

# Zwangerschapsuitkomsten en zorgbehoeften bij asielzoeksters

Simone Goosen, Irene E.A. van Oostrum, Marie-Louise Essink-Bot

Onder asielzoeksters in Nederland is de maternale mortaliteit een veel hoger dan in de algemene bevolking, zo vonden wij bij eerder onderzoek naar sterfte en doodsoorzaken onder asielzoekers in Nederland (relatief risico (RR): 10,1; 95%-BI: 8,0-12,8)<sup>[1]</sup>. Deze bevinding was gebaseerd op 3 gevallen van maternale sterfte en moet dus voorzichtig worden geïnterpreteerd, maar past bij het internationale beeld dat asielzoeksters een kwetsbare groep zijn voor wat betreft hun seksuele en reproductieve gezondheid<sup>[2]</sup>. De gevonden maternale mortaliteit en daaruit voortkomende beleidsvragen waren aanleiding om middels literatuuronderzoek meer inzicht te krijgen in zwangerschapsuitkomsten en zorgbehoeften bij asielzoeksters.

Asielzoekers zijn 'personen die om uiteenlopende redenen hun land van herkomst hebben verlaten, asiel hebben aangevraagd in een opvangland en in afwachting zijn van het besluit op hun asielerzoek' ([www.unhcr.org.au/basicdef.shtml](http://www.unhcr.org.au/basicdef.shtml)). In Nederland worden asielzoekers opgevangen door het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers. Op 1 januari 2010 maakten 5100 vrouwelijke asielzoeksters in de leeftijd van 15-49 jaar gebruik van de centrale opvang asielzoekers (tabel 1). In 2009 werden in totaal 669 kinderen geboren uit asielzoeksters. Asielzoeksters behoren tot de groep 'vrouwen in achterstandssituaties', die volgens de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte specifieke en intensieve aandacht behoeft bij de zorg rond zwangerschap en geboorte [Stuurgroep Zwangerschap en geboorte, 2009].

Drs. S. Goosen, epidemioloog (tevens: Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afd. Sociale Geneeskunde, Amsterdam); dr. I.E.A. van Oostrum, epidemioloog, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afd. Sociale Geneeskunde, Amsterdam; Dr. M.-L. Essink-Bot, arts Maatschappij en Gezondheid en epidemioloog.

Contactpersoon: drs. S. Goosen ([sgoosen@ggd.nl](mailto:sgoosen@ggd.nl)).

Dit artikel is eerder gepubliceerd en met toestemming overgenomen: *Ned Tijdschr Geneesk.* 2010;154:A2318

**Tabel 1.** Aantal vrouwelijke asielzoeksters in de leeftijdsgroep 15-49 jaar op 1 januari 2010 en totaal aantal geboortes in 2009 in de centrale opvang asielzoekers naar land van herkomst

land*	aantal vrouwen (n = 5100)	aantal geboortes (n = 669)
Somalië	1812	248
Irak	726	80
voormalige Sovjet-Unie	536	67
Afghanistan	377	34
China	161	28
Guinée	129	43
Eritrea	123	13
Democratische Republiek Congo	105	18
Mongolië	97	21
Sierra Leone	84	17
Nigeria	72	12
Angola	59	11
overige landen (totaal)	819	77

\* Alleen landen met 10 of meer geboortes in 2009 zijn afzonderlijk genoemd.

Om na te gaan of specifieke aandacht nodig is voor het optimaliseren van de zorg rondom zwangerschap en bevalling bij asielzoeksters in Nederland, en zo ja, wat er nodig is, voerden wij een literatuurstudie uit met als doelstelling het in kaart brengen van: a) zwangerschapsuitkomsten en risicofactoren onder asielzoeksters in westerse landen, b) ervaren zorgbehoeften van zwangere asielzoeksters en c) aanbevelingen voor de zorg voor zwangere asielzoeksters.

## Methode

Met behulp van Ovid SP 2010 zochten we in de literatuur-databases Medline, Embase en PsycInfo over de periode 1995-maart 2010. Er werd gezocht met de volgende zoekterm: 'refugee' AND ('pregnancy' OR 'maternal' OR 'perinatal' OR 'stillbirth' OR 'midwifery'). De zoekterm 'refugee' werd gekozen omdat deze breder is dan 'asylum seeker' maar soms wel wordt gebruikt voor asielzoekers.

De zoekactie leverde 239 publicaties op. Hieruit selecteerden wij handmatig wetenschappelijke publicaties gebaseerd op primaire dataverzameling of meta-analyse over a) zwangerschapsuitkomsten bij asielzoeksters in westerse opvanglanden, of b) ervaren zorgbehoefte bij

asielzoeksters in westerse opvanglanden. Wij vonden enkele publicaties waarvan de titel suggereerde dat ze over asielzoeksters gaan, maar die bij bestudering geen onderscheid bleken te maken naar verblijfsstatus. Deze werden niet meegenomen.

Verder zochten we met behulp van Google (UK, zoektermen 'refugees' of 'asylum seekers' in combinatie met 'pregnancy' of 'maternity care') naar 'grijze' literatuur. Nederlandse publicaties en rapporten werden gezocht in Nederlandse vaktijdschriften (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Tijdschrift voor Verloskundigen, Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie en Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen), door middel van Picarta en in de literatuurverzamelingen van de auteurs. In de resultatensectie beschrijven we naast onderzoeksresultaten ook de aanbevelingen die de auteurs van de oorspronkelijke publicaties doen op grond van hun onderzoeksresultaten, voor zover relevant voor de Nederlandse situatie. Deze hebben we geordend naar de thema's uit het advies 'Een goed begin' van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte<sup>[3]</sup>.

## Resultaten

### Omvang empirische informatie

We vonden 2 artikelen die perinatale en maternale mortaliteitsindicatoren rapporteren specifiek voor asielzoeksters in Nederland [1,4]. Tijdens de literatuurstudie voerden we de analyse uit van de sterfteregistratie van

de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) over 2006-2008; de resultaten hiervan zijn meegenomen in dit literatuuroverzicht. Van de onderzoekers van de 'landelijke studie naar etnische determinanten van maternale morbiditeit in Nederland' (LEMMoN) kregen we gegevens over ernstige maternale morbiditeit bij asielzoeksters in Nederland<sup>[5,6]</sup>. Er werd 1 buitenlands rapport gevonden waarin specifieke uitspraken over maternale mortaliteit bij asielzoeksters werden gedaan<sup>[7]</sup>. Voor zorgbehoeften werden 6 artikelen en 5 rapporten geïncludeerd<sup>[8-18]</sup>.

### Zwangerschapsuitkomsten en risicofactoren

In Nederland registreerde de MOA in de periode 2002-2005 3 gevallen van maternale sterfte onder asielzoeksters op een totaal van 4327 geboortes<sup>[1]</sup>. De moedersterfte onder asielzoeksters was met 69,3 per 100.000 geboortes veel hoger dan in de totale Nederlandse bevolking (RR: 10,1; 95%-BI: 8,0-12,8). Tijdens een eerdere en tijdens de recentste registratieperiode (1998-1999 en 2006-2008) werd 1 geval van moedersterfte gerapporteerd. De maternale sterftecijfers waren in de twee periodes respectievelijk 39,9 en 61,2 per 100.000 levendgeborenen<sup>[4]</sup>.

Het aantal gevallen van perinatale sterfte dat de MOA registreerde in de periode 2006-2008 was 19.

Waarschijnlijk werden niet alle gevallen van doodgeboorte gemeld. De perinatale sterfte was 11,6/1000 levendgeborenen. Dit is 2 maal zo hoog als voor de Nederlandse

### Doel

Nagaan of specifieke aandacht nodig is voor het verbeteren van de zorg voor zwangere asielzoeksters door het in kaart brengen van zwangerschapsuitkomsten, risicofactoren en zorgbehoeften van zwangere asielzoeksters in Nederland en andere westerse opvanglanden.

### Opzet

Literatuurstudie.

### Methode

In Medline, Embase en PsycInfo werd gezocht naar empirisch onderzoek over zwangerschap en bevalling specifiek voor asielzoeksters in westerse opvanglanden, gepubliceerd sinds 1995.

Nederlandse studies werden gezocht met behulp van Picarta en in de verzamelingen van de auteurs. Met Google werd grijze literatuur gezocht.

### Resultaten

Gepubliceerde empirische studies over zwangerschapsuitkomsten specifiek voor asielzoeksters waren schaars en alleen afkomstig uit Nederland. De studies wezen op verhoogde risico's op perinatale en maternale mortaliteit en ernstige

maternale morbiditeit. De studies betroffen echter kleine aantallen. Kwalitatieve studies lieten zien dat zwangere asielzoeksters behoefte hadden aan: a) informatie over zwangerschap en gezondheidszorg in het opvangland; b) zorgverleners die aandacht hebben voor hun problemen; en c) moedergroepen voor sociale contacten en informatie-uitwisseling.

### Conclusie

Er is specifieke aandacht nodig voor het verbeteren van de zorg voor zwangere asielzoeksters, omdat de schaarse studies suggereren dat asielzoeksters een verhoogd risico lopen op perinatale sterfte, maternale sterfte en ernstige maternale morbiditeit. Er is meer inzicht nodig in de risicofactoren en kwaliteit van zorg voor zwangere asielzoeksters. De bestudeerde publicaties bevatten aanbevelingen voor een betere aansluiting van de zorg op de zorgbehoeften. De aanbevelingen betreffen informatievoorziening, culturele competenties van zorgverleners, het identificeren van risicofactoren, ketensamenwerking, continuïteit van zorg en het organiseren van moedergroepen.

bevolking (RR: 2,0; 95%-BI: 1,3-3,1), maar gezien de onderrapportage is het relatieve risico eigenlijk nog hoger. In eerdere registratieperiodes (1998-1999 en 2002-2005) was de perinatale sterfte vergelijkbaar met de Nederlandse bevolking. Ook hier was volgens de onderzoekers sprake van onderrapportage<sup>[1-4]</sup>.

De LEMMoN studie vond 40 gevallen van ernstige maternale morbiditeit (gedefinieerd als onder andere uterusruptuur, eclampsie, ernstige fluxus) bij asielzoeksters in Nederland in de periode augustus 2004-augustus 2006 (schriftelijke mededeling J. Zwart, 2010)<sup>[5,6]</sup>. Dit betekent een incidentie van 31 per 1000 bevallingen, 4,5 keer zo hoog als voor de Nederlandse populatie (RR: 4,5; 95%-BI: 3,3-6,1) en 3,6 keer zo hoog als voor niet-westerse migranten vrouwen (RR: 3,6; 95%-BI: 2,6-5,0).

Voor Groot-Brittannië concludeerde de Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH, 2003-2005) dat voor asielzoeksters het risico op maternale sterfte verontrustend hoog was<sup>[7]</sup>. De bestudeerde publicaties gaven geen kwantitatief inzicht in risicofactoren.

### Ervaren zorgbehoeften en benodigde competenties in de zorg

Uit diepte-interviews met 4 zwangere asielzoeksters in Nederland bleek dat deze vrouwen de volgende zorgbehoeften hadden: tijdige informatie over het zorgsysteem, positieve communicatie, het overwinnen van de taalbarrière en het ontwikkelen van sociale netwerken [Ascoly N et al., 2001]. Discontinuïteit van zorg door overplaatsingen, beperkte consulttijd, beperkte financiële middelen en de asielprocedure werden genoemd als belemmerende factoren. Overigens benadrukten de onderzoekers ook de kracht en vindingrijkheid van asielzoeksters.

Het verslag van een focusgroepgesprek met 11 asielzoeksters in 1 asielzoekerscentrum rapporteerde als ervaren zorgbehoeften: informatie over zwangerschap en gezondheidszorg, zorgverleners die luisteren en stress serieus nemen, en de mogelijkheid om deel te nemen aan zwangerschaps- of moedergroepen om ervaringen te delen en contacten te leggen<sup>[9]</sup>.

Nederlands onderzoek wijst op specifieke behoeften bij bepaalde risicofactoren die bij asielzoeksters relatief vaak voorkomen, namelijk infectie met hiv, ervaring met seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking. Hivgeïnfecteerde zwangere asielzoeksters hadden behoefte aan kennis over hiv en behandelingsmogelijkheden, aan meer privacy zodat hun hiv-status niet algemeen bekend zou worden en aan sociale contacten<sup>[10]</sup>. Ervaringen met seksueel geweld komen vaak voor als gevolg van de kwetsbaarheid van vrouwen in oorlogssituaties en tijdens de vlucht<sup>[11]</sup>. Onderzoek laat zien dat vrouwen die seksueel geweld hebben meegemaakt de neiging heb-

ben om over deze ervaringen te zwijgen, maar wel behoefte hebben aan een context om er over te praten<sup>[12]</sup>. Vrouwelijke genitale verminking wordt relatief vaak gezien bij asielzoeksters uit risicolanden, zoals Somalië, Soedan, en Guinée<sup>[13]</sup>. De vrouwen zelf ervaren hun besnijdenis niet altijd als een gezondheidsprobleem in relatie tot hun zwangerschap, omdat ze uit landen komen waar het merendeel van de vrouwen besneden is, en uiten daarom geen bijzondere zorgbehoeften<sup>[14]</sup>.

### Buitenlandse artikelen

Uit het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Griekenland en Australië waren artikelen en rapporten afkomstig over de ervaren zorgbehoeften van zwangere asielzoeksters. In deze publicaties werd benadrukt dat het essentieel is de taalbarrière te slechten door het inzetten van professionele tolken<sup>[15-18]</sup>. Ook het belang van lichaamstaal werd benadrukt<sup>[15]</sup>. Onderzoek in Ierland wees op de zorgwekkende emotionele situatie en het ontbreken van steun uit sociale netwerken<sup>[16]</sup>. Een longitudinaal casuonderzoek, uitgevoerd in Londen, beschreef het belang van het herkennen en erkennen van de positieve copingfactoren van asielzoeksters en het ondersteunen van hun kracht en weerbaarheid<sup>[17]</sup>. Volgens de onderzoekers waren een empathische houding en culturele sensitiviteit bij zorgverleners essentieel. In een andere studie in Londen gaven zorgverleners aan dat zij informatie over de context van de doelgroep en goed voorlichtingsmateriaal nodig hadden<sup>[15]</sup>. Verder werd goede ketensamenwerking binnen en tussen de eerste en tweede lijn beschouwd als essentieel voor verbetering van verwijzingen en informatieoverdracht<sup>[15]</sup>.

### Aanbevelingen uit de literatuur

Tabel 2 geeft een overzicht van de aanbevelingen uit de literatuur, ingedeeld naar relevant geachte thema's uit het advies 'Een goed begin' en uitgesplitst naar aanbevelingen specifiek voor vrouwen in achterstands-situaties<sup>[3]</sup>.

### Beschouwing

De beschikbare gegevens suggereren dat asielzoeksters een verhoogd risico lopen op perinatale en maternale mortaliteit en ernstige maternale morbiditeit. Zwangere asielzoeksters ervaren naast de zorgbehoeften die zij delen met andere zwangere vrouwen, ook zorgbehoeften die samenhangen met hun asielstatus, verblijf in de centrale opvang en recente migratie.

Een beperking van dit literatuuroverzicht is dat er weinig empirische gegevens over zwangerschapsuitkomsten zijn die specifiek zijn voor asielzoeksters. Het aantal ongunstige zwangerschapsuitkomsten ('adverse events') is klein. Er is meer onderzoek nodig naar de incidentie van ongunstige

**Tabel 2.** Aanbevelingen voor de zorg voor zwangere asielzoeksters, ingedeeld naar algemene thema's en aandachtspunten voor zwangerschap in achterstandssituaties<sup>3</sup>

thema	aandachtspunten	aanbevelingen voor de zorg voor zwangere asielzoeksters
goed geïnformeerde zwangere	doelgroep voor specifieke voorlichting	zorg voor informatieverstrekking snel na aankomt in de opvang over zorg tijdens de zwangerschap, risicofactoren, signalen van zwangerschapscomplicaties houd rekening met: taalbeperkingen en ongeletterdheid ontbrekende kennis van het lichaam en zwangerschap onbekendheid met Nederlandse gezondheidszorg onbekendheid met het belang van kraamzorg en jeugdgezondheidszorg
zorg op maat	bevorder lokale netwerken	stimuleer netwerken van zwangeren en moeders in asielzoekerscentra om informatie-uitwisseling en sociale contacten te bevorderen benader actief de zwangere asielzoeksters die niet in zorg of niet op afspraak komen
	strakke begeleiding door casemanager (in het algemeen de verloskundige) aandacht voor psychosociale en psychiatrische problematiek	heb aandacht voor sociale of psychosociale problemen, stress en zorgen die aan asielsituatie gerelateerd zijn identificeer en ondersteun positieve copingfactoren, kracht en weerbaarheid
risicosignalering en risicoselectie	extra aandacht en maatwerk voor bijzondere risicogroepen	zorg bij zwangere asielzoeksters voor een uitgebreide medische, obstetrische en familie-anamnese en doe op indicatie nader onderzoek naar risicofactoren bespreek vroeg in de zwangerschap vrouwelijke genitale verminking en ervaringen met seksueel geweld schat specifieke risicofactoren in: voedingstoestand, onvoldedige vaccinatie, infectieziekten, erfelijke bloedziekten en medicatiegebruik
goed toegeruste professionals	vaardigheden om taalbarrière te slechten	schakel een professionele tolk in wanneer communicatie in een voor de zwangere begrijpelijke taal niet mogelijk is*
	kennis van psychosociale en interculturele aspecten	wees geïnformeerd over asielprocedure, opvangcondities en regelingen voor de zorg
samen verantwoordelijk	kennis en vaardigheden om behoeften bloot te leggen en te beantwoorden	wees geïnformeerd over risicofactoren en behandel-effecten in verschillende etnische groepen zorg voor kennis en vaardigheden om om te gaan met mogelijke invloed van traumatische ervaringen, vlucht en opvang
	cruciale rol casemanager in de zorgketen	zorg voor goede overdracht tussen zorgverleners, in het bijzonder bij overplaatsing bevorder naast goede samenwerking in de zorgketen ook goede samenwerking met de opvangketen zorg voor overdracht naar de jeugdgezondheidszorg

\* De WGBO legt de verantwoordelijkheid voor het inzetten van een tolk bij de professional; veldnormen voor het inzetten van tolken in de gezondheidszorg zijn elders gepubliceerd ([www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/tolk-en-vertaaldiensten-in-de-zorg/veldnormen-tolk-en-vertaaldiensten](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/tolk-en-vertaaldiensten-in-de-zorg/veldnormen-tolk-en-vertaaldiensten)).<sup>18</sup>

† Bedoeld wordt onder andere verloskundige samenwerkingsverbanden

zwangerschapsuitkomsten en risicofactoren bij asielzoeksters. Hiervoor zou zoveel mogelijk gebruik moeten worden gemaakt van gegevens uit bestaande registraties, zoals de perinatale registratie Nederland ([www.perinatereg.nl](http://www.perinatereg.nl)). Om meer inzicht te krijgen in specifieke risicofactoren, onderliggende doodsoorzaken en de kwaliteit van zorg bij asielzoeksters, zou een landelijke thematische audit kunnen worden uitgevoerd ([www.perinataleaudit.nl](http://www.perinataleaudit.nl)). Vanwege de kleine aantallen kan worden overwogen ook audits te doen voor een aantal zwangerschappen waarbij sprake is van ernstige morbiditeit. De zorgbehoeften van de asielzoeksters blijken deels te worden bepaald door de asielfcontext en het zorgsysteem in het opvangland. Desondanks vonden we grote overeenkomsten in ervaren zorgbehoeften. Deze waren goed onder te brengen onder de thema's en aandachtspunten

uit het rapport 'Een goed begin' (zie tabel 2). Onderzoek naar de mate waarin de aanbevelingen van de Nederlandse studies geïmplementeerd zijn in de praktijk, viel buiten deze literatuurstudie. Dat onderzoek is wel wenselijk, mede omdat het zorgsysteem voor asielzoekers in Nederland per 1 januari 2009 is veranderd (tabel 3).

Het kwantitatieve bewijs voor een verhoogd risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten is weliswaar beperkt van omvang, maar de uitkomsten sluiten aan bij wat verwacht mag worden op basis van inzicht in risicofactoren bij vrouwen uit de herkomstlanden en -regio's van asielzoeksters. Dat kan worden afgeleid uit studies die niet werden meegenomen in de resultaten van dit literatuuronderzoek omdat ze geen onderscheid maakten naar verblijfsstatus<sup>[5,7,21-25]</sup>. Het betreft risicofactoren aan

**Tabel 3.** Overzicht van de gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland

**Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland**  
 Nederland heeft de voorzieningen voor asielzoekers, inclusief gezondheidszorg, vastgelegd in de **Regeling Verstrekking Asielzoekers (RVA)**.  
 Het **Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA)** is verantwoordelijk voor het inkopen van de zorg en heeft daarvoor overeenkomsten afgesloten met een zorgverzekeraar en GGD Nederland ([www.coa.nl](http://www.coa.nl)). Uitgangspunt daarbij is dat de zorg aan asielzoekers maximaal aansluit op de reguliere zorg in Nederland.  
 Het **Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A)** draagt sinds 1 januari 2009 zorg voor de toegang van asielzoekers tot de curatieve zorg ([www.gcasielzoekers.nl](http://www.gcasielzoekers.nl)). GGD-en voeren de publieke-gezondheidszorgtaken uit, inclusief de integrale jeugdgezondheidszorg, onder de naam 'Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers'.  
 Voor de verloskundige zorg heeft GC A verloskundige praktijken in de nabijheid van de asielzoekerscentra gecontracteerd. De tweedelijnszorg rondom zwangerschap en bevalling wordt ingekocht bij ziekenhuizen. Asielzoeksters bevallen in principe in het ziekenhuis. Zij hoeven daarvoor geen eigen bijdrage te betalen; die wordt vergoed in het kader van de ziektekostenregeling voor asielzoekers ([www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/Vergoedingen.htm](http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/Vergoedingen.htm)).  
 De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), het GC A en het COA hebben onlangs nieuwe afspraken gemaakt met betrekking tot de verloskundige zorg voor asielzoeksters.<sup>66</sup> Vanwege de specifieke omstandigheden van zwangere asielzoeksters, voeren verloskundigen een aantal logistieke taken uit in aanvulling op de standaard verloskundige taken.

de zijde van de vrouwen, zoals slechte algemene gezondheid, ondervoeding, vrouwelijke genitale verminking, psychische problemen<sup>6,25</sup>, gebrekkige kennis over gezondheid en de gezondheidszorg<sup>66</sup>, beperkte sociale netwerken<sup>66</sup>, laat contact opnemen met zorgverleners<sup>144</sup>, en weigeren van spoedkeizersnede<sup>144</sup>. Maar het betreft ook zorgfactoren zoals het niet gebruiken van tolken<sup>144</sup>, het niet gesignaleerd hebben van aanwezige gezondheidsproblemen en risicofactoren<sup>77</sup>, en discontinuïteit in de zorg bij overplaatsingen<sup>6,71</sup>.

De behoeften van zwangere asielzoeksters kunnen worden ingedeeld naar a) informatie over zwangerschap en gezondheidszorg in het opvangland; b) zorgverleners die aandacht hebben voor hun (psychische) problemen en c) moedergroepen voor sociale contacten en informatie-uitwisseling. Ook komt in alle studies naar voren dat zorgverleners over culturele competenties moeten beschikken. De aanbevolen competenties passen in grote lijnen binnen het raamwerk culturele competenties (tabel 4)<sup>266</sup>.

Specifiek voor de zorg voor zwangere asielzoeksters is dat zorgverleners moeten beschikken over kennis van de situatie in de herkomstlanden en tijdens de vlucht, van de asielprocedure en van de voorzieningen in de opvang. Deze specifieke aspecten komen overeen met een bredere beschrijving van culturele competenties die noodzakelijk zijn in de zorg voor asielzoekers; die beschrijving is

gebaseerd op onderzoek onder praktijkverpleegkundigen van de MOA<sup>271</sup>.

De vergaande aanbeveling van de Britse CEMACH om alle zwangere asielzoeksters een uitgebreid onderzoek naar risicofactoren aan te bieden, namen we niet over omdat de onderbouwing hiervan voor de Nederlandse situatie ontbreekt. In plaats daarvan werd het advies overgenomen van de Commissie Maternale Sterfte van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), dat ook tot doel heeft de signalering van risicofactoren te verbeteren<sup>288</sup>.

### Conclusie

Er is specifieke aandacht nodig voor het verbeteren van de zorg voor zwangere asielzoeksters, omdat ze een verhoogd risico hebben op ongunstige zwangerschapsuitkomsten en specifieke zorgbehoeften hebben. Wij vonden concrete aanbevelingen voor zorgverleners om beter te kunnen voorzien in de zorgbehoeften van zwangere asielzoeksters. Centraal daarin staat dat zorgverleners over culturele competenties moeten beschikken om zwangere asielzoeksters de juiste vragen te stellen, de antwoorden te interpreteren en de benodigde informatie te verschaffen om zwangere asielzoeksters adequaat te ondersteunen bij zwangerschap en bevalling. Andere aanbevelingen voor zorgverleners betreffen het verstrekken van informatie over zwangerschap en het Nederlandse zorgsysteem, het identificeren van risicofactoren en continuïteit van zorg.

Ook beleidsmakers en beroepsorganisaties in de zorg- en opvangketen kunnen bijdragen door voorwaarden te scheppen voor goede zorg. Dit kan bijvoorbeeld door het bevorderen van culturele competenties bij zorgverleners, bereikbaarheid en continuïteit van zorg, ketenafspraken, beschikbaarheid van professionele tolken en gericht wetenschappelijk onderzoek, door overplaatsingen te beperken en mogelijkheden te creëren voor zwangerschapsgroepen voor asielzoeksters.

Zowel de praktijk als het beleid kunnen bijdragen aan het beperken van de risicofactoren voor zwangere asiel-

**Tabel 4.** Raamwerk culturele competenties voor zorgverleners<sup>266</sup>

kennis van epidemiologie en de effecten van behandeling in verschillende etnische groepen  
 bewustzijn van hoe cultuur individueel gedrag en denken bepaalt  
 bewustzijn van de sociale context waar de vrouwen in leven  
 bewustzijn van de eigen vooroordelen en de neiging om in stereotypen te denken  
 vaardigheid om informatie over te dragen op een voor de patiënt te begrijpen wijze en wanneer nodig externen in te schakelen, bijvoorbeeld een tolk  
 vaardigheid om zich als professional aan te passen aan nieuwe omstandigheden

zoeksters, zodat ook zij een zo groot mogelijke kans hebben op een gezonde zwangerschap en bevalling.

### Leerpunten

- Het lijkt erop dat moedersterfte en perinatale sterfte vaker voorkomen bij zwangere asielzoeksters dan in de algemene bevolking.
- Ook ernstige maternale morbiditeit komt vaker voor bij zwangere asielzoeksters dan in de algemene bevolking en ook vaker dan bij niet-westerse allochtone vrouwen in Nederland.
- Goede informatie over zwangerschap en het Nederlandse zorgsysteem, het identificeren van specifieke risicofactoren bij de zwangere en continuïteit van de zorg bij overplaatsingen zijn nodig om de zorgverlening aan zwangere asielzoeksters te verbeteren.
- Zorgverleners moeten over zogenoemde 'culturele competenties' beschikken om zwangere asielzoeksters adequate zorg te kunnen bieden.

*Het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers stelde de bezettingsgegevens van de centrale opvang beschikbaar; Joost J. Zwart stelde de resultaten van de LEMMoN-studie beschikbaar. Marianne P Amelink-Verburg, Franka Cadée, Ank de Jonge, Hennie Nijsingh, Relinde van der Stouwe, Kirsten Slinger, Karien Stronks, Quita Waldhober, Hajo JJ. Wildschut en Joost O.M. Zaat droegen bij aan dit artikel.*  
GGD Nederland, afd. Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers, Utrecht. ■

### Literatuur

1. Van Oostrum IE, Goosen S, Uitenbroek D, Koppenaar H, Stronks K. Mortality and causes of death among asylum seekers in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health*. 1 juni 2010 (epub, ter perse)doi:10.1136/jech.2009.087064 Medline.
2. United Nations Population Fund. State of the world population 2006; a passage to hope, women and international migration. New York: UNFPA, 2006.
3. Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin; Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Den Haag: Stuurgroep zwangerschap en geboorte; 2009.Ministerie VWS
4. Koppenaar H, Bos CA, Broer J. Hoge sterfte door infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaak onder asielzoekers in 1998-1999. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2003;147:391-5 Medline.
5. Zwart JJ, Richters JM, Öry F, de Vries JJP, Bloemenkamp KWM, van Roosmalen J. Ernstige maternale morbiditeit tijdens, zwangerschap, bevalling en kraambed in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2009;153:B113.
6. Zwart JJ, Jonkers MD, Richters A, et al. Ethnic disparity in severe acute maternal morbidity: a nationwide cohort study in the Netherlands. *Eur J Public Health*. 3 juni 2010 (epub, ter perse). doi:10.1093/eurpub/ckq046 Medline.
7. Lewis G (ed). The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH; 2007.
8. Ascoly N, van Halsema I, Keyser L. Refugee women, pregnancy, and reproductive health care in the Netherlands. *J Refug Stud*. 2001;14:371-93. doi:10.1093/jrs/14.4.371
9. Medische Opvang Asielzoekers. Methodiek voor het ontwikkelen van ketenrichtlijnen gezondheidszorg asielzoekers. Utrecht: GGD Nederland; 2006GGD Kennisnet.
10. Timmer-van Noordenburg CJ, Tiesinga LJ, De Groot F, Jansen GJ. Gezondheidsgerelateerde problemen bij hiv-geïnfecteerde zwangere asielzoekers. *Tijdschr Gezondheidswetenschappen*. 2008;86:102-7.
11. United Nations High Commissioner for refugees. Sexual and gender-based violence against refugees, returnees and internally displaced persons; guidelines for prevention and response. Geneva: UNHCR, 2003.
12. Tankink M. Vluchtelingenvrouwen met ervaringen van seksueel geweld; Zwijgen als gezondheidsstrategie. *Bijblijven*. 2009;25:44-50. doi:10.1007/BF03087644
13. Korfker D, Rijnders M, Detmar S. Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van Vrouwenbesnijdenis of VGV (Vrouwelijke Genitale Verminking) in de verloskundigenpraktijk in 2008. Leiden: TNO; 2009.
14. Essén B, Johnsdotter S, Hovelius B, et al. Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *BJOG*. 2000;107:1507-12 Medline. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb11676.x
15. Gaudion A, Allotey P. Maternity care for asylum seekers and refugees in Hillingdon: A needs assessment. Uxbridge: Centre for Public Health Research, Brunel University; 2008.
16. Kennedy P, Murphy-Lawless J. The maternity care needs of refugee and asylum seeking women in Ireland. *Fem Rev*. 2003;73:39-53. doi:10.1057/palgrave.fr.9400073
17. Briscoe L, Lavender T. Exploring maternity care for asylum seekers and refugees. *British Journal Midwifery*. 2009;17:17-23.
18. Nabb J. Pregnant asylum-seekers: perceptions of maternity service provision. Royal College of Midwives-Evidence-Based Midwifery. december 2006 (epub).Health Publications
19. De Jong K. Taalproblemen? *Bel TVcN. Tijdschr Verloskundigen*. 2010;35:43-4.
20. Cadée F, van der Stouwe R. Zorg voor zwangere asielzoeksters; Nieuwe afspraken. *Tijdschr Verloskundigen* 2010;35:8-10.
21. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J. ROAM Collaboration. Migration to western industrialised countries and perinatal health: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2009;69:934-946 Medline. doi:10.1016/j.socscimed.2009.06.027
22. Gissler M, Alexander S, Mac-Farlane A, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88:134-48 Medline. doi:10.1080/00016340802603805
23. Small R, Gagnon A, Gissler M, et al. Somali women and their pregnancy outcomes post-migration: data from six receiving countries. *BJOG*. 2008;115:1630-40 Medline. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01942.x
24. Carolan M. Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. *Midwifery*. 2010;26:407-14. doi:10.1016/j.midw.2008.11.002 Medline.
25. Essén B, Bodker B, Sjöberg NO, et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG*. 2002;109:677-82 Medline.
26. Suurmond J, Seeleman C, Rupp I, Goosen S, Stronks K. Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Educ Today*. 2010;30:821-26. doi:10.1016/j.nedt.2010.03.006 Medline.
27. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Med Educ*. 2009;43:229-37 Medline. doi:10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x
28. Schutte JM, Steegers EAP, Schuitemaker NWE, et al. The Netherlands Maternal Mortality Committee. Rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG*. 2010;117:399-406 Medline. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02382.x