

Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen



Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen

Literatuurstudie



Loes van Willigen
Amsterdam, december 2009

Colofon



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

zapp@askv.dds.nl

Auteur

Loes van Willigen

Eindredactie

Annemieke Keunen

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.

November 2010
ISBN/EAN: 978-90-816257-3-9

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



Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen

Literatuurstudie

Loes van Willigen

Voorwoord

Het ASKV/Steunpunt Vluchtelingen verleende mij de opdracht om in het kader van het project Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen (ZAPP) een literatuurstudie te verrichten. Ik heb dat met veel genoegen gedaan. Ik werd daarbij ondersteund door Valerie Minne, de coördinator van het project. De bibliotheek van Pharos – kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid zorgde dat ik tijdig relevante literatuur ontving. Petra Pannekoek, Riëtte Mellink en Sander Kramer leverden nuttig commentaar op de eerste concepten. Aan hen allen mijn dank.

De resultaten van deze literatuurstudie geven richting aan twee explorerende, kwalitatieve studies onder asielzoekers met psychische problemen en hun hulp- en zorgverleners. Ik hoop dat de resultaten van de drie studies tezamen voldoende bouwstenen zullen leveren voor de tweede fase van het ZAPP project, de opzet van een proefproject dat tot doel heeft een bijdrage te leveren aan een verbetering van de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Daar asielzoekers met psychische problemen een bijzondere, kwetsbare groep vormen is extra aandacht en hulp voor hen van alle partijen betrokken bij hun opvang en zorg noodzakelijk.

Loes van Willigen
Consultant Gezondheidszorg en Mensenrechten
Amsterdam, december 2009

Inhoudsopgave

Voorwoord	i
1 Inleiding.....	1
1.1 Introductie.....	1
1.2 Het project ‘Zorg voor asielzoekers met psychische problemen’ en de literatuurstudie	1
1.3 Definities	2
1.4 Methodiek.....	5
1.5 Leeswijzer	5
2 Achtergronden, de asielprocedure en opvang.....	7
2.1 (Geweld)achtergronden van asielzoekers.....	7
2.2 Aantallen en nationaliteiten.....	7
2.3 De asielprocedure	8
2.4 De opvang van asielzoekers	13
3 Geestelijke gezondheidsproblemen van asielzoekers en hun zorggebruik.....	19
3.1 Geestelijke gezondheidsproblemen van asielzoekers en risicofactoren.....	19
3.2 Zorggebruik	23
3.3 De invloed van sociaal-culturele achtergronden op de problematiek en zorggebruik	26
3.4 Het omgaan met pre- en postmigratie stress en de situatie in de opvang	31
4 Het recht van asielzoekers op gezondheid(zorg)	35
4.1 Het ‘recht op gezondheid’ in internationale verklaringen en verdragen	35
4.2 Het ‘recht op gezondheid’ in Europa.....	39
4.3 Het ‘recht op gezondheid’ van asielzoekers in Nederland	42
5 De organisatie van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen	47
5.1 De organisatie van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen	47
5.2 De bevordering van de preventie, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg	53
5.3 Gespecialiseerde organisaties en instellingen	58
6 Goede praktijken in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen	61
6.1 Criteria voor goede praktijken	61
6.2 Voorbeelden van goede praktijken in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen	64
7 Samenvatting en conclusies	69
Bijlagen	77
Bijlage 1 Zorgpyramide	77
Bijlage 2 Stimuleringsregelingen	78
Afkortingen.....	81
Literatuurreferenties	83

1 Inleiding

1.1 *Introductie*

Het thema “Medische zorg aan asielzoekers” krijgt in Nederland en Europa veel aandacht. Uit de resultaten van het MAPP (Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen) van het ASKV/Steunpunt Vluchtelingen blijkt dat deze aandacht terecht is. In de afgelopen drie jaar zijn meer dan achthonderd asielzoekers, bij wie mogelijk sprake is van psychische problemen, aangemeld bij het MAPP. Ruim driehonderd van deze asielzoekers zijn door een psycholoog of psychiater aangesloten bij het MAPP onderzocht. Bij 73% van de onderzochte asielzoekers was er sprake van zodanig ernstige klachten en lijdensdruk, dat verder onderzoek en behandeling op korte termijn was geïndiceerd. ¹ Bij 77 % van de onderzochte asielzoekers (n=271) was er, volgens de onderzoekers, sprake van een posttraumatische stress stoornis (PTSS), bij 72 % klachten van angst, bij 77 % klachten van een depressie, 60 % vertoonde somatische klachten en 79 % had concentratiestoornissen. ¹

Bij een groot deel van deze asielzoekers lijkt echter, volgens signalering van advocaten en medewerkers van VluchtelingenWerk Nederland, geen zorg of behandeling op gang te zijn gekomen.

Daarvoor kunnen verschillende redenen worden aangevoerd. Soms vragen asielzoekers met psychische problemen niet om hulp, bijvoorbeeld vanwege gevoelens van schaamte. Vaak is men onbekend met de mogelijkheden van de zorgverlening in Nederland en/of sluit deze niet aan op hun behoeften en verwachtingen. Ook moeten asielzoekers vaak van het ene opvangcentrum naar het volgende opvangcentrum verhuizen, wat de zorgverlening bemoeilijkt. Vanwege een gebrekkige overdracht van medische gegevens bij verhuizingen verdwijnen asielzoekers met psychische problemen regelmatig uit het zicht. Daarnaast lijkt er bij sommige (GGZ) instellingen sprake te zijn van handelingsverlegenheid. Hoe hulp te verlenen aan (getraumatiseerde) mensen die nog geen verblijfsstatus hebben?

Zonder zorgverlening is de kans groot dat de psychische toestand van deze asielzoekers verslechtert en dat hun asielprocedure als gevolg hiervan vertraging oploopt.

1.2 *Het project ‘Zorg voor asielzoekers met psychische problemen’ en de literatuurstudie*

Het project ‘Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen’ (ZAPP) vloeit voort uit het MAPP-project. De directe aanleiding voor dit project is, zoals hierboven beschreven, de signalering dat geen zorg of behandeling op gang is gekomen voor de asielzoekers die, volgens het MAPP onderzoek, (ernstige) psychische problemen vertoonden. Daarom betreft de **doelstelling van het ZAPP project een bijdrage te leveren aan de verbetering van de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening aan asielzoekers met psychische problemen.**

Om de doelstelling te bereiken is goed inzicht nodig in de hulpvragen en knelpunten in de huidige zorgverlening voor asielzoekers met psychische problemen. Daarom is in de eerste fase van het project onderzocht hoe het aanbod van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg vanuit het oogpunt van toegankelijkheid en kwaliteit beter afgestemd kan worden op de hulpvraag van asielzoekers met psychische problemen.

Als eerste stap is de literatuur bestudeerd, waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan. In deze literatuurstudie zijn de belangrijkste onderzoeken naar de prevalentie van psychische problemen onder asielzoekers en hun zorggebruik evenals de knel- en aandachtspunten daarbij bestudeerd. Tevens is de regelgeving met betrekking tot het recht op hulp bij psychische problemen voor de doelgroep in kaart gebracht. Verder zijn de organisatie van de huidige zorg en de belangrijkste ‘goede praktijken’ in de zorgverlening in Nederland en enige andere Europese landen voor asielzoekers beschreven.

Inleiding

Op basis van de uitkomsten van de literatuurstudie worden vervolgens twee kwalitatieve studies verricht onder de asielzoekers die in een eerdere fase onderzocht zijn door het MAPP, en hun hulp- en zorgverleners. Op basis van de resultaten van de drie studies tezamen zal het ZAPP verbeterpunten ten aanzien van de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg presenteren en het draagvlak verbreden om verbeteringen door te voeren.

Vraagstelling en begrenzing van de literatuurstudie

De literatuurstudie betrof de volgende vragen:

1. Wat is er al bekend over de aard en omvang van de psychische problemen van asielzoekers en hun zorggebruik, en de factoren die daarop van invloed zijn;
2. Welke regelgeving bestaat er internationaal, Europees en nationaal ten aanzien van het recht van asielzoekers op geestelijke gezondheidszorg;
3. Hoe is de zorg voor asielzoekers georganiseerd;
4. Welke 'goede praktijken' zijn er ontwikkeld in Nederland en in andere Europese landen in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen?

De literatuurstudie beperkt zich tot de (geestelijke) gezondheidszorg voor volwassen asielzoekers die al dan niet in gezinsverband in Nederland verblijven en gehuisvest zijn in de open opvangcentra in Nederland.

Naar andere kwetsbare groepen onder asielzoekers zijn recent of worden reeds studies verricht. Zo heeft Unicef onderzoek verricht naar de 'kindvriendelijkheid' van de opvang voor asielzoekers.² Daarbij kwam ook de bevordering van de gezondheid en ontwikkeling van minderjarige asielzoekers aan de orde. Verder onderzoekt de Johannes Wier Stichting de gezondheidszorg voor asielzoekers in vreemdelingenbewaring en detentiecentra. HealthNet TPO verricht op verzoek van het Centraal orgaan Opvang Asielzoekers (COA) onderzoek naar de Bijzondere Opvang van het COA voor asielzoekers met gedrag- en andere psychiatrische stoornissen.

Ook de (geestelijke) gezondheidszorg voor asielzoekers zonder rechtmatig verblijf in Nederland, voor wie ander beleid en regelgeving geldt, valt buiten het kader van het ZAPP project. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor deze groep is recent onderzocht door het Breed Medisch Overleg^a en Dokters van de Wereld.^{3 4}

1.3 Definities

Zoals hierboven beschreven is het uiteindelijke doel van het ZAPP project bij te dragen aan de verbetering van de toegankelijkheid, kwaliteit en de continuïteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Om die reden wordt hier nader ingegaan op wat onder 'toegankelijkheid', 'kwaliteit' en 'continuïteit' van de zorg wordt verstaan.

Toegankelijkheid

Uitgangspunt van het volksgezondheidsbeleid van de regering is het realiseren van een voor ieder toegankelijke en kwalitatief goede gezondheidszorg, afgestemd op de diversiteit van de samenleving.^{5 6} In 1998 analyseerde een themacommissie Cultuur en Gezondheid van Zorgonderzoek Nederland en Medische Wetenschappen (ZonMw) de kennis en inzicht op het gebied van de diversiteit in de Nederlandse samenleving in relatie tot gezondheid(-beleving) en gezondheidszorg.⁵ Daarbij werden ook uitspraken gedaan over de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor migranten en vluchtelingen. Volgens Weide (in het onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid; 1998) verwijst toegankelijkheid naar de beschikbaarheid (capaciteit), de juridische en financiële toegankelijkheid, en de maatschappelijke

^a Het Breed Medisch Overleg (BMO) is een netwerk van organisaties en personen die betrokken zijn bij de medische zorg voor mensen zonder verblijfsvergunning. Het BMO is opgezet door het Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt (LOS).

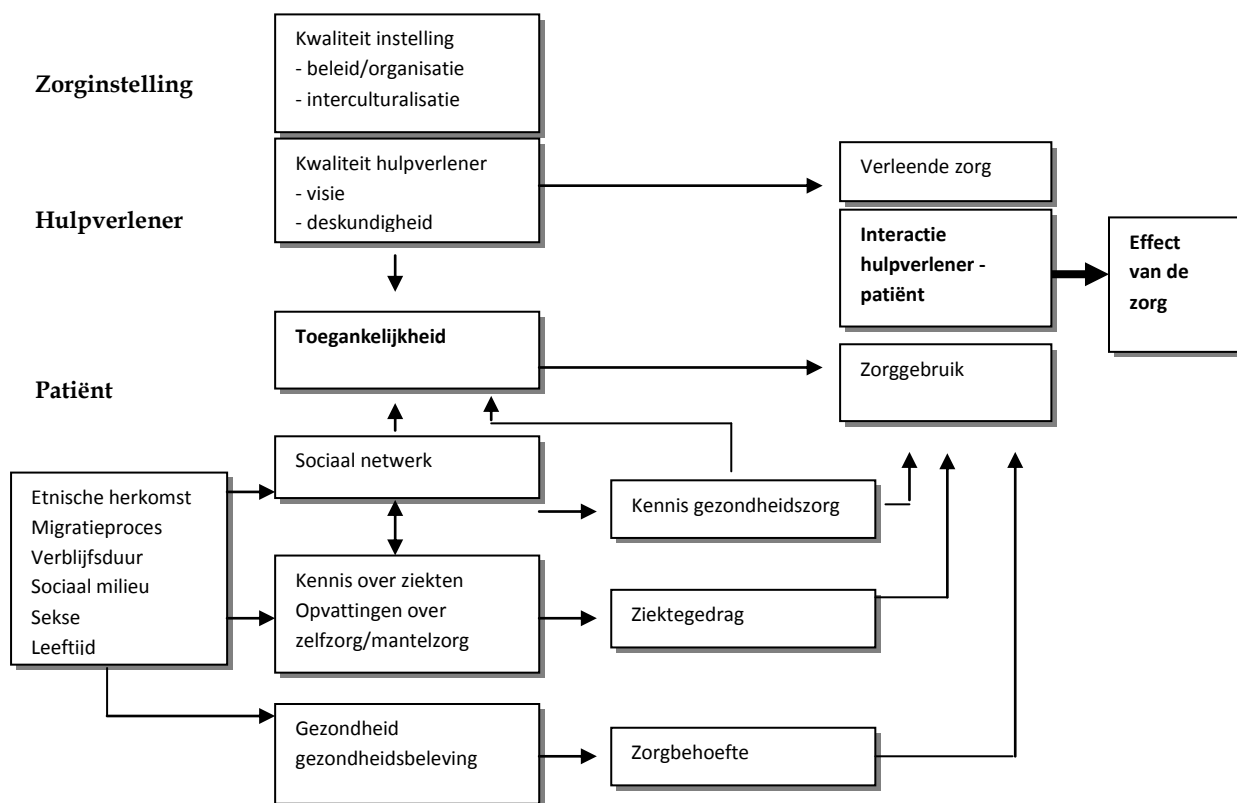
en culturele toegankelijkheid van de zorg.⁷ Deze wordt bepaald door factoren op het niveau van de cliënt, de hulpverlener, de instelling en de wet- en regelgeving. Toegankelijkheidsproblemen kunnen zich op verschillende wijzen voordoen⁵:

- *“feitelijke ontoegankelijkheid: beperking van verstrekkingen door regelgeving die juist migranten en/of vluchtelingen betreffen; dit betreft ook vormen van zorg die nog niet aangepast zijn aan migranten en vluchtelingen;*
- *kwantitatieve ontoegankelijkheid: in de praktijk is de zorg niet beschikbaar, bijvoorbeeld door inadequate behandeling of verwijzing, of door onvoldoende kennis van de zorgvoorzieningen bij migranten en/of vluchtelingen.”*

Weide ontwikkelde een conceptueel model (zie figuur 1) met betrekking tot de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor migranten en vluchtelingen. Dit model moet geplaatst worden in de bredere context van wet- en regelgeving in de gezondheidszorg en de sociaal-politieke en culturele aspecten van de samenleving en is, ook om die reden, dynamisch.

Toegankelijkheid kan, volgens dit model, worden opgevat als de uitkomst van drie categorieën van factoren: de kwaliteit hulpverlener, de kwaliteit zorginstelling en de kenmerken van de patiënt (waaronder diens kennis van de gezondheidszorg en het hebben van een sociaal netwerk).⁸ Toegankelijkheid wordt dus beïnvloed door kwaliteit, maar kan zelf ook als een kwaliteitsaspect worden beschouwd, aldus Weide (1998).⁷

Figuur 1: Conceptueel model m.b.t. de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor migranten en vluchtelingen (Uit: NWO/ZON onderzoekprogramma Cultuur en Gezondheid (1998))



Kwaliteit van de zorg

In het nieuwe zorgstelsel werd met de marktwerking in de zorg beoogd dat dit de kwaliteit van zorg ten goede zal komen.⁹ Zorgverzekeraars kopen de zorg voor hun verzekerden in bij zorgaanbieders en

inleiding

onderhandelen daarbij over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Nederlandse ingezetenen hebben op hun beurt de vrije keuze bij welke zorgverzekeraar zij zich voor hun gezondheidszorg verzekeren.

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen van 1994 werd kwaliteit van de zorg omschreven als doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht, ofwel verantwoorde zorg of 'zorg op maat'.¹⁰ Volgens Weide (1998) betekent verantwoorde zorg voor migranten en vluchtelingen dat deze inhoudelijk aansluit bij hun specifieke zorgbehoeften, en dat zorginstellingen zich bewust zijn van mogelijke knelpunten en er gericht aan werken om deze te verbeteren.⁷

Instellingen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Zij dienen een eigen kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en daarover jaarlijks in een Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording te rapporteren.¹¹ Het ministerie van VWS ziet toe op de veiligheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, daarbij ondersteund door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Regionale Inspectie.

Het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg en de verschillen in kwaliteit tussen zorgaanbieders is voor de werking van het nieuwe zorgstelsel essentieel. Hiervoor is vergelijkbare, betrouwbare, valide en relevante informatie nodig.¹² Vanaf 2005 wordt in de gezondheidszorg door beroepsorganisaties, wetenschappers en de IGZ gewerkt aan het ontwikkelen van prestatie-indicatoren om de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken. Bij de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren is kwaliteit van de zorg geoperationaliseerd in cliëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid. In 2010 zijn alle zorgaanbieders, inclusief zelfstandige professionelen in de zorg, verplicht met behulp van prestatie-indicatoren de kwaliteit van hun aanbod zichtbaar te maken.

In de GGZ is inmiddels een basisset van 28 indicatoren ontwikkeld die de drie aspecten van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg meten. Deze zijn te onderscheiden in zorginhoudelijke indicatoren (effectiviteit en veiligheid) en cliëntgebonden indicatoren. De prestaties worden vanuit het perspectief van de hulpverlener en de cliënt gemeten. De ervaringen van de cliënt in de kortdurende ambulante zorg wordt gemeten met de CQ-index (Consumer Quality Index), een vragenlijst die voor dit type zorg ontwikkeld is.^b Onder de cliëntgerichte indicatoren zijn bijvoorbeeld 'informed consent'^c, keuzevrijheid, vervulling zorgwensen, en adequate bejegening door de hulpverlener te vinden.¹³ De zorginhoudelijke indicatoren sluiten zoveel mogelijk aan op bestaande meetinstrumenten en de DBC-registratie (Diagnose Behandeling Combinatie). Een subset prestatie-indicatoren voor o.a. Zelfstandig Gevestigde Professionals in de 1^{ste} en 2^{de} lijns GGZ is nog in ontwikkeling.¹¹

Voor het meten van de kwaliteit van de huisartsenzorg worden drie soorten instrumenten ontwikkeld, namelijk zorginhoudelijke indicatoren, de CQ-Index en de zogenaamde etalage+ informatie. Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) heeft een CQI voor de huisartsenzorg ontwikkeld. Deze wordt op dit moment in twee *pilots* uitgetest. De zorginhoudelijke indicatoren worden naar verwachting in de zomer van 2009 gepubliceerd en zullen dan moeten worden uitgetest. De etalage+ informatie is informatie die de patiënt/consument in staat stelt om keuzes te maken. Naast feitelijke informatie over het aanbod, omvat dit ook informatie over de prestaties. Deze

^b Daarnaast worden de ervaringen van cliënten in de GGZ ook wel gemeten met de 'Thermometer Cliëntwaardering'. De betrouwbaarheid en cross-culturele validiteit daarvan wordt door het Trimbos instituut onderzocht. [Uit: Knipscheer J.W., May R., Schouten E., Kleber R.J. (2005) Intercultureel werken in de GGZ. Hoe werkt dat bij kortdurende behandeling? Cultuur Migratie Gezondheid 0305: 2 -12]

^c In de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, van 1995, is de verplichting opgenomen dat een hulpverlener zich ervan moet vergewissen dat de cliënt akkoord gaat met de voorgenomen behandeling. Daarvoor dient de cliënt adequaat geïnformeerd te worden over de behandeling en mogelijke alternatieven.

informatie zal via Internet op www.kiesbeter.nl voor patiënten/ consumenten van de zorg beschikbaar moeten komen.

Ten behoeve van de kwaliteit van de zorg streeft de regering tevens naar een versterking van de positie van de cliënt/patiënt in de zorg. In een brief aan de Tweede Kamer van mei 2008 hebben de Minister en Staatsecretaris van Volksgezondheid een programma neergelegd van "(z)even rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie".¹⁴ Daarbij stellen zij in de introductie dat een vertrouwensband tussen cliënt en zorgverlener de basis is voor goede zorg. De zeven rechten betreffen naast (het recht op) een toegankelijke en kwalitatief verantwoorde zorg: het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy; het recht op afstemming tussen zorgverleners, o.a. ten behoeve van de continuïteit van de zorg; het recht op een laagdrempelige klacht en geschillen behandeling; en het recht op medezeggenschap en goed bestuur.

Dit programma wordt verder ontwikkeld en diverse wet- en regelgeving in de zorg zal ten behoeve van de toepassing van deze zeven rechten worden aangepast dan wel gewijzigd.

Continuïteit van de zorg

Volgens Seeleman e.a. (2008) verwijst continuïteit van de zorg naar de mate waarin de gezondheidszorg is gecoördineerd tussen zorgverleners en instellingen. Daarbij kan doorverwijzen ook worden beschouwd als onderdeel van de continuïteit van de zorg, met betrekking tot asielzoekers ook bij verhuizing of (dreigende) uitplaatsing uit de opvang en/of (dreigende) terugkeer naar land van herkomst.¹⁵ Artsen zijn volgens één van de gedragscodes van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst (KNMG) verantwoordelijk voor de continuïteit en bereikbaarheid van de zorg, *"onverlet de verantwoordelijkheid die hiervoor bij de instelling ligt waar hij werkzaam is."*¹⁵

Seeleman e.a. (2008) signaleren dat de coördinatie en de continuïteit van de zorgketen voor allochtone patiënten vaak minder goed zijn dan voor autochtone patiënten.¹⁶

1.4 Methodiek

Literatuur gepubliceerd vanaf 2000 werd met behulp van sleutelwoorden^d opgevraagd en bestudeerd. Daarnaast werden diverse nationale en internationale websites geconsulteerd die relevant waren voor deze studie, zoals van de Raad van Europa, de Europese Commissie, de Wereld Gezondheidsorganisatie, de Office van de Hoge Commissaris van de Rechten van de Mens, de Nederlandse Ministeries van Buitenlandse Zaken, Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de IND, het COA, GGD Nederland, GGZ Nederland, Trimbos Instituut, RIVM, Pharos, Cogis, Centrum '45, MedLine, Health and Human Rights Info, IRCT, en zo voort. Verder werden enige zorgverleners en organisaties betrokken bij de zorg voor asielzoekers in andere EU landen aangeschreven om aan de hand van criteria (zie par. 6.1. op pagina 61) voorbeelden te geven van 'goede praktijken' in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen in hun land. Dit leverde echter, waarschijnlijk ten gevolge van de korte gegeven tijd, weinig respons op die bruikbaar was voor deze studie.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de (geweld)achtergronden van asielzoekers, de asielprocedure en de leefsituatie in de centrale opvang voor asielzoekers beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 weergegeven wat al bekend is over de aard en omvang van de psychische problemen van asielzoekers en hun zorggebruik, en de factoren die daarop van invloed (kunnen) zijn. In hoofdstuk 4 wordt 'het recht op gezondheid(zorg)' van asielzoekers volgens internationale verdragen, Europese richtlijnen en nationale regelgeving

^d Deze sleutelwoorden waren: asielzoekers en psychosociale problemen, geestelijke gezondheid, psychiatrie, zorggebruik en toegang tot de (medisch noodzakelijke) zorg, hulpverlening, empowerment en good practices.

inleiding

besproken. De wijze waarop de (geestelijke) gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland is vormgegeven en ontwikkeld wordt in hoofdstuk 5 behandeld. Daarna volgt in hoofdstuk 6 een beschrijving van enige goede praktijken in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen. In hoofdstuk 7 zijn de verschillende hoofdstukken samengevat en worden conclusies getrokken die vooral ook van belang zijn voor de kwalitatieve onderzoeken van het ZAPP project. Het rapport wordt afgesloten met twee bijlagen, een lijst met afkortingen en de literatuurreferenties.

2 Achtergronden, de asielprocedure en opvang

De psychische problemen van asielzoekers, hun zorggebruik en de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg kunnen niet los worden gezien van hun (geweld-)achtergronden, de asielprocedure en de wijze waarop zij worden opgevangen. Om die reden volgt hier eerst een globale schets van hun (geweld-)achtergronden. Vervolgens wordt kort weergegeven om welke aantallen en nationaliteiten het gaat. Daarna wordt de asielprocedure weergegeven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de huidige opvang voor asielzoekers.

2.1 (Geweld)achtergronden van asielzoekers

Veelal hebben asielzoekers voor aankomst in Nederland al veel beproevingen doorstaan. De huidige bezetting van de centrale opvang (zie Tabel 2, blz.8) laat zien dat het merendeel van de asielzoekers die tot de asielprocedure zijn toegelaten afkomstig is uit landen waar reeds geruime tijd oorlog en/of repressie heerst. Sommige asielzoekers zullen de oorlog en/of repressie aan den lijve hebben ondervonden. Zij zijn geïntimideerd, hebben geweld ondervonden of zijn daarmee bedreigd. Zijzelf en/of familieleden zijn gearresteerd, gevangen genomen en gemarteld, en/of hun familieleden zijn vermoord of verdwenen. Soms zijn zij met geweld van huis en haard verdreven.

Anderen zullen dit niet direct hebben ervaren, maar wel hebben geleefd in een sfeer van oorlog, geweld en onderdrukking. Structureel repressief geweld, of, met Sveaass (1994)¹ te spreken, de *“organized destruction of meaning”* verandert de sociale omgeving in een algehele situatie van onveiligheid, angst, gebrek aan vertrouwen en verbroken sociale relaties.² Standrechtelijke executies, arrestaties en (bedreigingen met) martelingen en seksueel geweld hebben niet alleen tot doel om individuele (vermeende) opposenten van de heersende macht te breken, maar ook om de samenleving te waarschuwen wat de prijs voor oppositie is. Religieuze conflicten zetten mensen tegen elkaar op. Buren kunnen niet meer te vertrouwen zijn. (Vermeende) opposenten verliezen hun baan. Daar komt nog bij dat tijdens gewapende conflicten de bewegingsvrijheid en de toegang tot basale voorzieningen, zoals onderwijs en gezondheidszorg, beperkt is en voedsel schaars.

Om die redenen zullen sommige asielzoekers gedwongen zijn geweest om halsoverkop het land te verlaten. Anderen zullen besluiten om te vertrekken omdat de spanningen tengevolge van het geweld, bedreigingen en ontberingen hen teveel worden, en/of omdat zij verwachten elders een betere toekomst te kunnen opbouwen voor zichzelf of voor hun kinderen. Sommige asielzoekers zullen het land van herkomst zijn ontvlucht via een lange tocht over bergen, door de woestijn of over zee. Verder moeten veel asielzoekers door alle restrictieve immigratie maatregelen van westerse landen gebruik maken van mensensmokkelaars die voor veel geld zorg dragen voor de benodigde reisdocumenten, maar tegelijkertijd hen gedurende en na de reis kunnen bedreigen en afpersen. Asielzoekers die in eigen land welvarend waren komen soms in het land waar zij uiteindelijk asiel aanvragen berooid aan.

Bij aankomst in het land waar asiel wordt gevraagd stopt de confrontatie met het geweld en onlusten in het land van herkomst niet. Door berichten in de media en contacten met het land van herkomst blijven asielzoekers geconfronteerd met wat er in het land van herkomst plaats vindt. Zorgen en schuldgevoelens ten aanzien van achtergelaten gezins- en familieleden kunnen overheersen. Daarnaast kunnen asielzoekers spanningen ervaren door de vaak ondoorzichtige en langdurige asielprocedure, en hun leefsituatie in de opvangcentra (zie verder hoofdstuk 3).

2.2 Aantallen en nationaliteiten

Het aantal asielverzoeken per jaar is in Nederland sinds 2000 substantieel gedaald maar vertoont fluctuaties.³ De aantallen zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Aantal 1ste en totaal aantal asielaanvragen in Nederland per jaar in 2000 - 2008^a

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1ste aanvraag	38.805	29.213	16.081	9.400	6.359	7.233	10.557	7.100	13.399
Totaal nr. aanvragen^b	43.900	32.580	18.670	13.400	9.780	12.350	14.470	9.730	15.275

De daling van het aantal asielaanvragen geldt overigens ook voor andere landen in Noordwest Europa. In 2000 werden in 13 Noordwest Europese landen, inclusief Nederland, 393.635, in 2005 199.073 en in 2007 167.530 asielaanvragen ingediend.³ Het percentage 1^{ste} asielaanvragen in Nederland ten opzichte van de asielaanvragen in de andere twaalf landen is eveneens gedaald van 9,9 % in 2000 tot 4,2 % in 2007.³

Het percentage minderjarigen onder de asielzoekers in Nederland is, indien de alleenstaande minderjarige asielzoekers niet worden meegerekend, rond 33 %.⁴ Verder is bijna een derde van de asielzoekers tussen 20 en 29 jaar oud (zie ook Tabel 3, op blz.15).

De meeste asielzoekers in Nederland komen in de afgelopen jaren uit Irak, Somalië, Afghanistan, Iran en landen van de voormalige Sovjet-Unie, zoals tabel 2 laat zien.⁴

Tabel 2 Top vijf nationaliteiten bezetting centrale opvang 1 juni 2009⁴

Somalië	5.818	28%
Irak	4.952	24%
Afghanistan	1.809	9%
Iran	688	3%
Sovjet-Unie	532	3%
Som van de overige nationaliteiten	6.806	33%
Totaal	20.605	100%

2.3 De asielprocedure

In deze paragraaf is in het kort de huidige asielprocedure beschreven. Daarna zijn de voorgenomen wijzigingen in de asielprocedure weergegeven, die in de zomer van 2010 zullen worden doorgevoerd. Verder wordt de vrijwillige en gedwongen terugkeer in deze paragraaf geschetst.

De huidige asielprocedure

De huidige asielprocedure valt uiteen in twee procedures, namelijk de zogenaamde AC procedure in het aanmeldcentrum en de OC of vervolprocedure in het oriëntatie en inburgeringcentrum.

De AC-procedure

Bij aankomst in Nederland dient een asielzoeker voor zichzelf en zijn/haar eventueel meegekomen gezinsleden^c een asielaanvraag in te dienen bij de Immigratie en Naturalisatiedienst (IND) in een aanmeldcentrum (AC) van de IND op Schiphol of in Ter Apel. De IND is een agentschap van het Ministerie van Justitie.

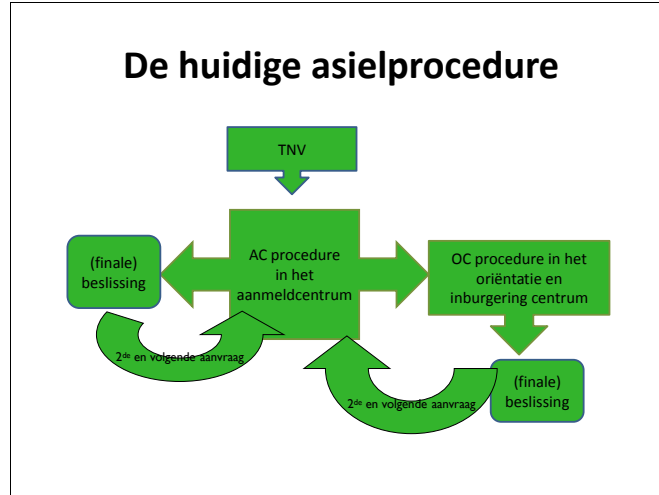
^a Toelichting: De cijfers met betrekking tot eerste asielaanvragen volgen uit een aparte analyse die het IND-Informatie- en Analysecentrum (INDIAC) eind 2005 heeft verricht, voor 2006 aangevuld met een schatting van het WODC. De cijfers over 2007 en 2008 zijn officiële IND-cijfers. [Bron: WODC (2009) Migratie naar en vanuit Nederland. Een eerste proeve van de migratiekaart. Cahier 2009 – 3. Den Haag: WODC, p. 111]

^b Het totaal aantal aanvragen betreft tweede en volgende aanvragen, evenals in Nederland geboren kinderen en personen in vreemdelingenbewaring. [Bron: WODC (2009) Migratie naar en vanuit Nederland. Een eerste proeve van de migratiekaart. Cahier 2009 – 3. Den Haag: WODC, p. 111]

^c In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk leze men voor asielzoeker ook de eventueel meegekomen gezinsleden. Slechts indien relevant wordt onderscheid gemaakt tussen de hoofdasielaanvrager en diens eventueel meegekomen gezinslid/leden. Overigens kunnen echtgenoten en kinderen zelfstandig asiel aanvragen.

Op Schiphol start de asielprocedure vrijwel direct. Voor de start van de procedure in de zogenaamde land AC's, in Ter Apel en sinds kort het AC Zevenaar, verblijft de asielzoeker vaak enige weken in een tijdelijk noodvoorziening (TNV) van het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA).

Figuur 2 De huidige asielprocedure, inclusief vervolg procedures



De AC procedure, ook wel de 48 uren-procedure genoemd, is een versnelde procedure. Deze is ooit, als 24 uren procedure, ingevoerd om kennelijk ongegronde asielaanvragen van vooral de zogenaamde rugzak'toeristen' uit Oost-Europese landen snel te kunnen afdoen. Met de opname van de 48 uren procedure in de nieuwe vreemdelingenwet van 2000 (Vw 2000) is deze versnelde procedure thans van toepassing op alle asielzoekers. Gedurende 48 uren (5 à 6 werkdagen) dient de asielprocedure te worden afgerond. De asielzoeker verblijft gedurende deze tijd in het AC.^d Tijdens de asielprocedure wordt de asielzoeker twee maal gehoord. In het eerste gehoor worden gegevens gevraagd over personalia, het land van herkomst en de vluchtroute; in het tweede gehoor, of nader gehoor, wordt uitgebreid ingegaan op de achtergronden en redenen om asiel aan te vragen. Daarbij is het vooral van belang te zijn dat het verhaal van de asielzoeker geloofwaardig overkomt.⁵ Een maatstaf daarvoor vormt ondermeer de coherentie en de innerlijke consistentie van het relaas.^{5 6}

Aan de hand van de verkregen gegevens beoordeelt de IND of de asielzoeker voldoet aan de voorwaarden voor het verstrekken van een asiel gerelateerde verblijfsvergunning. Een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd kan volgens Vw 2000 worden verleend aan de vreemdeling:

- a. die verdragsvluchteling is (d.w.z. vluchteling volgens de definitie van het Vluchtelingenverdrag van 1951^e);
- b. die aannemelijk heeft gemaakt dat hij gegronde redenen heeft om aan te nemen dat hij bij uitzetting een reëel risico loopt om te worden onderworpen aan foltering, aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen;
- c. van wie naar het oordeel van Onze Minister op grond van klemmende redenen van humanitaire aard die verband houden met de redenen van vertrek uit het land van herkomst, in redelijkheid niet kan worden verlangd dat hij terugkeert naar het land van herkomst;

^d Dit geldt niet voor het AC Zevenaar. [Bron: IND (2009) De IND belicht. Jaarresultaten 2008. Den Haag: IND]

^e De definitie luidt: 'Elke persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die bescherming van dat land niet kan of, uit hoofde van bedoelde vrees, niet wil inroepen of die, indien hij geen nationaliteit bezit en verblijft buiten het land waar hij vroeger zijn gewone verblijfplaats had, daarheen niet kan of uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil terugkeren'.

- d. voor wie terugkeer naar het land van herkomst naar het oordeel van Onze Minister van bijzondere hardheid zou zijn in verband met de algehele situatie aldaar.

De asielzoeker wordt tijdens de procedure bijgestaan door rechtshulpverleners en tolken.

Het aantal afdoeningen in de AC procedure is in de afgelopen jaren geleidelijk afgenomen en bedroeg eind 2008 ongeveer 25 % van het aantal in behandeling genomen aanvragen.⁷ In 2008 werd 10 % van alle aanvragen in het aanmeldcentrum ingewilligd en 11 % afgewezen.⁸

Tegen de afwijzing van de asielaanvraag in het AC kan de asielzoeker in beroep gaan, maar hij/zij dient de opvang te verlaten. Doorgaans toetst de rechter het besluit van de IND marginaal. Indien de rechter het bezwaar afwijst staat alleen nog de gang naar de Raad van State open, maar de asielzoeker mag deze hogere beroepsprocedure niet in Nederland afwachten. Alternatief is het indienen van een tweede of vervolg aanvraag (zie verder).

De rol van het MAPP project in de AC procedure

Sinds 2006 organiseert het MAPP psychologisch onderzoek voor asielzoekers met psychische problemen in de eerste fase van de asielprocedure. Vrijwilligers van VluchtelingenWerk Nederland en rechtshulpverleners worden getraind in het signaleren van psychische problemen bij asielzoekers met behulp van de 'MAPP vroegsignaleringslijst psychische problemen bij asielzoekers'.^f Bij vermoeden van psychische problematiek nemen zij contact op met het MAPP, dat vervolgens, op indicatie en zover het mogelijk is, in het AC psychologische onderzoeken door gezondheidszorgpsychologen en psychiaters organiseert. De vraagstelling van het onderzoek is of er sprake is van psychische problemen die interfereren met het vermogen om consistent en coherent te verklaren in het kader van een asielaanvraag. De conclusies van het psychologisch onderzoek worden met toestemming van de asielzoeker overgedragen aan de rechtshulpverlener, die deze vervolgens kan betrekken bij de AC-procedure.

In eerste instantie werden asielzoekers die volgens MAPP-psychologen en -psychiaters (ernstige) psychische problemen vertoonden die interfereerden met het vermogen om goed te kunnen verklaren, door de IND verwezen naar de OC-procedure (zie verder). Vervolgens werd de asielprocedure van de betreffende asielzoeker stil gelegd. Dit leidde tot een discussie tussen de IND en het MAPP of en wanneer deze asielzoekers dan wel gehoord zouden kunnen worden. Inmiddels heeft de IND in een werkinstructie vastgelegd welk maatwerk kan worden verricht bij het omgaan met 'asielzaken van personen met psychische problemen'. Oplossingen zijn o.a. aanpassingen van het nader gehoor en het gebruik van verklaringen van derden.^g Ook is het de bedoeling dat er bij het beslissen door de IND rekening wordt gehouden met de invloed van de psychische problemen op het verklaren. Om dit verder uit te werken, is er regelmatig overleg tussen de IND en het MAPP en haar samenwerkende partners. Hiermee is een eerste begin gemaakt met een aanpassing van de asielprocedure voor asielzoekers met psychische problemen. Het MAPP project eindigt eind 2010. In de voorgenomen wijzigingen van de asielprocedure is een eerste signalering van medische problemen bij asielzoekers inbegrepen (zie par. 2.3. op pag. 12).

De OC procedure

Indien gedurende de AC procedure in de 'land-AC's' duidelijk wordt dat deze niet binnen 48 werkuren kan worden afgedaan wordt deze opgeschort. Redenen daarvoor kunnen bijvoorbeeld zijn dat er eerst informatie uit het land van herkomst moet worden opgevraagd, er een taalanalyse moet plaats vinden, of om redenen van medische aard (zie o.a. hierboven). De asielzoeker wordt gehuisvest in een oriëntatie en

^f Deze vroegsignaleringslijst is ontwikkeld door E.Bloemen (Pharos), R.Mellink (MAPP) en G.Oosterholt (Raad voor Rechtsbijstand)

^g Zie verder ASKV/Steunpunt Vluchtelingen (2009) MAPP. Goed gehoord? Drie jaar Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen. Amsterdam: ASKV/Steunpunt Vluchtelingen

inburgeringcentrum (O&I centrum) en de asielprocedure wordt vervolgd als OC of vervolgprocedure. De asielaanvraag wordt behandeld in één van de behandelkantoren van de IND verspreid over het land. De OC-procedure dient volgens de regelgeving binnen zes maanden te worden afgerond. In de praktijk blijkt dat echter vaak veel langer te duren, onder andere wegens de grote aantallen asielaanvragen die verwerkt moeten worden bijvoorbeeld door het opheffen van vertrek- en besluitmoratoria of door wijzigingen in het categoriaal beschermingsbeleid'.⁹

Als de asielaanvraag wordt afgewezen in de OC procedure kan de asielzoeker in beroep gaan. Hij/zij mag de behandeling van het beroep in de opvang afwachten, maar wordt wel verhuisd naar een zogenaamd terugkeercentrum, waar hij/zij wordt voorbereid op terugkeer naar het land van herkomst. Bij finale afwijzing van de asielaanvraag dient de asielzoeker met zijn eventueel meegekomen gezinsleden Nederland binnen 28 dagen te verlaten. Gezinnen die vanaf 1 april 2001 een 1^{ste} asielverzoek hebben ingediend en tijdens de vertrektermijn actief hebben gewerkt aan zelfstandige terugkeer komen in aanmerking voor opvang na het verstrijken van de vertrektermijn. In dat geval duurt het verblijf in de onderdaklocatie maximaal twaalf weken.¹⁰

Indien in het AC Schiphol blijkt dat er meer tijd nodig is voor de procedure, bijvoorbeeld voor het verkrijgen van aanvullende informatie, wordt de asielzoeker overgebracht naar het Grenshospitium of een ander gesloten opvanglocatie waar hij/zij gedurende de verdere procedure, inclusief een eventuele beroepsprocedure, dient te verblijven. In een enkel geval verwijst de IND de asielzoeker naar de reguliere OC procedure en wordt hij/zij gehuisvest in een O&I centrum.

In 2008 nam de IND 17.050 beslissingen t.a.v. asielaanvragen (inclusief na bezwaarzaken). Daarvan werd 43 % ingewilligd.^{h 8 7} Bij een positieve beslissing over de asielaanvraag verkrijgen de asielzoeker en de eventuele meegekomen gezinsleden een tijdelijke asielgerelateerde verblijfsvergunning voor vijf jaar. Deze wordt na vijf jaar omgezet in een verblijfsvergunning voor onbepaalde tijd, mits er geen wijzigingen zijn opgetreden in de gronden voor de asielverlening.

Negatieve beslissingen op de asielaanvraag worden regelmatig gevolgd door een herhaalde aanvraag.⁹ Deze komen slechts voor behandeling in aanmerking als nieuwe feiten ten aanzien van de asielaanvraag naar voren worden gebracht. Deze nieuwe feiten hebben vaak te maken met de gezondheidstoestand van de asielzoeker en/of diens eventuele gezinsleden.¹¹ Een tweede en volgende asielaanvragen dienen ingediend te worden in een AC.

Na finale afwijzing van het asielverzoek kan de asielzoeker een reguliere verblijfsvergunning om medische redenen aanvragen indien hij/zij of eventuele meegekomen gezinsleden (ernstig) ziek is. In dat geval verzoekt de IND aan haar Bureau Medische Advisering (BMA) na te gaan of de betreffende asielzoeker in staat is te reizen en/of er in het land van herkomst behandelingsmogelijkheden voor de ziekte van de asielzoeker aanwezig zijn. Indien de asielzoeker of één van zijn/haar eventuele gezinsleden te ziek blijkt te zijn om te reizen wordt op grond van art. 64 van Vw 2000 de plicht om uit Nederland te vertrekken opgeschort.ⁱ Wordt artikel 64 toegepast, dan mogen ook gezinsleden in Nederland blijven. De betreffende asielzoeker krijgt een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd op medische, d.w.z. humanitaire gronden indien er geen behandelingsmogelijkheden in het land van herkomst aanwezig zijn en er sprake is van een 'medische nood situatie'.^j

^h Uit de geraadpleegde documenten wordt niet duidelijk of dit inclusief beslissingen over asiel voor de in 2008 700 uitgenodigde vluchtelingen en overige aanvragen, zoals voor in Nederland geboren kinderen, betreft.

ⁱ Artikel 64 Vw 2000 luidt: "uitzetting blijft achterwege zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen".

^j Een medische nood situatie is volgens de vreemdelingencirculaire (Vc) "de situatie waarbij de betrokkene lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vast staat dat het achterwege blijven

Gezinsleden van de asielzoeker komen in aanmerking voor een asielgerelateerde verblijfsvergunning indien de hoofdaanvrager voldoet aan de voorwaarden, zoals eerder beschreven, en de gezinsleden tegelijk met de hoofdaanvrager in Nederland zijn gearriveerd of deze binnen drie maanden zijn nagereisd.^k Indien de gezinsleden later arriveren, dienen ze zelfstandig een asielaanvraag in te dienen. Het alternatief is dat de asielzoeker een positief besluit van zijn/haar asielaanvraag afwacht, waarna hij/zij onder voorwaarden^l gezinshereniging kan aanvragen.

Wijzigingen in de asielprocedure

Vanaf de invoering van de Vw 2000 hebben Nederlandse NGO's en andere instanties, waaronder de Adviescommissie vreemdelingenzaken (ACVZ), kritiek geuit over de (te) korte duur van de AC-procedure en de (te) lange duur van de OC-procedure.⁹ Ook het negeren van de gezondheidssituatie van de asielzoeker bij het nader gehoor en van nieuwe feiten die in de loop van de asielprocedure naar boven komen, zoals het slachtoffer-zijn van seksueel geweld in het land van herkomst, vormden daarbij punten van kritiek.⁹ De Commissaris voor Mensenrechten van de Raad van Europa, Thomas Hammarberg (2009), heeft recent dezelfde kritiek geuit.¹²

In juni 2008 kondigde de Staatssecretaris van Justitie aan maatregelen te gaan treffen om de asielprocedure en het terugkeerbeleid effectiever te maken.¹³ Na diverse discussies hierover in de Tweede Kamer en raadpleging van o.a. de Raad van State hebben de Minister en Staatssecretaris van Justitie vervolgens op 26 juni 2009 een wetsvoorstel voor de verbetering van de asielprocedure ingediend voor behandeling in de Tweede Kamer.¹⁴ Volgens de Minister en Staatssecretaris zullen door de wetswijziging meer asielzoekers eerder duidelijkheid krijgen over de uitslag van de asielprocedure en wordt de asielprocedure zorgvuldiger. Ook zal naar verwachting het aantal herhaalde asielaanvragen en reguliere aanvragen van ex-asielzoekers afnemen en zullen meer afgewezen asielzoekers na afloop van de procedure Nederland daadwerkelijk verlaten.¹⁵

In het kort houden de wijzigingen het volgende in¹⁴:

- er komt een rust- en voorbereidingsperiode (RVT) van ten minste zes dagen;
- de AC-procedure wordt verlengd tot acht dagen;
- bij afwijzing van de asielaanvraag in het AC krijgt de asielzoeker een vertrektermijn van vier weken die hij/zij in de opvang mag doorbrengen;
- in de beroepsfase mag de rechter rekening houden met relevante nieuwe feiten en/of beleidswijzigingen;
- bijzondere aspecten, zoals slachtofferschap van mensenhandel en medische omstandigheden, worden zoveel mogelijk in de procedure meegenomen.

In de RVT vindt een eerste signalering van medische problemen bij asielzoekers plaats door een sociaal verpleegkundige om, indien dit noodzakelijk is, de asielzoeker te verwijzen naar de gezondheidszorg, en aan de IND medisch advies uit te brengen over gezondheidsklachten die van invloed kunnen zijn op het horen en de interpretatie van het gehoor.¹⁶ Indien er sprake is van dergelijke medische problemen wordt een sociaal geneeskundige ingeschakeld. Daarnaast wordt er naar gestreefd dat asielzoekers zoveel mogelijk gedurende de gehele procedure dezelfde advocaat houden. Het is nog niet duidelijk welke gevolgen de wijzigingen in de AC-procedure hebben voor de opvang in die periode.

Diverse organisaties evenals de Commissaris voor Mensenrechten van de Raad van Europa hebben in reactie op wetsvoorstel ter verbetering van de asielprocedure hun ernstige twijfel uitgesproken of de verlenging van de AC-procedure met twee à drie dagen deze zorgvuldiger maakt.¹²

van behandeling op korte termijn zal lijden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade."

^k De gezinsleden dienen wel dezelfde nationaliteit te hebben als de hoofdaanvrager.

^l De voorwaarden betreffen o.a. inkomen en leeftijd.

Vrijwillige en gedwongen terugkeer

Sinds 2007 coördineert de Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V), een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Justitie, de vrijwillige en gedwongen terugkeer van (uitgeprocedeerde) asielzoekers en andere migranten zonder rechtmatig verblijf in Nederland. In geheel 2008 zijn in totaal circa 10.000 vreemdelingen aantoonbaar uit Nederland vertrokken, waarbij circa 7.200 vreemdelingen werden gedwongen te vertrekken.⁷ In de beschikbare literatuur konden geen gegevens van DT&V worden verkregen waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de terugkeer van uitgeprocedeerde asielzoekers en andere migranten zonder rechtmatig verblijf.

Een deel van de vrijwillige vertrekken betreft de terugkeer met ondersteuning van de Internationale Organisatie Migratie (IOM). IOM ondersteunt vreemdelingen in Nederland die vrijwillig willen terugkeren naar het land van herkomst of die zich kunnen hervestigen in een derde land. IOM biedt deze ondersteuning op basis van het *'Return and Emigration of Aliens from the Netherlands'* (REAN) programma. Daarnaast heeft IOM een aantal speciale projecten die aanvullend zijn op het REAN programma, waaronder:⁷

- *Return Initiative Irregular Migrants* (RIIM) - inzet van *'native counselors'* in (vooral) de grote steden voor een beter bereik van de doelgroep van niet in de opvang verblijvende migranten.
- Herintegratie Regeling Terugkeer (HRT) - herintegratiebijdrage om de duurzame herintegratie van (ex-)asielzoekers te bevorderen.

Over geheel 2008 zijn in totaal ruim 1.750 migranten, dat wil zeggen (ex)asielzoekers en (ongedocumenteerde) migranten, onder wie een relatief hoog percentage Brazilianen en Irakezen, met ondersteuning van IOM vertrokken.⁷

2.4 De opvang van asielzoekers

De opvang van asielzoekers valt onder de verantwoordelijkheid van het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA), een zelfstandig bestuursorgaan van het Ministerie van Justitie. De taken van het COA zijn¹⁷:

- Het huisvesten van asielzoekers;
- Geven van begeleiding en informatie aan asielzoekers;
- Leveren van goederen aan asielzoekers (zoals servies, pannen en lakens);
- Regelen van de toegang tot de gezondheidszorg;
- Uitbetalen van weekgeld aan asielzoekers volgens de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers (RVA);
- Verwerven, beheren en sluiten van opvanglocaties;
- Handhaven van de veiligheid in de opvanglocaties.

Het COA beschikt over circa 60 opvanglocaties verspreid over acht clusters in Nederland. Op 1 januari 2009 verbleven ruim 20.500 personen in de centrale opvang van het COA.⁷ Hiervan is ongeveer 25% in het bezit van een verblijfsvergunning. Zij wachten op huisvesting in een gemeente.

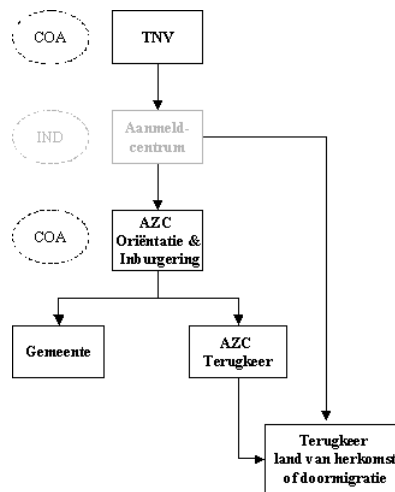
Hiernavolgend worden de verschillende fasen in de opvang weergegeven. Daarna wordt het leven in de opvang beschreven, waarbij de voorzieningen en de gesignaleerde knelpunten worden geschetst. Daar de gezondheidszorgvoorzieningen voor asielzoekers onderdeel vormen van de vraagstellingen van deze studie komen deze in dit hoofdstuk nog niet aan de orde. Deze worden in hoofdstuk 5 beschreven.

Het opvangschema

De opvang kent drie fasen, namelijk de oriëntatie, inburgering en terugkeer fasen. Deze hangen samen met de fasen in de asielprocedure. Gedurende de opvang dient de asielzoeker zich wekelijks te melden bij de vreemdelingenpolitie die doorgaans aanwezig is op de opvanglocatie. Met beëindiging van de asielprocedure wordt d.m.v. een zogenaamde meervoudige beslissing ook het recht op opvang beëindigd.

Het opvangschema is in Figuur 3 weergegeven.

Figuur 3 Het opvangschema voor asielzoekers¹⁸



Zoals eerder weergegeven verblijft een asielzoeker voor aanvang van de AC procedure, voor zover het niet Schiphol betreft, enige weken in een TNV van het COA. Tijdens de AC-procedure verblijft de asielzoeker in het AC van de IND^d. Indien het niet mogelijk is om de asielaanvraag binnen de AC procedure af te doen, of de aanvraag tijdens deze procedure wordt ingewilligd, dan wordt de asielzoeker met zijn/haar eventuele gezinsleden gehuisvest in een O&I centrum van het COA. In dit centrum wordt een oriëntatietraining aangeboden, dat bestaat uit oriëntatie op het tijdelijk verblijf in een asielzoekerscentrum en in Nederland. Daarbij komt ook het belang om eigen verantwoordelijkheid en initiatieven te nemen aan de orde. Tevens wordt een training basaal Nederlands gegeven.¹⁷ Verder mogen asielzoekers in deze fase na een verblijf van zes maanden 24 weken per jaar werken. De asielzoeker moet daarvoor een verklaring aanvragen bij het COA en de werkgever moet een tewerkstellingsvergunning aanvragen bij het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI).¹⁹ (Een deel van) het salaris dient de werkende asielzoeker af te staan aan het COA als bijdrage aan de kosten van de opvang.

Bij inwilliging van het asielverzoek wordt in het O&I centrum in afwachting van huisvesting in een gemeente een start gemaakt met de inburgeringcursus. Deze is afgestemd op de Wet Inburgering in Nederland (WIN).

Na een negatief besluit op de asielaanvraag dient de asielzoeker te verhuizen naar een terugkeercentrum, waar hij/zij wordt voorbereid op terugkeer. Indien in de beroepsprocedure de asielaanvraag alsnog wordt ingewilligd, verhuist de asielzoeker terug naar het O&I centrum.

Als ook in de beroepsprocedure de uitslag negatief is dient de asielzoeker binnen 28 dagen Nederland zelfstandig te verlaten. De DT&V kan besluiten de uitgeprocedeerde asielzoeker die verwijderbaar is op grond van een vrijheidsbeperkende maatregel te plaatsen in een vertrekcentrum/onderdaklocatie voor de duur van maximaal 12 weken. Verder kan de DT&V indien daartoe aanleiding bestaat en in geval van zicht op uitzetting de uitgeprocedeerde asielzoeker in vreemdelingenbewaring stellen.⁷

Het opvangschema zal naar verwachting in 2010 worden aangepast aan de wijziging van de asielprocedure.

Het leven in een asielzoekerscentrum

In een recent verschenen rapport van Kloosterboer (2009) is de huidige situatie in de centrale opvang voor asielzoekers uitvoerig beschreven.^{17 m} In deze paragraaf is o.a. gebruik gemaakt van de resultaten van deze studie.

In de centrale opvang verblijven relatief veel alleenstaande jonge mannen en gezinnen, waaronder ook alleenstaande moeders met kinderen. De man/vrouw verhouding en leeftijdsverdeling onder de asielzoekers in de centrale opvang in Nederland is in tabel 3 weergegeven.

Tabel 3 Bezetting centrale opvang naar geslacht en leeftijd op 1 maart 2009¹⁷

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0 – 19 jaar	3.526	2.643	6.169
20 – 29 jaar	4.717	2.340	7.057
30 – 39 jaar	2.732	1.369	4.101
40 – 59 jaar	1.584	900	2.484
60+ jaar	209	230	439
totaal	12.768	7.482	20.250

De rond zestig asielzoekerscentra (AZC's), d.w.z. de O&I en terugkeercentra, liggen verspreid over het land. De meeste AZC's bevinden zich buiten de bebouwde kom van een dorp of stad en vele liggen zeer afgelegen op het platteland of in een bos. De aard van de huisvesting van asielzoekers in de centra varieert van kamers in oude kazernes, ziekenhuizen of vliegbases tot caravans en prefab containers.ⁿ

In sommige centra hebben gezinnen zelfstandige woonruimte met een eigen keuken, badkamer en toilet, in andere centra moeten gezinnen en met name alleenstaande asielzoekers woonruimte en/of keukens, badruimte en toiletten delen. Alle varianten daartussen zijn tevens mogelijk.

Bij sommige centra wordt streng gecontroleerd wie er naar binnen en naar buiten gaat. In andere centra kan men vrij in en uit lopen. Wel is bij de ingang van alle centra een ruimte voor de beveiliging en receptie. Overdag is er altijd één beveiligingsmedewerker aanwezig van een beveiligingsbedrijf. Na 17.00 u., d.w.z. bij het beëindigen van de werktijd van het COA personeel, komen er twee beveiligingsmedewerkers bij. Op het terrein van de AZC's en vaak ook binnen de gebouwen is camerabewaking.

Asielzoekers krijgen wekelijks een financiële toelage voor voedsel, kleding en andere persoonlijke uitgaven. Als hij/zij eigen vermogen heeft dient hij/zij financieel bij te dragen aan de kosten van de eigen opvang. Daarnaast ontvangen asielzoekers een aantal eenmalige verstrekkingen voor kleding en schoenen, keukengerei, servies en bestek. De basisinventaris voor de inrichting van de woonruimte krijgt de asielzoeker in bruikleen. Verder kan de asielzoeker, onder voorwaarden, vergoeding krijgen voor buitengewone kosten en noodzakelijke reiskosten.

Knelpunten in de opvang

Uit de analyse van de resultaten van de studie van Kloosterboer en haar team komen drie fundamentele knelpunten naar voren, die niet alleen de kinderen maar ook de volwassen asielzoekers in de AZC's betreffen²⁰:

^m Dit rapport betreft een studie naar de situatie van kinderen in de centrale opvang en de verhouding van deze situatie tot het Internationale Verdrag van de Rechten van het Kind. De studie werd verricht in opdracht van het COA, Stichting Kinderpostzegels Nederland en Unicef. In vijf asielzoekerscentra werden kinderen en ouders geïnterviewd, 164 deskundigen werden op verschillende wijzen geconsulteerd en de literatuur over dit onderwerp werd bestudeerd.

ⁿ In het voorjaar en zomer 2009 werden daarnaast tentenkampen ingezet voor de opvang wegens een toename in het aantal asielzoekers en gebrek aan plaatsen voor hen in de reguliere centrale opvang.

achtergronden, procedure en opvang

1. De lange duur van het verblijf; de opvang is niet ingericht voor langdurig verblijf.
2. Het vele verhuizen.
3. Het ontbreken van informatie over de situatie waarin zij verkeren en voor hoe lang.

De kinderen die in de studie van Kloosterboer in 2008 – 2009 werden geïnterviewd waren gemiddeld 4,7 jaar in Nederland en gemiddeld 2,5 maal verhuisd.⁹ Toch was aan het einde van 2008 het aantal personen dat langer dan 5 jaar in de opvang verbleef vergeleken met eerdere jaren fors afgenomen, maar bedroeg nog rond 2750 personen.⁷ De vermindering heeft onder andere te maken met de huisvesting van statushouders die een vergunning hebben gekregen in het kader van de Regeling ter afwikkeling van de nalatenschap oude vreemdelingenwet (de zogenaamde pardonregeling).

De vele verhuizingen, waarover het rapport van Kloosterboer spreekt, hebben niet alleen te maken met de verhuizingen wegens de verschillende fasen van de asielprocedure, maar ook met de voortdurende krimp en uitbreiding van het aantal benodigde opvang plaatsen en de contracten van het COA met gemeenten waarin de AZC's zich bevinden. Veelal worden deze contracten met gemeenten slechts voor vijf jaar afgesloten. Ook wijzigen de opvangcentra soms van functie.²¹

In de centra heerst over het algemeen gebrek aan ruimte en privacy. Vaak is de huiskamer tevens slaapkamer, studeerkamer, keuken en kamer voor ontvangst. Kinderen ontberen aparte ruimte om hun huiswerk te maken. Ook is er in de AZC's weinig mogelijkheid voor spel en (re)creatieve activiteiten.²² Door de vaak geïsoleerde ligging van de centra kunnen asielzoekers nauwelijks contact maken met de Nederlandse samenleving en/of deelnemen aan het sociaal-culturele leven. De leefregels in het centrum worden bepaald door het COA. Op basis van het Reglement Onthoudingen Verstrekkingen kan het COA aan asielzoekers strafmaatregelen opleggen indien zij zich niet aan de leefregels houden. Deze variëren van het inhouden van een geldbedrag tot het inhouden van alle voorzieningen, inclusief onderdak.

Kinderen en volwassenen geven aan zich onveilig te voelen in de centra.²⁰ Dit is in de afgelopen jaren al verschillende malen onderwerp van onderzoek^{23 24 25 26} geweest, maar ondanks maatregelen van het COA om de centra veiliger te maken, wordt het gevoel van onveiligheid opnieuw genoemd in het rapport van Kloosterboer.¹⁷ Dit gevoel hangt samen met verschillende aspecten van het leven in de centrale opvang. De vaak langdurige asielprocedure en de confrontatie met uitzettingen van medebewoners kunnen een gevoel van onzekerheid en onveiligheid oproepen. Asielzoekers hebben daardoor de angst elk moment te kunnen worden uitgezet. Ook levert het samenwonen in een geïsoleerde setting met personen met verschillende sociaal-culturele en religieuze achtergronden problemen op. Conflicten, discriminatie, geweld en dronkenschap komen in de centra geregeld voor. Daarnaast kan het gevoel van onveiligheid ervaren worden door de geïsoleerde ligging van het AZC en/of door de nabijheid van een drukke weg of open water. Verder kan het moeten delen van toilet en douche met medebewoners, de soms donkere gangen en de slecht verlichte buitenruimtes vooral bij kinderen en vrouwen gevoelens van onveiligheid veroorzaken.

Volgens het COA- beleid moet er twee maal per jaar een bewonersbijeenkomst worden georganiseerd, maar elke locatie mag zelf bepalen hoe deze bijeenkomsten plaats vinden. Desalniettemin blijkt uit de studie van Kloosterboer en haar team dat kinderen en ouders het gevoel hebben geen vat te hebben op de situatie waarin zij zich bevinden. *“Dat gevoel wordt versterkt doordat zij niet betrokken worden bij de*

⁹ Andere gezinnen in Nederland verhuizen gemiddeld eens in de tien jaar. [Kloosterboer K. (2009) Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra. Den Haag: Stichting Kinderpostzegels Nederland, het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, UNICEF Nederland, p. 25]

gebeurtenissen in het AZC. Ze hebben onvoldoende informatie over hun rechten en de gang van zaken en voelen zich niet serieus genomen”.^p

^p Citaat uit: Kloosterboer K. (2009) Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra. Samenvatting. Den Haag: Stichting Kinderpostzegels Nederland, het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, UNICEF Nederland, p. 10

3 Geestelijke gezondheidsproblemen van asielzoekers en hun zorggebruik

In het vorige hoofdstuk is beschreven wat de (geweld)achtergronden van asielzoekers zijn, welke procedure zij na aankomst in Nederland moeten doorlopen en op welke wijze zij worden opgevangen. In dit hoofdstuk wordt op basis van de literatuur achtereenvolgend beschreven welke geestelijke gezondheidsproblemen asielzoekers kunnen ondervinden, wat hun zorggebruik is en welke pre- en postmigratie factoren daarop van invloed zijn. Daarbij wordt tevens weergegeven welke invloed de sociaal-culturele achtergronden van asielzoekers hebben op hun problematiek en hulpzoekgedrag. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de wijze waarop asielzoekers omgaan met hun situatie en welke individuele en contextuele factoren daarop van invloed zijn.

3.1 Geestelijke gezondheidsproblemen van asielzoekers en risicofactoren

Diverse studies hebben aangetoond dat asielzoekers vele, verschillende lichamelijke, geestelijke en sociale problemen hebben.^{1 2 3} Verscheidene asielzoekers hebben bij aankomst in ons land aandoeningen ten gevolge van een achterstand in zorg, zoals tuberculose, parasitaire darminfecties, vitamine deficiënties, malaria, dentale problemen, huidaandoeningen en visus- en gehoorstoornissen.^{1 4} Ook kunnen zij genetische aandoeningen hebben die in Nederland weinig voorkomen, zoals sikkelcelanemie, of 'normale' somatische aandoeningen vertonen, zoals cardiovasculaire aandoeningen en diabetes. Martelingen, zoals het slaan op de voetzolen of op het hoofd, 'waterboarding', en seksueel geweld kunnen, naast psychische gevolgen, ook lichamelijk hun sporen achterlaten.^{5 6 7} Verder kunnen asielzoekers cultuurspecifieke aandoeningen vertonen, zoals (de gevolgen van) vrouwenbesnijdenis.⁴

Uit onderzoek van Gerritsen e.a.(2005, 2006) is gebleken dat de algemene gezondheid van asielzoekers slechter is dan die van de autochtone Nederlandse bevolking.^{3 8} Ook hebben zij een gemiddeld hoger aantal chronische aandoeningen dan niet-westerse migranten en autochtone Nederlanders. Verder bleek uit onderzoek van Koppenaal (2001) dat mannelijke asielzoekers een hoger sterftcijfer vertonen dan Nederlandse mannen ten gevolge van infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaken, zoals suïcide (2,8 maal hoger), verdrinking (11 maal hoger) en moord en doodslag (7 maal hoger).⁹

De geestelijke gezondheidsproblemen onder asielzoekers kunnen niet los worden gezien van de mogelijk aanwezige lichamelijke aandoeningen. Deze studie richt zich echter op de geestelijke gezondheidsproblemen van asielzoekers. Deze kunnen tot uiting komen in lichamelijke, psychosociale en psychiatrische symptomatologie.

De meest voorkomende geestelijke gezondheidsklachten onder asielzoekers

Gerritsen e.a. (2005, 2006)^{3 8} verrichtten onderzoek naar de lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen van Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen en de resultaten over de asielzoekers werden vanuit preventieperspectief door Goosen en Gerritsen (2007) nader bestudeerd.¹⁰ Het onderzoek betrof 116 Afghanen, 54 Iraniërs en 62 Somaliërs in 2003-2004 verblijvend in 14 asielzoekerscentra verspreid over het land. De gemiddelde leeftijd van hen was 35 jaar; 61 % was man en 39 % vrouw. Zij verbleven gemiddeld 3,4 jaar in Nederland, waarbij de Iraniërs en Somaliërs langer in Nederland verbleven dan de Afghanen. De ervaren gezondheid werd gemeten met de 36-item Short Form en de lichamelijke gezondheid werd vastgesteld met behulp van vragen naar 28 chronische aandoeningen die het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gebruikt bij

psychische problemen en zorggebruik

bevolkingsonderzoek.^{3 8} De psychische gezondheid werd gemeten met behulp van de *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) en de *25-Hopkins Symptom Checklist* (25-HSCL), zelfrapportagelijsten om resp. traumatische ervaringen en symptomen van een Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) en angst en depressie te meten.^{3 8} Daarnaast werden vragen gesteld over leefstijl, acculturatie, sociale contacten en steun, en stressfactoren in de huidige situatie. Dezelfde meetinstrumenten, exclusief de vragen naar leefstijl, acculturatie en sociale steun, werden gebruikt in een onderzoek onder vluchtelingen en asielzoekers met 30 verschillende nationaliteiten door Toar e.a.(2009) in Ierland.¹¹

De studies van Goosen e.a. en Toar e.a. toonden dat 59 % van de asielzoekers in Nederland en 60 % van de asielzoekers in Ierland hun gezondheid beoordeelden als matig tot slecht.^{10 11} Gemiddeld beoordeelden in het onderzoek van Goosen & Gerritsen asielzoekers uit Iran hun gezondheid 4 maal zo vaak als slecht als Somalische asielzoekers. Afghanen rapporteerden dat het minst. De frequentst gerapporteerde chronische aandoeningen onder de Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers in Nederland waren ernstige en hardnekkige rugklachten, migraine of ernstige hoofdpijn, en ernstige aandoeningen van nek en schouders.^{8 10}

Ook Bisschop e.a. (2009) vonden bij 979 asielzoekers met verschillende nationaliteiten die de eerstelijnsgezondheidszorg in Zwitserland consulteerden veel musculoskeletale klachten en vooral lage rugpijn.¹² Hondius e.a. (2000) zagen bij Turkse en Iraanse asielzoekers (en vluchtelingen) tevens veel gastro-intestinale klachten, zonder dat daarbij een diagnose kon worden gesteld.²

Asielzoekers blijken dus veel lichamelijke klachten te presenteren die veelal gekarakteriseerd kunnen worden als specifieke, of onverklaarde lichamelijke klachten.² Dit betreft volgens het onderzoek van Goosen & Gerritsen (2007) meer vrouwen dan mannen.¹⁰

Daarnaast vertonen asielzoekers veel symptomen van een PTSS, angst en depressie. In het onderzoek van Gerritsen e.a. bleek het percentage asielzoekers dat symptomen van PTSS vertoonde 28 %.^{3 10} Iraanse asielzoekers vertoonden in vergelijking met de Afghaanse en Somalische asielzoekers een veel hoger percentage symptomen van PTSS. Daarnaast vertoonden vrouwen drie maal zo vaak als mannen symptomen van een PTSS. In het onderzoek van Toar e.a. in Ierland bleek 63 % van de asielzoekers symptomen van een PTSS te presenteren.¹¹ In een eerder verricht epidemiologisch onderzoek met dezelfde meetinstrumenten door MOA artsen in het Noord Nederland onder 317 asielzoekers uit 31 landen bleek de prevalentie 51 %.¹³ In een onderzoek onder afgewezen asielzoekers uit Irak in Denemarken van Schwarz- Nielsen & Elklit (2009) was de prevalentie van PTSS symptomen gemeten met de HTQ 77 %.¹⁴

Ook de prevalentie van symptomen van angst en depressie in deze drie studie toont verschillen. Goosen & Gerritsen vonden bij 62 % asielzoekers symptomen van depressie en bij 42 % symptomen van angst; Schwarz-Nielsen & Elklit vonden bij 94 % van de onderzochte (afgewezen) asielzoekers symptomen van angst en bij 100 % symptomen van depressie; Toar e.a. zagen bij 73,3 % asielzoekers symptomen van angst en depressie tezamen; de MOA artsen constateerden dit bij 82,6 %.^{10 11 13} In het onderzoek van Goosen & Gerritsen bleken de asielzoekers uit Iran vaker symptomen van angst en depressie te vertonen dan de asielzoekers uit Afghanistan en Somalië.

De meest voorkomende psychische klachten onder asielzoekers en vluchtelingen in de studie van Hondius e.a. (2000) bleken 'zich angstig voelen', 'slaapstoornissen', 'zich somber voelen', 'geïrriteerdheid' en 'nachtmerries'.² Daarnaast komen onder asielzoekers ook veel sociale problemen voor, zoals naast de zorgen over de asielprocedure en de lengte ervan, zorgen over achtergebleven gezins- of familieleden, woon –of huisvestingproblemen, eenzaamheid, financiële problemen, communicatie en taalproblemen en problemen binnen het gezin.^{2 10} Deze worden in de studie van Gerritsen e.a. en andere studies beschouwd als postmigratie stressfactoren (zie verder).

De meest gestelde psychiatrische diagnoses onder asielzoekers

De HTQ en 25-HSCL zijn zelfrapportagelijsten waarmee geen klinische diagnoses kunnen worden gesteld. Er zijn echter ook verschillende studies verricht die wel een klinische diagnose bij asielzoekers stelden. Hondius e.a. (2000), bijvoorbeeld, diagnosticeerden bij 16,5 % asielzoekers (n=79) uit Turkije en Iran een PTSS.^a Laban e.a. (2004, 2005) stelden de meest voorkomende psychiatrische stoornissen onder 294 asielzoekers uit Irak vast met behulp van de *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) en constateerden bij 22,4 % een angststoornis, bij 34,7 % een depressieve stoornis, bij 9,2 % een somatoforme stoornis, bij 36,7 % een PTSS, en bij 3,4 % een alcoholafhankelijkheid. Bij 54,4 % bleek comorbiditeit te bestaan, ofwel werd meer dan één diagnose gesteld.^{15 16} Vrouwen bleken vaker een angststoornis en één of meer psychiatrische stoornissen te vertonen dan mannen. Silove e.a. (2006) gebruikten de *Structural Clinical Interview* (SCID) gebaseerd op de DSM IV om een PTSS en/of depressieve stoornis te diagnosticeren bij 73 recent gearriveerde asielzoekers in Australië. Zij vonden bij 52 % van hen een PTSS en bij 60 % van hen een depressieve stoornis. 44 % vertoonde een comorbiditeit van beide diagnoses.¹⁷ McColl en Johnson (2006) constateerden in hun studie naar psychische problemen en behoeften van asielzoekers en vluchtelingen die een *Community Mental Health Team* in London bezochten (n= 104) eveneens dat er een hoge mate van comorbiditeit (73 %) onder hen voorkomt.¹⁸ Bij 30 % was de diagnose onzeker, dat wil zeggen was meerdere malen gewijzigd of kon niet worden vastgesteld. 52 % van de vluchtelingen en asielzoekers kreeg één of meer diagnose van psychose en 15 % van hen presenteerden psychotische symptomen, maar een diagnose kon niet worden gesteld. 30 % gebruikte of bleek afhankelijk van alcohol, qat en/of cannabis. Volgens Hoogenboezem en Bransen (2005) komt onder asielzoekers in Nederland problematisch harddruggebruik in combinatie met psychiatrische problemen voor.¹⁹ De prevalentie werd daarbij niet vermeld.

Methodologische verklaringen voor de variatie in bevindingen

De verschillen in de prevalenties van symptomatologie en psychiatrische stoornissen kunnen voor een deel verklaard worden in de opzet van de studies, de gekozen methodologie en de etniciteit van de onderzochte populaties. Fazel e.a. (2005) bestudeerden 20 studies waarbij in totaal 6743 volwassen vluchtelingen^b betrokken waren en analyseerden de heterogeniteit in de gerapporteerde prevalenties van diagnoses. Een significante factor voor de variatie in PTSS tussen de verschillende studies bleek de omvang van de onderzoekpopulatie te zijn (onderzoeksgroepen <200 leverden een gemiddelde prevalentie van een PTSS van 29 %; en ≥ 200 een prevalentie van 9 %). Significante factoren voor de variatie in prevalentie van een depressieve stoornis bleken de omvang van de onderzoeksgroep, de selectie, de wijze van diagnosticeren en de taal van de interviewer. Hogere prevalenties werden veroorzaakt door een kleine onderzoeksgroep, een niet *at-random* geselecteerde onderzoeksgroep, klinische diagnostiek (in plaats van een diagnose op basis van een semigestructureerd interview) en een verschil in oorspronkelijke taal tussen de interviewer en de respondenten. De zelfrapportage lijsten, zoals de HTQ en 25-HSCL, en andere diagnostische meetinstrumenten zijn veelal niet crosscultureel gevalideerd en de drempel voor 'normaal' versus 'pathologisch', of '*caseness*', staat ter discussie.^{2 8 21 20} Turner e.a. (2003) concluderen dat bij studies naar de geestelijke gezondheidsproblematiek onder asielzoekers (en vluchtelingen) met behulp van zelfrapportage instrumenten, per groep en context de drempel voor '*caseness*' moet worden vastgesteld door middel van klinische diagnostiek bij een deel van hen.²¹

^a In tegenstelling tot de andere geciteerde Nederlandse studies werd het onderzoek van Hondius e.a. reeds aan het einde van de jaren tachtig van de vorige eeuw verricht. Asielzoekers werden in die tijd slechts enkele maanden opgevangen in de centrale opvang, waarna zij gehuisvest werden in zelfstandige ROA-woningen in gemeenten.

^b Daarbij werd één studie onder asielzoekers en één studie van een combinatie van vluchtelingen en asielzoekers betrokken.

Factoren die een risico vormen voor de geestelijke gezondheid van asielzoekers

Verschillen in sociaal-politieke achtergronden kunnen ook verantwoordelijk zijn voor de variatie in prevalentie van symptomatologie en psychische stoornissen onder asielzoekers, ofwel een risico vormen voor hun geestelijke gezondheid. In het vorige hoofdstuk is beschreven dat asielzoekers in het land van herkomst en/of tijdens de vlucht vaak al veel spanningen hebben ervaren ten gevolge van oorlog, geweld en de wijze waarop zij een heenkomen hebben moeten zoeken. Verder stopt de confrontatie met het geweld en onlusten in het land van herkomst niet bij aankomst in Nederland. Daarnaast kunnen asielzoekers spanningen ervaren door de vaak ondoorzichtige asielprocedure en de duur daarvan, en hun leefsituatie in de opvangcentra. Enkele auteurs spreken om die redenen over een sequentiële of cumulatieve traumatisering die asielzoekers vóór en na de migratie ondergaan.^{4 21} Verschillende pre- en postmigratie factoren blijken van significante invloed op de prevalentie van symptomatologie en psychische stoornissen.

Diverse studies melden dat asielzoekers die een groot aantal schokkende gebeurtenissen voor de migratie hebben doorgemaakt, in vergelijking met asielzoekers die relatief weinig voor de migratie hebben meegemaakt hun gezondheidstoestand vaker als slecht of matig ervaren, en vaker (symptomen van) een PTSS en/of (van) angst en depressie vertonen.^{2 10 11 17 21 22 23} Het hebben ondergaan van martelingen en/of in levensgevaar te zijn geweest spelen daarbij een significante rol.^{2 17 21 22 23} Ook blijkt een gedwongen scheiding van familieleden een significante impact te hebben op de geestelijke gezondheid van asielzoekers.^{22 21 24}

De samenhang tussen de ernst van de traumatische ervaringen en psychische symptomatologie geldt echter niet voor de afgewezen Irakese asielzoekers in de studie van Schwarz-Nielsen en Elklit (2009). Hoewel meer dan de helft van deze asielzoekers rapporteerde dat zij getuige was geweest van meer dan acht schokkende gebeurtenissen en/of deze zelf had ervaren, bleek deze groep niet een significant hogere prevalentie voor symptomen van een PTSS te vertonen dan degenen die relatief weinig schokkende gebeurtenissen hadden meegemaakt.¹⁴ Mogelijk is de angst voor (gedwongen) terugkeer bij hen (op dat moment) van grotere betekenis voor hun geestelijke gezondheid dan hun ervaringen vóór de migratie.

Ook bleek de duur van verblijf in de opvang voor asielzoekers in deze Deense studie niet van invloed op de prevalentie van de symptomatologie van een PTSS en/of angst en depressie.¹⁴ Dit in tegenstelling tot ondermeer de studie van Laban e.a. (2004, 2005) die constateerden dat Irakese asielzoekers die langer dan twee jaar in Nederland verbleven significant meer psychopathologie vertoonden dan de groep Irakese asielzoekers die korter dan 6 maanden in Nederland verbleven.^{15 16} Alcoholafhankelijkheid bleek bijvoorbeeld niet voor te komen onder de asielzoekers die recent waren gearriveerd, maar wel voor te komen bij 6,6 % van de asielzoekers met een verblijfsduur van meer dan twee jaar.¹⁶ De prevalentie van PTSS vertoonde echter geen significant verschil tussen de twee groepen.

In de studie van Goosen & Gerritsen (2007) bleken asielzoekers met meer dan 2,5 postmigratie stressfactoren, vaker symptomen van een PTSS, en van angst en depressie te vertonen, dan asielzoekers met minder postmigratie stress.¹⁰ Het ervaren van weinig sociale steun bleek samenhang te vertonen met meer symptomen van een PTSS.¹⁰ De MOA artsen in Noord Nederland constateerden dat asielzoekers met een normale score op de 25-HSCL gemiddeld minder vaak waren overgeplaatst naar een ander opvangcentrum dan asielzoekers met een afwijkende score.¹³ Lindencrona e.a. (2008) constateerden dat discriminatie, verlies van status en vervreemding risico factoren voor recent gearriveerde asielzoekers in Zweden vormden.²³ Porter en Haslam (2005) kwamen op basis van een meta-analyse van 65 studies onder vluchtelingen, inclusief binnenlandse ontheemden, asielzoekers en statelozen, waarin hun geestelijke gezondheid werd vergeleken met controlegroepen, tot een vergelijkbare conclusie.²⁵ Een relatief goede geestelijke gezondheid van vluchtelingen bleek ondermeer samen te hangen met een

groter materieel welzijn ná de gedwongen migratie (eigen huisvesting, economische mogelijkheden), minder status verlies en minder acculturatiestress. In de studie van Silove e.a.(2006) onder pas gearriveerde asielzoekers in Australië bleek eenzaamheid en verveling en zorgen over toegang tot de gezondheidszorg samen te hangen met depressie en niet met een PTSS. Een PTSS hing samen met o.a. vertragingen in de asielprocedure.¹⁷ Naast de duur van verblijf in Nederland bleek in de studie van Laban e.a. (2005) dat ook het gebrek aan werk één van de postmigratie risicofactoren was voor het optreden van depressie en één of meer psychiatrische stoornissen.²⁴ Opvallend is dat de asielzoekers uit Iran in het onderzoek van Goosen & Gerritsen (2007), in vergelijking tot de asielzoekers uit Afghanistan en Somalië, veel tijd besteedden aan studeren, lessen volgen en betaald werk verrichtten, maar ook meer psychische problemen ervoeren.¹⁰ Dit is niet nader geanalyseerd.

Ook asielzoekers (en vluchtelingen) beschouwen postmigratie factoren van invloed op hun geestelijke gezondheid, blijkt uit het onderzoek van Hondius e.a. (2000).² De onderzoekers vroegen aan de Turkse en Iraanse vluchtelingen en asielzoekers betrokken bij hun onderzoek wat volgens hen de oorzaak was voor hun gezondheidsproblemen. De lichamelijke klachten werden volgens de vluchtelingen en asielzoekers vooral veroorzaakt door een lichamelijke aandoening en/of ervaringen vóór de migratie. De psychische klachten werden door hen het meest geweten aan hun situatie en problemen ná de migratie, zoals zorgen over achtergebleven familieleden, zorgen over de ontwikkelingen in het land van herkomst en zorgen over de toekomst.^c De Somalische en Afghaanse respondenten in het kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van vluchtelingen met de huisarts van Feldmann (2006) noemen 'zorgen' als de belangrijkste oorzaak voor hun lichamelijke klachten.²⁶

3.2 Zorggebruik

Asielzoekers hebben, zoals uit de vorige paragraaf blijkt, een slechtere gezondheid dan de doorsnee bevolking en vertonen veel psychische en psychiatrische problemen die gerelateerd zijn aan verschillende pre- en postmigratie risicofactoren. In deze paragraaf wordt eerst besproken wat bekend is over hun zorggebruik. Vervolgens wordt weergegeven hoe asielzoekers de gezondheidszorg beoordelen en welke drempels zij ervaren in de toegang tot de gezondheidszorg.

Het gebruik van de preventieve, eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg

Uit het onderzoek van Goosen & Gerritsen (2007) bleek dat asielzoekers veel gebruik maakten van de (voormalige) MOA dienstverlening.^d Gemiddeld bezochten zij het spreekuur van de praktijkverpleegkundige 7,7 maal per jaar. Met de huisarts hadden zij gemiddeld 3,2 contacten per jaar. Dit bleek minder frequent dan de vluchtelingen in het onderzoek, die gemiddeld 6,1 contacten per jaar hebben met hun huisarts, en (iets) minder dan de Nederlandse bevolking die gemiddeld 3,9 maal per jaar de huisarts bezoekt.

Bij 'matching' van de zelf gerapporteerde problemen van de asielzoekers in het onderzoek met de gegevens in hun medische dossiers bleken deze in hoge mate overeen te komen. Ongeveer 15 % van de contacten van asielzoekers met de huisarts betreft psychische klachten. Slechts 14 % resulteert in een verwijzing naar de GGZ. Dit verwijzingspercentage van asielzoekers met psychische problemen naar de GGZ of AMW bleek, in vergelijking met de Nederlandse bevolking, laag. Daarentegen is het

^c De vluchtelingen en asielzoekers (n=122) noemden als oorzaak voor hun lichamelijke problemen het vaakst 'een lichamelijke aandoening' (48 %), 'martelingen' (29 %), 'gevangenschap'(15 %), 'vervolgning'(7%), 'zorgen over achtergebleven familieleden'(13 %), 'zorgen over de toekomst'(7 %) en 'zorgen over de asielprocedure'(5 %). De psychische klachten weten zij aan 'martelingen (30 %), 'vervolgning (30 %), 'gevangenschap'(13 %), 'zorgen over achtergebleven familieleden' (40 %), 'ontwikkelingen in het land van herkomst' (34 %), 'zorgen over de toekomst'(28 %) en 'zorgen over de asielprocedure' (12 %).

^d Zie voor MOA dienstverlening hoofdstuk 4 en 5.

psychische problemen en zorggebruik

verwijzingspercentage voor klachten van het bewegingsapparaat, vergeleken met die voor psychische klachten relatief hoog, en overeenkomend met de cijfers voor de autochtone bevolking. Het profiel van 'veelgebruikers' en 'weiniggebruikers' van de eerstelijnszorg onder de asielzoekers bleek in grote lijnen overeen te komen met die van de Nederlandse bevolking. 'Veelgebruikers' zijn vaker vrouwen, van hogere leeftijd, met een slechter ervaren gezondheid en met een groter aantal gezondheidsproblemen dan de 'weiniggebruikers'. Opvallend was echter, dat onder de asielzoekers die in het jaar voorafgaand aan het onderzoek weinig of geen gebruik hadden gemaakt van de eerstelijnszorg, zich veel asielzoekers bevonden met symptomen van een PTSS en van angst en depressie.¹⁰

Laban e.a. (2007) constateerde in hun studie naar de geestelijke gezondheidsproblemen en zorggebruik van asielzoekers uit Irak, dat deze de MOA minder vaak consulteerden dan de asielzoekers in het onderzoek van Gerritsen e.a.²⁷ Verder bleek dat het zorggebruik van de Irakese asielzoekers niet toenam met de duur van verblijf, behalve voor de GGZ en het gebruik van medicatie. Voorspellers voor het gebruik van de gezondheidszorg waren het ervaren van een slechte gezondheid en '*functional and role disability*'. Het hebben van één of meer psychiatrische stoornissen bleek samen te hangen met het zorggebruik van (niet-GGZ) specialisten en niet met het zorggebruik in de GGZ. 80 % van de Irakese asielzoekers met een psychiatrische stoornis maakte gebruik van de gezondheidszorg, maar slechts 8,8 % bezocht de GGZ. 20 % van de Irakese asielzoekers met een psychiatrische stoornis maakte geen enkel gebruik van de gezondheidszorg.

Toar e.a. (2009) constateerden in Ierland dat, in vergelijking met vluchtelingen, asielzoekers vaker de huisarts bezoeken, maar gezien hun psychische problematiek ook relatief weinig gebruik maken van de GGZ.¹¹ In Zwitserland bezochten asielzoekers de eerstelijnszorg gemiddeld 5,8 maal per jaar.¹² Echter, 19 % van de asielzoekers die in een eerstelijnspraktijk waren ingeschreven maakten geen enkel gebruik van de zorg, met het hoogste gemiddelde onder de asielzoekers uit voormalig Joegoslavië (24 %) en Sri Lanka (21 %). Het laagste percentage niet-gebruikers betrof asielzoekers uit Irak (8 %).¹²

In een studie naar het zorggebruik van Ethiopische migranten en vluchtelingen in Canada werd geconstateerd dat 5 % van de respondenten hulp zocht voor geestelijke gezondheidsproblemen.²⁸ 12,5 % van hen bleek een psychische problemen te hebben. Slechts 4,3 % van hen zocht hulp in de GGZ. Het hulp zoeken voor psychische problemen bleek samenhang te vertonen met een hoog aantal lichamelijke problemen, postmigratie stress en de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis.

In Colorado, VS, ondergingen recent gearriveerde vluchtelingen uit zowel oorlogsgebieden als niet oorlogsgebieden, een onderzoek naar lichamelijke en psychische problemen.²⁹ 13 % van de volwassen onderzochten werden vervolgens wegens hun symptomatologie verwezen naar GGZ professionals. Slechts 37 % van hen volgden deze verwijzing op. Bij nader onderzoek van de gegevens van degenen die wel en niet naar de GGZ gingen bleek dat degenen die wel gingen significant meer symptomen hadden van een PTSS, angst en depressie dan degenen die niet naar de GGZ gingen. Bij alle vluchtelingen die de verwijzing naar de GGZ opvolgden werd een psychiatrische diagnose gesteld. De auteurs veronderstellen dat er een zelfselectie voor behandeling in de GGZ onder vluchtelingen plaats vindt op basis van de ernst van hun onwelbevinden.²⁹

In Denemarken bleek het aantal verwijzingen door artsen van het Deense Rode Kruis^e voor specialistische zorg ten behoeve van asielzoekers met een psychiatrische stoornis met de duur van verblijf in een opvangcentrum significant toe te nemen.³⁰ Jongedijk en Hoekstra (2005) komen in een studie naar de

^e In Denemarken wordt 90 % van asielzoekers opgevangen door het Deense Rode Kruis. In de centra zorgen artsen en verpleegkundigen van het Deense Rode Kruis voor de medische zorg. Voor specialistische zorg dient toestemming te worden gevraagd aan de Deense IND.

verhoging van de kosten van GGZ gebruik door asielzoekers tot eenzelfde conclusie: *“een langere verblijfsduur gaat gepaard met een toenemend gebruik van de GGZ.”*³¹

In Noorwegen blijken asielzoekers een hoger risico te hebben voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis dan immigranten en Noren, maar minder risico op een gedwongen opname.³² In Londen bleek echter het aantal klinisch psychiatrische opnames van vluchtelingen en asielzoekers in vergelijking met andere patiënten hetzelfde of wat lager.³³ Wel bleek dat de indicatie voor opname vaak niet juist was en zij complexere problemen vertoonden.

Het oordeel van asielzoekers over de zorgverlening en ervaren drempels in de toegang

53 % van de Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers in het onderzoek van Goosen & Gerritsen (2007) beoordeelde de zorgverlening als matig tot slecht. Asielzoekers met een hoger opleidingsniveau oordeelden iets slechter over de zorg dan asielzoekers met een lager opleidingsniveau. 60 % van de respondenten gaf aan welke verbeteringen zij in de zorgverlening wensten. De meest frequente genoemde verbeteringen waren: serieus genomen te worden, geloofd te worden, gerespecteerd te worden, beter behandeld te worden (met medicatie, snellere behandeling), meer aandacht krijgen, sneller doorverwezen worden en hetzelfde worden behandeld als Nederlanders. Verder zouden ze graag zien dat zorgverleners beter onderzoeken en diagnosticeren, beter luisteren en beter bereikbaar zijn en/of meer tijd aan hen besteden. Ook van Dijk e.a. (2001) constateerden dat asielzoekers ontevreden zijn over de geboden zorg.³⁴ Ze klaagden dat ze niet gehoord werden en slecht behandeld werden. Het frequent voorschrijven van paracetamol wordt ervaren als een teken van desinteresse en ontkenning van de gezondheidsklachten door de gezondheidszorg.³⁵ Het gevoel van maatschappelijke uitsluiting speelde daarbij een rol.³⁴ Verschillende auteurs signaleren dat het gevoel onder asielzoekers gediscrimineerd te worden in de samenleving en/of in de gezondheidszorg hun oordeel over en het gebruik van de zorgverlening negatief beïnvloedt.^{18 36 37 38}

Feldmann (2007) constateerde dat vluchtelingen uit Somalië en Afghanistan de technische vaardigheden van huisartsen niet in twijfel trekken, maar in de interactie met de huisarts (het opbouwen van) een vertrouwensrelatie misten.³⁶ Verder vonden zij dat de huisarts hun lichamelijke klachten te gemakkelijk wijt aan sociale en psychische problemen. Onder (voormalige) asielzoekers gaan verhalen over medische fouten de ronde. Sommige respondenten in het onderzoek van Feldmann hadden daardoor minder vertrouwen in de gezondheidszorg, anderen lieten zich daardoor niet beïnvloeden. De respondenten gaven vergelijkbare verbeteringen van de zorgverlening van huisartsen aan als de respondenten in het onderzoek van Goosen & Gerritsen.

Manshanden (2004) interviewde een kleine groep vluchtelingenvrouwen uit Irak en Afghanistan in het Noorden van het land en constateerde dat deze vrouwen niet afwijzend stonden ten opzichte van de Nederlandse hulpverlening.³⁹ Ook respondenten, met 16 verschillende nationaliteiten, in het onderzoek van O'Donnell e.a. (2007) naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor asielzoekers in Engeland waren over het algemeen positief over het zorgaanbod.⁴⁰ Ze achtten echter de huisarts niet voldoende opgeleid om alle aandoeningen te behandelen, en vonden de drempel naar specialisten en bijvoorbeeld antibiotica te hoog. Ook in Nederland beschouwen asielzoekers de (voormalige) MOA en huisarts veelal als hinderlijke drempel tot de specialistische zorg.^{1 35} O'Donnell e.a. wijten dat aan het gezondheidszorgsysteem in landen van herkomst, waar veelal de huisarts niet bestaat en antibiotica vrij verkrijgbaar zijn. Verder bleken de respondenten in het onderzoek van O'Donnell, verricht in Engeland, moeite te hebben met de geringe bereikbaarheid van de zorgverlening buiten kantoortijden. Ziekten die in Europa als onschuldig worden beschouwd kunnen in het land van herkomst, indien niet direct behandeld, fataal zijn.⁴⁰ Respondenten waren niet bekend met bevolkingsonderzoeken. Persoonlijk bezoek en informatie over het gezondheidszorgsysteem van een speciale verpleegkundige aan asielzoekers direct na aankomst in een gemeente bleek de toegang tot de zorg te bevorderen. Zonder informatie van

psychische problemen en zorggebruik

zorgverleners en/of familieleden blijken asielzoekers in Engeland de toegang tot de zorg moeilijk te vinden.^{38 40} Ook in Engeland willen asielzoekers dat de huisarts beter naar hen luistert en het juiste advies geeft in plaats van medicatie, blijkt uit onderzoek van Bhatia en Wallace (2007).³⁸

McColl en Johnson (2006) stelden bij 50 vluchtelingen en asielzoekers die behandeld werden door *'community mental health teams'* in London niet alleen hun psychische problemen vast, maar ook hun psychische en sociale behoeften.¹⁸ Gemiddeld bleken zij 11 behoeften te hebben waarvan 7 onvervuld bleven. In vergelijking bleken zij niet alleen meer psychische en sociale behoeften te uiten dan Engelse controlegroepen, maar ook meer onvervulde behoeften. Die varieerden van dagbesteding, sociale contacten en lichamelijke gezondheid tot (behandeling van) psychotische symptomen.

Verschillende auteurs constateren dat communicatie en taalproblemen een drempel opwerpen in het zorggebruik.^{36 37 38 40 41} In het onderzoek van Feldmann (2007) rapporteerden ook huisartsen dat probleem, maar velen bleken de (gratis) tolkdienst niet te hebben ingeroepen. Bij de inschakeling van tolken in de gezondheidszorg kunnen verschillende problemen spelen. Sommige asielzoekers vertrouwen er niet op dat tolken de betrouwbaarheid van het gesprek met de arts respecteren, anderen denken dat de tolk niet goed vertaald.^{40 42} Ook zijn er asielzoekers die zouden willen dat de tolk hun belangen behartigt, wat echter niet tot de taak van tolken mag worden gerekend.⁴⁰ Er zijn ook asielzoekers die, wegens hun ervaringen in het land van herkomst, geen vertrouwen hebben in tolken afkomstig uit hetzelfde land en liever in contact met de zorgverlening een tolk met een andere nationaliteit of een familielid zouden willen inschakelen.^{38 42}

Koehn (2005) onderzocht de aansluiting van de gezondheidszorg op de zorgvragen van 41 asielzoekers verblijvend in opvangcentra in Finland, waarbij de *'transnationale competentie'*^f, grofweg gezegd de interculturele analytische en communicatieve vaardigheden, van zorgvragers en zorgverleners werden vergeleken.⁴³ Ongeveer 30 % van de asielzoekers bleek geen vertrouwen te hebben in de artsen en verpleegkundigen en 24 % was onzeker of ambivalent in het vertrouwen in de gezondheidszorg. Er bleek een duidelijke relatie tussen dit (gebrek aan) vertrouwen en (het gebrek aan) transnationale competenties van de zorgverleners en de asielzoekers. Gender, leeftijd en het aantal consulten hadden daar geen invloed op.

3.3 De invloed van sociaal-culturele achtergronden op de problematiek en zorggebruik

In de gezondheidszorg speelt de verbale en non-verbale communicatie tussen patiënten en zorgverleners een essentiële rol.²⁶ Deze is bepalend voor de kwaliteit van de zorg en indirect voor de toegankelijkheid ervan (zie ook Figuur 1 op pagina 3). De interactie wordt bepaald door de sociaal-culturele achtergronden van alle betrokkenen in het gezondheidszorgsysteem. Zorgvragers en hun naaste omgeving en zorgverleners, hebben hun eigen zogenaamde klinische realiteit, ofwel hun eigen verwachtingen, overtuigingen, normen, percepties en gewoonten ten aanzien van ziekte, gezondheid, behandeling en genezing.⁴⁴ Daarbij zijn artsen en andere hulpverleners ingebed in meerdere sociale werelden: de wereld van de patiënt, de eigen sociale wereld en de wereld van zijn organisatie en gezondheidszorg.⁴⁵

De verwachtingen van asielzoekers van de Nederlandse gezondheidszorg kunnen gekleurd zijn door een ideaal beeld van de westerse mogelijkheden. Maar er kunnen ook bijvoorbeeld vergelijkingen worden gemaakt met hun contacten in de gezondheidszorg in het land van herkomst, die bij een terugblik daarop geïdealiseerd kunnen worden.⁴⁶ Verder zal hun verwachtingen en beeld van de GGZ gekleurd worden door

^f De *'transnationale competentie'* is te vergelijken met de *'interculturele competentie'* ontwikkeld in Nederland. Zie par. 5.2.3, blz. 71

hun kennis daarover: in de meeste landen van herkomst is de GGZ nog nauwelijks tot ontwikkeling gekomen en/of beperkt tot de grote stad/steden.^g

Volgens Kleinman, die het begrip 'klinische realiteit' in 1978 heeft geïntroduceerd, hangt het succes en falen in de zorgverlening af van de verschillen en overeenkomsten in de klinische realiteit van zorgverlener en patiënt, en het vermogen de verschillen te overbruggen.^{47 48} Zorgverleners en zorgvragers kunnen verschillende verklaringsmodellen hebben voor gezondheidsklachten en de wijze waarop deze behandeld zouden moeten worden. Deze verklaringsmodellen zijn uitingen van de klinische realiteit van beide partijen. Dat wil zeggen dat verklaringsmodellen meer zijn dan alleen verklaringen voor een gezondheidsklacht: ze betreffen ook het ziekte- en hulpzoekgedrag en de verwachtingen en perceptie van de zorg.^{44 48 h} Zoals gezegd zijn deze sociaal-cultureel bepaald. Daarbij verwijst cultuur, aldus Oliemeulen en Thung (2007), "(O)p het geheel van betekenissen dat de mens oriënteert op de werkelijkheid waarin diegene leeft, inzicht geeft in de dingen waar het in het leven om gaat en duidelijk maakt welke normen en waarden diens leven richting geven."⁴⁹ Het is een dynamisch begrip en meerlagig: mensen kunnen verschillende verklaringsmodellen voor een ziekte naast elkaar hebben.^{50 51} Mensen kunnen op het spreekuur van de huisarts zich aanpassen aan het biomedisch model van de gezondheidszorg en hun problemen als lichamelijke klachten presenteren.^{46 51} Ze kunnen ook protoprofessionaliseren, dat wil zeggen zich de taal en begrippen in de gezondheidszorg eigen maken.⁴⁹ Daarnaast blijkt uit o.a. het onderzoek van Oliemeulen en Thung (2007) dat de klinische realiteit niet los gezien kan worden van de sociale realiteit.⁴⁹ Zij vonden in hun onderzoek dat patiënten en hun naasten hun sociale problemen belangrijker te vinden dan hun psychiatrische stoornis. Overigens past dit in het holistische begrip 'gezondheid' van de WHO, die stelde dat gezondheid niet uitsluitend de afwezigheid van ziekte is, maar een optimaal lichamelijke, geestelijk en sociaal welzijn.⁵² In een vraaggerichte zorg ten behoeve van asielzoekers is het dan ook van belang om inzicht te krijgen hoe zij hun gezondheidsklachten beleven, hoe zij daarmee omgaan, wat hun hulpzoekgedrag is, en hoe hun sociaal-culturele achtergronden hun zorggebruik beïnvloeden.

Cultuur en ziekte, ziektebeleving en ziektegedrag

In de Engelse taal wordt onderscheid gemaakt tussen de begrippen 'disease', 'illness' en 'sickness'. 'Disease' verwijst naar een ziekte of aandoening die 'objectief' is vastgesteld; 'illness' naar de subjectieve beleving daarvan, en 'sickness' of 'sickness behaviour' naar het ziektegedrag.⁵³

Cultuur en ziekte

Er zijn verschillende cultuurgebonden ziekten die slechts in bepaalde regio's van de wereld voorkomen, zoals 'koro', 'susto' en 'amok'.⁵⁴ Al jaren wordt er een discussie gevoerd of een PTSS niet ook een cultuurgebonden ziekte is, ofwel een westers construct, dat niet kan worden toegepast bij niet-westerse mensen, dan wel een universele aandoening is, die bij iedereen die schokkende ervaringen heeft doorgemaakt kan voorkomen.^{54 55 56 57} Daarbij zijn belangrijke punten van kritiek dat het toepassen van deze diagnose menselijk lijden individualiseert en medicaliseert.^{54 55 58}

^g Lage-inkomen landen hebben 0,05 psychiaters en 0,16 psychiatrische verpleegkundigen per 100 000 personen, terwijl in hoge-inkomen landen dit 200 maal hoger is. Uit WHO: Tien feiten over de geestelijke gezondheidszorg[http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index7.html; 31 okt. 2009]

^h Young (1981) uitte echter kritiek op het theoretisch concept 'verklaringsmodellen', daar volgens hem mensen geen theoretisch model hebben van hun eigen ideeën over ziekte en gezondheid. In reactie daarop beaamde Kleinman (1981, 2006) dat verklaringsmodellen geen vaststaande entiteiten zijn in het hoofd van mensen en dat ze vooral moeten worden gebruikt om een dialoog tussen patiënt en zorgverlener te starten. [In: Oliemeulen L., Thung H. (2007) Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen. Antwerpen/Apeldoorn: Garant]

Inmiddels is voldoende aangetoond dat spanningen neurofysiologische reacties kunnen veroorzaken.^{56 57} 'Nature' speelt dus universeel een rol. Dat wil echter niet zeggen dat iedereen schokkende gebeurtenissen op dezelfde wijze zal ervaren. Zo heeft Başoğlu e.a. (1997) met zijn studie onder martelingslachtoffers in Turkije aangetoond dat de prevalentie van een PTSS onder hen ondermeer samenhang met hun voorbereiding daarop ('predictability') en de reactie van hun omgeving na hun vrijlating.⁵⁹ Veelal wisten de politieke activisten onder hen wat hen bij gevangenneming te wachten stond en werden zij bij vrijlating ontvangen als helden. Bij hen kwam relatief weinig PTSS voor.

Van Dijk(2005) geeft een interactief model voor de interactie tussen trauma en cultuur van Chemtob (1996) weer, waarin een samenspel van universele reacties, culturele invloeden en persoonlijke geschiedenis de reactie van een individu bepalen. De culturele invloeden zijn o.a. opvattingen over kwetsbaarheid en de betekenis daarvan, sociale opvattingen over lijden en ziekte, en opvattingen over communicatie van lijden.⁵⁴

Verder is het de vraag wat de transculturele validiteit is van diagnostische meetinstrumenten, diagnoses en inhoud daarvan. In de meeste studies onder asielzoekers wordt uitsluitend (symptomen van) een PTSS, depressie en angst gemeten, met de gedachte dat deze symptomen of diagnoses kenmerkend zijn voor hun onwelbevinden. Van Ommeren (2003) merkt op, dat sociaal culturele factoren in verschillende mate de clustering van symptomen en de mate waarop deze als verontrustend worden ervaren beïnvloeden.⁶⁰ Voor veel stoornissen die in de DSM-IV en ICD-10 staan vermeld is de transculturele diagnostische validiteit niet aangetoond.^{21 60} In iedere taal komen bewoordingen voor emoties voor die in andere talen niet zijn uit te drukken.⁴⁹ In het Vietnamees, bijvoorbeeld, is er geen woord voor depressie en kan het 'zich depressief voelen' niet vertaald worden in het Engels.⁶¹ Anderzijds kent Iran verschillende begrippen voor depressie, die ieder verschillende symptomenclusters representeren.⁶² In Somalië komt het begrip trauma en stress niet voor en in het Somalies zijn er nauwelijks woorden voor psychische problemen.^{4 63} Het Latijnsamerikaanse begrip '*nervios*' omvat, afhankelijk van de regio, verschillende symptomen en wordt veelal gerelateerd aan een spirituele, bovenaardse oorzaak, en is daarmee onvergelijkbaar met bijvoorbeeld het Bosnische begrip '*nervozna*' of het Nederlandse 'nervusiteit' (zie verder).⁵⁰ Er bestaan dus cultuurgebonden '*idioms of distress*', die veelal in studies onder asielzoekers niet aan de orde komen.^{54 50} Het gebruik van symptomatologie en diagnoses, vermeld in de DSM-IV en ICD-10, dient vooral voor communicatie tussen zorgverleners, vergelijking van fenomenen bij onderzoeksgroepen in verschillende contexten en bijvoorbeeld verantwoording naar zorgverzekeraars.⁵⁷ Het zegt echter niets over de (individuele) ziektebeleving en hulpbehoeften.

Cultuur en ziektebeleving

Sinds de Verlichting wordt in het Westen onderscheid gemaakt tussen lichaam en geest, terwijl in andere culturen dit onderscheid veelal niet wordt gemaakt.^{26 51 50} In sommige culturen is 'balans' de metafoor voor 'gezondheid'. Balans kan verwijzen naar een balans in 'heet en koud' of 'yin en yang', maar kan ook betrekking hebben op de balans van het individu in relatie tot anderen, tot de natuur, tot geesten of tot kosmische energie.⁵⁰ Eisenbruch (1991) constateerde dat vluchtelingen uit Cambodja vooral leden onder het nachtelijk bezoek van geesten van hun voorouders, daar ze niet hadden voldaan aan hun verplichtingen ten aanzien van hun dode familieleden. Er was volgens hem sprake van een rouwproces i.p.v. een posttraumatische stressreactie en benoemde dit als '*cultural bereavement*'. Bij het toepassen van westerse classificaties werd het bezoek van geesten beschouwd als een symptoom van een nachtmerrie.^{50 54}

Eastmond (2000) bespreekt het veel voorkomende '*nervozna*' onder Bosnische vluchtelingen.⁵⁰ '*Nervozna*' representeert lichamelijke klachten, zoals hartproblemen, hoofdpijn, moeheid, slaapproblemen en andere lichamelijke pijnen en is een uiting van onwelbevinden onder de Bosnische vluchtelingen ten gevolge van de verstoorde normaliteit in sociale relaties, arbeid en economische onafhankelijkheid. Ook Weine e.a. (2004) merken op dat Bosnische vluchtelingen hun ervaringen niet inkaderen in termen van trauma, een

PTSS of een andere psychiatrische stoornis, maar in de gevolgen voor de familie(relaties). Zij introduceerden het '*Family Consequences of Refugee Trauma Model*' (FAMCORT).⁶⁴ Feldmann (2006) constateerde dat Somalische en Afghaanse vluchtelingen, in analogie met wat Eastmond schrijft, zelfstandigheid en economische onafhankelijkheid beschouwen als onderdeel van het holistische begrip gezondheid; het gebrek daaraan kan leiden tot ziekte.²⁶

Tankink (2009) schrijft dat klachten over de bloeddruk een veelgebruikte '*idiom of distress*' is in Bosnië-Herzegovina.⁴² De bloeddruk zou symbool staan voor de ervaren spanningen en stress. Bij Afghaanse vrouwen kan bezetenheid door een *djinn* een uiting zijn van psychische problemen. In Nederland praatten Afghanen hier echter nauwelijks over.

Fenta e.a. (2006) schrijven dat in sommige delen van Ethiopië verschillende etnische groepen geloven dat iedere persoon een speciale goddelijke wezen bezit die op hen kan neerdalen. Dit wezen kan goed en slecht zijn. Bij deze groepen wordt geloofd dat geestelijke gezondheidsproblemen voortkomen uit een verstoorde relatie tussen de persoon en het goddelijk wezen. Daarnaast wordt in de Koptisch Orthodoxe Kerk in Ethiopië geloofd dat een psychische stoornis het gevolg is van bezetenheid door slechte geesten.

Mehraz e.a. (2009) schrijven dat Somaliërs de verklaring van psychische aandoeningen vaak in de Islam zoeken.^{63 65} Gezondheid houdt volgens de Koran in dat er een balans is tussen lichaam, geest en verstand. Psychische ziekten zouden ontstaan door een wisselwerking tussen innerlijke strijd en externe situaties. Dit behoort tot het domein van de (moderne) geneeskunde. Er zijn echter ook psychische ziekten die veroorzaakt worden door *djinns*, tovenaars (heksen) of het boze oog. Deze behoren tot het domein van de imam. Het Somalies kent nauwelijks, zoals hierboven al aangehaald, termen voor psychische ziektebeelden.⁶³ Wel zijn er termen voor bijvoorbeeld 'totale gekte', het horen van stemmen en paranoia. Psychische problemen worden, volgens Mehraz e.a., veelal gesomatiseerd.

Paragraaf 3.2 gaf al weer dat er verschillen zijn in het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen tussen mannen en vrouwen. Ook deze verschillen zijn vooral sociaal-cultureel bepaald. Renner en Salem (2009) onderzochten de verschillen in symptomen en coping bij mannen en vrouwen gevlucht uit Tsjetsjenië, Afghanistan en West Afrika.⁶⁶ Vrouwen rapporteerden significant vaker dan mannen dat zij veel huilen, een brok in de keel hadden en een gevoel van zwaarte ervoeren van hun hele lichaam. Mannen klaagden meer over het gevoel van onthechtheid.

Cultuur en ziektegedrag

'*Idioms of distress*' bepalen niet alleen de ziektebeleving, maar ook de wijze waarop deze wordt gecommuniceerd aan bepaalde personen en in bepaalde situaties, zodat aandacht en erkenning wordt verkregen voor de ziekterol.⁵⁰ De uiting daarvan kan verbaal en/of lichamelijk zijn, of op andere, meer symbolische wijze, zoals het terugtrekken uit sociale interacties, of het zetten van het bed buiten de hut, aldus Eastmond (2000).⁵⁰ Het door Renner en Salem gevonden frequente huilen van vrouwen onder asielzoekers en vluchtelingen zou een sociaal-cultureel aanvaarde wijze kunnen zijn om erkenning te krijgen voor hun onwelbevinden. Andere specifieke gegevens over de sociaal-culturele invloed op het ziektegedrag van (etnische groepen onder) asielzoekers konden in de bestudeerde literatuur niet worden gevonden. Voor een deel komen deze indirect aan de orde in de volgende subparagraaf over hulpzoekgedrag.

Cultuur en hulpzoekgedrag

De MOA Noord Nederland (2003) heeft een aantal cultuurgebonden huismiddeltjes gepubliceerd die asielzoekers bereiden bij lichamelijke en psychische problemen.⁶⁷ Ook de wat oudere alleenstaande minderjarige asielzoekers uit Afrika noemden verschillende huismiddeltjes die zij toepasten of zouden willen toepassen als zij toegang zouden hebben tot de ingrediënten.⁶⁸ Laban e.a. (2007) rapporteert dat 0,3 % van de 294 onderzochte asielzoekers uit Irak kruiden als medicatie gebruikten.

psychische problemen en zorggebruik

Manshanden (2004) rapporteert dat Irakese vluchtelingenvrouwen bij psychische problemen vooral een beroep doen op eigen kracht.³⁹ Hulpzoeken in de gezondheidszorg wordt gezien als teken van zwakte. Voor enkele vrouwen onder hen biedt ook het geloof steun. Als zij het moeilijk hebben gaan ze bidden of lezen in de Koran. Verder wordt er vooral ook hulp gezocht in het eigen sociale netwerk, d.w.z. familie en 'echte' vriendinnen. Ook de Afghaanse vrouwen in het onderzoek van Manshanden willen hun problemen het liefst zelf, bijvoorbeeld door het zoeken van afleiding, of in het eigen sociaal netwerk oplossen. Zij typeren de Afghaanse cultuur als een gesloten cultuur waarin het niet gepast is om over problemen te praten. Volgens Manshanden heerst er onder hen een passieve, haast berustende houding.³⁹

Ook de Somalische en Afghaanse vluchtelingen in het onderzoek van Feldmann (2006) zoeken bij het omgaan met hun zorgen en nare herinneringen afleiding in activiteiten, bidden, lichamelijke activiteiten, en positief te denken.²⁶ Ook deelden zij hun zorgen met familie of vrienden, hoewel een Afghaanse vluchteling vertelt dat het praten over haar ervaringen haar psychische problemen verergerde.

Goosen & Gerritsen (2007) constateerden dat Afghanen, in vergelijking met Iraniërs en Somaliërs, vaker eerst hulp zoeken in de omgeving dan bij de MOA of huisarts. Van de hele onderzoeksgroep bleek 28 % eerst hulp in de familie te zoeken.¹⁰

Bosnische vluchtelingen in het onderzoek van Weine e.a. (2004) stelden dat het praten over hun herinneringen lichamelijke en emotionele pijn veroorzaakt.⁶⁴ Ook wilden ze elkaar niet belasten met hun problemen. Om die reden wordt daarover gezwegen. Het delen van goede herinneringen en emoties binnen het sociaal netwerk werd daarentegen gezien als heilzaam. Het versterkt de onderlinge verbondenheid. Verder besteedden ze ook meer aandacht aan hun geloof.

Tankink (2009) bespreekt de veelgebruikte strategie van vluchtelingen om doelbewust te zwijgen over verschrikkelijk ervaringen, zoals seksueel geweld.⁴² Deze hangt samen met de sociale normen en waarden in de samenleving van herkomst over wat wel en niet gezegd kan worden. Het kan echter ook een psychologische reactie, d.w.z. een symptoom van vermijding zijn. Tankink benoemt verschillende functies van het zwijgen, zoals schaamte, macht, bescherming van de ander en/of bescherming van zichzelf, bijvoorbeeld uit angst voor verstoting door echtgenoot of familie.^{42 69} Dat wil echter niet zeggen dat vluchtelingen dit niet met een hulpverlener, zoals de huisarts, zouden willen bespreken, of erkenning voor deze geweldsachtergronden willen ervaren.⁶⁹

Mehraz e.a.(2009) schrijven dat er een groot taboe heerst onder Somaliërs rondom het praten over psychische problemen.⁶³ Personen die wel gebruik maken van de GGZ zouden in de Somalische gemeenschap gestigmatiseerd en geïsoleerd worden. In de Islam bestaat de filosofie, aldus Mehraz e.a., dat als men leeft volgens de richtlijnen daarvan, men zijn balans vindt tussen lichaam, geest en verstand. Door middel van het praktiseren van rituelen van de Islam wordt de balans bereikt. Wanneer men last heeft van psychische problemen dient men allereerst oplossingen te zoeken binnen de medische mogelijkheden. Wanneer echter, volgens Mehraz e.a., medicaties niet het gewenste resultaat leveren, zouden oplossingen gezocht moeten worden in de behandelwijze van de Islam. Vrouwen zouden vaker last hebben van psychische problemen ten gevolge van *djinns*, hekserij en het boze oog en hulp zoeken bij traditionele genezers. Mannen zijn, volgens de auteurs, meer terughoudend en zoeken zelden hulp. Het zijn familieleden die veelal hulp en verzorging organiseren. Daarbij wordt vaak ook overleg door de familie gevoerd met de imam of traditionele genezer.

Fenta e.a. (2006) rapporteren dat 18,8 % van de door hen geïdentificeerde Ethiopiërs met psychische stoornissen (n=48) alternatieve zorg voor hun psychische problemen zochten, zoals religieuze leiders (9,1 %), traditionele genezers (4,3 %) en andere personen in de eigen gemeenschap (8,9%).²⁸

Ook Laban e.a. (2007) vroegen de Irakese asielzoekers (n= 294) of zij alternatieve zorg hadden gezocht.ⁱ²⁷ 2,7 % had contact gehad met een religieuze zorgverlener, 5,1 % had gebruik gemaakt van religieuze rituelen of behandeling, en 0,7 % had contact gehad met een kruidendokter. Er was geen verschil in gebruik van de alternatieve zorg tussen asielzoekers die minder dan 6 maanden en zij die langer dan twee jaar in Nederland verbleven.

3.4 Het omgaan met pre- en postmigratie stress en de situatie in de opvang

In par. 3.2. werd gezien dat er nogal wat asielzoekers met psychische problemen zijn die geen hulp zoeken. In de vorige paragraaf zijn verschillende wijzen genoemd waarop asielzoekers omgaan met hun onwelbevinden, zoals het beoefenen van religieuze activiteiten, het afleiding zoeken en/of steun zoeken bij familie of vrienden.

Daarnaast zijn er ook veel asielzoekers die ondanks de schokkende gebeurtenissen in het land van herkomst en situatie gedurende de asielprocedure geen of relatief weinig gezondheidsproblemen ervaren. Sociaal-politieke en culturele achtergronden en contextuele factoren blijken daarop van invloed te zijn.

Uit onderzoek is gebleken dat psychische problemen bij vluchtelingen, d.w.z. bij voormalige asielzoekers, in de loop van de tijd geleidelijk verminderen, ook zonder dat daarvoor hulp gezocht.^{70 71} Asielzoekers lijken dus over veerkracht te beschikken, dat wil zeggen *“het vermogen voor handhaving en herstel van het niveau van normale aanpassing, dat in werking treedt na confrontatie met een stressvolle gebeurtenis.”*³⁵ Dit wordt ondermeer bepaald door individuele en sociale hulpbronnen en contextuele factoren.

Hiernavolgend is eerst weergegeven hoe het omgaan met spanningen en adaptatie aan de nieuwe samenleving, volgens de bestudeerde literatuur, van invloed is op de gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen. Daarna wordt beschreven wat bekend is over de wijze waarop asielzoekers en vluchtelingen omgaan met de situatie waarin zij zich bevinden.

Het omgaan met spanningen en adaptatie aan de nieuwe samenleving en de gezondheid

Lindencrona e.a. (2008) onderzochten in hoeverre de capaciteit om om te gaan met spanningen van invloed is op de gevolgen van schokkende ervaringen in het land van herkomst en postmigratie spanningen.²³ De capaciteit in het omgaan met spanningen werd geoperationaliseerd in ‘een gevoel van coherentie’ en het ‘in controle zijn’. Het meetinstrument dat daarvoor werd gebruikt zou crosscultureel valide zijn. De meeste respondenten in het onderzoek, die gemiddeld 12 maanden in Zweden verbleven, stelden dat zij een redelijk controle over hun leven hadden, en hun situatie konden hanteren en bevatten. De asielprocedure beschouwden ze als spanningsvol. Zij hadden een relatief hoog aantal psychische klachten (zie eerder). De capaciteit om met spanningen om te gaan bleek een bufferend effect te hebben op de symptomen van psychische stoornissen en posttraumatische stress.

Haan e.a. (2007) onderzochten de invloed van acculturatie en traumatische stress onder Bosnische vluchtelingen in Nederland.⁷² Het niveau van de acculturatie werd gemeten met de door Knipscheer e.a.(2001)⁷³ ontwikkelde *Lowlands Acculturation Scale*, bestaande uit vijf subschalen: verlies, vaardigheden, tradities, normen en waarden, en sociale integratie. Het behoud van Bosnische culturele tradities en gewoonten bleek samen te hangen met een beter ervaren gezondheid. Dat gold ook voor het beheersen van praktische vaardigheden om in de Nederlandse samenleving te kunnen functioneren, het hebben van een baan en een langere verblijfsduur.

ⁱ Daarbij is het onduidelijk of zij alternatieve zorg voor hun psychische problematiek zochten of voor andere problemen of zorgen.

Het omgaan met de situatie in de opvang en nieuwe samenleving

Kramer e.a. (2003) verrichtten in een asielzoekerscentrum kwalitatief onderzoek naar de betekenissen die asielzoekers geven aan hun situatie en de patronen die zijn te onderscheiden in het omgaan daarmee.³⁵

De betekenisverlening werd onderscheiden in vijf domeinen: zelfbeleving, sociale contacten, activiteiten, perspectief en de balans daarin. Uit de ordening van de verhalen van de asielzoekers op basis van deze vijf domeinen kwamen vier patronen in het omgaan met hun situatie naar voren. Deze patronen hingen samen met drie ordenende dichotomieën, namelijk (het ervaren van) chaos of ontwrichting/ houvast, een interne of externe *locus of control*, en een geringe of grote flexibiliteit. De vier patronen werden gekarakteriseerd als de 'speelbal', de 'overwinteraar', de 'strijder' en de 'wereldreiziger'.

De 'speelbal' ervaart zich als slachtoffer van de omstandigheden. De mate van ontwrichting is groot. De sociale contacten en activiteiten zijn minimaal. De verwachtingen over de toekomst hoofdzakelijk negatief. De balans is dientengevolge negatief en kan tot uitzichtloosheid leiden. Een passieve houding en intensief lijden zijn soms wijzen om hulp of aandacht te krijgen.

Bij de 'overwinteraar' domineert het afwachten, de situatie wordt als tijdelijk gezien. Hij probeert het beeld van zichzelf, zoals het in het verleden was te behouden. Hij sluit zich af voor nieuwe sociale contacten en activiteiten. De balans is neutraal.

De 'strijder' toont een actieve attitude. De zelfbeleving is positief. De strijder is meer extern gericht, bouwt contacten op en zoekt activiteiten om iets aan de situatie te veranderen. De balans is positief zolang men controle over de omstandigheden kan behouden.

De 'wereldreiziger' staat open voor nieuwe mogelijkheden en heeft een positief zelfbeeld behouden. Door een actieve, flexibele attitude verbreden zijn opties. Door de doelen en strategieën aan te passen aan de situatie, deze te beïnvloeden en zinvolle activiteiten te zoeken blijft een positieve balans bestaan.

Deze vier patronen zijn niet statisch: in de loop van de tijd kunnen de verschillende domeinen die de beschreven patronen van asielzoekers omvatten veranderen.

De auteurs concluderen ondermeer dat er een grote diversiteit bestaat in de wijze waarop asielzoekers omgaan met de realiteit van het asielzoekerbestaan. Het stereotype beeld van asielzoekers als (zijnde) getraumatiseerd zou vermeden moeten worden.

Colic-Peisker en Tilbury (2003) bestudeerden in Australië de hervestigingstijlen bij meer dan 200 vluchtelingen uit voormalig Joegoslavië en Afrika die gemiddeld twee jaar daarvoor in Australië waren gearriveerd en vóór hun hervestiging in vluchtelingenkampen hadden verbleven.⁷⁴ Deze stijlen vertonen enige gelijkenissen met de patronen van Kramer e.a. onder asielzoekers en worden om die reden hier weergegeven. De auteurs zagen bij de vluchtelingen in Australië 'actieve' en 'passieve' stijlen die beide weer in twee wijzen onder te verdelen waren; de actieve stijl in de presteerder ('*achiever*') en de consument ('*consumer*'); de passieve stijl in de uithouder ('*endurer*') en de slachtoffer ('*victim*'). De 'actieve' vluchtelingen waren georiënteerd op de toekomst en het bereiken van doelen, waarbij de presteerders de hervestiging ervoeren als een nieuwe uitdaging die zou kunnen bijdragen aan hun persoonlijke groei. De consumenten daarentegen bleven vooral georiënteerd op hun eigen etnische gemeenschap. De 'passieve' vluchtelingen beschouwden hun premigratie ervaringen van het verlies van familieleden, eigendom en sociale status als onherstelbaar. Ze leefden in relatief sociale isolatie en bezaten slechts kleine netwerken van familie en vrienden. De uithouders hadden het gevoel dat ze veel hebben opgeofferd en verlies klonk door in hun communicatie. Slachtoffers toonden vooral '*learned helplessness*' ten gevolge van het niet meer in controle zijn en afhankelijk te zijn van dienstverlenende organisaties. Sommigen van hen accepteerden dat zij gediagnosticeerd waren als een *life-long PTSS* en eisten hun psychische problemen op als hun recht "*na alles wat wij hebben meegemaakt*". De auteurs concluderen dat de hervestigingstijlen voor een deel afhankelijk zijn van de eigen hulpbronnen van vluchtelingen, maar ook voor een deel van de visie en beleid in de opvang. Medicalisatie van de vluchtelingenervaring bevordert de passieve stijl en belemmert dat vluchtelingen zichzelf ervaren als '*agents of change*', aldus Colic-Peisker en Tilbury.

Ook asielzoekers en vluchtelingen geven aan dat hulpverleners en andere betrokkenen bij hun opvang teveel nadruk leggen op trauma en slachtofferschap en de neiging tonen hen teveel te bevoogden.^{50 64 75} Ghorashi (2005) beschrijft hoe politiek actieve Iraanse vrouwen in de opvang voor asielzoekers in Nederland werden behandeld als passieve cliënten en hun handelingsbekwaamheid, hun *'agency'*, werd genegeerd.⁷⁵ Door de opvangsituatie werden ze gedwongen om nog steeds, emotioneel en psychologisch, in het verleden te leven. In plaats daarvan hadden ze de mogelijkheid moeten krijgen om een nieuw leven op te bouwen, om zo de kans te krijgen afstand te nemen van hun verleden door actieve deelnemers te worden van de nieuwe samenleving. Volgens Ghorashi heeft de Nederlandse Staat met het opvangbeleid van asielzoekers haar eigen problemen gecreëerd.⁷⁵

^j *'Agency'* verwijst, schrijft Tankink, naar de mogelijkheid van het individu om tot actie te komen.⁴² Het is de relatieve flexibiliteit om uit meerdere opties te kiezen om iets te bereiken en hangt samen met de sociaal-culturele context.

4 Het recht van asielzoekers op gezondheid(zorg)

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord of asielzoekers volgens internationale en Europese verdragen recht hebben op (geestelijke) gezondheidszorg. Worden asielzoekers in de gezondheidszorg als specifieke doelgroep erkend en wat is het Nederlands beleid ten aanzien hiervan? Hebben asielzoekers dezelfde rechten op dit terrein als andere rechtmatige inwoners in Nederland?

Nederland voert een actief mensenrechtenbeleid.¹ Het is partij bij de verschillende internationale en Europese verdragen waarin 'het recht op gezondheid' is genoemd. Met het 'recht op gezondheid' wordt bedoeld op 'het recht op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid', zoals dat in deze verdragen is vastgelegd.

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de internationale verklaringen en verdragen over het 'recht op gezondheid' en in samenhang daarmee het 'recht op gezondheidszorg' en de relatie tussen 'het recht op gezondheid' en andere mensenrechten. Daarbij wordt aan de orde gesteld in hoeverre deze ook gelden voor asielzoekers. Vervolgens komen de Europese afspraken en richtlijnen op dit terrein aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van 'het recht op zorg' voor asielzoekers in Nederland en de wijze waarop dat thans is geregeld.

4.1 Het 'recht op gezondheid' in internationale verklaringen en verdragen

Het 'recht op gezondheid' betekent niet het recht op 'gezond zijn', maar 'het recht op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid'.^a Dit werd vastgelegd in de constitutie van de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) van de Verenigde Naties van 1946 en herhaald in de Declaratie van Alma Ata van 1978 evenals in de World Health Declaration aangenomen door de Wereld Gezondheidsraad in 1998.² De volledige tekst luidt: *"(t)he enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without the distinction of race, religion, political belief, economic or social condition."* De WHO is binnen de Verenigde Naties de leidinggevende en coördinerende autoriteit op het terrein van de gezondheid(zorg). De doelstelling van de WHO is dat alle mensen een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid bereiken. Gezondheid betekent volgens de constitutie van de WHO niet het slechts afwezig zijn van ziekte of zwakte, maar een 'optimale staat van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn'.³

Voor 'het recht op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid' wordt in het vervolg van de tekst 'het recht op gezondheid' geschreven, zover de volledige tekst niet van relevantie is.

Het 'recht op gezondheid' is in diverse internationale mensenrechtenverdragen opgenomen, zoals in artikel 24 van het Internationaal Verdrag inzake de rechten van het kind (IVRK), van 1989, in artikel 12 van het Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen (CEDAW), van 1979, en artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, van 1966.

^a De Nederlandse vertaling is afkomstig van de vertaling van artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, bron: http://wetten.overheid.nl/BWBV0001016/geldigheidsdatum_21-07-2009#VertalingNL. Deze bron is gevonden via het overzicht van internationale mensenrechtenverdragen op de website van het Ministerie van Buitenlandse Zaken die voor volledige teksten een link heeft naar 'wetten.overheid.nl'. De Nederlandse teksten van andere internationale verdragen zijn op dezelfde wijze verkregen.

recht op gezondheid(zorg)

Zo luidt artikel 12 van het CEDAW:

1. *“De Staten die partij zijn bij dit Verdrag, nemen alle passende maatregelen om discriminatie van vrouwen op het gebied van de gezondheidszorg uit te bannen, ten einde te verzekeren dat vrouwen, op basis van gelijkheid van mannen en vrouwen, gebruik kunnen maken van medische zorg, met inbegrip van die welke verband houden met geboorteregeling.*
2. *Niettegenstaande het bepaalde in het eerste lid van dit artikel waarborgen de Staten die partij zijn bij dit Verdrag aan vrouwen passende, zo nodig kosteloze dienstverlening in verband met zwangerschap, bevalling en de hierop volgende periode, alsmede passende voeding gedurende de zwangerschap en de tijd waarin zij hun zuigelingen voeden.”*

Daarnaast onderstreept het Internationaal Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van rassendiscriminatie, van 1965, dat Staten discriminatie op basis van ras moeten verbieden en uitbannen en het recht van een ieder op openbare gezondheidszorg en medische zorg moeten waarborgen (artikel 5). Nederland is partij bij deze verdragen.

Het ‘recht op gezondheid’ is ook opgenomen in het Internationaal Verdrag van alle migrantenarbeiders en hun gezinnen van 1990, en in het Verdrag inzake de Rechten van Gehandicapten van 2006. Bij deze verdragen is Nederland (nog) niet partij.⁴

Het internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten

Het meest gezaghebbende verdrag voor ‘het recht op gezondheid’ is het internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR), van 1966. Het recht op gezondheid is vastgelegd in artikel 12.1, dat stelt: *“De Staten die partij zijn bij dit Verdrag erkennen het recht van een ieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid.”*

In 2000 nam het Comité inzake de economische, sociale en culturele rechten, die de nakoming van het verdrag bewaakt, een algemeen commentaar (*‘General Comment’*) aan over ‘het recht op gezondheid’.⁵ Verder werd in 2002 een Speciale Rapporteur inzake ‘het recht van een ieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid’ voor de Verenigde Naties benoemd.

‘General comments’ dienen om de individuele rechten en de plichten van regeringen die partij zijn bij een verdrag nader toe te lichten.² In het commentaar op ‘het recht op gezondheid’ staat dat deze vier elementen in zich houdt, namelijk⁵:

1. **Beschikbaarheid.** Functionerende openbare gezondheidszorg en gezondheidszorgvoorzieningen, goederen en diensten, evenals programma’s dienen in voldoende mate beschikbaar te zijn.
2. **Toegankelijkheid.** Gezondheidszorgvoorzieningen, goederen en diensten dienen voor een ieder die binnen de jurisdictie valt van de Staat die partij is toegankelijk te zijn. Dit heeft vier overlappende dimensies, namelijk
 - non-discriminatie; gezondheidszorgvoorzieningen, etc. dienen voor een ieder toegankelijk te zijn, en met name voor de meest kwetsbare en gemarginaliseerde delen van de bevolking;
 - fysieke toegankelijkheid; dit betekent dat gezondheidszorgvoorzieningen etc. ook binnen veilig, fysiek bereik moet zijn voor alle delen van de bevolking, en met name voor kwetsbare en gemarginaliseerde groepen, zoals etnische minderheden en inheemse volken, vrouwen, kinderen, adolescenten, ouderen, gehandicapten en personen met HIV/AIDS;
 - economische toegankelijkheid; gezondheidszorgvoorzieningen etc. dienen betaalbaar te zijn, en gebaseerd op het principe van gelijkheid;
 - informatie toegankelijkheid; informatie en voorlichting over onderwerpen rond de gezondheid dienen toegankelijk te zijn; persoonlijk gegevens over de gezondheid dienen echter vertrouwelijk te blijven.
3. **Accepteerbaarheid** (*‘acceptability’*). Alle gezondheidszorgvoorzieningen, goederen en diensten dienen de medische ethiek te respecteren en passend te zijn voor cultuur (*‘culture appropriate’*), evenals sensitief voor gender en behoeften in de diverse levensfasen.

4. **Kwaliteit.** Gezondheidszorgvoorzieningen, goederen en diensten dienen wetenschappelijk en medisch verantwoord te zijn en van goede kwaliteit.

Staten die partij zijn bij mensenverdragen hebben de verplichting deze te **respecteren**, te **beschermen** en te **vervullen**.^{2 6} Ten aanzien van het **respecteren** van het 'recht op gezondheid' stelt het commentaar van 2000 ondermeer dat de Staat zich moet onthouden van het ontzeggen of beperken van gelijke toegang voor een ieder, inclusief gevangenen of gearresteerden, minderheden, asielzoekers en illegale immigranten, tot preventieve, curatieve en palliatieve gezondheidsdiensten (para. 34).⁵ Het **beschermen** van het 'recht op gezondheid' betekent dat de Staat moet waarborgen dat andere, niet-Staat partijen dit recht niet schenden. Het **vervullen** betekent actieve stappen nemen om het 'recht op gezondheid' te realiseren. Daarbij wordt onderkend dat bijvoorbeeld ontwikkelingslanden het 'recht op gezondheid' niet ten volle kunnen realiseren. Zij dienen het wel aantoonbaar na te streven.^b

In het commentaar van 2000 is bij het 'vervullen' nog toegevoegd dat dit ook de verplichting inhoudt om te faciliteren, te verschaffen en te bevorderen.^{2 5} Zo staat bijvoorbeeld in het commentaar, dat de verplichtingen van de Staat ten aanzien van 'het waarborgen dat gezondheidszorgvoorzieningen afgestemd zijn op cultuur' inhouden, dat gezondheidswerkers zijn getraind in het herkennen van en beantwoorden aan de specifieke behoeften van kwetsbare of gemarginaliseerde groepen.

De Speciale Rapporteur betreffende het 'recht op gezondheid', die in 2002 door het Comité voor de Mensenrechten van de VN^c werd aangesteld, heeft o.a. tot taak om informatie op dit terrein te verzamelen en uit te wisselen, te rapporteren over de staat van realisatie, en aanbevelingen te doen over de meest geëigende maatregelen om het 'recht op gezondheid' te bevorderen en te beschermen.⁷ De Speciale Rapporteur is een onafhankelijke deskundige.

Het 'recht op gezondheid' en andere mensenrechten

In de Verklaring van Wenen en het Actieprogramma, die werden aangenomen tijdens de Wereld Conferentie over de Rechten van de Mens in 1993 werd gesteld dat alle mensenrechten universeel en ondeelbaar, en onderling afhankelijk en samenhangend zijn.² In lijn daarmee erkent de '*general comment*' over 'het recht op gezondheid' dat deze samenhangt met en afhankelijk is van de realisatie van andere mensenrechten. Daarbij noemt het commentaar diverse verdragen van de rechten van de mens. De WHO heeft de bevordering en bescherming van de gezondheid en het respecteren en vervullen van andere mensenrechten verder uitgewerkt. Volgens de WHO hangen deze op drie wijzen samen²:

1. Schendingen van mensenrechten of het gebrek aan aandacht daarvoor kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid (bijvoorbeeld schadelijke traditionele praktijken, slavernij, martelingen en andere onmenselijke en vernederende behandelingen, geweld tegen vrouwen).
2. Gezondheidsbeleid en programma's kunnen door hun ontwerp of implementatie mensenrechten bevorderen en schenden (bijvoorbeeld door discriminatie, het uitsluiten van bepaalde groepen van deelname, en het respecteren van privacy en informatie).
3. Kwetsbaarheid voor een slechte gezondheid kan worden gereduceerd door stappen te nemen om mensenrechten te respecteren, te beschermen en te vervullen.

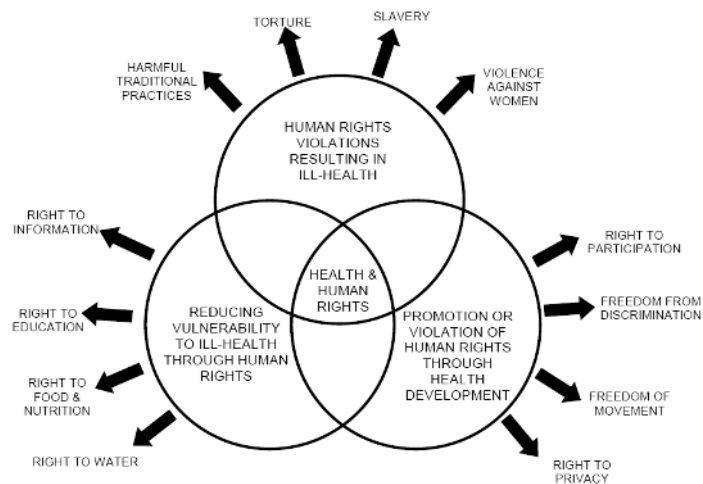
Deze samenhang heeft de WHO uitgedrukt in Figuur 4 (zie hieronder).

Volgens het commentaar op het 'recht op gezondheid' van 2000 dienen de vier elementen van dit recht, d.w.z. de beschikbaarheid, de toegankelijkheid, de accepteerbaarheid en de kwaliteit ook toegepast te worden op de determinanten van de gezondheid.⁵ Dit komt overeen met de derde door het WHO genoemde samenhang tussen de bevordering en bescherming van de gezondheid en het respecteren en vervullen van andere mensenrechten.

^b Dit is vastgelegd in het principe van 'progressive realization' van mensenrechten in artikel 2.1 van het IVESCR.

^c In 2006 vervangen door de Mensenrechten Raad (Human Rights Council).

Figuur 4 Voorbeelden van de samenhang tussen gezondheid en mensenrechten²



Het internationaal recht van asielzoekers op gezondheid(szorg)

De 'general comment' blijkt - soms impliciet en soms expliciet - het 'recht op gezondheid' en daarmee het recht op toegang tot de gezondheidszorg van asielzoekers te onderstrepen. De Speciale Rapporteur betreffende 'het recht op gezondheid' van de VN constateerde echter in 2006 dat Zweden – dat hij bezocht op verzoek van de Zweedse regering - dit internationale recht schendt door de toegang tot de gezondheidszorg voor asielzoekers (en ongedocumenteerde migranten) te beperken tot 'emergency care'.^d ⁸ Daarbij verwijst hij naar de eerder geciteerde tekst, namelijk paragraaf 34 van de 'general comment' over het respecteren van 'het recht op gezondheid' en naar een rapport van het Comité inzake de uitbanning van alle vormen van rassendiscriminatie^e. Tevens stelt hij in het rapport over Zweden: "A fundamental human right, the right to the highest attainable standard of health is to be enjoyed by all without discrimination. It is especially important for vulnerable individuals and groups. Asylum-seekers and undocumented people are among the most vulnerable in Sweden. They are precisely the sort of disadvantaged group that international human rights law is designed to protect." Hij verwerpt het eventuele kostenaspect van de verbreding van de toegang tot de gezondheidszorg met asielzoekers en (ongedocumenteerde migranten). Hij beval de Zweedse regering aan om te voldoen aan diens internationale mensenrechten verplichtingen en asielzoekers (en ongedocumenteerde migranten) dezelfde gezondheidszorg te bieden als Zweedse inwoners.^f

Staten mogen de toepassing van bepaalde mensenrechten beperken, mits voldaan wordt aan de zogenaamde Siracusa principes, vastgesteld door de Economische en Sociale Raad van de VN.⁷ ^g De WHO

^d Dit geldt niet voor minderjarige asielzoekers ongedocumenteerde migranten in Zweden. Deze hebben hetzelfde recht op gezondheid en toegang tot de Zweedse gezondheidszorg als andere minderjarigen in Zweden.

^e General Recommendations No 30 (2005), para. 36

^f Het rapport is in het voorjaar van 2008 in het Zweedse parlement besproken. Het heeft echter niet geresulteerd in een wijziging van het beleid in Zweden t.a.v. de gezondheidszorg voor asielzoekers (en ongedocumenteerde migranten). [Persoonlijke correspondentie en mededelingen van Zweedse collega's.]

^g Deze principes zijn ³ ⁷:

- "The restriction is provided for and carried out in accordance with the law;
- The restriction is in the interest of a legitimate objective of general interest;
- The restriction is strictly necessary in a democratic society to achieve the objective;
- There are no less intrusive and restrictive means available to reach the same goal;
- The restriction is not imposed arbitrarily, i.e. in an unreasonable or otherwise discriminatory manner; and

brengt deze principes vooral in relatie met het screenen en het isoleren of in quarantaine stellen van personen met ernstige infectieuze ziekten. Dit kan voor de openbare gezondheid van groter belang zijn dan het individuele belang.^{2 7} Het kostenaspect mag nooit een reden zijn om het 'recht op gezondheid' van een ieder te beperken, stellen de Hoge Commissaris voor de Mensenrechten van de VN en de WHO in een recente 'fact sheet'.⁶

Tot nu toe is het 'recht op gezondheid' van asielzoekers als groep beschreven. Tevens is het 'recht op gezondheid' van vrouwen en kinderen genoemd. Daarnaast hebben slachtoffers van martelingen onder asielzoekers recht op gezondheidszorg volgens het Verdrag tegen folteringen en andere wrede, onmenselijke en ontorende behandeling en bestraffing (CAT). Artikel 14.1 van dit verdrag stelt: *"Iedere Staat die Partij is, waarborgt in zijn rechtsstelsel dat het slachtoffer van foltering genoegdoening krijgt en een rechtens afdwingbaar recht heeft op een billijke en toereikende schadevergoeding, met inbegrip van de middelen voor een zo volledig mogelijk herstel."* Herstel - in de Engelse tekst van het CAT 'rehabilitation' - is een brede notie, en omvat, gezien ook de definitie van gezondheid van de WHO, lichamelijke, psychologische en sociale aspecten.⁹ Dit vereist, zoals de 'Voluntary Fund for Victims of Torture' van de Verenigde Naties (UNVFVT) schreef, een holistische benadering, waarin medische, sociale, juridische en financiële hulpverlening worden gecombineerd. De Speciale Rapporteur inzake foltering en andere wrede, onmenselijke en ontorende behandeling en bestraffing stelde in 2004: *"These types of assistance are interdependent and mutually reinforcing, when they are jointly offered, in terms of their impact on the victims' lives, responding to the multifaceted nature of the effects of torture on the individual"*.¹⁰

Nederland is partij bij het CAT.

4.2 Het 'recht op gezondheid' in Europa

In Europa blijken niet alle asielzoekers, zoals het rapport van de Speciale Rapporteur aangaande het 'recht op gezondheid' van de VN over Zweden liet zien, onbeperkte toegang tot de gezondheidszorg te hebben. De vraag is dus of dit overeenkomstig is met Europese verdragen en/of richtlijnen.

De Raad van Europa

In 1950 kwam de Raad van Europa tot stand. Op dit moment zijn 47 Europese staten daarvan lid. Doel van de Raad van Europa is *"een grotere eenheid tussen zijn Leden tot stand te brengen teneinde de idealen en beginselen welke hun gemeenschappelijk erfdeel zijn, veilig te stellen en te verwezenlijken en hun economische en sociale vooruitgang te bevorderen, in het bijzonder door de handhaving en verdere verwezenlijking van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden."*¹¹ De fundamentele mensenrechten zijn vastgelegd in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Het 'recht op gezondheid' is opgenomen in het Europees Sociaal Handvest van 1961 en in de herziene versie van 1996.¹¹ De naleving van het Europees Sociaal Handvest wordt bewaakt door het Europees Comité voor Sociale Rechten.

Artikel 11 van de herziene versie van het Europees Sociaal Handvest geeft het recht op bescherming van de gezondheid weer en luidt:

"Teneinde de doeltreffende uitoefening van het recht op bescherming van de gezondheid te waarborgen, verbinden de Partijen zich, hetzij rechtstreeks, hetzij in samenwerking met openbare of particuliere instanties, passende maatregelen te nemen onder andere met het oogmerk:

1. *de oorzaken van een slechte gezondheid zoveel mogelijk weg te nemen;*
2. *ter bevordering van de volksgezondheid en de persoonlijke verantwoordelijkheid op het gebied van de gezondheid voorzieningen te treffen op het terrein van voorlichting en onderwijs;*
3. *epidemische, endemische en andere ziekten, alsmede ongevallen, zoveel mogelijk te voorkomen."*

• *The restriction is time-limited and subject to review."*

recht op gezondheid(zorg)

Verder is in een 'fact sheet' over "Het recht op gezondheid en het Europees Sociaal Handvest", opgesteld door het secretariaat van de Raad van Europa, te lezen¹²: *"The system of health care must be accessible to the entire population. To that end, states should take as their main criterion for judging the success of health system reforms effective access to health care for all, without discrimination, as a basic human right."*

De 'fact sheet' vermeldt echter dat deze tekst niet bindend is.

Bovengenoemde rechten lijken beperkte toegang tot de gezondheidszorg voor asielzoekers niet uit te sluiten. In november 2007 kwamen Ministers van Volksgezondheid van de 47 lidstaten van de Raad van Europa bijeen om te spreken over *"People on the move: Challenges to health systems and human rights"*. Dit resulteerde in de adoptie van de Bratislava Declaration on health, human rights and migration van 23 november 2007, waarin ondermeer werd gesteld: *"Encourage host countries to provide access to health care to all persons entitled to international protection on the same basis as nationals, while ensuring that asylum seekers receive the necessary health care which includes emergency care and essential treatment of illness, and necessary medical or other assistance to those who have special needs"*.¹³ Het Comité voor de Gezondheid werd gevraagd om een werkprogramma te ontwikkelen *"on the current health challenges of vulnerable groups including migrants, refugees, asylum seekers, and Roma and Travellers"*.¹⁴

Het 'recht op gezondheid' in de Europese Unie

Op grond van het Verdrag van de Europese Gemeenschap valt het gezondheidsbeleid in de Europese Unie (EU) onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten. De gezondheidsstrategie van de EU is voornamelijk gericht op het versterken van samenwerking en coördinatie, het ondersteunen van uitwisseling van empirisch onderbouwde informatie en kennis en het bijdragen aan nationale besluitvorming. Het Verdrag van Lissabon zal dit na ratificatie daarvan niet wijzigen.

Op het terrein van (ondermeer) het vreemdelingenbeleid in de EU wordt wel gestreefd naar een gemeenschappelijk beleid. Tijdens de bijeenkomst van de Europese Raad in Tampere, in 1999, werd besloten om toe te werken naar een gemeenschappelijk asielbeleid (*'Common European Asylum System' – CEAS*).¹⁵ Er werden achtereenvolgend vier richtlijnen ontwikkeld, namelijk de minimum normen voor de opvang van asielzoekers (*'Reception Conditions Directive'*), de minimum normen voor de asielprocedure (*'Asylum Procedures Directive'*), de criteria voor het toekennen van een asielstatus en bijbehorende rechten (*'Qualification Directive'*) en de Dublin regeling.

Verder werd een fonds in het leven geroepen, het Europees Vluchtelingenfonds (EVF) om projecten en activiteiten te financieren die bijdragen aan de harmonisatie van het Europees beleid op het terrein van de opvang, integratie, hervestiging en terugkeer van asielzoekers en vluchtelingen. In het kader van deze literatuurstudie zijn de richtlijnen ten aanzien van de minimum normen voor de opvang van asielzoekers van belang.

De minimum normen voor de opvang van asielzoekers

In de richtlijnen van de EC van 2003 over de minimum normen voor de opvang van asielzoekers zijn de (minimum normen betreffende) 'het recht op gezondheid' van asielzoekers in de lidstaten van de EU in diverse artikelen vastgelegd.¹⁶ Daarbij moet worden aangetekend dat volgens artikel 4 van de richtlijnen lidstaten tot gunstiger bepalingen mogen besluiten.

Artikel 9 van de richtlijnen stelt dat lidstaten om redenen van volksgezondheid asielzoekers een medisch onderzoek kunnen laten ondergaan. Verder stelt artikel 13. 2 als algemene bepaling: *"De lidstaten zorgen voor materiële opvangvoorzieningen voor asielzoekers met het oog op een levensstandaard die voldoende is om hun gezondheid te verzekeren en bestaansmiddelen te waarborgen."* Deze algemene bepaling bepaalt wel dat als asielzoekers beschikken over middelen van bestaan lidstaten vergoeding voor de voorzieningen mogen vragen.

In artikel 15.1 wordt de gezondheidszorg beschreven, namelijk *“(d)e lidstaten dragen er zorg voor dat asielzoekers de nodige medische zorg ontvangen, die ten minste de spoedeisende behandelingen en de essentiële behandeling van ziekten omvat.”* In lid 2 van dit artikel staat te lezen: *“De lidstaten verstrekken de noodzakelijke medische of andere zorg aan asielzoekers met speciale behoeften.”*

Wat met speciale behoeften wordt bedoeld staat in artikel 17:

1. *“De lidstaten houden in hun nationale wetgeving tot uitvoering van de bepalingen van hoofdstuk II inzake materiële opvangvoorzieningen en gezondheidszorg rekening met de specifieke situatie van kwetsbare personen zoals minderjarigen, niet-begeleide minderjarigen, personen met een handicap, ouderen, zwangere vrouwen, alleenstaande ouders met minderjarige kinderen en personen die foltering hebben ondergaan, zijn verkracht of aan andere ernstige vormen van psychologisch, fysiek of seksueel geweld zijn blootgesteld.*
2. *Lid 1 is uitsluitend van toepassing op personen die na een individuele beoordeling van hun situatie bijzondere behoeften blijken te hebben.”*

Verder staat in artikel 20: *“De lidstaten zorgen ervoor dat personen die foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld hebben ondergaan, voor hun daardoor veroorzaakt letsel zo nodig de vereiste behandeling ontvangen.”* Tevens dienen lidstaten, volgens artikel 24, passende maatregelen te treffen om ervoor te zorgen dat de autoriteiten en andere organisaties die deze richtlijnen uitvoeren, de nodige basisopleiding hebben ontvangen met betrekking tot de behoeften van mannelijke en vrouwelijke asielzoekers. De lidstaten dienden op uiterlijk 6 februari 2005 aan deze richtlijnen te voldoen.

Wijzigingen in de minimum normen voor de opvang van asielzoekers

Inmiddels is de tweede fase van het streven naar een CEAS angebroken en zijn de richtlijnen geëvalueerd. De EC constateerde daarbij dat alle lidstaten toegang tot ten minste spoedeisende medische zorg, conform artikel 15 van de minimum normen voor de opvang van asielzoekers, garanderen, ook voor asielzoekers in bewaring. Verder heeft een groot aantal lidstaten de toegang tot de gezondheidszorg verruimd en in sommige gevallen wordt dezelfde toegang geboden als die welke burgers hebben (namelijk in Tsjechië, Nederland en Polen).¹⁷ Daarnaast constateerde de commissie, dat het tegemoetkomen aan de behoeften van kwetsbare personen een van de voornaamste tekortkomingen is in de toepassing van de richtlijn.¹⁷ Daarbij is *“(i)dentificatie van kwetsbare asielzoekers (...) een kernelement zonder welk de bepalingen van de richtlijn aangaande de speciale behandeling van deze personen iedere betekenis verliezen.”*

Na uitgebreide consultatie rondes heeft de EC een voorstel gedaan tot bijstelling van de minimum normen voor de opvang van asielzoekers. Het belangrijkste doel van het voorstel is, aldus de EC, *“als onderdeel van de tweede fase van de asielwetgeving, hogere normen voor de behandeling van asielzoekers op het gebied van opvangvoorzieningen te waarborgen die een menswaardige levensstandaard zouden garanderen in overeenstemming met het internationaal recht.”*¹⁷

Het vaststellen van bijzondere behoeften krijgt in het voorstel van de EC speciale aandacht: *“dit houdt niet alleen verband houdt met de toegang tot een gepaste behandeling, maar kan ook een invloed hebben op de kwaliteit van het besluitvormingsproces betreffende het asielverzoek, vooral wat getraumatiseerde personen betreft. In dit verband waarborgt het voorstel dat nationale maatregelen worden getroffen om dergelijke behoeften onmiddellijk te kunnen vaststellen.”*¹⁸ Zo is in de overwegingen het tekstvoorstel opgenomen: *“(d)e onmiddellijke identificatie en controle van personen met bijzonder behoeften moet een basisprioriteit zijn van de nationale autoriteiten om te garanderen dat de opvang ervan is toegesneden op hun bijzondere behoeften.”*

In het voorstel zijn nu ook in artikel 15 (oud) ‘geestesziekten’ en ‘passende geestelijke gezondheidszorg’^h opgenomen. Aan artikel 17 (oud), over ‘speciale behoeften’ is de volgende tekst toegevoegd: *“De lidstaten stellen in hun nationale wetgeving procedures vast om, zodra een verzoek om internationale bescherming*

^h Daaraan was toegevoegd “onder dezelfde voorwaarden als aan nationale onderdanen”. Het Europees Parlement heeft d.m.v. een amendement deze tekst echter geschrapt.

recht op gezondheid(zorg)

is ingediend, na te gaan of de verzoeker bijzondere behoeften heeft en de aard van die behoeften te bepalen. De lidstaten zorgen voor ondersteuning van personen met bijzondere behoeften tijdens de gehele asielpcedure en zorgen ervoor dat hun situatie op de gepaste wijze wordt gevolgd.” Verder zijn nu ook slachtoffers van mensenhandel en personen met geestelijke gezondheidsproblemen aan de lijst van personen met bijzondere behoeften toegevoegd. Ten aanzien van slachtoffers van slachtoffers van foltering en geweld stelt de EC de volgende minimum norm voor:

1. *“De lidstaten zorgen ervoor dat personen die foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld hebben ondergaan, voor hun daardoor veroorzaakt letsel de vereiste behandeling ontvangen, met name toegang tot rehabilitatiediensten, waardoor medische en psychische behandeling mogelijk worden.*
2. *Personen die met slachtoffers van foltering werken, moeten passend onderricht over hun behoeften gevolgd hebben en blijven ontvangen; voor deze personen gelden de geheimhoudingsregels zoals omschreven in de relevante nationale wetgeving in verband met de informatie waarvan zij uit hoofde van hun werk kennisnemen.”*

Wat verder nieuw is in het voorstel is een jaarlijkse rapportage van de lidstaten aan de EC over ondermeer statistische gegevens over het aantal asielzoekers met geestelijke gezondheidsproblemen en personen die foltering hebben ondergaan, zijn verkracht of aan andere ernstige vormen van psychologisch, fysiek of seksueel geweld zijn blootgesteld. Inmiddels is het voorstel behandeld in het Europees Parlement, wat tot enige amendementen heeft geleid. Waarschijnlijk zal de definitieve tekst van de gewijzigde richtlijnen ten aanzien van de opvang voor asielzoekers in het najaar 2009 worden vastgesteld. Vervolgens dienen lidstaten van de EU deze richtlijnen in wet- en regelgeving binnen een nog vast te stellen termijn te implementeren.

De wijze waarop lidstaten asielzoekers met bijzondere behoeften kunnen identificeren wordt ten tijde van dit schrijven bestudeerd door het Odysseus netwerk in samenwerking met ENARO, de UNHCR, en Fedasil. Odysseus zal eind 2009 de resultaten van de studie presenteren tijdens een conferentie.^{i 19}

4.3 Het ‘recht op gezondheid’ van asielzoekers in Nederland

Het ‘recht op gezondheid’ in Nederland is in artikel 22 van de Grondwet verankerd. Op basis daarvan heeft de overheid, aldus de Beleidsagenda 2009 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, een nadrukkelijke rol bij het bevorderen van de volksgezondheid. Verder stelt deze beleidsagenda in de inleiding: *“Onze ambitie is een gezond Nederland met een goede en solidaire zorg. Solidariteit tussen jong en oud, gezond en ziek.”*²⁰

Deze solidariteit betreft ook asielzoekers. In een brief aan de Tweede Kamer van 4 mei 2001 schreef de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat het uitgangspunt van het kabinetsbeleid is dat asielzoekers dezelfde toegang tot de medische zorg hebben als Nederlands ingezetenen.^{21 j} Dit standpunt is met de recente wijzigingen in de organisatie van de zorg voor asielzoekers niet gewijzigd. Dat asielzoekers in de gezondheidszorg een aparte groep vormen met specifieke zorgvragen werd in 1982 met de formele oprichting van het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen als onderdeel van het toenmalige Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur erkend.

ⁱ Odysseus is een academisch netwerk voor juridische studies over immigratie en asiel in Europa; ENARO is een Europees netwerk van opvangorganisaties voor asielzoekers; Fedasil is de opvangorganisatie voor asielzoekers in België.

^j Daarbij werden twee belangrijke uitzonderingen genoemd, namelijk asielzoekers hebben geen toegang tot de behandeling van transseksualiteit en IVF en daaraan gerelateerde behandelingen. Dit hing samen met het gegeven dat met deze behandelingen asielzoekers ‘de facto’ vluchtelingen werden. Daarnaast wordt, aldus de brief, nog maatwerk geleverd op het gebied van de tandheelkundige zorg.

De voorgeschiedenis van de zorg voor asielzoekers in vogelvlucht

Aan het einde van de jaren zeventig van de vorige eeuw erkende de regering dat in de reguliere Nederlandse gezondheidszorg te weinig kennis aanwezig was om tijdig importziekten en de gevolgen van “ontberingen, ondervoeding en gevangenschap” bij vluchtelingen te signaleren.²² In 1982 werd het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV) formeel opgericht, met als taken het verzorgen van de eerste medische opvang van uitgenodigde vluchtelingen, het bieden van eerstelijnszorg en nazorg aan vluchtelingen en asielzoekers, het vergaren van kennis en het bevorderen van de deskundigheid van de reguliere zorg.^k In de eerste medische opvang lag het accent op het signaleren van importziekten en gevolgen van ontberingen en geweld, en het fungeren als brug naar de reguliere zorg. Met de totstandkoming van de Regeling Opvang Asielzoekers in 1987 werd het CGV uitgebreid met medische opvang teams die in de asielzoekerscentra werkzaam waren. De (reguliere) gezondheidszorg werd door de rijksoverheid particulier verzekerd bij het ziekenfonds, evenals vanaf 1991 de kosten vallend onder de AWBZ (voor bijv. de toegang tot de RIAGG zorg).²³ De medische opvang teams voor asielzoekers kwamen, met de verzelfstandiging van het CGV in 1992, te vallen onder de verantwoordelijkheid van de voorloper van het COA.

In 2000 werd de uitvoering van de medische opvang door het COA overgedragen aan de GGD'en die daartoe zgn. MOA stichtingen oprichtten. De zorgverzekeraar voor asielzoekers, VGZ, sloot convenanten af met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en GGZ Nederland om de curatieve zorg te regelen en af te stemmen op de preventieve zorg die de MOA stichtingen aan asielzoekers gingen bieden.^{24 25} De taken van de MOA betroffen preventieve en gezondheidsbevorderende taken, waaronder jeugdgezondheidszorg, gezondheid voorlichting en opvoeding (GVO), sociaal medische advisering, psychohygiëne en toegeleiding naar de GGZ, d.m.v. psycho-educatie en probleemverhelderende gesprekken. Daarnaast werd, op dringend verzoek van de LHV, de functie praktijkverpleegkundige bij de MOA gecreëerd, die als eerste aanspreekpunt voor asielzoekers fungeerde, zelfzorg diende te stimuleren en zorgde voor de toegeleiding naar de huisarts. Tevens diende de praktijkverpleegkundige zorg te dragen voor de overdracht van het medisch dossier van asielzoekers bij verhuizing. Met GGZ Nederland kwam VGZ overeen dat gestreefd zou worden naar een landelijk dekkend hulpaanbod aan asielzoekers. Om dit te bewerkstelligen verplichtte VGZ zich tot het realiseren van verschillende randvoorwaarden, waaronder het financieren van landelijke ondersteuning en coördinatie, de deskundigheidsbevordering van hulpverleners en programma ontwikkeling.²⁶ Anderzijds diende de hulpverlening, inclusief de indicatiestelling voor de benodigde zorg, zoveel mogelijk aan te sluiten bij wat gangbaar is. Verder werd het zorgaanbod ingedeeld in een zogenaamd zorgpiramide, namelijk een basisaanbod dat alle GGZ instellingen zouden moeten kunnen bieden, een supra-regionaal aanbod, waaronder bijvoorbeeld kortdurende (crisis)opname en psychotherapeutische dag/deeltijd behandeling, en een landelijk specialistisch aanbod.^{24 27} De regio's mochten zelf invulling aan deze zorgpiramide geven.

Afstemming van de zorg voor asielzoekers op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg

Volgens de Wet Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, van 1994,²⁸ en de daaraan gerelateerde Regeling Verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (RVA) van 2005, zorgt het COA voor de dekking van de kosten van medische verstrekkingen overeenkomstig een daartoe te treffen ziektekostenregeling (art. 9 RVA).²⁹ Verder stelt art. 9 dat zo spoedig mogelijk nadat een asielzoeker voor de eerste keer in een opvangvoorziening is opgevangen, een eerste onderzoek naar zijn gezondheidstoestand plaats vindt. Voor bijzonder kwetsbare personen omvat de opvang, volgens de RVA, tevens specifieke begeleiding.

^k De medische opvang van uitgenodigde vluchtelingen werd al vanaf 1979 verricht door het Centraal Medische Team voor Vluchtelingen. De naam werd gewijzigd bij de formele instelling in 1982 en de uitbreiding van taken naar o.a. asielzoekers.

recht op gezondheid(zorg)

Naar aanleiding van enige sterfgevallen in de opvang voor asielzoekers werd in de Tweede Kamer de MOA, en vooral het functioneren van de praktijkverpleegkundige als brug of een te hoge drempel naar de huisartsenzorg, ter discussie gesteld. In 2006 werd besloten om het contract van het COA met GGD Nederland en de zorgverzekeraar VGZ per 1 januari 2009 te beëindigen.^{30 31} Het COA kondigde aan over te gaan tot implementatie van een nieuwe werkwijze, wegens³²:

- *“Daadwerkelijke uitvoering van het uitgangspunt van het kabinet dat “de gezondheidszorg voor asielzoekers aansluit op de reguliere zorg”.*
- *Betere waarborgen in kwaliteit en continuïteit van de gezondheidszorg voor asielzoekers. [...]*
- *Een correcte belegging van verantwoordelijkheden voor onderdelen van de gezondheidszorg;*
- *Meer mogelijkheden om de (zorg)kosten te kunnen sturen en beheersen.”*

Het COA is met GGD Nederland in overleg gegaan om de preventieve zorg, ofwel publieke gezondheidszorg voor asielzoekers te regelen. Voor de curatieve zorg, startte het COA in februari 2008 een offerte procedure.¹ In de loop van 2008 maakte het COA bekend dat met de zorgverzekeraar Menzis een contract was aangegaan voor de curatieve zorg voor asielzoekers. Volgens de (nieuwe) Regeling Zorg Asielzoekers die het COA heeft opgesteld hebben asielzoekers recht op de zorg zoals die is opgenomen in de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de subsidieregelingen Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv).³³ Als aanvulling en soms beperking op deze zorg heeft het COA een aangepast pakket van verstrekkingen vastgesteld. Zoals voorheen vallen behandeling van transseksualiteit en in-vitro fertilisatie (IVF) en daaraan gerelateerde behandelingen daarbuiten. Bij volwassen asielzoekers wordt voor de tandheelkundige zorg slechts noodhulp gefinancierd.

Reguliere zorg voor alle asielzoekers?

In het kader van deze studie is de definitie van ‘asielzoeker’ in de RVA van belang. Volgens de RVA, art. 1d is een asielzoeker: *“ een vreemdeling wiens vrijheid niet rechtens is ontnomen, door wie of ten behoeve van wie een asielaanvraag is ingediend die niet binnen 48 procedures, bedoeld in artikel 1.1, onder f, van het Vreemdelingenbesluit 2000, is afgewezen.”* Hoewel in artikel 3 van de RVA de categorieën asielzoekers voor wie de regeling is bestemd uitgebreid is met ondermeer statushouders en asielzoekers *“wiens uitzetting op grond van artikel 64 van de Vreemdelingenwet 2000 achterwege blijft”* lijkt de RVA niet van toepassing op asielzoekers die in de tijdelijke noodopvang (TNV) verblijven in afwachting van de start van de 48-uurs procedure.

In de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA), die met de wijziging van de organisatie van de zorg op 1 januari 2009 van kracht werd, blijken echter asielzoekers verblijvend in de TNV wel hieronder te vallen. De website van deze Regeling geeft de volgende opsomming van asielzoekers die onder de RZA vallen³⁴:

1. *vreemdelingen die een uitkering van het COA ontvangen op grond van Rva-2005;*
2. *vreemdelingen die een uitkering van het COA ontvangen op grond van de Regeling Opvang Asielzoekers, dan wel die worden aangemerkt als ‘ex-VVTV’er’;*
3. *vreemdelingen die een uitkering van het COA ontvangen op grond van de Rvb;*
4. *overige vreemdelingen waarvan de staatssecretaris van Justitie heeft bepaald (of nog zal bepalen) dat die groep vreemdelingen voor vergoeding van medische kosten door het COA in aanmerking komt. Thans vallen hieronder: vreemdelingen in de TNV, in de Onderdaklocaties^m en AMV's in de kleinschalige opvang.*

In het programma van eisen van het COA van april 2008 wordt echter vermeld dat bewoners van de TNV's en onderdaklocaties slechts recht hebben op medisch noodzakelijk zorg, zoals omschreven in paragraaf 6.3. in het rapport van de Commissie Smeets.³⁵ In de recente brief van de Staatssecretaris van Justitie van

¹ Bij de curatieve zorg werd inbegrepen de ondersteuning eerstelijnszorg, de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, een verpleegkundige intake, medische begeleiding bij honger- en dorststaking, algemeen maatschappelijk werk (voorheen ingekocht via de COA-clusters) en de sociaal- medische advisering. [Uit: COA & Gezondheidszorg. Nummer 1. Februari 2008]

^m Voorheen vertreklocaties genoemd.

7 oktober 2009 wordt dit bevestigd.³⁶ Het ongeclausuleerd inzetten van het zorgaanbod zou *“verwachtingen kunnen wekken en zelfs aanzuigend zijn.”* Daarom zal ook bij de gewijzigde asielprocedure in de TNV en AC slechts medisch noodzakelijk zorg worden geboden, inclusief zorg *“die nodig is om verslechtering van de medische situatie op een later moment te voorkomen”*.³⁶ Er zal wel een eerste signalering van medische problemen plaats vinden en indien relevant medische advisering worden uitgebracht aan de IND (zie par. 2.3. op pagina 12).

De publieke en openbare geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers

Zoals eerder geschreven sluit de zorg voor asielzoekers sinds 1 januari 2009 aan op de reguliere zorg. De publieke (preventieve) zorg voor asielzoekers wordt, volgens de informatie van het COA, verzorgd door de GGD'en.³⁷

De publieke zorg is, in afstemming op de Zorgverzekeringswet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning van 2006, in 2008 vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheidszorg.³⁸ Gemeenten dienen de totstandkoming en de continuïteit te bevorderen van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Daartoe dienen zij o.a. zorg te dragen voor het verkrijgen van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, inclusief programma's voor de gezondheidsbevordering, het bevorderen van medisch milieukundige zorg, het bevorderen van technische hygiënezorg, en het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen. Verder valt de jeugdgezondheidszorg, de ouderengezondheidszorg en de infectieziektebestrijding, waaronder de screening op tuberculose, onder de Wet Publieke Gezondheidszorg.

Het is ten tijde van dit schrijven niet duidelijk geworden uit beschikbare documenten en andere informatie hoe de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers door GGD'en zal worden vorm gegeven. Wel zijn er in februari 2009 werkafspraken gemaakt tussen het COA, Menzis, GGD Nederland en het (nieuwe) Gezondheidscentrum voor asielzoekers (GC A) over wie wat doet bij het openen en sluiten van opvangcentra.³⁹

In het reguliere stelsel valt het beleid ten aanzien van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) onder de Wet Maatschappelijk Ondersteuning, d.w.z. onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Volgens het programma van eisen van de ziektekostenregeling voor asielzoekers van 2009 valt de OGGZ voor asielzoekers echter onder deze ziektekostenregeling. Het COA onderscheidt de OGGZ in een individuele component en een collectieve voorziening.³⁵ De individuele component is *“individuele bemoeizorg, d.w.z. ongevraagde hulpverlening aan asielzoekers met ernstige problemen op psychosociaal gebied, die niet zelf om hulp vragen en niet worden bereikt met het regulier zorgaanbod.”* Deze zorg wordt verleend na aanvraag door de huisarts, met een machtiging van de zorgverzekeraar.³⁵ De collectieve OGGZ omvat signalering en advisering aan het COA *“met betrekking tot sociale samenhang van asielzoekers verblijvend in het centrum, overlastbeheersing en het versterken van de eigen mogelijkheden van de asielzoeker.”*³⁵ Wie verantwoordelijk is voor deze collectieve OGGZ wordt uit de documenten over de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA) niet duidelijk.

De psychosociale en geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers

In de RZA is de toegang tot de psychosociale en geestelijke gezondheidszorg geregeld.

Volgens de RZA heeft een asielzoeker recht op psychosociale hulpverlening van het maatschappelijk werk onder de volgende voorwaarden:

1. Er is sprake van één van de volgende indicaties:
 - a. verwevenheid van materiële en niet-materiële problematiek (bijv. huisvesting, financiële problemen);
 - b. psychosociale problematiek (bijv. eenzaamheid, studieproblemen, verwerkingsproblematiek);

recht op gezondheid(zorg)

- c. relatieproblematiek (partner, familie, werk, opvoeding);
- d. levensproblematiek.

Deze zorg wordt geleverd op basis van verwijzing door de huisarts of verwijzing door een daartoe bevoegde functionaris van het COA en betreft in principe maximaal 10 behandelingen per 2 jaar.

De RZA heeft de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onderverdeeld in Eerstelijns Psychologische Zorg, ambulante specialistische GGZ en klinische specialistische GGZ.

De eerstelijns psychologische zorg is gericht op diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van mensen met eenvoudige psychische aandoeningen. Daarbij is, volgens de RZA, de betrokkenheid van een specialist (psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoogⁿ) niet nodig. Wel is de omvang van de zorg begrensd door de zorg die klinisch psychologen plegen te bieden. Asielzoekers hebben recht op maximaal 8 zittingen eerstelijns-psychologische zorg per kalenderjaar.

Asielzoekers hebben recht op ambulante specialistische GGZ voor diagnostiek en behandeling van complexe aandoeningen. De omvang van deze zorg, aldus de RZA, is begrensd door de zorg die psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen plegen te bieden.

Asielzoekers hebben alleen recht op klinisch specialistische GGZ als zij een schriftelijke verwijzing krijgen van de huisarts of van de behandelaar (psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog). Bij spoedeisende zorg is geen schriftelijke verwijzing nodig.

ⁿ De regeling spreekt over klinisch psychologen en niet bijvoorbeeld over gezondheidszorg-psychologen.

5 De organisatie van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen

Asielzoekers hebben, zoals het vorige hoofdstuk weergaf, in Nederland 'recht op gezondheid(zorg)'. In dit hoofdstuk wordt de organisatie van de zorg voor deze doelgroep beschreven. In publieke gezondheidszorg vormen asielzoekers een risicogroep waarvoor tijdig preventieve en gezondheidsbevorderende maatregelen getroffen moeten worden. Daarnaast blijkt uit hoofdstuk 3 dat asielzoekers met psychische problemen om verschillende redenen geen gebruik maken van de zorg. Dat zou er op kunnen wijzen dat de zorg niet voldoende toegankelijk is, en/of dat er problemen zijn in de continuïteit van de zorg. Het zou echter ook kunnen zijn dat de zorg niet (voldoende) aansluit op de (cultuurbepaalde) ziektebeleving en zorgbehoefte van asielzoekers, ofwel dat de kwaliteit van de zorg voor deze specifieke doelgroep te kort schiet. Om die redenen zal in dit hoofdstuk vooral het accent liggen op de bevordering van de preventie, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg, en de ontwikkeling van 'zorg-op-maat' of vraaggerichte zorg als kenmerk van de kwaliteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen.

Eerst wordt in de volgende paragrafen de huidige organisatie van de zorg, inclusief de tolkdiensten, voor asielzoekers besproken. Tevens is daarbij aandacht besteed aan de continuïteit van de zorg en de wijze waarop de kwaliteit van de zorg wordt bewaakt. Vervolgens komen maatregelen aan de orde die zijn getroffen om de preventie, toegankelijkheid, en kwaliteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen te bevorderen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een opsomming van organisaties die zich hebben gespecialiseerd in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen.

5.1 De organisatie van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen

Het vorige hoofdstuk liet zien dat de organisatie van de zorg per 1 januari 2009 ingrijpend is gewijzigd. Het COA beëindigde het contract met de MOA Stichtingen en de vorige zorgverzekeraar, VGZ/ZRA, en sloot een contract met de zorgverzekeraar Menzis om de curatieve zorg voor asielzoekers in te kopen. De publieke zorg valt in principe onder de verantwoordelijkheid van de GGD'en. De wijziging in het gezondheidszorgsysteem voor asielzoekers is niet vlekkeloos verlopen, maar de aanloopproblemen zouden ten tijde van dit schrijven, volgens de Staatssecretaris van Justitie, grotendeels zijn opgelost.^{1 a}

In deze paragraaf wordt eerst aandacht besteed aan de organisatie van de publieke (geestelijke) gezondheidszorg. Daarna komt de huisartsenzorg aan de orde. Daarop volgt de organisatie van de maatschappelijke, psychosociale en psychiatrische zorg.

De publieke gezondheidszorg en collectieve OGGZ voor asielzoekers

Tot 1 januari 2009 droegen de MOA Stichtingen van de GGD'en in Nederland zorg voor de publieke gezondheidszorg en (collectieve en individuele) OGGZ voor asielzoekers. Met de opheffing van de MOA valt de publieke gezondheidszorg als overgangssituatie onder de verantwoordelijkheid van de Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) Stichtingen van GGD Nederland. Deze zullen in 2010 worden opgeheven; de publieke gezondheidszorg (exclusief de jeugdgezondheidszorg voor 1 – 4 jarigen) zal dan worden uitgevoerd door lokale GGD'en.¹ Onder de publieke gezondheidszorg valt, volgens de voorlopige werkafspraken over samenwerking tussen Menzis, PGA, het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A; zie

^a Volgens VluchtelingenWerk zijn er echter signalen dat de toegeleiding naar de gezondheidszorg te kort schiet, de intake te laat plaats vindt en er geen goede coördinatie van de zorg is. (Brief van VluchtelingenWerk Nederland aan de vaste Kamercommissie Justitie van de Tweede Kamer, dd. 8 oktober 2009.)

organisatie van de zorg

verder) en het COA, ondermeer de coördinatie van de zorgketen, het monitoren van de afspraken in de zorgketen en het signaleren van eventuele hiaten. ² Naar verluid vindt ten tijde van dit schrijven nog verdere onderhandeling plaats tussen het COA en GGD Nederland over de invulling en organisatie van de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers. De jeugdgezondheid voor 0 – 4 jarigen wordt uitgevoerd door Zorg voor U. ¹

De huisartsenzorg voor asielzoekers

Asielzoekers krijgen na aankomst in een asielzoekerscentrum van het COA een zorgpas vergelijkbaar met een zorgverzekeringbewijs. COA medewerkers informeren asielzoekers bij wie zij terecht kunnen voor medische zorg en hoe de Nederlandse gezondheidszorg is georganiseerd. Verder is er een brochure door het COA uitgebracht met beknopte informatie, in het Nederlands, over de gezondheidszorg voor asielzoekers. ³ Uit de literatuur wordt niet duidelijk of schriftelijke informatie over de gezondheidszorg ook in andere talen beschikbaar is. Daarnaast zijn er websites ingericht voor zorgaanbieders en voor asielzoekers, waarin informatie over de huidige organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers; de website voor asielzoekers in het Nederlands en Engels. ^{4 5}

Een Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) is ingericht om de toegang tot de curatieve zorg, waaronder de toegang tot de huisarts, te organiseren. Indien een asielzoeker een arts wil consulteren moet deze de praktijklijn van de GC A bellen, of naar het inloopspreekuur van de huisarts gaan (zie hieronder). De praktijklijn van de GC A is een soort callcenter die bezet wordt door doktersassistenten. Onder hen zijn medewerkers die verschillende talen spreken. Het GC A is op werkdagen bereikbaar van 8.30 tot 17.00 u.; op andere tijden slechts voor spoed. Voor spoedeisende hulp kan ook het alarmnummer worden gebeld. De beveiliging in de centra speelt daarbij een intermediaire rol. ¹

De doktersassistenten van de GC A maken, indien zij dit geïndiceerd achten, een afspraak met de huisarts voor het betreffende opvangcentrum waar de asielzoeker is gehuisvest.

Omdat erkend is dat asielzoekers specifieke problemen hebben waarvoor extra zorg benodigd is, zijn de huisartsen financieel in staat gesteld om praktijkondersteuners voor asielzoekers (POH A) aan te trekken die de huisarts in de praktijk voor asielzoekers ondersteunen. ⁶ Deze POH A's zorgen voor inloopsprekuren in of nabij de opvangcentra, veelal meerdere dagdelen per week. In plaats van POH A's kunnen ook doktersassistenten de inloopsprekuren verzorgen. De POH A's en/of doktersassistenten verwijzen ook zo nodig naar de huisarts. Verder dienen de POH A's uiterlijk zes weken na aankomst in de opvangcentra van het COA, of indien er sprake is van risico factoren binnen een week, een eerste intake te verrichten van volwassenen en kinderen, waarbij aandacht wordt besteed aan de medische voorgeschiedenis, medicijngebruik en zorgachterstand. Op basis daarvan dient de POH A een zorgplan op te stellen en zo nodig door te verwijzen naar de huisarts of de publieke gezondheidszorg (voor bijvoorbeeld tbc onderzoek). ⁶

Aangezien in de rust en voorbereidingsperiode van de gewijzigde asielprocedure ook een eerste signalering van medische problemen bij asielzoekers gaat plaats vinden, wordt er naar gestreefd, aldus de Staatssecretaris van Justitie, naar een werkwijze waarbij dubbeling tussen deze eerste signalering en de intake in latere fase wordt voorkomen. ⁷ Gedacht wordt aan het werken met 'compatible' elektronische informatiesystemen.

Op het terrein van de (preventie van) psychosociale en geestelijke gezondheid van asielzoekers wordt de huisarts volgens het programma van eisen geacht extra inspanningen te (laten) verrichten, zoals ⁶:

- *“het frequent inventariseren van de zorgbehoefte van de asielzoeker en voortzetting van de zorg na overplaatsing van een asielzoeker naar een andere COA locatie;*
- *het participeren in de ketenzorg, met speciale aandacht voor afstemming met de jeugdgezondheidszorg en/of de geestelijke gezondheidszorg;*

- *het bevorderen van zelfzorg door middel van individuele en gerichte voorlichting aan de asielzoeker;*
- *het afstemmen van de zorg met het COA door middel van deelname door de huisarts of diens vertegenwoordiger aan het multidisciplinair overleg;*
- *het actief volgen van en contact houden met asielzoekers met een gezondheidsrisico en zorgmijders door het ongevraagd aanbieden van zorg (outreachinge zorg), door middel van kamerbezoeken;*
- *het intensief begeleiden bij psychosociale problematiek en frequente verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg.”*

In de huisartsenzorg blijken dus, volgens de beschikbare documenten, maatregelen op het terrein van de preventie van psychosociale en geestelijke gezondheidsproblemen van asielzoekers inbegrepen te zijn. Daarnaast kan de huisarts voor psychosociale en geestelijke gezondheidsproblemen verwijzen naar het maatschappelijk werk, de eerstelijns psychologische zorg en de GGZ (zie ook par. 4.3., blz. 45), voor zover deze een contract hebben met Menzis.

Bij de wijziging van het gezondheidszorgsysteem per 1 januari 2009 werd beoogd om de opgebouwde expertise binnen de MOA en betrokken huisartsen zoveel mogelijk te behouden, door deze een plek te bieden binnen het GC A systeem.^{8 9} In welke mate hieraan is voldaan wordt uit de beschikbare literatuur niet duidelijk.

Overigens is in Zwitserland geëvalueerd of praktijkverpleegkundigen in vergelijking met huisartsen als poortwachters in de zorg voor asielzoekers voldoen.¹⁰ Daartoe werden 450 medische dossiers van asielzoekers die hetzij een gezondheidscentrum met praktijkverpleegkundigen of huisartsen in privépraktijken consulteerden *at-random* geselecteerd en bestudeerd door een groep deskundigen. Deze hanteerden drie parameters voor adequate zorg: 1) het gebruik van de juiste procedure om de zorgbehoeften van asielzoekers te identificeren; 2) het toegang bieden tot de juiste behandeling; 3) de afwezigheid van onnodige zorg. Praktijkverpleegkundigen bleken niet altijd op juiste wijze de zorgbehoeften te identificeren. Met name in het opnemen van de anamnese en in het doeltreffend uitvoeren van klinisch onderzoek schoten zij vaak te kort. Ze bleken echter net zo adequaat voor behandeling door te verwijzen als huisartsen. Daarbij werd overigens de GGZ buiten beschouwing gelaten. Onnodige zorg kwam nauwelijks voor. Voor een deel waren onvolledige anamneses het gevolg van taalproblemen. De auteurs concluderen dat de inzet van praktijkverpleegkundigen als poortwachter in de zorg voor asielzoekers voldoet, mits er gebruik wordt gemaakt van tolken of culturele intermediairen, de praktijkverpleegkundigen getraind worden in het opnemen van een anamnese en klinisch onderzoek, en er een sterk medisch netwerk rond de praktijkverpleegkundige aanwezig om adequate verwijzing te garanderen.

Maatschappelijk werk

Zoals gezegd kan de huisarts verwijzen naar het maatschappelijk werk, namelijk indien er is sprake van één van de indicaties die in par. 4.3. op pagina 45 zijn weergegeven.

Ook een medewerker van het COA kan de asielzoeker naar het maatschappelijk werk verwijzen, maar de asielzoeker moet wel een schriftelijke verwijzing van de huisarts hebben. Uit de beschikbare informatie is niet duidelijk geworden of alle opvangcentra en/of huisartsen samen werken met het maatschappelijk werk.

Geestelijke gezondheid en verslavingszorg

De geestelijke gezondheidszorg heeft in de laatste jaren heel wat ontwikkelingen doorgemaakt. In het verleden was er een onderscheid tussen de aanbieders van ambulante zorg en klinische zorg. In de meeste regio's zijn instellingen inmiddels gefuseerd en kunnen mensen terecht bij een geïntegreerde GGZ-instelling. De huidige GGZ- en verslavingszorg instellingen bieden doorgaans preventie, eerstelijns-GGZ, ambulante zorg, gespecialiseerde zorg, klinische zorg en langdurig verblijf.¹¹ Eerstelijns

organisatie van de zorg

gezondheidspsychologen kunnen ook in dienst zijn van een gezondheidscentrum. Verschillende GGZ instellingen zijn, onder de naam Indigo, samen gaan werken om eerstelijns-GGZ te bieden zo dicht mogelijk bij (potentiële) cliënten. Daarnaast zijn er vanaf 2007 instellingen voor interculturele GGZ op verschillende plaatsen in het land opgericht onder de naam i-Psy.

In algemene zin houdt de GGZ zich bezig met alle vormen van preventie van psychische problemen bezig. Uit de beschikbare literatuur wordt niet duidelijk met welke instellingen of organisaties Menzis een contract heeft afgesloten voor de GGZ en verslavingszorg voor asielzoekers. Ook is niet duidelijk of de GGZ instellingen waarmee Menzis een contract heeft afgesloten kennis en ervaring hebben in de GGZ voor asielzoekers. Uit een onderzoek van 2005 blijkt dat er (nog steeds) GGZ instellingen waren die niet toegankelijk zijn voor asielzoekers, wegens hun instabiele (verblijf)situatie en/of omdat het aanbod niet aansluit bij hun hulpvraag.¹² De toegankelijkheid en kwaliteit van de GGZ is echter door verschillende stimuleringsregelingen, vooral aan het begin van deze eeuw, wel vergroot (zie par. 5.2).¹²

In de GGZ wordt nationaal en internationaal m.b.t. personen die schokkende gebeurtenissen hebben doorgemaakt, waaronder ook (vluchtelingen en) asielzoekers, veel aandacht besteed aan de zogenaamde 'traumabehandeling'. EMDR en cognitieve gedragstherapie blijken aantoonbare goede resultaten te leveren bij personen die een (eenmalige) traumatische ervaring hebben doorgemaakt.¹³ Asielzoekers, echter, hebben vaak meerdere schokkende gebeurtenissen doorgemaakt, leven nog in een onstabiele, spanningsvolle situatie, spreken nog niet de taal, hebben veelal niet-westerse achtergronden, en zijn niet bekend met (talige) psychotherapieën. Voor zover bekend zijn er nog geen *evidence-based* behandelingen voor asielzoekers in het algemeen, en voor de martelingslachtoffers onder hen in het bijzonder, ontwikkeld.¹⁴ ¹⁵ Başoğlu (2007) claimt dat zijn kortdurende cognitieve gedragsbehandeling dé aangewezen en op evidentie gebaseerde behandeling voor martelingslachtoffers is, maar hij doet dat op basis van ervaringen met slachtoffers van de aardbeving in Turkije.¹⁶ ^b Turner e.a. (2003) stellen, op basis van ondermeer hun studie naar de geestelijke gezondheidszorg onder vluchtelingen uit Kosovo, dat ter voorkoming van depressie psychosociale interventies zouden moeten worden aangeboden, zo nodig in combinatie met individuele psychotherapie indien er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek.¹⁷ Carlsson e.a. (2005) schrijven n.a.v. hun studie naar de effectiviteit van hun multidisciplinaire behandeling van martelingslachtoffers, in het RCT^c in Kopenhagen, dat in de hulpverlening de focus niet alleen op de individuele en traumatische ervaring moet liggen, maar ook op de gemeenschap en sociale context die van invloed zijn op het dagelijks leven van vluchtelingen.¹⁵ Silove (2005) stelt dat, uitgezonderd de psychiatrische zorg voor een kleine groep van vluchtelingen en asielzoekers die ernstige psychiatrische problemen vertonen, voor het merendeel van de doelgroep (psycho-)sociale zorg volstaat.¹⁸ ¹⁹ Daarbij zou vooral een beroep moeten worden gedaan op hun coping vaardigheden.

De tolken en vertaaldiensten

Daar asielzoekers bij aankomst in Nederland doorgaans nog niet het Nederlands beheersen en velen onder hen ook niet andere zogenaamde moderne talen machtig zijn, zijn voor de communicatie in de gezondheidszorg tolkendiensten onontbeerlijk. In feite dwingt o.a. de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst hiertoe, daar de zorgaanbieder zich ervan dient te vergewissen of de hulpvrager akkoord gaat met het zorgaanbod ('*informed consent*').²⁰ Daarvoor is een goede communicatie nodig.

De tolkendiensten worden geboden door het Tolken Vertaal Centrum Nederland (TVcN), die worden gefinancierd door het Ministerie van VWS en voor asielzoekers door het COA (ofwel Ministerie van

^b Zijn artikel in de British Medical Journal van 2007 leidde in het blad tot uitgebreide, zo nu en dan zeer felle reacties van zorgverleners betrokken bij de zorg voor martelingslachtoffers, vluchtelingen en asielzoekers, die echter allen moesten toegeven dat er nog geen evidence-based zorgaanbod voor de doelgroep is ontwikkeld.

^c RCT = rehabilitatiecentrum voor martelingslachtoffers.

Justitie). Het betreffen telefonische tolkdiensten en tolken op locatie. Voor beide diensten dient ten behoeve van asielzoekers, volgens informatie van de RZA, minstens een dag van te voren een reservering worden gemaakt.²¹ De TVcN brengt de nota's voor tolkdiensten voor asielzoekers in de gezondheidszorg en voor het maatschappelijk werk rechtstreeks in bij het COA. Ook de kosten voor het tolken ten behoeve van de individuele publieke gezondheidszorg worden vergoed door het COA.

Voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg zijn door een werkgroep^d onder leiding van Pharos veldnormen opgesteld.²² Deze zijn ook normatief voor de zorg aan asielzoekers.²³ Deze veldnormen voor zorgaanbieders zijn in het kort:²²

- *“U gebruikt een tolk wanneer u niet in een voor de cliënt begrijpelijke taal kunt communiceren;*
- *U gebruikt een professionele tolk en geen vrienden, kennissen, familieleden of kinderen om te tolken;*
- *Een telefonische tolk is in principe de beste oplossing;*
- *Een telefonische tolk hoeft u niet te reserveren, tenzij het om een ‘kleine’ taal gaat;*
- *Een persoonlijk aanwezige tolk kan handig zijn wanneer u:*
 - *iets wilt laten zien of uitleggen met beeldmateriaal of apparaten;*
 - *met meerdere mensen tegelijk werkt;*
 - *verschillende vreemde talen tegelijk wilt laten tolken;*
 - *een voor de cliënt zeer moeilijk gesprek moet voeren.*
- *De zorginstelling waar u werkt kunt u verzoeken deskundigheidsbevordering aan te bieden voor de medewerkers die met tolken moeten werken zodat zij voldoende vaardig zijn.”*

Het opbouwen van vertrouwen en veiligheid zijn belangrijke voorwaarden voor een effectieve inzet van een tolk in de (geestelijke) gezondheidszorg, zoals ook in par. 3.2. op pagina 25 werd gezien.²⁴ Gecontroleerd zal moeten worden of dit mogelijk is indien de tolk een (voormalig) landgenoot is van de asielzoeker.

Nationaal en internationaal groeit de aandacht voor de wijze waarop tolken in de zorg voor asielzoekers, vluchtelingen en migranten worden ingezet.^{24 25 26} In de GGZ worden persoonlijk aanwezige tolken op verschillende wijzen ingezet. Bot verrichtte onderzoek daarnaar en onderscheidde het ‘vertaalmachine model’, waarin een tolk uitsluitend vertaalt, maar verder afzijdig blijft in het therapeutisch proces; en het ‘interactieve model’, waarin het therapeutisch proces wordt gevormd in de interactie tussen hulpverlener, patiënt en tolk.²⁶ Verder valt het ‘interactieve model’ uiteen in een restrictief interactief model, waarbij de hulpverlener de regie behoudt, en het liberaal interactief model, waarin de tolk de regie overneemt. Uit het onderzoek van Bot bleek dat de minst afwijkende vertalingen voorkwamen in het ‘restrictief interactief model’. Bovendien kwamen in dat model, in tegenstelling tot in de andere modellen, geen misverstanden of onbegrip voor, door correctieve mechanismen te gebruiken, zoals verhelderen vragen door de tolk, vragen te herformuleren en het kort houden van spreekbeurten door hulpverlener en patiënt.²⁶

De continuïteit van de zorg voor asielzoekers

De continuïteit van de zorg voor asielzoekers schoot in het verleden ernstig te kort, wegens de vele verhuizingen en/of onvoldoende informatie-uitwisseling tussen Immigratie- en Naturalisatiedienst, aanmeld- en uitzetcentra, het COA en de MOA over aankomst en vertrek van asielzoekers.²⁷ Een gevolg

^d De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van Pharos, de Federatie Opvang, de afdeling Phoenix van de Gelderse Roos in Wolfheze, GGD-Nederland/Medische opvang asielzoekers (MOA), GGZ-Nederland, de Landelijke huisartsenvereniging (LHV) en de Landelijke vereniging voor thuiszorg (LVT). De werkgroep werd geadviseerd door de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).

daarvan was dat de overdracht van medische dossiers te lang duurde en de continuïteit van zorg werd bemoeilijkt.

Dat lijkt nu met de huidige organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers te verbeteren. Asielzoekers worden door het COA aangemeld bij Menzis COA Administratie (MCA) waarna het MCA een zorgpas voor de asielzoeker verstrekt en een medisch dossier wordt aangemaakt.^{4 5} De medische gegevens van de asielzoeker worden bijgehouden in een huisartseninformatiesysteem (HIS), een geautomatiseerd patiëntendossier, dat speciaal voor de RZA is ontwikkeld. Zowel de medewerkers van de praktijklijn van de GC A, als de praktijkondersteuner en huisartsen hebben inzage in het dossier.⁴ Alle acties op medisch gebied worden door de praktijklijn van GC A in het zorgdossier geregistreerd en ter informatie aan 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 het MCA, waarna het GC A aan de asielzoeker een andere huisarts toewijst, die vervolgens toegang krijgt tot de medische gegevens van de betreffende asielzoeker in het HIS. Op deze wijze lijkt de continuïteit goed gewaarborgd, mits betrokken medewerkers en zorgverleners voldoende en tijdig alle relevante gegevens registreren en controleren. Dit lijkt niet te gelden voor de continuïteit van zorg van asielzoekers in de overgang van een TNV naar een AZC. Volgens het programma van eisen voor de ziektekostenregeling 2009 van het COA worden personen verblijvend in een TNV niet op naam ingeschreven.²⁸ Maar, zoals de Staatssecretaris van Justitie recent aan de Tweede Kamer schreef, zal er naar worden gestreefd om de intake in de huisartsenpraktijk te laten aansluiten op de eerste signalering van medische problemen in de RVT d.m.v. 'compatibel' elektronische informatiesystemen (zie par. 5.1., pagina 48).

Op welke wijze hulpverleners in het nieuwe zorgstelsel voor asielzoekers hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de continuïteit van zorg realiseren wanneer asielzoekers zijn uitgeprocedeerd, en/ of gedwongen dan wel vrijwillig terugkeren naar het land van herkomst wordt uit de bestudeerde literatuur niet duidelijk.

De continuïteit van de zorg wordt niet alleen gewaarborgd door de tijdige overdracht van medische gegevens. In hoofdstuk 3 werd gezien dat een aantal asielzoekers met psychische problemen de gezondheidszorg niet consulteren, of een verwijzing naar de GGZ niet altijd opvolgen. Veelal zijn zij niet vertrouwd met het systeem van de gezondheidszorg in Nederland en de plaats van de GGZ daarin, en de normen ten aanzien van cultuurbepaalde gewoonten. Intermediairs kunnen een brug vormen om de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg te bevorderen en voorlichting te bieden. Zij worden in de gezondheidszorg op verschillende wijzen ingezet.

Al ruim twintig jaar kent de gezondheidszorg de zogenaamde Voorlichters eigen taal en cultuur (VETC) die voorlichting geven over bijvoorbeeld gezondheid en opvoeding.²⁹ Een aantal van hen zijn bijgeschoold om ingezet te worden in de eerstelijnszorg als allochtone zorgconsulent, met als taak aan cliënten voorlichting te bieden, een diagnose en behandeling toe te lichten en de communicatie met de hulpverlener te ondersteunen.^{30 31} Om een bewustwordingsproces over vrouwenbesnijdenis onder Somalische asielzoekers en vluchtelingen en andere Afrikaanse gemeenschappen in Nederland op gang te brengen worden sleutelpersonen ingezet.³²

In de GGZ zijn zogenaamde brugfunctionarissen ingezet.³⁰ Deze zijn vaak in dienst bij het maatschappelijk werk, maar werken een aantal uren per week in de GGZ om cliënten vanuit de huisartsenpraktijk te begeleiden naar de GGZ. De brugfunctionaris exploreert eerst in eigen taal wat de hulpvraag is en informeert de cliënt over de GGZ. Zo nodig gaat de brugfunctionaris ook mee naar het eerste gesprek bij de GGZ. Daarnaast biedt deze voorlichting over de medicatie en begeleidt de cliënt daarbij. Uit een evaluatie bleek dat de behandeling op deze wijze beter kon worden afgestemd op de behoefte van de cliënt en dat de therapietrouw werd bevorderd.³⁰ Uit de beschikbare literatuur kon niet worden opgemaakt op hoeveel plaatsen in het land deze brugfunctionarissen functioneren.

De bewaking van de kwaliteit van de zorg voor asielzoekers

Het COA let volgens het programma van eisen voor de zorgverzekeraar, Menzis, op de kosten en doelmatigheid van de zorg.⁶ Menzis heeft, conform het nieuwe zorgstelsel, de curatieve zorg ingekocht, en heeft daarbij, naar mag worden verondersteld, onderhandeld over prijs, inhoud en organisatie. Daar de gezondheidszorg voor asielzoekers nu vrijwel geheel regulier is georganiseerd mag tevens worden verondersteld dat de bewaking van de kwaliteit van de zorg valt onder het reguliere kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg, zoals beschreven in par. 1.3. op pagina 3.

Het recht van asielzoekers als cliënt in de zorg is, voor zover kan worden gezien, naast het recht op beschikbaarheid en bereikbaarheid, goede kwaliteit en veiligheid, en continuïteit van de zorg, beperkt tot het klachtrecht. Volgens de website van de RZA is op elke GC A-locatie een klachtenreglement en klachtenformulier beschikbaar in de vijf meest voorkomende talen.³³ Ook is op de website van het GC A een webformulier te vinden in het Nederlands en in het Engels om een klacht in te dienen. Asielzoekers kunnen hun zorgverzekeraar en huisarts niet vrij kiezen.

5.2 De bevordering van de preventie, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg

Bij de organisatie van de zorg in Nederland wordt tegenwoordig ook wel de 'stepped-care' benadering gebruikt, ofwel de 'getrapte zorg' of ketenzorg.³⁴ Daarin wordt het zorgaanbod aangepast aan de ernst van de klachten van de zorgvrager. Deze benadering toont overeenkomsten met het zorgpiramide model, dat internationaal veelal wordt gehanteerd voor de organisatie van de psychosociale en geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen en ontheemden in (post) conflict situaties, waarin het niveau en omvang van primaire, secundaire en tertiaire preventie tot uiting komt.^{35 36 37} Dit model is in Bijlage 1, op pagina 77, weergegeven en toegelicht.

Asielzoekers vormen, zoals eerder gezegd, gezien hun (geweld)achtergronden en hun actuele leefsituatie, die te kenmerken zijn als (ernstige) stressfactoren, in publieke gezondheidszorg termen een risico groep. De schokkende ervaringen in het land van herkomst en/of tijdens de vlucht kunnen niet meer ongedaan gemaakt, maar door het nemen van tijdige preventieve maatregelen kan hun gezondheid wel worden bevorderd en/of verergering van hun geestelijke gezondheidsproblemen worden voorkomen.

Preventie van psychische stoornissen zou, volgens Meijer e.a. (2006), een vast onderdeel van de gezondheidszorg moeten zijn.³⁴ Sinds enige jaren krijgt dit in het volksgezondheidsbeleid meer aandacht, niet in de laatste plaats omdat vier psychische stoornissen (angst, depressie, alcoholverslaving en dementie) in de top tien van meest voorkomende aandoeningen in Nederland staan. De preventie dient vooral intersectoraal en in de nulde- en eerstelijnszorg opgepakt te worden.^{39 34} Tevens is er veel aandacht gekomen voor effectonderzoek van preventieve activiteiten.³⁴ Bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu is het Centrum Gezond Leven opgericht dat preventie activiteiten inventariseert en met een erkenningscommissie beoordeeld op kwaliteit en effect.^{38 e} Daaronder bevinden zich ook verschillende preventieve activiteiten die ten behoeve van asielzoekers zijn ontwikkeld. Deze zijn, zover bekend, nog niet beoordeeld.

In hoofdstuk 3 werd gezien dat er vele redenen van psychologische en sociaal-culturele aard blijken te zijn waarom asielzoekers niet de gezondheidszorg en/of de GGZ consulteren. Daarom zal de gezondheidszorg

^e De erkenning kan op vier niveaus plaats vinden, namelijk de interventie is (1) theoretisch goed onderbouwd, (2) waarschijnlijk effectief, (3) bewezen effectief, (4) kosteneffectief.

organisatie van de zorg

niet alleen aandacht moeten hebben voor de bevordering van de gezondheid en preventie, maar ook 'outreaching' moeten zijn en afgestemd op hun (cultuurbepaalde) vraag.

Rond het begin van deze eeuw zijn er diverse stimuleringsregelingen geweest om de GGZ voor migranten, vluchtelingen en asielzoekers te verbeteren. Tevens zijn er enige Europese fondsen die kunnen worden aangewend voor de verbetering van de zorg en situatie van asielzoekers. In Bijlage 2 worden deze nationale en Europese fondsen beschreven. Met behulp van deze stimuleringsregelingen zijn vooral in 2000 – 2004 veel activiteiten op het terrein van de preventie, toegankelijkheid en ontwikkeling van vraaggerichte zorg voor (migrant, vluchtelingen en) asielzoekers met psychische problemen ontplooid. Deze komen hiernavolgend aan de orde. Activiteiten die (reeds) gekenmerkt kunnen worden als 'goede praktijken' komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

Preventieve, outreachende activiteiten

De WHO maakt bij preventie onderscheid in universele of collectieve interventies voor de gehele populatie bij wie geen verhoogd risico is aangetroffen; selectieve preventie gericht op individuele personen of groepen die een verhoogd risico lopen om geestelijke gezondheidsproblemen te krijgen; en geïndiceerde preventie voor personen die een hoog risico daarvoor lopen en al symptomen presenteren die echter nog niet voldoen aan een stoornis volgens de criteria van DSM IV.³⁹

Daarbij maakt de WHO onderscheid tussen preventie van psychische stoornissen en de bevordering van de geestelijke gezondheid. Geestelijke gezondheid heeft de WHO gedefinieerd als "a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community."⁴⁰ De bevordering van de geestelijke gezondheid beoogt de geestelijke gezondheid te bevorderen door het geestelijk welbevinden, competentie en veerkracht te vergroten en door (fysieke en sociale) leefomstandigheden en omgevingen te creëren die steun bieden.³⁹ De preventie van psychische stoornissen heeft tot doel om symptomen en uiteindelijk ook het voorkomen van stoornissen te reduceren. Daarbij speelt veelal de geestelijke gezondheidsbevordering een belangrijke rol.³⁹ Door vooral te investeren in de bevordering van de geestelijke gezondheid van asielzoekers en preventie (d.w.z. in de basis van de piramide, zie pagina 77), kan worden voorkomen dat onnodig veel asielzoekers gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg nodig zullen hebben.

Collectieve preventie

De Medische Opvang voor Asielzoekers (MOA) van GGD Nederland heeft in de afgelopen jaren diverse draaiboeken opgesteld om collectieve gezondheidsbevorderende activiteiten in de opvangcentra uit (te laten) voeren, inclusief een protocol hoe deze geïmplementeerd dienen te worden.⁴¹ Deze zijn op basis van kennis en praktijkervaringen opgesteld. De thema's van deze activiteiten betreffen ondermeer gezonde voeding, gezond gebit, zelfzorg, veiligheid en hygiëne, opvoedingondersteuning, alcohol en drugs en het voorkomen van verdrinking.⁴² Deze activiteiten dienen, volgens het protocol, geboden op basis van een behoeftepeiling onder de asielzoekers en/of indien daar aanleiding toe is (bijv. preventie van verdrinking), zo nodig in samenwerking met externe organisaties, en na afloop met betrokkenen te worden geëvalueerd.

Daarnaast ontwikkelde ondermeer de Symphora Groep Gooi en Vechtstreek diverse preventieprogramma's voor asielzoekers om de balans tussen draagkracht en draaglast positief te beïnvloeden. Daarbij speelde een gemeenschapsbenadering en participatie van de asielzoekers een belangrijke rol. Er werden bijvoorbeeld voorlichtingsbijeenkomsten gehouden voor vrouwen onder de titel "Keep your life in balance", en een cursus aan asielzoekers aangeboden rond (adequate) coping strategieën, inclusief ontspanning- en inspanningsoefeningen.⁴³

Andere collectieve preventieprogramma's betreffen ondermeer een informatiemarkt 'Gezond denken, gezond doen' dat jaarlijks in een AZC in samenwerking met asielzoekers werd georganiseerd (GGZ Midden

Overijssel)⁴⁴ en pedagogische ondersteuning, sociale vaardigheidstrainingen en voorlichting hoe om te gaan met stress (GGZ Noord- en Midden-Limburg).⁴⁵

Selectieve preventie

Ook op dit terrein gebeurde en gebeurt er veel. Zo hebben verschillende GGZ instellingen preventieve activiteiten ontwikkeld voor vrouwelijke asielzoekers met spanningsklachten. Deze activiteiten betroffen o.a. groepsvoorlichting, ontspanningsoefeningen, psycho-educatie en creatieve therapie.^{46 47 f} Verder heeft de Meerkanten een Maatjesproject voor asielzoekers ontwikkeld om (het verergeren van) psychische klachten te voorkomen door het aanbieden van sociale steun, afleiding en het organiseren van plezierige activiteiten met behulp van vrijwilligers. Vrijwilligers worden één op één gekoppeld aan een asielzoeker om eenmaal per twee weken gedurende een dagdeel gezamenlijke activiteiten te ondernemen. De vrijwilligers worden ondersteund door de projectleider en er worden 3 keer per jaar met hen verdiepende en ondersteunende bijeenkomsten gehouden.⁴⁸

Verschillende GGZ instellingen boden of bieden asielzoekers voorlichting over het omgaan met stress en/of psycho-educatie, al dan niet op indicatie.⁴⁹ Adhesie, GGZ Midden-Overijssel combineert psycho-educatie met een wandelgroep onder de titel "Liever bewegen dan moe".⁵⁰

Verder zijn naast de preventieprogramma's voor asielzoekers als directe doelgroep ook vele deskundigheidsbevorderende projecten ontwikkeld voor intermediairen, zoals medewerkers van de MOA en het COA, om tijdig problemen, zoals alcohol en druggebruik, huiselijk geweld en andere psychische problematiek, onder asielzoekers te identificeren, voorlichting daarover te bieden en/of betreffende asielzoekers te verwijzen naar de zorgverlening.⁵¹

Geïndiceerde preventie

De Gelderse Roos ontwikkelde in samenwerking met de MOA in Wageningen een cursus "Slapen kun je leren! Omgaan met slaapproblemen voor volwassen asielzoekers in het AZC."⁵² Deze cursus was gericht op asielzoekers met slaapproblemen die door de MOA verpleegkundige aan de hand van een protocol waren geïdentificeerd. Centraal daarbij stond *empowerment*, namelijk het stimuleren van asielzoekers om actief aan de slag te gaan met moeilijke situaties en problemen. Tijdens de cursus voor de asielzoekers werd inzicht gegeven in de aard en ernst van de slaapproblemen en de invloed van bepaald gedrag en denken bij de instandhouding van het probleem. Tevens werden de vaardigheden vergroot om zelf met de problemen aan de slag te gaan.

GGZ Noord Holland organiseert ter preventie wekelijks bewegen en sporten in de sportzaal van het AZC Alkmaar voor mannelijke asielzoekers. Deze worden daarvoor verwezen door artsen, GGZ medewerkers en het maatschappelijk werk. Het doel is activering, het versterken van de gezonde kanten en het ingaan op psychosomatische klachten.⁵³

Een vergelijkbare module om de lichamelijke conditie van asielzoekers met symptomen van een PTSS en andere stoornissen te verbeteren werd in 2002 georganiseerd door GGZ Winschoten, onder het motto 'een gezonde geest in een gezond lichaam.'⁵⁴ Het vormde onderdeel van het Winschoter Traumatraject.

^f Ook in andere EU landen worden groepsgerichte activiteiten georganiseerd voor en door asielzoekers. In Namen, België, bijvoorbeeld, biedt de Clinique de l'Exil, ruimte en steun aan vrouwelijke asielzoekers om aan de hand van diverse thema's hun zorgen en problemen met elkaar te delen.[Informatie van de Clinique de l'Exil te Namen, België] De Medical Foundation for the Care of Victims of Torture in Londen, Engeland, organiseert diverse groepsactiviteiten die aansluiten bij de culturele achtergronden van asielzoekers (en vluchtelingen), zoals koffiebijeenkomsten, het bakken van brood, verhalen vertellen, een open kunst studio en het schrijven van het levensverhaal.[http://www.torturecare.org.uk/what_we_do/19; 31-10-09]

organisatie van de zorg

Het doel was om de asielzoekers lichamelijk en mentaal in beweging te krijgen en toegankelijker te maken voor andere therapieën. Het project werd bewaakt en geëvalueerd door met verschillende meetinstrumenten de klachten, competentie, lichamelijke vaardigheden, lichamelijke activiteit en sociaal, psychisch en lichamelijk functioneren te meten. Geconstateerd werd dat de asielzoekers in een zeer slechte lichamelijke conditie verkeerden en pas na vijf tot zes weken was er sprake van groepsvorming. Na afloop van de module bleken de asielzoekers meer PTSS klachten te vertonen en zijn zij zich als minder competent gaan ervaren. Verergering van PTSS klachten zou echter, ook volgens de literatuur, in de herstelfase gedurende een behandeling normaal zijn.⁵⁵ Het beeld van asielzoekers over hun eigen lichamelijke vaardigheden is niet beter geworden, maar hun algemeen functioneren wel.⁵⁴

Bevordering van de kwaliteit van de (geestelijke) gezondheidszorg voor asielzoekers

In het vorige hoofdstuk werd beschreven dat aan het einde van de jaren zeventig van de vorige eeuw de Nederlandse regering met de oprichting van het voormalige Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV) erkende dat er maatregelen nodig waren om de toegankelijkheid en kwaliteit van de reguliere zorg voor vluchtelingen en asielzoekers te bevorderen. De Stichting Pharos, die voortkwam uit het CGV en de voormalige Sociaal-Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen (SPD-V), heeft daar samen met verschillende andere instellingen, nog steeds een rol in. Daarover wordt meer beschreven in paragraaf 5.3.

De bevordering van de kwaliteit van de GGZ voor asielzoekers kreeg in de afgelopen tien jaar vooral een stimulans in 2000 – 2004 door de extra gelden die ter beschikking kwamen voor innovatieve projecten in de GGZ voor asielzoekers en voor de interculturalisatie van de zorg (zie Bijlage 2 op pagina 78). 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.”*^{56 57}

Vele GGZ instellingen hebben (aspecten van) het interculturalisatiebeleid in hun organisaties geïmplementeerd. Genoemd kunnen bijvoorbeeld worden het voeren van intercultureel personeelsbeleid; het bevorderen van de deskundigheid van medewerkers in de interculturele zorgverlening; het aanstellen van medewerkers of teams om het interculturalisatie proces te bevorderen; en het bieden van consultatie aan medewerkers die vragen hebben over de zorg aan asielzoekers, vluchtelingen en migranten.³⁰ Tevens zijn profielen opgesteld van interculturele competentie in de GGZ⁸, ofwel aan welke competenties dienen hulpverleners in de GGZ te voldoen om cultuursensitieve zorg te bieden.^{58 59}

Ter bevordering van de toegankelijkheid van de GGZ voor (vluchtelingen en) asielzoekers heeft Centrum 45 een zogenaamd groepsgewijze voorzorgtraject ontwikkeld. De doelstelling van dit traject is 1) steun en contact met lotgenoten, 2) een behandelrelatie opbouwen, 3) uitdrukingsvaardigheden in het Nederlands vergroten met name t.a.v. traumagerelateerde klachten, 4) het bieden van psycho-educatie, 5) voorlichting geven over de GGZ in Nederland, en 5) meer diagnostische kennis verkrijgen over de cliënten.^{30 60} Op deze wijze wordt een brug gebouwd tussen enerzijds de vraag en verwachtingen van cliënten en het (Nederlandse) aanbod. Het bevordert de therapietrouw. Een vergelijkbaar voortraject wordt als onderdeel van een Multi-level model in de Verenigde Staten van Amerika aan vluchtelingen en

⁸ Uitgangspunten voor de beschrijving van interculturele competenties waren:

- *“Bekendheid met de eigen culturele achtergrond en de beperking daarvan;*
- *De wereldvisie van de ander leren kennen en gebruiken;*
- *Het strategisch kunnen hanteren van cultuur specifieke interventies.”*

[Uit Kramer S. (2004) Interculturele competentieprofielen in de GGZ. Rotterdam: Mikado, pag. 12]

asielzoekers geboden.⁶¹ In dat model wordt tevens een 'inburgeringscursus' geboden om de culturele competentie te vergroten en er wordt zo nodig samen gewerkt met traditionele genezers.^h

In verschillende GGZ instellingen vormt het zogenaamde cultureel interview, ontwikkeld voor de Nederlandse praktijk door Borra, Dijk en Rohlof,⁶² vast onderdeel van de intake of wordt ingezet gedurende de behandeling indien verdieping nodig wordt geacht.³⁰ Dit interview is aanvullend op de gangbare diagnostische intakeprocedures in de GGZ. Het geeft inzicht in het effect van de culturele achtergronden van de cliënt op de symptomatologie, de verklaring die de cliënt voor de psychische problemen heeft en zijn/haar verwachtingen van de begeleiding of behandeling. Uit onderzoek in een GGZ instelling waar veel hulpverleners ruime ervaring hebben in de zorgverlening aan allochtone cliënten bleek overigens dat slechts een klein deel van hen bekend was met het cultureel interview.⁶³

Groen ontwikkelde een verkorte versie van dit interview en kwam na een evaluatie ervan tot conclusie dat de kwaliteit van de informatie ten behoeve van behandelplanbesprekingen gelijk bleef.⁶⁴ Inmiddels is gebleken dat het culturele interview ook toepasbaar is in de huisartsenpraktijk en de interactie tussen huisarts en niet-westerse patiënt kan verbeteren.⁶⁵

Knipscheer e.a.(2005) noemen naar aanleiding van een studie naar de resultaten van de interculturele werkwijze van Altrecht, de GGZ instelling in Utrecht en omstreken, een aantal voorwaarden voor een adequate interculturele therapie, namelijk: *"erkenning van en hulp bij lichamelijke klachten en socio-economische problemen en een verschuiving naar andere therapievormen als systeemtheoretisch werken, lichaamsgerichte therapieën, non-verbale technieken, en psycho-educatie."*⁶³

Zowel Equator als Centrum 45, in samenwerking met Pharos, hebben een meditatie en stressreductie programma voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers ontwikkeld, met de titel Mindfulness.⁶⁶
⁶⁷ Deze is gebaseerd op het programma Mindfulness Based Stress Reduction van Jon Kabat-Zinn. Beide organisaties hebben dit oorspronkelijke programma aangepast aan de doelgroep. In het programma wordt onder andere aandachtstraining gegeven door zit- en loopmeditatie, wordt aandacht gegeven aan de lichaamsbeleving, wordt kracht, evenwicht en soepelheid ontwikkeld met behulp van yoga oefeningen en wordt psycho-educatie geboden. Volgens Centrum '45 zouden deelnemers enthousiast zijn over het aanbod.⁶⁶ Equator merkt op dat de methodiek nog verder ontwikkeld dient te worden en onderzoek moet plaats vinden naar het effect van dit programma.⁶⁷

Verder heeft GGZ Nederland in 2005 een Handreiking Interculturele Zorgprogramma's gepubliceerd.⁶⁸ Mikado heeft gezorgd voor een addendum bij de GGZ richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen.⁶⁹

In een recente studie van de *state-of-the-art* van de GGZ voor (migranten, vluchtelingen en) asielzoekers wordt echter geconcludeerd, 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).⁷⁰ Daar komt nog bij dat in de laatste jaren de interculturalisatie van de zorg in Nederland lijkt te stagneren.⁷¹ Door de huidige marktwerking in de GGZ lijkt de aandacht meer te gaan naar productieprocessen dan naar de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag van (gedwongen) migranten.⁷² Daarnaast zijn er door sluiting van opvangcentra in sommige regio's in Nederland nauwelijks meer asielzoekers, waardoor de opgebouwde expertise bij sommige GGZ instellingen weer verloren dreigt te gaan.¹² Om die redenen is het de vraag of niet veel van wat is ontwikkeld op het terrein van de interculturalisatie en de zorg voor asielzoekers met psychische problemen inmiddels is verdampt.^{12 73 74}

^h In het zorgverlenersnetwerk van Mikado zijn de meningen over het inschakelen en samenwerken met traditionele genezers verdeeld, bleek recent [Bron: discussie via e-mails].

5.3 Gespecialiseerde organisaties en instellingen

Er zijn verschillende organisaties en instellingen in Nederland die in de loop van de jaren zich gespecialiseerd hebben in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Daarin kan onderscheid worden gemaakt in enerzijds de zogenaamde kenniscentra en anderzijds gespecialiseerde GGZ instellingen. Daarnaast zijn er ook twee asielzoekerscentra van het COA voor asielzoekers met psychische problemen.

Eerder werden verschillende stimuleringsregelingen genoemd die (deels) de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen hebben bevorderd. Daardoor zijn er, al dan niet kortstondig, vele nieuwe spelers op dit specifieke terrein gekomen. Zonder deze spelers te kort te willen doen, worden hiernavolgend slechts die organisaties en instellingen genoemd die door het Ministerie van VWS, Menzis en/of het COA als gespecialiseerde instellingen voor (vluchtelingen en) asielzoekers zijn erkend.

Kenniscentra

De huidige Stichting Pharos - Kennis- en Adviescentrum Vluchtelingen, Nieuwkomers en Gezondheid komt voort uit de oorspronkelijke Stichting Pharos – Steunpunt Gezondheidszorg Vluchtelingen dat in 1993 werd opgericht. Deze werd gevormd uit een fusie tussen een deel van het vroegere CGV van het toenmalige Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de voormalige SPD-V van de RIAGG Centrum/Oud West in Amsterdam. In 2001 werd de directe eerstelijns en GGZ -hulpverlening voor vluchtelingen en asielzoekers van Pharos overgeheveld naar Centrum '45 en werd Pharos een kenniscentrum. Het heeft op dit moment twee afdelingen, te weten Kennisontwikkeling en -overdracht (KO&O) en Informatie en Communicatie (I&C). Voor de komende jaren heeft het meerjarenprogramma's opgesteld ten aanzien van zes terreinen. Dit betreffen: jeugdige migranten, vluchtelingen en gezondheid; illegalen en gezondheid; medische aspecten in de asielprocedure; preventie vrouwelijke genitale verminking en gezondheid; academische werkplaats Migrant en Gezondheid(szorg); en effectiviteit somatische zorg. Op het terrein van de gezondheidszorg voor asielzoekers beoogt Pharos in 2009 – 2011 haar kennis en deskundigheid in te zetten om⁷⁵:

- *“knelpunten rondom medische zaken in de asielprocedure te reduceren en de professionele afstemming en samenwerking tussen diverse partijen te bevorderen;*
- *de kwaliteit van zorg in het nieuwe zorgsysteem voor asielzoekers te stimuleren en borgen;*
- *en lokale en landelijke partijen te ondersteunen rondom de gezondheidsbevordering van asielzoekers, vluchtelingen en pardonners.”*

Cogis – Kennisinstituut sociale en psychische gevolgen van oorlog, vervolging en geweld is in 2005 opgericht als voortzetting van het Informatie- en Coördinatie Orgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen (ICODO), dat in 1980 bij wet werd ingesteld als vraagbaak en aanspreekpunt voor oorlogsgetroffenen en professionele en vrijwillige hulpverleners. Het huidige Cogis heeft het werkterrein uitgebreid met kennis over *“de gevolgen van de agressie en het geweld die onderdeel zijn van de moderne samenleving.”*⁷⁶ Het organiseert cursussen, trainingen en workshops voor een ieder die als professional of vrijwilliger in zijn werk te maken heeft met mensen die geconfronteerd zijn (geweest) met geweld en die lijden onder de gevolgen daarvan. Het biedt bijvoorbeeld een training in psycho-educatie voor vluchtelingen en asielzoekers, gebaseerd op de methodiek 'Beter beginnen', ontwikkeld binnen Centrum '45 (zie par. 5.2. op pag. 56).⁶⁰ Verder zorgde het tot voor kort, op verzoek van VGZ/ZRA, GGZ Nederland en het COA, voor de coördinatie van toewijzing van zorg en bijzondere opvangplaatsen voor asielzoekers met ernstige gedrags- en psychiatrische problemen.⁷⁷

Mikado werd in 2000 opgericht en in 2002 door de toenmalige Minister van VWS benoemd tot landelijk kenniscentrum interculturele geestelijke gezondheidszorg. Vanaf 2007 heeft Mikado haar werkveld

verbreed tot de gehele gezondheidszorg en heet nu Mikado – Kenniscentrum Interculturele Zorg. Het verzorgt publicaties over goede praktijken in de interculturalisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg, vormt een platform voor uitwisseling van praktijk ervaringen en kennis, en biedt trainingen, advies en consultatie. In medio 2007 eindigde de subsidie van VWS voor Mikado. Sinds die tijd wordt Mikado gefinancierd door verschillende GGZ en andere instellingen.

Samen met Pharos geeft Mikado het kwartaalblad Cultuur Migratie Gezondheid uit.

Gespecialiseerde GGZ instellingen

In 1982 werd in het psychiatrisch ziekenhuis te Wolfheze, nu van de Gelderse Roos, de afdeling 'de Phoenix' opengesteld voor Vietnamese bootvluchtelingen die klinische psychiatrische zorg nodig hadden. Geleidelijk heeft de Phoenix haar doelgroep verbreed naar andere nationaliteiten onder vluchtelingen en asielzoekers. Ze heeft vooral expertise ontwikkeld over de invloed van cultuur op de psychiatrische problematiek van de doelgroep. Uniek was destijds ondermeer de ontwikkeling van de muziektherapie afgestemd op de Vietnamese doelgroep.⁷⁸ Naast zorgvernieuwing houdt de Phoenix zich bezig met wetenschappelijk onderzoek en kennisoverdracht naar andere GGZ instellingen.

Centrum '45 werd in 1971 in Oegstgeest opgericht voor de begeleiding en behandeling van oorlogsgetroffenen. In 1995 verbreedde het haar doelgroep met vluchtelingen en asielzoekers. In eerste instantie bood Centrum '45, met haar afdeling de Vonk in Noordwijkerhout, uitsluitend (dag)klinische zorg aan vluchtelingen en asielzoekers. Sinds de overdracht van de hulpverleners van Pharos in 2001 biedt Centrum '45 in Amsterdam ook ambulante GGZ aan vluchtelingen en asielzoekers. Dit betreft o.a. individuele, gezins- en groepstherapie, ook in een dagklinische setting. Centrum '45 richt zich vooral op personen met complexe psychotraumaklachten. Het is erkend als top GGZ instelling. Het verricht wetenschappelijk onderzoek en organiseert cursussen.

De Evenaar van GGZ Drenthe, gevestigd in Beilen, biedt transculturele hulpverlening d.m.v. dagbehandelingprogramma's en poliklinische zorg voor vluchtelingen, asielzoekers en migranten. De Evenaar richt zich vooral op cultuursensitieve diagnostiek en behandeling. Daarnaast is er een consultatieaanbod voor GGZ-hulpverleners, huisartsen en maatschappelijk werkers. Ook is een cultureel antropologisch advies mogelijk. Het centrum is actief op het gebied van preventie, deskundigheidsbevordering en wetenschappelijk onderzoek.⁷⁹

Het psychotraumacentrum Zuid Nederland van de Reinier van Arkelgroep in Den Bosch richt zich vooral op asielzoekers om tijdig begeleiding en behandeling te bieden voor de psychische gevolgen van schokkende ervaringen in het land van herkomst. Daarvoor is het zogenaamde Den Bosch model ontwikkeld.⁸⁰ Gedurende een jaar wordt een dagklinische groepstherapie geboden, een combinatie van psychodynamische, cognitieve en gedragstherapieën, gepaard met psychomotore, creatieve en muziektherapie.

Deze vier beschreven, gespecialiseerde GGZ instellingen hebben in juni 2009 een convenant gesloten om door middel van onderwijs en consultatie aan GGZ hulpverleners de kwaliteit en toegankelijkheid van de GGZ voor (vluchtelingen en) asielzoekers te vergroten.

Naast deze vier instellingen zijn in de loop van de jaren negentig van de vorige eeuw ook acht Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) ingeschakeld voor beschermde woonzorg voor asielzoekers.^{81 82} In hoeverre deze RIBW's nog als dusdanig functioneren kon uit de beschikbare literatuur niet worden opgemaakt.

Speciale opvangcentra voor asielzoekers met psychische problemen van het COA

In het AZC Geewenburg zijn 15 plaatsen beschikbaar voor asielzoekers met onacceptabel gedrag (AMOG).⁶ De AMOG dient als tijdelijke opvang voor rond acht weken, ter observatie van deze asielzoekers en advisering over het verdere zorgtraject. De medische zorg is, volgens het Programma van Eisen voor de ziektekostenregeling voor asielzoekers 2009, samen met het COA nauw betrokken bij de begeleiding van deze asielzoekers.

Daarnaast zijn in AZC Leusden en AZC Schalkhaar elk 25 plaatsen beschikbaar voor asielzoekers die psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT) of beschermd wonen nodig hebben.⁶ Het COA heeft met lokale GGZ instellingen specifieke afspraken gemaakt voor de psychosociale en psychiatrische zorg voor deze asielzoekers. Daarnaast is de medische zorg samen met het COA nauw betrokken bij de begeleiding.

In hoofdstuk 1 werd al geschreven dat op verzoek van het COA Healthnet TPO in 2009 – 2010 onderzoek verricht naar de toegankelijkheid en kwaliteit van deze bijzondere opvangvoorzieningen van het COA.

6 Goede praktijken in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen

De doelstelling van het project Zorg voor asielzoekers met psychische problemen (ZAPP) is het verbeteren van de toegankelijkheid van de hulpverlening, de continuïteit daarvan in alle fasen van de asielprocedure en de kwaliteit van de hulpverlening voor deze specifieke doelgroep. Daarbij is het vooral de vraag in hoeverre het aanbod van de Nederlandse GGZ met betrekking tot toegankelijkheid en kwaliteit beter afgestemd kan worden op de hulpvraag van asielzoekers met psychische problemen.

Er is al veel ontwikkeld om de zorg beter af te stemmen op de hulpvragen en –behoeften van asielzoekers. In het vorige hoofdstuk is bijvoorbeeld weergegeven welke activiteiten verschillende organisaties ontplooiën om meer kennis te verwerven over de problematiek van asielzoekers en de deskundigheid ten aanzien van de preventieve en curatieve zorg aan hen te verbeteren. In dit hoofdstuk gaat de aandacht vooral uit naar activiteiten die (nog) niet tot de reguliere praktijk in de gezondheidszorg kunnen worden gerekend en die als ‘goede praktijk’³ kunnen worden beschouwd.

Eerst wordt besproken aan welke criteria activiteiten volgens de literatuur moeten voldoen om beschouwd te kunnen worden als ‘goede praktijk’. Daarna volgt een overzicht van enige goede praktijken die de afstemming van het hulpaanbod op de hulpvraag van asielzoekers, inclusief de toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg, hebben verbeterd.

6.1 Criteria voor goede praktijken

In het commentaar op ‘het recht op gezondheid’, beschreven in par. 4.1., pagina 36, werden de verschillende elementen daarvan nader gedefinieerd in: beschikbaarheid, toegankelijkheid, accepteerbaarheid en kwaliteit.¹ Dat betekent dat goede praktijken in de zorg voor asielzoekers aan deze vier elementen dienen te voldoen. Dit vereist echter voor afstemming op de specifieke problemen van asielzoekers nadere invulling.

Criteria voor goede praktijken in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen

Watters en Ingleby verrichtten in 2002 – 2003 een studie naar goede praktijken in de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk voor vluchtelingen en asielzoekers in vier landen, namelijk Engeland, Nederland, Spanje en Portugal.^{2 3 4} Op basis van ervaringen en literatuur onderscheidden zij de volgende criteria voor goede praktijk³:

Tabel 4: Zeven criteria voor goede praktijk

1. Toegankelijkheid en de bevordering daarvan.
2. Participatie van de doelgroep
3. Continuïteit van de zorg
4. Samenwerking tussen organisaties
5. Cultuursensitiviteit
6. Pleitbezorging (‘advocacy’)
7. Monitoring en evaluatie.

Palmer en Ward verrichtten in 2006 een vergelijkbare studie in Londen.⁵ De criteria die zij ontwikkelden voor goede praktijk voor de geestelijke gezondheidszorg voor (vluchtelingen en) asielzoekers komen in

^a In de literatuur, ook in de Nederlandse, wordt over het algemeen gesproken over ‘good practice’. De auteur, LvW, ziet echter geen reden om niet de Nederlandse vertaling te gebruiken.

grote mate overeen met die van Watters en Ingleby. Hiernavolgend worden de zeven criteria van Watters en Ingleby besproken, aangevuld met die Palmer en Ward en andere bevindingen in de literatuur.

1. Toegankelijkheid en de bevordering daarvan

Asielzoekers zijn veelal niet op de hoogte met het fenomeen van de huisarts als poortwachter van de zorg. Daarnaast blijken zij voor psychische problemen en/of gevolgen van martelingen niet zo gauw naar de huisarts of andere hulpverleners gaan.⁵ Om die reden zal de toegankelijkheid van de hulp actief bevorderd moeten worden, bijvoorbeeld met informatie en voorlichting en/of door actief naar de asielzoekers toe te gaan ('outreaching' hulpverlening).^{3 6}

2. Participatie van de doelgroep

Internationaal en nationaal wordt onderkend dat deelname en betrokkenheid van de cliënten bij de zorg van belang is voor de kwaliteit van de zorg (zie bijvoorbeeld par. 1.3., pagina 3).^{7 8 5} Daaraan kan worden toegevoegd dat het zorgaanbod gebaseerd dient te zijn op een behoefteanalyse onder de doelgroep.^{3 9}

3. Continuïteit van de zorg

Professionelen in de gezondheidszorg dienen zorg te dragen voor de continuering van de individuele zorgverlening, zolang dit medisch en sociaal vereist is (zie ook par 1.3., pag. 5).¹⁰ Daarnaast verwijst continuïteit van de zorg ook naar de duurzaamheid van de (ontwikkelde) zorg. Er zijn veel projecten ontwikkeld en uitgevoerd die om verschillende redenen na afloop niet duurzaam bleken (zie opmerking van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over de tijdelijkheid en vrijblijvendheid van de interculturalisatie van de zorg in Bijlage 2 op blz. 78).³ Om die reden dient bij de ontwikkeling van een goede praktijk te worden bekeken of deze overdraagbaar is en/of geïntegreerd kan worden in het reguliere zorgaanbod.^{8 11}

4. Samenwerking tussen organisaties

In hoofdstuk 3 is geschetst dat de problematiek van asielzoekers veelal complex is en hulpvragen zowel juridische als sociale en zorgvragen betreffen. Dit vereist een holistische aanpak (zie ook par. 4.1.), veelal door verschillende organisaties.^{3 9 5 12} Om die reden is een goede samenwerking tussen betrokken organisaties en eventueel casemanagement van belang. Palmer en Ward vinden dat ook 'advocacy' onderdeel is van een holistische aanpak. Daarnaast stellen zij dat een zogenaamde 'One stop shop' de toegankelijkheid en een holistische aanpak bevordert.⁵ Dit is een laagdrempelige dienstverlening die antwoord geeft op alle vragen en behoeften van (vluchtelingen en) asielzoekers met advies, voorlichting en eventueel verwijzing naar meer gespecialiseerde organisaties en/of hulpverlening (zie ook Goede praktijk 6, p. 67)

5. Cultuursensitiviteit

Het zorgaanbod dient afgestemd te worden op de cultuur en gender van de asielzoeker. Daarbij dient tevens, zoals het commentaar op 'het recht op gezondheid' stelt, voldaan te worden aan de medische ethiek. Een belangrijke richtlijn daarbij is 'do no harm'.⁹ Bepaalde traumatherapieën kunnen in sommige gevallen en/of in bepaalde omstandigheden een secundaire traumatisering veroorzaken en/of het gevoel aan een asielzoeker geven dat hij/zij slachtoffer is in plaats van een overlevende en overlever (zie ook Ghorashi (2005) in par. 3.4.).^{13 14} Mede om die reden is de betrokkenheid van asielzoekers bij het ontwikkelen van het zorgaanbod aan hen van belang. Zij zijn de beste informanten over een passend aanbod.⁴ O.a. Palmer en Ward pleitten tevens voor het aanbod van een breed assortiment van behandelingen, waaronder ook alternatieve therapieën.^{5 12}

6. Pleitbezorging

Daarbij onderscheiden Watters en Ingleby pleitbezorging in micro en macro ‘advocacy’.³ Micro pleitbezorging betreft het ondersteunen van een asielzoeker bij het verkrijgen van een optimale zorg. Met macro pleitbezorging verwijzen zij naar het signaleren van problemen en (vermijdbare) risicofactoren, zoals in Nederland gebruikelijk of wenselijk is in de Openbare (Geestelijke) Gezondheidszorg.

7. Monitoring en evaluatie (M&E)

Bij de uitvoering van goede praktijken zal het proces, effectiviteit en cliëntgerichtheid regelmatig moeten worden bewaakt (*‘gemonitored’*) en aan het einde daarvan geëvalueerd op resultaten en eventueel op impact en toegevoegde waarde. Door regelmatig de uitvoering te bewaken kan de praktijk zo nodig tijdig worden bijgesteld. Het betrekken van de doelgroep bij het M&E proces bevordert de kwaliteit van de goede praktijk.^{5 15}

Verdere voorwaarden voor goede praktijken

Mikado definieert ‘goede praktijken’ als: “(...) zijn in het kader van interculturele geestelijke gezondheidszorg waardevolle, inspirerende en nastrevenswaardige wijzen van curatieve en preventieve zorg.”¹⁶ Volgens Dorgelo e.a. (2007) is deze definitie afgeleid van vijf niveaus van bewijsvoering voor de definiëring van *‘evidence based practices’* van de Britse Nationale Gezondheidsdienst van 2006.¹⁶ Deze onderscheidt, volgens de auteurs, vijf typen evidentie, waarbij type 1 het sterkste bewijs levert voor goede praktijk, door middel van *“at least one good systematic review, including at least one randomized controlled trial.”* Type 5 evidentie is gebaseerd op de mening van deskundigen, inclusief de mening van de zorggebruikers en aanbieders. In lijn daarmee stellen Silove (2005) en anderen dat het zorgaanbod *‘state-of-the-art’* dient te zijn, dat wil zeggen gebaseerd op recente kennis en wetenschap.^{6 12 17}

De overdraagbaarheid van een ontwikkeld zorgaanbod hangt af van inhoudelijke en contextuele randvoorwaarden.^{3 16} Dorgelo e.a. (2007) inventariseerden deze randvoorwaarden aan de hand van tien goede praktijken die door Mikado zijn gepubliceerd.¹⁶ Wat betreft de zorginhoudelijke randvoorwaarden noemen de auteurs verschillende criteria die hierboven reeds zijn genoemd, zoals het vergroten van de toegankelijkheid van het zorgaanbod – bijvoorbeeld door het inzetten van intermediairs – het vraaggericht werken en samenwerking. Ten aanzien van de contextuele randvoorwaarden noemen zij voldoende draagvlak bij zowel de cliënten als de GGZ medewerkers; de implementatie moet niet afhankelijk zijn van één persoon of organisatie; en er dienen voldoende financiële middelen te zijn. Watters en Ingleby (2004) noemen daarnaast, op basis van hun ervaringen met de mislukte poging om een Britse goede praktijk, *‘Breathing Space’*, te implementeren in Nederland(zie Goede praktijk 6, blz. 67), de sociaal-politieke context als contextuele randvoorwaarde.³

In de literatuur over geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen in (post)conflict situaties wordt benadrukt dat preventieve interventies vooral gemeenschapsgericht dienen te zijn.^{18 19 20 21} In de context van de diversiteit onder asielzoekers en de doorstroom van hen in de Nederlandse opvangcentra kan een dergelijke gemeenschapsgerichte benadering lastiger uit te voeren zijn dan in bijvoorbeeld een vluchtelingenkamp. Kieft en Kamperman (2005) stellen echter op basis van eigen ervaringen dat het wel degelijk mogelijk is om in de opvangcentra gemeenschapsgerichte interventies te verrichten.²² De gemeenschappelijkheid onder asielzoekers is, volgens hen, de AZC-cultuur of asielzoekercultuur, gevormd door alle aspecten van het bestaan in een opvangcentrum waar alle bewoners van alle achtergronden bekend mee zijn.

Ten slotte moet worden opgemerkt dat de zorg voor asielzoekers, gezien hun geweldsachtergronden en spanningsvolle situatie in de opvang, het (beroeps)risico meedraagt van *burn-out* en emotionele stress.²³
^{24 25} Om die reden dient ook tot goede praktijk worden gerekend dat binnen een project en/of instelling maatregelen worden genomen om dat bij betrokken zorgverleners te voorkomen.^{24 26 25}

goede praktijken

Dorgelo e.a. (2007) hebben op basis van hun studie een stappenplan opgesteld voor een (succesvolle) implementatie van goede praktijken (GP) in GGZ instellingen¹⁶:

Tabel 5: Stappenplan voor implementatie van goede praktijk (GP) in een GGZ instelling

1. Verkrijg inzicht in het huidige interculturele aanbod in de instelling.
2. Verkrijg inzicht in de behoeften van de (cliënten)doelgroep (binnen het bereik van de instelling)
3. Ga na wat de ambities en toekomstverwachtingen zijn van de instelling die de GP wil implementeren.
4. Bedenk of de GP binnen de ambities en toekomstverwachtingen past en wat de GP interessant maakt voor de instelling (wat is de meerwaarde).
5. Behoud de zorginhoudelijke randvoorwaarden van de GP.
6. Verkrijg inzicht in de mogelijkheden van de instelling om aan de zorginhoudelijke en contextuele randvoorwaarden te voldoen.
7. Bekijk de mogelijkheden om de contextuele voorwaarden in de instelling te creëren.
8. Stel op basis van punt 1 – 7 een implementatieplan op.
9. Voer een pilot uit om te onderzoeken of de GP in de betreffende instelling haalbaar is.

Dit stappenplan lijkt ook bruikbaar voor implementatie van een goede praktijk in andere echelons van de gezondheidszorg.

6.2 Voorbeelden van goede praktijken in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen

Goede praktijken die (lijken te) voldoen aan de criteria die in de vorige paragraaf zijn genoemd en in de geraadpleegde literatuur zijn beschreven zijn in de volgende paragrafen uitgelicht. Ook wordt een enkele praktijk genoemd die in potentie goed leek te zijn, maar door het ontbreken van de juiste randvoorwaarden niet een goede praktijk bleek te zijn. In het algemeen voldoen de goede praktijken slechts aan het type 5 evidentie, dat wil zeggen gebaseerd op de mening van deskundigen, inclusief de mening van de zorggebruikers en aanbieders.

Gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten

Collectieve, gezondheidsbevorderende activiteiten

De MOA en het COA voerden in samenwerking met asielzoekers in 2001 – 2003 in twee asielzoekerscentra een project “Gezond AZC” uit dat in potentie een goede praktijk was, maar om verschillende redenen teleurstellend bleek.^{27 28}

Goede praktijk 1: Het project Gezond AZC^b

Doel van het project was het bevorderen van de gezondheid en het welbevinden van asielzoekers. Het project hanteerde de gezonde-steden-benadering ontwikkeld door de WHO die is gebaseerd op de gedachte dat gezondheid kan worden bevorderd door aspecten in de fysieke en sociale omgeving van mensen te verbeteren en hun zelfredzaamheid te vergroten. Daarbij zijn o.a. participatie van de doelgroep en intersectorale samenwerking van belang.

Bij aanvang van het project inventariseerden de onderzoekers van Wageningen Universiteit bij asielzoekers en medewerkers van MOA en COA de problemen, behoeften en wensen in de twee opvangcentra op het gebied van gezondheid. Asielzoekers gaven aan dat hygiëne en veiligheid in de leefomgeving, gebrek aan privacy, de lange duur van de asielprocedure en moeilijkheden met

^b Tekst voor een groot deel overgenomen uit de samenvatting in: Goosen S., Koelen M., Langen H., Berkouwer L., Schijndel R. van (2004) Gezond AZC. Is de gezonde stedenbenadering toepasbaar in de centrale opvang van asielzoekers? Eindrapport van een pilotproject. Utrecht: GGD Nederland, Wageningen Universiteit

een zinvolle dagbesteding van invloed zijn op hun gezondheid. De medewerkers noemden in grote lijnen dezelfde factoren. Participatie van asielzoekers werd vanaf de start van het project gestimuleerd. Met steun van de projectcoördinator werd een bewonerswerkgroep opgezet. Deze bewonerswerkgroep organiseerde onder andere informatiebijeenkomsten over het project, dacht mee over de opzet van het onderzoek onder asielzoekers, initieerde meerdere activiteiten en organiseerde deze samen met de organisaties op het centrum.

De samenwerking tussen de asielzoekers en de betrokken organisaties vond voornamelijk plaats in informele overleggen en niet zoals in het projectvoorstel was beschreven in een stuurgroep die in het kader van het project zou worden ingesteld. Het opzetten van een stuurgroep bleek namelijk veel moeilijker dan voorzien, ondermeer door de continue veranderingen in de centrale opvang en verschillen in en onduidelijkheid over taken en kaders van MOA en COA.

Op basis van het project Gezond AZC en andere projecten in de centrale opvang werd geconcludeerd dat de gezonde-steden-benadering op onderdelen toepasbaar is in de centrale opvang van asielzoekers maar dat de basisprincipes van deze benadering moeten worden aangepast aan de specifieke omstandigheden en kaders in de centrale opvang.

Wat betreft de participatie van asielzoekers concludeerde GGD Nederland dat een deel van de asielzoekers graag bijdraagt aan gezondheidsbevordering.²⁹ In de centrale opvang is participatie van asielzoekers echter slechts beperkt mogelijk, volgens GGD Nederland, doordat zij afhankelijk zijn van de betrokken organisaties en weinig keuzevrijheid hebben. Verder is het vertrouwen tussen asielzoekers onderling, tussen asielzoekers en organisaties en tussen organisaties onderling niet vanzelfsprekend. Ook is het lastig een duurzame samenwerking op te bouwen met een daadwerkelijke asielzoekervertegenwoordiging, wegens de diversiteit onder hen, de wisselingen in de samenstelling van de groep en het beperkte vertrouwen onderling.²⁹

Er blijken echter wel degelijk succesvolle projecten rond de collectieve preventie in de asielzoekerscentra te zijn ontwikkeld in samenwerking met asielzoekers. Het project Vrije Vogel is een voorbeeld daarvan.^{27 30}

Goede praktijk 2: Project Vrije Vogel^c

Dit project werd in 2002 opgezet door de MOA in het AZC Almere en de GGZ instelling De Meregaard in Almere en had een looptijd van drie jaar. Het had tot doel psychische klachten bij asielzoekers te voorkomen en hun gezondheid en welzijn in het asielzoekerscentrum te bevorderen. Asielzoekers speelden er zelf een grote participatieve rol in en hun autonomie en zelfredzaamheid stond centraal. Om dat te realiseren kozen de initiatiefnemers voor de 'voor- en doormethode'. Deze is gericht op het versterken van het sociale netwerk en de sociale steun, het doen van zinvolle en ontspannende activiteiten en het vergroten van de vaardigheden om in de Nederlandse situatie initiatieven te ontplooiën die bijdragen aan welzijn en gezondheid. Asielzoekers initieerden zelf activiteiten en motiveerden andere AZC-bewoners om mee te doen. Ze hebben zelf de naam en het logo van het project bedacht. Ze kozen activiteiten waarvan ze zelf het idee hadden dat deze hun gezondheid ten goede komen en hun welbevinden in het AZC konden vergroten, zoals sportactiviteiten. De professionele begeleiders ondersteunden en faciliteerden hen bij hun initiatieven. Het Vrije Vogel-project bleek succesvol. Het aantal AZC-bewoners dat meedeed aan activiteiten groeide gestaag en het project verkreeg de Preffi-prijs. Een van de deelnemende asielzoekers verwoorde de resultaten van het project aldus: *"Ik realiseerde mij dat ik twee keuzes had: mezelf gek laten maken door de problemen met de IND of mijzelf een beetje helpen om geestelijk en lichamelijk gezond te blijven. Ik koos voor het laatste. (...) Ik kon in het project mijn ideeën kwijt en vond een uitweg voormijn energie. (...) Als je flexibel omgaat met je omstandigheden dan overleef je ze beter. Dat heb ik zelf ervaren en Vrije Vogel heeft daar een bijdrage aan geleverd."*³⁰

Ook in Groningen organiseerde de MOA en de regionale GGZ instelling met deelname van asielzoekers een project voor de duur van drie jaar ter preventie van geestelijke gezondheidsproblemen onder de asielzoekers in de opvangcentra, onder de titel 'Gezond zijn en blijven in het AZC'.^{27 31}

Goede praktijk 3: 'Gezond zijn en blijven in het AZC'

Het project had tot doel psychische problematiek te voorkomen en de geestelijke gezondheid van asielzoekers te bevorderen door middel van preventienetwerken en het beïnvloeden van de sociale en fysieke omgeving. Daarbij werd uitgegaan van een viertal voorwaarden voor een gezonde omgeving, namelijk empowerment, veiligheid, continuïteit en ondersteuning. Er werd informatie en voorlichting gegeven door het inrichten van een infopunt en het organiseren van informatie en thema bijeenkomsten. Empowerment werd bewerkstelligd door een verhalentheater "mijn stem

^c Tekst grotendeels overgenomen van GGD Nederland Kennisnet zoeknummer 28742.

wordt gehoord”, een muzikale ontmoeting en een ontmoetingsgroep. Ten behoeve van de veiligheid werden weerbaarheidstrainingen gegeven en een veiligheidsschouw werd uitgevoerd door verschillende groepen asielzoekers (vrouwen, mannen, jeugd). Verder werd er een ondersteunende sociale omgeving gecreëerd voor kwetsbare groepen, waaronder oudere asielzoekers (55+). Voor hen werden bijvoorbeeld excursies georganiseerd buiten het AZC. (Dit project is nog lopende)³². De opbouw van de preventienetwerken bevorderde begrip tussen MOA-, GGZ- en COA-medewerkers.

Selectieve preventie

Een duidelijk voorbeeld van een goede selectieve preventie praktijk is het project Mind-Spring waarin psycho-educatie en psychosociale ondersteuning wordt geboden voor en door asielzoekers en vluchtelingen.^{33 34}

Goede praktijk 4: Mind-Spring^d

De afdeling preventie van GGZ Dijk en Duin heeft in samenwerking met een aantal asielzoekers en de Medische Opvang Asielzoekers in 2002 een psycho-educatie programma en opvoedingsondersteunings programma in de eigen taal en cultuur ontwikkeld voor asielzoekers en vluchtelingen. Speciaal opgeleide vluchtelingen en asielzoekers geven psycho-educatie en psychosociale ondersteuning aan mede asielzoekers of vluchtelingen. Deze groepsbijeenkomsten hebben het karakter van een training waarin specifieke problemen van asielzoekers en vluchtelingen behandeld worden. De asielzoekers en vluchtelingen worden geïnformeerd over problemen die kunnen spelen op het gebied van stress, depressie en lusteloosheid, trauma, rouw en schuldgevoelens, ontheemding en acculturatie, verlies van verworvenheden in eigen land en de dagelijkse besommeringen op een asielzoekerscentrum.

Verder wordt aandacht besteed aan de oorzaken van deze problemen en wat men er zelf aan kan doen. Bij meer ernstige problematiek wordt doorverwezen naar professionele hulp. Het programma Mind-Spring wordt aangeboden aan asielzoekers op diverse asielzoekerscentra in Nederland. Voor deze landelijke aanpak werkt Mind-Spring samen met diverse instellingen uit de Geestelijke Gezondheidszorg^e, de Medische Opvang Asielzoekers, het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers, VluchtelingenWerk groepen en diverse organisaties in het werkveld van asielzoekers en vluchtelingen.

Binnen Mind-Spring zijn mechanismen ingebouwd om te grote emotionele belasting van de trainers te voorkomen.

Naast de ontwikkeling van een handboek, methodieken, draaiboek, trainingen en cursus, biedt Mind-Spring ook deskundigheidsbevordering voor medewerkers van betrokken organisaties, zoals het COA, MOA en VluchtelingenWerk.³⁵ De activiteiten worden regelmatig geëvalueerd en op basis daarvan bijgesteld.^{33 34} Sinds medio 2009 levert Menzis een financiële bijdrage aan Mind-Spring.

Diverse organisaties in de EU streven er sinds medio 2009 naar om Mind-Spring ook in hun land te implementeren.

Een met Mind-Spring vergelijkbaar project is in 2004 uitgevoerd door HealthNet-TPO.²²

Geïndiceerde preventie

In de inventarisatie van Watters en Ingleby (2003) wordt een project in Newcastle beschreven dat tot doel heeft de gezondheid en welbevinden van asielzoekers met spanningsklachten te bevorderen.²

Goede praktijk 5: Het Comfrey project in Newcastle

Dit project hanteert tuinieren als een vorm van communicatie en methode tot herstel voor vluchtelingen en asielzoekers die spanningsklachten ervaren. Het project heeft daarvoor twee tuinbouwterreinen en de cliënten hebben een eigen sleutel om ernaar toe te gaan wanneer zij dat willen. Op het terrein komen zij samen met de projectcoördinator. De groep voert hoofdzakelijk tuinbouwkundige activiteiten uit en in de winter worden tuinbouwkundige cursussen geboden. Daarnaast worden discussiegroepen en sociale activiteiten georganiseerd. Met het project wordt beoogd dat gevoelens van het verlies van identiteit, isolement, ontheemding, angst en frustratie worden gereduceerd. De cliënten zijn betrokken bij het managen van het project. De kassen, bloembedden en tuinmeubels zijn opgebouwd door de vluchtelingen en asielzoekers. In de evaluatie van het project vertelden de cliënten dat zij profijt hadden van het project door het

^d Een groot deel van deze tekst is overgenomen van de website van Mind-Spring (www.mind-spring.org; 18-8-09).

^e Volgens Loket Gezond Leven werkt GGZ Dijk en Duin, locatie Zaandam samen met 9 GGZ instellingen in het land. <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/m/8567>

sociale aspect ervan en de vrijheid en ontspanning die zij ervaren als zij op het terrein bezig zijn. Daarnaast ervaren zij voldoening in het voltooiën van kleine projecten en het aanleren van nieuwe vaardigheden.

Het rehabilitatiecentrum voor martelingslachtoffers in Berlijn en de Medical Foundation for Victims of Torture in Londen voeren vergelijkbare projecten uit.³⁶

Vergroting van de toegankelijkheid door inzet van intermediairs

In Engeland zette het Britse Vluchtelingenwerk (*British Refugee Council*) samen met de Medical Foundation for Victims of Torture het project '*Breathing Space*' op dat uit verschillende componenten bestond waaronder een bi-cultureel team.^{3 37} De andere componenten waren pleitbezorging op macro niveau (zie 6.2.1 op blz. 61) en de deskundigheidbevordering van hulpverleners in de regio's waar asielzoekers naar werden verspreid.

Goede praktijk 6: het bi-culturele team van '*Breathing Space*'

In de One-Stop Service van het Britse Vluchtelingenwerk in Londen werd een bi-cultureel team gecreëerd dat tot taak kreeg om bij asielzoekers zorgbehoeften vast te stellen, begeleiding en behandelplannen op te stellen, casemanagement te verrichten, als brug te fungeren tussen asielzoekers en de zorgverlening, en hen te ondersteunen bij de toegang tot die zorg. De One-Stop Service biedt een reeks van dienstverleningen aan vluchtelingen en asielzoekers, zoals advies over financiële bijstand, asielzaken, gezinshereniging, onderwijs, training, werkgelegenheid, gezondheidszorg, huisvesting en tijdelijk onderdak. Ook heeft het een dagcentrum voor nieuwe asielzoekers en steungroepen. Verder biedt het specialistische steun, zoals juridische steun, counselling, bezoek aan de Medical Foundation en de opticien. De aanvulling met het bi-culturele team vergrootte de holistische aanpak. Het bi-culturele team bestaat uit een teamleider en vier bi-culturele, tweetalige werkers, met kennis van de GGZ in Engeland en minstens één land van herkomst van asielzoekers. De zorgbehoeften van een asielzoeker worden geïnventariseerd met behulp van een 'contact blad.' Asielzoekers waren positief over het bi-cultureel team wegens de brugfunctie, de contacten van het team met de Engelse variant van het COA (National Asylum Support Service), de brug naar de andere diensten van de One-Stop Service, en de informatie en advies over de asielprocedure en de gezondheidszorg en maatschappelijk werk.³⁷

In het kader van uitwisseling van goede praktijken in Europa werd bekeken of dit project en dan met name het bi-cultureel team geïmplementeerd zou kunnen worden in Nederland.³ Daarbij werd gestreefd naar de creatie van een dergelijk team in de Randstad waar destijds veel asielzoekers woonden in zogenaamde zelfstandige zorgarrangementen, d.w.z. bij familie en kennissen. Echter, de aantallen asielzoekers in Nederland daalde in diezelfde tijd gestaag, het asielbeleid wijzigde zich en er konden geen financiën worden gevonden voor het project. Ofwel, aan de contextuele randvoorwaarden voor implementatie van het project werd niet voldaan.

Goede praktijken in de begeleiding en behandeling van asielzoekers met psychische problemen

Kramer en Bala (2004) ontwikkelden naar aanleiding van hun onderzoek (zie par. 3.4., pagina 32) samen met het zogenaamde Crailo team van de Symphora Groep een registratieformulier waar hulpverleners de copingpatronen van hun cliënten van AZC's kunnen optekenen. Dit geeft hen inzicht in deze patronen evenals in de invloed van het leven in een AZC op de cliënt.^{35 38}

Goede praktijk 7: Vraaggericht werken op een asielzoekerscentrum^{35 38}

In het onderzoek '*Making sense of experience*' werden vier coping patronen onder asielzoekers onderscheiden die gerelateerd waren aan vijf domeinen, namelijk zelfbeleving, sociale contacten, activiteiten, perspectief en balans. In het innovatieproject van het Crailo team werd bekeken in hoeverre deze patronen en domeinen aan de hulpverleners houvast gaven in het hulpverleningstraject. Daartoe werden eerst de hulpverleners, die reeds ervaren waren in de GGZ aan asielzoekers, geïnterviewd. Daarnaast werden negen cliënten gevraagd naar hun verwachtingen en doelen in het hulpverleningstraject. Op grond van deze interviews werd een registratieformulier ontwikkeld waarin de vijf domeinen en vier copingpatronen staan vermeld. De hulpverleners hebben vervolgens het ontworpen formulier gebruikt om hun cliënten te beschrijven. In

goede praktijken

deze beschrijving wordt vooral gekeken hoe de cliënten – asielzoekers – zich aanpassen aan het leven in een AZC en hoe zij zich staande weten te houden. Een jaar na de start van dit innovatietraject hebben de onderzoekers de hulpverleners opnieuw geïnterviewd. Daaruit bleek dat de ordeningen die het formulier biedt aansluit bij de ordeningen die de asielzoekers ook zelf maken. Verder ervoeren de hulpverleners veel waardering van hun cliënten bij het gebruik van deze ordeningen. In plaats van een focus op psychopathologie en traumamodellen biedt het innovatie project aandacht voor betekenisverlening en coping.³⁸

Het Crailo team streefde naar het overdraagbaar maken van deze methode naar andere GGZ instellingen.³⁵ Het is onduidelijk of dat is gelukt.

7 Samenvatting en conclusies

Het project 'Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen' (ZAPP) is opgezet als vervolg op het 'Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen' (MAPP) project. De aanleiding voor het ontwikkelen van het ZAPP project is de signalering dat bij een groot deel van de asielzoekers die, volgens klinisch psychologen en psychiaters betrokken bij het MAPP project, ernstige psychische klachten vertoonden geen zorg of behandeling op gang was gekomen. Daarvoor kunnen verschillende redenen zijn die te maken kunnen hebben met (het gebrek aan) de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg voor asielzoekers, maar ook met een onvoldoende aansluiting van het aanbod van de zorg op de zorgvragen van deze asielzoekers.

De doelstelling van het ZAPP project is een bijdrage te leveren aan de verbetering van de toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen.

Een eerste stap in het ZAPP project vormde deze literatuurstudie. In de literatuurstudie stonden de volgende vragen centraal:

- Wat is er al bekend over de aard en omvang van de psychische problemen van asielzoekers en hun zorggebruik, en de factoren die daarop van invloed zijn?
- Welke regelgeving bestaat er internationaal, Europees en nationaal ten aanzien van het recht van asielzoekers op geestelijke gezondheidszorg?
- Hoe is de zorg voor asielzoekers in Nederland georganiseerd?
- Welke 'goede praktijken' zijn er in Nederland en in Europa ontwikkeld in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen.

Het onderzoek beperkte zich tot meerderjarige asielzoekers die al dan niet in gezinsverband verblijven in de open opvangcentra van het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA).

In hoofdstuk 1 zijn de begrippen 'toegankelijkheid' en 'kwaliteit' van de zorg nader toegelicht en geïllustreerd met een conceptueel model (zie Figuur 1 op pagina 3). Dit model laat zien dat toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg samenhangen met vele, verschillende aspecten die het zorggebruik en zorgaanbod bepalen. Zo hangt het zorggebruik van asielzoekers, volgens dit model, samen met ondermeer hun sociaal-culturele achtergronden, hun gezondheid- en ziektebeleving, hun sociaal netwerk, hun hulpzoekgedrag en hun kennis over de gezondheidszorg in Nederland. De kwaliteit van het aanbod hangt af van de kwaliteiten van de zorgverlener en o.a. de mate van de interculturalisatie van de instelling.

Zorginstellingen en zelfstandig gevestigde zorgverleners dienen de kwaliteit van hun zorgaanbod te bewaken, en moeten zich hierover jaarlijks verantwoorden en voor een ieder zichtbaar maken. Daarvoor ontwikkelen zij samen met wetenschappers en de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) zorginhoudelijke en cliëntgebonden prestatie-indicatoren. Daarnaast worden de rechten van de cliënt in de zorg ook op andere wijzen versterkt. Eén van deze rechten betreft de afstemming tussen zorgverleners ten behoeve van de continuïteit van de zorg. Daarbij verwijst continuïteit van de zorg naar de coördinatie van de zorg tussen zorgverleners en instellingen, en naar adequate doorverwijzing, ook bijvoorbeeld bij verhuizing.

Hoofdstuk 2 beschrijft de vele beproevingen die asielzoekers voordat zij in Nederland arriveren kunnen hebben doorstaan. Na aankomst kunnen zij ook op velerlei wijzen worden geconfronteerd met de situatie in het land van herkomst. Een groot deel van de asielzoekers die in de laatste jaren in Nederland asiel vragen is afkomstig uit landen waar oorlog en repressie heerst. Velen hebben noodgedwongen hun gezins- en/of familieleden achter moeten laten.

samenvatting en conclusies

Een deel van de asielaanvragen van asielzoekers wordt afgedaan in het aanmeldcentrum (AC-procedure). De andere aanvragen worden behandeld in de vervolprocedure (OC-procedure). Soms is in de afgelopen jaren verwezen naar de vervolprocedure omdat een psycholoog of psychiater verbonden aan het MAPP project constateerde dat er bij een asielzoeker psychische problemen aanwezig waren die zouden kunnen interfereren met het gehoor van de asielzoeker door de IND. De IND heeft inmiddels een werkinstructie opgesteld hoe in de asielprocedure omgegaan dient te worden met asielzoekers met psychische problemen.

Verschillende organisaties en instituties hebben in de afgelopen jaren kritiek geuit over de huidige asielprocedure: de AC-procedure is te kort en de OC-procedure is te lang. De regering heeft een wijziging van de asielprocedure aangekondigd. Er komt een rust en voorbereidingstijd (RVT) voordat de asielprocedure start. In deze periode vindt o.a. een eerste signalering van medische problemen door een sociaal verpleegkundige plaats, enerzijds om indien noodzakelijk tijdig te verwijzen naar de gezondheidszorg, en anderzijds om te bezien of er psychische problemen zijn die kunnen interfereren met het gehoor van de asielzoeker. De AC-procedure wordt verlengd naar acht werkdagen. In de beroepsprocedure mag de rechter, in tegenstelling tot nu, nieuwe feiten en/of beleidswijzigingen bij zijn uitspraak betrekken.

De opvang van asielzoekers kent drie fasen, die gerelateerd zijn aan de fasen van de asielprocedure, en valt onder de verantwoordelijkheid van het COA. Naast de Tijdelijke Noodopvang Voorziening (TNV) waar asielzoekers worden gehuisvest voordat de asielprocedure van start gaat, zijn er twee andere soorten asielzoekerscentra, namelijk de Oriëntatie en Inburgeringcentra (O&I) en de Terugkeer centra. In de O&I centra krijgen asielzoekers een oriëntatietraining. De nadruk ligt in deze fase op zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de asielzoekers. In deze O&I centra wordt ook een start gemaakt met de inburgeringcursus voor asielzoekers die een verblijfstatus hebben gekregen totdat zij zelfstandig in een gemeente kunnen worden gehuisvest. In de terugkeer centra worden asielzoekers geplaatst die een eerste afwijzing op hun asielverzoek hebben ontvangen. Daar worden zij op hun terugkeer naar het land van herkomst voorbereid.

De asielzoekerscentra liggen verspreid over het land, veelal buiten de bebouwde kom van gemeenten, en zijn zeer verschillend in oorspronkelijk doel en bouwaard. De belangrijkste knelpunten in de opvang zijn dat de centra niet ingericht zijn voor langdurig verblijf, de asielzoekers om velerlei redenen veelvuldig moeten verhuizen en zij te weinig informatie krijgen over de situatie waarin zij verkeren. Verder ontbreekt het veelal aan privacy en het gevoel van veiligheid in de centra. Conflicten, discriminatie en geweld komen er regelmatig voor.

In hoofdstuk 3 komen de geestelijke gezondheidsproblemen van asielzoekers en hun zorggebruik aan de orde. Asielzoekers hebben veelal veel, verschillende lichamelijke, psychische en sociale problemen en hebben een slechtere algemene gezondheid dan de doorsnee Nederlander. De prevalentie van deze klachten onder diverse onderzoeksgroepen van verschillende nationaliteiten loopt uiteen. De meest voorkomende psychiatrische diagnose die bij asielzoekers wordt gesteld betreft een PTSS; de prevalentie varieert in de bestudeerde literatuur van 16 tot 52 %. De diagnose PTSS wordt vaak gesteld in combinatie met een andere psychiatrische diagnose, veelal een depressieve stoornis. Ook de prevalentie van een depressieve stoornis onder verschillende onderzoeksgroepen asielzoekers varieert: van 35 tot 60 %. Daarnaast zijn ook angst- en somatoforme stoornissen, psychose en alcoholafhankelijkheid onder asielzoekers gediagnosticeerd. Het is echter niet altijd mogelijk om een diagnose bij asielzoekers te stellen. Uit verschillende studies blijkt dat vrouwen veelal meer lichamelijke, psychische en psychiatrische problemen presenteren dan mannen.

Uit veel studies is gebleken dat het hebben ondergaan van martelingen en/of in levensgevaar zijn geweest in het land van herkomst risicofactoren vormen voor de geestelijke gezondheid van asielzoekers. Ook de gedwongen scheiding van familieleden is een risicofactor. Verder zijn de duur van de asielprocedure, het ondervinden van veel sociale problemen, het ervaren van weinig sociale steun, discriminatie, (het ervaren van) verlies van status en het gebrek aan werk (-mogelijkheden) geïdentificeerd als risicofactoren na de (gedwongen) migratie. Asielzoekers wijzen ook zelf verschillende van deze pre- en postmigratie factoren aan als oorzaak voor hun lichamelijk en/ of geestelijk onwelbevinden.

Uit de beschreven studies naar het zorggebruik van asielzoekers blijkt dat zij niet zoveel vaker de eerstelijnszorg consulteren dan de doorsnee Nederlander, maar wel veel minder naar de GGZ gaan. Een aanzienlijk percentage asielzoekers met psychiatrische klachten en/of stoornissen blijkt zelfs de gezondheidszorg helemaal niet te consulteren. Met de duur van de asielprocedure neemt wel het gebruik van de GGZ toe.

Het oordeel van asielzoekers over de gezondheidszorg varieert. Velen voelen zich niet serieus genomen en/of begrepen, en te snel afgescheept met paracetamol. Een negatief oordeel over de geboden zorg hangt veelal samen met het gevoel in de gezondheidszorg en/of in de omringende samenleving gediscrimineerd te worden. De opbouw van een vertrouwensrelatie in de gezondheidszorg wordt door asielzoekers vaak gemist. Daarnaast kunnen asielzoekers twijfelen over de competentie van huisartsen daar ze niet vertrouwd zijn met hun rol als 'poortwachter' in de zorg. De inschakeling van tolken is vaak voor een goede communicatie in de gezondheidszorg voor asielzoekers cruciaal, maar asielzoekers moeten wel de tolk kunnen vertrouwen. Het gebrek aan interculturele competenties bij zorgverleners blijkt het vertrouwen van asielzoekers in deze zorgverleners te ondermijnen.

De interactie tussen zorgverleners en zorgvragers in de gezondheidszorg voor asielzoekers wordt beïnvloed door de sociaal-culturele achtergronden van alle betrokkenen. De verschillende partijen hebben ieder hun eigen (cultuurbepaalde) verwachtingen, overtuigingen, belevingen en gewoonten ten aanzien van gezondheid en ziekte, behandeling en genezing, ofwel hun eigen klinische realiteit. Om die reden is het voor zorgverleners van belang om zich niet alleen bewust te zijn van de eigen klinische realiteit, maar ook om inzicht te verkrijgen in de ziektebeleving, - gedrag, hulpzoekgedrag en zorggebruik van asielzoekers.

Schokkende gebeurtenissen worden niet door een ieder op dezelfde wijze ervaren. Naast universele, neurofysiologische reacties zijn verschillende persoonlijke en sociaal-culturele factoren daarop van invloed. Verder staat al jaren de transculturele validiteit van de diagnose PTSS en andere psychiatrische diagnoses vermeld in de DSM-IV en ICD-10 ter discussie. Het gebruik van deze diagnoses faciliteert de communicatie in de gezondheidszorg, maar ze zeggen niets over de (individuele) ziektebeleving en hulpbehoeften.

De dichotomie tussen lichaam en geest is typisch westers. Gezondheid wordt in niet-westerse culturen vaak gezien als een balans van het individu in relatie tot anderen, tot de natuur, tot geesten en/of tot de kosmos. Verder heeft iedere cultuur haar eigen idiomen om onwelbevinden te uiten.

Bij onwelbevinden gebruiken asielzoekers soms kruiden en/of eigen huismiddeltjes. Verder zoeken verschillenden hulp in het eigen sociaal cultureel netwerk. Sommigen zien het zoeken van hulp in de gezondheidszorg als een teken van zwakte en doen vooral een beroep op eigen kracht. Ook zoeken sommigen bij onwelbevinden afleiding in activiteiten of in het geloof.

Verschillende groepen asielzoekers praten om allerlei redenen niet over hun schokkende ervaringen, bijvoorbeeld uit schaamte, omdat het in de eigen cultuur niet geaccepteerd is, of omdat het teveel

samenvatting en conclusies

emotionele pijn geeft. Dat wil echter niet zeggen dat zij geen erkenning voor deze (geweld)achtergronden zouden willen ervaren.

Het consulteren van de GGZ kan taboe zijn en leiden tot stigmatisering en isolering. Sommige asielzoekers zoeken hulp voor hun psychische klachten bij religieuze leiders of traditionele genezers.

Verschillende persoonskenmerken, vaardigheden en externe factoren, zoals het gevoel controle te hebben over de situatie, het behoud van eigen culturele tradities en het hebben van werk, blijken een bufferend effect te hebben op de psychische problemen onder asielzoekers.

Asielzoekers blijken op verschillende wijzen om te gaan met hun situatie. Een deel van hen stelt zich passief op, voelt zich slachtoffer of wacht af; een ander deel toont zich actief, probeert controle over de situatie te behouden, of ziet de situatie als een nieuwe uitdaging. Medicalisatie en victimisatie van het asielzoekerbestaan lijkt de passieve coping-stijl te bevorderen.

In hoofdstuk 4 wordt het 'recht op gezondheidszorg' van asielzoekers in internationale, Europese en Nederlandse wet- en regelgeving besproken. In diverse mensenrechtenverdragen en met name het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten is het 'recht op gezondheid' van een ieder vastgelegd. Het 'recht op gezondheid' omvat vier elementen, namelijk beschikbaarheid, toegankelijkheid, accepteerbaarheid en kwaliteit. Volgens de rapporteur op het gebied van 'het recht op gezondheid' vormen asielzoekers juist een groep van minder bevoorrechten die (in welvarende landen) dezelfde toegang zouden moeten hebben tot de gezondheidszorg als andere ingezetenen. Het 'recht op gezondheid' kan niet los gezien worden van het respecteren, beschermen en vervullen van andere mensenrechten.

De minimum normen voor de opvang van asielzoekers in de lidstaten van de EU schrijven voor dat zij ten minste spoedeisende en essentiële behandelingen van ziekten dienen te krijgen. Daarnaast dient in het gezondheidszorg aanbod rekening gehouden te worden met de specifieke behoeften van kwetsbare groepen. Dat geldt met name voor slachtoffers van martelingen, verkrachting en andere ernstige vormen van geweld. Gebleken is dat het lidstaten van de EU ontbreekt aan een instrument om kwetsbare groepen tijdig te identificeren. Dat krijgt in de gewijzigde minimum normen voor de opvang, die waarschijnlijk in 2009 definitief zullen worden vastgesteld, prioriteit. Daarnaast is er meer aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg gekomen en is de toegang tot rehabilitatie van martelingslachtoffers onder asielzoekers in de gewijzigde minimumnormen dwingender vastgelegd.

In Nederland zijn asielzoekers als specifieke doelgroep in de gezondheidszorg erkend. In principe hebben asielzoekers in de centrale opvangvoorzieningen van het COA dezelfde toegang tot de gezondheidszorg als andere ingezetenen in Nederland. Dit geldt niet voor asielzoekers die in de TNV verblijven; zij hebben slechts recht op medisch noodzakelijke zorg. Het COA heeft voor asielzoekers in de centrale opvang een contract afgesloten met de zorgverzekeraar Menzis voor de uitvoering van de Regeling Zorg Asielzoekers die per 1 januari 2009 van kracht is geworden. Dit betreft de curatieve zorg. De publieke zorg wordt uitgevoerd door GGD'en.

In hoofdstuk 5 is de organisatie van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen weergegeven. Daarin is, mede gezien de weergegeven bevindingen in hoofdstuk 3, het accent gelegd op preventie, en de toegankelijkheid, continuïteit en vraaggerichtheid van de zorg.

De publieke gezondheidszorg voor asielzoekers valt vanaf 1 januari 2009 onder de verantwoordelijkheid van PGA stichtingen van GGD Nederland en vanaf 2010 onder die van lokale GGD'en. Onduidelijk is hoe de collectieve OGGZ zal worden vorm gegeven.

De huisartsenzorg voor asielzoekers is verenigd in het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A). De praktijkondersteuner asielzoekers (POH A) van het GC A wordt geacht na aankomst van een asielzoeker in een opvangcentrum van het COA een eerste intake te verrichten, zodat tijdig gezondheidsproblemen kunnen worden gesignaleerd. Er wordt naar gestreefd om deze intake af te stemmen op de signalering

van medische problematiek in de RVT (zie eerder). De huisarts coördineert de zorg en dient samen te werken in de zorgketen. Voor psychosociale en psychische problemen kan de huisarts verwijzen naar het maatschappelijk werk en de GGZ. Onduidelijk is echter of in de praktijk deze instanties ook daadwerkelijk bij de zorg voor asielzoekers in alle opvangcentra zijn betrokken.

In de GGZ zijn (nog) geen op evidentie gebaseerde therapieën ontwikkeld voor asielzoekers of de martelingslachtoffers onder hen. Interventies zouden zich vooral ook moeten richten op de gemeenschap en sociale context en van (psycho)sociale aard moeten zijn.

Voor de communicatie in de gezondheidszorg voor asielzoekers kan een beroep worden gedaan op de Tolken Vertaal centra. Er zijn veldnormen opgesteld voor de inzet van tolken. Voor een adequate communicatie met behulp van tolken is de nodige deskundigheid vereist.

Met de invoering van een elektronisch patiëntendossier lijkt de continuïteit van de zorg binnen de centrale opvang voor asielzoekers te zijn gewaarborgd, mits huisartsen hun verantwoordelijkheid daarvoor realiseren door tijdig de medische gegevens te registreren en te controleren. Bekeken wordt of ook de gegevens uit de signalering van medische problemen in de RVT in het elektronisch patiëntendossier kunnen worden betrokken. Verder kan de toegang en continuïteit van de zorg voor allochtone hulpvragers worden bevorderd door de inzet van intermediairs of brugfunctionarissen, die de taal en cultuur beheersen van de doelgroep.

Daar de gezondheidszorg voor asielzoekers nu vrijwel geheel in de reguliere zorg is ingebed, mag worden verondersteld dat de kwaliteit van de zorg ook op reguliere wijze zal worden bewaakt. Asielzoekers hebben klachtrecht. Zij kunnen echter niet zelf hun zorgverzekeraar of huisarts kiezen en hebben geen medezeggenschap in de zorg.

Preventie van psychische problematiek krijgt (inter)nationaal steeds meer aandacht en gewicht. Met tijdige preventie kan immers worden voorkomen dat er onnodig een beroep wordt gedaan op de meer gespecialiseerde GGZ. Door financiële stimuleringsregelingen zijn vooral in de eerste jaren van deze eeuw gezondheidsbevorderende en preventie projecten uitgevoerd die de kwaliteit en toegankelijkheid van de GGZ voor (gedwongen) migranten bevorderden. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen collectieve, selectieve en geïndiceerde preventie. Verschillende van de beschreven activiteiten werden op basis van een behoeftepeiling onder, of samen met asielzoekers ontwikkeld. In de activiteiten werd o.a. aandacht besteed aan het omgaan met spanningen, het bieden van sociale steun en afleiding, informatie en voorlichting over psychische problematiek, en het verbeteren van de lichamelijke conditie. Verschillende van deze projecten zijn geïnventariseerd door het Centrum Gezond Leven, maar (nog) niet beoordeeld op kwaliteit en effectiviteit.

Daarnaast is er, vooral aan het begin van deze eeuw, veel geïnvesteerd in de interculturalisatie van de GGZ om deze cultuurgevoeliger en cliëntgericht te maken. Veel GGZ instellingen hebben een interculturalisatiebeleid geïmplementeerd, bijvoorbeeld door het voeren van een intercultureel personeelsbeleid en/of het bevorderen van de deskundigheid van medewerkers in de interculturele zorgverlening. Daarnaast werden profielen opgesteld van interculturele competenties in de GGZ, werd een Handreiking Interculturele Zorgprogramma's gepubliceerd en is er een (intercultureel) addendum gekomen bij de richtlijnen voor de GGZ voor de behandeling van angststoornissen. Verder is het 'cultureel interview' ontwikkeld ten behoeve van de intake in de GGZ. Deze geeft inzicht in o.a. de cultuurbepaalde ziektebeleving en verwachtingen van de behandeling van de cliënt. Het cultureel interview blijkt ook in de eerstelijnszorg van waarde te zijn. Het behandelingsrepertoire van GGZ instellingen is voor vluchtelingen en asielzoekers o.a. uitgebreid met lichaamsgerichte, non-verbale therapieën.

samenvatting en conclusies

Het is echter niet duidelijk wat het resultaat is van al deze interculturalisatie activiteiten. Daar komt nog bij dat de interculturalisatie van de zorg in de afgelopen jaren op (overheids)beleidsniveau weinig aandacht heeft gekregen. Verder is het opvangbeleid voor asielzoekers gewijzigd en zijn verschillende opvangcentra voor asielzoekers gesloten of in aard gewijzigd. Om die redenen is het de vraag of niet veel kennis en ervaringen die zijn opgedaan met de activiteiten die de zorg beter afstemden op de zorgvragen van asielzoekers inmiddels zijn ‘verdamppt’.

Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw zijn in Nederland geleidelijk steeds meer organisaties en GGZ instellingen gekomen die zich hebben gespecialiseerd in de zorg voor (o.a.) asielzoekers met psychische problemen. Deze zijn te onderscheiden in kenniscentra en gespecialiseerde GGZ instellingen. Vier van deze gespecialiseerde GGZ instellingen hebben de handen ineengeslagen om de kwaliteit van de GGZ voor asielzoekers te vergroten. In hoeverre dat ook de preventie van psychische problemen onder asielzoekers betreft is niet bekend.

Onder de activiteiten die vooral aan het begin van deze eeuw zijn ontwikkeld om het aanbod van de zorg af te stemmen op de vragen en behoeften van asielzoekers met psychische problemen zijn er verschillenden die als ‘goede praktijk’ kunnen worden beschouwd. Een aantal daarvan worden in hoofdstuk 6 beschreven. Om als ‘goede praktijk’ te boek te staan dienen de ontwikkelde activiteiten aan verschillende criteria te voldoen. Globaal gezegd zijn deze criteria: ‘toegankelijkheid’, ‘participatie van de doelgroep’, ‘continuïteit van de zorg’, ‘een holistische aanpak en samenwerking tussen organisaties’, ‘cultuur en gender sensitiviteit’, ‘pleitbezorging’ (‘advocacy’) en ‘monitoring en evaluatie’. Een ‘goede praktijk’ kan echter slechts in een bepaalde context worden geïmplementeerd indien aan ondermeer de sociaal-politieke randvoorwaarden wordt voldaan.

Gezien de problematiek van asielzoekers dient de nadruk vooral gelegd te worden op goede praktijken in de gezondheidsbevordering en preventie, die tot doel hebben het ontstaan of verergering van psychische problemen onder hen te minimaliseren. In de asielzoekerscentra zijn enige goede praktijken m.b.t. de collectieve preventie uitgevoerd door en voor (alle) asielzoekers. Een goede, selectieve preventiemethode blijkt Mind-Spring te zijn, die door asielzoekers en de GGZ is ontwikkeld. Asielzoekers worden daarbij getraind en ondersteund om psycho-educatie en psychosociale ondersteuning aan mede asielzoekers te bieden.

In Engeland werden zogenaamde bi-culturele werkers als intermediairen aangesteld ter aanvulling op een holistische dienstverlening aan asielzoekers (en vluchtelingen). Deze bi-culturele werkers bieden advies, informatie en voorlichting en verwijzen zo nodig naar professionele hulpverlening.

Ter conclusie

De literatuur wijst uit dat een relatief groot percentage asielzoekers veel geestelijke gezondheidsproblemen presenteert die voor een deel het gevolg zijn van schokkende ervaringen in het land van herkomst en tijdens de vlucht, inclusief de scheiding van familieleden, en voor een deel ontstaan of verergeren door de problemen die asielzoekers ervaren gedurende de asielprocedure. Daarnaast kunnen er ook asielzoekers zijn die al voordat er conflicten in hun land van herkomst ontstonden ontwikkeling- en/of persoonlijkheidstoornissen hadden.

Relatief veel asielzoekers met psychische problemen blijken echter niet de gezondheidszorg te consulteren, en van degenen die wel de eerstelijnszorg consulteren belandt slechts een laag percentage in de GGZ. Dit neemt wel met de duur van de asielprocedure toe. De aanleiding voor het ZAPP project was het signaal dat asielzoekers die in de TNV via het MAPP project waren geïdentificeerd als asielzoekers met ernstige psychiatrische problematiek geen zorg of behandeling kregen. Dit blijkt, volgens gegevens in de literatuur, niet uitzonderlijk te zijn.

De verklaringen voor het relatief lage zorggebruik van asielzoekers kunnen zowel in de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van het zorgaanbod worden gezocht. De toegankelijkheid van de zorg kan belemmerd zijn door inadequate informatie over het zorgstelsel, de functie van de huisarts in dit stelsel als poortwachter van de zorg, en/of de wijze waarop en waarvoor deze geconsulteerd kan worden. Daar komt nog bij dat het recent gearriveerde asielzoekers veelal ontbreekt aan een sociaal netwerk dat hen kan adviseren over het omgaan met gezondheidsproblemen en/of behulpzaam is bij de toegang tot de zorg.

De sociaal-culturele achtergronden van asielzoekers met psychische problemen kunnen ook het relatief lage zorggebruik van de eerstelijnszorg verklaren. Veelal wijten asielzoekers hun onwelbevinden aan de situatie waarin zij zich bevinden waarvoor in hun beleving andere oplossingen moeten worden gezocht dan in de gezondheidszorg. Indien zij wel de eerstelijnszorg consulteren kan het verschil in de klinische realiteit van de zorgverlener en de asielzoeker parten spelen. Asielzoekers kunnen door hun sociaal-culturele achtergronden bijvoorbeeld hun gezondheidsproblemen op een andere wijze presenteren dan de zorgverlener vertrouwd mee is. Door de onvoldoende overbrugging in het verschil in klinische realiteit van de POH A of de huisarts en de asielzoeker zouden deze de medische klachten van de asielzoeker niet kunnen herkennen als symptomen van psychische problematiek. Dit zou kunnen verklaren waarom asielzoekers met psychische problemen wel de eerstelijnszorg consulteren, maar niet in de GGZ terecht komen. Het kan echter ook zijn dat de huisarts een asielzoeker met psychische problemen wel doorverwijst naar de GGZ, maar de asielzoeker dit niet opvolgt wegens het taboe dat daarop heerst en/of door onvoldoende 'geïnformeerde toestemming' en voorbereiding op de verwijzing. Het op juiste wijze inschakelen van een tolk of cultureel intermediair speelt bij de kwaliteit van het zorgaanbod en de continuïteit van de zorg een belangrijke rol. De verklaring voor het lage zorgverbruik van de GGZ kan echter ook gezocht worden in de drempel die lokale GGZ instellingen voor asielzoekers hebben opgeworpen door bijvoorbeeld van mening te zijn geen zorgaanbod voor hen te hebben. En ten slotte kan ook de drempel tot de zorg te hoog zijn (geworden) door negatieve ervaringen van de asielzoeker, of diens sociaal netwerk, met (de) zorgverlener(s). Daarbij blijkt het gevoel van achterstelling in de zorg, de opvang en/of de samenleving bij asielzoekers een rol te spelen.

Geconcludeerd kan worden dat in algemene zin de opvang en gezondheidszorg niet of nog niet in voldoende mate zijn afgestemd op de (zorg)behoeften van asielzoekers en vele zorgvragen van hen onbeantwoord blijven. De volgende stap in het ZAPP project, het kwalitatieve onderzoek, zal meer inzicht moeten geven in de factoren die een rol spelen bij het relatief geringe zorggebruik van asielzoekers met psychische problemen.

Bijlagen

Bijlage 1 Zorgpyramide

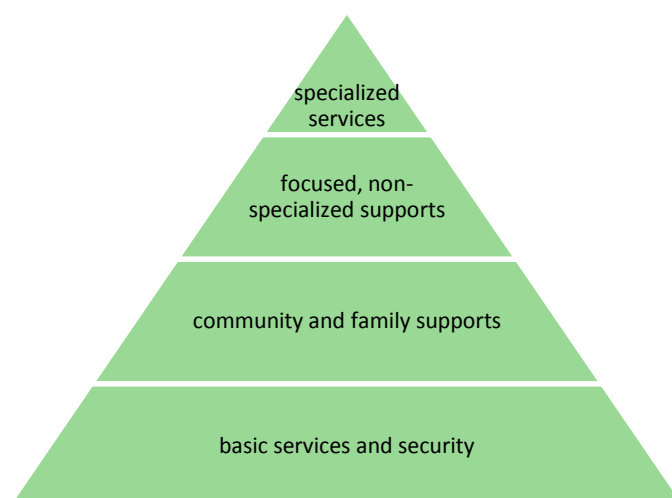
In de literatuur over de organisatie van de psychosociale en geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen en ontheemden in (post)conflict situaties wordt doorgaans de WHO zorgpiramide gehanteerd, waarin het niveau en omvang van primaire, secundaire en tertiaire preventie tot uiting komt (zie Figuur 5).^{1 2}

Ten aanzien van de zorg voor asielzoekers kan het volgende onderscheid worden gemaakt:

- Primaire preventie betekent het reduceren van risicofactoren, het versterken van beschermende factoren, en het tijdig identificeren en signaleren van gevolgen van geweld en andere stressfactoren.
- Secundaire preventie verwijst naar tijdige steun en begeleiding bij het verwerken van de geweld- en andere spanningsvolle ervaringen en het tijdige aanbod van adequate medische, psychosociale en/of psychotherapeutische zorg om de gevolgen van geweld en andere schokkende ervaringen te behandelen.
- Tertiaire preventie, of behandeling, is het aanbod van adequate medische, psychotherapeutische en/of psychiatrische zorg om de aandoening of stoornis te reduceren, herstel te bevorderen en terugval te voorkomen.

De zorgpiramide ontwikkeld door de Interagency Standing Committee (IASC) kan als voorbeeld van het niveau en omvang van de preventieve maatregelen dienen.^a

Figuur 5: Interventie piramide voor de geestelijke gezondheidszorg en psychosociale steun in (post)conflict situaties



^a De IASC werd gevormd door een brede samenstelling van humanitaire organisaties, inclusief van de Verenigde Naties, die het model voor de psychosociale en geestelijke gezondheidszorg in 'emergency settings' ontwierpen in consultatie met vele academici en NGO's.

Bijlage 2 Stimuleringsregelingen

Stimuleringsregelingen in Nederland rond het begin van deze eeuw

In de loop van de jaren negentig van de vorige eeuw nam geleidelijk de aandacht van het Ministerie van VWS voor de gezondheidsproblemen van etnische groepen in Nederland, inclusief vluchtelingen en asielzoekers, en de (on)toegankelijkheid van de zorg voor hen toe.

Van 1998 tot 2004 werden verschillende wetenschappelijke studies verricht naar verklaringen voor gezondheidsverschillen tussen etnische groepen in het kader van het onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid van, door het Ministerie van VWS gefinancierde, ZonMw. Het onderzoek van Gerritsen e.a. dat in hoofdstuk 3 is aangehaald was één van deze studies. Daarnaast stimuleerde dit programma ook de coördinatie en afstemming van studies op dit terrein o.a. door de organisatie van bijeenkomsten van een kennisnetwerk.¹

Tevens zijn er tussen 2000 en 2004 vele projecten uitgevoerd die de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg voor allochtone zorgvragers dienden te verbeteren. Daar waren twee overlappende aanleidingen voor. In 2000 constateerde de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg dat het zorgaanbod aan allochtone hulpvragers, vooral ook in de GGZ, tekort schoot.^{2 3} Het interculturalisatieproces^a in de gezondheidszorg was te veel blijven hangen in een sfeer van tijdelijkheid en vrijblijvendheid. De tekorten in het zorgaanbod aan allochtone hulpvragers dienden structureel, integraal en permanent aangepakt te worden. In reactie daarop stelde o.a. GGZ Nederland een actieplan op en werden vele activiteiten met behulp van subsidies van het Ministerie van VWS ontplooid om de toegankelijkheid en kwaliteit van de GGZ voor allochtone hulpvragers, inclusief vluchtelingen en asielzoekers, te verbeteren.⁴ Tegelijkertijd streefde de toenmalige zorgverzekeraar voor asielzoekers, VGZ, zoals in hoofdstuk 4 werd beschreven, naar een landelijk dekkend GGZ aanbod voor asielzoekers. Naast het financieren van landelijke ondersteuning, regionale coördinatie, deskundigheidsbevordering van hulpverleners en programma ontwikkeling, werd 1 % van de begroting voor de GGZ voor asielzoekers door VGZ gereserveerd voor het financieren van innovatieve projecten op dat terrein.⁵

Naar aanleiding van publicatie van de eerste resultaten van het onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid constateerde de toenmalige Minister van VWS dat het met de gezondheidsverschillen tussen etnische groepen wel meeviel. Allochtone zorgvragers zouden geen problemen in de toegankelijkheid van de zorg ervaren, mits ze maar zouden integreren in de Nederlandse samenleving.⁶ Er werden geen noemenswaardige, nieuwe stimuleringsregelingen gecreëerd. De marktwerking in de zorg zou ook de kwaliteit van de zorg voor allochtonen ten goede komen.⁶

Het huidige kabinet heeft echter weer aandacht gekregen voor de gezondheidsverschillen tussen etnische groepen en de problemen rond het zorgaanbod aan hen. Verschillende maatregelen zijn aan het einde van 2008 in de beleidsnota "Naar een weerbare samenleving" van het Ministerie van VWS aangekondigd. Deze zullen in 2009 in uitgewerkte vorm aan de Tweede Kamer worden aangeboden.⁷ Naar verwachting zullen deze ook de zorg, en gezien het type maatregelen, vooral de preventieve en eerstelijnsgezondheidszorg voor asielzoekers ten goede komen.

Europese stimuleringsregelingen

Vanaf het einde van de jaren negentig van de vorige eeuw stelt de Europese Commissie (EC) via het Europees Vluchtelingenfonds (EVF) gelden beschikbaar voor nationale en communautaire projecten die o.a. tot doel hebben de opvang van asielzoekers te verbeteren. Daar vallen ook projecten op het terrein van de gezondheidszorg onder. In de EVF is echter geen mechanisme ingebouwd om de resultaten van het

^a Interculturalisatie werd 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."

EVF, bijvoorbeeld via Internet, toegankelijk te maken. Daardoor is kennis over activiteiten in Europa ter verbetering van de toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van het zorgaanbod aan asielzoekers gefinancierd door het EVF beperkt.⁸

Tevens financiert de EC met het Daphne programma activiteiten gericht op de preventie van geweld tegen vrouwen en kinderen en de behandeling van de gevolgen daarvan. In dat kader zijn ook projecten voor vrouwelijke en minderjarige asielzoekers uitgevoerd. Deze betreffen vooral projecten ten aanzien van vrouwenbesnijdenis en eengerelateerd geweld. Resultaten daarvan zijn gecompileerd en gepubliceerd op de website van Daphne.⁹

Daarnaast worden verschillende rehabilitatiecentra voor martelingslachtoffers en georganiseerd geweld in Europa (mede) gefinancierd door de Europese Commissie middels het programma voor Democratie en Mensenrechten (EIDHR). Sommige van deze centra beperken hun zorgaanbod tot vluchtelingen, d.w.z. statushouders, anderen beschouwen ook asielzoekers tot hun doelgroep.

Verder financiert de EC, via de DG Volksgezondheid en Consumentenbelangen, nationale en communautaire projecten op het terrein van de volksgezondheid. Het Europese project 'Migration and Health' is ondermeer met deze financiering mogelijk gemaakt.¹⁰

Afkortingen

25-HSCL	25 Hopkins Symptom Checklist
AC	Aanmeldcentrum
ACVZ	Adviescommissie vreemdelingenzaken
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZC	Asielzoekerscentrum
BMA	Bureau Medische Advisering
CEDAW	Internationaal verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen
CGV	Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
COA	Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers
CQ-Index	Consumer Quality Index
DSM-IV	4 ^{de} editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DT&V	Dienst Terugkeer en Vertrek
EC	Europese Commissie
EU	Europese Unie
GC-A	Gezondheidscentrum Asielzoekers
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVO	Gezondheidvoorlichting en opvoeding
HIS	Huisartsen informatiesysteem
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
IASC	Inter-Agency Standing Committee
IND	Immigratie en Naturalisatie Dienst
INDIAC	IND Informatie en Analysecentrum
IOM	Internationale Organisatie Migratie
IVESCR	Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
MAPP	Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen
MCA	Menzis COA Administratie
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NGO	Niet-gouvernementele organisatie
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
O&I	Oriëntatie en Inburgering
OC	Onderzoekscentrum
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
POH A	Praktijkondersteuner voor Asielzoekers
PTSS	Posttraumatische stress stoornis
Riagg	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RVA	Regeling verstrekkingen asielzoekers
RVT	Rust en Voorbereidingstijd
RZA	Regeling Zorg Asielzoekers
SCID	Structural Clinical Interview (van de DSM)
SPD-V	Sociaal Psychiatrische Dienst voor Vluchtelingen
TNV	Tijdelijke noodvoorziening
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wfsv	Wet financiering sociale verzekeringen

afkortingen

WHO	World Health Organisation
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie
ZAPP	Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland & Medische Wetenschappen

Literatuurreferenties

Hoofdstuk 1 - Inleiding

- ¹ Berents B., Mellink R., Pannekoek P. (2009) MAPP| Goed Gehoord? Drie jaar Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen. Amsterdam: ASKV Steunpunt Vluchtelingen
- ² Kloosterboer K. (2009) Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra. Den Haag: Stichting Kinderpostzegels Nederland, het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, UNICEF Nederland
- ³ Breed Medisch Overleg (2009) Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus. Eerste inventarisatie van knelpunten. Utrecht: Stichting LOS
- ⁴ Huma Network (2009) Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries. Law and practice. Médecins du Monde France [www.huma-network.org]
- ⁵ NWO & ZON. Onderzoekprogramma Cultuur en Gezondheid. Den Haag
- ⁶ Ministerie van VWS (2008) Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Den Haag: VWS
- ⁷ 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. Onderzoekprogramma Cultuur en Gezondheid. Den Haag
- ⁸ Struijs, A.J. & Wennink, H.J. (2000). Achtergrondstudie Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Utrecht/Zoetermeer: Trimbosinstituut en RvZ.
- ⁹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2009) Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- ¹⁰ In: 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. Onderzoekprogramma Cultuur en Gezondheid. Den Haag
- ¹¹ <http://www.zichtbarezorg.nl> [1 augustus 2009]
- ¹² Fact sheet Transparantie geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. <http://www.zichtbarezorg.nl> [1 augustus 2009]
- ¹³ Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (2009) Basisset Prestatie-indicatoren 2009 – 2010. Den Haag <http://www.zichtbarezorg.nl> [1 augustus 2009]
- ¹⁴ 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
- ¹⁵ Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. (2007) Arts en vreemdeling. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos
- ¹⁶ 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

Hoofdstuk 2 – Achtergronden, procedure en opvang

- ¹ Sveaass, N. 1994. The organized destruction of meaning. In: Lavik N., Nygard M., Sveaass N. & Fannemel E.(eds) Pain and survival. Oslo: 43-65
- ² Barudy, J. (1989). A programme of mental health for political refugees: dealing with the invisible pain of political exile. *Social Science & Medicine* 28(7):715-27
- ³ WODC (2009) Migratie naar en vanuit Nederland. Een eerste proeve van de migratiekaart. Cahier 2009 – 3. Den Haag: WODC, pp 156 - 157
- ⁴ COA. Feiten en cijfers. <http://www.coa.nl/NED/website/page.asp?menuid=101> [9-2-2009]
- ⁵ IND (2005) Werkinstructie nr. 2005/33. Beoordeling geloofwaardigheid in asielzaken.
- ⁶ ASKV/Steunpunt Vluchtelingen (2009) MAPP. Goed gehoord? Drie jaar Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen. Amsterdam: ASKV/Steunpunt Vluchtelingen
- ⁷ Ministerie van Justitie (2009) Rapportage vreemdelingenketen. Periode juli – december 2008. Den Haag: Ministerie van Justitie
- ⁸ IND (2009) De IND belicht. Jaarresultaten 2008. Den Haag: IND

- ⁹ Adviescommissie vreemdelingenzaken (2007) Secuur en snel. Voorstel voor een nieuwe asielprocedure. Den Haag: Adviescommissie vreemdelingenzaken
- ¹⁰ INDIAC (2008) Annual Policy Report 2007. Ontwikkelingen in het Nederlandse migratie- en asielbeleid 1 januari 2007 – 31 december 2007. Herziene versie januari 2009. Den Haag: INDIAC
- ¹¹ Bloemen, E. (2005), Een briefje van de dokter. Medische zaken in de asielprocedure. Utrecht: Stichting Pharos.
- ¹² Raad van Europa (2009) Report by the Commissioner for Human Rights, Mr. Thomas Hammarberg, on his visit to the Netherlands, 21 – 25 September 2008. CommDH(2009)2
- ¹³ Kamerstukken II 2007/08, 29 344, nr 67
- ¹⁴ Kamerstukken II 2008/09, 31 994, nr.3
- ¹⁵ Ministerie van Justitie. Persbericht 29-06-09.
- ¹⁶ Kamerstukken II 2008/09, 29689, nr. 243
- ¹⁷ Kloosterboer K. (2009) Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra. Den Haag: Stichting Kinderpostzegels Nederland, het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, UNICEF Nederland
- ¹⁸ COA <http://www.coa.nl/NED/website/page.asp?menuid=135> [19 juli 2009]
- ¹⁹ COA <http://www.coa.nl/NED/website/page.asp?menuid=37> [19 juli 2009]
- ²⁰ Kloosterboer K. (2009) Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra. Samenvatting. Den Haag: Stichting Kinderpostzegels Nederland, het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, UNICEF Nederland
- ²¹ Bots A. (2009) Eindeloos gesleep met mensen. Van AZC naar AZC naar AZC enzovoorts. VluchtelingenWerk Magazine. Herfst 2009: 8-11
- ²² Westerouwen van Meeteren M.A. (2006) Knelpunten in de zorg aan asielzoekers – Een verontrustend signaal van de werkvloer. Den Bosch: GGD “Hart voor Brabant”
- ²³ Burik A, Vianen R. van (2003) Veilig verblijf: Een onderzoek naar de veiligheid van vrouwen en meisjes in de asielzoekerscentra. Woerden: Adviesbureau van Montfoort
- ²⁴ Brouns M., Burik A. van, Cense M, Kramer S. (2003) Het lange wachten op een veilige toekomst: Een onderzoek naar veiligheid van vrouwen en meisjes in de asielzoekersopvang. Rijswijk: COA
- ²⁵ Kramer S, Cense M. (2004) Overleven op de M². Vrijheidsbeleving en strategieën van vrouwen in de centrale opvang voor asielzoekers. Utrecht: Pharos/Transact
- ²⁶ Keygnaert I, Wilson R., Dedoncker K., Bakker H., Petegem M. van, Wassie N., Temmerman M. (2008) Hidden Violence is a Silent Rape: Prevention of Sexual & Gender-Based Violence against Refugees & Asylum Seekers in Europe: a Participatory Approach Report. Ghent: ICRH, Ugent

Hoofdstuk 3 – Psychische problemen en zorggebruik

- ¹ Herten L.M. van, Bruin S.R. (2002) Zorg voor asielzoekers: een literatuurstudie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid
- ² Hondius A.J.K., Willigen L.H.M. van, Kleijn W. Chr., Ploeg H.M. van der (2000) Health Problems Among Latin-American and Middle-Eastern Refugees in the Netherlands: Relations With Violence Exposure and Ongoing Sociopsychological Strain. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (4): 619-634
- ³ 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
- ⁴ Willigen L.H.M. van (2007) Vluchtelingen en asielzoekers. In: Petra G.H. Aarts en Wim D. Visser (Red) Traum: Diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- ⁵ Quiroga J, Jaranson J.M. (2005) TORTURE, Vol 16, Nr 2-3
- ⁶ Edston W. (2009) The epidemiology of falanga – incidence among Swedish asylum seekers. *TORTURE* 19 (1): 27 -32
- ⁷ Masmus T.N., Møller E, Buhmann C., Bunch V., Jensen J.H., Nørregård Hansen T, Møller Jørgensen L. e.a. (2008) Asylum seekers in Denmark. A study of health status and grade of traumatization of newly arrived asylum seekers. *TORTURE* 18 (2): 77 - 86
- ⁸ 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. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 150 (36): 1983 - 89
- ⁹ Koppenaar (2001) in: Herten L.M. van, Bruin S.R. (2002) Zorg voor asielzoekers: een literatuurstudie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, blz. 24
- ¹⁰ Goosen S, Gerritsen A (2007) Het onderzoek ‘Gevlucht-Gezond?’ vanuit preventieperspectief. Epidemiologische gegevens over de gezondheidstoestand en het zorggebruik van asielzoekers. Utrecht: GGD Nederland

- ¹¹ 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
- ¹² 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
- ¹³ 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
- ¹⁴ Schwarz-Nielsen K.H., Elklit A (2009) An evaluation of the mental status of rejected asylum seekers in two Danish asylum centers. *TORTURE* 19 (1): 51 - 59
- ¹⁵ 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
- ¹⁶ Laban C.J., Gernaat H.B.P.E., Komproe I.H., Schreuders G.A., Jong J.T.V.M. de (2005) 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
- ¹⁷ Silove D., Steel Z., Susljik I., Frommer N., Loneragan C., Brooks R., Touze D. le, Manicvasagar V., Coello M., Smith M., Harris E., (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
- ¹⁸ McColl H., Johnson S. (2006) Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams. A descriptive investigation. *SocPsychiatr Epidemiol* 41: 789-795
- ¹⁹ Hoogenboezem G, Bransen E. (2005) Problematisch harddruggebruik door illegalen, asielzoekers en vluchtelingen. Een verkenning met behulp van 'Rapid Assessment and Response'. Utrecht: Trimbosinstituut
- ²⁰ Lindert J., Schouler-Ocak M., Heinze A., Priebe S., (2008) Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry* 23: 514-520
- ²¹ 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
- ²² Lie B., Lavik N.J., Laake P (2001) Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. *Journal of Refugee Studies* 14 (3): 276 - 294
- ²³ Lindencrona F., Ekblad S., Hauff E.,(2008) Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Soc Psychiatr Epidemiol* 43: 121-131
- ²⁴ Laban C.J., Gernaat H.B.P.E., Komproe I.H., Tweel I. van der, Jong J.T.V.M. de (2005) 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
- ²⁵ 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
- ²⁶ Feldmann C.T. (2006) Refugees and General Practitioners. Partners in Care? Proefschrift. Amsterdam: Dutch University Press
- ²⁷ Laban C.J., Gernaat H.B.P.E., Komproe I.H., Jong J.T.V.M. de (2007) Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42: 837-844
- ²⁸ Fenta H., Hyman I., Noh S., Mental Health Service Utilisation by Ethiopian Immigrants and Refugees in Toronto. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (12): 925-934
- ²⁹ Savin D., Seymour D.J. Nguyen Littleford L., Bettridge J., Giese A. (2005) Findings from Mental Health Screening of Newly Arrived Refugees in Colorado. *Public Health Reports*, 120: 224-229
- ³⁰ Hallas P., Hansen A.R., Stæhr M.A., Munk-Andersen E., Jorgensen H.L. (2007) Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health* 7: 288
- ³¹ 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
- ³² Cabral Iversen V., Morken G. (2003) Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. *Soc Psychiatr Epidemiol* 38: 515-519
- ³³ Bhui K., Audini B., Singh S., Duffett R., Bhugra D., (2006) Representation of Asylum Seekers and Refugees Among Psychiatric Inpatients in London. *Psychiatric Services*. ps.psychiatryonline.org. 57 (2): 270-272
- ³⁴ Dijk R. van Bala J, Öry F., Kramer S.. (2001) Now we have lost everything: Asylum seekers in the Netherlands and their experience with health care. *Medische Antropologie*, 13 (2): 284-299

- ³⁵ Kramer S., Bala J., Dijk R. van, Öry F. (2003) Making sense of experience. Patronen van betekenisgeving en coping van asielzoekers. Utrecht: Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap
- ³⁶ Feldmann T. (2007) Verder leven na de vlucht. Is de huisarts een bondgenoot? *Cultuur Migratie Gezondheid* 04 07: 194-205
- ³⁷ 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
- ³⁸ Bhatia R., Wallace P. (2007) Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice* 8: 48
- ³⁹ Manshanden J. (2004) Tot wie wendt een vluchteling zich voor hulp? Een onderzoek naar Afghaanse en Iraakse vrouwen in Groningen. Groningen: Maatschappelijke & Juridisch Dienstverlening Groningen
- ⁴⁰ 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
- ⁴¹ Bodenmann P., Althaus F., Burnand B., Vaucher P., Pécoud 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
- ⁴² 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
- ⁴³ Koehn P.H. (2005) Medical encounters in Finnish Reception Centres: Asylum-Seekers and Clinician Perspectives. *Journal of Refugee Studies*, 18 (1): 47-75
- ⁴⁴ Wieringen J.C.M. van, Bruijnzeels M.A., Harmsen J.A.M. (1999) Interculturele communicatie in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Centre for Migration and Child Health
- ⁴⁵ Kleinman In: Tankink M. (2008) Transcultural psychiatry – Clinical encounters with Arthur Kleinman. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0108: 56-58
- ⁴⁶ 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
- ⁴⁷ Kleinman (1978 – 2006) In: Oliemeulen L., Thung H. (2007) Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen. Antwerpen/Apeldoorn: Garant
- ⁴⁸ Willigen L.H.M. van (2003) Gevluchte kinderen – preventie van ziekte en bevordering van de gezondheid. Ede: Stichting MOA Oost Nederland
- ⁴⁹ Oliemeulen L., Thung H. (2007) Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen. Antwerpen/Apeldoorn: Garant
- ⁵⁰ Eastmond M. (2000) Refugees and health. Ethnographic approaches. In: Ahearn F.L. (Ed) Psychosocial wellness of refugees. Issues in qualitative and quantitative research. New York, Oxford: Berghahn Books, 67 - 85
- ⁵¹ Dijk R. van (2004) Cultuur als Fremdkörper in de gezondheidszorg? Beschouwing over de betekenis van het begrip cultuur in de gezondheidszorg. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0104: 2 -15
- ⁵² WHO. <http://www.who.int/about/governance/en/index.html> [23-7-09]
- ⁵³ Emson HE (1987). "Health, disease and illness: matters for definition". *CMAJ* 136 (8): 811–3. PMID 3567788.
- ⁵⁴ Dijk R. van (2005) Cultuur, trauma en ptss. *Cultuur Migratie en Gezondheid* 0405: 20 - 31
- ⁵⁵ Ommeren M. van, Saxena S., Saraceno B., (2005) Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organisation*, 83 (1): 71-75
- ⁵⁶ Jong J.T.V.M. de Jong (2006) De achilleshiel van het debat over cultuur, trauma en ptss. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0206: 103-109
- ⁵⁷ Dijk R. van (2006) Cultuur, trauma en ptss. Een repliek. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0206: 111-119
- ⁵⁸ Kleinman A. (2005) Tussen lichaam en samenleving. De sociale en politieke wortels van ziekte en lijden. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0105: 2 -9
- ⁵⁹ Başoğlu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gök S. Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine* 1997;27:1421-33.
- ⁶⁰ Ommeren M. van (2003) Validity issues in transcultural epidemiology. *British Journal of Psychiatry* 182: 376 - 378
- ⁶¹ Phan T., Silove D. (1997) The influence of culture on psychiatric assessment: the Vietnamese refugee. *Psychiatric Services* 48 (1): 86-90
- ⁶² Good B.J., Vecchio M.J. del, Moradi R. (1986) The interpretation of Iranian illness and dysphoric affect. In: Kleinman A., Good B. (Eds) Culture and depression. Berkeley, University of California Press: 369 - 428

- ⁶³ Mehraz A., Halane S., Gasle S., Abdurehman S. (2009) Geef me raad. Handboek deskundigheidsbevordering geestelijke gezondheid Somaliërs voor ggz-professionals. Utrecht: Stichting Pharos
- ⁶⁴ 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
- ⁶⁵ Mehraz A., Halane S., Gasle S., Abdurehman S. (2009) Geef me raad. Handboek deskundigheidsbevordering geestelijke gezondheid Somaliërs voor zorgintermediairs. Utrecht: Stichting Pharos
- ⁶⁶ Renner W, Salem I. (2009) Post-traumatic stress in asylum seekers and refugees from Chechnya, Afghanistan, and West Africa: Gender differences in symptomatology and coping. *International Journal of Social Psychiatry*, 55 (2): 99 - 108
- ⁶⁷ Kerver F., Abspoel F, Kerver A, Overbeeke J. (2003) Gezondheidsverkenningen 2003. Factoren en omstandigheden die de gezondheid van asielzoekers beïnvloeden. Groningen: MOA-NN
- ⁶⁸ Willigen L.H.M. van (2002) "Waarom gebeurt dat allemaal met ons". MOA Oost Nederland, Ede
- ⁶⁹ Tankink M.T.A. (2009) Vluchtelingenvrouwen met ervaringen van seksueel geweld. Zwijgen als gezondheidstrategie. *Bijblijven 2009-4 Zorg voor allochtonen. Tijdschrift Praktische Huisartsgeneeskunde*: 44 - 50
- ⁷⁰ Mooren T. (2001) The impact of war: Studies on the psychological consequences of war and migration. Delft: Eburon Publishers
- ⁷¹ Silove D (2004) From trauma to survival and adaptation: Towards a framework for guiding mental health initiatives in post-conflict societies. In: David Ingleby (Ed) *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Kluwer Academic Press
- ⁷² Haan A. de, Knipscheer J., Kleber R. (2007) Trauma en acculturatie. *Bosnische vluchtelingen en de invloed van acculturatie en traumatische stress op de psychische gezondheid. Cultuur Migratie Gezondheid* 0407: 206 - 217
- ⁷³ Mooren T., Knipscheer J.W., Kamperman A., Kleber R.J., Komproe I (2001) The Lowlands Acculturation Scale. In: T. Mooren (Ed.) *The impact of war*. Delft: Eburon Publishers: 49 - 70
- ⁷⁴ Colic-Peisker V., Tilbury F. (2003) "Active" and "Passive" Resettlement: The Influence of Support Services and Refugees' Own Resources on Resettlement Style. *International Migration* 41 (5)
- ⁷⁵ Ghorashi H. (2005) Agents of Change or Passive Victims: The Impact of Welfare States (the case of the Netherlands) on Refugees. *Journal of Refugee Studies*, 18 (2): 181-198

Hoofdstuk 4 – Recht op gezondheid(zorg)

- ¹ Ministerie van Buitenlandse Zaken www.minbuza.nl [21-07-09]
- ² WHO (2002) 25 Questions & Answers on Health and Human Rights. Health and Human Rights Publication Series. Issue no. 1. Geneva: WHO
- ³ WHO. <http://www.who.int/about/governance/en/index.html> [23-7-09]
- ⁴ Raad van Europa (2009) Report by the Commissioner for Human Rights, Mr. Thomas Hammarberg, on his visit to the Netherlands, 21 – 25 September 2008. *CommDH(2009)2*
- ⁵ United Nations. E/C.12/2000/4, CESCR
- ⁶ Office of the United Nations High Commissioner of Human Rights & World Health Organisation (2008) The Right to Health. Fact sheet 31. Geneva
- ⁷ WHO (2003) International Migration, Health & Human Rights. Health and Human Rights Publication Series. Issue no. 4. Geneva: WHO
- ⁸ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Addendum. Mission to Sweden. United Nations (2007) A/HCR/4/28/Add.2
- ⁹ Sara Guillet, Gisela Perren-Klingler and Inger Agger (2005) Evaluation EIDHR: Torture Rehabilitation Centres Europe. Human European Consultancy.
- ¹⁰ Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment to the 59th session of the General Assembly, A/59/324, 1 September 2004, par. 59.
- ¹¹ Raad van Europa (1996) *Europees Sociaal Handvest* (herzien)
- ¹² Raad van Europa (2009) Fact sheet. The right to health and the European Social Charter. Straatsburg: Raad van Europa
- ¹³ Raad van Europa. CM (2008) 29
- ¹⁴ Raad van Europa. CM (2008) 102
- ¹⁵ Europese Commissie. Freedom, Security and Justice. http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/asylum/fsj_asylum_intro_en.htm [26-7-09]
- ¹⁶ EC (2003) Council Directive 2003/9/EC

-
- ¹⁷ COM(2007) 745 definitief
- ¹⁸ COM(2008) 815 definitief
- ¹⁹ Care Full. Newsletter, June 2009, p.3
- ²⁰ VWS (2008) Beleidsagenda 2009. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- ²¹ VWS (2001) Brief aan de Tweede Kamer omtrent de Medische zorg in asielzoekerscentra, dd. 4 mei 2001.
- ²² Willigen L.H.M. van (1990) Eerste medische opvang – ontwikkelingen CGV van theorie naar praktijk. In: CGV. Tien jaar eerste medische opvang van uitgenodigde vluchtelingen. Verslag van een symposium. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
- ²³ Willigen L.H.M. van, Hondius A.J.K. (1992) Vluchtelingen en gezondheid. Theoretische beschouwingen. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger
- ²⁴ Willigen L.H.M. van (2000) Psychosociale en geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers – een integraal onderdeel van de GGZ in een multiculturele samenleving? Een notitie ten behoeve van DGVM/VWS. Amsterdam
- ²⁵ Kamerstukken, 2006–2007, 29 484, nr. 15
- ²⁶ Huijbregts (2004) Passende zorg voor een bijzondere doelgroep. Innovatie van de geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers. Utrecht: GGZ Nederland i.s.m. VGZ
- ²⁷ Ruuk N. de (2003) Identification study. Report on the Netherlands. In: Charles Watters, David Ingleby (Eds.) Good practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers. University of Kent/Utrecht University
- ²⁸ Wet Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (1994)
- ²⁹ Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005 [geconsolideerde tekst, geldig op 27-7-09]
- ³⁰ Kamerstukken, 2006-2007, 29689/19637/29484, nr. 130
- ³¹ Kamerstukken, 2006 – 2007, 29689/19637/29484, nr 151
- ³² COA (2008) Factsheet Project Implementatie Visie Gezondheidszorg (PIVG)
- ³³ Regeling Zorg Asielzoekers. Alles over de ziektekostenregeling voor asielzoekers in Nederland. Geldig vanaf 1 januari 2009. <http://www.rzasielzoekers.nl/> [27-07-09]
- ³⁴ <http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/OverDeRZA/OverAsielzoekers.htm> [27-07-09]
- ³⁵ COA (2008) Programma van eisen. Ziektekostenregeling voor asielzoekers 2009. Rijswijk: COA
- ³⁶ Kamerstukken II, 2008/09, 29689, nr.243
- ³⁷ COA (2008) COA & Gezondheidszorg. Nieuwsbrief nr. 6
- ³⁸ Staatsblad (2008) nr. 460. Wet Publieke Gezondheidszorg
- ³⁹ GGD Nederland (2009) Werkdocument. Samenwerkingsafspraken bij openen en sluiten van asielzoekerscentra.

Hoofdstuk 5 – Organisatie van de zorg

- ¹ Kamerstukken II, 2008/09, 19637, nr. 1299
- ² GGD Nederland (2009) Werkdocument. Samenwerkingsafspraken bij openen en sluiten van asielzoekerscentra.
- ³ COA. COA & gezondheidszorg asielzoekers
- ⁴ <http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers.htm>
- ⁵ <http://www.gcasielzoekers.nl/>
- ⁶ COA (2008) Programma van eisen. Ziektekostenregeling voor asielzoekers 2009. Rijswijk: COA
- ⁷ Brief aan de Tweede Kamer van de Staatssecretaris van Justitie omtrent de rechtsbijstand en medische problematiek in het vreemdelingenbeleid dd. 7 oktober 2009
- ⁸ COA (2008) Nieuwsbrief COA & Gezondheidszorg, nr. 6
- ⁹ COA (2008) Nieuwsbrief COA & Gezondheidszorg, nr 8
- ¹⁰ 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 gate-keeping system. BMC Public Health, 7: 310
- ¹¹ <http://www.ggz nederland.nl/index.php?p=115302>
- ¹² Jongedijk R., Hoekstra M. (2006) GGZ voor asielzoekers. Teveel, voldoende of te weinig? Cultuur Migratie Gezondheid 03 06: 148-159
- ¹³ Aarts P.G.H., Visser W.D. (2007) Nabeschouwing. In: Petra G.H. Aarts & Wim D. Visser (Red) Trauma: diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pp. 595-606
- ¹⁴ Quiroga J, Jaranson J.M. (2005) TORTURE, Vol 16, Nr 2-3

- ¹⁵ Carlsson J.M., Lykke Mortensen E., Kastrup M. (2005) A Follow-Up study of Mental Health and Health Related Quality of Life in Tortured Refugees in Multidisciplinary Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (10): 651-657
- ¹⁶ Başoğlu M. (2007) Rehabilitation of traumatised refugees and survivors of torture. After almost two decades we are still not using evidence based treatments. *BMJ* 333: 1230-1
- ¹⁷ 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
- ¹⁸ Silove D. (2005) The best immediate therapy for acute stress is social. *Bulletin of the World Health Organization*. January 2005, 83 (1): 75-76
- ¹⁹ Silove D (2004) From trauma to survival and adaptation: Towards a framework for guiding mental health initiatives in post-conflict societies. In: David Ingleby (Ed) *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Kluwer Academic Press
- ²⁰ Burgerlijk Wetboek, artikel 7: 450
- ²¹ [http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/FormulierenEnBrochures / Tolkendienst.htm](http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/FormulierenEnBrochures/Tolkendienst.htm)
- ²² Pharos. Wanneer laten tolken? Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg. Utrecht: Pharos
- ²³ Kamerstukken 29689/19637/29484, nr 229
- ²⁴ Williams L. (2005) Interpreting services for refugees: Hearing Voices? *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 1 (1): 37 - 49
- ²⁵ Verrept H. (2004) De rol van cultuur bij het medisch tolken. Verslag conferentie in Boston oktober 2003. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0104: 44 - 49
- ²⁶ Bot H. (2004) Een bijzondere samenwerking. Werken met tolken in de geestelijke gezondheidszorg. *Cultuur Migratie Gezondheid* 03 04: 38 -49
- ²⁷ Westerouwen van Meeteren M.A. (2006) Knelpunten in de zorg aan asielzoekers – Een verontrustend signaal van de werkvloer. Den Bosch: GGD “Hart voor Brabant”
- ²⁸ COA (2008) Programma van eisen. Ziektekostenregeling voor asielzoekers 2009. Rijswijk: COA
- ²⁹ Haastrecht P van, Singels L (2000) Cultuurspecifieke voorlichting heeft belangrijke voordelen. *TSG* 78 (5) *Spectrum*: 261-63
- ³⁰ Sbiti A, Bos L (2004) In- en uitstroom van etnisch en cultureel diverse cliënten. Inventarisatie van maatregelen binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Mikado, GGZ Nederland
- ³¹ Joosten-van Zwanenburg E, Hoop T de, Kocken P.L. (2004) Bruggen bouwen. Samenwerking tussen huisartsen en allochtone zorgconsulenten. *Cultuur Migratie Gezondheid* 03 04: 26 - 37
- ³² Nienhuis G, Hendriks M, Naleie Z (2008) Zware dingen moet je voorzichtig duwen. Achtergronden, gevolgen en aanpak meisjesbesnijdenis. Utrecht/Amsterdam: Stichting Pharos/FSAN
- ³³ http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/VeelgesteldeVragen/OverInhoudVanZorg.htm#wat_kunnen_asielzoekers_doen_als_zij_vinden_dat_ze_niet_goed_worden_geholpen?
- ³⁴ Meijer S.A., Smit F., Schoemaker C.G., Cuijpers P. (2006) Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Trimbos Instituut
- ³⁵ Inter-Agency Standing Committee (2007) *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC
- ³⁶ Fairbank J.A., Friedman M.J., Jong J.J.T.M de, e.a. (2003) Interventions Options for Society, Communities, Families, and Individuals. In: Bonnie Green e.a. (Eds) *Trauma Interventions in War and Peace. Prevention, Practice and Policies*. New York: Kluwer Academic/Plenum: 57 - 72
- ³⁷ Baingana F, Hanan B. (2004) Working with the World Bank and Other Development Agencies on Mental Health in Conflict and Post-Conflict Environments. In: Mollica e.a. (Eds) *Book of best practices. Trauma and the Role of Mental Health in Post-Conflict Recovery*. [http://www.project1billion.org/docs /Book%20of%20best%20practices.pdf](http://www.project1billion.org/docs/Book%20of%20best%20practices.pdf)
- ³⁸ <http://www.loketgezondleven.nl/centrum-gezond-leven/>
- ³⁹ WHO (2004) *Prevention of Mental Disorders. Summary Report*. Geneva: WHO: p. 17
- ⁴⁰ WHO. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html [31-10-09]
- ⁴¹ GGD Nederland (2006). *Protocol MOA Gezondheidsbevorderende collectieve voorlichting P28*. Utrecht: GGD Nederland
- ⁴² GGD Nederland (2006) *Verdrinkingspreventie asielzoekers; Handreiking Medische Opvang Asielzoekers*. Utrecht: GGD Nederland
- ⁴³ [http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/g/7831 en v/8933](http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/g/7831_en_v/8933)

- ⁴⁴ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/i/8767>
- ⁴⁵ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/p/8181>
- ⁴⁶ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/9265> en 9675
- ⁴⁷ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/v/8765>
- ⁴⁸ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/m/9737>
- ⁴⁹ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/v8769>; p/8331; p/8243; o/9263; p/7949; h/8413; g/8301
- ⁵⁰ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/l/9385>
- ⁵¹ Ondermeer <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/c> 7861; a/10181; d/8507; c/10363; a/8207; p/10483; p/7685; a/8865
- ⁵² <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/c/8777>
- ⁵³ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/p/8969>
- ⁵⁴ Hurulean E. (2006) Asielzoekers in beweging. Bewegingstherapie bij psychische en onbegrepen lichamelijke klachten. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 01 06: 26-34
- ⁵⁵ Carlsson J.M., Lykke Mortensen E., Kastrup M. (2005) A Follow-Up Study of Mental Health and Health-Related Quality of Life in Tortured Refugees in Multidisciplinary Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (10): 651 - 657
- ⁵⁶ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- ⁵⁷ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- ⁵⁸ Kramer S. (2004) Interculturele competentieprofielen in de GGZ. Mikado, GGZ Nederland
- ⁵⁹ Kramer S. (2007) Nieuwsgierig blijven. Implementatie van de interculturele competenties in de GGZ. Den Haag: Mikado
- ⁶⁰ Mooren T. en Schoorl M (2006) Psycho-educatie aan vluchtelingen en asielzoekers. Programma's belicht en vergeleken. *Cogiscope* 02 06
- ⁶¹ Bemak F., Chung R.C. (2004) Culturally Oriented Psychotherapy with Refugees. In: Uwe P. Gielen, Jefferson M. Fish, Juris G. Draguns (Eds) *Handbook of culture, therapy, and healing*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers: 121 - 132
- ⁶² Borra R, Dijk R van, Rohlof H (2002) Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM IV. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- ⁶³ Knipscheer J.W., May R., Schouten E., Kleber R.J. (2005) Intercultureel werken in de GGZ. Hoe werkt dat bij kortdurende behandeling? *Cultuur Migratie Gezondheid* 0305: 2 -12
- ⁶⁴ Groen S (2008) Een nieuwe versie van het culturele interview. Toepassing en evaluatie van een vragenlijst voor cultuursensitieve diagnostiek in de GGZ. *Cultuur Migratie Gezondheid* 02 08: 96 - 103
- ⁶⁵ Rohlof H., Groen S. (2009) Het culturele interview, toepasbaar in de huisartsenpraktijk. *Bijblijven 2009-4*, Zorg voor allochtonen. *Tijdschrift Praktische Huisartsgeneeskunde*: 38 - 43
- ⁶⁶ GGZ Nederland (2004) Passende zorg voor een bijzondere doelgroep. Innovatie van de geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers. Utrecht: GGZ Nederland ism Zorgverzekeraar VGZ Utrecht, pp 40 - 43
- ⁶⁷ Hout I van den, Zon P van (2007) Als de nood hoog is, is de aandacht nabij. Mindfulness Based Stress Reduction voor getraumatiseerde vluchtelingen. *Cultuur Migratie Gezondheid* 03 07: 130 - 139
- ⁶⁸ Pannekeet, Paalvast (2005) Handreiking Interculturele Zorgprogramma's. Utrecht: GGZ Nederland
- ⁶⁹ <http://www.mikadonet.nl> [7-09-09]
- ⁷⁰ Bekker M, Mens-Verhulst J. van (2008) GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMW. Tilburg University
- ⁷¹ Ingleby D. (2009) Migranten en etnische minderheden in de Nederlandse gezondheidszorg: een internationaal perspectief. In: Aziza Sbiti & Indra Boedjarath (Red.) *Gekleurde gekte. Jubileumboek*. Rotterdam: Mikado, pp. 100 - 115
- ⁷² Dijk R van (2005) 2003 – Interculturalisation of health care: Dutch lessons. In: OGM (red) *Het OGM van 1972 – 2005. Van medische verzorging buitenlandse werknemers tot interculturele zorg*. De Bilt: Bureau OGM
- ⁷³ Dijk R. van (2009) Interculturalisatie in de GGZ: achtergrond, ontwikkeling en toekomst. In: In: Aziza Sbiti & Indra Boedjarath (Red.) *Gekleurde gekte. Jubileumboek*. Rotterdam: Mikado, pp72 - 87
- ⁷⁴ Psy (2009) Psychische zorg voor asielzoekers brokkelt af. *Psy* 25-06-09
- ⁷⁵ Pharos. Asielzoekers en gezondheid en medische aspecten in de asielprocedure. Meerjarenprogramma 2009-2011. Utrecht: Pharos [www.pharos.nl; 7-09-09]

- ⁷⁶ Cogis. Brochure. <http://www.cogis.nl/uploads/documents/204.pdf>
- ⁷⁷ Cogis (2009) Jaarverslag 2008. Utrecht: Cogis, blz 13
- ⁷⁸ Bruers J.J.M. (1985) Vervreemding, geborgenheid en integratie. Opvang en behandeling van Vietnamezen in het psychiatrisch ziekenhuis "Wolfheze". Psychiatrisch Ziekenhuis Wolfheze
- ⁷⁹ <http://www.ggzdrenthe.nl/index.php?pageID=85>
- ⁸⁰ Droždek B., Wilson J.P. (2004) Uncovering: Trauma focused treatment techniques with asylum seekers. In: John P. Wilson, Boris Droždek (Eds.) Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims. New York: Brunner-Routledge, 2004.
- ⁸¹ Aa E. van der (1997) Asielzoekers en Beschermd Wonen. Utrecht: GGZ Nederland
- ⁸² College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2002) Uitvoeringstoets inzake GGZ-voorzieningen voor asielzoekers en vluchtelingen. Utrecht, blz. 24

Hoofdstuk 6 – Goede praktijken

- ¹ United Nations. E/C.12/2000/4, CESCR
- ² Watters C., Ingleby D. (2003) Good practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers. Canterbury: University of Kent
- ³ Watters C., Ingleby D (2004) Locations of care: Meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe. International Journal of Law and Psychiatry, 27: 549 - 570
- ⁴ The Hub. (2007) Minimum standards in asylum reception: good practice. Report for the ENARO closing conference. <http://www.enaro.eu/thehub/> [15 augustus 2009]
- ⁵ Palmer D, Ward K (2006) 'Unheard voices': listening to Refugees and Asylum seekers in the planning and delivery of mental health service provision in London. London: Commission for Patient and Public Involvement in Health
- ⁶ Silove D. (2005) The best immediate therapy for acute stress is social. Bulletin of the World Health Organisation. January 2005, 83 (1): 75-76
- ⁷ WHO (2004) Mental Health Policy, Plans and Programmes (updated version). Geneva: WHO, p.3
- ⁸ WHO (2004) Promoting Mental Health. Concepts – Emerging Evidence – Practice. Summary Report. Geneva: WHO, p. 49
- ⁹ Loes van Willigen (Ed) (1998) Medical ethical standards in mental health care for victims of organized violence, refugees and displaced persons. Amsterdam/Utrecht: Royal Tropical Institute - Pharos
- ¹⁰ Pharos (2007) Arts en vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos
- ¹¹ PWG (2004) Considerations in Planning Psychosocial Programs. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/>
- ¹² Quiroga J, Jaranson J.M. (2005) TORTURE, Vol 16, Nr 2-3
- ¹³ Brok B. den (1998) Ethics without borders – a literature study. In: Loes van Willigen (Ed) (1998) Medical ethical standards in mental health care for victims of organized violence, refugees and displaced persons. Amsterdam/Utrecht: Royal Tropical Institute – Pharos: 17- 42
- ¹⁴ Summerfield D. (2001) Asylum-seekers, refugees and mental health services in the UK. Psychiatric Bulletin, 25, 161-163
- ¹⁵ Duncan J, Arntson L (2004) Children in Crisis: Good Practices in Evaluating Psychosocial Programming. Save the Children Federation, p 9
- ¹⁶ Dorgelo A., Sbiti A., Kamperman A. (2007) Good practices in de GGZ. Een handreiking voor succesvolle implementatie van interculturele good practices. Cultuur Migratie Gezondheid 03 07: 154 - 160
- ¹⁷ Gurr R., Quiroga J. (1998) Desk study on approaches to torture rehabilitation. Copenhagen: Ministry of Foreign Affairs
- ¹⁸ NIZW (2001) Guidelines for Programmes. Psychosocial and Mental Health Care Assistance in (Post) Disaster and Conflict Areas. Draft. Utrecht: NIZW
- ¹⁹ WHO (2003) Mental Health in Emergencies. Geneva: WHO
- ²⁰ PWG (2004) Considerations in Planning Psychosocial Programs. . <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/> (Nov. 2004)
- ²¹ Inter-Agency Standing Committee (2007) IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC
- ²² Kieft B., Kamperman A. (2005) Asielzoekers als psychosociale counselors. Verslag van een pilot project. Amsterdam: Transcultural Psychosocial Organisation
- ²³ Haans T (1998) Het labyrint van Ares. Utrecht: Pharos

Literatuurreferenties

- ²⁴ Smith A.J.M., Kleijn W. Chr. Trijsburg R.W., Hutschemaekers G.J.M. (2007) How therapists cope with clients' traumatic experiences. *TORTURE*, Vol 17, nr. 3: 203-215
- ²⁵ Muller P, Al Shebani M. (2003) 'Ik ben hun laatste strohalm'. Quick scan naar de belasting en behoeften van GGZ-werkers bij het werken met schrijnende gevallen. Utrecht: Pharos
- ²⁶ Baron N, Jensen SB, Jong J.T.M de (2003) Refugees and Internally Displaced People. In: Bonnie Green e.a. (Eds) *Trauma Interventions in War and Peace*. Kluwer New York: Academic/Plenum Publishers, pp. 243 - 270
- ²⁷ GGD Nederland (2004) Innovaties in de Medische Opvang Asielzoekers. Vernieuwing ondanks krimp. Verslag Landelijke Conferentie. Utrecht: GGD Nederland
- ²⁸ Goosen S., Koelen M, Langen H, Berkouwer L, Schijndel R. van (2004) Gezond AZC. Is de gezondestedenbenadering toepasbaar in de centrale opvang van asielzoekers? Eindrapport van een pilotproject. Utrecht: GGD Nederland, Wageningen Universiteit
- ²⁹ GGD Nederland (2003) Gezond AZC Nieuwsbericht, Nr. 3
- ³⁰ GGD Nederland Kennisnet zoeknummer 28742.
- ³¹ <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/g/8317/> [18-8-09]
- ³² <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/g/9069/> [18 - 8 - 09]
- ³³ <http://www.mind-spring.org> [18-8-09]
- ³⁴ Uitterhaegen B.F.G. (2005) Psycho-education and psychosocial support in the Netherlands; a program by and for refugees. *Intervention*, 3 (2): 141-147
- ³⁵ GGZ Nederland (2004) Passende zorg voor een bijzondere doelgroep. Innovatie van de geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers. Utrecht: GGZ Nederland ism Zorgverzekeraar VGZ Utrecht, pp 40 - 43
- ³⁶ http://www.bzfo.de/portal/loader.php?seite=healing_garden&navigation=1120
- ³⁷ Breathing Space Project Manual. Good practice in mental health and social care for asylum seekers and refugees.
- ³⁸ Kramer S. (2004) Hoe geven asielzoekers betekenis aan hun ervaringen? Onderzoek naar de hulpverlening aan asielzoekers in een opvangcentrum. *Cultuur Migratie Gezondheid* 01 04: 34 – 43

Bijlage 1

- ¹ Inter-Agency Standing Committee (2007) *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC
- ² Fairbank J.A., Friedman M.J., Jong J.J.T.M de, e.a. (2003) Interventions Options for Society, Communities, Families, and Individuals. In: Bonnie Green e.a. (Eds) *Trauma Interventions in War and Peace. Prevention, Practice and Policies*. New York: Kluwer Academic/Plenum: 57 – 72

Bijlage 2

- ¹ Johan Mackenbach en Evert van der Veen (red)(2004) *Gezondheid in kleur. Nieuwe inzichten uit het onderzoeksprogramma Cultuur & Gezondheid*. Amsterdam: Aksant
- ² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- ³ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- ⁴ GGZ Nederland (2004) *1000 bloemen bloeien ... Tijd voor de oogst. Een overzicht van het Actieplan Interculturalisatie 2001 – 2004*. Utrecht: GGZ Nederland
- ⁵ GGZ Nederland (2004) *Passende zorg voor een bijzondere doelgroep. Innovatie van de geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers*. Utrecht: GGZ Nederland i.s.m. Zorgverzekeraar VGZ Utrecht
- ⁶ VWS (2004) *Brief aan de Tweede Kamer over allochtonen in de gezondheidszorg*
- ⁷ Ministerie van VWS (2008) *Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden*. Den Haag: VWS
- ⁸ Danish Institute for Human Rights, EurASYLUM Ltd & Migration Policy Institute (2006) *European Refugee Fund: Final evaluation of the first phase (2000-2004), and definition of a common assessment framework for the second phase (2005-2010)*
[http://ec.europa.eu/justice_home/funding/2004_2007/refugee/doc/evaluation_2006/dg_eval_European_0306_en.pdf]
- ⁹ http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/html/welcome/dpt_welcome_en.html [14 aug. 09]
- ¹⁰ <http://www.mighealth.net>