

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

1074

Vragen van het lid **Kuzu** (DENK) aan de Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid over *het feit dat babysterftecijfers bij asielzoekers zeven keer hoger liggen dan het landelijk gemiddelde* (ingezonden 14 oktober 2022).

Antwoord van Staatssecretaris **Van der Burg** (Justitie en Veiligheid) (ontvangen 16 december 2022). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2022–2023, nr. 603.

Vraag 1

Bent u bekend met het artikel «Babysterfte bij asielzoekers zeven keer zo hoog. Gynaecologen en verloskundigen slaan alarm» van De Leeuwarder Courant van 11 oktober 2022?¹

Antwoord 1

Ja

Vraag 2

Wat vindt u van het feit dat de kans op babysterfte bij asielzoekers in Nederland veel hoger ligt dan het gemiddelde?

Antwoord 2

Op basis van het aangehaalde onderzoek, lijkt de kans op babysterfte onder asielzoekers hoger te liggen dan het gemiddelde. Dit is vanzelfsprekend onwenselijk.

Hierbij wil ik wel opmerken dat ruim de helft van de vrouwen die tijdens hun verblijf bij het COA bevalt, reeds zwanger was bij aankomst. Voor hen geldt dat zij voor een (belangrijk) deel van hun zwangerschap geen zorg in Nederland hebben ontvangen omdat zij ook nog niet in Nederland waren. In hoeverre er wel zorg en begeleiding is geweest in het land van herkomst of onderweg wordt uit het onderzoek niet duidelijk. Goede zorg aan het begin en voorafgaand aan een zwangerschap (bijvoorbeeld het slikken van foliumzuur) is belangrijk voor het verdere verloop van de zwangerschap.

¹ Leeuwarder Courant, 11 oktober 2022, Babysterfte bij asielzoekers zeven keer zo hoog. Gynaecologen en verloskundigen slaan alarm (<https://lc.nl/binnenland/Alarm-om-geboortezorg-voor-asielzoekers-27977655.html>).

Vraag 3 en 5

Is het hoge babysterftecijfer onder asielzoekers eerder geconstateerd? Zo ja, welke beleidsplannen waren daaruit voortgekomen om het tegen te gaan?

Zijn deze geëvalueerd? Wat was de uitkomst van de evaluatie? Zo nee, waarom is dit niet eerder onderzocht?

Is de hoge moedersterfte onder pas bevallen asielzoekers eerder geconstateerd? Zo ja, welke beleidsplannen waren daaruit voortgekomen om het tegen te gaan? Zijn deze geëvalueerd? Wat was de uitkomst daarvan? Zo nee, waarom is dit niet eerder onderzocht?

Antwoord 3 en 5

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doet regelmatig onderzoek naar de medische zorg voor asielzoekers, inclusief geboortezorg. Wanneer de IGJ onvolkomenheden constateert worden aanbevelingen en aanwijzingen gedaan naar de betrokken partijen. Deze worden vervolgens ook opgevolgd. De IGJ ziet er op toe dat aan de aanbevelingen en aanwijzingen worden opgevolgd. Naar aanleiding van de aanbevelingen van de IGJ (toen nog IGZ) is in 2010 een ketenwerkgroep geboortezorg asielzoekers opgericht en zijn samenwerkingsafspraken met alle betrokken partijen vastgelegd in de ketenrichtlijn geboortezorg.

Vraag 4

Wat vindt u van het feit dat de kans op sterfte van een pas bevallen moeder in een asielzoekerscentrum (azc) tot tien keer zo hoog ligt als normaal?

Antwoord 4

Uit de in het artikel genoemde onderzoeken haal ik niet dat de kans op sterfte van een pas bevallen moeder tot tien keer hoger ligt. Het is onduidelijk waarop deze stelling gebaseerd is. Zonder nadere achtergrond kan ik deze vraag helaas niet beantwoorden. Vanzelfsprekend is het wenselijk dat de kans op overlijden van pas bevallen moeders zo laag mogelijk, nihil, is. Dat is niet anders voor asielzoekers.

Vraag 6 en 7

Wat vindt u van het feit dat uit onderzoek (waar het genoemde artikel naar verwijst)² blijkt dat constante overplaatsing en personen die niet komen opdagen op hun afspraak verklarende factoren zijn voor de verhoogde kans op baby- en moedersterfte in azc's?

Bent u van plan iets met de bevindingen, zoals genoemd in vraag 6, te doen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat zijn deze plannen?

Antwoord 6 en 7

In het artikel en de onderzoeken waarnaar wordt verwezen wordt aangegeven dat er meerdere oorzaken kunnen zijn voor de verhoogde kans op baby- en moedersterfte. Daarbij wordt ook het aantal verhuizingen genoemd. Of en in hoeverre dit daadwerkelijk het geval is wordt verder niet onderbouwd. Het uitgangspunt is dat asielzoekers zo min mogelijk verhuizen, zeker waar het gaat om kwetsbare groepen, zoals kinderen en zwangere vrouw. In beginsel worden zij ook niet in (crisis)noodopvang geplaatst maar in een regulier asielzoekerscentrum. Daarnaast worden zwangere vrouwen in principe 6 weken voor de uiterekende datum tot 6 weken na de geboorte van het kind niet verhuisd. Ook ten aanzien van het missen van afspraken wordt aangegeven dat verhuizing een rol kan spelen. Of er ook andere redenen zijn waardoor afspraken niet worden opgevolgd of worden gemist is niet onderzocht. Helaas brengt de huidige opvangproblematiek met zich mee dat het kan voorkomen dat ook de kwetsbare groepen tijdelijk wel in (crisis)noodopvang terecht komen omdat zij anders mogelijk op straat zouden moeten verblijven.

² Verschuren et al, 2020, Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. (<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-02985-x>).

Vraag 8

Bent u het eens met de stelling dat asielzoekers, buiten de opvang om, onvoldoende toegang hebben tot goede zorg? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u daaraan doen?

Antwoord 8

Ik ben van mening dat de toegang tot de medische zorg voor asielzoekers voldoende is geborgd ook al brengt de huidige opvangproblematiek zeker uitdagingen met zich mee. Door de inzet van Gezondheidszorg Asielzoeker (GZA) in samenwerking met Arts en Specialist is er op vrijwel alle locaties toegang tot een huisarts of basisarts met een huisarts op afstand. Er wordt daarnaast gebruik gemaakt van een praktijklijn die is ingezet vanuit GZA, een 24/7 bereikbare telefoondienst inclusief tolkvoorziening die triage kan verrichten en waar nodig (bijvoorbeeld bij spoedgevallen) doorverwijzen naar een (spoed)huisarts. Zo nodig verwijst deze (spoed)huisarts weer door naar 2^{de} lijnzorg. Voor de continuïteit van de zorg wordt gebruik gemaakt van een centraal beheerd medisch dossier dat beschikbaar is voor de huisartsen op de locaties. Dus ook in geval van verhuizingen is het medisch dossier beschikbaar voor de nieuwe huisarts of zorgverlener. Voor de zorg voor asielzoekers geldt dat gebruik wordt gemaakt van de reguliere zorg. Voor de asielzoekers geldt net als voor andere personen in Nederland dat personeelstekorten bij zorgverleners kunnen spelen. Dit kan betekenen dat ook asielzoekers in bepaalde gevallen op een wachtlijst terecht kunnen komen.

Vraag 9

Bent u het eens met de stelling dat de zorg voor nieuwkomers te complex is voor hen om daar snel hun weg in te kunnen vinden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u doen om de zorg voor nieuwkomers te verbeteren?

Antwoord 9

De wijze waarop de medische zorg is georganiseerd kan voor nieuwkomers inderdaad complex zijn. Zo is het gebruik van een huisarts als voorportaal naar vervolgzorg in veel landen niet op die manier geregeld. Om asielzoekers hiervan op de hoogte te brengen en over voor te lichten kent het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) de zogeheten gidsfunctie gezondheidszorg. Via deze gidsfunctie worden asielzoekers, aan het begin van hun verblijf, voorgelicht over de zorg op het centrum en in Nederland. Verder signaleren de medewerkers van het COA in het dagelijks contact met de bewoners mogelijke problemen, bespreken deze met de bewoners en verwijzen door naar de zorgverlening. Ook op latere momenten gedurende hun verblijf kunnen zij voor vragen terecht bij de medewerkers van het COA, die hen ondersteunen bij de toegang tot de zorg en de zorgverleners op locatie waar mogelijk faciliteren. Asielzoekers kunnen daarnaast terecht op de website van het COA, MyCOA.nl, waar informatie is terug te vinden over de medische zorg in Nederland. Om de taalbarrière te overbruggen kunnen tolken worden ingeschakeld.

Vraag 10

Deelt u de mening dat het inhumain beleid in asielzoekerscentra (denk aan slechte slaapplekken, kou, schurftuitbraken en dergelijke) verder bijdraagt aan het vergroten van risico op moeder- en babysterftecijfers? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u doen om deze situatie te verbeteren?

Antwoord 10

Ik deel de mening niet dat er sprake is van inhumain beleid. Iedere asielzoeker heeft recht op opvang en voorzieningen. Helaas is het wel zo dat door een gebrek aan opvangplekken moet worden teruggevallen op noodopvanglocaties en crisisnoodopvang. Dit brengt ook uitdagingen mee in het bieden van kwalitatief goede opvang. Er wordt iedere dag door de medewerkers in de migratieketen hard gewerkt om voldoende opvangplekken te realiseren en daar ook de voorzieningen te bieden waar de mensen recht op hebben.

Vraag 11

Wat vindt u van het feit dat meerdere wetenschappelijke studies³ aantonen dat blinde vlekken, vooroordelen, discriminatie, racisme en minder empathie vanuit zorgverleners naar patiënten met een niet-westerse achtergrond leiden tot gezondheidsverschillen en verslechterde zorg? Deelt u deze conclusies? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u hiertegen doen?

Antwoord 11

Omdat er ook in zorg, welzijn en sport sprake is van discriminatie, is dit jaar de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen gestart. Deze aanpak laat zien dat er op verschillende terreinen al de nodige stappen worden gezet, maar dat er ook nog veel onbekend is. Wat al wel gezegd kan worden, is dat het belangrijk is om blinde vlekken in beeld te brengen. Daarbij is onderzoek, zoals de publicaties waar u naar verwijst, van belang. Deze resultaten dienen dan ook serieus te worden genomen, en te worden gezien in een breder geheel van reeds bestaande onderzoeken op het onderwerp van discriminatie in de zorg. Hoe groot het probleem binnen de zorg- en welzijnssector daadwerkelijk is in Nederland, wordt de komende periode verder onderzocht. In een eerste inventarisatie worden hiaten en kennis in kaart gebracht, waarbij wordt gekeken hoe groot het probleem van discriminatie in de zorg is en wat werkt in de aanpak hiervan. De resultaten zullen naar verwachting in februari 2023 binnenkomen. Hierna volgt een landelijk vervolgonderzoek naar nog aan te wijzen thema's op het gebied van discriminatie en gelijke kansen in de zorg, welzijn en sport.

Vraag 12

Heeft u onderzocht of (institutionele) discriminatie vanuit de zorg ook een deel van de gezondheidsverschillen en hoge sterftecijfers onder asielzoekers verklaart? Zo nee, bent u bereid om dit te onderzoeken en de aanbevelingen uit dit onderzoek op te nemen in het beleid voor betere zorg voor asielzoekers? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 12

Landelijk expertisecentrum Pharos heeft in opdracht van het Ministerie van VWS literatuuronderzoek gedaan naar de huidige kennis over de impact van discriminatie op de gezondheid van mensen en op gezondheidsverschillen in de maatschappij. Zij hebben zich in dit onderzoek niet uitsluitend gericht op de doelgroep asielzoekers. Dit jaar is de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen gestart waarbij onderzoek een van de belangrijke pijlers is. Er zal eerst een verkennend onderzoek worden uitgevoerd dat inzichtelijk maakt hoe groot het probleem van discriminatie in de zorg is. Deze verkenning wordt in het voorjaar van 2023 gevolgd door een groot landelijk onderzoek naar discriminatie en belemmering van gelijke kansen in zorg en welzijn.

Vraag 13

Denkt u dat (institutionele) discriminatie vanuit zorgaanbieders een deel van de hogere babysterftecijfers onder asielzoekers kan verklaren? Zo ja, bent u bereid dit te laten onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 13

Zoals aangegeven bij antwoord op de vragen 6 en 7 kunnen er meerdere redenen zijn die ten grondslag liggen aan een hogere babysterfte maar om antwoord te kunnen geven op deze vraag is het van belang om de uitkomsten van de hierboven genoemde onderzoeken te hebben.

Vraag 14

Heeft Artsen zonder Grenzen (AzG) reeds zijn bevindingen met u gedeeld over de gezondheidsstatus van asielzoekers en toegang tot zorg toen deze organisatie op Ter Apel ter plekke kwam? Zo ja, wat waren deze bevindingen? Zo nee, bent u van plan om een evaluatie in te plannen met AzG?

³ Suurmond, J., et al., Towards culturally competent paediatric oncology care. A qualitative study from the perspective of care providers. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2017. 26(6); en Suurmond, J., et al., Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am J Public Health*, 2010. 100 Suppl 1: p. S113-7.

Antwoord 14

Ik ben Artsen zonder Grenzen (AzG) zeer erkentelijk voor de hulp die zij hebben geboden in Ter Apel. Bij brief van 2 september jl. hebben AzG en Dokters van de Wereld (DvdW) hun reactie gegeven op mijn brief van 26 augustus jl. (Kamerstuk 19637–2992). AzG en DvdW hebben daarin tot het volgende opgeroepen:

Creëer helderheid in rol en taakverdeling tussen GZA, GGD, huisartsen en maatschappelijke initiatieven.

Creëer helderheid in de vergoedingsregelingen voor lokale zorgprofessionals. Waarborg continuïteit van zorg in Ter Apel en op CNO-locaties.

In voorgaande antwoorden ben ik reeds ingegaan op de medische zorg voor asielzoekers, waaruit blijkt dat de oproep van AzG en DvdW ter harte is genomen.