

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

965

Vragen van de leden **Bikker** en **Ceder** (beiden ChristenUnie) aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Asiel en Migratie over *het bericht «Geboortezorg voor asielzoekers van «onacceptabel» niveau, concluderen onderzoekers»* (ingezonden 20 november 2024).

Antwoord van Minister **Faber – Van de Klashorst** (Asiel en Migratie), mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 6 januari 2025).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht «Geboortezorg voor asielzoekers van «onacceptabel» niveau, concluderen onderzoekers»?¹ Zo ja, vindt u dit reden tot grote zorg en kunt u de Kamer van een uitgebreide reactie voorzien?

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met het rapport en het NOS-bericht en heb kennisgenomen van de aanbevelingen die in het rapport worden gedaan. Voor een reactie op het rapport verwijs ik graag naar de antwoorden op onderstaande vragen van uw Kamer.

Vraag 2

Welke verklaringen zijn er en wat gaat u doen met het feit dat de geboortesterfte bij baby's van asielzoekers ten minste anderhalf keer zo hoog is en een laag geboortegewicht twee keer zo vaak voorkomt, wat een significant verschil betreft ten opzichte van vrouwen zonder vluchtelingenachtergrond?

Antwoord 2

De constatering dat geboorte-uitkomsten bij vrouwen met een vluchtachtergrond significant slechter zijn dan bij andere bevolkingsgroepen bleek al uit een eerder onderzoek, waar het voorliggende EGALITE rapport op voortborduurt. Mijn ambtsvoorganger is schriftelijk ingegaan op dit eerdere onderzoek en ik sluit mij volledig bij hem aan dat wij deze cijfers betreuren.² Ook ben ik bekend met het feit dat er bij baby's van asielzoekers vaker sprake is van een lager geboortegewicht en dat dit van invloed is op een kansrijke start.

¹ NOS Nieuws, 17 november 2024, Geboortezorg voor asielzoekers van «onacceptabel» niveau, concluderen onderzoekers

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, nr. 987, Aanhangsel d.d. 9 februari 2024.

Zoals ook in het rapport wordt aangegeven, is ongeveer de helft van de zwangere vrouwen in de opvang reeds zwanger op het moment dat ze in Nederland aankomen. Dat betekent dat zij in de eerste periode van hun zwangerschap mogelijk niet dezelfde zorg hebben gehad als wij in Nederland gewend zijn. Daarbij komt dat deze vrouwen vaak een zware reis achter de rug hebben op het moment dat zij in Nederland aankomen. Dit kan ook effect hebben op de ontwikkeling van het nog ongebooren kind en daarmee het geboortegewicht of geboorte-uitkomsten. Daarnaast herken en erken ik dat de huidige opvangsituatie en de noodgedwongen inzet van noodopvang uitdagingen met zich meebrengt ten aanzien van de leefomstandigheden en toegang tot zorg voor o.a. zwangere vrouwen.

Het staat buiten kijf dat ernstige geboorte-gerelateerde complicaties onder zwangere vrouwen in opvanglocaties voorkomen moeten worden en zwangere vrouwen in opvanglocaties moeten kunnen rekenen op volwaardige geboortezorg. Hier is reeds veel voor georganiseerd. Zo heeft elke locatie een aandachtsfunctionaris zwangeren. Deze COA-medewerker is het aanspreekpunt voor de betrokken zorgverleners en weet wie de zwangeren zijn op de locatie. De aandachtsfunctionarissen wijzen de zwangere asielzoeksters de weg naar de verloskundige zorg door te informeren, ondersteunen en signaleren. Ook geven zij informatie over de organisatie van de verloskundige zorg en over de faciliteiten die het COA biedt.

Desalniettemin leidt het gebruik van noodopvang, die vaak voor korte duur wordt opgetuigd en weer moet worden afgebouwd, tot uitdagingen om dit alles goed te organiseren. De in het Regeerprogramma opgenomen ambitie om noodopvang zo veel mogelijk te beperken en duurzame opvangplekken te realiseren is hiervoor belangrijk. Deze ambitie wordt momenteel verder uitgewerkt door het Ministerie van Asiel en Migratie.

Ook bieden de aanbevelingen uit het EGALITE rapport mijn departement, het Ministerie van VWS en het COA handvatten om verbeteringsmogelijkheden te bezien en nader uit te werken, zowel op beleidsniveau als ook praktijkgerichte aanbevelingen voor zorgverleners en medewerkers van het COA. De aanbevelingen uit dit onderzoek worden ook besproken in de ketenwerkgroep geboortezorg asielzoeksters met vertegenwoordigers van alle betrokken (zorg)organisaties.

Vraag 3

Deelt u de mening dat het onwenselijk is om zwangere vrouwen in asielzoekerscentra voor een afspraak met een verloskundige een lange reis te laten maken via het openbaar vervoer? Bent u bekend met de problemen omtrent vervoer van zwangere vluchtelingen door gecontracteerde taxibedrijven, zoals weigering van vrouwen met weeën, te lange aanrijtijden en het niet op komen dagen van taxi's? Wat gaat u doen om deze problemen op te lossen?

Antwoord 3

Het bieden van volwaardige gezondheidszorg en geboortezorg houdt in dat deze zorg toegankelijk moet zijn. Voor alle locaties van het COA geldt daarom dat er afspraken zijn gemaakt met verloskundepraktijken in de omgeving om goede zorg en begeleiding te kunnen waarborgen. Voor zwangere asielzoeksters geldt dat ze vanaf week 36 standaard gebruik kunnen maken van taxivervoer van en naar zorgbestemmingen. Daarnaast kan de verloskundig zorgverlener tot de conclusie komen dat de zwangere al voor de 36 weken om medische redenen niet in staat is zelfstandig te reizen naar een zorgbestemming (zoals de verloskundige of het ziekenhuis). Buiten de termijnen van het zorgtaxivervoer kunnen COA locatiemanagers alternatief vervoer voor zwangere asielzoekers faciliteren, zoals beschreven in de ketenrichtlijn. Wanneer de verloskundige inschat dat de termijn van een uur aanrijd van een taxi te lang is voor de zwangere bij een naderende bevalling moet de verloskundige om die reden een ambulance inschakelen.

Vraag 4

Hoe spant u zich in om geboortezorg te concentreren op de asielzoekerscentra zelf? Wat zijn de «haken en ogen» aan het concentreren van de geboortezorg bij asielzoekerscentra waar het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) over spreekt, kunt u de Kamer hier nader over informeren?

Antwoord 4

Voor elke opvanglocatie is momenteel een verloskundige praktijk gecontracteerd en de toegang tot geboortezorg gegarandeerd. Een van de genoemde randvoorwaarden in het EGALITE rapport is het concentreren van zorg voor zwangere asielzoekers en statushouders verblijvend in opvanglocaties. In de praktijk gebeurt dit in sommige gevallen al. Sinds de zomer van 2023 plaatst het COA zwangere vrouwen die bij hun aankomst in Ter Apel 34 weken of langer zwanger zijn namelijk in de locatie Musselkanaal. Alle betrokken organisaties (COA, verloskundige praktijk, kraamzorg) op de locatie Musselkanaal zijn hier goed op voorbereid. Door een specifieke locatie in te richten voor deze specifieke doelgroep, kan kennis en ervaring op een nog efficiëntere manier opgedaan en ingezet worden.

Bij het proces van het verplaatsen van zwangere asielzoekers naar Musselkanaal (wat gezien kan worden als een vorm van concentratie van specifieke begeleiding en expertise) moet echter een aantal kanttekeningen geplaatst worden. Zwangere vrouwen hebben gezondheidszorg gericht op zwangerschap, bevalling en kraamperiode binnen een specifiek tijdsframe nodig. Om deze specifieke begeleiding aan elke zwangere vrouw in een opvanglocatie te kunnen bieden, zouden de bevallen vrouwen na de geboorte en kraamperiode weer moeten verhuizen om ruimte te maken voor andere zwangere vrouwen.

Dit heeft ten eerste als consequentie dat er extra verhuisbewegingen gemaakt moeten worden. Daarbij dient een goede afweging te worden gemaakt tussen de toegevoegde waarde die deze specifieke locatie en bijbehorende begeleiding heeft, ten opzichte van het negatieve effect van de verhuizing náar, en van de locatie. Daarbij speelt ook mee dat oudere broers en zussen in de schoolgaande leeftijd mee zouden moeten verhuizen, wat nadelig kan zijn voor deze kinderen. Ten tweede vormt de huidige opvangsituatie nog geen passende context voor het concentreren van geboortezorg. Door een tekort aan opvangplekken stagneert de doorstroom van bevallen vrouwen vanuit Musselkanaal naar andere locaties, waardoor er niet altijd voldoende plekken vrijkomen voor nieuwe zwangere vrouwen.

Het concentreren van geboortezorg zou zorgen voor meer specialiteit en ervaring van specifieke geboortezorgverleners met de doelgroep. Dit zou uiteraard een positieve ontwikkeling zijn. Met het oog op de huidige stokkende doorstroom van asielzoekers zou dit echter als consequentie kunnen hebben dat niet alle zwangere vrouwen toegang zouden hebben tot deze selecte groep gespecialiseerde verloskundigen en er een verschil in zorgkwaliteit voor deze doelgroep kan ontstaan. Om deze reden is het allereerst van belang dat elke geboortezorgverlener bekend is met de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers en deze implementeert in zijn/haar behandeling van asielzoekers – in lijn met één van de drie randvoorwaarden die in het EGALITE rapport genoemd worden. Het concentreren van geboortezorg, bijvoorbeeld door het uitbreiden van het initiatief in Musselkanaal, zou alleen onderzocht en uitgelopen kunnen worden op het moment dat de doorstroom vanuit dergelijke locaties gegarandeerd kan worden door het COA.

Vraag 5

Wat vindt u ervan dat overplaatsingen door het COA veelal gebeuren zonder overleg met zorgverleners?

Antwoord 5

In principe delen locaties dagelijks een overzicht van alle vertrekkende bewoners met de lokale GZA-praktijk. Om de continuïteit van zorg rondom verhuizingen zoveel mogelijk te waarborgen zijn hierover afspraken gemaakt en vastgelegd in de ketenrichtlijn geboortezorg. Daarnaast is er ook een «Ketenrichtlijn continuïteit van zorg bij verhuizingen». Deze is samen met de zorgpartners GZA en JGZ tot stand gekomen. Deze richtlijn beschrijft de algemene stappen die COA-medewerkers moeten zetten bij de verhuizing van bewoners zodat medische risico's zoveel mogelijk voorkomen worden, zeker als het gaat om risicogroepen (zoals zwangeren).

Vraag 6

Wat gaat u doen om voortaan te voorkomen dat er gevallen ontstaan waarbij er geen medische overdracht bij overplaatsing van zwangere vrouwen plaatsvindt? In hoeverre acht u het van belang om op elke (nood)opvanglocatie aanwezigheid van de Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA) te faciliteren voor een gedegen gegevensoverdracht bij overplaatsing en adequate medische screening?

Antwoord 6

Zie ook het antwoord op vraag 5.

Op elke opvanglocatie is toegang tot de huisartsenzorg georganiseerd, grotendeels door GZA. De medische screening door GZA gebeurt bij instroom (de dag na de registratie bij het COA), in de col in Ter Apel, Budel en Zevenaar. Op basis van de informatie die is opgehaald in de medische intake, informeert GZA het COA over de faciliteiten die noodzakelijk zijn voor de vervolgoptvang. Personen die niet via de centrale ontvangstlocatie Ter Apel instromen, ontvangen de medische intake op de eerste locatie waar zij verblijven. De gegevensoverdracht gebeurt automatisch via het centrale huisartsensysteem van GZA. Indien nodig verzorgt GZA de overdracht.

Vraag 7

Welke maatregelen zijn er in het verleden al genomen rondom de overdracht van medische gegevens naar aanleiding van eerdere incidenten bij de medische zorg voor asielzoekers?³ Hoe staat het met de uitvoering van die maatregelen? Blijken eerder genomen maatregelen onvoldoende gezien de conclusie van de onderzoekers⁴, of worden ze in de praktijk niet uitgevoerd? Indien dat laatste het geval is, kunt u aangeven hoe dit komt en wat u kunt doen om dit te verbeteren?

Antwoord 7

Zie ook het antwoord op vraag 5.

Naar aanleiding van de signalen in het verleden zijn nadere afspraken gemaakt met en tussen de verschillende partijen die de huisartsenzorg verzorgen op de opvanglocaties. Deze afspraken hebben er toe geleid dat de informatieoverdracht bij verhuizingen op dit moment goed verloopt. Een belangrijk aandachtspunt hierbij was het zo snel registreren van de asielzoekers en het uitvoeren van de medische intake. Zowel de achterstanden in de registratie als ook in de medische intake zijn toen weggewerkt. Tijdens de medische intake wordt ook gelijk een medisch dossier aangelegd waardoor in principe iedere asielzoeker vrijwel direct na aankomst beschikt over een medisch dossier dat ook bij verhuizingen wordt overgedragen. Ook met GGD-GHOR zijn afspraken gemaakt ten aanzien van het in beeld krijgen en houden van kinderen met het oog op de jeugdgezondheidszorg. Door het inrichten van een zogeheten registratieschil zijn de asielzoekerskinderen in beeld en lukt het in de regel om tijdig, binnen zes weken, de kinderen te zien. Verder is er een «Ketenrichtlijn continuïteit van zorg rondom verhuizingen» opgesteld. Hierin is opgenomen welke partij welke rol speelt in de continuïteit van zorg rondom verhuizingen van zwangeren. Het COA gaat de aanbeveling met betrekking tot de continuïteit van zorg bij overplaatsingen, net als de andere aanbevelingen uit het EGALITE rapport, nader onderzoeken in samenwerking met de betrokken partijen uit de keten, waaronder GZA, KNOV, NVOG, KCKZ en GGD GHOR.

Vraag 8

Deelt u de mening dat het aantal overplaatsingen van zwangere vrouwen omlaag moet, zeker nu uit onderzoek blijkt dat overplaatsingen nog met regelmaat na 34 weken zwangerschap plaatsvinden, wat in strijd is met de ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers? Zo ja, hoe spant u zich in om het aantal overplaatsingen te verlagen?

³ NOS Nieuws, 17 februari 2024, Zoals bijvoorbeeld naar aanleiding van de zaak-Renata: Inspecties kritischer over zorg aan overleden meisje Renata

⁴ Erasmus MC Aanbevelingen voor persoonsgerichte geboortezorg voor asielzoekers en statushouders in Nederland https://bijlagen.nos.nl/artikel-21559662/Rapport_EGALITE_studie.pdf

Antwoord 8

Ik ben het eens met de aanbeveling uit het EGALITE rapport dat het aantal verhuizingen zo veel mogelijk gereduceerd moet worden. Dit geldt niet alleen voor zwangere asielzoekers. Verhuisbewegingen tijdens het asielproces moeten tot een minimum beperkt worden, zeker voor kwetsbaren, aangezien deze kunnen leiden tot stress of problemen met onderwijs- of zorgcontinuïteit. Helaas komen verhuizingen momenteel om diverse redenen veelvuldig voor, bijvoorbeeld vanwege het sluiten van (nood)opvanglocaties, het kortstondig moeten onderbrengen van asielzoekers voor wie geen plek is in Ter Apel, op aangeven van asielzoekers zelf of als gevolg van de asielprocedure. Ik streef er dan ook naar het aantal verhuisbewegingen terug te brengen. Momenteel wordt de Uitvoeringsagenda Flexibilisering Asielsysteem uitgewerkt en geïmplementeerd. Dit toekomstbeeld van het asielopvanglandschap is gestoeld op het uitgangspunt om het aantal verhuisbewegingen tot een minimum te beperken.

Zwangere asielzoeksters worden normaal gesproken en in algemene zin 6 weken voor de uitgerekende datum tot 6 weken na de bevalling niet meer verhuisd of overgeplaatst. Zoals u ook aankaart in uw vraag, komt het desondanks toch voor dat zwangere asielzoekers ook na 34 weken zwangerschap overgeplaatst worden (bijvoorbeeld om te verhuizen van een centrale opvanglocatie naar een regulier azc). Dit gebeurt alleen in overeenstemming met GZA, de verloskundig zorgverlener en de asielzoekster en na uitsluiting van medische risico's.

Vraag 9

In hoeverre bent u bekend met omstandigheden van zwangere vrouwen op noodopvanglocaties, waarbij het voorkomt dat vrouwen te maken krijgen met bijvoorbeeld ongedierte, onvoldoende privacy en hygiëne? Hoe verhoudt dit zich tot het voornemen uit het regeerprogramma om opvang verder gedifferentieerd te versoberen?

Antwoord 9

Zoals ik in mijn reactiebrief⁵ aan uw Kamer van 4 november jl. over asielkinderen in de noodopvang in o.a. Assen al aangaf, wordt het punt ten aanzien van de hygiëne niet herkend. Ik erken wel dat de inzet van noodopvang om de druk op de opvang te verlichten effect heeft op de mogelijkheden die het COA heeft om te allen tijde passende begeleiding en omstandigheden te realiseren voor kwetsbare doelgroepen, waaronder zwangere vrouwen. Het uitgangspunt is dat in de noodopvang zo min mogelijk kwetsbare personen worden opgevangen. Helaas is het gezien de grote druk op de opvang noodzakelijk om soms ook kwetsbaren zoals zwangere vrouwen op te vangen in de noodopvang. Daarom blijft het ook in de noodopvang van groot belang dat er aandacht is en blijft voor de kwetsbare situatie van zwangere vrouwen. Benadrukt moet worden dat medewerkers van onder andere het COA en GZA zich dagelijks inspannen om de opvang en zorg zo goed mogelijk te laten verlopen.

In het Regeerprogramma en de regeringsbrief van 25 oktober jl. beschrijft het kabinet haar plannen om in te zetten op het (gedifferentieerd) versoberen van de asielopvang en sobere voorzieningen voor statushouders. Deze plannen worden momenteel uitgewerkt door het Ministerie van Asiel en Migratie. Het Ministerie houdt zich in de uitwerking van de kabinetsplannen te allen tijde aan de in de (herziene) Opvangrichtlijn vastgestelde normen voor de toegang tot gezondheidszorg voor asielzoekers en kwetsbare groepen, inclusief zwangere vrouwen, als ook aan de in de Kwalificatieverordening gestelde normen voor de toegang tot zorg voor statushouders, inclusief zwangere vrouwen. Hierbij wil ik nogmaals onderstrepen dat zwangere vrouwen in opvanglocaties moeten kunnen rekenen op volwaardige geboortezorg. Dit sluit ook aan bij de in het Regeerprogramma genoemde doelen om gelijkwaardige toegang tot zorg te waarborgen en in te zetten op een kansrijke start, een maatregel die niet alleen een preventief werkt om latere zorgkosten te besparen maar ook goede geboortezorg omvat.

⁵ Reactie op het bericht GGD-arts slaat alarm: Asielkinderen opvang Assen zijn ondervoed en bang. 4 november 2024

Vraag 10

In hoeverre is inzichtelijk wat het voorgenomen besluit om de spreidingswet in te trekken voor gevolgen heeft in deze kwestie van zorg voor zwangere vluchtelingen? Kunt u toezeggen dat de zorg voor zwangere vluchtelingen ook dan niet zal verslechteren, maar verbeteren?

Antwoord 10

Uw Kamer is door de Minister-President bij brief van 25 oktober 2024 geïnformeerd over het voornemen van het kabinet om de spreidingswet in te trekken, zo mogelijk nog dit jaar. Dit laat onverlet dat het COA zich onverminderd blijft inzetten om voldoende opvangplekken te creëren in bestaande en nieuwe azc's. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 9 al aangaf, houdt het Ministerie van Asiel en Migratie zich in de uitwerking van de kabinetsplannen te allen tijde aan de vastgestelde normen voor de toegang tot gezondheidszorg voor asielzoekers en statushouders. Ik zeg toe dat mijn departement samen met betrokken organisaties de aanbevelingen uit het EGALITE rapport ter harte neemt en in gezamenlijkheid uitwerkt op welke wijze deze aanbevelingen meegenomen kunnen worden.

Vraag 11

Zijn er extra middelen nodig om deze misstanden te voorkomen en zo ja, hoeveel? Zo nee, op welke termijn zijn deze misstanden opgelost?

Antwoord 11

Medische zorg voor asielzoekers is vastgelegd en gewaarborgd in de Opvangrichtlijn als ook 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. De term «misstanden» vind ik om die reden dan ook geen recht doen aan de organisatie en kwaliteit van de toegang tot zorg voor asielzoekers. Dit betekent niet dat er geen verbeterpunten zijn, dit laten de constatering en aanbevelingen uit het EGALITE rapport duidelijk zien. Alle betrokken departementen en organisaties zullen deze aanbevelingen verder bestuderen en uitwerken hoe hier invulling aan gegeven kan worden. Het is daarom te vroeg om nu al aan te geven of er mogelijk extra kosten of middelen nodig zijn om aanbevelingen uit het rapport op te volgen.

In relatie tot de ambities uit het Regeerprogramma kan wel gesteld worden dat het beperken van dure noodopvanglocaties en het realiseren van meer duurzame opvangplekken kostenbesparend kan werken. Dit draagt naar verwachting bij aan de leefomstandigheden voor asielzoekers, die op reguliere plekken over het algemeen beter zijn dan op noodopvanglocaties die zijn ingericht op zeer kortdurend verblijf.