

Een Kansrijke Start op asielzoekerscentrum Delfzijl

Netty Bos

Jeugdarts KNMG, Arts Maatschappij en gezondheid i.o., GGD Groningen,

Lid werkgroep vluchtelingen, AJN Jeugdartsen Nederland

n.bos-veneman@umcg.nl

Petra de Jong

Jeugdarts KNMG, Arts Maatschappij en gezondheid i.o., GGD Hollands Midden

Voorzitter werkgroep vluchtelingen, AJN Jeugdartsen Nederland

In samenwerking met studenten geneeskunde



Inhoud

Achtergrond en context	3
Wetenschappelijke methode	4
Bevindingen	4
Aanbevelingen.....	5
Gezondheidswinst door kennisuitwisseling	5
Gezondheidswinst door voorzieningen.....	6
Gezondheidswinst door interprofessionele samenwerking	6
Borging en evaluatie.....	6
Conclusie	7

Achtergrond en context

Een goede start van het leven is een belangrijke voorspeller van een kansrijke toekomst. Het overheidsprogramma Kansrijke Start beoogt het optimaliseren van de gezondheid van alle kinderen in Nederland gedurende eerste 1000 dagen van hun leven geteld vanaf de conceptie.¹ De lokale coalitie Kansrijke Start van de gemeente Eemsdelta wil deze uitdaging ook aangaan wat betreft de vluchtelingen en hun kinderen woonachtig op het asielzoekerscentrum in Delfzijl.

Het aantal vluchtelingen dat asiel aanvraagt in Nederland is stijgende en momenteel op het niveau van 2015. De meeste asielzoekers zijn afkomstig uit Syrië maar door de machtsovername van de Taliban in Afghanistan neemt het aantal Afghaanse asielzoekers snel toe.² Op het asielzoekerscentrum in Delfzijl wonen wisselende aantallen kinderen en ouders die een kind verwachten. Momenteel (oktober 2021) tellen we 25 kinderen jonger dan 4 jaar en 55 kinderen in de leeftijd van 4 tot 18 jaar op het centrum. Gemiddeld zijn er vijf tot tien vrouwen in verwachting. Deze aantallen nemen toe door de toestroom van Afghaanse vluchtelingen naar Delfzijl, waaronder zich volgens een recente schatting tenminste 75 kinderen jonger dan 18 jaar bevinden.

Ondanks dat er een relatief kleine groep kinderen de eerste 1000 dagen van hun leven op het asielzoekerscentrum in Delfzijl doorbrengt, kan er veel collectieve gezondheidswinst behaald worden. Deze (ongeboren) kinderen hebben immers een toegenomen risico op uiteenlopende gezondheidsproblemen dat middels preventieve prenatale zorg te verlagen is. Zo laat recent onderzoek in Noord-Nederland zien dat aanzienlijk meer kinderen van asielzoekers sterven rondom de geboorte vergeleken met kinderen van Nederlandse vrouwen (3.2% versus 0.6%) en meer problemen zoals een lager geboortegewicht hebben. De onderzoekers noemen als factoren die bijdragen aan deze problemen: (1) het laat opstarten van de zwangerschapszorg; (2) gemiste afspraken vanwege vervoersproblemen; (3) het niet herkennen van alarmsymptomen; (4) onbekendheid van de zwangere met de organisatie van de geboortezorg; en (4) overplaatsing naar andere locaties tijdens de zwangerschap.³

Om zicht te krijgen hoe we de gezondheid van kinderen die tijdens de eerste 1000 dagen op het asielzoekerscentrum in Delfzijl wonen, kunnen verbeteren hebben we onderzoek gedaan onder (toekomstige) ouders en professionals uit het sociale en medische domein. De resultaten en implicaties van ons wetenschappelijk onderzoek geven we weer in dit rapport.

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Actieprogramma Kansrijke Start (2018). Zie <https://www.kansrijkestartnl.nl/>, geraadpleegd op 18-10-2021.

² Ministerie van Justitie en Veiligheid. Kerncijfers asiel en migratie (augustus 2021). Zie [2021-08 Persvoorlichting Kerncijfers Asiel+ Migratie \(definitieve versie\).pdf](#); Ministerie van Justitie en Veiligheid. Asylum trends (september 2021). Zie [Asylum Trends \(Hoofdrapport\) \(ind.nl\)](#). Beide geraadpleegd op 21-10-2021.

³ Zie onder andere: Verschuuren AE, Postma IR, Riksen ZM, Nott RL, Feijen-de Jong EI, Stekelenburg J. Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020;20:1-10; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Beter weten: een beter begin (2020). Zie <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0140.pdf>, geraadpleegd op 21-10-2021; Regional office of World Health Organization Europe. Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children: policy brief (2020). Zie https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/388070/tg-pb-mothers-eng.pdf, geraadpleegd op 18-10-2021.

Wetenschappelijke methode

Dit rapport beschrijft de resultaten van een kwalitatief wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd in het voorjaar van 2021 door studenten geneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, onder supervisie van dr. Netty Bos, jeugdarts Publieke Gezondheid Asielzoekers (PGA) GGD Groningen, drs. Petra de Jong, jeugdarts PGA GGD Hollands Midden en voorzitter werkgroep vluchtelingen van AJN Jeugdartsen Nederland en Dagmar Slager, preventiefunctaris jeugd bij de gemeente Eemsdelta.

We verrichtten semigestructureerde interviews bij acht ouders met een kind in de eerste 1000 dagen van het leven en voornamelijk afkomstig uit het Midden-Oosten en West-Afrika, en bij zeven professionals werkzaam op het asielzoekerscentrum binnen de jeugdgezondheidszorg, verloskunde, gezondheidsbevordering, kraamzorg, vluchtelingenwerk, maatschappelijk werk en gemeente. We baseerden de gespreksonderwerpen op wetenschappelijke literatuur en het Kansrijke Start programma. Middels thematische analyses zochten en groepeerden we thema's. Daarnaast vroegen we de geïnterviewden middels een ranglijst welke thema's geprioriteerd zouden moeten worden.

Bevindingen

We geven een kort overzicht van de resultaten van het onderzoek. Positieve signalen zijn dat alle ouders zich veilig voelen in Nederland. Zij worden over het algemeen prettig bejegend. Wat betreft de geboortezorg hebben ze allemaal verloskundige en kraamzorg gehad. Over het algemeen hebben ze tijdens gesprekken met hulpverleners beschikking over de tolkdienst. Naast deze positieve signalen, herkennen ouders en professionals grotendeels dezelfde problemen en behoeftes in de eerste 1000 dagen, namelijk dat ouders:

1. een gebrek aan kennis over zwangerschap en ouderschap hebben. Zij zouden graag prenatale huisbezoeken, en zwangerschaps- en ouderschaps cursussen aangeboden krijgen.
2. vrijwel allemaal ongepland zwanger waren door onvoldoende beschikbaarheid van contraceptieve middelen zoals condooms en, volgens de professionals, door onvoldoende seksuele voorlichting.
3. een gebrek aan kennis over het Nederlandse zorgstelsel hebben.
4. veel stress ervaren. Deze stress verergert door:
 - a. de afwezigheid van opvang voor de jongste kinderen en het tekort aan activiteiten en voorzieningen voor alle kinderen.
 - b. gebrek aan privacy.
 - c. geluidsoverlast.
 - d. de asielprocedure.

Daarnaast benoemen professionals de noodzaak tot betere professionele samenwerking, waardoor bijvoorbeeld zwangere vrouwen eerder in beeld komen. Ouders zelf hebben behoefte aan contacten met Nederlandse ouders.

Aanbevelingen

De kracht van dit kwalitatieve onderzoek is dat het specifiek en diepgaand gericht is op de situatie van de huidige asielzoekers woonachtig in asielzoekerscentrum in Delfzijl. De onderzoeksresultaten zijn daardoor echter niet zonder meer door te trekken naar andere groepen asielzoekers, op andere plekken, in andere tijdsperiodes. Dit eigen onderzoek breiden we in de toekomst graag uit naar andere ouders en professionals, en naar andere asielopvanglocaties. Op grond van de huidige resultaten doen we onderstaande aanbevelingen over kennisuitwisseling, voorzieningen en interprofessionele samenwerking.

Gezondheidswinst door kennisuitwisseling

Gezondheidswinst is te behalen als ouders zich beter kunnen voorbereiden op zwangerschap (inclusief het al dan niet zwanger worden), bevalling en ouderschap en kennis hebben van het zorgstelsel. Op de Internationale Schakelklas (ISK) van het Eemsdeltacollege wordt momenteel extra ingezet op seksuele voorlichting, overigens met tijdelijke financiering. Daarnaast is het aan te bevelen om dat gemeente Eemsdelta:

1. het **prenatale huisbezoek** door de jeugdverpleegkundige, vanaf 1-7-2022 landelijk standaard gefinancierd binnen de reguliere jeugdgezondheidszorg, ook gaat aanbieden aan asielzoekers die een kind verwachten. Tijdens dit huisbezoek kan de verpleegkundige naast zwangerschap en bevalling ook het zorgstelsel en andere bovenbeschreven thema's aan de orde brengen.
2. professionals werkzaam op het asielzoekerscentrum laat scholen middels het programma **Nu niet zwanger** in het proactief bespreken van kinderwens, anticonceptie en seksualiteit, zoals benoemd in Ambitie 3 "Passend aanbod van interventies" van de lokale coalitie Kansrijke Start.⁴ Overigens is de onvoldoende beschikbaarheid van **condooms** aangekaart bij de Centrale Orgaan opvang Asielzoekers (COA) locatiemanager.
3. asielzoekers **maatjeshulp** en het **moedercafé** gaat aanbieden (zie Ambitie 2 "Samenwerking met de doelgroep").
4. kennisuitwisseling in groepen toekomstige ouders gaat aanbieden. Het landelijke project **CenteringZorg** voor Eritrese zwangeren is hierbij van belang. Eritrese vrouwen krijgen in dit project groepsgewijs verloskundige zorg in de Centering zorgvorm aangeboden, gebaseerd op *Centering Pregnancy* die is aangevuld met seksuele voorlichting en kennis over het zorgstelsel. Momenteel vindt binnen dit landelijke project uitbreiding naar *Centering Parenting* plaats.⁵ Door de coronaepidemie wordt deze zorg online geboden wat als voordeel heeft dat vrouwen uit het hele land kunnen deelnemen. Omdat deze vrouwen ook individuele verloskundige zorg krijgen, wordt deze CenteringZorg niet vergoed door de zorgverzekeraar maar verloopt de financiering via subsidies, en is daardoor gratis voor de deelnemers. Het verdient aanbeveling om professionals, ook in Delfzijl, actief op de hoogte te houden van deze cursussen zodat zij Eritrese vrouwen hierheen verwijzen, zoals past bij Ambitie 4 "Voorlichting en bewustwording". Voor toekomstige ouders van niet-Nederlandse afkomst zijn geen cursussen beschikbaar.

⁴ Lokale coalitie Kansrijke Start. Uitwerking ambities Kansrijke Start.

⁵ Project Eritrese vrouwen (2021). Zie [Project Eritrese zwangeren - CenteringZorg](#), geraadpleegd op 21-10-21.

De grote barrière voor het inzetten van groepsvoorlichtingen is het lage aantal zwangeren met dezelfde taal. Voor een aantal talen kan de groep zwangeren uitgebreid worden door gelijktalige nieuwkomers in Delfzijl en asielzoekers en nieuwkomers in andere gemeentes te laten participeren. Deze uitbreidingen hebben als voordeel dat gecombineerde financiering mogelijk is en dat jonge ouders een sociaal netwerk opbouwen, met verdere gezondheidswinst als gevolg.

De organisatie en inhoud van deze **zwangerschaps- en ouderschaps cursussen** kan verder uitgewerkt worden in samenwerking met ouders, verloskundigen, gezondheidsbevorderaars en jeugdgezondheidszorg-Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) en COA, met de lokale coalitie als trekker en verbinder (zie Ambitie 3 “Passend aanbod van interventies”).

Gezondheidswinst door voorzieningen

De nieuwbouw van het asielzoekerscentrum in Delfzijl is in volle gang waardoor de onderzoeksresultaten mogelijk, en hopelijk, achterhaald zullen worden. In elk geval bevelen we gemeente Eemsdelta aan om:

1. enige tijd na ingebruikname van het nieuwe asielzoekerscentrum Delfzijl te evalueren hoe asielzoekers **privacy, geluidsoverlast, kindervoorzieningen** binnen en buiten en **kindveiligheid** op de nieuwe locatie beoordelen.
2. mogelijkheden voor **opvang voor kinderen onder de twee jaar** te inventariseren en uit te voeren.

Gezondheidswinst door interprofessionele samenwerking

Diverse samenwerkingspartners zijn betrokken bij kinderen die de eerste 1000 dagen van hun leven verblijven op het asielzoekerscentrum in Delfzijl. Uit dit onderzoek blijkt dat de samenwerking tussen deze partners voor verbetering vatbaar is, zodat onder andere zwangere vrouwen eerder in zorg komen en psychische klachten bij jonge ouders eerder onderkend en behandeld worden. Het enige regelmatige overleg vindt momenteel plaats tussen jeugdverpleegkundige en verloskundige. Het tweewekelijks casuïstiekoverleg tussen de praktijkverpleegkundige van de Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA), jeugdverpleegkundige en maatschappelijk werker wordt momenteel nieuw leven ingeblazen. Het verdient aanbeveling om:

1. toekomstige ouders op het asielzoekerscentrum structureel mee te nemen in Ambitie 1 van de lokale coalitie Kansrijke Start over samenwerking tussen het medische en sociale domein. Daartoe kan het netwerk van samenwerkingspartners zoals benoemd in Ambitie 1 uitgebreid worden met afgevaardigden van COA, GZA en jeugdgezondheidszorg-PGA.
2. de werkgroep van samenwerkingspartners ten behoeve van (preventieve) jeugdhulp asielzoekers en statushouders met als trekker de gemeente, nieuw leven in te blazen door driemaandelijks overleggen te plannen en hierbij ook een verloskundige, pedagogisch medewerker voorschoolse opvang en GGD gezondheidsbevorderaar uit te nodigen.

Borging en evaluatie

Door interventies in de eerste 1000 dagen voor asielzoekers in te bedden in de Ambities van de lokale coalitie Kansrijke Start, inclusief het aanbod van effectieve interventies en de monitoring/evaluatie, kan deze zorg

geborgd en geëvalueerd worden. De op het asielzoekerscentrum woonachtige (toekomstige) ouders krijgen dan hetzelfde aanbod als alle ouders in de gemeente. Daarnaast is het voor de borging van zorg belangrijk dat samenwerkingspartners nauwer met elkaar in contact komen, waarin de lokale coalitie een verbindende en trekkende rol kan spelen.

Conclusie

Ons onderzoek leidt tot aanbevelingen op de gebieden kennisuitwisseling, voorzieningen en interprofessionele samenwerking om tot een zo kansrijk mogelijke start van de kinderen woonachtig op het asielzoekerscentrum in Delfzijl te komen. De aanbevolen interventies sluiten aan bij de Ambities van de lokale coalitie Kansrijke Start Eemsdelta.