



Interventies specifiek gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen en verbeteren van de zwangerschapsuitkomsten bij allochtone vrouwen van niet-westerse afkomst; Cornel Kirpestein, project De Zwangere Centraal, april 2012

Literatuurstudie

Cornel Kirpestein, verloskundige en voorzitter Stuurgroep “ De zwangere centraal”

Referent: dr. S.P.M. Nossent ,bestuurslid sectie Het Jonge Kind, NIP, voorzitter Stichting Babywerk

25 april 2012

Inleiding

De Nederlandse maternale mortaliteit betreft 8 sterfgevallen per 100.000 zwangerschappen. De maternale morbiditeit hangt hiermee samen en is in 2007 ongeveer 7 vrouwen per 1000 zwangerschappen(1,6). De incidentie van ernstige maternale morbiditeit verschilt per etniciteit. Zo hebben met name Afrikaanse vrouwen uit de Sub-Sahara een 3.5 x verhoogd risico op maternale morbiditeit en is onder de asielzoeksters in Nederland een hoger risico op maternale mortaliteit(1,2).

De Nederlandse perinatale sterftcijfers vertonen een dalende trend, maar in een lager tempo dan de ons omringende Europese landen. In 2007 is dit percentage 9.7 per duizend levend geboren kinderen(3). In de G4-steden in Nederland is de perinatale sterfte hoger dan in de rest van Nederland en onder de niet-westerse vrouwen hoger dan in de groep westerse vrouwen (13,2 versus 9,5%)(4). Met betrekking tot de perinatale sterfte wordt deze voor 85% procent veroorzaakt door vier oorzaken: vroeggeboorte < 32 wk (58%), ernstige aangeboren afwijking (16%), groeiachterstand (9%), en zuurstoftekort bij de geboorte (6%)(5).

Ongunstige perinatale uitkomsten zijn hoger in de grote steden, de G4, met name in Rotterdam, ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde. Onder ongunstige perinatale uitkomsten verstaat men behalve de mortaliteit ook perinatale ziekten en aandoeningen die nauw verwant zijn aan sterfte zoals vroeggeboorte, groeiachterstand, aangeboren afwijkingen en asfyxie van de pasgeborene. Met name deze aandoeningen zijn gerelateerd aan gezondheidseffecten op de langere termijn, zoals gedragsstoornissen, leerproblemen, diabetes, hart- en vaatziekten.

De perinatale sterftcijfers zijn onder de niet-westerse vrouwen in de G4 beduidend hoger dan in de rest van Nederland. De perinatale cijfers onder westerse vrouwen in de G4 ten opzichte van Nederland wijken veel minder af(5).

De maternale en perinatale mortaliteit en morbiditeit worden beïnvloed door een aantal risicofactoren, namelijk medisch- biologische factoren, gedragsgerelateerde factoren en omgevingsfactoren.

1. Medisch –biologische factoren zijn: leeftijd(tienerzwangerschappen en zwangerschappen bij vrouwen boven de 40 jaar), pariteit (primipariteit en pariteit vanaf het 4^e kind), meerlingzwangerschap, etniciteit, chronische ziekte en erfelijke factoren.
2. Gedragsgerelateerde factoren zijn: leefstijl, seksualiteit en relaties
3. Omgevingsfactoren zijn: een gezonde fysieke en sociale omgeving

Een sterk verhoogd risico op perinatale sterfte tot wel 20% ontstaat wanneer er een cumulatie is van bovenstaande factoren(4).

Preventie en zorg op maat, risicosignalering en risicoselectie kunnen de uitkomsten voor moeder en kind aanmerkelijk verbeteren(6). Dit vraagt wel een andere benadering van zwangerschap en geboorte. Anders dan voorheen is ook de periode voor de geboorte van groot belang. Een gezonde start begint al voor de conceptie. Deze pro-actieve benadering is vooral belangrijk voor vrouwen van niet-westerse afkomst, vrouwen die in een achterstandswijk wonen en voor vrouwen met een lage SES. Opleidingsniveau, taal en cultuurverschillen, lager inkomen en minder financiële mogelijkheden bemoeilijken de voorlichting en zorgverlening voor en tijdens zwangerschap en geboorte, en daarna. Allochtone vrouwen van niet-westerse afkomst zijn minder goed op de hoogte van preventieve maatregelen, maken minder gebruik van de kraamzorg en ze melden zich later voor verloskundige zorg (10,11).

Definitie van allochtoon ouderschap

In de Landelijke Verloskunde en Neonatologie Registraties worden zeven categorieën van etniciteit gebruikt: Nederlands, Mediterraan, ander Europees, Creools, Hindoestaans, Aziatisch, overig. De Mediterrane groep bestaat vooral uit Turkse en Marokkaanse vrouwen. De meeste Creoolse vrouwen zijn afkomstig uit Suriname en de Nederlandse Antillen en de Aziatische vrouwen uit China,

Maleisië en Indonesië. De categorie 'overig' is een gemengde groep, met vrouwen die niet in een van de overige categorieën passen, vrouwen met een gemengde achtergrond en vrouwen waarvan de etniciteit onbekend is (10).

Het CBS maakt onderscheid tussen autochtoon, allochtoon en niet-westers allochtoon.

Zijn beide ouders in Nederland geboren dan is men autochtoon. Is één van de ouders in het buitenland geboren dan is men allochtoon. Zijn beide ouders geboren in het buitenland dan is het geboorteland van de moeder bepalend.

De zorgverlener classificeert de etniciteit van een zwangere als een combinatie van uiterlijke kenmerken en de plaats van geboorte. Zo wordt er onderscheid gemaakt naar:

- Kaukasisch: dit zijn de westerse vrouwen inclusief de Oost Europese vrouwen, Noord-Amerika, Australië;
- Afrikaans: negroïde en creoolse vrouwen;
- Hindoeestaans: dit zijn de vrouwen uit India en Afrika met een Hindoeestaanse kenmerken;
- Middellandse Zee: dit zijn de vrouwen uit Marokko, Turkije, en overige mediterrane landen;
- Zuid-oost Azië: Indonesië, Filipijnen.

Een aanzienlijke groep vrouwen is niet als zodanig te classificeren en wordt geregistreerd in de groep "overig". Uit onderzoek blijkt dat er dus geen eenduidige classificatie is (10).

Regio Rivierenland

De regio Rivierenland kenmerkt zich door gezondheidsachterstanden ten opzichte van Nederland (7).

- De prevalentie van hartinfarcten (4,2%, gem: 2,2%) is het hoogst van Nederland;
- De prevalentie van (ernstig) overgewicht (50-52%, gem: 45,9%) is het hoogst van Nederland;
- De sterfte is 9% hoger dan op basis van de samenstelling van de bevolking naar leeftijd en geslacht verwacht kan worden;
- De gezonde levensverwachting (zonder lichamelijke beperkingen) is ongeveer twee jaar lager dan gemiddeld;
- Het gebruik van klassieke antidepressiva is relatief hoog (0,94% - 1,22%);
- Het percentage laagopgeleiden (35-41%) is relatief hoog.

Verder kenmerken de kernen Tiel en Culemborg zich door een hoog percentage zwangere vrouwen van niet-westerse allochtone afkomst. Uit de LVR cijfers van 2010 blijkt in Tiel het percentage zwangeren van niet westerse afkomst 26,4% te zijn. In Culemborg is dat 18%. Landelijk is dit cijfer 16%. De LVR rapportage geeft een beeld van de zwangere vrouwen die begeleid worden door de verloskundigen.

De overige kernen in Rivierenland laten een veel lager percentage allochtone zwangeren van niet westerse afkomst zien. Eerder genoemde risicofactoren met betrekking tot allochtoon ouderschap spelen dus voor deze kernen een minder belangrijke rol.

Het ZonMW project 'De Zwangere Centraal'

Binnen het Zonmw project "De zwangere centraal" wordt ondermeer gericht op gezondheidsbevordering en bewustwording ten aanzien van de eigen gezondheid van de zwangere vrouw en haar partner. Op die manier wordt geprobeerd daar waar mogelijk binnen de reguliere zorg aan zwangeren aandacht te besteden aan preventie. Op deze wijze wordt er gewerkt aan het verbeteren van de gezondheid van moeder en kind op de korte en op de langere termijn. Doel van de literatuurstudie is vast te stellen of er op grond van de vastgestelde risicofactoren wetenschappelijk getoetste en succesvolle interventies zijn ontwikkeld die we in onze regio zouden kunnen toepassen.

Vanuit het project De Zwangere Centraal (www.dezwangerecentraal.nl) is het initiatief genomen voor een 5-tal thema's een algemeen behandelprotocol te ontwikkelen. Daarin zouden interventies

aan de orde moeten komen die wetenschappelijk aantoonbaar effectief zijn of tot de best practice of care behorend in preventie en/of behandeling. Op dit moment zijn er nog weinig interventies bekend die specifiek gericht zijn op het terugdringen van gezondheidsverschillen en verbeteren van de zwangerschapsuitkomsten bij allochtone vrouwen van niet-westerse afkomst.

De doelstelling van deze literatuurstudie is kennis te verzamelen over de wetenschappelijk getoetste interventies die gebruikt worden voor het terugdringen van gezondheidsverschillen en verbeteren van de zwangerschapsuitkomsten bij allochtone vrouwen van niet-westerse afkomst. Gebruik van het protocol is bedoeld om risico's te verminderen en gezondheid te bevorderen voor moeder, kind en gezin. Dit door behandeling en begeleiding aan te laten sluiten op de in- en expliciete zorgvraag van allochtone vrouwen van niet-westerse afkomst.

Probleemstelling

Allochtoon ouderschap bij niet westerse afkomst is geassocieerd met ongunstiger zwangerschapsuitkomsten. De maternale mortaliteit en morbiditeit en de perinatale mortaliteit en morbiditeit zijn hoger dan bij de autochtone zwangeren. Binnen de diverse etnische groepen bestaan er bovendien grote verschillen. Uit onderzoek is niet geheel duidelijk of dit samenhangt met de socio-economische verschillen of dat er mogelijk medisch-biologische verschillen bestaan die een rol spelen(8,9, 10,11,15).

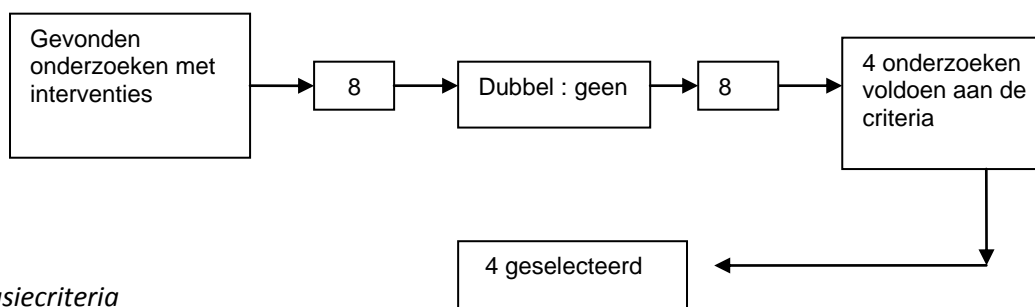
Onderzoeksvraag

'Welke interventies zijn er ontwikkeld of moeten er worden ontwikkeld om de zwangerschapsuitkomsten bij allochtone vrouwen van niet westerse afkomst en hun kinderen te verbeteren'.

Methode

In de verschillende databases is er gezocht op zoektermen als:

Migrant, allochtoon, pregnancy, women, perinatal mortality, maternale mortality, morbidity, Public health, health improvement, undocumented women, western europe, immigrant, communication. De gebruikte databases waren: Pubmed, Cochrane, Midirs, CBS, Kennispoort, RIVM, Google.



Inclusiecriteria

Artikelen van na 2005
Nederlands en Engelstalige artikelen
Fulltext en abstracts

Exclusiecriteria

Artikelen waarin etniciteit wordt genoemd, maar waar de focus ligt op lage SES, overgewicht, psychosociale klachten of tienerouderschap. Deze invalshoek wordt binnen de andere literatuurstudies onderzocht van het project De Zwangere Centraal.

Er werden 8 artikelen gevonden van onderzoeken naar een interventie bij (aanstaande) allochtone

ouders tijdens zwangerschap / na de geboorte. Naast deze enkele onderzoeken is gezocht naar programma's die in ontwikkeling zijn, nog niet gepubliceerd, maar wel positieve uitkomsten laten zien. Hier zijn 3 programma's gevonden.

Resultaten

Uit de gevonden onderzoeken blijkt dat het moeilijk is om de doelgroep te bereiken. Dit vergt een pro-actieve houding, een out-reaching werkwijze. Een dergelijke uitgewerkte interventie voor de Nederlandse situatie, gericht op de zwangere vrouwen van niet-westerse afkomst hebben we niet gevonden. In Nederland zijn een paar best practices waar deze werkwijze wordt uitgetest als een pilot.

Uit de review preconceptiezorg van Denktas et.al. (2012) komt naar voren dat deze groep vrouwen met succes bereikt kan worden voor voorlichting met betrekking tot anticonceptie, preconceptie en voorlichting rond zwangerschap en geboorte. Gebruik wordt gemaakt van de inzet van voorlichters uit de eigen taal en cultuur op ontmoetingsplaatsen van vrouwen van niet-westerse afkomst (11).

Ook in Amsterdam heeft men deze ervaring met de cursus: "Zwanger, Bevallen, een Kind" (16). Een cursus die in de behoefte aan informatie rond zwangerschap en geboorte bij allochtone vrouwen en hun partners voorziet. In de cursus wordt aandacht besteedt aan:

1. Stressmanagement (met signalering/verwijzing bij depressies en angsten); preventie vermoeidheid-, rug- en bekkenklachten
2. Begeleiding zwangerschap en voorbereiding op de bevalling (stimuleren reële verwachtingen, vergroten draagkracht en zelfbeschikking; beide a.s. ouders, meer voor a.s. moeders)
3. Gezamenlijke voorbereiding nieuwe ouderschap (balans privé, zorg en werk (beide a.s. ouders)
4. Communicatie met de (ongeboren) baby, ondersteunen (prenatale) hechting tussen ouders en baby (beide a.s. ouders)

In Duitsland heeft men een interventie ontwikkeld in het kader preventie kindermishandeling met de inzet van een family midwife. Tot de doelgroep behoorden onder andere de etnische zwangeren. Er werden verbeteringen gevonden ten aanzien van de eigen gezondheid van de vrouwen, een vermindering van stress en angsten, adequatere verzorging van de baby, verbetering van de moeder-kind binding en toegenomen kennis. Met name de vertrouwensrelatie tussen de verloskundige, het gezin en de samenwerking met een maatschappelijk werker van de jeugdgezondheidszorg bleek van groot belang te zijn voor de effecten van deze interventie (13).

Een ander interessant project komt uit China, waar men met een speciaal programma de Vietnamese immigranten begeleidt rondom zwangerschap en geboorte. Aanzienlijke verbeteringen werden gezien door de inzet van dit programma. Er werden bijvoorbeeld communicatiekaarten ingezet in verband met de taalbarrière tijdens de zwangerschap; CD's en video's voor de verzorging van de baby en het geven van borstvoeding, groepsvoorlichting in gezondheidscentra. Na de inzet van deze instrumenten bleek er aanzienlijke toename van deelname aan prenatale controles, stijging van het percentage borstgevoede kinderen, minder pijnstilling bij de bevalling, verbetering van de vaardigheden met betrekking tot de verzorging van de baby (14).

Discussie

Om gezondheidsverschillen te verkleinen en de zwangerschapsuitkomsten te verbeteren in de groep niet-westerse allochtone zwangere vrouwen is cultuurspecifieke zorg op maat noodzakelijk. Het is onmogelijk een volledig beeld te geven van onderzoeken en interventies. Er is veel in ontwikkeling, en niet alle pilots en plaatselijke initiatieven zijn toegankelijk voor derden (10).

Helaas zijn er nog geen gevalideerde interventies voor deze doelgroep beschikbaar, die geschikt zouden kunnen zijn voor de Nederlandse situatie. Wel is het zo dat er in Nederland een aantal best practices zijn die als voorbeeld voor anderen kunnen dienen, ook voor de Regio Rivierenland.

Rotterdam heeft een programma ontwikkeld: "Klaar voor een Kind". Een 10-jarig programma dat is gericht op het bevorderen van de gezondheid in de perinatale periode en op het terugdringen van de perinatale mortaliteit en morbiditeit in Rotterdam. De gemeente Rotterdam en de GGD zijn belangrijke partners in dit programma.

De eerste resultaten van het programma pleiten voor een regionale aanpak gebaseerd op de lokale situatie in samenhang met beleidsmakers en welzijnsinstellingen in de regio(12).

Succes heeft men in Rotterdam met de inzet van VETC'ers en de inzet van peer-group bijeenkomsten door gezondheidswerkers uit de eigen taal en cultuur (11).

In Amsterdam komt men tot dezelfde conclusie. Samenwerking is onmisbaar. Samenwerkende partners zouden kunnen zijn: verloskundigen, diëtisten, kraamverzorgenden, jeugdverpleegkundigen, lactatiekundigen, pedagogen, fysio- en bewegtherapeuten. Partners zijn ook de gemeenten en de voorlichters eigen taal en cultuur vanuit het CJG (16).

Vooraf het integraal gezondheidsbeleid lijkt effectief om de perinatale gezondheidsverschillen tussen zwangeren in Nederland terug te dringen en de uitkomsten rondom zwangerschap en geboorte te verbeteren. In de Regio Rivierenland is men door de gezondheidsachterstanden die er zijn, al doordrongen van deze noodzaak. Er worden al verschillende gezondheidsproblemen integraal aangepakt zoals "Rivierenland in Balans"; een programma gericht op het terugdringen van overgewicht in de regio (18).

Een aantal ontwikkelingen in Nederland faciliteren deze integrale benadering van zwangerschap en geboorte;

- De opzet van de centra voor jeugd en gezin,
- de verdergaande samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen (ontschotten)
- de gezamenlijke zorg vóór de geboorte: de preconceptiezorg; dit betreft een samenwerking van huisartsen, verloskundigen en gynaecologen.
- Standaarden zijn recent ontwikkeld (preconceptiestandaard KNOV en NHG; Preventierichtlijn, NHG)
- Inzet van de jeugdverpleegkundige al in de zwangerschap in het kader van de vroegsignalering.
- Intensievere samenwerking met de kraamzorg.

Kortom er is een gedeeld gevoel met betrekking tot de noodzaak van samenwerking.

Binnen deze samenwerkingsverbanden ontstaat er steeds meer aandacht voor preventie binnen de reguliere zorg.

Conclusie

Helaas zijn er nog geen concrete interventies voorhanden, maar op grond van de best practices en de bereidwilligheid van diegenen die de pilots hebben uitgevoerd, zou het voor deze regio mogelijk moeten zijn om een interventie te ontwikkelen, gericht op allochtone vrouwen van niet westerse afkomst. Dit zal een gezamenlijke inspanning moeten zijn van alle professionals die betrokken zijn bij de geboortezorg; professionals, instellingen en overheden. Laten we de uitdaging aangaan!

Literatuur

1. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. BJOG. 2008; 115(7):842-50
2. Simone Goosen et al. NTVG. 2010;154: A2318
3. Schutte JM, Steegers EA, Schuitemaker NW, Santema JG, de Boer K, Pel M, Vermeulen G, Visser W, van Roosmalen J; the Netherlands Maternal Mortality Committee. Rise in maternal mortality in the Netherlands. BJOG. 2009 Nov 2.
4. J.P. de Graaf et al. NTVG. 2008: 152:2734-40
5. Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP. Signalementstudie zwangerschap en geboorte - lijnen in de perinatale sterfte. Rotterdam, Erasmus MC, December 2009
6. Advies stuurgroep zwangerschap en geboorte: een goed begin, 2010
7. Onderzoek voor GGD Rivierenland, © Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE), 2010
8. Balchin I, Steer PJ. Race, prematurity and immaturity. Early Hum Dev 2007;83:749e54.
9. Troe EJ, Kunst AE, Bos V, et al. The effect of age at immigration and generational status of the mother on infant mortality in ethnic minority populations in The Netherlands. Eur J Public Health 2007;17:134e8.
10. A.J.M. Waelput en P.W. Achterberg. Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek. 2007
11. Denktas S, Jong-Potjer LC, Waelput AJM, Temel S, Voorst van SF, Vos AA, Schölmerich VLN, Bonsel GJ, Kooy van der J, Quispel C, Poeran VJJ, Peters IA, Vujkovic M, Bakker R, Steegers EAP 2012. Preconception Care, a review of the literature.
12. Denktas et.al. An Urban Perinatal Health Programme of Strategies to Improve Perinatal Health.2011
13. Prax. Kinderpsycholog.Kinderpsychiatr. 2009;58(5): 368-83.
14. Hu La Za Zhi. 2008 Dec;55(6): 58-67
15. Perspectieven van aanbieders op deelname van allochtonen aan gezondheidsbevordering in Nederland. Empirische analyse. Nederlandse samenvatting. Dr. Katja van Vliet, drs. Marjan de Gruijter, drs. Diane Bulsink. Verwey-Jonker Instituut. Augustus 2009.
- 16: Zwanger, Bevallen, een Kind. Ondersteuning transitie naar aanstaand ouderschap. S Nossent en A Crebas. Eindverslag project : Start implementatie" Zwanger Bevallen, een Kind". Juni 2011.
17. Handboek coaching aanstaande ouders. A Crebas. 2006
18. www.rivierenlandinbalans.nl . GGD Rivierenland.Ketenaanpak overgewicht. Regiogemeenten Rivierenland.