

Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen



Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen

Het perspectief van de zorgverlener



Frea Haker, Hester van Bommel, Evert Bloemen
Utrecht, september 2010

Colofon



ASKV/Steunpunt Vluchtelingen
Frederik Hendrikstraat 111 C 1052 HN Amsterdam
www.askv.nl
020-6272408
zapp@askv.dds.nl

Auteur

Frea Haker, Hester van Bommel, Evert Bloemen

Eindredactie

Claudia Biegel

Lay-out

Loes van Willigen

Fotografie

Bas Baltus

Het ZAPP is een initiatief van het ASKV/steunpunt Vluchtelingen. Het ASKV (Amsterdams Solidariteits Komitee Vluchtelingen) is een particuliere non-profitorganisatie die zich inzet voor de belangen van vluchtelingen en die van uitgeprocedeerde vluchtelingen in het bijzonder. Het ASKV biedt juridische, materiële en sociale ondersteuning. Daarnaast zet het ASKV zich in voor een structurele verbetering van de positie van vluchtelingen.

September 2010

ISBN/EAN: 978-90-816257-2-2

Het ZAPP is financieel mogelijk gemaakt door het Europees Vluchtelingenfonds, het Fonds Psychische Gezondheid en het Innovatiefonds.



Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen

Het perspectief van de zorgverlener

Frea Haker, Hester van Bommel, Evert Bloemen

Voorwoord

Voor u ligt het Pharos-onderzoeksrapport over hulpverlening aan asielzoekers met psychische problemen. Dit rapport geeft de resultaten weer van een kwalitatief onderzoek naar de visies van zorgverleners op de zorg voor deze doelgroep. In de periode februari-april 2010 zijn 33 zorgverleners, gelieerd aan negen asielzoekerscentra, geïnterviewd over hun werk. Hoe kijken ze aan tegen de specifieke problematiek waarmee ze te maken krijgen en hoe geven ze hun werk vorm binnen het zorgsysteem en de keten? Aan de hand van de uitkomsten doen wij een aantal aanbevelingen.

Dit onderzoek is uitgevoerd door Pharos in opdracht van het Amsterdams Solidariteits Komitee Vluchtelingen (ASKV) Amsterdam in het kader van een breder project gericht op de Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen (ZAPP). Deze studie vormt een van de deelstudies van ZAPP.

Wij danken het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) van Menzis voor het verlenen van toestemming voor de gesprekken met praktijkondersteuners en huisartsen.

Wij danken bovenal de 33 zorgverleners die ons hun ervaringen en inzichten hebben toevertrouwd over de hulpverlening aan asielzoekers met psychische problemen. We hebben in deze interviews gemerkt hoezeer de zorgverleners zich met hart en ziel inzetten voor deze doelgroep en hoeveel ervaring en kennis er onder de zorgverleners aanwezig is.

Wij wensen u veel leesplezier.

Freya Haker
Hester van Bommel
Evert Bloemen

Inhoudsopgave

Voorwoord	i
Samenvatting.....	v
1 Inleiding	1
1.1 Algemene inleiding	1
1.2 Gezondheid van asielzoekers en het zorgsysteem	1
1.3 Conceptueel en theoretisch kader.....	4
1.4 Onderzoeksvragen	7
1.5 Methoden	8
2 Resultaten	11
2.1 Visie op de zorg en eigen invulling.....	11
2.2 Uitdagingen voor zorgverleners.....	16
2.3 Visie op de rol van de asielprocedure in het hulpverleningsproces	21
2.4 Visie op eigen kwaliteit en die van de instelling	23
2.5 Visie op de toegankelijkheid van de zorg.....	27
2.6 Visie op continuïteit en samenwerking in de keten.....	31
2.7 Kennis van en visie op MAPP	34
2.8 Visie op het effect van zorgsysteemveranderingen.....	37
2.9 Kansen voor het verbeteren van de zorg.....	41
3 Discussie, conclusie en aanbevelingen	43
3.1 Resultaten in het licht van het theoretische kader	43
3.2 Overeenkomsten met de literatuur en nieuwe inzichten.....	46
3.3 Discussie over onderzoeksmethode	48
3.4 Conclusie en aanbevelingen.....	49
Bijlage 1 Topiclijst.....	53
Literatuur.....	56
Afkortingen.....	59

Samenvatting

De vraagstelling voor het onderzoek onder de zorgverleners luidde: **Welke ervaringen en percepties hebben zorgverleners ten aanzien van de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor asielzoekers met psychische problemen en welke aanbevelingen formuleren zij om de zorg te verbeteren?**

Tussen februari en april 2010 zijn interviews gehouden met in totaal 33 respondenten. De zorgverleners zijn betrokken bij negen azc's. Het betreft 11 praktijkondersteuners asielzoekers (POH-A), 8 huisartsen, 11 medewerkers van de GGZ (Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige (SPV), GGZ-arts of psychiater), 3 maatschappelijk werkers. De interviews waren semi-gestructureerd en werden afgenomen aan de hand van een topiclijst. De analyse gebeurde op basis van inductieve analyse. Gekeken is naar zowel tendensen als individuele ervaringen.

Met elke zorgverlener is over de zorg in het algemeen gesproken en met een deel van hen is ingegaan op casuïstiek. Asielzoekers die in de andere Zapp deelstudie¹ geïnterviewd waren en toestemming hadden verleend, werden dan als 'casus' ingebracht in het interview.

Resultaten

Visie op zorg aan de doelgroep asielzoekers

Uit de interviews blijkt dat zorgverleners de asielzoekergroep als kwetsbaar beschouwen en dat psychische problematiek veel voorkomt. Zij benadrukken de invloed van de leefomgeving en de asielprocedure op het ziektebeeld en zorggebruik. Tegelijkertijd stellen zorgverleners dat ze bij asielzoekers veel kracht zien en dat het van belang blijft om deze kracht te benutten. De visie op hulpverlening en de aanpak van de behandeling zijn grotendeels in lijn daarmee. De GC A medewerkers benadrukken vooral het belang van activering, het nemen van eigen verantwoordelijkheid en bevordering van de zelfredzaamheid van asielzoekers. Dit uit zich ook in de neiging om psychische problematiek niet te snel te diagnosticeren en de tijd te nemen om te bekijken hoe en of problemen zich verder ontwikkelen. Medewerkers van de GGZ maken ook melding van het belang van activering, vooral door middel van groepsgerichte (preventieve) activiteiten.

In de gesprekken met de zorgverleners zijn een flink aantal uitdagingen naar voren gekomen waarmee zij in hun werk te maken krijgen: vooral het omgaan met culturele verschillen, irreële verwachtingen, het somatiseren van psychische problemen, en de effecten van de asielprocedure. Uit de gesprekken blijkt dat de meeste zorgverleners door ervaring een bepaalde systematiek hebben ontwikkeld waarmee ze werken. Ze besteden veel tijd en aandacht aan het verduidelijken van de hulpvraag en het uitleggen wat voor hulp ze kunnen bieden en wat niet. Over het algemeen rapporteren zorgverleners tevreden te zijn over het omgaan met taalbarrières en de inzet van tolken.

De asielprocedure en de onzekerheid die deze met zich meebrengt, beïnvloedt volgens de zorgverleners de psychische gezondheid van asielzoekers en heeft ook een impact op de hulpverleningspraktijk. Zorgverleners hebben moeite om te duiden of en wanneer asielzoekers komen met hulpvragen ten behoeve van de asielprocedure. In dit kader komt ook duidelijk naar voren dat zorgverleners het moeilijk vinden om te gaan met advocaten die zich 'bemoeien' met de zorg van hun cliënt, en vragen van advocaten die ze al gauw duiden als vallend buiten hun competentiegebied.

¹ De andere deelstudie van het ZAPP richtte zich op de ervaringen en percepties van de asielzoekers met psychische problemen.

Visie op kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van het zorgaanbod

Over het algemeen ervaren de zorgverleners de fysieke toegankelijkheid van hun eigen zorg voor asielzoekers als positief. Vooral de toegang tot het GC A verloopt goed volgens de meeste zorgverleners, met name vanwege de laagdrempeligheid van de inloopsprekuren. De meningen over het aanwezig zijn van de huisarts en tweedelijns GGZ zorg op het asielzoekerscentrum zijn verdeeld. Enerzijds wordt het even weg zijn van het centrum als voordeel gezien, anderen merken op dat ze dat juist een drempel vinden. Over het algemeen hangt de mening van de zorgverleners sterk samen met de locatie waarop zij werken en de ligging hiervan.

Het gebruik en de toegankelijkheid van de praktijklijn van het GC A wordt niet als positief beoordeeld. Ook zetten de zorgverleners vraagtekens bij de voorlichting en informatievoorziening die asielzoekers moeten ontvangen. De rol van de niet-medische gidsfunctie van het COA blijft onduidelijk. Het GC A speelt een cruciale rol als poortwachter voor de GGZ. Het lijkt erop dat veel GC A'ers hierin enige mate van terughoudendheid betrachten: deels omdat men de GGZ niet altijd het juiste antwoord vindt op de problematiek, deels door structurele problemen in de GGZ, zoals wachttijden.

Zorgverleners nemen het werk serieus en voelen zich vaak ook emotioneel betrokken bij de doelgroep. De meeste zorgverleners melden dat ze relatief tevreden zijn over hun zorgverlening, maar dat ze wel meer zouden willen bieden. Dit komt overeen met hoe ze denken dat asielzoekers de zorg ervaren, namelijk dat er veel positieve geluiden zullen zijn, maar ook dat een flink aantal asielzoekers niet voldoende tevreden is. Hoe de zorgverleners de rol van de eigen organisatie of instelling beoordelen, verschilt. Vooral GGZ zorgverleners en maatschappelijk werkers stellen dat het werk met asielzoekers nog onvoldoende is ingebed in hun organisatie. GC A zorgverleners geven aan behoefte te hebben aan deskundigheidsbevordering.

De keten van zorg voor asielzoekers met psychische problemen blijkt complex. Diverse disciplines hebben met elkaar te maken. Deze zitten veelal op verschillende locaties. Uit het onderzoek komen indicaties dat daar waar men elkaar 'goed' kent de samenwerking goed verloopt. Over het algemeen is dit het geval waar een vorm van structureel overleg aanwezig is tussen de ketenpartners, inclusief de GGZ. Ook voor het adequaat doorverwijzen van asielzoekers lijkt deze conclusie op te gaan. Uit het onderzoek kunnen geen conclusies getrokken worden over het effect van de samenwerking en afstemming op de uiteindelijke zorg voor asielzoekers.

Het effect van de zorg laat volgens de zorgverleners nog wel eens te wensen over. De oorzaken zijn voornamelijk het hulpzoekgedrag van de asielzoeker en het feit dat de leefomgeving van de asielzoekers niet bijdraagt (eerder afbreuk doet aan) het bevorderen van welzijn en gezondheid. De zorgverleners reflecteren minder op hun eigen rol in het wel of niet slagen van het hulpverleningsproces. De visie op de asielzoeker als zijnde zelfredzaam en verantwoordelijk voor eigen handelen, staat deze zelfreflectie deels in de weg. Er blijft een spanningsveld bestaan tussen enerzijds de visie van zelfredzaamheid en anderzijds het beeld dat asielzoekers extra ondersteuning behoeven passend bij de aard van de problematiek. Indirect bevestigt dit onderzoek dat het zorggebruik van asielzoekers met psychische problemen relatief laag is ten opzichte van de ziektelast. Bekende oorzaken hiervan, zoals het somatiseren van klachten en de terughoudendheid van GC A zorgverleners om de GGZ in te schakelen, worden veelvuldig genoemd.

Aanbevelingen

Uit het onderzoek komen de volgende aanbevelingen naar voren.

Gericht op asielzoekers

- Creëer de randvoorwaarden binnen en buiten de centrale opvang voor activering en zinnige daginvulling.
- Vergroot de voorlichtingsactiviteiten met betrekking tot het zorgsysteem en het aanbod aan psychische hulp.
- Zet in op preventie en gezondheidsbevordering, bijvoorbeeld psycho-educatie, en dan vooral groepsgericht.

Gericht op zorgverleners

- Investeer in aanbod deskundigheidsbevordering. Met name gericht op interculturele communicatie en ander interculturele kennis.
- Ontwikkel methodieken voor het praktisch handelen op thema's waar zorgverleners mee worstelen, bijvoorbeeld het omgaan met specifieke groepen, het somatiseren of psychische problematiek.
- Organiseer trainingen of workshops met zowel zorgverleners als advocaten om het spanningsveld met asieladvocaten te onderzoeken en te reduceren.

Gericht op zorgsysteem

- Investeer in korte lijnen tussen ketenpartners.
- Monitor de nieuwe functie consulent-GGZ, met name op toegevoegde waarde in de keten en het effect op zorgconsumptie en klanttevredenheid.
- Investeer in de tweedelijns GGZ door de GGZ zorgverleners meer onderling kennis en ervaringen te laten delen en hun positie binnen de GGZ instelling te verstevigen.
- Onderzoek om te verkennen of de zorg voldoende inspeelt op de mate van zelfredzaamheid van asielzoekers, dit ook stimuleert, en hoeveel ondersteuning er nodig is om randvoorwaarden van goede zorg te waarborgen.

1 Inleiding

1.1 Algemene inleiding

Sinds 2006 organiseert het ASKV het Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen: het MAPP-project. Dit project heeft een groep asielzoekers met psychische problematiek uitgebreid in beeld gebracht. In het MAPP-project wordt aan het begin van de asielprocedure een psychologisch onderzoek gedaan voor asielzoekers met psychische problemen, om vast te stellen of er psychische klachten zijn die mogelijk interfereren met het vermogen om verklaringen af te leggen tijdens de asielprocedure. Vrijwilligers van VluchtelingenWerk Nederland en rechtshulpverleners werden getraind door GGZ-psychologen en arts-psychotherapeuten in het signaleren van psychische problemen bij asielzoekers met behulp van een checklist. Bij vermoeden van psychische problematiek namen zij contact op met het MAPP, dat vervolgens in het AC-psychologische onderzoek door gezondheidszorg psychologen en psychiaters organiseerde (Bloemen & Mellink, 2008). In de afgelopen vier jaar zijn meer dan achthonderd asielzoekers bij wie mogelijk sprake is van psychiatrische problemen, aangemeld bij het MAPP. Bijna vierhonderd van deze asielzoekers zijn door een GGZ-psycholoog of psychiater onderzocht.

Uit het MAPP-project is gebleken dat er bij veel asielzoekers waarvoor GGZ-psychologen en psychiaters na een eerste onderzoek nadere diagnosestelling en behandeling hadden geadviseerd, geen zorgtraject is gevolgd (Bloemen & Mellink, 2008). Voor het ASKV was deze bevinding, alsmede het besef van de complexiteit van de hulpverlening aan deze doelgroep, een aanleiding om een nieuw project te ontwikkelen: Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen (ZAPP). ZAPP bestaat uit drie deelstudies: deelstudie 1 bevat een grondige analyse van beschikbare literatuur, deelstudie 2 betreft de ervaringen en percepties van psychische problematiek en hulpverlening vanuit het perspectief van asielzoekers en deelstudie 3 betreft het perspectief van de zorgverlener.

Het rapport dat voor u ligt betreft deelstudie 3 van het ZAPP, namelijk het onderzoek naar de percepties en ervaringen van de zorgverleners van asielzoekers met psychische problemen. Deze studie heeft de volgende hoofdvraag:

‘Welke ervaringen en percepties hebben zorgverleners ten aanzien van de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor asielzoekers met psychische problemen en welke aanbevelingen formuleren zij om de zorg te verbeteren?’

De uitkomsten van dit onderzoek zullen als aanbevelingen dienen om de zorg voor asielzoekers te verbeteren en effectiever te maken. Het beter afstemmen van het zorg- en opvangsysteem op de vraag van de asielzoeker zal immers in de toekomst gezondheidswinst opleveren. Dit geldt voor de situatie tijdens de asielprocedure, maar ook in de periode daarna, wanneer men in Nederland mag blijven. Tevens komt gezondheidswinst ten goede aan de asielprocedure, waarin medische problematiek tot veel herhaalaanvragen leidt.

De onderzoeksvragen en onderzoeksopzet zijn gebaseerd op een literatuuroverzicht van gezondheid(szorg) van asielzoekers en een conceptueel kader waarin is uitgewerkt wat wordt verstaan onder kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg.

1.2 Gezondheid van asielzoekers en het zorgsysteem

De algemene gezondheid van asielzoekers is relatief slechter dan die van de autochtone Nederlandse bevolking (Gerritsen e.a., 2005; 2006). Diverse studies tonen aan dat asielzoekers vele en verschillende,

lichamelijke, geestelijke en sociale problemen hebben (o.a. Gerritsen, e.a., 2005; 2006; Goosen & Gerritsen, 2007; Toar e.a., 2009; Bouwman e.a., 2004; Hondius e.a., 2000; Laban e.a., 2004, 2005a, 2005b; Turner e.a., 2003; Porter & Haslam, 2005; Silove e.a., 2006). Factoren die op individueel niveau samenhangen met het wel of niet hebben van psychische problemen zijn onder andere het vluchtverhaal, de sociaal-culturele achtergrond, de situatie in het land waarin asiel is aangevraagd (asielstatus, de opvangcontext, enzovoort).

Vergeleken met de autochtone Nederlandse bevolking met psychische problemen maken asielzoekers minder gebruik van de zorg dan op basis van de gezondheidsproblemen verwacht zou worden (o.a. Jongedijk, 2005; Stants, 2003; Laban, 2007; Gerritsen, 2007). Uit het onderzoek *Gevlucht-Gezond* van Goosen e.a. (2007) blijkt dat van de asielzoekers die voor psychische problemen naar huisarts gaan, het verwijzingspercentage naar de geestelijke gezondheidszorg of het algemeen maatschappelijk werk laag is in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking. Ook een onderzoek van Laban onder Iraakse asielzoekers in 2007 toont aan dat het zorggebruik van de GGZ beduidend minder is dan wat op basis van psychische problematiek verwacht kan worden (Laban, 2007).

Als verklaring hiervoor draagt Laban aan dat veel asielzoekers psychische klachten somatiseren en zorgverleners niet in alle gevallen de problematiek goed inschatten. Overige redenen hiervoor die in de literatuur aangedragen worden, zijn onder andere het beeld dat asielzoekers van de zorg en zorgverleners hebben,² de sociaal-culturele achtergronden van de asielzoekers,³ het opvangsysteem⁴ en het zorgaanbod. Het kan zijn dat de zorg nog onvoldoende toegankelijk is, of dat er problemen zijn in de continuïteit van de zorg. Het zou echter ook kunnen dat de zorg niet (voldoende) aansluit op de (cultuurbepaalde) ziektebeleving en zorgbehoefte van asielzoekers, of dat de kwaliteit van de zorg voor deze specifieke doelgroep tekortschiet, of beide.

Hulpverlening aan asielzoekers met psychische problemen is een uitdaging en vereist specifieke competenties van de zorgverlener. In een onderzoek van Suurmond e.a. (2010) is in beeld gebracht welke culturele competenties praktijkondersteuners nodig denken te hebben om hun werk voor asielzoekers goed te kunnen uitvoeren. Aanleiding voor het onderzoek was de bevinding uit eerder onderzoek van Adams e.a. (2004) en O'Donnell e.a. (2007) waarmee zij aantoonde dat zorgverleners zich vaak onvoldoende toegerust voelen om met complexe doelgroepen als asielzoekers en vluchtelingen te werken. Tevens bleek dat de aanpak die zorgverleners inzetten, meestal gebaseerd is op eigen inzicht en ervaring en in mindere mate op methoden die voor de gehele professie worden ontwikkeld en ingezet (Drennan & Joseph, 2005). Suurmond definieert 'cultureel competent' als een combinatie van kennis over specifieke culturele groepen en de attitudes en vaardigheden om met culturele diversiteit om te gaan. De 89 praktijkondersteuners die betrokken waren bij dit onderzoek, voelden zich over het algemeen voldoende cultureel competent. Jarenlange ervaring en het bijwonen van training droegen hieraan bij. Wel vermeldde de zorgverleners dat het doorgronden van de hulpvraag moeilijk blijft en dat zij hierin graag meer geschoold willen worden (Suurmond e.a. 2010).

Zorgsysteem voor asielzoekers

Naast de competenties van de zorgverleners zijn ook de randvoorwaarden in de vorm van het zorgsysteem van belang voor de zorg voor asielzoekers. Hierbij is het voor hulpverlening aan asielzoekers vooral van belang te kijken naar de eerstelijnszorg en de GGZ-zorg.

² Onderzoek naar de percepties die asielzoekers en vluchtelingen van de zorg hebben: Van Dijk, 2001; Feldmann, 2007; Manshanden, 2004; Wahoush, 2009; Bhatia, 2007; O'Donnell, 2007 en Bodenmann, 2007.

³ Onderzoek naar de rol van sociaal-culturele achtergronden op ziektebeleving en hulpzoekgedrag: Feldman, 2006; Van Dijk, 2005; Weine e.a., 2004; Eastmond, 2000; Mehrzad e.a., 2009; Manshanden, 2004; Tankink, 2009.

⁴ Lees o.a. Kloosterboer (2009).

Per 1 januari 2009 is het zorgsysteem voor asielzoekers veranderd. Het COA heeft in het nieuwe systeem de curatieve zorg ondergebracht bij zorgverzekeraar Menzis. Het Centraal Landelijk Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) fungeert als eerstelijnsgezondheidszorg. Via een landelijke praktijklijn kan de asielzoeker een afspraak maken met een huisarts of andere zorgverlener. Een praktijkondersteuner (POH-A), een verpleegkundige gespecialiseerd in medische problematiek van deze doelgroep, werkt binnen (en soms buiten) de azc's samen met de huisarts. De COA-medewerkers vervullen een niet-medische gidsfunctie.

Met het nieuwe zorgsysteem poogt men om het zorgsysteem voor asielzoekers zoveel mogelijk af te stemmen op de reguliere zorg. Hiertoe heeft Menzis een aantal veranderingen doorgevoerd. Asielzoekers worden door het COA aangemeld bij de Menzis COA Administratie (MCA) waarna het MCA een zorgpas voor de asielzoeker verstrekt en een medisch dossier aanmaakt. De medische gegevens van de asielzoeker worden bijgehouden in een Huisartsen Informatie Systeem (HIS), een geautomatiseerd patiëntendossier dat speciaal voor de Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA) is ontwikkeld. Zowel de medewerkers van de praktijklijn van het GCA als de praktijkondersteuners en huisartsen hebben inzage in het dossier. Alle acties op medisch gebied worden door de praktijklijn van GCA in het zorgdossier geregistreerd en ter informatie naar de huisarts gestuurd. De betrokken huisarts dient zich echter ervan te vergewissen of een asielzoeker daadwerkelijk is behandeld en op welke wijze. Het COA meldt verhuizingen van een asielzoeker aan de MCA. Vervolgens wijst het GCA aan de asielzoeker een andere huisarts toe. Deze nieuwe huisarts krijgt toegang tot de medische gegevens van deze asielzoeker in het HIS.

In 2010 wil het GCA de GGZ voor asielzoekers hervormen en zet het GCA zich in om de eerstelijns-GGZ meer vorm te geven. Er komt een consulent GGZ die direct onder de huisarts zal werken. Deze consulent zal in de eerste lijn de GGZ laagdrempelig aanbieden en onnodige medicaliseren van problemen in de tweede lijn voorkomen (GCA, 2010). Dit onderzoek loopt terwijl de genoemde veranderingen in de GGZ ingezet worden. Hoe dit gaat uitpakken in de hulpverleningspraktijk is onduidelijk. Om de ervaringen en percepties van zorgverleners goed te kunnen duiden, is het van belang de context van de GGZ voor asielzoekers van de afgelopen jaren in ogenschouw te nemen. Daarom volgt hier een samenvatting van de belangrijkste ontwikkelingen van het afgelopen decennium in de GGZ voor asielzoekers.

Relevante ontwikkelingen in de GGZ

In 1999 tekenden GGZ Nederland en Zorgverzekeraar VGZ een convenant. Hiermee kreeg de kwaliteit van de GGZ voor asielzoekers een stimulans. Tussen 2000 en 2004 ging er extra geld naar innovatieve projecten in de GGZ voor asielzoekers en voor de interculturalisatie van de zorg. Daarbij werd interculturalisatie door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg omschreven als:

‘Een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg, waarbij het doel is allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers met respect voor hun culturele achtergrond gelijke toegang tot en gelijkwaardige kwaliteit van de zorg te bieden.’ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000)

Het convenant van 1999 heeft ingrijpende gevolgen gehad voor de GGZ voor asielzoekers. Waar tot en met 1999 het COA een belangrijke rol speelde bij het organiseren van de zorg voor asielzoekers, werd deze taak nu ondergebracht bij de GGD. Deze riep hiervoor zeven regionale MOA-stichtingen in het leven, die zich vooral op preventieve gezondheidszorg richtten. Asielzoekers moesten meer dan voorheen zorg krijgen in reguliere GGZ-instellingen. Het COA ging zich vanaf dat moment primair bezighouden met woonfaciliteiten.

In het convenant van 1999 stonden de voorwaarden waaraan de GGZ voor asielzoekers moest voldoen: voorwaarden op het gebied van zorgaanbod, organisatie van de hulpverlening aan asielzoekers en financiering. Om tot een dekkend zorgaanbod te komen, is een zorgpiramide voor asielzoekers opgesteld. Deze piramide telt drie niveaus: het basisaanbod dat vanuit elke GGZ-instelling beschikbaar moet zijn, het

(supra-) regionale aanbod op acceptabele reisafstand van de cliënt, en het landelijke specialistische hulpaanbod. Een zestiental regionale samenwerkingsverbanden werd opgezet. Elk samenwerkingsverband kreeg een regiocoördinator voor de zorg voor asielzoekers. Hoe de piramide werd ingevuld, verschilde per regio.

GGZ-instellingen hebben in de periode 2000-2004 (aspecten van) het interculturalisatiebeleid in hun organisaties geïmplementeerd. Bijvoorbeeld: intercultureel personeelsbeleid voeren; deskundigheid van medewerkers in de interculturele zorgverlening bevorderen; medewerkers of teams aanstellen ten behoeve van het interculturalisatieproces; consultatie bieden aan medewerkers die vragen hebben over de zorg voor asielzoekers, vluchtelingen en migranten. Tevens zijn profielen opgesteld van interculturele competentie in de GGZ (Kramer, 2004; 2007).

Uit een evaluatieonderzoek van Pharos in opdracht van GGZ Nederland in 2003 kwamen de volgende bevindingen:

de basiszorg voor asielzoekers was over het hele land aanwezig, maar er bestonden nog grote verschillen tussen de GGZ-regio's;

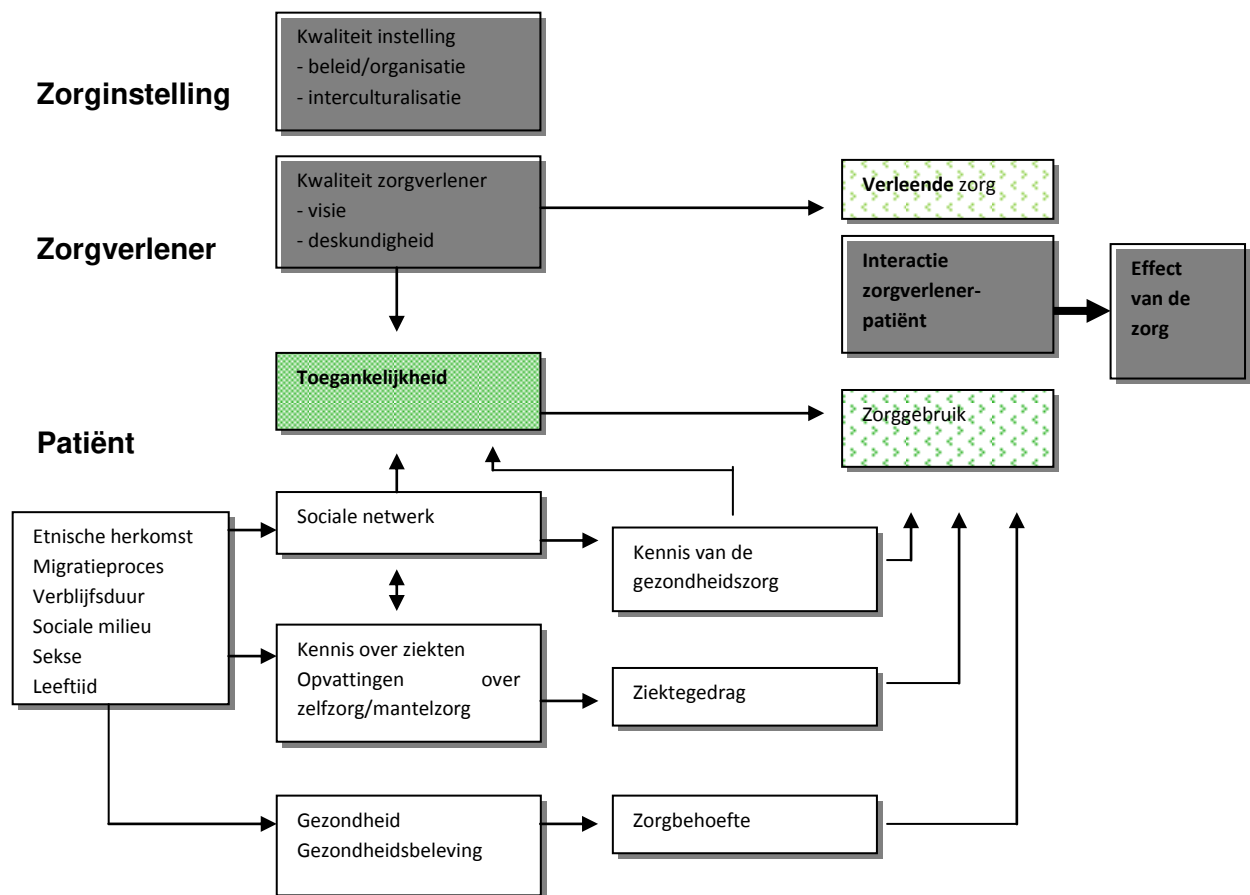
- de ZRA en de implementatie van het convenant zijn van cruciaal belang geweest. Vooral de aparte financiering heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van de zorg;
- belangrijk aandachtspunt bleef de aansluiting bij vraaggerichte zorg. De zorg sloot nog onvoldoende aan bij de zorgbehoefte van de doelgroep;
- toegankelijkheid bleef een volgend aandachtspunt. Vooral het gebruik van tolken, voorlichting aan de doelgroep, en een goede samenwerking met de MOA.

Met het aflopen van het convenant is ook de aandacht voor asielzoekers in de GGZ afgebrokkeld. De regiostructuur bestaat momenteel niet meer en veel GGZ-instellingen hebben geen speciaal aanbod voor asielzoekers. Daarnaast zijn er door sluiting van opvangcentra in sommige regio's in Nederland nauwelijks meer asielzoekers, waardoor de opgebouwde expertise bij sommige GGZ-instellingen verloren is gegaan (COA). Een recente beschrijving van de state of the art van de GGZ voor asielzoekers (en overigens ook voor migranten en vluchtelingen) concludeert dat het onduidelijk is wat het effect van de maatregelen op het terrein van de interculturalisatie is (geweest) op de kwaliteit van de GGZ voor deze doelgroep(en) (Bekker & van Mens-Verhulst, 2008). Het is de vraag of niet een deel van wat is ontwikkeld op het terrein van de interculturalisatie en de zorg voor asielzoekers met psychische problemen, inmiddels is verdampt (Van Dijk, 2009; Psy, 2009).

1.3 Conceptueel en theoretisch kader

Om een uitspraak te kunnen doen over kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen moeten deze concepten uitgewerkt worden. Centraal staat het model van Weide (zie figuur 1), het conceptuele model voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor migranten en vluchtelingen (NWO/ZON Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid, 1998). De variabelen in dit model en hun onderlinge samenhang hebben als kader gediend voor dit kwalitatieve onderzoek.

Figuur 1: Het conceptuele model van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor migranten en vluchtelingen.
Uit: NWO/ZON Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid (1998)



Hier volgt een operationalisering van de voornaamste variabelen uit het concept van Weide die in dit onderzoek meegenomen worden. Voor een aantal variabelen is gebruikgemaakt van bestaande theorieën.

Kwaliteit instelling

De kwaliteit van de zorg voor asielzoekers is afhankelijk van vele factoren. De volgende richtlijnen en definities liggen ten grondslag aan de operationalisering van het concept in dit onderzoek:

- het kader van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO);
- Europese richtlijnen voor de minimale standaard waaraan de opvang en tevens medische zorg voor asielzoekers moet voldoen;
- het certificeringschema met kwaliteitsnormen dat in 2004 door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) is vastgesteld;
- het Programma van Eisen dat is opgesteld naar aanleiding van het aanbestedingstraject voor de zorg voor asielzoekers. Zorgverzekeraar Menzis is gebonden aan dit programma.

In dit onderzoek staat 'instelling' voor: de organisatie van de zorg. GGZ-professionals werken vaak binnen een GGZ-instelling; huisartsen en praktijkondersteuners zijn in dienst bij het GCA. Tevens is de visie op het nieuwe zorgsysteem meegewogen. In dit onderzoek is ernaar gestreefd om op basis van de genoemde kaders de ervaringen en percepties van zorgverleners te beschrijven voor de volgende thema's:

- cliëntgerichtheid: aansluiten van het aanbod bij de behoefte en kenmerken van de doelgroep. Zorg op maat kunnen bieden;

- informatie en communicatie: voldoende informatie geven over de zorg en gebruikmaken van een tolk indien nodig;
- personeelsbeleid (opleidingsmogelijkheden, ondersteuning, enzovoort);
- visie op het nieuwe zorgsysteem.

Kwaliteit zorgverlener

Onder 'kwaliteit van de zorgverlener' noemt het model van Weide 'deskundigheid' en 'visie'. Deskundigheid kan in grote mate afhangen van ervaring en opleiding. Visie echter is een vager begrip. In dit onderzoek passen we het actor-perspectief toe om deze variabele te verkennen. Het actor-perspectief houdt in dat zorgverleners niet alleen gezien moeten worden in hun context, maar ook als individu en actor. In het omgaan met ziekte en in de interactie met andere mensen geven zorgverleners betekenis aan andermans en eigen gedrag. Deze betekenissen zullen afhangen van de context, de verwachtingen en het resultaat. Hoe nemen zorgverleners beslissingen? Met wie stemmen ze af? Hoeveel vrijheid ervaren ze om eigen keuzen te maken?

In dit onderzoek zijn de volgende aspecten van kwaliteit van de zorgverlener verkend. Ervaringen en percepties van zorgverleners wat betreft:

- de eigen rol in de zorgketen voor asielzoekers met psychische problemen;
- eigenheid en '*room for manoeuvre*' in de verleende zorg;
- houding ten opzichte van de vreemdelingenketen;
- deskundigheid: cultuursensitiviteit, kennis van de doelgroep, kennis van de organisatie van de zorg;
- samenwerking tussen vreemdelingenketenpartners en zorgverlener.

Toegankelijkheid en continuïteit

Toegankelijkheid van de zorg is onderdeel van de kwaliteit en wordt in de genoemde bronnen ook dusdanig benoemd. Toegankelijkheid kan echter, volgens het model van Weide (figuur 1), worden opgevat als de uitkomst van drie categorieën van factoren: de kwaliteit van de zorgverlener, de kwaliteit van de zorginstelling en de kenmerken van de patiënt (waaronder diens kennis van de gezondheidszorg en sociale netwerk) (Struijs, 2000). Toegankelijkheid wordt dus beïnvloed door kwaliteit, maar kan zelf ook als een kwaliteitsaspect worden beschouwd, aldus Weide (1998).

In dit onderzoek zijn toegankelijkheid en continuïteit onderzocht vanuit het perspectief van samenwerking in de keten en zorgcoördinatie. De volgende aspecten komen aan bod. Ervaringen en percepties van zorgverleners wat betreft:

- samenwerking tussen zorgketen partners;
- doorverwijzen en doorverwezen krijgen;
- voor huisartsen: het coördineren van de zorg en afstemmen tussen ketenpartners.

Interactie zorgverlener-cliënt

Om de zorgverlener-cliëntrelatie te analyseren, is in dit onderzoek gebruikgemaakt van een aantal theoretische kaders. De verklarende modellen van Kleinman (1978) staan centraal. Volgens zijn theorie verloopt de behandeling bevredigender naarmate de verklarende modellen van arts, patiënt en de belangrijkste mensen in zijn omgeving beter bij elkaar passen en meer op elkaar lijken. De verklarende modellen geven ook de mogelijkheid verschillen tussen arts en patiënt te beschrijven. Daarnaast is gekeken naar de competenties voor intercultureel werken die voortkomen uit het onderzoek van

Suurmond e.a. (2010).⁵ Tevens is in dit onderzoek de invloed van de visie op de specifieke context van asielzoekers meegenomen. Deze visie bepaalt immers deels welke zorg geleverd wordt.

In dit onderzoek zijn de volgende aspecten verkend van interactie zorgverlener- cliënt . Ervaringen en percepties van zorgverleners wat betreft:

- verschillen in verklarende modellen tussen zorgverlener en cliënt;
- omgaan met cultuurverschillen en benodigde competenties;
- visie op problematiek en behandeling.

Zorggebruik

In het conceptuele model van Weide (zie figuur 1) is aangegeven hoe zorggebruik van de doelgroep kan worden verklaard. Volgens Weide hangt zorggebruik in hoge mate samen met de kennis van de gezondheidszorg, ziektegedrag en zorgbehoefte. Deze variabelen zijn weer afhankelijk van het sociale netwerk van de cliënt, van de gezondheidsbeleving en bijvoorbeeld opvattingen over zelfzorg. Tevens is het in het geval van asielzoekers van belang om de rol van de asielprocedure te verkennen.

In dit onderzoek zijn de volgende aspecten van zorggebruik verkend. Ervaringen en percepties van zorgverleners wat betreft:

- zorggebruik van de doelgroep. Over- of onderconsumptie van psychische hulpverlening;
- invloed van kennis van de zorg, van ziektegedrag en zorgbehoefte op het zorggebruik;
- achterliggende verklaringen voor zorggebruik;
- invloed van de asielprocedure op zorggebruik.

Verleende zorg

In dit onderzoek wordt verleende zorg voornamelijk gezien als een uitkomstvariabele van kwaliteit en toegankelijkheid. Echter, ook de interactie tussen zorgverlener en cliënt heeft hierop een invloed. In dit onderzoek zijn de volgende aspecten van verleende zorg verkend. Ervaringen en percepties van zorgverleners wat betreft:

- aansluiting tussen verwachtingen van de zorg van de cliënt en de verleende zorg;
- toepasselbaarheid van de verleende zorg bij de zorgbehoefte van de cliënt.

Effecten van de zorg

Volgens het model van Weide (zie figuur 1) is het effect van de zorg de uitkomstvariabele. Inzicht in aspecten van kwaliteit en toegankelijkheid zijn hieraan gerelateerd. In dit onderzoek zijn de volgende aspecten van effecten van de zorg verkend. Ervaringen en percepties van zorgverleners wat betreft:

- het effect van hun behandeling op de cliënt;
- de relatie tussen effect van de zorg en de variabelen kwaliteit, toegankelijkheid, zorggebruik en de interactie zorgverlener-client.

1.4 Onderzoeksvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

⁵ De volgende competenties werden benoemd: kennis van de politieke en humanitaire achtergrond in landen van herkomst; kennis van epidemiologie in landen van herkomst; kennis over de gevolgen van ontheemding op gezondheid; bekendheid met de juridische context in Nederland; bekendheid met de invloed van cultuur op gedrag; bekendheid met eigen vooroordelen en neiging tot stereotypering; een vertrouwensband kunnen opbouwen; gevoelige vragen kunnen stellen over persoonlijk en soms traumatische gebeurtenissen; het zorgsysteem kunnen toelichten en omgaan met verwachting van de asielzoeker; informatie op een goede manier overbrengen; zich kunnen aanpassen aan nieuwe en onverwachte situaties.

‘Welke ervaringen en percepties hebben zorgverleners ten aanzien van de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor asielzoekers met psychische problemen en welke aanbevelingen formuleren zij om de zorg te verbeteren?’

Bestaande kennis over psychische gezondheid en zorggebruik van asielzoekers, de context van het zorgsysteem en de operationalisering van de centrale concepten leiden tot de volgende deelonderzoeksvragen.

Vragen gerelateerd aan het conceptuele model van Weide (zie figuur 1):

- ‘Welke visie hebben zorgverleners op het bieden van zorg voor asielzoekers met psychische problemen en in hoeverre geven ze een ‘eigen’ invulling aan deze zorg?’
- ‘Met welke aspecten van zorg komen zorgverleners in aanraking en hoe gaan ze ermee om?’
- ‘Hoe kijken zorgverleners aan tegen de rol van de asielprocedure in het hulpverleningsproces?’
- ‘Hoe evalueren de zorgverleners de eigen kwaliteit en die van hun instelling in relatie tot het verlenen van zorg voor asielzoekers met psychische problemen?’
- ‘Hoe evalueren zorgverleners de toegankelijkheid van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen?’
- ‘Hoe evalueren de zorgverleners de continuïteit en de samenwerking in de keten?’

Vragen gerelateerd aan de MAPP-doelgroep:

- ‘Wat weten de zorgverleners over het MAPP en wat vinden zij van het MAPP?’

Vragen gerelateerd aan het nieuwe zorgmodel:

- ‘Welke visie hebben de zorgverleners op het effect van de veranderingen in het zorgsysteem op de zorg voor asielzoekers met psychische problematiek?’
- ‘Welke kansen zien de zorgverleners voor het verbeteren van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen?’

1.5 Methoden

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder zorgverleners van asielzoekers met psychische problemen. Hierbij zijn praktijkondersteuners, huisartsen en GGZ-zorgverleners als voornaamste groepen gekozen.

Onderzoekspopulatie

De zorgverleners die in het kader van dit onderzoek geïnterviewd zijn, zijn geselecteerd aan de hand van de volgende criteria:

- ze hebben contact gehad met een of meer van de asielzoekers die aangemeld waren bij het MAPP;
- ze zijn POH-A, huisarts of GGZ’medewerker (of POH-GGZ);
- ze zijn gevestigd verspreid over het land zodat we verschillende GGZ-regio’s dekken.

De geïnterviewde zorgverleners werken met asielzoekers uit azc’s op de negen volgende locaties: Appelscha, Crailo, Dronten, Gilze-Rijen, ’s-Gravendeel, Middelburg, Nijmegen, Oisterwijk en Venlo.

Er zijn 33 personen geïnterviewd: achttien mannen en vijftien vrouwen. Daarvan zijn er negentien werkzaam bij het GCA: acht als huisarts en elf als Praktijkondersteuner Huisartsen Asielzoekers (POH-A). Er zijn elf personen geïnterviewd die werkzaam zijn bij de GGZ, waarvan drie als arts of psychiater en acht als psycholoog of sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. En er zijn drie maatschappelijk werkers geïnterviewd die werkzaam zijn bij het algemeen maatschappelijk werk.

Het merendeel van de interviews was individueel. Zes interviews vinden plaats met duo's, waarvan vier met een duo van huisarts met POH-A en twee met een duo van POH-A's.

Het overgrote deel van de respondenten werkt al langere tijd in deze functie. Van de acht huisartsen werken er zeven langer dan acht jaar met asielzoekers. De achtste huisarts werkte pas sinds een halfjaar voor het GCA. Van de POH-A's werkt zeven van de elf langer dan tien jaar met asielzoekers (voorheen MOA, nu GCA). De andere POH-A's werken respectievelijk, een half, één, twee en drie jaar met deze doelgroep.

Van de medewerkers van de GGZ werken er zeven langer dan vijf jaar met de doelgroep asielzoekers en vier korter dan vijf jaar. Twee GGZ-medewerkers hebben voorheen bij de MOA gewerkt. Alle drie de maatschappelijk werkers werken langer dan tien jaar met asielzoekers.

Dataverzameling

Er is gekozen voor semigestructureerde interviews van ongeveer een tot anderhalf uur. De respondenten zijn telefonisch of per e-mail benaderd. In bijna alle gevallen is een interview gehouden op locatie.

Omdat de praktijkondersteuners een dienstverband hebben bij het GCA en de huisartsen een contract afgesloten hebben met het GCA, zijn deze zorgverleners ook pas na overleg en toestemming van het GCA benaderd. De GGZ-medewerkers zijn direct benaderd.

De interviews zijn in januari -maart 2010 gepland en tussen maart-april 2010 gehouden. Bijna alle zorgverleners die benaderd zijn, zijn uiteindelijk ook geïnterviewd. Twee GGZ-zorgverleners hebben niet gereageerd op telefoon en e-mails.

Om cliëntgebonden vragen te kunnen stellen, zijn toestemmingsverklaringen gebruikt van de asielzoekers die in de andere studie zijn gesproken. Aangezien in die studie niet van alle asielzoekers toestemmingsverklaringen zijn verkregen, zijn aan een aantal respondenten geen cliëntgebonden vragen gesteld.

De vragen die zijn gesteld tijdens de interviews, zijn gebaseerd op het conceptuele model en op het theoretische kader van dit onderzoeksvoorstel. De specifieke vragen verschilden per doelgroep. De zorgverleners van het GCA kunnen namelijk niet alle vragen over de GGZ beantwoorden. Bijlage 1 (zie pag. 53) bevat de topiclijst.

Analyse

Alle interviews zijn uitgeschreven en geanalyseerd. De topics waarop het semigestructureerde interview gebaseerd is, hebben als een begrippenkader gediend dat aangevuld is met nieuwe begrippen die in de interviews naar voren zijn komen. De analyse geschiedt volgens de methode van inductieve analyse. De uitkomsten zijn gecodeerd om het mogelijk te maken de resultaten te duiden. Aangezien door het semigestructureerde karakter van de interviews elk interview anders verliep, kunnen de resultaten niet geduid worden met kwantitatieve cijfers. Om aan te geven dat een bevinding sterk of minder sterk is, wordt in de tekst aanduidingen gehanteerd als "een 'klein aantal' of 'merendeel' van de zorgverleners of respondenten geeft aan dat".

2 Resultaten

Dit hoofdstuk behandelt de resultaten van het onderzoek aan de hand van de onderzoeksvragen. Per onderzoeksvraag komt een aantal aspecten aan bod en vervolgens een korte samenvatting van de bevindingen. Als de visie en ervaringen van de verschillende typen zorgverleners overeenkomen, spreken we van ‘de zorgverleners’; indien er relevante verschillen zijn, worden deze benoemd.

2.1 Visie op de zorg en eigen invulling

Onderzoeksvraag 1 was: ‘Welke visie hebben zorgverleners op het bieden van zorg voor asielzoekers met psychische problemen en in hoeverre geven ze een ‘eigen’ invulling aan deze zorg?’ In de interviews spraken de zorgverleners over wat de zorg voor de doelgroep asielzoekers bijzonder maakt: wat de voornaamste uitdagingen zijn en hoe deze het beste opgepakt kunnen worden. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn wij ingegaan op de percepties van ziektebeelden en problematiek, de ideeën van zorgverleners over wat asielzoekers nodig hebben, en de eventuele eigen invulling die ze daaraan geven.

Ziektebeelden en problematiek

Het beeld dat de zorgverleners schetsen van de problematiek en de ziektebeelden van asielzoekers, is behoorlijk eenduidig. Het is een beeld van mensen met veel zorgen en onzekerheden. Als oorzaken ervan worden genoemd: de onzekere situatie en de angst voor terugkeer, het (langdurige) verblijf op een azc, weinig te doen hebben en weinig sociale contacten hebben. Deze factoren versterken de psychische problemen en eventuele trauma's gerelateerd aan wat de persoon heeft meegemaakt in het land van herkomst en tijdens de vlucht naar Nederland.

Een huisarts omschrijft het als een aanhoudend verhoogd stressniveau:

‘Dat (de vlucht zelf en situatie daarvoor) is eigenlijk een situatie van continue stress waar eigenlijk geen verlichting in is. Bij deze mensen zie je eigenlijk dat dit continu doorgaat. Ze komen aan in een relatief veilig land en het mechanisme waar ze weken maanden aan zijn blootgesteld gaat nog niet over. Want er komt een nieuw probleem bij, de onzekere asielstatus en niet mogen werken enzovoort. Het onderliggende mechanisme is chronische verhoogde stress, arousal door allerlei factoren: sociaal, psychisch, fysiek. Een soort adaptatie die in eerste instantie functioneel was: snel beslissen, snel de vluchtwagen in en noem maar op, heeft nu eigenlijk weinig zin meer hier, maar blijft wel in stand om diverse redenen.’

De indruk die de zorgverleners hebben van het leven op een azc, is niet positief. De woon- en leefsituatie is niet bevorderlijk voor het welzijn. Ook zeggen veel zorgverleners dat ze de indruk hebben dat asielzoekers onderling niet veel aan elkaar hebben.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

‘Het is maar zelden dat ik hoor dat een asielzoeker steun uit de omgeving krijgt. Vaak hoor je ook, iedereen heeft zijn eigen problemen en ik kan ze ook niet nog eens opzadelen met mijn problemen. Je hebt natuurlijk ook alle culturen door elkaar zitten. Nee, dat hoor ik zelden, dat ze steun hebben aan elkaar.’

GCA-zorgverleners spreken vaak over de neiging van asielzoekers om te somatiseren. Het komt veel voor dat asielzoekers zorg vragen voor somatische klachten zoals hoofdpijn, buikpijn en rugpijn, en dat de psychische problematiek later of indirect aan de orde komt. Veelgehoorde psychische problemen zijn slapeloosheid, nachtmerries, spanningsklachten, piekeren, somberheid, en sociaal vermijdingsgedrag.

Waar zorgverleners over de klachten eenduidig spreken, zijn er onderling verschillen in het diagnosticeren van deze klachten. Depressie en aanpassingsstoornissen worden door bijna allen genoemd. Over PTSS

wordt echter verschillend gedacht. Een aantal zorgverleners schaaft de problematiek onder PTSS, anderen zien PTSS als een label dat te snel wordt opgelegd. De verschillen zijn meer persoonsgebonden dan gebonden aan het type zorgverlener. Wel heeft visie op de klachten invloed op het doorverwijsgedrag en de aanpak van de behandeling, zie paragraaf 2.2.

Een aantal zorgverleners benoemt dat de asielpcedure een invloed heeft op het ziektebeeld en zorggebruik van hun cliënten. De praktijkondersteuners en huisartsen vermoeden dat asielzoekers soms om procedurele redenen doorverwezen willen worden naar de GGZ. Een aantal GGZ-zorgverleners vermeldt te denken dat de GGZ wordt aangewend voor de procedure (zie ook paragraaf 2.3 voor deelvraag 3). Zij en ook de andere typen zorgverleners benoemen dat het moeilijk is om in te schatten hoe erg een asielzoeker daadwerkelijk psychische ziek is en hoe erg hij of zij de problemen uitvergroot om in de GGZ terecht te komen.

De zorgverleners spreken in het algemeen niet over asielzoekers als een passieve groep. Ze benadrukken ook de kracht die ze ervaren in hun contacten met asielzoekers. Het uitgangspunt van zelfredzaamheid onderschrijven bijna alle zorgverleners.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

'Zelfredzaamheid vind ik goed. Daar werk ik ook mee. Als een asielzoeker iets niet weet, dan ondersteun ik, maar ik laat de persoon het wel zelf aanpakken. Ze kunnen eigen verantwoordelijkheid nemen. We moeten niet iemand afhankelijk houden. Maar we moeten wel reëel zijn.'

Behoeften van asielzoekers, zorggerelateerd en niet-zorggerelateerd

Wat hebben asielzoekers nodig: zorggerelateerd en niet-zorggerelateerd?

Niet-zorggerelateerde behoeften

De zorgverleners zijn het met elkaar eens: wat asielzoekers het meest ontberen en juist het meeste nodig hebben, zijn dagactiviteiten en een zinnige invulling van de tijd. Een nuttige dagbesteding zal volgens de zorgverleners zowel de asielzoekers goed doen als ook de druk op de zorg verminderen. Inzetten op sport, spel, scholing en werk spreekt asielzoekers aan op hun gezonde kant en resulteert in minder tijd om te piekeren. De verschillende soorten zorgverleners benadrukken het belang hiervan evenveel.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

'Zaak is dat je je leven op orde krijgt. Dingen doen. Lichamelijk en mentaal. Taal leren, sporten. Je hoeft de marathon niet te lopen, maar het op peil zetten van je leven. Vroeger zat je ook niet met je armen over elkaar thuis en nu wel. Dat is voor niemand goed. Zelfs ik die niks heb meegemaakt, word daarvan gestoord. Dus als je iets kan doen om jezelf gezond te maken, begin daar in ieder geval mee. Want voordat je doorverwezen bent, bij de GGZ bent, bij de behandeling die wel of niet aanslaat...'

Zorgverleners lijken een onderscheid te maken tussen fysieke bezigheden en bezigheden in het algemeen, zoals werk en creatieve dagbesteding. De meeste zorgverleners vinden beide belangrijk, maar benadrukken de fysieke bezigheden. Deze zijn immers van minder randvoorwaarden afhankelijk.

Naast bezigheden erkennen zij ook het belang van een rustige en veilige omgeving en het belang van meer duidelijkheid over wat mensen kunnen verwachten qua planning in de procedure. Volgens een aantal zorgverleners kan rust op zich al zorgen voor het verbleken van de klachten.

De zorgverleners zien het over het algemeen als de taak van COA om de dagactiviteiten op de azc's op te pakken.

Zorggerelateerde behoeften: aanpak behandeling

Hoe zorgverleners aankijken tegen asielzoekerproblematiek, heeft invloed op hoe ze de hulpverlening vormgeven. Het blijkt dat veel zorgverleners een eigen invulling geven aan het werken met asielzoekers, of in ieder geval hun aanpak uitleggen vanuit hun visie op wat de asielzoekerproblematiek behelst. De aanpak verschilt soms tussen de typen zorgverleners door de verschillende plaats die zij in de keten vervullen.

Opvallend is dat bijna alle praktijkondersteuners benoemen dat ze het belang van een zinnige daginvulling en activering meenemen in hun zorgvisie. Ze geven de asielzoekers als advies mee om activiteiten op te pakken. Ook geven ze vaak het advies om zoveel mogelijk aan zelfzorg te doen. Het belang hiervan wordt door de praktijkondersteuners onderstreept, maar ook merken zij op dat asielzoekers het in de praktijk soms niet opvolgen.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

‘Het is heel moeilijk om de zelfzorg erin te krijgen. Dat ze bijvoorbeeld zelf paracetamol moeten kopen. De meesten hebben een houding dat ze verzorgd moeten worden, dat alles voor ze gedaan moet worden. Dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor afspraken, stukje verantwoording dragen, dat je zelf zelfzorgmiddelen moet kopen, nou dat gaat er niet in hoor.’

Over psychische problematiek noemen praktijkondersteuners twee aspecten van hun aanpak. Ten eerste besteden ze veel tijd aan de relatie leggen tussen lichamelijke en psychische klachten. Ten tweede willen ze niet te snel een label opplakken op de psychische problemen die genoemd worden. Daarbij zeggen ze ook soms een tijdje af te wachten om te zien of de klachten verminderen of niet. Pas in dat laatste geval wordt vaak doorverwezen naar de huisarts of GGZ. Deze ‘rustperiode’ geldt echter niet voor psychische problematiek die meteen als zeer ernstig herkend wordt.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

‘Als er een intake geweest is dan lezen we dat allemaal na (huisarts en POH-A) zodat je weet dat je er een beeld van hebt; ook als die persoon weer verschijnt, vaak, maar zeker bij psychische problemen, overleggen we met elkaar. Dan zeggen we het is nu verteld, het is nu geduid en als we dat voorlopige beeld hebben, doen we ook lichamelijk onderzoek zoals bijvoorbeeld bloedonderzoek om te kijken of er ook iets anders speelt. Dat is dan een geheel kader en dan overleggen we nog en meestal laten we ze even tot rust komen; het is nu verteld en als mensen erop terugkomen, dan kunnen we ook zien of GGZ-verwijzing nodig is.’

Ook tegenover trauma en PTSS hanteren de meeste praktijkondersteuners een afwachtende houding. Dit kwam vooral naar voren bij het thema vroegsignalering.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

‘Er is na de intake (van een persoon die eerder de diagnose PTSS had gekregen), zelfs een verhelderingsgesprek geweest. Om te kijken of PTSS er te snel is opgeplakt. Je kunt dat pas na verloop van tijd zeggen; als bepaalde klachten terugkomen dan onderneem je actie. Voor hetzelfde geld wacht je en gaat het beter.’

Ook een aantal huisartsen en GGZ-zorgverleners vermeldt dat ze asielzoeker stimuleren en activeren in het versterken van eigen competenties.

Een huisarts:

‘Ik probeer het probleem bij de asielzoeker terug te leggen, met zijn ogen kijken naar wat gebeurt en zoveel mogelijk zelfredzaamheid kweken omdat ik denk dat hij daar het meeste aan heeft. Dat probeer je te sturen en te doen. En dat is meestal fase een. En als iemand hardnekkig blijft hangen, dan moet je iets anders verzinnen: bezigheden, scholing, werk, of naar de GGZ.’

De echte psychiatrische problemen herken je wel. Veel mensen hebben het gewoon zwaar. De een stuur je wel door de ander niet. Hangt er ook vanaf hoe vaak iemand komt. Als je meer drukt dan kom je eerder in de GGZ. Dat werkt overal zo.'

Een GGZ-zorgverlener constateert dat bij veel asielzoekers de medicijnen onvoldoende aanslaan en probeert ook in zijn behandeling de gezonde kant van mensen te versterken.

Een GGZ-zorgverlener:

'Vaak hebben asielzoekers veel baat bij een diagnose; mensen zijn wanhopig, dus een opname biedt een escape. Zeker bij gezinnen die al lang in een azc zitten of op straat hebben moeten leven.

Wij (red. derdelijns GGZ-instelling) proberen een alternatief te geven, een escape voor het ziek zijn. Simpele interventies (fitness, voetbalvereniging). Proberen iemand buiten de medische setting te houden, maar dat lukt vaak niet meer na ontslag uit onze instelling. Het ontmedicaliseren lukt hier omdat we geen asiel functie hebben, maar op het azc is het weer anders en dan start het proces weer.'

Alle zorgverleners spreken asielzoekers in individuele gesprekken. Gesprekstechnieken en de houding tegenover de asielzoeker zijn hierin van belang. Een aantal, vooral GGZ-zorgverleners, vertelt dat het bij asielzoekers gaat om vertrouwen winnen: luisteren en verhalen serieus nemen.

Een GGZ-zorgverlener:

'Ik wil mensen niet afschepen, maar luisteren. Mensen hun verhaal laten vertellen. Dat is belangrijk. Niet gelijk met oplossingen komen. Ik zeg ook, ik heb geen oplossing. Ik heb daarin geen speciale aanpak. Ik spreek met u (red. interviewer) en een asielzoeker op dezelfde manier. Ik heb niet zoveel met transculturele psychiatrie, doe er wel studie naar hoor. Maar het belangrijkste is luisteren. En ik laat ze vaak terugkomen.'

Een maatschappelijk werker:

'Ik begin zelf altijd uitvoerig over mijzelf te vertellen, wat maatschappelijk werk is, wat kunnen ze verwachten? Ze moeten aan mij wennen, vertrouwensband opbouwen, ik vertel dat ik onafhankelijk ben, beroepsgeheim heb, ik weet iets via de doorverwijzing, dat vertel ik ze. Dan laat ik ze zelf meer vertellen hoe het gaat, waar ze last van hebben.'

Een GGZ-zorgverlener:

'Deze mensen zijn natuurlijk ontheemd dus ik probeer altijd wel een stukje veiligheid en contactgroei in te bouwen. Ook al zijn ze redelijk stabiel, in het begin zie ik ze wat frequenter. Ik geef ook altijd mijn visitekaartje mee en zeg dat we een aantal afspraken hebben staan, maar als er in de tussentijd iets is, schroom niet en neem contact op. Dan kunnen we altijd samen kijken of er een oplossing mogelijk is, of in ieder geval bespreken wat er aan de hand is.'

De visie van de GGZ-zorgverleners op de aanpak van de behandeling verschilt, volgend uit hun positie in de keten, van de praktijkondersteuners en huisartsen. Vanuit de GGZ wordt het belang van groepsgerichte therapie en preventie veel genoemd. Er is een aantal zorgverleners dat ervaring heeft met groepsgerichte therapie. Zo organiseert een GGZ-zorgverlener voor zijn cliënten een hardlooppmiddag, anderen organiseren voor vrouwen voorlichtingsmiddagen, weer anderen lichaamsgerichte therapie en deeltijdbehandelingen. De GGZ-zorgverleners vermelden dat ze deze aanpak zeer nuttig vinden en dat deze breder in de GGZ zou moeten worden ingezet.

Een GGZ-zorgverlener zegt over de running-groep:

'Iedereen die ik spreek, is positief. Niet iedereen kan het lichamelijk goed aan, maar dat vind ik niet belangrijk. Ik ben niet geïnteresseerd in prestaties. Het gaat mij erom dat ze bezig zijn. Ik koop 's ochtends brood en frisdrank. Dat eten en drinken we dan na het rennen. Dat is heel gezellig. Het is ook bewezen dat dit werkt: uit de passiviteit halen. Voorbeeld: iemand uit Irak. Zit zo slap tegenover me, zo down. Ik zeg je moet komen. Dat doet hem nu goed, erbij zijn. Bij ons. In die woorden breng ik het ook. Ik ben niet tegen medicijnen, belangrijk hoor, maar ik heb meer te bieden. Voor deze groep is dat een prima vorm van aanvullende vorm van therapie.'

Een GGZ-zorgverlener die een lichaamsgerichte groepstherapie organiseert voor mannen, vindt dat dit type preventietherapie goed aansluit bij asielzoekers, omdat het zo laagdrempeligheid is.

Een GGZ-zorgverlener:

'Iedereen mag binnenlopen, vrij en laagdrempelig. Als je halverwege komt, ben je ook welkom. Die laagdrempeligheid is belangrijk. En ook dat het leuk is. Dat mensen even niet aan ellende denken. We doen eerst een warming-up, lopen dan rondjes en betrekken de mensen ondertussen bij alles, bijvoorbeeld omstebeurt voorop lopen. Mensen krijgen op die manier een rol. We doen zelf ook mee en zijn een deel van de groep.'

In de interviews met GGZ-zorgverleners is ook naar PTSS en traumabehandeling gevraagd. Het bleek een thema waarover de meningen van de zorgverleners uiteenlopen. Over PTSS noemt een aantal GGZ-zorgverleners het belang van rust en gevaar van overdiagnostiseren.

Een GGZ-zorgverlener:

'Overdiagnostisering is een risico. Met een PTSS-diagnose pathologiseer je soms. Er zijn mensen met een duidelijke PTSS, die je eruit moet halen en gelijk moet doorverwijzen, maar anderen die wel de PTSS-gevoelens hebben moet je de kans geven om tot rust te komen en te kijken wat er dan aan klachten overblijft. Dan kun je ook hun gezonde kanten zien en mensen daarop aanspreken.'

Er zijn GGZ-zorgverleners die menen dat traumabehandeling in principe alleen verstandig is als een cliënt verkeert in een veilige en stabiele situatie en dat zolang mensen geen status hebben, de hulpverleningslat vaak lager moet liggen. Een klein aantal vermeldt wel goede ervaringen te hebben met bijvoorbeeld EMDR.⁶ Opvallend is dat een GGZ-zorgverlener die zelf gespecialiseerd is in EMDR, het volgende vermeldt:

'Ik merk bijvoorbeeld bij mezelf dat ik bij mensen die nog geen status hebben, de doelen wat lager stel. Echte traumaverwerking, daar kan je ook nog niet aankomen omdat de factoren die je daarvoor nodig hebt, niet aanwezig zijn. Enige mate van rust en stabiliteit. Ik stel de doelen wat lager, als we maar iets van verlichting in de klachten kunnen aanbrengen, dan wordt dat het doel. Iets minder spanning, iets beter slapen. Ik probeer altijd wel met hen overeen te komen wat het doel wordt.'

Samenvatting

Uit de interviews blijkt dat zorgverleners de asielzoekergroep als kwetsbaar beschouwen en dat psychische problematiek veel voorkomt. Zij benadrukken de rol van de leefomgeving en de asielprocedure op het ziektebeeld en zorggebruik. Tegelijkertijd stellen zorgverleners ook dat ze bij asielzoekers veel kracht zien en het belang om deze kracht te benutten. De visie op hulpverlening en de aanpak van de behandeling zijn grotendeels in lijn daarmee. De GCA-zorgverleners benadrukken in de dagelijkse praktijk vooral het belang van activering en het nemen van eigen verantwoordelijkheid. Dit uit zich ook in de neiging om psychische problematiek niet te snel te diagnosticeren en de tijd te nemen om te bekijken hoe en of problemen zich verder ontwikkelen. Ook GGZ-zorgverleners maken melding van het belang van

⁶ Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is een behandelmethodes voor traumaverwerking.

activering, vooral door middel van groepsgerichte activiteiten. Over traumabehandeling is vanuit de GGZ geen eenduidig beeld naar voren gekomen.

2.2 Uitdagingen voor zorgverleners

Onderzoeksvraag 2 was: 'Met welke uitdagingen in de zorg voor asielzoekers komen zorgverleners in aanraking en hoe gaan ze hiermee om?' Om deze vraag te kunnen beantwoorden is ingegaan op verschillende aspecten waarmee zorgverleners te maken krijgen. Het grootste thema is: cultuur en achtergrond van de asielzoeker. Daarnaast lopen zorgverleners aan tegen uitdagingen als intercultureel werken, werken met tolken, omgaan met scheve verwachtingen en met het hoge aantal *no show*. Deze thema's spelen niet alleen bij asielzoekers met psychische problemen, maar bij asielzoekers in het algemeen. In de meeste gesprekken maakte men geen specifiek onderscheid tussen deze groepen.

Intercultureel werken

De meeste zorgverleners werken al meerdere jaren met asielzoekers en hebben ervaring opgedaan in het omgaan met mensen uit verschillende culturen. De meesten geven aan redelijk goed uit de voeten te kunnen met interculturele communicatie, maar desondanks nog behoefte te hebben aan meer kennis van verschillende culturen. (zie paragraaf 2.8 onder 'Visie op consulent GGZ'). Zorgverleners vertellen hoe cultuurverschillen zich uiten in ziektebeleving.

Voor veel asielzoekers is de relatie tussen lichamelijke klachten en psychische problemen niet zo aannemelijk: somatiseren komt dikwijls voor, stellen alle type zorgverleners.

Een praktijkondersteuner vertelt dat hij veel psycho-educatie inzet, maar dat de boodschap lang niet altijd goed overkomt:

'Je hebt toch heel vaak dat je je afvraagt wat hebben ze nou van mijn uitleg begrepen. Je ziet het vaak ook niet aan ze. Je mist vaak het aha van de patiënt.'

De meeste zorgverleners hebben manieren gevonden in hun aanpak of behandeling om hiermee om te gaan.

Een GGZ-zorgverlener zegt hierover:

'Je houdt er in de behandeling rekening mee dat iemand uit een andere cultuur komt en daar probeer je jezelf in te verplaatsen. Vooral de copingsmechanismen waarbij mensen psychische klachten vertalen in lichamelijke klachten, dat proberen wij in een gesprek te benoemen. Dat lichamelijke klachten kunnen ontstaan vanuit je psychische klachten. Dat bespreken doe je bij asielzoekers meer dan bij Nederlandse cliënten.'

Een andere GGZ-zorgverlener loopt hier vooral tegenaan bij Somaliërs:

'Somaliërs zijn lastig omdat die psychische ziekten niet herkennen. Daar moet je heel voorzichtig mee zijn. Zodra ze het idee hebben dat ze gek zijn, worden ze furieus. Typisch is dat er veel Somaliërs in het azc zitten en weinig in de GGZ. Als ze het idee hebben dat ze bij een instelling zitten waar mensen komen voor problemen in het hoofd, dan haken ze af. Want ze hebben immers alleen last van bijvoorbeeld rugpijn of niet kunnen plassen. Daar richt ik me dan ook maar op en probeer wel een link te leggen met wat gebeurd is in verleden.'

Alle zorgverleners wijzen op het belang van rekening houden met culturele verschillen. In de gesprekken met de GGZ-zorgverleners en maatschappelijk werkers is gevraagd naar hoe ze dit doen in hun behandeling. De voorbeelden lopen uiteen van gesprekstechnieken tot het aanpassen van de behandeling.

Een maatschappelijk werker:

'Van belang is dat je aansluit bij hoe zij het beleven. Dat je teruggaat naar hoe zou u dat in uw eigen land aanpakken en dan kijkt hoever je kunt komen in de Nederlandse situatie. Dit vind ik een

van de belangrijkste invalshoeken van het maatschappelijk werk voor asielzoekers. Ze zien dan dat je respect en interesse hebt voor hun cultuur.'

Een GGZ-zorgverlener legt uit:

'Wat goed werkt is de houding van niet weten en alles vragen. Eigen kader loslaten. Ik ben Nederlands maar kan dat kader wel loslaten en gewoon vragen hoe dat bij hun is. Dat werkt goed; ik kan met veel van mijn cliënten een goede werkrelatie opbouwen waarin ze zich veilig voelen.'

Een GGZ-zorgverlener vertelt dat hij probeert zijn cliënten te bieden wat ze nodig hebben en wat bij hen past. Daarbij is hij bereid zijn behandelprogramma los te laten:

'Ja, wat ik ontdek is dat het wel eens een groepsproces kan zijn. Een voorbeeld, een man is ziek, hoort stemmen. Hij komt bij mij, begeleid door een hele groep. Ze zeggen dat ze zich zorgen maken om hem. Ik neem in het consult de hele groep erbij. Ik neem het serieus en ik zie het als een groepsgesprek. Die jongen heeft het slecht, maar hij vertolkt ook de problematiek van iedereen. Hij verwoordt klachten die zij ook voelen.'

Zelfs al lukt het zorgverleners in veel gevallen om te gaan met culturele verschillen, toch zijn er bepaalde groepen waar zij meer moeite mee hebben. Opvallend is dat alle typen zorgverleners dit benoemen en het hebben over dezelfde groepen mensen. De problematiek lijkt vooral met communicatiestijlen te maken te hebben zoals de theatrale stijl van Armeniërs.

Een GGZ-zorgverlener:

'Altijd lastig bij asielzoekers. Je kan soms geen onderscheid maken tussen echte psychiatrie en andere problemen. Bijvoorbeeld bij Armeniërs is het zo lastig. Maar als ik er niet uitkom, verwijs ik door naar een topklinische GGZ-instelling.'

Anderen erkennen dat ze in de loop van de tijd een 'allergie' hebben ontwikkeld voor deze groep, die men unaniem omschrijft als 'lijdend' en 'zuigend'.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

'Zuigende mensen die jou proberen een probleem aan te praten, daar kan ik niet goed tegen. Ik leg het een keer uit misschien nog een keer. Naar bij drie keer houdt het op. Soms zie ik weer zo'n naam en dan denk ik nee. Dan vraag ik een collega. Die persoon heeft ook recht op een fris iemand. Je moet je daar wel bewust van zijn anders dreigt het gevaar dat het een blinde vlek wordt.'

Een GGZ-zorgverlener:

'Bijvoorbeeld, Armenen. Zij zijn hele theatrale mensen. Anderen heel veeleisend, zoals Iraniër en Irakezen. Ik werk het liefste met Afrikanen. prettige groep. Liever twintig Afrikanen dan vijf Armeniërs.'

Ook Somaliërs ziet men als een lastige groep. Vooral doordat ze op een compleet andere manier naar ziekte en 'psychische' problematiek kijken.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

'Wij hebben het hier over de planeet Somalië. Die mensen hebben een compleet andere belevingswereld. Je kan wel psychische problemen signaleren, maar wat dan? Als zelfs een zwangerschap, dat toch wereldwijd hetzelfde is, niet begrepen wordt, wat kan je dan nog? Je kan het niet laten lopen, maar je krijgt het niet duidelijk dat ze hulp nodig hebben en dat ze naar afspraken moeten gaan. We hebben een geval gehad van een vrouw die vlak voor de bevalling nog naar het dorp wilde gaan. Toen zeiden wij, dat vinden we onverantwoord. Dan zegt zij inshallah. Toen hebben we bedreigd het AMK in te schakelen: Als je niet snel gaat liggen bevallen,

halen we het kind weg. Dat komt helemaal niet aan. Niks werkt. we proberen ook met mensen uit de eigen gemeenschap om dingen op te zetten. Voor de GGZ heb ik niet eens de hoop.'

Verwachting die asielzoekers hebben van de zorg

In de hulpverlening aan asielzoekers lopen zorgverleners aan tegen de andere en vaak irreële verwachtingen die asielzoekers hebben van de zorg. Een groot aantal zorgverleners, praktijkondersteuners, huisartsen en GGZ-zorgverleners noemt dit een uitdaging. De irreële verwachtingen hebben volgens hen te maken met de discrepantie tussen de zorgomstandigheden die ze gewend zijn in het land van herkomst en de zorg die in Nederland gegeven wordt. In landen van herkomst kunnen mensen vaak autonomer en gemakkelijker aan medicijnen komen en zit er geen 'poortwachter' voor de deur van de specialist.

Een huisarts:

'Heel algemeen is er een fundamentele andere verwachting dan bij Nederlanders. Namelijk dat de dokter kan voorspellen en zien wat er aan de hand is zonder moeilijke vragen te stellen. Dat komt omdat mensen uit andere landen, heel snel medicijnen krijgen of injecties zonder aanvullend onderzoek – als ze maar betalen. Er worden niet of nauwelijks vragen gesteld, een anamnese wordt niet of nauwelijks uitgediept. Er wordt dus niet aan hulpvraagverheldering gedaan. Deze mensen zijn dus opgevoed met een bepaald beeld over hoe dokters en ziekenhuizen werken en dat beeld moeten we vaak bijstellen en daarin opvoeden. Gezondheidsopvoeding is een hele belangrijke taak van de praktijkondersteuner.'

Een andere huisarts:

'Mensen komen met hele hoge verwachtingen binnen. bijvoorbeeld een vrouw uit Kosovo. vrijwel blind van de diabetes en dan denkt ze dat ze hier een nieuw oog gaat krijgen. Dat moet ik dan uit haar hoofd praten. Dan stuur ik door naar de oogarts, dat moet wel. Het is toch teleurstellend dat je niet meer kan doen. Dat soort verwachtingen heb je vaak; daar moet je een weg in vinden.'

De verwachtingen waarmee asielzoekers komen, betreffen niet alleen de zorg, maar ook andere aspecten, zoals hulp bij praktische zaken zoals overplaatsingen. Ook vermoedt men dat sommige asielzoekers hopen via het medische circuit hun procedure positief te beïnvloeden.

Op de vraag met welke verwachtingen asielzoekers komen, antwoordt een GGZ-zorgverlener:

'Verschillend en niet altijd duidelijk. Het kan ook de deelname aan de medische procedure zijn. Dit kan je nooit helemaal hard maken, maar dit is soms een reden voor aanmelding. Vaak verwachten ze ook praktische hulp. Als ze last hebben van herrie of geld of met overplaatsing, brieven vertalen, doorverwijzen. Mensen hebben daar behoefte aan.'

Het merendeel van de zorgverleners meldt dat er te weinig kennis bestaat over het zorgsysteem in Nederland. Deze kennis is wel nodig om de verwachtingen aan te passen. De zorgverleners, GCA, GGZ en amv besteden in hun cliëntencontacten dan ook veel tijd aan de verwachtingen van hun cliënten; Wat kunnen ze de asielzoeker bieden en wat niet? Het komt uit de interviews duidelijk naar voren dat voor veel asielzoekers de geestelijke gezondheidszorg een onbekend fenomeen is.

Een GGZ-zorgverlener:

'Het is belangrijk dat je heel duidelijk bent over wat de GGZ precies is. Want als mensen hier nog maar net zijn, dan moet je uitleggen wat GGZ precies inhoudt en daarbij ook nog een keer de verwachtingen schetsen. Zo van dit is wat ik kan doen, dit hoort bij mijn takenpakket, maar net zo duidelijk wat we hier niet kunnen. Dus expliciet benoemen wat hier niet kan, of wat er niet kan worden verwacht.'

Er zijn geen zorgverleners die vermelden dat de irreële verwachtingen leiden tot agressie. Wel komt het voor dat de verwachtingen dusdanig in de weg staan dat het hulpverleningsproces niet werkbaar is.

Een maatschappelijk werker:

‘Ik ben eens een keer Mrs. Nothing genoemd: “What are you doing, you are doing nothing.” Wat heb je me nou te bieden? Ik zeg dan: “Kom maar terug als je me nodig hebt”.’

Omgaan met no show en zorgmijders

Naast hoge verwachtingen van de zorg, komt het ook veel voor dat mensen niet op afspraken komen of therapieontrouw zijn. Zorgverleners moeten er dus mee om kunnen gaan dat hun cliënten niet komen opdagen of dat ze onregelmatig hun medicijnen gebruiken.

Met betrekking tot *no show* blijkt dat praktijkondersteuners, huisartsen, GGZ-zorgverleners en maatschappelijk werkers allemaal met dit probleem kampen en allemaal vergelijkbare acties ondernemen. Ten eerste hangt de reactie af van hoe zorgelijk de conditie is waarin de cliënt zich bevindt. Bijna alle zorgverleners merken op dat als de situatie heel zorgelijk is, er contact wordt gezocht met bijvoorbeeld het COA om achter deze persoon aan te gaan. In de meeste gevallen echter kiezen de zorgverleners ervoor een brief te sturen met een nieuw afspraakverzoek. Sommige zorgverleners laten het bij deze ene brief. Anderen sturen nog een brief of gaan er na twee brieven een keer achteraan.

De zorgverleners, en vooral medewerkers van het GCA, benadrukken dat de eigen verantwoordelijkheid van de asielzoekers voorop moet staan en dat dit ook in het belang van de asielzoeker is.

Een praktijkondersteuner (POH-A) zegt:

‘Oproepen, soms nog een keer oproepen, en nog een keer. Dan bel ik het COA. woont hij hier nog wel? Als ik niets hoor, houdt het op. Ik ga niet op huisbezoek. Ik ga er niet achteraan lopen. Of er moeten signalen zijn van COA dat iemand er ligt en dat je moet komen. Soms wel, als mensen niet komen opdagen voor hele belangrijke zaken zoals bij een zwangerschap. Bij leven en dood laat ik iemand volgen, met zo’n apparaatje.’

Een huisarts:

‘Nou dan is in principe het initiatief aan patiënt om een nieuwe afspraak te maken en dat vind ik belangrijk want als iemand niet komt dan kan je je afvragen hoe gemotiveerd iemand is. Maar we hebben natuurlijk ook MDO (Multi-disciplinair Overleg) en COA op het terrein. En dan krijgen wij nog wel te horen, goh ga daar eens kijken.’

Een praktijkondersteuner (POH-A):

‘We benadrukken altijd een stukje eigen verantwoordelijkheid. Ze zijn tenslotte ook helemaal hier in Nederland gekomen. Maar bijvoorbeeld diabetes patiënten die zijn heel erg therapie ontrouw. Maar hoe lang blijf je daar achteraan zitten, hè? Soms is het ook een kwestie van prioriteiten stellen en dan komen ze niet omdat ze zich verslapen hebben.’

De praktijkondersteuners blijken over het algemeen geen mensen op te zoeken in de centra. Uitzonderingen op deze regel zijn een beheersbaarheidsprobleem of als de crisisdienst erbij wordt geroepen.

Een praktijkondersteuner: *‘Alleen als er onrust is in het centrum. Dat is alleen als beheersbaarheid een probleem is.’*

Naast *no show* is het zo dat er een groep asielzoekers bestaat die ondanks problemen niet komt. Dit zijn de zogeheten zorgmijders.

Een maatschappelijk werker antwoordt op de vraag hoe de ziektelast van asielzoekers zich verhoudt tot het zorggebruik: *‘Er zijn erbij die geen beroep doen op zorg, of op het GCA. Daar maak ik me zorgen over.’*

Ook de GCA-zorgverleners benadrukken de eigen verantwoordelijkheid van zorgmijders in het zoeken naar hulp.

Werken met tolken

De taalbarrière is een van de belangrijkste aspecten van het werken met asielzoekers. Zorgverleners moeten frequent gebruikmaken van de tolkdienst. Alle typen zorgverleners zijn over het algemeen tevreden over de beschikbaarheid van tolken. De meeste zorgverleners maken gebruik van de telefonische tolkdienst en zetten persoonlijke tolken nauwelijks in. De beschikbaarheid van de telefonische dienst beoordeelt men als goed, zowel op afspraak als ad hoc. Het kan zijn dat bepaalde 'kleine' talen moeilijker ad hoc te regelen zijn; dan plannen de zorgverleners een afspraak. Een klein aantal zorgverleners vermeldt een voorkeur te hebben voor een gesprek in het Nederlands of Engels.

Twee GGZ-zorgverleners werken nog met persoonlijke tolken en geven daaraan de voorkeur.

Een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (GGZ):

'Ik werk hier met persoonlijke tolken. Dus iemand bij het gesprek. Ik probeer wel telkens dezelfde persoon erbij te krijgen en dat lukt ook vaak. Mijn ervaring is toch dat de cliënten het prettiger vinden als er een persoonlijke tolk is in plaats van een telefonische tolk. Ik vind dat ook niet zo prettig werken met een telefonische tolk. Soms doe ik het in het Engels als het kan met de cliënt.'

Over het algemeen kunnen zorgverleners de doelgroep asielzoekers goed bedienen via tolken. Een paar zorgverleners vermelden dat het de hulpverlening moeilijker maakt. Dit geldt vooral voor GGZ-zorgverleners.

Een GGZ-zorgverlener die voorheen voor de MOA werkte:

'Gesprekken voeren via een tolk is wel lastig. Vooral als het gaat om diepere gesprekken. Dat vond ik in mijn tijd bij de MOA niet, maar merk ik nu wel met psychiatrie. Het is lastig met een tussenschakel de vertaalslag van emoties te maken. Die worden gefilterd.'

Een andere GGZ-zorgverlener vertelt dat haar ervaringen met tolken verschillen, dat het ook afhangt van de persoon. Ze zet de tolkdienst in om een vertrouwensband te krijgen met haar cliënt:

'Ik heb wisselende ervaring met tolken. Over het algemeen heb ik er geen moeite mee, maar met sommige tolken gaat het wat stroever. Heeft met taal en met de persoon te maken. Met de taal gebeurt het dat mensen in de angst terugschieten bij een vreemd dialect. Ik maak altijd een afspraak met de tolk. Vind dat wel zo netjes. Mensen nemen ook de moeite om naar mij toe te komen. Het is voor hun belangrijk. Dan vind ik dat ik ook mijn ding moet doen. Je geeft dan een signaal dat je hen serieus neemt.'

Een andere GGZ-zorgverlener:

'Ik doe veel met een telefonische tolk. Dat gaat prima, maar ik heb ook bijvoorbeeld iemand uit Tsjetsjenië en die wil absoluut geen Russisch iemand, maar een Nederlander die Russisch gestudeerd heeft. Soms werk ik ook met een persoonlijke tolk, omdat ik anders geen contact met de cliënt krijg.

Maar als het enigszins lukt dan probeer ik toch, ook in het kader van de integratie, in het Nederlands te praten. Die man uit Sierra Leone daar spreek ik Nederlands mee en als het niet lukt gaan we over op het Engels. En soms type ik de vertaal machine in.

Maar voor de lastige gesprekken absoluut een tolk ook al haalt het weinig rendement uit je gesprekken, het gaat zo langzaam, je doet alles dubbel. Je moet ook echt afspraken maken met de tolken of ze de cliënt tijdig willen afkappen als ze te langdradig zijn en kort en bondig samenvatten.'

Samenvatting

Hulpverlening aan asielzoekers vraagt om specifieke competenties. Zelfs al zijn veel van de aspecten van de hulpverlening te vergelijken met die van andere vluchtelingen en migranten, de asielzoekercontext blijft een speciale categorie. In de gesprekken met zorgverleners zijn een flink aantal uitdagingen naar voren gekomen waarmee de zorgverleners in hun werk te maken krijgen: vooral het omgaan met culturele verschillen en irreële verwachtingen van asielzoekers. Somatiseren van psychische problemen komt veel voor. Uit de gesprekken blijkt dat de meeste zorgverleners een bepaalde systematiek hebben ontwikkeld waarmee ze werken en waarmee ze grip proberen te krijgen op de complexiteit van het klachtenpatroon van de asielzoeker. Uit deze aanpak komt een aantal hoofdlijnen naar voren. De zorgverleners besteden veel tijd en aandacht aan het verduidelijken van de hulpvraag en het uitleggen wat voor hulp ze kunnen bieden en wat niet. Als asielzoekers niet op afspraken verschijnen, gaat men er in beperkte mate achteraan. Dit hangt samen met de visie op de asielzoeker als zelfredzame mensen. Zorgverleners rapporteren over het algemeen tevreden te zijn over de inzet van tolken en het omgaan met de taalbarrières.

2.3 Visie op de rol van de asielprocedure in het hulpverleningsproces

Onderzoeksvraag 3 was: 'Hoe kijken zorgverleners aan tegen de rol van de asielprocedure in het hulpverleningsproces?' Zorgverleners die werken met asielzoekers, komen altijd direct of indirect in aanraking met de asielprocedure. De invloed van de asielprocedure is in bijna alle gesprekken besproken.

Wat doet de asielprocedure met de asielzoeker?

De asielprocedure heeft volgens de zorgverleners zeker een invloed op het zorggebruik van de asielzoeker. Het lange wachten en de onzekere situatie maken dat klachten verergeren of ontstaan. Advocaten blijken asielzoekers soms aan te sporen om hulp te zoeken. Tevens zorgt de instabiele en onzekere situatie tijdens de asielprocedure ervoor dat veel asielzoekers niet toekomen aan traumaverwerking. De meeste zorgverleners, vooral uit de GGZ, delen elkaars mening dat de asielzoekers hierdoor lang in zorg blijven zonder echt aan behandeling toe te komen.

Een GGZ-zorgverlener:

'Zeker, je ziet gewoon als mensen weer een interview hebben dat de spanning oploopt en dat de klachten verergeren. Zeker als de mensen het gevoel krijgen dat ze terug moeten. Dan steekt de angst de kop op, komen de situaties van toen weer terug. Dat gevoel zit er altijd doorheen. [...] Sterke angst om terug te moeten.'

Een andere GGZ-zorgverlener:

'Ik denk dat die procedure erg sterk gekoppeld is aan hun welzijn. Negatief op negatief, ik heb het gezien bij mensen die dan naar Ter Apel gingen die heel erg depressief werden.'

De andere kant – gebruikmaken van zorg om een status te krijgen – komt zeker voor, maar dat kunnen de zorgverleners nooit helemaal hard maken. Wel gebeurt het dat de asielzoekers naar het GCA komen met de vraag om verwezen te worden naar de GGZ. De advocaat geeft hier volgens de zorgverleners soms een sturende rol in.

Een GGZ-zorgverlener:

'Een deel heeft baat bij psychische problemen. mijn ervaring is dat ik hoor dat de advocaat de cliënt advies geeft hoe zich te gedragen en wat te zeggen tegen de GGZ, dat merk je.'

Deze gang van zaken heeft ook te maken met hoe lang iemand al in Nederland is en of deze persoon kennis heeft over het systeem.

Een huisarts:

‘Gelukkig is het zo dat nog niet iedereen bewust genoeg is om dit in te zetten voor de asielprocedure. Het gebeurt wel als ze wat langer in Nederland zijn; het klinkt een beetje cynisch maar het is echt zo, dat dit soort problematiek ingezet wordt om de asielprocedure te ondersteunen.’

De meeste zorgverleners hebben er wel begrip voor dat asielzoekers die hier al lang in onzekerheid zitten, alles aangrijpen om een verblijfsvergunning te krijgen. Ook merken ze op dat je de klachten wel serieus moet nemen omdat de klachten en de oorzaak ervan niet altijd gemakkelijk te duiden zijn.

Wat doet de asielprocedure met de zorgverlener?

De zorgverleners vermelden dat ze in hun dagelijkse praktijk vaak te maken krijgen met brieven van advocaten. De meeste vragen van advocaten betreffen diagnostiek. Ook krijgen zorgverleners vragen over zorg in landen van herkomst en de vraag of de asielzoeker wel of niet kan reizen. Het beantwoorden van deze vragen kan veel tijd in beslag nemen. De manier waarop men de brieven beantwoordt, is redelijk eenduidig. Bijna alle zorgverleners proberen de vragen zo kort en zakelijk mogelijk te beantwoorden: puur benoemen wat ze vanuit hun professie kunnen zeggen, maar niet ingaan op zaken waarvan ze minder weten.

Een GGZ-medewerker:

‘Er komen vragen over diagnostiek. En ook of mensen kunnen reizen, behandeld worden in land van herkomst. Dat laatste kan ik niet veel mee. Diagnostiek wel. Kan iemand reizen? Tja, ik reis nooit met mijn cliënt... dan zeg ik dat ik dat niet kan inschatten en dat ik daar geen uitspraak over kan doen. Ik maak er strakke brieven van, to the point. Er zijn ook collega's die er anders mee omgaan, die de zaak proberen te beïnvloeden met heftige bewoordingen. Maar ik heb het idee dat dit ook averechts kan werken.’

Eén huisarts vermeldt de neiging te hebben af en toe brieven te schrijven die meer persoonlijke inzichten bevatten.

Eén GGZ-zorgverlener neemt zelf wel eens contact op met een advocaat:

‘Ik zoek ook wel eens zelf contact met de advocaat, als ik me zorgen maak over de cliënt, maar vaker gaat het om een vraag over de procedure. Bijvoorbeeld: als ik een cliënt net zie, bel ik wel eens om te kijken welke behandeling ik kan opzetten. Soms vertellen ze zelf dat ze in de Dublinroute zitten en over een maand weg moeten. Dan bel ik de advocaat van: hoe zit dat. Want als ze inderdaad nog maar kort hier zijn, moeten we de behandeling daarop afstemmen.’

De meeste zorgverleners spreken over die brieven met vragen die een rol spelen in de procedure. De praktijkondersteuners en enkele huisartsen benoemen echter ook dat er contacten zijn met advocaten die verder gaan dan puur diagnostiek – contacten waarin advocaten zich ‘bemoeien’ met de zorg. Bijvoorbeeld dat een advocaat de zorgverlener een brief stuurt met de suggestie zijn of haar cliënt door te verwijzen naar de GGZ. Ook gebeurt het dat asielzoekers zelf aan de zorgverlener vragen zijn of haar advocaat te bellen om te vertellen hoe het gaat. De volgende citaten illustreren deze voorbeelden en de emoties die zij bij de zorgverleners oproepen.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

‘Soms krijgen we een brief van een advocaat. Dat de man (cliënt) naar de psychiater zou moeten of zo. Daar krijgen we jeuk van. Dat bepaal ik zelf wel. Als er een brief komt van een advocaat dan wachten we even af. Het ligt eraan hoe het geschreven staat. Vaak wachten we af of hij [de cliënt, red.] zich meldt. We gaan ervan uit dat iemand de weg kan vinden naar ons.’

Een andere praktijkondersteuner (POH-A):

‘Voor mij voelt het verwijzen van de advocaat altijd als tik op de vingers. Ik denk, waarom wil hij dat de cliënt doorgestuurd wordt? Wie is een advocaat om te beslissen of iemand door moet naar een psychiater? U bent van de procedure, ik ben van de gezondheidszorg. Negen van de tien gevallen hebben ze een verborgen agenda.’

Of de ‘bemoeienis’ van advocaten tot sneller of minder snel handelen leidt bij de zorgverleners, kan dit onderzoek niet bevestigen. Wel is duidelijk dat de ervaren bemoeienis leidt toch negatieve emoties, zoals irritatie en frustratie. Dit zou indirect tot een *dokters delay* kunnen leiden.

Samenvatting

De asielprocedure en de onzekerheid die deze met zich meebrengt, beïnvloedt volgens de zorgverleners de psychische gezondheid van asielzoekers. Tevens blijkt dat zorgverleners ook zelf te maken krijgen met de asielprocedure, hetzij omdat hun cliënt zelf de problematiek naar voren brengt, hetzij omdat de advocaat van de cliënt contact opneemt. Het lijkt erop dat de zorgverleners gewend zijn aan deze samenkomst van het juridische met de gezondheidszorg. Toch zijn er enkele punten waarmee zorgverleners moeite hebben, zoals hun twijfel of cliënten de zorg aanwenden voor de procedure. Ook blijkt dat de meeste zorgverleners niet ingaan op vragen van advocaten die ze niet goed kunnen beantwoorden. Als laatste komt duidelijk naar voren dat zorgverleners het moeilijk vinden om te gaan met advocaten die zich ‘bemoeien’ met de zorg van hun cliënt. Het is zelfs de vraag of bemoeienis van een advocaat geen averechts effect kan hebben.

2.4 Visie op eigen kwaliteit en die van de instelling

Onderzoeksvraag 4 was: ‘Hoe evalueren de zorgverleners de eigen kwaliteit en die van hun instelling?’ Deze paragraaf behandelt de reflectie van de zorgverlener op zijn of haar eigen handelen, op de kwaliteit van de instelling waarvoor de zorgverlener werkt, op de emotionele reacties die het werken met asielzoekers kan oproepen, en op het effect dat de zorg heeft. Ook wordt besproken hoe zorgverleners denken dat de cliënten aankijken tegen de zorg.

Zelfreflectie: tevredenheid over eigen zorg

Hoe kijken zorgverleners aan tegen de zorg die zij leveren? De zorgverleners lijken over het algemeen relatief tevreden over de zorg die zij bieden. Echter, de meesten vermelden dat zij vaak tegen de grenzen aanlopen van wat mogelijk is binnen de asielzoekercontext en binnen de hulpverleningscontext. Aan de ene kant heeft dat te maken met de irreële verwachtingen waarmee asielzoekers komen, aan de andere kant heeft het ermee te maken dat de situatie van asielzoekers niet bevorderlijk is voor welbevinden en behandeling.

Een huisarts zegt:

‘Ik denk dat wij hier goed werken. Ik vind ons wel een 7,5 waard: een ruime voldoende tot goed. Het heeft wel vaak met beleving te maken. Ondanks dat je je stinkende best doet, zie je vaak teleurgestelde gezichten. Je kan dan ook zeggen dat je iets toch niet helemaal goed hebt gedaan.’

Een GGZ-zorgverlener:

‘Ik ben bewust van wat ik kan bereiken. Dat is wel anders dan wat je zou willen. Bij een behoorlijk getraumatiseerd iemand zou je wel willen helpen, maar door de onzekere situatie moet je niet alles overhoop halen. Lastige vraagstukken. Het is niet altijd bevredigend. Je moet je doelen en verwachtingen bijstellen.’

Eén GGZ-zorgverlener is absoluut niet tevreden met de zorg die zij levert. Zij werkt in de traumabehandeling en constateert dat cliënten vaak niet beter worden en in veel gevallen zelfs geen behandeling kunnen ondergaan:

'Nou, eigenlijk niet tevreden: ik kan geen doelen stellen, je komt niet tot behandeling. Mensen doen zeven tot negen jaar over een verblijfsvergunning, ze zitten hier dan ook een tijd. Sommigen heb ik ook al zo lang in behandeling. Ik weet dat ik er eigenlijk mee moet stoppen, maar ik kan ze nergens naar toe verwijzen. Ze kunnen geen traumabehandeling starten, je bent alleen aan het stutten.'

Zelfreflectie. emotionele betrokkenheid

Zorgverleners ervaren een grote mate van emotionele betrokkenheid. Het werken met asielzoekers gaat ze niet in de koude kleren zitten. Zij voelen zich vaak beperkt in de zorg die ze kunnen bieden. Dat kan een machteloos gevoel geven.

Een GGZ-zorgverlener:

'Je voelt je vaak machteloos. je kan niet veel meer dan klachten dempen, medicatie geven of omgaan met de problematiek. Maar als je dat eenmaal geaccepteerd hebt en weet dat dat is wat ze nodig hebben, dan prima. Werken met alleen asielzoekers zou ik heel zwaar vinden.'

De zorgverleners hebben ook moeite met de schrijnendheid van de verhalen en van de situatie waarin de asielzoekers zich bevinden. Toch lijkt het erop dat de meesten een manier hebben gevonden om de verhalen niet mee naar huis te nemen.

Een GGZ-zorgverlener:

'Ik kan ermee omgaan. Ik voel me erin thuis. Moet wel. Een goed zorgverlener is ook wel een beetje egoïst. Moet ook wel. Anders red je het niet. Soms neem ik wel eens iets naar huis, maar ik kan ermee omgaan.'

Een huisarts:

'Ik kan me niet de hele wereld aantrekken. Ook niet als mensen ziek zijn. Dat is anders met mijn eigen gezin dan met patiënten. Als iemand voor me zit, ben ik met hem bezig, maar daarna niet meer. Anders houd je het nooit vol. Je moet je grenzen duidelijk stellen. En mensen accepteren dat ook.'

Naast frustraties over de zorg die je kunt bieden en de uitdaging om je staande te houden bij deze doelgroep, zijn er ook emoties als irritatie en ergernis. Een aantal zorgverleners vermeldt moeilijk overweg te kunnen met bepaald typen mensen. Veelal worden 'lijdende' mensen genoemd. In sommige gevallen vinden de zorgverleners het moeilijk om dan het individu te blijven zien.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

'Moeilijk is je geduld te bewaren als iemand vier vijf keer per week komt. Dan denk je, jeetje alweer.'

Een andere praktijkondersteuner (POH-A):

'Als van de zeshonderd er honderdvijftig iedere dag zo voor je zitten, dan heeft elke nieuwkomer, waaronder deze man, die zo in de wachtkamer gaat zitten [ze beeldt uit dat hij achterover valt in de stoel, er helemaal in wegzakt met zijn hoofd in de handen en flink zucht], dat doet iets met je [red.: wekt irritatie]. En dat mag niet, maar dat is wel zo.'

Ondanks de emotionele last die het werken met asielzoekers kan veroorzaken, zegt een aantal zorgverleners expliciet dat ze het werk met asielzoekers graag doen. De doelgroep heeft toch een bepaald soort uitdaging waar een deel van de zorgverleners zich bij thuis voelt.

Een GGZ-zorgverlener:

'Ik vind het super. Een ontzettende fijne doelgroep. Het is een hele andere doelgroep; al die culturen.'

En een maatschappelijk werker:

'Ik vind het werken met asielzoekers, met andere nationaliteiten, een uitdaging. Het doet een beroep op mijn creatieve vermogen en inlevingsvermogen.'

De meeste GGZ-zorgverleners werken in deeltijd met asielzoekers. Uit de gesprekken komt naar voren dat een volledige *case-load* asielzoekers te zwaar zou zijn.

Een GGZ-medewerker:

‘Mijn teamleider heeft het advies gegeven om dit niet te doen en het een beetje gemêleerd te houden. Ik denk dat ongeveer 40% van mijn caseload bestaat uit asielzoekers. Ik werk dus hier bij de afdeling volwassenen en zie mensen van 18 tot 65 jaar met allerlei ziektebeelden. En dan heb ik ook nog de crisisdiensten en een ADHD-coachingsgroep, dan wel individuele begeleidingstrajecten. Dit houdt het voor mij leuk en afwisselend, [meer] dan louter asielzoekers en vluchtelingen. Een andere collega heeft wel een tijdlang alleen deze doelgroep gehad, maar naar verloop van tijd toch aangeven: dit trek ik niet.’

Reflectie op de kwaliteit van de instelling

De kwaliteit die zorgverleners kunnen bieden is deels afhankelijk van de organisaties waarin zij werken. Bijvoorbeeld of ze voldoende steun uit de organisatie ervaren en kansen krijgen zich verder te scholen. De zorgverleners met wie gesproken is, werken in verschillende settings. De praktijkondersteuners en huisartsen zijn in dienst bij GCA, de GGZ-zorgverleners voor verschillende GGZ-instellingen en de maatschappelijk werkers binnen een instelling voor maatschappelijk werk.

De GCA-medewerkers vermelden over het algemeen dat de samenwerking met GCA Wageningen prima verloopt, maar dat die nog in ontwikkeling is (en soms nog weinig zichtbaar). Paragraaf 2.8 (onderzoeksvraag 8) hier verder op in. De GCA-medewerkers ervaren over het algemeen niet veel steun vanuit het GCA, maar zijn over het geheel genomen ook niet ontevreden. Het feit dat er tot nu toe nog geen aanbod is gedaan voor deskundigheidsbevordering, vindt men wel een gemis (zie paragraaf 2.9). Bijna alle zorgverleners rapporteren behoefte te hebben aan deskundigheidsbevordering, vooral op het gebied van intercultureel werken. Dit geldt zowel voor zorgverleners die al langer met asielzoekers werken als voor mensen die met het nieuwe zorgsysteem begonnen zijn.

De GGZ-medewerkers spreken zeer verschillend over hun instelling en de steun die ze ervaren in hun werk met asielzoekers. Opvallend is dat een belangrijk deel melding maakt van een enigszins geïsoleerde positie binnen de instelling, hetzij individueel, hetzij met een paar collega's. Ook is duidelijk dat met de toenemende productiedruk ook het werk voor asielzoekers onder druk komt te staan, mede omdat het tijdsintensief is en flexibiliteit vraagt.

Een GGZ-zorgverlener:

‘Ik heb het gevoel een enigszins geïsoleerde positie te hebben binnen mijn instelling. Op concrete initiatieven (zoals een running-groep) wordt heel positief gereageerd. Voor de rest zit ik met een paar collega's in een werkgroep vluchtelingen, we vormen een te zelfstandige groep. Ik weet niet wie mijn leidinggevende is. We zouden veel meer deel uit moeten maken van GGZ.’

Een andere GGZ-zorgverlener:

‘Wil je met deze doelgroep werken dan moet je de Nederlandse standaarden en richtlijnen bijstellen anders kun je niet met deze doelgroep werken. Het vraagt veel flexibiliteit. Mensen nemen moeders mee en kinderen en daar gaan we dan mee om en dat lukt. Nu doen we ook meer gesprekken erbij. De problematiek is te complex. De instelling steunt dit, onze directeur is wel multiculti. Er is wel dreiging door de negatieve financiële cijfers.’

De drie maatschappelijk werkers hebben alle drie een geïsoleerde positie binnen hun instelling. Ze zijn de enigen die dit werk doen. Alle drie benoemen ze de zorg die zij hebben over de hoeveelheid uren maatschappelijk werk die beschikbaar blijven voor deze doelgroep.

Een maatschappelijk werker legt uit hoe ze buiten haar eigen instelling toch nog input krijgt die ze nodig heeft:

'Ik krijg weinig ondersteuning van mijn instelling. Ze doen hun best hoor, maar ik heb daar weinig te halen. Vroeger had ik intervisie met een collega die op een andere azc werkte, maar die collega is verdwenen. Maar ik ben een erg extraverte tante, dus ik haal mijn contacten hier op het azc. Dan ga ik even samen eten. Mijn werkplek hier wordt ook gebruikt door anderen. Collega's komen hier met problemen en als ik problemen heb, dan kan ik hen benaderen.'

Het is voor de zorgverleners van belang dat hun organisatie of instelling de randvoorwaarden biedt om te werken met tolken. Zoals eerder in paragraaf 2.2 beschreven, is dit een punt waarover bijna alle zorgverleners positief zijn.

Reflectie op de tevredenheid van cliënten

Veel van de zorgverleners vermelden dat het sterk verschilt in hoeverre de asielzoekers tevreden zijn met de zorg. Je hebt mensen die zeer dankbaar zijn, maar ook mensen die ontevreden naar huis gaan. Veel hangt samen met de verwachtingen die asielzoekers van de zorg hebben. De praktijkondersteuners benoemen dat ze zowel heel dankbare cliënten hebben als mensen die zeer ontevreden zijn. Ook de drie maatschappelijk werkers benoemen dit. Twee rapporteren dat ze wel eens de klacht krijgen dat ze niks te bieden hebben.

Een van maatschappelijk werkers zegt:

'Er zijn erbij die heel tevreden zijn; er zijn er die zeggen: ik heb niets aan hem.'

Twee van de 19 GCA-zorgverleners nemen aan dat de asielzoekers over het algemeen heel tevreden zijn.

Een huisarts zegt:

'Ik hoor ze niet klagen dus denk dan dat het wel goed is. Anders zouden ze wel terug komen, toch?'

En een POH-A zegt:

'Ik denk wel tevreden; we horen ze nooit echt klagen of zo. En als iets niet goed is dan hoor je dat ook gelijk. Ze zijn blij als ze geholpen worden.'

Opvallend is dat een merendeel van GGZ-zorgverleners vermeldt dat ze denken dat asielzoekers over het algemeen heel tevreden zijn over de GGZ.

Een GGZ-zorgverlener:

'Over het algemeen zijn ze heel tevreden over de zorg. Dat krijg je ook terug via MOA of andere organisaties. Van de groep krijg je dat ook terug, mensen komen graag en hebben er ook wat aan. In gesprekken ook vaak heel tevreden en zelfs nog lastig om contacten af te sluiten. Of dat met inhoud te maken heeft weet ik niet, ik denk ook gevoel van veiligheid. De zorgverlener is ankerpunt. een dagbesteding.'

Reflectie op effectiviteit van de zorg

De effectiviteit van de zorg is met weinig zorgverleners expliciet besproken. Hun kijk erop wordt duidelijk aan de hand van hun visie op de zorg en de problematiek. Een klein aantal zorgverleners heeft zich er wel expliciet over uitgelaten.

Het blijkt dat ondanks het feit dat zorgverleners relatief tevreden zijn over de zorg die ze bieden, ze wat bezorgd zijn over de effectiviteit van de zorg. Factoren die hierbij een rol spelen, zijn volgens veel zorgverleners onvoldoende in orde: de woonsituatie, de onzekerheid over de procedure, enzovoort. GGZ-zorgverleners noemen dat vooral traumaverwerking moeilijk is en dat daarmee het risico bestaat dat asielzoekers langdurig in de zorg blijven hangen.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

'Je ziet weinig resultaat. Ook bij de mensen die al lang bij de GGZ lopen. Ik vind dat het allemaal te weinig helpt. Mensen zitten te lang in een traject, voordat ze een status hebben, voordat ze een eigen huis hebben, het duurt allemaal te lang. Vroeger zeiden ze wel eens dat je gehospitaliseerd

werd in het ziekenhuis, maar eigenlijk worden de mensen gehospitaliseerd in het asielzoeker zijn. Het duurt echt allemaal te lang.'

Een andere praktijkondersteuner (POH-A) over de effectiviteit:

'De mensen die ik zie, maar misschien zie ik wel de verkeerden, die blijven terugkomen naar het spreekuur en aangeven aan dat het allemaal niet helpt. Het is ook vaak dat je iemand probeert stabiel te houden en niet zozeer echt beter kan maken, in de onstabiele situatie waarin ze zitten. En natuurlijk heb je wel mensen waarbij het echt aanslaat, maar die zien wij vaak niet terug.'

Samenvatting

Zorgverleners nemen het werk serieus en voelen zich vaak ook emotioneel betrokken bij de doelgroep. De meeste zorgverleners vermelden dat ze relatief tevreden zijn over hun hulpverlening, maar dat ze wel meer zouden willen bieden. Dit komt voor GC A zorgverleners overeen met hoe ze denken dat asielzoekers de zorg ervaren, namelijk dat er veel positieve geluiden zullen zijn, maar ook een flink aantal asielzoekers die onvoldoende tevreden zijn. GGZ zorgverleners geven aan te denken dat hun cliënten relatief tevreden zijn. Hoe de zorgverleners de rol van de eigen organisatie of instelling beoordelen, verschilt. Vooral GGZ- zorgverleners en maatschappelijk werkers stellen dat hun werk met asielzoekers nog onvoldoende is ingebed in de organisatie.

2.5 Visie op de toegankelijkheid van de zorg

Onderzoeksvraag 5 was: 'Hoe evalueren de zorgverleners de toegankelijkheid van de zorg?' De zorgverleners is gevraagd naar hun visie over de toegankelijkheid van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen. In deze paragraaf komt de visie van de zorgverleners op de toegankelijkheid van het GCA en de GGZ aan bod. Er wordt ingegaan op fysieke toegankelijkheid en de rol van voorlichting en informatievoorziening. Tevens wordt gekeken naar de rol van verwijzingen voor de toegang van de GGZ voor asielzoekers.

Fysieke toegankelijkheid GCA en GGZ

Met uitzondering van één azc, zit het GCA, of in ieder geval de POH-A op het centrum. In een aantal plaatsen zit de huisarts niet op het centrum, en gaan de asielzoekers naar de huisartsenpraktijk in het dorp of de stad. Alle zorgverleners van het GCA hebben het idee dat het GCA fysiek goed toegankelijk is. De asielzoekers weten hen te vinden, ook als ze niet fysiek op het centrum zitten. Op de meeste plaatsen heeft het GCA een inlooppreekuur. Asielzoekers kunnen hier terecht zonder vooraf een afspraak te maken. Ook hebben asielzoekers geen logistieke problemen wanneer het GCA zich op het centrum bevindt.

Zo geeft een huisarts aan dat dit wel het geval zou zijn als hij niet naar het centrum zou komen:

'Als de asielzoekers naar mijn praktijk moeten komen, zou dat een forse toegangsdrempel opleveren en logistieke problemen (te laat komen, of niet komen). Het is lastig om te komen, want er is geen openbaar vervoer hier dichtbij.'

Een aantal POH-A's en huisartsen stelt dat er een natuurlijke schifting zou ontstaan wanneer ze niet meer op het centrum zelf zouden zitten. Een POH-A die werkzaam is op het asielzoekerscentrum, stelt dat de asielzoekers die het echt nodig hebben, zullen komen: degenen die komen om 'loze' dingen zie je niet meer. Op deze manier stimuleer je ook hun eigen initiatief, eigen verantwoordelijkheid.

Een huisarts die niet werkzaam is op het centrum, denkt niet dat toegankelijkheid verbetert als hij of zij op het centrum zou zitten:

'Men wil in Nederland gewoon de reguliere zorg, dus ook voor asielzoekers. Ze moeten weten hoe het in Nederland is geregeld. Als ze later een verblijfsvergunning hebben, moeten ze ook naar de reguliere zorg toe.'

Ik denk wel dat het goed is dat de POH-A daar zit en men er binnen kan lopen tijdens het inloopspreekuur. Nee, als ik daar zou zitten zou ik twee keer zoveel patiënten zien op een dag. Nu komen de asielzoekers die het ook echt nodig hebben; als ik daar zou zitten komen ze waarschijnlijk ook voor zaken waar ik niks aan kan doen.'

Naast de inloopsprekuren van de praktijkondersteuners, kunnen asielzoekers 24 uur per dag contact opnemen met de GCA-praktijklijn. Waar de laagdrempeligheid van de inloopsprekuren wordt geroemd, spreekt een klein aantal zorgverleners zich een stuk minder positief uit over de toegankelijkheid van de praktijklijn. Zowel over de taalbarrière die de asielzoekers ervaren aan de telefoon, als over het niet in privacy kunnen bellen op het centrum, de bereikbaarheid en onduidelijkheid of je nou eerst de lijn moet bellen of naar spreekuur kunt gaan.

Een praktijkondersteuner:

'Wij worden nu een beetje afgeknepen op personeel opdat een aantal taken overgenomen kan worden door de praktijklijn; dat werkt in onze beleving absoluut voor geen meter. Het is een hele lange weg en uiteindelijk komt het toch weer bij ons terecht. Dan zeg ik kom maar direct bij ons.'

De huisartsen en praktijkondersteuners die de praktijklijn aanhalen, benoemen het geen van allen als bottleneck voor toegankelijkheid. Aangezien er op de meeste centra een inloopspreekuur is, is het de vraag of de matige evaluatie van de praktijklijn een grote invloed heeft op de toegankelijkheid van de zorg.

Naast toegankelijkheid van de praktijkondersteuners en huisartsen, is ook de toegankelijkheid van de GGZ besproken. Het merendeel van de zorgverleners, zowel GCA als GGZ, heeft wel het idee dat de GGZ fysiek goed toegankelijk is. Ze hebben het idee dat de asielzoekers hen kunnen vinden, ongeacht of dat op of buiten het centrum is. Een minderheid van de zorgverleners denkt dat de toegankelijkheid te wensen overlaat omdat asielzoekers een heel eind moeten reizen, terwijl ze daar psychisch lang niet altijd toe in staat zijn.

De zorgverleners antwoorden wisselend op de vraag of de aanwezigheid van de GGZ op het centrum belangrijk is voor de toegankelijkheid. De meeste zorgverleners zijn tevreden over hoe het nu loopt. Daar waar de GGZ op het centrum zit, is men blij dat de zorg zo laagdrempelig en bereikbaar is voor de asielzoekers. Doordat de GGZ op het centrum zit, bij het GCA, wordt het ook eerder geaccepteerd om daarnaartoe te gaan omdat het bij de 'medische dienst' hoort.

Een maatschappelijk werker vindt het zeer belangrijk dat de GGZ op het centrum zit:

'Moet je kijken wat een geld dat kost, al die buskaarten en die krijgen ze gratis. Als je de GGZ en maatschappelijk werk buiten centrum zou hebben, zou opeens iedereen het "nodig" hebben. Kunnen ze allemaal met de bus. Het is echt op het centrum nodig. Veel laagdrempeliger zo.'

Daar waar de GGZ gehuisvest is elders in de stad noemen de zorgverleners het juist een voordeel dat men even weg kan van het centrum. Weg van de sombere bungalows of barakken. Een aantal van deze zorgverleners, vooral POH-A-ers en psychologen, denken dat het niet wenselijk is om GGZ op het centrum te hebben. Asielzoekers moeten eigen initiatief tonen, ze moeten aangesproken worden op hun verantwoordelijkheden. Zo is het immers ook in de reguliere zorg geregeld.

Een praktijkondersteuner (POH-A) vindt dat zowel de huisarts als de GGZ buiten het centrum hoort:

'Ik denk dat je externe zorgverleners extern moet houden. Mensen die naar een huisarts moeten, die gaan. Om mensen eigen initiatief te laten nemen en om ervoor te zorgen dat men niet in pyjama aankomt. De laat maar gaan attitude is heel makkelijk. Stimulans om normaal te doen en normaal te zijn. Ik moet ook naar de huisarts toe. Extern maken is belangrijk.'

In de gesprekken met maatschappelijk werkers kwam naar voren dat zij de laagdrempeligheid van hun werk en hun aanwezigheid op het centrum van groot belang achten.

Een maatschappelijk werker vermeldt dat ze bang is dat ze in de toekomst geen inloopspreekuur meer zal kunnen hebben op het centrum. Zij zegt:

‘Ze kennen ook allemaal de mogelijkheid van het inloopspreekuur op woensdagochtend. Maar dat mag binnenkort niet meer, dat gaat allemaal veranderen. Dat mag niet meer van Menzis. En dat vind ik heel erg.’

De rol van informatie en voorlichting

Of asielzoekers de zorg weten te vinden, hangt van vele factoren af. Een van de factoren is voorlichting over het zorgsysteem. Uit de interviews met de zorgverleners blijkt dat het merendeel geen inzicht heeft in hoeveel en welke voorlichting de asielzoekers krijgen, maar dat ze het niveau en mate van de voorlichting mager inschatten. Het COA met zijn niet-medische gidsfunctie zou eigenlijk moeten zorgen voor de voorlichting aan asielzoekers over het Nederlandse gezondheidssysteem, maar dit gebeurt in de praktijk te weinig of er is weinig zicht op, volgens de POH-A en huisartsen. Daarbij stelt een aantal zorgverleners dat het geen kwestie van onwil is, maar meer dat het COA teveel werkzaamheden heeft en ook niet alles kan.

Doordat het gros van de asielzoekers tegenover zorgverleners stelt niet goed te weten wat ze kunnen verwachten, concluderen de zorgverleners dat de asielzoekers onvoldoende voorlichting krijgen, of mogelijk op een verkeerd tijdstip.

Een POH-A:

‘Maar of ze alles oppikken, dat weet ik niet want als ze binnen komen hebben ze van alles aan hun hoofd. Ze willen dan als eerste weten hoe het zit met de advocaat en hoe ze zo snel mogelijk een status kunnen krijgen. En pas later zullen ze erbij stil staan over het verhaal wat ze hebben gehoord over de medische dienst en dat die bestaat en wat het precies inhoudt. Desondanks krijgen we dus wel eens mensen hier, ook al hebben ze voorlichting gekregen, het schiet niet echt op. Het is dus maar de vraag of een eenmalig voorlichting hierover voldoende is.’

Een maatschappelijk werker:

‘Ik vind de kennis over de zorg die er in Nederland te halen is bij de asielzoekers, minimaal. Als je hen vertelt wat er mogelijk is, dan zitten ze met grote ogen te kijken: is dat echt waar, niemand heeft mij dit verteld.’

Op één azc, vertellen de zorgverleners, wordt er wel duidelijke voorlichting gegeven, door middel van televisie. Hierop zijn de verschillende disciplines te zien met foto. Hierdoor is het duidelijk voor de asielzoekers welke zorgverlener wat doet. De zorgverleners op dit centrum geven aan dat asielzoekers onder andere door dit middel hen beter weten te vinden.

Los van het feit dat veel zorgverleners denken dat asielzoekers onvoldoende voorlichting krijgen of deze onvoldoende oppikken, geven ze zoals besproken onder ‘De rol van informatie en voorlichting’ wel aan dat ze denken dat de asielzoekers ze wel weten te vinden. Dit lijkt een discrepantie. Vanuit dit oogpunt kan over het belang van voorlichting en de inhoud ervan dus niet veel gezegd worden.

Verwijzingen van GCA naar GGZ

Naast fysieke toegankelijkheid van de GGZ wordt toegankelijkheid ook bepaald door de visie op verwijzen van de GCA-zorgverleners. Een asielzoeker is immers afhankelijk van deze verwijzing voor het krijgen van GGZ-zorg. Uit de interviews met praktijkondersteuners en huisartsen komt naar voren dat men over het algemeen terughoudend is met het te snel verwijzen naar de GGZ. De redenen die hiervoor aangedragen, lopen uiteen. Er zijn locaties waar het contact met de GGZ moeizaam verloopt en de verwijzing vaak niet goed gaat (deelvraag 6, paragraaf 2.6). In de meeste gevallen echter komt het door de visie van de zorgverleners op het belang van rust en niet te snel labelen van klachten (deelvraag 2, zie paragraaf 2.2).

Deze visie wordt deels gevoed doordat doorverwezen asielzoekers soms weer terugkomen omdat ze in de GGZ niet op hun plek waren.

Een praktijkondersteuner (POH-A) zegt:

‘Het is ook een beetje beleid. Het blijkt wel dat veel patiënten eigenlijk niet bij de GGZ thuishoren. Dus dan moeten we ook gewoon kijken hoe we het met het doorverwijzen doen. Of we bijvoorbeeld binnen de huisartspraktijk het kunnen opvangen. Door middel van antidepressiva of met voortgangsgesprekken. Het is heel vaak ook gehoord willen worden, hart luchten. Het zit heel vaak op dat niveau. Dat gaan we dan ook bespreken.’

Een huisarts noemt daarnaast ook dat de GGZ-behandeling niet goed aansluit bij de leefomgeving waarin asielzoekers zich bevinden. Dit is voor hem een reden om niet te snel door te verwijzen naar de GGZ:

‘De omgeving zoals ze hier leven, is geen geweldige leefomgeving. Ook niet echt een omgeving om in therapie te gaan; daarna moet je immers weer het ‘hok’ in. Dat maakt het niet makkelijk, niet voor de asielzoeker en ook niet voor de therapeut. Dus je wilt ook niet iedereen doorsturen. je weet dat het pappen en nathouden is.’

Bij de negen centra is de gemiddeld genomen wachttijd voor GGZ vier maanden. Vaak is er al een intake geweest, maar duurt het daarna enkele maanden voordat de asielzoeker opgeroepen wordt. Ook de bereikbaarheid laat te wensen over volgens sommige zorgverleners. Niet alleen de fysieke bereikbaarheid, maar ook telefonisch contact met de GGZ is vaak moeilijk. Zo vertelt een POH-A dat asielzoekers niet zelden achteraf vragen hebben over medicatie verstrekt door de GGZ. Zij komen dan niet verder dan de receptioniste en voelen zich onbegrepen en komen alsnog met hun vragen bij het GCA.

Als laatste zijn ook de ontwikkelingen in de GGZ-instellingen zelf van belang voor het wel of niet doorverwijzen. Een aantal GGZ-zorgverleners maakt zich zorgen over bezuinigingen die volgens hen de deur dicht doen voor asielzoekers.

Een GGZ-zorgverlener:

‘En we hebben hier nu een nieuwe discussie; ik heb net iemand van VluchtelingenWerk aan de telefoon gehad met wie ik samenwerk bij een aantal cliënten, en die vertelt dat GGZ X de deur dichtgooit. En dat heb ik nagevraagd en het blijkt een nieuw beleid te zijn. Deze mensen kunnen niet profiteren van een behandeling en eigenlijk zou er voor deze doelgroep een nieuwe unit moeten komen, meer een specialistische zorg.’

De praktijkondersteuners en huisartsen menen dat de toegang tot de GGZ met het nieuwe systeem consulent GGZ wellicht zal verbeteren. Er kan dan gemakkelijker verwezen worden binnen de eerste lijn en de consulent GGZ kan een betere schifting maken van wie wel en wie niet in de tweedelijns-GGZ hoort. Paragraaf 2.8 gaat hierop door.

Samenvatting

Over het algemeen ervaren de zorgverleners de fysieke toegankelijkheid van zorg voor asielzoekers als positief. Vooral de toegang tot het GCA verloopt goed volgens de meeste zorgverleners. De laagdrempeligheid van de inlooppreekuren komt de zorg ten goede. De meningen over het aanwezig zijn van de huisarts en tweedelijns-GGZ zorg op het azc zijn verdeeld. Enerzijds wordt het even weg zijn van het centrum als voordeel gezien, anderen merken op dat ze dat juist een drempel vinden. Over het algemeen hangt de mening van de zorgverleners sterk samen met de locatie waarop zij werken en de ligging hiervan.

Het gebruik en de toegankelijkheid van de praktijklijn wordt niet positief beoordeeld. Tevens zetten de zorgverleners veel vraagtekens bij de voorlichting en informatievoorziening die asielzoekers zouden moeten ontvangen. De rol van de niet-medische gidsfunctie van het COA blijft onduidelijk. Het GCA speelt een cruciale rol als poortwachter voor de GGZ. Het lijkt erop dat veel GCA'ers hierin enige mate van

terughoudendheid betrachten: deels omdat men de GGZ niet altijd het juiste antwoord vindt op de problematiek, deels door structurele problemen in de GGZ, zoals wachttijden.

2.6 Visie op continuïteit en samenwerking in de keten

Onderzoeksvraag 6 was: 'Hoe evalueren de zorgverleners de continuïteit en samenwerking in de keten?' Hoe is de samenwerking tussen de verschillende ketenpartners; hoe verloopt het doorverwijzen van asielzoekers die psychische zorg nodig hebben; wat zijn de sterke en zwakke kanten in de keten?

Overleg tussen de ketenpartners

Alle zorgverleners in de eerste lijn vinden samenwerking in de keten belangrijk, op welke manier dan ook. Deze samenwerking kan plaatsvinden via structurele overleggen of door bilateralen op momenten dat het nodig is. Het samenwerken met verschillende disciplines is belangrijk om de mensen van een centrum goed in beeld te hebben en snel te kunnen reageren op ontwikkelingen. Een COA-medewerker signaleert soms eerder bepaalde zaken dan een medewerker van het GCA.

Een huisarts vindt het prettig binnen de overleggen bepaalde zaken met elkaar te delen, maar ook kennis over bijvoorbeeld wettelijke procedures. Zij zegt:

'We bespreken algemene dingen waar we tegenaan lopen, bijvoorbeeld de mensen die niet komen opdagen, hoe het verloopt met de wettelijke procedures, wat is er nieuw, onrust in centrum, als er net iets gebeurd is, dat heeft dan repercussies dat is prettig als je dat deelt. Zorg over bepaalde mensen, dat je dat kan delen; hoe zullen we dat oppakken?'

Uit alle interviews blijkt dat de POH-A vooral samenwerkt met de huisarts, COA (woonbegeleider) en maatschappelijk werk en soms met een SPV'er van de GGZ-instelling. De huisarts werkt vooral met POH-A, GGZ en maatschappelijk werk samen. Binnen de GGZ (psycholoog of SPV'er) wordt vooral intern samengewerkt met de psychiater; soms ook met de POH-A of huisarts. Voor het maatschappelijk werk geldt dat vooral wordt samengewerkt met het COA (woonbegeleider), de POH-A en VluchtelingenWerk.

Overleg tussen ketenpartners is op veel plaatsen goed geregeld, maar op sommige plaatsen is het overleg nauwelijks aanwezig. Op centra waar geregeld overleg is tussen GCA, COA, GGZ en AMW, is men heel tevreden en zijn er ook korte lijnen. Het overleg komt volgens de zorgverleners ten goede aan de samenwerking, de doorverwijzing en daarmee ook de zorg.

Op de meeste centra is met het nieuwe zorgsysteem een verandering opgetreden in het karakter van het overleg tussen de disciplines. Waar voorheen de MOA een voortrekkersrol vervulde om dit overleg te faciliteren, is deze taak nu niet bij een van de ketenpartners belegd. Dit leidt ertoe dat op sommige centra veel van de lijnen zijn weggevallen. Vervolgens heeft een aantal van de centra andere manieren gevonden voor overleg, bijvoorbeeld door middel van bilateraal overleg. Op een klein aantal van deze centra is er tussen GCA en COA-GGZ weinig contact. Zowel aan de kant van het GCA als aan de kant van de GGZ wordt dit gemis benoemd (zie paragraaf 2.8 onder 'Visie op het nieuwe zorgsysteem'). De GCA-zorgverleners hebben in de interviews niets vermeld over samenwerking of afstemming met organisaties en instanties buiten de vaste ketenpartners, zoals Nidos, VluchtelingenWerk, Mind-Spring en de Vrolijkheid.

Samenwerking met de partners

Wat gaat er goed en minder goed in de samenwerking met het GCA, GGZ, maatschappelijk werker, COA en andere partners? Er gaat veel goed in de samenwerking in de keten, maar de goede samenwerking is afhankelijk van goed overleg en afstemming. Ondanks dat alle zorgverleners het belang hiervan inzien, zullen ze dit zelf het niet altijd initiëren. Het nieuwe takenpakket ziet er nu immers anders uit. Of het overleg tussen ketenpartners toch nog wordt opgepakt, lijkt afhankelijk van de instelling van de zorgverlener. Sommigen vinden het zo belangrijk dat ze het alsnog blijven doen.

Een ander probleem dat volgens een aantal zorgverleners naar voren komt, zijn de bezuinigingen in de zorginstellingen. Zo doet zich het probleem voor dat een aantal GGZ-instellingen hun deur langzaam sluiten voor de asielzoekers. Dit bemoeilijkt de samenwerking van veel zorgverleners met de betreffende GGZ. Ook is er op sommige centra zorg over de beperkte toegang tot maatschappelijk werk. In deze centra kan men vaak niet naar het maatschappelijk werk verwijzen.

Uit de interviews ontstaat het beeld dat goede samenwerking afhankelijk is van de zorgverleners zelf, van de betrokken personen. De samenwerking is minder afhankelijk van de functie van de zorgverlener. Wel is de functie van de zorgverlener van invloed op het zoeken van samenwerking, intern of extern. Zo werkt een huisarts meer samen in de keten dan een psychiater of psycholoog. Psychiaters en psychologen zoeken de samenwerking meer intern, in de tweedelijsorganisatie.

Verder blijkt uit de interviews dat over het algemeen de samenwerking met het GCA als positief wordt gezien. Opvallend is dat voor 2 centra de zorgverleners werkzaam in de tweedelijs-GGZ niet weten wie de GCA-medewerkers zijn (men weet vooral niet wie de POH-A's zijn) en hier dus ook niet mee samenwerken.

Een GGZ-zorgverlener zegt:

'Ik heb nog nooit met hen overleg gehad. Ik vind het ook niet makkelijk toegankelijk. Ik heb ook geen idee wie daar bij het GCA zitten.'

Dit geldt niet voor de plekken waar de GGZ bij een structureel overleg op het centrum aanwezig is. Daar loopt de samenwerking goed.

Een enthousiaste GGZ-zorgverlener:

'Super. Echt een superteam. Het voelt ook echt als mijn team. Korte lijntjes, open club, bezielt door hun werk en de mensen. Dat voel ik in mezelf ook zo. Als ik er ben ook. 's Ochtends overleg, 's middags. Tussendoor wordt er regelmatig gebeld. Even meedenken. Hele prettige samenwerking. De communicatie en de doorverwijzingen lopen goed. Ook als ze twijfelen over verwijzing: dan kijken we er even samen naar. Bespreken we wat de beste plek is voor de cliënt. Bijvoorbeeld ook maatschappelijk werk.'

Toch komt het ondanks de goede contacten ook voor dat de zorgverlener, in dit geval een GGZ-zorgverlener, niet op de hoogte wordt gebracht wanneer een cliënt wordt overgeplaatst.

De GGZ-zorgverlener:

'Ik hoor het echt pas achteraf. GCA belt over het algemeen niet op om te zeggen dat het komt. Het is nu wel vaak heel plotseling en er zit voor mij weinig lijn in. Het is onvoorspelbaar. Zou wel beter zijn als ik ingelicht zou worden. Kan soms wel weken duren voordat ik erachter kom dat iemand is overgeplaatst.'

Door de vaak lange wachtlijsten die er zijn bij de tweedelijs-GGZ, wordt de samenwerking met de GGZ door een aantal zorgverleners van het GCA als negatief bestempeld, vooral op de locaties waar geen structureel overleg plaatsvindt tussen GCA en GGZ. Ook vindt men de samenwerking minder positief als het niet duidelijk is wie binnen de GGZ belast is met asielzoekers. In een aantal instellingen zijn geen specialistische teams die de zorg voor asielzoekers op zich nemen. Hierdoor kunnen de asielzoekers bij veel verschillende zorgverleners in behandeling komen. Voor het GCA is dit vaak onduidelijk en maakt het samenwerken lastig. Daar waar slechts een aantal personen belast is met de doelgroep asielzoekers, verloopt de samenwerking soepeler.

Twee praktijkondersteuners klagen erover dat de GGZ-zorgverlener verantwoordelijkheden afschuift. Een van hen (POH-A) zegt:

‘Patiënten die door ons verwezen zijn, worden ongezien teruggestuurd omdat de arts die hen zou zien, crisisdienst heeft en weggeroepen is. We hebben hier geen systeem dat wij mensen van wie afspraken zijn afgezegd kunnen waarschuwen. We kunnen niet als postbode fungeren. Zij denken vaak dat wij dat wel kunnen.’

Met het COA bestaan goede en minder goede samenwerkingsrelaties. Het gaat dan vooral om het contact met de woonbegeleiders. Een aantal zorgverleners heeft structureel overleg met hen. Zij geven aan dat dit de contacten verbetert. Wel vindt de samenwerking met het COA voornamelijk plaats met het GCA en het maatschappelijk werk. Er zijn nauwelijks samenwerkingsrelaties tussen het COA en de GGZ.

Een praktijkondersteuner (POH-A) zegt:

‘Het verschilt per locatie, maar over het algemeen hebben we een COA waar we goed mee kunnen samenwerken. We hebben wel de indruk dat het COA door de bezuinigingen minder personeel heeft en de werkdruk ontzettend hoog wordt. Maar het loopt goed.’

Relatie tussen ketensamenwerking en doorverwijzen binnen de keten

Het verwijzen binnen een organisatie naar collega's (POH-A naar huisarts; psycholoog of SPV'er naar psychiater) verloopt over het algemeen prima. Ook wanneer een andere discipline op het centrum zit, zoals maatschappelijk werk of de GGZ tweede lijn, zijn er geen problemen. Belangrijk is ook dat bij goede contacten – korte lijnen – het doorverwijzen vaak geen problemen oplevert. Ook het verwijzen naar een specialistische instelling – derde lijn – gaat vaak goed; wel vraagt men daar een terugkeergarantie aan de verwijzer.

Vanuit diverse overlegvormen met verschillende disciplines bij elkaar, ketenpartners of zorgnetwerken (zoals MDO, bilateralen tussen twee disciplines, zorgnetwerk in een gemeente enzovoort), ontstaan ook veel verwijzingen. Dit werkt positief voor alle betrokken zorgverleners. Via deze weg hebben de zorgverleners ook al achtergrondinformatie over de asielzoeker. Via de woonbegeleiders van het COA worden ook regelmatig asielzoekers doorverwezen naar het GCA of het maatschappelijk werk.

Knelpunten zijn vooral gevonden in het doorverwijzen en terugkoppelen tussen GCA en GGZ-instellingen. Van beide kanten is er door een aantal zorgverleners kritiek geuit. Opvallend is dat de kritiek voornamelijk de centra betreft waar er tussen het GCA en de GGZ geen structureel overleg bestaat.

Summiere informatie over de cliënt noemen sommige zorgverleners als knelpunt bij het doorverwezen krijgen van een asielzoeker.

Zo vertelt een GGZ-zorgverlener die een verwijzing krijgt van de huisarts:

‘Hij is erg summier met zijn informatie, wat soms ook geen correcte verwijzing oplevert. Kijk als we die van xxx erbij pakken is dit alles wat ik krijg van de huisarts (laat verwijsbriefje zien met daarop de tekst: ‘Veel meegemaakt, mishandeld in de gevangenis, emotioneel en slaapt slecht. Patiënt wenst uw begeleiding. Spreektaal Susu.’) Regelmatig is het nog korter. Hier staat heel luxe de spreektaal bij. Maar dit is erg summier, terwijl de cliënt ook al bij de POH-A is geweest en daarna naar de huisarts. Ik vind dat erg jammer. Ik ben dus niet helemaal tevreden met de verwijzingen van xxx zoals je hoort en daar hebben we hem ook al vaak op aangesproken.’

Ook het niet goed kunnen doorverwijzen van de cliënt is een knelpunt. Er zijn weinig plekken waar de zorgverleners asielzoekers naartoe kunnen doorverwijzen.

Zo geeft ook een huisarts aan:

‘Het laatste jaar hebben we eigenlijk niks gehad aan hulp op het centrum en hebben we gezien de omstandigheden maar verwezen naar de GGZ maar ik denk dat meer dan de helft daar niet thuishoort. Toch te lichte problematiek.’

Een praktijkondersteuner (POH-A):

‘We maken toch vaak mee dat we doorverwijzen naar de GGZ’en dat mensen binnen twee weken weer op straat staan. Dat gebeurt heel veel. Mensen vragen om een ander huis, vragen een verblijfsvergunning, klagen over hun leefsituatie en dan blijkt dat de GGZ daar ook niet veel aan kan doen. We hadden hier vroeger een SPV’er die hier om de week kwam, waardoor we een geleidelijke overgang hadden. Dat werkte heel goed. Nu hoor ik niet meer terug hoe de behandeling ging. We krijgen wel een brief, maar daar lees je niet veel in. Na verwijzing ziet de locale GGZ-instelling iemand een paar keer en dan horen wij terug dat de persoon verwezen is naar de categorale GGZ-instelling. Dan krijgen wij een brief dat X uitgeschreven is en staat hij na een dag weer bij ons op de stoep.’

Een aantal zorgverleners, vooral van het GCA, vindt het jammer nauwelijks of geen verslaglegging van de GGZ terug te krijgen. Ze zijn niet meer op de hoogte van hoe het de cliënt vergaat die ze hebben doorverwezen.

Samenvatting

De keten van zorg voor asielzoekers met psychische problemen blijkt complex. Diverse disciplines hebben met elkaar te maken. En de disciplines zitten veelal op veel verschillende locaties in dorp, stad of gemeente. Er valt dan ook geen eenduidige conclusie te trekken over wat er goed en minder goed gaat in de zorgketen. Wel zijn er indicaties dat veel afhangt van de persoonlijke instelling van de zorgverlener. Deze bepaalt in hoge mate of er onderling overleg plaatsvindt en hoe kort de lijnen zijn. Daar waar men elkaar ‘goed’ kent of een aanspreekpersoon heeft, verloopt de samenwerking goed. Over het algemeen is dit het geval waar een vorm van structureel overleg tussen de ketenpartners, inclusief de GGZ, aanwezig is. Ook voor het adequaat kunnen doorverwijzen van asielzoekers lijkt deze conclusie op te gaan. Opvallend is dat door GCA-zorgverleners het afstemmen en samenwerken zich lijkt te beperken tot de ‘zorgketen’ en dat organisaties als VluchtelingenWerk en Nidos niet door hen worden genoemd. Uit dit onderzoek kunnen geen conclusies getrokken worden over het effect van de samenwerking en afstemming op de uiteindelijke zorg voor asielzoekers.

2.7 Kennis van en visie op MAPP

Onderzoeksvraag 7 was: ‘Wat weten de zorgverleners over het MAPP en wat vinden zij van het MAPP?’ In bijna alle interviews (27 van de 30) is het onderwerp MAPP ter sprake gekomen. De zorgverleners zijn gevraagd of zij bekend zijn met het MAPP, wel eens MAPP-rapportage hebben gelezen of gezien en wat daarop hun visie is.

Visie van zorgverleners op het MAPP

Wat is de visie van de zorgverlener op het MAPP? De helft van de zorgverleners is niet bekend met het MAPP en heeft nooit een MAPP-rapport gezien. De andere helft heeft wel eens een MAPP-rapport gezien en is bekend met het MAPP. De meeste praktijkondersteuners zijn bekend met het MAPP. Dit is in mindere mate het geval voor huisartsen en GGZ-zorgverleners.

Over het algemeen is men te spreken over de MAPP-rapportages. De rapportages zijn uitgebreid, en het asielrelaas staat erin waardoor de asielzoeker het niet nog een keer hoeft te vertellen. Voor zorgverlener en cliënt kan dit prettig zijn.

Een huisarts zegt:

‘Dat was wel zeer grondig, geprotocolleerd ook. Ik vond dat ook best een goed idee. Het ondersteunt ook zijn asielrelaas.’

Ook geeft een GGZ-zorgverlener die niet bekend is met het MAPP aan graag zulke rapportages te willen hebben over zijn cliënten, vanwege achtergrondinformatie die nu vaak ontbreekt bij een verwijzing.

Maar er zijn ook kritische noten. Zo stelden verschillende zorgverleners dat een rapportage een momentopname is en wanneer de asielzoekers wat langer in Nederland zijn, meer tot rust zijn gekomen, er wellicht een aantal klachten zijn afgenomen of niet meer bestaan. De zorgverlener in kwestie zal dan toch opnieuw een anamnese moeten afnemen en vragen wat de hulpvraag van de cliënt is.

Zo vertelde een GGZ-zorgverlener:

‘Voor die MAPP-rapportage worden mensen vaak in korte tijd gezien vlak nadat ze in Nederland zijn aangekomen. Klachten die opgenomen worden in de MAPP-rapportage verbleken vaak als mensen hier een paar weken zijn. Ze gaan niet weg, maar worden minder qua heftigheid. Als asielzoekers eenmaal in het azc zitten en opgeroepen worden voor een intake, dan zit er een paar weken tussen met de rapportage en dan zijn ze het gesprek met de MAPP-psycholoog kwijt. Want er speelt zoveel in hun hoofd, als ze hier net zijn. de asielzoeker zal het dus zelf niet ter sprake brengen. Vaak weten ze het niet eens meer. Dan weet de medische dienst het omdat het ze is toegestuurd. Ik krijg soms wel een kopie van het MAPP-rapport, maar het is meer uitzondering dan regel als de klachten nog kloppen.’

Een praktijkondersteuner (POH-A) zegt over een MAPP-rapport waarin GGZ-zorg geïndiceerd stond:

‘Misschien is maatschappelijk werk dan ook wel een optie. Tweedelijns GGZ is toch echt voor psychiatrische patiënten. Je moet zorgvuldig afwegen wat er aan de orde is. We kennen voorbeelden genoeg van mensen die wat langer hebben gewacht en waar het nu stukken beter mee gaat. Ook vanuit de GGZ, vanuit de psychiaters horen we wel dat in de MAPP-rapportages of IND-rapportages soms echt onjuistheden zaten.’

Een huisarts:

‘Dat MAPP nogal wisselend is, hangt ervan af of het interview op de eerste dag gebeurt als iemand verward binnenkomt of na drie maanden. Met sommige rapportages zijn we heel blij omdat er dingen instaan waarvan ze hier niets gezegd hadden en die verhelderend zijn omdat ze [asielzoekers] dingen opgesloten hadden. Maar dan lezen we bij andere rapportage die we later binnen krijgen, dingen waarnaar we met grote ogen kijken. Is dat echt eenzelfde persoon? dat kan niet! Die persoon hebben wij al tientallen keren gezien zonder dat daar iets aan de hand was. Ja, zo’n rapportage kan bij sommigen een vertekend beeld geven. Bij anderen krijg je een ander perspectief.’

Een GGZ-zorgverlener ziet juist voordelen van onderzoek in een vroeg stadium naar de klachten van de asielzoeker. Zo wordt vertroebeling van klachten voorkomen:

‘Wat dat betreft is een vroeg onderzoek zoals het MAPP doet het beste, dat geeft de minste kans op simulatie of verergering in de presentatie van symptomen. Hoe vroeger je test, hoe betrouwbaarder. En MAPP heeft wel bij een aantal gevallen de ernstig psychiatrie eruit gepikt.’

Onduidelijk is soms wat er met een MAPP-rapport gebeurt. Deze rapportage zit soms wel en soms niet bij het bestaande dossier in het HIS. Zorgverleners van het GCA, weten vaak niet dat de cliënt een MAPP-rapportage heeft. Ook zit de MAPP-rapportage niet standaard bij een doorverwijzing van GCA naar GGZ of maatschappelijk werk. Waarschijnlijk is dit ook de oorzaak dat veel zorgverleners niet bekend zijn met het MAPP.

Wat doet een zorgverlener met een MAPP-rapportage?

Wanneer een zorgverlener een MAPP-rapport in handen krijgt, zijn er grofweg twee scenario’s voor vervolg. Als eerste, wanneer het rapport afkomstig is van een ander centrum (bijvoorbeeld Ter Apel of Zevenaar), wordt de asielzoeker vaak gelijk uitgenodigd door het GCA. Het rapport wordt doorgelezen en de zorgverlener vraagt de cliënt naar zijn klachten en de intensiteit ervan. Afhankelijk van de uitkomst van

dit gesprek komt er wel of geen vervolg of wordt de cliënt doorverwezen. Het komt ook voor dat de cliënt er zelf (nog) niets mee wil en geen verdere hulp of begeleiding wenst.

Een huisarts zegt:

‘Wat we niet doen is zo iemand gelijk bij de GGZ droppen, tenzij het ernstige psychiatrie is. Maar bij vermoeden van PTSS, die sturen we niet gelijk door. Mijn ervaring is ook wel, eerlijk gezegd, dat het beeld van asielzoekers anders wordt als ze in rustigere periode zitten. De MAPP-rapportage is een korte observatie, een momentopname. De persoon komt daarna nog op de intake en komt dan nog eens terug bij de POH-A. Dan kijken we nog eens of het nodig is. We doen dus niet gelijk iets, maar we denken er wel bewust over na.’

Wanneer het MAPP-rapport afkomstig is van een advocaat, wachten de meeste zorgverleners bij het GCA af of de asielzoeker zichzelf meldt. Ze gaan hierbij uit van de eigen motivatie van de cliënt, zeker wanneer de persoon in kwestie al langer in het azc is en zij deze bewoner nooit eerder hebben gezien op de medische dienst.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

‘Vanmorgen kregen we via een advocaat een MAPP-rapportage binnen, van een jong meisje waarbij PTSS was geconstateerd en behandeling bij de GGZ geadviseerd werd. Maar wij hebben dat meisje nog nooit gezien hier op de medische dienst en hoe lang is ze nou hier? Wij denken dat het dan allemaal wel goed gaat want anders had zij zich wel gemeld. Wij hebben veel last van de advocaten die de MAPP-rapportages zien of hebben. Als een advocaat zo’n rapportage leest dan gaat hij zich ermee bemoeien en brieven sturen dat de cliënt per se moet worden doorverwezen naar de GGZ. En dat houdt niet met een brief op als dat niet gebeurt. Dat is echt heel lastig.’

(Interviewer:) ‘En roepen jullie haar dan nu op?’ (Praktijkondersteuner (POH-A))

‘Nee, we laten het zo. We wachten tot degene zelf komt. Voor elk hulpverleningstraject geldt hetzelfde, mensen moeten het zelf komen vragen. Ook naar aanleiding van de motivatie. Als mensen het zelf komen vragen, zijn ze ook gemotiveerd om eraan te werken. Dat geldt dus ook voor dit meisje.’

De reactie op het MAPP-rapport van advocaten lijkt gekleurd te zijn door de houding die de zorgverleners hebben ten opzichten van advocaten die zich met de zorg ‘bemoeien’ (zie deelvraag 3, paragraaf 2.3). De MAPP-rapportage wordt dan minder beschouwd als een document van een collega-professional en meer als een push van de advocaat om zijn of haar cliënt in de GGZ te laten instromen.

Samenvatting

De helft van de geïnterviewde zorgverleners blijkt niet bekend te zijn met het MAPP en ook nooit een MAPP-rapportage te hebben gezien. De andere helft is er wel bekend mee, maar hun meningen lopen hierover uiteen. Veel van de zorgverleners die ermee bekend zijn, vinden het een uitgebreide en volledige rapportage waarin het hele asielrelaas staat. Maar tegelijkertijd zijn juist hierover ook kanttekeningen gemaakt. Het zou een momentopname zijn. Klachten zouden, volgens zorgverleners, geleidelijk na aankomst in Nederland, afnemen, waardoor opnieuw een anamnese van belang is. Hierdoor moet de betreffende asielzoeker toch weer opnieuw zijn verhaal doen.

Wanneer een zorgverlener van het GCA een MAPP-rapportage in handen krijgt via een ander azc, dan wordt de asielzoeker vaak opgeroepen voor een gesprek. Wanneer de MAPP-rapportage via een advocaat binnenkomt bij de zorgverlener, wacht deze meestal af of de asielzoeker zich zelf meldt. Dit lijkt voor een deel samen te hangen met eerder genoemde bevinding dat zorgverleners ‘bemoeienis’ van advocaten met de zorg niet op prijs stellen.

2.8 Visie op het effect van zorgsysteemveranderingen

Onderzoeksvraag 8 was: ‘Welke visie hebben de zorgverleners op het effect van de veranderingen in het zorgsysteem?’ Sinds januari 2009 is het zorgsysteem voor asielzoekers herzien. In hoofdstuk 2 zijn de voornaamste wijzigingen van het systeem besproken. Deze paragraaf gaat in op de visie van zorgverleners op dit nieuwe systeem: eerst wordt specifiek gekeken naar deskundigheidsbevordering en vervolgens naar de rol en functie van de consulent GGZ. Dit is een functie die vanaf de zomer 2010, vijf maanden nadat de interviews zijn gehouden, zal starten.

Visie op het nieuwe zorgsysteem

Over het algemeen kijken zorgverleners relatief positief naar het nieuwe zorgsysteem. Vaak benoemen zij zowel positieve als minder positieve elementen van het nieuwe zorgsysteem. Voor de praktijkondersteuners heeft de verandering de meeste impact gehad. Zij hebben dan ook het meeste met het GCA te maken. Positieve punten die zij noemen, zijn het HIS en de invulling van hun werk. Minder positief zij de POH-A's over de praktijklijn.

De praktijkondersteuners hebben geen van allen veel contact met het GCA Wageningen. Ze hebben het gevoel dat ze hun functie zeer zelfstandig kunnen oppakken. Op een aantal centra is het werk niet heel anders geworden dan voorheen.

Een praktijkondersteuner (POH-A):

‘Nou, eerlijk gezegd is het GCA Wageningen wat ver. Wij zijn een zelfsturend team. Ik functioneer nog net zo als voor 1 januari 2009. Dat ik me gesteund voel, nee dat kan ik niet zeggen, en of het anders is dan de MOA? Nou, we hadden destijds een goede begeleider. maar dat lag vooral aan haar. Ik mis inhoud bij GCA. dat zie je ook bij het nieuwe model van de GGZ. Ze persen het in het Nederlandse model.’

Een andere praktijkondersteuner (POH-A) stelt dat haar werk leuker is geworden:

‘Groot verschil met MOA en nu. Ik voelde dat met GGD wel op was. We werden niet meer gestimuleerd of geholpen om verder te groeien en initiatief te nemen. Het geld ging naar andere dingen. Met het GCA zijn er weer nieuwe kansen. Heel verfrissend. Ik ben ook wel eens bang. Komt het wel goed? Ze hebben de pech dat ze moeten werken met mensen die al vijftien jaar op de werkvloer zitten. Dat er mensen die geen nieuwe dingen willen proberen. Ik ervaar het als nieuwe ronde, nieuwe kansen.’

Weer een andere praktijkondersteuner (POH-A) roemt het concept:

‘Ik vind het een goed concept. Ik sta er ook volledig achter. Ik vind de gedachte goed, het past ook helemaal bij hoe je een asielzoeker ziet. Ik gruwel van het woord ‘ze zijn zielig’. Dat vind ik echt afschuwelijk. Het pas helemaal binnen de oriëntatie en de inburgering, dit concept. Kijk, als je ze ‘pampert’, vier jaar lang of net na gelang de procedure duurt, en je hebt ze van voor tot achter in de watten gelegd en vervolgens zet je ze buiten de poort en proficiat je hebt een woning en dan? Dan moeten ze het ook helemaal zelf doen, dus het past er helemaal in. Ik vind dat gewoon hele goede dingen.’

In een aantal interviews zijn verschillen tussen het oude en nieuwe systeem benoemd: het HIS, de praktijklijn, een kleinere bezetting POH'ers, andere verantwoordelijkheden. Over het HIS is men zeer te spreken, vooral het feit dat er zo snel een overzicht verkregen kan worden van iemands medische geschiedenis. Dit helpt in de overdracht en in het beter diagnosticeren van problemen. Over de praktijklijn is men minder tevreden. Opvallend is dat praktijkondersteuners en huisartsen gelijke ideeën hebben over deze aspecten van het nieuwe systeem.

Huisartsen, als zelfstandig ondernemers, beschouwen het GC A Wageningen ook als ver weg. Zij vertellen echter over het algemeen dat ze dat prima vinden, omdat zij gehecht zijn aan hun zelfstandigheid en de eigen invulling die zij kunnen geven aan het werk binnen hun team.

Met de huisartsen is het verschil tussen het oude en nieuwe systeem besproken.

Eén huisarts merkt op dat het een proces is geweest om het nieuwe systeem te implementeren maar dat het nu goed gaat:

'In het begin hebben we erg moeten slikken: dat gaat nooit werken. We hebben wel een aanlooptijd nodig gehad. Stelselmatig zijn we de regels gaan gebruiken die we kregen opgelegd. Iedere maand meer, 80% van die regels werkt nu heel goed.'

Geen van de respondenten ziet de praktijklijn als een aanwinst. Het is te ingewikkeld en op veel centra wordt er weinig gebeld.

Een huisarts:

'Mijn idee is dat de praktijklijn niet toegankelijk is voor asielzoekers die nog geen Nederlands kunnen. De POH-A van het centrum moet deze lijn voor hen bellen. Want als je belt moet je Nederlands kunnen, anders begrijp je er niks van en gaat het mis met de afspraken.'

De bezetting van POH'ers op de centra wordt door de huisartsen voornamelijk als positief ervaren. De bezetting is in veel centra nu passender voor de hoeveelheid werk. Ook meldt een aantal huisartsen het prettig te vinden dat zij zelf mee hebben kunnen beslissen over wie er in hun team bleef of kwam.

Een huisarts zegt:

'De samenwerking met de POH-A werkt goed. Door de bezuinigingen van Menzis sinds januari 2009 zijn er nu nog maar twee POH-A'ers, waardoor ik nu veel meer continuïteit heb dan voorheen. Toen waren er zes POH-A'ers en was het altijd zoeken wie ik moest hebben.'

Eén huisarts vindt dat het huidige systeem teveel gericht is op bezuinigen. Hij zegt:

'Je kunt van het huidige systeem niet veel verwachten. Voorheen hadden we met de GGD, de COA en de verzekeraar te maken. Juist door dat driemanschap ontstond er onderhandelingsruimte. Dat is er nu niet meer. We zijn nu helemaal overgeleverd aan Menzis. Die is almachtig en doet maar een ding: bezuinigen. Dit is geen persoonlijke beschuldiging. Efficiëntie, dat is wat ze willen. En natuurlijk in opdracht van het COA, die zegt dat het ook een onsje minder mag. We voelen ons tandeloos en kunnen geen vuist maken. Er zijn ook positieve dingen zoals het HIS. En we hebben geknokt voor een aantal zaken, zoals behoud van doktersassistente, meer POH-A's en de vrijheid van de locatie van het spreekuur. We hebben ook veel voor elkaar gekregen door samenspraak met Menzis. Die overlegstructuur heeft prima gewerkt.'

Opvallend is dat zowel praktijkondersteuners als huisartsen en GGZ-zorgverleners het minst positief spreken over de invloed van het nieuwe zorgsysteem op de ketensamenwerking. Zoals bij deelvraag 6 (paragraaf 2.6) al werd besproken, is op een aantal centra met het nieuwe zorgsysteem de overlegstructuur en -cultuur komen te vervallen. De zorgverleners op deze centra noemen dit als een gemis door het informatiegat dat ze nu ervaren. Dit probleem wordt vooral door de GGZ en de huisartsen benoemd.

Een huisarts zegt:

'Ik mis het heel erg. Ik kreeg altijd mooie verslagen en dat was heel helder en duidelijk en die stopte ik allemaal in een map. Nu doen ze dat niet maar dat mis ik. Ik weet nu niet goed wat er met mijn cliënten gebeurt. Vaak krijg je pas veel later een berichtje van de GGZ. Dat vind ik echt jammer.'

De GGZ-zorgverlener waarmee de huisarts uit het voorafgaande citaat samenwerkt, rapporteert het jammer te vinden dat het MDO (multidisciplinair overleg) niet meer bestaat. De overdracht gegevens zijn volgens hem ook mager. Waarom het een en ander is veranderd, is hem onduidelijk:

‘Het zou kunnen dat ze andere taken hebben gekregen vanuit Menzis, maar dat weet ik eigenlijk niet. Het is in ieder geval niet helder voor mij.’

De meeste GGZ-zorgverleners kennen de huisarts en praktijkondersteuners. Of ze hebben nog regelmatig overleg, of ze hadden voorheen overleg. Op één centrum is het contact tussen de GGZ en het GCA nauwelijks aanwezig. Verder ondervindt men in de GGZ weinig voordeel van het HIS. Een aantal GGZ-zorgverleners klaagt zelfs dat ze zo weinig informatie krijgen in de overdracht (zie paragraaf 2.6 over ketensamenwerking).

Een belangrijk punt, door bijna alle respondenten genoemd, maar ouder dan het nieuwe zorgsysteem, is het gebrek aan activiteiten en mogelijkheden voor zinnige daginvulling. Als er meer gedaan zou worden aan activering, zouden er een stuk minder mensen zorg behoeven, aldus de respondenten. Men weet nog niet wat het effect is van het nieuwe zorgsysteem op het aanbod aan activiteiten in de centra.

Behoefte aan deskundigheidsbevordering

Bijna alle POH-A's zeggen dat ze in het verleden veel hebben gehad aan de nascholingen. Zij benoemen het contrast tussen de scholingsmogelijkheden vroeger en nu. Er ontstaat het beeld dat er nu weinig tot niets aan bij- en nascholing wordt gedaan. De meeste POH-A's ervaren dit als een gemis. De kleine groep die pas kort in dienst is, heeft behoefte aan deskundigheidsbevordering om hun kennis van het werken met deze doelgroep op peil te krijgen. De POH-A's noemen de volgende onderwerpen: intercultureel werken; kennis over en communicatie met specifieke etnische en culturele groepen; het delen van ervaringen aan de hand van casuïstiek; intervisie en nieuwe trends in de GGZ.

Een praktijkondersteuner (POH-A) hierover:

‘Toen ik werd aangenomen bij het GCA, stond het in mijn aanstelling: “is bereid scholing en training te volgen voor interculturele verpleegkunde”. Dus laat maar komen, maar ik zie hier nog even niks van. Het GCA biedt daar nog geen ruimte voor. Ik denk dat het bijna noodzakelijk is dat we dat krijgen.’

Een andere praktijkondersteuner (POH-A) zegt:

‘Deskundigheidsbevordering is er nog niet van gekomen bij het GCA tot op heden. Dit is het andere uiterste in vergelijking met de MOA waar veel werd overlegd en ook veel scholing kon worden georganiseerd. Ik vond dit laatste teveel, maar nu is het eigenlijk te weinig.’

De huisartsen hebben wisselend behoefte aan bij- en nascholing. In het verleden hebben zij daar meer aan gedaan, al dan niet in LHV-verband. Een groot aantal heeft minder behoefte aan scholingsactiviteiten, mede omdat ze al lange tijd dit werk doen en zichzelf ervaren achten. Toch kijken zij goed terug op bepaalde scholingsdagen, zoals over de tropische ziekten. Er zijn er een paar die duidelijk behoefte hebben aan kennis van interculturele zaken en overleg met collega's aan de hand van casuïstiek.

Een huisarts zegt:

‘In het verleden werd veel aan scholing gedaan. Maar we hebben nu al jaren ervaring. Jaren geleden had ik een aantal dagen cursus voor de somatiek, ziekteleer tropengeneeskunde. Daar wist ik weinig van. Dat moet je wel bijspijkeren. Dat is heel nuttig geweest, want dan merk je dat je daar als gewone huisarts wel tekort komt. Ook nascholing door Pharos, dat waren leuke dagen. De LHV was vroeger wel actiever. We kwamen als huisartsen bij elkaar en bespraken onderwerpen. Ging ook vaak over organisatorische zaken. Is anders dan over patiënten. Soms waren er ook studiedagen. Je moet het wel een beetje zoeken maar dan vind je wel wat. Nu gebeurt er weinig, daar kan het GCA wel wat actiever in zijn.’

En een andere huisarts:

'In de praktijk heb ik het meest geleerd. Niet alle cursussen in het verleden leverden veel op. Maar later heb ik van alle cursussen wel veel opgestoken, omdat je dat vaak deed op een moment dat je daaraan toe was.'

Uit de interviews met de GGZ-medewerkers is op te maken dat zij behoefte hebben aan kennis delen met collega's. Diverse keren noemt men intervisie en casuïstiekbesprekingen. Ook voelen zij voor cursussen en studiedagen. De onderwerpen voor scholing zijn algemeen, zoals over culturele aspecten en communicatie, en specifiek als het gaat om traumabehandelingen. Duidelijk is dat deskundigheidsbevordering bij deze zorgverleners onder druk staat door vooral bezuinigingen. Veel scholing komt voort uit eigen initiatief van medewerkers.

Een GGZ-zorgverlener vertelt:

'De kwaliteit en ondersteuning staan onder druk door bezuinigen. Als je je wilt scholen, moet je veel werk verzetten om het voor elkaar te krijgen. Dit zal overal wel hetzelfde zijn: nascholen is niet werken. Dit jaar mogen we geen scholing doen. Hoe kan je een goede zorgverlener zijn zonder je verder te scholen? Verder mogen we wel paar keer per jaar naar symposia en zo. Ik vind dat als we de door veel mensen als lastig ervaren doelgroep goed willen bedienen, dan moeten we zorgen dat we dat kunnen blijven doen. Wat scholing betreft hoop ik dat volgende jaar weer anders is. In verleden ben ik wel eens naar een dag geweest over hulpverlening aan buitenlandse mensen. Daar steek je veel van op. Vorige week was hier intern nog iemand geweest, hadden we zelf geregeld. Een Turkse vrouw die ons leerde over culturele verschillen in het uiten van klachten. Dat soort dingen vind ik interessant.'

Een andere GGZ-zorgverlener zegt:

'Ik heb honger naar kennis. Ik zou meer willen weten over verschillende culturen en hoe dat zich verhoudt tot de psychiatrie. Het beeld dat mensen hier mee naartoe nemen. En de antropologische kijk op ziekte en gezondheid.'

Ondanks de wat geïsoleerde positie van de maatschappelijk werkers binnen hun instellingen lijken zij ruimte te krijgen voor deskundigheidsbevordering. Wel moeten zij dit zelf uitzoeken en regelen.

Volgens een maatschappelijk werker:

'Voor maatschappelijk werkenden is er niet zozeer iets op culturele dingen. Dat is jammer. Wel heb ik een cursus gedaan over Kortdurende Oplossingsgerichte Therapie (KOT), dat is een goede methode voor asielzoekers. Dit gaat uit van kracht van mensen. Als ik daar meer in zou willen doen en ik vraag het aan mijn baas dan is dat wel goed. Ik zou wat meer ondersteund kunnen worden. Als ik zie wat COA krijgt, dan denk ik, nou, daar zou ik wel op mee willen liften. Zij krijgen veel meer aanbod. Ik krijg weinig interculturele educatie. Maar je zoekt veel dingen zelf op. Bijvoorbeeld rondom voodoo. dan ga je eens bellen met Pharos. Of met iemand van de VU of Windesheim.'

Visie op consulent GGZ

Ten tijde van de interviews waren veel details over de invulling van de functie consulent GGZ nog onduidelijk. Voor het versterken van de eerstelijns-GGZ door een consulent GGZ zien de respondenten zowel kansen als potentiële knelpunten. Er zijn echter meer positieve geluiden dan negatieve en dit geldt voor alle typen zorgverleners. De volgende kansen worden benoemd: kortere lijn met GGZ en verbeterde toegang, betere doorverwijzingen, betere schifting tussen mensen die echt tweedelijnszorg behoeven en mensen die dat niet nodig hebben. Een aantal POH-A's vermeldt te willen solliciteren op de functie, of heeft dat al gedaan.

Een huisarts zegt:

'Ik denk dat extra inzet van een POH-GGZ kan bijdragen aan eerder signaleren en in kaart brengen van psychische problematiek. Ook zou een aantal mensen niet naar de tweedelijns-GGZ hoeven te gaan.'

Een GGZ-zorgverlener zegt:

'Als degene voldoende is toegerust qua opleiding en kennis, dan krijg je wel meer correcte toeleiding naar de tweede lijn. Dan zal er ook minder hoeven worden geschift en kun je beduidend betere aanmeldingen krijgen denk ik.'

Een andere GGZ-zorgverlener zegt:

'Ik zie kansen. Het is ook zo dat er soms mensen komen waarvan ik denk, is er ook aan andere opties gedacht?'

De positieve houding die de zorgverleners hebben tegenover de consulent GGZ heeft betrekking op de indruk die ze van de functie hebben. In de gesprekken is niet ingegaan op randvoorwaarden en specifieke invulling van de functie.

Veel knelpunten zijn gerelateerd aan onduidelijkheden. Men stelt vragen als: is dit niet te ingewikkeld? Is dit niet een onnodige schakel? Haalt dit niet het werk weg bij de POH-A?, Is dit een verschraving van de zorg? Hoe kan deze consulent GGZ goede back-up vanuit de GGZ krijgen?

Een huisarts verwoordt zijn zorg als volgt:

'Nou, daar zie ik nog niet een twee drie plaats voor. Dat heeft te maken met het feit dat de GGZ hier wel goed loopt. De juiste mensen zijn met de juiste personen bezig. ik ben bang dat de POH-GGZ er nog eens tussen gaat. De basisstructuur van het werken met asielzoeker is dat ze naar de POH-A gaan, die ook goed zelf in eventuele samenspraak met mij een inschatting kan maken. Misschien niet na een, maar wel na twee of drie gesprekken. Dan volgt nog een intake met de GGZ en daarin kan ook nog een inschatting gemaakt worden. Vervolgens hebben we ook nog terugkoppelingsmomenten. Nee, ik denk dat de tussenlaag vertraagt. Er zit dan een schakel tussen en de asielzoeker vindt al dat er veel schakels zijn.'

Praktijkondersteuners noemen een aantal keer dat ze in principe achter het concept consulent GGZ staan, maar dat ze zich zorgen maken over wat dat betekent voor hun eigen functie.

Een POH-A zegt:

'Het is jammer dat er dan bij mij een stukje wegvalt. Want dan gaat degene de gesprekken doen en niet meer ik. Maar goed, diegene heeft dan wel meer tijd om de gesprekken te doen.'

Uit de gesprekken kwam naar voren dat veel zorgverleners het onprettig vonden nog weinig van de invulling van deze positie te weten terwijl ze er wel op korte termijn mee geconfronteerd zouden worden.

Samenvatting

Over het algemeen zijn de zorgverleners relatief positief over het nieuwe zorgsysteem dat per 1 januari 2009 van start is gegaan. Vooral het werken met het HIS wordt goed beoordeeld. Minder positief spreekt men over de inzet van de praktijklijn en het verlies van het structurele overleg tussen verschillende betrokken disciplines in sommige centra. Er is grote behoefte aan deskundigheidsbevordering, vooral bij praktijkondersteuners, maar ook bij GGZ-zorgverleners. Het consulent GGZ-initiatief wordt op hoofdpunten positief ontvangen, alhoewel met veel vraagtekens. Voor zorgverleners is het onduidelijk hoe deze functie precies vorm zal krijgen. Wel beschouwen de zorgverleners deze inzet een kans om de GGZ voor asielzoekers laagdrempeliger te maken, waardoor er betere indicaties kunnen worden gesteld voor de tweedelijns GGZ.

2.9 Kansen voor het verbeteren van de zorg

Onderzoeksvraag 9 was: 'Welke kansen zien de zorgverleners voor het verbeteren van de zorg?' De zorgverleners is gevraagd naar kansen en aanbevelingen die nodig zijn om de zorg voor asielzoekers met psychische problemen te verbeteren en optimaliseren. In het volgende worden alleen die punten

weergegeven die door meerdere zorgverleners genoemd zijn. De punten zijn ook verwerkt in de andere deelvragen.

Kansen voor de organisatie van de zorg

Twee kansen springen eruit: het belang van een inloopspreekuur van het GCA op elk centrum en het verkorten van de wachtlijsten in de GGZ.

Kansen voor geestelijke gezondheidszorg

De GGZ-zorgverleners die nu werken met groepstherapie of deeltijdbehandeling, zijn hier enthousiast over. Zij rapporteren dat ze hopen dat ook andere GGZ-instellingen hun werkwijze oppakken.

Een GGZ-zorgverlener zegt:

'Als ik kijk binnen ons team: wij hebben de deeltijdbehandeling. Dat is toch echt een hele belangrijke peiler en we krijgen er ook altijd hele positieve feedback op. Ik weet van andere teams binnen de GGZ dat zij dat aanbod niet hebben. Het is heel willekeurig hoe de hulpverlening wordt vormgegeven door de instellingen. Ik denk dat een breder aanbod voor asielzoekers wel heel goed is: dat je niet alleen individuele gesprekken hebt, maar dat groepsaanbod heel belangrijk kan zijn. Dit is echt een aanbeveling uit eigen ervaring.'

Kansen voor verbeteren van de leefomgeving

Zoals al eerder aangegeven, hebben bijna alle zorgverleners het belang onderstreept van een zinnige dagbesteding en activering. Het gaat bijvoorbeeld om het aanbieden van dagactiviteiten zoals sportactiviteiten, muziek, dans, klussen doen op centrum zelf, tuinieren, banen creëren op centrum zoals bij de technische dienst.

Kansen voor samenwerking in de keten

Over de samenwerking in de keten komt naar voren dat zorgverleners korte of kortere lijnen tussen de verschillende disciplines en instellingen belangrijk vinden. Een aantal zorgverleners noemt dit ook als aanbeveling.

Een huisarts:

'Zorg waarvan de lijnen kort zijn, dat als je verwijst hij direct door kan, geen lange wachtlijsten bij deze mensen. Ze hebben direct hulp nodig. Je kunt het ze moeilijk uitleggen dat je vindt dat ze hulp nodig hebben en wel een tijd op de wachtlijst moeten staan. Je moet ook zorgen dat het GGZ-traject goed geolied is, dus korte lijnen.'

Kansen voor de zorgverlener

De voornaamste aanbeveling voor het nieuwe zorgsysteem is het aanbieden van deskundigheidsbevordering.

3 Discussie, conclusie en aanbevelingen

De voornaamste vraag van dit onderzoek is:

‘Welke ervaringen en percepties hebben zorgverleners ten aanzien van de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg van asielzoekers met psychische problemen en welke aanbevelingen formuleren zij om de zorg te verbeteren?’

In dit deel wordt gereflecteerd op de resultaten van het onderzoek om deze vraag te beantwoorden. Eerst zullen de resultaten aan de hand van het theoretisch kader worden belicht (3.1). Vervolgens wordt ingegaan op de bijdrage van de resultaten aan bestaande kennis van zorg voor asielzoekers (3.2). Na een kritische beschouwing van de methoden (3.3) volgen de conclusie en aanbevelingen (3.4).

3.1 Resultaten in het licht van het theoretische kader

In de interviews is ingegaan op verscheidene aspecten van kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg. Volgens het theoretische kader zijn er ook meerdere aspecten die bepalen hoe deze termen geduid dienen te worden. In het conceptuele model van Weide (zie hoofdstuk 3) wordt het effect van de zorg bepaald door een combinatie van kwaliteit van de zorginstelling, de kwaliteit van de zorgverlener en de rol van de patiënt. Aangezien er in deze studie alleen gesproken is met de zorgverleners, kan de rol van de patiënt ook louter vanuit dit perspectief meegewogen worden. Om een beeld te krijgen van de zorg en de effecten van de zorg, belicht dit hoofdstuk een viertal aspecten vanuit dit zorgverlenersperspectief:

- hoe zorgverleners aankijken tegen hun eigen rol en competenties;
- het beeld dat zij hebben van de rol van hun zorginstelling;
- hun visie op de asielzoeker met psychische problemen als cliënt;
- zorggebruik en toegankelijkheid.

De rol van de zorgverlener

Een algemeen beeld dat ontstaat uit de gevoerde gesprekken is dat van een ervaren, hardwerkende, zorgverlener die de doelgroep kent en weet waar de uitdagingen liggen in het werken met asielzoekers. Tevens hebben de zorgverleners manieren gevonden om de uitdagingen in het werk zo goed mogelijk op te pakken. Voorbeelden zijn het intercultureel werken, het omgaan met no show en het werken met tolken. De zorgverleners voelen zich over het algemeen goed toegerust om de doelgroep te bedienen, zelfs al wordt dit beschouwd als een lastige opgave.

Ook over de toegankelijkheid van de zorg melden de meeste zorgverleners dat er vanuit de hulpverlening voldoende wordt gedaan: de praktijkondersteuners en huisartsen hebben het gevoel dat de asielzoekers hen gemakkelijk weten te vinden. Wel hebben zij de indruk dat dit meer geldt voor de somatische problematiek dan voor de psychische problematiek. Zij menen over het algemeen een redelijke inschatting te kunnen maken of mensen wel of niet doorverwezen moeten worden naar de GGZ. Door de meeste zorgverleners wordt ook genoemd dat er waarschijnlijk wel asielzoekers zijn met GGZ-problematiek die niet bij hen komen, of slechts met somatische klachten, en die dus uiteindelijk geen GGZ-zorg krijgen.

Ondanks de relatief positieve waardering van de rol van de zorgverlener in de zorg, vermelden de zorgverleners meer te willen doen voor de doelgroep. Ze ervaren dat ze in hun werk met asielzoekers tegen grenzen aanlopen. Grenzen die volgens hen vooral bepaald worden door de asielzoekercontext en de context van de zorgverlener. Binnen deze context kan gesteld worden dat de zorgverlener behoorlijk positief is over zijn of haar eigen rol.

Wel komt duidelijk naar voren dat het vergroten van bepaalde competenties de zorgverlener zou helpen in het werk met asielzoekers. Zo hebben de zorgverleners behoefte aan deskundigheidsbevordering op

verschillende gebieden, zoals interculturele communicatie, omgaan met specifieke doelgroepen, meer kennis over cultuur en ziektebeleving, en het doorgronden van de hulpvraag daar waar de psychische klachten somatisch worden gepresenteerd. Deze thema's zijn door alle typen zorgverleners benoemd.

De rol van de zorginstelling

Uit het onderzoek komt naar voren dat de zorgverleners belang hechten aan ondersteuning vanuit de zorginstelling. Dit is vooral genoemd door GGZ-zorgverleners en in iets mindere mate door praktijkondersteuners en maatschappelijk werkers. De ondersteuning die de praktijkondersteuners momenteel in hun werk voor asielzoekers ervaren van het GCA in Wageningen verschilt, maar is over het algemeen karig. Huisartsen vermelden ook weinig steun te ervaren van GCA Wageningen, maar zeggen daarbij ook dat ze juist hechten aan hun onafhankelijke positie.

Volgens het model van Weide (zie pag. 5) heeft de ondersteuning vanuit de zorginstelling invloed op de verleende zorg. In dit onderzoek menen zorgverleners relatief weinig te ervaren dat ze hun werk minder goed kunnen uitvoeren door toedoen van het beleid of ondersteuning van de zorginstelling. Wel vertellen zij dat zij hun werk nog beter kunnen doen of meer plezier in hun werk zouden krijgen als er vanuit de zorginstellingen meer ondersteuning zou zijn.

Op het niveau van het zorgsysteem worden door de zorgverleners zowel positieve aspecten genoemd als zorgen geuit. Praktijkondersteuners en huisartsen benadrukken dat ze door het HIS hun werk beter kunnen doen en dat het de continuïteit van de zorg waarborgt. Op de praktijklijn uit een aantal van hen kritiek, maar over het algemeen wordt niet gezegd dat deze afdoet aan de kwaliteit van de zorg, mede door de aanwezigheid van inloopsprekuren op de meeste centra. De meeste praktijkondersteuners rapporteren dat ze tevreden zijn met de bezetting in de centra. Ook de huisartsen vinden het prettig dat het team kleiner is en dat zijzelf een rol kunnen spelen in het samenstellen van het team.

De zorgen over kwaliteit betreffen vooral het beleid dat structureel overleg tussen de ketenpartners op locatie beperkt. Op die locaties waar deze overleggen minder plaatsvinden of helemaal niet meer, rapporteren alle typen zorgverleners dit als een gemis te ervaren. De aanbevelingen voor het nieuwe zorgsysteem richten zich dan ook primair op de structurele overlegvormen en de korte lijnen tussen ketenpartners. Daarnaast noemt men ook het aanbieden van laagdrempelige GGZ-zorg en het verkorten van de wachttijd in de GGZ.

De kijk op de asielzoeker en asielzoekercontext

Uit dit onderzoek blijkt dat de zorgverlener de opvattingen van asielzoekers en hun context een groot effect vinden hebben op de zorg. Hierbij komen die aspecten naar voren die ook in het model van Weide centraal staan: de kennis over de gezondheidszorg, het ziektegedrag en de zorgbehoefte. Tevens speelt ook de rol van het sociale netwerk, de leefwereld en de invloed van de asielprocedure en de advocaat.

Volgens de zorgverleners hebben asielzoekers over het algemeen onvoldoende kennis over het zorgsysteem. De voorlichting, of het effect ervan, is onvoldoende en er gaat veel tijd op aan het bijstellen van irreële verwachtingen. Daarnaast hebben asielzoekers veelal een andere kijk op de problematiek dan de zorgverlener, vooral op psychische problematiek. Deze wordt in eerste instantie door de asielzoeker vaak als somatische klachten gepresenteerd. Het is voor zorgverleners in de eerste lijn een uitdaging om de somatische klachten om te buigen naar een onderliggende psychische zorgvraag. Zorgverleners twijfelen of dit hen voldoende lukt. De manier waarop iemand zorg zoekt, heeft ook invloed op het effect van een behandeling. Zo zijn er volgens de zorgverleners onder de asielzoeker mensen die ondanks klachten geen beroep doen op de zorg, maar ook mensen van wie het moeilijk inschatten is of ze de zorg gebruiken of misbruiken ten behoeve van hun asielprocedure.

De aanbevelingen die de zorgverleners doen, betreffen vooral de leefomgeving van de asielzoeker. Ze pleiten voor een omgeving waarin mensen een zinnige daginvulling hebben en kansen krijgen om actief te zijn. De aanbevelingen van de GGZ-zorgverleners voor een meer groepsgerichte aanpak betreffen eveneens het activeren en sociaal verbinden. De aanbevelingen die de zorgverleners doen betreffen in mindere mate hun eigen rol en functioneren.

Zorggebruik en toegankelijkheid

Als deze bevindingen tegen het licht van het conceptuele model van Weide geplaatst worden, dan moet vooral gekeken worden naar die aspecten van de zorg die bepaald worden door meerdere actoren, zoals de toegankelijkheid van de zorg en het zorggebruik. Voor beide geldt dat als de zorgverleners benoemen dat dit onvoldoende is, de oorzaken vooral te vinden zijn aan de kant van de asielzoeker en diens context. Bijvoorbeeld: asielzoekers hebben onvoldoende kennis van de zorg en hebben irreële verwachtingen of een verborgen agenda, asielzoekers komen niet altijd op afspraken en zijn regelmatig therapieontrouw. Tevens maakt de onzekere situatie waarin asielzoekers verkeren dat de psychische problematiek verergert of moeilijk te behandelen is.

Op de eigen invloed van de zorgverlener op de zorg en het effect van de zorg, reflecteren de zorgverleners minder. Het lijkt erop dat dit ook minder nodig is door de relatieve tevredenheid met het eigen handelen en de veranderende visie die men heeft ontwikkeld op de zorg en op wat passende zorg is voor asielzoekers. In deze visie staan de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid centraal. Over toegankelijkheid van de zorg en het zorggebruik vermelden zorgverleners dat de verantwoordelijkheid hiervan bij de asielzoeker ligt. Deze visie sluit ook aan bij hoe hulpverleners in de reguliere eerste lijn denken. Ook in het reguliere systeem wordt de norm gehanteerd dat de verantwoordelijkheid voor het zoeken van hulp bij de cliënt ligt.

Opvallende discrepantie

Een observatie die zich opdringt, is de ogenschijnlijke discrepantie tussen hoe zorgverleners de asielzoekerproblematiek beschrijven en hun visie op passende hulp. In deze visie staan zoals eerder genoemd eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid centraal. In hun evaluatie van de zorg echter blijkt dat deze visie niet geheel overeenkomt met het beeld dat veel zorgverleners schetsen over de asielzoeker als cliënt en patiënt. Daarin staan termen centraal als 'irreële en hoge verwachtingen', 'moeilijk te interpreteren', (soms) 'machteloos' en 'hopeloos'. Dit zijn stuk voor stuk termen die aangeven wat de zorg voor asielzoekers lastig en complex maakt. De visie waarmee de zorg is ingericht, lijkt hier echter haaks op te staan. Is dit een discrepantie, of kunnen beide visies goed naast elkaar bestaan? Met andere woorden: sluit de visie van zelfredzaamheid zoals gehanteerd door zorgverleners aan bij de beleving van de asielzoekers van zichzelf als zelfredzaam bij psychische gezondheidsvragen?

Met een aantal zorgverleners is ingegaan op deze tegenstellingen. Zij leggen uit dat dit geen discrepantie hoeft te zijn en dat de principes van zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid passen bij de hulp aan asielzoekers. Het is volgens hen van belang om de kracht die asielzoekers hebben aan te spreken. Het lokt hen uit hun tent en stimuleert mensen hun leven in eigen hand te nemen. Een zorg die de verantwoordelijkheid niet bij de asielzoeker zou neerleggen, zou de asielzoeker verwennen en daarmee de neigingen die toch al bestaan versterken, zoals passiviteit en de irreële verwachtingen.

Er zijn ook zorgverleners die stellen dat er mensen zijn die niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dit beschouwen deze zorgverleners als vervelend en als een probleem dat moeilijk op te lossen is binnen het huidige systeem en binnen de bestaande visie op de zorg. Een vraag die hierbij nog niet beantwoord is, is of de visie op zelfredzaamheid de afwachtende houding van sommige asielzoekers juist niet versterkt. Een onbedoeld effect zou kunnen zijn dat asielzoekers niet gestimuleerd worden om hulp te vragen. Tevens is het interessant om te bekijken hoe de visie van zelfredzaamheid zich verhoudt tot de duur van het verblijf in de opvang. Volgens Laban (2005) vertonen asielzoekers die langer in Nederland verblijven meer

klachten dan asielzoekers die net binnenkomen. Hoe zorgverleners hiermee omgaan en deze kennis integreren in hun werkwijze, valt nader te onderzoeken.

Samenvattend en terugkijkend op de onderzoeksvraag: op welke punten kunnen de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg voor asielzoekers verbeteren? Het antwoord hierop vanuit het perspectief van de zorgverlener betreft de randvoorwaarden: de leefomgeving van de asielzoeker en de inrichting van de zorg, zoals laagdrempelige inlooppreekuren, korte lijnen tussen de ketenpartners en een korte wachttijd in de GGZ. Ook deskundigheidsbevordering op een aantal terreinen behoort hiertoe. De visie op de zorg, met als uitgangspunt de zelfredzaamheid van de asielzoeker en het aanbieden van zorg op een zo regulier mogelijke manier, blijft centraal staan.

3.2 Overeenkomsten met de literatuur en nieuwe inzichten

Asielzoekersproblematiek

Het beeld dat de zorgverleners schetsen van de asielzoekerproblematiek komt overeen met eerder onderzoek. De rol van de onzekere situatie en de leefomgeving waarin asielzoekers wonen, spelen een belangrijke rol in het bepalen van welzijn en gezondheid. Ook komt duidelijk naar voren dat een hoog percentage van de asielzoekers kampt met psychische problemen.

Zorggebruik en GCA

De toegankelijkheid van het GCA beoordelen de zorgverleners over het algemeen als positief. Een aantal zorgverleners noemt dat er onder de asielzoekers zorgmijders zijn en dat het aantal asielzoekers dat afspraken niet nakomt en therapieontrouw is, relatief groot is. Toch zeggen zorgverleners ook dat ze denken dat als mensen het echt nodig hebben, ze de zorg wel weten te vinden. Ze maken zich daarmee geen grote zorgen over de toegankelijkheid van de zorg.

In het Programma van Eisen is opgenomen dat de huisartsen ook een verantwoordelijkheid hebben in bemoeizorg. Menzis heeft deze taak uitbesteed aan de GGD'en. In hoeverre deze rol ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt en welke rol de zorgverleners hierin spelen, kan niet met zekerheid vastgesteld worden. Wel tonen de meningen van de zorgverleners over no show en zorgmijders aan dat er in principe zo min mogelijk outreachend werk wordt gedaan. Dit blijft een belangrijk thema om verder te verkennen, ook in het licht van de visie van zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid.

Zorggebruik en GGZ

Het beeld van de GGZ-zorg voor asielzoekers dat uit dit onderzoek naar voren komt, bevestigt de trend dat deze zorg is verschaald (zie paragraaf 1.2). Veel GGZ- zorgverleners rapporteren dat zij zich binnen hun instelling geïsoleerd voelen. Ook is er op een aantal locaties een stuk minder contact dan voorheen tussen het GCA en de GGZ. De oorzaak daarvan ligt niet alleen bij de instellingen, maar juist ook bij de taken en verantwoordelijkheden van het GCA in het nieuwe zorgsysteem.

Het GCA speelt een cruciale rol in de toegankelijkheid en het zorggebruik van de GGZ. De inschatting die POH-A's en huisartsen maken van de ernst van de problematiek en het juiste antwoord hierop, bepalen of een asielzoeker wel of niet in de GGZ terechtkomt.

Uit onderzoek van enkele jaren terug (Laban e.a., 2007; Gerritsen e.a., 2006) bleek dat het zorggebruik van de GGZ en AMW van asielzoekers met psychische problemen lager ligt dan wat verwacht zou worden als men kijkt naar de ziektelast. Met de uitkomsten van dit onderzoek kan geen eenduidig beeld gevormd worden van het hoe en waarom van deze bevindingen. Laban e.a. (2007) stelt dat het relatief lage zorggebruik veroorzaakt kan zijn door de manier waarop asielzoekers hun problemen presenteren en door

de invloed van die presentatie op de interpretatie van de zorgverlener. Uit dit onderzoek blijkt eveneens dat het somatiseren van psychische klachten veel voorkomt en dat zorgverleners dit als een van de moeilijke aspecten van hun werk beschouwen. Deze bevindingen steunen Labans hypothese.

Echter, Goosen e.a. (2007) stellen dat asielzoekers die met psychische problemen bij de praktijkondersteuner of huisarts komen, niet vaak worden doorverwezen. Een mogelijke verklaring hiervoor is de visie van deze zorgverleners op de type problematiek en het juiste antwoord hierop. Zorgverleners neigen ertoe de inschatting te maken dat de asielzoeker geen GGZ-zorg nodig heeft. GCA-medewerkers stellen dat de tweedelijns-GGZ niet altijd het juiste antwoord biedt op problemen die gesignaleerd worden. Een groot deel van hen zegt dat met een betere leefwereld en meer mogelijkheden tot activering en dagbesteding minder zorgconsumptie nodig zou zijn, zowel bij het GCA als de GGZ. Vaak verwijzen ze door bij gebrek aan alternatief, of verwijzen ze niet door en wachten ze af hoe de problemen zich in de praktijk ontwikkelen. Hier staat tegenover dat er ook GCA-medewerkers zijn die graag meer mensen zouden willen doorverwijzen, maar dat de wachttijden dit niet bevorderen.

De plannen van Menzis om in de eerste lijn een consulent GGZ in te voeren, wordt door een meerderheid van de zorgverleners met enthousiasme ontvangen. De randvoorwaarden hiervan zijn niet duidelijk besproken, maar kansen die de zorgverleners zien zijn onder andere een betere schifting van ernstige en minder ernstige psychische problematiek en een laagdrempeliger GGZ-aanbod. Dit geldt voor zowel een deel van de GCA-medewerkers als voor een deel van de GGZ-zorgverleners. Hiermee wordt duidelijk dat deze zorgverleners niet zozeer terugverlangen naar de oude situatie, maar dat ze de GGZ willen versterken en laagdrempeliger willen aanbieden. Ten tijde van de interviews wisten de praktijkondersteuners en huisartsen nog weinig van de plannen en hadden ze ook nog veel vragen over deze nieuwe functie. Bijna geen van de GGZ-zorgverleners was op de hoogte van de veranderingen.

De tweedelijns-GGZ is in de visie van zorgverleners nog steeds zeer essentieel. Er blijft onder de asielzoekers een relatief grote groep mensen die ernstige psychische problemen hebben en die bij tweedelijns- of gespecialiseerde GGZ-instellingen op hun plek zijn. De meeste zorgverleners vinden dan ook een goede samenwerking tussen de GGZ-instellingen en het GCA van groot belang. Huisartsen zeggen bijvoorbeeld graag meer grip te hebben op hoe het hun cliënten tijdens en na de GGZ vergaat. Deze bevindingen leiden tot de conclusie dat er ondanks de plannen van de consulent GGZ ook een stimulans voor de tweedelijnsinstellingen nodig is.

Beeld van de zorgverlener

Dit onderzoek draagt vooral bij aan de kennis over de zorg voor asielzoekers met psychische problemen als het gaat om inzicht in de werkwijze en visie van de zorgverlener: hoe zorgverleners aankijken tegen de problematiek en wat voor een zorg daarbij hoort. Uit het onderzoek blijkt dat er onder de zorgverlenersgroep een grote hoeveelheid ervaring, inzichten en practices bestaat, die men afzonderlijk en met elkaar heeft opgebouwd. Een aanbeveling van dit onderzoek is dan ook om de kracht en kennis van de zorgverleners te blijven benutten en uit te bouwen: de zorgverleners betrekken bij het ontwikkelen van beleid en het vormgeven van scholingsaanbod. Ook zou bijvoorbeeld een handboek kunnen worden samengesteld met effectief gebleken methoden en interventies (best practices), zowel voor thema's als zwijgen en somatiseren als een meer omvattend onderwerp als intercultureel werken, gebaseerd op ervaringen van zorgverleners.

Volgens het onderzoek van Suurmond e.a. (2010) is een aantal competenties van belang om met een complexe doelgroep als asielzoekers te werken (zie paragraaf 1.3). In dit onderzoek is met de zorgverleners niet specifiek ingegaan op het wel of niet hebben van competenties, maar is een aantal thema's besproken dat gerelateerd is aan deze competenties. Veel van de bevindingen van Suurmond e.a. worden in deze studie bevestigd. De zorgverleners die geïnterviewd zijn, geven aan relatief tevreden te zijn over de zorg die zij bieden en over de interactie met de cliënt. De jarenlange ervaring in het werken

met asielzoekers draagt daaraan bij. Tevens komt naar voren dat de zorgverleners methoden toepassen die voortkomen uit deze jarenlange ervaring. Er bestaat op deze manier een grote verscheidenheid aan practices en visies. Veel zorgverleners vermelden dat ze alsnog meer training wensen om competenties te blijven ontwikkelen.

De vraag kan gesteld of de zorgverleners ook daadwerkelijk cultureel competent zijn. Een deel van de competenties kan pas goed bestudeerd worden als ook de visie van de cliënt erin meegenomen wordt. In hoeverre ervaart de cliënt bijvoorbeeld dat de zorgverlener de hulpvraag kan doorgronden?

Samenwerking ketenpartners

Zorgverleners vinden het prettig om korte lijnen te hebben naar elkaar: elkaar kennen en geregeld informatie uitwisselen. Dit geldt voor alle typen zorgverleners. Ook huisartsen benadrukken dit. Op locaties waar geregeld overleg wordt gevoerd, zijn de zorgverleners over het algemeen tevreden over de samenwerking en continuïteit in de keten. Dit leidt tot de aanbeveling dat het van belang is op locatie het afstemmen tussen de verschillende hulpverleningsdisciplines te blijven organiseren en faciliteren. Een centrale rol van het GCA hierin lijkt logisch omdat zorgcoördinatie bij uitstek in de eerste lijn plaatsvindt. In deze coördinerende rol zou ook een visie ontwikkeld moeten worden op het omgaan met relevante signalen over gezondheidsaspecten van buiten het zorgveld. Het gaat hier niet alleen om signalen van het COA, maar ook van bijvoorbeeld VluchtelingenWerk, Nidos, vrijwilligers actief in de centra en advocaten. Het blijkt dat zorgverleners nu heel verschillend omgaan met signalen die zij van buiten krijgen.

Asielprocedure en advocaten

In het literatuuroverzicht en het theoretische kader is weinig aandacht besteed aan de interactie tussen zorgverleners en de asielprocedure, ofwel de asieladvocaten. Uit dit onderzoek komt naar voren dat deze interactie van groot belang is, zowel voor de dagelijkse werkpraktijk van de zorgverleners als voor de visie van zorgverleners op de benodigde zorg.

Vragen om medische informatie worden gezien als een realiteit. Maar vooral praktijkondersteuners en huisartsen vermelden het vervelend te vinden als advocaten zich 'bemoeien' met de zorg. Dit geldt voor directe inmenging, zoals brieven van de advocaat waarin staat dat zijn of haar cliënt doorverwezen moet worden, en het geldt voor asielzoekers waarvan de zorgverleners het vermoeden hebben dat ze de zorg aanwenden voor de procedure, al dan niet op advies van de advocaat.

De zorgverleners zien de advocaten niet als een partij die problemen kan signaleren. Voor hen is de advocaat vanuit zijn functie iemand die ook andere bedoelingen met de signalen kan hebben. Het risico bestaat dat zorgverleners signalen juist minder serieus gaan nemen op het moment dat het van een advocaat komt. MAPP-rapportages bijvoorbeeld, die door een GGZ-professional zijn opgesteld, worden minder serieus genomen als ze via de advocaat binnenkomen dan via een andere weg (bijvoorbeeld rechtstreeks verstuurd van GGZ-professional naar GCA). Asielzoekers die hulp willen en hun advocaat daarbij inschakelen, zullen hoogstwaarschijnlijk niet eerder geholpen worden dan asielzoekers die zelf hulp vragen. Het zou zelfs kunnen bijdragen aan *dokters delay*.

De aanbeveling is dan ook dat de zorgverleners en advocaten meer kennis, begrip en acceptatie proberen te krijgen tegenover elkaars rollen, taken en verantwoordelijkheden. Een manier om dit te doen is door middel van scholing of spiegelbijeenkomsten waarin de ene groep praat terwijl de andere groep luistert, en andersom. Dit is ook van belang vanwege de veranderingen in de nieuwe asielprocedure, waarin een medisch advies aan het begin van de procedure zal plaatsvinden.

3.3 *Discussie over onderzoeksmethode*

Dit onderzoek heeft het inzicht in de hulpverlening aan asielzoekers met psychische problemen verdiept. Het is niet de bedoeling van dit onderzoek geweest om volledig representatief te zijn en alle soorten denkbare ervaringen die er bestaan in kaart te brengen. Ook kunnen de uitkomsten niet

gekwantificeerd worden. Het was juist de bedoeling om door gesprekken met een geselecteerd aantal zorgverleners nog beter inzicht te krijgen in het hoe en waarom van bepaalde percepties en visies en de invloed daarvan op de zorg.

Toch is het ook belangrijk in het kader van betrouwbaarheid van de gegenereerde inzichten, om stil te staan bij de keuze van respondenten. Dit onderzoek is uitgevoerd onder 33 zorgverleners werkzaam voor negen azc-locaties. De verspreiding over de verschillende typen zorgverleners is redelijk goed: elf praktijkondersteuners, acht huisartsen, elf GGZ-zorgverleners en drie maatschappelijk werkers. Over deze laatste groep kan dus niet veel gezegd worden.

De zorgverleners zijn betrokken bij negen locaties. Dit is een fractie van alle azc's in Nederland. Onder de locaties zijn voornamelijk O&I-centra en twee terugkeerlocaties. Tussen deze twee is in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt. De centra zijn niet op dit criterium uitgekozen, maar op het criterium of er voldoende asielzoekers aanwezig waren met een MAPP-melding of MAPP-rapportage. Het kan zijn dat de centra onwillekeurig gemeenschappelijke kenmerken hebben en dat daarmee onvoldoende verschillen in percepties en visies aan bod zijn gekomen. Er is echter een aantal punten waarop uit de interviews bleek dat de centra voldoende verschillen om bepaalde analyses mogelijk te maken, zoals het wel of niet hebben van een structureel overleg tussen ketenpartners, aanwezigheid van huisarts en GGZ op het centrum en ligging van het centrum. De centra verschillen onvoldoende in locatie van het GCA. Er was maar één centrum bij waarbij het gehele GCA buiten het centrum gevestigd is. In hoeverre de uitkomsten van dit onderzoek dus beïnvloed zijn door de keuze van de centra, is onduidelijk. De onderzoekers schatten in dat de invloed niet heel groot is.

De zorgverleners kwamen allen over als zelfstandige professionals die los van de werklocatie een eigen werkwijze en visie hebben ontwikkeld. Daarnaast hebben veel zorgverleners hiervoor al op verschillende centra gewerkt en zat er een aantal zorgverleners bij dat relatief nieuw was in dit werk.

De onderzoekers zijn amper geconfronteerd met zorgverleners die niet mee wilde werken aan het onderzoek. Wel was er van de meerdere praktijkondersteuners op een centrum vaak één persoon die mee wilde doen. Dit was meestal degene die het langste werkte met de doelgroep. De huisartsen die zijn benaderd, hebben allen toegezegd. Ook van de GGZ-zorgverleners is bijna iedereen geïnterviewd.

In een kwalitatief onderzoek wordt een deel van de resultaten ook bepaald door de interviewer. Deze kan met zijn of haar vragen het gesprek sturen, op bepaalde punten doorvragen en andere laten liggen. De interviews in dit onderzoek zijn gedaan door drie onderzoekers van Pharos. De onderzoekers hebben een vergelijkbare kennis en achtergrond en hebben allen gebruik gemaakt van de vooraf opgestelde topiclijst. Wel hebben de interviewers de vrijheid genomen om naar verhalen en casussen te luisteren en op die aspecten door te gaan die door de zorgverlener prominent naar voren werden gebracht. De uitkomsten van de interviews gaven op alle thema's uiteindelijk voldoende beeld. Daarmee schatten de onderzoekers in dat het feit dat er drie verschillende interviewers actief waren, weinig invloed heeft gehad.

3.4 Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek heeft de visie blootgelegd van de zorgverlener op de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor asielzoekers met psychische problemen. De inzichten zijn gebaseerd op diepte-interviews met 33 zorgverleners, praktijkondersteuners, huisartsen en GGZ-zorgverleners, en maatschappelijkwerkers, gelieerd aan negen azc's. De visie van de zorgverleners komt voor een groot deel overeen met bestaande kennis uit onderzoek en literatuur. Vooral bevestigen zorgverleners het beeld dat bestaat van de hoeveelheid psychische problematiek waar asielzoekers mee kampen. De context en leefomgeving van asielzoekers spelen hierin een negatieve rol.

De zorgverleners oordelen relatief positief over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor asielzoekers. Zij ervaren dat de asielzoeker hen meestal weet te vinden en dat de zorg die zij bieden toereikend is. Dit geldt in ieder geval voor somatische klachten. Echter, het effect van de zorg laat volgens hen nog wel eens te wensen over. De oorzaken zijn volgens de zorgverleners voornamelijk het hulpzoekgedrag van de asielzoeker en het feit dat de leefomgeving van de asielzoekers niet bijdraagt (eerder afbreuk doet aan) het bevorderen van welzijn.

De zorgverleners reflecteren minder op hun eigen rol in het wel of niet slagen van het hulpverleningsproces. De visie op de asielzoeker als zijnde zelfredzaam en verantwoordelijk voor eigen handelen, staat deze zelfreflectie deels in de weg. Indirect bevestigt dit onderzoek dat het zorggebruik van asielzoekers met psychische problemen relatief laag is ten opzichte van de ziektelast. Bekende oorzaken hiervan, zoals het somatiseren van klachten en de terughoudendheid van GC A zorgverleners om de GGZ in te schakelen, noemen de zorgverleners veelvuldig.

Overige bevindingen die van betekenis zijn voor beleid en praktijk zijn het belang dat zorgverleners hechten aan korte lijnen en goede overlegstructuren tussen de ketenpartners, de gespannen kijk die zorgverleners hebben op de rol van advocaten in het hulpverleningsproces, en de behoefte die bestaat aan deskundigheidsbevordering en intervisie.

In het volgende komen deze bevindingen samen in een tiental aanbevelingen gericht op asielzoekers, de zorgverleners en het zorgsysteem. De aanbevelingen zijn vooral gericht aan beleidsmakers, ketenpartners en de politiek. Pharos ziet in de dynamiek van het nieuwe zorgsysteem voldoende kansen om deze aanbevelingen in de praktijk te brengen.

Aanbevelingen gericht op asielzoekers

1. Activering

De voornaamste aanbeveling van dit onderzoek is om de mogelijkheden tot activering op de centra te vergroten. Dit is belangrijk voor de gezondheid van asielzoekers. Wat de asielzoekers het meest nodig hebben en nu het meest ontberen, is een zinnige daginvulling. Het is van groot belang activiteiten te ontwikkelen om inzichtelijk te maken wat de gezondheidswinst en kostenwinst zal zijn als asielzoekers zich in een 'stimulerende' omgeving bevinden.

2. Voorlichting

Asielzoekers met psychische problemen hebben onvoldoende kennis over de zorg en het zorgsysteem. Voorlichting over het zorgsysteem en het aanbod aan psychische hulp is en blijft belangrijk. Een inventarisatie van alle bestaande informatiematerialen en het gebruik ervan is daarom van belang. Tevens zal ook de rol van de niet-medische gidsfunctie van COA bekeken moeten worden.

3. Preventie

Zorgverleners stellen dat aandacht voor preventie cruciaal is. Naast het zorgen voor zinnige dagbesteding, wordt ook het belang van psycho-educatie genoemd. Dit kan opgepakt worden in de nulde lijn, maar ook in de vorm van GGZ-preventie. Goede voorbeelden daarvan zijn de groepsgerichte preventieactiviteiten die vanuit enkele GGZ-instelling opgepakt worden. Een overzicht van preventieactiviteiten en het effect ervan zou een goede stap zijn richting het ontwikkelen van een integrale aanpak van preventie en cure.

Aanbevelingen gericht op de zorgverleners

4. Deskundigheidsbevordering en intervisie

Er is grote vraag naar een trainingsaanbod voor praktijkondersteuners en huisartsen. Dit trainingsaanbod moet aansluiten bij de verschillende rollen die deze zorgverleners vervullen. Cursusthema's die in beide gevallen aan bod kunnen komen zijn: interculturele communicatie, omgaan met specifieke doelgroepen (zoals Somaliërs), somatiseren van psychische problemen, samenwerking in de zorgketen, omgaan met de asielprocedure en advocaten.

Naast dit cursusaanbod is ook intervisie aan te bevelen. Dit geldt voor alle type zorgverleners. GGZ-zorgverleners kunnen hier extra behoefte aan hebben aangezien zij in veel gevallen binnen de instellingen een geïsoleerde positie innemen.

5. Ontwikkelen van materialen

Het verdient aanbeveling om een aantal methodieken te ontwikkelen op thema's waarmee zorgverleners worstelen. Zorgverleners zelf kunnen een rol spelen bij de ontwikkeling hiervan door hun ervaringen en inzichten te delen. Zo zou het nuttig zijn ervaringen te bundelen van zorgverleners met de relatie tussen lichamelijk onverklaarbare klachten en psychische problematiek en het handelen daarbij te benoemen.

6. Onderling begrip zorgverleners en advocaten

Tussen zorgverleners van asielzoekers en asieladvocaten is een duidelijk spanningsveld aanwezig. De rol van sommige asieladvocaten heeft een effect op de zorgverlener. Om deze gespannen relatie te verbeteren, is het nodig om meer kennis te krijgen over de rol van medische aspecten in de asielprocedure en de taak van de advocaat hierbij. Dit ook in het licht van de aandacht voor medische aspecten aan het begin van de asielprocedure door het medisch advies. Het organiseren van deskundigheidsbevordering, workshops en/of spiegelbijeenkomsten zou hiervoor goed zijn.

Aanbevelingen gericht op het zorgsysteem

7. Zorgketen versterken en onderlinge afstemming

Zorgverleners vermelden dat ze korte lijnen in de zorgketen belangrijk vinden. Ook stellen zij regulier overleg zeer op prijs. Dat de coördinatie tussen de ketenpartners in het nieuwe zorgsysteem momenteel niet voldoende geborgd is, is jammer. Het verdient aanbeveling om de overlegstructuur op lokaal niveau vorm te geven. Hierbij zou het goed zijn zowel de consulent GGZ als de tweedelijns-GGZ te betrekken. Tevens is het goed om te verkennen wat de toegevoegde waarde kan zijn van het betrekken van niet zorggerelateerde partijen, zoals VluchtelingenWerk en Nidos, als bron van vroegtijdige signalering.

8. Monitoren consulent GGZ

De praktijkondersteuners en huisartsen zien de toegevoegde waarde van een consulent GGZ. Echter, er zijn ook nog veel vragen over hoe deze in de praktijk gaat functioneren en of de functie goed zal aansluiten bij die van de andere zorgverleners. Het verdient aanbeveling geregeld de feedback van de zorgverleners hierover te krijgen om de functie van de consulent GGZ zo effectief mogelijk in te zetten.

9. Versterken tweedelijns-GGZ

De tweedelijns-GGZ heeft een impuls nodig. GGZ-zorgverleners voelen zich nu vaak geïsoleerd binnen hun instelling. Het versterken van een landelijk netwerk voor GGZ aan asielzoekers zou dit deels kunnen ondervangen. Ook verdient het aanbeveling om in GGZ-instellingen waarin veel asielzoekers komen, te zorgen voor een asielzoekerszorgteam (specialistisch zorgteam). Daaraan moet ook een aanbod voor deskundigheidsbevordering gekoppeld worden.

10. Praktijkonderzoek

Dit onderzoek roept vragen op over de relatie tussen de visie op zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid en het zorggebruik. Vallen er nu gaten in het systeem, of is zorggebruik conform de ziektelast? In hoeverre hebben de rol en visie van de zorgverlener hier invloed op? Het verdient aanbeveling om op een aantal locaties een pilot uit te voeren met zorgverleners en cliënten om deze vragen verder uit te diepen en om te kijken of de zorg is ingericht voor asielzoekers om eigen verantwoordelijkheid te nemen, en of asielzoekers eventueel ondersteuning nodig hebben om zelfredzaam te kunnen zijn.

Bijlage 1 Topiclijst

Algemeen

Naam zorgverlener:
Functie zorgverlener:
Instelling:
Contactgegevens:
Datum interview:

Inleiding

Zorg voor duidelijkheid over doel, opzet interview, duur interview, en voor een opnameapparaat. Benoem dat ook op een of meerdere cliënten wordt ingegaan. Maak afspraken over de casussen en de volgorde.

1. Profiel zorgverlener

1. Hoe lang werkt de zorgverlener in deze functie?
 2. Hoe lang heeft de zorgverlener gewerkt met deze doelgroep?
- Bijzonderheden?

2. MAPP

1. Is de zorgverlener bekend met het MAPP?
2. Heeft de zorgverlener wel eens een MAPP-rapport ontvangen?
3. Wat doet de zorgverlener met het MAPP-onderzoek, of wat heeft deze ermee gedaan? (Bijvoorbeeld: als verwijsinformatie gebruikt.)
4. Wat doet de zorgverlener in het algemeen als u van een asielzoeker medische informatie ontvangt?
5. Hoe kijkt de zorgverlener aan tegen vroegsignalering van psychische problemen?

3. De cliënt: beloop zorg en zorgaanbod

Zorgentree

1. Op welke manier is de zorgverlener in contact gekomen met deze asielzoeker?
2. Hoe lang is dat geleden?
3. Hoe vaak heeft de zorgverlener de asielzoeker inmiddels gezien? En wat is de frequentie van het contact?
4. Wat zijn de voornaamste gezondheidsproblemen van de asielzoeker? (Kijk ook of er wellicht dubbele diagnose in spel is: verslavingsproblematiek?)
5. Vergelijking met het MAPP-onderzoek (toestand beter of slechter; waarom?).
6. Hoe is de verhouding tussen ziektelast/lijdensdruk en zorggebruik?
7. Heeft deze asielzoeker de juiste verwachtingen van de zorg?
8. Welke kennis heeft deze asielzoeker over de zorg en hoe beïnvloedt dat zijn of haar zorggebruik en de verleende zorg?
9. Ervaart de asielzoeker andere steun in zijn of haar omgeving? Van wie en/of wat?
10. Ervaart de asielzoeker belemmeringen in zijn of haar omgeving?
11. Wat heeft deze asielzoeker in het dagelijks leven nodig om zo goed mogelijk te kunnen functioneren?

Verleende zorg

Verklarende modellen/ziektebeleving

12. Op welke manier verklaart de zorgverlener de problemen van deze asielzoeker?

13. Zijn er verschillen tussen de verklaring van de zorgverlener en die van de asielzoeker?
14. Gelden de verklarende modellen van de zorgverlener specifiek voor asielzoekers, of zijn deze algemener, en hoe dan? Bijvoorbeeld overeenkomsten met allochtonen of getraumatiseerde mensen.

Interactie zorgverlener-cliënt

15. In hoeverre is er sprake van een verschil in opvattingen in ziekte-labeling tussen de zorgverlener en asielzoekers?
16. Hoe gaat de zorgverlener om met cultuurgerelateerde copingmechanismen, zoals zwijgen?
17. Wat is de visie van de zorgverlener op het type zorg dat de asielzoeker nodig heeft?
18. Welke interacties tussen zorgverlener en asielzoekers zijn van betekenis (geweest)?

Evaluatie

19. In hoeverre is de zorgverlener tevreden met de zorg die hij of zij levert?
20. In hoeverre, volgens de zorgverlener, is de asielzoeker tevreden met de zorg die hij of zij krijgt?

Samenwerking tussen zorgpartners

21. Welke andere zorgverleners zijn bij deze asielzoeker betrokken?
22. Van welke onderdelen van het zorgsysteem maakt de asielzoeker gebruik (voor zijn of haar gezondheidsbevordering)?
23. Hoe verliep de verwijzing van deze asielzoeker naar andere instellingen?
24. Welke knelpunten heeft de zorgverlener ervaren in de verwijzingen van deze asielzoeker?
25. In hoeverre speelt de asielprocedure een belangrijke rol in de problematiek van de asielzoeker?
26. Heeft de zorgverlener over deze asielzoeker vragen van advocaten gehad? Hoe ging de zorgverlener daarmee om?

Effecten van de zorg

27. Wat is de visie van de zorgverlener op effecten van de zorg voor deze asielzoeker?
28. Welke variabele heeft het meeste invloed gehad op het effect van de zorg voor deze asielzoeker?

Specifiek versus aspecifiek

29. In hoeverre is deze asielzoeker [casus] specifiek of aspecifiek voor de asielzoekers die de zorgverlener ziet in uw hulpverleningspraktijk?
30. Indien aspecifiek: wat maakt deze asielzoeker aspecifiek?

4. Kwaliteit, organisatie en samenwerking

Kwaliteit instelling

1. Hoe geeft uw organisatie vorm aan het werken met de doelgroep asielzoekers?
 - a. Bijvoorbeeld het werken met tolken?
 - b. Heeft de zorgverlener behoefte aan ondersteuning en/of deskundigheidsbevordering? En sluit dit aan bij de mogelijkheden die hij of zij daartoe krijgt vanuit de instelling?

Kwaliteit zorgverlener

2. In hoeverre heeft de zorgverlener het gevoel de asielzoekers in het algemeen te begrijpen en te kunnen helpen?
3. Heeft de zorgverlener voldoende kennis van cultuurspecifieke ziektebeleving?
4. Welke competenties kan de zorgverlener nog verder ontwikkelen om de zorg voor asielzoekers te verbeteren?
5. Welke competenties hebben zorgverleners (POH-A, huisarts, POH-GGZ) in het algemeen nog nodig om de GGZ-zorg voor asielzoekers te verlenen?
6. Hoe gaat de zorgverlener om met *no show*?

Toegankelijkheid en continuïteit

7. Welke factoren beïnvloeden volgens de zorgverleners de toegang tot en de kwaliteit van de zorg voor asielzoekers?

8. Hoeveel kennis bestaat er bij asielzoekers over de zorg? En hoe wordt deze kennis overgebracht? Wat is de rol van de zorgverleners en wat is de rol van het COA in het overdragen van kennis?
9. Zijn er wachttijden bij de tweedelijns-GGZ voor de intake en voor het behandelprogramma?
10. In hoeverre is aanwezigheid van het GCA (én de huisarts) op het centrum belangrijk voor toegankelijkheid en kwaliteit?
11. In hoeverre is de aanwezigheid van de GGZ in het centrum belangrijk voor toegankelijkheid en kwaliteit?
12. In hoeverre sluit deze visie op toegankelijkheid en kwaliteit aan bij de visie van de zorginstelling (GCA of GGZ)?

Samenwerking in de zorgketen/vreemdelingenketen

13. Hoe verloopt de samenwerking met de andere ketenpartners (GCA, huisarts, GGZ, AMW)?
14. Hoe verloopt het verwijzen naar andere ketenpartners?
15. Welke knelpunten ervaart de zorgverlener in de verwijzingen?
16. Hoe gaat de zorgverlener om met communicatie en discommunicatie tussen de ketenpartners?
17. Wat is de rol- en taakverdeling tussen de POH-A en huisarts bij GGZ-problematiek (op dit moment)?
18. Hoe verloopt de samenwerking met het COA als partner in de zorgketen? (Voldoende competenties?)
19. Wat is de functie van het multidisciplinair overleg (MDO) en werkt het zoals de zorgverlener dat graag ziet?
20. Komt de zorgverlener wel eens in aanraking met de vreemdelingenketen? Zo ja, hoe verloopt deze samenwerking?
21. In hoeverre speelt de asielprocedure een belangrijke rol in de problematiek van asielzoekers (in het algemeen)?
22. Hoe gaat de zorgverlener om met eventuele vragen van de advocaat over de problematiek van asielzoekers: hoe verhoudt hij of zij zich tot de juridische aspecten?

Aanbevelingen nieuwe zorgsysteem

23. Welke aanbevelingen doen zorgverleners om de zorg voor asielzoekers met psychische problematiek in het algemeen te verbeteren?
24. Hoe kan het nieuwe model met de eerstelijns-GGZ de zorg voor asielzoekers met psychische problemen verbeteren? Hoe ziet de zorgverlener de versterking van de eerstelijns-GGZ door het inzetten van een SPV'er of een POH-GGZ?

Afronding gesprek

'Mochten we toch nog vragen hebben, of met u over het een of ander door willen praten, zouden we u dan nog kunnen bellen?'

(Presentje geven en bedanken.)

Literatuur

NB: de volgende lijst geeft uitsluitend de literatuur weer die in dit document genoemd is. Voor een compleet overzicht, zie literatuurstudie van het ZAPP.

Adams, K.M., Gardiner, L.D., & Assefi, N. (2004). Health care challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine. *British Medical Journal*, 328(7455), 1548-1552.

Bekker, M., & Mens-Verhulst J. van. (2008). *GGZ en diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit*. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMW. Tilburg University.

Bhatia, R., & Wallace, P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8, 48.

Bischoff, A., Schneider, M., Denhaerynck, K., & Battegay, E. (2009). Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. *European Journal of Public Health*, 19(1), 59-64.

Bloemen., E. & Mellink., R. (2008). Ik kan niet alles vertellen. Asielzoekers met psychische problemen in de asielprocedure. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 890-902.

Bodenmann, P., Althaus, F., Burnand, B., Vaucher, P., Péroud, A., & Genton B. (2007). Medical care of asylum seekers: a descriptive study of the appropriateness of nurse practitioners' care compared to traditional physician-based care in a gatekeeping system. *BMC Public Health*, 7, 310.

Bouwman, E., Jansen, W., Lovera Rivas, A., Niet, D. de, Reesink, G., & Schreuder, M. (2004). *Geestelijke gezondheid bij asielzoekers in Noord Nederland. Een epidemiologisch onderzoek in de provincies Groningen, Drenthe en Friesland*. Groningen: MOA Noord Nederland.

COA. (2008). *Programma van eisen. Ziektekostenregeling voor asielzoekers 2009*. Rijswijk: COA.

Commissie Klazinga. (2007). *Arts en Vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. Utrecht: Pharos, KNMG, LHV, NVVP, Orde van Medisch Specialisten.

Deville, W. (2009). *Diversiteit in de gezondheidszorg: de migrant als klant*. (Oratie, Universiteit van Amsterdam).Utrecht/Amsterdam: NIVEL/Universiteit van Amsterdam.

Dijk, R. van. (2005). Cultuur, trauma en PTSS. *Cultuur Migratie en Gezondheid 0405*, 20-31.

Dijk, R. van. (2009). Interculturalisatie in de GGZ: achtergrond, ontwikkeling en toekomst. In A. Sbiti, & I. Boedjarath (Red.), *Gekleurde gekte*. Jubileumboek (pp. 72-87). Rotterdam: Mikado.

Drennan, V., & Joseph, J. (2005). Health visitors and refugee families: issues in professional practice. *Journal of advanced Nursing*, 49(2), 155-163.

Eastmond, M. (2000). Refugees and health. Ethnographic approaches. In F.L. Ahearn (Ed.), *Psychosocial wellness of refugees. Issues in qualitative and quantitative research* (pp. 67-85). New York/Oxford: Berghahn Books.

Feldmann, C.T. (2006). *Refugees and general practitioners. Partners in care?* (Proefschrift). Amsterdam: Dutch University Press.

Feldmann, C.T., Bensing, J.M., Ruijter, A. de, & Boeije, H.R. (2006). Somali refugees' experience with their general practitioners: frames of reference and critical episodes. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 2(3/4), 28-40.

GCA, Sonsbeek, J., Davis, L.H.O.L. (2010). *Business plan GGZ in de huisartsenzorg voor asielzoekers*.

Gerritsen, A.A.M., Ploeg H.M. van der, Devillé W., Lamkaddem M. (2005). 'Gevlucht – Gezond?' Een onderzoek naar de

gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland. Utrecht: Nivel, VU medisch centrum.

Gerritsen, A.A.M., Devillé W., Linden F.A.H. van der, Bramsen I., Willigen L.H.M. van, Hovens J.E.J.M., Ploeg H.M. van der (2006). Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 150(36), 1983-1989.

Glaser, B., G. & Strauss, A.L. (1976). De ontwikkeling van gefundeerde theorie. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom. (Vertaling van *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research* uit 1967).

Goosen, S., & Gerritsen, A (2007). *Het onderzoek 'Gevlucht-Gezond?' vanuit preventieperspectief*. Epidemiologische gegevens over de gezondheidstoestand en het zorggebruik van asielzoekers. Utrecht: GGD Nederland.

Hondius, A.J.K., Willigen, L.H.M. van, Kleijn, W.Chr., & Ploeg, H.M. van der. (2000). Health problems among Latin-American and Middel-Eastern refugees in the Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 619-634.

IGZ. (2006). *Kwaliteit Medische Opvang Asielzoekers*. Rapport. Utrecht: IGZ.

Ingleby, D. (2009). Migranten en etnische minderheden in de Nederlandse gezondheidszorg: een internationaal perspectief. In: A. Sbiti, & I. Boedjarath (Red.), *Gekleurde gekte. Jubileumboek* (pp. 100-115). Rotterdam: Mikado.

Jongedijk, R., & Hoekstra, M.(2005). *Ondanks krimp toch groei?* Een quick scan naar behoefte en gebruik van geestelijke gezondheidszorg door asielzoekers in Nederland. Amersfoort: GGZ Nederland.

Kleinman, A. (1978-2006). In Oliemeulen L., & Thung H. (2007). *Ongehoord*. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Kleinman, A. (2005). Tussen lichaam en samenleving. De sociale en politieke wortels van ziekte en lijden. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 0105, 2-9.

Kloosterboer, K. (2009). *Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra*. Den Haag: Stichting Kinderpostzegels Nederland/het Centraal Orgaan opvang asielzoekers/UNICEF Nederland.

Kramer, S. (2000). *Gezocht asiel en hulp*. Drie modellen voor hulpverlening aan asielzoekers. Utrecht: Centrum voor Beleid en Management.

Kramer, S. (2004). *Interculturele competentieprofielen in de GGZ*. Den Haag: Mikado/GGZ Nederland.

Kramer, S. (2007). *Nieuwsgierig blijven. Implementatie van de interculturele competenties in de GGZ*. Den Haag: Mikado.

Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., Schreuders, B.A., & Jong, J.T.V.M. de. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 843-851.

Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., Schreuders, G.A., & Jong, J.T.V.M. de. (2005a). Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47(11), 743-752.

Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., Tweel, I. van der, & Jong, J.T.V.M. de. (2005b). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi Asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 825-832.

Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., & Jong, de J.T.V.M. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 837-844.

Manshanden, J. (2004). *Tot wie wendt een vluchteling zich voor hulp? Een onderzoek naar Afghaanse en Irakese vrouwen in Groningen*. Groningen: Maatschappelijke & Juridisch Dienstverlening Groningen.

Mehraz, A., Halane, S., Gasle, S., & Abdurehman, S. (2009). *Geef me raad*. Handboek deskundigheidsbevordering geestelijke gezondheid Somaliërs voor GGZ-professionals. Utrecht: Stichting Pharos.

Ministerie van VWS. (2008). Brief aan de Tweede Kamer inzake het Programma *Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie*. Den Haag: VWS.

NWO & ZON. (1998) Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid. Den Haag: NWO/ZON.

O'Donnell, C.A., Higgins, M., Chauhan, R., Mullen, K. (2007). 'They think we're OK and we're not'. A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research*, 7, 75.

Oliemeulen L, & Thung H. (2007). *Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Porter, M., & Haslan N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602-612.

Psy. (2009). Psychische zorg aan asielzoekers brokkelt af (Tekst op internet). *Psy*, 25-06-09.

Seeleman, C., Essink-Bot, M-L., & Stronks, K. (2008). *Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg*. Literatuurstudie. Programmeringstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMW. Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC.

Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Brooks, R., e.a. (2006). Torture, mental health status and the outcomes of refugee applications among recently arrived asylum seekers in Australia. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 2(1), 4-14.

Stants, F., Zwan, I. van de, & Tankink, I. (2003). *GGZ-zorgaanbod voor asielzoekers*. Een evaluatie van de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg aan asielzoekers. Utrecht: Pharos.

Struijs, A.J., & Wennink, H.J. (2000). *Achtergrondstudie Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/Zoetermeer: Trimbos-instituut/RvZ.

Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ. (2009). Basisset Prestatie-indicatoren 2009-2010. Den Haag: Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ. Geraadpleegd 1 augustus 2009 op www.zichtbarezorg.nl

Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse education today* 2010 April 21 (ahead of print).

Tankink, M. (2009). *Over zwijgen gesproken. Een medisch-antropologische studie onder vluchtelingenvrouwen in Nederland, afkomstig uit Afghanistan, Bosnië-Herzegovina en Zuid Soedan, naar het omgaan met ervaringen van aan oorlog gerelateerd geweld* (Proefschrift). Utrecht: Pharos.

Toar, M., O'Brien K.K., & Fahey T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC Public Health*, 9, 214.

Turner, S.W., Bowie C., Dunn G., Shapo L., & Yule W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 182, 444-448.

Wahoush, E.O. (2009). Reaching a hard-to-reach population such as asylum seekers and resettled refugees in Canada. *Bull World Health Organ*, 87, 568.

Weide, M.G. (1998). Gezondheidszorg in de multiculturele samenleving; een overzicht van onderzoek naar de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor migranten. In: NWO & ZON. *Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid*. Den Haag: NWO/ZON.

Weine, S., Muzurovic, N., Kulauzovic, Y., Besic, S., Lezic, A., Mujagic, A., e.a. (2004). Family consequences of refugee trauma. *Family Process*, 43(2), 147-160.

WHO. <http://www.who.int/about/governance/en/index.html> [23-7-09]

Afkortingen

AC	Aanmeldcentrum
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
amv	alleenstaande minderjarige vreemdeling
ASKV	Amsterdams Solidariteits Komitee Vluchtelingen
azc	asielzoekerscentrum
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
CQ I	Consumer Quality Index
GCA	Gezondheidscentrum Asielzoekers
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MAPP	Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen
MDO	multidisciplinair overleg
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
OGGZ	Openbare Geestelijke gezondheidszorg
O&I	Oriëntatie en inburgering
POH-A	Praktijkondersteuner Huisartsen Asielzoekers
PvE	Programma van Eisen
RZA	Regeling Zorg Asielzoekers
SPV	sociaalpsychiatrisch verpleegkundige
VWN	VluchtelingenWerk Nederland
WHO	World Health Organization
ZAPP	Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen
ZRA	Ziektekostenregeling asielzoekers