



GEZONDE START!

Perinatale sterfte komt in Rotterdam meer voor dan in de rest van Nederland. Uit onderzoek is gebleken dat in onze stad meer baby's vanaf de 22ste week van de zwangerschap tot in de eerste week na de geboorte overlijden. Deze vorm van babysterfte, de zogenaamde perinatale sterfte, ligt in Rotterdam zelfs iets hoger dan in de andere grote steden. Daarom krijgt dit onderwerp in Rotterdam sinds 2007 de nadrukkelijke aandacht in de wetenschap, de politiek en de praktijk van de zorg. Behalve de perinatale sterftecijfers, zijn ook de andere geboorte-uitkomsten minder gunstig, zoals: een slechte start bij de geboorte, vroeggeboorte en een laag geboortegewicht. Dat betekent dat er in Rotterdam meer kinderen zijn die een slechte start maken. Een slechte start bij de geboorte betekent een groter risico op ontwikkelings- en gedragsproblemen voor het kind. En dat heeft een negatieve invloed op zijn of haar hele leven.

Risicofactoren die bij kunnen dragen bij perinatale sterfte en tijdens de zwangerschap:

- **Leefstijl:** roken, alcoholgebruik, insufficiënte voeding, overgewicht, stress (werk en gezin), infectieziekten en een aantal andere ziekten bij de ouders. Deze factoren hangen vaak samen met etniciteit en sociaal-economische positie. Verder worden nog genoemd: leeftijd, de taalbeheersing en de geschiedenis van voorgaande zwangerschappen.
- **Buurtmilieu:** de fysieke en sociale omgeving (lawaai, slechte behuizing, slecht hygiënische omstandigheden en veiligheid)
- **Cumulatie van risico's:** In achterstandswijken ziet men een cumulatie van sociale en individuele problema-

tiëk, bijvoorbeeld het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal, huisvestingsproblemen en psychische klachten. Een groot aantal van de vrouwen heeft geen of minimale kraamzorg (5 uur). Deze cumulatie van sociale en individuele problematiek veroorzaakt niet alleen slechtere perinatale uitkomsten, maar waarschijnlijk ook een kleiner aantal thuisbevallingen. De thuissituatie is voor zowel moeder als kind geen veilige omgeving voor een bevalling en de kraamperiode.

- **Zorgfactoren:** Te laat in de zorg: in de grote steden komen zwangere vrouwen te laat in de zorg, in het bijzonder de allochtone zwangeren in Rotterdam. De helft komt pas na de 16e week van de zwangerschap bij de gynaecoloog of verloskundige voor de eerste controle.

LEES VERDER OP PAGINA 2

- **Onvolledige zorg:** zwangeren maken onvoldoende gebruik van de geboden zorg, zoals kraamzorg of nazorg door een kinderarts. Zij vallen uit de zorgketen.
- **Inadequate zorg:** de zorgvraag van de cliënt wordt niet altijd herkend door hulpverlener en zorgaanbod wordt niet altijd begrepen door de zwangere, dit wordt vooral veroorzaakt door taalproblemen.
- **De kwaliteit van het zorgproces:** hiaten in het zorgproces zijn van invloed op de geboorte- uitkomsten.

De GGD Rotterdam Rijnmond, Erasmus Medisch Centrum en o.a. Dona Daria hebben het Aanvalsplan Perinatale Sterfte, tegenwoordig het programma 'Klaar voor een Kind' ondertekend met als doel de hoge perinatale sterfte van baby's tegen te gaan. Dit zijn:

- **Preconceptiezorg:** Algemene individuele preconceptiezorg heeft als doel het (fysiologische) verloop en een goede uitkomst van de zwangerschap te bevorderen door een vrouw zo gezond mogelijk aan een zwangerschap te laten beginnen. Deze vorm van preconceptiezorg wordt vooral door eerste lijn verleend, namelijk door de verloskundige en de huisarts. Specialistische preconceptiezorg wordt aangeboden aan paren met een verhoogd kans op perinatale morbiditeit en/of sterfte.

- ②
- **Zwangerschap:** veel zwangeren komen te laat in zorg, terwijl juist in het eerste trimester van de zwangerschap nog veel gezondheidswinst te behalen valt. Tijdens het eerste verloskundig consult, dat idealiter plaatsvindt in de achtste week van de zwangerschap, vind een anamnese plaats. Dan wordt duidelijk of gezondheid, leefstijl, leeftijd of erfelijkheid gerelateerde factoren reden geeft voor doorverwijzing naar een specialist in de eerste, tweede of derde lijn of een andere vorm van ondersteuning. De maatregelen zijn er opgericht de zwangere eerder op controle bij de verloskundige te laten komen en tijdens dit consult een goed risicometing uit te voeren. Deze risicometing kan tijdens de zwangerschap op andere meetmomenten worden herhaald. Aan de hand van de risicoselectie wordt een interventieplan gekoppeld. Verder worden de zorg en begeleiding van zwangeren met risico's en problemen uitgebreid en verbeterd door het aanbieden van prenatale zorgprogramma's.

- **De bevalling:** de vrouw maakt samen met de verloskundige de keuze voor een thuisbevalling of poliklinische bevalling (zonder medische indicatie). In Rotterdam komt een thuisbevalling steeds minder voor, waarschijnlijk oor de omstandigheden waarin zwangeren in achterstandswijken zich bevinden. Voor de ziekenhuisbevalling geldt wel een eigen bijdrage, maar voor de minima van Rotterdam wordt die eigen bijdrage in het kader van het collectieve contract vergoed door de zorgverzekeraar Achmea.

- **Geboortecentra:** Eén van de maatregelen is het oprichten van geboortecentra die een alternatief zijn voor en

(onveilige) thuisbevalling van de poliklinische bevalling. Hier kan de bevalling plaatsvinden in een huiselijke sfeer, met mogelijkheden voor kraamzorg, aanpalend aan het ziekenhuis waardoor de medische noodzakelijke zorg dichtbij is. Zolang de geboortecentra er niet zijn moet de voorlichting erop gericht zijn de zwangeren meer bekend te maken met de mogelijkheden die er zijn wat betreft de bevalling.

- **Kraamzorg:** de kraamzorg is de zorg voor moeder en kind tijdens de bevalling en eerste dagen daarna. Voor kraamzorg geldt een wettelijke eigen bijdrage. In Rotterdam zit deze vergoeding voor mensen met een uitkering en andere minima in het collectieve 'Rotterdam-pakket'. De kraamzorg is tegenwoordig erg versnipperd, er zijn veel aanbieders op de markt waardoor de kwaliteit moeilijk te beoordelen is. Verder wordt er vaak niet de geïndiceerde kraamzorg (minimaal 49 uur) door de zwangere/kraamvrouw afgenomen, terwijl een goede start juist zo belangrijk is. Soms wordt helemaal geen kraamzorg afgenomen. Maatregelen zijn er op gericht meer bekendheid te geven aan het Nederlandse Fenomeen van kraamzorg en dat meer vrouwen de geïndiceerde zorg afnemen. Verder wordt nagegaan of de versnippering van de kraamzorgaanbieders kan worden vermindert, dan wel de negatieve effecten daarvan kunnen worden verkleind.

- **Consultatiebureaus:** de consultatiebureaus zijn de laatste schakel in de keten, maar missen vaak de informatie uit voorgaande schakels terwijl deze zo belangrijk is voor de begeleiding van de ouders en hun kind. Maatregelen moeten de aansluiting verbeteren en de zorg voor kinderen met een slechte start optimaliseren. Naast de schakelzorg zijn maatregelen geformuleerd die de ketenzorg moeten verbeteren, zoals het ontwikkelen van protocollen voor screening op risico's, overdrachtsprotocollen en een sociale kaart voor professionals.

- **Ketenoverstijgende maatregelen:** Deze maatregelen betreffen alle schakels, zoals voorlichting over het Nederlandse zorgsysteem, de inpassing van preconceptie voorlichting in de bestaande programma's, het betrekken van diverse doelgroepen bij de vormgeving en uitvoering van voorlichting, het stimuleren van instroom van bepaalde doelgroepen in de opleidingen en beroepen van kraamzorg, verloskunde en jeugdgezondheidszorg, en de interculturalisatie binnen de bestaande opleidingen.

- **Registratie en evaluatie:** registratie en evaluatie is noodzakelijk om te meten of de doelstellingen van het plan, het verbeteren van de geboorte-uitkomsten en de zorgprocessen, ook daadwerkelijk worden behaald. Hiervoor is een eerste onderzoeksopzet gemaakt. Eind dit jaar voert het Erasmus MC een eerste nulmeting uit gebruik makend van registratiedata. Verder verzamelt het Erasmus MC aanvullende informatie via steekproeven bij zwangeren en zorgverleners.

Saadia Daouairi, Dona Daria

REPRODUCTIEVE RECHT VAN VROUWEN



Reproductieve rechten vloeien voort uit de Rechten van de Mens en omvatten: 'Alle rechten die samenhangen met de voortplanting van de mens.' Reproductieve gezondheid heeft onder meer te maken met de beschikbaarheid van voorzieningen die het mensen mogelijk maakt al dan niet te kiezen voor kinderen, en dus ook voor een (gezonde) zwangerschap. Onderzoek heeft uitgewezen dat de geboorte-uitkomsten in Rotterdam slechter zijn dan in andere grote steden, en ook slechter dan in de rest van Nederland. De perinatale sterfte is een topje van een veel grotere ijsberg van ongunstige geboorte-uitkomsten, zoals een te laag geboortegewicht en vroeggeboorte.

Er is niet één oorzaak aan te wijzen voor deze uitkomsten. Het gaat om een combinatie van individuele risicofactoren (zoals leefstijl en buurtmilieu), zorgfactoren (zoals het te laat instappen in zorg, onvoldoende gebruikmaken van de zorgvoorzieningen, inadequate zorg en hiaten in het zorgproces) en cumulatie van sociale, economische en individuele problematiek. Ook de visie op reproductieve rechten van vrouwen is hierbij van invloed.

De reproductieve rechten bestaan uit 12 rechten.

Iedere (man)/vrouw heeft recht:

1. Op leven.

Dit betekent dat moeder en baby zo goed mogelijk begeleid dienen te worden tijdens de zwangerschap en na de geboorte.

2. Recht op persoonlijke vrijheid en veiligheid.

De zwangere vrouw heeft het recht om zelf te kiezen voor begeleiding tijdens de bevalling en ze heeft recht op een veilige omgeving om te leven en te bevallen.

3. Het recht op gelijkwaardigheid en om vrij te zijn van alle vormen van discriminatie.

Dit betekent bijvoorbeeld ook dat zwangere vrouwen recht hebben op aangepast werk tijdens de zwangerschap en niet mogen worden ontslagen van werk of gedwongen te stoppen met hun opleiding.

4. Privacy.

Zwangere vrouwen hebben recht op privacy, op een eigen beleving van de zwangerschap.

5. Op vrijheid van meningsuiting

Zwangere vrouwen hebben recht op hun eigen mening en opvattingen over hun zwangerschap en gezondheid.

6. Het recht op informatie en onderwijs.

Zwangere vrouwen hebben recht op alle mogelijke en relevante informatie over zwangerschap, bevalling, borstvoeding, roken, voeding enzovoorts.

7. Het recht om zelf te beslissen al dan niet te trouwen

8. En kinderen te krijgen.

9. Het recht op gezondheidszorg.

Zwangere vrouwen kunnen altijd bij de verloskundige of gynaecoloog terecht voor begeleiding tijdens de zwangerschap. Er moet voldoende verloskundig aanbod zijn en vrouwen moeten het weten te vinden. Dat geldt ook voor de kraamzorg en jeugdgezondheidszorg van het consultatiebureau.

10. Het recht op de voordelen van de wetenschappelijke vooruitgang.

Zwangere vrouwen hebben recht op de nieuwste (medische) technologie zodra het beschikbaar is, zoals een echoscopie tijdens de zwangerschap.

11. Het recht op vrijheid van vereniging en politieke participatie.

12. Het recht vrij te zijn van foltering en mishandeling.

In deze nieuwsbrief staat het recht op een gezond zwangerschap en gezonde kinderen centraal. Dona Daria wilt een bijdrage leveren aan het bewustwording van Rotterdamse vrouwen (en mannen) van hun rechten, zodat ze gebruik kunnen maken van de voorzieningen, die hun worden aangeboden als ze van plan zijn om zwanger te worden.

CURSUS:

HET TERUGDRINGEN VAN PERINATALE STERFTE



Bij Dona Daria is er een cursus opgezet, genaamd: Het terugdringen van perinatale sterfte. Ik heb Saadia Daouairi, werkzaam bij Dona Daria en die tevens ook deze cursus heeft ontwikkeld geïnterviewd.

H: Waarom is deze cursus opgezet?

S: Dona Daria heeft in opdracht van GGD Rotterdam-Rijmond een pilotproject ontwikkeld om migranten vrouwen te betrekken bij preconceptie-, zwangerschaps- en kraamzorg. Hierin staat een cursus centraal. Kenmerk van de cursus is dat niet alleen technische voorlichting wordt gegeven. De cursus is erop gericht deelnemers bewust te maken van hun keuzemogelijkheden en verantwoordelijkheden inzake zwangerschap en ouderschap en om gedragsverandering tot stand te brengen. Het uitgangspunt van de cursussen is het terugdringen van perinatale sterfte bij etnische minderheden in Rotterdam Noord.

H: Voor wie is deze cursus bedoeld?

S:- Rotterdamse zwangeren met een zwakke sociaal-economische achtergrond in achterstandswijken
- Tieners- en jonge moeders
- Rotterdamse vrouwen van een allochtonen afkomst

H: Wat zijn de oorzaken van prenatale sterfte?

S: Er is niet één oorzaak aan te wijzen voor deze uitkomsten. Het gaat om een combinatie van individuele risicofactoren (zoals leefstijl en buurtmilieu), zorgfactoren (zoals het te laat instappen in zorg, onvoldoende gebruikmaken van de zorgvoorzieningen, inadequate zorg en hiaten in het zorgproces) en cumulatie van sociale, economische en individuele problematiek.

H: Wat doet Gemeente Rotterdam hiertegen?

S: De verontrustende onderzoeksresultaten hebben voor de gemeente Rotterdam de aanleiding gevormd om samen met belangrijke spelers in het veld een Aanvalsplan Perinatale sterfte op te stellen. Een pakket van elkaar aanvullende initiatieven is geformuleerd waarmee op korte termijn gestart zal

worden. Met het Aanvalsplan is Rotterdam voorloper in de landelijke aanpak van de problematiek. Een van de activiteiten betreft een pilot preconceptiezorg in Noord, als onderdeel van een ketenaanpak.

H: Welke eventuele problemen liggen hieraan ten grondslag?

S: Op het gebied van preconceptiezorg is reeds veel voorlichtingsmateriaal beschikbaar. Helaas is er door Dona Daria geconstateerd dat de voorlichting bepaalde groeperingen in de Rotterdamse samenleving niet of zeer beperkt bereikt. Dit betreft groeperingen van allochtone (aanstaande) ouders, maar ook bepaalde groepen autochtone (aanstaande) ouders.

H: Wat hebben deze groeperingen met elkaar gemeen?

S: Deze groeperingen hebben in grote lijnen een aantal zaken gemeenschappelijk:

- Zij delen een aantal sociaal-economische factoren (zoals laag inkomen, laaggeletterdheid en wonen in een bepaald buurtmilieu)
- Er is sprake van cumulatie van risicofactoren.
- Er speelt een combinatie van zorgmijding enerzijds en gebrek aan kennis anderzijds. Tegelijk is helder dat het benaderen van de verschillende groeperingen maatwerk betreft, als men werkelijk succes wil behalen.

H: Wat is uit het onderzoek naar voren gekomen?

S: Onderzoek van het NIGZ, KNOV en het Erfocentrum wijst uit dat de zwangerschapsuitkomsten bij allochtonen vrouwen over het algemeen minder gunstig dan bij zwangere vrouwen en hun kinderen van autochtonen afkomst. Allochtonen hebben gemiddeld een lager geboortegewicht. Vroeggeboorte en aangeboren aandoeningen komen bij hen vaker voor. Ook de sterfte rond de geboorte is minder gunstig onder allochtonen.

De sterfteverschillen zijn deels te verklaren door verschillen in risicofactoren. Allochtonen vrouwen zijn minder bekend met preventieve maatregelen zoals extra foliumzuurgebruik, meldde zich later voor verloskundige zorg en maken minder gebruik van kraamzorg.

H: Welke rol heeft Dona Daria hierin?

S: De voorlichtingsmap van het NIGZ wordt door Dona Daria als lijndraad gebruikt bij het ontwikkelen van een methode voor het geven van informatieve cursussen gericht op meerdere doelgroepen ten behoeve van bewustwording en gedragsverandering ten aanzien van preconceptie-, zwangerschaps- en kraamzorg.

Door Hayat Mouna

SCHOLINGSBIJENKOMST “GEZOND ZWANGER” OP 9 APRIL 2009

De door GGD Rotterdam en Dona Daria georganiseerde training over preconceptiezorg als pilot, was een interessante bijeenkomst. De training welke door NIGZ ontwikkelde en gegeven werd vond ik persoonlijk wel belangrijk om te volgen. Vooral voor de toekomstige (jonge)ouders. Er werd namelijk tijdens de training veel nuttige informatie gegeven welke men als toekomstige vader of moeder goed kan gebruiken. De meeste allochtone vaders en moeders denken vaak pas na de geboorte over de gezondheid van het kind. Terwijl als je zo'n training volgt, dan hoort men dat het juist belangrijk is om voor de geboorte en verwekken van het kind aan voorzorgsmaatregelen te denken en daarmee ook rekening te houden. Inhoudelijk is het een belangrijke training voor toekomstige ouders. Vooral vaders zijn weinig betrokken bij de gezondheid en ontwikkeling van hun kinderen. Gezondheid is erg belangrijk en wanneer men serieus van plan is om zwanger te worden, dan is het a an te raden om een dergelijk training te volgen. In de training komen o.a. de volgende onderwerpen ter sprake;

- Wanneer moet men actie ondernemen om een gezond kind te krijgen?

- Zwangerschapsperiode en de ontwikkeling van embryo naar foetus.
- Over erfelijkheid en dragerschap van ziektes.
- Welke erfelijke ziektes invloed hebben op het kind en waar men informatie kan verkrijgen over erfelijke ziektes of aandoeningen. Dit is vaak belangrijk voor de Turkse en Marokkaanse gemeenschap, omdat zij wel eens met familieverwanten trouwen.

De training was bedoeld om te kunnen beoordelen of de organisaties zoals Dona Daria en PBR ook voor hun achterban een soortgelijke training kunnen organiseren. Ik vond het persoonlijk ook een belangrijke training en raadt het aan om nieuwe voorlichters te trainen, zodat zij ook aan hun achterban deze voorlichting kunnen geven. Het verhaal van mevr. Fatma Alakaya van NIGZ over preconceptiezorg en Ciska Postma van Erfocentrum was helder en duidelijk en is aan te raden om vooral aan de allochtone mannen deze voorlichtingen te geven.

Suat Tas, Consulent PBR, (Platform Buitenlanders Rijnmond)

DE REPRODUCTIEVE RECHTEN VAN DE VROUW IN MIJN HEDENDAAGSE PRAKTIJK



Allereerst zal ik mij even voorstellen. Mijn naam is Marja de Koster en ik ben als sociaal verpleegkundige werkzaam bij de GGD Rotterdam Rijnmond. Ik ben er betrokken bij het project “Het gezonde ROC”. De GGD biedt hierbij in samenwerking met de scholen inloopspreekuren aan met als insteek gezondheid. Jongeren

kunnen vrij binnenlopen met allerlei vragen op dit gebied. Het aanbod is gratis en kan desgewenst anoniem. Ik heb een geheimhoudingsplicht. Het is voor de vrouwelijke ROC-deelnemster vaak gemakkelijker over seksualiteit te praten met een vrouw, dan met hun eigen huisarts, die in de meeste gevallen een man is. Soms heeft men zelfs helemaal geen huisarts. Bovendien beschikt deze over (te) weinig tijd, en ik kan wat ruimer de tijd nemen om te luisteren naar hun verhalen en vragen. Ik geef ook klassikale voorlichtingen.

Het overgrote deel van de jongeren die ik zie zijn vrouwen en meisjes. Zij hebben een zeer diverse culturele en etnische achtergrond, wat het spreekuur dan ook erg boeiend maakt. Ik heb erg veel van hen geleerd in de loop der tijd. De hulpvragen waarmee deze groep vrouwen op het spreekuur komen gaan voor 95% over seksualiteit. Dat kan uiteenvallen in vragen over seksueel geweld, anticonceptie, soa, het maagdenvlies en de beleving van seksualiteit.

Het uitvoeren van zwangerschapstesten en het geven van voorlichting over anticonceptie vormt hier weer een groot onderdeel van. Ik merk tijdens mijn spreekuren op de ROC's Albeda en Zadkine regelmatig dat vrouwen en meisjes ooit slachtoffer waren of dat nog steeds zijn, van seksueel geweld, of vervelende ervaringen hebben op het gebied van seksualiteit. Dat de keuzebepaling van bijvoorbeeld condoomgebruik voor de vrouwen nog altijd lastig is. Vooral meisjes van Antilliaanse, Arubaanse, Surinaamse of Kaapverdiaanse afkomst kunnen nogal eens sceptisch staan tegenover hormonale anticonceptie. Zij zijn dan bang voor onvruchtbaarheid, en daar vruchtbaarheid van de vrouw erg belangrijk is binnen hun cultuur, kiezen zij er nogal eens voor, het lot te laten bepalen of ze wel of niet zwanger worden.

Ook gedwongen huwelijken komen nog steeds voor. De noodzaak om te blijven strijden voor de seksuele en reproductieve rechten van de vrouw (voor mij onlosmakelijk met elkaar verbonden) zijn erg belangrijk. Om vrouwen ervan te doordringen dat het niet normaal is als een partner je dwingt tot zaken die jij niet wilt, of je mishandelt (hetzij geestelijk, hetzij lichamelijk).

Ik citeer Amnesty International: De belangrijkste seksuele rechten zijn: de vrijheid om al dan niet seksueel actief te zijn; vrijheid in de keuze van partner; vrijwilligheid in seksuele relaties; huwelijk naar eigen keuze; vrijelijk kunnen besluiten of en wanneer je kinderen wilt krijgen; goede gezondheidszorg op het gebied van seksualiteit; goede voorlichting. Al deze zaken probeer ik te realiseren binnen mijn werk.

Door Marja de Koster, sociaal verpleegkundige GGD Rotterdam Rijnmond

DE ZWANGERSCHAP VAN MIJN DOCHTERS

Ik ben Husniya de Roock en ik ben 41 jaar oud. Ik geboren en getogen in Rotterdam. Ik heb twee dochters in de leeftijd van 11 en 19 jaar. Ik kan mijn zwangerschap van deze twee nog goed herinneren. Mijn moeder, tante en zus van 14 jaar ouder waren tijdens deze gebeurtenis heel belangrijk voor mij. De bevallingen van mijn dochters waren heel verschillend. De geboorte van mijn eerste dochter was bijna magisch. Dat ging vlot en gemakkelijk. Mijn tweede dochter is echter met veel complicaties geboren en ik was erg blij dat ik toen in het ziekenhuis beviel. De placenta was namelijk vastgegroeid aan mijn buikwand. De arts heeft toen aan mijn placenta getrokken en hierdoor heb ik 3 liter bloed verloren. Als ik op dat moment in een derde wereldland was bevallen dan zou ik doodgebloed zijn.

Ik had van te voren aan de verloskundige aangegeven dat ik een blauwe streep had op mijn buik, maar ze heeft toen geen actie ondernomen. Ik vond haar hierin nalatig, omdat ze me eigenlijk had moeten doorverwijzen naar het ziekenhuis bij ongeveer 28 weken van mijn zwangerschap. Door dit voorval ben ik persoonlijk voor het bevallen in het ziekenhuis, zodat de artsen je daar meteen kunnen helpen als er complicaties ontstaan. Dit is zowel veilig voor de baby als voor jou.

Ook ben ik een voorstander van het kraamzorghotel, want het is vertrouwd en er is voldoende ruimte om te ontspannen en bij te komen van de bevalling. Hierdoor kan je met een gerust hart jouw kindje op de wereld zetten. Wat ik anders zou willen zien en erg fijn zou vinden, is dat er een goede regeling komt voor zwangere vrouwen met een medische indicatie, zodat er na een bevalling met veel complicaties, goede nazorg geleverd kan worden. Wat ik ook erg belangrijk vind, is dat een verloskundige hygiënisch te werk gaat, want toen mijn dochter net uit het ziekenhuis kwam en de verloskundige bij mij thuis langskwam, had ze stinkende en nogal rokerige kleding aan en ze stak zonder haar handen gewassen te hebben haar vinger in het mondje van mijn baby.

Mijn advies aan (jonge) ouders is: voldoende rust, doen aan zwangerschapsgymnastiek (voor ademhaling enz.), gezonde voeding en als het lukt borstvoeding geven na de geboorte van jouw kind. En als je nog kinderen wilt nemen, kan je dit beter achter elkaar doen, want anders blijf je te lang in de kinderen zitten. Ik vindt het erg belangrijk om iemand te helpen en te steunen bij alles waar iemand hulp bij nodig heeft en daarom was ik aanwezig bij twee bevallingen van mijn nicht.
Door Husniya de Roock

MIJN ZWANGERSCHAP



Mijn naam is Hasret Gol. Ik ben 22 jaar en ik heb een dochtertje van bijna 2 jaar oud. Mijn zwangerschap is erg goed verlopen, want ik heb hierbij veel hulp gehad. Er werden afspraken gemaakt bij de verloskundige en zij deed de controle over de baby en mij. Er werd dan bijvoor-

beeld geluisterd naar: de hartkloppingen van de baby, of de ligging van de baby wel goed was enz. Natuurlijk werd er ook gevraagd hoe het met mij ging en of ik nog klachten had. De verloskundige vroeg mij of ik na de bevalling naar het kraamzorghotel wilde. Dit wilde ik heel graag, omdat mijn schoonzus daar ook heeft gelegen en ik heb gezien hoe fijn het daar is. Het ging mij eigenlijk niet alleen omdat ik gezien heb dat het daar fijn is, maar ook omdat ik na de bevalling graag aandacht en hulp wilde krijgen. Ik wist dat dit er voor mij thuis niet zou zijn en daarom besloot ik me met de hulp van mijn verloskundige voor een kamer in het kraamzorghotel in te schrijven.

Tijdens mijn zwangerschap was ik afgefallen in plaats van aangekomen. Dit kwam doordat ik van veel dingen misselijk werd, waardoor ik heel weinig eten binnenkreeg. Dit had als gevolg dat ik van mijn verloskundige ijzervitamines moest gaan inslikken. Deze dienden vooral te werken tegen de vermoeidheid waar ik de laatste tijd veel mee kampte. Om de paar weken werd er een echo van de baby gemaakt en de groei werd gecontroleerd. Ik vond dat de begeleiding tijdens mijn zwangerschap heel erg goed was. Als er een probleem was kon ik mijn verloskundige bellen en zij stond dan voor mij klaar.

Toen ik mijn eerste weeën kreeg, vond ik het niet noodzakelijk om de verloskundige meteen te bellen, maar nadat de weeën vaak achter elkaar kwamen heb ik mijn verloskundige toch nog gebeld. Zij kwam de controle doen en zei dat het tijd was om naar het ziekenhuis te gaan. De bevalling van mijn prinsesje Selin heeft plaats gevonden in het Zuiderziekenhuis in Rotterdam-Zuid. Ik werd geen één moment alleen gelaten. Ze zagen dat ik de pijn tijdens de bevalling niet meer kon verdragen en gaven mij vervolgens een ruggenprik. Mijn verloskundige was er tijdens mijn bevalling ook bij en lichte me in over de verdere stappen die ze zal ondernemen tijdens de bevalling. Na 14 minuten was het persen voorbij. Mijn dochtertje had vocht ingeslikt en kon niet goed ademen.

Er werd gelijk aandacht aan haar besteed. Het probleem was gelukkig heel snel verholpen en Selin kwam bij mij liggen. Dat was het mooiste gevoel wat ik ooit heb gehad. Een nadeel vond ik dat we niet werden gewassen. We werden namelijk slechts met een washandje schoongemaakt. Ik vond dat niet leuk, maar ik was zo moe en ook opgelucht dat ik er niets van zei. Ik heb zeven dagen in het kraamzorghotel gelegen. Dagelijks werden er controles gedaan en veel aandacht besteed aan de baby. Toen ik naar huis mocht gaan, dacht ik bij mezelf van: "kan ik dit wel alleen aan?".

Maar het kwam gelukkig allemaal wel goed. De opvoeding van Selin ging en gaat nu nog steeds heel goed. Ik blijf afspraken maken bij het consultatiebureau en ik vind het heel fijn dat er niet alleen maar controles worden gedaan maar ook gesprekken worden gevoerd. Heb je een probleem, dan kun je daar ook terecht tijdens een spreekuur. Ik heb eigenlijk niet veel te klagen en ik ben blij dat het allemaal zo goed geregeld is in Nederland.

Door Hasret Gol



OER-HOLLANDSE KRAAMZORG!

Mijn naam is Beata Pazur, ik ben manager thuiskraamzorg bij Kraamzorg Rotterdam & Omstreken. Ik ben o.a. verantwoordelijk voor het functioneren van ongeveer 160 kraamverzorgenden die thuis in de gezinnen aan het werk zijn. Naast thuiskraamzorg kunnen zwangere vrouwen ook bij ons terecht voor de bevalling en het doorbrengen van de kraamperiode in een van onze Kraamzorg Hotels. Ik werk sinds 19 jaar voor deze geweldige organisatie. In die lange tijd heb ik diverse functies vervuld en in de beginjaren heb ik zelf als kraamverzorgende gewerkt. Mijn ervaring en kennis over kraamzorg is dan ook groot en all round.

Op 13 mei jl. heb ik deelgenomen aan de bijeenkomst met als thema 'Recht op een gezonde zwangerschap en gezonde kinderen' georganiseerd door Dona Daria, Centrum voor vrouwen en Emancipatie. De gewoonten rondom zwangerschap, bevalling en de kraamperiode zijn door de aanwezigen uitgebreid besproken. Deze bijeenkomst heb ik als zeer waardevol en informatief ervaren. Wat me met name opviel was toch nog de onduidelijkheid bij de aanwezigen over de waardevolle rol van kraamverzorgenden die zij vervullen tijdens de bevalling en in periode daarna.

Hoe groot is de kennis over kraamzorg in onze Rotterdamse multiculturele samenleving, waar je met de cultuurverschillen te maken hebt, de invloed van de familie en een groot scala aan gewoontes? Hoe breng je de oer-Hollandse manier van zorgverlening rondom bevalling en kraamperiode dichterbij de mensen die vanuit hun eigen cultuur hier niet aan gewend zijn? Hoe kunnen wij vanuit Kraamzorg Rotterdam hier een steentje aan bijdragen?

Ondanks het feit dat ik als verloskundige heb gewerkt in mijn geboorteland Polen was dit voor mij, 20 jaar geleden, ook moeilijk te doorgronden. Toch heb ik snel de meerwaarde van deze vorm van zorgverlening ontdekt en ben hier ook blijven werken.

De kraamverzorgende is namelijk zeer deskundig op het

gebied van verzorging van de (aanstaande) moeder en de pasgeboren baby. Daarvoor heeft zij een professionele opleiding gevolgd. Haar specialisatie ligt in het kunnen signaleren van eventuele dreigende problemen en afwijkende situaties rondom de gezondheid van de jonge moeder en haar baby. Daarnaast is zij deskundig en bevoegd om moeder en baby te verzorgen en (medische) controles uit te voeren. Tevens kan zij adviseren over bijvoorbeeld het geven van (borst)voeding en hoe de baby veilig kan slapen en opgroeien. Dit alles doet zij vanuit de landelijk vastgestelde kwaliteitseisen. Deze signalerende en adviserende functies van de kraamverzorgende zijn van groot belang voor een gezonde ontwikkeling van de baby. In samenwerking met verloskundigen kan zij de begin periode op een zeer professionele wijze ondersteunen. Daarnaast is de kraamverzorgende getraind en gewend om het huishouden, waar nodig, draaiende te houden. Hierover overlegt zij en maakt zij afspraken met de kraamvrouw en het gezin.

Om elkaar beter te leren kennen, om betere voorlichting te geven en om deze hollandse waardevolle zorgverlening dichterbij de mensen te brengen die hier niet aan gewend zijn, wil Kraamzorg Rotterdam en omstreken graag samenwerken met andere organisaties.

Dit zullen we binnenkort o.a. in samenwerking met Stichting Dona Daria en hopelijk met ondersteuning vanuit de Gemeente Rotterdam oppakken.

Vooralsnog kunt u ons voor meer informatie over kraamzorg en eventuele inschrijving telefonisch benaderen onder telefoonnummer 010-2826230. Op onze website www.kraamzorgrotterdam.nl kunt u alle informatie vinden over onze organisatie en onze producten. Mocht u interesse hebben in een opleiding tot kraamverzorgende neem dan contact met ons op. Wij zoeken namelijk enthousiaste collega's. Dit kan eventueel via het e-mailadres: hegurp@kzr.nl

Door Beata Pazur

THUIS, KRAAMHOTEL OF ZIEKENHUIS?

Bevallen is spannend. Niet alleen bij een eerste zwangerschap. Je kunt het niet plannen en je weet niet hoe het zal gaan. Je zwangerschap volgt een bepaalde structuur. Je weet ongeveer waar je aan toe bent. Je baby groeit, je buik groeit, je bereidt je huis voor op de komst van een baby en je wordt regelmatig gecontroleerd door de verloskundige. Vanaf de 36e week mag je bevallen. De verloskundige vraagt al redelijk vroeg in je zwangerschap waar je wilt bevallen. Dit kan thuis, in het ziekenhuis of in sommige steden in een kraamhotel. Als je een medische indicatie hebt of voor de 36e week bevalt moet je in het ziekenhuis bevallen. Als je thuis wilt bevallen, moet je huis aan bepaalde voorwaarden voldoen; niet teveel trappen, slaapkamer makkelijk toegankelijk, bed op klossen en voldoende ruimte om het bed voor de verloskundige en kraamverzorgende.

Veel vrouwen weten heel goed waar ze willen bevallen en zijn daar vaak ook stellig in, omdat dat zekerheid biedt. Hoe je bevalling zal gaan kun je niet beïnvloeden, maar op de plek kun je je mentaal voorbereiden wat een veilig gevoel geeft. Zodra de weeën beginnen of de vliezen breken weet je waar je naar toe gaat.

Zelf wilde ik bij mijn eerste zwangerschap in het kraamhotel bevallen. Toen de weeën waren begonnen, kwam de verloskundige langs om te controleren hoe ver ik was. Ik had al 7 cm ontsluiting. Vervolgens heeft ze mijn vliezen gebroken. Toen bleek dat mijn dochter in het vruchtwater had gepoept moest ik naar het ziekenhuis. Met weeën in de auto gingen we op weg naar het ziekenhuis. In het ziekenhuis moest ik naar de verloskamer en werd de bevalling begeleid door een arts-assistent en mijn verloskundige. Toen ik bevallen was van een gezonde dochter, mocht ik nog een uurtje in

de verloskamer blijven. Vervolgens werd ik naar een kamer gebracht en mocht ik een paar uur later naar het kraamhotel. Waar ik heel goed ben ontvangen en begeleid gedurende mijn kraamperiode.

Bij de tweede zwangerschap wilde ik graag thuis bevallen. Omdat de eerste bevalling snel was gegaan en ik niet graag in het ziekenhuis wilde bevallen als het niet nodig zou zijn. Mijn partner had er wel een beetje moeite mee vanwege zijn gevoel van veiligheid, maar ik was stellig. Dit was wat ik wilde. Gelukkig is de zwangerschap voorspoedig verlopen en de bevalling ook. Heel toevallig sliep mijn zus de nacht van de bevalling bij ons. Hierdoor waren mijn zus, mijn man en de verloskundige bij de bevalling. De kraamverzorgende kwam binnen toen mijn zoon net geboren was.

Er is geen scenario voor bevallen. Maar je kunt wel nadenken over de plek van de bevalling. Of je ook bevalt op de plek die je in gedachten hebt, is de vraag. Het kan sneller gaan dan gedacht, er kunnen complicaties optreden of je wilt op het laatste toch naar het ziekenhuis of thuis blijven. Heel veel vriendinnen van mij kiezen ervoor om in het kraamhotel te bevallen. Alles is aanwezig, je kunt er gelijk blijven voor de kraamperiode, je kunt er goed uitrusten en ook bezoek ontvangen. Ik kan niet zeggen waar mijn voorkeur ligt. Thuis vond ik heel prettig, maar het ziekenhuis was ook goed. Het kraamhotel is volgens mij een goed alternatief vanwege de faciliteiten. Mijn persoonlijk advies zou zijn kies de plek waar je je prettig en veilig bij voelt en hou in gedachten dat het anders kan gaan dan je van tevoren gedacht had.

Door Aisha de Jong.

8

DONADARIA
Centrum voor Vrouwen en Emancipatie

Gerard Scholtenstraat 129
3035 SJ Rotterdam

telefoon 010 - 465 92 96

fax 010 - 465 87 37

www.donadaria.nl

info@donadaria.nl

Uitgave van:

Dona Daria, Centrum
voor Vrouwen en
Emancipatie

Juni, 2009

Management:

Ariana Ortet

Redactie:

Hayat Mouna
Maria Sanches
Naima Mouna
Sila Boedhoe
Wafae Ouanan

Met bijdrage van:

Aisha de Jong
Beata Pazur
Hasret Gol
Husniya de Rook
Marja de Koster
Saadia Daouairi
Suat Tas