

Perinatale zorg door de ogen van Afrikaanse vrouwen en zorgverleners

Soha Agredousse

Promotor: Ilse Delbaere

Co-promotor: Astrid Claerbout

studiegebied **gezondheidszorg**

bachelor in de **vroedkunde**

campus **Kortrijk**

academiejaar 2025 – 2026

Perinatale zorg door de ogen van Afrikaanse vrouwen en zorgverleners

Soha Agredousse

Promotor: Ilse Delbaere

Co-promotor: Astrid Claerbout

studiegebied **gezondheidszorg**

bachelor in de **vroedkunde**

campus **Kortrijk**

academiejaar 2025 – 2026

Abstract

Titel:	Perinatale zorg door de ogen van Afrikaanse vrouwen en zorgverleners
Auteur:	Soha Agredousse
Opleiding:	Bachelor Vroedkunde aan Katholieke Hogeschool Vives Zuid te Kortrijk
Interne promotor:	Ilse Delbaere (docent aan Katholieke Hogeschool Vives Zuid te Kortrijk)
Externe promotor:	Astrid Claerbout (vroedvrouw, docent en onderzoeker aan Karel de Grote Hogeschool te Antwerpen)

Inleiding: Als gevolg van de toenemende migratie wordt de perinatale zorg steeds diverser. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond verschillende drempels ervaren op individueel, interactief en maatschappelijk niveau. Deze uitdagingen kunnen hun ervaringen binnen de perinatale zorg beïnvloeden. De bachelorproef onderzoekt hoe Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond de perinatale zorg in België ervaren en welke barrières zij ondervinden in de communicatie met zorgverleners. **Methodologie:** Om een antwoord te vinden op deze onderzoeksvraag werd gebruikgemaakt van wetenschappelijke artikelen en werd een literatuurstudie uitgeschreven. Daarnaast werd een praktijkgericht onderzoek uitgewerkt in de vorm van een podcast, waarin zowel vier Afrikaanse vrouwen met verschillende migratieachtergronden als vier zorgverleners uit de perinatale zorg hun inzichten en ervaringen deelden. Onder de zorgverleners bevonden zich een gynaecoloog, een vroedvrouw (zowel zelfstandig als werkzaam in het ziekenhuis), een medewerker van Kind en Gezin en een maatschappelijk werker van de sociale dienst. **Resultaten:** Uit de bachelorproef bleek dat communicatie- en taalbarrières, beperkte gezondheidsvaardigheden, onvoldoende kennis van het zorgsysteem en culturele verschillen belangrijke drempels vormden binnen de perinatale zorg. Ook sociale, administratieve en financiële kwetsbaarheden speelden hierbij een cruciale rol. Zowel vrouwen als zorgverleners benadrukten het belang van vertrouwen, duidelijke communicatie en continuïteit van zorg. Bovendien kwam de nood aan een grotere inzet van tolken en interculturele bemiddelaars ter sprake. **Conclusie:** Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond worden tijdens de perinatale zorg geconfronteerd met diverse uitdagingen. Toegankelijke en cultuursensitieve zorg, met aandacht voor communicatie en de leefwereld van de vrouw, is essentieel om kwalitatieve ondersteuning te bieden.

Trefwoorden: Perinatale zorg, Afrikaanse vrouwen, migratieachtergrond, zorgverleners, maternale zorg

Voorwoord

Migratie vormt een cruciale uitdaging voor ons zorgsysteem. Afrikaanse vrouwen ervaren aanzienlijke uitdagingen in de perinatale zorg. Dit leidt tot ongelijkheid in zowel de toegang tot zorg als de kwaliteit van zorg. Met dit onderzoek wil ik dit onderwerp toelichten en een bijdrage leveren aan het verminderen van deze ongelijkheden in de perinatale zorg.

Mijn interesse in dit thema werd gewekt door de toenemende diversiteit binnen de zorgsector en de noodzaak voor gelijke behandeling van alle vrouwen, ongeacht hun achtergrond. Tijdens dit onderzoek ben ik mij steeds bewuster geworden van de uitdagingen waarmee migrantenvrouwen geconfronteerd worden, evenals de cruciale rol van zorgverleners in het garanderen van toegankelijke en kwalitatieve zorg. Dit heeft mij gemotiveerd om dieper in te gaan op de knelpunten die zowel de vrouwen als de zorgverleners ervaren. Welke obstakels staan deze vrouwen in de weg en hoe gaan zorgverleners daar eigenlijk mee om? Verder wordt onderzocht welke structurele verbeteringen nodig zijn om de perinatale zorg inclusiever te maken.

Het schrijven van de bachelorproef was een intensieve, maar zeer leerrijke ervaring. De steun en begeleiding die ik tijdens dit parcours mocht ontvangen, waren van grote waarde. Daarom wil ik graag enkele betrokkenen uitdrukkelijk bedanken. Allereerst wil ik graag mijn dank uitspreken aan mijn interne promotor, Ilse Delbaere, voor haar begeleiding en waardevolle feedback gedurende dit traject. Daarnaast gaat mijn bijzondere dank uit naar Britt Polfliet en Amani Rafrafi, die in een eerdere fase hebben bijgedragen aan deze bachelorproef. Hun bijdrage, inzichten en ondersteuning zijn van onschatbare waarde geweest voor het verloop van dit onderzoek. Ook wil ik mijn ouders en mijn broer bedanken voor hun steun en aanmoediging gedurende dit proces.

Verder wil ik mijn externe promotor, Astrid Claerbout, bedanken voor de goede begeleiding. Haar kennis en inzicht hebben mij geholpen bij dit onderzoek. Niet te vergeten wil ik ook de deelnemers van de podcast bedanken. Dankzij hun verhalen en perspectieven heb ik nog meer inzicht gekregen in de uitdagingen die Afrikaanse vrouwen ervaren in de perinatale zorg. Ten slotte wil ik iedereen bedanken die op enige manier heeft bijgedragen aan dit onderzoek. Dit onderzoek heeft niet alleen mijn kennis vergroot, maar het heeft mij ook geholpen om de complexiteit van deze problematiek beter te begrijpen. Ik hoop dat deze studie een stap in de goede richting is in de zoektocht naar meer inclusieve en toegankelijke perinatale zorg voor iedereen.

Ik wens jullie veel leesplezier toe.

Inhoudstafel

1 Inleiding	1
2 Literatuurstudie	3
<i>2.1 Migratie en gezondheidszorg in België</i>	<i>3</i>
2.1.1 Demografische context van Afrikaanse migrantenvrouwen in België	3
2.1.2 Gezondheidsuitdagingen bij migranten	3
<i>2.2 Perinatale zorg voor Afrikaanse migrantenvrouwen</i>	<i>4</i>
2.2.1 Begrip perinatale periode	4
2.2.2 Het Belgisch beleid en perinatale zorg.....	4
2.2.3 Ervaringen van Afrikaanse migrantenvrouwen in de perinatale zorg	5
2.2.4 Factoren die de perinatale zorg van migrantenvrouwen beïnvloeden	6
2.2.4.1 Individueel niveau	6
2.2.4.2 Interactieniveau	14
2.2.4.3 Maatschappelijk niveau	16
<i>2.3 De tekortkomingen in de literatuur.....</i>	<i>17</i>
<i>2.4 Suggesties tot verbetering van de perinatale zorg</i>	<i>18</i>
3 Methode	20
4 Resultaten	23
<i>4.1 Sociale, economische en administratieve kwetsbaarheid.....</i>	<i>24</i>
<i>4.2 Gezondheidsvaardigheden en kennis van het zorgsysteem.....</i>	<i>25</i>
<i>4.3 Communicatie- en taalbarrières.....</i>	<i>25</i>
<i>4.4 Medische opvolging en risicofactoren.....</i>	<i>27</i>
<i>4.5 Culturele verschillen en kwetsbare thema's.....</i>	<i>27</i>
<i>4.6 Het belang van vertrouwen en ondersteuning.....</i>	<i>29</i>
5 Discussie en aanbevelingen voor de praktijk	30
<i>5.1 Vergelijkingen met de literatuur</i>	<i>30</i>
<i>5.2 Sterktes en beperkingen binnen de bachelorproef.....</i>	<i>31</i>
<i>5.3 Aanbevelingen voor de praktijk.....</i>	<i>33</i>

6 Conclusie	34
7 Lijst met figuren	35
8 Bronvermelding	36
Bijlagen	1
<i>Bijlage 1: bevraging – Afrikaanse vrouwen.....</i>	<i>2</i>
<i>Bijlage 2: vragenlijst podcast – Afrikaanse vrouwen</i>	<i>8</i>
<i>Bijlage 3: vragenlijst podcast – zorgverleners.....</i>	<i>10</i>
<i>Bijlage 4: Link naar de podcast</i>	<i>12</i>
<i>Bijlage 5: evidentietabel.....</i>	<i>13</i>
<i>Bijlage 6: AI-gebruik</i>	<i>30</i>

1 Inleiding

Volgens cijfers van Eurostat (2026a) telde de Europese Unie (EU) in 2025 ongeveer 64,7 miljoen internationale migranten. Vanuit een andere invalshoek bekeken, is ongeveer 14% van de EU-bevolking geboren in een andere lidstaat of afkomstig van buiten de Europese Unie (Eurostat, 2026a; Eurostat, 2026b). Op nationaal niveau telde België in datzelfde jaar ongeveer 1,6 miljoen inwoners met een niet-Belgische nationaliteit, waarvan 814.583 vrouwen. Hieruit blijkt dat 59% van deze vrouwen zich in de reproductieve leeftijdsgroep (15 tot 49 jaar) bevindt. Binnen deze groep zijn voornamelijk vrouwen tussen 25 en 39 jaar sterk vertegenwoordigd (Statbel, 2025a).

In de Europese Unie vormen mensenrechten de kern, vooral omdat de lidstaten verschillende mensenrechtenverdragen hebben goedgekeurd, zoals het Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen. Deze verdragen benadrukken onder andere gelijke toegang tot gezondheidszorg. Toch blijkt in de praktijk dat zwangere migranten, ondanks deze verdragen, nog steeds tot de meest kwetsbare groepen binnen de westerse samenleving behoren. Sociale ongelijkheid speelt hierbij een grote rol (Balaam et al., 2013).

De perinatale periode vormt hierbij een belangrijke fase. Wanneer men denkt aan de perinatale periode, komt vaak een idyllisch beeld naar voren. Deze periode wordt meestal beschouwd als een tijd van diepe verbinding, verwachting en vreugde. Het is een fase waarin nieuw leven bloeit. We gaan er vanzelfsprekend van uit dat dit proces wordt omringd door warme zorg en ondersteund wordt door gedreven zorgverleners die met hun expertise en vertrouwen moeders begeleiden tijdens hun zwangerschap en bevalling. Helaas is deze idyllische realiteit niet voor iedereen weggelegd. Voor sommige vrouwen, in het bijzonder voor Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond in België, is de perinatale periode allesbehalve een zorgeloze tijd. In plaats daarvan kan het een hobbelig pad vol uitdagingen en onzekerheden zijn (Schönborn et al., 2022).

Uit onderzoek blijkt dat migranten vaak geconfronteerd worden met verschillende barrières bij de toegang tot perinatale zorg (Schönborn et al., 2024). Het onderzoek van Claerbout et al. (2024) suggereert dat migrantenvrouwen hierdoor onvoldoende zwangerschapsopvolging krijgen, wat dan weer nadelig is voor de maternale en neonatale uitkomsten. Zo blijkt het dat zij vaker te maken hebben met miskramen, mentale gezondheidsproblemen, foetale groei problemen, hoge perinatale sterfte en vroeggeboorte (Claerbout et al., 2024).

Bovendien worden er hogere cijfers bij mortaliteit en morbiditeit geconstateerd (Balaam et al., 2013). Zowel de pre-migratiestressoren (bv. oorlog en armoede) als de transitstressoren (bv. verlies van sociale steun) als post-migratiestressoren (bv. discriminatie, sociale uitsluiting) spelen hier een belangrijke rol (Claerbout et al., 2024). Uit een studie blijkt dat de perinatale sterftecijfers 80% hoger

zijn bij Noord-Afrikaanse en Sub-Saharaans-Afrikaanse vrouwen in vergelijking met Belgische vrouwen. Daarnaast wordt vermeld dat vrouwen met een nationaliteit van een Sub-Saharaans-Afrikaans land een hoger risico op vroeggeboorte lopen, terwijl dit bij Noord-Afrikaanse vrouwen juist lager is (Schönborn et al., 2022).

De interactie tussen migranten en zorgprofessionals vormt een extra grote en belangrijke uitdaging. Slechte communicatie door taalbarrières en culturele verschillen kan gevoelens van isolatie, angst en wantrouwen bij zwangere vrouwen versterken. Dit beïnvloedt niet alleen de tevredenheid die ze hebben tegenover de zorg, maar kan ook een tekortkoming zijn bij hun betrokkenheid rond de gedeelde besluitvorming. De ongunstige zorguitkomst is hier natuurlijk een rechtstreeks gevolg van (Schönborn et al., 2024).

Het doel van deze bachelorproef is om dit onderwerp meer in de schijnwerpers te zetten en een dieper inzicht te verwerven in de ervaringen van Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond binnen de perinatale zorg in België. Dit onderzoek gaat na welke barrières zij ondervinden in de communicatie met zorgverleners en hoe dit hun zorg beïnvloedt.

Eveneens richt dit onderzoek zich op de zorgverleners: welke uitdagingen ervaren zij? Heeft het voornamelijk te maken met tijdsdruk, een gebrek aan training in culturele competenties, taalbarrières of is het eerder een combinatie hiervan? Waar zitten de knelpunten en hoe kunnen die worden aangepakt? Is er een tekort aan kennis, ontbreekt er een openheid voor andere culturen of weten zorgverleners simpelweg niet goed hoe ze met deze verschillen moeten omgaan?

Door zowel de ervaringen van vrouwen als zorgverleners te onderzoeken, wordt niet alleen beoogd de barrières in kaart te brengen, maar ook te begrijpen hoe deze bijdragen aan ongelijkheden in de perinatale zorg. Ten slotte wordt er gezocht naar mogelijke oplossingen om deze ongelijkheden te verminderen.

2 Literatuurstudie

2.1 Migratie en gezondheidszorg in België

2.1.1 Demografische context van Afrikaanse migrantenvrouwen in België

De cijfers van Statbel (2025b) tonen aan dat migranten een aanzienlijk aandeel uitmaken van onze samenleving. In 2025 telde België 729.036 Noord-Afrikanen. Dit komt overeen met 6,2% van de totale Belgische bevolking. Binnen deze groep werd 17,3% in België geboren en 60,1% in het buitenland. Daarnaast telt de Belgische bevolking in 2025 393.011 inwoners met een achtergrond uit Sub-Sahara-Afrika, wat neerkomt op 3,3% van de totale bevolking. Van deze groep werd 29,4% in België geboren en 41,0% in het buitenland. Statbel (2025b) maakt op basis van herkomst geen onderscheid tussen mannen en vrouwen. Hierdoor zijn er geen exacte gegevens beschikbaar over het aantal Afrikaanse vrouwen in België.

Volgens de statistieken van Statbel (2025b) kan geconcludeerd worden dat een groot deel van de Noord-Afrikanen en Sub-Sahara-Afrikanen niet in België geboren is. Uit onderzoek blijkt dat dit resultaat een weerslag heeft op de perinatale zorg. Taalbarrières, laattijdige opstart van prenatale zorg, sociaaleconomische kwetsbaarheid en verschillende zorgverwachtingen zijn enkele factoren die in de literatuur geassocieerd worden met ongelijkheden in zowel de beleving van als de toegang tot perinatale zorg (Schönborn et al., 2022; Schönborn et al., 2024; Sow et al., 2018). Om deze reden focust dit onderzoek zich op eerste-generatiemigrantenvrouwen met een Noord-Afrikaanse en Sub-Sahara-Afrikaanse achtergrond.

2.1.2 Gezondheidsuitdagingen bij migranten

In het onderzoek van Villar-Bustos et al. (2024) wordt aangetoond dat migranten vaker uitdagingen ervaren op het vlak van gezondheid en welzijn. Factoren die hieraan bijdragen zijn onder andere beperkte toegang tot gezondheidszorg, administratieve en financiële moeilijkheden, een onzekere verblijfsstatus, sociale en culturele veranderingen, het verlies van sociale netwerken, traumatische ervaringen en aanpassingen aan nieuwe leefomstandigheden. Daarnaast komen ze regelmatig in aanraking met taalbarrières, cultuurverschillen, onzekerheid, gebrek aan psychologische ondersteuning, discriminatie en een beperkte kennis over het zorgsysteem. Deze obstakels brengen heel wat stress met zich mee en hebben een negatieve invloed op de gezondheid van deze doelgroep. Volgens verschillende onderzoeken zijn deze uitdagingen niet gelijk voor iedere migrant.

Redenen voor migratie, herkomst, sociaaleconomische status en integratie hebben een belangrijke invloed op de kwetsbaarheid (Villar-Bustos et al., 2024). Hierdoor is het belangrijk om als zorgverlener stil te staan bij de kwetsbaarheden en behoeften van elke migrant.

2.2 Perinatale zorg voor Afrikaanse migrantenvrouwen

2.2.1 Begrip perinatale periode

Deze bachelorproef vertrekt vanuit de vraag hoe Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond de perinatale zorg in België ervaren. Hierdoor is het cruciaal om even stil te staan bij het begrip “perinatale periode” en wat dit precies inhoudt. In de volgende alinea wordt kort het begrip omschreven en worden de verschillende fasen ervan toegelicht.

Kind en Gezin beschrijft de perinatale periode als een intensieve fase voor kersverse ouders. Deze periode start bij het ontstaan van een kinderwens en eindigt één jaar na de geboorte van het kind. Deze periode wordt ingedeeld in drie grote fasen: de preconceptieperiode of kinderwensperiode, de zwangerschapsperiode en de postpartumperiode. De verschillende fasen brengen heel wat onzekerheden en emoties met zich mee. Ieder koppel beleeft deze perioden op zijn eigen manier (Opgroeien, 2024).

2.2.2 Het Belgisch beleid en perinatale zorg

In 2024 werd door de federale overheid en de deelstaten het perinatale programma geïntroduceerd. Met dit programma willen zij een geïntegreerde zorg creëren die continu is en waarbij rekening wordt gehouden met de wensen van de zwangere vrouwen. Het zorgprogramma focust zich voornamelijk op het ondersteunen van kwetsbare vrouwen die moeilijkheden ondervinden op psychosociaal vlak. Dit programma wordt momenteel nog verder uitgebreid door bijkomend te kijken naar financiële problemen, huisvesting, geweld en het gebruik van medicatie en middelen (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 2025; VRT NWS, 2025).

Verschillende onderzoeken tonen aan dat de eerste 1000 dagen na de conceptie een zeer cruciale periode is voor de groei en ontwikkeling van het kind. Het programma gaat hier verder op in om de perinatale zorg in haar totaliteit te verbeteren. Om dit te doen slagen heeft de overheid een drietrapsaanpak uitgeschreven. Ten eerste richt men zich op het identificeren van kwetsbare vrouwen, zodat de drempel tot de perinatale zorg verlaagd wordt. Vervolgens krijgen zorgverleners de taak om vrouwen uit een kwetsbare situatie op te sporen en tijdig door te verwijzen. Hierbij is een multidisciplinaire samenwerking van groot belang. Op die manier kan er persoonsgerichte zorg bekomen worden. Ten slotte richt de drietrapsaanpak zich op een gestructureerde perinatale zorg waarbij nauwe begeleiding centraal staat (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 2025; Vandenbroucke, 2024).

Het uiteindelijke doel van dit programma is om iedere zorgvrager een optimale toegang tot perinatale zorg aan te reiken (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 2025). Om dit doel te kunnen bereiken, moeten er nog veel stappen worden gezet.

Een project dat deel uitmaakt van het perinatale programma is Born in Belgium. Het dient als screeningstool voor zorgverleners en heeft als doel om zwangere vrouwen in kwetsbare situaties te ondersteunen. De tool vervult twee functies. Ten eerste brengt het de psychosociale situatie van zwangere vrouwen in kaart op basis van een vragenlijst die wetenschappelijk onderbouwd is. Ten tweede levert de tool geïntegreerde zorgpaden op basis van de situatie van de zwangere vrouw. Aan de hand van deze zorgpaden kunnen zorgverleners gericht doorverwijzen en aanvullende informatie bieden over specifieke thema's. Dankzij een gedeeld platform beschikken alle betrokken zorgverleners over een overzicht van de psychosociale situatie, de reeds genomen acties en wie deze heeft uitgevoerd (Born in Belgium Pro, 2026).

In de beschikbare literatuur over het perinatale zorgprogramma worden vrouwen met een migratieachtergrond nauwelijks of niet expliciet vermeld. Nochtans behoren zij ook tot de kwetsbare doelgroepen. Hoewel de gebruikte screeningstools de mogelijkheid bieden om deze vrouwen op te sporen, wordt nergens beschreven hoe de verschillende barrières waarmee zij geconfronteerd worden, aangepakt zullen worden. Screenen alleen volstaat echter niet. Zolang er niet wordt ingegrepen op deze drempels, blijven de tekortkomingen in de perinatale zorg verder bestaan en wordt het uiteindelijke doel van het programma slechts gedeeltelijk bereikt.

2.2.3 Ervaringen van Afrikaanse migrantenvrouwen in de perinatale zorg

In de bestaande literatuur is reeds onderzoek gedaan naar de ervaringen van migrantenvrouwen met een Afrikaanse achtergrond in de perinatale zorg. De conclusies die daaruit voortkomen zijn bijzonder waardevol om mee te nemen in verdere analyses en aanbevelingen. Meerdere wetenschappelijke artikelen tonen aan dat vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond geregeld de perinatale zorg anders ervaren dan autochtone vrouwen (Schönborn et al., 2020). Hoe deze vrouwen zorg ervaren, hangt nauw samen met hun culturele verwachtingen, gebrek aan vertrouwen in het perinatale zorgsysteem en ervaringen van discriminatie of uitsluiting (Fair et al., 2020). Zelfs in landen met een goed gestructureerde perinatale zorg blijven deze ongelijkheden verder bestaan, daar waar de sociaaleconomische status en verblijfsstatus een grote invloedrijke factor zijn (Schönborn et al., 2020).

Meerdere studies tonen aan dat migrantenvrouwen met een Afrikaanse achtergrond later beginnen met prenatale zorg, taal- en communicatieproblemen ervaren en een verminderde gespecialiseerde zorg krijgen (Schönborn et al., 2022; Schönborn et al., 2024). Bovendien werd aangegeven dat de maternale en neonatale uitkomsten sterk verschillen tussen autochtone vrouwen en migrantenvrouwen. Zo hebben ze bijvoorbeeld meer risico op vroeggeboortes, een laag geboortegewicht en een hogere perinatale mortaliteit en morbiditeit (Schönborn et al., 2022; Sow et al., 2018). Daarnaast hebben vrouwen uit Sub-Sahara-Afrika een groter risico op pre-eclampsie

(Nakimuli et al., 2013). Onderzoek toont aan dat biologische factoren niet de hoofdoorzaak zijn van deze zwangerschapsuitkomsten. Het is eerder een combinatie van zorggerelateerde, sociaaleconomische en juridische barrières (Schönborn et al., 2020; Schönborn et al., 2022).

2.2.4 Factoren die de perinatale zorg van migrantenvrouwen beïnvloeden

Zoals eerder besproken, staan migrantenvrouwen met een Afrikaanse achtergrond vaak voor een aanzienlijke reeks obstakels en barrières. Dit brengt heel wat uitdagingen met zich mee, zowel op mentaal als fysiek vlak. In deze bachelorproef worden de obstakels en uitdagingen geanalyseerd aan de hand van drie niveaus: het individueel niveau, het interactieniveau en het maatschappelijk niveau.

2.2.4.1 Individueel niveau

Op individueel niveau staan de kennis, ervaring en beleving van de migrantenvrouw centraal.

Barrières bij toegang tot zorg

Voor sommige migrantenvrouwen kan de stap naar de toegang tot zorg enorm groot zijn. Voordat vrouwen deelnemen aan kraamzorg, overwegen ze een aantal zaken: de behoefte aan zorg, de kosten en de gevolgen. Negatieve ervaringen op het vlak van vertrouwen hebben ook een invloed op deze keuze (Fair et al., 2020). Ter illustratie beschrijven Barkensjö et al. (2018) een voorbeeld van een ongedocumenteerde migrantenvrouw in Zweden die tijdens medische consulten angst ervaarde dat haar verblijfplaats zou worden doorgegeven aan de immigratiediensten van het land, met mogelijke deportatie tot gevolg. Uit dit onderzoek blijkt dat deze vrouwen regelmatig zorgcontacten vermijden uit vrees voor deportatie en uit bezorgdheid over de veiligheid van hun pasgeboren en reeds bestaande kinderen.

Daarnaast geven migrantenvrouwen aan soms onbekend te zijn met het zorgsysteem en vinden ze het moeilijk te weten wat hun rechten zijn. Zij hebben nood aan bredere informatie over de beschikbaarheid en kosten van de diensten (Fair et al., 2020).

Gezondheidsvaardigheden

Een onderzoek uit Noorwegen toont aan dat één derde van de recent gemigreerde vrouwen, waaronder ook vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond, de informatie die wordt verstrekt door zorgverleners in de perinatale zorg niet goed begrijpt. Het onvoldoende begrijpen van informatie kan ervoor zorgen dat de toegang van vrouwen tot perinatale zorg in het gedrang komt. Alsook heeft het een aanzienlijke invloed op de relatie tussen de zorgverlener en de zorgvrager. Het zijn voornamelijk vrouwen met een lage taalvaardigheid die aangeven de informatie niet goed te begrijpen. Daarnaast komt dit meer voor bij vluchtelingen en vrouwen die geen diploma hebben. Tijdens het onderzoek gaf een merendeel van de deelnemers aan te weinig informatie te krijgen in verband met flesvoeding, stemmingswisselingen na de bevalling en gezinsplanning. Dit komt doordat

er binnen de perinatale begeleiding onvoldoende aandacht werd besteed aan deze onderwerpen (Bains et al., 2021).

Het belang van gezondheidsvaardigheden beperkt zich niet alleen tot de postnatale periode. Een andere studie benadrukt dat gezondheidsvaardigheden ook tijdens de zwangerschap belangrijk zijn voor een goede samenwerking tussen zwangere vrouwen en zorgverleners in de preventie van gezondheidsproblemen. Een laag niveau van gezondheidsvaardigheden wordt geassocieerd met een hoger risico op complicaties zoals zwangerschapsdiabetes, een laag geboortegewicht, stress of depressie bij de moeder en negatieve uitkomsten voor de baby. Daarnaast beschikken vrouwen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak over minder kennis van prenatale zorg, foliumzuurgebruik en een gezonde levensstijl gedurende de preconceptie en zwangerschap. Daartegenover staat dat een hogere gezondheidsgeliterdheid samenhangt met betere kennis over prenatale zorg, een grotere kans op preconceptievoorlichting en het regelmatig deelnemen aan medische controles. Sociaaleconomische factoren, waaronder opleidingsniveau, leeftijd, etniciteit en werkstatus, spelen hierbij een belangrijke rol (Meldgaard et al., 2022).

Deze onderzoeken tonen aan hoe beperkte gezondheidsvaardigheden een belangrijke barrière vormen binnen de perinatale zorg, in het bijzonder voor kwetsbare groepen zoals vrouwen met een migratieachtergrond. Khan et al. (2024) concluderen dan ook dat er meer nood is aan diverse interventies om de gezondheidsvaardigheden van deze doelgroep aan te pakken en hen hierin te ondersteunen. Dit zou op zijn beurt de neonatale en maternale gezondheidsuitkomsten positief beïnvloeden.

Taalbarrières

Naast beperkte gezondheidsvaardigheden behoren taalproblemen tot één van de obstakels die het meest terugkeren in de literatuur. Vrouwen worden in het land waar ze naar migreren vaak geconfronteerd met taalbarrières. Dit zorgt ervoor dat migrantenvrouwen problemen ondervinden in de communicatie en bij het opbouwen van een relatie met zorgverleners. Dit draagt bij aan een beperkte toegang tot zorg (Fair et al., 2020).

Discriminatie

Op het vlak van discriminatie zijn er uiteenlopende meningen in de literatuur. Een aantal vrouwen geeft aan de zorg heel positief te ervaren, waarbij men de zorg beschrijft als empathisch, behulpzaam en rekening houdend met de cultuur. Tegelijkertijd geven sommige migrantenvrouwen aan dat zij regelmatig met discriminatie in aanraking kwamen. De bevindingen uit het onderzoek wijzen erop dat continuïteit van zorg een belangrijke factor is in de tevredenheid over kraamzorg bij

migrantenvrouwen. De bevindingen uit het onderzoek wijzen er bovendien op dat continuïteit van zorg een belangrijke factor is in de tevredenheid over kraamzorg bij migrantenvrouwen (Fair et al., 2020).

Mentaal welzijn

Migrantenvrouwen ondervinden ook problemen op psychologisch en emotioneel vlak. Een studie uit Europa toont aan dat onbekendheid over medische procedures ervoor zorgt dat vrouwen met angst te maken krijgen en wantrouwen ontwikkelen tegenover het zorgpersoneel (Fair et al., 2020). Een volgend onderzoek toont aan dat meerdere migrantenvrouwen voor en tijdens de migratie geconfronteerd worden met traumatische gebeurtenissen, zoals geweld, verkrachting, verlies van familieleden of blootstelling aan oorlog. Deze gebeurtenissen vormen een aanzienlijk risico op het ontwikkelen van perinatale mentale gezondheidsproblemen. Nieuwe migranten komen in een land waar ze alles nog moeten ontdekken. Vaak moeten ze zelf hun weg zoeken in het nieuwe systeem, waardoor er een enorme last op hun schouders komt te liggen. Dit kan zwaar wegen op de mentale gezondheid van deze vrouwen. Een gebrekkige relatie met de partner kan het mentale welzijn beïnvloeden. Bovendien hebben deze vrouwen een beperkt sociaal vangnet in het land waar ze terechtkomen (Rees & Fisher, 2023). Deze elementen hangen nauw samen met onder andere taalbarrières, lage sociaaleconomische status, sociaal isolement en de juridische status. Een combinatie van bovenstaande factoren leidt vaak tot psychische stoornissen zoals een posttraumatische stressstoornis en pre- en postnatale depressies (Anderson et al., 2017). Uit onderzoek van Claerbout et al. (2024) blijkt dat perinatale psychische stoornissen een veelvoorkomende complicatie zijn tijdens de zwangerschap, met mortaliteit en morbiditeit tot gevolg.

Culturele en religieuze verschillen

Shahawy et al. (2023) tonen aan dat Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond vaak botsen op culturele en religieuze verschillen in het land waar zij naartoe migreren. Dit weerspiegelt zich ook in de perinatale gezondheidszorg en in hoe zij deze periode ervaren. Culturele en religieuze overtuigingen hebben een grote invloed op de beleving van zwangerschap, bevalling, postpartum, pijn en voeding. Hassan (2022) onderzocht de verschillende religieuze praktijken bij moslimvrouwen. Hieruit blijkt dat elke fase in de perinatale periode zijn eigen religieuze handelingen heeft. Zo kiezen sommige vrouwen ervoor om religieuze recitaties te beluisteren tijdens de bevalling om een ontspannende houding te bekomen en een gevoel van steun te ervaren. Daarnaast hechten zij veel belang aan religieuze voorschriften. Deze vrouwen hebben een voorkeur voor vrouwelijke zorgverleners of bedekken het lichaam tijdens een medisch onderzoek om de lichamelijke bescheidenheid te bewaren. Dit toont aan hoe belangrijk het is voor deze vrouwen om hier rekening mee te houden. Op die manier wordt een gevoel van veiligheid en respect gewaarborgd.

Religieuze overtuigingen oefenen een grote invloed uit op hoe vrouwen pijn ervaren tijdens de bevalling. Moslimvrouwen streven vaker naar een stille geboorte. Hierbij wordt er gevraagd aan de aanwezige personen in de kamer om zich te onthouden van het spreken. Op deze manier zijn de eerste zaken die het kind te horen krijgt een verwijzing naar God. Tijdens de bevalling is het ook gebruikelijk om bij het begin van de arbeid enkele dadels te consumeren, omdat dit volgens hen een verlichting van de pijn biedt en de arbeid bevordert (Hassan, 2022). Ook na de geboorte worden er diverse rituelen uitgevoerd. Zo wordt de oproep tot het gebed zachtjes in het oor van de baby gefluisterd en wordt er een klein stukje dadel op het gehemelte van de baby gewreven voor de eerste voeding. Een ander voorbeeld is dat er enkele dagen na de geboorte een dier wordt geofferd, waarbij het vlees onder de familieleden wordt uitgedeeld. Op die manier vieren ze de komst van het kind (Hassan, 2022). Bij de Afrikaanse culturen staat steun van familie en vrienden centraal. Zij nemen de zorg voor mama en baby op zich. Echter, deze steun kan tegenstrijdig zijn met de adviezen die deze vrouwen tijdens hun verblijf in het ziekenhuis meekrijgen (Raman et al., 2024).

Uit de studie van Shahawy et al. (2023) is gebleken dat veel zwangere moslimvrouwen hun religieuze gewoontes, zoals vasten, niet willen bespreken met zorgverleners. Dit komt uit de angst om onrespectvol behandeld te worden of dat zorgverleners religieuze gewoonten zouden verbieden. Communicatiebarrières spelen hierin een grote rol. Verder toont het onderzoek van Shahawy et al. (2023) aan dat de basis van dit probleem vaak voortvloeit uit wantrouwen tegenover zorgverleners in combinatie met een gebrekkige kennis over religieuze of culturele gewoontes bij zorgverleners.

Voedingstaboes

Naast culturele of religieuze verschillen spelen voedingsgerelateerde taboes ook een belangrijke rol tijdens de zwangerschap bij vrouwen uit een andere cultuur. Bepaalde voedingsmiddelen worden als goed of slecht beschouwd. Dit beïnvloedt sterk de voedingskeuzes van deze zwangere vrouwen. Zo blijkt dat in verschillende culturen koude voedingsmiddelen vermeden worden, omdat men gelooft dat dit langdurige lichamelijke klachten kan veroorzaken, zoals rugpijn, koorts en vermoeidheid. In Zambia worden geen eieren geconsumeerd om te verhinderen dat baby's zonder haar geboren worden. Daarbij wordt vis vermeden om een vergroting van de grote fontanel te voorkomen (Raman et al., 2024).

Verder onderzoek richtte zich op Ethiopische vrouwen en hoe voedingstaboes de zwangerschap beïnvloeden. Dit onderzoek concludeert dat Ethiopische vrouwen heel wat etenswaren uitsluiten omwille van culturele overtuigingen. Zo blijkt dat honing, melk, lijnzaad en noten worden vermeden uit angst voor een grote baby. Bovendien zijn de vrouwen van mening dat deze voedingsmiddelen een andere huidskleur of een miskraam kunnen veroorzaken. Verschillende fruitsoorten, zoals sinaasappel, ananas, mango en avocado, worden vermeden uit vrees voor het ontwikkelen van malaria, diarree of

worminfecties bij de baby. Daarnaast zouden groene groenten de oorzaak zijn van onaangename geuren bij moeder en kind en kaalheid bij de baby. Witte voedingsmiddelen, zoals aardappelen en melk, worden niet geconsumeerd vanwege een grote vrees dat het kind witte vlekken op het hoofd zal krijgen. Deze voedingstaboes hebben een grote invloed op de voedingsinname tijdens de zwangerschap. Dit leidt tot het volledig uitsluiten van deze voedingsmiddelen, met als gevolg dat zwangere vrouwen vaker te maken krijgen met een groot tekort aan voedingsstoffen en verscheidene zwangerschapscomplicaties (Vasilevski & Carolan-Olah, 2016).

Sociaaleconomische situatie

Uit de studie van Fair et al. (2020) en Schönborn et al. (2024) is gebleken dat financiële beperkingen, onstabiele huisvesting, onzekere verblijfsstatus en werkonzekerheid belangrijke determinanten zijn die de toegang tot zorg bemoeilijken. Deze factoren verhogen bovendien de stress en kwetsbaarheid van vrouwen tijdens de perinatale periode.

Veel migrantenvrouwen ervaren moeilijkheden bij het voorzien in basisbehoeften. Daarbij komt kijken dat een groot aantal vrouwen niet mag werken of geen werk vindt, waardoor de financiële situatie nog moeilijker wordt. Deze financiële stress zorgt ervoor dat vrouwen zorg gaan uitstellen of vermijden, ook wanneer deze gratis is. Dit komt omdat de bijkomende kosten vaak niet haalbaar zijn.

Bovendien bevinden Afrikaanse migrantenvrouwen zich regelmatig in zorgwekkende en instabiele leefomstandigheden. Dit kan het gevoel van onmacht en stress vergroten en de toegang tot zorg in het gedrang brengen (Fair et al., 2020). De studie van Schönborn et al. (2024) toont aan dat Sub-Saharaanse vrouwen vaker geen ziekteverzekering aangaan en een onzeker of illegaal verblijfsstatuut hebben. Dit vergroot de kwetsbaarheid van migrantenvrouwen. Deze bevinding wijst op een samenhang tussen de sociaaleconomische situatie, migratiestatus en de toegang tot gezondheidszorg.

Om deze relatie beter te begrijpen, is het noodzakelijk eerst inzicht te krijgen in de organisatie van het Belgische gezondheidszorgsysteem en de rol van sociale zekerheid.

Sociale zekerheid en gezondheidszorg

Door de sociale bijdragen van werknemers en werkgevers wordt de gezondheidszorg grotendeels gefinancierd. Dit wordt aangevuld door overheidsfinanciering en individuele bijdragen van patiënten. Door zich als burger aan te sluiten bij een ziekenfonds naar keuze, wordt toegang verkregen tot de verplichte verzekering. De ziekenfondsen fungeren als tussenpersoon tussen patiënten en de sociale zekerheid (Brussels Commissioner Europe & International, 2024; Santé Et Accès Aux Soins, 2026).

Het Belgische sociale zekerheidsmodel is gebaseerd op het principe van solidariteit. Iedere burger levert een verplichte bijdrage aan een gezamenlijk systeem dat de toegang tot zorg voor de Belgische

bevolking mogelijk maakt. In ruil voor die bijdrage dekt de verplichte ziekteverzekering een groot deel van de medische kosten. Doorgaans betaalt de zorgvrager een eigen kleine bijdrage, het zogenaamde remgeld, terwijl de rest van de kosten door de ziekteverzekering wordt terugbetaald (Santé Et Accès Aux Soins, 2026).

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) is verantwoordelijk voor de organisatie en regulering van de verplichte ziekteverzekering. Deze overheidsinstelling staat in voor de financiering van medische prestaties, het vastleggen van terugbetalingsregels en de samenwerking tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 2023).

Hoewel het Belgische gezondheidssysteem vaak wordt beschreven als een systeem met een brede toegankelijkheid, blijkt dit in de praktijk niet voor iedereen hetzelfde te zijn. De toegang tot zorg hangt sterk samen met de kennis over het zorgsysteem en de verblijfs- en verzekeringsstatus van een persoon (Koning et al., 2024). Onderzoek toont aan dat vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond over onvoldoende kennis beschikken met betrekking tot het zorgsysteem in het land waar ze naartoe migreren. Daarnaast kennen de migrantenvrouwen hun rechten onvoldoende en hebben ze moeite om correcte informatie te verkrijgen (Fair et al., 2020).

De toegang tot gezondheidszorg voor migranten in België varieert aanzienlijk wegens sociale en juridische omstandigheden. De verblijfsstatus, verzekeringspositie en administratieve inschrijvingen spelen een grote rol in de medische toegankelijkheid en rechten van migranten (Mi-Health Europe, 2025; Koning et al., 2024).

Om deze variaties beter te begrijpen, is het belangrijk om de verschillende migrantengroepen en hun specifieke toegang tot gezondheidszorg te onderscheiden.

Migratiestatus en toegang tot gezondheidszorg

Een eerste groep zijn migranten met een wettige verblijfstatus, zoals erkende vluchtelingen, personen die via gezinshereniging naar België zijn gekomen en arbeidsmigranten. Deze personen verblijven legaal in België en kunnen zich aansluiten bij een mutualiteit. Na registratie krijgen zij toegang tot alle vormen van gezondheidszorg die ook voor Belgische burgers beschikbaar zijn, waaronder consultaties, ziekenhuisopnames, gespecialiseerde zorgen en medicatie (Mi-Health Europe, 2025).

Een andere belangrijke groep betreft de asielzoekers, die zich tijdens hun asielprocedure in een moeilijke administratieve situatie bevinden. Na registratie worden zij opgenomen in het wachtregister voor asielzoekers. Dit register bevat personen die internationale bescherming aanvragen gedurende de duur van hun asielprocedure. Het wachtregister voor asielzoekers wordt beheerd door Fedasil, het Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers. Fedasil is een overheidsinstantie die zorgt voor

de opvang en begeleiding van mensen die internationale bescherming aanvragen (Over Fedasil, 2026). Zodra de asielzoekers een andere verblijfstatus ontvangen of officieel erkend worden als vluchteling, worden zij ingeschreven in het bevolkingsregister. Enkel wanneer asielzoekers geregistreerd zijn, kunnen zij beroep doen op medische zorg in België (Metadata: Population By Nationality, 2026).

Eenmaal geregistreerd in het wachtregister krijgen asielzoekers toegang tot gezondheidszorg via Fedasil of het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), in het Frans Centre Public d'Action Sociale (CPAS). De medische kosten worden doorgaans volledig gedekt. Asielzoekers hebben recht op basiszorg en kunnen indien nodig ook gebruikmaken van gespecialiseerde zorg. In principe hoeven zij geen eigen bijdrage te leveren, tenzij de persoon in kwestie een inkomen of financiële tegemoetkoming ontvangt (Mi-Health Europe, 2025).

Een derde groep bestaat uit ongedocumenteerde migranten, die zonder wettig verblijfsrecht in België verblijven. Deze personen zijn uitgesloten van de reguliere ziekteverzekering en kunnen zich niet aansluiten bij een mutualiteit (Mi-Health Europe, 2025). Volgens artikel 23 van de Grondwet van België (7 februari 1831) heeft echter iedereen recht op een menswaardig bestaan. Dit betekent dat ook ongedocumenteerde personen toegang kunnen krijgen tot bepaalde diensten in de gezondheidszorg. De zorgverlening gebeurt via de Dringende Medische Hulp (DMH), waarvoor een aanvraag moet worden ingediend bij het OCMW of CPAS (Mi-Health Europe, 2025).

De kloof tussen het wettelijk kader en de praktijk

Hoewel niet-wettige verblijvers recht hebben op de Dringende Medische Hulp (DMH), blijkt dat dit recht in de praktijk meestal niet wordt gerealiseerd. Papieren eerst, zorg later (september 2025) toont aan dat ongedocumenteerde migranten regelmatig administratieve belemmeringen ondervinden bij het aanvragen van medische zorg. Deze obstakels omvatten onder meer complexe procedures, hulpvragen die traag behandeld worden door het OCMW of het CPAS, tegenstrijdige beslissingen en het niet systematisch registreren van ingediende aanvragen. Als gevolg hiervan stellen ongedocumenteerde migranten medische zorg uit of krijgen ze geen adequate zorg, ondanks dat ze hier in principe wel recht op hebben (Papieren eerst, zorg later, september 2025).

Volgens het Belgisch Netwerk Armoedebestrijding ontvangt tussen 80% en 90% van de personen die recht hebben op Dringende Medische Hulp deze zorg uiteindelijk niet. Dit wijst op een aanzienlijke kloof tussen het wettelijk kader en de toegang tot gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf (Creytens, 2025; Papieren eerst, zorg later, september 2025). Ook Brussels Platform Armoede (2025) vermeldt dat de toegang tot dringende medische hulp vaak problematisch verloopt en dat een betere organisatie van het systeem nodig is (Brussels Platform Armoede, 2025).

Deze kloof tussen theorie en praktijk kan deels verklaard worden door institutionele en organisatorische factoren. De implementatie van artikel 23 van de Belgische grondwet wordt bemoeilijkt door onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden tussen verschillende instanties. Daarnaast handelen deze instanties vaak vanuit uiteenlopende perspectieven, wat kan leiden tot misverstanden en vertragingen. Hierdoor kunnen personen zonder wettig verblijf hun recht op zorg niet altijd effectief uitoefenen (Dauvrin et al., 2018; Lafaut, 2025).

De rol van maatschappelijke organisaties

Niet-gouvernementele organisaties en maatschappelijke organisaties spelen een cruciale rol bij het verkleinen van de kloof tussen de theorie en de praktijk. Deze actoren vormen een netwerk dat elk vanuit een verschillende invalshoek bijdraagt aan toegankelijke zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen.

Een voorbeeld hiervan is De Kraamvogel vzw, een expertisecentrum in kraamzorg dat zich richt op kwetsbare zwangere vrouwen, waaronder Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond. Het project "Origine" van De Kraamvogel heeft als doel postnatale zorg toegankelijk te maken voor vrouwen in de regio Antwerpen die geen wettig verblijfsrecht hebben en financieel niet in staat zijn om deze zorg zelf te bekostigen. Door laagdrempelige en praktijkgerichte zorg van eerstelijnsvroedvrouwen na de bevalling aan te bieden, helpt dit project de impact van administratieve en financiële barrières aanzienlijk te verminderen (De Kraamvogel, 2026a; De Kraamvogel, 2026b).

Een ander voorbeeld is het Huis van het Kind. Het vormt een samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties die laagdrempelige zorg bieden, met als doel gezinnen en kinderen te ondersteunen. Het project besteedt bijzondere aandacht aan maatschappelijk kwetsbare groepen, waaronder gezinnen met een migratieachtergrond (Huis van het Kind Wervik, 2026; Huizen van het Kind, 2026).

Bovendien spelen zowel individuele hulporganisaties, zoals Dokters van de Wereld, het Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) en Aquarelle ASBL, als samenwerkingsnetwerken zoals PANZA een belangrijke rol binnen de ondersteuning van kwetsbare zwangere vrouwen. Deze actoren maken deel uit van een breder ondersteuningsnetwerk en bieden medische, preventieve en psychosociale ondersteuning tijdens de perinatale periode, waarbij vrouwen met een migratieachtergrond eveneens worden bereikt. Samen met tal van andere initiatieven dragen zij bij aan een betere toegang tot perinatale zorg voor kwetsbare groepen (Aquarelle ASBL, 2019; Centrum Algemeen Welzijnswerk, 2026; Dokters van de Wereld, 2026; PANZA, 2022).

2.2.4.2 Interactieniveau

Het volgende niveau dat wordt besproken is het interactieniveau. Hierin wordt dieper ingegaan op de relatie tussen Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond en zorgverleners.

Beperkt gebruik van professionele tolken

Zoals eerder aangegeven vormen communicatieproblemen één van de meest besproken barrières in de perinatale zorg. Een belangrijk knelpunt hierbij is het beperkte gebruik van tolken. De studie van Bains et al. (2021) toont aan dat het inzetten van een tolk ervoor zorgt dat informatie beter begrepen wordt en dat er een positief verband bestaat tussen het gebruik van tolken tijdens de bevalling en het correct begrijpen van informatie. Bovendien kunnen ondersteunde middelen, zoals pictogrammen en video's, ervoor zorgen dat deze doelgroep de informatie beter begrijpt. Een concreet voorbeeld is Kind in Beeld. Dit initiatief is ontwikkeld voor ouders en aanstaande ouders en het biedt een overzicht van Nederlandstalige publicaties, beschikbaar in 16 talen. In Kind in Beeld wordt het gebruik van taal tot een minimum beperkt om boodschappen voornamelijk visueel te ondersteunen. Daarnaast ondersteunt het de gesprekken tussen ouders en zorgverleners (Opgroeien, 2021).

Toch blijkt uit de studie van Schönborn et al. (2024) dat zorgverleners weinig beroep doen op professionele vertaling. Dit zorgt ervoor dat vrouwen met een beperkte taalvaardigheid vaker informele vertalers, zoals een partner of een familielid, moeten inschakelen. In de literatuur wordt geen duidelijke verklaring gegeven waarom zorgverleners beperkt gebruikmaken van professionele vertaaldiensten. Volgens Schönborn et al. (2024) moet dit vermeden worden, omdat dit dikwijls leidt tot misverstanden en onvolledige vertalingen. Bovendien voelen migrantenvrouwen zich via deze weg minder vrij om gevoelige informatie te delen.

Onzekerheid in de interactie met zorgverleners

Migrantenvrouwen voelen zich vaak onzeker. Dit komt doordat ze het gevoel krijgen probleempatiënten te zijn, omwille van de taalproblemen die ze ervaren. Dit heeft een cruciale invloed op de relatie met zorgverleners. Daarnaast geven de vrouwen in deze studie aan moeite te hebben met het begrijpen van medische termen, zeker wanneer deze niet duidelijk worden uitgelegd. Bovendien botsen migrantenvrouwen tussen het advies van de zorgverlener enerzijds en het advies uit hun cultuur en familie anderzijds. Dit maakt de vrouwen onzeker bij het nemen van beslissingen (Fair et al., 2020).

Knelpunten in tijdsbesteding, communicatie en zorgcontinuïteit

Een volgend knelpunt binnen de perinatale zorg is dat zorgverleners onvoldoende tijd nemen bij het geven van informatie. In het onderzoek van Claerbout et al. (2024) komt sterk naar voren dat zorgverleners te weinig aandacht en tijd besteden aan migrantenvrouwen. Daarnaast ervaren deze

vrouwen te snelle consultaties, wat negatieve ervaringen veroorzaakt. Ook de studie van Small et al. (2014) bevestigt dat migrantenvrouwen ontevreden zijn over de perinatale zorg. In de zwangerschapsperiode rapporteren ze klachten, waaronder lange wachttijden, onvoldoende tijd voor uitleg en gehaaste zorgverleners. De deelnemers geven aan dat er te weinig wordt stilgestaan bij de individuele bezorgdheden en dat ze onvoldoende informatie ontvangen.

In de studie van Small et al. (2014) wordt herhaaldelijk beschreven dat de continuïteit van zorg gebrekkig is. Aan de andere kant wordt het als positief ervaren wanneer de vrouwen minder verschillende zorgverleners te zien krijgen tijdens prenatale consultaties. Ook tijdens de bevalling is de beschikbaarheid van duidelijke informatie essentieel. Ontevredenheid wordt vaak veroorzaakt door een gebrek aan uitleg, onvoldoende vriendelijkheid, onbegrip van zorgverleners en te weinig inspraak bij beslissingen tijdens de bevalling. Migrantenvrouwen geven aan dat zij negatieve ervaringen binnen de postnatale zorg vooral associëren met personeelstekorten, tijdsdruk, te weinig aandacht voor de noden van de vrouw en onvoldoende advies en steun bij de zorg voor de baby. Daarnaast ervaren zij te weinig aandacht voor de lichamelijke en emotionele veranderingen na de bevalling.

Stigma's in de zorg

Onderzoek toont aan dat het taalgebruik en de houding van bepaalde zorgverleners racistisch en stigmatiserend kunnen zijn, vooral naar Sub-Saharaanse vrouwen. Deze vrouwen omschrijven zorgverleners vaak als onbeleefd, met een gebrek aan culturele sensitiviteit en discriminerend. Dergelijke ervaringen met discriminatie zorgen ervoor dat migrantenvrouwen zorg gaan vermijden of uitstellen (Arcilla et al., 2025). Bovendien is in het onderzoek van Small et al. (2014) aangetoond dat zorgverleners soms ongepast reageren op culturele gebruiken, zoals vrouwelijke besnijdenis. Dit veroorzaakt ongemak en schaamte bij migrantenvrouwen. De studie benadrukt dat zorgverleners respectvol en cultureel sensitief moeten omgaan in hun zorgverlening en dat ze hun kennis met betrekking tot vrouwelijke genitale verminking moeten verbeteren. De deelnemers in dit onderzoek kregen doorgaans ook te maken met stereotiep gedrag en discriminatie, vaak gerelateerd aan beperkte taalvaardigheid en huidskleur. Hierdoor benadrukken de auteurs het belang van betere culturele kennis en een respectvolle, niet-discriminerende houding van zorgverleners.

2.2.4.3 Maatschappelijk niveau

Het laatste niveau dat wordt besproken is het maatschappelijk niveau. Zoals eerder vermeld in deze bachelorproef komen Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond in contact met heel wat barrières. Uit onderzoek blijkt dat de media een grote invloed hebben op hoe er vanuit de maatschappij wordt gekeken naar migranten (Eberl et al., 2018; Rothenberger & Schmitt, 2024). Ondanks de toenemende diversiteit binnen de samenleving blijven discriminatie en racisme nog altijd enorm aanwezig.

Representatie van migranten in de media

Het onderzoek van Rothenberger & Schmitt (2024) toont aan dat vluchtelingen en migrantenvrouwen in de media regelmatig stereotiep worden voorgesteld. Daarnaast worden de vrouwen afgebeeld als passieve en kwetsbare slachtoffers en wordt er vaak boven hun hoofd gesproken door politici, journalisten en experts (Eberl et al., 2018). De bevindingen van Rothenberger & Schmitt (2024) sluiten aan bij de vorige studie. Het onderzoek benadrukt dat migranten in de media ondervertegenwoordigd zijn. Bovendien worden ze voorgesteld als een bedreiging op het vlak van veiligheid, economie en cultuur. Daarnaast worden migranten in nieuwsberichten meermaals gemarginaliseerd. Eberl et al. (2018) tonen aan dat het woordgebruik van journalisten vaak een negatieve connotatie draagt. Door het specifieke woordgebruik worden ze in de media niet als mens gerepresenteerd.

Naast deze stigmatiserende reputatie creëren de media een splitsing tussen Europa en Afrika. Dit komt doordat Afrikaanse migranten, afkomstig van buiten de Europese Unie, veel vaker geassocieerd worden met misdrijven dan migranten afkomstig van binnen de Europese Unie (Jacobs, 2016). Daarnaast is er een duidelijke scheiding tussen de verschillende religies. Zo wordt aangetoond dat de media meer aandacht besteden aan moslimmigranten dan aan joden of christenen (Bleich et al., 2015). Een voorbeeld dat in een studie wordt aangehaald, is dat beelden van moslimmigranten regelmatig negatiever worden ervaren dan beelden van joden in Nederland (Eberl et al., 2018). Rothenberger en Schmitt (2024) benadrukken dat journalisten in hun berichtgeving meer bewustzijn moeten creëren voor stereotiep gedrag. Indien migrantenvrouwen niet als personen in de media verschijnen, krijgen hun behoeften en problemen ook te weinig aandacht.

Aangezien deze bachelorproef zich richt op Afrikaanse migrantenvrouwen, is het essentieel om aandacht te hebben voor maatschappelijke factoren. Het onderzoek van Hatzenbuehler (2016) toont aan dat stigma's op verschillende niveaus tot uiting komen. Zo manifesteren stereotype ideeën zich niet enkel op het individuele en interpersoonlijke niveau. Ook op structureel vlak zijn deze stigma's zichtbaar. Onder structurele stigma's worden culturele opvattingen, maatschappelijke contexten en beleidsregels verstaan. Deze stigma's beperken op hun beurt de middelen, kansen en het welzijn van

groepen die gestigmatiseerd worden. Het onderzoek toont aan dat dit stereotiepe beeld een grote en onderschatte rol heeft op het vlak van gezondheidsongelijkheden (Hatzenbuehler, 2016).

2.3 De tekortkomingen in de literatuur

In de bestaande literatuur zijn meerdere onderzoeken uitgevoerd over het onderwerp van deze bachelorproef. Echter, verschillende bronnen geven aan dat er nog belangrijke tekortkomingen zijn waarvoor verder onderzoek noodzakelijk is. Deze tekortkomingen hebben onder andere betrekking op discriminatie, mentale gezondheid, gezondheidsvaardigheden, sociale determinanten, de relatie tussen migrantenvrouwen en zorgverleners en de rol van culturele praktijken.

Zo benadrukt het onderzoek van Arcilla et al. (2025) dat discriminatie in de huidige studies minder wordt aangekaart en zelden het hoofddoel vormt. Daarnaast moet er meer aandacht komen voor discriminatie waarbij herkomst en sociale aspecten van belang zijn. Ten slotte toont deze studie aan dat er onvoldoende onderzoeken zijn die racisme en discriminatie bestuderen vanuit het perspectief van de zorgverleners.

Naast discriminatie spelen ook factoren zoals mentale gezondheid een rol in de beleving van de perinatale zorg. Claerbout et al. (2024) geven aan dat er over de perinatale mentale gezondheid bij vrouwen met een migratieachtergrond geen gegevens beschikbaar zijn in Vlaanderen. Het onderzoek wijst ook op het gebrek aan wetenschappelijk onderbouwde kennis over hun barrières en behoeften. De focus ligt voornamelijk op de persoonlijke ervaringen van de vrouwen. Bovendien vermelden de auteurs dat eerste-generatiemigrantenvrouwen meer aandacht moeten krijgen, vooral in functie van hun mogelijkheden om psychologische zorg te krijgen in de perinatale periode.

Niet alleen individuele ervaringen, maar ook gezondheidsvaardigheden beïnvloeden de toegang tot en het gebruik van zorg. Volgens Khan et al. (2024) is er een duidelijk tekort aan interventies voor gezondheidsvaardigheden voor vrouwen met een lage taalvaardigheid, terwijl deze groep een toegenomen behoefte heeft aan gezondheidsvoorlichting die toegankelijk en begrijpelijk is. De bestaande interventies worden nauwelijks onderzocht, waardoor de effectiviteit ervan moeilijk kan worden ingeschat. Het onderzoek benadrukt dat er een grote nood is aan geëvalueerde interventies die zowel de vrouw als haar omgeving betrekken.

Sociale en omgevingsfactoren, zoals sociaal vangnet, werk en taal, spelen eveneens een belangrijke rol, maar worden vaker los van elkaar onderzocht (Villar-Bustos et al., 2024). Villar-Bustos et al. (2024) geven aan dat er onvoldoende literatuur bestaat die de samenwerking van deze factoren op de gezondheid van vrouwen met een migratieachtergrond onderzoekt. Bovendien is er een gebrek aan vergelijkende studies die de belevenissen van allochtonen en autochtonen in de perinatale periode

analyseren. Daarnaast blijkt dat er in België geen bewijs beschikbaar is over dit thema (Schönborn et al., 2024).

Er is ook een gebrek aan studies die de interactie tussen migrantenvrouwen en zorgverleners onderzoeken. Volgens Higginbottom et al. (2020) is er behoefte aan onderzoek dat rekening houdt met de factoren die deze relaties beïnvloeden. Bovendien richten bestaande studies zich niet op interventies en communicatieproblemen tijdens de bevalling. Dit is echter wel van belang, aangezien dit een fase kan zijn van kritische en risicovolle momenten. Op het vlak van vooroordelen, discriminatie, het vergroten van culturele gevoeligheid en het uitsluiten van racisme zijn er nog interventies nodig die de postpartumperiode van migrantenvrouwen optimaliseren. Ook ontbreekt onderzoek naar de wettelijke rechten van vrouwen die asiel aanvragen en de gevolgen daarvan.

Ten slotte worden culturele praktijken vaak vanuit een negatief perspectief bestudeerd. Raman et al. (2024) benadrukken dat toekomstige onderzoeken meer aandacht moeten hebben voor de positieve invloed van culturele praktijken op de perinatale zorg.

2.4 Suggesties tot verbetering van de perinatale zorg

Zoals eerder aangegeven, hangen negatieve ervaringen van migrantenvrouwen in de perinatale zorg samen met een gebrek aan continuïteit van zorg, beperkte informatie en onvoldoende ondersteuning. Wanneer vrouwen zich gesteund en begrepen voelen en bruikbaar advies krijgen, wordt de zorg positiever ervaren. Dit benadrukt het belang van gerichte verbetermaatregelen (Small et al., 2014).

Vertrouwen speelt hierbij een cruciale rol, omdat het de basis vormt voor perinatale zorg. Bij vrouwen met een migratieachtergrond staat dit vertrouwen vaak onder druk. De hierboven beschreven factoren, zoals taalbarrières, beperkte toegang tot informatie en eerdere negatieve zorgervaringen, hebben een belangrijke invloed bij het opbouwen van vertrouwen. De studie naar het inzetten van culturele doula's laat zien hoe persoonsgerichte ondersteuning kan bijdragen aan het herstel van het vertrouwen. Aanvankelijk ondervonden sommige vrouwen terughoudendheid bij het gebruik van culturele doula's, omdat men niet begreep wat de ondersteuning inhield. Zodra men begreep dat deze vrouwen voor allerlei zaken kunnen worden benaderd, dat de doula's hun taal spreken en dat ze hun angsten kunnen bespreken, groeide het vertrouwen. De vrouwen geven aan dat ze hun zorgen kunnen delen bij de doula en dat dit het gevoel van veiligheid versterkt. Bovendien toont het onderzoek aan dat eerdere ervaringen met zorgverleners ervoor zorgen dat migrantenvrouwen weinig vertrouwen hebben in het zorgsysteem, waardoor ze aarzelen om hulp te zoeken. Door de aanwezigheid van een doula wordt deze drempel verlaagd. Vrouwen beschrijven dat de doula hen kan geruststellen en dat ze meer op hun gemak zijn tijdens de zwangerschap en kraamperiode. Doula's vormen een betrouwbare bron bij het bieden van sociale en emotionele steun. Deze begeleiding geeft de vrouwen niet alleen een gevoel van veiligheid, maar helpt hen ook om de perinatale zorg beter te begrijpen.

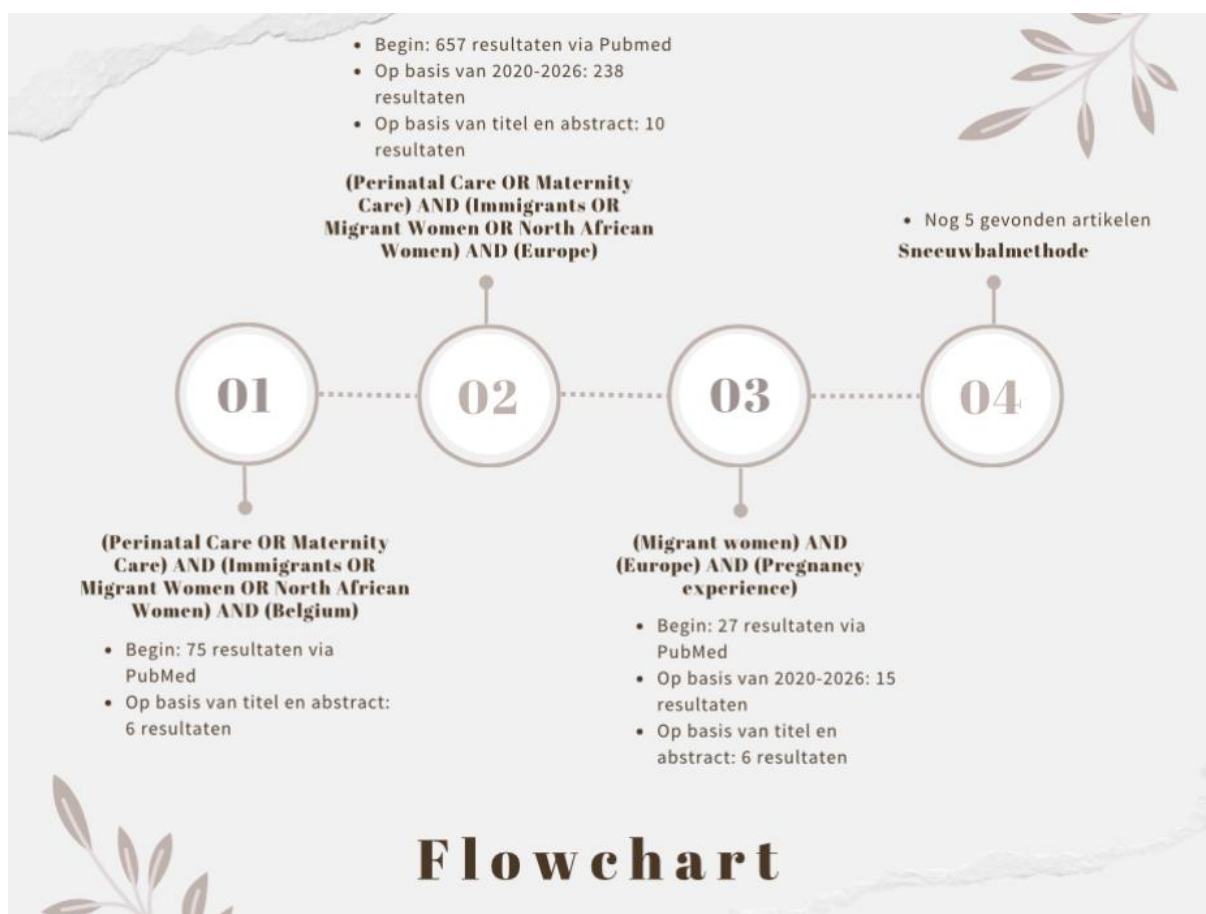
Hierdoor nemen hun onzekerheid en eenzaamheid af en krijgen ze het gevoel beter voorbereid te zijn op het moederschap. De bron benadrukt dat een vertrouwensvolle relatie tussen zorgverleners en zwangere vrouwen essentieel is voor een goede overgang naar het moederschap. Hierdoor worden angsten verminderd, het zelfvertrouwen vergroot en de betrokkenheid bij beslissingen versterkt (Margareta et al., 2025).

Ten slotte benadrukt het boek *Witte zorg, zwart leed* dat er binnen de gezondheidszorg meer aandacht nodig is voor de impact van racisme en structurele ongelijkheden, aangezien cultuursensitieve zorg alleen onvoldoende is. Het is niet enkel belangrijk dat zorgverleners kennis hebben van culturele verschillen, maar ook dat zij kritisch leren reflecteren over de invloed van racisme, eigen vooroordelen en machtsstructuren op de zorgervaringen van vrouwen met een migratieachtergrond. Daarnaast pleit het boek voor meer aandacht voor racismesensitieve zorg binnen opleidingen en voor een grotere erkenning van de maatschappelijke context waarin patiënten leven. Ook ervaringen van discriminatie en uitsluiting verdienen meer erkenning binnen de zorg. Bovendien wordt het belang van meer diversiteit binnen de gezondheidszorg benadrukt, aangezien dit kan bijdragen aan meer veiligheid, verbondenheid en vertrouwen bij geracialiseerde personen. Echter kan dit ook helpen om communicatieproblemen te verminderen (Kissi, 2025).

3 Methode

Het doel van deze bachelorproef is om meer inzicht te verwerven in de ervaringen van Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond met betrekking tot de perinatale zorg in België. Hierbij is specifieke aandacht voor de communicatie met zorgverleners en de barrières die Afrikaanse vrouwen ervaren. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, werd zowel aan literatuuronderzoek gedaan als aan de uitwerking van een podcast. Aangezien de onderzoeksvraag sterk gericht is op persoonlijke ervaringen en belevingen, sluit een podcast beter aan bij het doel dan een visueel of informatief product.

Voor het literatuuronderzoek werden wetenschappelijke artikelen geraadpleegd via PubMed, ScienceDirect, etc. Onderstaande flowchart illustreert hoe enkele wetenschappelijke artikelen werden teruggevonden aan de hand van zoektermen zoals “perinatale zorg”, “Afrikaanse migrantenvrouwen”, “België”. Op basis van een evidentietabel werden dertig wetenschappelijke artikelen samengevat, die terug te vinden zijn in bijlage 4. Bovendien werd de expertise van de interne en externe promotor benut.



Figuur 1: Flowchart

Voor de uitwerking van de podcast werden zowel Afrikaanse vrouwen als zorgverleners binnen de perinatale zorg uitgenodigd. Enerzijds namen vier Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond deel die een zwangerschap en bevalling in België hebben meegemaakt. Anderzijds werden ook vier zorgverleners betrokken, namelijk een vroedvrouw (zowel zelfstandig als werkzaam in het ziekenhuis), een gynaecoloog, een medewerker van Kind & Gezin en een medewerker van de sociale dienst. Door zowel Afrikaanse vrouwen als zorgverleners uit te nodigen voor de podcast, werd een breder perspectief verkregen op de perinatale zorg.

Oorspronkelijk namen vijf vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond deel aan het praktijkgerichte onderzoek. Eén deelnemster trok zich later terug, waardoor uiteindelijk vier vrouwen deelnamen aan de podcast. De Afrikaanse vrouwen met een Algerijnse en Marokkaanse migratieachtergrond werden gecontacteerd via een kennis die beschikte over connecties binnen de familie. Voor de rekrutering van de overige twee participanten werd contact opgenomen met FMDO vzw (Federatie Mondiale en Democratische Organisaties), wat resulteerde in de deelname van twee vrouwen met een Congolese en Senegalese migratieachtergrond. Na het verkrijgen van de contactgegevens werd elke participant individueel per e-mail gecontacteerd, waarbij informatie over de bachelorproef werd verstrekt en een verwelkoming en dank voor deelname werden geformuleerd. Vervolgens werd de verdere communicatie voortgezet via een WhatsAppgroep. Bovendien vulden de vrouwen een korte vragenlijst in via Google Forms, die in bijlage 1 kan worden teruggevonden. Op deze manier werd achtergrondinformatie verzameld over onze deelnemers, zodat de interviews gerichter voorbereid konden worden. In overleg met de participanten werd een datum vastgelegd voor de opname van de podcast.

De zorgverleners werden via e-mail benaderd. Hierbij werd gezocht naar professionals met relevante ervaring binnen de perinatale zorg. Na bevestiging werd een datum afgesproken voor de opnames van de podcast.

De gegevens en antwoorden op onze onderzoeksvraag werden verzameld aan de hand van de podcast, waarvan de vragen vooraf waren opgesteld (zie bijlagen 2 en 3). De gesprekken vonden op twee afzonderlijke tijdstippen plaats. Enerzijds vond een groepsgesprek plaats met vier Afrikaanse vrouwen, en anderzijds vond een gesprek plaats met de betrokken zorgverleners. Door beide groepen afzonderlijk te interviewen, werd een veilige en open sfeer gecreëerd waarin de deelnemers hun meningen en ervaringen openlijk konden delen. De gesprekken werden gehouden in de podcastruimte van VIVES te Kortrijk en hadden een gemiddelde duur van 60 minuten. De gesprekken werden in het Nederlands gehouden. Indien nodig werd er aanvullende toelichting gegeven om mogelijke taalbarrières te verminderen.

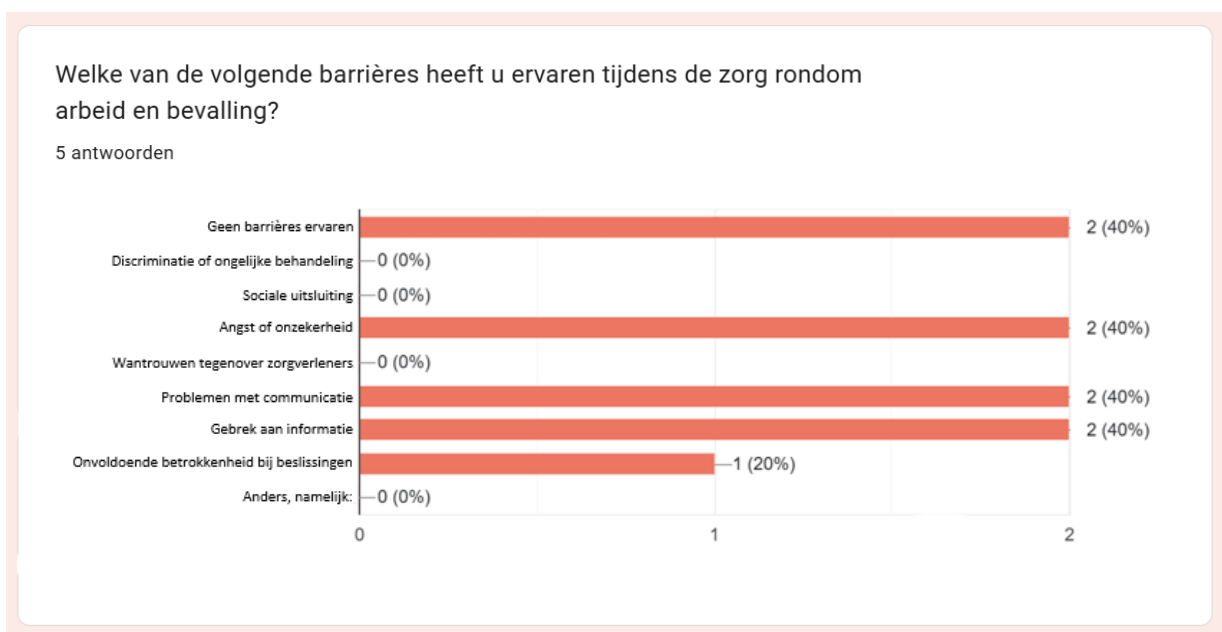
De opgenomen gesprekken werden later beluisterd en inhoudelijk geanalyseerd. Aan de hand van deze analyse werden belangrijke fragmenten gekozen en samengevoegd tot twee afleveringen. Bij het kiezen van fragmenten werd er gestreefd naar een gebalanceerde en representatieve weergave van de verschillende standpunten van zowel de zorgverleners als de Afrikaanse vrouwen.

Om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen, werden geen namen gebruikt. De interviews zijn vertrouwelijk verwerkt en geanonimiseerd. Voorafgaand aan de opname werden de deelnemers geïnformeerd dat alle gedeelde informatie gebruikt kon worden, tenzij de deelnemer aangaf dat bepaalde informatie niet mocht worden opgenomen. De deelnemers namen vrijwillig deel aan deze podcast.

4 Resultaten

Het praktijkgericht onderzoek van deze bachelorproef is een podcast met als titel “Luisteren naar zorg”, waarin perinatale zorg in België bij vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond centraal staat. Het doel van de podcast is om de ervaringen, knelpunten en noden binnen de perinatale zorg zichtbaar en bespreekbaar te maken. Dit gebeurt door zowel vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond als zorgverleners aan het woord te laten. Dankzij de verschillende verhalen en ervaringen werd er gestreefd om een realistisch beeld te schetsen van de uitdagingen waarmee deze vrouwen geconfronteerd worden tijdens de perinatale periode.

De podcast bestaat uit twee afleveringen. Vier Afrikaanse vrouwen afkomstig uit Algerije, Marokko, Senegal en Congo nemen in de eerste aflevering het woord. Voorafgaand aan de podcast hebben zij een vragenlijst ingevuld waarmee achtergrondinformatie werd verzameld (zie bijlage 1). Hieruit bleek dat deze vrouwen een diverse achtergrond hadden. Op het vlak van taal beheersen de deelnemers verschillende talen, waaronder Frans, Engels en Arabisch. Wat zij gemeenschappelijk hebben, is dat iedereen Nederlands spreekt. Er is variatie in het opleidingsniveau van de deelnemers, met zowel lager, secundair als hoger onderwijs. Bovendien heeft iedere Afrikaanse vrouw minstens één bevalling in België ervaren. Opvallend was dat de helft van de participanten volgens de bevraging geen barrièreservaarde, terwijl de andere helft wel moeilijkheden ondervond in de perinatale zorg. Zij gaven aan dat ze communicatieproblemen, gevoelens van angst en onzekerheden en een gebrek aan informatie ondervonden. Daarnaast gaf één vrouw aan zich minder betrokken te hebben gevoeld bij de genomen beslissingen. Deze resultaten worden in het onderstaande staafdiagram weergegeven. De verschillen in ervaring komen ook duidelijk naar voren in de aflevering.



Figuur 2: Staafdiagram - Ervaren barrières tijdens zorg rond arbeid en bevalling

In de tweede aflevering komen de zorgverleners aan bod, waaronder een gynaecoloog, een vroedvrouw (zowel zelfstandig als werkzaam in het ziekenhuis), een medewerker van Kind & Gezin en een maatschappelijk werker van de sociale dienst. Zij vertellen hun ervaringen en inzichten rond de begeleiding van Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond. Door beide perspectieven naast elkaar te plaatsen, brengt deze podcast verschillende thema's en pijnpunten aan het licht die hieronder worden beschreven.

4.1 Sociale, economische en administratieve kwetsbaarheid

In de tweede aflevering vertellen zorgverleners dat vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond vaak een combinatie van sociale, economische en administratieve uitdagingen ondervinden die de perinatale zorg beïnvloeden. Hulpvragen variëren van praktische ondersteuning, zoals kinderopvang en administratie, tot complexere problemen zoals een beperkt sociaal netwerk, financiële kwetsbaarheid en ongunstige woonomstandigheden. Zorgverleners benadrukken hoe belangrijk het is om naar deze vrouwen te luisteren en rekening te houden met hun context. Hoewel doorverwijzing naar andere diensten frequent gebeurt, botsen zorgverleners soms op beperkte mogelijkheden.

Een veelvoorkomend probleem dat door de sociale dienst werd aangehaald, is de toegang tot kinderopvang. Vaak wordt opgemerkt dat deze vrouwen zich te laat inschrijven voor kinderopvang, omdat ze onvoldoende op de hoogte zijn van de lange wachtlijsten of omdat ze niet weten dat deze vorm van opvang bestaat. Daardoor ontstaan er bijkomende problemen, zoals minder sociaal contact voor de kinderen, ouders die niet kunnen gaan werken en nog veel andere moeilijkheden. Ook wordt aangegeven dat er problemen zijn rond huisvesting. Maatschappelijk werkers zien frequent dat deze doelgroep verblijft in ongeschikte woningen. Zowel de medewerker van Kind & Gezin als de vroedvrouw gaven aan dat deze problemen zichtbaar worden tijdens huisbezoeken. Zorgverleners benadrukken hoe belangrijk het is om naar deze vrouwen te luisteren en rekening te houden met hun context.

In aflevering één gaf een Afrikaanse vrouw aan dat zij de geboortepremie als een grote steun had ervaren. Ze vertelde dat dit in haar land van herkomst niet bestaat en dat vrouwen vaak volledig zelf moeten instaan voor de medische kosten. Tegelijkertijd werd door de sociale dienst aangegeven dat vrouwen die recent zijn aangekomen in België vaak minder kennis hebben van het zorgsysteem. Hierdoor worden bepaalde rechten soms misgelopen. Daarnaast is het ook niet altijd mogelijk om toegang te krijgen tot bepaalde tegemoetkomingen, zoals de geboortepremie. Dit hangt sterk samen met het verblijfsstatuut van de vrouw. Vrouwen die niet beschikken over verblijfsdocumenten langer dan drie maanden of die in een asielprocedure zitten, hebben geen recht op deze financiële steun tijdens de zwangerschap.

Een ander knelpunt dat wordt aangekaart, is de erkenning van het kind. Wanneer uit het land van herkomst een huwelijk niet officieel wordt erkend, kan dit ertoe leiden dat de vader het kind niet juridisch kan erkennen in België. Naast de juridische moeilijkheden heeft dit ook gevolgen op cultureel en familiaal vlak, aangezien dit vaak als belangrijk wordt ervaren.

4.2 Gezondheidsvaardigheden en kennis van het zorgsysteem

Beperkte gezondheidsvaardigheden vormen een bijkomende uitdaging binnen de perinatale zorg. Vrouwen hebben hierdoor vaker moeite om gezondheidsinformatie te begrijpen en de weg te vinden in het zorgsysteem. Dit kan leiden tot een beperkte kennis van beschikbare rechten en ondersteuningsmogelijkheden, wat resulteert in een minder actieve betrokkenheid in de zorg. Concreet uit zich dit in het missen van afspraken, het onvoldoende begrijpen van adviezen of het niet correct opvolgen ervan. Deze situaties zijn niet altijd zichtbaar voor zorgverleners, waardoor ze soms de indruk krijgen dat vrouwen minder betrokken zijn bij de zorg. Taalbarrières versterken deze moeilijkheden en verhogen de drempel tot het gebruik van perinatale zorg. Zorgverleners duiden erop dat deze doelgroep wel deels wordt bereikt via doorverwijzing, hoofdzakelijk via artsen, wat vroegtijdige opsporing en ondersteuning mogelijk maakt. Echter blijven er kwetsbare vrouwen die niet tijdig opgemerkt worden en daardoor minder of later in contact komen met de juiste zorgverlening.

Eén van de vrouwen vertelde dat zij tijdens haar eerste zwangerschap helemaal niet op de hoogte was van het bestaan en de rol van een vroedvrouw. Ze ging ervan uit dat de volledige zwangerschapsopvolging uitsluitend gebeurde door een gynaecoloog. Ze wist niet dat ze ook beroep kon doen op een vroedvrouw voor begeleiding en opvolging tijdens de zwangerschap en bevalling. Daarnaast was voor haar de sociale dienst onbekend. Hulpverleners bevestigen dat Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond beperkte kennis hebben van de beschikbare diensten in de perinatale periode.

4.3 Communicatie- en taalbarrières

Taalbarrières worden als een centrale uitdaging ervaren binnen de perinatale zorg. Bij ongecompliceerde zwangerschappen blijft de communicatie vaak beperkt. Zodra er medische problemen optreden of gedragsveranderingen nodig zijn, neemt de nood aan duidelijke informatie en ondersteuning via een tolk toe.

Het onvoldoende begrijpen van informatie kan leiden tot foutieve interpretaties van behandelingen en adviezen. Zo wordt een concreet voorbeeld aangehaald door de vroedvrouw, waarbij een patiënt medicatie tegen hemorroïden niet oraal maar rectaal toediende, door een gebrek aan duidelijke communicatie en visuele ondersteuning. Dit toont aan hoe snel misverstanden kunnen ontstaan wanneer taal een barrière vormt en instructies niet voldoende worden verduidelijkt. Daarnaast geven

patiënten soms sociaal wenselijke antwoorden, waardoor zorgverleners pas later vaststellen dat informatie niet correct begrepen of uitgevoerd werd. Dit kan leiden tot frustratie en onzekerheid bij zorgverleners.

Om deze uitdagingen te beperken, zetten zorgverleners verschillende strategieën in. Zorgverleners benadrukken het belang van formele tolken, zowel fysiek als telefonisch, vooral bij complexe of gevoelige gesprekken. Interculturele bemiddelaars worden als een meerwaarde gezien, omdat zij niet alleen de taal ondersteunen, maar ook directe interactie mogelijk maken.

Daarnaast worden hulpmiddelen ingezet zoals vertaalapps, meertalige brochures en klare taal. Ook kwam aan bod dat sommige vrouwen analfabeet zijn, waardoor schriftelijke informatie ongeschikt is voor deze doelgroep. Als tegemoetkoming maken zorgverleners gebruik van visuele ondersteuning en pictogrammen. In sommige situaties wordt beroep gedaan op informele tolken, zoals familieleden. Dit brengt echter risico's met zich mee op het vlak van correctheid en beïnvloeding.

Zorgverleners geven aan dat het inzetten van personen die zowel de taal als de culturele context van de patiënt begrijpen een meerwaarde kan zijn binnen de zorgverlening. Het gebruik van een doula kan een mogelijke ondersteuning vormen, vooral tijdens de bevalling. Eén van de vrouwen gaf aan dat dit wel een meerwaarde zou zijn als een vroedvrouw of een andere persoon met een medische achtergrond de taal van de patiënt sprak. Echter, zorgverleners geven aan dat de beschikbaarheid van dergelijke ondersteuning beperkt is en dat deze rol in de praktijk vaak wordt ingenomen door familieleden.

Twee vrouwen beschreven dat zij tijdens hun opname in het ziekenhuis voor vertalingen afhankelijk waren van hun partner. Wanneer deze personen niet aanwezig waren, verliep communicatie vaak via gebarentaal. Eén van de vrouwen maakte gebruik van een tolk. Zij gaf aan dat dit een grote hulp was, maar dat ze dit niet ten volle kon benutten. Aangezien er maar één tolk aanwezig was in het ziekenhuis, kon ze niet altijd beroep doen op een tolk. Vaak was er geen tolk beschikbaar of was deze slechts aanwezig tot vier uur in de namiddag. Daarnaast gaf de vrouw aan dat er in grote en kleine ziekenhuizen meer ingezet moet worden op tolken en interculturele bemiddelaars. Op die manier kunnen vrouwen die recent in België zijn aangekomen en de taal niet spreken of geen netwerk hebben, toch op een correcte manier begeleid worden. Bovendien benadrukte ze het belang van brochures in verschillende talen als aanvullende ondersteuning naast tolken en interculturele bemiddelaars. Naar haar mening dragen dergelijke hulpmiddelen bij aan een betere communicatie tussen Afrikaanse vrouwen en zorgverleners.

Een andere deelneemster vertelde dat zij ambassadeur is binnen een gemeente en via WhatsApp contact onderhoudt met haar gemeenschap. De vrouw gaf aan dat dit kanaal gebruikt zou kunnen

worden om belangrijke informatie rond perinatale zorg te verspreiden. Ze vindt het essentieel dat iedere vrouw toegang heeft tot duidelijke informatie.

4.4 Medische opvolging en risicofactoren

Binnen de podcast werd aangegeven dat een Afrikaanse afkomst binnen de zorgcontext beschouwd wordt als een bijkomende risicofactor voor zwangerschapscomplicaties, zoals obesitas, zwangerschapsdiabetes en pre-eclampsie. Sommige vrouwen vallen hierdoor in een hogere risicogroep en worden intensiever opgevolgd.

Tijdens de zwangerschap wordt door gynaecologen gebruikgemaakt van calculatiemodellen om het risico op pre-eclampsie te berekenen. Wanneer dit risico een bepaalde drempel overschrijdt, worden preventieve maatregelen genomen, zoals de toediening van een lage dosis aspirine. Etniciteit wordt binnen dit model ook meegenomen als risicofactor.

Zorgverleners ervaren regelmatig een spanningsveld tussen medische aanbevelingen en persoonlijke ervaringen of overtuigingen van patiënten. De vrouwen zien niet altijd in waarom bepaalde controles of onderzoeken noodzakelijk zijn. Dit komt duidelijk naar voren in situaties waarbij eerdere zwangerschapsuitkomsten de inschatting van risico's beïnvloeden. Volgens een gynaecoloog weigerde een vrouw een voorgestelde preventieve ingreep tijdens de zwangerschap, omdat haar vorige zwangerschap ondanks een ernstige complicatie goed was verlopen. De gynaecoloog heeft meerdere consultaties en uitgebreide communicatie nodig gehad om tot gedeelde besluitvorming te komen. Ook de betrokkenheid van de partner speelt hierbij een rol.

Daartegenover vertelde een vrouw over haar ervaring tijdens haar eerste zwangerschap waarbij zich complicaties voordeden. Haar klachten werden aanvankelijk geminimaliseerd door de zorgverlener. Pas nadat zij bleef aandringen, werd verder onderzoek uitgevoerd en bleek er sprake te zijn van ernstige pre-eclampsie. De vrouw gaf aan dat zij zich op dat moment niet gehoord voelde en dit als discriminerend ervaarde omwille van haar Afrikaanse migratieachtergrond.

4.5 Culturele verschillen en kwetsbare thema's

Binnen de perinatale zorg blijkt communicatie op bepaalde momenten extra kwetsbaar te zijn, vooral wanneer traumatische of gevoelige thema's aan bod komen. Verschillende thema's, zoals vrouwelijke genitale verminking, hangen vaak samen met trauma en schaamte. Dit maakt het moeilijker om deze onderwerpen bespreekbaar te maken, zelfs indien er een tolk aanwezig is. De zwangerschap kan deze ervaringen opnieuw oproepen, wat de drempel tot communicatie verhoogt. Om deze kwetsbaarheden op te vangen, wordt samenwerking met organisaties zoals GAMS als belangrijk gezien. Deze organisatie ondersteunt het bespreekbaar maken van genitale verminking.

Ook andere onderwerpen, zoals miskramen, anticonceptie en mentale gezondheid, blijken moeilijk bespreekbaar. Mentale gezondheid wordt niet altijd herkend of besproken binnen de context van de vrouwen. Ze zijn niet altijd open om hun ervaringen of bezorgdheden te delen, wat ervoor kan zorgen dat belangrijke informatie verloren gaat. Verder kunnen culturele thema's, zoals een voorkeur voor vrouwelijke zorgverleners of consanguïne relaties, bijkomende complexiteit met zich meebrengen. Zorgverleners geven aan dat het meedelen van gevoelige of traumatische verhalen via een tolk een drempel kan vormen, waardoor bepaalde problemen niet spontaan uitgesproken worden. Men geeft aan dat het belangrijk is om personen te blijven zien achter de taalbarrière en niet enkel te focussen op het ontbreken van gemelde problemen.

Daarnaast benadrukken zorgverleners het belang van de sociale en culturele context van vrouwen. Familieleden, in het bijzonder grootmoeders, spelen een belangrijke rol in de zorg en ondersteuning. Zorgverleners benadrukken dat respect voor deze culturele waarden essentieel is om vertrouwen op te bouwen en samenwerking te versterken. Tegelijkertijd kan er soms een spanningsveld ontstaan tussen medische richtlijnen en de druk die vrouwen ervaren vanuit de familiale en culturele verwachtingen. Verschillende vrouwen gaven aan dat zij zich hierdoor soms "tussen twee werelden" bevinden en niet altijd weten naar wie te luisteren.

In de podcast komen verschillende voorbeelden aan bod van culturele overtuigingen die verschillen van de westerse aanpak. Zo werd aangehaald dat het in sommige culturen gebruikelijk is om een pasgeborene tijdens de eerste levensdagen water te geven, terwijl dit binnen de westerse perinatale zorg niet wordt aanbevolen. Daarnaast vertelde een vrouw dat haar moeder suikerwater wilde geven wanneer de baby geel zag, terwijl zorgverleners eerder inzetten op frequent voeden aan de borst en indien nodig verder behandelen met lichttherapie. Ook andere culturele gewoonten komen aan bod, zoals het dragen van een buikband na de bevalling of het drinken van veel warme thee om het lichaam opnieuw te laten herstellen. Bovendien werden er verschillen in voedingsgewoonten besproken. Sommige vrouwen gaven aan dat het binnen hun cultuur belangrijk is om na de bevalling veel en voedzaam te eten om terug aan te sterken, terwijl zij in het ziekenhuis kleinere porties voorgeschoteld kregen. Ook rond de borstvoeding komen verschillende ideeën naar voren. Een vrouw vertelde dat binnen haar cultuur verwacht wordt dat moeders blijven proberen borstvoeding te geven en geen aanvullende flesvoeding geven totdat de melkproductie voldoende op gang komt. Toen haar baby niet voldaan was, stelden de vroedvrouwen voor om tijdelijk bij te voeden met flesvoeding. Binnen hun cultuur is het gebruikelijk om te blijven proberen, waardoor haar moeder aandrong om niet op te geven.

Ondanks de verschillen tussen culturele gebruiken en medische aanbevelingen, gaven verschillende vrouwen aan dat zij toch vaak het advies van hun moeder of familie opvolgen, omdat deze gebruiken sterk verbonden zijn met hun cultuur en ervaringen van generatie op generatie worden doorgegeven.

Daarnaast benadrukten de vrouwen dat zorgverleners respectvol moeten omgaan met culturele gewoonten en de rol van familie hierin niet mogen afwijzen. Volgens hen handelen familieleden vanuit goede bedoelingen en opgebouwde ervaring. Een vrouw gaf bovendien aan dat er niet automatisch van mag worden uitgegaan dat enkel de westerse visie de juiste of beste aanpak is.

4.6 Het belang van vertrouwen en ondersteuning

Het opbouwen van vertrouwen met vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond vraagt tijd, continuïteit en laagdrempelige contacten. Een belangrijke factor hierbij is herhaald en regelmatig contact met dezelfde zorgverlener. Daarnaast spelen vroege en toegankelijke contactmomenten een belangrijke rol. Prenatale consultaties en infosessies met verschillende betrokken zorgverleners zorgen ervoor dat vrouwen vroeg in de zwangerschap informatie krijgen over het zorgsysteem en de beschikbare ondersteuning. Hierbij is het belangrijk om niet alleen informatie te geven, maar ook ruimte te voorzien voor vragen en onduidelijkheden.

De rol van de zelfstandige vroedvrouw wordt hierbij als bijzonder waardevol beschouwd, op voorwaarde dat er respect is voor culturele verschillen en kleine, maar betekenisvolle aanpassingen in de zorgverlening worden gemaakt. Daarnaast blijken groepsmomenten en ontmoetingen tussen vrouwen een belangrijke meerwaarde te zijn door het ontstaan van onderlinge steun en herkenning.

Vanuit de sociale dienst wordt het belangrijk gevonden om ervaringen van patiënten niet vanuit het eigen referentiekader te interpreteren. Wat voor zorgverleners misschien minder ingrijpend lijkt, kan door patiënten als zeer belastend worden ervaren. Hierdoor is het belangrijk om zich in te leven in de beleving van de patiënt.

5 Discussie en aanbevelingen voor de praktijk

5.1 Vergelijkingen met de literatuur

De verkregen inzichten uit de bachelorproef vertonen sterke overeenkomsten met de bestaande wetenschappelijke literatuur over perinatale zorg voor vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond. Uit de podcastgesprekken kwamen de volgende onderwerpen aan bod: beperkte kennis van het zorgsysteem, taalbarrières, culturele verschillen, sociaal isolement, discriminatie, financiële problemen, beperkte gezondheidsvaardigheden en nog talrijke onderwerpen die een belangrijke uitdaging binnen de perinatale zorg vormen. De resultaten komen overeen met de gebruikte wetenschappelijke artikelen, waarin wordt beschreven dat vrouwen met een migratieachtergrond zich minder gehoord voelen en geconfronteerd worden met verschillende barrières binnen het zorgsysteem.

Een van de grootste barrières die in de resultaten naar voren komen, zijn de communicatieproblemen die zowel door Afrikaanse vrouwen als door zorgverleners worden ervaren. Beide perspectieven geven aan dat dit probleem een centrale en cruciale rol speelt binnen de zorgrelatie. Deze bevindingen sluiten aan bij Fair et al. (2020), die benadrukken dat taalbarrières gevoelens van wantrouwen en onzekerheid kunnen versterken. Daarnaast tonen Bains et al. (2021) aan dat een beperkte taalvaardigheid invloed heeft op het begrijpen van gezondheidsinformatie. Schönborn et al. (2024) sluiten zich hierbij aan en voegen toe dat het gebrekkige gebruik van professionele tolken kan leiden tot een verminderde kwaliteit van zorg en misverstanden. In het praktijkgerichte onderzoek geven Afrikaanse vrouwen aan dat zij ook het gebruik van tolken als gebrekkig ervaren en dat zij ervoor pleiten om meer tolken in te zetten in de grote en kleine ziekenhuizen. In tegenstelling tot de Afrikaanse vrouwen geven zorgverleners aan gebruik te maken van interculturele bemiddelaars en tolken.

Een tweede belangrijk thema dat in de podcast wordt besproken, zijn de sociale, economische en administratieve kwetsbaarheden waarmee Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond vaak worden geconfronteerd. Dit komt ook terug in de literatuurstudie van Villar-Bustos et al. (2024). Zij geven aan dat deze doelgroep obstakels ervaart op het vlak van administratieve procedures, financiële bijstand en huisvesting. Daarnaast vermelden Schönborn et al. (2022) en Schönborn et al. (2024) dat verblijfsstatus en sociaaleconomische factoren een cruciale invloed hebben op de toegang tot de perinatale zorg. Dit wordt ook duidelijk weergegeven in de podcast.

Beperkte gezondheidsvaardigheden vormen eveneens een belangrijk thema binnen het praktijkgericht onderzoek. Zowel zorgverleners als Afrikaanse vrouwen geven aan dat het zorgsysteem voor deze groep vaak onbekend is, waardoor zij niet altijd weten waar ze met hun vragen terecht kunnen.

Hierdoor zijn ze vaker afhankelijk van hun partner, vrienden of familieleden, voor zover deze aanwezig zijn. Deze bevinding sluit aan bij de studies van Bains et al. (2021) en Meldgaard et al. (2022), die stellen dat de manier waarop vrouwen zich binnen het zorgsysteem navigeren en gezondheidsinformatie begrijpen, mede het gevolg is van beperkte gezondheidsvaardigheden. Khan et al. (2024) benadrukken het belang van toegankelijke gezondheidsinformatie. Tegelijkertijd wijzen ze op een tekort aan geëvalueerde interventies rond gezondheidsvaardigheden. Echter, bestaande alternatieven, zoals brochures, blijken vaak onvoldoende onderzocht te zijn op hun effectiviteit. In de podcast wordt verwezen naar Klare Taal, dat een eerste aanzet kan zijn in de goede richting.

Verder meldden de Afrikaanse vrouwen dat ze zich niet altijd even gehoord voelden tijdens de perinatale periode. Eén van de vrouwen rapporteerde dat ze discriminatie ervaarde wegens haar migratieachtergrond. Deze uitspraken en ervaringen worden door de literatuur bevestigd. Arcilla et al. (2025) tonen aan dat racialisering en discriminatie zich blijven manifesteren in de maternale zorg. Ze beschrijven dat dit een belangrijke impact heeft op de zorgervaring van deze vrouwen. Tegelijkertijd wordt in de podcast weergegeven dat Afrikaanse vrouwen ook positieve ervaringen beleefden wanneer zorgverleners met respect communiceerden. Ook geven zorgverleners aan dat het opbouwen van een vertrouwensband van cruciaal belang is om de continuïteit van de zorg te garanderen. Dit wordt bevestigd door Small et al. (2014).

Niet te vergeten spelen culturele verschillen een rol in de beleving van zorg voor Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond. Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat vrouwen een tweestrijd ervaren tussen enerzijds de medische richtlijnen van de zorgverleners en anderzijds de familiale en culturele overtuigingen. Het wetenschappelijke artikel van Raman et al. (2024) bevestigt deze bevinding. Zij geven aan dat culturele overtuigingen een belangrijke invloed hebben op de keuzes die deze vrouwen maken. Dit wordt eveneens ondersteund door Hassan (2022) en Shahawy et al. (2023).

5.2 Sterktes en beperkingen binnen de bachelorproef

De bachelorproef omvat een uitgebreide en sterke literatuurstudie. Hierbij werd gebruikgemaakt van relevante en recente wetenschappelijke bronnen. Verschillende standpunten worden op basis van de literatuur op een kritische manier met elkaar vergeleken. Hierdoor kon een breed perspectief gevormd worden op hoe Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond de perinatale zorg in België ervaren. Gedurende dit proces werd het kritisch beoordelen van wetenschappelijke bronnen verder ontwikkeld, wat de kwaliteit van het onderzoek ten goede kwam.

De gekozen methodologie sluit goed aan bij de onderzoeksvraag. Door het realiseren van een podcast kregen zowel de Afrikaanse vrouwen als zorgverleners de ruimte om hun stem te laten horen. Daarnaast konden verhalen, ervaringen en knelpunten op een persoonlijke en laagdrempelige manier besproken worden. Door deze uiteenlopende perspectieven en invalshoeken met elkaar in verband te

brengen, ontstaat een breed overzicht van de uitdagingen in de perinatale zorg in België en vormt zo een sterkte in dit onderzoek. Bovendien bood de vooropgestelde vragenlijst een houvast, waardoor op een gestructureerde en volledige manier gewerkt kon worden tot het eindproduct.

Tijdens de rekrutering voor de podcast werd aandacht besteed aan diversiteit binnen de steekproef. De Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond vertegenwoordigen elk een verschillende nationaliteit. Ook bij de zorgverleners werd er rekening gehouden met een brede vertegenwoordiging, zodat de meest voorkomende beroepsbeoefenaars binnen de perinatale zorg aan bod kwamen.

Een bijkomende sterkte van de bachelorproef is de relevantie voor de praktijk. Dankzij de verworven resultaten krijgt de luisteraar duidelijke inzichten over de uitdagingen die deze vrouwen en zorgverleners ervaren. De podcast toont niet alleen de moeilijkheden binnen de perinatale zorg, maar brengt ook positieve ervaringen in beeld. Hierdoor draagt de podcast bij aan meer bewustwording rond dit thema en kan het een aanzet zijn tot mogelijke verbeteringen. Tevens zet het de luisteraar aan om hierover na te denken en te reflecteren.

Naast de sterktes zijn er echter ook een aantal beperkingen. Zo kunnen de resultaten uit dit onderzoek niet veralgemeend worden naar de volledige Afrikaanse populatie, aangezien het aantal deelnemende vrouwen aan de podcast echter beperkt bleef. Ook op het vlak van taal en opleidingsniveau zijn de deelnemers niet volledig representatief voor alle Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond. Alle deelnemende vrouwen hadden een bepaalde vorm van opleiding gevolgd, terwijl dit niet voor iedere vrouw binnen deze doelgroep het geval is. Daarnaast konden alle deelnemers zich goed uitdrukken in het Nederlands. Dit heeft wellicht een invloed gehad op hun ervaringen binnen de perinatale zorg en op de communicatie met zorgverleners. Vrouwen met beperkte taalvaardigheden of een lager opleidingsniveau ervaren mogelijk nog meer barrières binnen de perinatale zorg. Bovendien zijn niet alle zorgverleners binnen de perinatale zorg vertegenwoordigd. Tolken, huisartsen en andere disciplines kwamen niet aan bod, terwijl zij ook een rol spelen in de zorg voor deze doelgroep.

5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Binnen de huidige perinatale zorg zijn er verschillende elementen die behouden en verder versterkt dienen te worden in de ondersteuning voor vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond. De sociale dienst benadrukt dat het van groot belang is om interdisciplinaire samenwerking rond een casus of gezinssituatie te optimaliseren.

Daarnaast speelt Kind en Gezin een cruciale rol door middel van een brede preventieve aanpak die zeker behouden moet blijven. De samenwerking met ziekenhuizen vormt hierbij een belangrijke meerwaarde, aangezien kwetsbare vrouwen vaak via deze weg vroegtijdig in beeld komen. Er wordt aangewezen om blijvend in te zetten op prenatale contacten, vroege detectie, regelmatige consultaties en huisbezoeken. Huisbezoeken bieden de mogelijkheid om noden tijdig te signaleren en indien nodig gericht door te verwijzen. Samenwerking met het OCMW blijft essentieel, in het bijzonder bij financiële problemen.

Verder laat het praktijkgerichte onderzoek zien dat er een grote nood is aan cultuursensitieve zorg. Hierbij is het niet alleen belangrijk om in te zetten op het gebruik van doula's, interculturele tolken of vroedvrouwen met een diverse achtergrond, maar ook op een duidelijk taalbeleid binnen de zorg. Dit verbetert niet alleen de communicatie tussen deze vrouwen en zorgverleners, maar ook de vertrouwensband.

Tot slot kan de podcast "Luisteren naar zorg" binnen de opleiding vroedkunde ingezet worden om toekomstige vroedvrouwen kennis te laten maken met de uitdagingen waar Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond tegenaan botsen. Ook binnen het werkveld kan de podcast worden ingezet als vormingsmateriaal om zorgverleners warm te maken voor inclusieve perinatale zorg.

6 Conclusie

De bachelorproef bestudeerde de ervaringen van vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond en zorgverleners binnen de perinatale zorg in België. Hun ervaringen, noden en knelpunten werden door middel van een podcast op een toegankelijke manier in kaart gebracht.

Uit de literatuurstudie en de verkregen resultaten uit de podcast kan geconcludeerd worden dat Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond heel wat barrières ervaren op individueel niveau, interactieniveau en maatschappelijk niveau. Enkele voorbeelden van deze barrières zijn: taalbarrières, beperkte gezondheidsvaardigheden, administratieve en financiële kwetsbaarheden, culturele verschillen, psychosociale belasting, gevoelens van discriminatie, etc. Tegelijkertijd blijkt dat zorgverleners veel belang hechten aan kwaliteitsvolle zorg, maar hierbij herhaaldelijk geconfronteerd worden met structurele beperkingen zoals tijdsdruk, een complex zorgsysteem en culturele verschillen.

Vertrekkend vanuit de literatuur wordt vastgesteld dat deze uitdagingen en knelpunten niet nieuw zijn, maar reeds beschreven worden in verschillende wetenschappelijke onderzoeken. Desondanks maakt de bachelorproef dit thema concreet door persoonlijke ervaringen en verhalen uit de praktijk te koppelen aan deze uitdagingen. Hieruit blijkt dat verschillende factoren elkaar versterken en samen bijdragen aan drempels voor Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond binnen de perinatale periode.

Het versterken van interdisciplinaire samenwerking, het verbeteren van communicatie, het inzetten op cultuursensitieve zorg en het verder sensibiliseren van zorgverleners en studenten zijn enkele aanbevelingen die omschreven kunnen worden, uitgaande van de bevindingen uit de bachelorproef. De podcast “Luisteren naar zorg” kan hierbij een ondersteunende hulp bieden binnen het werkveld en de opleiding Vroedkunde.

Concluderend toont de bachelorproef aan dat kwalitatieve en inclusieve perinatale zorg meer vraagt dan medische ondersteuning alleen. Een mensgerichte en toegankelijke aanpak is hierbij essentieel, waarbij belangstelling is voor de leefwereld van iedere vrouw, ongeacht haar achtergrond. Enkel en alleen door te blijven inzetten op samenwerking en gelijkwaardige zorg kan er een perinatale zorg gerealiseerd worden waarin elke vrouw zich gehoord, ondersteund en gerespecteerd voelt.

7 Lijst met figuren

Figuur 1: Flowchart	20
Figuur 2: Staafdiagram – Ervaren barrières tijdens zorg rond arbeid en bevalling	23

8 Bronvermelding

- Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C., & Howard, L. M. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Archives Of Women S Mental Health*, 20(3), 449–462. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>
- Aquarelle ASBL. (2026). Suivi de grossesse pour mamans en situation précaire. <https://www.aquarelle-bru.be>
- Arcilla, J. T., Nanou, A., Hamed, S., & Osman, F. (2025). Racialized migrant women's discrimination in maternal care: a scoping review. *International Journal For Equity in Health*, 24(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02384-8>
- Bains, S., Sundby, J., Lindskog, B. V., Vangen, S., & Sørbye, I. K. (2021). Newly Arrived Migrant Women's Experience of Maternity Health Information: A Face-to-Face Questionnaire Study in Norway. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(14), 7523. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147523>
- Balaam, M., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A., Ensel, A., Gouni, O., & Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919–1930. <https://doi.org/10.1111/jan.12139>
- Barkensjö, M., Greenbrook, J. T. V., Rosenlundh, J., Ascher, H., & Elden, H. (2018). The need for trust and safety inducing encounters: a qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as undocumented migrants in Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 217. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1851-9>
- Bleich, E., Stonebraker, H., Nisar, H., & Abdelhamid, R. (2015). Media Portrayals of Minorities: Muslims in British Newspaper Headlines, 2001–2012. *Journal Of Ethnic And Migration Studies*, 41(6), 942–962. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2014.1002200>
- Born in Belgium Pro. (2026). <https://borninbelgiumpro.be/>
- Brussels Commissioner Europe & International. (2024, 31 mei). *Healthcare insurance – Commissioner Brussels Europe & International*. Commissioner Brussels Europe & International. <https://www.commissioner.brussels/i-am-an-expat/social-security/healthcare-insurance>

- Brussels Platform Armoede. (2025, 27 mei). Mensen zonder papieren krijgen vaak niet of veel te laat medische zorg. <https://www.brusselsplatformarmoede.be/nl/nieuws/2025/mensen-zonder-papieren-krijgen-vaak-niet-of-veel-te-laet-medische-zorg>
- Centrum Algemeen Welzijnswerk. (2026). CAW. <https://www.caw.be/>
- Claerbout, A., Steppe, J., Joni, G., & Van Kelst, L. (2024). Challenges and facilitators to perinatal mental healthcare among first-generation migrant women: A qualitative ethnographic study in Flanders, Belgium. *European Journal Of Midwifery*, 8(December), 1–10. <https://doi.org/10.18332/ejm/194682>
- Creytens, K. (2025). *Ziek en zonder papieren*. BAPN. <https://www.bapn.be/nl/bericht/ziek-en-zonder-papieren>
- Dauvrin, M., Keygnaert, I., Gysen, J., Kerstens, B., Derluyn, I., & Lorant, V. (2018). Access to health care for undocumented migrants in Belgium: why are we still waiting for progress? *European Journal Of Public Health*, 28(suppl_1). <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky047.262>
- De Kraamvogel. (2026a). De Kraamvogel | 11.11.11. <https://11.be/organisaties/de-kraamvogel>
- De Kraamvogel. (2026b). *home*. <https://www.kraamvogel.be/>
- Dokters van de Wereld. (2026, 13 april). Ik ben zwanger maar leef zonder verblijfspapieren. Hoe komen ik en mijn ongeboren kindje aan de juiste zorg? *Dokters Van De Wereld*. <https://doktersvandewereld.org/faq/hulp-nodig/ik-ben-zwanger-maar-leef-zonder-verblijfspapieren-hoe-komen-ik-en-mijn-ongeboren-kindje-aan-de-juiste-zorg/>
- Eberl, J., Meltzer, C. E., Heidenreich, T., Herrero, B., Theorin, N., Lind, F., Berganza, R., Boomgaarden, H. G., Schemer, C., & Strömbäck, J. (2018). The European media discourse on immigration and its effects: a literature review. *Annals Of The International Communication Association*, 42(3), 207–223. <https://doi.org/10.1080/23808985.2018.1497452>
- Eurostat. (2026a). Foreign-born population [Dataset]. In Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2908/tps00178>
- Eurostat. (2026b). Population on 1 January by age and sex [Dataset]. In Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2908/demo_pjan
- Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., Van Den Muijsenbergh, M., & Soltani, H. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PloS ONE*, 15(2), e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>

- Grondwet van België, 7 februari 1831, art. 23. https://www.senate.be/doc/const_nl.html
- Hassan, S. M. (2022). Religious practices of Muslim women in the UK during maternity: evidence-based professional practice recommendations. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 22(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04664-5>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742–751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- Higginbottom, G. M., Evans, C., Morgan, M., Bharj, K. K., Eldridge, J., Hussain, B., & Salt, K. (2020). Access to and interventions to improve maternity care services for immigrant women: a narrative synthesis systematic review. *Health Services And Delivery Research*, 8(14), 1–122. <https://doi.org/10.3310/hsdr08140>
- Huis van het Kind Wervik. (2026). *Onze missie en visie*. <https://www.huisvanhetkindwervik.be/over-ons/onze-missie-en-visie/>
- Huizen van het kind. (z.d.). <https://www.huizenvanhetkind.be/>
- Jacobs, L. (2016). Patterns of criminal threat in television news coverage of ethnic minorities in Flanders (2003–2013). *Journal Of Ethnic And Migration Studies*, 43(5), 809–829. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2016.1217152>
- Khan, M., Dave, A., Benton, M., Moss, N., & Kaler, M. K. (2024). Health literacy interventions for pregnant women with limited language proficiency in the country they live in: a systematic review. *BMC Public Health*, 24(1), 3287. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20747-8>
- Kissi, A. (2025). *Witte zorg, zwart leed: Waarom onze mentale gezondheidszorg faalt voor mensen van kleur*.
- Koning, EA & Bibanovic, Z., Jones, H. & Thompson, L. (2024). *De IESPI-dataset – landrapport België*. Universiteit van Guelph, www.iespi.ca/belgium
- Lafaut, D. (2025). The humanitarian-public healthcare nexus: an analysis of the power relations shaping the implementation of the Law on Urgent Medical Aid in Belgium. *Political Research Exchange*, 7(1). <https://doi.org/10.1080/2474736x.2025.2528433>
- Margareta, J., Elenor, K., Ingrid, S., & Helena, V. (2025). Migrant women with cultural doula support during pregnancy and after childbirth as a complement to midwifery care in Sweden – An interview study. *Midwifery*, 146, 104420. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104420>

- Meldgaard, M., Gamborg, M., & Maindal, H. T. (2022). Health literacy levels among women in the prenatal period: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 34, 100796. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100796>
- Metadata: Population by nationality. (2026). Flanders.be. <https://www.vlaanderen.be/en/statistics-flanders/population/population-by-nationality/metadata-population-by-nationality>
- Mi-Health Europe. (2025, 26 augustus). Belgium – Mi-Health Europe. <https://mihealthurope.org/regions/belgium/#tab1>
- Nakimuli, A., Chazara, O., Byamugisha, J., Elliott, A. M., Kaleebu, P., Mirembe, F., & Moffett, A. (2013). Pregnancy, parturition and preeclampsia in women of African ancestry. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 210(6), 510-520.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.10.879>
- Opgroeien (2021, 5 maart). Brochures, video's en vertalingen. <https://www.kindengezin.be/nl/brochures-videos-vertalingen>
- Opgroeien (2024, 23 mei). Groeiende veerkracht tijdens de perinatale levensfase. <https://www.opgroeien.be/kennis/themas/perinatale-mentale-gezondheid/groeiende-veerkracht-tijdens-de-perinatale-levensfase>
- Over Fedasil. (2026). Fedasil. <https://www.fedasil.be/nl/over-fedasil>
- PANZA. (2022). Perinataal Antwerps Netwerk Zwangerschap in armoede – PANZA. <https://www.panza.be/>
- Papieren eerst, zorg later. (september 2025). Samenleving & Politiek. <https://www.sampol.be/2025/09/papieren-eerst-zorg-later>
- Raman, S., Napier-Raman, S., & Pinzón-Segura, M. C. (2024). Exploring cultural influences in perinatal and early childhood nutrition. *Revista de Salud Pública*, 26(3), 1–10. <https://doi.org/10.15446/rsap.v26n3.115569>
- Rees, S., & Fisher, J. (2023). Forced migration, trauma, and the risk of mental health disorders among women in the perinatal period. *The Lancet Public Health*, 8(3), e166–e167. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(23\)00009-9](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(23)00009-9)
- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). (2023, 23 februari). Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. <https://socialesecurity.belgium.be/nl/netwerk/rijksinstituut-voor-ziekte-en-invaliditeitsverzekering-riziv>

- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). (2025). Perinataal programma: 'Zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, hun kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen' / <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg/programma-geintegreerde-zorg-zorg-en-ondersteuning-voor-zwangere-vrouwen-hun-kinderen-en-hun-gezin-tijdens-de-eerste-1000-dagen>
- Rothenberger, L., & Schmitt, M. (2024). Refugee women in the media – prevalence, representation and framing in international media coverage. *Journal Of Ethnic And Migration Studies*, 50(16), 3913–3941. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2024.2344520>
- Santé et accès aux soins. (2026). Bapa. <https://www.bapabxl.be/en/health-care-access>
- Schönborn, C., Castetbon, K., & De Spiegelaere, M. (2022). Country of birth as a potential determinant of inadequate antenatal care use among women giving birth in Brussels. A cross-sectional study. *PloS ONE*, 17(4), e0267098. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267098>
- Schönborn, C., Castetbon, K., & De Spiegelaere, M. (2024). Maternal birthplace and experiences of perinatal healthcare in Belgium: Evidence from a cross-sectional survey. *Midwifery*, 138, 104139. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104139>
- Schönborn, C., Castetbon, K., Sow, M., Racape, J., & De Spiegelaere, M. (2020). Mothers' experiences of perinatal care in Belgian public hospitals: exploring the social inequalities. Protocol for a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 10(11), e038400. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038400>
- Shahawy, S., Kassab, L. A., & Rattani, A. (2023). Ramadan fasting and pregnancy: an evidence-based guide for the obstetrician. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 228(6), 689–695. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.023>
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., McCourt, C., & Gagnon, A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14(1), 152. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152>
- Sow, M., Racape, J., Schoenborn, C., & De Spiegelaere, M. (2018). Is the socioeconomic status of immigrant mothers in Brussels relevant to predict their risk of adverse pregnancy outcomes? *BMC Pregnancy And Childbirth*, 18(1), 422. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2043-3>

- Statbel. (2025a, 11 juni). Bevolking naar woonplaats, nationaliteit (Belg/niet-Belg), burgerlijke staat, leeftijd en geslacht. <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?datasource=65ee413b-3859-4c6f-a847-09b631766fa7>
- Statbel. (2025b, 12 juni). <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking/herkomst#figure>
- Vandenbroucke, F. (2024, 27 september). Het interfederale programma Perinatale zorg wordt gelanceerd. <https://vandenbroucke.decroo-i.archive.belgium.be/nl/het-interfederale-programma-perinatale-zorg-wordt-gelanceerd.html>
- Vasilevski, V., & Carolan-Olah, M. (2016). Food taboos and nutrition-related pregnancy concerns among Ethiopian women. *Journal Of Clinical Nursing*, 25(19–20), 3069–3075. <https://doi.org/10.1111/jocn.13319>
- Villar-Bustos, C., Sánchez, E. Q., & Andina-Díaz, E. (2024). Factors that affect the health of immigrants: Qualitative meta synthesis. *Public Health Nursing*, 41(4), 862–882. <https://doi.org/10.1111/phn.13312>
- VRT NWS. (2025, 11 februari). Nieuw zorgprogramma screent elke vrouw tijdens zwangerschap om kwetsbare moeders te vinden en te ondersteunen | VRT NWS: nieuws. *VRTNWS*. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2025/02/10/kwetsbare-moeders-zwangerschap-opvolging/>

Bijlagen

<i>Bijlage 1: bevraging – Afrikaanse vrouwen.....</i>	<i>2</i>
<i>Bijlage 2: vragenlijst podcast – Afrikaanse vrouwen</i>	<i>8</i>
<i>Bijlage 3: vragenlijst podcast – zorgverleners.....</i>	<i>10</i>
<i>Bijlage 4: Link naar de podcast</i>	<i>12</i>
<i>Bijlage 5: evidentietabel.....</i>	<i>13</i>
<i>Bijlage 6: AI-gebruik</i>	<i>30</i>



Vragenlijst: Ervaringen van Afrikaanse vrouwen met perinatale zorg in België

Welkom

Wij zijn drie studenten vroedkunde aan de Hogeschool VIVES te Kortrijk en voeren dit jaar onze bachelorproef uit. Onze onderzoeksvraag gaat als volgt: Hoe ervaren Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond perinatale zorg in België en welke barrières ondervinden zij in communicatie met zorgverleners?

Met deze studie willen we beter begrijpen hoe vrouwen van Afrikaanse afkomst de zorg ervaren, welke moeilijkheden of barrières ze eventueel tegenkomen en wat volgens hen beter of anders kan.

In onze ogen bent u de perfecte kandidaat om hierover iets te vertellen in onze podcast. Daarom vragen wij u om onze vragenlijst in te vullen, zodat wij alle waardevolle informatie kunnen verzamelen.

Het invullen duurt slechts enkele minuten en alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Alvast bedankt voor uw tijd en moeite!

Amani, Britt en Soha

Uw gegevens

Naam en voornaam

5 antwoorden

Om de privacy en anonimiteit van de deelnemers te waarborgen, worden deze gegevens niet vrijgegeven.

Leeftijd

5 antwoorden

Om de privacy en anonimiteit van de deelnemers te waarborgen, worden deze gegevens niet vrijgegeven.

Telefoonnummer

5 antwoorden

Om de privacy en anonimiteit van de deelnemers te waarborgen, worden deze gegevens niet vrijgegeven.

Nationaliteit(en)

5 antwoorden

Algerije

Belg

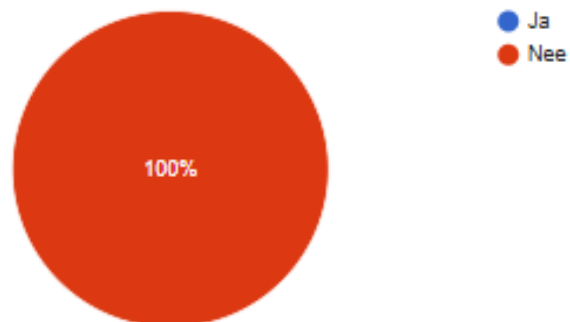
Tunisie

Frans

Belgie

Bent u in België geboren?

5 antwoorden



Als je op vorige vraag 'neen' geantwoord hebt, hoe lang woont u al in België?

5 antwoorden

13jaar

28 jaar

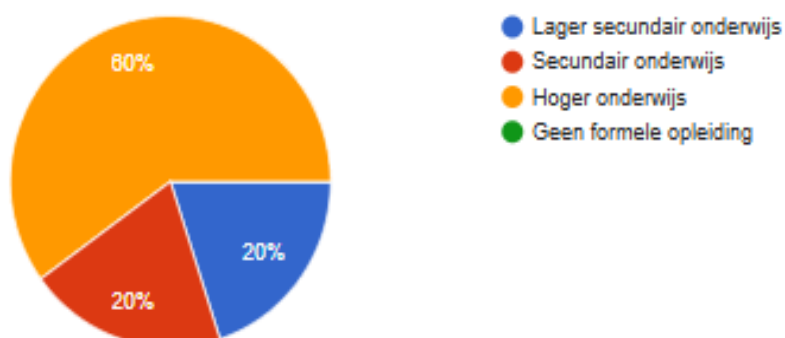
26

12

16jaar

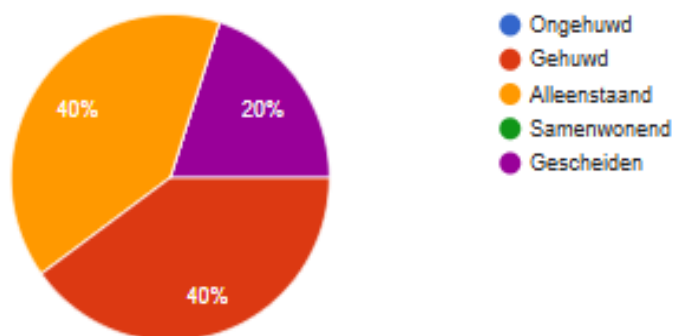
Opleidingsniveau

5 antwoorden



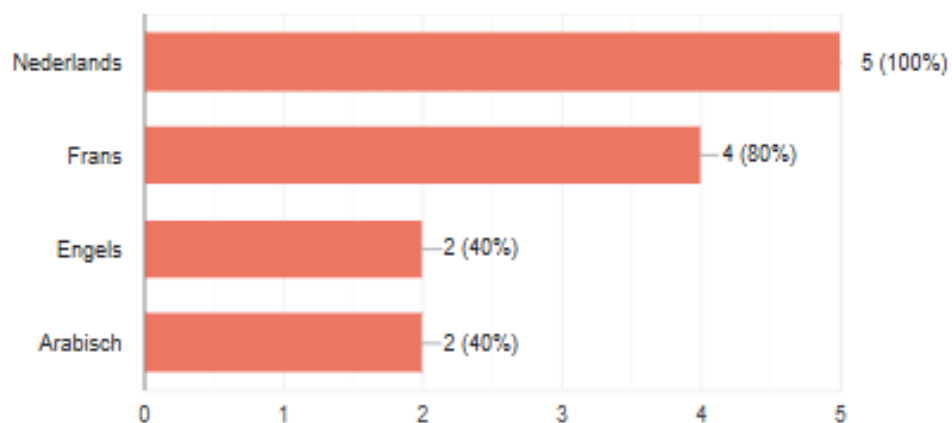
Burgerlijke staat/ gezinssituatie

5 antwoorden



Welke taal/ talen spreekt u?

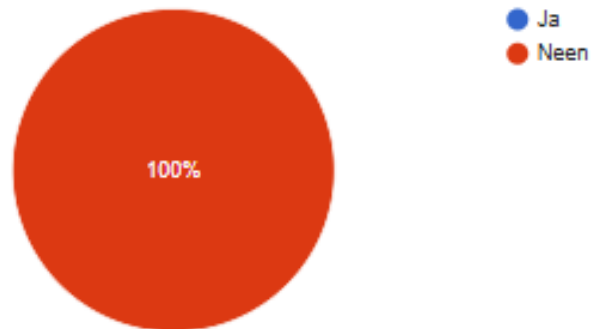
5 antwoorden



Zwangerschap en bevalling

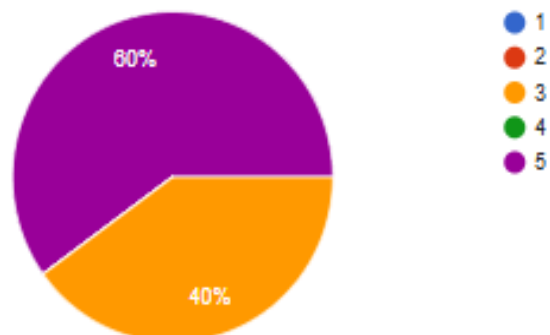
Bent u momenteel zwanger?

5 antwoorden



Hoeveel kinderen heeft u?

5 antwoorden



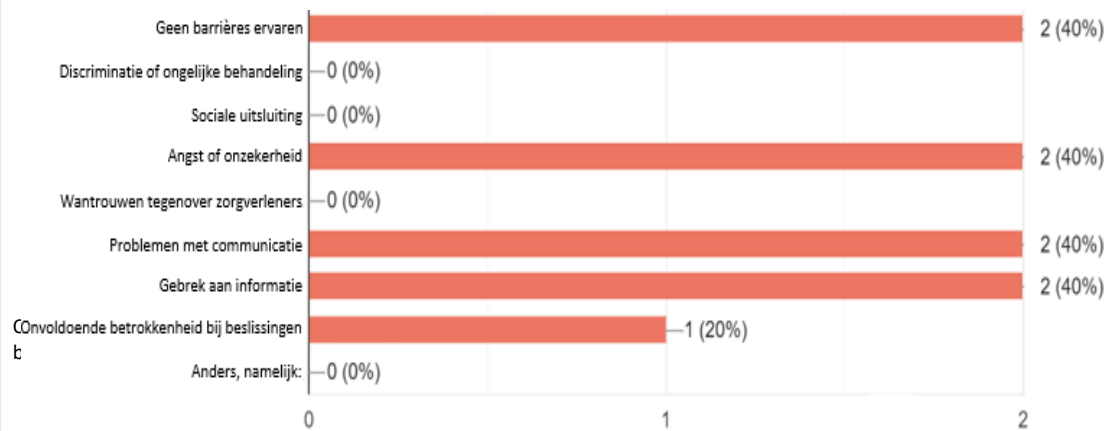
Bent u al bevallen in België?

5 antwoorden



Welke van de volgende barrières heeft u ervaren tijdens de zorg rondom arbeid en bevalling?

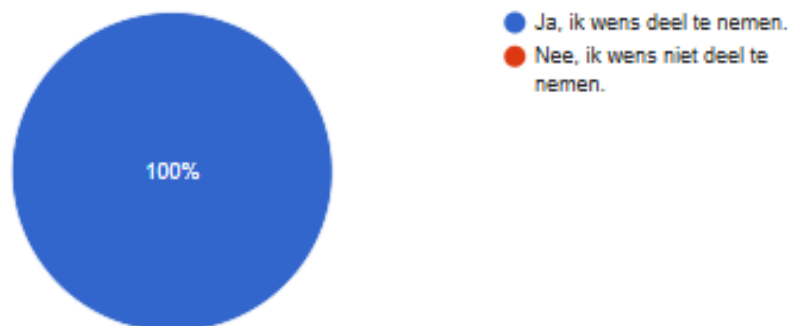
5 antwoorden



Geschiktheid voor deelname

Bent u bereid deel te nemen aan onze podcast?

5 antwoorden



Bijlage 2: vragenlijst podcast – Afrikaanse vrouwen

1. Kunt u zich even kort voorstellen? Hoeveel kinderen heeft u? Hoe lang woont u al in België?
2. Kunt u iets vertellen over uw ervaring met zwangerschap en bevalling in België?
 - a. Hoe heeft u de begeleiding tijdens uw zwangerschap ervaren?
 - b. Hoe heeft u de nazorg ervaren, bijvoorbeeld controles na de bevalling en ondersteuning bij borstvoeding?
 - c. Bent u vanaf het begin van uw zwangerschap opgevolgd door een gynaecoloog, vroedvrouw...?
 - i. Zo ja, hoe heeft u dit ervaren?
 - d. Bent u opgevolgd door een zelfstandige vroedvrouw of Kind&Gezin tijdens de perinatale periode?
 - i. Zo ja, hoe heeft u dit ervaren?
 - ii. Welke inbreng hadden zij in uw zorg?
 - e. Bent u tijdens de perinatale periode in aanraking gekomen met de sociale dienst van het ziekenhuis?
 - i. Zo ja, hoe heeft u dit ervaren?
3. Als u eerder zwanger bent geweest in een ander land: hoe verschilde die ervaring van die in België?
4. Waren er momenten waarop u zich onzeker voelde of juist echt goed ondersteund door zorgverleners?
 - a. Kan u hiervan een voorbeeld geven?
 - b. Wat heeft u geholpen om zich veilig en gehoord te voelen tijdens de zorg?
 - c. Hoe kunnen zorgverleners hierop inspelen om u een goed gevoel te geven?
5. Uit onderzoek merken we dat communicatie een knelpunt is voor Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond op het vlak van taal, begrip, respect... Hoe heeft u de communicatie met zorgverleners ervaren?
 - a. Werde er voldoende tijd genomen om zaken uit te leggen?

- b. Heeft u gebruik kunnen maken van een tolk of andere ondersteuning? Zou u dat nuttig hebben gevonden?
 - c. Hoe zou de informatievoorziening beter afgestemd kunnen worden op vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond? Met informatievoorziening bedoelen we folders die beschikbaar zijn, websites, apps...
6. Zijn er culturele verschillen geweest die de zorg moeilijker of juist beter maakten?
- a. Voelde u dat uw achtergrond en voorkeuren werden gerespecteerd?
7. In België hebben we soms een andere manier van aanpak dan in andere landen en culturen. Bijvoorbeeld na de bevalling stimuleren wij de mama om even rust te nemen, dus beperken we het bezoek, terwijl in sommige culturen na de bevalling het de gewoonte is om juist heel veel bezoek te krijgen. Hoe gaan jullie om met tegenstrijdige adviezen van zorgverleners en familieleden?
- a. Zijn er aspecten van de perinatale zorg in België die u juist beter vindt in uw thuisland of omgekeerd?
8. Wat zou u graag anders zien in de zorg voor vrouwen met een Afrikaanse achtergrond?
9. Welke tips zou u geven aan andere vrouwen die hier zwanger worden?
10. Welke boodschap of tips wilt u meegeven aan zorgverleners?

Bijlage 3: vragenlijst podcast – zorgverleners

1. Kunt u kort uw rol en werkgebied toelichten en op welke manier komt u in aanraking met vrouwen die een Afrikaanse migratieachtergrond hebben?
2. Kunt u vertellen over uw ervaring bij het begeleiden van vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond en hoe ervaart u de opvolging van Afrikaanse vrouwen tijdens de perinatale periode?
3. Welke uitdagingen of struikelblokken ondervindt u bij deze doelgroep?
 - a. Op welke manier speelt u in op deze knelpunten?
4. Communicatie kan soms een uitdaging zijn. Hoe ervaart u de communicatie met Afrikaanse vrouwen tijdens de perinatale periode?
 - a. Hoe gaat u om met taalbarrières in de zorgverlening?
 - b. Welke impact hebben taalbarrières op de kwaliteit van zorg voor vrouwen?
 - c. Zijn er situaties geweest waarin taalproblemen geleid hebben tot misverstanden of onzekerheid bij die vrouwen? Hoe gaat u hiermee om?
 - d. Welke communicatiestrategieën of hulpmiddelen gebruikt u bij vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond?
 - i. Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van een doula met dezelfde taal en culturele achtergrond een positief effect heeft op de begeleiding van de zwangere tijdens de bevalling. Wat vinden jullie van dit idee? Zou dit kunnen helpen om deze barrières weg te nemen?
 - e. Niet iedereen beschikt over voldoende gezondheidsvaardigheden. Uit cijfers blijkt dat 1/3 van de mensen in België een beperkte health literacy heeft. Onder health literacy of gezondheidsvaardigheden verstaan we hoe goed iemand de gezondheidsinformatie begrijpt, gebruikt en ermee aan de slag kan gaan. Op welke manier worden de toegang en het gebruik van perinatale zorg beïnvloed door een matige health literacy bij Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond?
 - f. Zijn er momenten waarop communicatie extra kwetsbaar is in de perinatale zorg bij Afrikaanse vrouwen?
 - g. Welke invloed hebben partners of een ander familielid op de communicatie tussen zorgverleners en Afrikaanse vrouwen?

5. Uit de onderzoeken die wij geraadpleegd hebben, zagen we een rode draad op het vlak van medische problematiek. Zo kwam telkens aan bod dat vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond meer kans hebben op medische aandoeningen, zowel bij de moeder als bij de neonat. Enkele voorbeelden zijn: perinatale sterfte, vroeggeboortes, foetale groei problemen, miskramen en mentale gezondheidsproblemen... Is dit ook iets wat jullie opvalt?
 - a. Ervaart u soms verwachtingen of overtuigingen van Afrikaanse vrouwen die soms tegenstrijdig zijn met de westerse medische aanpak?
 - b. Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond komen vaak terecht in een land waar ze de taal niet kennen en/of geen kennissen hebben om op terug te vallen. Hierdoor kunnen ze wantrouwig zijn tegenover zorgverleners. Hoe bouwen jullie een vertrouwensband op met deze vrouwen?
 - c. Heeft u al een situatie meegemaakt waarin vrouwen met een Afrikaanse migratieachtergrond zich anders behandeld voelen in de perinatale zorg? Hoe gaat u hiermee om?
6. Vraag sociale dienst: De sociale dienst speelt ook een belangrijke rol in het ziekenhuis. Zijn er op sociaal, economisch en administratief vlak bepaalde drempels waar Afrikaanse vrouwen volgens u het vaakst tegenaan lopen tijdens de perinatale periode en welke rol heeft u hierin?
7. Vraag Kind & Gezin: Merken jullie bij Kind & Gezin dat er bepaalde thema's zijn waar vrouwen tegenaan botsen bij de opvolging, bijvoorbeeld bij voeding, psychische ondersteuning, vaccinaties...?
8. Vraag Kind & Gezin en zelfstandige vroedvrouw: Als Kind & Gezin en zelfstandige vroedvrouw komen jullie vaak terecht in de thuis sfeer van deze kwetsbare groep. Zien jullie bepaalde uitdagingen die niet meteen tot uiting komen in een ziekenhuisomgeving, zoals armoede, isolement, financiële of andere zaken?
9. Welke aspecten van de huidige perinatale zorg zouden behouden of versterkt moeten worden in de ondersteuning van Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond?
10. Welke tips zou u geven aan toekomstige zorgverleners die met deze doelgroep zouden werken?
11. Wilt u nog iets meegeven dat we niet besproken hebben?

Bijlage 4: Link naar de podcast

De podcast “Luisteren naar zorg” is te beluisteren op het streamingsplatform Spotify. De afleveringen zijn toegankelijk via de onderstaande link.

Link van de podcast:

<https://open.spotify.com/show/033N1TYUHokbjzd6W4I3n5?si=4da8d1966406462d>

Bijlage 5: evidentietabel

Auteurs en jaar	Titel	Onderzoeksmethode	Setting en populatie	Resultaten	Conclusie
Anderson et al., 2017	Prevalentie en risico op psychische stoornissen in de perinatale periode bij migrantenvrouwen	Systematische review en meta-analyse	/	Migrantenvrouwen hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen tijdens de perinatale periode. Volgende factoren verhogen dit risico: taalbarrières, lage sociaaleconomische status, beperkte sociale steun, discriminatie en een onzekere verblijfsstatus. Vluchtelingen en asielzoekers blijken extra kwetsbaar te zijn.	Migrantenvrouwen vormen een kwetsbare groep binnen de perinatale geestelijke gezondheidszorg. Om mentale gezondheidsproblemen bij deze doelgroep te voorkomen, moeten zorgverleners meer aandacht besteden aan toegankelijke ondersteuning, vroege detectie en cultureel-sensitieve zorg.
Arcilla et al., 2025	Discriminatie van geracialiseerde migrantenvrouwen in de kraamzorg	Systematische scoping review (PRISMA-ScR)	/	Geracialiseerde migrantenvrouwen ervaren verschillende vormen van discriminatie in de kraamzorg. Taalbarrières, beperkte toegang tot tolken, vertraagde zorg,	Binnen de maternale zorg ervaren migrantenvrouwen discriminatie. Onderzoek hierover blijft echter beperkt tot westerse contexten. Bovendien is er onvoldoende

				disrespectvolle behandeling en ongelijke zorg spelen een belangrijke rol. Minder betrokkenheid bij besluitvorming en minder controle over hun zorgproces waren belangrijke gevolgen van de ervaren discriminatie binnen de maternale zorg.	onderzoek naar racialisering, discriminatie, vooroordelen van zorgverleners en de ervaringen van migrantenvrouwen.
Bains et al., (2021)	Ervaringen van pas aangekomen migrantenvrouwen met informatie over zwangerschapszorg	Face-to-face vragenlijststudie	Noorwegen 401 recent gemigreerde vrouwen (≤5 jaar)	Eén derde van de recent gemigreerde vrouwen gaf aan de informatie van zorgverleners onvoldoende te begrijpen. Vrouwen met beperkte taalvaardigheden, vrouwen met een vluchtelingenstatus en vrouwen die geen tolk kregen, ervaarden moeilijkheden met het begrijpen van gezondheidsinformatie. Voornamelijk de informatie rond flesvoeding, planning en stemmingswisselingen na de bevalling werd als onvoldoende ervaren.	Gerichte interventies, zoals het inzetten van professionele tolken en gerichte gezondheidsvoorlichting, zijn noodzakelijk om het begrijpen van informatie rond zwangerschap bij migrantenvrouwen te verbeteren.

Balaam et al., 2013	Een kwalitatief onderzoek naar de percepties van migrantenvrouwen over hun behoeften en ervaringen met betrekking tot zwangerschap en bevalling	Systematische review	/	Verschillende ervaringen, waaronder taalbarrières, gebrek aan cultureel-sensitieve zorg en beperkte toegang tot informatie en ondersteuning. Vrouwen voelen zich niet altijd begrepen door zorgverleners. Ook ervaren ze drempels bij het uiten van hun behoeften en verwachtingen. Ze krijgen te maken met dagelijkse stress en communicatieproblemen. Zorgzame relaties geven hun kracht, maar ze ervaren ook organisatorische barrières in de kraamzorg.	Migrantenvrouwen bevinden zich in een kwetsbare situatie in de perinatale periode. Hun toegang tot gezondheidsdiensten moet verbeterd worden. Er is meer onderzoek nodig om de continuïteit van zorg te ontwikkelen en geïntegreerde zorg voor moeders te verbeteren.
Barkensjö et al., 2018	De behoefte aan vertrouwensvolle en veilige ontmoetingen: een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van vrouwen die als ongedocumenteerde migranten in Zweden op	Kwalitatief onderzoek	Zweden (n = 13)	Empathische en ondersteunende zorgverleners droegen bij aan meer vertrouwen, empowerment en een verminderde angst om medische hulp te zoeken. Negatieve ervaringen met zorgverleners versterkten daarentegen gevoelens van angst en	Voor ongedocumenteerde migrantenvrouwen zijn flexibele, empathische en goed geïnformeerde zorg essentieel. Positieve ervaringen versterken het vertrouwen en welzijn, terwijl negatieve zorgcontacten voor

	zoek zijn naar perinatale zorg			onzekerheid. Daarnaast werden de vrouwen geconfronteerd met kwetsbare leefomstandigheden, traumatische ervaringen, angst voor deportatie en uitdagingen rond het moederschap.	emotionele stress en angst zorgen. Daarnaast is kennis van de rechten van ongedocumenteerde migranten van groot belang.
Bleich et al., 2015	Mediabeelden van minderheden: Moslims in Britse krantenkoppen, 2001-2012	Kwantitatieve media-analyse	Verenigd Koninkrijk	In het algemeen werden moslims in de Britse media niet voortdurend negatief voorgesteld. Echter bleken rechtsgeoriënteerde kranten negatievere berichtgeving te bevatten dan linksgeoriënteerde kranten. Daarnaast werden moslims vaker negatief afgebeeld dan joden en regelmatig negatiever dan christenen.	In de Britse kranten is de voorstelling van moslims genuanceerder dan vaak wordt aangenomen. Wel wordt er geconcludeerd dat moslims vaker negatief gerepresenteerd worden in vergelijking met andere religieuze groepen.
Claerbout et al., 2024	Uitdagingen en factoren die de perinatale geestelijke gezondheidszorg onder migrantenvrouwen van de eerste generatie bevorderen: een kwalitatief	Kwalitatieve etnografische studie	Vlaanderen (n=11)	Migranten ervaren verschillende uitdagingen in de perinatale geestelijke gezondheidszorg. Barrières zijn taalproblemen, een gebrek aan cultureel-sensitieve zorg, beperkte kennis over beschikbare	Nadruk op bewustwording en training bij zorgverleners, om op deze manier aan de behoeften van deze vrouwen te voldoen. Er moeten zorgtrajecten ontwikkeld worden die voldoende rekening

	etnografisch onderzoek in Vlaanderen, België.			diensten en stigma rond mentale gezondheid binnen hun gemeenschap. Er worden beschermende factoren bevonden, zoals sociale steun uit de familie en gemeenschap, interculturele zorgverleners en zorgtrajecten die niet-stigmatiserend zijn. Uitdagingen die worden aangegeven zijn isolatie, gebrekkig bewustzijn over mentale gezondheid en taalbarrières. Vanuit de deelnemers wordt aangegeven dat het belangrijk is dat zorgverleners voldoende tijd nemen bij informatie en het belang van cultuursensitieve zorg.	houden met de achtergrond en behoeften van migrantenvrouwen. Om structurele en sociale barrières aan te pakken, is er nood aan tolken, betere voorlichting en een inclusieve benadering.
Dauvrin et al., (2018)	Toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerde migranten in België:	Kwalitatieve studie met 33 interviews en 6 focusgroepen	België	Ongedocumenteerde migranten ervaren verschillende moeilijkheden bij de toegang tot gezondheidszorg. Enkele voorbeelden zijn onduidelijke	Ongedocumenteerde migranten ervaren ondanks het ruime wettelijke kader een beperkte toegang tot de gezondheidszorg.

	waarom wachten we nog steeds op vooruitgang?			informatie, communicatieproblemen en complexe procedures. Bovendien zorgde de onduidelijke takenverdeling tussen gezondheids- en welzijnsdiensten voor negatieve beslissingen en verwarring.	Een belangrijke belemmering was de onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden tussen gezondheids- en welzijnsinstanties.
Eberl et al., 2018	Het Europese mediadiscours over immigratie en de gevolgen daarvan	Literatuurreview	/	In de Europese media worden migranten vaak onder gerepresenteerd en regelmatig voorgesteld als criminelen of een probleem voor de samenleving. De berichtgeving rond migratie is vaak negatief, wat kan leiden tot negatieve attitudes en stereotypen tegenover migranten.	De media hebben een belangrijke invloed op hoe migrantengroepen door de samenleving worden bekeken. In verschillende Europese landen is er echter meer onderzoek nodig naar mediarepresentatie van migranten.
Fair et al., 2020	Ervaringen van migrantenvrouwen met zwangerschap, bevalling en kraamzorg in Europese landen: een systematische review.	Systematische review	/	Uitdagingen bij het navigeren door het zorgsysteem, invloed van behandelingsstijl en communicatieproblemen.	Meerdere barrières zoals beperkte toegang tot zorg, taalproblemen en een gebrek aan culturele sensitiviteit. Dit benadrukt zorgverleners die cultureel competent zijn, interdisciplinaire samenwerking

					en continuïteit van zorg. Positieve ervaringen worden geassocieerd met respectvolle zorgverleners en het gebruik van tolken.
Hassan et al., 2022	Religieuze gebruiken van moslimvrouwen in het VK tijdens de zwangerschap: op bewijs gebaseerde aanbevelingen voor de beroepspraktijk	Kwalitatief onderzoek met gemengde methoden	Noordwest-Engeland Primigravida moslimvrouwen (n = 8), moslimmoeders (n = 23), zorgverleners (n = 12)	Tijdens de zwangerschap en bevalling bleek dat moslimvrouwen verschillende religieuze praktijken toepasten. Sommige religieuze gebruiken vereisen enkel kennis van zorgverleners, terwijl andere ook actieve ondersteuning van zorgverleners vragen. Daarnaast tonen de bevindingen aan dat het belangrijk is om binnen de maternale zorg rekening te houden met religieuze behoeften van moslimvrouwen.	Om cultuursensitieve maternale zorg te kunnen bieden, moeten zorgverleners meer inzicht hebben in de religieuze behoeften van moslimvrouwen. Echter is er verder onderzoek nodig naar de impact van deze aanbevelingen.
Hatzenbuehler et al., 2016	Structurele stigma: onderzoeksresultaten en	literatuurreview	/	Structurele stigma's hebben een negatieve invloed op gestigmatiseerde groepen. Ze dragen	Structurele stigma's krijgen vaak te weinig aandacht ondanks hun belangrijke rol bij

	implicaties voor de psychologische wetenschap			bij aan gezondheidsproblemen en gezondheidsongelijkheden. Daarnaast vergroten ze ook de sociale uitsluiting.	gezondheidsongelijkheden. Meer onderzoek en aandacht hiervoor zijn noodzakelijk om de negatieve gevolgen te verminderen.
Higginbottom et al., 2020	Toegang tot en interventies ter verbetering van de kraamzorg voor immigrantenvrouwen	Narratieve synthese en systematische review	Verenigd Koninkrijk	Immigrantenvrouwen startten vaak later met prenatale zorg. Beperkte taalvaardigheden, onvoldoende kennis van het zorgsysteem, financiële moeilijkheden en immigratiestatus waren de belangrijkste barrières. Daarnaast vermeden sommige vrouwen maternale zorg doordat zij zorgverleners als discriminerend of cultureel ongevoelig ervaarden.	De ervaringen van deze vrouwen waren afwisselend, maar over het algemeen negatief. Binnen de maternale zorg vormden de volgende zaken belangrijke barrières: gebrek aan taalondersteuning, culturele ongevoeligheid, discriminatie en beperkte kennis over rechten.
Jacobs et al., 2026	Patronen van criminele dreiging in de televisienieuwsverslag over etnische minderheden in Vlaanderen (2003 – 2013)	Kwantitatieve inhoudsanalyse	Vlaanderen	Daders uit meerderheidsgroepen werden vaker minder dreigend voorgesteld dan daders uit etnische minderheden. Die laatste groep werd dikwijls gekoppeld aan vermogensdelicten, bendecriminaliteit en	Uit Vlaamse televisienieuwsberichten blijkt dat etnische minderheden vaker op een negatieve en dreigende manier worden voorgesteld. Dit kan een invloed hebben op de beeldvorming in de maatschappij.

				geweldsmisdrijven. Mensen met een Noord-Afrikaanse achtergrond werden negatiever afgebeeld dan andere minderheidsgroepen.	
Khan et al., 2024	Interventies gericht op gezondheidsvaardigheden voor zwangere vrouwen met beperkte taalvaardigheid in het land waar ze wonen	Systematische review	/	Volgende interventies kwamen aan bod: een smartphone-app, groepslessen, folders en informatieve video's in verschillende talen. Sommige interventies verbeterden de gezondheidsvaardigheden van deze vrouwen, terwijl andere geen duidelijke verbetering aantoonde. Slechts drie studies werden geïnccludeerd.	Er blijkt een groot tekort te zijn aan interventies rond gezondheidsvaardigheden voor zwangere vrouwen met een andere moedertaal. Er is nood aan interventies die gericht en geëvalueerd zijn om gezondheidsverschillen te verminderen bij zowel moeder als kind.
Lafaut et al., 2025	De samenhang tussen humanitaire hulp en publieke gezondheidszorg: een analyse van de machtsverhoudingen die de implementatie van de Wet op Spoedeisende Medische Hulp in België vormgeven	Kwalitatieve etnografische studie met observaties en semigestructureerde interviews	Brussel, België (n = 70), waarvan ongedocumenteerde migranten (n = 25) en zorgmedewerkers (n=45)	Ongedocumenteerde migranten ervaren veel moeilijkheden bij de toegang tot gezondheidszorg door ingewikkelde procedures en verschillende beslissingen van diensten en zorgverleners. Bovendien zorgen spanningen tussen humanitaire organisaties en publieke	Samenwerkingen en spanningen tussen humanitaire organisaties en publieke diensten hebben een grote invloed op de toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerde migranten. Hierdoor wordt de toegang tot

				diensten voor strengere controles en moeilijkere toegang tot zorg.	zorg steeds strenger voor deze kwetsbare groep.
Margareta et al., 2025	Migrantenvrouwen met culturele doula-ondersteuning tijdens de zwangerschap en na de bevalling als aanvulling op verloskundige zorg in Zweden	Interviewstudie	Zweden (n = 21)	Tijdens de zwangerschap en na de bevalling boden culturele doula's emotionele en praktische ondersteuning. De ondersteuning hielp vrouwen bij het begrijpen van de maternale zorg, de bevalling en het ouderschap in een nieuw land. Daarnaast verminderde de ondersteuning gevoelens van eenzaamheid. Ook vergemakkelijkte ze de integratie in de samenleving.	Tijdens de overgang naar het moederschap in een nieuw land werd de ondersteuning door culturele doula's door migrantenvrouwen als waardevol ervaren. Deze ondersteuning kan een belangrijke aanvulling vormen binnen de maternale zorg voor migrantenvrouwen met beperkte taalvaardigheden.
Meldgaard et al., 2022	Niveaus van gezondheidsvaardigheden bij vrouwen tijdens de zwangerschap	Systematisch review	/	Een lage gezondheidsvaardigheid tijdens de zwangerschap hing samen met factoren zoals werk, opleidingsniveau, leeftijd en etniciteit. De meeste studies onderzochten basisvaardigheden zoals het begrijpen van gezondheidsinformatie en kennis over gezondheid. Sommige studies	Tijdens de zwangerschap is gezondheidsgeletterdheid belangrijk. Dit wordt beïnvloed door verschillende sociale factoren. Echter, is verder onderzoek naar gezondheidsgeletterdheid tijdens de zwangerschap noodzakelijk.

				hebben ook de communicatie met zorgverleners en het gebruik van technologie onderzocht.	
Nakimuli et al., 2013	Zwangerschap, bevalling en pre-eclampsie bij vrouwen van Afrikaanse afkomst	Literatuurreview	/	Vrouwen van Afrikaanse afkomst blijken een hoger risico te hebben op pre-eclampsie, eclampsie, doodgeboorte, vroeggeboorte en andere zwangerschapscomplicaties. Dit risico kon niet verklaard worden door sociaaleconomische factoren of toegang tot gezondheidszorg. Biologische en genetische factoren spelen hier ook een belangrijke rol.	Om de gezondheidsongelijkheden beter te begrijpen en de maternale zorg te verbeteren, is er meer onderzoek nodig naar zwangerschap en pre-eclampsie bij Afrikaanse vrouwen.
Raman et al., 2024	Het verkennen van culturele invloeden op de voeding tijdens de perinatale periode en de vroege kinderjaren.	Systematische review van kwalitatieve studies	/	Tijdens de zwangerschap en na de bevalling hadden culturele overtuigingen en tradities een belangrijke invloed op voedingskeuzes. Sommige traditionele overtuigingen zorgden ervoor dat vrouwen niet altijd uitsluitend borstvoeding gaven, hoewel dit binnen veel culturen sterk	Culturele overtuigingen beïnvloeden sterk de voeding van moeder en kind. Daarom is het belangrijk om gezondheidszorg aan te passen aan de culturele achtergrond en behoeften van moeders om de gezondheid van moeder en kind te verbeteren.

				werd aangemoedigd. Daarnaast speelde steun van familie een belangrijke rol. Dit kwam echter niet overeen met het medisch advies van de zorgverleners.	
Rees et al., 2023	Gedwongen migratie, trauma en het risico op psychische stoornissen bij vrouwen in de perinatale periode	Systematische review en meta-analyse	/	Vrouwen die gedwongen moesten migreren hadden meer kans op depressie, PTSS en andere psychische problemen tijdens de zwangerschap en na de bevalling. Volgende factoren speelden hierbij een belangrijke rol: trauma, weinig sociale steun, onzekere verblijfsstatus en relatieproblemen. Vrouwen uit conflictgebieden waren extra kwetsbaar voor psychische problemen.	Migrantenvrouwen, vooral vrouwen die gedwongen migreren, hebben een hoger risico op psychische problemen tijdens de perinatale periode. Daarom zijn meer onderzoek en gerichte ondersteuning voor deze kwetsbare groep nodig.
Rothenberger et al., 2024	Vluchtelingenvrouwen in de media-prevalentie, representatie en framing in internationale mediaverslaggeving	Kwantitatieve en kwalitatieve inhoudsanalyse	/	Vluchtelingenvrouwen werden meestal voorgesteld als kwetsbare slachtoffers en kwamen minder vaak aan bod in de media. Het ging vaak over oorlog, geweld,	Vluchtelingenvrouwen worden in de media vaak op een stereotiepe en kwetsbare manier voorgesteld. Daarom is meer evenwichtige en

				vluchtelingenkampen en moeilijke leefomstandigheden. Bovendien blijkt dat deze vrouwen weinig kans kregen om hun eigen verhalen te tonen. Positieve eigenschappen zoals doorzettingsvermogen en zelfstandigheid werden in sommige reportages ook benadrukt.	genuanceerde berichtgeving nodig.
Schönborn et al., 2022	Geboorteland als potentiële determinant van ontoereikend gebruik van prenatale zorg onder vrouwen die in Brussel bevallen	Cross-sectionele studie	Brussel, België (n=879)	Vrouwen uit Sub-Sahara-Afrika beginnen later met zorg, maar hebben wel evenveel consultaties als anderen. Vrouwen uit Noord-Afrika krijgen vergelijkbare zorg als vrouwen die in België geboren zijn. Daarnaast zijn er verschillen in sociaaleconomische status, zoals woonomstandigheden, werk en zorgverzekering, die invloed hadden op het gebruik van prenatale zorg.	De studie benadrukt dat zowel geboortestreek als sociaaleconomische factoren invloed hebben op de zorg die zwangere vrouwen ontvangen.

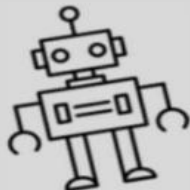
Schönborn et al., 2024	Geboorteplaats van moeders en ervaringen met perinatale gezondheidszorg in België	Cross-sectionele studie	Brussel, België (n=877)	Noord-Afrikaanse immigranten met lage taalvaardigheid hebben meer negatieve communicatie-ervaringen, ongeacht hun sociaaleconomische positie. 88% van de vrouwen met een taalbarrière kreeg geen tolk aangeboden.	De ervaringen met prenatale zorg werden in België voornamelijk als positief ervaren. Alleenstaand moederschap, onstabiele huisvesting en taalbarrières verhogen communicatieproblemen.
Schönborn et al., 2020	Ervaringen van moeders met perinatale zorg in Belgische openbare ziekenhuizen: onderzoek naar sociale ongelijkheden	Cross-sectionele studie (protocolstudie)	Brussel, België (n = 900)	De studie onderzoekt hoe sociale en migratiefactoren invloed kunnen hebben op de ervaringen van vrouwen binnen de perinatale zorg. Volgende onderwerpen staan hier centraal: toegang tot prenatale zorg, gevoelens van discriminatie, respect, medische ingrepen en het begrijpen van informatie.	Sociale ongelijkheden en migratiefactoren kunnen een invloed hebben op de ervaringen van vrouwen. Meer inzicht in deze factoren kan helpen om de perinatale zorg beter af te stemmen op de behoeften van kwetsbare vrouwen.
Shahawy et al., 2023	Ramadan vasten en zwangerschap: een op	Literatuurreview	/	Tijdens de Ramadan kozen de meeste zwangere moslimvrouwen ervoor om te vasten zonder dit met hun	Zorgverleners moeten zwangere vrouwen op een respectvolle en cultureel aangepaste manier

	bewijs gebaseerde gids voor de verloskundige			zorgverlener te bespreken. Het vasten had meestal weinig invloed op de vroeggeboorte of het geboortegewicht van de baby. Echter kon dit wel leiden tot uitdroging, vermoeidheid en minder gewichtstoename bij de moeder. De resultaten over de andere zwangerschapsuitkomsten waren niet altijd duidelijk.	begeleiden bij keuzes rond het vasten tijdens de zwangerschap. Een goede opvolging is hierbij belangrijk.
Small et al., 2014	Ervaringen van immigrantenvrouwen en niet-immigrantenvrouwen met kraamzorg	Systematische review en vergelijkende analyse van kwalitatieve en kwantitatieve studies	/	In de maternale zorg vonden immigrantenvrouwen en niet-immigrantenvrouwen dezelfde zaken belangrijk. Enkele voorbeelden hiervan waren respect, duidelijke informatie en ondersteuning. Toch bleek dat immigrantenvrouwen minder tevreden waren over hun zorgervaringen. De zorg werd voor hen bemoeilijkt door taalproblemen, weinig kennis van het zorgsysteem,	De zorgervaringen van immigrantenvrouwen kunnen verbeterd worden door meer aandacht te hebben voor communicatie, duidelijke informatie en het verminderen van discriminatie.

				communicatieproblemen en discriminatie.	
Sow et al., 2018	Is de sociaaleconomische status van immigrantenmoeders in Brussel relevant voor het voorspellen van hun risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten?	Kwantitatieve studie	Brussel, België Eenlinggeboorten (n = 97 844)	Vooraf bij moeders van buiten de EU werden veel kinderen geboren in gezinnen met armoede. Bij Noord-Afrikaanse vrouwen hadden sociale factoren weinig invloed op de zwangerschapsuitkomsten, maar alleenstaande moeders hadden wel meer kans op een baby met een laag geboortegewicht. Bij vrouwen uit Sub-Sahara-Afrika verhoogde een laag inkomen het risico op een laag geboortegewicht.	Afhankelijk van de herkomst van de moeder verschilt de invloed van sociale factoren op de zwangerschapsuitkomsten. Daarom is meer inzicht nodig in de oorzaken van ongelijkheden in de perinatale gezondheid bij migrantenvrouwen.
Vasilevski et al., 2016	Voedseltaboes en voedingsgerelateerde zorgen tijdens zwangerschap onder Ethiopische vrouwen	Discussiestuk gebaseerd op een literatuurreview	/	Tijdens de zwangerschap hadden Ethiopische vrouwen meer kans op ondervoeding door bepaalde voedingsregels, armoede en culturele gewoontes. Hierdoor kwamen problemen zoals bloedarmoede vaker voor. Dit verhoogde het risico op zwangerschapscomplicaties.	Meer informatie en cultureel aangepaste voedingsbegeleiding kunnen helpen om de gezondheid van Ethiopische zwangere vrouwen en hun baby's te verbeteren.

Villar-Bustos et al., 2024	Factoren die de gezondheid van immigranten beïnvloeden	Kwalitatieve meta-synthese	/	Onzekerheid, taalproblemen, sociale contacten en werk hadden een belangrijke invloed op de gezondheid van migranten. Daarnaast zorgden discriminatie, onzekere jobs, sociale isolatie en angst voor deportatie vaak voor stress, angst en depressieve gevoelens. Sociale steun, werk en een goede kennis van de taal konden daarentegen bijdragen aan een betere gezondheid en integratie.	Het migratieproces kan een grote impact hebben op de fysieke en mentale gezondheid van migranten. Daarom zijn toegankelijke gezondheidszorg, sociale steun en aandacht voor gender- en migratiefactoren belangrijk om hun gezondheid te verbeteren.
----------------------------	--	----------------------------	---	--	---

Bijlage 6: AI-gebruik

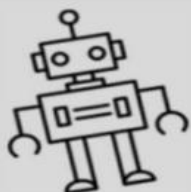



ANNEX - WEERGAVE GEBRUIKTE AI-TOOLS



In deze annex noteer je alle AI-tools die je hebt gebruikt voor deze opdracht. Voor elke tool noteer je welke prompts je hebt gegeven, hoe en voor welk deel van de opdracht je de AI-tool hebt gebruikt.

TOOL	PROMPT	GEBRUIK VAN DE OUTPUT	OPDRACHTDEEL	BIJLAGE?
vb. Copilot	"Help ons brainstormen over goede slogans voor onze reclamecampagne over zonnebescherming."	Copilot heeft ons geholpen om te brainstormen over goede slogans voor onze reclamecampagne. We hebben de output kunnen gebruiken ter inspiratie, maar hebben de gegenereerde slogans niet integraal overgenomen.	Stap 5 van de opdracht: "Bedenk een slogan voor je campagne."	x (print-screen output)
ChatGPT	"Kan je deze alinea academischer formuleren en vlotter laten lezen?"	ChatGPT werd gebruikt om zinnen te herformuleren en zo de leesbaarheid te verbeteren. De voorgestelde formuleringen werden geëvalueerd en aangepast. De uiteindelijke tekst is het resultaat van eigen verwerking.	Schrijfproces	/
ChatGPT	"Wat de belangrijkste bevindingen uit dit artikel samen in kernpunten."	ChatGPT werd gebruikt om een eerste overzicht te krijgen van de inhoud van wetenschappelijke artikels. Deze samenvattingen dienden als ondersteuning en werden steeds gecontroleerd aan de hand van de originele bronnen.	Literatuurstudie	/
ChatGPT	"Geef een mogelijke structuur voor de literatuurstudie met volgende onderzoeksvraag: Hoe ervaren Afrikaanse vrouwen met een migratieachtergrond de perinatale zorg in België en welke barrières ondervinden zij in de communicatie met zorgverleners?"	ChatGPT werd gebruikt om een mogelijke structuur voor de literatuurstudie aan te bieden. Deze structuur diende als leidraad en werd aangepast aan de inhoud en noden van de bachelorproef.	Literatuurstudie	/
ChatGPT	"Leg het volgende begrip eenvoudig uit zodat ik het correct kan gebruiken in mijn tekst."	ChatGPT werd gebruikt om bepaalde begrippen beter te begrijpen. Deze uitleg diende als achtergrondinformatie en werd niet letterlijk overgenomen in de tekst.	Literatuurstudie	/



ANNEX - WEERGAVE GEBRUIKTE AI-TOOLS



In deze annex noteer je alle AI-tools die je hebt gebruikt voor deze opdracht. Voor elke tool noteer je welke prompts je hebt gegeven, hoe en voor welk deel van de opdracht je de AI-tool hebt gebruikt.

TOOL	PROMPT	GEBRUIK VAN DE OUTPUT	OPDRACHTDEEL	BIJLAGE?
vb. Copilot	"Help ons brainstormen over goede slogans voor onze reclamecampagne over zonnebescherming."	Copilot heeft ons geholpen om te brainstormen over goede slogans voor onze reclamecampagne. We hebben de output kunnen gebruiken ter inspiratie, maar hebben de gegenereerde slogans niet integraal overgenomen.	Stap 5 van de opdracht: "Bedenk een slogan voor je campagne."	x (print-screen output)
ChatGPT	"Geef voorbeeldvragen voor een interview met zorgverleners en Afrikaanse vrouwen over drempels in de perinatale zorg."	ChatGPT werd gebruikt ter inspiratie bij het opstellen van de vragen voor de podcast. De uiteindelijke vragen werden aangepast aan de onderzoeksvraag van de bachelorproef.	Methode	/
ChatGPT	"Is volgende tekst logisch opgebouwd en duidelijk?"	ChatGPT werd gebruikt om de samenhang van de tekst te evalueren. De feedback werd gebruikt om verbeteringen aan te brengen in de structuur van de bachelorproef.	Eindfase bachelorproef	/

