



Bachelorproef

Opstart van een gezondheidsproject voor zwangere
asielzoekers: welke rol speelt de vroedvrouw in het
multidisciplinaire team?

Auteurs: Annelies Wouters en Sarah Martens

Promotor: Jill Smets en Lotte Mertens

Co-promotor: Sophie Haseldonckx

Academiejaar: 2013-2014

Deze bachelorproef wordt voorgedragen tot het behalen van het diploma van 'vroedvrouw'

academiejaar 2013 - 2014



Bachelorproef

Opstart van een gezondheidsproject voor zwangere
asielzoekers: welke rol speelt de vroedvrouw in het
multidisciplinaire team?

Auteurs: Annelies Wouters en Sarah Martens

Promotor: Jill Smets en Lotte Mertens

Co-promotor: Sophie Haseldonckx

Academiejaar: 2013-2014

Woord vooraf

Het voorbije jaar hebben we kennisgemaakt met een diversiteit aan culturen. We kregen de kans om gedurende het hele schooljaar elke vrijdag stage te lopen in het asielcentrum Fedasil te Sint-Truiden. We hebben dit als een unieke ervaring beleefd. Het was fijn om nieuwe contacten te leggen met het team van Fedasil, alsook met de zwangere asielzoekers die onze gezondheidslessen hebben bijgewoond.

In het begin van dit schooljaar zijn we dan ook met veel enthousiasme begonnen aan onze bachelorproef, gekoppeld aan deze stage. Gelukkig konden we hiervoor altijd op veel steun rekenen en daarom willen we graag volgende mensen bedanken.

Dank aan onze promotoren en co-promotor, namelijk mevrouw Smets, mevrouw Mertens en mevrouw Haseldonckx voor jullie advies en steun tijdens het voorbije jaar. Dank aan onze zwangere asielzoekers voor hun enthousiasme, vertrouwen en aanwezigheid tijdens onze gezondheidslessen. Verder willen we graag volgende mensen bedanken voor onze unieke stagebeleving: Frederik, Tom, Evi, Claudine en dokter Parton. Onze laatste dank gaat uit naar onze ouders, broers en vriend voor de steun gedurende het hele schooljaar.

Sarah Martens en Annelies Wouters

Hasselt, juni 2014

Opstart van een gezondheidsproject voor zwangere asielzoekers: Welke rol speelt de vroedvrouw in het multidisciplinaire team?

Auteurs: Martens Sarah en Wouters Annelies (2014)

Promotoren: Smets Jill en Mertens Lotte

Copromotor: Haseldonckx Sophie

Doelstellingen: Het doel van het project is om zwangere asielzoekers beter te informeren over zwangerschap en bevallen, maar ook om een veilige omgeving te creëren voor zwangere asielzoekers met aandacht voor wederzijds respect en vertrouwen. Deze bachelorproef/literatuurstudie gidst ons hierin: wat is de nood en hoe kan de vroedvrouw op de specifieke behoeften van zwangere asielzoekers ingaan, vooral omdat deze groep vrouwen erg kwetsbaar is gezien de omstandigheden waarin ze leven.

Methode: Deze literatuurstudie is gebaseerd op verschillende wetenschappelijke studies. In totaal werden er negentien studies, één boek en elf internetpublicaties gebruikt.

Resultaten: De huidige problematiek bij de prenatale opvolging van zwangere asielzoekers uit zich in communicatieproblemen, het uitstellen van het prenataal bezoek en de zwangerschapsuitkomsten. Gecomplieerde zwangerschappen komen vaker voor bij asielzoekers. De behoeften en ervaringen van zwangere asielzoekers zijn verschillend. Sommigen hebben positieve ervaringen, anderen hebben negatieve ervaringen met zorgverleners. Zwangere asielzoekers hebben behoefte aan cultuurgerichte zorg, tolken, informatie over de zwangerschap en gezondheidszorg, zorgverleners die luisteren en de mogelijkheid om deel te nemen aan zwangerschaps- en moedergroepen.

Conclusie: De rol van zorgverleners bestaat uit het bieden van continuïteit van zorg. Het is belangrijk dat zorgverleners de opvattingen en behoeften omtrent gezondheidszorg, zwangerschap en bevalling van deze zwangere asielzoekers erkennen, omdat dit kan leiden tot een verbetering van de zwangerschapsuitkomsten. Huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog en sociaal werker moeten een complementaire rol spelen. Methoden voor het geven van prenatale educatie zijn een rondleiding in het ziekenhuis, programma's op het internet, one-to-one counseling en groepslessen in of buiten het ziekenhuis, informatiebrochures en prenatale video's. Prenatale lessen kunnen bijdragen tot het maken van een geïnformeerde keuze voor zwangere asielzoekers en een betere gezondheid.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	
Abstract	
1. Inleiding	5
2. Gezondheidsvoorlichting aan asielzoekers	6
2.1 Definities en oriëntering.....	6
3. Inventarisatie van de problemen op basis van de literatuur	8
3.1 Communicatieproblemen.....	8
3.2 Uitstellen van het prenataal bezoek.....	9
3.3 Zwangerschapsuitkomsten.....	9
4. Ervaringen en behoeften van zwangere asielzoekers	11
4.1 Cultuurgerichte zorg.....	11
4.2 Tolken	11
4.3 Zorgbehoeften van asielzoekers.....	12
4.4 Geboorte-ervaringen.....	12
4.5 Behoeftte aan prenatale educatie	13
4.6 Het emotionele aspect en zelfvertrouwen.....	13
5. Rol van de gezondheidsmedewerkers.....	15
6. Prenatale educatie	19
6.1 Aanbod en methode van prenatale educatie en zorg.....	19
6.2 Effect van prenatale educatie en zorg.....	19
7. Praktijkgericht	21
7.1 Doel en werking.....	21
7.2 Reflectie.....	22
8. Discussie	25
9. Conclusie	27
10. Bronvermelding.....	29

1. Inleiding

Asielzoekers zijn weinig geïnformeerd over zwangerschap, bevalling, preventie van infectieziekten, leefstijl en voeding. Wanneer er geen rekening gehouden wordt met preventiemaatregelen tijdens de zwangerschap, kunnen er zich gemakkelijk ziektes en infecties voor doen. Asielzoekers weten vaak niet wat hun te wachten staat wanneer ze naar het ziekenhuis komen om te bevallen. Er is nog steeds een grote drempel op sociaal vlak tussen zorgverlener en asielzoeker (Carolan et al., 2010). Deze bachelorproef bestudeert het probleem rond gezondheidsvoorlichting bij zwangere asielzoekers, de behoeften van zwangere asielzoekers, welke rol zorgverleners hierin kunnen spelen en het effect van het geven van gezondheidsvoorlichting aan zwangere asielzoekers.

De onderzoeksvraag luidt als volgt: “Opstart van een gezondheidsproject voor zwangere asielzoekers: welke rol speelt de vroedvrouw in het multidisciplinaire team”?

Het doel van het project is dat zwangere asielzoekers beter geïnformeerd worden over zwangerschap en bevallen, en bijkomend ook een veilige omgeving creëren voor zwangere asielzoekers met aandacht voor hun behoeften, wederzijds respect en vertrouwen. Deze bachelorproef/literatuurstudie gidst ons hierin: wat is de nood en hoe kan de vroedvrouw op de specifieke behoeften van zwangere asielzoekers ingaan, vooral omdat deze groep vrouwen erg kwetsbaar is gezien de omstandigheden waarin ze leven (Hill et al., 2012; Haith-Cooper et al., 2013).

2. Gezondheidsvoorlichting aan asielzoekers

In dit hoofdstuk worden de termen uit de onderzoeksvraag gedefinieerd. Deze termen worden gedefinieerd volgens de geraadpleegde literatuur.

2.1 Definities en oriëntering

Asielzoekers zijn personen die hun land van oorsprong hebben verlaten als gevolg van vervolging of ernstige schade. Zij hebben asiel aangevraagd in een ander land en zijn in afwachting van het besluit van de asielaanvraag. Zij hopen de status van erkend vluchteling te krijgen en zo te genieten van rechtsbescherming en materiële bijstand. Wanneer de aanvraag afgewezen wordt, is er geen recht op asiel en kan de staat hen terug sturen. Niet elke asielzoeker is een vluchteling, maar elke vluchteling is in eerste instantie een asielzoeker (WHO, 2014).

Gezondheidsvoorlichting is een willekeurige combinatie van leerervaringen ontwikkeld door de individuen en gemeenschappen om de gezondheid en kennis van de doelgroep te vergroten en de houding te beïnvloeden (WHO, 2014).

De stage in Fedasil heeft ons geleerd dat we met gezondheidsvoorlichting niet enkel de attitude, maar ook het gedrag van deze zwangere asielzoekers kunnen beïnvloeden. Bijvoorbeeld na het lesje over voeding en infecties tijdens de zwangerschap merkten we dat bepaalde zwangeren ook effectief rekening hielden met onze informatie wat betreft hun voeding en voorzorgsmaatregelen om infecties te voorkomen. Soms worden we zelfs spontaan aangesproken met de vraag of ze een bepaald voedingsmiddel al dan niet mogen consumeren.

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebreken (WHO, 2014).

Een vroedvrouw is een persoon die de opleiding vroedkunde heeft voltooid. Deze opleiding is erkend in het land waar zij gevestigd is. De opleiding is gebaseerd op de ICM bevoegdheden en wereldwijde normen voor het verloskundig onderwijs. Een vroedvrouw heeft de vereiste kwalificaties verworven om de titel 'bachelor in de vroedvrouw' te behalen en toont competenties in de verloskundige praktijk (VLOV, 2014).

Een multidisciplinair team is een team waarin een veelheid aan disciplines aanwezig zijn, maar waar elke beroepsgroep zijn eigen taken heeft en die duidelijk afgegrensd zijn van de taken van een andere beroepsgroep (Ethisch advies GGZ, 2014).

De specificiteit van Fedasil Sint-Truiden is dat er in het opvangcentrum van Sint-Truiden speciale opvangplaatsen zijn voor niet-begeleide minderjarigen, er zijn ook een aantal terugkeerplaatsen voor asielzoekers die voorbereid worden op de terugkeer naar hun land van herkomst. Daarnaast beheert het centrum ook enkele time-out plaatsen voor minderjarigen, en vangt het ook kwetsbare vluchtelingen op in het kader van het Belgische hervestigingsprogramma (Fedasil, 2014).

3. Inventarisatie van de problemen op basis van de literatuur

In dit hoofdstuk wordt er besproken welke problemen zich voordoen bij het geven van gezondheidsvoorlichting aan zwangere asielzoekers. Deze problemen kunnen het geven van gezondheidsvoorlichting aan zwangere asielzoekers bemoeilijken en hun gezondheid belemmeren. De problemen uiten zich vooral op vlak van communicatie, het uitstellen van een prenataal onderzoek en de zwangerschapsuitkomsten. In het volgende hoofdstuk wordt er verder ingegaan op de behoeften en ervaringen van zwangere asielzoekers.

3.1 Communicatieproblemen

Volgens Hanegem et al. (2011) ervaart 81,4% van de zwangere asielzoekers communicatieproblemen met gezondheidsverleners. Het is belangrijk dat asielzoekers en zorgverleners elkaar op zijn minst verstaan.

Tijdens het geven van prenatale educatie aan zwangere asielzoekers kunnen er een aantal problemen ontstaan op vlak van communicatie tussen zorgverleners en zwangere asielzoekers. Het gevolg hiervan is dat het verstrekken van zorg niet vloeiend verloopt door een gebrek aan inzicht in de behoeften van vrouwen uit een andere cultuur. De afwezigheid van goede zorg in combinatie met het gebrek aan begrip en inzicht van de zorgverlener kan negatieve gevolgen hebben voor de zwangerschap en geboorte. Taal- en communicatiebarrières hebben dan ook een directe invloed op de gezondheid en het welzijn van zwangere asielzoekers. Het ontbreken van effectieve communicatie en zorg heeft eveneens een directe invloed op de niet-geïnformeerde keuze van de vrouw (Tobin et al., 2013). Bovendien kunnen communicatieproblemen ervoor zorgen dat zwangere asielzoekers het gezondheidszorgsysteem niet begrijpen met als gevolg dat ze minder gebruik zullen maken van het gezondheidszorgsysteem (Hanegem et al., 2011). Effectieve communicatie staat centraal in het verlenen van gepaste zorg (Tobin et al., 2013).

Uit een Nederlands onderzoek bij verloskundigen blijkt dat communiceren met cliënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen als moeilijk wordt ervaren. Dit was vooral het geval tijdens telefoongesprekken, wanneer het niet mogelijk is om alternatieve communicatie, zoals telefoontolken te gebruiken. Uit dit onderzoek blijkt eveneens dat de impact van een beperkt vermogen om te lezen, te begrijpen en informatie over gezondheid te gebruiken implicaties had tijdens de kraamzorg. Verloskundigen merkten dat afspraken vaak gemist werden of dat de bewuste vrouwen te laat kwamen opdagen (Agatha et al., 2013).

Dit merken we ook tijdens onze stage in het asielcentrum. We nodigen hun persoonlijk uit door middel van een kamerbezoek. Meestal maken we ook een afsprakenkaartje waarbij we duidelijk de dag en het uur van de prenatale les vermelden. Dit afsprakenkaartje wordt

gegeven op de dag dat de gezondheidsles plaatsvindt, omdat we merken dat de afspraak vaak vergeten wordt indien we dit afsprakenkaartje de week voordien geven.

3.2 Uitstellen van het prenataal bezoek

Zwangere asielzoekers zijn geneigd om hun eerste prenatale bezoek aan een gezondheidsverlener uit te stellen. Ze komen minder vaak voor een prenataal onderzoek, waardoor gezondheidsverleners minder tijd hebben om deze vrouwen beter te leren kennen. Doordat deze vrouwen hun eerste prenatale bezoek aan de vroedvrouw vaak laat in de zwangerschap brengen, is het moeilijker om de exacte bevallingsdatum te berekenen en eventuele gezondheidsproblemen te behandelen. Er zijn verschillende redenen waarom deze vrouwen laat in de zwangerschap een afspraak maken: vaak spreken ze de taal niet, zijn ze minder bekwaam of ze weten gewoon niet dat ze een afspraak moeten maken. Zwangere asielzoekers kennen vaak het doel van prenatale zorg niet (Rassjö et al., 2013).

Choté et al. (2011) vermeldt in zijn studie dat zwangere asielzoekers pas voor het eerst op prenataal onderzoek komen na veertien weken zwangerschap. Vroegtijdig gebruik van prenatale zorg kan de mogelijkheid bieden om kennis te maken met de verschillende screeningstesten. In geval van laattijdige consultatie is deze mogelijkheid afgenomen.

In een onderzoek van Herrel et al. (2008) gaven de meeste asielzoekers aan dat ze aanwezig waren tijdens de prenatale bezoeken. Redenen om naar een prenatale consultatie te gaan waren: preventie van complicaties, om gewicht en bloeddruk te evalueren en een garantie dat de dokter alle informatie had voor wanneer ze moesten bevallen. Een aantal manieren om de aanwezigheid van zwangere asielzoekers op prenatale afspraken te bevorderen waren: een telefonische herinnering de dag van hun afspraak, voorzien in transport naar de afspraak en voorzien in opvang van de andere kinderen.

Onze populatie in Fedasil wordt accuraat opgevolgd. Na de intake en vermoeden van zwangerschap wordt er doorverwezen naar de gynaecoloog. De verdere medisch/verloskundige opvolging gebeurt afwisselend door de gynaecoloog, de huisarts alsook de studenten vroedkunde in Fedasil.. Uiteraard komen er vrouwen laat in de zwangerschap toe in het asielcentrum en start de prenatale zorg bijgevolg ook laattijdig. Na de bevalling gebeurt de begeleiding zowel door de vroedvrouw als door medewerkers van Kind en Gezin en Wit-Gele Kruis.

3.3 Zwangerschapsuitkomsten

In Nederland registreerde de MOA (Medische Opvang Asielzoekers) in de periode van 2002 tot 2005, drie gevallen van maternale sterfte onder de asielzoekers op een totaal van 4327 geboortes. De moedersterfte onder de asielzoekers was dus veel hoger dan in de totale

Nederlandse bevolking. Het aantal gevallen van perinatale sterfte dat de MOA registreerde in de periode van 2006 tot 2008 was negentien. Waarschijnlijk werden niet alle gevallen van doodgeboorte gemeld. De perinatale sterfte was 11,6/1000 levendgeborenen (Goosen et al., 2010).

De literatuur toont een duidelijk verband aan tussen kwetsbare socio-economische omstandigheden en perinatale complicaties. Er blijkt een hogere nood aan neonatale reanimatie en zorgen, lagere apgar-scores en een verhoogd percentage aangeboren misvormingen in de groep met een zwakkere socio-economische status. Deze perinatale complicaties leiden op hun beurt tot een verhoogd kindersterftecijfer. Zowel de vroeg-neonatale sterfte, de laat-neonatale sterfte als de postneonatale sterfte zijn verhoogd in de zwakkere groep (Vanneste et al., 2008).

Ook volgens Haith-Cooper et al. (2013) komen gecompliceerde zwangerschappen vaker voor bij asielzoekers en hebben zij eveneens een hogere kans op maternale sterfte. Vaak wordt de asielaanvraag geassocieerd met stress wat verder gevolgen kan hebben op de fysieke en psychologische toestand van de zwangere vrouw. Chronische stress kan leiden tot diabetes, hypertensie, hartaanval, beroertes, chronische angst en depressies. In de zwangerschap zorgt stress voor een hogere kans op prematuriteit en een laag geboortegewicht.

Uit een onderzoek van Hanegem et al. (2011) blijkt dat er een verhoogde incidentie van 31 op 100 gevallen van maternale morbiditeit aanwezig is bij zwangere asielzoekers. Er is eveneens een verhoogd risico op een uterusruptuur. Verder blijkt dat zwangere asielzoekers een verhoogde kans hebben op een baby met een laag geboortegewicht, preterme geboorte en perinatale sterfte.

4. Ervaringen en behoeften van zwangere asielzoekers

In dit hoofdstuk worden vervolgens de behoeften van zwangere asielzoekers besproken. Wat verwachten de zwangere asielzoekers van de gezondheidsverleners? Volgens de literatuur hebben zwangere asielzoekers behoefte aan cultuurgerichte zorg, tolken om de communicatie te vergemakkelijken en prenatale educatie. Verder hebben ze ook een aantal behoeften omtrent de manier van zorgverlening zoals tijdige informatie over het zorgsysteem, een positieve communicatie, het overwinnen van de taalbarrière en het ontwikkelen van sociale netwerken. In deze bachelorproef wordt dieper ingegaan op het emotionele aspect. Aanvullend wordt een illustratie gegeven van onze ervaringen omtrent de behoeften van zwangere asielzoekers.

4.1 Cultuurgerichte zorg

Cultuurgerichte zorg vereist dat de zorgverleners begrip hebben voor zwangere asielzoekers die vaak heel angstig en getraumatiseerd zijn. Deze vrouwen met respect en waardigheid behandelen staat centraal in de cultuurgerichte zorg. Extra ondersteunen, geruststellen en je medeleven tonen is vereist, aangezien deze vrouwen hier vaak geen familie hebben (Tobin et al., 2013). Volgens Stapleton et al. (2013) is het noodzakelijk om zorgverleners die instaan voor prenatale zorg te trainen en dit met bijzondere aandacht voor de culturele achtergrond en principes van deze vrouwen.

Gezondheidszorgsystemen hebben de neiging om hun zorg vooral te richten op de meerderheid van de bevolking. Ze zijn niet responsief genoeg omtrent de etnische diversiteit binnen de populatie (Agatha et al., 2013).

Bovenstaande gegevens werden scherp aangevoeld in het medisch centrum van Fedasil, vandaar de grote bereidheid en medewerking tot het opzetten van het project/stage tussen de opleiding Vroedkunde Limburg en Fedasil Sint-Truiden, met het organiseren van moedergroepen, etc.

4.2 Tolken

De bereikbaarheid van een tolk 24 op 24 uur is essentieel. Bepaalde interventies kunnen bijzonder stressvol zijn voor zwangere asielzoekers. Het is noodzakelijk om tolken in te schakelen bij het uitleggen van de verschillende procedures, zodat deze vrouwen een geïnformeerde keuze kunnen maken. Het cruciale punt volgens Tobin et al. (2013) is dat tolken een schaarse bron van hulp zijn. Bovendien is een goede opleiding van tolken noodzakelijk ter verbetering van de maternele uitkomsten.

Gebruik van alternatieve middelen zoals familieleden of vrienden als tolk en vertaalde folders kunnen zeer behulpzaam zijn (Agatha et al., 2013).

Door de ervaringen vanuit onze stage in Fedasil Sint-Truiden weten we dat familieleden, vrienden of de partner als tolk ook kunnen leiden tot negatieve uitkomsten. De zwangere vrouwen geven ons vaak incorrecte en onvolledige informatie wanneer er iemand aanwezig is die ze kennen. We hebben ook al opgemerkt dat familieleden, vrienden of partners ons de verkeerde informatie doorgeven. We opteren dus voor een buitenstaander als tolk.

4.3 Zorgbehoeften van asielzoekers

Uit diepte-interviews met vier zwangere asielzoeksters in Nederland bleek dat deze vrouwen de volgende zorgbehoeften hebben: tijdige informatie over het zorgsysteem, positieve communicatie, het overwinnen van de taalbarrière en het ontwikkelen van sociale netwerken. Discontinuïteit van zorg door overplaatsingen, beperkte consulttijd, beperkte financiële middelen en de asielprocedure werden genoemd als belemmerende factoren. Het verslag van een focusgroep gesprek met elf asielzoeksters in één asielzoekerscentrum rapporteerde als 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 (Goosen et al., 2010).

Sociaal-economisch zwakkere groepen hebben baat bij een goede prenatale zorg. Er is een duidelijk verband tussen een sociaaleconomisch zwakkere positie van een moeder en de perinatale morbiditeit en mortaliteit van haar kind (Vanneste et al., 2008).

Zelf geven we aan de zwangere vrouwen ook relaxatie oefeningen. We doen dit door te beginnen met een kopje thee te drinken en rond te vragen hoe het met iedereen gaat. We maken de ruimte gezellig met kaarslicht en posters. Soms geven we ook ademhalingsoefeningen om de weeën goed te kunnen opvangen en nadien eindigen we met yoga oefeningen als ontspanning. Op het einde van de informatiesessie vragen we altijd aan de aanwezige zwangeren naar de bewegingen van de baby in hun buik en luisteren we naar de hartslag van de baby. Zo ontstaat er een rustgevende en vertrouwde omgeving.

4.4 Geboorte-ervaringen

In de studie van Herrel et al. (2004) spraken de meeste zwangere asielzoekers uit Somalië die naar Australië gevlucht zijn vol lof over de steun die ze kregen van gezondheidsverleners, alhoewel sommige asielzoekers negatieve geboorte-ervaringen hadden. Ze stelden zich vragen rond de bekwaamheid van de gezondheidsverleners die betrokken waren bij de bevalling en het postpartum. Ook hadden ze negatieve ervaringen

omtrent de zorg die ze kregen. De zwangere asielzoekers voelden zich gediscrimineerd op basis van hun ras en kleur. De gezondheidsverleners waren minder sensitief voor de behoeften van asielzoekers die in arbeid waren.

Zwangere asielzoekers hadden een gevoel van angst en vrees omtrent sectio's. In Somalië, hun land van herkomst, werd dit immers zelden gedaan. Sommige asielzoekers suggereerden: "Ik begreep niet waarom de medische staf koos voor een sectio voor de uitgerekende bevallingsdatum" (Herrel et al., 2004).

4.5 Behoeftte aan prenatale educatie

Uit hetzelfde onderzoek van Herrel et al. (2004) blijkt dat zwangere asielzoekers meer informatie wilden over de omgeving waarin ze zouden bevallen, pijnstilling, het belang van prenatale bezoeken, de beschikbaarheid van tolken en de zorg die ze kunnen verwachten van de medische staf. Een vrouw gaf aan dat er absoluut noodzaak is aan informatie omtrent pijnstilling en suggereerde het volgende: "Ze vroegen me te kiezen tussen de verschillende vormen van pijnstilling zoals epidurale analgesie en andere pijnstilling, maar ik kreeg geen informatie over de voordelen en nadelen van de verschillende pijnstilling."

4.6 Het emotionele aspect en zelfvertrouwen

Volgens Hill et al. (2012) en Haith-Cooper et al. (2013) zijn zwangere asielzoekers bijzonder kwetsbaar tijdens hun zwangerschap en bevalling, omdat ze hun familie hebben moeten achterlaten. Ze worden vaak niet ondersteund in hun asielaanvraag. Meestal verblijven ze in grote centra waar sommigen zich onveilig voelen.

Seksueel misbruik, geweld en genitale verminking komen vaak voor in de voorgeschiedenis van asielzoekers. Ze kunnen ook het slachtoffer zijn van mensenhandel, gedwongen prostitutie en slavernij. Sommige vrouwen voelen zich onveilig door geweld en misbruik. Wanneer de zwangerschap een gevolg is van verkrachting kan dit leiden tot psychologische problemen zoals depressie, angst en post-traumatische stressstoornis (Haith-Cooper et al., 2013).

Volgens Tobin et al. (2013) is het risico op psychische stoornissen groot bij deze vrouwen door vervreemding, eenzaamheid en isolement.

In Fedasil merken we dat deze vrouwen bij de eerste kennismaking eerder teruggetrokken zijn. Daarom starten we met een ijsbreker. Het eerste gesprek verloopt meestal moeizaam, doordat ze zich eerder wantrouwig opstellen. Naarmate dat de zwangere asielzoekers ons vaker zien, groeit er een vertrouwensband. Zo komen we meer te weten over de omstandigheden waarin de bevruchting heeft plaatsgevonden en/of de zwangerschap al dan

niet gewenst is. Wanneer de zwangerschap ongewenst is of wanneer de zwangerschap het gevolg is van een verkrachting wordt er extra psychologische begeleiding voorzien door medewerkers van Fedasil.

Berg et al. (1998) vermeldt in zijn studie dat keuze, continuïteit en controle mogelijk moeten zijn voor zwangere vrouwen. Communicatie en zorg voor de baby zijn eveneens belangrijk. Wanneer zwangere vrouwen controle hebben over de situatie stijgt het gevoel van zelfvertrouwen en eigenwaarde. Zwangere vrouwen voelen zich gerespecteerd en respecteren zichzelf. Dit houdt controle over pijn en controle over de gezondheid van de baby in. Het kan nuttig zijn voor de zwangere vrouw om haar vertrouwde en gekozen vroedvrouw in de buurt te hebben, vooral wanneer er zich problemen voordoen tijdens de arbeid en bevalling.

Uit onze ervaring blijkt dat de meeste zwangere asielzoekers naar een vrouwelijke arts vragen omwille van godsdienst, maar ook angst als gevolg van mishandeling, verkrachting, enzovoort.

Verder heeft dit onderzoek uitgewezen dat vrouwen zich veiliger voelen wanneer er constant iemand bij hun is tijdens de arbeid. De aanwezigheid van een vroedvrouw die zorgt voor continue ondersteuning tijdens de arbeid kan de obstetrische en neonatale uitkomsten verbeteren. De beste manier waarop vroedvrouwen psychologische ondersteuning kunnen bieden is door naar de vrouw te luisteren, continue informatie te geven en begrijpbare taal te gebruiken. Het blijkt dat de aanwezigheid van de baby rust en een gevoel van succesvol moederschap met zich meebrengt (Berg et al., 1998).

5. Rol van de gezondheidsmedewerkers

Continuïteit van zorg, een gedeelde visie en wederzijds vertrouwen zijn cruciaal voor zwangere asielzoekers. Het is belangrijk dat de opvattingen en behoeften omtrent gezondheidszorg, zwangerschap en bevalling van deze zwangere asielzoekers erkend worden door zorgverleners met als doel het verbeteren van de zwangerschapsuitkomsten (Rassjö et al., 2013).

Uit onderzoek van Homer et al. (2008) blijkt dat continuïteit van zorg wordt geassocieerd met positieve ervaringen tussen zwangere vrouwen en vroedvrouwen. Continuïteit van de zorg wordt ook geassocieerd met een stijging van het aantal fysiologische bevallingen en een daling van de interventies. Belangrijk is dat continuïteit van zorg ook geëvalueerd wordt. Er moet aandacht worden besteed aan het plannen van continuïteit van zorg en eveneens voor een gepast management en leiderschap. Bij het ontwikkelen van continuïteit van zorg dient er vooral aandacht te worden besteed aan de mensen die het moeilijker hebben. Verloskundigen hebben de capaciteit om de zwangerschapsuitkomsten van gemeenschappen die het moeilijker hebben te beïnvloeden. Continuïteit zorgt voor een betere gezondheid op lange termijn.

In Fedasil houden we zelf een agenda bij met afspraken, opvolging van zwangere asielzoekers, aanwezigheden en gsm-nummers. Bevallingsgegevens zullen gaandeweg toegevoegd worden.

Huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog en sociaal werker kunnen een complementaire rol spelen in de begeleiding van zwangerschap, bevalling en postpartum. Het hanteren van een uniform zorgpad voor alle zwangeren kan deze complementaire zorg mogelijk maken. Binnen dat zorgpad moet er een differentiatie mogelijk zijn naargelang de specifieke problematiek. Voor kwetsbare gezinnen betekent dit een zorgpad met meer continuïteit en een intensievere begeleiding gericht op de sociale en culturele aspecten (Hoogewys et al., 2012).

Informatiebrochures in verschillende talen over relevante onderwerpen zoals inductie en epidurale analgesie zouden nuttig kunnen zijn (Tobin et al., 2013).

Tijdens de gezondheidslessen in Fedasil maken we tevens gebruik van Franstalige en Engelstalige informatiebrochures van onder andere Kind en Gezin, Sensoa, ONE, enzovoort.

Taalproblemen, culturele factoren en gezondheid zijn de huidige uitdagingen voor vroedvrouwen die zorg verlenen aan zwangere asielzoekers. Het zou goed zijn dat vroedvrouwen de nodige informatie verstrekken aan deze kwetsbare groep. Vroedvrouwen zijn in de juiste positie om het gezondheidsgedrag van deze zwangere asielzoekers te

beïnvloeden. Als voorbereiding op deze rol moeten vroedvrouwen zelf beschikken over de nodige en correcte informatie hieromtrent. Dergelijke informatie kan bijdragen tot een goede gezondheidsstatus en daling van de risicofactoren bij zwangere asielzoekers. Dit zorgt er ook voor dat er meer wordt ingegaan op de specifieke medische behoeften. Vroedvrouwen moeten dus getraind worden in het verlenen van zorg aangepast aan de behoeften van zwangere asielzoekers (Carolan et al., 2010).

De kerncompetenties van de vroedvrouw zijn als volgt:

- De vroedvrouw begeleidt en bewaakt autonoom en globaal de gezonde vrouwen en pasgeborenen vanaf de bevruchting, vóór, tijdens en na de geboorte en bevordert de integratie van het gezin.
- In het verloskundig-medisch domein en het neonatologisch-medisch domein begeleidt de vroedvrouw de vrouw en het kind in verhoogdrisico situaties, in samenwerking met en verwijzend naar gynaecologen, neonatologen en andere specialisten. In het domein van de reproductieve geneeskunde voert zij de haar toevertrouwde medische handelingen uit en is zij actief betrokken bij de pré- en postnatale opvolging van moeder en kind.
- De vroedvrouw situeert de vrouw in haar familiale en sociale context. Zij herkent psychosociale crisissituaties. Zij begeleidt koppels met vruchtbaarheidsproblemen tijdens de medische behandeling.
- De vroedvrouw heeft een taak in de seksuele en relationele vorming van de jongeren. Zij stimuleert en bevordert de gezondheid van de vrouw, de moeder, het kind en het gezin. Zij informeert koppels met vruchtbaarheidsproblemen.
- De vroedvrouw neemt haar verantwoordelijkheid op voor de organisatie van haar werk alsook voor haar werkdomein. Zij werkt als actief lid samen in de hele structuur.
- De vroedvrouw neemt actief deel aan de bewaking en de bevordering van de kwaliteit van zorg en draagt bij tot de ontwikkeling ervan.
- De vroedvrouw streeft naar een op evidentie gebaseerde praktijkvoering vanuit een kritische reflectie op het eigen handelen. De vroedvrouw bezit leervaardigheden en attitudes die bijdragen tot levenslange professionalisering.

- De vroedvrouw coacht, als deel van een interdisciplinair team, studenten en collega's om als professionele vroedvrouw in de gezondheidszorg te functioneren en op die manier een optimale perinatale zorgverlening te garanderen.

(VLOV, 2006).

Andere actoren in het veld van zorgverlening aan jonge gezinnen en zeker kwetsbare gezinnen zijn:

Kind en Gezin

Kind en Gezin is een agentschap van de Vlaamse overheid. Deze organisatie heeft als opdracht om actief bij te dragen tot het welzijn van jonge kinderen en hun gezinnen door dienstverlening op de beleidsvelden preventieve gezinsondersteuning, kinderopvang en adoptie.

De doelgroep bestaat uit aanstaande ouders en gezinnen met kinderen van nul tot drie jaar met bijzondere aandacht voor maatschappelijk kwetsbare vrouwen en gezinnen.

De kerntaak bestaat uit medische, psychologische en pedagogische preventie.

De rode draad in de dienstverlening vanaf de zwangerschap tot 3 jaar bestaat uit:

- Gezonde voeding
- Verzorging en hygiëne
- Gezondheid en volledige vaccinatie
- Veilige leef- en slaapomgeving
- Optimale ontwikkeling
- Positief ouderschap

Prenatale begeleiding van maatschappelijk kwetsbare vrouwen bestaat uit prenatale consulten en huisbezoeken.

Postnatale aanbod:

- Kennismakingsbezoek
- Huisbezoeken
- Gehoortest
- Vaccinaties
- Opvolgen van de ontwikkeling
- Bespreken van vragen

(Kind en Gezin, 2014).

Huis van het Kind

Dit is een partnerschap tussen verschillende lokale organisaties met uiteenlopende diensten voor gezinnen met kinderen. Het aanbod en de samenstelling van het Huis van het Kind verschilt van regio tot regio. In het Huis van het Kind is er onder andere plaats voor een consultatiebureau, kinderopvang, babysitdienst, plaatselijke gezinsbond, prenatale/postnatale gymnastiek, borstvoedingsadvies, een opvoedingswinkel, lezingen, workshops enzovoort.

(Huizen van het Kind, 2014).

GAMS

GAMS is een organisatie die bestaat uit een groep Afrikaanse en Europese vrouwen en mannen die strijden tegen vrouwelijke genitale verminking. De algemene doelstelling van GAMS is om bij te dragen aan de afschaffing van vrouwelijke genitale verminking in de wereld.

Activiteiten:

- Voorlichting geven
- Opleidingen omtrent genitale verminking voor gezondheidsmedewerkers, juristen, opvoeders, enzovoort
- Onderzoek naar genitale verminking
- Individuele/aangepaste hulp voor vrouwen die geconfronteerd werden met genitale verminking
- Begeleiding van studenten in het kader van stage (vroedvrouwen, sociaal assistenten)
- Workshops omtrent zwangerschap
- Projecten in het buitenland

(GAMS, 2014).

Verder spelen organisaties zoals het OCMW, CKG, enzovoort ook een rol in de dienstverlening voor zwangere asielzoekers. We hebben ons beperkt tot een aantal organisaties, omdat er een zeer brede waaier aan dienstverlening voor zwangere asielzoekers voorhanden is.

6. Prenatale educatie

In dit hoofdstuk wordt het aanbod van prenatale zorg, de methode waarop gezondheidsvoorlichting kan gegeven worden en het effect van het geven van gezondheidsvoorlichting op de zwangerschapsuitkomsten besproken.

6.1 Aanbod en methode van prenatale educatie en zorg

Gezondheidsvoorlichting en –begeleiding betekent alle activiteiten die ondernomen worden om ervoor te zorgen dat de mensen zichzelf gezonder willen en kunnen gedragen. Gezondheidsvoorlichting heeft ook een belangrijk emancipatorisch doel: ervoor zorgen dat mensen meer greep hebben op hun eigen gezondheid. Gezondheidsvoorlichting richt zich tot verschillende doelgroepen, maar wanneer ze zich specifiek richt tot zwangere vrouwen wordt dit prenatale of antenatale educatie genoemd. Prenatale educatie vindt meestal plaats in groepsverband. De begeleiding ervan gebeurt doorgaans door vroedvrouwen en soms in samenwerking met artsen, kinesisten of andere gezondheidsmedewerkers. De lessen hangen vaak af van een lokaal initiatief. Het aanbod in Vlaanderen verschilt overal wat betreft de lesgever, de inhoud en de vorm (Vanneste et al., 2008).

Volgens De Stephano et al. (2010) zou het maken van prenatale video's voor zwangere asielzoekers omtrent zwangerschap en bevalling in hun eigen taal nuttig kunnen zijn. Bestaande literatuur heeft bevestigd dat educatieve video's de kennis verbeteren.

In de studie van Herrel et al. (2004) werden elf methoden omtrent het geven van prenatale educatie voorgesteld aan zwangere asielzoekers. Deze methoden bestonden uit: video's voor thuis, rondleiding in het ziekenhuis, audiotapes, visueel materiaal, huisbezoek, educatie voor de man, een programma op het internet, one-to-one counseling, groepslessen in het ziekenhuis, groepslessen buiten het ziekenhuis en video's tijdens het prenatale bezoek. Zwangere asielzoekers verkozen video's voor thuis, een rondleiding in het ziekenhuis, audiotapes en visueel materiaal. Ook prenatale educatie voor de man werd aangegeven als zijnde belangrijk.

6.2 Effect van prenatale educatie en zorg

Stoll et al. (2012) concluderen uit hun studie dat zwangere asielzoekers die de prenatale lessen bijwoonden, minder kans hadden op een sectio. Nullipara's die geen prenatale lessen hadden bijgewoond, hadden bijgevolg een hoger risico op een sectio. De reden hiervan was macrosomie, hoge maternale leeftijd en het niet bijwonen van de prenatale lessen. Nullipara's die de prenatale lessen wel hadden bijgewoond, liepen twintig procent minder kans op een sectio in vergelijking met nullipara's die de prenatale lessen niet hadden

bijgewoond. Multipara's die de prenatale lessen hadden bijgewoond, hadden twee keer zoveel kans op het slagen van een vaginale bevalling na een sectio. In het algemeen hadden vrouwen die de prenatale lessen bijwoonden meer kans op een vaginale bevalling. Deelname aan de prenatale lessen werd geassocieerd met een daling van het gebruik van epidurale analgesie en een verhoogde kennis van de obstetrische interventies. Voor zwangere asielzoekers die de prenatale lessen bijwoonden, waren de lesgevers de belangrijkste bron van informatie over zwangerschap, arbeid en bevalling. Andere informatiebronnen waren boeken, eerdere zwangerschappen, familie, vrienden en het internet. Prenatale lessen zorgen voor een betere kennis van zwangere asielzoekers omtrent de interventies en de werking van het ziekenhuis. Het doel is te voldoen aan de individuele verwachtingen en behoeften van zwangere asielzoekers. Zwangere vrouwen die de prenatale lessen hadden bijgewoond en de risico's omtrent inducties hadden meegekregen, hadden minder kans op een inductie. Het volgen van de prenatale lessen draagt bij tot het maken van een geïnformeerde keuze tijdens de zwangerschap en bevalling (Stoll et al., 2012).

7. Praktijkgericht

7.1 Doel en werking

Het voorbije jaar hebben we kennisgemaakt met een diversiteit aan culturen. We kregen de kans om gedurende het hele schooljaar elke vrijdag stage te lopen in het asielcentrum Fedasil te Sint-Truiden. Het doel van dit gezondheidsproject is zwangere asielzoekers zo goed mogelijk te informeren omtrent zwangerschap en bevalling. Dit doen we met behulp van gezondheidslessen die elke vrijdag worden gegeven van 10-12uur. De onderwerpen zijn gevarieerd en bestaan uit arbeid en bevalling, zwangerschap en voeding, infecties tijdens de zwangerschap, medicatie tijdens de zwangerschap, babybadje, borst- en flesvoeding, wiegendoodpreventie en leefomgeving, verzorging van de pasgeborene, babymassage en zwangerschapsrelaxatie. De informatie van de gezondheidslessen is steeds gebaseerd op wetenschappelijke literatuur. We maken tevens gebruik van didactisch materiaal zoals foto's, boeken, prenten, powerpoints, voorwerpen, posters, folders en video's. Dit alles wordt in zoveel mogelijke talen voorgesteld. Tijdens het lesje arbeid en bevalling brengen we eveneens een bezoek aan het ziekenhuis, zodat de zwangere asielzoekers een beeld hebben van de omgeving waarin zij gaan bevallen. In de namiddag doen we samen met de arts prenatale, postnatale en gynaecologische consultaties. Dit bestaat uit het nemen van de bloeddruk, temperatuur, orale glucose tolerantie test, vaginaal onderzoek, handgrepen van Leopold, doptone, meten van de fundushoogte, bloedname, afname van urine en administratieve regeling in verband met afspraken buiten het centrum. Verder doen we ook postpartumbezoeken. Dit houdt in dat we de baby wegen, meten, temperatuur nemen, een algemene inspectie doen en de voeding opvolgen. Bij borstvoeding geven we nog extra ondersteuning en tips indien nodig. We doen steeds een debriefing over de arbeid, bevalling en kraamervaring met de moeder en vader. De controles bij de moeder bestaan uit baarmoederinvolutie en lochiaal verlies, bloeddruk, algemene inspectie, controle van de borsten en eventueel perineumhechting. Als laatste bieden we ook altijd emotionele steun aan zwangere asielzoekers en pas bevallen moeders.



7.2 Reflectie

Reflectie is een belangrijk hulpmiddel bij de ontwikkeling van je zelfbeeld. Reflectie betekent beschouwing, overdenking. Je vormt een zelfbeeld door na te denken over jezelf. Je gaat nog eens na wat er precies gebeurd is en hoe je hebt gereageerd in die situatie.

Reflectie is een cyclisch proces. Een veel gebruikt model is dat van F. Korthagen. Korthagen gebruikt vijf stappen om gestructureerd en stapsgewijs te reflecteren op je handelen.

Stap 1: Handelen/ervaring

Het doel van onze gezondheidslessen is dat zwangere asielzoekers zo goed mogelijk voorbereid zijn op zwangerschap, bevalling en postpartum.

Niet alle zwangere asielzoekers spreken dezelfde taal. De meesten spreken Frans of Engels, maar sommigen spreken enkel hun moedertaal. Daardoor is het soms moeilijk in groep deze gezondheidslessen te geven. We maken gebruik van boeken, prenten, foto's, posters, folders, powerpoints en video's in verschillende talen om de informatie duidelijk te maken. Waar we zeker op willen letten is dat elke zwangere asielzoeker betrokken wordt en dat er voldoende interactie onderling is.

Stap 2: Terugblikken op het handelen

We zijn telkens gestart met een ijsbreker zoals een kopje thee, een vraag of een foto. Het materiaal ligt klaar op de tafel en we vragen de zwangeren waarmee zij het liefst willen beginnen. Meestal beginnen ze graag met een video. Deze dient als soort introductie omtrent het onderwerp van het gezondheidslesje. Verder geven we onze informatie via powerpoints, posters, boeken, prenten, folders, enzovoort. Na een uur wordt er een pauze van tien minuten ingelast. Nadien gaan we meestal over naar het praktische gedeelte zoals bijvoorbeeld een babybadje geven, borstvoeding geven, enzovoort. Daarna doen we een soort reflectie door middel van vragen om te zien of de zwangeren alles begrepen hebben. We eindigen met het luisteren naar de hartslag van hun baby met behulp van een doptone en geven een cadeautje mee om hun motivatie aan te sterken.

De zwangeren kiezen de week ervoor zelf over welke onderwerp ze het willen hebben. De volgorde van de gezondheidslessen wordt eveneens bepaald door de zwangere asielzoekers. Dit doen we om de interesse hoog te houden en een soort vertrouwensband op te bouwen. We leveren bijkomend value-based informatie, namelijk geschoeid op de behoeften van de zwangere en niet altijd in strakke geprogrammeerde lessen. Onze populatie wisselt namelijk snel en sterk; de ene week zijn er zwangeren van 7 maanden en de week nadien kan er een zwangere bijkomen op 15 weken zwangerschapsduur.

Na verloop van tijd voelden we dat er een affectieve band groeide. De zwangere asielzoekers bloeiden week na week open en vroegen zelfs meermaals naar ons als we niet aanwezig waren. Dit schenkt ons een enorme voldoening.

We denken dat de zwangere asielzoekers voldoende ingelicht zijn om een geïnformeerde keuze te maken. Ze geven zelf ook aan dat ze meer kennis hebben verworven omtrent zwangerschap en bevalling, zelfs meerbarenden hadden bijgeleerd.

Stap 3: Bewustwording van essentiële aspecten

Wij vonden het vooral belangrijk dat ze gezondheidsvoorlichting in hun eigen taal kregen. We merken dat als wij de moeite doen om deze gezondheidslessen in hun taal te geven, dat zij eveneens de moeite doen om interactief mee te werken. Verder speelt respect en vertrouwen een belangrijke rol voor ons.

Voor ons is dit project/stage een unieke ervaring. We hebben kennism gemaakt met een diversiteit aan culturen. We hebben echt het gevoel dat onze inspanningen gewaardeerd worden, zowel door de zwangere asielzoekers als door het medische team van Fedasil.

Door examens, vakanties en dergelijke konden we niet iedere vrijdag aanwezig zijn. Een suggestie voor verandering zou eventueel kunnen zijn dat studenten iedere vrijdag vrij geroosterd worden, zodat deze gezondheidslessen wel iedere vrijdag kunnen plaatsvinden.

Stap 4: Alternatieven ontwikkelen en daaruit kiezen

Een andere mogelijkheid is om de gezondheidslessen individueel te geven, maar dan is aanwezigheid van één dag per week te weinig. Verder kunnen we de gezondheidslessen ook op een andere dag geven, omdat de zwangere asielzoekers vrijdag vaak op weekend vertrekken naar familie en/of vrienden.

Stap 5: Uitproberen in nieuwe situatie

We hebben dit alternatief niet kunnen uitvoeren, omdat we niet vrij geroosterd zijn op een andere dag dan vrijdag. Dit is wel een eventuele mogelijkheid voor de volgende studenten om dit uit te proberen. Onze implicaties voor de opvolgers van dit project zijn het bijhouden van bevallingsgegevens en een eventuele samenwerking met organisaties zoals GAMS, Kind en Gezin, CKG, enzovoort. Het maken van video's in het Frans en Engels van de gezondheidslessen die zwangere asielzoekers kunnen raadplegen zouden handig kunnen zijn om de continuïteit van gezondheidsverlening te behouden.

(Korthagen, 2010).

8. Discussie

“Opstart van een gezondheidsproject voor zwangere asielzoekers: welke rol speelt de vroedvrouw in het multidisciplinaire team?”

Eerst en vooral is er weinig onderzoek gedaan naar het emotionele aspect en de ervaringen van zwangere asielzoekers. De literatuur die wij raadpleegden heeft niet beschreven welke impact het geven van gezondheidsvoorlichting heeft op het emotionele welzijn van zwangere asielzoekers. Uit ervaringen in het asielcentrum kunnen we wel zeggen dat er na verloop van tijd een soort band wordt opgebouwd met wederzijds vertrouwen en respect. Verder is de literatuur beperkt over de zwangerschapsuitkomsten bij zwangere asielzoekers. Een suggestie zou kunnen zijn dat SPE de zwangerschapsuitkomsten van asielzoekers bijhoudt. De literatuur beschrijft vooral de problemen die zich momenteel voordoen door het niet geven van gezondheidsvoorlichting. Over het effect van het geven van gezondheidsvoorlichting is er geen literatuur beschikbaar. Mogelijks doordat er weinig/geen gezondheidsvoorlichting aan zwangere asielzoekers gegeven wordt.

Er worden een aantal organisaties besproken die instaan voor de dienstverlening aan zwangere asielzoekers. Gams, Kind en Gezin en Huis van het Kind werden in deze bachelorproef aangehaald. Dit zijn uiteraard niet alle organisaties die instaan voor dienstverlening aan zwangere asielzoekers. We hebben deze opsomming beperkt, omdat er een zeer brede waaier aan organisaties bestaat die instaan voor de dienstverlening aan zwangere asielzoekers.

Volgens Rassjö et al. (2013) zijn zwangere asielzoekers eerder geneigd om hun eerste prenatale bezoek aan de vroedvrouw uit te stellen. Vaak spreken ze de taal niet, zijn ze minder bekwaam of ze weten gewoon niet dat ze een afspraak moeten maken. Dit merken we ook bij de populatie zwangere asielzoekers in het asielcentrum. Wanneer ze een afspraak hebben voor een consultatie of gezondheidsvoorlichting komen zwangere asielzoekers vaak niet opdagen, zelfs niet na persoonlijke uitnodiging. Daardoor wordt de continuïteit van de zorgverlening bemoeilijkt.

Uit de ervaring in het asielcentrum blijkt ook dat niet alle zwangere asielzoekers het gezondheidsadvies opvolgen. Ze blijven bijvoorbeeld verder ongezond eten of roken tijdens hun zwangerschap.

Continuïteit van zorg, een gedeelde visie en wederzijds vertrouwen zijn cruciaal voor zwangere asielzoekers (Rassjö et al., 2013). In het asielcentrum geven we elke vrijdag

gezondheidsvoorlichting en prenatale consultaties. Het nastreven van continuïteit van zorg was bemoeilijkt doordat we als studenten soms les of examens hebben op vrijdag.

In Fedasil worden de gegevens omtrent de arbeid en bevalling van zwangere asielzoekers niet bijgehouden. Enkel het ziekenhuis beschikt over deze gegevens. Dit maakt het voor ons moeilijk een zicht te krijgen op de zwangerschapsuitkomsten bij onze populatie zwangere asielzoekers in Fedasil.

9. Conclusie

Volgens de literatuur ervaart 81,4% van de zwangere asielzoekers communicatieproblemen met zorgverleners. Communicatieproblemen kunnen ervoor zorgen dat de zorg niet vloeiend verloopt. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de zwangerschapsuitkomsten. Verder kunnen communicatieproblemen ervoor zorgen dat zwangere asielzoekers minder gebruik maken van het gezondheidssysteem doordat ze het niet begrijpen.

Zwangere asielzoekers zijn eerder geneigd om hun eerste prenatale bezoek aan een zorgverlener uit te stellen. Hierdoor is het moeilijker om de exacte bevallingsdatum te berekenen en om eventuele gezondheidsproblemen te behandelen. Zorgverleners kunnen zwangere asielzoekers stimuleren om naar de prenatale consultatie te komen door een telefonische herinnering, door het voorzien van transport en door het voorzien van opvang voor de andere kinderen.

Gecompliceerde zwangerschappen komen vaker voor bij asielzoekers. De asielaanvraag wordt geassocieerd met stress. Dit kan verdere gevolgen hebben op de psychologische en fysieke toestand. Zwangere asielzoekers zijn bijzonder kwetsbaar tijdens hun zwangerschap en bevalling. Wanneer de zwangerschap een gevolg is van verkrachting kan dit leiden tot psychologische problemen. Er is een duidelijk verband tussen kwetsbare socio-economische omstandigheden en perinatale complicaties.

Zwangere asielzoekers hebben behoefte aan cultuurgerichte zorg. Deze vrouwen met respect en waardigheid behandelen staat centraal in de cultuurgerichte zorg. Uit onderzoek blijkt dat de bereikbaarheid van een tolk 24 op 24uur essentieel is. Dit maakt mogelijk dat zwangere asielzoekers een geïnformeerde keuze kunnen maken.

Zwangere asielzoekers hebben behoefte aan informatie over de zwangerschap en gezondheidszorg, zorgverleners die luisteren en de mogelijkheid om deel te nemen aan zwangerschaps- en moedergroepen. Zwangere asielzoekers wensen meer informatie over de omgeving waarin ze gaan bevallen, pijnstilling, het belang van prenatale consultaties, de beschikbaarheid van tolken en de zorg die ze kunnen verwachten van zorgverleners.

Omtrent de geboorte-ervaringen van zwangere asielzoekers zijn de meningen verdeeld. Sommige zwangere asielzoekers hadden positieve ervaringen, anderen hadden eerder negatieve ervaringen. Ze stelden zich vragen omtrent de bekwaamheid van zorgverleners en voelden zich gediscrimineerd op basis van hun ras en kleur.

Continuïteit, keuze, controle, communicatie en zorg voor de baby moeten beschikbaar zijn voor zwangere asielzoekers. Hierdoor stijgt hun zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde.

De rol van zorgverleners bestaat uit het verlenen van continuïteit van zorg. Dit leidt tot positieve ervaringen tussen zorgverleners en zwangere asielzoekers, een stijging van het aantal fysiologische bevallingen en een daling van de interventies.

Het is belangrijk dat zorgverleners de opvattingen en behoeften omtrent gezondheidszorg, zwangerschap en bevalling van deze zwangere asielzoekers erkennen, omdat dit kan leiden tot een verbetering van de zwangerschapsuitkomsten. Huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog en sociaal werker kunnen een complementaire rol spelen in de begeleiding van zwangerschap, bevalling en postpartum. Verder kunnen informatiebrochures in verschillende talen nuttig zijn. Organisaties zoals Kind en Gezin, Gams, Huis van het Kind, enzovoort spelen eveneens een rol in de begeleiding van zwangerschap, bevalling en postpartum bij zwangere asielzoekers.

Prenatale video's omtrent zwangerschap en bevalling voor zwangere asielzoekers zijn nuttig. Dit leidt tot een verbetering van de kennis. Andere methoden voor het geven van prenatale educatie zijn een rondleiding in het ziekenhuis, programma's op het internet, one-to-one counseling en groepslessen in of buiten het ziekenhuis.

Omtrent het effect van prenatale educatie en zorg blijkt dat zwangere asielzoekers die de prenatale lessen bijwoonden minder kans hadden op een sectio en inductie. Deelname aan prenatale lessen wordt geassocieerd met een daling van het gebruik van epidurale analgesie, een verhoogde kennis omtrent obstetrische interventies en een verhoogde kennis omtrent de werking van het ziekenhuis. Prenatale lessen kunnen bijdragen tot het maken van een geïnformeerde keuze voor zwangere asielzoekers.

10. Bronvermelding

Agatha, W., Anneke, L., Judit, M., Therese, A. & Walter, L.J.M. (2013). "A mixture of positive and negative feelings": A qualitative study of primary care midwives' experiences with non-western clients living in the Netherlands. *International journal of nursing studies*, 50, pp. 1658-1666.

Ateah, C. (2011). Prenatal parent education for first-time expectant parents: "Making it through labor is just the beginning". *Journal of pediatric health care*, 27, nr. 2, pp. 91-97.

Berg, M. & Dahlberg, K. (1998). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*, 14, nr. 1, pp. 9-23.

Carolan, M. (2010). Pregnant health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in develop countries: a review of the literature. *Midwifery*, 26, pp. 407-414.

Choté, A., De Groot, C., Bruijnzeels, M., Redekop, K., Jaddoe, V., Hofman, A., Steegers, E., Mackenbach, J. & Foets, M. (2011). Ethnic differences in antenatal care use in a large Multi-ethnic urban population in the Netherlands. *Midwifery*, 27, pp. 36-41.

De Stephano, C., Flynn, P. & Brost, B. (2010). Somali prenatal education video use in a United States obstetric clinic: A formative evaluation of acceptability. *Patient education and conseling*, 81, pp. 137-141.

Een ethische benadering in tekortkomingen in de werksituatie. (2001). Geraadpleegd op 14 maart 2014 via <http://www.fracarita.org>.

Goosen, S., van Oostrum, I. & Essink-bot, M. (2010). Zwangerschapsuitkomsten en zorgbehoeften bij asielzoekers. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 154, pp. 1-7.

Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013). Meeting the health and social care needs of pregnant asylum seekers: midwifery students perspectives. Part 1: dominant discourses and midwifery students. *Nurse education today*, 33, pp. 1008-1013.

Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013). Meeting the health and social care needs of pregnant asylum seekers: midwifery students perspectives. Part 2: Dominant discourses and approaches to care. *Nurse education today*, 33, pp. 772-777.

Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013). Meeting the health and social care needs of pregnant asylum seekers: midwifery students perspectives. Part 3: The pregnant woman within the global context: an exclusive model for midwifery education to address the needs of asylum seeking women in the UK. *Nurse education today*, 33, pp. 1045-1050.

Herrel, N., Olevitch, L., Dubois, D., Terry, P., Thorp, D., Kind, E. & Said, A. (2004). Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of midwifery and women's health*, 49, nr. 4, pp. 345-349.

Hill, N., Hunt, E. & Hyrkäs, K. (2012). Somali immigrant women's health care experiences and beliefs regarding pregnancy and birth in the United States. *Journal of transcultural nursing*, 23, nr. 1, pp. 72-81.

Homer, C., Brodie, P. & Leap, N. (2008). *Midwifery continuity of care*. Australië: Elsevier.

Hoogewys, A., De Graeve, H., Van Ham, P. & Van de Velde, G. (2013). *Perinatale ondersteuning van kansarme gezinnen: wat er is en wat er nodig is*. Geraadpleegd op 17 oktober 2013 via <http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=307246&langtype=2067>.

<http://www.fedasil.be/nl/center/9513/description>. Geraadpleegd op 9 januari 2014.

<http://www.gams.be>, geraadpleegd op 25 februari 2014.

<http://www.huizenvanhetkind.be/hk/>, geraadpleegd op 25 februari 2014.

<http://www.kindengezin.be/img/kind-en-gezin.pdf>, geraadpleegd op 25 februari 2014.

http://www.who.int/topics/health_education/en/, Geraadpleegd op 16 oktober 2013.

http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/, geraadpleegd op 14 maart 2014.

ICM International Definition of the Midwife. (2011). Geraadpleegd op 12 maart 2014 via <http://enzu.vlov.be>.

Nationale raad voor de vroedvrouwen. (2006). Geraadpleegd op 9 mei 2014 via <http://enzu.vlov.be>.

Rassjö, E., Byrskog, U., Samir, R. & Klingberg-Allvin, M. (2013) Somali's women's use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: A descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. *Sexual and reproductive healthcare*, 4, pp. 99-106.

Reflectie Korthagen. (2010). Geraadpleegd op 19 april 2014 via <http://educatie-en-school.infonu.nl>.

Report of a global consultation. (2010). Geraadpleegd op 3 maart 2014 via <http://www.who.int>.

Stapleton, H., Murphy, R., Correa-Velez, I., Steel, M. & Kildea, S. (2013). Women from refugee backgrounds and their experiences of attending a specialist antenatal clinic. Narratives from an Australian setting. *Women and birth*.

Stoll, K. & Hall, W. (2012). Childbirth education and obstetric interventions among low-risk Canadian women: Is there a connection? *The journal of perinatal education*, 21, nr. 4, pp. 229-237.

Tobin, C., Murphy-Lawless, J. & Tatano Beck, C. (2013). Childbirth in exile: Asylum seeking women's experience of childbirth in Ireland. *Midwifery*.

Van Hanegem, N., Miltenburg, A., Zwart, J., Bloemenkamp, K. & Van Roosmalen, J. (2011). Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: a two-year nationwide cohort study in the Netherlands. *Nordic federation of societies of obstetrics and gynecology*, 90, pp. 1010-1016.

Vanneste, A., De Raedemaecker, L., Ceulemans, C. & Elseviers, M. (2008). Prenatale gezondheidsvoorlichting en -begeleiding voor sociaaleconomisch zwakkere gezinnen. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 2, pp. 68-72.