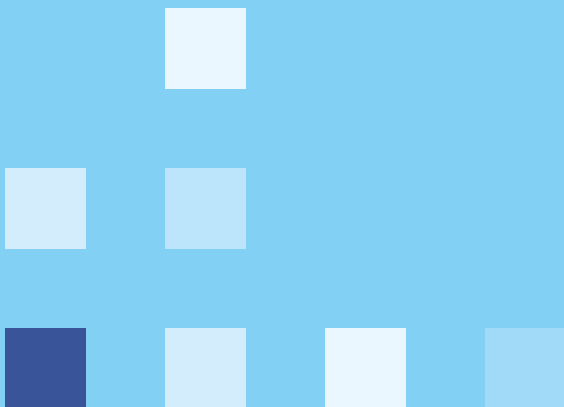


Aanbevelingen voor persoonsgerichte geboortezorg voor asielzoekers en statushouders in Nederland

Gebaseerd op de uitkomsten van het EGALITE project



EGALITE 

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam





AANBEVELINGEN VOOR PERSOONSGERICHTE GEBOORTEZORG
VOOR ASIELZOEKERS EN STATUSHOUDERS IN NEDERLAND
Gebaseerd op de uitkomsten van het EGALITE project

Auteurs

drs. J.B. Tankink
Dr. J.P. de Graaf
drs. P.J.A. van der Lans,
Prof. dr. A. Franx

Organisatie

Afdeling Verloskunde en Gynaecologie
Erasmus MC, Rotterdam

Datum van uitgave

Oktober 2024

Contactgegevens

Prof. dr. A. Franx
afdeling Verloskunde en Gynaecologie
Erasmus MC
a.franx@erasmusmc.nl

Sophia Kinderziekenhuis
Dr. Molewaterplein 40
3015 GD Rotterdam

SAMENVATTING

Het EGALITE project is opgezet omdat er aanwijzingen waren dat de geboorte-uitkomsten bij vrouwen met een vluchtachtergrond slechter waren dan bij andere bevolkingsgroepen [1-3]. Om deze situatie te verbeteren is in 2010 de 'Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers' ontwikkeld vanuit diverse beleidsorganisaties en veldpartijen.¹ Het EGALITE project richtte zich op het evalueren van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders, om deze uiteindelijk te kunnen verbeteren. Binnen het project werden diverse deelstudies opgezet om de uitkomsten, ervaringen en kwaliteit van deze zorg in kaart te brengen. De studies werden uitgevoerd door het onderzoeksteam in het Erasmus MC in Rotterdam, in samenwerking met verschillende ketenpartners, zoals verloskundigenpraktijken, het COA, GZA, en onderzoekers van het Radboudumc, het Amsterdam UMC, het UMC Groningen.

Allereerst werden de ervaringen van professionals en vrouwen met vluchtachtergrond met de huidige organisatie van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders geëvalueerd door middel van vragenlijsten en interviews. Vervolgens werd met behulp van data van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), CBS en Perined een retrospectieve analyse van de doelgroep en de zwangerschapsuitkomsten. Verder zijn met dossiers de zorgfactoren van 80 zwangere asielzoekers, die begeleid werden door één van de EGALITE project verloskundigenpraktijken, in beeld gebracht. Aan het einde van het project hebben er verschillende sessies (focusgroepen) plaatsgevonden met vertegenwoordigers van deze ketenpartners, samen met ervaringsdeskundige vrouwen met een vluchtachtergrond. Het doel van deze sessies was om de onderzoeksresultaten gezamenlijk te evalueren en te vertalen naar concrete aanbevelingen voor de zorg, die in dit document beschreven worden.

De resultaten van het EGALITE project benadrukken het belang van een geïntegreerde aanpak door middel van een combinatie van beleidsinterventies, verbeteringen op organisatieniveau, en inzet van professionals in de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders, om persoonsgerichte geboortezorg te bieden. Hieronder wordt verstaan dat iedere zwangere, ongeacht achtergrond of status, toegang heeft tot zorg die is afgestemd op haar specifieke behoeften en omstandigheden.

De belangrijkste knelpunten en aanbevelingen hebben betrekking op vier thema's: 1. de organisatie van zorg, 2. toegankelijkheid en continuïteit van de geboortezorg, 3. de kwaliteit van (diverse aspecten van) persoonsgerichte zorg en 4. de bredere sociale en politieke context waarbinnen de geboortezorg aan asielzoekers en statushouders plaatsvindt. De geïdentificeerde knelpunten en de aanbevelingen vanuit het veld leiden tot drie randvoorwaarden voor het realiseren van persoonsgerichte geboortezorg aan asielzoekers en statushouders in Nederland. Zowel de onderstaande

¹ COA (Centraal Orgaan opvang Asielzoekers), BO (Brancheorganisatie Geboortezorg), GGD GHOR (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio) Nederland, NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), GZA (GezondheidsZorg Asielzoekers), RMA (Regeling Medische zorg Asielzoekers).

aanbevelingen als de randvoorwaarden zijn gericht aan beleidsmakers en bestuurders binnen de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders, werkzaam op ministerieel of uitvoerend niveau in de zorg of het asieldomain. Zo is randvoorwaarde 1 gericht aan het COA¹ en het Ministerie van Justitie en Veiligheid, randvoorwaarde 2 aan COA¹, FMS², NVOG¹ en KNOV¹ en randvoorwaarde 3 aan Perined² en CBS².

Daarnaast zijn een deel van de aanbevelingen en randvoorwaarden gericht aan de werkgroep Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers en aan zorg-, hulpverleners en COA medewerkers die in hun dagelijkse praktijk met zwangeren, moeders en/of pasgeborenen met een vluchtachtergrond te maken hebben.

Overzicht van de aanbevelingen

Het volgende overzicht bevat een samenvatting van de beleidsaanbevelingen om de gewenste persoonsgerichte geboortezorg voor asielzoekers en statushouders te kunnen realiseren.

1 Organisatie van de zorg

Ketenrichtlijn verbeteren: Maak de Ketenrichtlijn gebruiksvriendelijker, formaliseer deze naar een evidence-based richtlijn, en monitor de implementatie. Betrek asielzoekers, statushouders en medewerkers uit de praktijk bij de ontwikkeling en herziening van richtlijnen.

Lokale samenwerking: Ontwikkel regionale zorgpaden met alle ketenpartners, zorg voor regelmatig beleidsoverleg over samenwerkingsafspraken en faciliteer kennis- en informatie-uitwisseling.

2 Toegankelijkheid en continuïteit van zorg

Tijdige zorg: Zorg voor snelle medische screening, voorlichting en (prenatale) zorg in opvanglocaties, bied een verloskundig spreekuur aan op of nabij opvanglocaties, en verbeter de vervoersdiensten vanuit opvanglocaties.

Overplaatsingen: Voorkom onnodige overplaatsingen in de perinatale periode, consulteer en informeer zorgverleners tijdig, en houd toezicht op (de verantwoordelijkheden van ketenpartners t.a.v.) de overdracht van zorg en informatie bij overplaatsing.

3 Kwaliteit van (diverse aspecten van) persoonsgerichte zorg

Tolken: Veranker het gebruik van tolken op cruciale momenten in de geboortezorg, en investeer in de bekwaamheid van en samenwerking tussen zorgverleners en tolken.

Cultuursensitiviteit: Zet cultuursensitieve zorg centraal in scholing van zorgverleners en bevorder diversiteit onder zorgpersoneel.

Psychosociale gezondheid: Integreer screening op psychische klachten in de geboortezorg, en verbeter de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers en statushouders.

Documentatie en registratie: Verbeter registratie van migratieachtergrond in zorgsystemen, vergroot de zichtbaarheid van populaties zonder BSN, en zorg voor betere toegang tot data voor onderzoek en monitoring van gezondheidsuitkomsten bij mensen met een vluchtachtergrond.

² FMS (Federatie Medisch Specialisten), Perined (fusieorganisatie van PAN (Perinatale Audit Nederland) en PRN (Perinatale Registratie Nederland)) en CBS (Centraal Bureau voor Statistiek).

4 Sociale en politieke context van de zorg

Opvangomstandigheden: Verbeter de leefomstandigheden van zwangeren in opvanglocaties, inclusief toegang tot kookfaciliteiten en gezonde voeding.

Kwetsbare positie: Faciliteer de financiering van extra (sociale) ondersteuning aan zwangere asielzoekers en statushouders, bijvoorbeeld via groepszorg of begeleiding door doula's.

Randvoorwaarden

Om bovenstaande aanbevelingen te kunnen realiseren is het creëren van de onderstaande randvoorwaarden van groot belang. Deze zijn:

1 Concentratie van geboortezorg aan asielzoekers en statushouders verblijvend in opvanglocaties

Voor het verbeteren van de toegang tot en de continuïteit, kwaliteit en uitkomsten van de geboortezorg aan asielzoekers en statushouders is het cruciaal om deze te concentreren op een beperkt aantal locaties. Veel van de aanbevelingen in dit document zullen alleen realistisch en haalbaar zijn bij concentratie van zorg, en investering in specifieke expertise en werkprocessen in een beperkt aantal locaties.

2 Ontwikkeling van praktijkgerichte, professionele richtlijnen voor de geboortezorg aan asielzoekers en statushouders

Hieronder valt het formaliseren van de 'Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers' naar een wetenschappelijk onderbouwde en gemandateerde richtlijn, die wordt opgenomen in de Richtlijnen-database van de FMS² en het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland om de professionalisering, bekendheid en implementatiegraad van de richtlijn te vergroten onder alle geboortezorgverleners.

3 Verbeterde registratie en kwaliteitsmonitoring

Registratie van migratie- en kwaliteitsindicatoren in de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders zijn essentieel om kennis en kunde te bevorderen en gezondheidsverschillen terug te dringen.

Inhoudsopgave

Dankwoord	9		
Beschrijving van gebruikte begrippen en afkortingen	10		
1. Inleiding	13		
2. Aanleiding en achtergrond/context van het EGALITE project	15		
2.1 Aanleiding voor het onderzoek	15		
2.2 Asielzoekers en statushouders in Nederland	15		
2.3 Gezondheidszorg voor asielzoekers	17		
2.4 Organisatie van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders	17		
2.5 Richtlijnen voor de geboortezorg	19		
3. Opzet van het onderzoek	21		
3.1 Studies naar geboorte-uitkomsten van zwangere asielzoekers en statushouders	21		
3.2 Studies naar ervaringen in de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders	21		
3.3 Studies naar de kwaliteit van het proces van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders	22		
3.4 Focusgroepen t.b.v. ontwikkeling van aanbevelingen	22		
4. Uitkomsten en aanbevelingen per thema	25		
4.1 Organisatie van de zorg	25		
4.1.1 Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers	25		
4.1.2 Multidisciplinair samenwerken in de keten	28		
4.2 Toegankelijkheid en continuïteit van zorg	30		
4.2.1 Aanvang van de zorg	30		
4.2.2 Overplaatsingen van asielzoekers	32		
4.2.3 Vervoer en vindbaarheid	34		
4.3 Kwaliteit van persoonsgerichte zorg	36		
4.3.1 Taal en tolken in de zorg	36		
4.3.2 Cultuursensitiviteit	38		
4.3.3 Documentatie en registratie in de zorg	41		
4.3.4 Psychosociale en geestelijke gezondheid	42		
4.3.5 Kraamperiode	45		
		4.4 Sociale en politieke context van de zorg	48
		4.4.1 Omstandigheden opvanglocaties	48
		4.4.2 Kwetsbare sociaal-economische positie van vrouwen met een vluchtachtergrond	51
		5. Randvoorwaarden	55
		5.1 Concentratie van geboortezorg voor asielzoekers	55
		5.2 Formalisering en professionalisering van de ketenrichtlijn	56
		5.3 Verbeterde registratie en kwaliteitsmonitoring:	56
		6. Slotbeschouwing	57
		Referenties	59
		Bijlagen	63
		Bijlage 1 Praktische hulpmiddelen en meer informatie	65
		Bijlage 2 Resultaten dossierstudie (selectie voorlopige data)	69
		Bijlage 3 COA locaties waar zwangeren verbleven ten tijde van de bevalling	77

Dankwoord

Onze grootste dank gaat uit naar alle vrouwen die hun ervaringen en inzichten met ons hebben gedeeld door deel te nemen aan de interviews en focusgroepen die zo belangrijk waren voor de totstandkoming van deze aanbevelingen. Daarnaast bedanken we alle geboortezorgprofessionals, praktijk- en beleidsmedewerkers voor hun waardevolle bijdragen. Wij waarderen ook de inzet van de leden van de leden van de EGALITE-projectgroep en alle personen en organisaties die feedback hebben gegeven op verschillende versies van dit document. Tot slot willen we de masterstudenten bedanken, die met hun inspanningen belangrijke delen van het onderzoek hebben uitgevoerd.

Beschrijving van gebruikte begrippen en afkortingen

Het EGALITE-project betrof de zorg voor twee groepen vrouwen met een vluchtachtergrond in Nederland: vrouwen die nog in de asielopvang verblijven tijdens hun zwangerschap, en vrouwen die minder dan vijf jaar geleden vanuit de asielopvang naar een reguliere woning zijn verhuisd met een verblijfsvergunning op basis van hun asielaanvraag. Voor het overzicht onderscheiden we deze groepen in dit document als **asielzoekers** en **statushouders**.

Hieronder volgt een gedetailleerde beschrijving van de meest voorkomende begrippen en afkortingen.

Asielzoeker: Een persoon die een asielaanvraag heeft ingediend om wettelijk erkend te worden als vluchteling in een ander land, wiens aanvraag nog niet definitief is beoordeeld. In dit document verwijst 'asielzoekers' ook naar 'bewoners van een asielzoekerscentrum', hoewel de term bewoner AZC in sommige gevallen ook statushouders betreft (zie definitie 'Statushouders').

AZC: Asielzoekerscentrum; een faciliteit waar asielzoekers tijdelijk verblijven terwijl hun asielaanvraag wordt beoordeeld. In de praktijk wordt de term AZC door zorgverleners voor verschillende soorten opvanglocaties gebruikt. Formeel worden asielzoekers voor het eerste deel van hun procedure opgevangen in een Centrale Ontvangstlocatie (COL) en vervolgens in een Proces-opvang-locatie (POL). Daarna verhuizen zij pas bij aanvang van de algemene asielprocedure naar een AZC. In het geval dat een asielzoeker statushouder is geworden, maar nog geen woning heeft toegewezen gekregen, verblijft hij/zij in een AZC.

COA: Centraal Orgaan opvang Asielzoekers; de organisatie die landelijk verantwoordelijk is voor de opvang en begeleiding van asielzoekers. Het COA is een zelfstandig bestuursorgaan en valt onder de politieke verantwoordelijkheid van het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

(C)NO: (Crisis)noodopvanglocatie; een tijdelijke opvanglocatie voor asielzoekers die door de overheid is aangewezen vanwege onvoldoende capaciteit in reguliere AZC's. Vanaf 2024 is de term CNO worden vervangen voor de afkorting TGO (Tijdelijke Gemeentelijke Opvang).

Geboortezorg: In dit document verwijst de term 'geboortezorg' naar alle zorg en begeleiding die wordt verleend aan zwangere vrouwen en hun ongeborn of pasgeboren kind, vanaf het eerste consult in de zwangerschap, gedurende de bevalling, tot en met de kraamperiode.

GZA: Gezondheidszorg Asielzoekers; de organisatie die sinds 2018 verantwoordelijk is voor de eerstelijns (huisartsen)zorg in asielzoekerscentra, in opdracht van het COA. GZA maakt deel uit van de Arts en Zorg Groep.

IND: Immigratie- en Naturalisatiedienst; het overheidsorgaan dat het Nederlandse migratiebeleid uitvoert, waaronder het besluiten over verbijfsaanvragen van asielzoekers.

JGZ: Jeugdgezondheidszorg; de publieke gezondheidszorg voor kinderen op COA-locaties tussen 0 en 18 jaar, waaronder het rijksvaccinatieprogramma, wordt uitgevoerd door de GGD/jeugdzorgorganisaties vanuit een contract tussen COA en GGD GHOR Nederland.

Ketenrichtlijn: Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers; richtlijn ten aanzien van de begeleiding van zwangeren in de asielopvang, in 2010 ontwikkeld vanuit een werkgroep waarin de landelijke organisaties KNOV, Kenniscentrum Kraamzorg, GZA, RMA, NVOG, COA en GGD GHOR Nederland vertegenwoordigd zijn. In juni 2020 is de richtlijn voor het laatst geactualiseerd; een nieuwe actualisatie staat gepland voor 2024.

KNOV: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen is de beroepsorganisatie van, voor en door verloskundigen, zie www.knov.nl.

NVOG: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Dit is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor gynaecologen, zie ww.nvog.nl.

Ongedocumenteerde migranten: Mensen die zich in Nederland bevinden zonder verblijfsvergunning of lopende asielaanvraag, bijvoorbeeld omdat hun asielverzoek is afgewezen.

Perined: Fusieorganisatie van PAN (Perinatale Audit Nederland) en PRN (Perinatale Registratie Nederland). In de perinatale registratie leggen de verschillende betrokken beroepsgroepen hun gegevens over geboortezorg vast. Zie www.perined.nl.

Persoonsgerichte zorg: Persoonsgerichte zorg is door Pharos gedefinieerd als 'Zorg die de persoon van de patiënt centraal zet, niet haar medische toestand. Hierin is aandacht voor het dagelijks leven, de sociale omstandigheden en emoties, waarden en behoeftes van de patiënt' [4].

RMA Healthcare: Regeling Medische zorg Asielzoekers; de zorgverzekeringsmaatschappij waarmee de financiering van de zorg voor asielzoekers georganiseerd is (onderdeel van DSW Zorgverzekeraar). Zie www.rmaasielzoekers.nl.

Statushouders: Asielzoekers die een verblijfsvergunning hebben gekregen in Nederland, maar (nog) niet de Nederlandse nationaliteit hebben, worden vaak 'statushouders' genoemd. In dit document verwijst de term 'statushouders' naar mensen die, na het verkrijgen van een verblijfsvergunning, zijn verhuisd vanuit een AZC naar een reguliere woning in de gemeente.

Statushouders die nog in een AZC verblijven in afwachting van een eigen woning worden in dit document ‘asielzoekers’ genoemd, omdat zij in de zorg nog onder de regelingen voor asielzoekers vallen (zie ‘Asielzoekers’).

Vluchteling: In dit document verwijst het begrip ‘vluchteling’ naar iedereen die zijn of haar thuisland verlaat vanwege gevaren of dreigingen en die zich genoodzaakt ziet elders bescherming te zoeken, ongeacht hun wettelijke status als asielzoekers, statushouders of ongedocumenteerde.

Vrouwen met een vluchtachtergrond: In dit document gebruiken we de term ‘zwangeren/vrouwen met een vluchtachtergrond’ om de nadruk te leggen op de individuele persoon en hun ervaringen, in plaats van op hun (wettelijke) status als asielzoeker, statushouder of vluchteling. Waar we het woord ‘vrouw’ gebruiken, erkennen we ook dat er zwangere personen zijn die zich niet als vrouw identificeren.

ZCN: Zorgvervoercentrale Nederland; Bedrijf dat zorgtaxivervoer voor asielzoekers met een medische indicatie regisseert, onder contract van het Medisch Contactcentrum van Arts en Zorg (moederbedrijf van GZA). Zie <https://www.zcnvervoer.nl/>.

ZIG: Zorgstandaard Integrale Geboortezorg; Richtlijn die de basiszorg die elke zwangere vrouw in Nederland hoort te krijgen voor elke fase van de zwangerschap beschrijft. Zie <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/integrale-geboortezorg-zorgstandaard>.

1 Inleiding

Dit document presenteert de inzichten en aanbevelingen uit het EGALITE project (2020 - 2024) en markeert de afronding van dit onderzoeksproject.

Het EGALITE project richtte zich op de geboortezorg voor vrouwen met een vluchtachtergrond die verblijven in een locatie van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), of die recent hebben verlaten met een verblijfsvergunning (statushouders). De gezondheidsongelijkheden rondom zwangerschap en geboorte tussen deze vrouwen en andere groepen in Nederland vormden de aanleiding voor het onderzoek. Het doel was om de geboortezorg, inclusief de bestaande Ketenrichtlijn Geboortezorg voor Asielzoekers, te evalueren en toekomstige verbeteringen voor te stellen.

In het kader van het EGALITE project zijn verschillende studies opgezet om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit en uitkomsten van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders. Het project werd geleid door de afdeling Verloskunde en Gynaecologie van het Erasmus MC, met financiering van ZonMw (projectnummer 543003112), en uitgevoerd in samenwerking met diverse partners, waaronder verloskundigenpraktijken in negen regio's en leden van de landelijke werkgroep Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers. Daarnaast werkten prof. dr. Maria van den Muijsenbergh (Radboud UMC), dr. Bahareh Goodarzi (Amsterdam UMC), onderzoekers van de afdeling Gynaecologie en Verloskunde van het UMC Groningen en masterstudenten van het UMC Utrecht, Radboud UMC en de UvA mee aan (delen van) het onderzoeksproject.

In dit document worden de bevindingen van het EGALITE-project besproken en vertaald in specifieke aanbevelingen voor het realiseren van persoonsgerichte geboortezorg aan asielzoekers en statushouders in Nederland. Onder persoonsgerichte geboortezorg verstaan we zorg die is afgestemd op de unieke behoeften en omstandigheden van elke zwangere, ongeacht haar achtergrond, met als doel gelijke kansen op de best mogelijke uitkomsten voor moeder en kind te waarborgen [4].

Het document begint met een beschrijving van de context van de geboortezorg aan asielzoekers en statushouders en de opzet van het onderzoek. Vervolgens worden de belangrijkste bevindingen per thema behandeld: de organisatie van zorg, toegankelijkheid en continuïteit, kwaliteit van persoonsgerichte zorg, en de sociale en politieke context van de geboortezorg aan asielzoekers en statushouders. We beschrijven hierbij de ervaren knelpunten van deelnemers aan het onderzoek. Op basis hiervan volgen de voornaamste aanbevelingen per thema. Deze aanbevelingen zijn gericht aan professionals in de geboortezorg en COA locaties, hun regionale netwerken in het medische, sociale en asieldomain, en betrokken beleidsmakers.

2 Aanleiding en achtergrond/context van het EGALITE project

2.1 Aanleiding voor het onderzoek

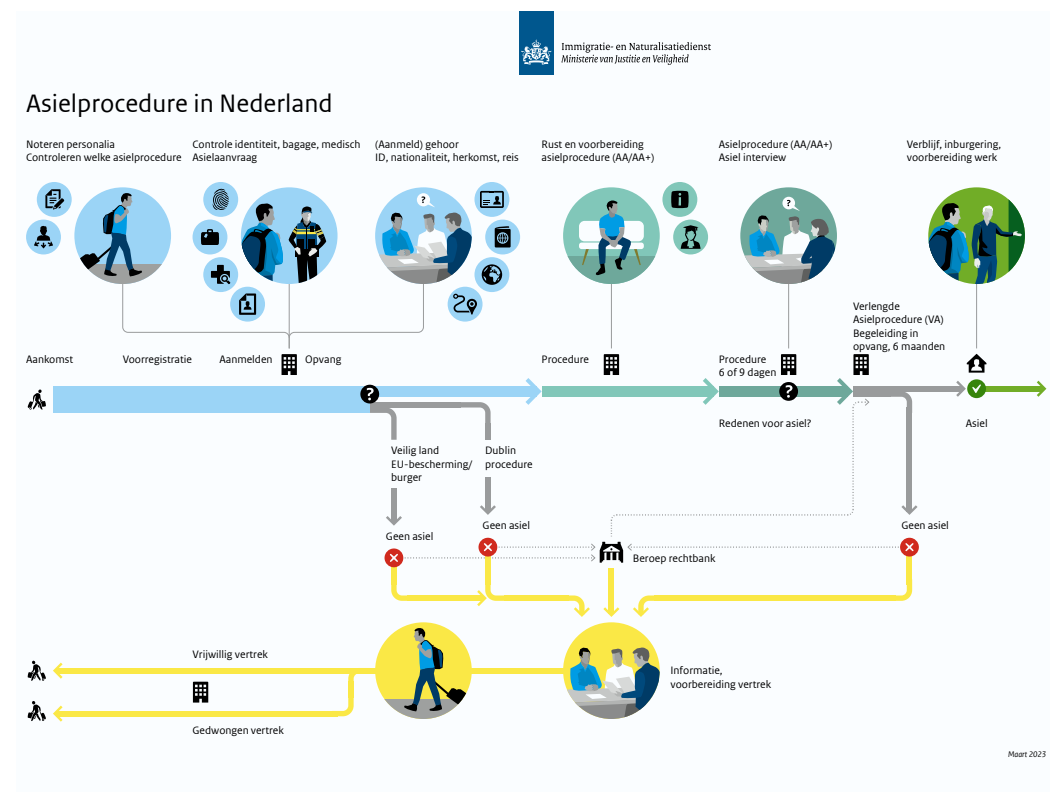
Het EGALITE project is opgezet omdat er aanwijzingen waren dat de geboorte-uitkomsten bij vrouwen met een vluchtachtergrond significant slechter zijn dan bij andere bevolkingsgroepen in Nederland. Uit diverse studies bleek bijvoorbeeld een hogere incidentie van moeder- en perinatale sterfte en ernstige zwangerschapscomplicaties bij asielzoekers [1-3]. Ter verbetering hiervan werd in 2010 de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers ontwikkeld, die niet alleen inhoudelijk maar ook voor wat betreft de implementatie wetenschappelijk geëvalueerd moest worden [5]. Bovendien was er voorafgaand aan het EGALITE project nog geen specifiek onderzoek beschikbaar met betrekking tot vrouwen met een verblijfsvergunning (statushouders) in de geboortezorg. De subsidieaanvraag voor het EGALITE project werd in 2019 gehonoreerd door ZonMw, binnen het programma Zwangerschap en Geboorte II (projectnummer 543003112).

2.2 Asielzoekers en statushouders in Nederland

In 2023 dienden in Nederland ongeveer 38.000 mensen een eerste asielaanvraag in [6]. Daarnaast zijn er ongeveer 10.000 familieleden van statushouders naar Nederland gereisd in het kader van gezinshereniging. Asielzoekers vormen gemiddeld ongeveer 11% van de totale jaarlijkse immigratie naar Nederland [7]. Hun aantal en herkomst variëren sterk en hangen samen met grote conflicten elders in de wereld, zoals de Syrische burgeroorlog vanaf 2011. Al jaren komt de meerderheid van de asielzoekers in Nederland uit Syrië (in 2023 ongeveer een derde van het totaal). Daarnaast komen relatief veel mensen uit Eritrea, Turkije, Afghanistan, Jemen, en Somalië. In augustus 2024 verbleven er daarnaast ongeveer 114.000 Oekraïense vluchtelingen in Nederlandse gemeenten en opvangcentra [8]. Oekraïners hoeven in Nederland geen asiel aan te vragen, omdat zij recht hebben op verblijf op basis van de Richtlijn Tijdelijke Bescherming van de Europese Unie.

Iedereen die asiel in Nederland aanvraagt moet zich registreren bij de Vreemdelingenpolitie in een aanmeldcentrum van de Immigratie en Naturalisatiedienst (IND) in Ter Apel of op Schiphol. Na registratie hebben asielzoekers recht op opvang door het Centraal Opvang orgaan Asielzoekers (COA). In een Centrale Ontvangstlocatie (COL) in Ter Apel of Budel wachten de aanvragers van asiel op het eerste aanmeldgehoor bij de IND, waarna zij voor een tweede gehoor bij de IND verhuizen naar een proces-opvanglocatie (POL). Indien mensen volgens deze algemene asielprocedure een verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd krijgen, of als er een verlengde asielprocedure volgt, verhuizen mensen naar een AZC (zie figuur 1). Er zijn speciale opvanglocaties voor bepaalde groepen, bijvoorbeeld alleenstaande minderjarige vluchtelingen.

De wachttijden in het huidige asielsysteem zijn lang: medio 2024 bedroeg de wachttijd voor het eerste aanmeldgehoor gemiddeld 19 weken, en 48 weken voor het tweede gehoor [9]. Vervolgens bedraagt de gemiddelde verwerkingstijd van asielaanvragen nog een jaar. Daarnaast wachtten er medio 2024 ongeveer 20.000 statushouders in een COA-locatie op een woning [10].



FIGUUR 1. INFOGRAPHIC VAN DE ASIELPROCEDURE IN NEDERLAND (BRON: IND)

Door gebrek aan duurzame opvanglocaties bij het COA, worden asielzoekers de laatste jaren veel opgevangen in noodopvanglocaties. In augustus 2024 waren er in Nederland 87 reguliere COA-locaties en 194 noodopvanglocaties; daarnaast is er op het terrein van zes reguliere COA-locaties tijdelijke noodopvang gerealiseerd [11]. De noodopvanglocaties vallen ook onder beheer van het COA, maar voldoen meestal niet aan de reguliere kwaliteits- en voorzieningenstandaarden. Wanneer ook in de noodopvang onvoldoende capaciteit beschikbaar is, wijkt de opvang van asielzoekers uit naar tijdelijke gemeentelijke opvanglocaties (TGO; voorheen crisisnoodopvanglocaties), bijvoorbeeld in sporthallen, kantoorpanden of tenten [12]. Deze locaties vallen onder beheer van de gemeenten of Veiligheidsregio's. Het huidige beleid is om zwangeren zo min mogelijk op (crisis) noodopvang-locaties op te vangen, tenzij begeleiding op maat geboden kan worden, en niet tijdens de zes weken voorafgaand aan de uitgerekende datum (de verwachte bevallingsdatum bij 40 weken zwangerschap).

Zwangere vrouwen, die ongedocumenteerd in Nederland verblijven, kunnen geen zorgverzekering afsluiten, maar hebben recht op medisch noodzakelijke zorg, waaronder geboortezorg [13,14]. De kosten moet de zwangere vrouw zelf betalen; als zij dat niet kan, kan de zorgverlener deze volledig declareren via de regeling 'Onverzekerbare vreemdelingen' van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) [13]. Daarnaast hebben ongedocumenteerde zwangere vrouwen op grond van artikel 64 van de Vreemdelingenwet tijdelijk recht op verblijf in een opvanglocatie in de periode tussen zes weken voor de uitgerekende datum en zes weken na de geboorte [13,14].

2.3 Gezondheidszorg voor asielzoekers

Het COA is verantwoordelijk voor de organisatie en financiering van gezondheidszorg aan asielzoekers [15]. De Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA) fungeert als zorgverzekering voor asielzoekers. Het zorgpakket vanuit de RMA komt grotendeels overeen met het reguliere basispakket vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg, met een aantal uitzonderingen; zo is zorg voor vruchtbaarheidsstoornissen uitgesloten. Er geldt voor asielzoekers geen eigen bijdrage of eigen risico voor wat betreft het zorgpakket van de RMA. Statushouders die nog in een COA-locatie verblijven vallen ook onder de RMA. Wanneer zij een woning in de gemeente toegewezen krijgen, dienen zij zelf een reguliere zorgverzekering af te sluiten [15].

Voor de publieke gezondheidszorg heeft het COA op dit moment een overeenkomst met GGD GHOR, die onder andere actief is op het gebied van infectieziekten bestrijding, vaccinaties, en gezondheidsvoorlichting [15]. Voor eerstelijns (huisartsen)zorg heeft het COA sinds 2018 een contract met GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA). GZA levert huisartsenzorg vanuit gezondheidscentra op de meeste COA-locaties, en is verantwoordelijk voor de medische screening/intake van asielzoekers in de eerste dagen na aankomst in Nederland [15]. Na de medische intake ontvangen asielzoekers een COA-zorgnummer. In de eerste twee maanden in Nederland hebben asielzoekers alleen recht op medisch urgente zorg; daarna kunnen zij met hun COA-zorgnummer worden doorverwezen naar zorgverleners met een contract met RMA Healthcare.

2.4 Organisatie van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders

In de periode 2014-2023 kregen jaarlijks gemiddeld 570 zwangeren een kind terwijl zij als asielzoekers of als statushouders in een COA-locatie verbleven. Het COA registreerde in deze periode op meer dan 230 verschillende COA-locaties geboorten. In deze tienjarige periode werd vanaf 2021 op meer dan de helft van deze locaties minder dan vijf geboorten geregistreerd, daarnaast nam ook het aantal COA-locaties met slechts één geboorte toe van 14 in 2014 naar 30 in 2023. In dat jaar betrof 43% van deze locaties een noodopvang of Hotel- & Accommodatieregeling voor statushouders dan wel een Logeerregeling Vergunninghouders (zie tabel 1 en bijlage 4 tabel 1).

TABEL 1. AANTAL GEBOORTEN VAN VROUWEN DIE VERBLEVEN IN EEN COA LOCATIE COA³

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2014-'18	2019-'23	2014-'23
Geboorten vrouwen COA locatie N=	520	546	793	476	443	660	589	449	547	672	2778	2917	5695
COA locatie met geboorten N=	63	75	102	80	70	78	95	96	114	132	129	180	240
COA locatie met geboorten <5 p.j.	25	37	43	34	30	26	41	59	71	84	44%	55%	50%
COA locatie met geboorten 5-20 p.j.	33	36	52	44	39	49	53	36	41	46	52%	44%	47%
COA locatie met geboorten ≥20 p.j.	5	2	7	2	1	3	1	1	2	2	4%	2%	3%
COA locaties met 1 geboorte '14-'23	3	4	7	1	1	0	2	4	8	30 ^a	16	44	60

De geboortezorg voor asielzoekers vindt zoveel mogelijk plaats binnen het reguliere Nederlandse geboortezorgsysteem [15,16]. Zwangeren worden in principe door COA/GZA verwezen naar een eerstelijns verloskundige praktijk in de buurt van de opvanglocatie. Indien doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is, kunnen asielzoekers terecht bij elk ziekenhuis in Nederland. Asielzoekers en statushouders die in een COA-locatie verblijven bevallen in principe altijd in een ziekenhuis of een geboortecentrum. Statushouders die vanuit opvanglocaties zijn verhuisd naar een reguliere woning hebben toegang tot dezelfde geboortezorg en gezondheidszorg als andere Nederlanders.



FIGUUR 2. KETENPARTNERS IN DE GEBORTEZORG VOOR ASIELZOEKERS. BRON: GGD GHOR⁴, 2021 [16].

Naast de zorgverleners vanuit de reguliere zorg zijn ook GZA en het COA betrokken als ketenpartners in de geboortezorg voor asielzoekers (zie figuur 2). Het COA heeft een 'gidsfunctie' in de gezondheidszorg, hetgeen inhoudt dat het COA asielzoekers wegwijs maakt in het Nederlandse zorgsysteem, en een signalerende rol heeft met betrekking tot sociale en medische problemen [15]. Op de meeste COA-locaties is een woon-of programmabegeleider bij het COA aangewezen als 'aandachtsfunctionaris' geboortezorg. Dit betekent dat deze functionarissen fungeren als contactpersoon voor de zwangeren op hun locatie.

2.5 Richtlijnen voor de geboortezorg

De Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers is in 2010 ontwikkeld door en voor ketenzorgpartners en beschrijft de gewenste werkwijze en de samenwerkingsafspraken binnen de geboortezorg aan asielzoekers [5]. De leden in de ketenrichtlijn werkgroep waren professionals die lid waren van de KNOV⁵ of de NVOG⁵ dan wel beleidsmedewerkers bij het COA⁵, GZA⁵, de GGD GHOR Nederland en Kenniscentrum Kraamzorg⁵. De aanleiding voor het ontwikkelen van de richtlijn waren aanbevelingen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (destijds IGZ) ten aanzien van de geboortezorg voor asielzoekers. De werkgroep rondom de Ketenrichtlijn komt halfjaarlijks bijeen, waarbij het COA de bijeenkomsten voorziet. De richtlijn wordt regelmatig geactualiseerd naar aanleiding van veranderingen in de zorg of organisatie. Er is geen wetenschappelijk onderzoek of formele evaluatie beschikbaar ten aanzien van de implementatie of het effect van de ketenrichtlijn. Verspreiding van het document vindt plaats via de eigen communicatiekanalen van de diverse organisaties en beroepsverenigingen. De richtlijn en bijbehorende bijlagen zijn online onder andere te benaderen via de [website van het College Perinatale Zorg \(CPZ\)](#).

De Ketenrichtlijn beschrijft de taken, verantwoordelijkheden en processtappen in de geboortezorg voor asielzoekers, waar die afwijken of meer aandacht vragen ten opzichte van de reguliere zorg. De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG) beschrijft de basiszorg die elke zwangere vrouw in Nederland hoort te krijgen voor elke fase van de zwangerschap [17].

³ De gegevens die gebruikt zijn voor deze analyse zijn beschikbaar gesteld door het COA.

⁴ GGD GHOR (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio) Nederland.

⁵ KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), COA (Centraal Orgaan opvang Asielzoekers), GZA (GezondheidsZorg Asielzoekers), zie ook pagina 10 Beschrijving van gebruikte begrippen en afkortingen).

3 Opzet van het onderzoek

In het EGALITE project zijn verschillende deelstudies opgezet om de uitkomsten, ervaringen en kwaliteit van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders in kaart te brengen. De resultaten van deze studies vormen de basis voor de aanbevelingen in de volgende hoofdstukken. Hieronder worden de studies en de gebruikte onderzoeksmethoden kort toegelicht. De resultaten van de meeste studies zijn reeds verwerkt in wetenschappelijke publicaties, waarin een uitgebreidere beschrijving van de toegepaste methoden is te vinden.

3.1 Studies naar kenmerken en geboorte-uitkomsten van zwangere asielzoekers en statushouders

In de **studie met COA-cijfers** analyseerden we de maternale kenmerken en risicofactoren voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten bij moeders in COA locaties, gebaseerd op alle door het COA geregistreerde geboorten tussen 2016 en 2020 [18]. De resultaten uit het wetenschappelijke artikel over deze studie zijn samengevat in een [factsheet](#) in het Nederlands, uitgegeven in samenwerking met GGD GHOR [16].

In de **registerstudie** werden de maternale en perinatale uitkomsten van asielzoekers en statushouders onderzocht. Hiervoor werden geboortegegevens uit de Nederlandse perinatale registratie (Perined) gekoppeld aan microdatabestanden met gegevens over asielmigratie van het Centraal Bureau voor de Statistiek over de periode 2014-2019 [19]. Asielzoekers en statushouders konden zo worden vergeleken met langer gevestigde migranten en met vrouwen zonder migratieachtergrond in Nederland. Deze studie bevestigde grotendeels het verhoogde risico van asielzoekers en statushouders op ongunstige geboorte-uitkomsten.

3.2 Studies naar ervaringen in de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders

De **vragenlijststudie** was gericht op het in kaart brengen van de uitdagingen in de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders in Nederland, in eerste instantie onder eerstelijns verloskundigen [21]. De ontwikkelde EGALITE-vragenlijst is later aangepast voor gebruik onder andere ketenpartners. Hierbij werden algemene ervaringen, knelpunten, best practices en de implementatie van de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers geëvalueerd. De aangepaste vragenlijsten zijn verspreid onder COA-aandachtsfunctionarissen, GZA-medewerkers, zorgverleners in het ziekenhuis en kraamverzorgenden.

In de **interviewstudie** zijn bevorderende en belemmerende factoren in de zorg verder uitgediept in interviews met elf eerstelijns verloskundigen [21]. Daarnaast zijn zestien vrouwen met een vluchtachtergrond geïnterviewd over hun ervaringen in de geboortezorg in Nederland. De eerste reeks interviews (acht vrouwen) richtte zich op hun algemene ervaringen, terwijl later in het project nog eens acht interviews werden afgenomen die specifiek betrekking hadden op de ervaringen van asielzoekers rondom overplaatsingen. De interviews werden deels met de tolkentelefoon, deels met sleutelpersonen van Stichting Nieuw Thuis Rotterdam, en deels door een tweetalige masterstudent afgenomen. De studie werd aangevuld met een Photovoice-project, waarbij vrouwen hun ervaringen met zwangerschap en voeding in een AZC vastlegden via foto's, die het uitgangspunt vormden voor interviews met de onderzoekers [22].

3.3 Studies naar de kwaliteit van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders

In de **dossierstudie** zijn 80 verloskundige dossiers van zwangere asielzoekers geanalyseerd om de verleende zorg te toetsen aan de hand van relevante richtlijnen, zoals de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers en de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. De uitkomsten van deze studie worden waarschijnlijk in 2025 gepubliceerd, maar zijn wel al gebruikt als input voor de focusgroepen (zie 3.4) en grotendeels terug te vinden in bijlage 2. In de perinatale auditstudie, die werd uitgevoerd vanuit het UMC Groningen, hebben onderzoekers van het EGALITE team bijgedragen aan de analyse van 53 casussen van vrouwen met een vluchtachtergrond uit het Nederlandse Perinatale Auditregister [23]. In deze analyse is onderzocht welke suboptimale zorgfactoren mogelijk bijdragen aan ongunstige uitkomsten.

3.4 Focusgroepen t.b.v. ontwikkeling van aanbevelingen

In 2023 werden de onderzoeksresultaten gevalideerd en vertaald in concrete aanbevelingen via een reeks van zes **focusgroep sessies**. Hierbij werden zowel professionals als asielzoekers/statushouders betrokken. Aanvankelijk vonden afzonderlijke sessies plaats voor deze groepen, om ruimte te geven voor hun unieke ervaringen, uitdagingen en suggesties voor verbetering. Vervolgens werden twee gemengde focusgroepen georganiseerd, om gezamenlijk tot aanbevelingen en prioriteiten voor het veld te komen. Meer details over de opzet van de focusgroepen is te vinden in kader 1.

Kader 1. Inhoud en deelnemers EGALITE focusgroepen (voorjaar 2023)

De **eerste sessie** betrof een online bijeenkomst voor het COA, waarbij acht aandachtsfunctionarissen en een COA beleidsmedewerker aanwezig waren. Tijdens deze bijeenkomst werden knelpunten besproken en werden deelnemers uitgenodigd om deel te nemen aan volgende sessies.

Aan de **tweede** en de **derde** sessie namen acht asielzoekers en statushouders deel, die hun ervaringen met de zorg tijdens hun zwangerschap, bevalling en kraamtijd in Nederland deelden. Positieve voorbeelden en suggesties voor verbetering werden in de derde sessie besproken. Aan deze sessies namen ook een aantal geboortezorg professionals als begeleiders deel.

De **vierde** focusgroep vond plaats met negen geboortezorgprofessionals uit het veld. Hierin stonden knelpunten in de zorgverlening centraal. De **vijfde** sessie betrok dezelfde professionals als in de voorgaande sessie, samen met enkele deelnemers uit de eerste focusgroep. In deze sessie lag de nadruk op het gezamenlijk opstellen van mogelijke oplossingen. De **zesde** sessie bracht dezelfde groep professionals en asielzoekers/statushouders nogmaals samen, om met 'direct ranking' de belangrijkste aanbevelingen en prioriteiten voor het veld vast te stellen.

De 9 deelnemers aan de focusgroepen van vrouwen met een vluchtachtergrond werden geworven via verschillende kanalen, waaronder het COA, een steungroep voor vrouwen in een opvanglocatie en persoonlijke contacten van de onderzoekers. In de eerste twee sessies met vrouwen namen acht vrouwen deel, waarvan twee op dat moment zwanger waren en in een opvanglocatie verbleven, terwijl de andere vrouwen eerder zwanger waren geweest en inmiddels met een verblijfsvergunning in een eigen huis woonden. Vijf van de deelnemers waren afkomstig uit Syrië, één deelnemer uit Jordanië, één uit Palestina en één uit Somalië.

Deelnemers aan de focusgroepen van professionals werden geworven via organisaties die deelnamen aan het EGALITE project, waaronder verloskundigenpraktijken, COA, GZA en ziekenhuizen. Deelnemers werkten als beleidsadviseur (bij het COA of GZA), aandachtsfunctionaris (COA), praktijkverpleegkundige/doktersassistent (GZA), kraamverzorgende, eerstelijns verloskundigen en gynaecoloog.

De meeste professionals namen deel aan alle sessies, die afwisselend plaatsvonden op een COA-locatie en in het hoofdkantoor van Pharos te Utrecht. In de focusgroepen met een gemengde deelnemersgroep van professionals en asielzoekers/statushouders, namen telkens één tot drie ervaringsdeskundige vrouwen deel.

4 Uitkomsten en aanbevelingen per thema

Hieronder volgt een overzicht van de aanbevelingen die per thema zijn opgesteld. In de toelichting van de thema's verwijzen we naar specifieke bevindingen van het EGALITE project, waarbij de bronstudie *cursief* gedrukt is. Relevante inzichten uit ander onderzoek worden vermeld met een verwijzing naar de literatuurlijst.

Het overzicht is verrijkt met de perspectieven van zowel professionals als vrouwen met een vluchtachtergrond. Deze ervaringen zijn afkomstig uit de interviews en focusgroepen die binnen EGALITE hebben plaatsgevonden. Waar relevant wordt ook hier de bronstudie vermeld. Uitspraken van deelnemers, tussen aanhalingstekens weergegeven, zijn zo nodig vertaald naar het Nederlands.

Aanbevelingen zijn gericht aan beleidsmakers en bestuurders binnen de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders, werkzaam op ministerieel of uitvoerend niveau in de zorg of het asieldomain. Daarnaast is een deel van de aanbevelingen gericht aan de werkgroep Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers en aan professionals en zorgverleners die in hun dagelijkse praktijk met zwangeren, moeders en/of pasgeborenen met een vluchtachtergrond te maken hebben.

4.1 Organisatie van de zorg

4.1.1 Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers

Het EGALITE project heeft met behulp van een vragenlijst de bekendheid en implementatie van en ervaringen met de richtlijn op verschillende niveaus geëvalueerd. Uit de *EGALITE vragenlijst* onder eerstelijns verloskundigen blijkt dat de bekendheid van de Ketenrichtlijn onder deze beroepsgroep beperkt is, zo kent 34% van de meer dan 100 respondenten de richtlijn helemaal niet, en van de respondenten die de richtlijn wel kent, is bijna de helft niet tot maar enigszins bekend met de inhoud (zie tabel 2).

De *EGALITE vragenlijst* is op kleinere schaal ook uitgezet onder zorgverleners in het ziekenhuis en bij GZA, en onder begeleiders bij het COA. Bij deze ketenpartners ligt de bekendheid van de richtlijn nog lager. Zo heeft 45% van de ondervraagde deelnemers in het ziekenhuis nog nooit van de richtlijn gehoord, net als 43% van de zorgverleners van GZA en 30% van de aandachtfunctionarissen bij het COA. In de vragenlijst werden ook een aantal zorgprocesstappen geëvalueerd. Hieruit bleek dat sommige voorschriften in de praktijk meestal goed verlopen, bijvoorbeeld de dubbele verwijzing voor de 22-weeken prik door de verloskundige en GZA (gebeurt vaak tot altijd volgens

54% van de eerstelijns verloskundigen). Een voorschrift dat juist weinig wordt opgevolgd is een verhuisgesprek bij GZA voorafgaand aan overplaatsing (gebeurt nooit of soms volgens 66% van de GZA zorgverleners) en het informeren van COA bij ontslag uit het ziekenhuis na de baring (gebeurt nooit of soms volgens 62% van de COA aandachts-functionarissen).

Ook vanuit de *dossierstudie* blijken veel voorschriften uit de Ketenrichtlijn in de praktijk niet uitgevoerd te worden. Zo vindt een multidisciplinair overleg (MDO) tussen alle ketenpartners, een belangrijke aanbeveling uit de richtlijn om de samenwerking te stroomlijnen, slechts bij vier van de acht deelnemende praktijken minimaal eens per jaar plaats (zie bijlage 3, tabel 2).

Voor statushouders bestaat geen specifieke richtlijn. Bijna de helft van alle verloskundigen (47%) in de EGALITE vragenlijst geeft aan dat zij wel behoefte hebben aan een dergelijke richtlijn.

TABEL 2A. BEKENDHEID VAN HET BESTAAN VAN DE KETENRICHTLIJN GEBORTEZORG ASIELZOEKERS ONDER VERSCHILLENDE KETENPARTNERS

Bent u bekend met **het bestaan** van de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers?

	Aantal	Nee	Ja
Eerstelijns verloskundigen	102	34%	66%
Tweedelijns zorgverleners	53	45%	55%
Zorgverleners bij GZA	40	43%	58%
COA aandachts-functionarissen	37	30%	70%

TABEL 2B. BEKENDHEID VAN DE INHOUD VAN DE KETENRICHTLIJN GEBORTEZORG ASIELZOEKERS ONDER ZORGVERLENERS DIE 'JA' ANTWOORDDEN OP VRAAG 1A

Bent u bekend met **de inhoud** van de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers?

	Aantal	Niet of enigszins bekend	Redelijk of volledig bekend
Eerstelijns verloskundigen	67	48%	52%
Tweedelijns zorgverleners	29	83%	17%
Zorgverleners bij GZA	23	43%	57%
COA aandachts-functionarissen	26	38%	62%

Ervaringen van professionals

In de *interviewstudie* met eerstelijns verloskundigen komt naar voren dat de beperkte bekendheid van de richtlijn bij diverse ketenpartners een belemmering vormt voor de uitvoering van de zorg volgens de richtlijn. In regio's waar de richtlijn gezamenlijk met andere ketenpartners is uitgewerkt in een lokaal zorgpad, zijn verloskundigen positiever over de kwaliteit van de zorg. Dit patroon wordt bevestigd in de focusgroepen. De meeste professionals zijn tevreden over het bestaan en de inhoud van de richtlijn, maar ervaren hindernissen in de uitvoering. Met name de communicatie en samenwerking bij de uitvoering van de richtlijn stelt de zorgverlener voor uitdagingen (zie ook 4.1.2. Multidisciplinair samenwerken in de keten):

“De richtlijn zelf is inhoudelijk wel goed, maar we moeten veel beter van elkaar weten wat we doen.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

Daarnaast komt naar voren dat er behoefte is aan een beter toegankelijk en praktischer format van de Ketenrichtlijn. Bovendien geeft met name het COA aan dat de huidige richtlijn wat betreft (medisch) taalgebruik en leesbaarheid niet voldoende aansluit bij de aandachts-functionarissen die er gebruik van moeten maken.

Ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond

Hoewel de Ketenrichtlijn niet specifiek aan bod komt tijdens interviews met asielzoekers en statushouders, komt uit de focusgroepen naar voren dat deze vrouwen wel degelijk graag betrokken zouden worden bij het maken en verbeteren van richtlijnen. Geen van deze vrouwen weet dat de Ketenrichtlijn bestaat, terwijl ze dit wel zouden willen:

“I would like to know about the protocol, so I also know what to ask for.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Aanbevelingen m.b.t. de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers

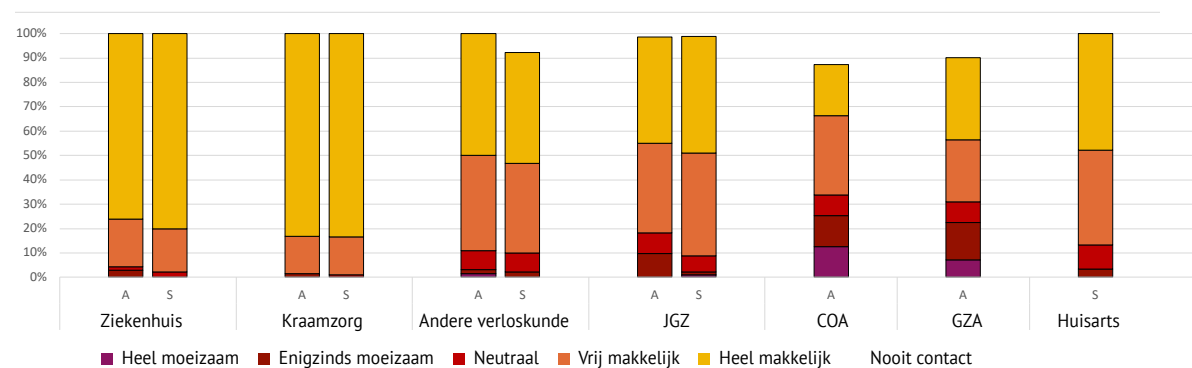
- Neem bij herziening van de huidige Ketenrichtlijn de bevindingen van de EGALITE studie ten aanzien van de bekendheid en implementatie van specifieke voorschriften, en de aanbevelingen voor inhoudelijke aanpassingen en uitbreidingen mee.
- Verbeter de bruikbaarheid van de Ketenrichtlijn voor de dagelijkse praktijk door ontwikkeling van een gebruikersvriendelijk format, bijvoorbeeld in de vorm van een mobiele applicatie of een interactief PDF. Zorg voor één centrale online locatie van de Ketenrichtlijn om circuleren van verouderde versies te voorkomen.
- Realiseer doorontwikkeling van de Ketenrichtlijn naar een evidence-based zorgstandaard, bijvoorbeeld ter opname in de Richtlijnen-database van de FMS (Federatie Medisch Specialisten) en het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut, om de professionalisering, bekendheid en implementatiegraad van de richtlijn te vergroten.
- Ontwikkel een aparte richtlijn voor de geboortezorg aan recente statushouders (bijvoorbeeld binnen Kansrijke Startcoalities).
- Betrek asielzoekers en statushouders bij het verbeteren van de geboortezorg door middel van cliëntparticipatie, bijvoorbeeld door het aanstellen van een cliëntvertegenwoordiger in de Ketenrichtlijnwerkgroep. Betrek ook medewerkers uit de praktijk bij de werkgroep, zoals de aandachtsfunctionarissen bij het COA.
- Stel als richtlijnwerkgroep of beroepsorganisatie een eenduidig format op voor de uitwerking van zorgpaden op lokaal niveau, op basis van de landelijke richtlijn.
- Ontwikkel als ketenpartners een lokaal uitgewerkt zorgpad, gebaseerd op de Ketenrichtlijn, ZIG (Zorgstandaard Integrale Geboortezorg) en de huidige wet- en regelgeving. Het doel van dit lokale zorgpad is om een praktische handleiding op lokaal niveau op te stellen, voorzien

van werkafspraken, contactgegevens en telefoonnummers. Zie ook 4.1.2. Multidisciplinair samenwerken in de keten.

- Stel binnen een praktijk, organisatie, locatie of afdeling een verantwoordelijke aan voor de implementatie van de Ketenrichtlijn en vaardig deze persoon af naar multidisciplinaire beleidsbijeenkomsten.
- Besteed in het inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers aandacht aan de ketenrichtlijn en de bijbehorende regionale afspraken.

4.1.2 Multidisciplinair samenwerken in de keten

In de ketenzorg voor vrouwen met een vluchtachtergrond, en met name voor asielzoekers, werken veel verschillende ketenpartners samen. Uit de *EGALITE vragenlijst* blijkt dat iets meer dan de helft van de ondervraagde eerstelijns verloskundigen redelijk tot zeer tevreden is over de samenwerking in de zorg voor asielzoekers (54%) en statushouders (56%). De samenwerking varieert echter sterk per ketenpartner. Eerstelijns verloskundigen vinden de communicatie zowel in de zorg voor asielzoekers als statushouders het makkelijkst verlopen met het ziekenhuis en kraamzorgorganisaties. In de zorg voor asielzoekers ervaren zij het contact met het COA en GZA als moeizamer (zie Figuur 3). In de *dossierstudie* beschikken zes van de acht verloskundige praktijken over contactgegevens van de relevante medewerkers bij het COA en GZA.



FIGUUR 3. BEREIKBAARHEID VAN KETENPARTNERS DOOR EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN IN DE ZORG VOOR ASIELZOEKERS EN STATUSHOUDERS. A = ASIELZOEKERS; S = STATUSHOUDERS.

Ook vanuit het ziekenhuis worden de meeste obstakels ervaren in de communicatie met het COA en GZA; daarnaast geven relatief veel respondenten aan nooit contact te hebben met deze ketenpartners (respectievelijk 36% en 38%), hoewel dit in de Ketenrichtlijn op meerdere punten in het zorgpad wel wordt voorgeschreven.

Ervaringen van professionals

Zowel in de *interviews* met verloskundigen als de *focusgroepen* met alle zorgprofessionals komen knelpunten in de onderlinge communicatie veel aan bod. Elke ketenpartner benoemt dat 'kortere lijnen' de samenwerking goed zouden doen:

“Je moet elkaar spreken om elkaars gezicht te kennen en elkaar te kunnen vinden”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

“Ik vind het belangrijk om lokale zorgpaden te maken met duidelijke contactpersonen per organisatie. Wij werken alleen direct samen met de verloskundige, maar voor de rest heb ik geen idee wie ik waarbij moet hebben, dus werken we vaak in cirkeltjes.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

Vanuit het COA geven aandachts-functionarissen geboortezorg aan dat informatie vanuit de zorg vaak niet met hen wordt gedeeld op basis van het medisch beroepsgeheim en/of in verband met de wet AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming):

“Het COA weet bijvoorbeeld pas dat een vrouw van het ziekenhuis naar huis komt als ze weer op de stoep van de locatie staat. Ook van het GZA krijgen we vaak niet eens te horen dat iemand zwanger is, alleen als ze iets nodig heeft, bijvoorbeeld een babypakket.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

Het hoge personeelsverloop bij het COA en GZA wordt door andere ketenpartners expliciet als knelpunt in de samenwerking genoemd, naast verschillen in inzicht over optimale zorg en de eigen verantwoordelijkheid van de zwangere. Ten slotte hebben veel professionals behoefte aan meer kennis(uitwisseling) met betrekking tot de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders.

Ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond

Ook zwangeren hebben soms last van knelpunten in de samenwerking en coördinatie van zorg. Zo beschrijven zwangeren in de *focusgroepen* dat verschillende zorgverleners langs elkaar heen werken of niet van elkaars adviezen op de hoogte zijn.

Aanbevelingen m.b.t. multidisciplinair samenwerken in de keten

- Zorg binnen het COA dat op iedere locatie waar zwangeren verblijven minimaal één aandachts-functionaris geboortezorg aangesteld is. Overweeg deze functie te formaliseren binnen het COA voor kwaliteitsverbetering. Vergroot het scholingsaanbod en versterk het netwerk van aandachtsfunctionarissen voor onderlinge uitwisseling van kennis, knelpunten en best practices.
- Zorg voor duidelijkheid over de (toegestane en noodzakelijke) gegevensuitwisseling tussen het COA en betrokken geboortezorgverleners, en pas de toestemmingsverklaring in het dossier van zwangeren hierop aan.
- Organiseer tenminste tweemaal per jaar een beleidsoverleg tussen alle ketenpartners op elke COA-locatie waar zorg aan zwangeren geboden wordt. Organiseer daarnaast een 'zwangeren-bespreking' voor het afstemmen van de zorg voor individuele zwangeren, met een frequentie afhankelijk van het aantal zwangeren op de locatie.

- Vergroot de mogelijkheden voor verspreiding en uitwisseling van kennis tussen professionals van verschillende ketenpartners via bestaande kanalen, zoals www.kennisnetgeboortezorg.nl (College Perinatale Zorg), het Netwerk Regionale Geboortezorg Consortia en Kennispoort Verloskunde.
- Stel aan het begin van de zwangerschap een multidisciplinair, gepersonaliseerd zorgpad op, en stel voor elke zwangere asielzoeker of statushouder een coördinerend zorgverlener of casemanager namens het multidisciplinaire begeleidingsteam aan.
- Vermeld contactgegevens van ketenpartners in het elektronisch zorgdossier van elke zwangere asielzoeker.
- Neem deel aan lokaal/regionaal ketenoverleg over casuïstiek en/of organisatie en samenwerking in de keten.

4.2 Toegankelijkheid en continuïteit van zorg

4.2.1 Aanvang van de zorg

Tijdige zwangerschapszorg is onder andere van belang voor optimale risicoselectie, prenatale screening, voorlichting, en begeleiding, om daarmee de kans op een goede start voor moeder en kind te vergroten. Evenals in eerder onderzoek naar algemene migrantenpopulaties, blijkt uit het EGALITE project dat asielzoekers en statushouders vaak later starten met prenatale consulten dan wordt aanbevolen in Nederlandse en internationale richtlijnen [24]. In de *EGALITE registerstudie* werd bijna 30% van de asielzoekers en statushouders pas na twaalf weken voor het eerste antenatale consult gezien, in vergelijking met 7% van de vrouwen zonder migratieachtergrond [19]. In de *dossierstudie* ligt dit percentage bij asielzoekers zelfs op 48% (zie bijlage 3, tabel 3). Bij minder dan een kwart van deze zwangeren was de reden voor het laat in zorg komen dat zij pas gedurende de zwangerschap in Nederland arriveerden; bij de andere zwangeren speelde een andere reden of was de reden niet uit het dossier op te maken. Andere barrières, zoals onbekendheid met of weinig vertrouwen in het Nederlandse zorgsysteem, spelen volgens verloskundigen in de interviewstudie ook een rol.

In de *studie met COA-cijfers* was meer dan de helft (52%) van de vrouwen die een kind kregen tijdens hun verblijf in de asielopvang al zwanger op het moment van registratie in de opvang [18]. Een deel hiervan betreft echter ongedocumenteerde vrouwen die pas vanaf 34 weken zwangerschap recht hebben op opvang. De omstandigheden waaronder vrouwen voor vertrek of onderweg naar Nederland zwanger werden zijn niet onderzocht, noch is bekend welk deel van de zwangere asielzoekers al zorg heeft gehad in het buitenland.

Mede door vertraging aan de start wordt bepaalde zorg, zoals de termijnecho en het standaard bloedonderzoek inclusief screening op infectieziekten, regelmatig onvolledig of niet tijdig verleend. Ook prenatale diagnostiek wordt volgens de *dossierstudie* niet aan iedere zwangere in de asielopvang aangeboden.

Bij de aanvang van de zorg is ook aandacht voor mogelijk ongewenste zwangerschap een aandachtspunt. Eerder onderzoek toont aan dat seksueel geweld veel voorkomt onder vrouwen die

gedwongen zijn te vluchten [25]. Verloskundigen benoemen in de *interviews* dat ongewenste zwangerschappen vaker voorkomen, hoewel dit niet kwantitatief is onderzocht in EGALITE. Een eerdere studie liet wel meer zwangerschapsafbrekingen zien onder asielzoekers in vergelijking met Nederlandse vrouwen [26].

Ervaringen van professionals

Uit de *vragenlijst- en interviewstudies* met verloskundigen blijkt dat een late start van de zorg veel voorkomt en daarmee een belangrijke belemmering vormt [20]. Verloskundigen wijzen op verschillende gevolgen, zoals een onzekere termijnbepaling, maar ook minder tijd om een vertrouwensband op te bouwen en passende zorg te organiseren, zoals kraamzorg. Het feit dat vrouwen met een vluchtachtergrond meestal zonder medisch dossier in Nederland aankomen beperkt een volledig beeld van de obstetrische voorgeschiedenis.

Professionals signaleren meerdere redenen waarom asielzoekers regelmatig laat in zorg komen, buiten dat een deel van hen al zwanger is bij aankomst in Nederland:

“Afspraken maken is voor veel vrouwen echt ingewikkeld. Dat moet eerst via GZA en dat lukt niet iedereen.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

“Eerst op de bus, dan nog met de tram: soms vraagt dat echt te veel.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

Professionals benadrukken ook dat de vertraging in de medische screening van asielzoekers bij aankomst in Nederland in de jaren 2022/2023 een negatieve invloed heeft. In periodes van hoge opvangtekorten bij het COA worden asielzoekers regelmatig rechtstreeks vanuit Ter Apel overgeplaatst naar crisisnoodopvanglocaties, zonder de registratie en medische intake die normaliter eerst plaatsvinden. Als gevolg hiervan komen zwangere vrouwen op opvanglocaties terecht waar zij niet in beeld zijn bij een verloskundig zorgverlener.

Ervaringen van gevluchte vrouwen

In *interviews en focusgroepen* geven de meeste zwangeren aan dat ze het belangrijk vinden om vroeg te kunnen beginnen met zwangerschapszorg. Voor sommigen van hen blijkt de weg naar de zorg echter vol obstakels, bijvoorbeeld doordat ze niet weten waar ze terecht konden voor een zwangerschapstest, lang wachten op een afspraak bij GZA, of na een positieve zwangerschapstest pas veel later een intake krijgen bij de verloskundige. In het algemeen vinden vrouwen de zorg in en vanuit de COA-locatie (ook buiten de zwangerschap) te weinig bereikbaar, en zouden zij meer inloopsprekuren willen.

“Ik was drie maanden in het AZC en ik wist drie maanden lang niet of ik zwanger was of niet. (...) Niemand kon daarmee helpen, ik moest zelf een zwangerschapstest halen, en ik heb zelf ontdekt dat ik zwanger was.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Ook de zorg rondom miskramen en vruchtbaarheidsstoornissen wordt in de focusgroepen door meerdere vrouwen onvoldoende toegankelijk genoemd. Vrouwen die een miskraam gehad hebben tijdens hun verblijf op een opvanglocatie voelen zich regelmatig niet serieus genomen; zo missen zij diagnostiek bij herhaalde miskramen. Fertiliteitsonderzoek en – behandeling van asielzoekers vallen niet onder de vergoeding van de medische specialistische zorg die vergoed wordt door de RMA.

Aanbevelingen m.b.t. de aanvang van de zorg

- Waarborg tijdige medische screening van asielzoekers (op dag twee na aankomst) en verbreed de voorlichting vanuit de screening/huisartsenzorg in opvanglocaties t.a.v. seksuele- en reproductieve gezondheid en zorg op dit gebied.
- Garandeer tijdige aanvang van de prenatale zorg door intakes met spoed te plannen voor zwangeren in opvanglocaties.
- Verbeter de (ervaren) beschikbaarheid en bereikbaarheid van de eerstelijns huisartsen- en verloskundige zorg op opvanglocaties, bijvoorbeeld door het realiseren van inloopsprekken en/of verloskundige gesprekken op of vlakbij opvanglocaties, zoals al gedaan wordt op verschillende plekken in het land (bijvoorbeeld in Ter Apel, Leersum en Almere). Indien gesprekken op locatie niet mogelijk zijn, garandeer goede bewegwijzering en bereikbaarheid met het openbaar vervoer.
- Houd er rekening mee dat een zwangerschap onbedoeld en/of ongewenst kan zijn; asielzoekers en statushouders met een wens tot afbreking van de zwangerschap kunnen naar een reguliere abortuskliniek worden verwezen, waar behandeling vergoed wordt door RMA (asielzoekers) of vanuit de WLZ (statushouders). Ongedocumenteerde zwangeren kunnen verwezen worden naar Stichting Women on Waves (medicamenteuze abortus tot 9 weken zwangerschap) of Dokters van de Wereld voor ondersteuning bij de toegang tot zorg.
- Verbreed de voorlichting vanuit de GGD en/of GZA over zwangerschap- en geboortezorg in Nederland voor vrouwen op opvanglocaties. Neem expliciet in de voorlichtingsinformatie op waar mensen een zwangerschapstest kunnen verkrijgen, maar ook waar vrouwen met een anticonceptieverzoek, onvervulde kindwens, of ongewenste zwangerschap terecht kunnen.
- Neem deze informatie ook op in de voorlichting die het COA aan statushouders verstrekt wanneer zij naar een reguliere woning verhuizen.
- Maak fertiliteitszorg gelijkwaardig toegankelijk door vergoedingen gelijk te stellen aan die uit het Nederlandse basispakket.

4.2.2 Overplaatsingen van asielzoekers

In het huidige Nederlandse asielsysteem verhuizen mensen tijdens de asielpcedure een of meerdere keren. Dit heeft te maken met de organisatie van de procedure, waarbij mensen afhankelijk van de status van hun procedure in een ander type locatie van het COA verblijven. Daarnaast kunnen overplaatsingen het gevolg zijn van capaciteitskwesties, bijvoorbeeld bij sluiting van bepaalde locaties. Asielzoekers kunnen ook zelf een verzoek tot overplaatsing doen, bijvoorbeeld om dichtbij familie of kennissen te wonen.

Uit de *studie met COA-cijfers* blijkt dat 70% van de vrouwen minimaal 1 keer werd overgeplaatst tijdens de zwangerschap, en 28% zelfs twee keer of meer [15]. De overdracht van zorg en medische

gegevens loopt bij overplaatsing regelmatig niet goed. Hoewel de Ketenrichtlijn de processtappen en taakverdeling tussen ketenpartners beschrijft, geeft bijna 40% van de verloskundigen in de *EGALITE vragenlijst* aan dat ze nooit of meestal niet tijdig door het COA worden geïnformeerd over een aanstaande overplaatsing van een asielzoeker en uit het *dossieronderzoek* blijkt dat slechts 25% van de praktijken tijdig geïnformeerd wordt (bijlage 3, tabel 2). Overplaatsingen leiden dan ook vaak tot onderbroken zorg gedurende een langere periode van de zwangerschap, of juist tot onnodig herhaalde zorg.

In de Ketenrichtlijn staat dat zwangere asielzoekers in principe zes weken voor de uitgerekende datum tot zes weken na de bevalling niet meer verhuizen of overgeplaatst worden [4]. Alleen in overeenstemming met GZA, de verloskundig zorgverlener en de zwangere ter uitsluiting van medisch risico kan van deze termijn worden afgeweken. Toch geven zorgverleners in de *interviews* aan dat overplaatsingen en uitzettingen naar het buitenland ook in deze periode voorkomen, zonder dat zij geconsulteerd zijn, hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

De invloed van overplaatsingen op klinische zwangerschapsuitkomsten is op dit moment nog onbekend. Wel blijkt uit veel onderzoek dat stress bij de moeder, ook aan het begin van de zwangerschap, invloed kan hebben op latere geboorte- en gezondheidssuitkomsten. [18, 19]

Ervaringen van professionals in de geboortezorg

Uit de *EGALITE vragenlijst* en *interviews* onder verloskundigen komen overplaatsingen naar voren als het belangrijkste knelpunt in de zorg voor zwangere asielzoekers [20,21]. Ook in de *focusgroepen* met een bredere groep zorgverleners en zwangere vrouwen worden overplaatsingen unaniem herkend als belemmerende factor voor optimale zorg. Veel zorgverleners benoemen de risico's die hierdoor in hun ervaring ontstaan:

“Het is al zo'n complex iets, de hele zorg voor asielzoekers, ook omdat je gewoon zoveel minder informatie hebt, dus het is sowieso al moeilijk, en het is altijd meer risicovol, en elke overplaatsing creëert weer een moment van overdracht, wat gewoon betekent dat je af en toe de controle verliest.”

DEELNEMER INTERVIEWS (VERLOSKUNDIGE)

Zorgverleners beschrijven dat de verantwoordelijkheid voor het vervolg van de zorg na een overplaatsing vaak bij de zwangere wordt gelegd, terwijl dit in de praktijk onrealistisch blijkt:

“Het wisselen van zorgverleners is elke keer weer spannend. Soms kunnen vrouwen zelf de naam van de verloskundige, de praktijk, of zelfs het vorige AZC niet onthouden.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

Ervaringen gevluchte vrouwen

Uit *interviews* met vrouwen met ervaringen met de geboortezorg vanuit opvanglocaties of als statushouder blijkt dat overplaatsingen vaak tot extra stress en onzekerheid in de zwangerschap

leiden. Sommige vrouwen vrezen dat verplicht verhuizen tot complicaties, zoals een miskraam kan leiden. In bepaalde gevallen blijken overplaatsingen juist wel gewenst, bijvoorbeeld als het gaat om een verhuizing naar een opvanglocatie met betere leefomstandigheden of kookmogelijkheden.

Aanbevelingen m.b.t. overplaatsingen van asielzoekers

- Geef als verloskundig zorgverlener al vroeg in de zwangerschap duidelijke uitleg over de werkwijze in het geval van overplaatsing. Geef bijvoorbeeld aan hoe de zwangere zelf de verloskundige op de hoogte kan stellen in het geval van een aanstaande overplaatsing. Overweeg regelmatig een afdruk van het medisch dossier (de ‘zwangerschapskaart’) mee te geven.
- Expliciteer de verantwoordelijkheden van COA, GZA en verloskundig zorgverleners voor het waarborgen van de continuïteit van zorg rondom overplaatsingen.
- Stel een termijn vast voor de minimale periode tussen het aankondigen van een overplaatsing en de daadwerkelijke overplaatsing, zodat er voldoende tijd is voor een zorgvuldige overdracht van de zorg.
- Consulteer en informeer vanuit het COA tijdig de betrokken zorgverleners, zodat zij de overdracht naar de nieuwe verloskundige praktijk kunnen regelen. Realiseer bijvoorbeeld een automatisch bericht van overplaatsing naar alle betrokken geboortezorgverleners, zoals op dit moment al gebeurt in de digitale communicatie tussen COA en GZA.
- Neem als verloskundig zorgverlener contact op met GZA indien u ernstige risico's voor de zwangere ziet bij overplaatsing. Het GZA heeft de bevoegdheid om een zogenaamde transferblokkade aan te vragen bij het COA.
- Volg bij overplaatsingen het protocol van de Ketenrichtlijn: wanneer een zwangere asielzoekster verhuist, controleert het COA haar afspraken en informeert de betrokken zorgverleners en GZA over de verhuizing. De huidige en nieuwe verloskundige zorgverleners zorgen voor een soepele overdracht van de zorg.
- Concentreer de zorg voor zwangeren op een beperkt aantal COA-opvanglocaties en minimaliseer het aantal overplaatsingen (Zie ook 5. Randvoorwaarden). Naast vrouwen die bij aankomst zwanger zijn, kunnen bepaalde groepen, zoals zwangeren die onder artikel 64 van de Vreemdelingenwet vallen, zwangeren in (crisis)noodopvang en hoog-risico zwangeren, prioriteit krijgen bij de implementatie van deze randvoorwaarde.

4.2.3 Vervoer en vindbaarheid

Naast de overplaatsingen van asielzoekers spelen nog andere knelpunten in de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg. In de *vragenlijststudie* onder verloskundigen geeft 74% van hen aan dat asielzoekers vaker geplande afspraken missen dan zwangeren zonder migratieachtergrond; dit geldt volgens 62% van de verloskundigen ook voor statushouders. Dit beeld wordt bevestigd door de *dossierstudie*; daaruit blijkt dat 31% een of twee afspraken had gemist; 10% miste zelfs meer dan twee geplande afspraken (zie bijlage 3, tabel 3).

Ervaringen van professionals

Zorgverleners benoemen verschillende verklaringen voor het hoge percentage ‘no-shows’ onder asielzoekers en statushouders. Ten eerste zijn dit opnieuw de overplaatsingen: vrouwen missen

vaak een of meerdere afspraken bij hun verloskundig zorgverlener, voordat duidelijk wordt dat ze zijn overgeplaatst naar een andere opvanglocatie. Daarnaast zien professionals praktische problemen bij vrouwen, zoals moeite om de weg te vinden, en vervoersproblemen. Voor statushouders is het openbaar vervoer vaak prijzig, en de Nederlandstalige afspraakbrieven van zorgverleners zijn soms moeilijk te lezen.

Wat betreft vervoer vormen de taxi's vanuit opvanglocaties een veelgenoemd probleem. Vrouwen hebben recht op vervoer met een zorgtaxi vanaf 36 weken zwangerschap, of eerder op medische indicatie. Het medisch contactcentrum van het moederbedrijf van GZA (Arts en Zorg) heeft een contract met een vaste aanbieder, *Zorgvervoercentrale Nederland (ZVN)* en regionale onderaannemers. Het is niet mogelijk om een specifiek tijdstip af te spreken voor de zorgtaxi, en de aanrijtijd is volgens verloskundigen regelmatig langer dan een uur, waardoor vrouwen regelmatig te laat op hun afspraak komen. Dit is met name rondom de baring een probleem, waardoor er vaker ambulances worden ingezet en verloskundigen niet zelden besluiten om zwangeren vanuit opvanglocaties in hun eigen auto te vervoeren.

Ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond

Zwangere vrouwen beamen in de *interviews en focusgroepen* dat het moeilijk is om de weg te vinden naar de zorg, zowel letterlijk als wat betreft het begrijpen van het systeem. Een spreekuur van de verloskundige op de opvanglocatie zou een uitkomst kunnen zijn:

“Dit zou een goede oplossing zijn voor een belangrijk probleem. Afspraken maken is voor veel vrouwen echt ingewikkeld. Dat moet eerst via GZA en dat lukt niet iedereen. Het zou heel fijn zijn om dingen gelijk te kunnen bespreken bij de verloskundige in het AZC.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Ook geven vrouwen aan dat ze zelf niet altijd weten hoe ze hun zorgverlener kunnen bereiken bij alarmsymptomen of als de bevalling zich aandient, en noemen ook zij de problemen met taxivervoer vanuit opvanglocaties. Hierbij beschrijven vrouwen dat er in hun ervaring niet voldoende of niet op tijd naar hen geluisterd wordt:

“Er is een vriendin van mij, ze heet [naam], ze was hier zwanger. Ze kreeg weeën en had pijn (...). Ze belde en ze zeiden haar, ‘we bellen je terug’, terwijl ze weeën had! Ze belde nogmaals... En niemand reageerde op haar (...). En toen, na een tijdje, kwam er uiteindelijk een taxi. Maar tegen die tijd was ze al aan het persen, ze was bijna aan het bevallen (...). Er zou een nummer moeten zijn - misschien een apart telefoonnummer voor zwangere vrouwen, voor taxi's die direct kunnen komen.”

DEELNEMER INTERVIEWS (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Tot slot zijn vrouwen in het land van herkomst niet altijd gewend om op een afgesproken tijd naar antenatale consulten te komen. Ook hebben vrouwen in opvanglocaties regelmatig veel stress of

andere prioriteiten, bijvoorbeeld rondom hun verblijfsvergunning, waardoor afspraken voor de zwangerschap minder belangrijk zijn of makkelijker worden vergeten.

Aanbevelingen m.b.t. vervoer en vindbaarheid

- Verruim de termijn waarbinnen zorgtaxivervoer vanuit COA-locaties geïndiceerd is voor zwangeren om de toegankelijkheid van de zorg te bevorderen. Buiten deze termijn kunnen COA-locatiemanagers alternatief vervoer voor zwangere vrouwen faciliteren, zoals beschreven in een bijlage van de Ketenrichtlijn.
- Zorg dat de maximale aanrijtijd van één uur gewaarborgd is in overeenkomsten met (lokale) vervoerders van zorgtaxivervoer.
- Geef als verloskundig zorgverlener duidelijke belinstructies aan de zwangere en besteed extra aandacht aan uw (telefonische) bereikbaarheid. Maak bij beperkte lees- of gezondheidsvaardigheden bijvoorbeeld gebruik van pictogrammen (zie ook Bijlage 2. Praktische hulpmiddelen en extra informatie).

4.3 Kwaliteit van persoonsgerichte zorg

4.3.1 Taal en tolken in de zorg

Het grootste deel van de zwangere asielzoekers komt uit Syrië of Eritrea, maar behalve Arabisch en Tigrinya brengen mensen met een vluchtachtergrond nog honderden andere talen naar de Nederlandse spreekkamers. Zij hebben echter pas na het verkrijgen van een verblijfsvergunning toegang tot formeel taalonderwijs. Slechts 8% van de zorgverleners in Nederland heeft zelf een migratieachtergrond [29]. Taalverschillen tussen zorgverleners en zwangeren komen dus veel voor.

Het overbruggen van taalverschillen is cruciaal voor de kwaliteit van communicatie in de zorg. En die kwaliteit heeft invloed op allerlei aspecten van de geboortezorg, zoals de veiligheid, het vertrouwen van de zwangere in de zorg, voorlichting over complexe onderwerpen zoals prenatale screening, en het proces van ‘samen beslissen’ over passende zorg. Bij het overbruggen van taalverschillen spelen (telefonische) tolken een belangrijke rol. Voor asielzoekers zijn de tolkdiensten op dit moment door COA gecontracteerd bij Acolad.

In de *EGALITE vragenlijst* onder verloskundigen gaf 88% van hen aan dat zij de tolkentelefoon vaak of altijd inzetten bij asielzoekers; 31% gaf aan dat meestal ook te doen bij statushouders. Het verschil tussen deze percentages hangt samen met de overheidsfinanciering van de tolkentelefoon, die aan het begin van EGALITE alleen beschikbaar was voor asielzoekers met een COA-zorgnummer. Tijdens de onderzoeksperiode (per 1 januari 2023) is er ook weer vergoeding gekomen voor statushouders. Het is niet bekend hoe vaak zorgverleners hier gebruik van maken.

Uit de *dossierstudie* komt naar voren dat verloskundigen bij asielzoekers ondanks de vergoeding lang niet altijd werken met tolken; zo wordt in bijna de helft van de dossiers (47%) nooit notitie gemaakt van inzet van de tolkentelefoon, terwijl in bijna alle dossiers (96%) genoteerd stond dat de

zwangere onvoldoende Nederlands sprak voor communicatie zonder tolk (bijlage 3, figuur 1). In een deel (23%) van de dossiers wordt expliciet vermeld dat er bij een of meerdere consulten geen tolk werd ingezet. De belangrijkste redenen die hiervoor worden gegeven zijn een te lange wachttijd bij de tolkentelefoon of een gebrek aan beschikbare tolk in de taal van de zwangere. In plaats van de tolkentelefoon wordt veel gewerkt met vertalende kennissen of familieleden van de zwangere.

In de *EGALITE registerstudie* worden ook aanwijzingen gevonden voor mogelijke gevolgen van (onopgeloste) taalbarrières voor de zorg. Zo wordt bij asielzoekers en statushouders vaker een spoedkeizersnede onder algehele anesthesie uitgevoerd dan bij vrouwen zonder migratieachtergrond (namelijk in 11.3% versus 6.3% van de spoed keizersneden), wat erop zou kunnen wijzen dat zorgverleners geen tijd hebben of nemen om uitleg te geven over de ruggenprik als alternatief.

Zorgverleners geven in de *interviews en focusgroepen* aan dat ze blij zijn dat de tolkentelefoon bestaat en (weer) vergoed wordt. Wel zijn er een aantal factoren die het werken met tolken soms belemmeren. Behalve de beperkte beschikbaarheid is ook de kwaliteit van tolken wisselend, en zijn er regelmatig tolken die niet letterlijk vertalen wat er wordt gezegd. Dit leidt nogal eens tot misverstanden. Daarnaast registreren zorgverleners dat vrouwen zich bij sommige – waaronder vaak mannelijke – tolken minder veilig voelen om vrijuit te spreken.

Ervaringen van professionals

Uit de ervaringen van zorgverleners blijkt opnieuw dat taalbarrières ernstige gevolgen kunnen hebben:

“Ik heb toevallig zelf een keer meegemaakt dat er een dame heel veel bloedverlies had maar zij sprak - nou ik weet niet welke taal, maar bijvoorbeeld Tigrinya, en er was niemand in haar buurt op dat moment die Engels kon. Dus toen heeft het iets van twee uur geduurd voordat er iemand was die, voor haar, mij kon bellen. En toen kwam ik inmiddels te laat, want toen was er inderdaad iets met het kindje aan de hand waardoor zij zoveel bloedde. Maar omdat ze gewoon niet wist hoe ze ons moest bereiken door een taalbarrière, heeft ze gewoon maar niet gebeld. En toen is dat ook misgegaan.”

DEELNEMER INTERVIEWS (VERLOSKUNDIGE)

Ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond

Opvallend is dat zwangeren taalbarrières niet als het belangrijkste probleem in de zorg beoordelen. Het lijkt erop dat de verwachtingen van vrouwen ten aanzien van communicatie laag zijn en niet aansluiten bij hun rechten. Zo weet geen van de vrouwen in de focusgroepen dat zij mogen vragen om een tolk, en beschouwen zij het als vanzelfsprekend om hun eigen tolk te regelen bij afspraken. Volgens vrouwen wordt dit met name in het ziekenhuis ook expliciet aan zwangeren gevraagd. Dit leidt tot problemen als zij niemand kunnen vinden, of sensitieve informatie niet willen delen met iemand uit hun eigen netwerk.

“In de AZC’s is het in theorie geregeld, maar als vriendinnen naar de verloskundige moeten, bellen ze mij alsnog om te tolken omdat de verloskundige vraagt om zelf iemand te regelen.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Aanbevelingen m.b.t. taal en tolken in de zorg

- Neem aanbevelingen over tolken op in alle relevante richtlijnen binnen de geboortezorg, waaronder de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.
- Ontwikkel en integreer onderwijs over communicatie met tolken in opleidingen en nascholing van professionals in de zorg en het sociale domein.
- Specificeer in de Ketenrichtlijn op welke momenten in het zorgpad de inzet van een tolk absoluut noodzakelijk is; bijvoorbeeld bij de intake, consulten over prenatale screening en diagnostiek, en het bespreken van de bevalling en het geboorteplan. Neem hierbij adviezen over uit de huidig geldende Kwaliteitsnorm tolkgebruik in de zorg, en de toekomstige richtlijnmodule vanuit o.a. Patiëntenfederatie Nederland (zie ook Bijlage 2. Praktische hulpmiddelen en extra informatie).
- Zorg dat alle professionals in de geboortezorg bekend zijn met de procedure voor het reserveren of ad hoc inschakelen van een tolk, inclusief het telefoonnummer en de werkwijze van de tolktelefoon. Integreer deze informatie in het lokaal uitgewerkte zorgpad voor asielzoekers en statushouders.
- Maak als zorgverlener een zorgvuldige inschatting van het taalniveau, de gezondheidsvaardigheden en de van elke individuele zwangere, en stem uw communicatiestrategie en de eventuele inzet van een tolk hierop af in samenspraak met de zwangere. Maak hiervan ook notitie in het dossier.
- Verplicht vrouwen nooit om een naaste mee te nemen om te tolken. Voorkom ook dat minderjarige kinderen als tolk worden ingezet. Overweeg de inzet van een fysiek aanwezige tolk bij angstige of verwarde zwangeren, slecht-nieuws gesprekken, of consulten waarin beeldvorming wordt besproken.
- Zet actief in op het zien van de vrouw zonder de naaste bij vermoedens van afhankelijkheid, geweld, of andere gevoelige onderwerpen die van belang zijn voor de zwangerschapsbegeleiding.

4.3.2 Cultuursensitiviteit

Culturele verschillen, bijvoorbeeld in normen en waarden, communicatiestijlen, en tradities rondom zwangerschap en geboorte, vormen zowel een verrijking als uitdaging voor zorgverleners [30]. Soms gaan culturele verschillen gepaard met ongelijke machtsverhoudingen, (onbewuste) vooroordelen en stigmatisering in de zorg [31]. Discriminatie in de zorg – een ongelijkwaardige behandeling van mensen op basis van hun raciale, etnische of culturele achtergrond of andere identiteitskenmerken – draagt bij aan meer ziekte en sterfte onder gediscrimineerde groepen, en komt ook in de geboortezorg voor [32-34].

Specifieke aandacht voor de culturele achtergronden van asielzoekers en statushouders is dus cruciaal voor het bieden van persoonsgerichte zorg. Het is van belang daarbij de diversiteit

binnen deze groepen te benadrukken en niet te generaliseren op basis van culturele of etnische achtergrond. Zo komen bepaalde problemen als infectieziekten, vrouwenbesnijdenis en anemie in de zwangerschap vaker voor bij sommige – maar zeker niet alle – bevolkingsgroepen. Gebrek aan aandacht voor mogelijke verschillen ten opzichte van vrouwen zonder migratieachtergrond kan leiden tot gemiste zorgbehoeften, en veralgemeniseren van deze verschillen juist tot stigmatisering. Bovendien zijn er problemen die los van cultuur of achtergrond vaker voorkomen bij asielzoekers en statushouders, zoals stress en trauma, en daarom meer aandacht verdienen.

Ook in het EGALITE project blijkt de omgang met (culturele) diversiteit soms een barrière voor het realiseren van persoonsgerichte zorg. Zo geven zorgverleners in de *perinatale auditstudie* regelmatig een negatieve beschrijving van vrouwen met een vluchtachtergrond, zoals ‘niet coöperatief’ of ‘onhandelbaar’, terwijl er geen tolk wordt ingeschakeld om taal- en cultuurverschillen te overbruggen. Ook treedt er soms vertraging op tussen symptomen die de zwangere aangeeft (zoals pijn), en de behandeling (zoals een spoedkeizersnede bij een uterusruptuur), wat erop kan wijzen dat uitingen van pijn minder serieus worden genomen bij vrouwen met bepaalde culturele achtergronden [35,36]. In de *registerstudie* ontvangen asielzoekers en statushouders in het algemeen vaker geen pijnstilling bij de baring (28.9%) dan Nederlanders zonder migratieachtergrond (26%) [19]. Ook in de *dossierstudie* lijkt bepaalde zorg soms minder te worden aangeboden aan asielzoekers dan richtlijnen voorschrijven. Bij een kwart van de zwangeren is er geen counseling geweest voor de NIPT, of is het onbekend of er counseling heeft plaatsgevonden (bijlage 1, tabel 3). Deze bevinding sluit aan bij eerder onderzoek waarin Nederlandse verloskundigen minder informatie over prenatale diagnostiek aanboden aan vrouwen met een migratieachtergrond. Dit kwam voort uit culturele aannames waardoor verloskundigen ervanuit gingen dat vrouwen geen behoefte hadden aan deze informatie [37]. Hetzelfde geldt mogelijk voor het opstellen van een geboorteplan, waarover slechts in een minderheid (23.8%) van de dossiers van asielzoekers een notitie is gemaakt.

Ervaringen van professionals

In de *EGALITE vragenlijst- en interviewstudie* benoemen professionals dat sommige cultuurverschillen uitdagingen opleveren voor hun zorgverlening. Dit gaat bijvoorbeeld om andere verwachtingen die vrouwen met een vluchtachtergrond soms hebben ten aanzien van de geboortezorg, bijvoorbeeld met betrekking tot het aantal antenatale consulten en interventies tijdens de bevalling. Bovendien merken veel verloskundigen op dat cliënten met een vluchtachtergrond in hun ervaring minder vragen stellen dan andere cliënten.

Verloskundigen noemen ook positieve aspecten van cultuurverschillen, bijvoorbeeld dat zij deze leerzaam vinden. Daarnaast noemen verloskundigen dat vrouwen met een vluchtachtergrond in het algemeen erg dankbaar zijn en snel tevreden met de zorg vergeleken met andere zwangere vrouwen. Sommige van deze observaties kunnen echter ook duiden op culturele misinterpretaties van zorgverleners, of op angst onder mensen met een vluchtachtergrond om kritisch te zijn op de zorgverlening. Daarnaast kan hun ogenschijnlijke tevredenheid voortkomen uit lage verwachtingen [27]. Een deel van de zorgverleners in de focusgroepen beschouwt hun eigen beperkte kennis en vaardigheden op het gebied van interculturele zorg als uitdaging.

Ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond

De meeste zwangeren ervaren dat zij met respect worden behandeld door hun zorgverleners, wat eraan bijdraagt dat zij zich op hun gemak voelen - een gevoel dat veel vrouwen buiten de spreekkamer missen:

“Ja, daarbinnen [in de spreekkamer van de verloskundige] voel ik me op mijn gemak (...) omdat ze aardig tegen me praat, net als tegen andere mensen. Maar als ik daar in de wachtkamer wacht, voel ik me niet comfortabel (...) omdat ze me vreemd aankijken. En, ze praten niet met me.”

DEELNEMER INTERVIEWS (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Toch benoemen vrouwen ook ervaringen van discriminatie in de zorg, bijvoorbeeld door de houding van zorgverleners ten aanzien van hun status als asielzoeker:

“Wanneer ik vraag naar [een extra echo], is het van ‘ja, je woont in een AZC dus het is niet gratis voor jou, je moet extra betalen’. En dat wil ik ook wel [extra betalen], maar dan heb ik het gevoel dat je me er steeds aan herinnert dat ik een asielzoeker ben, dat ik in het AZC woon (...)”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Daarnaast komt de *focusgroepen* naar voren dat vrouwen vanuit hun land van herkomst andere zorg of een andere houding van artsen gewend zijn, waardoor zij moeten wennen aan de Nederlandse zorgverlening en soms teleurgesteld worden. Dit gaat bijvoorbeeld om aspecten als medicatieverstrekking, doorverwijzing naar specialisten, maar ook het gevoel minder goed gehoord te worden door artsen:

“Wij vinden dat Nederlandse artsen meer praten dan dat ze luisteren naar wat het probleem echt is.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Ook rondom de baring geven vrouwen aan soms overrompeld te worden door zorgverleners, waarbij niet altijd ruimte is voor hun behoeften, gevoelens of verwachtingen:

“Ik had al zeven centimeter ontsluiting, en ik dacht dat de bevalling gewoon doorging, dat ik aan het bevallen was, maar de dokter zei ‘nee, de hartslag van de baby is omhoog gegaan, je hebt nog steeds een keizersnede nodig’. En ik vond het helemaal niet nodig. Omdat ik net zo goed had kunnen doorgaan in de tijd dat ik van de ene kamer naar de andere werd gebracht.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Een vrouw die haar ervaringen met zwangerschap als asielzoeker in Nederland deelt in de EGALITE **projectvideo**, noemt empathisch contact als belangrijk gemis tijdens haar zwangerschap:

“Maar wat ik niet goed vind [aan de zorg] – geen gesprek dat ik een gevoel krijg van ‘je bent veilig. Het komt goed.’ Dat je gewoon het gevoel geeft van ‘Ik ben met jou. Ik ben naast jou. Ik voel het wat jij voelt.’”

(PROJECTVIDEO EGALITE, ZIE WWW.ERASMUSMC-RDO.NL/PROJECT/THE-EGALITE-STUDY/)

Aanbevelingen m.b.t. cultuursensitiviteit

- Ontwikkel, faciliteer en financier meer (na)scholing voor zorgverleners, om hen te helpen cultureel sensitieve geboortezorg te bieden. Zorg dat cultuursensitiviteit een integraal onderdeel wordt van alle zorgopleidingen en overweeg nascholing verplicht te stellen om gezondheidsuitkomsten te verbeteren.
- Bevorder en ondersteun (culturele) diversiteit binnen de gezondheidszorgopleidingen en -beroepen, gezien de bewezen positieve effecten op de zorgkwaliteit en patiënttevredenheid.
- Streef naar zorg op maat voor elke individuele zwangere met een vluchtachtergrond, zonder algemene aannames over groepen. Ga niet uit van een ‘checklist’ van feiten over andere culturen, maar van een algemene houding van openheid en respect voor culturele verschillen [28].
- Reflecteer als zorgverlener op uw eigen zorg en persoonlijke waarden, overtuigingen en mogelijke machtsverschillen en vooroordelen. Het bewustzijn van het eigen vertrekpunt en blinde vlekken is een voorwaarde om mensen cultuursensitief te kunnen begeleiden. Stel open vragen om cliënten aan te moedigen om te praten over hun culturele achtergrond en eventuele specifieke tradities of overtuigingen die van invloed kunnen zijn op de zorgbehoefte.

4.3.3 Documentatie en registratie in de zorg

Uit de diverse EGALITE onderzoeken blijkt dat er slechts beperkt aantal gegevens voor onderzoek beschikbaar zijn op het gebied van de kwaliteit van de zorg en de geboorte-uitkomsten van zwangere asielzoekers en statushouders. Uit de dossierstudie blijkt bijvoorbeeld dat verloskundige informatiesystemen geen duidelijke vermelding bevatten of een zwangere vrouw een asielzoeker of statushouder is. In de *vragenlijststudie* geven slechts 2 (2%) van de verloskundigen aan dat zij de uitkomsten van asielzoekers in hun praktijk specifiek bijhouden; bij statushouders is dit nergens het geval [20].

In de *registerstudie* wordt duidelijk dat asielzoekers en statushouders moeilijk te identificeren zijn in Perined. Momenteel is in Perined alleen de etniciteit van de moeder beschikbaar, maar deze variabele wordt slecht gedocumenteerd en betreft een verouderde classificatie van etniciteit. Internationaal onderzoek toont aan dat bepaalde indicatoren, zoals geboorteland van de moeder, duur van verblijf in het gastland en wettelijke status, noodzakelijk en bevorderlijk zijn voor onderzoek naar het verminderen van gezondheidsverschillen onder gemarginaliseerde groepen [40].

In de *registerstudie* zijn geboorte-uitkomsten van asielzoekers en statushouders landelijk in kaart gebracht door middel van koppeling van data van het CBS aan Perined. Toch zijn er aanwijzingen dat deze studie het aantal ernstige uitkomsten onderschat doordat deze onzichtbaar blijven in

de huidige registraties. Zo is in ieder geval één geval van maternale sterfte gemist, omdat deze moeder zonder Burgerservicenummer (BSN) niet aan Perined kon worden gekoppeld [19,23]. Mensen krijgen pas een BSN nadat zij een verblijfsvergunning krijgen of minimaal zes maanden in Nederland verblijven.

In de *perinatale auditstudie* zijn casussen van asielzoekers en statushouders handmatig opgezocht in de chronologische verslagen van het auditregister [23]. Het blijkt dat asielzoekers en statushouders mogelijk niet besproken worden in de perinatale audit; want in de vragenlijststudie geeft 13% van de eerstelijns verloskundigen aan dat casuïstiek van asielzoekers niet in de regionale audit wordt besproken [20].

Er zijn geen verdere ervaringen van zorgprofessionals of zwangere vrouwen verzameld over documentatie en registratie. De volgende aanbevelingen zijn daarom direct gebaseerd op onze bevindingen tijdens het gehele EGALITE onderzoek.

Aanbevelingen m.b.t. documentatie en registratie in de zorg

- Neem invulvelden op voor het systematisch noteren van migratieachtergrond in verloskundige en ziekenhuisinformatiesystemen zoals Onatal, Orfeus, Vrumun, ChipSoft en Epic. Voeg deze ook als verplichte invulvelden toe aan de landelijke registratie van de geboortezorgketen (Perined). Neem hierin minimaal het geboorteland, de duur van verblijf in Nederland en wettelijke status als asielzoeker, statushouder of ongedocumenteerde migrant op.
- Versnel de inschrijving van statushouders in de Basisregistratie Personen en zorg dat de (perinatale) gezondheidssuitkomsten van ouders en kinderen zonder BSN gemonitord en onderzocht kunnen worden door koppeling van landelijke registraties (desnoods via een ander identificatienummer, zoals het V-nummer van asielzoekers).
- Versoepel de regels rondom geboorteaangifte en erkenning van kinderen door ouders zonder BSN, en neem hen mee in nationale geboortestatistieken.
- Verbeter de beschikbaarheid van data uit centrale informatiesystemen (zoals gebruikt door GZA) voor onderzoek en monitoring van gezondheidssuitkomsten- en behoeften rondom zwangerschap en geboorte.
- Faciliteer, ontwikkel en participeer in toekomstig onderzoek gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders, met aandacht voor relevante aspecten zoals de invloed van (migratie)beleidsfactoren op geboorte uitkomsten.
- Meld calamiteiten in de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, en neem casuïstiek mee in regionale perinatale audits. Overweeg om casuïstiek van asielzoekers en statushouders als thema of apart onderdeel van de audit op te nemen, om de specifieke verbeterpunten in de zorg voor deze groepen te verhelderen.

4.3.4 Psychosociale en geestelijke gezondheid

Vrouwen met een vluchtachtergrond hebben tijdens de perinatale periode meer kans op psychische klachten dan andere vrouwen [41]. Psychische problemen zoals depressie, angst en posttraumatische stressstoornis komen waarschijnlijk veel vaker voor, terwijl deze lang niet altijd herkend en behandeld

worden. Opvallend is dat meer dan de helft (53%) van de verloskundigen in de vragenlijststudie zelden of nooit informatie ontvangt over de psychosociale situatie van hun cliënten die verblijven op opvanglocaties, terwijl de Ketenrichtlijn dit wel voorschrijft [20]. Ook geeft een deel van de verloskundigen (23% zowel voor asielzoekers als statushouders) aan meestal geen gesprek te voeren over de psychosociale situatie van hun cliënt. In de dossierstudie wordt bij slechts 7% van de asielzoekers een gestandaardiseerde vragenlijst gebruikt om de psychosociale gezondheid in kaart te brengen (zie bijlage 2). Dit betreft altijd een eigen vragenlijst van de verloskundige praktijk; er wordt geen gebruik gemaakt van gevalideerde instrumenten zoals de **Mind2Care** of **R4U**. Uit de *EGALITE vragenlijst* blijkt dat bijna 20% van de verloskundigen asielzoekers en statushouders nooit doorverwijst naar geestelijke gezondheidszorg. Wanneer doorverwijzing wel plaatsvindt, is dit voornamelijk naar GZA (34%) of het ziekenhuis (33%) voor asielzoekers en naar de huisarts (49%) voor statushouders [20]. In de *dossierstudie* werd bijna 40% van de vrouwen met een indicatie voor geestelijke gezondheidszorg volgens hun dossier niet doorverwezen.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de psychische gezondheid van zwangere asielzoekers en statushouders in Nederland. Eerder onderzoek toonde al wel aan dat verschillende factoren het psychisch welzijn van asielzoekers in algemene zin negatief beïnvloeden, waaronder een lange duur van de asielprocedure en het verblijf in opvanglocaties, overplaatsingen, en angst voor uitzetting [31, 32].

Ervaringen zorgprofessionals

Hoewel EGALITE de geestelijke gezondheidssuitkomsten niet onderzocht, noemen veel zorgprofessionals in de *interviews en focusgroepen* het gebrek aan passende zorg voor psychische klachten als een belangrijk knelpunt in de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders.

“Wat denk ik ook echt helemaal tekortschiet: psychische klachten, depressieve klachten. Ik denk dat ze daar nergens mee terecht kunnen eigenlijk, alleen al doordat het niet besproken wordt.”

DEELNEMER INTERVIEWS (VERLOSKUNDIGE)

Veel verloskundigen voelen zich onvoldoende toegerust om zelf psychologische ondersteuning te bieden:

“Want dat is natuurlijk ons vak niet. En ook te intensief, weet je, soms dan staan bijna de tranen in je ogen als je hoort wat ze hebben meegemaakt.”

DEELNEMER INTERVIEWS (VERLOSKUNDIGE)

De meeste verloskundigen vragen beperkt naar psychische klachten, mede omdat de mogelijkheden om asielzoekers en statushouders door te verwijzen bij psychische klachten beperkt zijn. Hoewel asielzoekers via GZA meestal bij een POH-GGZ terecht kunnen, zijn de wachtlijsten voor geschikte (tweedelijns) psychologische zorg lang. De gespecialiseerde POP-poli's in ziekenhuizen zijn vaak niet toegankelijk voor vrouwen vanwege de taal of de afstand tot de opvanglocatie.

Ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond

De meeste vrouwen in de *interviews en focusgroepen* ervaren het leven als asielzoeker, en in verschillende mate als statushouder, los van hun zwangerschap, als zeer stressvol. Ze beschrijven hoe deze ervaren stress leidt tot complexe emoties tijdens hun zwangerschap:

“Ja. Ik voel me blij, maar blij en verdrietig. Ik weet niet hoe mijn leven zal zijn met mijn baby. Omdat hier zijn vandaag, hier willen zijn – het is moeilijk. Voordat ik alleen was, was het moeilijk. En nu met mijn jongen – met mijn baby – denk ik veel na. Het is zwaar en soms slaap ik niet goed. (...) Ja, want ik wil niet dat mijn baby een leven leidt zoals ik hier. Ik wil dat mijn baby een goed leven leidt, een normaal leven.”

DEELNEMER INTERVIEW (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Tijdens hun zwangerschap ervaren veel vrouwen juist dat er tijdelijk meer ondersteuning en aandacht is voor hun (psychische) behoeften. Met name de begeleiding van eerstelijns verloskundigen, maar ook die van andere zorgverleners en COA-aandachts-functionarissen, wordt erg gewaardeerd:

“Het geeft echt een warm gevoel hoe de mensen met je omgaan, heel beschermend ook, om je heen de hele tijd. Het neemt een beetje weg van de heimwee dat je moeder niet bij je is.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Deze positieve beleving van zorg en aandacht is voor sommige vrouwen zo betekenisvol dat ze om die reden opnieuw zwanger zouden willen worden:

“Omdat het zo fijn was de bevalling, soms [heb ik] gewoon alleen al het verlangen om opnieuw te bevallen, om al die aandacht te krijgen.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Desondanks komt naar voren dat er bij veel vrouwen achteraf een duidelijke wens is voor meer gespecialiseerde steun op het gebied van geestelijke gezondheid:

“Hier zijn zonder familie is echt heel zwaar. En helaas is er niks om je hiermee te helpen. Vooral voor je geestelijke gezondheid, je hebt hulp nodig, maar niemand kan je helpen. Dus ik weet niet waarom er geen geestelijke gezondheidszorg is, voor zwangere vrouwen zoals wij. De eerste baby alleen... Ja, het is echt heel stressvol.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Aanbevelingen m.b.t. psychosociale en geestelijke gezondheid

- Het (structureel) verbeteren van de mentale gezondheid van asielzoekers en statushouders

vereist structurele aanpassingen zoals het verkorten van wachttijden in de asielprocedure, verbeteren van leefomstandigheden en beperken van overplaatsingen, gezien de samenhang tussen deze factoren en psychische problematiek.

- Integreer gestandaardiseerde screening op psychosociale problemen in de reguliere zorg voor zwangere vrouwen met een vluchtachtergrond (bijvoorbeeld middels de Refugee Health Screener-15) [44]. Neem hierover ook aanbevelingen op in de Ketenrichtlijn voor asielzoekers.
- Definieer duidelijke zorgpaden voor doorverwijzing van verloskundige naar laagdrempelige (eerstelijns) of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor zwangeren met een vluchtachtergrond.
- Verbeter de toegankelijkheid van het bestaande aanbod in perinatale geestelijke gezondheidszorg, zoals bij POP-poli's voor zwangeren met een vluchtachtergrond, bijvoorbeeld door meer inzet van tolken en nauwere samenwerking met de eerstelijnszorg in opvanglocaties. Overweeg ook het opzetten van gerichte preventieprogramma's voor zwangere vrouwen in opvanglocaties, vergelijkbaar met het BAMBOO-programma voor de bredere populatie asielzoekers.

4.3.5 Kraamperiode

Meestal is mantelzorg door familie beperkt mogelijk in de kraamperiode van asielzoekers en statushouders, waarmee het belang van passende kraamzorg groot is. Voor asielzoekers wordt kraamzorg volgens de reguliere indicatiestelling vergoed door RMA, tot een maximum van 80 uur gespreid over 10 dagen. Aanstaaende ouders in de asielopvang hebben recht op een babypakket van het COA, bestaande uit gebruiksartikelen (zoals een ledikant) en een eenmalige verstrekking om verbruiksartikelen (zoals flesjes) aan te schaffen. Op sommige locaties (COL) krijgen asielzoekers alle artikelen in natura.

Volgens de Ketenrichtlijn is het COA verantwoordelijk voor het verstrekken van schriftelijke informatie over kraamzorg en benodigdheden voor het verzorgen van baby en moeder. Vervolgens dient ook de verloskundig zorgverlener de zwangere te informeren over het regelen van kraamzorg en hierbij zo nodig te ondersteunen. In de praktijk bestaat echter vaak verwarring over deze verantwoordelijkheden. Een groot deel (65%) van de COA-aandachts-functionarissen geeft in het *vragenlijstonderzoek* aan doorgaans ondersteuning te bieden bij de aanmelding voor kraamzorg. Desondanks melden kraamverzorgenden dat zij soms pas postpartum worden betrokken. In de *dossierstudie* werd een klein deel (6%) van de asielzoekers na de aanbevolen 32 weken aangemeld bij een kraamzorgorganisatie.

Daarnaast schrijft de Ketenrichtlijn voor dat er tussen de 34^e en 36^e week een huisbezoek door de verloskundig zorgverlener of de kraamzorg plaatsvindt. Volgens eerstelijns verloskundigen in de *vragenlijst* vindt dit in de praktijk bij een minderheid vaak of altijd plaats (20% bij statushouders, en 37% bij asielzoekers). Sinds 2022 zijn gemeenten daarnaast verplicht een prenataal huisbezoek door de JGZ aan te bieden aan zwangeren in een kwetsbare situatie. Inmiddels is deze zorg ook door COA ingekocht bij GGD GHOR. In EGALITE is niet onderzocht hoe vaak het PHB-JGZ plaatsvindt bij asielzoekers en statushouders.

Ten slotte noemen COA-aandachts-functionarissen in de *EGALITE vragenlijst en focusgroepen* de geboorteaangifte van pasgeborenen bij asielzoekers als knelpunt. De Ketenrichtlijn schrijft voor dat verloskundig zorgverlener toeziet op geboorteaangifte bij de gemeente. De dossierstudie suggereert dat dit in 43% van de gevallen daadwerkelijk gebeurt.

Voor statushouders geldt een eigen bijdrage van ongeveer vijf euro per uur voor kraamzorg. Dit bedrag wordt in de focusgroepen aangedragen als barrière voor optimale zorg. Ook zijn veel kraamverzorgenden niet op de hoogte van het feit dat zij sinds 2023 weer de tolkentelefoon kunnen inschakelen.

Uit de studie van het UMC Groningen met gegevens van de landelijke perinatale audit blijkt dat onder andere de zorg rondom hyperbilirubinemie bij pasgeboren baby's van asielzoekers en statushouders vaak suboptimaal verloopt [23].

Ervaringen van professionals in de geboortezorg

Hoewel de ervaringen van kraamverzorgenden beperkt aan bod zijn gekomen, brengen de *EGALITE vragenlijst en focusgroepen* verschillende praktische obstakels in opvanglocaties aan het licht. Voorbeelden zijn een incomplete kraamuitzet, gebrek aan kolfapparaat, of de centrale verwarming die niet is aan te passen in het verblijf van de pasgeborene. Daarnaast ervaren kraamverzorgenden uitdagingen in de samenwerking in de zorg voor asielzoekers; zo wordt de kraamzorg bij overplaatsingen lang niet altijd geïnformeerd.

Niet alle kraamverzorgenden voelen zich comfortabel om te werken in opvanglocaties, mede omdat zij onvoldoende weten hoe zij hun zorg kunnen aanpassen aan de omstandigheden en achtergrond van cliënten:

“Onbekend maakt onbemind; als we meer scholing krijgen, zouden collega's veel beter kunnen aansluiten bij vrouwen op AZC locaties.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

Kraamverzorgenden ervaren dat vrouwen met een vluchtachtergrond vaak niet bekend zijn met het concept van kraamzorg:

“Vertrouwen winnen [is een uitdaging], ze denken vaak dat we komen controleren en rapporteren aan instanties.”

DEELNEMER EGALITE VRAGENLIJST (KRAAMVERZORGENDE)

Terwijl sommige kraamverzorgenden zich afvragen hoe ze het minimale aantal uren moeten invullen op een opvanglocatie, vinden anderen de opdracht minimale zorg (3 uur per dag) waarmee zij meestal aan het werk gaan, juist te beperkt. Bovendien heerst er vaak onduidelijkheid over het toegestane aantal uren kraamzorg voor asielzoekers:

“RMA heeft de ruimte om het [aantal uren] uit te breiden op indicatie, al is dat niet overal bekend, want kraamzorg krijgt nu de boodschap dat ze niet langer mogen gaan dan minimale uren.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

Ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond

Hoewel de meeste vrouwen vanuit hun land van herkomst niet bekend zijn met kraamzorg zoals deze in Nederland bestaat, waarden veel van hen de professionele ondersteuning tijdens de kraamperiode:

“In [thuisland] krijg je tips van je moeder, je schoonmoeder, je tantes, achterfamilie...”

En je weet niet – de tips van de een zijn goed en van de ander niet... Dus kraamzorg is dan eigenlijk fijner soms dan al die verschillende meningen. Omdat ze praat vanuit haar deskundigheid en niet zozeer vanuit de ervaring.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Toch noemen vrouwen in de focusgroepen ook barrières in relatie tot kraamzorg, zoals de financiële bijdrage voor statushouders, en communicatieproblemen doordat tolken niet worden ingeschakeld. Vrouwen die tijdens de zwangerschap al een huisbezoek krijgen van de kraamzorg waarden dit, maar dit vindt nog lang niet bij iedereen plaats.

Enkele vrouwen ervaren dat de kraamverzorgende voornamelijk het kind controleert en minder oog had voor de hulpvraag van de moeder:

“Zij deed eigenlijk niets. Alleen maar aan de tafel zitten, schrijven, schrijven. En na een paar uurtjes weggaan. (...) Niet zoveel voor mij, alleen even baby checken, van koorts, geel en zo. Terwijl ik eigenlijk twee dingen nodig had, kleren opvouwen of schoonmaken.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Aanbevelingen m.b.t. de kraamperiode

- Verduidelijk de aanbevelingen in de Ketenrichtlijn ten aanzien van de aanmelding en coördinatie van kraamzorg, het aantal kraamzorguren voor asielzoekers, en prenatale huisbezoeken door verloskundige, kraamverzorgende en JGZ. Maak ook duidelijk dat asielzoekers geen eigen bijdrage betalen voor kraamzorg via RMA.
- Investeer in de bekwaamheid van kraamverzorgenden om zorg op maat te leveren in opvanglocaties, bijvoorbeeld middels een specifieke richtlijn, scholing voor kraamverzorgenden, en kennisverspreiding via het Kenniscentrum Kraamzorg. Neem hierin ook aandachtspunten op vanuit wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld over de herkenning van hyperbilirubinemie bij baby's met een donkere huidskleur. Overweeg om asielzoekers en statushouders aan te merken als kwetsbare groepen in de vernieuwing van het indicatieprotocol voor de kraamzorg in Nederland (Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek).

- Garandeer dat op alle opvanglocaties complete kraampakketten en uniforme informatie ten aanzien van aan te schaffen kraamartikelen worden verstrekt.
- Maak kraamzorg toegankelijker voor statushouders door de eigen bijdrage af te schaffen.
- Verricht als verloskundige en/of kraamverzorgende een prenataal huisbezoek bij asielzoekers en statushouders, eventueel geïntegreerd met een huisbezoek door een jeugdverpleegkundige. Ga bij asielzoekers zorgvuldig na of het kraampakket en de kraamuitzet volledig is, en eventueel of er kolfapparatuur op de opvanglocatie aanwezig is.
- Zorg dat binnen de organisatie verschillende kraamverzorgenden de weg op de opvanglocatie goed kennen en aanspreekpunt voor collega's en andere ketenpartners kunnen zijn.
- Overweeg sterk om een sociaal kraambed in een geboortecentrum aan te vragen voor asielzoekers, of voor statushouders met een suboptimale thuissituatie.
- Maak zoveel mogelijk voorafgaand aan de kraamperiode duidelijk wat kraamzorg precies inhoudt, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij het spreekuur van de verloskundige, zodat de kraamverzorgende alvast een bekend gezicht is voor de zwangere.
- Maak ook bij kraamzorg gebruik van tolkentelefoon, en van anderstalige- of beeldmaterialen gericht op de kraamperiode en de zorg voor pasgeborenen.
- Organiseer een bezoek van lokale kraamzorgorganisaties aan opvanglocaties, bijvoorbeeld met een rondleiding door medewerkers van het COA of GZA.
- Bied conform de ZIG aan iedere asielzoeker en statushouder een postpartum consult (nacontrole) aan, waarin de ervaring van de zwangere en bijvoorbeeld anticonceptiewens aan bod kunnen komen.

4.4 Sociale en politieke context van de zorg

4.4.1 Omstandigheden opvanglocaties

Sociale determinanten van gezondheid, gedefinieerd als de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden hebben een belangrijke invloed op de gezondheid van individuen, en zijn als zodanig grotendeels verantwoordelijk voor gezondheidsongelijkheden tussen groepen mensen. Zo komen meer gezondheidsproblemen voor in slechtere woonomstandigheden. In eerder onderzoek werd gevonden dat fysieke aspecten van huisvesting, maar ook veiligheid en drukte op opvanglocaties voor asielzoekers, invloed hebben op de fysieke en mentale gezondheid van zwangeren in Duitsland [34, 35].

De leefomstandigheden binnen opvanglocaties voor asielzoekers in Nederland variëren aanzienlijk. Naast reguliere locaties zijn er de afgelopen jaren tal van nood- en crisisonoodopvanglocaties opgericht vanwege capaciteitsproblematiek in de asielketen. Hoewel (crisis)noodopvanglocaties bedoeld zijn voor een tijdelijk verblijf van enkele weken, blijkt dat sommige locaties aanzienlijk langer operationeel zijn dan aanvankelijk voorzien. Op deze locaties zijn wisselende partijen verantwoordelijk voor de opvang en de gezondheidszorg. GZA is niet altijd fysiek aanwezig en de eerstelijnszorg wordt er (gedeeltelijk) overgenomen door lokale huisartsen, andere zorgorganisaties (zoals Arts & Specialist).

Specifiek onderzoek naar de gezondheid van zwangere vrouwen in deze noodopvanglocaties ontbreekt nog. Toch verschenen tijdens de periode waarin het EGALITE project werd uitgevoerd verschillende kritische berichten over ontoereikende toegang tot zorg op crisisonoodopvanglocaties. Rapporten van de Inspectie belichten tekortkomingen in onder andere hygiëne, privacy van bewoners en de toegang tot zorg [47,48]. Bovendien heeft de Europese Commissie bezorgdheid geuit over de schending van de Universele Mensenrechten op bepaalde locaties, zoals in Ter Apel, waar mensen in verschillende perioden (zomer 2022, najaar 2023) buiten overnachtten in verband met plaatsgebrek.

Ervaringen van professionals

De veelal ongunstige omstandigheden in opvanglocaties hebben ook invloed op de verloskundige zorg en op zorgverleners, zo blijkt uit de *vragenlijst-, interview-, en perinatale auditstudies*. Zo staan verloskundigen vaak voor dilemma's wanneer cliënten hen vragen om een betere woonplek of andere voeding te regelen. De stressfactoren die voortvloeien uit het verblijf in een opvanglocatie (zie ook 4.3.4. Psychosociale en geestelijke gezondheid) zijn niet alleen belastend voor zwangere vrouwen, maar ook voor hun zorgverleners:

“Als je iemand ziet zeggen dat ze zich depressief voelt omdat er zo'n lading vanuit COA op haar ligt, dat ze mogelijk wel uitgezet wordt, dat ze verplaatst wordt naar een andere instelling [bedoelt AZC] en dat ze zich onveilig voelt, dat ze niet naar land van herkomst terug kan, omdat ze dan met de dood bedreigd wordt. Dat zie je voor je neus gebeuren en vervolgens, ja, denk je: 'Oh mijn God, die vrouw kan echt niet terug, want die wordt gewoon vermoord. (...) Dat raakt je dan gewoon.’”

DEELNEMER INTERVIEWS (VERLOSKUNDIGE)

Ook medewerkers van het COA worstelen ermee dat locaties soms niet voldoen aan de randvoorwaarden voor een gezonde zwangerschap:

“Als ik één ding mocht veranderen [in de geboortezorg voor asielzoekers] dan zou het zijn dat er geen ratten en ander ongedierte meer rondloopt in de woonruimtes van zwangeren.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (PROFESSIONAL)

Ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond

In de focusgroepen komen veel problemen naar voren die zwangeren in een opvanglocatie ervaren, soms gerelateerd aan de fysieke omgeving van een eerste verblijfplaats in een nieuw land:

“Ja het was een beetje moeilijk, want ik wil kleding wassen, ik moet naar een verre plaats toegaan. En ik moet de kleding vasthouden en ik moet naar de - misschien moet ik 10 minuten lopen. Dan moet ik weer terugkomen met deze kleding. Het was moeilijk, het was koud, (...).

Alles was nieuw voor ons, nieuwe cultuur, nieuwe taal, alles nieuw, nieuwe regels, nieuwe sociale regels, en heel veel afspraken. Het was moeilijk...”

DEELNEMER INTERVIEWS (CLIËNT)

Daarnaast ervaren de meeste vrouwen in opvanglocaties verschillende stressfactoren, zoals angst voor uitzetting, tijdens de zwangerschap (zie ook: 4.3.4. Psychosociale en geestelijke gezondheid). Op sommige locaties hebben vrouwen zelfs het gevoel vergeten te worden:

“Toen ik in [naam locatie] aankwam, was het eerste wat ik van mensen heb gehoord dat ik nu in het vergeten AZC zit. Wanneer je hier wordt geplaatst vergeet iedereen dat je bestaat. Ik zag ook veel vrouwen die na de bevalling gedeporteerd werden. Ze bleven veertig dagen en direct daarna verdwenen ze uit het AZC. We zagen ze niet meer. Ik was daar ook heel bang voor.”

DEELNEMER INTERVIEWS (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

De meeste vrouwen ervaren strenge regels vanuit het COA, die een positieve zwangerschapservaring soms belemmeren. Vooral de verstrekte maaltijden op locaties waar niet zelf mag worden gekookt vormen naast de hygiëne een veelgenoemd verbeterpunt:

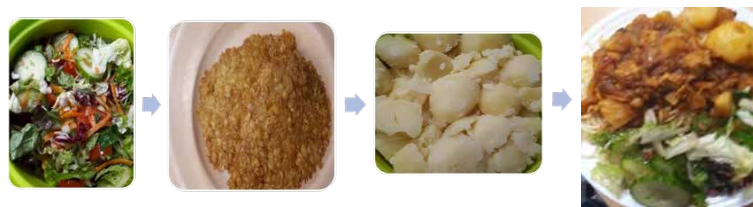
“Betere keukens of kookgelegenheid is nog belangrijker dan dat het schoon is. Je krijgt schoonmaakspullen, dus je kunt vaak zelf schoonmaken. Afhankelijk zijn van de COA catering is erger.”

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

In EGALITE zijn de ervaringen van Somalische vrouwen met voeding in opvanglocaties in beeld gebracht middels een Photovoice project [22]. Ook hieruit bleek dat vrouwen een grote voorkeur hebben om zelf te kunnen koken:

“Sometimes I make my own meals at home of the food I receive from COA. I must do this because I cannot eat the other food. It is not allowed by the rules, but everyone does it (...).”

DEELNEMER (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND) PHOTOVOICE PROJECT



FOTO'S VAN DEELNEMER AAN HET PHOTOVOICE PROJECT VAN SELMA HASSAN (MASTERSTUDENT BIJ EGALITE) TONEN HOE VROUWEN EEN TRADITIONEEL GERECHT BEREIDEN OP BASIS VAN DE MAALTIJD DIE HET COA VERSTREKT. OFFICIEEL IS HET OP LOCATIES WAAR COA DE CATERING VERZORGT NIET TOEGESTAAN OM ZELF TE KOKEN.

Aanbevelingen m.b.t. omstandigheden opvanglocaties

- Neem in de Ketenrichtlijn afspraken op voor medische indicaties ten aanzien van woonomstandigheden, zoals de unit binnen de opvanglocatie, en aangepaste voeding.
- Bij het ontwikkelen van leefstijlzorg dienen zorgverleners, verzekeraars en beleidsmakers speciale aandacht te schenken aan asielzoekers en statushouders. Essentieel is dat de omstandigheden in opvanglocaties een gezonde leefstijl tijdens de zwangerschap niet belemmeren. De voedingsadviezen van Het Voedingscentrum dienen bijvoorbeeld ook in de asielopvang uitvoerbaar te zijn.
- Realiseer kookgelegenheid op alle locaties waar zwangeren verblijven om te kunnen voldoen aan voorgaande voedingsadviezen, afgestemd op persoonlijke en culturele voorkeuren tijdens de zwangerschap.
- Zorg voor voorlichting over gezonde voeding en leefstijl tijdens de zwangerschap, maar wees u er als zorgverlener van bewust dat zwangeren in een opvanglocatie vaak beperkte keuzeruimte hebben. Verstrek adviezen die realistisch zijn binnen de gegeven omstandigheden.

4.4.2 Kwetsbare sociaaleconomische positie van vrouwen met een vluchtachtergrond

Asielzoekers en statushouders staan vaak voor complexe uitdagingen, zoals het verlies van hun sociale netwerk door gedwongen migratie en het navigeren in een nieuw gezondheidssysteem. Hun sociaaleconomische situatie is extra kwetsbaar door de lange asielprocedures en de beperkte mogelijkheden op het gebied van onderwijs en arbeidsparticipatie. Andere (sociale) risicofactoren voor kwetsbaarheid in de zwangerschap die vaak voorkomen, zijn bijvoorbeeld alleenstaand moederschap op jonge leeftijd. Uit zowel de *studie met COA-cijfers* en de landelijke *registerstudie* in EGALITE bleek de prevalentie van tienerzwangerschappen onder asielzoekers en statushouders ongeveer zes tot zeven keer hoger dan in de algemene Nederlandse populatie, en een groot deel van de tienerzwangerschappen komen voor bij alleenstaande minderjarige vluchtelingen (AMV) [18]. Relatief veel vrouwen die tijdens de opvangperiode een kind krijgen worden door het COA geregistreerd als alleenstaande moeders.

Wanneer statushouders met een verblijfsvergunning naar een eigen woning verhuizen, vervalt de begeleiding vanuit het COA, waardoor de thuissituatie en achtergrond van deze groep vaak minder in beeld zijn bij zorgverleners. In de *EGALITE vragenlijst* vonden bijna alle verloskundigen (94%) de zorg voor statushouders intensiever dan gemiddeld, mede doordat zij de sociale positie van statushouders in het algemeen vaker als kwetsbaar beschouwden.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat bepaalde interventies, onder andere gericht op sociale steun, positieve effecten kunnen hebben op zwangerschapsuitkomsten en -ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond. Hieronder vallen bijvoorbeeld antenatale zorg in groepsverband, intensieve begeleiding van doula's, en programma's gebaseerd op peer-support of waarbij zwangeren juist aan een vrijwilliger uit het gastland worden gekoppeld [39,49,50]. In Nederland is online groepszorg volgens het format van Centering Pregnancy beschikbaar voor Eritrese statushouders; op sommige plekken organiseren verloskundigen zelf groepszorg. De uitdaging voor implementatie van groepszorg in de asielopvang bestaat buiten financiering met name uit de voorwaarde om een

stabiele groep te creëren voor een langere periode. In Ter Apel is een protocol voor interactieve groepszorg voor asielzoekers ontwikkeld, dat momenteel nog in studieverband wordt geëvalueerd.

Ervaringen van professionals

De kwetsbare (sociale) situatie van asielzoekers houdt grotendeels verband met de omstandigheden, onzekerheid en isolatie die vrouwen ervaren in opvanglocaties. Professionals uit in de *EGALITE vragenlijst, interviews en focusgroepen* echter ook vaak hun bezorgdheid over de positie van statushouders die nog maar kort in een eigen huis in Nederland wonen als zij zwanger zijn. Veel professionals noemen financiële barrières als belangrijk probleem in de zorg voor statushouders. Verloskundigen vinden de overgang van begeleiding door het COA en zorgverzekering via RMA naar de financiële en praktische zelfredzaamheid die van statushouders wordt verwacht, te plotseling.

In de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders zijn veel verloskundigen geneigd om verder te gaan dan hun gebruikelijke rol en competenties, waardoor ze extra tijd en middelen investeren. Extra taken die verloskundigen vaak op zich namen omvatten bijvoorbeeld het regelen van kraamzorg, het coördineren van afspraken met andere zorgverleners, of het opzetten van initiatieven zoals inzameling van babyartikelen. Verloskundigen waren in zowel de vragenlijststudie als de interviews positief over een aantal voorbeelden om asielzoekers en statushouders (sociaal) te ondersteunen, zoals antenatale zorg in groepsverband en projecten waarbij zwangeren gekoppeld worden aan een ‘buddy’.

Ervaringen van vrouwen met een vluchtachtergrond

Voor veel zwangere vrouwen was de eerste periode in Nederland een moeilijke periode waarin zij zich ook kwetsbaar voelden (zie ook: 4.3.4. Psychosociale en geestelijke gezondheid):

“Het was in het begin moeilijk [om hier te zijn zonder familie]. Maar daarna, nadat ik een huis had, werd het makkelijker. Een eigen plek hebben.”

DEELNEMER INTERVIEWS (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Hoewel het verkrijgen van een verblijfsvergunning en een eigen woning zeker als positieve ontwikkelingen gelden, blijven er voor vrouwen met een vluchtachtergrond uitdagingen bestaan. Toch melden statushouders dat een tweede zwangerschap in Nederland makkelijker verloopt, bijvoorbeeld door uitbreiding van hun sociale netwerk en kennis van het Nederlandse zorgsysteem:

“De eerste zwangerschap was heel erg moeilijk natuurlijk. Ik was me zorgen aan het maken: oké, hoe ga ik hier bevallen? Waar moet ik naartoe? Wat gebeurt er met mijn kinderen thuis? Weet je, dus ik had veel zorgen. (...)”

De tweede zwangerschap is makkelijker, omdat ik nu langer in Nederland woon, ik heb kennis, ervaring en nu weet ik zelf hoe ik naar het ziekenhuis moet gaan, naar de verloskundige moet gaan...”

DEELNEMER INTERVIEWS (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Vrouwen geven aan vooral behoefte te hebben aan sociale steun:

“Samen praten om ervaringen te delen is het allerbelangrijkst. Zo kun je ook elkaar helpen om bepaalde problemen op te lossen, als iemand bijvoorbeeld te weinig babykleertjes heeft”.

DEELNEMER FOCUSGROEPEN (ZWANGERE MET VLUCHTACHTERGROND)

Aanbevelingen m.b.t. de kwetsbare sociaaleconomische positie van vrouwen met een vluchtachtergrond

- Faciliteer het (zo nodig aangepaste) aanbod van ondersteunende interventies in de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders, zoals antenatale groepszorg of begeleiding door geboortecoaches/doula's op opvanglocaties.
- Neem tarieven voor groepszorgprogramma's op locatie en online (zoals Centering Pregnancy) op in de vergoede zorg van RMA, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit hierin vanaf 1 januari 2024 ook voor andere groepen in voorziet.
- Bevorder de beschikbaarheid van lokale 'sociale kaarten'. Neem in de Ketenrichtlijn als aanbeveling op dat elke regio een sociale kaart op lokaal niveau uitwerkt.
- Stimuleer uitwisseling van lokale goede voorbeelden in ondersteuning van zwangere asielzoekers en statushouders in regionale samenwerkingsverbanden en via landelijke platformen en beroepsorganisaties.

5 Randvoorwaarden

De implementatie van de voorgestelde aanbevelingen vragen aanzienlijke investeringen in de organisatie en samenwerking binnen de zorg voor zwangere asielzoekers en statushouders. Er zijn dan ook verschillende randvoorwaarden waaraan dient te worden voldaan om substantiële verbeteringen van zowel de zorg als geboorte-uitkomsten te kunnen realiseren.

5.1 Concentratie van geboortezorg voor asielzoekers

Gezien het beperkte aantal zwangeren in de asielopvang, is het niet realistisch om de voorgestelde verbeteringen op iedere opvanglocatie door te voeren. Daarom moeten in elk van de vier COA regio's één tot maximaal twee locaties worden ingericht als gespecialiseerde opvang voor zwangeren en hun naasten. Dit biedt de kans om de samenwerking tussen COA-, GZA-professionals en andere ketenpartners (zoals eerstelijns verloskundigen, ziekenhuizen, JGZ, GGD en kraamzorgorganisaties) te optimaliseren. Bij de uitwerking van deze randvoorwaarde kunnen de recente ervaringen van de ketenpartners in de regio Ter Apel/Musselkanaal mogelijk handvatten bieden.

Bij concentratie van geboortezorg moet rekening worden gehouden met mogelijk (neven)effecten, zoals de impact op de asielprocedure of eventuele schoolgaande kinderen. Overplaatsingsbeleid dient daarom altijd individueel afgestemd te worden, in overleg met zorgverleners.

Belangrijkste redenen voor concentratie van zorg als randvoorwaarde:

- **Tegengaan van versnippering van zorg**
Op veel opvanglocaties wordt zorg verleend aan een klein aantal zwangeren. In het afgelopen decennium werden op meer dan 230 verschillende locaties kinderen geboren; vanaf 2021 werd op meer dan de helft van de opvanglocaties waar zwangeren verbleven minder dan vijf jaarlijkse geboorten geregistreerd (zie bijlage 4, tabel 1 en 2). Deze versnippering maakt het onmogelijk om de kwaliteit van deze complexe zorg overal te waarborgen en te bevorderen.
- **Effectievere samenwerking en expertiseontwikkeling**
Het verhoogde risico op ongunstige zwangerschapsgeschiedenissen onder vrouwen in de asielopvang, zoals bevestigd door EGALITE, vraagt om dringende verbetering van de zorg. Gespecialiseerde locaties kunnen gerichte expertise opbouwen en efficiënter werken door optimale coördinatie en korte communicatielijnen tussen alle betrokken ketenpartners. Concentratie biedt ook meer mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek (bijvoorbeeld in de vorm van een academische werkplaats), om de zorg voor asielzoekers in de toekomst verder te verbeteren.

- **Minder negatieve effecten van overplaatsingen in de perinatale periode**
Door zorg en opvang te concentreren, wordt het gemiddelde aantal risicovolle overplaatsingen verminderd. Het beperken van stress door overplaatsingen zal helpen om het welzijn van zwangeren in de opvang te verbeteren.
- **Ruimte voor andere verbeteringen**
Veel van de aanbevelingen, zoals verloskundige spreekuren op locatie, antenatale groepszorg, verbeterde leefomstandigheden en optimale kraamzorg, kunnen beter of uitsluitend worden uitgevoerd op een beperkt aantal opvanglocaties.

5.2 Doorontwikkeling en formalisering van richtlijnen

Richtlijnen voor de geboortezorg van mensen met een vluchtachtergrond, inclusief de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers, moeten worden opgesteld of geformaliseerd volgens professionele standaarden. Deze richtlijnen dienen wetenschappelijk onderbouwd te zijn en breed gedragen te worden door alle ketenzorgpartners.

Belangrijkste redenen voor formalisering als randvoorwaarde:

- **Bindend karakter en bredere bekendheid**
Door leden van de richtlijnwerkgroep formeel te mandateren vanuit hun beroepsverenigingen en/of organisaties, krijgt de richtlijn een bindend karakter. Dit bevordert de bekendheid en naleving ervan.
- **Evidence-based zorgverlening**
Een richtlijn die volgens de professionele standaarden wordt opgesteld stelt zorgverleners in staat om naar de laatste wetenschappelijke inzichten te handelen [51,52].
- **Betere verspreiding**
Disseminatie via formele kanalen, zoals het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland en de landelijke richtlijnen database van de Federatie voor Medisch Specialisten www.richtlijndatabase.nl, zorgt voor consistente verwijzingen naar de richtlijn en bredere verspreiding onder betrokken verenigingen en organisaties [51,52].

5.3 Verbeterde registratie en kwaliteitsmonitoring

Eenduidige en uniforme registratie van migratie- en kwaliteitsindicatoren in de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders is essentieel voor kwaliteitsbewaking en het terugdringen van gezondheidsverschillen.

Belangrijkste redenen voor verbeterde registratie en kwaliteitsmonitoring als randvoorwaarde:

- **Inzicht in zorguitkomsten en -behoeften**
Betere registratie vergroot de beschikbaarheid van gegevens die nodig zijn om de zorg te evalueren en aan te passen op basis van de specifieke behoeften van asielzoekers en statushouders.
- **Zichtbaarheid van groepen met een vluchtachtergrond**
De huidige onzichtbaarheid van verschillende groepen met een vluchtachtergrond in (medische) registraties vergroot de bestaande gezondheidsverschillen. Betere documentatie van informatie zoals het geboorteland, verblijfsduur en wettelijke status, is essentieel om deze verschillen effectief aan te pakken.

6 Slotbeschouwing

Het EGALITE project heeft belangrijke aandachtspunten en prioriteiten in kaart gebracht voor het verbeteren van de geboortezorg voor asielzoekers en statushouders in Nederland. Er bestaan grote uitdagingen op het gebied van de organisatie van de zorg, de toegankelijkheid en continuïteit, de kwaliteit van aspecten van persoonsgerichte zorg, en de sociale en politieke context waarbinnen deze zorg wordt verleend. Op basis van de onderzoeksbevindingen en de aanbevelingen binnen deze thema's zijn drie randvoorwaarden opgesteld:

1. het concentreren van de zorg voor zwangeren in de asielopvang,
2. het (door)ontwikkelen en van professionaliseren van richtlijnen voor de zorg aan asielzoekers en statushouders, en
3. het verbeteren van de registratie van kwaliteits- en uitkomstindicatoren.

Het EGALITE project brengt ook verschillende onderbelichte onderwerpen en nieuwe onderzoeksvragen naar voren. Er is meer onderzoek nodig naar de invloed van migratie- en asielbeleid op geboorte-uitkomsten evenals naar de rol en oorzaken van suboptimale zorg. Verder moet meer onderzoek zicht richten op interventies die zorgverleners kunnen ondersteunen bij het bieden van gelijkwaardige, persoonsgerichte zorg.

De aanbevelingen uit het EGALITE-project zijn urgent en actueel. Ze kunnen bijdragen aan het creëren van een meer kansrijke start voor kinderen met een vluchtachtergrond. De realisatie hiervan vergt daadkracht binnen het huidige politieke landschap. Het behelst meer dan alleen de inzet van zorgverleners en zorgbestuurders; het vraagt ook om coördinatie, toezicht en een betrokken en verantwoordelijke rol van landelijke en lokale overheden. Het onderzoek werpt daarmee vragen op over de huidige ministeriele verantwoordelijkheid voor de zorg aan asielzoekers, die nu bij het Ministerie van Justitie en Veiligheid ligt, terwijl een grotere betrokkenheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport logisch en noodzakelijk lijkt. Met het oog op de toekomst, waarin gedwongen migratie een blijvende realiteit zal zijn, is het van groot belang dat de Nederlandse geboortezorg in staat wordt gesteld om ieder kind een kansrijke start te bieden.

Referenties

1. Gieles, N.C. & Tankink, J.B., et al., *Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe: a systematic review*. European journal of public health, 2019. **29**(4): p. 714-723.
2. Van Oostrum, I.E., et al., *Mortality and causes of death among asylum seekers in the Netherlands, 2002–2005*. Journal of Epidemiology & Community Health, 2010.
3. Van Hanegem, N., et al., *Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: a two-year nationwide cohort study in the Netherlands*. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 2011. **90**(9): p. 1010-1016.
4. Pharos. *Infosheet Persoonsgerichte zorg en diversiteit*. 2022; Beschikbaar via: <https://www.pharos.nl/infosheets/persoonsgerichte-zorg-en-diversiteit/>.
5. Bo Brancheorganisatie Geboortezorg; GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA); Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA); Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV); RMA Healthcare. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG); GGD GHOR Nederland *Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers*. 2020, Beschikbaar via: <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/actualisatie-ketenrichtlijn-geboortezorg-asielzoekers/>, geraadpleegd op 18 augustus 2024.
6. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). *Asielverzoeken en nareizigers; nationaliteit, geslacht en leeftijd*. Beschikbaar via: <https://opendata.cbs.nl/statline#/CBS/nl/dataset/83102NED>. Geraadpleegd op 18 augustus 2024.
7. Ministerie van Justitie en Veiligheid. *De Staat van Migratie*. 2023: Den Haag. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/10/06/tk-bijlage-de-staat-van-migratie-2023>. Geraadpleegd op 18 augustus 2024.
8. Rijksoverheid. *Cijfers opvang vluchtelingen uit Oekraïne in Nederland*. 2024. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/opvang-vluchtelingen-uit-oekraïne/cijfers-opvang-vluchtelingen-uit-oekraïne-in-nederland>.
9. IND (Immigratie- en Naturalisatiedienst). *Asiel: laatste ontwikkelingen*. 2024. Beschikbaar via: <https://ind.nl/nl/asiel-laatste-ontwikkelingen>.
10. COA. *Wat is waar over asielopvang?* Beschikbaar via: <https://www.coa.nl/nl/lijst/het-waar-dat-alle-sociale-huurwoningen-naar-statushouders-gaan>, geraadpleegd op 18 augustus 2024.
11. Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA). *Capaciteit en bezetting, peildatum 12 augustus 2024*. Beschikbaar via: <https://www.coa.nl/nl/lijst/capaciteit-en-bezetting>. Geraadpleegd op 18 augustus 2024.
12. COA. *Noodopvang en tijdelijke gemeentelijke opvang*. Beschikbaar via: <https://www.coa.nl/nl/noodopvang-en-tijdelijke-gemeentelijke-opvang>, geraadpleegd op 18 augustus 2024.

13. GGD Haaglanden. *Zorg aan ongedocumenteerden*. Beschikbaar via: <https://www.ggd-haaglanden.nl/professional/professionals/vangnet/zorg-aan-ongedocumenteerden/>, geraadpleegd op 18 augustus 2024.
14. Pharos. *Toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten: Wat helpt om zorg te krijgen?* Utrecht, 2019.
15. GGD GHOR, COA, GZA. *Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland (Factsheet)*. Utrecht, 2019.
16. GGD GHOR. *Pasgeboren kinderen en hun moeders in de COA-opvang 2016 tot en met 2020: feiten en achtergronden*. Utrecht, 2021.
17. College Perinatale Zorg (CPZ). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg versie 1.2*. Utrecht, 2020.
18. Tankink, J.B. & Verschuuren, A., et al., *Childbirths and the Prevalence of Potential Risk Factors for Adverse Perinatal Outcomes among Asylum Seekers in The Netherlands: A Five-Year Cross-Sectional Study*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021. **18**(24): p. 12933.
19. Tankink, J.B., et al., *Pregnancy outcomes of forced migrants in the Netherlands: a national registry-based study*. Journal of Migration & Health, 2024. **10**(100261).
20. Verschuuren, A. & Tankink, J.B., et al., *Community midwives' perspectives on perinatal care for asylum seekers and refugees in the Netherlands: A survey study*. Birth, 2023.
21. Tankink, J.B., et al., *Let this be a safe place: a qualitative study into midwifery care for forcibly displaced women in the Netherlands*. 2024.
22. Sutton-Brown, C.A., *Photovoice: A methodological guide*. Photography and Culture, 2014. **7**(2): p. 169-185.
23. Verschuuren, A.E.H., et al., *Suboptimal factors in maternal and newborn care for refugees: Lessons learned from perinatal audits in the Netherlands*. PLoS One, 2024. **19**(6): p. e0305764.
24. Posthumus, A.G., et al., *The association of ethnic minority density with late entry into antenatal care in the Netherlands*. Plos one, 2015. **10**(4): p. e0122720.
25. Freedman, J., *Sexual and gender-based violence against refugee women: "a hidden aspect of the refugee crisis"*. Reproductive health matters, 2016. **24**(47): p. 18-26.
26. Goosen, S., et al., *Induced abortions and teenage births among asylum seekers in The Netherlands: analysis of national surveillance data*. Journal of Epidemiology & Community Health, 2009.
27. Van den Bergh, B.R., et al., *Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2020. **117**: p. 26-64.
28. Bussieres, E.-L., et al., *Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies*. Developmental Review, 2015. **36**: p. 179-199.
29. Intelligence Group en Compagnon, *Arbeidsmarkt zorg in cijfers*. 2023. Zie <https://www.werf-en.nl/aandeel-zorgprofessionals-met-migratieachtergrond-neemt-aanzienlijk-af/>, geraadpleegd op 20 augustus 2024.
30. Boerleider, A.W., et al., *'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, 2013. **50**(12): p. 1658-1666.
31. Azria, E., et al., *Racial implicit biases among obstetric care providers and associated differential care: The BiP research program*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2023. **228**(1): p. S36-S37.
32. Headen, I.E., et al., *Racism and perinatal health inequities research: where we have been and where we should go*. American journal of obstetrics and gynecology, 2022. **227**(4): p. 560-570.
33. Willey, S., K. Desmyth, and M. Truong, *Racism, healthcare access and health equity for people seeking asylum*. Nursing Inquiry, 2022. **29**(1): p. e12440.
34. Goodarzi, B. & Borrel, D., *Baren buiten de box: Over hoe de geboortezorg niet voor iedereen gelijk is*. 2024, Nederland: De Arbeiderspers.
35. Johnson, J.D., et al., *Racial and ethnic inequities in postpartum pain evaluation and management*. Obstetrics & Gynecology, 2019. **134**(6): p. 1155-1162.
36. Kanu, S., et al., *"You care better for people who look like you": A mixed-methods study of ethnic bias in pain assessment in maternal and newborn care in the Netherlands*. Forthcoming (2024).
37. Koopmanschap, I., et al., *Counselling for prenatal anomaly screening to migrant women in the Netherlands: An interview study of primary care midwives' perceived barriers with client-midwife communication*. European journal of midwifery, 2022. **6**.
38. Bains, S., et al., *Satisfaction with maternity care among recent migrants: an interview questionnaire-based study*. BMJ open, 2021. **11**(7): p. e048077.
39. Fair, F., et al., *Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA) project*. BMC pregnancy and childbirth, 2021. **21**(1): p. 1-13.
40. Bozorgmehr, K., et al., *Integration of migrant and refugee data in health information systems in Europe: advancing evidence, policy and practice*. The Lancet Regional Health-Europe, 2023. **34**.
41. Stevenson, K., et al., *The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet Public Health, 2023. **8**(3): p. e203-e216.
42. Laban, C.J., et al., *Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands*. The Journal of nervous and mental disease, 2004. **192**(12): p. 843-851.
43. Pluck, F., R. Ettema, and E. Vermetten, *Threats and interventions on wellbeing in asylum seekers in the Netherlands: a scoping review*. Frontiers in Psychiatry, 2022. **13**: p. 829522.
44. Soldati, E., et al., *Asylum-seeking women's perspectives regarding a mental health screening method during pregnancy: a qualitative study*. Tropical Medicine & International Health, 2021. **26**: p. 238-239.
45. Gewalt, S.C., et al., *"If you can, change this system"-Pregnant asylum seekers' perceptions on social determinants and material circumstances affecting their health whilst living in state-provided accommodation in Germany-a prospective, qualitative case study*. BMC public health, 2019. **19**(1): p. 1-14.
46. Mohsenpour, A., L. Biddle, and K. Bozorgmehr, *Deterioration of housing environment and mental health of asylum seekers—a multi-level analysis*. European Journal of Public Health, 2019. **29**(Supplement_4): p. ckz185. 323.

47. IGJ. Brief aan minister VWS. *Acute maatregelen volksgezondheid Ter Apel*. Utrecht, 2022, 26 augustus.
48. IGJ. Factsheet. *Noodopvang asielzoekers zonder perspectief schrijnend*. Utrecht, 2022, juni.
49. Mendel, W.E., M. Sperlich, and A. Finucane, *The Doulas of the Priscilla Project: Understanding the Experience of Refugee Women Navigating the US Maternity-care System*. *Journal of Refugee Studies*, 2021. **34**(2): p. 2275-2290.
50. Balaam, M.-C., C. Kingdon, and M. Haith-Cooper, *A Systematic Review of Perinatal Social Support Interventions for Asylum-seeking and Refugee Women Residing in Europe*. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2021: p. 1-18.
51. Zorginstituut Nederland. *Kwaliteitsregister Zorginstituut*. Beschikbaar via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/register-plaatsen-van-kwaliteitsinstrumenten-in-het-register>.
52. Federatie Medisch Specialisten (FMS). *Richtlijndatabase*. 2024. Beschikbaar via: <https://richtlijndatabase.nl/>.

Bijlagen

Bijlage 1 Praktische hulpmiddelen en meer informatie

4.1 Organisatie van de zorg

- De *EGALITE-vragenlijsten* die gebruikt zijn om de implementatie van de Ketenrichtlijn te onderzoeken onder het COA, GZA, eerstelijns en tweedelijns zorgverleners en kraamverzorgenden, zijn beschikbaar voor gebruik bij toekomstige evaluaties. Neem hiervoor contact op met het EGALITE-onderzoeksteam.
- Voorbeelden van lokaal uitgewerkte zorgpaden zijn te vinden via de **Kansrijke Start zorgpadentool**. De regio Nijmegen ontwikkelde bijvoorbeeld dit zorgpad voor vluchtelingen.
- Het **Expertisecentrum Kinderen & Adolescenten Nieuw in Nederland (EKANN)** is een voorbeeld van een initiatief waarin kennisuitwisseling wordt ingezet voor het optimaliseren van de (organisatie van) zorg. Op dit moment wordt gewerkt aan de opzet van een soortgelijk expertisecentrum voor zorg aan volwassen nieuwkomers in Nederland, waaronder de geboortezorg (EZONN).
- Onder het thema **Vluchtelingen & Anderstaligen** is op Kennisnet Geboortezorg (de website van het College Perinatale Zorg) al veel informatie gebundeld ten aanzien van de geboortezorg voor gevluchte nieuwkomers.

4.2 Toegankelijkheid en continuïteit

- Meerdere media hebben aandacht besteed aan de verloskundige zorg in Ter Apel, bijvoorbeeld in deze **aflevering van de podcast Verloskundig Baken**. Om vertraging aan de start van de zorg te beperken, worden zwangere asielzoekers in Ter Apel zo mogelijk op de dag van aankomst nog gezien.
- Het project **HealthEmove** onderzoekt de mogelijkheden voor een mobiel dossier voor vrouwen met een vluchtachtergrond.
- Voor de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg kan het helpen om gebruik te maken van universeel begrijpelijke afspraken- en instructiekaarten (zie ook 4.3.1) Een voorbeeld: VSV Amsterdam Oost heeft **belinstructie kaarten** ontwikkeld in het Nederlands, Engels, Turks en Arabisch.

4.3 Kwaliteit van persoonsgerichte zorg

4.3.1 Taal en tolken in de zorg

- Op dit moment geldt de **Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg** als zorgbrede richtlijn. Er wordt **een nieuwe richtlijnmodule** (Omgaan met taalbarrières in de

zorg en het sociaal domein) ontwikkeld om professionals en patiënten te ondersteunen bij het kiezen en gebruiken van een methode wanneer er sprake is van een taalbarrière.

- Via de website www.zoschakeltueentolkin.nl (een website van de Johannes Wier stichting) vindt u aanwijzingen voor het inschakelen van een tolk vanuit de eerstelijnszorg, het ziekenhuis, een integrale geboortezorgorganisatie of geboortecentrum. Ook op de website van de KNOV is een **Q&A en een webinar over de tolkenvergoeding vanaf 1 januari 2023** te vinden.
- Gebruik van anderstalige (beeld)materialen op het gebied van seksuele gezondheid (inclusief gezinsplanning en zwangerschap) zijn te vinden via Zanzu.nl, een website van expertisecentrum Rutgers. Eenvoudige voorlichting over zwangerschap en ouderschap vindt u ook **via Pharos**.
- Voor een inschatting van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden heeft Pharos een checklist ontwikkeld.
- Op Kennisnetgeboortezorg zijn de **beschikbare anderstalige materialen** voor gebruik in de geboortezorg handig gebundeld. Ook is er **een talentool** beschikbaar om direct naar alle informatie per taal te navigeren.
- Film voor zorgverleners over de basisprincipes van communiceren met een tolk: **'Help! Ik versta mijn patiënt niet. Hoe zet ik een tolk in?'** Tolken kunnen een **training volgen over de geboortezorg** die is ontwikkeld door het Kennisnet voor Taal en Vakopleidingen.
- Informatie van **Pharos over het samenwerken met sleutelpersonen** voor zorg- en welzijnsorganisaties.
- Het ORAMMA programma ontwikkelde een **e-learning voor verloskundig zorgverleners** over cultuursensitief werken.
- **Shkorey** is een cultuursensitieve digitale spelomgeving (verkrijgbaar als digitale applicatie) waarin Eritrese mensen toegang tot kennis en informatie over onderwerpen als het menselijk lichaam, veilig vrijen, pre-conceptie, zwangerschap en het opvoeden van jonge kinderen.
- Op **Huisarts en Migrant** is informatie gebundeld over culturele aspecten rondom zwangerschap en geboorte.

4.3.2 Cultuursensitiviteit

- De gratis online beschikbare **Harvard Implicit Association Test** kan helpen om uw eigen onbewuste associaties rondom onderwerpen als cultuur, afkomst en huidskleur in kaart te brengen. Er zijn ook een aantal **Nederlandse testen** beschikbaar. De Kennisbank van Vraag de Vroedvrouw heeft een artikel geschreven over **racisme en discriminatie in de geboortezorg**.
- Boekentips: **Handboek Geboortezorg bij verschillende culturen** en **'Baren buiten de Box: Waarom de geboortezorg niet voor iedereen gelijk is'** over gezondheidsverschillen rondom zwangerschap en geboorte, waaronder een hoofdstuk over de zorg voor asielzoekers en statushouders. Voor huisartsen is ook het boek **'Persoonsgerichte zorg voor iedereen'** een aanrader.

4.3.4 Psychosociale en geestelijke gezondheidszorg

- Het **BAMBOO programma** is een algemeen GGZ-preventieprogramma voor asielzoekers, ontwikkeld door GZA. Voor statushouders heeft Vluchtelingenwerk de **MindFit training** ontwikkeld.
- Pharos heeft een **infosheet over vroegsignalering van psychische klachten bij vluchtelingen**, inclusief brochures over psychische klachten in diverse talen.
- Uit onderzoek in Ter Apel blijkt dat vrouwen het bespreken van psychische klachten met hun verloskundige waarderen, bijvoorbeeld met gebruik van de vragenlijst **Refugee Health Screener-15**.

4.3.5 Kraamperiode

- Special **Kraamzorg bij anderstalige gezinnen** van het Kenniscentrum Kraamzorg.
- Artikel van Laura Jansma in Kraamsupport (2016) over **kraamzorg in het AZC**.
- De checklist **vroegsignalering in de kraamperiode** kan de kraamverzorgende ondersteunen bij het signaleren van knelpunten, problemen of hulpvragen in het kraamgezin.
- Voor specifieke situaties in de kraamperiode kan het gebruik van aangepaste (voorlichtings) materialen behulpzaam zijn, zie als voorbeeld onderstaande pictogrammenlijst over voeding en temperaturen gemaakt door kraamverzorgende Hilde Wolters (Naviva Kraamzorg).

☀️				🌙			
	cc <input type="checkbox"/> °C	plas <input type="checkbox"/>		cc <input type="checkbox"/> °C	plas <input type="checkbox"/>
			poep <input type="checkbox"/>				poep <input type="checkbox"/>
	cc <input type="checkbox"/> °C	plas <input type="checkbox"/>		cc <input type="checkbox"/> °C	plas <input type="checkbox"/>
			poep <input type="checkbox"/>				poep <input type="checkbox"/>
	cc <input type="checkbox"/> °C	plas <input type="checkbox"/>		cc <input type="checkbox"/> °C	plas <input type="checkbox"/>
			poep <input type="checkbox"/>				poep <input type="checkbox"/>
	cc <input type="checkbox"/> °C	plas <input type="checkbox"/>		cc <input type="checkbox"/> °C	plas <input type="checkbox"/>
			poep <input type="checkbox"/>				poep <input type="checkbox"/>

INSTRUCTIEKAART VOOR HET BIJHOUDEN VAN DE TEMPERATUUR EN DE VOCHTBALANS IN DE KRAAMPERIODE (GEMAAKT DOOR KRAAMVERZORGENDE HILDE WOLTERS)

4.4 Sociale en politieke context van de zorg

- Voorbeeld van **lokale sociale kaarten** voor gebruik in de zorg.
- **Rapport** van Pharos, Dokters van de Wereld en het Rode Kruis over de gezondheidszorg in de crisishulpverlening en de gezondheid en het welzijn van de bewoners.
- Op verschillende plekken in Nederland werken AZC's en verloskundigenpraktijken samen met doula's om extra begeleiding te bieden aan zwangeren in AZC's. Een voorbeeld is AZC Willinklaan in Amsterdam en **Verloskundigenpraktijk de Heuvelrug in Leersum**.
- **Informatie en aanmeldformulier** voor online Centering Pregnancy voor Eritrese statushouders. **Stichting Dear Mama** biedt groepszorg aan gevluchte vrouwen (in de omgeving Leiden).
- **Stichting Babypullen** voorziet in babystartpakketten voor (aanstaande) ouders.
- Op het Kennisplatform Inclusief Samenleven is een **overzicht te vinden van lokale organisaties en sociale initiatieven** gericht op het ondersteunen van vrouwen met een vluchtachtergrond in Nederland.
- **Handreiking prenataal huisbezoek door de JGZ** van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg geeft handvatten voor de uitwerking van de wet die gemeenten verplicht stelt om een huisbezoek aan te bieden aan zwangeren in kwetsbare situaties, waaronder mogelijk asielzoekers en statushouders.

Bijlage 2 Resultaten dossierstudie (selectie voorlopige data)

In onderstaande tabellen wordt een selectie van clientkenmerken en uitkomsten op praktijk- en clientniveau weergegeven. Dit betreffen voorlopige (nog niet wetenschappelijk gepubliceerde) data.

TABEL 1. CLIËNTKENMERKEN (SELECTIE VOORLOPIGE DATA)^A

Kenmerk/categorie	Aantal (%)
Woonlocatie gedurende zwangerschap	
Asielopvang	77 (96.3)
Bij familie of kennissen	3 (3.8)
Leeftijdsgroep	
18-24 jaar	18 (22.5)
25-34 jaar	36 (45.0)
≥ 35 jaar	26 (32.5)
Pariteit	
Nullipara	30 (37.4)
Multipara	45 (56.2)
Grande multipara (> para 5)	5 (6.4)
Graviditeit	
Primigravida	22 (27.4)
Multigravida	57 (71.3)
Onbekend	1 (1.3)
Relationele status	
Alleenstaand	26 (32.5)
Gehuwd/met partner	44 (55.0)
Gescheiden	2 (2.5)
Onbekend	8 (10.0)
Land van herkomst	
Afghanistan	2 (2.5)
Eritrea	12 (15.0)
Iran	6 (7.5)
Jemen	6 (7.5)
Nigeria	14 (17.5)
Somalië	5 (6.3)

Syrië	13 (16.3)
Overig	20 (25.0)
Onbekend	2 (2.5)
Spreektaal zwangere	
Arabisch	20 (25.0)
Dari/Farsi	6 (7.5)
Engels	16 (20.0)
Tigrinya	8 (10.0)
Somalisch	4 (5.0)
Overig	11 (13.7)
Onbekend	15 (18.8)
Afkomstig uit risicogebied voor vrouwenbesnijdenis	
Ja	50 (62.5)
Nee	24 (30.0)
Onbekend	6 (7.5)
Duur van verblijf in Nederland bij aanvang prenatale zorg	
≤ 1 maand	10 (12.5)
1 – 3 maanden	4 (5)
3 – 6 maanden	2 (2.5)
6 – 12 maanden	4 (5)
> 1 jaar	17 (21.3)
Onbekend	43 (53.8)
Obstetrische voorgeschiedenis in Nederland ^b	
In eerdere zwangerschap onder zorg geweest in Nederland	15 (30.0)
Niet eerder in Nederland onder zorg geweest	33 (67.4)
Onbekend	2 (2.6)

^a Deze tabel bevat gegevens uit dossiers van cliënten (N = 80) uit verschillende deelnemende praktijken

^b Alleen weergegeven voor multipara zwangeren (N = 50)

TABEL 2. UITKOMSTEN OP PRAKTIJKNIVEAU (SELECTIE VOORLOPIGE DATA)^c

Uitkomst	Aantal praktijken	%
Praktijk werkt volgens Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers		
Ja	7	87.5
Nee	1	12.5
De praktijk neemt jaarlijks deel aan een multidisciplinair overleg met COA		
Ja	4	50
Nee	4	50
De praktijk beschikt over de contactgegevens van COA-personeel		
Ja	6	75
Nee	2	25
De verloskundige praktijk ontvangt aankondiging van overplaatsing van COA		
Ja	2	25
Nee	6	75
De praktijk screent routinematig de geletterdheid van cliënten		
Ja	3	37.5
Nee	5	62.5

^c Deze tabel bevat gegevens van acht eerstelijns verloskundige praktijken in Nederland met een wisselende caseload van zwangeren in een asielprocedure.

TABEL 3. PRENATALE ZORGVERLENING, UITKOMSTEN OP DOSSIERNIVEAU (SELECTIE VOORLOPIGE DATA)

Uitkomst	Categorie	Aantal	%
Aanvang antenatale zorg	Uiterlijk bij 12 weken zwangerschap	40	50.0
	Tussen 13 en 27 weken zwangerschap	29	36.3
	Na 27 weken zwangerschap	9	11.3
	Onbekend	2	2.5
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	80	100
Reden van aanvang zorg na 12 weken	Recente aankomst in Nederland	8	21.1
	Andere bekende reden	3	7.9
	Onbekend	27	71.1
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	38	100
Aantal prenatale consulten ^b	Volgens aanbevelingen	77	96.2
	Minder dan aanbevolen	1	1.3
	Onbekend	2	2.5
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	80	100

Aantal niet verschenen consulten	0	46	57.5
	1 – 2	25	31.3
	> 2	8	10.0
	Onbekend	1	1.3
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	80	100
Echoscopisch onderzoek	Uitgevoerd bij uiterlijk 12 weken	41	51.3
	Uitgevoerd na 12 weken	30	37.5
	Onbekend	5	6.6
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	76	100
Bloedonderzoek (screening infectieziekten)			
Rubella	Ja	29	39.7
	Nee	41	56.2
	Onbekend	3	4.1
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	73	100
Varicella	Ja	29	39.7
	Nee	41	56.2
	Onbekend	3	4.1
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	73	100
HIV	Ja	66	90.4
	Nee	4	5.5
	Onbekend	3	4.1
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	73	100
Syfilis	Ja	67	91.8
	Nee	3	4.1
	Onbekend	3	4.1
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	73	100
Hepatitis B	Ja	67	91.8
	Nee	3	4.1
	Onbekend	3	4.1
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	73	100
Bloedonderzoek (overig)			
Bloedgroep en Hb-gehalte	Ja	70	95.9
	Nee	-	
	Onbekend	3	4.1
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	73	100
Glucose	Ja	69	94.5
	Nee	1	1.4
	Onbekend	3	4.1
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	73	10

Prenatale diagnostiek			
Counseling niet-invasieve	Ja	39	75.0
prenatale test (NIPT)	Nee	6	11.5
	Onbekend	7	13.5
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	52	100
Counseling structureel			
echoscopisch onderzoek (SEO)	Ja	59	92.2
	Nee	5	7.8
	Onbekend	-	
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	64	100
Prenataal huisbezoek door verloskundige	Ja	19	27.5
	Nee	35	50.7
	Onbekend	15	21.7
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	69	100
Geboorteplan	Opgesteld, document aanwezig in dossier	1	1.6
	Besproken, notitie in dossier	14	22.2
	Onbekend	48	76.2
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	63	100
Psychosociale screening	Nee	69	93.2
	Met eigen vragenlijsten/instrument	5	6.8
	Met gevalideerd instrument	0	0
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	74	100
Doorverwijzing GGZ (bij bekende indicatie)	Niet doorverwezen	7	38.9
	Ja, rechtstreeks naar GGZ	4	22.2
	Ja, via GZA	3	16.7
	Zwangere wenst geen verwijzing	3	16.7
	Reeds in zorg	1	5.6
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	18	100
Kraamperiode			
Ondersteuning verloskundige bij aanmelding kraamzorg	Ja	36	83.7
	Nee	1	2.3
	Onbekend	6	14.0
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	43	100.0
Tijdige aanmelding kraamzorg	Ja (tot 32 weken)	42	79.3
	Nee (na 32 weken)	3	5.7
	Onbekend	8	15.1
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	53	100.0
Prenataal huisbezoek door verloskundige	Ja	19	27.5
	Nee	35	50.7
	Onbekend	15	21.7
	TOTAAL VAN TOEPASSING ^a	69	100

Verloskundige ondersteunt bij geboorteaangifte gemeente	Ja	32	43.2
	Nee	9	12.2
	Onbekend	33	44.6
TOTAAL VAN TOEPASSING ^a		74	100

Noot. Deze tabel bevat gegevens uit dossiers van cliënten (N = 80) uit verschillende deelnemende praktijken.

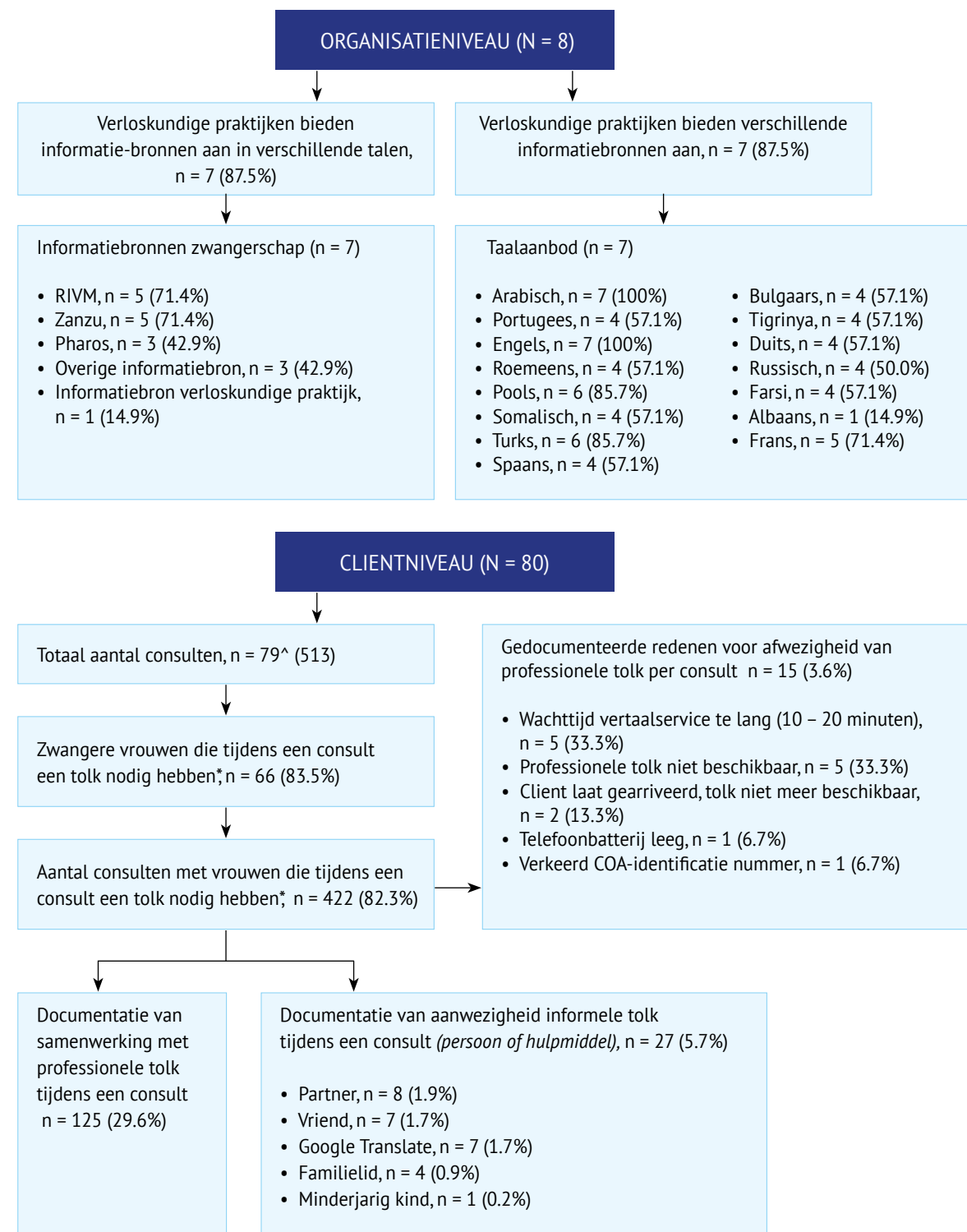
- a Voor elke uitkomst wordt het totaal aantal cliënten aangegeven waarbij de zorguitkomst van toepassing (relevant) is. Hierbij zijn ontbrekende gegevens, ontstaan doordat het dossier gesloten is vóór de betreffende zorguitkomst relevant werd, uitgesloten van deze uitkomst. Indien de uitkomst wel van toepassing was, maar geen of onvoldoende duidelijke documentatie beschikbaar is, wordt de waarde 'onbekend' toegekend. Bijvoorbeeld: bij vier cliënten was echoscopisch onderzoek in de eerstelijnszorg niet meer van toepassing in verband met een spontane abortus, of omdat zij al waren overgedragen naar de tweede lijn. Bij vijf cliënten is onvoldoende documentatie beschikbaar om vast te stellen of en/of wanneer de echoscopie heeft plaatsgevonden.
- b Gecorrigeerd voor zwangerschapsduur bij aanvang zorg, waarbij de WHO aanbeveling van ten minste acht consulten in de gehele zwangerschap wordt aangehouden.

TABEL 4. VERHUIZINGEN EN OVERPLAATSINGEN VAN ASIELZOEKERS

Uitkomst	Categorie	Aantal	%
Geregistreerd aantal verhuizingen tijdens perinatale periode*	Niet verhuisd of onbekend	35	43.8
	Verhuizing opvang - eigen woning	4	0.5
	Overplaatsing tussen opvanglocaties	27	34.8
	Meerdere overplaatsingen	12	15.0
	Reden verhuizing onbekend	2	2.5
TOTAAL		80	100
Periode overplaatsing(en) per zwangere	Geen binnen perinatale periode ^a	29	74.0
	Minimaal 1 binnen perinatale periode ^a	8	21.0
	Onbekend	2	5.0
	TOTAAL OVERGEPLAATSTE ZWANGEREN	39	100

Noot. Deze tabel toont het aantal verhuizingen, waaronder overplaatsingen tussen opvanglocaties, voor zover geregistreerd in de geïncludeerde dossiers. Voor overgeplaatste zwangeren is ook de zwangerschapsduur ten tijde van de overplaatsing weergegeven.

^a Perinatale periode: 34 weken zwangerschap tot 6 weken postpartum.



Legenda: ^ = Eén cliënt is geëxcludeerd van deze uitkomst vanwege congenitale doofheid.

FIGUUR 1. MEERTALIG INFORMATIEAANBOD EN INZET VAN TOLKEN OP ORGANISATIE- EN CLIËNTNIVEAU

Bijlage 3 COA locaties waar zwangeren verbleven ten tijde van de bevalling

TABEL 1. AANTAL GEBOORTEN VAN VROUWEN DIE VERBLEVEN IN EEN COA LOCATIE (AZC, POL, COL, POA, AMV, LRV, NOODOPVANG, ETC.¹) IN DE PERIODE 2014- 2023. BRON: COA¹

Plaats locatie	Soort ¹	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	'14-'18	'19-'23	'14-'23
Aalten	AZC	0	0	12	1	0	0	0	0	0	0	13	0	13
Alkmaar	AZC	15	12	15	5	0	0	0	0	0	0	47	0	47
Alkmaar RW	AZC	0	0	4	9	2	0	0	0	0	0	15	0	15
Almelo	AZC	7	9	9	6	8	5	3	4	6	5	39	23	62
Almelo	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4	4
Almelo	POL	0	1	0	0	0	0	4	0	5	2	1	11	12
Almere	AZC	24	15	25	14	15	15	19	17	6	17	93	74	167
Almere	POL	0	0	0	0	0	6	10	1	6	2	0	25	25
Amersfoort	AZC	6	9	12	5	7	7	7	6	4	4	39	28	67
Amersfoort	GLO	6	3	2	0	2	1	2	2	1	0	13	6	19
Amsterdam GA	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Amsterdam HW	NO AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0	12	12
Amsterdam HW	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	3
Amsterdam WB	AZC	0	0	3	12	0	0	0	0	0	0	15	0	15
Amsterdam WL	AZC	0	0	0	0	5	19	15	11	7	18	5	70	75
Amsterdam WL	POL	0	0	0	0	0	0	0	4	1	10	0	15	15
Apeldoorn	LRV	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Apeldoorn CG	AZC	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	4	4
Apeldoorn CG	POL	0	0	0	0	0	4	9	1	2	0	0	16	16
Apeldoorn DS	POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
Arnhem EH	AZC	0	0	3	2	7	4	1	6	6	0	12	17	29
Arnhem EH	POL	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	6	6
Arnhem Vreeden	POL	0	0	1	0	1	0	5	2	2	0	2	9	11
Assen	AZC	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Assen NM	AZC	0	0	0	7	10	12	13	15	8	4	17	52	69
Assen NM	POL	0	0	0	0	0	8	9	1	5	8	0	31	31
Azelo	AZC	0	0	6	3	0	3	0	0	0	0	9	3	12

Baexem	AZC	6	8	8	4	6	5	4	5	4	8	32	26	58
Baexem	POL	0	0	0	0	0	2	2	0	1	11	0	16	16
Balk	AZC	0	0	2	9	6	9	9	3	4	3	17	28	45
Balk	POL	0	0	0	0	0	4	11	0	10	7	0	32	32
Barendrecht	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Beekbergen SW	AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	3
Bellingwolde	AZC	12	6	8	5	0	0	0	0	0	0	31	0	31
Bellingwolde	POL	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Bergen	NO POA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Bergschenhoek	POL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Borculo	POA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Breda	AZC	4	10	5	0	0	0	0	0	0	0	19	0	19
Brunssum	POL	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Budel CranenD	COL	0	1	0	1	1	2	5	4	6	4	3	21	24
Budel CranenD	POL	2	2	0	0	1	4	5	0	6	3	5	18	23
Budel Dorplein	AZC	5	2	8	0	0	0	0	0	0	0	15	0	15
Burgum	AZC	8	5	12	4	7	7	7	6	18	18	36	56	92
Burgum	GLO	10	1	1	6	2	3	2	5	1	2	20	13	33
CRISIS Noodopvang	NO	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Culemborg	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Delfzijl	AZC	19	10	15	8	10	12	7	7	0	0	62	26	88
Delfzijl	POL	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	3
Delfzijl ZV	AZC	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
Delfzijl ZW	AZC	0	0	0	0	0	0	0	1	13	8	0	22	22
Delfzijl ZW	POL	0	0	0	0	0	0	0	0	6	11	0	17	17
Den Haag	LRV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Den Haag	LRV	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Den Helder	AZC	8	8	13	2	0	0	0	0	0	0	31	0	31
Den Helder DH	AZC	0	1	8	9	5	9	9	14	4	5	23	41	64
Den Helder DH	POL	0	0	0	0	0	3	5	1	8	14	0	31	31
Den Helder														
Maaskamp	AZC	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Den Helder NW	AZC	0	0	0	0	0	9	7	11	11	10	0	48	48
Den Helder NW	POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Doetinchem	LRV	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Drachten	AZC	10	7	7	9	9	13	8	12	3	2	42	38	80
Drachten	POL	0	0	0	0	0	7	5	1	7	6	0	26	26
Dronten	AZC	36	29	23	15	17	18	15	21	23	14	120	91	211
Dronten	AMV	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Dronten	POL	0	0	0	0	0	5	9	5	5	9	0	33	33
Duinrell	AZC	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Duinrell	NO AZC	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	3	4

1 De gegevens die gebruikt zijn voor deze analyse zijn beschikbaar gesteld door het COA.

Duinrell	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Echt	AZC	11	11	12	4	4	9	6	7	5	2	42	29	71
Echt	POL	0	0	0	0	0	9	7	0	1	0	0	17	17
Eelde	AZC	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	3
Eindhoven	AZC	1	16	17	0	0	0	0	0	0	0	34	0	34
Emmen	AZC	10	7	18	3	11	8	9	6	17	34	49	74	123
Emmen	GLO	12	11	11	8	4	6	1	6	2	2	46	17	63
Emmen	POL	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	5	6
Farmsum	AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
Geeuwenbrug	AZC	1	2	5	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8
Geldrop	LRV	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Gemeente	AZC	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	0	5
Gemeente	AZC	1	3	2	2	1	0	0	0	0	0	9	0	9
Gemeente	AZC	1	2	4	8	5	0	0	0	0	0	20	0	20
Gemeente	AZC	3	3	1	4	5	0	0	0	0	0	16	0	16
Gilze	POL	3	4	0	1	1	0	5	2	2	6	9	15	24
Gilze en Rijen	AZC	9	3	17	6	4	3	4	4	6	18	39	35	74
Gilze en Rijen	GLO	4	7	5	2	1	7	1	2	1	3	19	14	33
Gilze	POL 2.0	0	0	0	0	0	0	8	4	0	0	0	12	12
Goes	AZC	4	4	10	3	3	6	0	0	0	0	24	6	30
Goes	GLO	6	2	0	1	2	0	0	0	0	0	11	0	11
Gorinchem	AZC	0	0	3	3	0	0	0	0	2	0	6	2	8
Gorinchem	POL	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2
Grave	AZC	14	10	7	8	9	12	5	7	10	6	48	40	88
GRAVE	POA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Grave (POL)	POL	0	0	0	0	0	0	4	0	4	10	0	18	18
Gravendeel	AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	5	9	0	14	14
Gravendeel	POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Groningen	LRV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Groningen	POL	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Groningen DD	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Groningen EW	NO AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Groningen EW	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	5
Groningen SP	AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	3
Groningen SP	POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Gulpen LR	AVO	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6
Haarle	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Haarlem LvD	AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Hardenberg	AZC	0	0	0	11	14	16	6	7	4	7	25	40	65
Hardenberg	POL	0	0	0	0	0	4	6	1	4	3	0	18	18
Harderwijk	AZC	0	0	1	7	7	27	19	14	12	14	15	86	101
Harskamp	COL	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	3

Heeg	AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Heerhugowaard	AZC	0	0	9	2	13	11	7	8	10	11	24	47	71	
Heerhugowaard	POL	0	0	0	0	0	4	4	7	1	2	0	18	18	
Heerlen	AZC	13	7	10	6	2	6	2	2	1	1	38	12	50	
Heerlen (POL)	POL	0	0	0	0	0	1	3	1	4	3	0	12	12	
Hengelo HA	AZC	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	5	5	
Hengelo HA	POL	0	0	1	0	0	2	6	4	2	8	1	22	23	
Hengelo WI	AZC	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
Hilversum	LRV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
Hoofddorp	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	
Hoofddorp PB	NO POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	
Hoogeveen	AZC	0	4	16	7	5	7	4	3	1	3	32	18	50	
Hoogeveen	POL	0	0	0	0	0	4	4	0	1	3	0	12	12	
Huizen	LRV	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	
Katwijk	AZC	9	17	18	5	7	11	13	15	9	18	56	66	122	
Katwijk	GLO	8	2	1	3	2	0	3	1	2	2	16	8	24	
Krimpen IJssel	AZC	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Laren	AZC	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Leersum	AZC	14	16	16	10	5	15	10	4	4	6	61	39	100	
Leersum	POL	0	0	0	0	0	0	3	0	1	5	0	9	9	
Leiden HS	AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
Leiden HS	POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
Loon op Zand	AZC	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Luttelgeest	AZC	11	12	23	10	18	11	14	9	11	5	74	50	124	
Luttelgeest	POL	0	0	0	0	3	8	7	2	7	6	3	30	33	
Maastricht	AZC	1	13	13	1	0	0	0	0	0	0	28	0	28	
Maastricht	AVO	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	6	0	6	
Maastricht FV	AZC	0	0	0	0	0	0	3	6	10	7	0	26	26	
Maastricht FV	POL	0	0	0	0	0	0	3	1	3	10	0	17	17	
Maastricht ST	AZC	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0	3	
Marnewaard	AZC	0	0	0	0	0	0	0	1	9	0	0	10	10	
Marnewaard	COL	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	3	
Middelburg	AZC	0	2	8	2	3	10	3	6	1	3	15	23	38	
Musselkanaal	AZC	20	6	32	35	12	0	0	4	0	18	105	22	127	
Musselkanaal	COL	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	
Musselkanaal	POL	0	0	0	0	0	0	1	1	7	15	0	24	24	
Nijmegen	AZC	11	10	6	6	3	7	7	6	7	8	36	35	71	
Nijmegen	LRV	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	
Nijmegen	POL	0	0	0	0	0	0	2	1	4	9	0	16	16	
Nijmegen HO	AZC	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	
Nijmegen ST	AZC	0	0	0	6	2	0	0	0	0	0	8	0	8	
Oegstgeest	AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	

Zweeloo	AZC	19	9	9	9	9	15	7	5	1	2	55	30	85
Zweeloo	POL	0	0	0	0	0	0	1	0	7	7	0	15	15
Zwolle Reg.														
opvanglocatie	AZC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Totaal		520	546	793	476	443	660	589	449	547	672	2.778	2917	5.695

¹ AVO Aanvullende opvang locatie, AZC= Asielzoekerscentrum, COL= Centrale Ontvangstlocatie, GLO= Gezinslocatie, HAR= Hotel- & Accommodatieregeling voor statushouders, LRV = Logeerregeling Vergunninghouders, NO= Noodopvang, POA= Proces Opvanglocatie voor minderjarige asielzoekers (AMV), POL= Proces Opvanglocatie, ROL= Regionale Opvang Locatie, VBL= Vrijheidsbeperkende Locatie

TABEL 2. RANGSCHIKKING COA LOCATIES NAAR AANTAL GEBOORTEN BIJ VROUWEN DIE VERBLEVEN IN EEN COA-locatie in de periode 2014- 2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	14-'18	'19-'23	'14-'23
Geboorten vrouwen	520	546	793	476	443	660	589	449	547	672	2778	2917	5695
COA locatie N=													
COA locatie met geboorten N=	63	75	102	80	70	78	95	96	114	132	129	180	240
COA locatie met geboorten <5 p.j.	25	37	43	34	30	26	41	59	71	84	44%	55%	50%
COA locatie met geboorten 5-20 p.j.	33	36	52	44	39	49	53	36	41	46	52%	44%	47%
COA locatie met geboorten ≥20 p.j.	5	2	7	2	1	3	1	1	2	2	4%	2%	3%
COA locaties met 1 geboorte in '14-'23	3	4	7	1	1	0	2	4	8	30 ^a	16	44	60

^a in jaar 2023 43% noodopvang of Hotel- & Accommodatieregeling voor statushouders dan wel LRV (= Logeerregeling Vergunninghouders).

TABEL 3. SOORT COA LOCATIES NAAR AANTAL GEBOORTEN BIJ VROUWEN DIE VERBLEVEN IN EEN COA-LOCATIE IN DE PERIODE 2014-2023.

Soort COA locatie ¹	2014-2023	
	locaties N=	geboorte N=
AZC, AVO, AMV, ROL	111	3911
POL	61	1168
POL voor AMV	7	14
COL	7	241
GLO	7	188
LRV	10	10
VBL	1	34
Noodopvang (NO/HAR) AZC, AVO, POL, POA	36	129
TOTAAL	240	5695

¹ AVO Aanvullende opvang locatie, AZC= Asielzoekerscentrum, COL= Centrale Ontvangstlocatie, GLO= Gezinslocatie, HAR= Hotel- & Accommodatieregeling voor statushouders, LRV = Logeerregeling Vergunninghouders, NO= Noodopvang, POA= Proces Opvanglocatie voor minderjarige asielzoekers (AMV), POL= Proces Opvanglocatie, ROL= Regionale Opvang locatie, VBL= Vrijheidsbeperkende Locatie.





Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam

Erasmus

