

Vergaderjaar 2024–2025

19 637

Vreemdelingenbeleid

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 3459

BRIEF VAN DE MINISTER VAN ASIEL EN MIGRATIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 juli 2025

Op 13 februari jl. heeft uw Kamer een motie van de leden Ceder (CU) en Diederik van Dijk (SGP) aangenomen, waarin de regering wordt verzocht om alles op alles te zetten om de kwaliteit van zorg voor zwangere asielzoekers in de opvangketen op een acceptabel niveau te brengen en te houden.¹ In de betreffende motie wordt ook verwezen naar een onderzoek van het Erasmus MC. Met deze brief informeer ik uw Kamer over de opvolging die het COA, het Ministerie van VWS en het Ministerie van Asiel en Migratie geven aan de adviezen van het Erasmus MC en de maatregelen die wij treffen om geboortezorg voor zwangere vrouwen in de asielopvang te verbeteren.

Geboortezorg voor asielzoekers

Zwangere vrouwen in de asielopvang moeten kunnen rekenen op volwaardige geboortezorg. De toegang tot medische zorg voor asielzoekers is vastgelegd en gewaarborgd in de Europese Opvangrichtlijn alsook in de Regeling Medische Zorg Asielzoekers (RMA). De toegang tot zorg is in Nederland goed geregeld en asielzoekers kunnen rekenen op professionele en toegankelijke zorg. Dit geldt ook voor gezondheidszorg voor zwangere vrouwen, waaronder geboortezorg en kraamzorg. Gelukkig verlopen de meeste zwangerschappen van asielzoeksters goed en is er in deze gevallen meestal geen extra zorg bovenop de standaard geboortezorg en zorg voor zwangeren nodig. Voor verdere informatie over de vraag hoe geboortezorg voor asielzoeksters momenteel geregeld is, verwijs ik u graag naar mijn eerdere beantwoording van Kamervragen over dit thema.²

¹ Kamerstuk 19 637, nr. 3369

² 2024Z18659 & 2024Z18887

Aanbevelingen EGALITE

In het EGALITE-rapport³ van het Erasmus MC dat in november 2024 is uitgebracht, worden aanbevelingen gedaan om de toegankelijkheid en effectiviteit van de geboortezorg te optimaliseren. Het Ministerie van Asiel en Migratie heeft deze aanbevelingen aandachtig bestudeerd, samen met Ministerie van VWS en het COA. Ook is het rapport uitvoerig besproken, uitgewerkt en waar mogelijk al doorgevoerd door de ketenwerkgroep geboortezorg asielzoeksters, waarin het COA en alle betrokken (zorg)organisaties vertegenwoordigd zijn.

Het EGALITE-rapport gaat in op de diverse aspecten van persoonsgerichte geboortezorg voor asielzoekers en statushouders in Nederland. Zo worden aanbevelingen gedaan voor zorgmedewerkers over de kwaliteit en organisatie van de zorg, als ook aanbevelingen die zien op bredere opvangvraagstukken zoals toegankelijkheid en continuïteit van de zorg, de omstandigheden in de asielopvang en passende begeleiding voor kwetsbare doelgroepen door het COA. Uiteraard is de uitwerking en opvolging van het rapport momenteel nog in ontwikkeling. Hieronder wordt een aantal concrete acties die in gang gezet zijn uitgelicht. Aangezien het EGALITE-rapport een groot aantal aanbevelingen doet die deels ook sterk met elkaar samenhangen en gericht zijn op diverse organisaties, wordt in deze brief niet bij elke aanbeveling afzonderlijk stilgestaan. Ik wil u ervan verzekeren dat alle aanbevelingen onze aandacht hebben.

1. Verbeteren Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoeksters

Het EGALITE-rapport heeft het gebruik en de bekendheid van de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers geëvalueerd. Hieruit is naar voren gekomen dat de Ketenrichtlijn onvoldoende bekend is onder verloskundigen en andere (geboorte)zorgverleners. In lijn met de toezegging in de beantwoording van de eerdergenoemde Kamervragen⁴ wordt ingezet op het breder bekend maken van de Ketenrichtlijn bij de (achterban van) betrokken partijen. Het Ministerie van VWS heeft geboortezorg-organisaties verzocht om de Ketenrichtlijn opnieuw onder de aandacht te brengen bij hun achterban. Zowel de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), als de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) hebben aangegeven de Ketenrichtlijn opnieuw te zullen verspreiden. Bovendien spant de ketenwerkgroep geboortezorg asielzoeksters zich in om de Ketenrichtlijn gebruiksvriendelijker te maken en uit te breiden. Zo is recent informatie over «Nu Niet Zwanger (NNZ)» opgenomen in de Ketenrichtlijn, om professionals van Gezondheidszorg asielzoekers (GZA) en GGD erop te wijzen hoe zij kinderwensgesprekken kunnen voeren volgens de NNZ methodiek.

2. Informatie, begeleiding en lokale samenwerking

Op elke COA-locatie is in principe minimaal één contactpersoon zwangeren aangewezen. Het COA versterkt momenteel het contactpersoennetwerk zodat de contactpersonen voor zwangere bewoners elkaar beter weten te vinden en relevante informatie vanuit de beleidsdirectie van het COA makkelijker doorgegeven kan worden. Daarnaast kunnen aandachtspunten op deze manier explicieter onder de aandacht gebracht worden. Voorbeelden van aandachtspunten die met contactpersonen gedeeld worden via het netwerk zijn onder andere het belang van lokale

³ EGALITE project, Aanbevelingen voor persoonsgerichte geboortezorg voor asielzoekers en statushouders in Nederland, Oktober 2024.

⁴ 2024Z18659

samenwerking en korte lijnen tussen het COA en lokale (geboorte)zorgverleners, informatie over het organiseren van jaarlijkse beleidsoverleggen conform de Ketenrichtlijn en het organiseren van bezoeken van lokale kraamzorgorganisaties aan opvanglocaties.

3. Tijdige aanvang zorg

Het EGALITE-rapport benadrukt het belang van een tijdige medische screening van asielzoekers en een verbreding van de voorlichting over seksuele en reproductieve gezondheid en zorg. Momenteel is de medische intake binnen twee dagen na aankomst op orde en zijn er geen achterstanden meer. Bij de medische intake wordt gevraagd of vrouwen zwanger zijn, waarna passende zorg snel in gang kan worden gezet. Zowel GZA en de GGD geven over deze aspecten voorlichting aan asielzoekers. COA is in gesprek met de GGD over het verbreden van de voorlichting die zij geven.

In 2023 zijn acht Centering Ouderschap (CO) pilotgroepen gestart op opvanglocaties vanuit GGD Drenthe, GGD Groningen en GGD Fryslân. CO biedt zorg via groepsbijeenkomsten voor ouders met baby's die in dezelfde periode zijn geboren, als alternatief voor traditionele individuele contactmomenten van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Kenmerkend voor CO is vooral dat de groep met elkaar in gesprek gaat over het ouderschap. Daarnaast begeleidt de jeugdverpleegkundige tijdens de bijeenkomst de gewoonlijke individuele medische zorg, zoals aandacht voor de groei van de baby. Door de langere contactduur van twee uur en de groepsinteractie kunnen medische, psychische en sociale onderwerpen worden uitgediept. Om vervolg te geven aan de pilotgroepen, is de afspraak gemaakt dat alle GGD'en en JGZ-organisaties voortaan CO bijeenkomsten aan kunnen bieden op de COA-opvanglocaties waar zij publieke gezondheidszorg voor asielzoekers (PGA) uitvoeren. Op dit moment staat een interessepeiling uit bij de GGD'en en JGZ-organisaties. Zij kunnen hun interesse kenbaar maken om CO op te starten binnen de eigen organisatie.

4. Cultuursensitiviteit en tolken

Het EGALITE-rapport benadrukt het belang van het centraal stellen van cultuur-sensitieve zorg in de scholing van zorgverleners. Cultuursensitieve zorg betekent dat zorgverleners rekening houden met de culturele achtergrond van patiënten bij het verlenen van zorg door een persoonsgerichte benadering, respect voor diversiteit en kennis van culturele aspecten die relevant kunnen zijn voor de zorgverlening. Vanuit het Ministerie van VWS wordt hier invulling aan gegeven door gesprekken tussen zorgverleners, bestuurders en ervaringsdeskundigen te faciliteren. Hiermee worden diverse ketenpartners en betrokkenen samengebracht om ervaringen en inzichten hierover te delen, aangevuld met gesignaleerde verbeterpunten en concrete acties voor verdere ontwikkeling.

Om de taalbarrière in de medische zorg voor asielzoekers te overbruggen heeft het COA een contract gesloten met een tolkendienst. Zorgverleners, waaronder ook geboortezorgverleners, kunnen via de tolkentelefoon een tolk inschakelen.

5. Omstandigheden opvanglocaties

De leefomstandigheden binnen opvanglocaties kunnen variëren, zeker als men reguliere opvanglocaties vergelijkt met nood- en crisisondopvanglocaties die bedoeld zijn voor kortdurend verblijf. Voor alle bewoners, maar in het bijzonder zwangere vrouwen, is het van belang dat de

omstandigheden in de opvang een gezonde leefstijl niet belemmeren. Goede voeding is essentieel voor zowel de moeder als ook voor het nog ongebooren kind. Het realiseren van kookgelegenheden op locaties waar zwangere vrouwen verblijven wordt als concreet voorbeeld genoemd in het EGALITE-rapport. In de aanmeldlocatie in Budel liep een pilot met het verstrekken van leefgeld zodat bewoners zelf kunnen koken. Deze pilot wordt nu ook uitgerold in Ter Apel, waar regelmatig zwangere asielzoekers verblijven. Daarnaast heb ik besloten om, in het kader van het versoberen van de asielopvang, meer kookfaciliteiten te laten realiseren door het COA om zelf koken in opvanglocaties te bevorderen.⁵ Op deze manier kunnen ook zwangere vrouwen makkelijker zelf maaltijden bereiden. Dit heeft hopelijk het bevorderende effect voor het welzijn van moeder en kind, zoals voorspeld in het EGALITE-rapport.

6. Concentreren zorg & overplaatsingen

Het EGALITE-rapport besteedt veel aandacht aan overplaatsingen in de perinatale periode. Verhuisbewegingen tijdens het asielproces moeten voor alle asielzoekers tot het minimum beperkt zijn. Dit geldt zeker voor kwetsbaren, aangezien het verhuizen kan zorgen voor stress of problemen met onderwijs- of zorgcontinuïteit. Het terugbrengen van verhuizingen is dan ook één van de belangrijkste uitgangspunten van de Uitvoeringsagenda flexibilisering van het asielsysteem, die momenteel geïmplementeerd wordt. Om de zorgcontinuïteit te waarborgen is er een Ketenrichtlijn «Continuïteit van zorg rondom verhuizingen» opgesteld door de GGD, COA en GZA, waarbij zwangeren expliciet als kwetsbare doelgroep zijn opgenomen. Daarnaast onderzoekt de Ketenwerkgroep geboortezorg asielzoeksters hoe er voor voldoende tijd gezorgd kan worden voor een warme zorgoverdracht bij een overplaatsing. De overdracht van GZA en GGD gebeurt automatisch maar dit is niet het geval voor andere zorgverleners. Ook dit wordt verder uitgewerkt door de Ketenwerkgroep.

In lijn met de EGALITE-aanbeveling, is het al staande praktijk dat zwangere vrouwen in principe niet verplaatsen na 36 weken zwangerschap. Ik wil u wel wijzen op een belangrijke uitzondering hierop. Op het moment dat een vrouw in deze fase van de zwangerschap in het aanmeldcentrum in Ter Apel verblijft, geeft de Ketenrichtlijn de locatiemanager de mogelijkheid om een uitzondering te maken op de verhuisstop. Dit gebeurt alleen in overeenstemming met GZA, de verloskundig zorgverlener en de asielzoekster en na uitsluiting van medische risico's. Op deze manier kan voorkomen worden dat een zwangere asielzoeker in deze periode op het aanmeldcentrum «vast komt te zitten», terwijl dit bedoeld is voor kortdurend verblijf en geen passende voorzieningen voor zwangeren biedt.

Een andere kanttekening bij het beperken van verhuisbewegingen houdt verband met de randvoorwaardelijke aanbeveling uit het EGALITE-rapport om geboortezorg te concentreren op specifieke locaties. Dit gebeurt momenteel al op het azc in Musselkanaal, waar veel zwangere asielzoekers verblijven. Musselkanaal is een mooi voorbeeld van een initiatief waarbij specifieke zorg geconcentreerd wordt en de opvang en begeleiding op een specifieke doelgroep toegespitst wordt. Het plaatsen van zwangeren op specifieke locaties brengt echter ook extra verhuisbewegingen met zich mee. Zwangere vrouwen moeten er immers heen verhuizen en kunnen daar niet gedurende de rest van de asielprocedure blijven, omdat ze dan plekken voor andere zwangere vrouwen bezet zouden houden. Hierin dient dus een afweging gemaakt te worden tussen de toegevoegde waarde die deze specifieke locatie en bijbehorende

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 19 637, nr. 3397.

begeleiding heeft, ten opzichte van het mogelijk negatieve effect van de verhuizing.

De ketenwerkgroep geboortezorg voor asielzoeksters is tot dezelfde conclusie gekomen en zal onderzoeken welke elementen uit deze aanbevelingen werkbaar zijn.

De Minister voor Asiel en Migratie,
M.C.G. Keijzer