

# Perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen



*Auteur: Hatice Uz*  
*Onderzoeker: Hatice Uz*

INSTELLING: KWEEKSCHOOL VOOR VOEDVROUWEN  
*Amsterdam*

*Jaar: 2001-2002*

*Begeleiders: Ferko Öry*  
*Marlies Rijnders*

# VOORWOORD

Tijdens mijn stages als studente verloskunde heb ik gemerkt dat Turkse en Marokkaanse vrouwen weinig kennis hebben over de beschikbare verloskundige zorg in Nederland.

Over het algemeen weten zij niet wat ze kunnen verwachten van de eerstelijns verloskundige zorg. Veel vragen stellen zij niet en ze wachten vaak te lang voordat zij hulp zoeken. Daardoor lijkt het dat zij minder verantwoordelijkheidsgevoel dragen en minder assertief zijn. Wanneer ik in het Turks mijn verloskundige zorg verleen aan Turkse vrouwen merk ik dat ze ineens veel vragen stellen en veel willen weten. Dat heeft mij diep geraakt.

Al snel voelde ik mij verantwoordelijk om de beschikbare verloskundige zorg voor Turkse en Marokkaanse vrouwen beter bereikbaar te maken, in samenwerking met de Amsterdamse eerstelijns verloskundigen. Toen ik in de literatuur las dat de perinatale sterfte verhoogd is onder Turkse en Marokkaanse vrouwen, besloot ik een onderzoek te doen over de perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen en de eerstelijns verloskundig zorg in Amsterdam. Zo is deze scriptie ontstaan. Dit is slechts nog maar een begin; er is nog veel onderzoek nodig wat betreft verloskundige zorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze scriptie.

Hatice Uz

# SAMENVATTING

Uit de literatuur blijkt dat de perinatale sterfte 1.5 tot 2 keer verhoogd is bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in vergelijking met autochtone Nederlandse vrouwen.<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

## Doel:

Doel van dit onderzoek is de rol die zowel de verloskundigen als de Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben ten aanzien van het voorkomen van perinatale sterfte te belichten.

Om hier inzicht in te krijgen is bij verloskundigen uit Amsterdam een kwalitatief onderzoek verricht naar hun opvattingen over risicofactoren ten aanzien van perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen en het aandeel dat verloskundigen of zwangere hebben in het voorkomen van die risicofactoren.

## Methode:

Interview aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst onder 18 verloskundigen in Amsterdam.

## Resultaten:

Uit dit onderzoek blijkt dat de Amsterdamse verloskundigen zich wel bewust zijn van risicofactoren op perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. Zij menen dat deze risicofactoren door het aanpassen van de eerstelijns verloskundige zorg positief te beïnvloeden zijn. Maar zij menen ook dat Turkse en Marokkaanse vrouwen zelf een rol hebben bij het positief beïnvloeden van deze risicofactoren.

De meest genoemde risicofactoren zijn: communicatiestoornissen, onvoldoende kennis over het verloskundige systeem, onvoldoende kennis over zwangerschap, bevalling en kraambed en een afwachtende houding.

Minder vaak werden leefgewoonten, medische problematiek en psychosociale aspecten als risicofactor genoemd.

## Conclusie:

Zowel in de literatuur als door 18 verloskundigen in Amsterdam worden risicofactoren genoemd voor een verhoogde perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. De genoemde risicofactoren zijn niet altijd hetzelfde.

Door de verloskundigen worden verschillende maatregelen genomen om deze risicofactoren te verminderen. Hier kunnen aanknopingspunten liggen om de kans op perinatale sterfte bij kinderen van Turkse en Marokkaanse vrouwen te doen verlagen.

Risicofactoren voor perinatale sterfte zijn positief te beïnvloeden door een veranderde houding van zowel de verloskundigen als de Turkse en Marokkaanse vrouwen.

# INLEIDING

Uit literatuur blijkt dat de perinatale sterfte verhoogd is bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. Het relatieve risico op perinatale sterfte voor Turkse en Marokkaanse vrouwen ten opzichte van autochtone vrouwen wordt geschat op 1,5 tot 2.<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

Risicofactoren die mogelijk gerelateerd zijn aan perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen zijn:<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

- een lage of een hoge leeftijd van de moeder, <20 jaar / > 35 jaar.
- pariteit van 4 of meer.
- congenitale afwijkingen.
- roken m.n. bij Turkse vrouwen.
- ontbreken van voldoende kennis van het functioneren van het menselijk lichaam.
- het verstoken zijn van informatie over ziekte en gezondheid en onwetendheid over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Inadequaat hulpzoekgedrag kan hier het gevolg van zijn.
- arbeidspositie van de vader; kinderen van werkloze vaders hebben hoogste kans op perinatale sterfte door onvoldoende financiële middelen en het ontbreken van maatschappelijk netwerk / laag sociaal economische klasse.
- laag sociaal economische status.

Tussen het jaar 1975-2000 is het geboortecijfer van allochtone kinderen in Nederland toegenomen van 5% tot 20% van het totaal aantal geboorten. Het attributief risico op perinatale sterfte is tussen 1975-2000 gestegen van 10% tot 26%. Het aandeel van de allochtone moeders in het stijgen van de attributief risico op perinatale sterfte is 9,3%.<sup>4</sup>

Dit wil zeggen dat door de toename van allochtone vrouwen, met name Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen in Nederland tussen 1975-2000 het totale risico op perinatale sterfte groter is geworden.

Over de effectiviteit van de prenatale zorg en verloskundige zorg in Nederland bij allochtone groepen in de eerste en tweedelij is in Nederland echter nog weinig bekend.<sup>4</sup> Mogelijk bestaat er een verschil in het gebruik van de beschikbare prenatale zorg tussen allochtonen en autochtonen door een grotere onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem.

Daardoor kan wellicht aan allochtone groepen geen optimale zorg worden geboden. Ook door onbekendheid van de hulpverlener met de andere verdeling van de risicofactoren in de verschillende groepen kan de zorg eventueel minder adequaat zijn.<sup>3 4 5 7</sup>

Dit is een belangrijk onderwerp omdat het verhoogde risico van Turkse en Marokkaanse vrouwen op perinatale sterfte waarschijnlijk door adequate zorg en adequate gebruik van preventie rond zwangerschap en bevalling verminderd kan worden.<sup>3 4 5 7</sup>

Binnen Amsterdam is ± 12% van de bevolking van Turkse of Marokkaanse afkomst. (www.clb.nl) Om een indruk te krijgen van de mening van verloskundigen ten aanzien van risicofactoren die van invloed zijn op de perinatale sterfte onder deze bevolkingsgroepen is een kwalitatief onderzoek verricht onder 18 van de 22 verloskundigen praktijken in Amsterdam.

Eveneens is gekeken hoe de verloskundigen denken over een mogelijke positieve beïnvloeding van deze geïdentificeerde factoren zowel door de beroepsbeoefenaars als door de Turkse en Marokkaanse zwangere zelf.

Uitgangspunt in mijn onderzoek was na te gaan wat Amsterdamse verloskundigen zelf als risicofactoren zien voor een verhoogde perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen en niet hoe zij denken over de risicofactoren die in de literatuur worden aangegeven.

# DOEL EN VRAAGSTELLING

## DOELSTELLING

Nagaan of er risicofactoren zijn op een verhoogde perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen die door Amsterdamse verloskundigen zelf worden onderkend en die door het aanpassen van de eerstelijns verloskundige zorg mogelijk positief beïnvloed kunnen worden.

## VRAAGSTELLINGEN:

Welke risicofactoren zien de Amsterdamse verloskundigen bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in verband met perinatale sterfte?

Welke problemen ondervinden de Amsterdamse verloskundigen bij het verlenen van verloskundige zorg aan Turkse en Marokkaanse vrouwen?

Welke maatregelen hebben de Amsterdamse verloskundigen genomen om deze problemen te voorkomen of op te lossen?

Komen de risicofactoren aangegeven door de Amsterdamse verloskundigen overeen met de literatuur?

# METHODE

## LITERATUURONDERZOEK

Via de website van Pi Carta, Premedline, Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) en Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de index van het Tijdschrift voor Verloskundigen zijn er artikelen gezocht in de periode 1990-2001. De volgende zoektermen zijn gebruikt: perinatale sterfte, perinatale sterfte en etniciteit, perinatale sterfte en allochtonen, perinatal mortality, perinatal and child mortality in the Netherlands. Dit leverde de volgende resultaten op: 5 artikelen in Pi Carta gevonden uit het Tijdschrift voor Verloskundigen (TVV) waarvan er 3 zijn gebruikt, 3 artikelen uit Premedline gevonden waarvan er 1 is gebruikt, 8 artikelen uit NTvG gevonden waarvan er 2 zijn gebruikt, 1 rapport uit RIVM gevonden en gebruikt.

Van de 16 gevonden artikelen bleken er 10 niet bruikbaar omdat die artikelen niet de perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland vermeldden en zo niet representatief waren voor het literatuuronderzoek met betrekking tot de perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland.

Via de referenties is het rapport van prof. T.W.J. Schulpen "Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland" gevonden en gebruikt.

## KWALITATIEF ONDERZOEK

Op grond van een verkennend literatuuronderzoek, eigen ervaring en gesprekken met collega verloskundigen werd een semi-gestructureerde vragenlijst ontwikkeld over risicofactoren op perinatale sterfte en algemene risicofactoren in verband met de verloskundige zorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. Risicofactoren die in de literatuur worden vermeld dienden niet als leidraad voor het interview. Eerst werd om de spontane reacties gevraagd van verloskundigen over hun opvattingen wat betreft perinatale sterfte en wat betreft risicofactoren onder Turkse en Marokkaanse vrouwen.

Alle Amsterdamse verloskundigenpraktijken werden door middel van een introductiebrief gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Door een interviewer werd vervolgens de zelf ontwikkelde semi-gestructureerde vragenlijst afgenomen in een persoonlijk interview. De gesprekken werden op band opgenomen en daarna geheel uitgeschreven.

Analyse van het materiaal geschiedde aan de hand van de methodiek zoals beschreven in "kwalitatief onderzoek" door D.B. Baarde.<sup>9</sup> Anonimiteit werd gewaarborgd door de vragenlijsten te nummeren zodat de antwoorden niet herleidbaar waren tot de individuele respondenten (verloskundigen).

Er heeft geen statistische bewerking plaatsgevonden van de gegevens. De resultaten zijn alleen gegroepeerd naar frequentie en in tabellen en grafieken weergegeven.

# RESULTATEN

Er hebben 18 verloskundigen, die 18 van de 22 praktijken in Amsterdam vertegenwoordigen (82%), meegewerkt aan dit onderzoek. Slechts 4 verloskundigenpraktijken (18%) hebben niet meegewerkt aan het onderzoek. Hiervan gaven 3 verloskundigen aan, dat zij als praktijk geen tijd hadden en 1 verloskundige vond haar praktijk niet representatief voor dit onderzoek omdat het percentage Turkse en Marokkaanse vrouwen in hun praktijk te laag was.

Van de verloskundigenpraktijken die niet hebben meegewerkt aan het onderzoek behoren, naar onze inschatting, 2 praktijken in de groep met minder dan 20% (groep A) en 2 praktijken in de groep met ongeveer 50% (groep B) Turkse en Marokkaanse zwangere. Deze aanname is gebaseerd op de locatie van de praktijk en de verwachte bijbehorende populatie. Gezien dat er in groep A 6 verloskundigen zijn en in groep B 8 verloskundigen kunnen we concluderen dat de resultaten van het onderzoek niet anders geweest zou zijn indien deze vier verloskundigen wel hadden meegewerkt

De 18 verloskundigen zijn vervolgens ingedeeld in drie groepen op grond van het percentage Turkse en Marokkaanse vrouwen in hun praktijk:

- **Groep A:** minder dan 20% Turkse en Marokkaanse vrouwen (n=6)
- **Groep B:** tussen 21% en 50% Turkse en Marokkaanse vrouwen (n=8)
- **Groep C:** meer dan 50% Turkse en Marokkaanse vrouwen (n=4)

## PERINATALE STERFTE

Van de 18 verloskundigen is 61% (11/18) van mening dat de perinatale sterfte niet verhoogd is bij Turkse en Marokkaanse vrouwen, terwijl 33% (6/18) van mening is dat de perinatale sterfte wel verhoogd is en 1 praktijk geeft aan dit niet te weten. Verloskundigen uit de groep met het laagste percentage Turkse en Marokkaanse vrouwen zijn allen van mening dat de perinatale sterfte niet verhoogd is bij Turkse en Marokkaanse vrouwen.

## RISICOFACTOREN

Alle drie de groepen hebben risicofactoren genoemd met betrekking tot de perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen, dus ook groep A die de perinatale sterfte niet verhoogd vond.

- een taalbarrière wordt door 10 van de 18 verloskundigen (56%) aangegeven als een belangrijke risicofactor. Deze taalbarrière leidt volgens 17% (3/18) tot communicatiestoornissen. Hierdoor wordt het uitvragen van klachten bemoeilijkt (4/18) evenals het goed uitvragen van kindsbeweging (3/18)
- een ander belangrijke risicofactor volgens de verloskundigen is de afwachtende houding van Turkse en Marokkaanse vrouwen (2/18)
- overige genoemde risicofactoren zijn; diabetes mellitus (4/18), roken met name door Turkse vrouwen (2/18), slechte eetgewoonte (2/18), consanguïniteit / congenitale afwijkingen (2/18)

Aan de drie groepen zijn 11 factoren voorgelegd. Hen werd gevraagd op een schaal van 1 tot 10 aan te geven wat het risico per factor is op perinatale sterfte. Hierbij staat 1 voor een klein risico en 10 voor een groot risico.

Van de 11 factoren worden 7 factoren door alle drie groepen beoordeeld als risicovol met betrekking tot perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen en 2 factoren niet.

In het geval van taalbarrière vinden alle praktijken dat de partner van de zwangere niet bereid is tot overleg, maar zelf antwoord geeft op vragen. Dit is de grootse risicofactor met betrekking tot perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen; volgens de verloskundigen. Opvallend hierbij is dat verloskundigen uit groep A, met het kleinste percentage Turkse en Marokkaanse vrouwen, dit een groter risico vindt dan verloskundigen uit groep B en C, waar het percentage Turkse en Marokkaanse vrouwen veel hoger is.

Een afwachtende houding wordt ook als een risicofactor gezien door alle drie de groepen, maar meer door verloskundigen uit groep C, die met het hoogste percentage Turkse en Marokkaanse vrouwen.

“Weinig kennis over zwangerschap, kraambed of gezondheid” wordt wel door alle drie de groepen als risicofactor gezien maar wisselend van grootte. Daarnaast ook het “verantwoordelijkheidsgevoel overdragen aan de verloskundige” en “het minder assertief zijn”.

“Sociaal isolement” en “mishandeling” zijn mogelijk ook risicofactoren maar deze items zijn niet door alle verloskundigen gescoord.

Van de 11 factoren worden er 2 niet door de drie groepen samen als een risicofactor gezien:

“weinig kennis over bevalling” is volgens de groep met de minste allochtonen A geen risicofactor en “gewoontes uit cultuur” wordt door groep C gezien als een groot risicofactor maar groep A en B vinden het juist een laag risicofactor.

## STRUIKELBLOKKEN

Bij het verlenen van verloskundig zorg aan Turkse en Marokkaanse vrouwen worden door de verloskundigen problemen ondervonden die het verlenen van zorg nadelig beïnvloeden.

Meest genoemde problemen zijn:

Taalbarriere, communicatiestoornissen

Beperkte informatie overdracht

Dominante partner

Minder vaak genoemde problemen zijn:

Cultuurbarriere

Niet op controle komen

Beperkte tijd

Geen deelname aan zwangerschapscursussen

## COMMUNICATIE

Geen van de praktijken regelen standaard een tolk bij taalbarrière. Verloskundigen geven aan dat het veel tijd kost om een tolk te regelen via de tolktelefoon, en dat deze `s nachts niet te bereiken zijn. Van de cliënte wordt verwacht dat zij zelf een tolk regelt.

- van de verloskundigen heeft 72% (13/18) liever een tolk die persoonlijk aanwezig is omdat ze dan de non-verbale communicatie tussen tolk en cliënte kunnen waarnemen
- alle verloskundigen geven aan dat ze zeker weten dat de informatie die ze krijgen via een tolk, zowel van het tolkencentrum als van de tolk die cliënte meeneemt, beperkt is
- 78% (14/18) geeft aan dat ze het lastig vinden als een kind moet tolken. 89% (16/18) geeft aan dat ze in verband met privacy sommige vragen niet stellen bij aanwezigheid van een tolk, met name indien dit een kind of een dominante partner is; 11% (2/18) heeft daar geen moeite mee en stellen de vragen niet uit, maar vinden dit de verantwoording van de cliënte
- 72% (13/18) geeft regelmatig het advies aan de Turkse en Marokkaanse vrouwen om met een taal cursus Nederlands te beginnen. Verder geven de verloskundigen aan dat Turkse en Marokkaanse vrouwen bijna altijd gestopt zijn met de taal cursus in de zwangerschap, omdat ze geen tijd hebben, problemen met kinderopvang of de cursus te ver weg vinden.
- 44% (8/18) geeft aan dat er eigenlijk een speciale spreekuur nodig is voor Turkse en Marokkaanse vrouwen
- 56% (10/18) vindt een speciale spreekuur voor Turkse en Marokkaanse vrouwen niet nodig; 28% van deze verloskundigen (56%) vinden het niet nodig in verband met laag percentage Turkse en Marokkaanse vrouwen in hen praktijk en 28% vindt het ook een slechte optie: Turkse en Marokkaanse vrouwen zullen dan nooit Nederlands leren.



## KENNIS

De verloskundigen zijn van mening dat de kennis betreft de verloskundige zorg in Nederland van de Turkse en Marokkaanse over het algemeen onvoldoende is:

- van de verloskundigen vindt 83% (15/18) dat de Turkse en Marokkaanse vrouwen onvoldoende op de hoogte zijn van het verloskundig systeem in Nederland
- 78% (14/18) vindt de kennis van Turkse en Marokkaanse vrouwen over zwangerschap, bevalling en kraambed onvoldoende
- 67% (12/18) vindt dat Turkse en Marokkaanse vrouwen onvoldoende op de hoogte zijn van de inhoud van het werk van de verloskundige
- 89% (16/18) vindt dat Turkse en Marokkaanse vrouwen niet op de hoogte zijn van het bestaan van een klachtencommissie

## KENNISOVERDRACHT

Er zijn verschillende manieren die verloskundigen hanteren om de kennis betreft de verloskundige zorg in Nederland over te dragen op Turkse en Marokkaanse vrouwen:

- 17 van de 18 verloskundigen (94%) proberen kennis over te dragen aan Turkse en Marokkaanse vrouwen door middel van vertaalde folders
- 44% (8/18) maakt gebruik van een boekje die speciaal gericht is op Turkse en Marokkaanse vrouwen inclusief een bijbehorende cassettebandje voor de analfabeten. Het “zwangerschapsboekje voor aanstaande ouders”
- 94% (17/18) adviseert zwangerschapscursussen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen
- 11% (2/18) geeft voorlichting in zwangerschapscursussen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen
- 44% (8/18) probeert kennis over te dragen door mondeling veel informatie te geven aan Turkse en Marokkaanse vrouwen.

Verloskundigen geven aan dat er te weinig folders zijn, en dat de bestaande folders meer basis informatie dan gerichte informatie geven. Verder zijn de folders niet altijd te verkrijgen; praktijken maken dan kopieën. De verloskundigen zijn over het algemeen van mening dat de informatie in de bestaande folders onvoldoende is. Van de 18 verloskundigen checken er 10 (56%) of de folders gelezen en begrepen zijn. Verloskundigen geven aan dat de folders over het algemeen slecht worden gelezen door Turkse en Marokkaanse vrouwen. Er is geen folder over het kraambed. De algemene folder en het weeënstencil zijn niet in ieder praktijk vertaald in Turks en Marokkaans. De folders die Turkse en Marokkaanse vrouwen krijgen is bedoeld voor alle vrouwen in Nederland en zijn niet specifiek gericht op Turkse en Marokkaanse vrouwen. Alleen het “zwangerschapsboekje voor aanstaande ouders” uit 1989 van NIGZ is gericht op Turkse en Marokkaanse vrouwen, inclusief de bijbehorende cassettebandjes voor analfabeten. Het boekje is echter te duur en is in de afgelopen 12 jaar niet herschreven. De meeste verloskundigen weten zelf weinig van de inhoud van dit boekje.

Er wordt geen gebruik gemaakt van een videoband; de bestaande band van KNOV “Zwanger zijn in kleurrijk Nederland” is volgens de verloskundigen uit de markt. Respondenten geven aan dat deze band niet representatief was voor de Turkse en Marokkaanse vrouwen in de praktijk. De Turkse en Marokkaanse vrouwen in de videoband waren ingeburgerde vrouwen met een baan.

Alle verloskundigen geven aan dat de Turkse en Marokkaanse vrouwen niet te motiveren zijn om naar een zwangerschapscursus te gaan. Vrouwen die wel gaan hebben meer zelfvertrouwen en bevallen beter volgens de verloskundigen. Er is 1 verloskundige die succesvol is wat betreft het volgen van zwangerschapscursus, omdat ze het meer verplicht stelt en er is 1 verloskundige die niet wist dat er een zwangerschapscursus bestaat voor Turkse en Marokkaanse vrouwen. Tot slot geven verloskundigen aan, dat het geven van informatie tijdens controles veel tijd kost en moeilijk wordt in verband met de hoge werklast.

## MAATREGELEN

Alle verloskundigenpraktijken hebben speciale maatregelen genomen om in te spelen op mogelijke risicofactoren:

- 17 van de 18 verloskundigen (94%%) adviseren zwangerschapscursussen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen en 94% (17/18) maken gebruik van vertaalde voorlichtingsmaterialen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen
- twee verloskundigenpraktijken geven voorlichting op zwangerschapscursussen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen en twee praktijken hebben ooit geprobeerd om speciale voorlichtingsavonden te geven aan Turkse en Marokkaanse vrouwen. Hiermee zijn ze echter uiteindelijk gestopt, omdat het aantal deelnemende Turkse en Marokkaanse vrouwen zeer laag was
- door twee praktijken wordt aangegeven dat ze hun taalgebruik aanpassen aan het niveau van Turkse en Marokkaanse vrouwen en in 2 praktijken wordt Turks en of Marokkaans en zelfs Arabisch geleerd om makkelijker te communiceren met de cliënten
- 28% (5/18) geeft aan dat ze als maatregel een tolk van de cliënten verwachten.
- in twee praktijken wordt meer aandacht gegeven aan het uitvragen van kindsbewegingen, omdat taalbarrière dit op een standaard manier lastig maakt
- overige frequent genomen maatregelen zijn; strenger optreden 11% (2/18) en zorgen dat ze op controle komen 11% (2/18)

Toch zou volgens 11 van de 18 verloskundigen (61%) er nog meer gedaan kunnen worden. Zo is 28% (5/18) van mening dat er meer voorlichtingsmaterialen gebruikt kunnen worden voor Turkse en Marokkaanse vrouwen. Daarnaast vinden 3 verloskundigenpraktijken dat zij taallessen zouden moeten adviseren en/of dat deze taallessen strenger geregeld moeten worden. 28 % (5/18) geeft zelfs aan dat deze cursussen verplicht moeten zijn.

Ook zouden er meer zwangerschapscursussen moeten komen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen. (2/18) en dat deze dan ook verplicht moeten zijn (3/18) of tenminste de zwangere hiervoor extra gemotiveerd moeten worden (6/18).

Meer allochtone verloskundigen wordt door 3 praktijken genoemd. Het uitvoeren van allerlei maatregelen zou gepaard moeten gaan met een hoger tarief volgens 4 van de 18 praktijken.

Overig genoemde suggesties zijn; openheid vanuit de zorg 11%( 2/18), toegankelijkheid vanuit de zorg 11% ( 2/18) en meer kinderopvang 11% ( 2/18).

39% (7/18) wist niet wat er meer gedaan kan worden om in te kunnen spelen op de mogelijke risicofactoren. 1 van de 7 verloskundigen, die niet wisten wat er meer gedaan kon worden, gaf aan dat ze nu aan het denken is gezet en dat er vast wel nog maatregelen zouden zijn die genomen kunnen worden.

## BESCHOUWING

Met het oog op perinatale sterfte is het verbazingwekkend dat 12 van de 18 (67%) verloskundigen niet op de hoogte zijn dat de perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen verhoogd is in vergelijking met autochtone Nederlandse vrouwen. Opvallend hierbij is dat de 12 verloskundigen wél veel risicofactoren zien bij Turkse en Marokkaanse vrouwen op een perinatale sterfte.

De meeste maatregelen die door de verloskundigen worden genomen om in te kunnen spelen op de risicofactoren die zij aangeven, hebben naar mijn oordeel weinig effect. De volgende maatregelen illustreren mijn standpunt.

- *Het adviseren van zwangerschapscursussen aan Turkse en Marokkaanse vrouwen:*  
Alle verloskundigen vinden het adviseren van zwangerschapscursus een belangrijke maatregel. Terwijl ze tegelijkertijd benadrukken dat Turkse en Marokkaanse vrouwen niet gemotiveerd zijn voor deze cursus. Een van de 18 verloskundigen heeft hier wel succes mee behaald, omdat zij dit als verplicht stelt.
- *Voorlichtingsmateriaal*  
17 van de 18 verloskundigen geven vertaalde folders en boekje met bijbehorende cassetteband in het Turks en Marokkaans Arabisch mee aan de zwangere vrouwen, als informatiemateriaal. Maar geven wel aan dat de folder beperkt te verkrijgen is en onvoldoende informatie geeft en het boekje geen recente informatie bevat. Daarnaast zijn de meeste verloskundigen zelf niet genoeg op de hoogte van de inhoud van dit boekje.  
10 van de 18 verloskundigen checken of het doel bereikt is van deze maatregel, namelijk de informatieoverdracht. De constatering is dat het informatiemateriaal niet wordt gelezen.
- *Communicatie*  
Geen van de 18 verloskundigen maakt standaard gebruik van een professionele tolk.  
Van de vrouwen die het Nederlands niet of onvoldoende beheersen wordt verwacht dat zij zelf zorgen voor iemand die tolkt. De verloskundigen zijn wel van mening dat informatieoverdracht via een tolk altijd beperkt is. Als een dominante man of kind tolkt worden bepaalde vragen niet gesteld door de verloskundigen. De taalbarrière wordt door 10 van de 18 verloskundigen gezien als een belangrijke risicofactor, omdat bijvoorbeeld het goed uitvragen van kindsbewegingen hierdoor bemoeilijkt wordt.

## CONCLUSIE

Niet alle verloskundigen zijn op de hoogte dat perinatale sterfte verhoogd is bij Turkse en Marokkaanse vrouwen.

Zowel in de literatuur als door de 18 verloskundigen in Amsterdam worden risicofactoren genoemd voor een verhoogde perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. De genoemde risicofactoren zijn niet altijd hetzelfde. Risicofactoren die minder frequent worden genoemd door de verloskundigen worden juist frequent genoemd in de literatuur.

Bij het verlenen van verloskundige zorg aan Turkse en Marokkaanse vrouwen worden problemen ondervonden door de verloskundigen die het verlenen van een optimale zorg nadelig beïnvloeden.

Er worden verschillende maatregelen genomen door de verloskundigenpraktijken om risicofactoren voor perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen en de ondervonden problemen bij het verlenen van zorg aan hen te voorkomen of te verminderen. De genomen maatregelen zijn niet altijd even effectief.

Op grond van de onderzoeksresultaten kan niet geconcludeerd worden dat de perinatale sterfte positief beïnvloed kan worden door aanpassing van de eerstelijns verloskundige zorg. Wel kan geconcludeerd worden dat Turkse en Marokkaanse vrouwen zelf ook een rol hebben bij het verminderen van de ondervonden problemen tijdens verloskundige zorgverlening.

Risicofactoren voor perinatale sterfte zijn positief te beïnvloeden door een veranderde houding van zowel de verloskundigen als de Turkse en Marokkaanse vrouwen.

# AANBEVELINGEN

Ik wil graag van deze mogelijkheid gebruik maken om naar aanleiding van mijn onderzoeksresultaten enkele aanbevelingen te doen:

## **Voor de verloskundigen:**

Kennis over de perinatale sterfte en de risicofactoren bij perinatale sterfte is nodig voor een beter zorg en voorlichting aan de Turkse en Marokkaanse vrouwen.

Als een kind of een dominante partner als tolk een objectieve informatie uitwisseling verminderd dan is het noodzakelijk dat er bij het eerste contact met de cliënte nadrukkelijk verwezen wordt op het bestaan en werking van een tolktelefoon en zo mogelijk hiervan gebruik te maken.

Voorlichting via folders en boeken aan Turkse en Marokkaanse vrouwen moet worden afgeschaft want ze zijn onvoldoende, niet gericht, moeilijk te krijgen, en worden slecht gelezen door Turkse en Marokkaanse vrouwen. In plaats daarvan kan verplichte voorlichtingsdagen gegeven worden aan Turkse en Marokkaanse vrouwen. 2 respondenten hadden geprobeerd om voorlichting te geven aan Turkse en Marokkaanse vrouwen, maar omdat het aantal deelname beduidend laag was zijn ze ermee gestopt. Het is verstandig om in de toekomst deze inspanning onderling te bundelen en als eerstelijns verloskundigen een voorlichtingsbeleid te maken voor Turkse en Marokkaanse vrouwen met de aandacht voor mogelijke indicatoren van risico zoals het voelen van kindsbewegingen, specifieke klachten en kennis over het verloskundig systeem, zwangerschap en bevalling.

De voorlichtingsdagen kunnen gegeven worden door een migrantenvoorlichter van de Voorlichting Eigen Taal en Cultuur (VETC). In Amsterdam wordt er in de verloskundige praktijken nog geen gebruik gemaakt van de VETC'ers. Deze migrantenvoorlichters hebben een gedegen kennis van de Nederlandse gezondheidszorg, diverse gezondheid- en opvoedingsthema en de eigen taal en cultuur. De voorlichters geven voorlichting bij buurthuizen, consultatiebureaus, gezondheidscentra, kinderopvang, moskeeën, koffiehuisen, scholen, basiseducatie en huisartsenpraktijken. VETC'ers geven ook voorlichting over zwangerschap en bevalling (via [www.vetc.nl](http://www.vetc.nl)).

KNOV en verloskundigen uit 4 grote steden zijn sinds zomer 2000 bezig voor een tarief voor de zorg aan cliënten uit achterstandswijken omdat werken in achterstandswijken 19% meerwerk oplevert per cliënte. Deze werkdrukverzwaring kan gecompenseerd worden via financiële vergoeding. Dit tarief kan gebruikt worden voor de voorlichtingsdagen.<sup>10</sup>

## **Voor inburgeringplicht:**

Taalcursussen via de inburgeringplicht wordt niet door iedere zwangere gevolgd die taalbarrière hebben: de wachtlijsten zijn te lang, verplichting geldt alleen voor mensen die net in Nederland zijn, de cursussen zijn op lange afstand en er is geen voldoende kinderopvang.<sup>11 12</sup> Om de taalbarrière op te lossen is een taal cursus de beste oplossing.

Inburgeringplicht zou meer aangepast moeten worden (qua voorzieningen):

- aandacht voor kinderopvang
- meer taalcursussen in Amsterdam, in Amsterdam West zijn er minder taalcursussen
- wegwerken van de lange wachtlijsten
- alternatieve wijze van taal leren kan overwogen worden.

(Via [www.taskforce-inburgering.nl](http://www.taskforce-inburgering.nl) <<http://www.taskforce-inburgering.nl>>, [www.inburgering.nl](http://www.inburgering.nl) <<http://www.inburgering.nl>>, [www.cfi.nl](http://www.cfi.nl) <<http://www.cfi.nl>>)

## **Voor het tolkencentrum Amsterdam:**

Het tolkensysteem moet beter bereikbaar gesteld worden voor de verloskundigen volgens de respondenten. Het beste is een tolkencentrum die dag en nacht snel bereikbaar is. Uit mijn onderzoek komt naar voren dat de verloskundigen vaak nachts gebeld worden door Turkse en Marokkaanse vrouwen en zij genoodzaakt zijn om altijd langs te gaan met name vanwege de taalbarrière.

Het Vertaalcentrum Nederland is voor telefonische tolkhulp 7 dagen per week 24 uur per dag bereikbaar. Na 23:00 uur zijn tolken alleen beschikbaar voor noodgevallen.

Het Tolk en Vertaalcentrum Nederland verleent ook persoonlijke tolkhulp. Speciale vormen van persoonlijke tolkhulp zijn het tolkenspreekuur en het tolken tijdens groepsgesprekken. Persoonlijke tolkhulp is kosteloos voor instellingen en instanties als deze binnen de voorwaarden van de subsidieregeling vallen.<sup>13 14</sup>

Als we de meningen van de verloskundigen over de tolkenlijn vergelijken met de meningen van de tolkencentrum zien we dat ze niet op een lijn zitten. Er moet in de toekomst een onderzoek komen over het gebruik van de tolkencentrum door de verloskundigen en de bereikbaarheid van de tolkencentrum.

#### **Voor de huisartsen:**

Aan Turkse en Marokkaanse gezinnen kan voorlichting gegeven worden over consanguïteit, congenitale afwijkingen, voeding, diabetes en over roken tijdens de zwangerschap. Maar wat belangrijk is, is dat Turkse en Marokkaanse gezinnen hun situatie in Nederland beseffen. Via voorlichting kunnen zij ook op de hoogte gebracht worden over de gevaren die zij lopen en hoe deze positief te beïnvloeden zijn door de eigen inzet. Dit kan bereikt worden via de huisartsen in samenwerking met de VETC'ers.

#### **Voor de Turkse en Marokkaanse vrouwen:**

Turkse en Marokkaanse vrouwen moeten de Nederlands taal beheersen. Zodra er mogelijkheden zijn om de taal te kunnen leren moeten zij er volledig gebruik van maken. Zwangerschap mag niet als excuus gezien worden om niet naar een taal cursus te gaan. Taal is niet het enige probleem dat zich voordoet bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. Weinig kennis over het verloskundige systeem, minder assertiviteit en een afwachtende houding speelt ook een rol. Deze zijn door hen zelf positief te beïnvloeden als zij naar zwangerschapscontroles, voorlichtingen en zwangerschapscursussen gaan. Kortom meer eigen inzet. Deze aanbevelingen komen voort uit het onderzoek met de verloskundigen uit Amsterdam. Ik heb Turkse en Marokkaanse vrouwen niet geïnterviewd over de perinatale sterfte bij hen. Wellicht zien Turkse en Marokkaanse vrouwen wel andere risicofactoren en aanbevelingen zowel voor de verloskundigen als voor hen zelf om de verhoogde perinatale sterfte bij hen positief te beïnvloeden. Verder is er weinig bekend wat Turkse en Marokkaanse vrouwen vinden van de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland.

In de toekomst is het noodzakelijk dat er een onderzoek komt over de perinatale sterfte en de beschikbare verloskundige zorg waarin Turkse en Marokkaanse vrouwen een actief rol krijgen. Een onderzoek waardoor Turkse en Marokkaanse gezinnen eerst beseffen welk risico's zij lopen omdat eigenlijk het kern van de problemen daar ligt. Zolang Turkse en Marokkaanse gezinnen niet beseffen welke gevaren zij lopen kunnen eerstelijns verloskundige zorg hen niet bereiken.

## DANKWOORD

Bij het maken van deze scriptie ben ik door velen geholpen.

Mijn dank gaat uit naar 18 verloskundige praktijken in Amsterdam, op alfabetische volgorde:

- Bannebuiksloot
- Bilderdijk
- Blauwe praktijk
- Burg. Fockstraat
- Churchillaan
- Domselaer
- Genestet team rood
- Groene praktijk
- Van der Hoop
- J. Halbertsma
- Millingenhof
- Nicolaas Witsenkade
- Paarse praktijk
- Ruyschstraat
- Sarphatiepark
- Sloterkade
- Terra praktijk
- Transvaalstraat

Mijn verdere dank gaat uit naar:

- Sabine Schmitz, verloskundige, Sloterkade
- Dineke Korfker, verloskundige en antropologe, TNO Preventie en Gezondheid
- Imke Rosink, verloskundige, KVV
- Adja Waelpuut, verloskundige, KNOV
- C. Herstel, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
- SOS Telefonische Hulpdienst Rijnmond en Centrum SARA/Riethof, de Allochtonen Telefoon Rijnmond (ATR)
- Tolk en Vertaalcentrum Nederland, locatie Amsterdam

Tot slot wil ik mijn scriptiebegeleiders Ferko Öry en Marlies Rijnders van TNO Preventie en Gezondheid bedanken.

Bedankt voor jullie goede suggesties, ondersteuning en geduld tijdens het schrijven van dit artikel.

## Referenties

1. Schulpen TWJ, van Steenberg JE, van Driel HF. *Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in the Netherlands*. Archives of Disease in Childhood 2001;84(3): 222-226
2. Schulpen TWJ, van Enk A. *Mortaliteit naar etniciteit in Nederland*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1996;140(50):2489-2492
3. Schulpen, TWJ. *Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland*. Centre for migration and child health rapport 1996;B9639187:105p
4. Achterberg PW, Kramers PGN. *Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief*. RIVM rapport 2001; 271558003:50p
5. Alderliesten ME, Stronks K, Bonsel GJ, van Lith JMM, Pel M, Bleker OP. *Etniciteit en hogere perinatale sterfte; een onontkoombare combinatie?* Tijdschrift voor Verloskunde 2000; 25(2): 90-95
6. Amelink M. *Vroeggeboorte belangrijke factor bij verhoogde perinatale sterfte – Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland*. Tijdschrift voor Verloskundigen 1996; 21(11): 37-38
7. Schilder K. *Verhoogde mortaliteit onder allochtone kinderen*. Tijdschrift voor Verloskundigen 1998; 23(3): 156-159
8. Lumey LH. *Samenhang tussen perinatale sterfte en arbeidspositie bij eerste-generatie-immigranten en autochtone Nederlanders in Amsterdam*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1996; 140(18): 975-979
9. Baarde DB, de Goede MPM, Teunissen J. *Kwalitatief onderzoek*. 2000 Stenfert Kroese, p/a Wolters-Noordhoff bv Groningen
10. Samenvattingen *KNOV-bulletin* december 2000, maart 2001, juni 2001 en september 2001.
11. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. *Wet inburgering nieuwkomers*. jaar 2002
12. Brink M, Dinjens F, Oude Ophuis R, Westerhuis A. *Wachlijsten voor oudkomers voor NT2*. Taskforce-inburgering rapport 2001
13. Tolk en Vertaalcentrum Nederland, locatie Amsterdam. *Tolkhulp en vertalingen*. Brochure 2000
14. SOS Telefonische Hulpdienst Rijnmond en Centrum SARA/Riethof. *De Allochtonen Telefoon*. Brochure 1999; 2

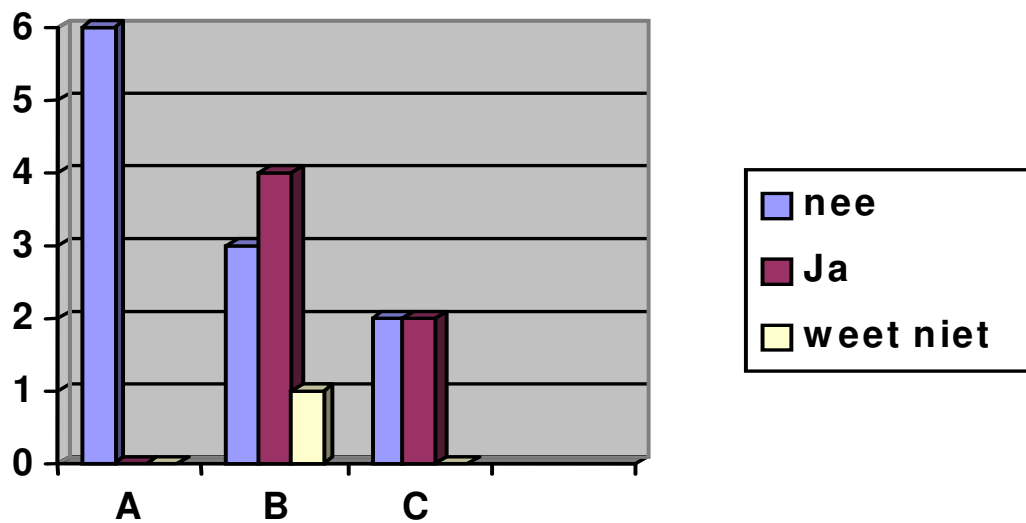
### **Artikelen die gebruikt zijn voor het samenstellen van een vragenlijst voor het interview;**

- Crébas A. *Zwangerschapscursus 'op maat' voor Turkse en Marokkaanse vrouwen*. Tijdschrift voor Verloskundigen 2001; 26(10): 777-781
- Crébas A. *Migranten en perinatale zorg*. Tijdschrift voor Verloskundigen 1998; 23(3): 199-201



Figuur 1

### Opvattingen van de verloskundigen over de verhoogde perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen.



Groep A: 100% niet verhoogd

Groep B: 50% wel verhoogd, 38% niet verhoogd, 12% weet niet

Groep C: 50% wel verhoogd, 50% niet verhoogd

# Bijlagen

## Bijlage 1

### **INTRODUCTIEBRIEF.**

Amsterdam, 6 december 2001

Betreft: Interview over perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen

Geachte verloskundige,

Uit de literatuur blijkt dat er bij Turkse en Marokkaanse gezinnen veel vaker sprake is van perinatale sterfte. Mijns inziens is het heel belangrijk om erachter te komen waarom het aantal perinatale sterfte verhoogd is onder Turkse en Marokkaanse vrouwen. Ik hoop dat er een weg is om samen met verloskundigen in Amsterdam een manier te vinden om de zorg voor Turkse en Marokkaanse vrouwen te verbeteren en daarmee een bijdrage te leveren om de perinatale sterfte te verminderen. Daarom heb ik besloten om hierover mijn scriptie te schrijven.

Graag vraag ik uw aandacht voor het volgende.

In Amsterdam wonen zeer veel allochtone mensen. Daarom is deze stad bij uitstek de juiste plaats om gegevens te verzamelen betreffende dit onderwerp.

Ik wil d.m.v. een vragenlijst de knelpunten, meningen en adviezen van alle verloskundigen in Amsterdam verzamelen omtrent perinatale sterfte en zeker ook omtrent het begeleiden van Turkse en Marokkaanse vrouwen. Wat voor problemen komt tegen, wat zijn uw oplossingen en ideeën, waarmee anderen geholpen kunnen worden.

Ik wil graag persoonlijk langskomen bij de praktijken om de vragenlijst te presenteren. En met uw medewerking zou ik u dan willen interviewen m.b.v. een cassetterecorder. Op deze wijze hoef ik niet alle antwoorden op te schrijven en kost het ons beiden weinig tijd. Het interview duurt ± 30 minuten.

Ik hoop veel reacties te krijgen op mijn vragen en extra informatie omtrent dit onderwerp is natuurlijk van harte welkom.

Wat betreft vragenlijst:

- 1 Er zijn geen juiste of foute antwoorden, het gaat om uw persoonlijke mening.
- 2 Er wordt niet ingegaan op de inhoud van uw antwoord.
- 3 Het spreekt voor zich dat al uw antwoorden strikt vertrouwelijk zijn; uw antwoorden worden niet doorgegeven aan derden. De antwoorden zijn genummerd en in de scriptie niet herleidbaar tot individuele praktijken.

Ik zal binnen enkele dagen contact met u opnemen om te vragen of u hieraan uw medewerking wilt verlenen. I.v.m. stage kan ik alleen van 17 dec. t/m 26 dec. interviews afnemen. Bij voorbaat dank voor u tijd.

Met vriendelijke groet,

Hatice Uz  
Studente verloskundige, 4<sup>e</sup> jaar

## Bijlage 2

### **Vragenlijst:**

Graag zou ik van u willen weten waarom u uw medewerking wilt verlenen aan mijn interview.

Als een verloskundige in Amsterdam heeft u vast wel een keer Turkse en/of Marokkaanse vrouw begeleidt. Heeft u ooit iets meegemaakt met een Turkse en/of een Marokkaanse vrouw die u nooit kunt vergeten, positief of negatief?

Hoe groot is ongeveer het percentage Turkse en Marokkaanse zwangere in uw praktijk?

### **Risico's:**

- 1) Denkt u dat de perinatale sterfte verhoogd is bij Turkse en Marokkaanse vrouwen?  
Indien nee, waarom?
- 2) Welke risicofactoren zouden volgens u een oorzaak zijn van een verhoogde perinatale sterfte bij Turkse en Marokkaanse vrouwen?
- 3) Heeft u als verloskundige een verantwoording om hier iets aan te doen?
- 4) Heeft u maatregelen genomen in uw praktijk om in te spelen op de risicofactoren?
- 5) Welke maatregelen heeft u hiervoor genomen in uw praktijk?
- 6) Welk effect had dat? Indien geen effect, wat heeft u dan vervolgens gedaan?
- 7) Wat zou u nog meer kunnen doen?
- 8) Vindt u de volgende factoren een risico bij Turkse en Marokkaanse vrouwen i.v.m perinatale sterfte? Zo ja, kunt u dan een cijfer geven tussen 1-10 → 1 voor een heel kleine risico, 10 voor een heel ernstig risico.

### **Factoren:**

- 1) Weinig kennis over gezondheid?
- 2) Weinig kennis over zwangerschap?
- 3) Weinig kennis over bevalling?
- 4) Weinig kennis over kraamperiode?
- 5) Verantwoordelijkheidsgevoel overgedragen aan de verloskundige?
- 6) Afwachtende houding?
- 7) Minder assertief?
- 8) Bij taalbarrière partner niet bereid tot overleg met Mw., geeft zelf antwoord op u vragen?
- 9) Sociaal isolement?
- 10) Mishandeling?
- 11) Gewoontes uit cultuur?

### **Communicatie:**

- 1) Maakt u gebruik van de tolkentelefoon of het tolkencentrum?  
Indien ja, wanneer heeft u voor het laatst gebruik gemaakt van de tolkentelefoon of het tolkencentrum?

Indien nee, waarom niet?

- 2) Wat vindt u prettiger, werken met een tolk via de telefoon of juist die persoonlijk aanwezig is?  
Waarom wel/niet?
- 3) Regelt u standaard een tolk bij Turkse en Marokkaanse zwangere met taalbarrière?  
Waarom wel/niet? Indien niet, hoe communiceert u dan?
- 4) Vindt u dat er een speciaal spreekuur nodig voor Turkse en Marokkaanse zwangere met tolk?  
Waarom wel/niet?
- 5) Denkt u dat Turkse en Marokkaanse zwangere op de hoogte zijn van een tolkencentrum?  
Waarom wel/niet?
- 6) Denkt u dat Turkse en Marokkaanse zwangere het prettig vinden om met u te communiceren via een tolk?  
Waarom wel/niet?
- 7) a: Hoe vindt u het om informatie te krijgen over Turkse en Marokkaanse vrouwen via:
  - Partner
  - Familieleden?
  - Kinderen?
  - Buurvrouwen, vriendinnen?
  - Tolk?b: Hoe gaat u om met privacy?
- 8) Heeft u routinematig aan Turkse en Marokkaanse zwangere met taalbarrière het advies gegeven om met een taalcursus te beginnen?

#### **Kennis en kennisoverdracht:**

- 1) Vindt u dat Turkse en Marokkaanse zwangere voldoende op de hoogte zijn van het verloskundig systeem in Nederland?  
Waarom wel/niet?
- 2) Vindt u dat Turkse en Marokkaanse zwangere voldoende op de hoogte zijn wat het werk inhoud van een verloskundige?  
Waarom wel/niet?
- 3) Vindt u dat Turkse en Marokkaanse zwangere op de hoogte zijn van het bestaan van een klachtencommissie?  
Waarom wel/niet?
- 4) Vindt u dat Turkse en Marokkaanse zwangere voldoende op de hoogte zijn hoe vrouwen in Nederland begeleid worden tijdens:
  - zwangerschap?
  - bevalling?
  - kraambed?
- 5) Vindt u het nodig om uw kennis over de hierboven genoemde punten over te dragen aan Turkse en Marokkaanse zwangere?  
Indien ja:
  - doet u dat ook?
  - hoe doet u dat?

- heeft u het gevoel dat ze u helemaal begrepen hebben?
- Indien nee:
- waarom niet?
  - wat doet u dan vervolgens?
- 6) Deelt u brochures uit vertaald in de talen van oorsprong van Turkse en Marokkaanse zwangere?  
Waarom wel/niet?
  - 7) Checkt u het vervolgens ook of ze het hebben begrepen?  
Waarom wel/niet?
  - 8) Maakt u gebruik van videobanden, gesproken in hun talen, voor Turkse en Marokkaanse vrouwen?  
Waarom wel/niet?
  - 9) Geeft u aparte informatie avonden aan Turkse en Marokkaanse zwangere over:
    - zwangerschap?
    - bevalling?
    - kraamperiode?
 Waarom wel/niet? Indien nee, ga door met vraag 12.
  - 10) Hoe vaak geeft u dan de informatie avonden in de zwangerschap?
  - 11) Waarover geeft u dan informatie?
  - 12) Hoe communiceert u dan met Turkse en Marokkaanse zwangere met taalbarrière tijdens de informatie avonden?
  - 13) Werkt u samen met een centrum die cursussen geeft aan Turkse en Marokkaanse zwangere?  
Waarom wel/niet?
  - 14) Geeft u informatie aan Turkse en Marokkaanse zwangere over zulke centra?  
Waarom wel/niet?
  - 15) Weet u hoe Turkse en Marokkaanse zwangere in Turkije en Marokko worden begeleid in de:
    - zwangerschap?
    - bevalling?
    - kraambed?

### **Struikelblokken**

- 1) Zijn er voor u struikelblokken bij het begeleiden van Turkse en Marokkaanse zwangere?  
Indien ja:
  1. Welk aspect in uw praktijk komt hierdoor het meest in de knel?
  2. Wat doet u eraan?
  3. Bent u daar tevreden over?
- 2) Wat voor andere suggesties heeft u nog om de communicatie en de dienstverlening aan Turkse en Marokkaanse gezinnen te verbeteren?
- 3) Kent u voorbeelden van praktijken die op dit gebied succesvol zijn? Indien ja, wat doen die dan?