
Zorgpad Asielzoekers

VSV Alrijne Leiderdorp / VSV Leiden

Status:

Versie/laatst aangepast:

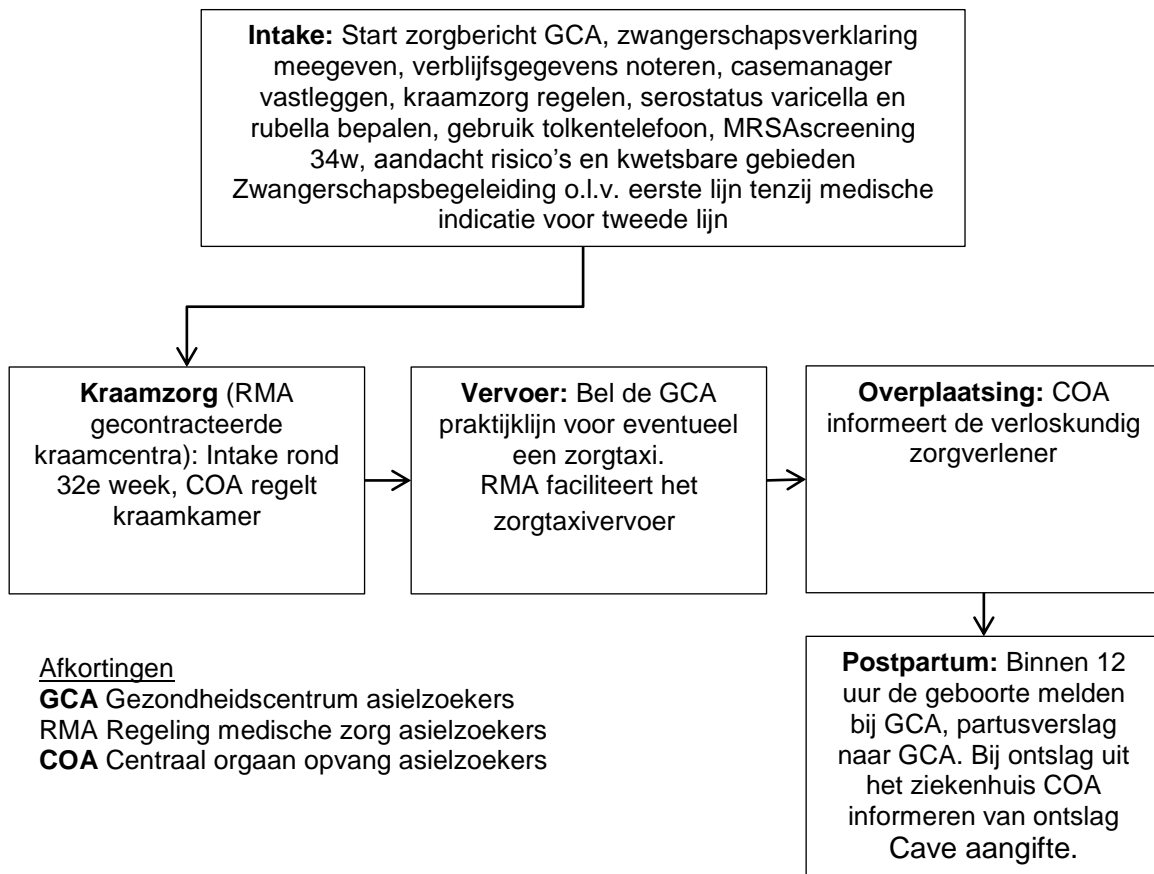
Definitief

april 2020

Disclaimer:

- Dit zorgpad is met de grootst mogelijke zorg opgesteld op basis van de geldende professionele richtlijnen en zorgstandaarden en aangepast aan de regionale situatie in Leiderdorp en Leiden e.o.
- Dit zorgpad kan en mag gebruikt worden door: alle leden van het VSV Alrijne Leiderdorp en VSV Leiden en alle partners in de keten.
- Dit zorgpad is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontlenen aan de inhoud hiervan.

Flowchart: Zorgpad Asielzoekers



Inhoud

Flowchart: Zorgpad Asielzoekers.....	1
Inhoud	4
1. Inleiding.....	5
1.1. Aanleiding	5
1.2. Doelgroep.....	6
1.3. Doelstelling.....	6
1.4. Betrokken disciplines en hulpmiddelen	6
2. Zorgpad/werkwijze.....	8
Bronnen en referenties	13
Bijlage 1: Zwangerschapsverklaring voor GCA en COA.....	14
Bijlage 2: Casemanagement	15
Bijlage 3: Laaggeletterdheid	18
Bijlage 4: Vervoer voor asielzoekers onder behandeling bij verloskundige	20
Bijlage 5: RMA-gecontracteerde kraamcentra.....	21
Bijlage 6: Afspraken ketenpartners over waterpokken en rode hond bij asielzoekers.	22
Bijlage 7: Q & A MRSA screening zwangere asielzoekers.....	27
Bijlage 8: Begrippen binnen opvangproces asielzoekers	31

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

In 2010 is de ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekers ingegaan. Na 2010 is deze richtlijn herhaaldelijk geactualiseerd. De inhoud van dit zorgpad is gebaseerd op de meest recente actualisatie van januari 2018. De aanbevelingen van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) om de geboortezorg aan asielzoekers te verbeteren zijn hierin opgenomen.

In dit zorgpad worden de belangrijkste aandachtspunten voor de geboortezorg van asielzoekers vermeld. Voor meer info zie:

https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2625/file/Ketenrichtlijn_geboortezorg_asielzoeksters_januari_2018.pdf

Algemene opmerkingen

Toelichting afkortingen en verantwoordelijkheid betrokken organisaties

COA: Centraal Orgaan opvang asielzoekers

De COA opvangmedewerker heeft een informerende, ondersteunende en signalerende rol. De asielzoekster wordt middels voorlichtingsbijeenkomsten en tijdens individuele gesprekken geïnformeerd over de noodzaak om bij zwangerschap contact te leggen met de verloskundige en kraamzorg. Ondersteuning vindt plaats in het geval de asielzoekster niet of slecht in staat is contact te leggen met de zorgverlener. De signalerende rol dient ter preventie van en/of het escaleren van sociaal-medische problematiek.

GCA: Gezondheidscentrum Asielzoekers: team op locatie

GC A is een landelijk gezondheidscentrum dat werkt vanuit zorglocaties dicht bij of op asielzoekerscentra. Hier kunnen asielzoeksters terecht voor een consult met een huisarts, een praktijkverpleegkundige, consulent GGZ of een praktijkassistente.

HIS: Huisartsen Informatie Systeem

RMA Healthcare: Regeling Medische zorg Asielzoeker

Uitvoerder Regeling Medische zorg asielzoekers, verzorgt de polisadministratie en de zorginkoop. RMA Healthcare hanteert voor verloskunde een selectief inkoopbeleid. Zonder overeenkomst kan niet gedeclareerd worden.

Faciliteert zorgtaxivervoer. Faciliteert het gebruik van tolken. Verstreckt gegevens gecontracteerde zorgaanbieders (RMA-gids).

PL: Praktijklijn.

Naast de GCA locaties, is er de Praktijklijn. De administratief medewerkers bij de Praktijklijn verwerken medische post in de patiëntendossiers, ondersteunen in het maken van een afspraak tussen de asielzoekster en de zorgverleners en behandelen aanvragen van medische dossiers die bijvoorbeeld door de gynaecoloog worden opgevraagd. De Praktijklijn dient overdag als back up wanneer de eigen huisarts van de locatie niet bereikbaar is. De huisarts van de Praktijklijn kan medische vragen beantwoorden en recepten voorschrijven. De praktijkassistente tri ageert bij zorgvragen en geeft zelfzorgadviezen aan de asielzoeksters. Daarnaast verwijst de Praktijklijn asielzoeker door naar een huisarts(enpost) of zorgt dat de asielzoekster gezien wordt. De Praktijklijn is aangesloten op het huisartsen HIS zodat de medewerkers altijd het dossier van de asielzoekster bij de hand hebben.

1.2. Doelgroep

Dit zorgpad is van toepassing op de zwangere asielzoekster.

1.3. Doelstelling

Het doel van dit zorgpad is een optimale geboortezorg te verlenen aan de zwangere asielzoekster.

1.4. Betrokken disciplines en hulpmiddelen

Checklist aandachtspunten perinatale zorgverlening asielzoekster

Termijn	Acties
Intake	<ul style="list-style-type: none">○ Start zorgbericht GCA*○ Zwangerschapsverklaring meegeven + kopie naar Praktijklijn**○ Verblijfsgegevens vastleggen○ Controleer serostatus varicella en rubella, noteer in dossier en breng GCA op de hoogte○ Casemanager vastleggen○ Tolkentelefoon*** : in ieder geval inzetten bij eerste controle, nadien laagdrempelig: streven naar gebruik bij elke controle – zoveel als nodig. Gebruik vastleggen in memo○ Extra aandacht tav volgende kwetsbare gebieden: communicatie, psychische gezondheid, gezondheid - veiligheid kinderen, seksualiteit.○ Kraamzorgcentrum selecteren + regelen.
Vervolgcontroles	<ul style="list-style-type: none">○ MRSA screening 34 weken
Postpartum	<ul style="list-style-type: none">○ Binnen 12 uur geboorte melden bij GCA○ Na ontslag partusverslag naar GCA○ Bij ontslag uit ziekenhuis COA**** informeren van op handen zijnde thuiskomst○ Vervoer regelen via Praktijklijn○ Extra aandacht voor aangifte○ 1^e lijn en kraamzorg informeren bij ontslag uit ziekenhuis
Contactgegevens genoemde instanties:	
* GCA Zorgmail/edifact: 500041292@lms.lifeline.nl OF praktijklijn@gcasielzoekers.nl. Telefoon: 088 7156 170	
** Praktijklijn Telefoon: 088 1122 112 Fax: 088 1122 110	

Mail: zwangerschapsverklaring@gcasielzoekers.nl

***** Tolken telefoon**

Telefoon: 020 820 28 92 (LiveWords)

****** COA**

Locatie Katwijk

Telefoon: 088 7150 300

Contactpersonen + email adres:

Ellen Greijdanus: EllenGreijdanus@coa.nl

Lucine Dariko Howanisyan: LucineDarikoHowanisyan@coa.nl

Yvonne van der Post: YvonnevanderPost@coa.nl

Locatie Alphen aan den Rijn

Assistente huisarts Alphen aan den Rijn: telefoon 088 0711189

Coördinerend huisarts, Reinold Siccema: Mobiel 06-14178336

Faisa van Driel, verpleegkundige vluchtelingen: Tel 088-0711191

2. Zorgpad/werkwijze

De hieronder beschreven werkwijze is ingedeeld in verschillende kopjes. De actiepunten die beschreven worden zijn met name gericht op de handelingen van de verloskundige zorgverlener (verloskundige – gynaecoloog). Onder het kopje ‘intake’ worden een aantal specifieke actiepunten vermeld voor de betrokken kraamzorginstantie.

Aanmelding verloskundige zorg

Alle zwangere asielzoeksters gaan naar de eerstelijns verloskundige tenzij er een medische acute noodsituatie is waardoor de huisarts direct naar de gynaecoloog moet doorverwijzen. Zwangeren worden ingestuurd via GCA en COA:

- COA Opvangmedewerkers informeren zwangere asielzoeksters over het belang om bij zwangerschap z.s.m. contact te leggen met de verloskundige
- Wanneer een zwangere asielzoekster zich meldt bij het GC A verwijst deze door naar COA voor het maken van de afspraak met de verloskundige.
- Het COA verstrekt informatie over de organisatie van de verloskundige zorg. Het COA heeft een actuele lijst van verloskundig zorgverleners waar de zwangere asielzoekster naar toe kan worden doorverwezen.

Intake

A. Door verloskundige zorgverlener (verloskundige – gynaecoloog)

- Stuur een start zorgbericht naar GCA *
- Verstrek een zwangerschapsverklaring (bijlage 1) aan de zwangere asielzoekster met de uitgerekende bevallingsdatum. De verklaring bevat tevens toestemming van de asielzoekster om medische informatie én het COA Zorgnummer uit te wisselen tussen het GC A en de verloskundige. Het spoednummer van de verloskundig zorgverlener staat hierop vermeld.
- De zwangerschapsverklaring dient door zwangere asielzoekster aan COA**** te worden verstrekt. Geef instructies hierover.
- Mail een kopie van de verklaring naar de Praktijklijn**: zwangerschapsverklaring@gcasielzoekers.nl. De Praktijklijn registreert de zwangerschapsverklaring incl. spoednummer van verloskundige zorgverlener en atermoedatum in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) en maakt een indicatie voor vervoer
- Leg de contactgegevens van het COA waar de asielzoekster verblijft vast in een memo.
- Controleer serostatus varicella + overdracht uitslag GCA (kopie labuitslag)
Bij een negatieve anamnese voor waterpokken serostatus bepalen.
Een positieve anamnese voor waterpokken is bijna 100% betrouwbaar bij mensen afkomstig uit een gematigd klimaat (bijvoorbeeld Nederland, Turkije, Marokko, en Syrië). Indien er twijfel bestaat over het doorgemaakt hebben van waterpokken altijd serostatus bepalen. Bij mensen uit de (sub)tropen is de anamnese waarschijnlijk minder betrouwbaar, omdat zij minder bekend zijn met het ziektebeeld. Bij zwangere asielzoekers afkomstig vanuit een (sub)tropisch klimaat (bijvoorbeeld Somalië, Ethiopië en Eritrea) wordt daarom geadviseerd altijd antistoffen tegen waterpokken te bepalen.
NB. Overdracht serostatus: bij een negatieve uitslag (geen infectie doorgemaakt en dus onbeschermd tegen de ziekte), dient dit per direct doorgegeven te worden aan het GC A met een zogenaamde “warme overdracht”.
- Controleer serostatus rubella + overdracht uitslag GCA (kopie labuitslag)
Vrouwen die in een niet-westers land geboren zijn en pas kort in Nederland zijn, worden als niet gevaccineerd beschouwd, serostatus dient bepaald te worden. Dit is in lijn met de

nog niet gepubliceerde recent ontwikkelde richtlijn over rubellascreening bij zwangeren (o.l.v. het RIVM, in afstemming met o.a. de KNOV).

NB. Overdracht serostatus: bij een negatieve uitslag (geen infectie doorgemaakt en dus onbeschermd tegen de ziekte), dient dit per direct doorgegeven te worden aan het GC A met een zogenaamde “warme overdracht”.

- Benoem een casemanager (zie bijlage 2)
- Gebruik een tolktelefoon*** en legt dit vast in een memo
Maak in ieder geval bij de eerste controle gebruik van de tolktelefoon, nadien laagdrempelig. Streef naar gebruik van de tolktelefoon bij elke controle – zoveel als nodig. Leg het gebruik vast in het dossier.
NB. RMU healthcare faciliteert het gebruik van tolken. Alle zorgaanbieders kunnen gebruik maken van de tolkdiensten van LiveWords. Daaraan zijn geen kosten verbonden. De zorgaanbieder bereikt de tolk via telefoonnummer: 020 - 820 28 92. Vermeld zorgnummer van de asielzoeker, **alleen dan** gaan de kosten van de tolk rechtstreeks naar COA.
- Neem rond de 34e week een MRSA test af (zie bijlage 7)
- Wees alert op specifieke risico's in de geboortezorg aan asielzoekers, zie onder kopje Risico's en verhoogde kwetsbaarheid

B. Door kraamzorg

- Plan een intake bij de zwangere asielzoekster rond de 32e week. Maak zo nodig gebruik van de tolktelefoon***. Controleer of benodigde materialen voor kraamperiode aanwezig zijn, maak hier afspraken over.
- Door de COA wordt een kraamkamer voor de bevallen asielzoekster (en directe familie) geregeld, controleer of dit geregeld is.
- Maak afspraken met GCA/COA betreffende:
 - Veiligheid van de kraamverzorgende (portofoon)
 - Melden van kraamverzorgende bij asielzoekerscentra
 - Gebruik maken van tolktelefoon door de kraamverzorgende
 - Maatregelen bij evt. aanwezige besmettelijke ziekte

Kraamzorg

- Zoek door RMA gecontracteerde kraamcentra (bijlage 6) in het werkgebied op. Uitgezonderd voor een Proces Opvang Locatie (tenzij de zwangere a terme is).
- Het COA verstrekt aan de zwangere asielzoekster na ontvangst van de zwangerschapsverklaring schriftelijke informatie over te regelen kraamzorg en in te kopen baby-artikelen. Controleer of deze informatie verstrekt is en of dit geregeld is.
- Het COA verstrekt een financiële vergoeding aan de zwangere asielzoekster voor de aanschaf van baby-artikelen. Controleer of dit verstrekt is.

Vervoer

- Bepaal bij nood aan vervoer of de asielzoekster middels een ambulance of middels zittend ziekenvervoer moet worden vervoerd naar het ziekenhuis.
- Indien Zorgtaxi: Bel de GCA Praktijklijn. De praktijklijn geeft een inschatting van de aanrijtijd van de taxi door. Afhankelijk van deze informatie nader bepalen of taxi, of alsnog ambulance moet worden ingezet.
- Bij het inschakelen van een ambulance de receptie van de COA locatie hierover informeren.
- RMA faciliteert het zorgtaxivervoer, voor indicatiecriteria zie bijlage 4.

Doorverwijzing (enkel van toepassing voor eerstelijns verloskundigen)

- Informeer het GC A op locatie middels (zorg)mail over de doorverwijzing naar de gynaecoloog en legt dit vast in dossier, inclusief contactgegevens van de gynaecoloog
- GC A op locatie registreert gegevens in het HIS.
- Regel de afspraak met de gynaecoloog.
- De gynaecoloog is na een overdracht te allen tijde medisch eindverantwoordelijk. Bij vragen/problemen rondom de zwangerschap van de asielzoekster wordt contact opgenomen met de gynaecoloog. De (hulp)vraag van de zwangere asielzoekster zal behandeld worden conform invulling van het casemanagerschap. (zie bijlage 2).
- Binnen het VSV wordt vormgegeven aan het (gedeeld) casemanagerschap waarbij gebruik wordt gemaakt van de handleiding casemanagerschap asielzoekster (zie bijlage 2).

Verhuizing en overplaatsing

- COA informeert de verloskundig zorgverlener over de op handen zijnde verhuizing van de zwangere asielzoekster.
- Draag zorg voor een koude en warme overdracht van de zwangere asielzoekster, indien de nieuwe verloskundige zorgverlener bekend is.
- Informeer zo nodig de kraamzorg over de op handen zijnde verhuizing van de zwangere asielzoekster.

Tolktelefoon

Alle zorgaanbieders kunnen gebruik maken van de tolkdiensten van LiveWords. Daaraan zijn geen kosten verbonden. De zorgaanbieder bereikt de tolk via telefoonnummer: 020 - 820 28 92. Vermeldt altijd het zorgnummer van de asielzoeker in het gesprek met de tolkdienst, **alleen dan** gaan de kosten van de tolk rechtstreeks naar COA.

Postpartum

- Meld binnen 12 uur de geboorte bij GCA
- Stuur binnen 24 uur na vertrek uit het ziekenhuis het partusverslag middels (zorg)mail naar het GCA op de locatie van asielzoekster.
- Informeer, voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis het COA over de op handen zijnde thuiskomst van moeder en/of kind.
- Organiseer veilig vervoer van moeder en kind bij ontslag uit het ziekenhuis naar het AZC, bel zo nodig de Praktijklijn voor zorgtaxi.
- Besteed extra aandacht aan aangifte, maak zo nodig afspraak voor de partner, informeer naar identiteitspapieren van de persoon die aangifte doet.
- Informeer de kraamzorg en de eerste lijn bij geboorte en ontslag.
- Streef, bij afsluiting van het kraambed, naar een warme overdracht tussen verloskundige/kraamverzorgende en GGD/JGZ

Risico's en verhoogde kwetsbaarheid

Specifieke risico's in de geboortezorg aan asielzoekers

- Onbekendheid met het systeem van geboortezorg in Nederland
- Discontinuïteit van zorg door overplaatsingen/verhuizingen
- Discontinuïteit van de coördinatie bij verwijzing in de keten
- Gebrek aan tijdige beschikbaarheid van (niet acuut) vervoer rond de bevalling

Bovengenoemde complicaties proberen we met de beschreven werkwijze en duidelijk regionale afspraken te ondervangen.

Kwetsbare gebieden

- **Communicatie**
Onder asielzoekers zijn veel laaggeletterden en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. (RIVM, 2010).
Wees alert op signalen van laaggeletterdheid en leg vast in het dossier indien er sprake is van laaggeletterdheid. Zie bijlage 3 voor meer info. Indien er sprake is van laaggeletterdheid zie Zorgpad Laaggeletterdheid.
- **Psychische gezondheid**
Onder invloed van hun ervaringen in het land van herkomst en hun ervaringen in Nederland lopen asielzoekers een hoger risico op psychische klachten, PTSS en depressie dan gemiddeld in Nederland (ca 13-25% ontwikkelt PTSS en/of depressie). De mate waarin zich dat gaat voordoen is mede afhankelijk van de preventieve inspanningen, tijdige signalering, sociale steun en mogelijkheden tot participatie, het krijgen van goede zorg, de lengte van de procedure en de aard van de verblijfsvergunning. (Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, 2016).
Besteedt extra aandacht aan psychische conditie van de zwangere.
- **Gezondheid - veiligheid kinderen**
Een recent rapport (Van Schie en van den Muijsenbergh, 2017) aangaande psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren geeft het volgende aan: *“Psychische problemen bij ouders (vooral bij de moeders) vormen een risicofactor voor het ontstaan van psychosociale problemen bij de kinderen. Het ontbreken van emotionele nabijheid, beschikbaarheid en bescherming heeft een negatieve invloed op de ouder-kind-interactie en hechting. Gezinsconflicten en huiselijk geweld komen veel voor in gevluchte families”*.
In een GGD-rapport (GGD Nederland, 2012) over kindermishandeling bij asielzoekerskinderen in de periode van de asielopvang wordt aangegeven dat verwaarlozing en emotionele mishandeling bij asielzoekerskinderen minder vaak, en fysieke mishandeling juist vaker voorkomen dan bij andere mishandelde kinderen in Nederland. Traumatische ervaringen, langdurige onzekerheid over de verblijfsprocedure, sociale marginalisatie, separatie en herenigingsprocessen vormen voor ouders een bron van chronische stress, wat zich soms uit in mishandeling. Ook verlies van vaderlijke autoriteit, bijvoorbeeld door verlies van inkomen of verandering van genderrollen, kan bijdragen aan het ontstaan van geweld als poging om de patriarchale verhoudingen te herstellen.
Wees alert op signalen van kindermishandeling.
- **Seksualiteit**
Asielzoekers lopen meer seksuele risico's en zijn extra kwetsbaar voor seksueel geweld, seksuele uitbuiting, ongewenste zwangerschap, soa/hiv en vrouwelijke genitale verminking (VGV) dan andere groepen. (Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, 2016).
Besteed extra aandacht aan uitvragen negatieve seksuele ervaringen. Indien er sprake is van een negatieve seksuele ervaring zie Zorgpad NSE en seksueel geweld.
Bij onbedoelde/ongewenste zwangerschap kan contact worden gezocht met Siriz en/of Fiom voor keuzebegeleiding, psychosociale begeleiding in de zwangerschap, en/of consultatie voor de hulpverlener.
Bij een positieve anamnese voor VGV zie verder Zorgpad Vrouwelijke genitale verminking.

Vanwege de veelvoorkomende problematiek onder de asielzoekers is het wenselijk bij intakes en vervolgcontroles op deze thema's te registreren en structureel te monitoren om een betrouwbaarder inschatting te kunnen maken van de benodigde zorg en opvang. De verloskundig zorgverlener dient de zorgverlening af te stemmen op gesignaleerde probleemgebieden. Overweeg bij aanwezigheid van (meerdere) kwetsbare gebieden overleg in het MDO Kwetsbare zwangeren. Zie Basiszorgpad Kwetsbare zwangere.

Bronnen en referenties

Referenties

GGD Nederland (2012). Kindermishandeling bij asielzoekers in Nederland. Epidemiologisch onderzoek op basis van de gegevens van de medische opvang asielzoekers 2000-2008.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2018). Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoekster. Gevonden op:

https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2625/file/Ketenrichtlijn_geboortezorg_asielzoeksters_januari_2018.pdf

Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (2010). Varicella.

Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen (2016). Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010). Gezondheid en determinanten

Van Schie en van den Muijsenbergh (2017). Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en –jongeren.

Documenttype

Werkinstructie

Verantwoording

Beherende afdeling: afdeling Verloskunde
Eigenaar: M. Zonneveld, teamleider verloskunde
Auteur: G. Biemond, Klinisch verloskundige
Beoordelaar: dr. M. de Vries, gynaecoloog

Bijlage 1: Zwangerschapsverklaring voor GCA en COA

Naam verloskundigenpraktijk:

Adres:

Telefoon praktijk:

Telefoon bij spoed: Ter attentie van: Gezondheidscentrum asielzoekers (GCA)

Zwangerschapsverklaring

Datum:

Naam Cliënte: Ref. nr.

Geboortedatum:

De verloskundige verklaart hierbij dat bovengenoemde cliënte zwanger is.

De uitgerekende datum van cliënte is vastgesteld op:

Naam behandelend verloskundige:

Handtekening:

Toestemmingsverklaring

Hierbij verklaart ondergetekende, mevrouw akkoord te gaan met het versturen van deze zwangerschapsverklaring naar het Gezondheid Centrum Asielzoekers (GCA).

Tevens geeft ondergetekende de verloskundige toestemming om over haar gezondheidssituatie te overleggen met het GCA.

Voorts machtigt ondergetekende de verloskundige om het medisch dossier, of relevante delen hiervan, beschikbaar te stellen aan haar behandelende huisarts van het GCA.

Naam:

Handtekening:

Bijlage 2: Casemanagement

De coördinerend verloskundig zorgverlener van de asielzoekster in de 1e en/of 2e lijn in de verloskundige zorg:

- is op vaste contactmomenten (zie onderstaand) het aanspreekpunt voor de asielzoekster;
- is buiten noodsituaties het aanspreekpunt voor andere zorgverleners en instanties die betrokken zijn bij het zorgtraject van de asielzoekster (en indien mogelijk ook in acute situaties);
- is zo nodig een vertrouwenspersoon voor de asielzoekster;
- draagt zorg voor de continuïteit van zorg, in het bijzonder voor de overdrachtsmomenten naar de huisarts, JGZ, tweedelijns en bij een verhuizing van de asielzoekster;
- is degene die melding doet van de zwangerschap aan de huisarts via een zwangerschapsverklaring. Op de zwangerschapsverklaring wordt weergegeven wie de coördinerend zorgverlener is;
- houdt overzicht over onderzoek en behandeling van andere zorgverleners, daar waar dit relevant is voor het verloop van de zwangerschap, baring en kraambed;
- informeert andere betrokken zorgverleners over relevante zaken in het verloop van zwangerschap, baring en kraambed (met uitzondering van acute situaties);
- zorgt voor duidelijke afspraken tussen ziekenhuis en verloskundige over de vraag of er voorafgaand aan de opname voor bevalling een MRSA test moet worden afgenomen en zo ja, wie dit uitvoert en in welke week. Advies: De verloskundig zorgverlener neemt rond de 34ste week een MRSA test af conform regionale afspraken.
- regelt dat de zwangere zo nodig in VSV-verband wordt besproken;
- is verantwoordelijk voor (het uitvoeren van) het huisbezoek;
- evalueert de zorg met de asielzoekster bij afsluiten van de zorg;
- zorgt voor de overdracht aan de huisarts/GZA en JGZ na afsluiting van het kraambed.

Vaste contactmomenten

Er is een aantal vaste momenten waarop de zwangere contact heeft met de coördinerend zorgverlener. Deze betreffen tenminste:

- De intake: de coördinerend zorgverlener neemt de medische, psychische en sociale anamnese af.
- Het tweede of derde consult: tijdens dit consult bespreekt de coördinerend zorgverlener het opgestelde zorgpad met de zwangere.
- Het consult voor het bespreken van het bevalplan (rond de 30 weken).
- Het consult ter voorbereiding op de bevalling (rond de 36 weken).
- De kraamperiode: de coördinerend zorgverlener en de verloskundige die de bevalling heeft begeleid, zullen de kraamvrouw en de pasgeborene tenminste eenmaal tijdens de kraamperiode bezoeken.

- De nacontrole zes weken na de bevalling. Bij een eerstelijnsbevalling is de voorkeur van de cliënt leidend van wie zij de nacontrole krijgt: de coördinerend zorgverlener of degene die de bevalling heeft begeleid.
- De coördinerend zorgverlener evalueert het zorgtraject samen met de asielzoekster als deze tussentijds is overgedragen naar de tweede lijn. Als de nacontrole in de tweede lijn plaatsvindt, sluit de coördinerend zorgverlener het kraambed af met een evaluatie van het zorgtraject.

Interne communicatie

Er wordt in de verloskundig praktijk een overzicht bijgehouden wie voor welke zwangere de coördinerend zorgverlener is en wie de vaste plaatsvervanger is. Dit overzicht kan inmiddels in de meeste automatiseringssystemen gemaakt worden.

Het is daarnaast van belang na te denken in de verloskundige praktijk hoe de terugkoppeling plaatsvindt van acties die de coördinerend zorgverlener moet ondernemen. Gedacht kan worden aan een methode (bijvoorbeeld planbord, schriftje dan wel elektronische agenda) om de coördinerend zorgverlener te wijzen op de acties die zij moet ondernemen en bijzonderheden te melden. Ook kan de coördinerend zorgverlener eventuele bijzonderheden bespreken in het (cliënten)overleg in de praktijk.

Contact met GZA

De coördinerend zorgverlener informeert GZA over de zwangerschap, door middel van de (voorlopige) zwangerschapsverklaring die per (beveiligde) email wordt verstuurd naar de Praktijklijn.

Bijzonderheden rondom de zwangerschap worden wederzijds tussen GZA en de coördinerend zorgverlener uitgewisseld. Dit kan door middel van telefonisch contact, dan/wel door middel van (zorg)mail. Indien dit spoedsituaties betreft, wordt hiervoor het spoedtelefoonnummer gebruikt dat te vinden is op de zwangerschapsverklaring. GZA mag er dan vanuit gaan dat de vervangende zorgverlener de informatie doorgeeft aan de coördinerend zorgverlener.

Indien na een verhuizing/overplaatsing van de asielzoekster de rol van coördinerend zorgverlener wordt overgedragen, geeft de verloskundige zorgverlener aan het COA en via zorgmail aan GZA door wie de nieuwe coördinerend zorgverlener is, inclusief de bijbehorende contactgegevens.

Overdracht naar tweede lijn

Wanneer een zwangere in haar zwangerschap wordt overgedragen aan de tweede of derde lijn, wordt de coördinerende rol eveneens overgedragen aan de nieuwe zorgverlener. Bespreek binnen het VSV hoe de coördinerende rol binnen de eerste lijn en de tweede lijn wordt vormgegeven. En bespreek op welke wijze de terugkoppeling van informatie van de tweedelij, na overdracht, naar de coördinerend zorgverlener in de eerste lijn plaatsvindt en leg dit schriftelijk vast. Stel GZA waar de zwangere verblijft op de hoogte van deze afspraken door middel van zorgmail / fax naar GZA op locatie van de asielzoekster.

Wie doet de overdracht naar de tweede lijn?

- In acute situaties wordt de overdracht gedaan door de dienstdoende verloskundige (dit kan dus ook de coördinerend zorgverlener zijn).
- Bij voorziene situaties doet de coördinerend zorgverlener de overdracht. De coördinerend zorgverlener zorgt voor een goede overdracht met een complete verwijsbrief. De naam van de coördinerend zorgverlener wordt ook vermeld op de overdrachtsbrief zodat dit ook voor de zorgverleners in de tweede lijn duidelijk is.

Gedeelde coördinerende rol

Op termijn kan er sprake zijn van een gedeelde coördinerende rol met de tweede/derde lijn. Afhankelijk van bestaande regionale samenwerkingsrelaties verkent u of hier mogelijkheden voor zijn. Bespreek deze mogelijkheid binnen het VSV en maak hier duidelijke schriftelijke afspraken over. Deze afspraken worden bij iedere zwangere waarbij van gedeelde coördinerende rol sprake is per zorgmail/fax/scanner doorgegeven aan GZA van de betrokken asielzoekster en de COA. Hierin staat duidelijk beschreven wie de coördinerend zorgverleners zijn en welke van de coördinerend zorgverleners GZA voor welke situatie moet benaderen.

In geval van gedeelde coördinerende rol blijft de regie en uitvoering op het gebied van psychosociale zorg in handen van de eerstelijns coördinerend zorgverlener/casemanager. De eerstelijns coördinerend zorgverlener zorgt er uiteraard voor dat alle informatie die nodig is voor goede en adequate zorg naar de tweede- of derde lijn wordt overgedragen. Indien er bijvoorbeeld extra ondersteuning is van maatschappelijk werk geeft de coördinerend zorgverlener dit door aan de tweedelijns zorgverlener. De eerstelijns verloskundige coördineert de zorg. De eerste lijn verleent immers, in geval van een verwijzing na 36 weken of tijdens de baring, de zorg weer in het kraambed. Bestaande samenwerkingsrelaties blijven hierdoor in stand.

Het is ook denkbaar dat de cliënte nadrukkelijk verzoekt om een gedeelde coördinerende rol. Dit zal echter niet altijd mogelijk zijn, vooral niet als de medische zorg geheel aan de tweedelijns wordt overgedragen en er geen directe terugkeer naar de eerstelijns is voorzien. In dat geval zal de cliënte en uw GZA/praktijklijn goed geïnformeerd moeten worden over de overdracht van de gedeelde coördinerende rol.

Een gedeelde coördinerende rol kan bijvoorbeeld in geval van een verwijzing/overdracht na 36 weken of tijdens de baring. Te denken valt bijvoorbeeld aan zwangeren:

- met een sectio caesarea in de anamnese, die worden verwezen rond 36 weken;
- zwangeren met (naderende) serotiniteit;
- zwangeren met een hypertensie a terme;
- enz.

Bijlage 3: Laaggeletterdheid

Zie ook Zorgpad Laaggeletterdheid

Wat is laaggeletterdheid

Ongeveer 1,5 miljoen volwassenen in Nederland hebben moeite hebben met lezen, schrijven of rekenen. Deze mensen kunnen worden aangeduid als laaggeletterd . Het gaat om ongeveer 13 procent van de volwassen bevolking. Laaggeletterdheid komt voor onder alle lagen van de bevolking, zo ook bij (zwangere) asielzoekers. Dit betekent dat zij niet alleen moeite hebben met lezen en schrijven in hun eigen taal, maar ook dat zij moeite kunnen hebben met het begrijpen van mondelinge communicatie en/of ondersteunend voorlichtingsmateriaal.

Laaggeletterdheid & asielzoekers

Bij asielzoekers komt laaggeletterdheid relatief vaker voor. Een deel van de asielzoekers is niet of nauwelijks naar school geweest. Anderen kunnen misschien wel goed lezen en schrijven, maar kunnen dat niet in een westers handschrift, bijvoorbeeld omdat ze alleen het Arabisch schrift kennen.

Daarnaast spelen bij asielzoekers nog meer barrières die ervoor zorgen dat het voor hen moeilijker is om gezondheidsinformatie te begrijpen en te kunnen toepassen. Dit komt bijvoorbeeld door cultuurverschillen, een verschil van visie op de oorzaken van ziekte, minder kennis van de Nederlandse gezondheidszorg, minder kennis van het menselijk lichaam, het hebben van andere gewoonten en gebruiken, het hebben van een grote onzekerheid over de toekomst en gemiddeld vaker psychische klachten.

Het is van belang zwangere asielzoeksters op een voor hen begrijpelijke manier in te lichten over hun gezondheidstoestand. Hieronder staan daarom tips & tricks beschreven die u kunnen helpen bij het herkennen van laaggeletterdheid en adviezen hoe ermee om te gaan.

Hoe herken ik laaggeletterdheid?

Voor de wijze van communiceren met asielzoeksters is het van belang te herkennen of iemand laaggeletterd is. Omdat velen zich schamen voor hun laaggeletterdheid en goed zijn in het verbergen van hun handicap, is dit soms ingewikkeld. De volgende signalen kunnen je helpen om iemand die laaggeletterd is te herkennen, en daar je voorlichting op af te stemmen:

- Asielzoekster vermijdt het invullen van papieren;
- Asielzoekster komt vaak niet op afspraken, schrijft afspraken niet op, komt op verkeerde dag of tijdstip;
- Asielzoekster zegt dat ze nooit leest;
- Asielzoekster zegt dat ze de bril is vergeten;
- Asielzoekster draait een brief die je ondersteboven aanbiedt niet automatisch om;
- Asielzoekster kijkt op het papier maar haar ogen volgen niet echt de regels;
- Asielzoekster vraagt of u het formulier voor haar wilt invullen;
- Asielzoekster zegt dat zij de folders en het formulier thuis zal invullen en lezen.
- Asielzoekster wordt zenuwachtig als zij iets moet ondertekenen;
- Asielzoekster schrijft op een houterige manier, het lijkt meer op 'tekenen' dan op 'schrijven'.
- Asielzoekster kan adres niet opschrijven wanneer je hem/haar hierom vraagt.

Omgaan met laaggeletterden

Mondelinge communicatie

Laaggeletterde asielzoeksters hebben veelal ook moeite met het begrijpen van mondelinge communicatie. Aangezien mondelinge communicatie het belangrijkste communicatiemiddel is om aan laaggeletterden een boodschap over te brengen, is het dan ook van belang dat de mondelinge communicatie zo effectief mogelijk wordt overgebracht.

- Spreek in korte zinnen en gebruik eenvoudige woorden.
- Vermijd moeilijke woorden, uitdrukkingen of gezegdes.
- Houdt de informatie zo beperkt mogelijk.
- Neem de brochures of ander schriftelijk materiaal ook mondeling met de zwangere asielzoekster door.
- Laat de zwangere asielzoekster de boodschap herhalen om vast te stellen of deze de boodschap heeft begrepen.
- Vermijd vakjargon of omschrijf wat het betekent.
- Betrek zo min mogelijk bijkomstige zaken in het gesprek. Opmerkingen als 'Ik zal het raam even dichtdoen' kunnen verwarrend zijn.
- Wees consequent in je woordkeuze (kies voor de term dokter of arts, en niet allebei).
- Herhaal de belangrijkste informatie, maar probeer dit wel in dezelfde bewoordingen te doen, anders kan de ander denken dat je iets nieuws probeert te vertellen.
- Maak notities van woorden die de zwangere asielzoekster gebruikt en gebruik deze ook zelf.
- Vraag een landgenoot om de zwangere asielzoekster te helpen met bijvoorbeeld het lezen van het voorlichtingsmateriaal of het invullen van formulieren.

Visuele communicatie

- Gebruik waar mogelijk plaatjes, tekeningen of voorwerpen om je verhaal te ondersteunen.

NB. Indien er sprake is van laaggeletterdheid zie verder Zorgpad Laaggeletterdheid.

Bijlage 4: Vervoer voor asielzoekers onder behandeling bij verloskundige

Vervoer voor asielzoekers onder behandeling bij verloskundig zorgverlener

Asielzoekers kunnen onder strikte voorwaarden gebruikmaken van zittend ziekenvervoer. Voor zwangere asielzoeksters geldt dat ze vanaf week 36 standaard gebruik kunnen maken van taxivervoer van en naar zorgbestemmingen. De verloskundig zorgverlener moet hiervoor de zwangerschapsverklaring naar de Praktijklijn sturen (praktijklijn@gzasielzoekers.nl) met daarin de (voorlopige) á terme datum. Op basis daarvan zorgt de Praktijklijn ervoor dat vervoer is geïndiceerd vanaf de 36e week.

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). Indicaties voor zittend ziekenvervoer betreffen in elk geval:

- dreigende abortus/abortus in gang
- opname voor een bevalling in ziekenhuis/kraaminstelling
- ontslag na een bevalling in ziekenhuis/kraaminstelling
- vervoer in de eerste twee weken na bevalling.

Bij dit soort indicaties is het van belang dat de verloskundige zelf belt naar de Praktijklijn voor het bestellen van een rit. Zij is als zorgverlener bevoegd om een indicatie voor zittend ziekenvervoer te stellen. Dit kan via de Praktijklijn: 088-1122112.

Werkwijze bij spoedvervoer

De verloskundig zorgverlener bepaalt of de asielzoekster middels een ambulance of middels zittend ziekenvervoer moet worden vervoerd naar het ziekenhuis.

NB. Een taxibedrijf kent geen 'spoed' classificaties. Er dient altijd rekening gehouden te worden met een aanrijdtijd van 1 uur plus de rit naar het ziekenhuis. Indien de verloskundig zorgverlener oordeelt dat de zwangere eerder in het ziekenhuis aanwezig moet zijn, dan dient een ambulance te worden ingezet.

Indien zorgtaxi: De verloskundig zorgverlener belt de Praktijklijn. De Praktijklijn koppelt indien mogelijk telefonisch terug aan zwangere asielzoekster en daarnaast aan de receptie van de COA-locatie hoe het vervoer naar de verloskundig zorgverlener wordt geregeld.

Indien ambulance: De verloskundig zorgverlener belt een ambulance. Bij het inschakelen van een ambulance door de verloskundige zorgverlener informeert de verloskundig zorgverlener de receptie van de COA locatie.

Werkwijze bij gepland vervoer

Een zwangere heeft vanaf week 36 recht op zittend ziekenvervoer van en naar alle zorgbestemmingen, dus ook naar de verloskundige. Indien de verloskundige van mening is dat de asielzoekster om medische redenen voor de 36e week niet in staat is zelfstandig te reizen naar de praktijk voor de reguliere controles, dan kan zij via de Praktijklijn regelen dat er een indicatie voor vervoer in het systeem wordt gezet voor de zwangere. Indien er geen medische noodzaak is kan er in overleg met de COA locatiemanager bekeken worden of er via COA vervoer geregeld kan worden. Dit kan bij sociale indicaties: bv alleenstaande moeders met kinderen of slecht openbaar vervoer.

Bijlage 5: RMA-gecontracteerde kraamcentra

RMA Healthcare heeft verloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties rondom asielzoekerscentra gecontracteerd.

Gecontracteerde centra zijn te vinden in de RMA gids:

<https://www.rmasielzoekers.nl/home/zorgaanbieder-zoeken#/>

Contactgegevens RMA Healthcare:

Adres:	Herculesplein 201a 3584 AA Utrecht
Emailadres:	info@rmasielzoekers.nl
Telefoonnummer:	088 112 2 146
Website:	www.rmasielzoekers.nl

Bijlage 6: Afspraken ketenpartners over waterpokken en rode hond bij asielzoekers

Onderstaande ketenafspraken zijn tot stand gekomen in samenwerking met COA, GZA, GGD GHOR Nederland, KNOV, NVOG en LCI, en zijn bedoeld om maatregelen te waarborgen die nodig zijn ter preventie van complicaties van waterpokken en rode hond bij personen die verblijven in een asielzoekersopvang. Net zoals bij de totstandkoming van deze afspraken is in de uitvoering ervan samenwerking tussen alle betrokken partijen onontbeerlijk.

I. ACHTERGROND

WATERPOKKEN (VARICELLA)

Vanaf juni 2015 zijn verschillende opvanglocaties voor asielzoekers meer dan daarvoor geconfronteerd met waterpokkenuitbraken. Waterpokken is een over het algemeen mild verlopende infectieziekte, die gekenmerkt wordt door blaasjes over het hele lichaam. De meeste mensen in Nederland maken waterpokken door als kind en zijn daarna beschermd tegen de ziekte. In landen met een (sub)tropisch klimaat zoals Somalië, Ethiopië en Eritrea komt waterpokken veel minder vaak voor, en personen afkomstig uit deze gebieden zijn vaak niet beschermd tegen waterpokken. De kans is groot dat zij waterpokken in Nederland oplopen, omdat het virus hier veel circuleert. Vrouwen die nog geen waterpokken hebben gehad en voor het eerst waterpokken krijgen tijdens de zwangerschap, en personen met een ernstige afweerstoornis hebben een verhoogd risico om ernstig ziek te worden van waterpokken.

Zwangeren

Zwangere vrouwen met waterpokken hebben meer kans op ernstige complicaties; 5-10% procent krijgt een longontsteking. De sterftkans kan hierbij oplopen tot 14%. Hoe verder de zwangerschap is gevorderd, hoe groter het risico. Daarnaast kan waterpokken tijdens de zwangerschap leiden tot aangeboren afwijkingen bij het kind, zoals oogafwijkingen, huidafwijkingen, niet goed ontwikkelde ledematen en afwijkingen van het centraal zenuwstelsel. De kans op dit syndroom is het grootst (2%) als de infectie optreedt tussen de 13e en 20e zwangerschapsweek. Tot slot kan waterpokken bij de moeder van 5 dagen voor tot 2 dagen na de bevalling leiden tot een ernstige waterpokken infectie bij het pasgeboren kind.

Ernstig gestoorde afweer

Personen met een ernstig gestoorde afweer lopen ook een verhoogd risico op een ernstige longontsteking als zij waterpokken krijgen. Het gaat hierbij om orgaantransplantatiepatiënten, patiënten met leukemie of een andere vorm van kanker, personen met een verminderde afweer door chemokuur of door gebruik van medicijnen die de afweer onderdrukken zoals corticosteroiden.

Maatregelen

Het waterpokkenvirus is erg besmettelijk en in een asielzoekersopvang waar relatief veel vatbare personen dicht op elkaar leven, kan het virus snel verspreiden. Deze ketenafspraken borgen een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden om onbeschermd zwangeren en personen met een ernstige afweerstoornis snel te herkennen. Dit is nodig om tijdig maatregelen te kunnen treffen om blootstelling aan waterpokken te voorkomen en op tijd antistoffen te kunnen toedienen (binnen 96 uur) als blootstelling al heeft plaatsgevonden. Als aan onbeschermd zwangeren en personen met een ernstige afweerstoornis na blootstelling met waterpokken binnen 96 uur antistoffen wordt toegediend, kunnen ernstige complicaties worden voorkomen.

RODEHOND (RUBELLA)

Zwangeren

Rodehond is een over het algemeen mild verlopende infectieziekte. Het gaat gepaard met koorts en huiduitslag, maar verloopt ook vaak zonder klachten (vooral bij jonge kinderen). Rodehond gedurende de eerste helft van de zwangerschap kan leiden tot een miskraam of tot ernstige aangeboren afwijkingen. De kans op aangeboren afwijkingen is groter naarmate de infectie vroeger in de zwangerschap optreedt. Bij infectie na de 16e week worden nauwelijks meer afwijkingen gezien. In Nederland hebben alle vrouwen geboren vanaf 1963 rodehond vaccinatie aangeboden gekregen vanuit het Rijks Vaccinatie Programma (RVP). In herkomstlanden van asielzoekers is dit vaak veel later opgestart, of zijn vaccinatie campagnes niet (volledig) uitgevoerd. Het is niet mogelijk om tijdens de zwangerschap alsnog te vaccineren tegen rodehond, omdat het vaccin bestaat uit levend verzwakt virus en er zijn geen mogelijkheden om na blootstelling aan rodehond door medicijnen rodehond bij de zwangere te voorkomen.

Maatregelen

De kans dat er een geval van rodehond optreedt in een asielzoekersopvang is erg klein. Echter, omdat de gevolgen van blootstelling aan rodehond van een onbeschermd zwangere vrouw erg groot kunnen zijn en er geen medicijn is om rodehond te voorkomen na blootstelling, moet blootstelling van onbeschermd zwangere vrouwen aan rodehond te allen tijde worden voorkomen.

Deze ketenafspraken borgen een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden om onbeschermd zwangeren snel te herkennen in het geval er zich een geval van rodehond voordoet. Dit is nodig om tijdig maatregelen te kunnen treffen om blootstelling van onbeschermd zwangere vrouwen aan rodehond te voorkomen.

II. AFSPRAKEN VERLOSKUNDIGE ZORG ASIELZOEKERS

TESTBELEID:

Alle asielzoekers worden geïnformeerd over de gezondheidszorg in Nederland. Zwangere asielzoekers worden gestimuleerd om zich zo snel mogelijk te melden bij verloskundige zorgverlener.

Waterpokken: Conform de NVMM-richtlijn Varicella 2010 wordt bij zwangere vrouwen die bij navraag geen waterpokken hebben doorgemaakt ook antistoffen tegen waterpokken in het bloed gecontroleerd door de verloskundige zorgverlener.

Een positieve anamnese voor waterpokken is bijna 100% betrouwbaar bij mensen afkomstig uit een gematigd klimaat (bijvoorbeeld Nederland, Turkije, Marokko, en Syrië). Indien er twijfel bestaat over het doorgemaakt hebben van waterpokken, dient er altijd bloedonderzoek verricht te worden. Bij mensen uit de (sub)tropen is de anamnese waarschijnlijk minder betrouwbaar, omdat zij minder bekend zijn met het ziektebeeld. Bij zwangere asielzoekers afkomstig vanuit een (sub)tropisch klimaat (bijvoorbeeld Somalië, Ethiopië en Eritrea) wordt daarom geadviseerd altijd antistoffen tegen waterpokken te bepalen.

Rodehond: Vrouwen die in een niet-westers land geboren zijn en pas kort in Nederland zijn, worden als niet gevaccineerd beschouwd. De verloskundige zorgverlener neemt bij de zwangere asielzoeksters naast de gebruikelijke bloedafname voor screening op HIV, syfilis hepatitis B ook bloed af voor onderzoek naar antistoffen tegen rodehond. Dit is in lijn met de nog niet gepubliceerde recent ontwikkelde richtlijn over rubellascreening bij zwangeren (o.l.v. het RIVM, in afstemming met o.a. de KNOV).

OVERDRACHT GZA:

De uitslagen van het bloedonderzoek naar waterpokken en/ of rodehond worden genoteerd in het verloskundig dossier van de zwangere, en worden doorgegeven aan GZA van de locatie waar de zwangere verblijft. Dit gebeurt bij voorkeur met een kopie van de laboratoriumuitslag. Bij een negatieve uitslag (geen infectie doorgemaakt en dus onbeschermd tegen de ziekte), dient dit per direct doorgegeven te worden aan GZA met een zogenaamde “warme overdracht”. GZA noteert zowel negatieve en positieve uitslagen van het bloedonderzoek in het medisch dossier van de bewoner. In het geval dat de zwangere vrouw waterpokken heeft doorgemaakt en er geen bloedonderzoek is verricht, dient dit ook te worden doorgegeven aan GZA.

Nb. Zwangeren die niet beschermd zijn tegen rodehond, kunnen na de bevalling gevaccineerd worden.

III. AFSPRAKEN BIJ EEN UITBRAAK VOOR GZA, COA EN GGD

BESCHERMING WATERPOKKEN EN RODE HOND ZWANGERE ASIELZOEKER

De verloskundige zorgverlener bepaald bij alle zwangere asielzoekers de aan- of afwezigheid van antistoffen tegen rode hond. Tevens wordt in het bloed onderzocht of de vrouw antistoffen heeft tegen waterpokken als bij navraag blijkt dat de vrouw nog geen waterpokken heeft doorgemaakt. De uitslagen van het bloedonderzoek naar waterpokken en/ of rodehond worden genoteerd in het verloskundig dossier van de zwangere, en worden doorgegeven aan GZA van de locatie waar de zwangere verblijft. Dit gebeurt bij voorkeur met een kopie van de laboratoriumuitslag. Bij een negatieve uitslag (geen infectie doorgemaakt en dus onbeschermd tegen de ziekte), dient dit per direct doorgegeven te worden aan GZA met een zogenaamde “warme overdracht”. GZA noteert zowel negatieve en positieve uitslagen van het bloedonderzoek in het medisch dossier van de bewoner. In het geval dat de zwangere vrouw waterpokken heeft doorgemaakt en er geen bloedonderzoek is verricht, dient dit ook te worden doorgegeven aan GZA.

UITBRAAK VAN WATERPOKKEN (VARICELLA):

Doel: complicaties van waterpokken voorkomen bij personen met een ernstige afweerstoornis en niet beschermde zwangeren door (hernieuwde) blootstelling te voorkomen en tijdig (binnen 96 uur) antistoffen tegen waterpokken toe te dienen na blootstelling.

1. Indien er 2 of meer personen met waterpokken verblijven in een opvanglocatie, dan dient dit door het COA of GZA (indien mogelijk in afstemming) gemeld te worden aan de lokale GGD (conform artikel 26 van de Wet publieke gezondheid). Zie ook LCI draaiboek “Wet publieke gezondheid Artikel 26, Meldingen instellingen” en bijlage “opvang asielzoekers”.
2. In overleg met de GGD maakt GZA in samenwerking met het COA een overzicht van alle (bekende) zwangeren en bij hun bekende personen met een ernstig gestoorde afweer op de betreffende opvanglocatie.

3. A. Zwangeren:

GZA kijkt per dossier of de zwangere asielzoekster beschermd is tegen waterpokken, zo nodig kan de GGD daarbij ondersteunen. Er zijn daarbij vier scenario's mogelijk:

I. De zwangere is beschermd tegen waterpokken: geen risico, geen vervolgactie nodig.

II. De zwangere is niet beschermd tegen waterpokken: de GGD maakt een individuele risico-inschatting en adviseert over het al dan niet toedienen van antistoffen door GZA.

III. Het is onbekend of de zwangere beschermd is tegen waterpokken: de GGD maakt een individuele risico-inschatting en adviseert over het al dan niet met spoed laten bepalen van antistoffen tegen waterpokken in het bloed en – afhankelijk van de uitslag- toedienen van antistoffen door GZA.

IV. De zwangere vrouw heeft al waterpokken ontwikkeld: toediening van antistoffen is niet zinvol meer. De zwangere wordt door GZA doorverwezen naar de tweede lijn.

B. Personen met een ernstige afweerstoornis:

GZA inventariseert de mogelijkheid van blootstelling aan waterpokken bij personen met een ernstige afweerstoornis. In samenwerking met de GGD wordt daarna een risico-inschatting gemaakt per persoon en zo nodig antistoffen toegediend door GZA.

4. (Herhaaldelijke) blootstelling aan waterpokken van personen met een ernstige afweerstoornis en onbeschermd zwangere vrouwen dient vermeden te worden. GZA en COA treffen zo nodig maatregelen om dit te waarborgen. Bij een grote uitbraak van waterpokken kunnen GZA en GGD in samenspraak met het COA zoeken naar mogelijkheden voor alternatieve huisvesting voor bewoners met een ernstige afweerstoornis of zwangerschap. Tevens moet COA proberen te voorkomen dat bij een grote uitbraak van waterpokken er nieuwe instroom van zwangeren of immuungecompromitteerden is.

Varicella antistoffen bieden bescherming voor korte duur. Als er 3 weken of langer na toediening van antistoffen onverhoopt opnieuw blootstelling plaatsvindt aan waterpokken van personen met een ernstige afweerstoornis en onbeschermd zwangere vrouwen, wordt aanbevolen nogmaals antistoffen toe te dienen zoals bij 3.a.II of 3.b.

UITBRAAK VAN RODEHOND (RUBELLA)

Doel: het voorkomen van het congenitaal rubella syndroom door onbeschermd zwangere vrouwen zo snel als mogelijk in beeld te brengen en blootstelling aan rodehond te voorkomen.

Rodehond:

1. Indien er één persoon met rodehond verblijft in een opvanglocatie, dan dient dit binnen een werkdag door het COA of GZA (indien mogelijk in afstemming) gemeld te worden aan de lokale GGD (meldingsplichtige ziekte groep B2 in de Wet publieke gezondheid).
2. In overleg met de GGD maakt GZA in samenwerking met het COA een overzicht van alle (bekende) zwangeren op de betreffende opvanglocatie.
3. GZA kijkt per dossier of de zwangere asielzoekster beschermd is tegen rodehond (IgG positief), zo nodig kan de GGD daarbij ondersteunen. Er zijn drie scenario's mogelijk:
 - I. De zwangere is beschermd tegen rodehond (antistoffen rodehond aanwezig): geen risico voor het ongeboren kind. Geen vervolgactie nodig.
 - II. De zwangere is niet beschermd tegen rodehond (geen antistoffen rodehond aanwezig): de GGD maakt een individuele risico-inschatting en adviseert over de noodzaak om bloedonderzoek te verrichten door GZA om een infectie met rodehond uit te sluiten dan wel aan te tonen. Zwangeren met een bevestigde rodehondinfectie moeten altijd doorverwezen worden naar de tweede lijn voor onderzoek en counseling.
 - III. Het is onbekend of de zwangere beschermd is tegen rodehond (niet getest): de GGD adviseert over de noodzaak voor bloedonderzoek om eventuele infectie of bescherming aan te tonen. Zwangeren met een bevestigde rodehondinfectie moeten altijd doorverwezen worden naar de tweede lijn voor onderzoek en counseling.
4. (Herhaalde) blootstelling aan rode hond van onbeschermd zwangere vrouwen moet te allen tijde voorkomen worden. GZA treft zo nodig maatregelen om dit te waarborgen. Zo nodig dient er in samenspraak met het COA gezocht te worden naar alternatieve huisvesting. Waar nodig is afstemming met het COA nodig over een stop van instroom van zwangere asielzoeksters.

NB. Zwangeren die niet beschermd zijn tegen rodehond, kunnen na de bevalling gevaccineerd worden.

Bijlage 7: Q & A MRSA screening zwangere asielzoekers

Achtergrondinformatie

Het is voor een zwangere / barende die opgenomen wordt in een ziekenhuis belangrijk om te weten of zij de MRSA-bacterie bij zich draagt. Als de zwangere / barende MRSA-drager is, kan MRSA bij medische ingrepen zoals beademing of operaties, een infectie tot gevolg hebben. Ter bescherming van andere patiënten worden MRSA-dragers in het ziekenhuis op een speciale manier behandeld. Te denken valt aan het in quarantaine verplegen van patiënten en het nemen van beschermende maatregelen zoals het gebruik van handschoenen en mondkapjes. Dit gebeurt om overdracht van de bacterie op personeel, andere patiënten en bezoekers te voorkomen.

Asielzoekers hebben door hun vluchtgeschiedenis en leefomstandigheden een verhoogd risico op MRSA dragerschap. Het advies is dan ook om bij een klinische opname een MRSA test af te nemen. De MRSA kweek bij zwangeren wordt bij voorkeur preventief, voorafgaand aan een opname in een zorginstelling afgenomen.

De werkgroep infectiepreventie (WIP) van het RIVM geeft het advies om regionaal afspraken te maken t.a.v. de MRSAscreening bij zwangere asielzoekers. De uitwerking en implementatie van een regionaal protocol dient in samenwerking met de ziekenhuishygiënist en GGD tot stand te komen.

Voor de continuïteit van zorg en om de kans op gegevensverlies zo klein mogelijk te maken is het raadzaam om de screening bij de zwangeren - die geheel onder controle zijn van de eerste lijns verloskundigen - door de verloskundigen te laten uitvoeren (afname en afhandeling uitslag). Voor zwangeren die vanaf 32 weken overgedragen zijn aan de tweede lijn is het raadzaam dat de gynaecoloog verantwoordelijk is voor de afname en uitslag van de MRSAkweek.

Q&A

Waar staat MRSA voor en waarom het gevaarlijk?

MRSA (Meticilline Resistente Staphylococcus aureus) is een bacterie die ongevoelig (resistent) is voor de meeste antibiotica. Daardoor is deze moeilijk te bestrijden.

Hoe wordt de MRSA-bacterie overgedragen?

Transmissieroute: (in)direct contact en aerogeen. De overdracht kan dragerschap tot gevolg hebben (geen ziekteverschijnselen) of een infectie veroorzaken.

Wat is de incubatietijd van een MRSA-infectie?

4-10 dagen.

Wat zijn symptomen van een MRSA-infectie?

De symptomen kunnen zijn: krentenbaard, furunkel en karbunkel, wondinfectie, mastitis puerperalis en andere abscessen of invasieve infecties. Bij dragerschap kan een MRSA positieve persoon geheel klachten vrij zijn.

Hoe lang is een MRSA positief persoon besmettelijk?

Zolang huidlaesies aanwezig zijn of dragerschap bestaat.

Waarom bij voorkeur screenen bij 34 weken zwangerschap?

Omdat een zwangere asielzoekers vanaf 34 weken in principe niet meer verhuist naar een andere locatie en dan dus bekend is in welk ziekenhuis de bevalling plaats gaat vinden en welk beleid daar gehanteerd wordt rondom MRSA

Wat als ze voor de kweekuitslag bekend is bevalt?

In het ziekenhuis wordt de asielzoekster gezien als een MRSA-drager. Veelal zullen er beschermende maatregelen genomen worden, dit is afhankelijk van de regionale protocollen.

Hoe neem ik die kweek af?

Het betreft een strijk van de keel (beide tonsillen), neus (beide neusvleugels) en perineum. Zie instructiebijlage.

Hoe lang duurt het voor de uitslag er is?

Ongeveer 5 dagen, lokaal kan dit sneller.

Wat moet ik doen als de uitslag positief is?

Regionale afspraken maken en daarin opnemen dit duidelijk te noteren in het dossier, melden aan het GezondheidsZorg Asielzoekers(GZA) en de tweede lijn zodat er bij opname gerichte maatregelen genomen kunnen worden.

Is er een behandeling mogelijk?

MRSA-positieve personen (MRSA-dragers genoemd) worden behandeld met desinfecterende zeep, shampoo, neuszalf en/ of huidzalf. Alleen MRSA-dragers die een door MRSA veroorzaakte infectie hebben, krijgen antibiotica toegediend die ook de MRSA "doden".

Stel dat de barende met een positieve MRSA test toch onverwacht in het asielzoekerscentrum bevalt, wat moet ik dan doen om besmetting van mijzelf en van mijn andere cliënten te voorkomen?

Maak hierover regionaal afspraken in het VSV in samenwerking met de GGD.

Hoe zit dit met zwangeren die afwisselend door eerste en tweede lijn gecontroleerd worden?

Voor deze groep maakt u lokaal afspraken en zorgt de u voor een goede overdracht van de uitslagen.

Hoe leg ik aan de zwangere uit waarom ik deze strijk wil afnemen?

Met behulp van de tolkentelefoon, deze wordt vergoed voor de zorg voor asielzoeksters.

Hoe kom ik aan de kweeksetjes, hoe moet ik ze bewaren en waar stuur ik ze heen voor de bepaling?

Dit wordt vastgelegd in het regionale protocol, i.o.m. de ziekenhuishygiënist.

Naar wie wordt de uitslag gestuurd?

Naar de aanvrager, deze is verantwoordelijk voor de verdere afhandeling en het vastleggen in het dossier en het overdragen aan de andere zorgverleners in het geboortezorgnetwerk en de ziekenhuishygiënist.

Stel dat mevrouw een positieve MRSAkweek heeft, wat heeft dit voor consequenties voor het ongeboren kind?

Er is geen verhoogde kans op complicaties of gevolgen voor het ongeboren kind.

Stel dat mevrouw een positieve MRSAkweek heeft, wat heeft dit voor consequenties voor de pasgeborene?

Er is geen verhoogd risico voor de gezonde a terme pasgeborene. 3

Mag een MRSA positieve moeder borstvoeding geven?

Ja dit mag en er is geen gevaar voor de pasgeborene.

Welke acties moet ik als verloskundig zorgverlener ondernemen voor de zorg voor de groep zwangere asielzoeksters?

Het bespreken van de uitrol van deze aanvullende screening in het Verloskundig Samenwerkingsverband en de ziekenhuishygiënist.

Wat als mevrouw rond de 34 wkn zwangerschapsduur verhuist?

Er is een warme overdracht tussen verwijzende en ontvangende verloskundige zorgverleners waarin de stand van zaken rond de MRSAkweek expliciet besproken moet worden.

Sommige zwangeren zijn al a terme als zij Nederland binnenkomen, wat te doen?

De kweek bij het eerste contact inzetten en in het dossier noteren. Bij opname - voor de uitslag bekend is - zullen er beschermende maatregelen genomen worden (zie protocol locale ziekenhuishygiënist).

Links

www.mrsa-net.nl

<http://rivm.nl/Onderwerpen/M/MRSA>

http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:319263&type=org&disposition=inline&ns_nc=1

Voorbeeld werkwijze afname MRSA kweek Afnametechniek MRSA-kweken

t.b.v. microbiologisch onderzoek

Neus	Strijk met droge wattenstok* stevig rondom langs de binnenzijde van beide neusvleugels, het zgn. neuspeutergebied. (Let op: één wattenstok gebruiken voor beide neusvleugels).
Keel	Strijk met een droge wattenstok* achter in de keel langs de keelwand, ter hoogte van de tonsillen,. Doe dit bij voorkeur voor de spiegel of laat iemand anders deze kweek afnemen
Perineum	Strijk met droge wattenstok* over de huid van het gebied tussen anus en geslachtsdelen.
Wonden/ huidlaesies/ insteekopeningen	Per wond/laesie/insteekopening één wattenstok* gebruiken. Haal de wattenstok door het huiddefect, bij voorkeur vochtige gedeeltes aanraken.
Urine	Urine aseptisch opvangen in steriel urinepotje; alleen zinvol indien er een blaaskatheter aanwezig is.
Sputum	Sputum opvangen in sputumpotje; alleen mogelijk indien er sputum opgegeven wordt,
Inzenden materiaal	Plak etiket op alle kweekstokjes. Vermeld op kweekstok het materiaal (keel, neus, perineum) Versturen naar lokaal ziekenhuis of RIVM

Bijlage 8: Begrippen binnen opvangproces asielzoekers

- COL Centrale ontvangst locatie.
De COL is de eerste verblijfplaats van vreemdelingen die asiel willen aanvragen. In ongeveer drie dagen vindt identificatie, registratie en een tbc-controle plaats, waarna men door kan stromen naar een proces opvang locatie (POL)
- Pré POL Wachtkamer voor POL. Asiel aanvraag procedure 5-6 maand
- POL Proces opvang locatie (igv 6-7 maand zwanger direct in POL ipv COL)
De POL is de verblijfplaats van vreemdelingen tijdens de rust- en voorbereidingstermijn voorafgaand aan de algemene asielprocedure door de IND, de Immigratie- en Naturalisatiedienst. Ook tijdens de algemene asielprocedure, die plaats vindt in het aangrenzende aanmeldcentrum, verblijven vreemdelingen in de pol.
- VBL Vrijheids beperkende Locatie.
In de vrijheids-beperkende locatie krijgen uitgeprocedeerde asielzoekers gedurende 12-36 weken begeleiding en ondersteuning bij de terugkeer naar land van herkomst
- GLO GezinsLocatie.
Bijzonder asielzoekerscentrum. Hier kun je alleen naartoe als je eigenlijk het asielzoekerscentrum moet verlaten en kinderen hebt. Als je geen kinderen hebt, mag je na afloop van je asielprocedure op straat gezet worden. Maar het Comité van Sociale Rechten en het Haagse Gerechtshof hebben besloten dat kinderen niet op straat gezet mogen worden. Daarom worden deze kinderen met hun ouders naar de GezinsLocaties gebracht.
- AA procedure Asiel aanvraag. In POL +/- 2 weken.
- AZC Asielzoekers Centrum. Verblijf tot 2 jaar