijn de postnatale noden en behoeften van moeders zonder wettig verblijf of in procedure na kortverblijf in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: Kwalitatief onderzoek* [ongepubliceerde masterproef]. Universiteit Antwerpen.

De Koning, D. (2021). *Baby's onder stress, stressbegeleiding van (aanstaande) ouders in de geboortezorg*. EPO.

Demey, H. (2016). *Zorg over de grenzen heen, perinatale sterfte bij vrouwen met een migratieachtergrond*. [ongepubliceerde bachelorproef]. Arteveldehogeschool.

Diabetes Liga. (2021). *Diabetes Liga – Zoet zwanger voor professionelen*. Website geraadpleegd in oktober 2021, van <https://www.diabetes.be/nl/preventie-en-sensibilisering/zoet-zwanger-voor-professionelen>

Dubourg, D., Richard, F. (2018). *Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018*. Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes et SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Geraadpleegd in november 2021, van http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/20180302_FGM_PrevalenceStudy_12-pages_FR.pdf

el Bouazzaoui, F., Peters, A. I. (2017). *Handboek geboortezorg bij verschillende culturen*. LannooCampus.

Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan. (2021). *Cultuursensitieve seksuele en reproductieve gezondheidsvoorlichting* [handleiding].

GAMS. (2019). *Begeleiding van zwangere vrouwen met genitale verminking* [protocol].

Glazier, J. D., Hayes, D., Hussain, S., D'Souza, S. W., Whitcombe, J., Heazell, A., & Ashton, N. (2018). The effect of Ramadan fasting during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 421.

Kragelund Nielsen, K., Andersen, G. S., Damm, P., & Andersen, A. N. (2021). Migration, gestational diabetes and adverse pregnancy outcomes: a nationwide study of singleton deliveries in Denmark. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, dgab528.

Kridli S. A. (2011). Health beliefs and practices of Muslim women during Ramadan. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 36(4), 216–223.

Oosterwijk, V.N.L., Molenaar, J.M., van Bilsen, L.A., Kieft-de Jong, J.C. (2021). Ramadan Fasting during Pregnancy and Health Outcomes in Offspring: A Systematic Review. *Nutrients*; 13(10), 3450.

Rooseboom, T. (2018). *De eerste 1000 dagen, het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. De Tijdstroom.

Statbel. (2021). *Structuur van de bevolking*. Statbel – België in cijfers. Geraadpleegd op 13 oktober 2021, van <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking>

Schoenborn, C., De Spiegelaere, M. & Racape, J. (2021). Measuring the invisible: perinatal health outcomes of unregistered women giving birth in Belgium, a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 733.

Thiers, E. (2019). Cultuursensitiviteit en diversiteit in de opleidingen: wie is er vandaag klaar voor? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 49(3), 191-201.

Simpto. (2021). *Sikkelcelziekte*. Simpto. Geraadpleegd in november 2021, van <https://www.simpto.nl/diagnose/sikkelcelziekte/>

Van Cauwelaert, S. (2019). *Obstetrisch geweld, De verschillende verschijningsvormen van een wereldwijd fenomeen*. [ongepubliceerde bachelorproef]. Arteveldehogeschool.

Van Parys, A-S. (23-11-2020). *Themadag partnergeweld in het peripartum* [powerpoint-slides], Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.

Vandenhoute, C. (2018). *Zwangerschapdiabetes : educatie bij de allochtone patiënt*. [ongepubliceerde bachelorproef]. Hogeschool VIVES.

Venegas Riquelme, K. (2021). *De noden en behoeften van vrouwen met een culturele of religieuze migratieachtergrond tijdens de zwangerschap en de bevalling* [ongepubliceerde bachelorproef]. Erasmushogeschool Brussel.

World Health Organization. (2008). Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Geraadpleegd in oktober 2021, van http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43839/9789241596442_eng.pdf;jsessionid=C28FB99A3EAB32336B2303BF827B890E?sequence=1

World Health Organization. (2021). World Health Organization. Geraadpleegd in oktober 2021, van <https://www.who.int/>

Zoukal, S., Hassoune, S. (2019). The effects of Ramadan fasting during pregnancy on fetal development: a general review. *La Tunisie medicale*, 97(10), 1132–1138.

5. Bijlage

Inhoud van de Cultuursensitieve zwangerschapskoffer

De middelen in de koffer zijn **niet** geschikt voor gebruik. Het is placebomateriaal of materiaal dat alleen mag gebruikt worden bij trainingen of demonstraties.

Materiaal

• Foetus model (4 stuks)	<input type="checkbox"/>
• Mini model baby, baarmoeder en bekken	<input type="checkbox"/>
• Ballonnen en wasknijpers	<input type="checkbox"/>
• Belly Balls	<input type="checkbox"/>
• Relaxatiebal	<input type="checkbox"/>
• Borstmodel	<input type="checkbox"/>
• Babypoeder	<input type="checkbox"/>
• Glucose drank	<input type="checkbox"/>
• Vitamine D (D-cura tab)	<input type="checkbox"/>
• Geboorteplan kaartenset	<input type="checkbox"/>
• Foliumzuur (Folavit Start)	<input type="checkbox"/>
• Zwangerschapstest	<input type="checkbox"/>

Illustraties

- Illustratie platen 1 tot 41
- Illustraties respectvolle geboorte: geboorteplan en dialoog
- Progress in labor: baarmoederhalsopening
- Road Map of Labor
- Positions for Laboring out of bed: bevallingshoudingen

Publicaties

- Vrouwelijke Genitale Verminking/Vrouwenbesnijdenis (GAMS België)
- Geen besnijdenis voor mijn dochter (GAMS België)
- Zwanger? Beperk hormoonverstoorders (Gezinsbond)
- Gezond zwanger worden? Neem foliumzuur in voor je zwanger bent! (Kela)
- Geluksdriehoek (VIGL)
- Wat met alcohol voor, tijdens en na de zwangerschap? (De druglijn)
- Alcohol, tabak en drugs tijdens de zwangerschap (De druglijn)
- Wat na... zwangerschapsdiabetes (Diabetes Liga)
- Postpartum depressie (VVGG)
- Fiche voedingsdriehoek, bewegingsdriehoek en geluksdriehoek (Gezond Leven)
- Posters voedings-, bewegings- en geluksdriehoek: 2 stuks (Gezond Leven)
- Doorbreek nu de stilte omtrent gendergerelateerd geweld (Access)
- Kind in Beeld: Zwangerschap (Kind & Gezin)
- Road map of labor handouts: 3 stuks
- Positions for laboring handouts: 3 stuks
- Borstvoedingswijzer (Kind & Gezin)