

Zwangere asielzoeksters in Nederland Meer aandacht waard

J. Schutte

namens de Audit Commissie Maternale sterfte van de NVOG

Onlangs overleed een vrouw in een asielzoekerscentrum in Leersum. Zij was samen met haar drie kinderen naar Nederland gekomen vanuit Somalië, om zich te herenigen met haar man die hier al langere tijd verbleef. De vrouw was zwanger. Al enkele weken gaf zij klachten aan, waarvoor een huisarts haar had onderzocht. Er werden geen duidelijke afwijkingen gevonden. De (pijn)klachten namen echter toe op een zaterdagavond. Opnieuw werd om hulp gevraagd. In een actualiteitenprogramma op televisie vertelden andere bewoners van het asielzoekerscentrum dat zij herhaaldelijk gevraagd hadden of iemand naar de vrouw kon komen kijken. Omdat zij geen gehoor kregen hebben ze de vrouw uiteindelijk op een matras in de gang voor de balie gelegd. Zij hoopten dat zij, als gezien werd dat zij werkelijk ziek was, wellicht wel hulp zou krijgen. De bewakers regelden echter geen hulp, waarop één van de bewoners 112 belde. Hierop arriveerde een dokter die de vrouw onderzocht. Deze oordeelde dat er hulp moest komen, maar niet met spoed. Toen na anderhalf uur de ambulance arriveerde was de vrouw verder verzwakt en had veel pijn. Helaas kon het ambulancepersoneel geen hulp meer bieden. De Somalische vrouw overleed op de gang van het asielzoekerscentrum.

In de periode 1993-2005 is de maternale mortaliteitsratio (MMR, sterfte per 100.000 levend geboren kinderen) in Nederland van niet-westerse allochtone vrouwen hoger dan van autochtone vrouwen (MMR 20.7 versus 10.0). Opvallend hierbij is dat de MMR van vrouwen uit Turkije en Marokko gelijk is aan de MMR van autochtone vrouwen, terwijl de MMR van vrouwen uit de Nederlandse Antillen, Suriname en het deel van Afrika onder de Sahara, fors hoger ligt.¹ Hetzelfde beeld wordt gezien in het Verenigd Koninkrijk waarbij blanke vrouwen een MMR hebben van 11.1 tegenover een sterk verhoogd risico voor vrouwen uit het deel van Afrika onder de Sahara (MMR 62.4,

RR 5.6, 95% CI 3.8-8.3), zwarte Caribische vrouwen (MMR 41.4, RR 3.7, 95% CI 1.9-7.3) en vrouwen uit het Midden-Oosten (MMR 15.5, OR 2.9, 95% CI 1.4-6.2).² Zwangere asielzoeksters echter hebben in Nederland een nog hoger risico op complicaties tijdens de zwangerschap. Niet alleen ten opzichte van Nederlandse vrouwen, maar ook ten opzichte van vrouwen met een verblijfsvergunning. Uit nog niet gepubliceerde data van de Nederlandse studie naar ernstige maternale morbiditeit (LEMMoN-studie) blijkt dat zwangere asielzoeksters een 5-6 keer hogere kans hebben op levensbedreigende complicaties tijdens de zwangerschap. Onder zwangere Nederlandse vrouwen komen in 6,8 per 1.000 zwangerschappen ernstige complicaties voor, in vergelijking met 8,4 per 1.000 zwangerschappen bij allochtone vrouwen. Dit is zelfs 31 per 1.000 zwangerschappen bij asielzoeksters.

Door deze verschillen vragen we ons af of er sprake is van een ethisch verhoogd risico op mortaliteit of morbiditeit, of dat de geleverde zorg te wensen overliet. Het verschil in risico's tussen zwangere allochtone vrouwen met en zonder verblijfsvergunning doet vermoeden dat de geleverde zorg inderdaad te wensen overliet. In 2002 is een studie gepubliceerd door van Roosmalen et al., betreffende de periode 1983-1992, waarbij de zorg voor allochtone vrouwen die overleden aan de gevolgen van directe complicaties tijdens of vlak na de zwangerschap, vergeleken werd met de zorg voor autochtone vrouwen.³ Hieruit bleek dat het aantal gevallen waarbij de zorg suboptimaal was, voor allochtone vrouwen hoger was dan voor autochtone vrouwen in Nederland (62 versus 76%). Dit werd nogmaals bevestigd in de periode 1993-2005, waarbij ook een verschil in zorg in gevallen met indirecte sterfte gevonden werd (52% versus 32%).¹

Een nadere analyse van de zorg in de periode 1983-1992 liet zien dat allochtone vrouwen vaker medisch

advies afwezen ($p=0.05$). Dit werd in de periode 1993-2005 niet gezien. Wel bleek in de laatste periode dat er in 10% van de gevallen communicatieproblemen waren. Mogelijk is hierbij sprake van onderrapportage, omdat deze problematiek niet altijd goed gedocumenteerd wordt.

Een andere opmerkelijke bevinding in de periode 1983-1992 was dat allochtone vrouwen met pre-eclampsie vaker ongestabiliseerd vervoerd werden. Tevens werd de hoge bloeddruk vaker inadequaat behandeld. Opvallend was dat er in die periode niet één allochtone vrouw ongestabiliseerd beviel in vergelijking met 7 van de 38 autochtone vrouwen. Dit zou kunnen wijzen op een betere behandeling in de periode dat er gestabiliseerd werd voor de bevalling, terwijl er juist aangetoond was dat antihypertensiva minder vaak gegeven werden. Dit is een verwarrende en verontrustende bevinding.³

In de periode 1993-2005 was er juist voor de casus met sterfte ten gevolge van pre-eclampsie iets minder suboptimale zorg voor allochtone vrouwen (94 versus 87%).¹

In de zorg voor allochtone vrouwen is vaak sprake van communicatieproblemen. Dan is het van belang om hulp in te roepen van een tolkencentrum. De folders die uitgereikt worden aan Nederlandstalige vrouwen dienen ook beschikbaar te zijn in andere talen.

Hulp aan vrouwen die illegaal zijn wordt nog wel eens geweigerd uit financiële overwegingen. In de meeste gevallen is het echter goed mogelijk om een vergoeding te krijgen; voor verloskundige zorg is die 90 tot 100%.

Vaak ontbreekt bekendheid met het Nederlandse zorgsysteem. Het moet duidelijk zijn waar een zwangere vrouw terecht kan met problemen. Vrouwen in een asielzoekerscentrum worden regelmatig verplaatst naar een ander centrum, waarbij continuïteit van zorg ontbreekt. De zorgoverdracht laat regelmatig te wensen over. Vrouwen weten vaak niet met wie ze contact op kunnen nemen. Daarbij komt dat

hulpverleners in veel gevallen niet bekend zijn met het beloop van de zwangerschap tot nu toe.

Natuurlijk kan er ook sprake zijn van etnische factoren bij het ontstaan van bepaalde ziektebeelden, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van pre-eclampsie voor Afrikaanse vrouwen afkomstig uit het gebied onder de Sahara. Dit zou moeten leiden tot heldere instructies wanneer en wie te bellen bij alarmsymptomen, en zo nodig tot frequentere controles. Ook zou het wellicht goed zijn om vrouwen van allochtone afkomst bij binnenkomst in Nederlands routinematig te onderzoeken of zij in goede lichamelijke conditie zijn, omdat er sprake kan zijn van onderliggende ziektebeelden.

Dit trieste beloop van het overlijden van deze vrouw in een asielzoekerscentrum doet ons weer beseffen dat de zorg voor allochtone vrouwen in Nederland, met en zonder verblijfsvergunning, beter kan en beter moet. Deze studies en de geschiedenis van de vrouw uit Somalië laten zien dat er nog ruimte is voor verbetering van zorg voor deze groep vrouwen.

Literatuur

1. Schutte JM, Steegers EAP, Schuitemaker NWE, Santema JG, Boer K de, Pel M, Vermeulen G, Visser W, Roosmalen J van. *The Netherlands maternal mortality committee. Rise in maternal mortality in the Netherlands. BJOG 2010;117:399-406.*
2. Lewis G. (ed) 2007. *The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer - 2003-2005. The seventh report in confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. Londen: CEMACH.*
3. Roosmalen J van, Schuitemaker NWE, Brand R, Dongen PW van, Bennebroek Gravenhorst J. *Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in the Netherlands. BJOG 2002;109:212-3.*