

Eritrese vrouwen in de geboortezorg

Van conceptie tot kraamperiode



Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Aanleiding	8
2 Inleiding	9
2.1 Vrouwen met een migratieachtergrond in de geboortezorg	9
2.2 Zorgbehoeften en competenties in de geboortezorg	10
2.3 Achtergrond van vrouwelijke Eritrese nieuwkomers	10
2.3.1 Huwelijk en moederschap	10
2.3.2 Rol van de vader	11
2.3.3 Verloskundige zorg	11
2.3.4 Vrouwelijke genitale verminking	11
2.3.5 Onderwijs	11
3 Doelen van deze verkenning	13
4 Opzet verkenning	14
4.1 Wie zijn de respondenten?	14
4.1.1 Eritrese doelgroep	14
4.1.2 Zorgprofessionals en vrijwilligers in de geboortezorg	14
4.2 Dataverzamelingsmethoden	15
4.2.1 Literatuuronderzoek	15
4.2.2 Vragenlijsten	15
4.2.3 Semigestructureerde interviews	15
4.2.4 Focusgroepdiscussies	15
4.3 Data-analyse	16

5	Bevindingen	17
5.1	Demografische kenmerken van de Eritrese vrouwelijke respondenten	17
5.2	Seksuele en reproductieve gezondheid van Eritrese vrouwen	17
5.2.1	Zwangerschappen en regie over het eigen lichaam	17
5.2.2	Zwanger van een 'verborgen partner' en de gevolgen ervan	21
5.2.3	Psychische belasting van ongeplande zwangerschappen	26
5.2.4	Kennis van vgv en ideeën over seksualiteit	27
5.3	Belemmeringen die Eritrese vrouwen en professionals in de geboortezorg ervaren	29
5.3.1	Communiceren met verschillende culturele spelregels	29
5.3.2	Communiceren en het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal	32
5.3.3	Zich een weg banen in de geboortezorg	34
5.3.4	De kraamperiode en het gemis van belangrijke raadgevers	36
6	Conclusies	39
7	Aanbevelingen en praktische tips	42
	Referenties	45

Samenvatting

In de afgelopen jaren zijn ruim 13.000 Eritrese vluchtelingen naar Nederland gekomen om asiel aan te vragen. Ongeveer een kwart van hen zijn jonge vrouwen, die een zeer kwetsbare groep vormen wat betreft hun seksuele en reproductieve gezondheid. Er zijn signalen over seksueel geweld, seksueel misbruik, beperkt anticonceptiegebruik en hoge incidentie van abortussen, vrouwelijke genitale verminking (vgv) en onvoldoende gebruik van de geboortezorg. Kenmerkend voor deze vrouwen is dat zij vaak laagopgeleid zijn en beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Een deel van hen is ook laaggeletterd. Hierdoor kan er veel misgaan in de communicatie tussen hen en zorgverleners. Eritrese nieuwkomers hebben moeite om goed hun weg te vinden in de zorg. Dit blijkt ook het geval te zijn binnen de geboortezorg.

Naar aanleiding van deze signalen heeft Pharos besloten om een verkenning uit te voeren onder Eritrese vrouwen en de professionals die hen bijstaan tijdens de zwangerschap en na de geboorte. Wij wilden inzicht krijgen in hoe Eritrese vrouwen de zwangerschap en geboortezorg ervaren en welke belemmeringen zij ondervinden. Ook waren wij benieuwd naar de ervaringen van vrouwen met de betrokkenheid van vaders gedurende deze periode. Tot slot wilden we graag weten wat Eritrese vrouwen weten over vgv en wat zij daarover denken, en welke ervaringen zij hebben met seksuele voorlichting, seksueel misbruik en anticonceptiegebruik.

Omdat professionals en vrijwilligers in de geboortezorgketen (verloskundigen, kraamverzorgenden, jeugdverpleegkundigen en maatschappelijk begeleiders van VluchtelingenWerk Nederland) belemmeringen ervaren in de hulpverlening aan Eritrese vrouwen, hebben we ook aandacht besteed aan deze groep. Welke knelpunten zien zij en welke behoefte aan ondersteuning hebben zij? De uitkomsten van deze verkenning bieden handvatten om de toegankelijkheid van de geboortezorg te verbeteren.

DATAVERZAMELING

Naast inzichten uit een literatuuronderzoek hebben wij informatie verzameld door middel van vragenlijsten en diepte-interviews met twaalf Eritrese vrouwen (van 19 tot 34 jaar), en drie focusgroepdiscussies met in totaal achttien Eritrese mannen van verschillende leeftijden. Alle vrouwen waren zwanger en zijn bevallen in 2017. We hebben ook twee sleutelpersonen en negen professionals en vrijwilligers in de geboortezorg geïnterviewd: twee verloskundigen, twee kraamverzorgsters, twee jeugdverpleegkundigen en drie maatschappelijk begeleiders van VluchtelingenWerk Nederland.

RESULTATEN SEKSUELE EN REPRODUCTIEVE GEZONDHEID VAN ERITRESE VROUWEN

Geboortebeperking – Bij iets meer dan de helft van de vrouwen was de zwangerschap niet gepland. Enkele van deze moeders waren in Nederland zwanger geworden van een andere man dan hun echtgenoot, op één vrouw na waren al deze vrouwen blij met hun zwangerschap. De vrouwen die ongepland zwanger waren geworden, hadden meestal geen enkele vorm van anticonceptie gebruikt. Zij bleken onvoldoende bekend te zijn met geboortebeperking en hadden weinig kennis over de conceptie en het vrouwelijk lichaam. Ook was er sprake van mythes over onvruchtbaarheid en culturele ideeën die belemmerend werken, zoals ideeën over hoe een goede vrouw zich hoort te gedragen, bijvoorbeeld de norm dat je je maagdelijkheid moet bewaren tot aan het huwelijk en het taboe om als ongetrouwde vrouw anticonceptie te gebruiken.

Seksuele voorlichting – Bijna alle vrouwen hadden zowel in Eritrea als in Nederland geen of onvoldoende seksuele voorlichting gehad. Alle vrouwen voelden zich kwetsbaar en maakten zich soms zorgen over hun veiligheid. Door het gebrek aan sociale controle worden sociale normen die in Eritrea gelden door Eritrese nieuwkomers in Nederland soms flexibeler

toegepast. Dit leidt ertoe dat er meer ruimte en mogelijkheden zijn om met seksualiteit te experimenteren, maar ook dat zij dat doen met onvoldoende kennis over seksualiteit en kennis over het lichaam.

Seksuele weerbaarheid – Ondanks dat bijna alle vrouwen zich kwetsbaar en soms onveilig voelden in Nederland, gaf geen enkele vrouw aan gedwongen seks te hebben gehad. De geïnterviewde professionals maakten zich echter zorgen over de seksuele weerbaarheid van deze groep vrouwen. Zij worden er regelmatig mee geconfronteerd dat signalen van misbruik of zelfs verkrachting niet leiden tot aangifte doen, doordat veel vrouwen hiervan afzien.

Kennis over vgv – Hoewel er in Eritrea sprake is van een hoge prevalentie van vrouwelijke genitale verminking (vgv), hadden de meeste vrouwen weinig tot geen kennis over dit onderwerp. Ze wisten bijvoorbeeld niet welke gezondheidsrisico's vgv met zich meebrengt. Ook wisten sommige vrouwen niet of zij zelf besneden zijn. Bijna alle vrouwen zeiden ook dat zij geen kennis hadden over de wet- en regelgeving in Nederland, maar dat ze vermoedden dat het verboden is. Wel gaven ze aan hierover meer te willen weten.

Onzichtbaarheid van de vader – Een belangrijke reden waarom de zorgprofessionals zich zorgen maakten is dat het voor hen niet altijd duidelijk is van wie een vrouw zwanger is geworden. Bijna alle Eritrese vrouwen vonden het moeilijk om vragen van professionals te beantwoorden over de vader van hun kind. Vooral vrouwen die zwanger waren van iemand anders dan hun echtgenoot (die nog in Eritrea woonde) probeerden uit schaamte en angst voor veroordeling zo lang mogelijk geheim te houden dat ze zwanger zijn. De ruimte en kansen die zij in Nederland ervaren, leiden ertoe dat Eritrese vrouwen niet altijd verder willen met hun partners uit een gearrangeerd huwelijk. Maar ook voelen zij zich kwetsbaar en hopen ze dat een nieuwe partner hen bescherming biedt.

Rol van de vader – De vrouwen zagen de vader van hun kind als een belangrijke steunfactor bij hun zwanger-

schap. Ondanks de aarzeling van veel vrouwen om de vaders in beeld te brengen bij de professionals, bleken die echter achter de schermen erg betrokken te zijn bij het kindje.

Psychische klachten – Bijna alle vrouwen die ongepland zwanger waren geworden, kampten met schaamtegevoelens – vooral tijdens de zwangerschap – en hadden soms moeite om de situatie te accepteren. De meest genoemde reden daarvoor is het gegeven dat zij ongehuwd zwanger zijn geraakt. Vooral de vrouwen die zwanger waren van iemand anders dan de man met wie zij in Eritrea getrouwd waren hadden veel last van psychische klachten, waaronder depressie, en maakten zich zorgen of hun echtgenoot het kind wel zou accepteren. De meest toegepaste copingstrategieën waren het belijden van religie en het beperken van sociale contacten buitenshuis. Vrouwen die bewust zwanger waren geworden hadden veel minder last van schaamte, angsten, boosheid, stress en piekeren. Deze vrouwen bleken vaker zelfredzaam te zijn en zich zelfstandiger voor te bereiden op de komst van het kindje.

Informeel ondersteuning – Naast de vader bleken ook de (Nederlandse) contactpersonen van de vrouwen een belangrijke bron van steun te zijn. Het kon dan gaan om een buurvrouw, een maatschappelijk begeleider van VWN of een (taal)maatje. Maar zelfs deze contactpersoon kwam soms niet in aanraking met de man van wie de vrouw zwanger was geworden en met wie zij een stabiele (lat)relatie had.

RESULTATEN BELEMMERINGEN DIE ERITRESE VROUWEN EN PROFESSIONALS IN DE GEBOORTEZORG ERVAREN

Vragen stellen – De Eritrese vrouwen vonden het moeilijk om vragen te krijgen over hun relatie en over de vader van hun kindje. Ook vonden ze het lastig om nee te zeggen of opheldering te vragen over de aard van de vragen en waarom deze gesteld werden. Dat heeft te maken met de verschillende communicatiestijlen die in de Nederlandse dan wel de Eritrese cultuur worden gehanteerd. De professionals op hun beurt

vonden het lastig dat, wanneer zij zich ergens zorgen over maakten, het moeilijk te achterhalen was wat er speelde. Ze vonden ook dat Eritrese vrouwen zelf zeer weinig vragen stellen. In tegenstelling tot vragen over hun relatie of de vader van hun kindje, bleken de meeste vrouwen het geen probleem te vinden om vragen te krijgen over vgv. Wel ervoeren ze het als negatief als ze herhaaldelijk dezelfde soort vragen moesten beantwoorden tijdens hun bezoeken aan het consultatiebureau. Het is dus van belang om uit te leggen waarom deze vragen worden gesteld.

Taalproblemen – Zowel de Eritrese vrouwen als de professionals benoemden taalproblemen als de meest belemmerende factor in de communicatie. Het onvoldoende beheersen van het Nederlands en het niet altijd gebruik kunnen maken van een officiële tolk zorgen voor allerlei problemen en frustraties bij beide groepen.

Gezondheidsvaardigheden – Door hun beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid vonden veel Eritrese vrouwen het lastig om hun zwangerschap te volgen. Vaak wisten ze niet in welk trimester van de zwangerschap ze zaten, welke controles er zijn per trimester en konden ze geen link leggen tussen bepaalde lichamelijke klachten en hun zwangerschap. Het is dan een uitdaging voor professionals om deze vrouwen goed te informeren over zaken die met de zwangerschap en de bevalling te maken hebben.

Verwachtingen in de geboortezorg – Een andere belemmering die Eritrese vrouwen ondervonden in de geboortezorg was het complexe Nederlandse zorgsysteem waarin zij hun weg moesten zien te vinden. Ze wisten bijvoorbeeld niet welke professionals wat doen en wie wat voor hen kon betekenen. Ook vonden ze het lastig om te overzien wat er van hen werd verwacht in de geboortezorg, als het bijvoorbeeld ging om het aanvragen van kraamzorg of klossen voor onder het bed, het regelen van een babyuitzet en het maken van controleafspraken. Vaak stelden ze zich hierin niet zelfstandig op en waren ze afhankelijk van de onmisba-

re en zeer gewaardeerde ondersteuning door de Nederlandse contactpersoon. De professionals benoemden dit gebrek aan zelfstandigheid als een knelpunt en maakten zich zorgen over de overbelasting van deze vrijwilligers. Zonder hun hulp zou het voor veel vrouwen niet mogelijk zijn geweest om aan alle verwachtingen van de geboortezorgprofessionals te voldoen.

Verloskundige en huisarts – In tegenstelling tot de signalen die Pharos voorafgaande aan deze verkenning heeft ontvangen bleken elf van de twaalf deelnemers voor het einde van het eerste trimester een eerste afspraak met de verloskundige te hebben gehad. De meeste vrouwen kregen hun zwangerschap bevestigd door de huisarts, zoals gebruikelijk in Eritrea, en maakten geen gebruik van een zwangerschapstest. Slechts twee vrouwen zijn toen ze wisten dat zij zwanger waren direct gestart met het slikken van foliumzuur. De rest van de groep had geen foliumzuur gebruikt omdat zij daarvoor te laat waren of niet wisten wat het was.

Kraamtijd – De acht vrouwen die bevielen van hun eerste kindje hebben de komst van dit kind als zeer zwaar ervaren. De belangrijkste reden daarvoor was het gemis van een vrouwelijke raadgever zoals een moeder, oma of tante. De nieuwe moeders wisten niet goed hoe te handelen in sommige situaties en waar ze met hun vragen heen moesten om goed advies te krijgen. Wel werden ze ook na de bevalling vaak geholpen door hun Nederlandse contactpersoon, die door veel vrouwen als een moederfiguur werd omschreven. Het werk van de kraamverzorgster werd door de Eritrese vrouwen zeer gewaardeerd en als nuttig beschouwd.

Behoeft aan ondersteuning – In de eerste kraamweek komen ook andere professionals, zoals de JGZ-verpleegkundige en de verloskundige, langs om te kijken hoe moeder en kind het maken. Regelmatig maakten deze professionals zich zorgen over hoe het met moeder en kind zou gaan na deze eerste week.

Het gaat dan om onderwerpen als de hechting tussen ouder en kind, veiligheid, slapen, overgewicht, afwezigheid van de vader en aanwezigheid van mannen van wie de rol onduidelijk blijft, de financiële situatie van de

moeder en het algehele welbevinden van moeder en kind. Deze zorgverleners waren ervan overtuigd dat deze moeders ook na de kraamtijd professionele ondersteuning nodig hadden.

Aanbevelingen voor zorgverleners

1. Bied seksuele voorlichting die verder gaat dan informatie over (anti)conceptie en het voorkomen van soa's. Besteed bij jonge Eritrese vrouwen ook aandacht aan het beleven van veilige en prettige seksuele ervaringen en relaties, met de nadruk op het vergroten van hun weerbaarheid.
2. Bied gemakkelijk te begrijpen voorlichting aan over vgv en de gevolgen ervan, over de reproductieve gezondheid en over de opvoeding.
3. Probeer vaders beter in beeld te krijgen door te investeren in een vertrouwensband en goed uit te leggen aan de moeders waarom informatie over de vader belangrijk is. Probeer Nederlandse contactpersonen ook beter in beeld te krijgen, zodat zij empowered en eventueel ondersteund kunnen worden.
4. Zet indien nodig een professionele tolk in bij de communicatie en leg goed uit hoe de geheimhoudingsplicht werkt en waarom er soms veel vragen worden gesteld.
5. Vergroot de eigen deskundigheid, bijvoorbeeld op het gebied van vgv, cultuursensitief werken, interculturele communicatie en sociaal-culturele achtergrond.
6. Bied aanvullende ondersteuning aan zwangere vrouwen en jonge moeders, bijvoorbeeld met behulp van interventies als Stevig Ouderschap en VoorZorg.
7. Heb aandacht voor het psychisch welzijn van vrouwen die ongepland zwanger zijn geworden.

1 Aanleiding

Van 2014 tot 2016 zijn ruim 13.000 nieuwe Eritrese vluchtelingen naar Nederland gekomen om asiel aan te vragen. Het merendeel van de Eritrese nieuwkomers is christelijk orthodox, heeft de Tigrinya etniciteit en is voornamelijk afkomstig uit dorpen in het grensgebied met Ethiopië. Ongeveer een kwart van hen zijn jonge vrouwen, veelal tussen de 13 en 30 jaar. Onder andere uit de kennissyntheses en de verkenning onder Eritreers van Pharos uit 2016, maar ook uit verschillende media, komt naar voren dat vooral Eritrese vrouwen een zeer kwetsbare groep zijn ten opzichte van andere nieuwkomers (Pharos, 2016; Ferrier, Kahmann & Massink, 2017; ESS, 2017). Signalen over seksueel geweld, misbruik, negatieve ervaringen met anticonceptie, meerdere abortussen, een hoge prevalentie van vrouwelijke genitale verminking (vgv) en het te laat gebruikmaken van de verloskundige zorg, komen regelmatig naar voren over deze groep vrouwen.

Kenmerkend voor Eritrese nieuwkomers is dat zij vaak laagopgeleid zijn en beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Het aantal jaar dat iemand school heeft genoten is een goede indicator voor zijn of haar gezondheidsvaardigheden. Het vertelt ons in welke mate iemand in staat is om bijvoorbeeld informatie van een arts te lezen, bepaalde concepten te begrijpen en instructies van de arts op te volgen. Ook geeft het aan in welke mate iemand kennis heeft over zijn of haar gezondheid en deze kan vertalen naar bepaalde gezondheidsvaardigheden voor zichzelf en familieleden. Ook speelt laaggeletterdheid bij deze groep een rol. Dit betekent dat zij niet goed genoeg kunnen lezen en rekenen om voldoende te functioneren in het dagelijks leven (Twickler et al., 2009). Beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen ook problemen opleveren bij het stellen van de diagnose, omdat het presenteren van een klacht en het aangeven van het beloop van de symptomen in de tijd een zeker abstractievermogen

vereist. Hierdoor kan er veel misgaan in de communicatie tussen patiënten en zorgverleners. Deze kenmerken maken dat veel Eritrese vrouwen ver van de complexe, zeer gereguleerde Nederlandse samenleving af staan. Dit zie je onder andere terug in de zorg. Het Nederlandse zorgsysteem is ingewikkeld voor veel vluchtelingen en dit geldt zeker voor Eritrese nieuwkomers. Zij hebben moeite om goed hun weg te vinden in de gezondheidszorg. Dit blijkt ook het geval te zijn binnen de geboortezorg.

Pharos heeft verschillende verontrustende signalen ontvangen over het welzijn van Eritrese vrouwen die recent in Nederland zijn komen wonen. Ook is weinig bekend over de kennis van Eritrese vrouwen over vgv en hun attitude ten aanzien van besnijdenis van hun dochters. Er zijn tot op heden voor zover wij weten geen specifieke onderzoeken gedaan op dit gebied bij deze groep vrouwen in Nederland. Naar aanleiding van deze signalen heeft Pharos besloten om een verkenning uit te voeren naar de behoeften en belemmeringen van zowel Eritrese vrouwen als professionals in de geboortezorg. In deze verkenning wordt getracht om inzicht te krijgen in hoe Eritrese vrouwen de zwangerschap en geboortezorg (hebben) ervaren. Ook waren wij benieuwd naar de ervaringen van vrouwen met de betrokkenheid van vaders gedurende de zwangerschap en na de bevalling. Vanwege de belemmeringen die professionals en vrijwilligers in de geboortezorgketen (verloskundigen, kraamverzorgenden, jeugdverpleegkundigen en maatschappelijk begeleiders van VluchtelingenWerk Nederland) ondervinden in de hulpverlening aan Eritrese vrouwen, is er in deze verkenning ook aandacht voor deze groep. De ervaren belemmeringen en ondersteuningsbehoeften zijn eveneens in kaart gebracht.

2 Inleiding

2.1 Vrouwen met een migratieachtergrond in de geboortezorg

Volgens het CBS maken moeders van niet-westerse herkomst later gebruik van de geboortezorg dan autochtone moeders. Het CBS maakt echter geen onderscheid tussen de verschillende etnische groepen (Lamkaddem et al., 2014). Geboortezorg richt zich op de zorg voor moeder en kind rondom de zwangerschap en geboorte. Deze zorg begint op het moment dat een vrouw probeert zwanger te worden en eindigt na de kraamperiode. Hierbij zijn verschillende zorgverleners betrokken, waaronder verloskundigen, jeugdverpleegkundigen, kraamzorgprofessionals, gynaecologen, huisartsen en kinderartsen.

Professionele kraamzorg is een cruciaal onderdeel van de perinatale zorg. De kraamverzorgende heeft naast verzorgende en basishuishoudelijke taken in het kader van de zorg aan moeder en kind, ook een belangrijke functie in het geven van voorlichting en advies over de gezondheid van de pasgeborene en de moeder (Lamkaddem et al., 2014). Vrouwen met een migratieachtergrond maken minder vaak gebruik van de kraamzorg dan autochtone moeders, waardoor zij meer risico's hebben op vroeggeboorte en complicaties tijdens de bevalling. Tevens blijkt dat zwangere vrouwen van niet-westerse herkomst te laat instromen in de verloskundige zorg (Alderliesten et al., 2007; Choté et al., 2011). Bekend is dat vrouwen met een migratieachtergrond vaker onbekend zijn met de diverse zorgstructuren in Nederland, waaronder de geboortezorg. Hierdoor maken zij niet optimaal gebruik van de zorg. Andere risicofactoren voor het niet optimaal gebruikmaken van de zorg zijn vrouwelijke genitale verminking, psychische klachten, een ongezonde leefstijl en een slechte algemene gezondheid (Essén et al., 2002; Zwart et al., 2011). Een verminderde toegang tot hulpbronnen via hun sociale netwerk, te laat contact opnemen met zorgverleners (Essén et al., 2000)

en het niet gebruikmaken van professionele tolken door zorgprofessionals dragen bij aan een hoger risico op complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling. Hetzelfde geldt voor de volgende factoren: een lager opleidingsniveau, beperkte taalvaardigheid, plaats van de bevalling (in de stad of op het platteland) en een jongere leeftijd (Alderliesten et al., 2007; Choté et al., 2011).

Niet-westerse migranten wonen vooral in de Randstad, in het bijzonder in de grote steden. Zwangere vrouwen met een migratieachtergrond die in de grote steden wonen hebben een grotere kans op een ongunstige perinatale uitkomst dan zwangere vrouwen die elders wonen (De Graaf et al., 2008). Een cumulatie van negatieve sociaal-economische factoren (achterstandsproblematiek) uit zich in een ongezonde leefstijl en inadequaat zorggebruik (Gould et al., 2003).

Onder (vrouwelijke) asielzoekers en vluchtelingen in Nederland is de moedersterfte en sterfte rond de geboorte veel hoger dan in de algemene bevolking (Goosen, Van Oostrum & Essink-Bot, 2010). Daarnaast is het aantal tienermoeders onder asielzoekers acht keer hoger dan het Nederlandse gemiddelde. De geboortecijfers zijn vooral hoog onder meisjes die korter dan acht maanden in Nederland zijn. Dat betekent dat zij tijdens hun vlucht naar Nederland zwanger zijn geraakt, regelmatig als gevolg van een verkrachting. Onder asielzoeksters die langer dan negen maanden in Nederland verblijven, komen uitgedragen tienerzwangerschappen vijfmaal vaker voor dan bij autochtone Nederlanders (Goosen, 2014).

Jonge asielzoekers hebben in vergelijking met de autochtone populatie significant minder kennis op het gebied van seksualiteit en minder vaardigheden in het aangeven van de eigen behoeften en grenzen in seksuele relaties.

Het zeer lage opleidingsniveau onder sommige groepen nieuwkomers (waaronder Eritreeërs) vormt een complicerende factor. Eritrese vrouwen zijn beduidend lager opgeleid dan autochtone vrouwen, maar ook dan mannen uit de eigen herkomstgroep (DSP-groep Amsterdam & Universiteit Tilburg, 2016; De Gruijter & Razenberg, 2017). Sommige vrouwen zijn vrijwel analfabeet in hun moedertaal, wat het voor hen heel moeilijk maakt om Nederlands te leren. Een lage opleiding gaat vaak samen met een laag abstractievermogen, wat van invloed is op hoe informatie wordt opgenomen wanneer er bijvoorbeeld uitleg gegeven wordt over geboortezorg, ziekten en het menselijk lichaam. Daardoor is het voor laagopgeleide vrouwen moeilijker om de weg te vinden in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en geboortezorgsysteem. Eritrese vrouwen hebben ook moeite om in hun eigen taal, maar vooral in de Nederlandse taal, gezondheidsklachten te presenteren.

2.2 Zorgbehoeften en competenties in de geboortezorg

Uit alle studies onder zwangere asielzoekers komt naar voren dat er behoefte is aan informatie over zwangerschap en de gezondheidszorg, aan zorgprofessionals die aandacht hebben voor hun (psychische) klachten en aan 'moedergroepen' voor sociale contacten en informatie-uitwisseling.

Er zijn allerlei factoren die de interactie tussen vrouwen met een migratieachtergrond en zorgprofessionals negatief beïnvloeden, waaronder taalbarrières en culturele factoren. Een taalbarrière heeft een negatief effect op de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit van de zorg, gezondheidsuitkomsten en de tevredenheid van de patiënt (Bischoff, 2012). Maar ook is deze vanzelfsprekend van invloed op de communicatie tussen arts en patiënt (Suurmond et al., 2010; Meeuwesen, Harmsen & Sbiti, 2011). Om taalbarrières te slechten is het van belang om professionele tolken in te zetten en een goede ketensamenwerking te hebben binnen en tussen de eerste en tweede lijn (Gaudion & Allotey, 2008).

Daarnaast is het belangrijk dat professionals weten hoe zij het best kunnen communiceren met vrouwen die beperkte gezondheidsvaardigheden hebben en laaggeletterd zijn. Zorgverleners zijn zich niet altijd bewust van de noodzaak om hun communicatie aan te passen aan het niveau van deze vrouwen (Fransen, Harris & Essink-Bot, 2013). Het is handig om te beschikken over culturele competenties en enige kennis te hebben van de politieke en sociaal-economische situatie in de herkomstlanden en van wat mensen voor, tijdens en na de vlucht naar Nederland hebben meegemaakt. Met culturele competenties wordt in dit geval de bekwaamheid bedoeld om in de communicatie rekening te houden met verschillen tussen mensen op basis van hun cultuur (Goosen, Van Oostrum & Essink-Bot, 2010; Ascoly, Van Halsema & Keyzers, 2001; GGD Nederland, 2006). Een andere belangrijke factor voor een goede communicatie is een empathische houding bij zorgverleners.

2.3 Achtergrond van vrouwelijke Eritrese nieuwkomers

2.3.1 Huwelijk en moederschap

Uit de literatuur weten we dat in Eritrea meisjes en vrouwen jong trouwen en moeder worden. De gebruikelijke leeftijd waarop meisjes en vrouwen trouwen, ligt tussen de 16 en 25 jaar, afhankelijk van etniciteit, opleidingsniveau en woonplaats van de ouders (rurale versus stedelijke gebieden). Volgens cijfers van Unicef trouwde in de periode 2002 - 2012 bijna de helft van alle meisjes in Eritrea rond haar 18^e levensjaar. Een kwart (25,4%) van alle meisjes was in de periode 2008 - 2012 op de leeftijd van 18 jaar al moeder. Een huwelijk kan gearrangeerd zijn, waarbij ouders een geschikte partner kiezen voor hun zoon of dochter. Daarnaast zijn er ook liefdeshuwelijken, waarbij mannen en vrouwen hun eigen partner kiezen. Hoeveel van de huwelijken in Eritrea gearrangeerd zijn, is onduidelijk. Ook blijkt uit de literatuur dat anticonceptie door slechts een geringe groep vrouwen (8%) gebruikt wordt, voornamelijk door getrouwde vrouwen (UNDP Eritrea, 2014; UNICEF Eritrea Statistics, z.j.).

2.3.2 Rol van de vader

Net als veel andere samenlevingen kent Eritrea voornamelijk een traditionele rolverdeling tussen mannen en vrouwen. Over het algemeen wordt aangenomen dat de primaire rol van de vrouw het verzorgen en grootbrengen van kinderen is. De rol van de man is werken om inkomsten te genereren of het land verbouwen om in het levensonderhoud van het gezin te voorzien. Er is de laatste jaren een veranderende trend in Eritrea gaande: steeds meer vrouwen gaan werken. Dit is deels te danken aan bewustwordingscampagnes om meisjes en vrouwen te emanciperen ten behoeve van een gelijkwaardige positie. Maar het is ook een gevolg van de militaire dienstplicht, die zowel voor vrouwen als mannen verplicht is. Vrouwen die getrouwd zijn of een kind hebben gekregen zijn niet meer dienstplichtig, mannen blijven dat ondanks hun vaderschap wel. Wanneer vaders ver weg zijn gelegerd en lange tijd van huis zijn, heeft dat effect op hun betrokkenheid en deelname als ouder en echtgenoot.

2.3.3 Verloskundige zorg

Er zijn grote verschillen gemeten (in de periode 2008 - 2012) tussen zwangeren uit rurale en stedelijke gebieden en de mate waarin zij gebruikmaakten van de verloskundige. Terwijl 64,7% van de Eritrese vrouwen uit de steden gebruikmaakte van getrainde verloskundigen, was dit in de rurale gebieden slechts voor 10,4% het geval (UNDP, 2014). Dit heeft er voornamelijk mee te maken dat vrouwen op het platteland minder toegang hebben tot gezondheidscentra met opgeleide zorgprofessionals zoals verloskundigen.

2.3.4 Vrouwelijke genitale verminking


Eritrea kent een hoge prevalentie (89%) van vrouwelijke genitale verminking (vgv), waarbij alle types voorkomen (clitoridectomie, excisie en infibulatie). Vgv is een ingreep aan de uitwendige vrouwelijke geslachtsorganen zonder medische noodzaak. De vormen van vgv die vrouwen en meisjes hebben ondergaan zijn zeer uiteenlopend en zijn afhankelijk van verschillende factoren, zoals etniciteit, religie, wonend in rurale of

stedelijke gebieden en het opleidingsniveau van de ouders. Doordat wetgeving rond het verbod van vgv in Eritrea (sinds 2007) strikter is geworden, en door jarenlange bewustwordingscampagnes, is er een dalende trend te zien bij jongere generaties. Volgens een rapport van UNDP (2014) was er in 2010 een prevalentie van 68,8% te zien in de leeftijdscategorie 15 - 19 jaar, ten opzichte van 93,1% onder vrouwen in de leeftijdscategorie 45 - 49 jaar. De huidige groep asielzoekers- en vluchtelingvrouwen behoort vooral tot de Tigrinya bevolking. Onder deze groep wordt veelvuldig clitoridectomie uitgevoerd, een gedeeltelijke of gehele verwijdering van de clitoris. Pharos gaat er, met enige voorzichtigheid, vanuit dat tussen de 50% en 75% van de Eritrese meisjes en vrouwen die in Nederlandse gemeenten (komen) wonen besneden zijn.

2.3.5 Onderwijs

Uit de literatuur blijkt dat een groot deel van de kinderen in Eritrea toegang heeft tot het primaire onderwijs, van de 1^e tot en met de 5^e klas. Dit staat in Nederland gelijk aan groep 3 tot en met groep 7. In de schooljaren 2011 - 2012 gingen respectievelijk 79,8% van alle jongens en 73,4% van alle meisjes in Eritrea naar de basisschool. Het percentage schoolgaande kinderen neemt echter drastisch af naarmate zij verder in het onderwijs komen. In de *middle school*, wat overeenkomt met groep 8 en de brugklas, gaat 39,7% van de jongens en 38,8% van alle meisjes nog naar school. In het voortgezet onderwijs gaat echter nog maar 24,4% van de jongens en 19,8% van de meisjes naar school. Dit betekent dat slechts een vijfde van alle meisjes in Eritrea voortgezet onderwijs volgt (UNICEF Eritrea Statistics).

Helaas is niet duidelijk hoeveel procent van de jongeren het voortgezet onderwijs daadwerkelijk met een diploma afrondt. Er zijn grote verschillen tussen stedelingen en mensen uit rurale gebieden in toegang tot het voortgezet onderwijs. Het is onduidelijk hoe groot het verschil is tussen het platteland en de stad wat betreft het percentage schoolgaande jongens en meisjes. De meeste kinderen in rurale gebieden van



Eritrea hebben namelijk toegang tot het basisonderwijs, maar niet tot de middle school of het voortgezet onderwijs. Deze instellingen zijn meestal in de nabijgelegen steden gevestigd: als ouders willen dat hun kind doorleert en zich dat financieel kunnen permitteren, moeten zij ook bereid zijn hun kinderen bij familieleden te laten wonen in de steden waar deze scholen aanwezig zijn. Dit is een reden waarom kinderen uit rurale gebieden minder vaak doorstromen naar de middle school en het voortgezet onderwijs. Ouders geven in zulke situaties vaker voorrang aan jongens om verder te leren. Een reden om meisjes niet verder te laten leren is dat zij als kwetsbaarder worden gezien. Het is dus aannemelijk dat meisjes in stedelijke gebieden verder in het onderwijsstelsel komen dan meisjes in rurale gebieden. Ook kunnen we aannemen dat meisjes en vrouwen die weinig opleiding hebben genoten, doorgaans laaggeletterd zijn en over beperkte gezondheidsvaardigheden beschikken.

3 Doelen van deze verkenning

Deze verkenning richt zich op de behoeften en ervaren belemmeringen van Eritrese vrouwen en professionals in de geboortezorg. Het doel is inzicht te krijgen in hoe Eritrese vrouwen de zwangerschap en de geboortezorg in Nederland (hebben) ervaren en welke belemmeringen professionals en vrijwilligers in de geboortezorgketen ondervinden in de zorgverlening aan deze vrouwen. Inzicht krijgen in de redenen waarom Eritrese vrouwen minder gebruikmaken van de geboortezorg is belangrijk, aangezien bekend is dat het gebruik van de geboortezorg een positieve relatie heeft met onder andere de opvoeding en ontwikkeling van de kinderen. Daarnaast willen we graag ook weten hoe factoren als onbekendheid met het geboortezorgsysteem, aan- of afwezigheid van vaders, beperkte gezondheidsvaardigheden, anticonceptiegebruik en laag opleidingsniveau invloed hebben op het ontstaan van de zwangerschap.

De uitkomsten van dit onderzoek bieden handvatten om de toegankelijkheid van de geboortezorg te verbeteren. Met deze verkenning willen we het volgende bereiken:

- Inzicht geven in de knelpunten die Eritrese vrouwen tijdens en na hun zwangerschap ervaren in de geboortezorg, en hun behoefte aan ondersteuning in kaart brengen.
- Inzicht geven in de knelpunten die Nederlandse geboortezorgprofessionals ervaren in hun zorgverlening aan Eritrese vrouwen tijdens en na de zwangerschap, en hun behoefte aan ondersteuning in kaart brengen.

De centrale vragen in deze verkenning zijn:

1. Welke belemmeringen ervaren Eritrese vrouwen in het gebruikmaken van de geboortezorg en welke ondersteuningsbehoeften hebben ze?
2. Welke belemmeringen ervaren professionals en vrijwilligers in de geboortezorg in de zorgverlening aan Eritrese vrouwen? En welke ondersteuningsbehoeften hebben ze ten aanzien van de zorgverlening aan deze vrouwen?
3. Op welke manier spelen factoren als een laag opleidingsniveau, onbekendheid met het geboortezorgsysteem, taalbarrières, beperkte gezondheidsvaardigheden, culturele ideeën over anticonceptiegebruik en een beperkt sociaal netwerk een rol bij een ongeplande zwangerschap bij Eritrese vrouwen?
4. Welke kennis hebben Eritrese vrouwen over vgv en wat zijn hun attitudes?
5. Hoe ziet de betrokkenheid van Eritrese vaders eruit tijdens de zwangerschap en na de bevalling?

4 Opzet verkenning

Om antwoord te krijgen op de verschillende onderzoeksvragen hebben we ervoor gekozen om verschillende dataverzamelmethode toe te passen. In totaal zijn er vier methoden gebruikt: een literatuuronderzoek, focusgroepdiscussies (FGD's), diepte-interviews en vragenlijsten. Elke methode is met een ander doel ingezet en geeft op verschillende manieren inzichten.

4.1 Wie zijn de respondenten?

4.1.1 Eritrese doelgroep

In deze verkenning hebben we gesproken met zowel Eritrese mannen als met Eritrese vrouwen. Eritrese vrouwen en mannen zijn geselecteerd op basis van de volgende inclusiecriteria: niet langer dan vijf jaar woonachtig zijn in Nederland (nieuwkomer), de Tigrinya etniciteit hebben en in de vruchtbare levensfase zijn.

ERITRESE VROUWEN

In totaal hebben twaalf vrouwen deelgenomen aan deze verkenning. De jongste vrouw was 19 en de oudste 35 jaar. Bij elke vrouw is er een vragenlijst en een semigestructureerd interview afgenomen. Alle vrouwen waren zwanger en zijn bevallen in 2017. Werving van de respondenten is in eerste instantie gegaan via een vrouwelijke Eritrese sleutelpersoon en vervolgens met de *snowball*-methode.

ERITRESE MANNEN

In totaal hebben achttien mannen deelgenomen aan deze verkenning, namelijk drie focusgroepen van elk zes mannen. De deelnemers aan de eerste FGD waren voornamelijk vrijgezelle mannen (van 18 - 23 jaar), terwijl aan de tweede FGD voornamelijk mannen (van 24 - 34 jaar) met een relatie deelnamen, van wie de meesten nog geen vader waren. De laatste focusgroep bestond vooral uit getrouwde mannelijke deelnemers

(van 35 - 55 jaar), die ook vader waren. Door respondenten van dezelfde leeftijd samen deel te laten nemen aan een FGD konden we dieper ingaan op onderwerpen die aansluiten bij de belevingswereld van respondenten. Werving van de mannen is gegaan via een mannelijke Eritrese sleutelpersoon met een breed netwerk onder mannelijke Eritrese nieuwkomers.

4.1.2 Zorgprofessionals en vrijwilligers in de geboortezorg

Er zijn in totaal twee sleutelpersonen en negen professionals in de geboortezorg geïnterviewd: twee verloskundigen, twee kraamverzorgsters, twee jeugdverpleegkundigen en drie maatschappelijk begeleiders van VluchtelingenWerk Nederland (VWN). Als inclusiecriteria voor zorgprofessionals in de geboortezorg gold dat zij aan minimaal vier Eritrese vrouwen zorg moesten hebben verleend in de jaren 2016 en 2017.

Sleutelpersonen zijn Nederlanders met een Eritrese achtergrond die vaak op informele wijze betrokken zijn bij deze groep vrouwen, omdat men elkaar vanuit de Eritrese gemeenschap kent. Doordat sleutelpersonen hun achtergrond delen met andere Eritrese mannen en vrouwen is het niet moeilijk voor hen om mensen te bereiken en een vertrouwensband op te bouwen. Als inclusiecriteria voor de sleutelpersonen gold dat zij informeel betrokken moesten zijn bij het begeleiden en informeren van zwangere Eritrese vrouwen die korter dan vijf jaar in Nederland zijn.

Werving van de geboortezorgprofessionals/-vrijwilligers en sleutelpersonen werd via verschillende kanalen gedaan, bijvoorbeeld op een digitaal prikbord voor verloskundigen en door te werven bij werkbijeenkomsten over kwetsbare zwangeren. Aan professionals is eveneens gevraagd om andere collega's aan te dragen die voldeden aan de inclusiecriteria.

4.2 Dataverzamelingmethoden

Deze verkenning is gestart met een uitgebreid literatuuronderzoek om brede achtergrondinformatie te verkrijgen over het thema. Daarnaast heeft het literatuuronderzoek ter input gediend voor verschillende dataverzamelingstechnieken, zoals de focusgroepdiscussies met mannen, de vragenlijst en de interview guidelines.

4.2.1 Literatuuronderzoek

Met behulp van PsycInfo, ResearchGate, NTVG en Google Scholar zochten we in de literatuurdatabases over de periode 1990 tot 2017 naar onderzoeken en meta-analyses over geboortezorg, gezondheid en zorgbehoeften bij vluchtelingen, asielzoekers en (zwangere)vrouwen van niet-westerse herkomst. Aan de hand van deze literatuurstudie zijn de meest relevante factoren geselecteerd die effect kunnen hebben op zorggebruik van Eritrese vrouwen in de geboortezorg. Deze factoren hebben we in 2017 verwerkt in verschillende vraagstellingen en vervolgens in verschillende verzamelingmethoden.

4.2.2 Vragenlijsten

Alle twaalf vrouwen hebben voorafgaand aan hun interview eerst een vragenlijst ingevuld. Deze vragenlijst beoogde de demografische kenmerken van de vrouwen in kaart te brengen. Daarnaast werden vragen gesteld over de volgende onderwerpen: algemene gezondheid, gezondheidsvaardigheden, ontvangen hulp binnen het geboortezorgtraject, en ervaren sociale steun. Om taalbarrières te voorkomen werd elke vragenlijst afgenomen met behulp van een Tigrinya tolk.

4.2.3 Semigestructureerde interviews

Met elk van de Eritrese vrouwen is een semigestructureerd interview gehouden, en hetzelfde gold voor de geboortezorgprofessionals, vrijwilligers en sleutelpersonen. Aan het begin van het interview werd er voldoende tijd genomen om een beetje aan elkaar

te wennen en de vrouwen op hun gemak te stellen. Elk interview met een zwangere werd in het huis van de deelneemster gehouden. Hoewel het niet de focus van deze verkenning was om met de vader te spreken, waren in enkele gevallen ook vaders aanwezig tijdens het interview. Sommige van deze vaders hebben spontaan actief deelgenomen aan enkele onderdelen van het interview.

Professionals werden op hun werkplek geïnterviewd. De interviews zijn gehouden door een onderzoekster die zowel het Tigrinya als de Nederlandse taal beheerst. De interviews met de vrouwen zijn niet opgenomen, om een vertrouwensbreuk te voorkomen. Vrouwen gaven aan dat zij zich er niet prettig bij zouden voelen en dat het hen zou belemmeren om vrij te kunnen antwoorden. Daarom is ervoor gekozen om tijdens het interview schriftelijke aantekeningen te maken. De interviews met vrouwen werden in het Tigrinya gehouden en duurden gemiddeld 1,5 tot 2 uur. De interviews met de zorgprofessionals verliepen soepel en snel. De voertaal tijdens deze interviews was Nederlands. Meestal duurde een interview één uur. Ook aan deze groep werd vooraf toestemming gevraagd om het interview op te nemen, dit was geen probleem.

4.2.4 Focusgroepdiscussies

We hebben ervoor gekozen om met Eritrese mannen groepsdiscussies te houden om snel te kunnen achterhalen hoe zij denken over de verschillende thema's die raken aan ouderschap. Met hen zijn diverse thema's besproken, zoals behoefte aan voorlichting, seksualiteit, rolverdeling in de relatie en het ouderschap, en meisjesbesnijdenis. De focusgroepdiscussies zijn in een huiselijke sfeer gehouden tijdens een Eritrese koffiecereemonie, om zo veel mogelijk vertrouwen te krijgen zodat alles besproken kon worden. De groepsdiscussies werden geleid door een mannelijke onderzoeker in het bijzijn van een Tigrinya tolk. Elke FGD duurde 1,5 tot 2 uur. Vooraf aan elke FGD werd deelnemers gevraagd of de discussie opgenomen mocht worden. Sommige deelnemers

twijfelden aanvankelijk, maar nadat ze meer informatie hadden gekregen vonden de mannen het geen probleem.

4.3 Data-analyse

Alle verzamelde kwalitatieve data zijn eerst getranscribeerd. Vervolgens zijn deze data onderverdeeld in factoren (= onderwerpen), bijvoorbeeld alle data over laaggeletterdheid werden samengevoegd. Voor elke factor zijn vervolgens twee tabellen gemaakt: een tabel die laat zien wat alle vrouwen gezegd hebben over dat betreffende onderwerp en een tabel die weergeeft wat de professionals hebben gezegd over dat onderwerp. Op deze manier kon een vergelijking gemaakt worden tussen wat vrouwen en professionals zeggen over een bepaalde factor, om vervolgens conclusies te kunnen trekken uit de resultaten.

5 Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de verkenning als volgt gepresenteerd: eerst de uitkomsten, aangevuld met enkele quotes van Eritrese vrouwen en van zorgprofessionals (en soms ook van Eritrese mannen), daarna volgt de interpretatie van de onderzoeker van de gevonden resultaten.

5.1 Demografische kenmerken van de Eritrese vrouwelijke respondenten

De Eritrese vrouwelijke respondenten waren ten tijde van het onderzoek tussen de 19 en 35 jaar oud. Twee vrouwen zijn als alleenstaande minderjarige vreemdeling (amv) op 17-jarige leeftijd in Nederland aangekomen. De meeste vrouwen vertelden dat zij niet samenwoonden met de vader van hun kindje. Het merendeel van de vrouwen ervoer de relatie met de vader van het kind als stabiel en voelde zich geen alleenstaande moeder. Ruim driekwart van de vrouwen (9 van de 12) was zwanger of al bevallen van haar eerste kindje. De oudste vrouw was zwanger van haar derde kind. De helft van alle vrouwen was bewust en gepland zwanger en de andere helft ongepland.

Het gemiddelde opleidingsniveau van de vrouwen was middle school (vergelijkbaar met groep 8 en de brugklas in Nederland). Bijna alle vrouwen (elf van de twaalf) zaten samen met hun partner nog in het inburgeringstraject. Iets meer dan de helft van de vrouwen (N=7) gaf aan dat haar taalniveau A1 was, bij vier vrouwen was dit A2 en bij één vrouw B1. In de vragenlijst is gevraagd welk beroep zij in Eritrea hadden uitgeoefend. Vier vrouwen bleken daar student te zijn geweest, vier huisvrouw, twee boerin en twee ondernemer (verkoopster en kapster).

5.2 Seksuele en reproductieve gezondheid van Eritrese vrouwen

5.2.1 Zwangerschappen en regie over het eigen lichaam

Geplande versus ongeplande zwangerschap
Om de verontrustende signalen door zorgprofessionals en vrijwilligers over ongeplande en ongewenste zwangerschappen in de juiste context te plaatsen, hebben we geprobeerd met alle moeders hierover in gesprek te gaan. We vroegen hen of hun zwangerschap gepland was en of zij een vorm van anticonceptie hadden gebruikt voorafgaand aan de zwangerschap. Iets meer dan de helft van de vrouwen gaf aan dat hun zwangerschap niet gepland was. Een aantal van de moeders die ongepland zwanger waren geworden, is gehuwd met een partner die nog in Eritrea verbleef, of in een ander land dan Nederland. Deze vrouwen zijn in Nederland zwanger geworden van een andere man; van deze vrouwen gaf één vrouw aan dat haar zwangerschap ongewenst was. De overige vrouwen vertelden dat de zwangerschap een geplande en bewuste keuze is geweest. Vrouwen die inmiddels al bevallen waren, vertelden dat zij voor de bevalling onvoldoende hadden stilgestaan bij de impact van hun zwangerschap en wat dit voor hen zou betekenen.

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

Ondanks de signalen die Pharos voorafgaand aan deze verkenning heeft gekregen dat vrouwen wellicht bewust zwanger worden vanwege instrumentele redenen, bijvoorbeeld eerder een woning in de gemeente toegewezen krijgen, een permanente verblijfstatus, extra inkomsten (aanvullende toeslagen, kinderbijslag, bijstand, etc.), gaven in deze verkenning slechts twee van de twaalf vrouwen een instrumentele reden op als reden voor hun zwangerschap. Op één vrouw na waren alle vrouwen blij met hun zwangerschap, ondanks dat deze niet altijd gepland was, en wilden ze het kindje houden. Ze zagen het als een 'zegen van God' om een kindje te mogen krijgen.

WAAROM DAN TOCH GEEN ANTICONCEPTIE GEBRUIKEN?

Het is belangrijk om dieper inzicht te krijgen in de verschillende redenen waarom vrouwen geen anticonceptie gebruiken. Daarom is in deze verkenning aan dit onderwerp uitvoerig aandacht besteed. De vrouwen die ongepland zwanger waren geworden, gebruikten op één na geen enkele vorm van anticonceptie. Ook vertelden twee vrouwen die gepland zwanger waren geworden dat zij voorafgaand aan hun zwangerschap geen anticonceptie gebruikt hadden. De vrouwen noemden diverse redenen om geen anticonceptie te gebruiken. De meest genoemde redenen zijn: onvoldoende bekend zijn met anticonceptie (de voor- en nadelen ervan), onvoldoende kennis over de conceptie en het vrouwelijk lichaam, een taboeonderwerp, en mythes over onvruchtbaarheid. De meeste vrouwen die ongepland zwanger waren geworden vertelden dat ze onvoldoende hadden nagedacht over de grote gevolgen van onveilige seks en het risico op een ongeplande zwangerschap. Het merendeel van de vrouwen ervoer de onveilige seks die heeft geleid tot de zwangerschap als een misstap (zie de quotes).

'Nee, het was niet gepland, ik had nog geen vaste relatie met mijn huidige partner en de vader van mijn kind. Ik ben na één keer seks met hem zwanger geworden. Het was erg schrikken voor ons allebei. Vooral de vader van mijn kind was er eerst totaal niet blij mee, hij had echt tijd nodig om het te accepteren. De eerste helft van mijn zwangerschap was daarom zwaar en zeer eenzaam.' (Vrouw 4, 29 jaar)

'Ik was toen 19 en hij 20 jaar. Ik was ongeveer acht weken zwanger toen ik erachter kwam. Het was vooral experimenteren toen.' (Vrouw 5, 20 jaar)

'Nee, het was niet gepland. Ik gebruikte geen anticonceptie omdat ik niet van plan was om een kind te krijgen, maar ook niet om met een man seks te

hebben. Ik ben getrouwd en dit was een slippertje waar ik veel spijt van heb.' (Vrouw 8, 27 jaar)

'Nu merk ik, dat het genieten van 'vrijheid' ook een kantelpunt heeft, zoals blijkt uit de vele zwangerschappen, maar ook uit seksueel overschrijdend gedrag. Ze hebben niemand om hen te corrigeren, ze zijn allemaal even jong, willen allemaal experimenteren en maken bijna allemaal dan ook dezelfde fouten. Ze denken ook vaak: niemand ziet mij, niemand weet dat ik met hem/haar naar bed ben geweest.' (Sleutelpersoon 1)

Een andere belangrijke reden waarom er geen anticonceptie wordt gebruikt, zijn culturele ideeën die belemmerend werken, zoals ideeën over hoe een goede vrouw zich hoort te gedragen. Meerdere geïnterviewde vrouwen vertelden dat alleen getrouwde vrouwen gebruik mogen maken van (orale) anticonceptie in Eritrea, mits zij hiervoor toestemming hebben gekregen van hun man. Volgens de mannen in een van de focusgroepen echter hebben ongetrouwde vrouwen in Eritrea ook toegang tot de anticonceptiepil, maar is dit niet gebruikelijk.

'Zwangerschap ligt in de handen van een vrouw, met andere woorden: zij kan zwanger worden als ze dat wil of niet en is daarmee verantwoordelijk. Maar tegelijkertijd kunnen vrouwen ook niet zomaar aan anticonceptie komen. Ze hebben daar de toestemming van hun man voor nodig. Ongetrouwde vrouwen hebben eigenlijk ook toegang tot anticonceptie, maar er heerst veel schaamte om die te gebruiken. Ongetrouwde vrouwen gebruiken geen anticonceptie omdat ze maagd moeten blijven tot het huwelijk, dat is de norm. Zodra zij het wel gebruiken, geven ze toe dat ze geen maagd meer zijn en seks hebben. Dit beschadigt hoe dan ook hun naam. Als je in de praktijk kijkt, zie je dus ook dat de vrouwen die anticonceptie gebruiken getrouwde vrouwen of losbandige vrouwen zijn. Meisjes en vrouwen willen niet tot de laatste categorie behoren en gebruiken dus geen anticonceptie.' (FGD 3 mannen, 35 - 55 jaar)

We hebben zowel mannen als vrouwen gevraagd wie de meeste verantwoordelijkheid draagt voor het voorkomen van een zwangerschap. Vrouwen gaven nauwelijks antwoord op deze vraag; enkele vrouwen vonden het een gezamenlijke verantwoordelijkheid, maar vertelden dat ze er nog nooit over hadden gesproken met hun partner. Mannen in de FGD's daarentegen leverden wel een duidelijk antwoord: in alle drie de focusgroepen vond een grote meerderheid van de mannen dat vrouwen verantwoordelijk zijn (zie bovenstaande quote).

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

Hoewel er voldoende mogelijkheden zijn om verschillende anticonceptiemethoden te gebruiken, lijkt een groot deel van de Eritrese vrouwen die meededen aan de verkenning terughoudend te zijn ten opzichte van anticonceptiegebruik. Mannen gaven aan dat de verantwoordelijkheid volledig bij de vrouwen ligt. Hoogstwaarschijnlijk spelen hier verschillende factoren een rol, zoals onvoldoende bekend zijn met de voor- en nadelen van anticonceptiva, in combinatie met culturele ideeën. Culturele normen zoals het bewaren van de maagdelijkheid tot aan het huwelijk en het taboe om als ongetrouwde vrouw anticonceptie te gebruiken zouden verklaren waarom Eritrese vrouwen geen anticonceptie willen gebruiken. Gezinsplanning is een ongewoon en taboeonderwerp, waarover zowel mannen als vrouwen niet gewend zijn te praten. Hierdoor lijkt het vaak alsof een 'zwangerschap je overkomt', dat het iets is waar je niets aan kunt doen. Een deel van deze vrouwen lijkt het moeilijk te vinden om de regie te nemen over haar lichaam en dus haar leven. Dit roept vragen op over de mate van weerbaarheid van deze groep vrouwen.

SEKSUELE WEERBAARHEID EN DE KWETSBAARHEID DIE ERITRESE VROUWEN ERVAREN

Bijna alle deelnemers aan deze verkenning hebben zowel in Eritrea als in Nederland geen of onvoldoende seksuele voorlichting gehad. Sommige vrouwen zagen een verband tussen hun gebrek aan kennis en de ongeplande zwangerschap. Behalve de beperkte

kennis over seksualiteit en het vrouwelijk lichaam, gaven vrouwen aan dat een laag zelfbeeld, de rolverdeling tussen mannen en vrouwen en de afhankelijkheidspositie van vrouwen belangrijke factoren zijn die bijdragen aan hun (seksuele) kwetsbaarheid. Enkele vrouwen benoemden ook de lange procedure van gezinshereniging als factor die de kwetsbaarheid vergroot, waardoor zij zich minder veilig voelen. Alle vrouwen voelden zich kwetsbaar en maakten zich soms zorgen over hun veiligheid. Volgens hen is de belangrijkste reden waarom zij zich hier in Nederland kwetsbaarder voelen de grote verantwoordelijkheid die zij zelf moeten dragen voor hun seksuele ontplooiing en ontwikkeling. Dit betekent dus ook een veilige manier vinden waarop deze ontplooiing en ontwikkeling kan plaatsvinden.

'Meisjes en vrouwen geven ook gemengde signalen af. Als jij een man veel aandacht geeft, en hij komt altijd op visite en je geeft hem te eten en te drinken... Je weet vaak wanneer iemand meer van je wil. Als jij niets wil, wees dan duidelijk. Hou afstand of ga niet op avances in, maar ja, vaak zeggen die meiden ook niets. Op een gegeven moment denkt hij: zij wil ook. Zelfs als hij hen aanraakt en ze willen het toch niet meer, dan nog zeggen ze niets. Waarom zou je iemand toelaten!'
(Vrouw 10, 29 jaar)

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

De mate van beschreven kwetsbaarheid gedurende verschillende interviews was voor elke vrouw anders of op een ander moment voelbaar. Hoewel je zou verwachten dat vrouwen zich in Nederland minder kwetsbaar voelen, gaf een meerderheid van de vrouwen aan zich in Nederland kwetsbaarder te voelen dan in Eritrea. Wellicht is dat ook niet vreemd: individualisme, zelfontplooiing en zelfbeschikking zijn Nederlandse concepten die van jongs af aan centraal staan in de opvoeding. Dit zijn echter concepten die haaks staan op de Eritrese opvoeding, waarin concepten zoals eerbewoud, saamhorigheid en loyaliteit centraal staan. Met het wegvallen van hun sociale netwerk en

daarmee de sociale controle, worden sociale normen die in Eritrea golden door Eritrese nieuwkomers in Nederland flexibeler toegepast. Dit zorgt ervoor dat er meer ruimte en mogelijkheden zijn om met seksualiteit te experimenteren. Maar ook dat concepten zoals maagd blijven tot het huwelijk en eerbehoud in een ander daglicht komen te staan. Het is niet meer dan normaal dat jongvolwassen Eritreeërs gaan experimenteren met hun seksualiteit. Zij doen dit echter met onvoldoende kennis over seksualiteit en kennis over het lichaam. Daarmee nemen zij risico's die zij vooraf onvoldoende kunnen inschatten.

DE DUNNE LIJN TUSSEN EXPERIMENTEREN EN SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG

We weten uit diverse bronnen dat veel Eritrese vrouwen tijdens hun vluchtreis vanuit Eritrea naar Nederland seksueel geweld ervaren hebben. Voorafgaand aan deze verkenning heeft Pharos ook signalen gekregen van verschillende soorten zorgprofessionals dat de vele ongewenste zwangerschappen voort zouden kunnen komen uit seksueel misbruik. We hebben geprobeerd om met de vrouwen over dit onderwerp te spreken. Ondanks dat bijna alle vrouwen vertelden zich kwetsbaar en soms onveilig te voelen in Nederland, gaf geen enkele vrouw aan gedwongen seks te hebben gehad.

'Een vriendin van mij is zeer gelovig, zij heeft pas een eigen woning gekregen. In plaats van blij te zijn is ze eigenlijk bang. Ik begreep haar niet zo goed. Toen legde ze uit dat het niet goed is om als vrouw alleen te wonen. Ze is bang om alleen te slapen, alleen in haar huis te zijn, maar vooral bang om mannen uit te nodigen. Ze zegt tegen mij: hoe weet ik nou zeker dat de mannen die ik uitnodig mij geen kwaad doen? Ik zei tegen haar: je nodigt toch alleen mensen uit die je vertrouwt, echt vertrouwt? Toen zei ze tegen mij: wat nou als juist diegene jou misbruikt en je toch dwingt, wat dan? Dan zullen mensen altijd zeggen dat ik hem heb binnengelaten, je weet toch hoe dat gaat. Ik werd toen boos op haar en zei: zulke dingen gebeuren niet in Nederland, we zijn nu in Europa. Toen vertelde ze

dat iemand die ze goed kende onlangs op dezelfde manier was misbruikt. Ik was enorm geschrokken en viel stil.' (*Vrouw 7, 24 jaar*)

'Wij denken dat misbruik zeker voorkomt.' *Waarom wordt er weinig aangifte gedaan?* 'Ik zie dat sociale druk hier een grote rol speelt: als andere nieuwkomers op de hoogte zijn van de aangifte, heeft dat gevolgen. Mensen spreken het slachtoffer hier op aan met de intentie om te bemiddelen. Ze vragen om begrip te tonen voor het feit dat hij een land- of lotgenoot is, het effect op zijn gezin en familie, zijn verblijfsvergunning enzovoort. Je ziet dat meisjes dan om zulke redenen de aangifte intrekken, en soms zelfs nog zichzelf de schuld geven. Er is ook altijd binnen de gemeenschap veel discussie over wie aanleiding heeft gegeven, en dus discussie over de vraag of het vrijwillig was of toch een verkrachting. Een mannelijke nieuwkomer zei ooit tegen mij dat een vrouwelijke nieuwkomer die hem thuis uitnodigt openstaat voor seks, terwijl dat misschien niet de intentie van die vrouw is. De man gaat het sowieso proberen en uiteindelijk kan dat leiden tot verkrachting als ze het niet wil. Je ziet dat ze nog niet de juiste mindset hebben.' (*Sleutelpersonen 1 & 2*)

Professionals die deelnamen aan deze verkenning maakten zich zorgen over de seksuele weerbaarheid van deze groep vrouwen. Wanneer signalen van misbruik of zelfs verkrachting bij hen binnenkomen, nemen ze die dan ook uiterst serieus en volgen ze de wettelijke stappen om aangifte te doen. Hoewel professionals hun best doen om vrouwen ervan te overtuigen dat aangifte doen veilig is, worden ze regelmatig geconfronteerd met de weerbarstige realiteit. Veel vrouwen willen geen aangifte doen of trekken deze na enkele dagen in. Ook zien professionals vaak dat dader en slachtoffer na enige tijd nog contact met elkaar hebben. Dit roept veel vragen bij hen op, maar zorgt er ook voor dat ze zeggen dat ze niet (meer) weten wat ze moeten doen, hoe zij deze vrouwen hulp kunnen bieden en hoeveel van de gebeurtenis gegrond is. De volgende quotes geven inzicht in hoe ingewikkeld het voor professionals is om op signalen van Eritrese vrouwen in te gaan.

'Ze zegt dat het tegen haar zin in is gebeurd. Er is nog een ander meisje dat hetzelfde heeft aangegeven, namelijk dat ze verkracht is. Gelukkig is zij niet zwanger. In eerste instantie wilde zij aangifte doen, maar later niet meer. Voor zover ik nu weet heeft geen van beiden aangifte gedaan. Of dat nu angst is, of wat dan ook, dat vraag ik mij af. De politie vraagt het zich ook af. Hoe kunnen we deze vrouwen duidelijk maken dat de politie hier heel anders werkt dan in hun land van herkomst, maar ook hoe ze beter voor zichzelf kunnen opkomen?' (Maatschappelijk begeleider VWN 2)

Twee weken geleden is er hier ook weer een verkrachting geweest. Dat wordt nu weer opgevolgd met allerlei medische onderzoeken, maar ook de politie erbij en naar het ziekenhuis. Het hele traject. In dit geval was er een avond geweest waarbij ze met z'n allen hadden gegeten en daarna nog samen hadden gedronken. Hij is daarna schijnbaar binnengedrongen bij haar, maar hoe het precies gegaan is, is ons niet helemaal duidelijk.'

Misschien een hele onethische vraag, maar vinden vrouwen zelf ook dat het een verkrachting is? Ik vraag dat omdat vrouwen aangeven dat het niet tegen hun zin was. 'Ja. Ja. Ja! Het is echt een heel drama geweest. Zij is naakt gaan rennen en toen zag ze licht branden in een appartement en daar is ze heel hard op de deur gaan bonzen. Die hebben de politie gebeld. Maar in beide gevallen, dit en een ander geval van verkrachting, wilden ze geen aangifte doen. Dan vragen wij ons ook af wat er verder allemaal achter zit qua angst of welke druk er wel of niet is vanuit de gemeenschap. We hebben het er toen ook over gehad of we hier meer aandacht aan moesten besteden.' (Maatschappelijk begeleider VWN 3)

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

Het is niet uit te sluiten dat vrouwen die mee hebben gedaan aan deze verkenning seksueel misbruik ervaren hebben. Het zou goed kunnen dat zij sociaal-wenselijke antwoorden hebben gegeven en daarmee verzwijgen

dat er druk op hen is uitgeoefend om seks te hebben. Verzwijgen wat er precies is gebeurd kan vrouwen het gevoel geven dat zij controle behouden over de ongewenste consequenties van het ontplooiën van hun (ingestemde of gedwongen) seksualiteit. Wellicht proberen zij door te zwijgen de schade te beperken voor hun eer en hun naam, maar ook om conflicten met anderen binnen de Eritrese gemeenschap te voorkomen. En daarmee dus ook te beïnvloeden wat men binnen de Eritrese gemeenschap, zowel in Nederland als in Eritrea, over hen zal zeggen.

Het is belangrijk dat zowel mannen als vrouwen uit Eritrea nog meer uitleg krijgen over de wetgeving ten aanzien van seksuele intimidatie en misbruik, zodat misstanden kunnen worden voorkomen.

5.2.2 Zwanger van een 'verborgen partner' en de gevolgen ervan

Een belangrijke reden waarom zorgprofessionals zich zorgen maken om deze groep vrouwen is dat het voor hen niet altijd duidelijk is van wie een vrouw zwanger is geworden. De helft van de geïnterviewde vrouwen was ongehuwd en nooit getrouwd geweest. Twee vrouwen waren gehuwd en kregen een kind met deze partner. Vier vrouwen echter waren in Eritrea gehuwd, maar nu in Nederland zwanger geworden van een andere man. Deze vrouwen waren vooruit gereisd en zaten in verschillende fasen van de gezinsherenigingsprocedure. Bij alle vier was de aanvraag minimaal eenmaal afgewezen door de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND). Twee van hen hadden na de bevalling een scheiding aangevraagd omdat zij de relatie met de vader van hun kindje wilden voortzetten. De andere twee vrouwen wilden verder met hun oorspronkelijke man uit Eritrea.

Bijna alle Eritrese vrouwen vonden het moeilijk om aan professionals iets te vertellen over de vader van hun kind. Enkele vrouwen benoemden schaamte en angst om veroordeeld te worden als de belangrijkste redenen. Anderen begrepen niet zo goed waarom er zo veel vragen gesteld werden en waartoe de informatie

diende en met wie die gedeeld werd. Vooral vrouwen die zwanger waren van iemand anders dan hun echtgenoot probeerden om verschillende redenen zo lang mogelijk voor professionals geheim te houden dat ze zwanger waren van een ander. Dit sluit nauw aan op de ervaringen van professionals (zie de volgende quotes).

'Tijdens de controles van mijn zwangerschap nam ik eigenlijk nooit mijn partner/de vader mee. Ik heb hem één keer meegenomen. Ik wilde eigenlijk niet dat hij mee ging om vragen te vermijden. Ik kreeg veel verschillende soorten informatie. Van sommige andere Eritrese nieuwkomers kreeg ik altijd te horen: pas op wat je vertelt. Alles wordt hier geregistreerd en doorverteld. Soms dacht ik: ze hebben gelijk en soms dacht ik: dat kan toch niet zomaar. Ik weet dat niet alles zomaar gedeeld mag worden, maar je kiest voor de veilige weg en vertelt veel dingen niet of verzint soms iets. Ik kreeg een Nederlandse moeder die mij als maatje hielp tijdens de zwangerschap. Zij probeerde mij aan te moedigen om mijn huidige partner mee te nemen naar de verloskundige. Ik had daarnaast ook nog een taalcoach die langskwam, aan haar had ik een ander verhaal verteld. Op een dag kwamen ze in gesprek met elkaar en kwamen ze erachter dat ik nog getrouwd ben en zwanger ben van een ander. Zij hebben mij hiermee geconfronteerd om te weten hoe het echt zat. Ze deden dat door het aan een andere Eritrese nieuwkomer te vertellen en zij sprak mij aan. Ze hoopten hierdoor makkelijker het gesprek met mij aan te gaan. Maar ik schaamde me dood en natuurlijk is het deels mijn eigen schuld. Ik had het gevoel dat zij mij allemaal veroordeelden. Het was een bevestiging van de andere kant, waar ik al eerder voor gewaarschuwd was, namelijk dat Nederlanders alles aan elkaar doorvertellen. Ik weet eigenlijk niets over geheimhouding en wie wat wel aan elkaar kan en mag vertellen.' (*Vrouw 6, 24 jaar*)

'De vaders komen inderdaad vooral bij de bevalling en in de kraamperiode in beeld. Er komen weinig mannen mee naar het spreekuur.' *Vraag jij ook weleens waarom*

de man niet meekomt? 'Nee, niet zo. Dat vraag ik normaal bij andere dames ook niet. Dan denk ik zo van: als ze dat niet willen, willen ze het niet. Wat het lastig maakt bij deze groep is dat degene met wie ze getrouwd zijn, niet altijd de vader van het kindje is. En hoe die verhoudingen zitten, daar kom je niet achter. En als je dan naar dat soort dingen gaat vragen, wie dat dan is, of dat een vriend is, of ze daar dan een relatie mee hebben en hoe dat dan zit, dan houden ze het vaak heel algemeen en lachen ze heel vriendelijk, maar ik hoor het echte verhaal niet.' (*Verloskundige 1*)

'Ik begrijp dus echt niet hoe die relaties in elkaar zitten. Eén vrouw is bijvoorbeeld net nadat ze bevallen is, weer zwanger geraakt, maar die man is er helemaal niet. Dat begrijp ik dus niet helemaal. Soms kom ik wel op huisbezoek en dan zit er een man, en ook elke keer dezelfde en dan vraag ik of hij de vader is en dan moeten ze allemaal heel erg lachen. Misschien is het wel de broer, maar ik heb geen idee.' (*Jeugdverpleegkundige Stevig Ouderschap*)

Professionals ontdekken niet direct dat er een andere man in het spel is, vaak gebeurt dit gaandeweg de zwangerschap wanneer ze bijvoorbeeld een formulier moeten invullen. Het moment waarop zij erachter komen is wanneer zij veel vragen gaan stellen, niet alleen om de gezinssituatie duidelijk te krijgen, maar ook om informatie te vergaren ten behoeve van de voorlichting die zij bijvoorbeeld willen geven over erfelijke ziekten of het regelen van de erkenning van het kindje. Verschillende ouders in deze verkenning ervoeren problemen tijdens de aangifte van hun kindje. Dit was voor een aantal vrouwen het eerste moment dat ze tegen wettelijke barrières aanliepen en ermee geconfronteerd werden dat hun geheim niet langer geheim kon blijven. Bijna alle Eritrese ouders waren niet of onvoldoende op de hoogte van de wetgeving rondom de erkenning van hun kindje in Nederland. Dit zorgde voor veel stress en frustratie bij beide ouders, maar vooral bij vaders. Volgens sommige moeders kwamen hun partners ontzettend boos terug van het gemeentehuis.

'De kraamverzorgster kwam er na een paar dagen bij ons te zijn geweest achter dat we de erkenning van ons kind niet goed konden regelen omdat ik nog getrouwd ben. We dachten dat dingen net als in Eritrea zouden zijn. Hoe kan een man zomaar automatisch vader worden van een kind dat niet van hem is? In Eritrea geef je aan wie de vader is. Als de vader dat bevestigt, dan is hij de vader, voor iedereen. Dus voor je familie, maar ook voor de wet. Ook al ben je dan nog met iemand anders getrouwd.' (Vrouw 7, 24 jaar)

'Het is makkelijk praten voor vrouwen hier in Nederland, nu ben ik alleen volgens haar woorden de vader, maar niet in het echt. Het is pas echt wanneer hij ook mijn naam draagt, dat is de eerste trots van het vaderschap.' (Partner van vrouw 7).

De Eritrese moeders gaven aan dat de erkenning in Nederland niet op dezelfde manier is geregeld als in Eritrea. Erkenning van een kindje is volgens de Eritrese regelgeving als volgt vastgelegd: een moeder wijst, ongeacht of zij getrouwd is of niet, de vader van haar kindje aan. Zodra een man beaamt de vader te zijn, worden de kinderen sociaal erkend. Sociale erkenning houdt in dat de man erkent de biologische vader te zijn. Vervolgens doen vaders aangifte bij een lokaal administratiekantoor of een stadsdeelkantoor als dat er is. In Eritrea worden veel kinderen echter niet aangegeven, dit is vooral het geval in dorpen waar er geen of geen nauwkeurige geboorteadministratie is. Deze kinderen hebben dan ook geen geboortecertificaat. Voor kinderen geboren in de steden geldt dit overigens niet, deze worden vrijwel altijd aangegeven. Dit wil niet zeggen dat kinderen in de dorpen geen documenten hebben waarin de vader officieel genoemd wordt. Zowel stads- als dorpskinderen krijgen wanneer zij gedoopt worden een doopcertificaat, waarop de naam van de vader staat en dus de achternaam van het kind. De schriftelijke erkenning is daarmee officieel vastgelegd voor zowel de gemeenschap als voor de wet. Dat een kindje in Nederland de verkeerde achternaam kan meekrijgen was eigenlijk voor alle Eritrese vrouwen die deelnamen aan deze verkenning onbegrijpelijk.

Aan de getrouwde vrouwen die een kindje van een andere partner hebben gekregen is gevraagd hoe de relatie tot stand is gekomen en of de zwangerschap gepland was. Voor drie van de vier vrouwen was de zwangerschap ongepland en voor een van hen was de zwangerschap ook ongewenst. Slechts één moeder had de zwangerschap gepland, zij lichtte het volgende toe:

'Ik was uitgehuwelijkt op mijn 20^e, ik had wel ingestemd met het huwelijk. Door omstandigheden ben ik gevlucht uit Eritrea en nu ben ik hier. Officieel ben ik inderdaad niet gescheiden, maar voor mezelf ben ik dat wel. Met mijn huidige partner is het veel leuker, ik denk dat ik nu pas echt weet wat liefde is en hoe het hoort te zijn tussen twee mensen in een relatie. Ik denk dat het misschien met mijn voormalige man ook had kunnen werken, maar het is minder natuurlijk. Het heeft veel meer tijd nodig. Mijn ingeving is dat vrouwen moeten proberen om snel een partner te vinden die ze leuk vinden. Een partner hebben heeft ook veel voordelen, hij beschermt je fysiek maar ook sociaal-emotioneel. Je bent niet meer alleen, als je met hem trouwt beschermt hij je, en je naam en je vrouwelijke eer blijven daarmee intact.' (Vrouw 7, 24 jaar)

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

De vele vragen die vrouwen krijgen naar aanleiding van de onduidelijkheid over wie de vader is, zorgen ervoor dat zij zich vaker terugtrekken en minder openstaan voor, of sociale contacten verbreken met, Nederlanders. Ze zijn bang dat professionals hen zullen veroordelen vanwege het ongehuwd zwanger zijn, ongepland zwanger zijn of zwanger zijn van een andere man dan hun wettige echtgenoot. Deze situaties leiden tot enorm veel schaamte en stress. Behalve door professionals zijn vrouwen bang om veroordeeld te worden door mensen uit de Eritrese gemeenschap met wie zij direct contact hebben, maar ook door familieleden die nog in Eritrea wonen. Dit zorgt ervoor dat zij zich terugtrekken uit sociale gelegenheden zoals feesten. Vrouwen die zwanger zijn van iemand anders dan hun echtgenoot en die bezig zijn met de gezinsherenigingsprocedure, zijn ook bang dat de IND hun aanvraag zal

afwijzen. Zoals eerder beschreven zijn er verschillende oorzaken voor de zwangerschap, zoals verliefd worden op een nieuwe man en de vrijheid die Eritrese vrouwen en mannen in Nederland ervaren. De ruimte en kansen die men in Nederland ervaart, leiden ertoe dat Eritrese nieuwkomers niet altijd verder willen met hun partners uit het gearrangeerde huwelijk. Een andere reden waarom vrouwen snel voor een andere man kiezen kan zijn dat zij zich kwetsbaar voelen hier in Nederland. Ook de lange wachttijd tijdens de gezinsherenigingsprocedure kan hierbij een rol spelen. Sommige Eritrese vrouwen voelen zich onvoldoende veilig en hopen dat een nieuwe partner hen bescherming biedt, zowel tegen de eenzaamheid als bij hun kwetsbare positie als vrouw. Tegelijkertijd kunnen (ongepande) zwangerschappen voortgekomen uit misbruiksituaties niet uitgesloten worden.

DE ROL VAN DE ERITRESE VADER

Een van de vragen in deze verkenning was: *wat is de betrokkenheid van de Eritrese vader en hoe ziet die eruit?* Hoewel de partners, en dus de vaders, niet tot de officiële deelnemers behoorden van deze verkenning, waren drie vaders aanwezig op het moment dat we hun vrouw of vriendin spraken. Daarnaast hebben we ook inzichten gekregen over ouderschap en de rolverdeling tussen mannen en vrouwen in Eritrea uit de FGD's met mannen. Diverse mannelijke deelnemers aan de focusgroepdiscussies vertelden dat er in Eritrea voornamelijk een traditionele rolverdeling in huishoudelijke taken en verzorging geldt. Er zijn verschillen tussen jongere en oudere generaties, maar ook tussen stedelingen en mensen uit de dorpen.

'Er zitten hele grote verschillen in ouderschap in Eritrea. Tussen dorpelingen en stedelingen. Tussen moderne gedachten en meer traditionele gedachten. Over het algemeen kan je het zo zien dat de vaders de voorbeeldfunctie zijn voor de zonen en de moeders voor de dochters. Dus je ziet ook van kleins af aan dat meisjes heel veel zullen spelen met huishoudelijke dingen en dan langzamerhand ook dat soort dingen gaan leren van hun moeders. Maar als je dan naar de

stedelingen kijkt, zal je zien dat er veel nadruk wordt gelegd op gelijkwaardigheid. Men vindt daar dat meisjes evenveel kansen moeten krijgen als jongens. En daarom ook vaak dezelfde kansen qua school hebben. Maar een meisje zal altijd ook de taken van de vrouw via haar moeder meekrijgen, omdat ze ook moeders worden. En de jongens krijgen dat andersom mee van hun vaders.' (Mannelijke deelnemer aan FGD 3, leeftijd 35 - 55 jaar)

'Het is wel verschillend tussen vroeger en nu, dus onze generatie en die van onze ouders. Nu werken vrouwen soms ook. Steeds vaker trouwens, omdat veel vaders afwezig zijn vanwege de dienstplicht. Mijn moeder werkt bijvoorbeeld. Het is nu meer gebaseerd op gelijkwaardigheid. Vrouwen en mannen worden meer als gelijk gezien. Vroeger bleven eigenlijk alle vrouwen thuis om voor de kinderen te zorgen en voor het huishouden.' *Zou je kunnen zeggen dat Eritrese kinderen daardoor een betere band met hun moeder hebben?* *'Dat is echt per huishouden verschillend, per opvoeding verschillend. Als ik voor mezelf spreek dan is er geen verschil tussen mijn ouders. Ik kan met hen allebei goed praten bijvoorbeeld. Wel is de moeder het grootste voorbeeld voor een dochter en voor zoons is dit hun vader.'* (Mannelijke deelnemer aan FGD 1, leeftijd 18 - 23 jaar)

Vrouwen gaven in deze verkenning aan dat de vader van hun kind een belangrijke steunfactor is bij een ongeplande zwangerschap. Het merendeel van de vrouwen beschreef hun relatie als stabiel. Vrouwen in een stabiele relatie vertelden dat de vaders hen zowel fysiek als emotioneel steunen, bijvoorbeeld door boodschappen voor hen te doen. Maar ook als ze gestrest waren, door hen gerust te stellen of gezelschap te houden. Vrouwen ervoeren dit als fijn, geborgen en veilig. Vrouwen die inmiddels waren bevallen vertelden dat ze zich zekerder voelen wanneer hun vriend bij hen en de baby is. Sommige vrouwen vertelden ook dat hun vriend de Nederlandse taal beter beheerst en makkelijker vragen durft te stellen aan professionals dan zichzelf. Vrouwen die veel met de

vader van hun kind samen waren, schetsten verschillende rolverdelingen. Bij sommigen is de rolverdeling meer traditioneel: in die gevallen spelen de vaders voornamelijk met hun kindje maar laten alle verzorging over aan de moeder. Er waren echter ook stellen van wie de moeder vertelde dat de vader van hun kindje bij alle activiteiten bereid is om mee te helpen zoals in bad doen, verschonen, omkleden en voeden (zie de quotes).

'Mijn partner heeft voor de bevalling ook veel geholpen in mijn huis. Ik verhuisde van een kleine kamer naar dit huis. Hij heeft alles geschilderd, alles verhuisd, alles in orde gemaakt en gezorgd dat alles het deed in huis. Tijdens de bevalling was hij aanwezig, ook in de verloskamer. Dat vond ik toch wel erg fijn. Hij helpt mij veel met de baby als hij er is. Helaas is hij er niet altijd. Hij woont in een andere gemeente, twee uur reizen hiervandaan. Als hij er is, doet hij haar in bad, speelt en knuffelt hij met haar, of verschoont hij haar. Eigenlijk alles. Misschien is hij een uitzondering, maar hij helpt mij gelukkig met veel. Ook gaat hij nu mee naar het consultatiebureau en helpt hij met de taal.' (Vrouw 6, 24 jaar)

Reactie partner: 'Soms doe ik ook te veel voor haar merk ik. Soms moet het altijd van mij komen, bijvoorbeeld een vraag stellen op het consultatiebureau. Ze durft niet zo veel te zeggen of snel alleen iets te ondernemen. Ik help haar graag, maar ik wil ook graag dat ze zelf dingen onderneemt. Dat moet ze echt leren, dat vind ik belangrijk.'

'De vader vond ik fantastisch, heel natuurlijk. Hij was veel assertiever en zijn Nederlands was iets beter dan dat van haar. Ik heb hem alleen de kraamweek meege maakt, maar ik vond ook dat hij een positieve invloed had op haar. Hij stimuleerde de moeder om meer met de baby te doen en was ook lief voor haar. Als hij zo tegen haar deed, zag je haar helemaal stralen. Het was heel jammer dat ze niet samenwoonden. Want toen hij

weg was, kon je aan haar zien dat ze meer moeite had met alles. Ze was ook wel erg jong en dan al moeder...' (Kraamverzorgster 1)

Als minpunt aan hun relatie benoemden bijna alle geïnterviewde vrouwen dat zij geen stabiel gezin kunnen vormen omdat zij een latrelatie hebben met de vader. Sommige stellen woonden meer dan één uur reizen bij elkaar vandaan omdat ze in verschillende gemeenten gehuisvest waren. Tegelijkertijd gaven enkele vrouwen (drie van de twaalf) aan het ook juist fijn te vinden dat zij hun eigen huis hadden. Een reden hiervoor is meer financiële ruimte en onafhankelijkheid. Eritrese sleutelpersonen bevestigden het verhaal van de vrouwen en benadrukten dat onafhankelijkheid voor sommige vrouwen soms zwaarder weegt dan als gezin in één huis wonen.

'Aan de ene kant hebben vrouwen het voor het zeggen en kunnen zij kiezen. Hiermee bedoel ik: er zijn meer mannen dan vrouwen. Daarom willen de mannen snel settelen, ook al zijn ze jong. Dus vrouwen kunnen letterlijk kiezen uit meerdere mannen. Als ze een vriend hebben willen zij niet per se meteen settelen, ook al krijgen ze bijvoorbeeld een kind van hem. Dit wil ook niet zeggen dat ze niet meer met hem verder willen. Ze willen langer kunnen genieten van de vrijheid die de Nederlandse maatschappij ze geeft, dus je eigen huis, met je eigen regels, gaan en staan wanneer en waar je wilt, je eigen partner uitkiezen. Dit is ook een reden waarom de vrouwen liever niet gaan samenwonen. De mannen willen dat juist wel om de vrouw aan zich te kunnen binden. Er zou meer informatie aan deze vrouwen gegeven moeten worden over wat de voordelen van samenwonen zijn en welke bescherming het een kind geeft wanneer hij met beide ouders in hetzelfde huis opgroeit.' (Sleutelpersoon 2)

INTERPRETATIES ONDERZOEKER:

Het is jammer dat deze vrouwen onvoldoende vertrouwen hebben om de vaders in beeld te brengen bij de geboortezorgprofessionals. Achter de schermen zijn sommige relaties van de geïnterviewde vrouwen erg

betrokken bij hun kindje en bij de opvoeding van hun kindje. Behalve dat dit een prettige situatie voor moeder en kind is, vormen de vaders ook tot op zekere hoogte een (stabiel) vangnet, dat voor de buitenwereld niet zichtbaar is. Ook zouden de vaders op een positieve manier ingezet kunnen worden door professionals om moeders meer te ondersteunen en te empoweren in hun moederrol. Helaas krijgen professionals daarvoor nu te weinig kans, omdat de vaders vaak 'onzichtbaar' zijn en blijven.

5.2.3 Psychische belasting van ongeplande zwangerschappen

Bijna alle vrouwen die ongepland zwanger waren geworden, kampten met schaamtegevoelens en hadden soms moeite om de situatie te accepteren. Alle vrouwen die deelnamen aan deze verkenning voelden zich lichamelijk gezond en maakten zich geen zorgen over hun gezondheid. Toch gaf driekwart van hen in de vragenlijst aan dat zij matig tot veel zorgen hadden in het jaar dat zij zwanger of net moeder waren geworden. De gevoelens die zij omschreven gingen gepaard met stress, angst, kwetsbaarheid, schande/schaamte, boosheid en depressiviteit. De meest genoemde reden waarom zij moeite hadden om hun zwangerschap te accepteren, was het gegeven dat zij ongehuwd zwanger waren geraakt. Vooral de vrouwen die zwanger waren van iemand anders dan de man met wie zij in Eritrea getrouwd waren, hadden veel last van psychische klachten. De helft van deze vrouwen (twee van de vier) voelde zich ook depressief. Zij probeerden zo veel mogelijk het contact met anderen af te houden en zo min mogelijk naar openbare gelegenheden te gaan totdat zij bevallen waren. Ook maakten de vrouwen die zwanger waren van een ander maar bezig waren met gezinshereniging met hun wettige echtgenoot, zich zorgen over hun (toekomstige) kindje en of dat wel geaccepteerd zou worden door hun man, die immers niet de biologische vader is.

'Zoals verteld ben ik getrouwd, mijn man zit in Israël. Dit was een slippertje waar ik zo veel spijt van heb. Mijn gezinsherenigingsprocedure duurt nu zo lang. Je wordt

afgewezen, je raakt diep in de put. Je voelt je zo kwetsbaar en eenzaam. Voor je het weet heb je de grootste fout van je leven gemaakt die je kunt bedenken in een huwelijk, zwanger worden van een ander. Ik krijg steeds vragen over misbruik en verkrachtingen, of ik seks tegen mijn zin in heb gehad. Steeds dezelfde vragen, het is zo confronterend. Ik ging veel nadenken over de situatie waarin ik verkeerde. Het maakt me zo gestrest en depressief.' (Vrouw 8, 27 jaar)

'Soms komen mensen langs of bellen mij, maar ik wil ze niet zien. Ik wil dat ze weggaan en wegblijven. Ik weet dat ze het goed bedoelen, maar ik kan het gewoon niet. Ik denk steeds: wat zullen ze over me denken? Ik haat het dat ik in deze situatie zit. Ik ben bang dat de IND mijn man weer afwijst. Als hij weer afgewezen wordt, dan komt dat misschien omdat ik nu een kind van iemand anders heb. Als mijn man naar Nederland komt wordt alles weer goed, maar dan denk ik: accepteert hij later echt mijn kind?' (Vrouw 11, 24 jaar)

Vrouwen die bewust zwanger waren geworden, hadden veel minder last van schaamte, angsten, boosheid, stress en piekeren. Het valt op dat deze vrouwen vaker zelfredzaam waren en zich zelfstandiger hadden voorbereid op de komst van het kindje. Dit is concreet terug te zien in de babyuitzet, het organiseren van de kraamzorg, en hun welzijn. Deze vrouwen zaten beter in hun vel en vertelden dat ze uitkeken naar de komst van de baby. Daarnaast hadden deze vrouwen geen moeite om sociale contacten met anderen aan te gaan en te onderhouden.

ONGEPLAND ZWANGER EN COPINGSTRATEGIEËN

Elke vrouw die ongepland zwanger was had een manier gevonden om met de situatie om te gaan, ook wel coping genoemd. De meest toegepaste copingstrategieën bij zwangeren en moeders waren het belijden van religie en het beperken van sociale contacten buitenshuis. Het verschil in coping tussen de zwangeren en de moeders die aan deze verkenning hebben deelgenomen, was vooral de mate van beperkte sociale contacten buitenshuis.

De eerdergenoemde schaamte leek tijdens de zwangerschap erger te zijn dan in de periode erna. Na de bevalling, met de geboorte van het kind en een nieuwe rol als moeder, veranderde bij de meeste vrouwen ook het gevoel. Na de geboorte van hun kindje ervoeren vrouwen uiteraard de uitdagingen van het ouderschap, maar zeker ook veel geluk. Sommige vrouwen zeiden het volgende: 'Ik ben nu geen meisje of vrouw meer, maar de moeder van ...'

In de moeilijke transformatie van vrouw naar moeder stonden steeds twee personen centraal: de vader van het kindje en een (Nederlandse) contactpersoon. Contactpersonen konden een buurvrouw zijn, een maatschappelijk begeleider van VWN, een taalmaatje of een maatje van een ander maatjesproject. Daar waar Nederlandse contactpersonen zeer zichtbaar waren voor de geboortezorgprofessionals, werden vaders (meestal onterecht) door hen en soms ook door de Nederlandse contactpersonen als de grote afwezig bestempeld. Sommige vrouwen zorgden er namelijk voor dat zelfs hun Nederlandse contactpersoon niet in contact kwam met de man van wie zij zwanger waren en met wie zij een stabiele relatie hadden. In de meeste gevallen (bij acht van de twaalf vrouwen) waren alle vaders in beeld bij de zwangere/ moeder zelf, maar dus niet bij de professionals. Vaders en (aanstaande) moeders hadden goed contact met elkaar, waarbij er volgens de vrouwen sprake was van een stabiele (lat)relatie. Vaders en Nederlandse contactpersonen speelden beiden een even belangrijke rol als ondersteuner bij een ongeplande zwangerschap. Beiden werden door de vrouwen als hun grote steun en toeverlaat gezien voor morele en praktische ondersteuning.

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

Het gevoel van schaamte was overheersend aanwezig bij bijna alle vrouwen. Schaamte komt voort uit de discrepantie tussen hoe iemand vreest door anderen gezien te worden en hoe men graag gezien wil worden. Eerder beschreven we de schande waarover men spreekt in Eritrea wanneer een vrouw ongehuwd een kind krijgt. Des te groter is de schande wanneer een gehuwde vrouw zwanger is van een andere man dan

haar echtgenoot. Hoewel de familie van deze vrouwen doorgaans op grote afstand woont, namelijk nog in Eritrea, vrezen zij de schande en de minachting die henzelf en hun gezin mogelijk te wachten staat. Sommige vrouwen proberen de schade te beperken door het aantal sociale contacten te beperken. Na de bevalling maken Eritrese vrouwen een transformatie door en worden zij ook anders benaderd en gezien. Moederschap werkt statusverhogend binnen de Eritrese cultuur. Na de transformatie van meisje/vrouw naar moeder was te zien dat een aantal deelnemers meer zelfvertrouwen hadden gekregen en zich steeds beter konden loswaken van het schaamtegevoel. Dit ging voor sommige vrouwen gepaard met het meer naar buiten gaan en het aanhalen van sociale contacten. Helaas gold dit niet voor alle vrouwen.

5.2.4 Kennis van vgv en ideeën over seksualiteit

Er is een hoge prevalentie van vrouwelijke genitale verminking (vgv) in Eritrea. Om meer inzicht te krijgen in kennis en attitudes over vgv, hebben wij in deze verkenning specifieke vragen gesteld over vgv. Het grote merendeel, namelijk acht van de twaalf, van de deelnemers had weinig tot geen kennis over vgv. Ze wisten bijvoorbeeld niet welke gezondheidsrisico's vgv met zich meebrengt, en waarom, wanneer, waar en bij wie vgv in het algemeen wordt uitgevoerd in Eritrea. Ook wisten sommige vrouwen niet of zij zelf besneden zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in de Tigrinya gemeenschap kinderen vaak besneden worden voordat ze 4 maanden oud zijn. Daarbij wordt/ werd in deze gemeenschap veelal type 1 toegepast, dat wil zeggen clitoridectomie, de gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en/of de voorhuid. Deze vorm van besnijdenis laat niet altijd (duidelijke) littekens achter. De vrouwen die wel konden vertellen waarom vgv in Eritrea voorkomt, noemden vooral het inperken van de seksualiteit van meisjes als belangrijkste reden.

De overige (vier) vrouwen hadden matig tot veel kennis over vgv. Deze vrouwen konden aangeven bij welke etnische groepen welk type besnijdenis voorkwam en

dat dit gebruik gezondheidsrisico's met zich meebracht tijdens de bevalling. Vrouwen die veel kennis hadden over vgv hadden zelf ook voorlichting gegeven over dit onderwerp aan andere vrouwen en meisjes in Eritrea. Zij deden dit als *peer educator* tijdens hun middelbare-schoolperiode. Bijna alle vrouwen zeiden dat zij geen kennis hadden over de wet- en regelgeving in Nederland, maar dat ze vermoedden dat het verboden is. Ze gaven aan hierover meer te willen weten.

'Ik weet niets over vgv, ik heb er nooit iets over geleerd. Ik weet ook niet waarom ze het deden. Van horen zeggen weet ik dat vgv hoort, maar geen idee waarom. Ik kan jullie daarom niet vertellen wat mijn mening over vgv is, daarom zou ik nu zeggen dat vgv hoort te gebeuren. Niet omdat ik denk dat het goed of slecht is, maar omdat dit het enige is wat ik er altijd over heb gehoord, namelijk dat het moet.' (Vrouw 2, 34 jaar)

'In Nederland heb ik tot nu toe geen informatie over vgv gehad. Ik ga ervan uit dat het niet mag omdat het in Eritrea ook niet mag.' (Vrouw 3, 20 jaar)

Veel vrouwen vonden het moeilijk om een mening te vormen over vgv, omdat ze volgens eigen zeggen te weinig weten over dit thema. Beperkte kennis over vgv zorgt ook voor verkeerde opvattingen over seksualiteit en seksueel genot. Zo dachten de meeste vrouwen dat onbesneden vrouwen losbandig zijn en meer seksueel genot ervaren dan besneden vrouwen. Tegelijkertijd werd dit idee door enkele vrouwen bekritiseerd en in twijfel getrokken.

'Ook weet ik dat meisjesbesnijdenis als reden wordt gebruikt om te voorkomen dat meisjes 'wild en onaangepast seksueel gedrag' gaan vertonen. Als een meisje niet besneden is, zou ze sneller met mannen seks willen hebben. Maar dit is een leugen! Als ik kijk naar de andere vrouwen die net als ik in Nederland zijn, die hebben allemaal een vriend. Sommigen hebben zelfs meerdere vriendjes. Dus ja, wat is het nut geweest van

de besnijdenis? Ik zou mijn dochter niet laten besnijden, omdat het zinloos is. Het voorkomt niets.' (Vrouw 5, 30 jaar)

Bij twee moeders die net bevallen waren van een dochter waren de vaders aanwezig tijdens het interview. In het gesprek met deze moeders en hun partners is gevraagd in welke mate deze ouders denken dat ze sociale druk zullen ervaren vanuit de Eritrese gemeenschap of familieleden in Eritrea om hun dochters te laten besnijden. De twee vaders hadden een standvastiger mening dan de moeders. De vaders gaven aan goed bestand te zijn tegen sociale druk, de moeders hadden meer moeite om dit stellig te zeggen. In welke mate sociale druk een rol zal spelen is in deze verkenning onvoldoende verkend.

'Ik weet niet veel over vgv, ik heb ook geen vragen gehad over vgv voordat we bij het consultatiebureau kwamen. Wij geloven niet in vgv, het is moeilijk om erover na te denken omdat we dat ook nooit in Eritrea hebben gedaan. We krijgen nu pas vragen hierover.' (Vrouw 6, 24 jaar)

Reactie partner: 'Ik heb zussen die besneden zijn en een zusje dat dat niet is. Dus ja, dat laat al zien dat er ook verandering plaatsvindt. Persoonlijk denk ik dat we de druk van familie makkelijk kunnen opvangen. Die is er niet, maar als die er zou zijn is het makkelijker nu omdat we hier in Nederland zitten. Ver weg van Eritrea, wat willen ze doen?'

'Over meisjesbesnijdenis weet ik niet veel, zelfs niet of ik besneden ben en in welke vorm. Alleen dat het gedaan werd om seksuele gevoelens van vrouwen te verminderen. Sinds mijn komst in Nederland heb ik geen informatie over vgv gehad. Ook niet bij het consultatiebureau. Misschien komt dat nog.' *Hoe denkt je familie over vgv en dat je dochter niet besneden mag worden in Nederland?* 'Dat is lastig om te zeggen. Ik hoop dat ze het niet nodig vinden, maar ik weet het niet.' (Vrouw 7, 24 jaar)

Reactie partner: 'Nou ik weet het wel, ik denk dat ze het erg zullen vinden. Ze hadden ook veel moeite om mij te accepteren. Ik weet ook niet of ze het echt geaccepteerd hebben. Dat is vooral omdat ik uit een andere regio/provincie kom dan zij. Ze zijn nog veel conservatiever dan mijn familie. Ik heb een zusje van 19, bijna 20. Mijn moeder heeft haar niet besneden en vindt het niet nodig. Niemand komt ook aan mijn dochter.'

'Ik geloof niet in afdwingen, maar meer in vreedzame oplossingen en vooral bewust maken. Ik heb mijn moeder op den duur ervan overtuigd dat ik met mijn huidige partner verder wil. Niet met de partner die zij destijds hadden uitgekozen voor mij. De afstand helpt ook in deze situatie. Ik zit zover van haar vandaan. Zij is niet in de buurt om mij te straffen, maar ook niet om mij te beschermen tegen mannen, kwade bedoelingen van wie dan ook. Maar mijn partner nu wel. Zo geloof ik ook dat ik met mijn moeder over vgv kan praten. Haar informeren dat het hier niet mag en dat wij hier leren dat vgv nergens aan bijdraagt. Ergens weet ze dat zelf ook, omdat er jarenlang in Eritrea tegen vgv campagne is gevoerd en het sinds een tijdje echt verboden is. Sommige dingen hebben gewoon meer tijd nodig.'
(Vrouw 7, 24 jaar)

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

Jonge Eritrese vrouwen hebben hoogstwaarschijnlijk weinig kennis over vgv omdat hun ouders jarenlang blootgesteld zijn geweest aan allerlei anti-vgv bewustwordingscampagnes in Eritrea. Dit kan ertoe hebben geleid dat de ouders niet al hun dochters hebben laten besnijden, maar ook dat men een besnijdenis niet langer openlijk viert en hierover praat, zoals in oudere generaties het geval was. Wel krijgen vrouwen en meisjes nog steeds van hun moeders mee dat vgv een goede manier was/is om de seksuele 'driften/gevoelens' van meisjes en vrouwen in te perken. Deze verklaring en de sociale normen die in Eritrea gelden over hoe een goede vrouw of meisje zich hoort te gedragen, staan steeds vaker haaks op de realiteit die zij om zich heen zien. Steeds meer vrouwen hebben seks of krijgen een kind terwijl zij niet getrouwd zijn.

Veel van deze vrouwen zijn echter wel besneden. Deze discrepantie tussen de verhalen die worden verteld over de seksualiteit van vrouwen en de seksuele ontplooiing van vrouwen, zorgt ervoor dat steeds meer jonge mannen en vrouwen twifelen aan het nut van vgv. Tegelijkertijd weten zij, ondanks de wet tegen vgv die sinds 2007 in Eritrea van kracht is, nog niet zeker of zij bestand zouden zijn tegen de sociale druk van hun ouders, mochten zij met hun dochters naar Eritrea terugkeren. De eerdergenoemde vaders leken meer standvastig te zijn dan hun partners. Ook weten weinig vrouwen wat de Nederlandse wetgeving tegen vgv inhoudt en hoe zij deze wetgeving kunnen inzetten om hun dochter in bescherming te nemen.

5.3 Belemmeringen die Eritrese vrouwen en professionals in de geboortezorg ervaren

Er blijken twee overkoepelende thema's te zijn waarin zowel de professionals als de vrouwen belemmeringen ondervinden om optimaal gebruik te maken van de geboortezorg dan wel optimaal zorg te kunnen verlenen. De door beide groepen meest genoemde belemmering betreft het verschil in communicatie. Een andere belemmering betreft het (on)voldoende bekend zijn met de geboortezorg(keten), in combinatie met beperkte gezondheidsvaardigheden. In de volgende paragrafen zal hier aandacht aan besteed worden en aan de verschillende factoren die een rol spelen bij deze thema's.

5.3.1 Communiceren met verschillende culturele spelregels

Cultuurverschillen spelen een grote rol in ons denken, onze ziektepresentatie en onze opvoedstijl. Maar wellicht zijn deze verschillen het meest zichtbaar in onze communicatiestijlen. Nederland kent een vrij directe manier van communiceren, die tegenovergesteld is aan de Eritrese manier van communiceren. Deze stijl is indirect en (te) veel vragen stellen wordt als onbeleefd en nieuwsgierig gezien. Hetzelfde geldt voor

iemand aankijken: als je met iemand communiceert wordt het elkaar aankijken in Nederland niet alleen gewaardeerd, maar zelfs als vanzelfsprekend gezien. Dit staat haaks op de Eritrese manier van communiceren: uit beleefdheid kijk je de 'bovengeschikten', zoals je ouders, een docent of een arts, niet aan.

'Ik vind de Eritreeërs wel echt de moeilijkste groep. Ik vind de Syriërs bijvoorbeeld makkelijker. Hoewel de Syriërs ook wel uit een hele andere wereld komen, zijn ze vaker hoog opgeleid, spreken ze goed of in ieder geval een beetje Engels en weten ze gewoon beter de weg te vinden ofzo, naar mijn idee. Het is echt makkelijker. Ik heb ook het idee dat we elkaar eerder snappen, ook al spreken we elkaars taal niet. Vrouwen zijn ook wat geëmancipeerder, de familierelaties zijn (voor ons) duidelijker. Ze leven ook met wat meer regelmaat, geregelde tijden, regels voor de kinderen, op bepaalde tijden eten, afspraken beter nakomen. Die regelmaat zie ik niet bij de Eritreeërs en krijg ik er ook niet in. Daar erger ik me soms aan, maar dan weet ik ook dat dat eigenlijk niet zou mogen, omdat het voor hen gewoon anders is.' (Jeugdverpleegkundige 2)

'Eigenlijk weet ik niets over deze groep, ik heb nu kennism gemaakt met vier gezinnen. Voor een deel is er veel overlap met andere migrantengroepen, maar in de communicatie is het heel anders en soms lastig. Ze zijn zo vriendelijk, maar ik snap ze gewoon niet goed soms. Daarom merk ik bij mezelf dat ik behoefte heb om meer over hun achtergrond te weten, en over hun vluchtreis. Hoe hebben al deze dingen invloed op hoe ze kijken naar ouderschap? Ik wist bijvoorbeeld ook niet dat er veel meisjesbesnijdenis voorkwam.' (Kraamverzorgster 1)

'WAAROM STELLEN ZE ZO VEEL VRAGEN?'

In eerdere paragrafen hebben we aangegeven dat Eritrese vrouwen het moeilijk vonden om vragen te krijgen over hun relatie en over de vader van hun kindje. Professionals op hun beurt vonden het lastig dat wanneer zij zich zorgen maken en dus vragen

stellen, het moeilijk te achterhalen is wat er speelt. De vrouwen vonden het ook moeilijk om te begrijpen waarom er **überhaupt** zo veel vragen gesteld worden in de zorg. Om goede zorg te leveren zijn professionals uiteraard afhankelijk van de informatie die zij krijgen van de patiënt of cliënt. Net zo belangrijk is het voor patiënten en/of cliënten om te weten waarom er zo veel vragen gesteld worden. Uit de interviews met de Eritrese vrouwen blijkt dat sommige vrouwen moeite hebben om te onderscheiden of een vraag gesteld wordt uit belangstelling of omdat het antwoord van belang is voor de hulpverlening. Ook vertelden zij dat ze het moeilijk vinden om nee te zeggen en opheldering te vragen over de aard van de vragen en waarom deze gesteld worden. Vooral vrouwen die bepaalde informatie niet wilden delen, bijvoorbeeld over wie de vader van hun kindje is, raakten gestrest van de vele vragen. Hierdoor ontstonden bij sommige vrouwen gevoelens van onbegrip, frustraties en soms ook wantrouwen in de zorgprofessional en het zorgsysteem.

'Zo vroeg de verloskundige mij het adres van mijn partner. Ik vond dat niet zo fijn. Ze zag dat aan mij denk ik en vertelde toen snel waarom ze dat graag wilde hebben. Ik nam haar in vertrouwen en vertelde over mijn getrouwde situatie en dat ik niet wil dat iedereen dat weet. Ze legde uit dat deze achtergrondinformatie niet belangrijk is voor haar. Maar het adres wel, zodat ze me altijd kon bereiken als de bevalling begon en zo was het ook. Toen ik moest bevallen wist ze het adres en kwam ze, zonder het verder na te vragen, naar mijn vriendjes huis toe, waar ik op dat moment ook was. Dit hielp mij echt om te begrijpen waarom ze soms veel vragen stellen. Maar ook om niet steeds bang te zijn voor alle vragen. Ik denk dat ze het goed kunnen oplossen door goed uit te leggen waarom ze de informatie nodig hebben en dat het vooral is om ons te helpen. Dus vraag niet alleen: waar woont je vriend of wat is zijn adres, maar vertel ook waarom je dat wilt weten!' (Vrouw 7, 24 jaar)

'MEVROUW, HEEFT U VRAGEN VOOR MIJ?'

De professionals vonden dat Eritrese vrouwen zeer weinig vragen stellen. Ook zeggen die vaak dat ze de informatie begrepen hebben, terwijl de professionals hieraan twijfelen. De Eritrese vrouwen ervoeren zowel het zelf vragen stellen als het vragen ontvangen als een uitdaging, onder andere vanwege verschillen in communicatiestijl, beperkte beheersing van de Nederlandse taal, beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. De Nederlandse zorg is ingericht op de vraagbehoefte van de patiënt of cliënt, dit houdt bijvoorbeeld in dat moeders bij het consultatiebureau zelf vragen moeten stellen om advies te kunnen krijgen. Eritrese vrouwen hebben echter moeite om hun vraag te formuleren. De onderstaande quotes illustreren dit.

'Zij zijn de artsen die iets over de gezondheid van kinderen kunnen zeggen. Toch verwachten ze dat ik de vragen stel, ik verwacht dat zij mij vragen stellen. Ik weet niet waar ik moet beginnen. Ik weet zo veel niet, hoe weet ik nou wat ik nog niet weet. Ik snap niet zo goed hoe zij werken en wat ze van ons willen.'
(Vrouw 6, 24 jaar)

'Ik wil geen vragen stellen, alles is nieuw. Ik wil eigenlijk alles weten, waarom vertellen ze het gewoon niet? Ik weet niet wat ik moet vragen, dat is te moeilijk.'
(Vrouw 3, 19 jaar)

'Wat ook lastig is, is dat ze heel vaak ja zeggen, maar er eigenlijk niks van snappen. Ik weet dat inmiddels. Dat zie ik als ik erbij zit, als zij met andere mensen zitten en er wordt een verhaal afgestoken dat vaak veel te snel gaat. Die vrouw die bijvoorbeeld iedere week bij haar komt, om haar met de voorbereidingen voor de baby te helpen, dat gaat allemaal in het Nederlands, zonder tolk. Ze praat veel te snel, gebruikt veel te moeilijke woorden en dan zie ik mijn cliënt al denken: laat maar, ik ben hier te moe voor. Dan zegt zij ook tegen me als die vrouw weg is: 'Die praat zo veel!'
(Maatschappelijk begeleider VWN 1)

VRAGEN KRIJGEN OVER VGV

In deze verkenning hebben we vrouwen gevraagd hoe zij het ervaren als zij vragen over het thema vgv krijgen, om meer te weten te komen over hun attitudes. Niet alle vrouwen hadden vragen gekregen over vgv. De vrouwen die hier wel vragen over hebben gekregen vonden dat geen probleem. Sommige vrouwen kregen herhaaldelijk dezelfde soort vragen tijdens hun bezoeken aan het consultatiebureau. Deze vrouwen ervoeren dit als negatief en begrepen niet goed waarom dezelfde vraag opnieuw gesteld werd. Hierdoor kregen zij het gevoel dat men hen niet vertrouwde.

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

Met verschillen in communicatiestijlen liggen misverstanden op de loer. Hier hebben zowel Eritrese vrouwen als professionals mee te maken. Door extra toelichting te geven over waarom bepaalde vragen gesteld worden, kunnen deze misverstanden mogelijk worden voorkomen. Tevens zou het vrouwen kunnen helpen om een betere afweging te maken of het noodzakelijk is om geheimen voor zich te houden of niet. Om een vertrouwensband op te kunnen bouwen met professionals moeten vrouwen eerst het gevoel krijgen dat hun geheimen veilig zijn en dat ze niet veroordeeld zullen worden als zij hun verhaal vertellen. De kans is dan groter dat de vrouwen eerder en/of accurater antwoord geven. Daarnaast blijft het belangrijk om herhaaldelijk het concept van de geheimhoudingsplicht voor professionals uit te leggen.

'Soms word je overvallen door vragen. Ze hebben een lijstje dat ze moeten vragen. Ik snap het, maar je weet natuurlijk niet wat ze zullen vragen, dus soms word je verrast. Zo vragen ze dingen over meisjesbesnijdenis. Op zich vonden wij dat geen probleem. Mijn huidige partner was ook mee. Maar bij een tweede keer dat we weer bij het consultatiebureau waren, stelden ze weer dezelfde vragen over vgv. Er zat een ander persoon deze keer. Nu irriteerde het mij wel, omdat ik dacht: waarom vragen ze het nu weer opnieuw? Ik neem aan dat het toch al geregistreerd staat. Dus waarom vragen

ze het dan? Omdat ze bang zijn dat we onze dochter iets aan gaan doen, of omdat ze denken dat we het niet begrepen hebben, waarom? (Vrouw 6, 24 jaar).

'Ik kreeg vragen in het ziekenhuis bij de gynaecoloog over vgv. Ze wilden weten of ik was besneden en hoe ik erover dacht. Ik ben besneden, dat heb ik hen verteld en ook dat het vroeger in Eritrea normaal was, maar dat het tegenwoordig niet meer mag en dat er daarom steeds minder meisjes besneden zijn. Ook bij de JGZ kreeg ik vragen, ik krijg altijd dezelfde vraag door steeds een andere persoon. Ik heb er geen problemen mee. Ik vraag me wel af waarom ze het herhalen, maar ik vind het niet zo erg. Ze moeten het vragen denk ik. Ik zeg altijd hetzelfde: dat ik haar niet ga besnijden.' (Vrouw 10, 29 jaar)

'Vragen stellen over het thema meisjesbesnijdenis valt bijvoorbeeld over het algemeen weer erg mee. Toen we daarmee begonnen, om daarover te vragen, toen dacht ik dat het allemaal heel ingewikkeld zou zijn, maar dat viel eigenlijk allemaal wel mee. Ik weet dat er een soort drempel bij mezelf zit om het onderwerp te bespreken, maar ik merk wel dat als ik het vraag, dat mensen er helemaal niet raar op reageren. Het zit toch meer bij mezelf. Als ik bijvoorbeeld zeg: ik zie dat je uit Eritrea komt en ik weet dat dat een land is waar meisjesbesnijdenis voorkomt, mag ik je daar wat over vragen? – dan geven ze daar ook allemaal gewoon antwoord op. Het is voor mij meer beladen dan voor hen.' (Jeugdverpleegkundige Stevig Ouderschap)

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

In tegenstelling tot vragen over zaken als hun relatie of de vader van hun kindje, vonden alle vrouwen het niet erg om vragen te krijgen over vgv. Ook bij het thema vgv is het echter wel van belang om uit te leggen waarom deze vragen worden gesteld. Vooral als dezelfde vragen opnieuw gesteld worden bij een volgend consult door een andere collega. Het zorgt voor argwaan en het gevoel dat professionals de ouders niet vertrouwen. Dit zal er weer toe leiden dat

vrouwen minder geneigd zullen zijn een volgende keer antwoord te geven, ook op vragen over andere onderwerpen.

5.3.2 Communiceren en het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal

Om optimale zorg te kunnen verlenen is het van belang dat je elkaar goed kunt begrijpen en verstaan. Dit is bijvoorbeeld belangrijk bij het geven van de juiste informatie en gerichte instructies, bij coaching tijdens de bevalling en bij het opbouwen van een vertrouwensband. Taalproblemen worden daarom als de meest belemmerende factor benoemd door zowel de Eritrese vrouwen als alle professionals die deelnamen aan deze verkenning. Het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal en het niet altijd gebruik kunnen maken van een officiële tolk zorgen voor allerlei problemen en frustraties bij zowel professionals als vrouwen. De volgende quotes geven hiervan een impressie.

'Als ik gebruikmaak van de zorg dan vind ik dat lastig. Ik heb natuurlijk veel problemen met de taal en zonder een tolk is het eigenlijk onmogelijk. Mijn contactpersoon ging altijd met mij mee als ik een afspraak had, soms ging ook mijn vriend mee. Ik kreeg geen tolk, die moest ik zelf regelen. Ik belde na afloop van mijn afspraak vrienden op die mijn contactpersoon spraken. Zij vertelde hen wat er allemaal was gezegd en dan legden ze het aan mij uit. Ik begreep de informatie die werd verteld bijna altijd. Het is wel vervelend om vrienden te vragen om voor mij te tolken, vaak voel ik mij bezwaard.' (Vrouw 9, 20 jaar)

Heb jij de mogelijkheid om een tolk in te schakelen? 'Ja.' Tegen betaling of wordt het vergoed? 'Bij een aantal wordt het vergoed, dan valt het onder de COA-regeling. Als het onder het COA valt, dan is het natuurlijk gunstig, maar bij een aantal ook niet. Als ze eenmaal een status hebben dan niet, maar dat zijn investeringen waarvan je denkt: die zijn wel zo belangrijk om te doen want anders kun je gewoon niet uit de voeten.' Dus dat is een keuze die je persoonlijk maakt? 'Ja, en ook

omdat je anders maar zo weinig kan doen. Kostentech- nisch is dit een groep waar je niet op verdient als praktijk, dat is gewoon zo. Daarvoor doe je het ook niet, dat is ook bij heel veel dingen niet je insteek. Je investeert er meer in. Het kost meer tijd en het zou natuurlijk fijn zijn als dat in evenredigheid vergoed wordt, want het is wel echt een intensievere groep.' (Verloskundige 1)

Uit deze verkenning blijkt dat de mate van inzet van tolken bij consulten erg wisselend is, onder andere afhankelijk van het Nederlandse taalniveau van de vrouwen, de financiële middelen van de professionals en de aard van het gesprek en het type informatie dat gegeven moet worden (bijvoorbeeld informatie over prenatale screening). De ervaringen die professionals hebben met de inzet van tolken zijn erg verschillend, regelmatig is er ook sprake van negatieve ervaringen. Voor zowel de Eritrese vrouwen als de professionals geldt dat zij regelmatig twijfelen aan de adviezen of antwoorden van de ander, ondanks de inzet van een tolk. Voor een bekende van een van de geïnterviewde vrouwen had dit grote gevolgen: haar vriendin beviel zonder medische assistentie in haar bijzijn van een dochter.

'Een vriendin had direct aan het begin van haar afspraak met behulp van een tolk aan de gynaecoloog verteld dat ze al weeën had. Ze moest gaan liggen en ze gingen het bekijken, ze zeiden iets over 2 cm. Wij dachten dat ze zeiden: nog 2 cm wachten. Maar ze zeiden ook steeds: je bent er nog lang niet, het duurt nog even. Ga maar naar huis. Maar toen we samen bijna thuis waren, werden haar weeën heel erg. Ze had een buurvrouw gevraagd om te komen. Ze voelde van alles door elkaar, honger, dat ze moest plassen, weeën. Op een gegeven moment waren haar weeën zo heftig. Haar buurvrouw kon ons niet helpen. Gelukkig had ze al eerder een bevalling meegemaakt, dus ze wist het een en ander. Ze is op de grond gaan zitten en had een doekje op de grond gelegd en ze heeft haar dochter zelf opgevangen. Haar buurvrouw werd gek toen ze de baby zag. Vlak na de bevalling kwam haar contactpersoon van VluchtelingenWerk binnen, die had haar

buurvrouw gebeld. De contactpersoon had haar oude verloskundige gebeld. Eigenlijk was mijn vriendin al overgedragen naar het ziekenhuis maar ze is toch gelukkig gekomen. Toen hebben ze de baby van haar overgenomen. Gelukkig was alles goed afgelopen.' (Vrouw 10, 29 jaar)

'HUN WOORDEN VERTALEN NAAR WAT ER IN HET LICHAAM GEBEURT'

Beperkte gezondheidsvaardigheden bij Eritrese vrouwen zijn ook terug te zien in het feit dat de vrouwen in deze verkenning het lastig vonden om hun zwangerschap bij te houden. Een voorbeeld hiervan is het volgen van de eigen zwangerschap in weken: vrouwen spraken automatisch over het aantal maanden. Hierdoor was het ook lastig voor vrouwen om te weten in welk trimester van de zwangerschap ze zaten, en te overzien welke controles en klachten hierbij horen. Een ander voorbeeld is dat sommige vrouwen door hun beperkte kennis over het menselijk lichaam geen link kunnen leggen tussen bepaalde lichamelijke klachten en hun zwangerschap. De volgende quote maakt dit inzichtelijk.

'De klachten waar ze mee komen poneren ze alsof die buiten henzelf liggen, alsof ze geen idee hebben over de oorzaak en gevolgen van dingen die ze hebben. Je hebt natuurlijk allemaal klachten die niet bij de zwangerschap horen, maar de logische denkwijze zou zijn dat het misschien wel bij de zwangerschap hoort. Dat zien ze dan niet. Dan zijn ze bijvoorbeeld moe of hebben ze last van hun bekken en dan leg je uit dat de baby groter wordt, en dat het dan daar wat weker wordt en de baby er dieper indaalt. Dat soort dingen. Je moet alleen al extra uitleg geven over hoe dat hier in Nederland gaat, wanneer je bijvoorbeeld moet bellen als de bevalling begint. Dit zijn mensen die bellen met – pijn, baby komt.' (Verloskundige 1)

'Het maakt mijn werk veel moeilijker. Want je wilt, daarvoor zijn wij opgeleid, mensen goed geïnformeerde keuzes laten maken. Dus je wilt dat iemand een keuze kan maken waar hij achter staat. Je krijgt nu veel

meer de situatie dat jij zelf gaat invullen wat voor die persoon wel goed zal zijn. Dat is eigenlijk niet wat je wil, want je wilt juist die gelijkwaardigheid.' (Verloskundige 1)

'Vlak na de bevalling kreeg mijn zoontje een prik in zijn voetje. Ik wist eigenlijk niet goed waarom, de dokter vertelde dat het belangrijk was. Volgens mij iets over of hij wel of geen ziekte heeft. Het verhaal was veel te moeilijk en eng om te horen, hoe moet ik nou hun woorden vertalen naar wat er in het lichaam gebeurt? Gelukkig vertelde ze veel later dat alles goed was met mijn zoon.' (Vrouw 12, 25 jaar)

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

Een grote uitdaging voor professionals is de hoge mate van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden onder deze groep vrouwen. Een groot deel van de vrouwen is ergens tussen groep 8 en de brugklas gestopt met school in Eritrea. De taalbarrière die er tussen de professionals en Eritrese vrouwen bestaat, vergroot deze uitdaging nog. Professionals zijn verplicht om ook deze vrouwen te informeren over bijvoorbeeld de taken van de kraamzorg, de prenatale screening, de bloedcontrole om de resusfactor van de moeder te bepalen, het nut van een hielprikje, etc. Het is noodzakelijk om deze informatie te ontvangen, zodat je weet wat je te wachten staat en de juiste keuzes kunt maken. Het is nu de vraag in welke mate vrouwen deze informatie begrijpen en zorgvuldige beslissingen kunnen nemen. Complexe informatie vertalen naar het eigen lichaam of de ontwikkeling van het kind is voor veel vrouwen te moeilijk vanwege hun beperkte gezondheidsvaardigheden. Het is dan ook niet vreemd dat zij soms geen vragen stellen als zij het lastig vinden om bepaalde informatie te begrijpen en vervolgens vragen te formuleren over het deel dat ze niet begrijpen. Het is van belang dat professionals zich hiervan bewust zijn en aansluiting zoeken bij de kennis, communicatiestijl en belevingswereld van deze vrouwen. Dit houdt in dat zij hun informatie actief aanbieden en deze beknopt, in zeer eenvoudig Nederlands, kunnen overdragen. Maar ook dat ze creatief zijn in welke vorm of manier zij de informatie uitleggen, bijvoorbeeld door te tekenen, een filmpje te laten zien

of een pop te gebruiken. Elke keer zal dit anders zijn voor iedere vrouw, en daarmee bestaat er geen standaardaanpak of -uitleg.

5.3.3 Zich een weg banen in de geboortezorg

Een andere belemmering die Eritrese vrouwen onderkennen in de geboortezorg is het complexe Nederlandse zorgsysteem, waarin zelfredzaamheid en goede communicatieve vaardigheden van groot belang zijn, en waarin zij de weg moeten zien te vinden. In de volgende subparagraaf gaan we hier op in.

'WAT WORDT ER IN DE GEBOORTEZORG VAN MIJ VERWACHT?'

Eritrese vrouwen hebben veel moeite, vooral bij de eerste zwangerschap in Nederland, om te overzien wat er van hen wordt verwacht in de geboortezorg. Ze weten bijvoorbeeld niet welke professionals wat doen en wie wat voor hen kan betekenen. Behalve dat zij niet weten wat ze kunnen verwachten van professionals, weten ze zelf ook niet wat er van hen wordt verwacht. Uiteraard wordt alles uitgelegd door professionals, zodat ze zelfstandig hun weg kunnen vinden. Ze ontvangen bijvoorbeeld informatie zodat ze zelf een aantal taken kunnen oppakken, zoals het aanvragen van de kraamzorg, een kraampakket en klossen voor onder het bed. Maar de vrouwen moeten ook zorgen voor een babyuitzet, zelf controleafspraken maken en deze volgens afspraak nakomen. Zij vinden het lastig om al deze taken zelfstandig uit te voeren en weten vaak niet waar ze moeten beginnen en waar ze bijvoorbeeld een kraampakket kunnen kopen. Zelfs wanneer ze dit wel weten, ervaren zij een drempel om zelfstandig 'op pad te gaan' om spullen te halen. De grootste uitdaging voor professionals en vrouwen ligt dan ook in het voldoen aan elkaars verwachtingen. Het kost professionals veel tijd om te achterhalen waarom een vrouw niet naar een afspraak is gekomen of om haar te motiveren om op tijd te komen of de kraamzorg te gaan regelen. Het merendeel van de vrouwen (tien) die deelnamen aan deze verkenning werd ondersteund door een Nederlandse contactpersoon die hen heeft geholpen om beter wegwijs te worden in de geboorte-

zorg en om zich beter voor te bereiden op de komst van de baby. Vrouwen ervoeren deze hulp als zeer waardevol en positief. Vrijwel alle Eritrese vrouwen in deze verkenning zeiden dat ze nergens zouden zijn geweest zonder de extra hulp en dat ze deze begeleiding enorm hebben gewaardeerd. Professionals (zoals verloskundigen en jeugdverpleegkundigen) aan de andere kant twijfelden of deze aanpak wel goed is voor de moeders, en voor de vrijwilligers. Ze maakten zich zorgen over de overbelasting van de vrijwilligers. Sommige professionals die deze ondersteuning zelf bieden vonden ook dat de vrouwen hierdoor steeds passiever worden en dat de begeleiding arbeidsintensief is.

'Wij horen regelmatig van het kraambureau dat een verloskundige een Eritrese vrouw heeft aangemeld. Dit is eigenlijk niet de taak van de verloskundige, maar volgens mij hebben ze 'geen keus', als ze het niet doen dan wordt er niets geregeld. Dan denken ze: dan krijg je allerlei onveilige toestanden de eerste dagen en moet de verloskundige alsnog steeds langskomen. Het is voor ons ook altijd spannend omdat je niet weet wat ze wel en niet in huis hebben. Soms hebben ze niet eens de basiskleertjes voor de baby, geen kruiken en geen thermometer. En soms verrassen ze je, dan hebben ze echt alles, maar ligt het nog weggestopt in een koffer. Het verschilt zo per gezin.' (*Kraamverzorgster 2*)

'Mijn contactpersoon helpt mij heel veel. Zij is als een moeder voor mij; ik doe echt een groot beroep op haar. Zij gaat bijvoorbeeld altijd mee naar alle controles. Daarnaast gaat een kennis, een man, soms met ons mee, hij helpt met vertalen. Ik ga ook weleens met mijn contactpersoon alleen, zonder tolk, dus dan is het lastig. Zonder hen zou het zo moeilijk zijn voor mij.' (*Vrouw 8, 27 jaar*)

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

De begeleiding door vele vrijwilligers en maatschappelijk werkers die de vrouwen ondersteunen, hen wegwijs maken in de geboortezorg en hen helpen om zich voor te bereiden op de komst van het kindje is van essentiële waarde. Zonder hun hulp zou het voor veel vrouwen

niet mogelijk zijn om aan alle verwachtingen van het geboortezorgsysteem en bij de voorbereiding op het ouderschap te voldoen.

Tegelijkertijd schuilt achter deze extra hulp ook de discussie in welke mate de vrouwen van deze extra hulp voldoende leren of voldoende de mogelijkheid krijgen om zelfredzaam te worden. Het zou goed zijn voor vrouwen om fouten te maken en soms 'in het diepe te worden gegooid'. Hier is niet iedereen het mee eens, aangezien het welzijn van moeder en kind te allen tijde voorop moet staan. Per moeder moet uiteraard gekeken worden naar welke mate van ondersteuning zij nodig heeft, en in welke mate zij zelf verantwoordelijkheid kan dragen voor de zorg over haar eigen zwangerschap. En dus hoe zij stapsgewijs zelfredzamer kan worden.

AANMELDEN BIJ DE VERLOSKUNDIGE PRAKTIJK

In tegenstelling tot de signalen die Pharos voorafgaande aan deze verkenning heeft ontvangen, namelijk dat zwangere Eritrese vrouwen pas halverwege het tweede en soms zelfs derde trimester in zorg komen, constateerden wij dat elf van de twaalf deelnemers voor het einde van het eerste trimester de eerste afspraak met de verloskundige hadden. Gemiddeld wisten de vrouwen tussen de 5^e en 8^e week dat zij zwanger waren; één vrouw wist het pas later in haar zwangerschap (rond de 18^e week). De meeste vrouwen kregen hun zwangerschap bevestigd door de huisarts. Ze vertelden dat zij naar de huisarts waren gegaan omdat ze vanuit Eritrea kennen dat alleen een arts een zwangerschap kan bevestigen. Slechts twee vrouwen wisten dat ze zwanger waren door een zwangerschapstest uit te voeren.

Vrouwen hadden wisselende meningen over hun huisarts, vooral de bejegening kon beter volgens sommigen. Volgens deze vrouwen 'mopperde de huisarts' over dat zij te laat waren om bijvoorbeeld nog met foliumzuur te beginnen. Slecht twee vrouwen zijn toen ze wisten dat zij zwanger waren direct gestart met het slikken van foliumzuur. De rest van de groep had geen foliumzuur gebruikt, omdat zij te laat waren of niet wisten wat foliumzuur was.

De vrouwen werden door hun huisarts of de Nederlandse contactpersoon geholpen bij het vinden van een verloskundige in de buurt en het maken van een eerste afspraak.

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

Het lijkt erop dat bijna alle vrouwen hun menstruatiecyclus redelijk goed kennen en dus redelijk snel wisten dat zij 'over tijd' waren. Hoogstwaarschijnlijk speelden in de periode dat hun menstruatiecyclus nog niet op gang was gekomen de vraag of ze zwanger zouden kunnen zijn. Het grote merendeel van de vrouwen heeft haar zwangerschap niet bevestigd gekregen met behulp van een zwangerschapstest, maar via de huisarts. Uit dit feit kan verondersteld worden dat vrouwen waarschijnlijk onvoldoende bekend zijn met een zwangerschapstest, de nauwkeurigheid daarvan, en de brede beschikbaarheid ervan in diverse winkels. Het zou voor veel van deze vrouwen prettiger zijn om in hun eigen huis en in alle anonimiteit een zwangerschapstest af te nemen. Tegelijkertijd is het juist bij deze kwetsbare groep, waarin vele ongeplande zwangerschappen voorkomen, misschien ook fijn dat de huisarts 'de vinger aan de pols kan houden'. Op deze manier kan er ook op tijd basisinformatie gegeven worden over foliumzuur en een gezonde leefstijl, en gesproken worden over gevoelige taboeonderwerpen zoals seksueel misbruik en het afbreken van een ongewenste zwangerschap (abortus).

5.3.4 De kraamperiode en het gemis van belangrijke raadgevers

De focus van deze verkenning lag op zwangerschap en niet op ouderschap. Er is daarom onvoldoende ingegaan op wat ouderschap in Nederland betekent voor Eritrese moeders. Het is echter niet mogelijk om ouderschap compleet buiten beschouwing te laten. Aan de Eritrese moeders is gevraagd hoe zij de bevalling en de kraamperiode in Nederland hebben ervaren. In deze verkenning waren acht van de twaalf vrouwen voor het eerst zwanger of moeder geworden van hun eerste kindje.

De komst van hun eerste kindje viel hen heel zwaar, vooral in de kraamperiode. Het overweldigende gevoel van ouderschap, het moeten dragen van een grote verantwoordelijkheid en het concept van ouderschap volgens Nederlandse normen speelden voor hen hierbij een grote rol. Daarnaast speelde het feit dat veel zwangerschappen ongepland waren een belangrijke rol. Maar de belangrijkste reden waarom het veel vrouwen zwaarder viel dan verwacht is het gemis van vrouwelijke raadgevers, zoals hun moeder, hun oma, tantes en nichtjes. Deze combinatie van factoren zorgt ervoor dat moeders niet weten hoe te handelen in sommige situaties en niet goed weten waar ze met hun vragen heen moeten om goed advies te krijgen. Vaak zijn de vrouwen geneigd om andere Eritrese vrouwen om advies te vragen. Het probleem hierbij is volgens sommige moeders dat andere vrouwen net zo jong en onervaren zijn als de kersverse moeder. Het is gebruikelijk in Eritrea voor vrouwen om vlak voor de geboorte van hun eerste kind naar hun ouderlijk huis terug te keren om zich daar voor te bereiden op de geboorte. Na de geboorte verzorgt de moeder van de (voormalige) zwangere haar dochter en haar kleinkind de eerste veertig dagen. In deze periode wordt de kersverse moeder geleerd hoe zij voor haar kind moet zorgen. Afhankelijk van de situatie kan de extra hulp aan moeder en kind veel langer duren in Eritrea.

'Voor mij is dit mijn vierde zwangerschap en het tweede kindje dat bij ons mag blijven. Ik heb heel veel gezien en meegemaakt. Ik weet wel wat ik moet doen, maar dan nog blijft het moeilijk omdat dit geen Eritrea is, alles is hier anders. Mijn moeder deed echt bijna alles voor mij. Ik zie dat jonge moeders die geen moederfiguur hebben het moeilijk vinden. Ze missen iemand om vragen aan te stellen, maar ook iemand die de zorg kan overnemen als het niet goed met ze gaat. Dat kan hier niet. Sommigen zie je hier echt mee worstelen. Gelukkig proberen anderen hen te helpen.' (Vrouw 10, 29 jaar)

'Moeder zijn valt mij heel zwaar, ik weet ook niet wat ik ervan verwacht had. Ik merk dat ik altijd onzeker ben en niet direct weet wanneer ik iets moet doen, en hoe je hier het best moeder kunt zijn.' *Waar word je onzeker van bijvoorbeeld?* 'Als ze huilt, hoe troost ik haar dan, is te veel borstvoeding geven slecht, als ze ziek wordt hoe weet ik dat dan en wat moet ik doen? Als mijn moeder hier zou zijn, hoefde ik mij geen zorgen te maken.'
(Vrouw 9, 20 jaar)

'Ik ben heel blij dat mijn moeder kort geleden naar Nederland is gekomen via gezinshereniging. Er viel een last van mij af, ik laat mijn zoon regelmatig bij haar. Mijn moeder helpt mij vaak met de zorg voor mijn zoon. En mijn vriendje komt ook regelmatig. We wonen niet samen, omdat we zo jong zijn en niet samen kunnen wonen.'
(Vrouw 5, 19 jaar)

In Nederland worden moeder en kind doorgaans een week door de kraamverzorgster begeleid en verzorgd. Dit wordt door Eritrese vrouwen zeer gewaardeerd en als nuttig beschouwd. In deze week komen ook andere professionals, zoals de JGZ-verpleegkundige en de verloskundige, langs om te kijken hoe moeder en kind het maken. Regelmatig maken deze professionals zich zorgen over hoe het met moeder en kind zal gaan na de eerste kraamweek. Zaken waar professionals zich zorgen over maken zijn: de hechting tussen ouder en kind, veiligheid, slapen, overgewicht, afwezigheid van de vader en aanwezigheid van mannen van wie de rol onduidelijk blijft, de financiële situatie van de moeder en het algehele welbevinden van moeder en kind.

'Ik maak me weleens zorgen over de veiligheid, hoe je een kind aankleedt bijvoorbeeld, of hoe je kind slaapt, liever niet bij je in bed bijvoorbeeld. Ik vind het daarom wel prettig om zo veel mogelijk bij ouders thuis af te spreken, de intake doen we bijvoorbeeld ook thuis en dan zie je de woonsituatie. Dan heb je ook een beetje een aanleiding om het over veiligheid te hebben, mits je het vertrouwen hebt en ook het idee dat je contact hebt met elkaar en elkaar begrijpt. Anders heeft het

weinig zin. Tijdens de huisbezoeken is er wel ruimte om dat soort dingen te bespreken. Op het consultatiebureau is het dan juist heel belangrijk om zo veel mogelijk door te vragen en een beeld te krijgen van de situatie. En als er dan te weinig tijd is, probeer ik voor te stellen om thuis langs te komen zodat we kunnen doorpraten en ik mij een beter beeld kan vormen.'
(Jeugdverpleegkundige 2)

Wij horen bijvoorbeeld vaak twijfels van professionals over de hechting tussen moeder en kind, herken jij dit ook? 'Ja, die had ik ook wel, vooral tijdens de zwangerschap kunnen ze soms zo onverschillig overkomen. Eerst had ik ook mijn twijfels over waarom een bepaalde moeder een baby heeft gekregen. Maar zij is werkelijk dol op die baby. Ze zijn symbiotisch, echt fantastisch om te zien. Ze is heel lief tegen haar kind en ze wil het ook echt goed doen. Maar het is een stukje onwennigheid ook. Ik ben met alle praktische zaken van de kinderen bezig, zoals het maken van afspraken bij het consultatiebureau. Dan moet ik haar bellen om haar eraan te herinneren en dan kijkt ze in het boekje en dan krijg ik een soort van 'o ja, o ja'. Maar ik regel dat allemaal en zij vindt het prima zo. Ik denk dat als ik niks had gedaan, dat er dan misschien nooit een vraag was gekomen. Ik voel me verantwoordelijk ja.'
(Maatschappelijk begeleider 2)

De professionals die zich zorgen maken over Eritrese moeders en de veiligheid van hun kinderen zijn ervan overtuigd dat deze moeders meer ondersteuning nodig hebben. Zij zien dat de moeders het goed willen doen, maar niet goed weten hoe ze het moeten aanpakken. De moeders geven ook aan dat zij zich soms radeloos en overweldigd voelen. De meeste vrouwen die tijdens de zwangerschap ondersteund werden door een Nederlandse contactpersoon, zetten het contact ook na de bevalling voort. Regelmatig werden deze contactpersonen als een moederfiguur omschreven door de vrouwen. Voor sommige moeders was deze extra inzet voldoende, anderen hadden meer ondersteuning nodig. Zo kregen sommige vrouwen na hun bevalling extra ondersteuning aangeboden door deel te nemen

aan preventieve programma's zoals Stevig Ouderschap. Toch bleek ook dit voor sommige moeders onvoldoende te zijn.

INTERPRETATIE ONDERZOEKER:

Zoals voor alle ouders die hun eerste kindje krijgen, geldt ook voor Eritrese ouders dat zowel de zwangerschap als de kraamperiode een intense periode in hun leven is. Het is ook maar de vraag in welk opzicht je je echt goed kunt voorbereiden op de komst van een baby. Het is dan ook normaal dat veel Eritrese vrouwen de kraamperiode als heel zwaar ervaren. De combinatie van laaggeletterdheid, beperkte gezondheidsvaardigheden, moeite hebben met vragen formuleren, en eventuele andere persoonlijke problemen zoals beperkte financiële mogelijkheden, kan een negatieve invloed hebben op het welzijn van moeder en kind. In sommige gevallen zal dit zeker kunnen leiden tot zorgwekkende situaties. Hoewel de ervaring met ouderschap in Nederland buiten de scope van deze verkenning valt, lijkt het erop dat er onvoldoende kennis is onder jonge Eritrese moeders over veiligheid in het algemeen, en specifiek in de kraamtijd over veilig slapen, het belang van rust, reinheid en regelmaat. Daarnaast hebben moeders ook onvoldoende kennis over hoe ze signalen kunnen herkennen bij hun kindje als dat ziek is en hoe ze dan dienen te handelen. Daarom is het verstandig om preventieve ondersteuning aan deze moeders te geven, waarbij de informatie niet alleen laagdrempelig dient te zijn maar vooral ook heel praktisch, door handelingen aan de moeders te laten zien en voor te doen. Deze begeleiding zal qua intensiviteit voor elke moeder anders zijn en zal op hen moeten worden afgestemd.

6 Conclusies

In deze verkenning is getracht inzicht te krijgen in hoe Eritrese vrouwen de zwangerschap en geboortezorg (hebben) ervaren. Ook waren wij benieuwd naar de ervaringen van de vrouwen over de betrokkenheid van vaders gedurende de zwangerschap en na de bevalling. Daarnaast zijn zowel de belemmeringen als de ondersteuningsbehoeften van professionals in de geboortezorg in kaart gebracht. Uitkomsten van deze verkenning zullen bijdragen aan het vergroten van de kennis van professionals in de geboortezorg over de achtergrond van Eritrese vrouwen en hun problemen. Maar er worden ook handvatten geboden over hoe zij hun hulpverlening beter aan kunnen laten sluiten bij de Eritrese vrouwen. Daarnaast geeft dit rapport inzicht in waarom relatief veel ongeplande zwangerschappen voorkomen onder vrouwelijke Eritrese nieuwkomers, en waar in de toekomst preventief aandacht voor moet zijn om vrouwen en mannen bewuster keuzes te laten maken in de gezinsplanning.

VOOR DE ZWANGERSCHAP

Het overgrote merendeel van de vrouwen in deze verkenning had voorafgaand aan de zwangerschap geen enkele vorm van anticonceptie gebruikt. Dit geldt zowel voor de vrouwen die bewust zwanger waren geworden als die ongepland zwanger waren. Bij ongeveer de helft van de Eritrese vrouwen was de zwangerschap niet gepland. Deze vrouwen vertelden dat 'de zwangerschap hen overkomen was'. Hiermee lijken deze vrouwen onvoldoende regie te nemen over hun eigen lichaam. Culturele factoren over maagdelijkheid, ideeën over hoe een goede vrouw zich hoort te gedragen en wie de pil hoort te gebruiken, maar ook negatieve ervaringen over de prikpil en mythes over anticonceptie dragen bij aan het niet willen gebruiken van anticonceptie.

De vrijheid die Eritrese vrouwen en mannen in Nederland voelen om relaties aan te gaan en te experimenteren met hun seksualiteit zorgt ervoor dat traditionele normen en waarden over maagdelijkheid anders

worden opgevat. Vrouwen ervaren de vrijheid om zich seksueel te ontplooien als iets fijns, omdat zij bijvoorbeeld een eigen partner kunnen uitkiezen. Tegelijkertijd vinden zij het ook moeilijk, voelen ze zich geregeld kwetsbaar en onveilig en zijn ze bang om in een situatie terecht te komen waarin ze het slachtoffer kunnen worden van seksueel misbruik of verkrachting. Professionals pikken verschillende signalen op van seksueel misbruik en hebben sterke vermoedens (of zelfs praktijkvoorbeelden) hierover, maar weten soms niet goed hoe te handelen wanneer slachtoffers geen aangifte willen doen of wanneer dader en slachtoffer nog contact met elkaar hebben. Sleutelpersonen geloven dat misbruik zeker voorkomt en denken dat deze zaken vaak door de gemeenschap zelf worden opgelost, waarbij het slachtoffer wordt afgeraden om aangifte te doen.

Een ander zorgwekkend signaal van professionals is dat zij regelmatig niet weten wie de biologische vader van een kindje is en in welke mate de moeder nog contact heeft met deze man. Om duidelijkheid te krijgen, stellen zij veel vragen aan de vrouwen. Het merendeel van de vrouwen in deze verkenning ervaart haar relatie als stabiel en kiest er bewust voor om de vader buiten beeld te houden en vragen van professionals te ontwijken. Zij hebben onvoldoende vertrouwen om hun geheim te delen met professionals; ook zijn ze bang voor de reactie van professionals als die zouden horen dat ze zwanger zijn van een andere man dan de man met wie ze in Eritrea getrouwd waren. Met name vrouwen die zwanger zijn van een andere man ervaren enorm veel stress en psychische klachten als angst, piekeren en soms depressie. Deze specifieke groep vrouwen gaat sociale contacten uit de weg, waardoor isolatie dreigt.

We hebben vrouwen ook gevraagd naar hun kennis over vgv en hoe zij hierover denken (attitude). De kennis van vrouwen blijkt zeer beperkt te zijn, ongeveer driekwart wist bijvoorbeeld niet waarom en

wanneer vgv in Eritrea plaatsvindt en of zij zelf wel of niet zijn besneden. Wel wisten alle vrouwen dat vgv wordt toegepast om de seksualiteit van een vrouw te reguleren. De meesten vrouwen wisten niet wat het Nederlandse beleid is, maar vermoedden dat het verboden is; ze zouden hier meer informatie over willen ontvangen.

TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Uit deze verkenning is gebleken dat zowel Eritrese vrouwen als professionals in de geboortezorg veelal dezelfde belemmeringen ervaren. Deze liggen op het gebied van communicatie, laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden, wegwijs zijn in de geboortezorg en verwachtingen die men van de ander heeft. Zo is het niet alleen een uitdaging voor professionals om informatie te bieden die begrijpelijk is, maar ook om te controleren of deze informatie goed begrepen wordt. Daarnaast worstelen zij met verschillende vragen waarop ze antwoord zouden willen krijgen. Bijvoorbeeld: is er sprake van seksueel misbruik, hoe ziet de gezinssituatie eruit, is de moeder zelfredzaam genoeg en zal de vader betrokken worden bij de opvoeding van het kindje? Er wordt een groot beroep gedaan op de verschillende vaardigheden van professionals in de geboortezorg. Zij ervaren Eritrese vrouwen als een gesloten en arbeidsintensieve groep om mee te werken. Professionals geven aan op verschillende vlakken ondersteuning te willen krijgen, zodat zij beter kunnen aansluiten bij de behoeften van deze groep. Deze ondersteuning omvat bijvoorbeeld het vergoeden van tolkdiensten om ingewikkelde informatie uit te kunnen leggen, beschikbaarheid van begrijpelijke voorlichtingsmaterialen in het Tigrinya, en deskundigheidsbevordering over verschillende thema's (zoals achtergronden van Eritrese vluchtelingen, vgv en invloed van traumatische ervaringen op ouderschap).

Eritrese vrouwen op hun beurt zijn soms overweldigd door alles wat op hen afkomt aan informatie en vooral het grote aantal vragen dat hen wordt gesteld. Doordat de vrouwen niet begrijpen waarom deze vragen nodig zijn, wat de aard van de vragen is (informatief of nieuwsgierigheid) en zij onvoldoende kennis hebben

over de geheimhoudingsplicht, durven en willen zij vaak hun geheimen niet (te) delen. Zij zijn vooral bang dat deze informatie gedeeld zal worden met anderen en dat professionals hen zullen veroordelen vanwege de ongeplande zwangerschap en de vader van hun kindje. De vrijheid die Eritrese mannen en vrouwen ervaren in Nederland om zelf een partner uit te kiezen zonder bemoeienis van familie of sociale controle zorgt ervoor dat vrouwen geregeld een nieuwe partner krijgen, terwijl ze nog getrouwd zijn. Dit leidt er soms toe dat zij basale informatie over wie de echte vader van hun kindje is niet willen delen met professionals en proberen dit zo lang mogelijk geheim te houden. Omdat vaders bijna nooit meegaan naar afspraken en soms zelfs geen contact hebben met de contactpersoon, zijn ze onzichtbaar voor veel professionals en lijken ze niet betrokken bij de zwangerschap en de geboorte. Dit is een gemis, omdat zij de vrouwen vaak helpen, en troost en liefde bieden tijdens de zwangerschap. Naast de vader is de Nederlandse contactpersoon de belangrijkste persoon die steun biedt bij het regelen van praktische zaken maar vooral ook op sociaal-emotioneel vlak. Voor veel vrouwen is hun contactpersoon onmisbaar, om hun weg in de geboortezorg te vinden, zich voor te bereiden op de komst van het kindje, mee te gaan naar afspraken en in noodgevallen de hulpdiensten te bellen. Nederlandse contactpersonen zijn op verschillende manieren in deze rol terechtgekomen, soms gaat het om een buurvrouw, in andere gevallen om een vrijwilliger van VWN of een taalmaatje. Enkelen waren vrijwilliger bij een lokale welzijnsorganisatie die via maatjesprojecten moeders met elkaar in contact brengt.

Naast vertrouwen hebben in professionals vinden Eritrese vrouwen het moeilijk om overzicht te houden over de ontvangen informatie en de eigen zwangerschap te volgen, met het aantal weken dat ze zwanger zijn en alle controles, testen en echo's die hierbij horen. Maar ook om zich voldoende voor te bereiden op de komst van hun kindje. Professionals merken dit ook en vinden het lastig om soms complexe informatie zoals over erfelijkheid en prenatale screening uit te leggen zonder ondersteuning van een tolk.

NA DE BEVALLING

Na de bevalling valt het ouderschap de Eritrese moeders zwaarder dan gedacht. Met name jonge moeders, die hun eerste kindje krijgen, vinden het ouderschap moeilijk, omdat zij veel vanzelfsprekende raadgevers (zoals hun moeder, zus, oma of tante) kwijt zijn. De meest belangrijke ondersteuner na de geboorte van het kindje is daarom voor heel moeders de vader. Deze vader blijft echter soms ook na de bevalling onzichtbaar voor veel professionals, sommige moeders blijven hier geheimzinnig over doen. Maar dit geldt niet voor alle moeders. De meeste vaders helpen in de kraamperiode mee met schoonmaken, boodschappen doen en de verzorging van hun kindje. Naast vaders hebben Nederlandse contactpersonen een belangrijke functie, ze worden vaak door de vrouwen als een moederfiguur gezien. De intensiteit van de hulp door contactpersonen wordt door professionals in de geboortezorg als wisselend ervaren. Zij maken zich zorgen of de Eritrese moeders met de begeleiding voldoende zelfredzaam worden gemaakt, daarnaast zijn ze bezorgd over de belastbaarheid van vrijwilligers en de continuïteit van de begeleiding en hulp aan moeders.

Moeders hebben na de geboorte van hun kindje veel vragen en zorgen en weten soms niet bij wie ze daarvoor terecht kunnen; taalbarrières en onvoldoende wegwijs zijn spelen hierbij ook een rol. Wanneer zij wel weten aan wie ze vragen moeten stellen, vinden ze het soms moeilijk om dit daadwerkelijk te doen, of om de opvoedadviezen van professionals in de praktijk toe te passen. Professionals vinden het uitdagend om moeders in te laten zien wat het belang is van veilig slapen (in een eigen bed), rust, regelmaat en reinheid en goede voeding.

BEPERKINGEN VAN DEZE VERKENNING EN AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Het kleine aantal vrouwen en professionals dat deelnam aan deze verkenning heeft als beperking dat er geen harde uitspraken kunnen worden gedaan over de gehele groep vrouwelijke Eritrese vluchtelingen die recent (sinds 2014) in Nederland zijn komen wonen.

Wij geloven echter dat de verhalen die in deze verkenning voortkomen representatief zijn voor de groep vrouwelijke Eritrese vluchtelingen.

Belangrijk is om in de toekomst ook aandacht te hebben voor mannen, in deze verkenning is daar onvoldoende op ingegaan. In vervolgonderzoek zou het goed zijn om met vrouwen en mannen dieper in te gaan op hun visie op ouderschap in Nederland, vgv, besluitvorming over gezinsplanning en seksuele weerbaarheid. Het is aan te raden om eerst te inventariseren welke bestaande preventieve interventies of programma's er bestaan om met Eritrese vluchtelingen in gesprek te gaan over de bovenvermelde thema's. Indien zulke interventies of programma's onvoldoende aansluiten bij deze groep, zullen deze aangepast moeten worden.

7 Aanbevelingen en praktische tips

Naast behoefte aan ondersteuning op het gebied van communicatie en omgaan met laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden hebben professionals ook behoefte aan meer kennis over de achtergrond van Eritrese vluchtelingen. Deze behoefte werd door vrijwel elke professional gedeeld (zie de voorgaande quotes).

Enkele professionals gaven aan ook behoefte aan bijscholing te hebben op specifieke thema's, zoals vgv, traumaverwerking bij vluchtelingen en de invloed van vluchten op ouderschap. Meer inhoudelijke kennis zal ertoe bijdragen dat zorgverleners meer begrip kunnen opbrengen, meer cultuursensitief leren werken en makkelijker contact kunnen maken met Eritrese vrouwen. Op hun beurt zullen Eritrese vluchtelingen door ervaringen op te doen in de Nederlandse zorg beetje bij beetje leren wat er van hen wordt verwacht en begrijpen hoe de zorg in Nederland is ingericht en met welke reden bepaalde handelingen worden uitgevoerd. Aansluiting vinden bij de belevingswereld van de ander zal ten goede komen aan iedereen, zowel degene die verzorging nodig heeft als degene die de beste zorg wil bieden.

VOORLICHTING OVER WEERBAARHEID EN GEZINSPLANNING

Om jongeren evenwichtige, bewuste keuzes te kunnen laten maken in relaties en seksuele contacten hechten we in Nederland veel waarde aan seksuele voorlichting. Seksuele voorlichting beperkt zich nu vaak tot informatie over anticonceptie en het voorkomen van soa's. De nadruk bij deze jonge groep Eritreeërs zou echter (ook) moeten liggen op de randvoorwaarden voor het beleven van veilige en prettige seksuele ervaringen en relaties. Het heeft de voorkeur om mannen en vrouwen deze voorlichting in eerste instantie sekse gescheiden aan te bieden, en na verloop van tijd gezamenlijke sessies aan te bieden. Hierdoor komen automatisch diepgewortelde ideeën en thema's als gelijkwaardig-

heid van mannen en vrouwen, rolverdelingen, besluitvorming over seksuele intimiteit, weerbaarheid en grenzen aangeven en bewaken aan bod. Eritrese jongeren, en vooral jonge vrouwen, missen een groot deel van deze basis, terwijl ze hier in Nederland wel de vrijheid hebben om te experimenteren. Voorlichting aan deze groep vrouwen zou daarom breder ingestoken moeten worden, met de nadruk op het vergroten van hun weerbaarheid. Een voorwaarde hiervoor is het creëren van een vertrouwde omgeving, waarbij de tijd genomen wordt om te praten over thema's als seksuele en reproductieve gezondheid, gezinsplanning, ouderschap in Nederland, en veilige relaties. Rekening houden met de culturele en religieuze achtergrond is cruciaal om aansluiting te vinden bij deze groep. Daarbij is het van belang om te werken met sleutelpersonen die het vertrouwen van Eritrese vrouwen makkelijker kunnen winnen omdat zij bijvoorbeeld veel kennis hebben over de culturele achtergrond en normen en waarden van deze vrouwen. Zij kunnen de vrouwen goed informeren over de zorg die geboden kan worden tijdens en na een ongeplande, ongewenste zwangerschap, maar ook het gesprek aangaan over hoe aangifte te doen wanneer er sprake is van seksueel misbruik. Eritrese vrouwen zijn hoogstwaarschijnlijk onvoldoende geïnformeerd en empowered om aangifte te doen en voor zichzelf op te komen.

LAAGGELETTERDHEID EN BEPERKTE GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN

Een deel van de communicatieproblemen tussen Eritrese vrouwen en professionals heeft niet alleen te maken met het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal, maar ook met het beperkte vermogen om informatie te begrijpen en deze te vertalen naar het lichaam. Het inzetten van beeldend voorlichtingsmateriaal en filmpjes kan hierbij aan bijdragen. Veel materiaal is er nu al beschikbaar, bijvoorbeeld op www.begrijpjelichaam.nl en www.zanzu.nl, waar het seksuele en reproductieve stelsel op eenvoudige wijze

uitgebeeld of uitgelegd wordt. Ook biedt de Facebook-pagina Eritreeërs Gezond informatie aan over onder andere zwangerschap in het Tigrinya. Gelukkig zijn er diverse voorlichtingsmaterialen in ontwikkeling waarin het reproductieve stelsel, het geboortezorgsysteem en de zwangerschap behandeld zullen worden in zowel eenvoudig Nederlands als in het Tigrinya. Professionals kunnen dit materiaal gebruiken ter ondersteuning van de gesprekken die zij hebben met hun cliënten.

ZICHTBAARHEID VAN VADERS EN ANDERE BELANGRIJKE BETROKKENEN

Uit deze verkenning blijkt dat vaders vaker betrokken zijn bij de verzorging en opvoeding dan zichtbaar is voor professionals. Daarom is het belangrijk dat professionals vaders beter in beeld krijgen. Hiervoor is investeren in een vertrouwensband noodzakelijk. Dit kan door beter uit te leggen aan de moeders waarom informatie over de vader belangrijk is, en welke meerwaarde het heeft als de vader meekomt naar afspraken en betrokken is bij de zwangerschap en tijdens en na de bevalling. Dit betekent dat professionals concreet en directief moeten kunnen vertellen wat er aan de vader gevraagd zal worden en waarom bepaalde informatie voor hen belangrijk is om te hebben. De vader van hun kind blijkt voor de meeste vrouwen een van de belangrijkste personen te zijn tijdens de zwangerschap en vooral na de bevalling. Daarnaast zijn Nederlandse contactpersonen (zoals maatschappelijk begeleiders van VWN en taalmaatjes) zeer belangrijk voor Eritrese vrouwen. Deze twee groepen (vaders en Nederlandse contactpersonen) hebben een grote positieve invloed op het welzijn van moeder en kind. Daarom is het van belang dat deze personen sneller zichtbaar worden bij hulpverleners, zodat zij empowered en eventueel ondersteund kunnen worden.

BREDE, INTEGRALE, ACTIEVE ONDERSTEUNING BIEDEN AAN MOEDERS

Vrijwilligers vangen nu vaak Eritrese vrouwen op en maken hen wegwijs in de geboortezorg. Zij zijn van enorme waarde voor vrouwen doordat ze hen helpen

met allerlei praktische zaken en sociaal-emotionele steun bieden. Toch blijft echter een brede, integrale aanpak wenselijk, waarbij er aandacht is voor het welzijn van moeder en kind en factoren als de financiële situatie of het psychisch welbevinden van de moeder. Soms zijn er duidelijke signalen dat zwangere of recent moeder geworden vrouwen meer ondersteuning nodig hebben. Bestaande interventies zoals Stevig Ouderschap en VoorZorg zouden hier een uitkomst kunnen bieden. Het is dan belangrijk dat er een duidelijke regiehouder is en dat er zorg op maat wordt geleverd. De ondersteuning dient actief en in een vroeg stadium aangeboden te worden, het liefst al voor de geboorte van het kindje en anders direct na de geboorte.

Actieve ondersteuning kan moeders ook helpen om de sociale contacten die zij tijdens hun zwangerschap hebben verloren of laten verwateren weer op te pakken, en hun sociale netwerk uit te breiden. Sociale contacten en een goed sociaal netwerk opbouwen van zowel andere Eritreeërs als Nederlandse mensen is van groot belang voor deze groep vrouwen in de afwezigheid van belangrijke raadgevers. Hulp die wordt gegeven moet te allen tijde bijdragen aan de zelfredzaamheid van vrouwen en erop gericht zijn dat zij op den duur zelfstandig activiteiten buitenshuis kunnen ondernemen. Denk hierbij aan antwoord op vragen als: hoe en wanneer ga je naar de huisarts of huisartsenpost als je kindje ziek is? Aan welke signalen kun je herkennen dat je zieke kind direct zorg nodig heeft? Ook is het van belang om moeders die na de kraamperiode hun inburgeringstraject weer oppakken, in de eerste tijd bij te staan wanneer zij hun kindje weg moeten brengen naar het kinderdagverblijf. Al deze activiteiten dragen bij aan de zelfredzaamheid van moeder en komen daardoor ten goede aan het integratieproces in een complexe maatschappij als Nederland. De omschakeling van de Eritrese context van moeder zijn naar die van Nederland is erg groot; een stapsgewijze aanpak is nodig om vrouwen beetje bij beetje te laten wennen aan de nieuwe vorm van moeder zijn.

BELEMMERINGEN IN DE COMMUNICATIE EN GEBREK AAN TOLKENINZET

Eritrese vrouwen, hun partners en professionals hebben er veel baat bij om elkaar goed te kunnen begrijpen. Enige bewustwording over de verschillen in communicatiestijl draagt bij aan wederzijds begrip. Wanneer vrouwen beperkt Nederlands spreken is de inzet van een tolk onmisbaar. Een tolkenvergoeding in de geboortezorg is noodzakelijk om goede zorg te kunnen leveren en gevaarlijke situaties en misverstanden te voorkomen.

Professionals kunnen door extra uitleg te geven over de geheimhoudingsplicht en vooral ook waarom er soms veel vragen worden gesteld, sneller het vertrouwen van de ander winnen en misvattingen voorkomen bij Eritrese vrouwen. Dit houdt in dat zij altijd moeten toelichten waarom een bepaalde vraag gesteld wordt en uit moeten leggen hoe en waarom de informatie met anderen gedeeld wordt, denk hierbij aan de overdracht naar een andere collega. Contactpersonen en professionals die Eritrese vrouwen begeleiden kunnen vrouwen helpen met het formuleren van vragen voorafgaand aan hun afspraak en hen stimuleren en aanmoedigen om deze vragen te stellen.

VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING

Het thema vgv is een weerbarstig onderwerp dat een brede en langdurige inzet vraagt voordat de praktijk compleet uitgebannen kan worden. Attitude- en gedragsverandering kosten namelijk veel tijd. Partijen zoals de gemeente, de GGD, huisartsen en geboortezorgprofessionals hebben hierin verschillende preventieve en zorgtaken. Gelukkig kent Nederland een goede ketenaanpak als het gaat om vgv. Daarnaast is het hoopgevend dat er onder de huidige jonge groep Eritrese vluchtelingen geen sterke overtuiging bestaat dat vgv een goed gebruik is. De twijfel en het gebrek aan kennis die er in de gemeenschap bestaan, kunnen in het voordeel van de vgv-bestrijding gebruikt worden om mensen te informeren over de nadelige gevolgen van vgv en hen te bewegen een bewuste keus tegen vgv te maken. Maar ook het feit dat Eritrese vrouwen aangeven in deze verkenning dat zij meer over dit

onderwerp willen weten kan een goed aanknopingspunt zijn voor professionals om het gesprek aan te gaan. De handelingsverlegenheid die men soms ervaart kan met behulp van deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld training over gespreksvoering over vgv en cultuursensitief werken, en achtergrondinformatie over Eritrese vluchtelingen verminderd worden.

HULP BIJ PSYCHISCHE KLACHTEN

De machteloosheid en schaamte die gepaard gaan met een ongeplande zwangerschap hadden duidelijk invloed op het psychisch welzijn van de vrouwen die dit overkwam. Dit was beduidend anders voor de vrouwen die bewust hadden gekozen voor een zwangerschap. Hoewel er psychologische ondersteuning wordt geboden, lijken Eritrese vrouwen hier minimaal of geen gebruik van te maken. Er dient na gegaan te worden hoe de psychische hulp beter aangeboden kan worden aan en/of beter aansluit bij deze vrouwen. Sleutelpersonen kunnen hier ook een actieve rol in spelen om, samen met professionals, vrouwen laagdrempelig te informeren en voor te lichten over de psychische gevolgen van een ongeplande of ongewenste zwangerschap.

Referenties

- Alderliesten, M.E., Vrijkotte, T.G., Wal, M.F. van der & Bonsel, G.J. (2007). Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG*, 114, 1232-1239.
- Ascoly, N., Halsema, I. van & Keyzers, L. (2001). Refugee women, pregnancy, and reproductive health care in the Netherlands. *Journal of Refugee Studies*, 14, 371-393.
- Bischoff, A. (2012). Do language barriers increase inequalities? Do interpreters decrease inequalities? In: Ingleby, D., Chiarenza, A., Devillé, W., Kotsioni, I. (Eds), *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. Antwerpen: Grant Publishers.
- Choté, A.A., Koopmans, G.T., Redekop, W.K. et al. (2011). Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in the Netherlands. The generation R study. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 689-699.
- DSP-Groep Amsterdam & Universiteit Tilburg (2016). *Niets is wat het lijkt. Eritrese organisaties en integratie*.
- ESS (2017). *Samen naar een betere toekomst. Netwerkbijeenkomst Eritrese gemeenschap in Nederland*. Den Haag: Expertise-unit Sociale Stabiliteit, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Essén, B., Bodker, B., Sjöberg, N-O., Gudmundsson, S., Östergren, P-O. & Langhoff-Roos, J. (2002). Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8), 629-632.
- Essén, B., Johnsdotter Carlbom, S., Hovellius, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N-O., Friedman, J. & Östergren, P-O. (2000). Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1507-1512.
- Ferrier, J., Kahmann, M. & Massink, L. (2017). *Jullie Nederlanders hebben voor alles een systeem.' Handreiking voor ondersteuning van Eritrese nieuwkomers bij hun integratie*. Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving.
- Fransen, M., Harris, V. & Essink-Bot, M. (2013). Bepaalde gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A5581.
- Gaudion, A. & Allotey, P. (2008). *Maternity care for asylum seekers and refugees in Hillingdon: A needs assessment*. Uxbridge: Centre for Public Health Research, Brunel University.
- GGD Nederland (2006). *Medische Opvang Asielzoekers. Methodiek voor het ontwikkelen van ketenrichtlijnen gezondheidszorg asielzoekers*. Utrecht: GGD Nederland.
- Goosen, S. (2014). *A Safe and Healthy Future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands*. Utrecht: GGD GHOR Nederland.
- Goosen, S., Oostrum, I. van & Essink-Bot, M. (2010). Obstetric outcomes and expressed health needs of pregnant asylum seekers: a literature survey. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154(47), 2170-2176.
- Gould, J.B., Madan, A., Qin, C. & Chavez, G. (2003). Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: a dual epidemiologic paradox. *Pediatrics*, 111(6 Pt 1), e676-82.
- Graaf, J.P. de, Ravelli, A.C., Wildschut, H.I., Denktas, S., Voorham, A.J., Bonsel, G.J. & Steegers, E.A.P. (2008). Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 2734-2740.

Gruijter, M. de & Razenberg, I. (2017). *Integratiekansen van Eritrese vluchtelingen in Nederland*. Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving.

Lamkaddem, M., Straten, A. van der, Essink-Bot, M., Eijdsden, M. van & Vrijkotte, T. (2014). Etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158, A7718.

Lewis G (ed.). *The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003 - 2005*. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH, 2007.

Meeuwesen, L., Harmsen, H. & Sbiti, A. (2011). *Als je niet begrijpt wat ik bedoel: Tolken in de gezondheidszorg* [Good practices 16]. Rotterdam: Mikado.

Pharos (2016a). Kennissynthese 1: *Kennisynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg en preventie en ondersteuning*. Utrecht: Pharos.

Pharos (2016b). Kennissynthese 2: *Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen en ondersteuning*. Utrecht: Pharos.

Pharos (2016c). *'Van ver gekomen...'* Een verkenning naar het welzijn en de gezondheid van Eritrese vluchtelingen. Utrecht: Pharos.

Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S. & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, 30, 821-826.

Twickler, M., Hoogstraaten, E., Reuwer, A., Singels, L., Stronks, K. & Essink-Bot, M. (2009). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, A250.

UNDP (2014). *Eritrea Country Report, the implementation of the Beijing declaration and platform for action and the outcomes of the 23rd special session of the General Assembly*. Asmara: United Nations Development Programme.

UNICEF Eritrea Statistics, geraadpleegd december 2017: www.unicef.org/infobycountry/eritrea_statistics.html

Zwart, J.J., Jonkers, M.D., Richters, A. et al. (2011). Ethnic disparity in severe acute maternal morbidity: a nationwide cohort study in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 21(2), 229-234.



Colofon

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door druk, fotokopie of microfilm of op een andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteur: Yodit Jacob

Contactgegevens: y.jacob@pharos.nl

Met medewerking van:

Eritrese vrouwen en mannen, professionals in de geboortezorg en sleutelpersonen die input hebben gegeven tijdens de interviews en focusgroepen. Met bijdragen van Anna de Haan, Ramin Kawous en Emily Allwood (Pharos).

Eindredactie: Nel van Beelen redactie & tekst

Omslagfoto: VN-agentschap IRIN, Manoocher Deghati

Vormgeving: Enof Creatieve Communicatie

Pharos

Arthur van Schendelstraat 620 Postbus 13318

3507 LH Utrecht

Telefoon 030 234 98 00 E-mail: info@pharos.nl www.pharos.nl

© Juni 2018 Pharos, Utrecht