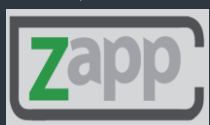


Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen



Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen

**Samenvatting en bespreking van drie
deelstudies**



**Loes van Willigen
Amsterdam, september 2010**

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.

September 2010
ISBN 978-90-816257-1-5

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



Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen
Samenvatting en bespreking van drie deelstudies

Loes van Willigen
Amsterdam, september 2010

Voorwoord

De doelstelling van het project Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen (ZAPP) is een bijdrage te leveren aan een verbetering van de hulpverlening aan asielzoekers met psychische problemen. Het project vloeit voort uit het project Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen (MAPP). Bij het MAPP kwamen signalen binnen dat asielzoekers, bij wie bij aanvang van de asielprocedure psychische problemen waren geconstateerd, geen of onvoldoende toegang tot zorg en/of behandeling hadden. Dit kan te maken hebben met (een 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. Om die reden zijn in de eerste fase van het ZAPP project drie deelstudies verricht om inzicht te verkrijgen in de huidige toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Deze fase is nu zo goed als afgerond.

Aan de drie deelstudies hebben verschillende personen deelgenomen. De literatuurstudie werd verricht door Loes van Willigen. Voor het verkrijgen van de benodigde literatuur kon zij een beroep doen op de medewerkers van de bibliotheek van Pharos - kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid. De interviews voor de kwalitatieve studie onder asielzoekers met psychische problemen werden verricht door Petra Pannekoek, Riëtte Mellink, Kees Aalbersberg, Bangin Yussif, Valerie Minne en Sander Kramer. Medewerkers van VluchtelingenWerk Nederland fungeerden als brug tussen de interviewers en de asielzoekers met psychische problemen. Sander Kramer deed verslag van de resultaten van dit kwalitatieve onderzoek. Medewerkers van Pharos, Frea Haker, Hester van Bommel en Evert Bloemen, verrichtten het kwalitatieve onderzoek onder betrokken zorgverleners en rapporteerden daarover. Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) verleende haar medewerking aan deze deelstudie en zorgde ervoor dat praktijkondersteuners en huisartsen van de geïnterviewde asielzoekers met psychische problemen konden worden bevraagd.

Valerie Minne was tot eind juni 2010 de coördinator van het ZAPP project, daarin bijgestaan door Bangin Yussif. Op 1 juli 2010 nam Annemieke Keunen de taak van Valerie Minne over. De eerste fase van het ZAPP project werd verder begeleid door Petra Pannekoek en Riëtte Mellink. Het ZAPP is een project van het ASKV/Steunpunt Vluchtelingen en wordt gefinancierd door het Europees Vluchtelingen Fonds, het Innovatiefonds Zorgverzekeraars en het Fonds Psychische Gezondheid.

Dit rapport, geschreven door Loes van Willigen, betreft de samenvatting van de resultaten van de drie deelstudies tezamen.^a Zonder de medewerking van bovengenoemde personen en organisaties had dit rapport niet geschreven kunnen worden. Daarvoor gaat onze hartelijke dank naar hen allen, en in het bijzonder naar de asielzoekers en hun hulp- en zorgverleners die veelal openhartig met ons spraken.

Asielzoekers met psychische problemen vormen een bijzondere, kwetsbare groep die na aankomst in Nederland extra aandacht en tijdige hulp behoeft van alle partijen die bij hun hulp- en zorgverlening betrokken zijn. In de tweede fase van het ZAPP project hopen wij met het uitvoeren van een proefproject een goede praktijk te ontwikkelen in de hulp- en zorgverlening aan asielzoekers met psychische problemen. Daarbij is een brede, multidisciplinaire afstemming en samenwerking noodzakelijk. Gezien de vele positieve, welwillende en soms enthousiaste reacties die wij tot nu toe hebben ervaren in onze contacten met betrokken organisaties, denken wij daarop te kunnen rekenen. Naar wij hopen zal het proefproject succesvol verlopen en duurzaam blijken te zijn.

Annemieke Keunen
Projectcoördinator ZAPP

Amsterdam, september 2010

^a De drie volledige deelstudies zijn vanaf 4 november 2010 te vinden op de webpagina van het ZAPP op www.askv.nl.

Inhoudsopgave

Voorwoord	i
1 Inleiding	1
1.1 Onderzoeksopzet	1
1.2 Leeswijzer.....	3
2 De asielprocedure, opvang en organisatie van de zorg.....	4
2.1 De asielprocedure	4
2.2 De opvang van asielzoekers	4
2.3 De organisatie van de zorg.....	5
2.4 Overige hulp en begeleiding in de opvangcentra	6
3 De zorgverlening vanuit het perspectief van de asielzoekers	8
3.1 De ervaringen en omgaan met de huidige leefsituatie	8
3.2 Lichamelijke en psychische problematiek.....	9
3.3 De ervaringen met de zorgverlening.....	9
3.4 Verbeteringen in de hulp- en zorgverlening	10
4 Het zorgaanbod vanuit het perspectief van de zorgverleners	11
4.1 Visie, uitdagingen en de rol van de asielprocedure in het hulpverleningsproces	11
4.2 De kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van het zorgaanbod	12
4.3 Ervaringen met het MAPP.....	13
4.4 Visie over de veranderingen en verbeteringen in de zorg	13
5 Bespreking	15
5.1 Kenmerken van de asielzoekers met psychische problemen	15
5.2 De kwaliteit van de zorgverleners.....	19
5.3 De kwaliteit van betrokken zorginstellingen.....	20
5.4 De rol van het MAPP onderzoek bij het zorggebruik en zorgaanbod	25
5.5 De representativiteit en validiteit van de kwalitatieve studies	25
6 Conclusies en aanbevelingen	27
Bijlage: Theoretisch model van de invloed van cultuur op de zorgverlening	31
Lijst met afkortingen.....	32
Literatuur.....	33

1 Inleiding

Het project Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen (ZAPP) komt voort uit het project Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen (MAPP) van het Amsterdams Solidariteits Komitee voor Vluchtelingen (ASKV), dat loopt tot eind 2010. In het MAPP-project wordt aan het begin van de asielprocedure een psychologisch onderzoek verricht bij asielzoekers met psychische problemen, om vast te stellen of zij psychische klachten hebben die mogelijk interfereren met het vermogen om verklaringen af te leggen tijdens de asielprocedure. Vrijwilligers van VluchtelingenWerk Nederland en rechtshulpverleners worden getraind in het signaleren van psychische problemen bij asielzoekers met behulp van een vroegsignaleringslijst. Bij vermoeden van psychische problematiek nemen zij contact op met het MAPP, dat vervolgens in het aanmeldcentrum psychologisch onderzoek door gezondheidspsychologen en psychiaters organiseert.¹ Van de bevindingen bij het psychologisch onderzoek wordt een rapport opgesteld dat ter beschikking wordt gesteld aan hun rechtshulpverleners of advocaten. Indien er sprake is van een situatie waarin nader onderzoek en/of behandeling is geïndiceerd, draagt het MAPP de rapportage, met toestemming van de cliënt, ook over aan de medische dienst van de opvanglocatie. In de afgelopen vier jaar zijn meer dan achthonderd asielzoekers bij wie mogelijk sprake is van psychiatrische problemen, aangemeld bij het MAPP. Bijna vierhonderd van deze asielzoekers zijn door een gezondheidspsycholoog of psychiater onderzocht.²

Bij het MAPP kwamen signalen van rechtshulpverleners en advocaten binnen dat er bij veel asielzoekers waarvoor gezondheidspsychologen en psychiaters verbonden aan het MAPP nader onderzoek en behandeling hadden geadviseerd, geen zorg en behandeling op gang was gekomen. Daarvoor kunnen verschillende redenen zijn die te maken hebben met (een 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.

Om die reden beoogde het ZAPP project in de eerste fase van het project inzicht te verkrijgen in de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen en de factoren die daarop van invloed zijn. Daartoe zijn drie deelstudies verricht: 1) een literatuuronderzoek, 2) een kwalitatief onderzoek onder asielzoekers met psychische problemen en 3) een kwalitatief onderzoek onder betrokken zorgverleners.^b Voor het kwalitatief onderzoek onder betrokken zorgverleners werd samengewerkt met de Stichting Pharos – kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid, die deze deelstudie verrichtte. De drie deelstudies zijn verricht voordat op 1 juli 2010 de asielprocedure en het opvangmodel werden gewijzigd. Daar echter het aanbod en de organisatie van de zorg onveranderd zijn gebleven, zijn deze wijzigingen niet van betekenis voor de bevindingen van de drie deelstudies.

Deze publicatie is een samenvatting en bespreking van de resultaten van de drie studies. Enige casusbeschrijvingen illustreren in hoofdstuk 5 de bevindingen.

1.1 Onderzoekopzet

De literatuurstudie

De literatuurstudie betreft de huidige kennis (in 2009) over:

- de aard en omvang van de psychische problemen van asielzoekers en hun zorggebruik, evenals de factoren die daarop van invloed zijn;
- de internationale, Europese en nationale regelgeving ten aanzien van het recht van asielzoekers op zorg;
- de organisatie van de zorg voor asielzoekers in Nederland;

^b De drie deelstudies zijn vanaf 4 november 2010 te vinden op de webpagina van het ZAPP op www.askv.nl.

- en ‘goede praktijken’ in de zorg voor asielzoekers met psychische problemen.

Om praktische redenen beperkt de literatuurstudie zich tot meerderjarige asielzoekers die al dan niet in gezinsverband verblijven in de open opvangcentra van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA).

De resultaten van de literatuurstudie vormden het uitgangspunt voor de twee kwalitatieve studies onder asielzoekers met psychische problemen en hun hulp- en zorgverleners.

Definities

Voor een nadere bepaling van de ‘toegankelijkheid’ en ‘kwaliteit’ van de zorg is gebruik gemaakt van het conceptueel model van Weide (1998)(zie de Bijlage op blz. 31).³ Toegankelijkheid kan, volgens het model van Weide, worden opgevat als de uitkomst van drie categorieën van factoren: de kwaliteit van de hulpverlener, de kwaliteit van de zorginstelling en de kenmerken van de patiënt, waaronder diens kennis over de gezondheidszorg en ziekten, sociaal netwerk, ziektegedrag, zorgbehoefte en zorggebruik.⁴ Toegankelijkheid wordt dus beïnvloed door kwaliteit, maar kan zelf ook als een kwaliteitsaspect worden beschouwd, aldus Weide (1998).³

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen van 1994 werd kwaliteit van de zorg omschreven als doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht, ofwel verantwoorde zorg of ‘zorg op maat’.⁵ Vanaf 2005 wordt in de gezondheidszorg door beroepsorganisaties, wetenschappers en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (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.⁶

De continuïteit van de zorg betreft de coördinatie en afstemming van de zorg tussen zorgverleners en instellingen, en een adequate doorverwijzing, ook bijvoorbeeld bij verhuizing.^{7 8}

De kwalitatieve studies

De kwalitatieve studies betreffen asielzoekers die door rechtshulpverleners of advocaten in de aanmeldcentra werden verwezen naar het MAPP en al dan niet zijn onderzocht door aan het MAPP verbonden gezondheidspsychologen of psychiaters, evenals hun hulp- en zorgverleners. De onderzoeksvragen van de kwalitatieve studies betreffen **‘welke ervaringen en percepties hebben asielzoekers met psychische problemen en hun hulp- en zorgverleners ten aanzien van de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg en welke aanbevelingen doen zij om deze te verbeteren.’** In hoeverre MAPP rapportages bij hebben gedragen aan tijdige zorg voor betreffende asielzoekers is één van de deelvragen van de kwalitatieve studies. In de twee studies is uitdrukkelijk niet gekeken naar de effectiviteit en veiligheid van de geboden zorg, maar wel naar de patiënt- of cliëntgerichtheid.

De twee kwalitatieve studies zijn verricht in negen opvangcentra voor asielzoekers die variëren in aard, ligging, grootte en, voor zover bekend, (fysieke) toegankelijkheid van de zorg.

Onderzoeksgroepen

De geïnterviewde asielzoekers betreffen 57 personen, 35 mannen en 22 vrouwen. Van deze groep zijn 53 bij het MAPP aangemeld en 36 van hen zijn door gezondheidspsychologen of psychiaters verbonden aan het MAPP onderzocht. Vier geïnterviewde asielzoekers waren niet bij het MAPP bekend, maar vertoonden wel psychische problematiek. De asielzoekers zijn afkomstig uit 27 verschillende landen. De grootste groep wordt gevormd door Iraniërs (7 personen). Meer dan de helft van de geïnterviewde asielzoekers is jonger dan 30 jaar, negen van hen ouder dan 40 jaar en de leeftijd van de overigen zit daar tussenin. Twintig geïnterviewde asielzoekers verblijven korter dan 1 jaar, zestien asielzoekers tussen 1 en 2 jaar, dertien asielzoekers tussen de 2 en 3 jaar en vier asielzoekers langer dan 3 jaar in Nederland. In acht van de negen opvangcentra zijn ook medewerkers van VluchtelingenWerk geïnterviewd over hun beleving van de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg.

In dezelfde negen opvangcentra zijn 33 zorgverleners, 18 mannen en 15 vrouwen, betrokken bij de zorg voor de geïnterviewde asielzoekers geïnterviewd. Van hen zijn 19 werkzaam bij het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A), 8 als huisarts en 11 als praktijkondersteuner asielzoeker (POH A). Elf zorgverleners zijn werkzaam bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), waarvan 3 als arts of psychiater en 8 als psycholoog of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Drie zorgverleners betreffen maatschappelijk werkers die werkzaam zijn bij het algemeen maatschappelijk werk (AMW) ten behoeve van asielzoekers in de opvang.

De meesten van deze 33 zorgverleners werken al langere tijd in deze functie. Van de acht huisartsen werken er zeven langer dan acht jaar met asielzoekers. De achtste huisarts werkt pas sinds een halfjaar voor het GC A. Van de POH A's werken zeven van de elf langer dan tien jaar met asielzoekers (voorheen MOA, nu GC A). De andere POH A's werken respectievelijk, een half, één, twee en drie jaar met deze doelgroep.

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

Methode

De asielzoekers, medewerkers van VluchtelingenWerk en de zorgverleners zijn aan de hand van topiclijsten, die werden afgestemd op de verschillende onderzoeksgroepen, semi-gestructureerd geïnterviewd. Tijdens de interviews met de asielzoekers is hen toestemming gevraagd om cliëntgebonden vragen te stellen aan hun zorgverleners. Niet alle betrokken asielzoekers hebben daar toestemming voor gegeven. Voor de interviews met de asielzoekers is veelal gebruik gemaakt van telefonische tolkendiensten. De interviews duurden bij de verschillende onderzoeksgroepen gemiddeld 1 à 1 ½ uur. De interviews zijn woordelijk uitgeschreven en vervolgens volgens de methode van de inductieve analyse geanalyseerd. Gekeken is naar zowel tendensen, als individuele ervaringen. Indien asielzoekers toestemming hadden gegeven om hun casus te bespreken met hun zorgverleners zijn hun wederzijdse ervaringen samengevoegd. Op die wijze is een beeld verkregen van de interactie tussen asielzoekers en hun zorgverleners. Enkele van deze samengevoegde casus zijn in hoofdstuk 5 gebruikt ter illustratie van de bevindingen in de drie deelstudies.

1.2 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt eerst de asielprocedure, de opvang en de organisatie van de zorg geschetst. Vervolgens wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten van het kwalitatieve onderzoek onder de asielzoekers. Daarna volgt een hoofdstuk met de samenvatting van de resultaten van het kwalitatief onderzoek onder de zorgverleners van de geïnterviewde asielzoekers. Dit wordt gevolgd door een hoofdstuk waarin de resultaten van beide studies aan de hand van de bestudeerde literatuur worden besproken. De publicatie wordt afgesloten met de belangrijkste conclusies en aanbevelingen die uit de drie studies voortvloeien.

2 De asielprocedure, opvang en organisatie van de zorg

De psychische problemen van asielzoekers en hun zorggebruik kunnen niet los worden gezien van hun (geweld)achtergronden. Asielzoekers hebben vaak al vele beproevingen doorstaan voordat zij in Nederland arriveren. Tevens kunnen zij na aankomst nog 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 aanvragen is afkomstig uit landen waar oorlog en repressie heerst. Velen hebben noodgedwongen hun gezins- en/of familieleden achter moeten laten.

Daarnaast zijn ook de asielprocedure, de opvang en de wijze waarop het zorgaanbod en overige hulp en begeleiding zijn georganiseerd van invloed op de psychische problemen van asielzoekers (zie hoofdstuk 5). Om die reden wordt daar in dit hoofdstuk een korte schets van gegeven. Daarbij moet worden opgemerkt dat de deelstudies werden verricht tussen juni 2009 en mei 2010. Per 1 juli 2010 zijn de asielprocedure en het opvangmodel gewijzigd. Deze wijzigingen zijn echter niet van betekenis voor de bevindingen van de deelstudies daar de organisatie van de zorg en het zorgaanbod sinds 1 januari 2009 onveranderd zijn gebleven.

Om praktische redenen beperkt de beschrijving van de asielprocedure, opvang en organisatie van de zorg zich tot asielzoekers die via land in Nederland zijn aangekomen, of via Schiphol zijn verwezen naar de 'land' procedure. In het aanmeldcentrum te Schiphol zijn de procedure, opvang en zorg namelijk anders georganiseerd.

2.1 De asielprocedure

Een deel van de asielaanvragen van asielzoekers die over land in Nederland arriveren werd tot voor kort afgedaan in het aanmeldcentrum in de zogenaamde AC of 48-uurs procedure. De andere aanvragen werden behandeld in de vervolgpprocedure, de OC-procedure. Soms werd in de afgelopen jaren verwezen naar de vervolgpprocedure, omdat in het kader van het MAPP project werd geconstateerd dat er bij een asielzoeker psychische problemen aanwezig waren die zouden kunnen interfereren met het gehoor door de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND). De IND heeft inmiddels een werkinstructie opgesteld hoe in de asielprocedure moet worden omgegaan met asielzoekers met psychische problemen.²

Daar er bezwaren werden geuit tegen deze 48-uurs procedure heeft de regering de asielprocedure per 1 juli 2010 gewijzigd.⁹ Voordat de asielprocedure van start gaat krijgt de asielzoeker een rust en voorbereidingstijd (RVT).⁹ In deze periode wordt o.a. een medisch onderzoek aangeboden om te bezien of er gezondheidsproblemen zijn die kunnen interfereren met het gehoor van de asielzoeker.¹⁰ De AC-procedure, nu algemene asielprocedure genoemd, wordt verlengd naar acht werkdagen. Indien in deze tijd de procedure niet kan worden afgerond, bijvoorbeeld omdat langer durend, nader onderzoek noodzakelijk is, wordt de asielprocedure verlengd.¹¹ Er wordt naar gestreefd dat asielzoekers zoveel mogelijk worden bijgestaan door één en dezelfde advocaat. In het besluit van de IND over een asielaanvraag wordt tevens, indien daar aanleiding voor is, meegewogen of de asielzoeker een verblijf op medische gronden dient te worden toegekend.⁹ In de beroepsprocedure mag de rechter, in tegenstelling tot voor kort, nieuwe feiten en/of beleidswijzigingen bij zijn uitspraak betrekken.

2.2 De opvang van asielzoekers

De opvang van asielzoekers valt onder de verantwoordelijkheid van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA). Tot voor kort kende de opvang drie fasen, die gerelateerd waren aan de fasen van de asielprocedure. Naast de Tijdelijke Noodopvang Voorziening (TNV) waar asielzoekers werden gehuisvest

voordat de asielprocedure van start ging, waren er twee andere soorten asielzoekerscentra, namelijk de Oriëntatie en Inburgeringcentra (O&I) en de Terugkeer centra.^c In de O&I centra kregen asielzoekers een oriëntatietraining. De nadruk lag in deze fase op zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de asielzoekers. In deze O&I centra werd ook een start gemaakt met de inburgeringscursus voor asielzoekers die een verblijfstatus hadden gekregen totdat zij zelfstandig in een gemeente konden worden gehuisvest. In de terugkeer centra werden asielzoekers geplaatst die een eerste afwijzing op hun asielverzoek hadden ontvangen. Daar werden zij op hun terugkeer naar het land van herkomst voorbereid.

Per 1 juli 2010 worden asielzoekers in eerste instantie opgevangen in de centrale ontvangstlocatie (COL) van het COA in Ter Apel. Vervolgens worden zij tijdens de algemene asielprocedure opgevangen in een procesopvanglocatie (POL) van het COA. Deze bevinden zich in de buurt van een IND-behandelkantoor. Bij verlenging van de procedure worden asielzoekers opgevangen in reguliere asielzoekerscentra. Er zijn geen terugkeer centra meer. In de asielzoekerscentra krijgen asielzoekers van medewerkers van het COA begeleiding gericht op de fase waarin zij in de asielprocedure zitten.¹²

De centra van het COA liggen verspreid over het land, veelal buiten de bebouwde kom van gemeenten, en zijn zeer verschillend in oorspronkelijk doel en bouw. De belangrijkste knelpunten in de opvang zijn, volgens de literatuur, dat de centra veelal niet zijn ingericht voor langdurig verblijf, dat asielzoekers om velerlei redenen veelvuldig moeten verhuizen en dat zij te weinig informatie krijgen over de situatie waarin zij verkeren.^{13 14} Verder ontbreekt het veelal aan privacy en het gevoel van veiligheid in de centra.^{15 16 17 18} Conflicten, discriminatie en geweld komen er regelmatig voor.¹³

De hoop is dat langdurig verblijf en veelvuldig verhuizen door de wijzigingen in de asielprocedure en het opvangmodel nu tot het verleden gaan behoren.

2.3 De organisatie van de zorg

De organisatie van de zorg voor asielzoekers is op 1 januari 2009 gewijzigd. Tot die datum waren Medische Opvang Asielzoekers (MOA) teams van GGD'en, aanwezig in de opvangcentra, verantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg en toeleiding van asielzoekers naar de reguliere zorg. Nu hebben asielzoekers in de asielzoekerscentra van het COA in principe dezelfde toegang tot de gezondheidszorg als andere ingezetenen in Nederland. Dat geldt echter niet voor asielzoekers in de COL of POL; deze hebben, voor zover nu bekend, slechts toegang tot medisch noodzakelijke zorg.

Het COA heeft voor asielzoekers in de centrale opvang een contract afgesloten met zorgverzekeraar Menzis voor de uitvoering van de Regeling Zorg Asielzoekers.¹⁹ Dit betreft de curatieve zorg. De publieke gezondheidszorg voor asielzoekers valt vanaf 2010 onder de verantwoordelijkheid van lokale GGD'en.²⁰ COA medewerkers hebben een zogenaamd niet-medische gidsfunctie, d.w.z. zij informeren asielzoekers bij wie zij terecht kunnen voor medische zorg en hoe de Nederlandse gezondheidszorg is georganiseerd.

De huisartsenzorg voor asielzoekers is verenigd in het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A). Indien een asielzoeker een arts wil consulteren kan deze de praktijklijn van het GC A bellen, of naar het inloopsprekruur gaan (zie hieronder). De praktijklijn van het 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. De doktersassistenten van het GC A maken, indien zij dit geïndiceerd achten, een afspraak met de huisarts

^c Tijdens de AC-procedure verbleven asielzoekers in Ter Apel in het aanmeldcentrum van de IND. Dit gold de afgelopen tijd niet voor asielzoekers die zich in het aanmeldcentrum Zevenaar hadden gemeld. Zij verbleven in een naburig opvangcentrum van het COA.

voor het betreffende opvangcentrum waar de asielzoeker is gehuisvest. Daarnaast zorgen praktijkondersteuners asielzoekers (POH A) voor inloopsprekuren in of nabij de opvangcentra, veelal meerdere dagdelen per week. Zo nodig verwijzen de POH A's naar de huisarts. Een asielzoeker kan ook zelfstandig contact opnemen met de huisarts.

POH A's van het GC A verrichten na aankomst van een asielzoeker in een opvangcentrum van het COA een eerste intake, zodat tijdig gezondheidsproblemen kunnen worden gesignaleerd.²¹ Daarbij wordt ernaar gestreefd, aldus een brief van de voormalige Staatssecretaris van Justitie aan de Tweede Kamer, om deze intake af te stemmen op de signalering van medische problematiek in de RVT (zie eerder).¹⁰ De huisarts coördineert de zorg en dient, volgens de ziektekostenregeling van het COA, samen te werken in de ketenzorg. Indien asielzoekers zich in de zorg niet goed behandeld voelen kunnen zij daarover klagen.²²

Het GC A houdt gegevens van de asielzoekers bij in een elektronisch patiëntendossier, het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Met de invoering daarvan 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.^{23 24} Volgens de eerdergenoemde brief van de Staatssecretaris van Justitie zal worden bekeken of ook de gegevens uit de signalering van medische problemen in de RVT in het elektronisch patiëntendossier kunnen worden betrokken.¹⁰

Voor psychosociale en psychische problemen kan de huisarts verwijzen naar het algemeen maatschappelijk werk en lokale en gespecialiseerde GGZ instellingen. De huidige GGZ- en verslavingszorg instellingen bieden doorgaans preventie, eerstelijns-GGZ, ambulante zorg, gespecialiseerde zorg, klinische zorg en langdurig verblijf.²⁵

Als goede praktijk in de GGZ voor asielzoekers kan o.a. het project MindSpring van Parnassia worden genoemd. Hierin worden asielzoekers en vluchtelingen ingezet om als 'peer-educators' kortdurend psycho-educatie en opvoedingsondersteuning cursussen aan groepen asielzoekers in de opvangcentra aan te bieden. Dit project wordt financieel ondersteund door Menzis.

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, zoals Pharos en Mikado, en gespecialiseerde GGZ instellingen. Vier van deze gespecialiseerde GGZ instellingen, namelijk de Evenaar van GGZ Drenthe, Centrum '45, de Phoenix van de Gelderse Roos en Reinier van Arkel in Den Bosch, hebben de handen ineengeslagen, met als oogmerk de kwaliteit van de GGZ voor asielzoekers te vergroten.

Voor de inzet van professionele tolken in de gezondheidszorg voor asielzoekers, kunnen zorgverleners een beroep doen op het Tolk- en Vertaal centrum Nederland.²⁶

2.4 Overige hulp en begeleiding in de opvangcentra

Hierboven is reeds beschreven dat COA medewerkers zorg dragen voor begeleiding van de asielzoekers en een niet-medische gidsfunctie hebben. Daarnaast zijn in alle opvangcentra medewerkers van VluchtelingenWerk aanwezig om asielzoekers ondersteuning bij de rechtsbijstand te verlenen. Medewerkers van de Vrolijkheid organiseren in de opvangcentra creatieve activiteiten voor minderjarige asielzoekers. Veelal worden de ouders daarbij betrokken. Verder zullen het UAF, VluchtelingenWerk en de Vrolijkheid vanaf de zomer van 2010 sociaal-culturele activiteiten gaan ontplooiën in de opvangcentra, waarbij zoveel mogelijk de omgeving rond de centra zal worden betrokken. De onlangs opgerichte Stichting Duurzame Terugkeer, waarin organisaties als het COA, VluchtelingenWerk Nederland, de

Internationale Organisatie voor Migratie en Pharos zijn verenigd, biedt steun bij vrijwillige terugkeer van asielzoekers.

3 De zorgverlening vanuit het perspectief van de asielzoekers

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten van het kwalitatieve onderzoek onder asielzoekers met psychische problemen.

De vraagstelling van het kwalitatieve onderzoek onder asielzoekers met psychische problemen luidt: **'Welke ervaringen hebben asielzoekers met psychische problemen met de zorgverlening in Nederland?'**

Deze vraagstelling is geoperationaliseerd in een aantal deelvragen:

1. Hoe ervaren de asielzoekers hun huidige situatie en gezondheid en welke problemen hebben zij?
2. Hoe ervaren de asielzoekers de toegang tot en het aanbod van zorg?
3. Wat betekende het MAPP onderzoek voor hen, die dit hebben gehad?
4. Hoe en door wie zou de huidige situatie verbeterd kunnen worden?

Tevens is aan enkele medewerkers van VluchtelingenWerk gevraagd hoe zij de zorg voor asielzoekers met psychische problemen ervaren. Voor de beschrijving van de onderzoeksgroepen en onderzoeksmethode zie blz. 2 en 3.

Hiernavolgend komen eerst de ervaringen van geïnterviewde asielzoekers met hun huidige situatie aan de orde. Vervolgens wordt een schets gegeven van hun lichamelijke en psychische klachten en de oorzaken die zij daaraan toeschrijven. Daarna volgt een beschrijving van de ervaringen van de geïnterviewde asielzoekers met de zorgverlening. Tevens komt de rol die het MAPP onderzoek voor sommigen van hen heeft gespeeld aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enige gedachten van geïnterviewde asielzoekers over verbetering van de hulp- en zorgverlening.

3.1 De ervaringen en omgaan met de huidige leefsituatie

Het ervaren van de huidige leefsituatie

Alle asielzoekers vertellen in de interviews veel problemen te ervaren in hun huidige leefsituatie, zoals onzekerheid over de uitkomst van de asielprocedure, angst voor gedwongen terugkeer, het wonen in een afgelegen opvangcentrum, het samen moeten wonen met onbekenden, het gebrek aan privacy en aan zinvolle bezigheden en, soms ook, een onheuse bejegening door COA medewerkers. Sommige asielzoekers uiten hun zorgen over achtergelaten of meegekomen gezinsleden. Een enkeling vertelt spontaan over geweldservaringen in het land van herkomst. Dat neemt niet weg dat verschillende asielzoekers ook hun waardering uiten over de opvang in Nederland. Ze zijn dankbaar en voelen zich gered en/ of vergelijken hun huidige, veilige situatie met de onveilige situatie in het land van herkomst. Sommigen voelen zich, ondanks hun problemen, ook redelijk tevreden, omdat het beter met hen gaat dan in de periode direct na aankomst in Nederland.

Kennis over de gezondheidszorg in Nederland

Alle geïnterviewde asielzoekers blijken geïnformeerd over de gezondheidszorg, maar niet iedereen blijkt te weten dat je ook voor psychische klachten bij de zorg terecht kan. Sommige asielzoekers herinneren zich dat zij mondeling en/of schriftelijk informatie van het COA hebben gekregen over de medische zorg, maar deze was voor hen niet altijd begrijpelijk en/of volledig. De informatie van het COA lijkt vaak aangevuld te zijn met informatie over de zorg door medebewoners of andere organisaties in het centrum.

Het omgaan met de huidige leefsituatie

Veelal blijken de asielzoekers door de spanningen en gevoelens van onmacht die de huidige leefsituatie met zich mee brengen een passieve leefstijl te hebben ontwikkeld. Maar er zijn ook enkelen die zich actief

tonen door deel te nemen aan activiteiten, deze zelf te organiseren en/of de Nederlandse taal te leren. Verschillende asielzoekers geven aan dat zij nauwelijks contact met medebewoners hebben, bijvoorbeeld door taalverschillen of wantrouwen. Anderen, vooral enkele vrouwen, vertellen juist steun en/of afleiding te zoeken bij medebewoners. Ook meegekomen gezinsleden, met name de eigen kinderen, zijn voor sommige geïnterviewde asielzoekers bron van steun en zingeving. Daarnaast blijkt het geloof verschillende asielzoekers kracht te bieden. Een enkeling zegt door een goede opvoeding geleerd te hebben hoe met de huidige situatie om te gaan.

3.2 Lichamelijke en psychische problematiek

De klachten van de asielzoekers variëren van pijn, hoofdpijn, slecht slapen, nachtmerries, seksueel disfunctioneren, gespannen zijn, prikkelbaarheid, angst, wanhoop, vermoeidheid, tot het gevoel gek te worden en/of het gevoel door iedereen in de steek gelaten te zijn. Velen geven aan hier ernstig onder te lijden en hierdoor niet goed te kunnen functioneren. In het onderzoek staan de psychische klachten van de asielzoekers centraal. Dit neemt niet weg dat enkelen ook lichamelijke klachten noemen die reeds voor aankomst in Nederland bestonden, zoals longklachten, of klachten die na aankomst zijn ontstaan of verergerd, zoals huiduitslag en prostaatklaften. Velen wijten hun lichamelijke en psychische klachten aan hun ingrijpende ervaringen in het land van herkomst, zoals gevangenschap, martelingen en seksueel geweld, aan de scheiding van achtergebleven familieleden en/of aan schokkende ervaringen in Nederland.

3.3 De ervaringen met de zorgverlening

Ervaringen met het GC A

De meeste geïnterviewde asielzoekers zijn één of meerdere malen voor klachten over hun gezondheid bij het GC A geweest. Een groot deel van hen zegt gemakkelijk toegang tot het GC A te hebben. Slechts in één centrum waar het onderzoek plaats vond houdt het GC A geen spreekuur op het centrum, maar zit het op drie kwartier afstand met de bus van de opvanglocatie. Voor het spreekuur moet telefonisch een afspraak worden gemaakt.

Een deel van de asielzoekers is tevreden over de geboden zorg van het GC A. Er zijn echter ook verschillende asielzoekers die na een eerste contact met GC A uit ontevredenheid daar niet meer naar zijn teruggegaan, of als ze wel zijn terug gegaan over het zorgaanbod ontevreden blijven. Redenen die ze daarvoor aangeven betreffen vooral het gevoel niet door de POH A serieus te zijn genomen, bijvoorbeeld omdat hen paracetamol werd voorgeschreven en/of verteld werd dat hun klachten 'normaal' zouden zijn. Enkelen van hen hebben in het contact met GC A medewerkers het gevoel gekregen geen recht te hebben op zorg. Ook speelt het niet inschakelen van de tolkendienst een rol. Sommige asielzoekers hebben zelfs het gevoel gekregen te moeten 'smeken' om hulp. Enkelen weten niet dat zij ook voor hun psychische problemen hulp bij het GC A kunnen vragen.

Op de vraag aan medewerkers van VluchtelingenWerk hoe zij de zorg voor asielzoekers met psychische problemen ervaren merkt één medewerker op dat de bejegening van asielzoekers door het GC A harder lijkt te zijn geworden. Een ander denkt dat het zorgaanbod van het GC A niet aansluit op de verwachtingen die sommige asielzoekers daarover hebben. Enkele medewerkers van VluchtelingenWerk uiten hun spijt dat er geen overleg meer bestaat tussen het GC A en hen.

Ervaringen met de Geestelijke Gezondheidszorg

Negen en twintig van de 57 geïnterviewde asielzoekers hebben contact met een zorgverlener van de GGZ. Sommigen zijn net met een behandeling in de GGZ begonnen, anderen hebben al verschillende afspraken op het spreekuur gehad. Verder staan 11 asielzoekers op de wachtlijst van een GGZ instelling of zijn daarnaar verwezen, maar een afspraak is nog niet gemaakt. Eén asielzoeker werd niet door het GC A

doorverwezen naar de GGZ en keerde daarom uit ontevredenheid niet naar het GC A terug. Hij heeft via een vriend een psychiater met een privépraktijk gevonden.

De meeste asielzoekers die contact hebben met de GGZ zijn daarover tevreden. Maar zij noemen ook wel enkele knelpunten. Voor sommigen is het reizen naar de locatie van de GGZ instelling belastend. Een ander geeft aan dat het persoonlijk tolken prettiger is dan wanneer een telefonische tolk wordt ingeschakeld. Verschillende asielzoekers klagen erover dat een behandeling werd onderbroken door vertrek van een behandelaar of door verhuizing. Sommigen vinden de frequentie van het contact met de GGZ te laag. Bij een klein deel is het gebruik van medicatie gestopt omdat zij er zelf voor moeten betalen. De behandeling in de GGZ lijkt vooral te bestaan uit hulp bij slaapproblemen, vaak met behulp van medicatie, praten over ingrijpende ervaringen in het verleden, en het stabiliseren van de huidige situatie door o.a. begrip te tonen voor hun moeilijke situatie, hen moed in te spreken en vertrouwen te laten herwinnen. Twee asielzoekers melden de toepassing van een specifieke behandelingsmethode, zoals EMDR.^d

Ervaringen met overige hulp- en zorgverlening

Drie geïnterviewde asielzoekers zeggen contact te hebben met maatschappelijk werkers van het AMW, maar twee van hen zouden liever naar de GGZ willen. Eén asielzoekster krijgt ondersteuning bij de opvoeding van haar zoon en is daar tevreden over. Verder is één asielzoeker zo tevreden over de behandeling die hij krijgt van een fysiotherapeut dat hij niet wil verhuizen.

De rol van het MAPP rapport

Slechts een klein aantal asielzoekers herinnert zich onderzocht te zijn door een psycholoog of psychiater verbonden aan het MAPP project en weet dat het rapport daarover ten dienste stond van de asielprocedure. Sommigen van hen vertellen dat zij van de onderzoeker van het MAPP of hun advocaat te horen hadden gekregen dat er zorgverlening voor hen zou worden georganiseerd, maar dat zij daar nog op zitten te wachten. Geen enkele geïnterviewde asielzoeker heeft het MAPP rapport gebruikt om hulp te verkrijgen.

3.4 Verbeteringen in de hulp- en zorgverlening

Een aantal geïnterviewde asielzoekers benadrukt dat hun situatie zou verbeteren als zij zouden kunnen werken of op andere wijze een zinvolle dagbesteding zouden hebben, zoals de mogelijkheid om te sporten. Ook zegt een enkeling behoefte te hebben aan (een normaliserend) contact met mensen buiten het opvangcentrum. Slechts enkelen noemen verbeteringen in de hulp- en zorgverlening, zoals snellere medische hulp en behandeling en een outreachende benadering in de hulpverlening.

^d EMDR staat voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing, een veel gebruikte therapie in de traumabehandeling.

4 Het zorgaanbod vanuit het perspectief van de zorgverleners bezien

In dit hoofdstuk komen de zorgverleners van de geïnterviewde asielzoekers aan het woord. Voor de samenstelling van deze onderzoeksgroep en de gebruikte methodologie zie blz. 2 en 3.

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

Dit is, mede aan de hand van het model van Weide (zie Definities, op blz.2 en de bijlage, op blz. 31), uitgewerkt in de volgende deelvragen:

- Welke visie hebben hulpverleners op het bieden van zorg voor asielzoekers met psychische problemen en in hoeverre geven ze een ‘eigen’ invulling aan deze zorg?
- Met welke uitdagingen in de zorg voor asielzoekers komen hulpverleners in aanraking en hoe gaan ze ermee om?
- Hoe kijken hulpverleners aan tegen de rol van de asielprocedure in het hulpverleningsproces?
- Hoe evalueren de hulpverleners de eigen kwaliteit en die van hun instelling in relatie tot het verlenen van zorg voor asielzoekers met psychische problemen?
- Hoe evalueren hulpverleners de toegankelijkheid van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen?
- Hoe evalueren de hulpverleners de continuïteit en de samenwerking in de keten?
- Wat weten de hulpverleners over het MAPP en wat vinden zij van het MAPP?
- Welke visie hebben de hulpverleners op het effect van de veranderingen in het zorgsysteem op de zorg voor asielzoekers met psychische problematiek?
- Welke kansen zien de hulpverleners voor het verbeteren van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen?

De eerste drie deelvragen worden beantwoord in de volgende paragraaf. Vervolgens wordt weergegeven hoe de zorgverleners de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van hun zorgaanbod evalueren. Daarna komen hun ervaringen met het MAPP aan bod. Ten slotte wordt weergegeven hoe de zorgverleners de veranderingen in de organisatie van de zorg ervaren en welke kansen zij zien om de zorg te verbeteren.

4.1 *Visie, uitdagingen en de rol van de asielprocedure in het hulpverleningsproces*

Visie op de zorg en eigen invulling

Uit de interviews blijkt dat zorgverleners de asielzoekers als een kwetsbare groep beschouwen en dat psychische problematiek onder hen veel voorkomt. Zij benadrukken de invloed van de leefomgeving en de asielprocedure op het ziektebeeld en zorggebruik. Tegelijkertijd stellen zorgverleners dat ze bij asielzoekers veel kracht zien en dat het van belang blijft om deze kracht te benutten. De visie op hulpverlening en de aanpak van de behandeling zijn grotendeels in lijn daarmee. De GC A medewerkers benadrukken in de dagelijkse praktijk in de zorg voor asielzoekers vooral het belang van activering en het nemen van eigen verantwoordelijkheid. Dit uit zich ook in de neiging om psychische problematiek niet te snel te diagnosticeren en de tijd te nemen om te bekijken hoe en of problemen zich verder ontwikkelen. Ook medewerkers van de GGZ maken melding van het belang van activering, vooral door middel van groepsgerichte activiteiten. Over traumabehandeling is vanuit de GGZ geen eenduidig beeld naar voren gekomen. Een deel van de GGZ hulpverleners benadrukt het belang om zo snel mogelijk met een

traumabehandeling te starten, anderen zeggen dat daarvoor de situatie van de asielzoekers nog te weinig stabiel is.

Uitdagingen

In de gesprekken met de zorgverleners zijn een flink aantal uitdagingen naar voren gekomen waarmee zij in hun werk te maken krijgen, namelijk vooral het omgaan met culturele verschillen en verwachtingen van asielzoekers. Volgens de zorgverleners somatiseren asielzoekers veelal hun psychische problemen. Uit de gesprekken blijkt dat de meeste zorgverleners een bepaalde systematiek hebben ontwikkeld waarmee ze werken en waarmee ze grip proberen te krijgen op de complexiteit van het klachtenpatroon van de asielzoeker. Uit deze aanpak komt een aantal punten naar voren: de hulpverleners besteden veel tijd en aandacht aan het verduidelijken van de hulpvraag en het uitleggen wat voor hulp ze kunnen bieden en wat niet. Als asielzoekers niet op afspraken verschijnen, gaat men er slechts in beperkte mate achteraan. Dit hangt samen met de visie op de asielzoeker als zelfredzame mensen. Zorgverleners rapporteren over het algemeen tevreden te zijn over de inzet van tolken en het omgaan met taalbarrières.

Visie op de rol van de asielprocedure in het zorgverleningproces

De asielprocedure, en de onzekerheid over de afloop daarvan, beïnvloedt volgens de zorgverleners de psychische gezondheid van asielzoekers. Tevens blijkt dat zorgverleners zelf ook te maken krijgen met de asielprocedure, hetzij omdat hun cliënt zelf de problematiek naar voren brengt, hetzij omdat de advocaat van de cliënt contact opneemt. Het lijkt erop dat de zorgverleners gewend zijn aan deze samenkomst van juridische zaken met de gezondheidszorg. Er zijn echter enkele punten waar zorgverleners moeite mee hebben, zoals hun twijfel of cliënten de zorg gebruiken ten behoeve van de asielprocedure. Ook blijkt dat de meeste zorgverleners niet ingaan op vragen van advocaten die ze niet goed kunnen beantwoorden. Als laatste komt duidelijk naar voren dat zorgverleners het moeilijk vinden om om te gaan met advocaten die zich 'bemoeien' met de zorg van hun cliënt. Uit het onderzoek rijst zelfs de vraag of bemoeienis van een advocaat niet leidt tot een 'doctors delay'.

4.2 De kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van het zorgaanbod

Visie op de eigen kwaliteit en die van hun instelling

Zorgverleners kijken over het algemeen kritisch naar hun eigen handelen en naar de hulp die ze asielzoekers kunnen bieden. Ze nemen het werk serieus en voelen zich vaak ook emotioneel betrokken bij de doelgroep. De meeste zorgverleners vermelden dat ze relatief tevreden zijn over hun zorgverlening, maar dat ze wel meer zouden willen bieden. Dit komt overeen met hoe ze denken dat asielzoekers de zorg ervaren, namelijk dat er veel positieve geluiden zullen zijn, maar ook dat een flink aantal asielzoekers niet voldoende tevreden zijn. Hoe de zorgverleners de rol van de eigen organisatie of instelling beoordelen, verschilt. Vooral GGZ zorgverleners en maatschappelijk werkers stellen dat hun werk met asielzoekers nog onvoldoende is ingebed in hun organisatie.

Visie op de toegankelijkheid van de zorg

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

De gebruiksvriendelijkheid en de toegankelijkheid van de praktijklijn van het GC A worden negatief beoordeeld. Tevens zetten de hulpverleners veel vraagtekens bij de voorlichting en informatievoorziening over de gezondheidszorg die asielzoekers zouden moeten ontvangen. Naar hun gevoel is deze onvoldoende. De rol van de niet-medische gidsfunctie van het COA is voor hen onduidelijk.

Het GC A speelt een cruciale rol als poortwachter voor de GGZ. Het lijkt erop dat veel GC A'ers hierin enige mate van terughoudendheid betrachten: deels omdat men de GGZ niet altijd het juiste antwoord vindt op de problematiek, deels door structurele problemen in de GGZ, zoals wachttijden.

Visie op de continuïteit en samenwerking in de zorgketen

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

4.3 Ervaringen met het MAPP

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

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

4.4 Visie over de veranderingen en verbeteringen in de zorg

Over het algemeen zijn de zorgverleners relatief positief over het nieuwe zorgsysteem dat per 1 januari 2009 van start is gegaan. Vooral het werken met het huisartseninformatiesysteem wordt als goed beoordeeld. Minder positief spreekt men over de inzet van de praktijklijn en het verlies van het structurele overleg tussen verschillende betrokken disciplines in sommige centra. Er is grote behoefte aan deskundigheidsbevordering, vooral bij de POH A's, maar ook bij medewerkers van de GGZ. De door het GC A aangekondigde inzet van eerstelijns GGZ'ers wordt in algemene zin positief ontvangen, hoewel met veel vraagtekens. Voor zorgverleners is het onduidelijk hoe deze functie precies vorm zal krijgen. Wel beschouwen de zorgverleners deze inzet als een kans om de GGZ voor asielzoekers laagdrempeliger te maken, waardoor er betere indicaties kunnen worden gesteld voor de tweedelijns GGZ.

Ten aanzien van de organisatie van de zorg benadrukken zorgverleners het belang van het inloopspreekuur van het GC A. Verder zouden de wachtlijsten van de GGZ verkort moeten worden. De medewerkers van de GGZ die nu werken met groepstherapie of een deeltijdbehandeling, zijn daar enthousiast over. Zij hopen dat ook andere GGZ instellingen hun werkwijze oppakken.

Bijna alle hulpverleners hebben het belang onderstreept van een verbetering van de leefsituatie van asielzoekers met psychische problemen door middel van een zinnige dagbesteding en activering. Daarbij noemden zij bijvoorbeeld het aanbieden van dagactiviteiten zoals sportactiviteiten, muziek, dans, klussen doen op centrum zelf, tuinieren, en/of banen creëren op het centrum zoals bij de technische dienst. Over de samenwerking in de zorgketen komt naar voren dat hulpverleners korte of kortere lijnen tussen de verschillende disciplines en instellingen belangrijk vinden. De voornaamste aanbeveling die zorgverleners noemden voor verbetering van de zorg betrof het deel kunnen nemen aan deskundigheidsbevorderende activiteiten, met name op het terrein van de interculturele communicatie en andere interculturele kennis.

5 Bespreking

Het doel van de eerste fase van het ZAPP project is inzicht te verkrijgen in de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen. Daarbij zijn twee aspecten van het begrip kwaliteit, namelijk de effectiviteit en veiligheid van de zorg, buiten beschouwing gelaten. Toegankelijkheid kan, zo is in de Inleiding weergegeven, worden opgevat als de uitkomst van drie categorieën factoren: kenmerken van de cliënt, kwaliteit van de hulpverlener en kwaliteit van de instelling (zie ook de bijlage op blz. 31). In de bespreking van de resultaten van de drie deelstudie zal eerst het accent worden gelegd op de kenmerken van de geïnterviewde asielzoekers, vervolgens op de kwaliteit van hun zorgverleners en als laatste op de kwaliteit van de betrokken instellingen. Aangezien de uitkomst van deze drie categorieën de interactie tussen zorgvrager en –verlener betreft wordt daar in alle paragrafen aandacht aan besteed. Daarbij gaat het dan met name om de cliëntgerichtheid van het zorgaanbod. Enige samengevoegde casus illustreren deze interacties. De rol van het MAPP onderzoek voor het zorggebruik en het zorgaanbod wordt in een aparte paragraaf besproken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een bespreking over de representativiteit en validiteit van de deelstudies.

5.1 Kenmerken van de asielzoekers met psychische problemen

Onder kenmerken van de asielzoekers worden in het kader van dit verslag verschillende aspecten gerekend die hun uiteindelijke zorggebruik bepalen, namelijk hun gezondheidsproblematiek, de factoren die daarop van invloed zijn, de kennis van de Nederlandse gezondheidszorg, het oordeel over de zorg en de invloed van cultuur op ziektebeleving en zorggebruik.

Geestelijke gezondheidsproblemen

De klachten die de geïnterviewde asielzoekers noemen passen bij wat daarover in de literatuur is te vinden, zowel over asielzoekers in het algemeen, als over deze specifieke groep.

In algemene zin hebben asielzoekers een slechtere gezondheid dan de doorsnee Nederlander.^{27 28} Zij vertonen veel verschillende lichamelijke, geestelijke en sociale problemen en meestal een combinatie hiervan.^{28 29 30} De meest voorkomende psychiatrische diagnoses die bij asielzoekers worden gesteld zijn een posttraumatische stresstoornis (PTSS), andere angststoornissen, depressieve stoornissen, somatoforme stoornissen en acute psychosen. Co-morbiditeit van, vooral, een PTSS met een depressieve stoornis komt vaak voor.^{31 32 33 34} Het is echter niet altijd mogelijk om een diagnose bij asielzoekers te stellen.³⁴

De onderzoeksgroep betreft asielzoekers die aan het begin van de asielprocedure zijn onderzocht door aan het MAPP verbonden gezondheidspsychologen en psychiaters, of bij het MAPP zijn aangemeld, maar om praktische redenen niet zijn onderzocht. Bij 77 % van de asielzoekers die aan het begin van de asielprocedure door het MAPP werden onderzocht (n=271) bleek er sprake te zijn van een PTSS, bij 72 % klachten van angst, bij 77 % klachten van een depressie. Tevens vertoonde 60 % van deze asielzoekers somatische klachten en 79 % had concentratiestoornissen.² Bij 73% van de asielzoekers die door aan het MAPP verbonden psychologen of psychiaters werden onderzocht was er sprake van zodanig ernstige klachten en lijdensdruk, dat verder onderzoek en behandeling op korte termijn was geïndiceerd.

Risico en beschermende factoren en coping

Uit diverse studies is naar voren gekomen 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.^{30 33 35 36 37} Ook de gedwongen scheiding van familieleden is een risicofactor.^{35 36 38} Verder zijn in diverse studies het ondervinden van een groot aantal sociale problemen, het ervaren van

weinig sociale steun, discriminatie, (het ervaren van) verlies van status en het gebrek aan werk (-mogelijkheden) als risicofactoren ná de (gedwongen) migratie geïdentificeerd.^{33 37 38 39 40} De geïnterviewde asielzoekers wijzen verschillende van deze pre- en postmigratie factoren aan als oorzaak voor hun lichamelijke en/ of geestelijke problematiek.

Hoewel de aandacht voor coping en veerkracht in de laatste jaren in de geestelijke gezondheidszorg is toegenomen, is daar onder asielzoekers nog weinig verklarend onderzoek naar verricht. De paar studies die daar aandacht aan hebben besteed, laten zien dat 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, een bufferend effect blijken te hebben op de psychische problemen onder asielzoekers.^{37 40 41} Daarnaast mag worden verondersteld dat vermindering van bovengenoemde risicofactoren een gezondheidsbevorderend effect zal hebben. Ingrijpende ervaringen voor en tijdens de migratie kunnen niet meer ongedaan worden gemaakt, maar risicofactoren ná de migratie, zoals de omvang van het aantal sociale problemen en het gebrek aan sociale steun, kunnen wel worden geminimaliseerd.

Asielzoekers blijken op verschillende wijzen om te gaan met hun situatie, zoals ook hoofdstuk 3 laat zien. Een deel van hen ontwikkelt een passieve leefstijl, 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.⁴²⁴³ Sommige geïnterviewde asielzoekers ervaren steun in contact met medebewoners, anderen putten kracht uit het geloof. Vooral de eigen kinderen zijn een bron van steun en zingeving.

Medicalisatie en victimisatie van het asielzoekerbestaan zou, volgens de literatuur, de passieve coping-stijl bevorderen.^{44 45 46} Geïnterviewde zorgverleners van GC A lijken in lijn daarmee hun visie in de zorgverlening te hebben ontwikkeld. Zij benadrukken het belang van activering en het nemen van eigen verantwoordelijkheid, en wachten veelal af hoe de problemen zich ontwikkelen. Als asielzoekers zich niet meer op het spreekuur melden gaan zij er maar in beperkte mate achteraan. Het is echter de vraag in hoeverre van deze specifieke groep asielzoekers onder de gegeven leefomstandigheden verwacht mag worden dat zij zelfstandig weer zoveel controle krijgen over het eigen bestaan, dat zij zich actief tegenover de zorgverlener zullen opstellen. Institutionaliserend bevordert de passiviteit en afhankelijkheid en in de opvangcentra zijn nauwelijks mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding en activering, zoals ook blijkt uit de aanbevelingen van de geïnterviewde zorgverleners voor verbeteringen (zie par. 4.4 op blz.13).⁴⁶ Daarnaast is o.a. vermijding een symptoom van een PTSS, kan passiviteit ook duiden op een depressieve stoornis en kunnen asielzoekers ten gevolge van schokkende ervaringen weinig vertrouwen meer hebben in zichzelf, in hun medemens, en daarmee ook in zorgverleners.

Kennis van de Nederlandse gezondheidszorg

Alle geïnterviewde asielzoekers bleken geïnformeerd over de medische zorg in of bij het opvangcentrum. Voor een deel blijkt deze informatie verkregen van medewerkers van het COA, maar voor een deel ook van medebewoners of andere instanties. Geïnterviewde zorgverleners hebben de indruk dat de voorlichting en informatie van het COA aan asielzoekers over de gezondheidszorg tekort schiet. De studies hebben niet uitgewezen op welk(e) moment(en) de informatie over de gezondheidszorg wordt geboden. Dat kan op een moment zijn dat een asielzoeker daar nog niet aan toe is. Voorlichting en informatie dienen om werkelijk te kunnen beklijven op verschillende wijzen en op verschillende momenten te worden aangeboden.^{47 48}

Sommige asielzoekers blijken niet te weten dat je bij het GC A ook voor psychische problemen terecht kan. Indien daar geen voorlichting over is gegeven is dat begrijpelijk. In de meeste landen van herkomst heerst in de gezondheidszorg het zogenaamde biomedisch model. Men consulteert de gezondheidszorg voor 'ziekte' en 'gekte'; voor psychische klachten die voortkomen uit existentiële en sociale problematiek doet

men bijvoorbeeld een beroep op de eigen kring (zie ook 'de invloed van sociaal-culturele achtergronden').⁴⁹ De door het GC A genoemde uitdaging 'het somatiseren van psychische problemen' kan daarmee samenhangen.^{49 50 51 52}

Zorgverleners geven aan ook moeite te hebben met de verwachtingen van asielzoekers. Deze verwachtingen kunnen gekleurd zijn door een ideaal beeld dat asielzoekers zich gevormd kunnen hebben van de westerse mogelijkheden.⁴⁹ Maar zij kunnen ook vergelijkingen trekken met ervaringen met de gezondheidszorg in het land van herkomst, die bij een terugblik daarop geïdealiseerd kunnen worden.^{49 53} Verder zullen hun verwachtingen en het beeld van de GGZ gekleurd worden door hun kennis daarover: in de meeste landen van herkomst is de GGZ nog nauwelijks tot ontwikkeling gekomen en/of beperkt tot grote steden.⁵⁴

Zorggebruik en het oordeel over de zorg

Uit het kwalitatief onderzoek onder de asielzoekers bleek dat zij allen minstens één maal het GC A hebben geconsulteerd en ruim de helft van hen is onder behandeling van het GGZ of staat op de wachtlijst daarvoor. Dit lijkt een gunstiger beeld te bieden dan wat daarover in de literatuur is te vinden. Uit studies naar het zorggebruik van asielzoekers blijkt dat zij, gezien hun gezondheidsproblemen, relatief weinig de eerstelijnszorg consulteren en slechts een laag percentage asielzoekers met psychische klachten wordt verwezen naar de GGZ.^{50 55 56} Een aanzienlijk percentage asielzoekers met psychische klachten en/of psychiatrische stoornissen blijkt de gezondheidszorg zelfs helemaal niet te consulteren.^{39 50} Met de duur van de asielprocedure neemt het gebruik van de GGZ wel toe.^{50 57 58}

Een aantal geïnterviewde asielzoekers geeft aan zich ten tijde van het interview beter te voelen dan direct na aankomst in Nederland. Dit zou de afwachtende houding van het GC A ten aanzien van de ontwikkeling van de problemen van asielzoekers kunnen rechtvaardigen. Het onderzoek onder de asielzoekers laat echter ook zien dat er asielzoekers zijn die ernstig lijden aan psychische klachten, maar na een eerste teleurstellend bezoek aan het GC A daar niet naar terug keren. Dit kan effect hebben op de beeldvorming over de zorg van andere asielzoekers.⁵⁹ Naar aanleiding van incidenten doen onder asielzoekers negatieve verhalen over de zorg de ronde.⁵⁹

Het oordeel van geïnterviewde asielzoekers over de gezondheidszorg en wat daarover in de literatuur is te vinden blijkt te variëren. Velen voelen zich niet serieus genomen en/of begrepen, en te snel afgescheept met paracetamol.^{39 42 60} Een negatief oordeel over de geboden zorg hangt, volgens studies, veelal samen met het gevoel in de gezondheidszorg en/of in de omringende samenleving gediscrimineerd te worden.^{34 42 47 61 62} De inschakeling van tolken is voor een goede communicatie in de gezondheidszorg voor asielzoekers cruciaal, maar dit lijkt niet standaard te gebeuren.^{48 61 63 64} De opbouw van een vertrouwensrelatie in de gezondheidszorg wordt door asielzoekers vaak gemist.⁴⁹ Daarnaast kunnen asielzoekers twijfelen over de competentie van POH A's en huisartsen, daar ze niet vertrouwd zijn met hun rol als 'poortwachter' in de zorg.⁴⁸

De invloed van culturele achtergronden op ziektebeleving en zorggebruik

In het kwalitatieve onderzoek onder de asielzoekers lijkt de invloed van hun culturele achtergronden op hun ziektebeleving en zorggebruik geen grote rol te hebben gespeeld. De meeste geïnterviewde asielzoekers lijken zich de taal van zorgverleners eigen te hebben gemaakt. Een uitzondering daarop vormde één asielzoekster die zegt door demonen te worden bezocht. In de literatuur is veel over de invloed van cultuur op de ziektebeleving en zorggebruik van asielzoekers en vluchtelingen geschreven. Zo worden schokkende gebeurtenissen niet door een ieder op dezelfde wijze ervaren.^{65 66} Naast universele, neurofysiologische reacties zijn verschillende persoonlijke en sociaal-culturele factoren daarop van invloed.^{65 66 67 68} Al jaren staat de transculturele validiteit van de diagnose PTSS en andere psychiatrische diagnoses vermeld in de DSM-IV en ICD-10 ter discussie.^{35 69 70 71} Het gebruik van deze diagnoses

Interculturele communicatie

Probleemstelling

Heer M. is 27 jaar. Hij was eerder in een ander AZC gehuisvest. Hij heeft inmiddels een verblijfsvergunning en is nu bezig met zijn gezinshereniging. Sinds zijn aankomst in Nederland heeft hij last van zowel lichamelijke als psychische klachten. Hij maakt zich grote zorgen over zijn gezin en piekert veel. Hij is in de war, slaapt slecht en heeft nachtmerries. Hij vertelt: *“Ik maak me heel veel zorgen over mijn gezin dat op een onveilige plaats verblijft. [...] Ik hoop dat ik met iemand kan spreken over mijn problemen want ik ken niemand hier in het AZC en iedereen heeft zijn eigen probleem en mijn familieleden zijn niet hier, met wie ik kan spreken. Dus het zou wel fijn zijn als iemand hier met mij spreekt over mijn situatie.”*

Hulpverleningsproces

Er is aan het begin van de asielprocedure een MAPP rapport over dhr. M. opgesteld en gestuurd naar de GC A. In het eerdere AZC is de diagnose PTSS gesteld en bij overdracht van het dossier is aangegeven dat GGZ hulp is geïndiceerd. Dhr. M. is in het huidige AZC tweemaal voor de intake door de POH A op het spreekuur geweest. Hij zou dubbele boodschappen over zijn problemen hebben afgegeven. Hij kreeg het advies afleiding te zoeken door bijvoorbeeld te sporten. Voor het derde vervolgesprek is hij niet meer verschenen. Na enige maanden bezocht dhr. M. enkele malen het spreekuur van de POH A voor maagklachten. Daarbij is geen aandacht besteed aan zijn psychische klachten. De verklaring die de POH A daarvoor geeft is dat er onvoldoende tijd is om overal op in te gaan. Tevens stelt zij dat het zijn eigen keuze is om prioriteit te geven aan zijn lichamelijke klachten. Dhr. M. vertelt dat hij voor zijn lichamelijke klachten door het GC A goed geholpen is, maar niet voor zijn psychische klachten. Hij heeft slechts één maal, voor het verwijderen van een bult, de huisarts gezien.

Bespreking

Ondanks het feit dat bij dhr. M. de diagnose PTSS werd gesteld en in het vorig AZC GGZ hulp werd geïndiceerd, werd in zijn huidige AZC daar geen gevolg aan gegeven. Hij is wel direct voor een intake door de POH A opgeroepen, maar blijkbaar is door miscommunicatie zijn hulpbehoefte tijdens de eerste twee gesprekken niet begrepen. Hij krijgt het advies te gaan sporten. Dat advies is op zich niet verkeerd, maar zijn behoefte ligt op een ander vlak en daardoor voelt hij zich onbegrepen. Hij wil graag zijn zorgen over zijn gezin met een hulpverlener delen. Daar komt nog bij dat hij geen sociaal netwerk heeft waarop hij kan terugvallen. Het feit dat hij niet voor het vervolgesprek komt opdagen is voor de medewerkers van het GC A geen reden om hem op te zoeken. Zij rekenen op zijn zelfredzaamheid. Dhr. M. heeft echter het gevoel gekregen voor zijn psychische klachten niet bij het GC A terecht te kunnen. Hij keert pas na een paar maanden terug naar het GC A voor maagklachten. Dit zou een signaal kunnen zijn dat het (ook) psychisch niet goed met dhr. M. gaat. Maar ondanks de aantekeningen over zijn psychische problemen in het HIS vraagt de POH A daar niet op door. De POH A hanteert strikt de dichotomie tussen lichaam en geest en wijst op de eigen verantwoordelijkheid van dhr. M. om een duidelijke hulpvraag over zijn psychische klachten te formuleren. Daarbij speelt ook de tijdsdruk volgens de POH A een rol. Door echter tijd te investeren in de communicatie over de ziektebeleving en hulpbehoeften van asielzoekers in de eerste contacten, d.w.z. meer cliëntgericht te zijn, en daarbij actief door te vragen, kan voorkomen worden dat later onnodig frequent een beroep op het spreekuur wordt gedaan. Zeker als elders al GGZ hulp werd geïndiceerd. Ook zou bij presentatie van maagklachten doorvragen naar andere lichamelijke en psychische klachten op zijn plaats zijn geweest. Asielzoekers hebben immers veelal een combinatie van (aspecifieke) lichamelijke, psychische en sociale problemen. Ten slotte valt bij deze casus op dat, ondanks dat een GGZ indicatie werd gesteld in het vorig AZC, de POH A bij de intake een nieuwe indicatie stelt, waar de huisarts van het GC A niet bij aan te pas komt. In het algemeen hebben POH A's voldoende ervaring om psychische problemen bij asielzoekers te onderkennen, maar de vraag is of het stellen van een psychiatrische diagnose en indicatie voor GGZ tot de competentie van hen mag worden gerekend. De vraag of GGZ hulp voor dhr. M. werkelijk geïndiceerd was, kan niet worden beantwoord. Hij maakte zich vooral zorgen over zijn achtergebleven gezin. Mogelijk had hulp bij het terugvinden van zijn gezin ('tracing') en bij de gezinshereniging al veel van zijn zorgen en daarmee zijn lichamelijke en psychische problemen weggenomen.

faciliteert de communicatie in de gezondheidszorg, maar ze zeggen niets over de (individuele) ziektebeleving en hulpbehoeften.^{35 65 71} De dichotomie tussen lichaam en geest is typisch westers.^{44 49 72} 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.^{44 49 65 73 74} Verder heeft iedere cultuur haar eigen idiomen om onwelbevinden te uiten.^{44 65 75} In verschillende talen, zoals het Somalies, bestaan geen woorden voor psychische ziektebeelden.^{74 76}

Bij onwelbevinden gebruiken asielzoekers soms kruiden en/of eigen huismiddeltjes.^{50 77 78} Ook doen sommigen een beroep op het sociaal netwerk of zoeken afleiding in activiteiten of in het geloof, zoals ook naar voren is gekomen in het kwalitatieve onderzoek onder de asielzoekers.^{39 79} Sommigen zien het zoeken van hulp in de gezondheidszorg als een teken van zwakte en doen vooral een beroep op eigen kracht.^{49 79}

Verschillende groepen asielzoekers verzwijgen om allerlei redenen hun schokkende ervaringen, bijvoorbeeld uit schaamte, omdat het in de eigen cultuur niet geaccepteerd is, of omdat het teveel emotionele pijn geeft.^{45 64} Dat wil echter niet zeggen dat zij geen erkenning voor deze (geweld)achtergronden in de zorgverlening zouden willen ervaren.⁶⁴ Het consulteren van de GGZ kan in eigen cultuur taboe zijn en leiden tot stigmatisering en isolering.⁷⁴ Een zeer laag percentage asielzoekers lijkt hulp voor hun psychische klachten bij religieuze leiders of traditionele genezers te zoeken.^{50 56}

5.2 De kwaliteit van de zorgverleners

De kwaliteit van de zorgverleners wordt, volgens het model van Weide (zie de bijlage op blz. 31), bepaald door hun visie en deskundigheid. Deze worden hiernavolgend besproken.

Visie

De GC A medewerkers (h)erkennen de psychische problemen van asielzoekers en de samenhang die deze hebben met hun ervaringen voor en na de (gedwongen) migratie. Zij beschouwen asielzoekers als kwetsbaar, maar ook benadrukken zij het belang dat de eigen kracht van asielzoekers, als zelfredzame mensen, moet worden benut. Zij hebben een afwachtende houding ten aanzien van de ontwikkeling van de problemen van asielzoekers en zien het als hun eigen verantwoordelijkheid om naar het spreekuur te komen en hun hulpvraag te formuleren. Opvallend is dat in de literatuur over de zorgverlening aan asielzoekers, en met name de geweld- en martelingslachtoffers onder hen, juist het belang van een *outreaching* hulpverlening wordt benadrukt.^{80 81 82 83}

GGZ zorgverleners hechten net als GC A medewerkers veel belang aan het activeren van asielzoekers met psychische problemen en bieden daarvoor groepsgerichte activiteiten aan, in de vorm van bijvoorbeeld 'joggen'. Over de wijze van behandeling van traumatische ervaringen in de GGZ zijn de meningen van GGZ medewerkers verdeeld. Een deel zegt dat het belangrijk is om zo vroeg mogelijk met behandeling te starten en een ander deel is van mening dat de situatie van asielzoekers daarvoor nog niet voldoende stabiel is. Voor zover bekend, zijn er in de GGZ geen op evidentie gebaseerde therapieën ontwikkeld voor asielzoekers of bijvoorbeeld martelingslachtoffers onder hen.^{83 84} Volgens de literatuur moeten interventies, naast behandeling van ernstige psychiatrische stoornissen, zich met name richten op de gemeenschap en sociale context, en van (psycho)sociale aard zijn.^{35 84 85} Daarbij moeten vooral de copingvaardigheden worden versterkt.^{85 86}

Zorgverleners zijn vertrouwd met het gegeven dat juridische aspecten deel uitmaken van de problematiek van asielzoekers, en hebben daar zelf ook mee te maken. Ze vinden echter dat rechtshulpverleners zich niet moeten bemoeien met de zorg en verdenken hen soms ervan dat zij de zorg gebruiken ten bate van de asielprocedure. Dit laatste is niet helemaal ten onrechte, want dit komt voor.⁸⁷ Echter, enkele

asielzoekers vertellen niet of nauwelijks contact te hebben met medebewoners. Dit kan betekenen dat in sommige gevallen medewerkers van VluchtelingenWerk en advocaten de enige personen zijn in het sociaal netwerk van betreffende asielzoekers. Als vertrouwenspersonen van een asielzoeker kunnen zij zich oprecht bezorgd maken over diens gezondheidssituatie.

Deskundigheid

In de interviews vertellen zorgverleners het omgaan met culturele verschillen als een uitdaging te beschouwen. De literatuur maakt duidelijk dat 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 klinische realiteit, dat wil zeggen eigen (cultuurbepaalde) verwachtingen, overtuigingen, belevingen en gewoonten ten aanzien van gezondheid en ziekte, behandeling en genezing.^{88 89} Om die reden is het voor zorgverleners van belang om niet alleen inzicht te verkrijgen in de ziektebeleving, -gedrag, hulpzoekgedrag en zorggebruik van asielzoekers, maar zich ook bewust te zijn van de eigen klinische realiteit en in hoeverre deze verschilt of overeenkomt.^{90 91} Het advies om bijvoorbeeld afleiding te zoeken in sport kan in de klinische realiteit van het GC A zeer juist zijn, maar niet aansluiten bij die van een asielzoeker. Sommige ziektegedragingen, zoals lijdend en/of claimend ziektegedrag, wordt door zorgverleners als ergerlijk ervaren, maar kunnen in het land van herkomst van betreffende asielzoekers aanvaarde wijzen zijn om erkenning te krijgen voor hun onwelbevinden.⁴⁴ Verschillen in de klinische realiteit van zorgvrager en zorgverlener zullen in een hulpverleningsgesprek overbrugd moeten worden.^{90 91}

Voor het omgaan met culturele verschillen zijn interculturele competenties benodigd.^{e 92} Uit onderzoek in Finland is gebleken dat het gebrek aan interculturele competenties bij zorgverleners het vertrouwen van asielzoekers in deze zorgverleners ondermijnt.⁹³

Zorgverleners geven aan geen problemen te hebben met het slechten van taalbarrières al dan niet met inzet van tolken. Uit enkele interviews met de asielzoekers is echter gebleken dat zij niet altijd (al) hun problemen op het spreekuur van het GC A naar voren brengen als er geen tolk aanwezig is. Er zijn veldnormen opgesteld voor de inzet van tolken.⁹⁴ Voor een adequate communicatie met behulp van tolken is de nodige deskundigheid vereist.^{95 96 97}

De meeste geïnterviewde zorgverleners geven aan relatief tevreden te zijn over hun zorgaanbod. Ze hebben een bepaalde systematiek ontwikkeld waarmee zij greep proberen te krijgen op de complexe problematiek van asielzoekers. Ze melden echter ook meer deskundigheid te willen verwerven op het terrein van de interculturele communicatie en andere aspecten van de interculturele gezondheidszorg.

5.3 De kwaliteit van betrokken zorginstellingen

De kwaliteit van betrokken zorginstellingen kan, volgens het model van Weide (zie de bijlage op blz. 31), worden onderscheiden in het beleid en organisatie en de interculturalisatie van de organisatie.³ Daarnaast zal in deze paragraaf ook de continuïteit van de zorg worden besproken. Ten slotte wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden om de kwaliteit van de zorg op structurele wijze te meten.

^e Suurmond (2010) noemt de volgende competenties: kennis van de politieke en humanitaire achtergrond in landen van herkomst; kennis van epidemiologie in landen van herkomst; kennis over de gevolgen van ontheemding op gezondheid; bekendheid met de juridische context in Nederland; bekendheid met de invloed van cultuur op gedrag; bekendheid met eigen vooroordelen en neiging tot stereotypering; een vertrouwensband kunnen opbouwen; gevoelige vragen kunnen stellen over persoonlijk en soms traumatische gebeurtenissen; het zorgsysteem kunnen toelichten en omgaan met verwachting van de asielzoeker; informatie op een goede manier overbrengen; zich kunnen aanpassen aan nieuwe en onverwachte situaties.

Beleid en organisatie

De fysieke toegankelijkheid van het GC A wordt in het algemeen door asielzoekers en zorgverleners als positief ervaren. Vooral de inloopsprekuren bevorderen de laagdrempeligheid van de zorg. Zorgverleners beschouwen (de toegankelijkheid van) de praktijklijn van het GC A echter als cliënt onvriendelijk. Over het belang van de aanwezigheid van de inloopsprekuren, huisartsen, GGZ'ers en maatschappelijk werkers in het centrum of daarbuiten zijn de meningen van de geïnterviewde zorgverleners echter verdeeld. Over het algemeen zijn zij tevreden met de eigen locatie. Voor asielzoekers met psychische problemen kan het echter om uiteenlopende redenen erg gecompliceerd zijn om het GC A of de GGZ instelling buiten het centrum te bezoeken (zie bijvoorbeeld de derde casus beschrijving).

Er blijken, in tegenstelling tot de periode 2000 – 2006, weer wachtlijsten te zijn geïntroduceerd in de GGZ voor asielzoekers. Gemiddeld duurt de wachttijd in betrokken locaties 4 maanden. Dit blijkt één van de redenen voor GC A medewerkers te zijn om asielzoekers met psychische problemen niet naar de GGZ te verwijzen. Het ligt in het voornemen van het (landelijk) GC A om eerstelijns GGZ'ers in te zetten in de zorg voor asielzoekers. Zoals gemeld zijn geïnterviewde zorgverleners hier positief over, hoewel zij nog niet een duidelijk beeld hebben hoe dit zal worden vormgegeven.

Geïnterviewde zorgverleners zijn het er over eens dat basale voorwaarden voor de opvang, zoals veiligheid, en gezondheidsbevordering en preventie, in de vorm van o.a. voorlichting en zinvolle dagbesteding, van groot belang is voor asielzoekers. Daarbij valt op dat de geïnterviewde zorgverleners niets hebben gezegd over de gezondheidsbevorderende activiteiten van het voormalige MOA.⁹⁸ Het is in het onderzoek niet duidelijk geworden of GGD'en deze activiteiten hebben overgenomen. Ook hebben geïnterviewde zorgverleners niet verwezen naar de activiteiten van MindSpring, die als selectieve preventie van psychische problemen kunnen worden beschouwd, of de activiteiten van de Vrolijkheid, die gerekend kunnen worden tot gezondheidsbevordering.^{99 100 101} Wellicht komt dat omdat er in de interviews met de zorgverleners niet expliciet naar deze activiteiten is gevraagd.

Gezondheidsbevordering en preventie van psychische problematiek krijgen (inter)nationaal steeds meer aandacht en gewicht, zowel in de reguliere zorg als in de zorg voor asielzoekers, vluchtelingen en slachtoffers van structureel, repressief geweld.^{102 103 104 105 106} 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 zorg voor (gedwongen) migranten bevorderden. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen collectieve, selectieve en geïndiceerde preventie.^{106 107} Verschillende van de 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.¹⁰⁷

Uit de interviews met de zorgverleners van de GGZ kwam naar voren dat zij groepsgewijze geïndiceerde preventie activiteiten aanbieden, maar dat deze onder druk staan.

Preventie van de eigen geestelijke gezondheid is overigens ook voor zorgverleners van belang. Burn-out en secundaire traumatisering zijn beroepsrisico's van het werken met personen die ingrijpende ervaringen hebben doorgemaakt.^{108 109 110} Geïnterviewde zorgverleners geven aan het werken met asielzoekers soms als emotioneel belastend te ervaren. Zowel de medewerkers van de GGZ als van het AMW betreuren het dat hun werk met asielzoekers onvoldoende is ingebed in hun organisaties. POH A's zeiden graag intervisie bijeenkomsten te hebben. Dat kan een middel zijn om overbelasting te voorkomen. Vormen van uitwisseling en steun, zowel binnen als buiten het eigen werkterrein, zijn voor het voorkomen van

Afwachten

Probleemstelling

Heer A. woont in het AZC met zijn vrouw en twee kinderen. Zijn tweede kind is in het AZC geboren. Dhr. A. heeft veel lichamelijke en psychische klachten. Hij noemt hoofdpijn, slapeloosheid, angst, gespannenheid en irritatie. Ook heeft hij af en toe suïcidale gedachten. Deze klachten hebben ook een negatief effect op zijn vrouw gehad. Dhr. A. geeft aan dat hij deze klachten had toen hij binnenkwam in het AZC en dat de klachten in de loop van de tijd niet minder zijn geworden. Hij zegt geen steun te ervaren bij medebewoners. Met name landgenoten vertrouwt hij niet.

Hulpverleningsproces

Heer A. heeft een MAPP rapportage gehad waarin GGZ werd geïndiceerd. Verder blijkt uit het HIS dat dhr. A. verscheidene malen bij de POH A en huisarts is geweest. De POH A vertelt tijdens het interview dat er bij het MAPP een PTSS werd gediagnosticeerd, maar zegt daarover: *“Ik denk dat hij verschrikkelijke dingen heeft meegemaakt en dat zijn functioneren daardoor is beïnvloed. Of het werkelijk PTSS is nou ja, dat mag ik niet beslissen. Ik zou het scharen onder asielzoekerproblematiek. Dat is geen kopje, etiketje, maar wel iets wat wij hier heel veel zien.”* Achteraf gezien, ziet de POH A in dat verwijzing naar de GGZ direct was geïndiceerd. Dhr. A. vroeg daar ook om. Destijds adviseerde zij echter dat hij eerst tot rust moest komen en zijn leven op orde moest krijgen, o.a. door de taal te leren en te gaan sporten. Daarbij speelde ook een belangrijke rol dat de bevalling van zijn vrouw naderde. Het GC A team besloot dan ook dat hij beschikbaar moest zijn voor zijn vrouw en stelde (mede) om die reden de verwijzing naar de GGZ uit. Verder zegt de POH A dat zij zich irriteerde aan de ‘lijdende’ stijl van hulp vragen van de heer A., waardoor zij hem wellicht minder serieus heeft genomen. De bevalling van mevrouw A. bleef lange tijd uit, zodat de problemen van dhr. A. bij het GC A op de achtergrond raakten. Dhr. A. bezocht in die tijd wel verschillende malen het spreekuur van het GC A voor lichamelijke klachten. Hij vertelt niet altijd voldoende over zijn psychische problemen te hebben kunnen praten, omdat er geen tolk werd ingeschakeld. Volgens het HIS werd zijn psychisch lijden wel elke keer onderkend. Dhr. A. vertelt dat zijn klachten door het GC A elke keer werden geweten aan zijn situatie, maar dat hij dat zelf ook wel wist. Pas nadat hij, een half jaar na aankomst in het AZC, expliciet om hulp vraagt voor zijn psychische klachten wordt hij verwezen naar de GGZ. Ook zijn vrouw komt in de GGZ terecht.

Bespreking

In deze casus spelen verschillende zaken. De POH A heeft twijfels over de diagnose van het MAPP, de PTSS, en schaarde de problemen van de heer A. onder ‘gewone’ asielzoekerproblematiek. Hoewel de diagnose PTSS in het publieke domein vaak misbruikt wordt, duidt deze in de communicatie tussen zorgverleners op de aard en ernst van de psychische klachten en het disfunctioneren van betrokkene. Het zou dus aanleiding moeten zijn om de ziektebeleving en hulpbehoeften van betrokkene te inventariseren en een indicatie te stellen voor preventieve en/of curatieve hulp. De vraag is of dat in de eerste contacten met het GC A voldoende is gebeurd. In ieder geval lijkt het er op dat daar onvoldoende over is gecommuniceerd met dhr. A. Dhr. A. blijkt niet te weten dat de verwijzing naar de GGZ o.a. werd uitgesteld wegens de op handen zijnde bevalling van zijn vrouw. Dat had met hem besproken kunnen worden, want dan had hij zelf (met zijn vrouw) over het al dan niet starten van de GGZ behandeling kunnen beslissen. Ook speelde een rol dat hij zelf niet meer actief om hulp vroeg voor zijn psychische problemen. Dhr. A. denkt echter dat zijn psychische klachten bij het GC A bekend zijn en hij verwacht daarvoor verwezen te zullen worden zonder daar expliciet nog eens om te moeten vragen. Daar komt nog bij dat hij zijn psychische problemen niet altijd kan presenteren wegens gebrek aan een tolk. Bij taalproblemen is voor een goede hulpverlening de inschakeling van een tolk cruciaal. Uiteindelijk voelt dhr. A. zich lange tijd afgescheept met adviezen en informatie die niet aansluiten bij zijn hulpbehoeften. Mogelijk is zijn ‘lijdend’ ziektegedrag cultuurbepaald. Dit had o.a. met een cultureel interview verhelderd kunnen worden. Ook had de POH A door meer zelfkennis omtrent haar irritatie over ‘lijdend’ gedrag beter kunnen inschatten of en hoe zij dhr. A. kan helpen. Ten slotte zou het in de rede hebben gelegen, als het GC A na de bevalling van mevrouw A. actief was opgetreden en opnieuw had bekeken of verwijzing nog steeds was geïndiceerd. Dit is echter uitgebleven. Door meer te investeren in (de vaardigheid in) de interculturele communicatie en met een grotere cliëntgerichtheid had verwijzing eerder plaats kunnen vinden.

overbelasting van belang.¹⁰⁸ Verschillende geïnterviewde zorgverleners gaven aan steun en begeleiding in de eigen instelling te missen.

Interculturalisatie

In het kwalitatief onderzoek onder betrokken zorgverleners is niet expliciet gesproken over de interculturalisatie van betrokken instellingen. Vooral aan het begin van deze eeuw, is veel geïnvesteerd in de interculturalisatie van de GGZ om deze cultuurgevoeliger en cliëntgericht te maken.^{111 112 113} 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.¹¹³ 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.^{113 114 115 116}
¹¹⁷ Het behandelingsrepertoire van GGZ instellingen is voor vluchtelingen en asielzoekers o.a. uitgebreid met lichaamsgerichte, non-verbale therapieën.^{118 119 120} Geïnterviewde zorgverleners passen deze toe. Verder is het 'cultureel interview' ontwikkeld ten behoeve van de intake in de GGZ.¹²¹ Deze geeft inzicht in o.a. de cultuurbepaalde ziektebeleving en verwachtingen van de behandeling van de cliënt. Een verkorte versie van het cultureel interview blijkt ook in de eerstelijnszorg van waarde te zijn.^{122 123}

Het is echter niet duidelijk wat het resultaat is van al deze interculturalisatie activiteiten.¹²⁴ Daar komt nog bij dat de interculturalisatie van de zorg in de afgelopen jaren op (overheids)beleidsniveau weinig aandacht heeft gekregen.^{125 126} Verder is het opvangbeleid voor asielzoekers gewijzigd en zijn verschillende opvangcentra voor asielzoekers gesloten of in aard gewijzigd.¹²⁷ 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 'verdampt'.^{127 128 129} Daarnaast vinden er in de laatste jaren veel veranderingen plaats in de GGZ. Was voorheen het algemene adagium in het volksgezondheidsbeleid 'regulier zoveel mogelijk, categoriaal indien noodzakelijk', met de oprichting van bijvoorbeeld de I-Psy instellingen in de GGZ, lijkt categoriale zorg regulier te worden.

Continuïteit van de zorg

De continuïteit van de zorg bij verhuizing van een asielzoeker lijkt met de introductie van het HIS goed geregeld te zijn. De continuïteit van de zorg betreft echter ook de samenwerking en afstemming in de zorgketen.⁷

"Niemand kan een trauma alleen aan", stelde Herman (1993)¹³⁰, en dat betreft in dit kader zowel asielzoekers als hun hulp- en zorgverleners. Internationaal wordt reeds lang onderkend dat de zorg voor asielzoekers, en met name de geweldsgetroffenen onder hen, gezien hun complexe juridische, lichamelijke, psychische en sociale problematiek, een holistische, ofwel een biopsychosociale en multidisciplinaire aanpak behoeven.^{83 103 131 132 133} Dat betekent afstemming en samenwerking tussen alle hulp- en zorgverleners in de zorgketen, van hulpverleners betrokken bij gezondheidsbevordering en preventie tot zorgverleners van de GGZ. Daarmee kan de zogenaamde stepped care, de ketenzorg, waarin het zorgaanbod wordt afgestemd op de ernst van de klachten van de zorgvrager, het beste worden gerealiseerd.¹⁰² Het beperkte structureel multidisciplinair overleg in de centra lijkt echter eerder minder dan beter te worden. Hulp- en zorgverleners in of rond locaties waar dit overleg niet meer plaats vindt betreuren dat.

Samenwerking, afstemming en casuïstiekbesprekingen bevorderen een goede indicatiestelling voor type van steun, begeleiding, activering en/of zorg, adequate verwijzing naar de geïndiceerde hulp- of zorgorganisatie en preventie van overbelasting van de zorgverleners.

Daarnaast kan de toegang en continuïteit van de zorg voor asielzoekers worden bevorderd door de inzet van intermediairs of brugfunctionarissen, vooral als zij de taal en cultuur beheersen van de doelgroep.¹¹³

De organisatie van de GGZ

Probleemstelling

De heer N. woont sinds kort in het AZC. Hij heeft vooral klachten van angst en slaapstoornissen. Ook heeft hij suïcidale gedachten. Hij voelt zich onrustig en in de war en zegt niemand te kunnen vertrouwen. Hij wijt zijn klachten aan zijn zeer ingrijpende ervaringen in het land van herkomst.

Hulpverleningsproces

Dhr N. is vanuit het AC Schiphol doorgestuurd naar het AZC en de huisarts van het AZC heeft hem direct verwezen naar de GGZ. Dhr. N. heeft als hij wordt geïnterviewd net een intake in de GGZ gehad. Hij heeft naar zijn gevoel alles kunnen vertellen, maar zegt er alleen moeite mee te hebben gehad dat hij een hulpvraag moest formuleren. Verder had hij adviezen verwacht hoe hij met zijn klachten dient om te gaan. Ten tijde van het kwalitatieve onderzoek onder betrokken zorgverleners is dhr. N. inmiddels onder behandeling van een psychiater en hij wordt begeleid door een SPV'er op de angstpoli. Dit blijkt verwarrend voor dhr. N. Als hij een oproep van beiden krijgt, reageert hij slechts op één daarvan. De POH A van het GC A en de woonbegeleider van het COA blijken in de gaten te houden of de behandeling van dhr. N. in de GGZ op gang is gekomen. De POH A vertelt dat dhr. N. één keer een afspraak was misgelopen, omdat hij de betreffende GGZ locatie niet kon vinden. Een andere keer ging hij tevergeefs naar de afspraak omdat er geen tolk was ingeschakeld. De SPV'er vertelt tijdens het interview dat hij voor dhr. N. een verwijzing naar klinische zorg in één van de gespecialiseerde GGZ instellingen voor vluchtelingen en asielzoekers geïndiceerd acht, daar dhr. N. een frequenter contact dan eens in de twee weken nodig heeft. Ook heeft dhr. N. volgens de SPV'er een zinvolle daginvulling nodig. Hij zegt: *"Ik heb hem nu drie keer gesproken en ik vond de indicatie voor [...] al wel direct duidelijk. Hij is alleen maar aan het overleven. Hij zit de hele dag op zijn kamer in het AZC, gaat eens per dag naar buiten, ziet niemand. Die man heeft niet genoeg aan een gesprek per veertien dagen."* Deze verwijzing stagneert echter omdat daarvoor een consult van de psychiater nodig is. Daar deze, wegens reorganisatie in betreffende GGZ instelling, op een andere locatie buiten de regio van de SPV'er zit, is een gezamenlijke afspraak moeilijk te maken. Dhr. N. zou dan eerst naar een SPV'er moeten gaan in de regio van de psychiater op weer een andere locatie.

Bespreking

In deze casus is het stagneren van een adequate behandeling te wijten aan de huidige organisatie van betreffende GGZ instelling. De aard en ernst van de psychische problemen van dhr. N. zijn door het GC A direct onderkend en er vindt tijdige verwijzing plaats naar de GGZ. Ook houden de POH A van het GC A en de woonbegeleider van het COA actief in de gaten of de behandeling in de GGZ op gang komt. Zij onderhouden daarover met elkaar en met de GGZ instelling contact. Dhr. N. en diens eerstelijns- en GGZ zorgverleners hebben dezelfde visie over zijn klachten, de oorzaken daarvan en zijn behoefte aan hulp. De organisatie van betreffende GGZ instelling - de twee zorgverleners op verschillende locaties in verschillende regio's - bemoeilijkt echter in deze casus een frequente begeleiding en behandeling en verwijzing naar een meer gespecialiseerde instelling voor klinische behandeling. Ook het niet inschakelen van een tolk onderbreekt de frequentie van de begeleiding. Mogelijk dat dhr. N., ondanks alle drempels in de toegang tot de GGZ zorg, niet is afgehaakt, omdat hij een luisterend oor en begrip ervaart in het contact met de GGZ zorgverleners. Daar hij adviezen verwachtte over het omgaan met zijn klachten had mogelijk een tijdig aanbod van psycho-educatie voor hem van toegevoegde waarde kunnen zijn. Ook had mogelijk meer aandacht kunnen worden besteed aan voorlichting aan hem over wat hij van de GGZ zou mogen verwachten. Overigens is het de vraag of klinische zorg in een gespecialiseerde GGZ instelling voor heer N. nodig zou zijn, indien de individuele contacten met de GGZ frequenter en dichter bij of in het AZC zouden plaats vinden. Voor een zinvolle daginvulling zouden in het AZC ook preventieve activiteiten kunnen worden georganiseerd. Het spreekt voor zich dat voor een asielzoeker die recent in Nederland is gearriveerd in de GGZ een tolk dient te worden ingeschakeld.

Bewaking van de kwaliteit van de zorg

Verondersteld mag worden dat GC A en andere bij de zorg voor asielzoekers betrokken zorginstellingen, evenals (andere) reguliere zorginstellingen vanaf 2010 de kwaliteit van hun zorg voor asielzoekers jaarlijks zichtbaar moeten maken.⁶ In de huisartsenzorg zijn zorginhoudelijke en cliëntgebonden indicatoren ontwikkeld. Voor het meten van de ervaringen van cliënten met de huisartsenzorg is de CQ-index (*Consumer-Quality – index*) ontwikkeld. Indien de meetinstrumenten voldoende cultuursensitief zijn bieden zij een uitstekende kans om de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor asielzoekers te bewaken en zo nodig bij te stellen op basis van hun ervaringen. Voor de tweedelijnszorg zijn ook per specialisatie indicatoren opgesteld. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van de (somatische en GGZ) tweedelijnszorg voor asielzoekers zal echter ingewikkelder zijn, daar asielzoekers waarschijnlijk ‘verdwijnen’ in de grotere aantallen andere cliënten. Dat geldt niet voor de gespecialiseerde GGZ instellingen voor asielzoekers en vluchtelingen en andere zorginstellingen waar grotere aantallen asielzoekers naar verwezen worden.

5.4 De rol van het MAPP onderzoek bij het zorggebruik en zorgaanbod

De meeste asielzoekers die onderzocht zijn door aan het MAPP verbonden psychologen en psychiaters herinneren zich het onderzoek niet meer. Dat kan meerdere oorzaken hebben. Hun geestelijke gezondheidssituatie was bij aankomst in Nederland over het algemeen zeer slecht, zoals de resultaten van het MAPP onderzoek laten zien, en zij worden in het aanmeldcentrum in korte tijd geconfronteerd met diverse instanties, inclusief de MAPP psychologen en psychiaters, in een voor hen onbekende omgeving. Deze confrontatie kan zelfs stressverhogend werken. De resultaten van het MAPP onderzoek kunnen dan ook terecht een momentopname worden genoemd, zoals geïnterviewde zorgverleners stellen. Een momentopname die van belang is voor het nader gehoor door de IND, maar nog geen indicatie biedt voor benodigde zorg. Daarvoor is het MAPP onderzoek ook niet bedoeld. Zorgverleners hebben hun eigen verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling voor type steun, begeleiding of zorg. Daarbij kan een MAPP rapport als vorm van (vroeg)signalering behulpzaam zijn, zoals zorgverleners die bekend zijn met het MAPP aangeven. Als advocaten een MAPP rapport over een asielzoeker aan zorgverleners sturen wordt deze signalering echter wel eens genegeerd en wacht men af of betreffende asielzoeker zich zelf meldt. Daardoor kan een asielzoeker met ernstige psychiatrische problematiek worden gemist. Zoals eerder gesteld kan een advocaat ook door het sturen van een MAPP rapport de zorgverlening op zijn cliënt attenderen uit oprechte zorg over diens gezondheidstoestand.

5.5 De representativiteit en validiteit van de kwalitatieve studies

De geïnterviewde asielzoekers vormen een kleine selectie van de groep van asielzoekers die in het aanmeldcentrum zijn gesignaleerd als asielzoekers met psychische problemen en al dan niet zijn onderzocht door aan het MAPP verbonden psychologen en psychiaters. Zij zijn om die reden niet representatief voor alle asielzoekers, noch voor alle asielzoekers met psychische problemen.

De interviews met de asielzoekers werden verricht door zes verschillende personen, van verschillende disciplines, aan de hand van een vrij beknopte topic lijst. Er kan niet worden uitgesloten dat accenten in de interviews verschillend werden gelegd. Daarnaast verliepen sommige interviews erg emotioneel.

Hierdoor kwamen soms niet alle items van de topiclijst aan bod. Een enkele maal dacht een asielzoeker dat de interviewer de lang verwachte GGZ zorgverlener was. Dat bood op zich al informatie, maar was voor betreffende asielzoeker teleurstellend. Om die redenen bieden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek slechts een beeld hoe betreffende asielzoekers hun leefsituatie, hun psychische problemen en het zorgaanbod aan hen ervaren. Dit beeld is gecompleteerd door de resultaten te vergelijken met resultaten van studies die dezelfde aspecten van de zorg en de problematiek van asielzoekers hebben onderzocht. Daarmee is de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot.

De gekozen locaties waar de interviews met de asielzoekers en hun hulp- en zorgverleners plaats vonden was eveneens een kleine selectie van het totaal aantal opvangcentra. Er bleek bij deze locaties slechts één locatie te zijn waar het GC A niet een inloopspreekuur in het opvangcentrum had. Het is de onderzoekers niet bekend bij hoeveel opvangcentra van het totaal aantal dit het geval is. Ook de mate waarin het AMW betrokken is bij de zorg in de opvangcentra is niet bekend. Het kan toeval zijn dat de interviews plaats hebben gevonden in opvangcentra waar het AMW een rol speelt bij de hulpverlening. Ook kan het toeval zijn dat in enkele locaties waar de interviews plaats vonden het multidisciplinair overleg niet meer plaats vindt. De samenstelling van de kleine, selecte groep geïnterviewde zorgverleners was wel voldoende gemêleerd.

De interviews met de zorgverleners werden verricht door drie medewerkers van Pharos aan de hand van een uitgebreide topic lijst. Ook bij deze interviews kunnen accenten verschillend zijn gelegd. De resultaten van het kwalitatieve onderzoek onder de betrokken zorgverleners bieden een beeld hoe zij de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg beleven.

De drie samengevoegde casus zijn bewust uit alle interviews die konden worden samengevoegd geselecteerd om de verschillende aspecten die in de zorg voor asielzoekers goed of fout kunnen gaan te illustreren. Bij toeval zitten daar geen casus van vrouwelijke asielzoekers bij. De casus zijn niet representatief voor de dagelijkse praktijk in de zorg voor asielzoekers in het algemeen, en voor asielzoekers met psychische problemen in het bijzonder. Zij zijn slechts weergegeven ter illustratie.

6 Conclusies en aanbevelingen

De ZAPP studies betreffen een speciale groep asielzoekers bij wie aan het begin van de asielprocedure psychische problemen werden gesignaleerd die zouden kunnen interfereren met het nader gehoor door de IND. Ongeveer de helft van hen werd onderzocht door aan het MAPP verbonden gezondheidspsychologen of psychiaters en deze constateerden bij een aanzienlijk percentage van hen dusdanige lijdensdruk dat zij nader onderzoek en behandeling geïndiceerd achten. Bij het MAPP kwamen signalen binnen dat zorg voor deze asielzoekers niet voldoende op gang zou zijn gekomen. Om die reden werd het ZAPP project gestart, met als doel inzicht te krijgen in de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg voor asielzoekers met psychische problemen.

De resultaten van de twee kwalitatieve studies van het ZAPP wijzen uit dat meer dan de helft van de geïnterviewde - hoewel selecte groep - asielzoekers in behandeling is in de GGZ of op de wachtlijst daarvoor staat. Verwijzing van het andere deel van deze asielzoekers naar de GGZ hoeft niet geïndiceerd te zijn. Medicalisering en victimisering zullen zoveel mogelijk moeten worden voorkomen. Psychische problemen kunnen in de loop van de tijd verminderen doordat betreffende asielzoekers tot rust komen, zich veilig voelen, en/of steun ervaren binnen hun gezin, bij medebewoners of bijvoorbeeld in het geloof. Ook kan het beroep doen op de copingvaardigheden van asielzoekers met psychische problemen, de zelfredzaamheid, door middel van activering de juiste gezondheidsbevorderende strategie zijn. In lijn hiermee hebben geïnterviewde zorgverleners hun visie op de zorg ontwikkeld en in algemene zin is deze visie dan ook gerechtvaardigd. Toch blijkt uit de studies van het ZAPP dat verschillende aspecten van de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg voor deze speciale groep asielzoekers verbeterd kunnen worden. Deze komen in de volgende conclusies en aanbevelingen aan de orde.

Met nadruk moet daarbij nogmaals worden gesteld dat de studies van het ZAPP een speciale groep kwetsbare asielzoekers betreffen, die juist door hun psychische problemen vaak sociaal geïsoleerd dreigen te raken en hun zorgbehoeften niet altijd actief naar voren weten te brengen. Om die reden behoeft deze speciale groep extra aandacht en ondersteuning.

De aanbevelingen zijn vooral gericht aan het COA en Menzis als verantwoordelijken voor de opvang en gezondheidszorg voor asielzoekers. Deze kunnen echter niet voor alle aspecten de verantwoordelijkheid dragen, maar daar wel met andere betrokken organisaties als pleitbezorger voor fungeren. Met de aanbevelingen wordt beoogd een constructieve bijdrage te leveren aan de samenwerking en begrip tussen alle partijen die betrokken (kunnen) zijn bij het creëren van een gezondheidsbevorderende omgeving voor asielzoekers met psychische problemen.

Voorlichting en informatie over de Nederlandse gezondheidszorg

COA medewerkers bieden aan asielzoekers informatie en voorlichting over de Nederlandse gezondheidszorg en de toegang daartoe. Het onderzoek heeft niet duidelijk gemaakt op welke wijze deze informatie en voorlichting worden geboden. In de praktijk blijkt dat asielzoekers met psychische problemen hier echter niet voldoende van opsteken en veelal informatie over de zorg verkrijgen of vergroten via medebewoners of andere instanties. Verschillende asielzoekers bleken niet te weten dat zij ook voor psychische problemen bij de gezondheidszorg terecht kunnen.

Aanbeveling: *Bevorder dat de informatie en voorlichting over de Nederlandse gezondheidszorg en de toegang daartoe voor asielzoekers (met psychische problemen) worden verbeterd en op verschillende wijzen – mondeling, schriftelijk en met audiovisuele middelen - en op verschillende momenten worden aangeboden. Bij de voorlichting zal ook aan de orde moeten worden gesteld voor welke klachten asielzoekers bij de gezondheidszorg terecht kunnen.*

Gezondheidsbevordering en preventie

Zowel geïnterviewde asielzoekers als hun zorgverleners geven aan dat er ter bevordering van de gezondheid en preventie meer aandacht moet komen voor de basale voorwaarden voor de geestelijke gezondheid, zoals veiligheid en een zinvolle dagbesteding. Asielzoekers hebben vaak vele, verschillende lichamelijke, psychische en sociale klachten die samenhangen met hun vaak ingrijpende ervaringen voor, tijdens en na de (gedwongen) migratie. De ingrijpende ervaringen voor en tijdens de migratie kunnen niet meer ongedaan gemaakt worden, maar de risicofactoren na de migratie kunnen wel worden gereduceerd en de beschermende factoren versterkt door middel van gezondheidsbevorderende en preventieve interventies. Hieruit is gezondheidswinst te halen. Activiteiten van organisaties als MindSpring en de Vrolijkheid dragen daar aan bij.

In vooral 2000 – 2004 zijn door de basisgezondheidszorg, COA en de GGZ diverse gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten in de opvangcentra ontwikkeld, veelal met betrokkenheid van de doelgroep, over het algemeen tot tevredenheid van alle betrokkenen. Uit het onderzoek is niet duidelijk geworden in hoeverre GGD'en nog gezondheidsvoorlichting bieden, bijvoorbeeld over het omgaan met psychische klachten en zelfzorg. Signalering van risicofactoren voor de gezondheid is onderdeel van preventie.

Aanbeveling: *Bevorder het aanbod van adequate gezondheidsvoorlichting over het omgaan met psychische klachten en andere voor asielzoekers relevante GVO thema's, zover mogelijk met behulp van 'peer' educatie. Zorg voor veiligheid in de centra en bevorder de ontwikkeling van sociale netwerken en andere vormen van gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten, zoals een zinvolle dagbesteding, al dan niet in multidisciplinair verband. Daarvoor kunnen eerder ontwikkelde en reeds bestaande goede praktijken in de gezondheidsbevordering en preventie model voor staan.^f Signaleer de gezondheidsrisico's in de opvang voor asielzoekers bij de daarvoor verantwoordelijke autoriteiten en pleit ervoor dat deze gereduceerd worden.*

Signalering

De MAPP rapportages lijken als (vroeg)signalering bij te dragen aan extra aandacht van het GC A voor de psychische problemen van asielzoekers, mits deze direct aan het GC A is toegezonden; echter niet wanneer de rapportage via een advocaat arriveert. Rechtshulpverleners kunnen echter één van de weinige personen zijn met wie asielzoekers met psychische problemen een vertrouwensband hebben verkregen. De enige manier om asielzoekers niet tekort te doen is ook bij signalering door leken, zoals een (rechts)hulpverlener, deze melding serieus te nemen. Het is nog onduidelijk welke rol het medische onderzoek in de rust – en voorbereidingstijd voor de asielprocedure in de signalering gaat spelen.

Aanbeveling: *Bevorder dat (vroeg)signalering van rechts- en andere hulpverleners serieus wordt genomen en een goede indicatiestelling voor preventieve en/of curatieve interventies plaats vindt. Bevorder het begrip voor ieders rol tijdens de asielprocedure door vormen van overleg en casuïstiekbesprekingen.*

Deskundigheidsbevordering

Vooral op het terrein van de interculturele communicatie en kennis van de interculturele zorg lijkt de kwaliteit van de zorg van het GC A nog verbeterd te kunnen worden. Door miscommunicatie en onvoldoende cliëntgerichtheid in de eerstelijnszorg haken verschillende asielzoekers af; dit kan ook effect hebben op de beeldvorming van de zorg van anderen. GC A medewerkers blijken vooral moeite te hebben met complexe hulpvragen, somatisatie van psychosociale problemen en sommige vormen van ziektegedrag.

^f Zie voor voorbeelden van goede praktijken o.a. de literatuurstudie die als één van de deelstudies van het ZAPP is verricht.

Ook medewerkers van de GGZ en het AMW gaven aan hun kennis over de interculturele zorg te willen verbeteren. Daarnaast is er bij GGZ zorgverleners ook behoefte aan deskundigheidsbevordering op het terrein van de behandeling van traumatische ervaringen.

Aanbeveling: *Bevorder de deskundigheid van de diverse disciplines in de zorg dmv trainingen-op-maat en intervisie. Pharos en de vier gespecialiseerde GGZ instellingen kunnen daar een belangrijke bijdrage aan leveren.*

Ontwikkeling van goede praktijken in de eerstelijnszorg voor asielzoekers

In de eerstelijnszorg zijn nog geen op evidentie gebaseerde interventies ontwikkeld. Toch zijn er al veel ervaringen in opgedaan, ook wat betreft de thema's waar sommige zorgverleners mee worstelen. Deze zijn echter, voor zover bekend, nog niet omgezet in methodieken.

Aanbeveling: *Bevorder de ontwikkeling van op evidentie gebaseerde methodieken in de (interculturele) zorg voor asielzoekers, vooral op het gebied van thema's waar binnen de eerstelijnszorg behoefte aan is.*

De zorgketen en ketenzorg

Er vindt nog slechts in beperkte mate structureel overleg plaats tussen het COA, VluchtelingenWerk, medewerkers van het GC A, het AMW en de GGZ. Hulp- en zorgverleners vinden korte lijnen wel belangrijk en structureel overleg draagt daar aan bij. Gezien de veelal complexe aard van de problematiek van asielzoekers met psychische problemen is een holistische, multidisciplinaire aanpak geïndiceerd. Dit bevordert de ketenzorg, ofwel het bieden van de juiste preventieve en/of curatieve zorg afgestemd op de ernst van de problemen van asielzoekers. Bij een dergelijke aanpak is case-management van belang. In de centra waar nog wel structureel overleg plaats vindt, is dit beperkt tot de gezondheidszorg in engere zin. Medewerkers van organisaties als VluchtelingenWerk en de Vrolijkheid kunnen echter in hun contacten met asielzoekers psychische problemen signaleren. Anderzijds kan samenwerking en overleg met organisaties die zich bezig houden met gezondheidsbevorderende activiteiten gerichte verwijzing daarnaar bevorderen. De meerwaarde van een dergelijk breed multidisciplinair overleg zou in de praktijk kunnen worden getoetst.

Aanbeveling: *Bevorder een holistische, multidisciplinaire aanpak van de problematiek van asielzoekers met psychische problemen door het instellen of versterken van structureel overleg tussen alle betrokkenen in de preventieve en curatieve zorg voor asielzoekers.*

Praktijkonderzoek

Er lijkt een discrepantie te zitten in de visie van GC A medewerkers over asielzoekers als personen met veel psychische problemen en hun visie over het zorgaanbod, namelijk het benutten van de eigen kracht en zelfredzaamheid van asielzoekers en het afwachten tot zij zich zelf melden. Hierdoor lijken sommige asielzoekers 'tussen de wal en het schip te raken.' Er zal naar alle waarschijnlijkheid gelaveerd moeten worden tussen enerzijds het versterken van de copingvaardigheden van betreffende asielzoekers met psychische problemen en anderzijds het bieden van een *outreaching* zorg aan hen. Dit zal per individu verschillen en vereist een goede indicatiestelling en gerichte, zo nodig begeleide verwijzing, d.w.z. het fungeren als brug, naar het geïndiceerde type van activering en/of zorg. Ook een tijdige en juiste indicatiestelling en gerichte verwijzing naar preventieve en/of curatieve zorg, ofwel 'zorg-op-maat' geeft gezondheidswinst.

In een praktijkonderzoek kan worden getoetst of een dergelijke indicatiestelling en gerichte, eventuele begeleide verwijzing, als brug naar de geïndiceerde activering en/of zorg, de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor asielzoekers met (reeds vroeg gesignaleerde) psychische problemen ten goede komt. Een eerstelijns GGZ'er zou een dergelijke functie kunnen invullen. Daarbij zou tevens kunnen worden

onderzocht of het gebruik van het verkorte cultureel interview bijdraagt aan een adequate indicatiestelling.

Aanbeveling: *Bevorder de uitvoering van een praktijkonderzoek waarin wordt onderzocht of met een indicatiestelling in de eerstelijnszorg voor activering dan wel outreachende zorg en de invulling van een brugfunctie naar de geïndiceerde typen van activering en/of zorg de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor asielzoekers met (reeds vroeg gesignaleerde) psychische problemen wordt vergroot. Bevorder daarbij tevens het uittesten van de meerwaarde van het gebruik van het verkorte cultureel interview voor de indicatiestelling.*

Bewaking van de kwaliteit van de zorg

Vanaf 2010 dienen zorginstellingen de kwaliteit van hun zorgaanbod zichtbaar te maken. Dit geldt ook voor de huisartsenzorg. Daarvoor zijn zorginhoudelijke en cliëntgebonden indicatoren ontwikkeld. De vraag is echter of de zogenaamde CQ-index voldoende cultuursensitief is. Het biedt wel een uitgelezen kans voor het GC A om jaarlijks de kwaliteit van de zorg voor asielzoekers in de eerstelijnszorg te evalueren en deze zo nodig te verbeteren.

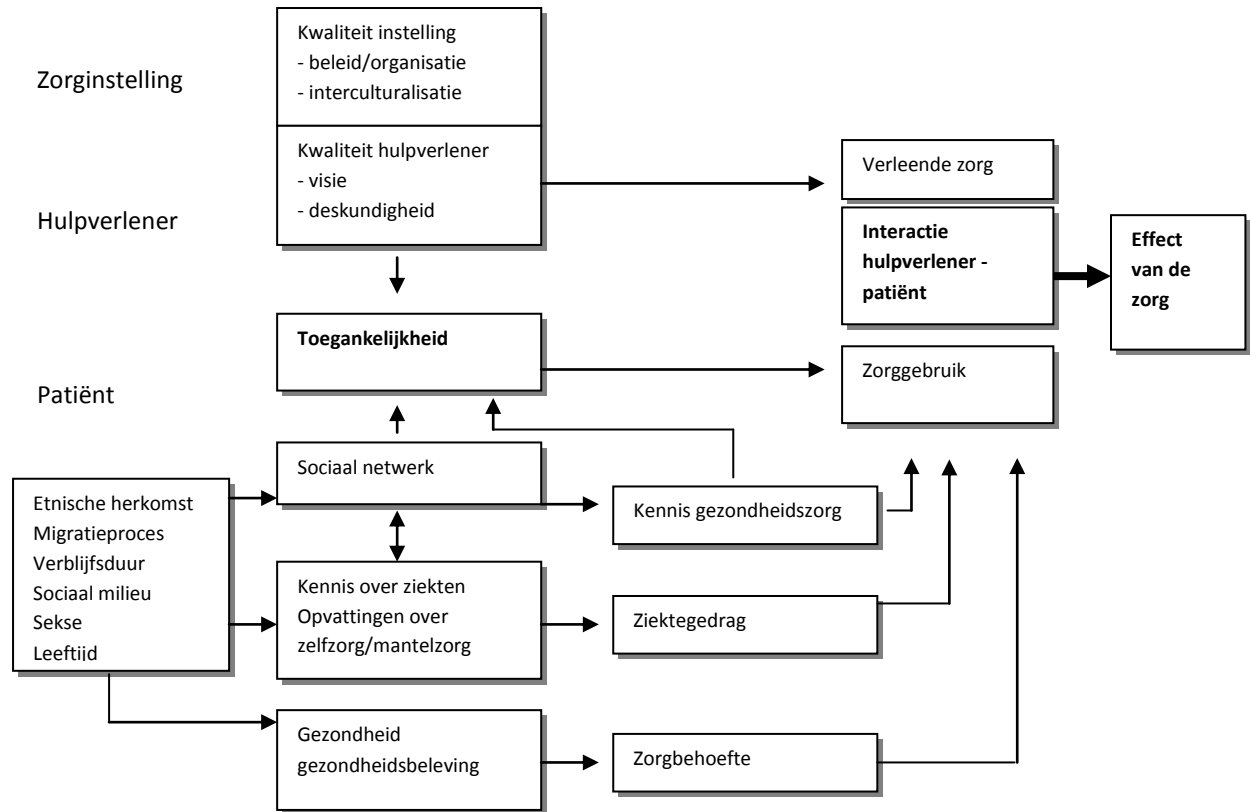
Aanbeveling: *Bewaak en evalueer de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor asielzoekers met de daarvoor in de huisartsenzorg ontwikkelde instrumenten, zo nodig na het cultuursensitief maken van de CQ-index.*

Preventie van beroepsrisico's

Verschillende zorgverleners gaven aan de zorg voor asielzoekers als emotioneel belastend te ervaren. Burn-out en secundaire traumatisatie zijn beroepsrisico's in de zorg voor geweldgetroffenen. Steun, bijvoorbeeld door intervisiebijeenkomsten, en begeleiding op het werk kunnen deze voorkomen. Verschillende medewerkers van de GGZ en het AMW geven aan zich binnen hun eigen organisatie geïsoleerd te voelen. Dit kan het risico van overbelasting versterken.

Aanbeveling: *Bevorder de preventie van overbelasting bij zorgverleners door middel van intervisie bijeenkomsten en begeleiding. In de GGZ en het AMW zouden daarnaast voor onderlinge steun en uitwisseling netwerken kunnen worden opgezet van zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor asielzoekers. In de GGZ kunnen de vier gespecialiseerde GGZ instellingen een centrale rol spelen bij de opzet van dergelijke netwerken.*

Bijlage: Theoretisch model van de invloed van cultuur op de zorgverlening



Uit: NWO/ZON onderzoekprogramma Cultuur en Gezondheid (1998)

Lijst met afkortingen

AC	- Aanmeldcentrum
AMW	- Algemeen Maatschappelijk Werk
ASKV	- Amsterdams Solidariteits Komitee voor Vluchtelingen
AZC	- Asielzoekerscentrum
COA	- Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers
COL	- Centrale ontvangstlocatie
CQ-index	- Consumer Quality Index
GC A	- Gezondheidscentrum Asielzoekers
GGD	- Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	- Geestelijke Gezondheidszorg
GVO	- Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding
HIS	- Huisartsen Informatie Systeem
IGZ	- Inspectie voor de Gezondheidszorg
IND	- Immigratie en Naturalisatie Dienst
MAPP	- Meldpunt asielzoekers met psychische problemen
MOA	- Medische Opvang Asielzoekers
OC of O&I	- Oriëntatie en Inburgeringcentrum
POH A	- Praktijkondersteuner Asielzoekers
POL	- Proces opvanglocatie
PTSS	- Posttraumatische Stresstoornis
RVT	- Rust en Voorbereidingstijd
SPV	- Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige
TNV	- Tijdelijke Noodopvang
VWN	- VluchtelingenWerk Nederland
ZAPP	- Zorg voor asielzoekers met psychische problemen

Literatuur

-
- ¹ Bloemen, E. & Mellink, R. (2008). Ik kan niet alles vertellen. Asielzoekers met psychische problemen in de asielprocedure. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 890-902.
- ² Berents B., Mellink R., Pannekoek P. (2009) MAPP| Goed Gehoord? Drie jaar Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen. Amsterdam: ASKV Steunpunt Vluchtelingen
- ³ 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
- ⁴ Struijs, A.J. & Wennink, H.J. (2000). Achtergrondstudie Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Utrecht/Zoetermeer: Trimbosinstituut en RvZ.
- ⁵ 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
- ⁶ <http://www.zichtbarezorg.nl> [1 augustus 2009]
- ⁷ 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
- ⁸ Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. (2007) Arts en vreemdeling. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos
- ⁹ Kamerstukken II 2008/09, 31 994, nr.3
- ¹⁰ Kamerstukken II 2008/09, 29689, nr. 243
- ¹¹ Staatsblad 2010, 244
- ¹² COA, www.coa.nl [16-7-2010]
- ¹³ Kloosterboer K. (2009) Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra. Samenvatting. Den Haag: Stichting Kinderpostzegels Nederland, het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, UNICEF Nederland
- ¹⁴ Bots A. (2009) Eindeloos gesleep met mensen. Van AZC naar AZC naar AZC enzovoorts. *VluchtelingenWerk Magazine*. Herfst 2009: 8-11
- ¹⁵ Burik A, Vianen R. van (2003) Veilig verblijf: Een onderzoek naar de veiligheid van vrouwen en meisjes in de asielzoekerscentra. Woerden: Adviesbureau van Montfoort
- ¹⁶ 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
- ¹⁷ Kramer S, Cense M. (2004) Overleven op de M². Vrijheidsbeleving en strategieën van vrouwen in de centrale opvang voor asielzoekers. Utrecht: Pharos/Transact
- ¹⁸ 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
- ¹⁹ Regeling Zorg Asielzoekers. Alles over de ziektekostenregeling voor asielzoekers in Nederland. Geldig vanaf 1 januari 2009. <http://www.rzasielzoekers.nl/> [27-07-09]
- ²⁰ Kamerstukken II, 2008/09, 19637, nr. 1299
- ²¹ COA (2008) Programma van eisen. Ziektekostenregeling voor asielzoekers 2009. Rijswijk: COA
- ²² http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/VeelgesteldeVragen/OverInhoudVanZorg.htm#wat_kunnen_asielzoekers_doen_als_zij_vinden_dat_ze_niet_goed_worden_geholpen?
- ²³ <http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers.htm>
- ²⁴ <http://www.gcasielzoekers.nl/>
- ²⁵ <http://www.ggznederland.nl/index.php?p=115302>
- ²⁶ [http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/FormulierenEnBrochures / Tolkendienst.htm](http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/FormulierenEnBrochures/Tolkendienst.htm)
- ²⁷ 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 Afggaaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 150 (36): 1983 - 89
- ²⁸ Gerritsen A.A.M., Ploeg H.M. van der, Devillé W., Lamkaldem M. (2005) 'Gevlucht – Gezond?' Een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland. Utrecht: Nivel, VU medisch centrum
- ²⁹ Herten L.M. van, Bruin S.R. (2002) Zorg voor asielzoekers: een literatuurstudie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid
- ³⁰ 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

- ³¹ 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
- ³² 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 asielpprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 47 (11): 743 - 752
- ³³ 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
- ³⁴ McColl H., Johnson S. (2006) Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams. A descriptive investigation. *Soc Psychiatr Epidemiol* 41: 789-795
- ³⁵ 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
- ³⁶ 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
- ³⁷ 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
- ³⁸ 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
- ³⁹ Goosen S, Gerritsen A (2007) Het onderzoek 'Gevlucht-Gezond?' vanuit preventieperspectief. Epidemiologische gegevens over de gezondheidstoestand en het zorggebruik van asielzoekers. Utrecht: GGD Nederland
- ⁴⁰ 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
- ⁴¹ 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
- ⁴² 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 Organisatiewetenschap
- ⁴³ 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)
- ⁴⁴ 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
- ⁴⁵ 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
- ⁴⁶ 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
- ⁴⁷ 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
- ⁴⁸ 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
- ⁴⁹ Feldmann C.T. (2006) *Refugees and General Practitioners. Partners in Care?* Proefschrift. Amsterdam: Dutch University Press
- ⁵⁰ 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
- ⁵¹ Dijk R. van (1998) Culture as excuse: the failure of health care to migrants in the Netherlands. In: S. van der Geest (Ed) *The art of medical anthropology*, pp. 243-251
- ⁵² 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
- ⁵³ 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
- ⁵⁴ WHO: Tien feiten over de geestelijke gezondheidszorg http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index7.html; [31 okt. 2009]
- ⁵⁵ 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
- ⁵⁶ 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
- ⁵⁷ 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
- ⁵⁸ 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

- ⁵⁹ Feldmann T. (2007) Verder leven na de vlucht. Is de huisarts een bondgenoot? *Cultuur Migratie Gezondheid* 04 07: 194-205
- ⁶⁰ 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
- ⁶¹ Feldmann T. (2007) Verder leven na de vlucht. Is de huisarts een bondgenoot? *Cultuur Migratie Gezondheid* 04 07: 194-205
- ⁶² Bhatia R., Wallace P. (2007) Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice* 8: 48
- ⁶³ 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
- ⁶⁴ Tankink M. (2009) Over zwijgen gesproken. Een medisch-antropologische studie onder vluchtelingen vrouwen in Nederland, afkomstig uit Afghanistan, Bosnië-Herzegovina en Zuid Soedan, naar het omgaan met ervaringen van aan oorlog gerelateerd geweld. Proefschrift. Utrecht: Pharos
- ⁶⁵ Dijk R. van (2005) Cultuur, trauma en ptss. *Cultuur Migratie en Gezondheid* 0405: 20 - 31
- ⁶⁶ 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.
- ⁶⁷ Jong J.T.V.M. de Jong (2006) De achilleshiel van het debat over cultuur, trauma en ptss. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0206: 103-109
- ⁶⁸ Dijk R. van (2006) Cultuur, trauma en ptss. Een repliek. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0206: 111-119
- ⁶⁹ 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
- ⁷⁰ Kleinman A. (2005) Tussen lichaam en samenleving. De sociale en politieke wortels van ziekte en lijden. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0105: 2 -9
- ⁷¹ Ommeren M. van (2003) Validity issues in transcultural epidemiology. *British Journal of Psychiatry* 182: 376 - 378
- ⁷² 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
- ⁷³ 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
- ⁷⁴ Mehrnaz A., Halane S., Gasle S., Abdurehman S. (2009) Geef me raad. Handboek deskundigheidsbevordering geestelijke gezondheid Somaliërs voor ggz-professionals. Utrecht: Stichting Pharos
- ⁷⁵ 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
- ⁷⁶ Phan T., Silove D. (1997) The influence of culture on psychiatric assessment: the Vietnamese refugee. *Psychiatric Services* 48 (1): 86-90
- ⁷⁷ Kerver F., Abspoel F, Kerver A, Overbeeke J. (2003) *Gezondheidsverkenningen 2003. Factoren en omstandigheden die de gezondheid van asielzoekers beïnvloeden*. Groningen: MOA-NN
- ⁷⁸ Willigen L.H.M. van (2002) "Waarom gebeurt dat allemaal met ons". MOA Oost Nederland, Ede
- ⁷⁹ Manshanden J. (2004) Tot wie wendt een vluchteling zich voor hulp? Een onderzoek naar Afghaanse en Irakese vrouwen in Groningen. Groningen: Maatschappelijke & Juridisch Dienstverlening Groningen
- ⁸⁰ 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
- ⁸¹ 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
- ⁸² Silove D. (2005) The best immediate therapy for acute stress is social. *Bulletin of the World Health Organisation*. January 2005, 83 (1): 75-76
- ⁸³ Quiroga J, Jaranson J.M. (2005) TORTURE, Vol 16, Nr 2-3
- ⁸⁴ 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
- ⁸⁵ Silove D. (2005) The best immediate therapy for acute stress is social. *Bulletin of the World Health Organization*. January 2005, 83 (1): 75-76
- ⁸⁶ 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
- ⁸⁷ Bloemen, E. (2005), Een briefje van de dokter. *Medische zaken in de asielprocedure*. Utrecht: Stichting Pharos
- ⁸⁸ 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
- ⁸⁹ Kleinman In: Tankink M. (2008) Transcultural psychiatry – Clinical encounters with Arthur Kleinman. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0108: 56-58
- ⁹⁰ Kleinman (1978 – 2006) In: Oliemeulen L., Thung H. (2007) Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen. Antwerpen/Apeldoorn: Garant

- ⁹¹ Willigen L.H.M. van (2003) Gevluchte kinderen – preventie van ziekte en bevordering van de gezondheid. Ede: Stichting MOA Oost Nederland
- ⁹² Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse education today* 2010 April 21
- ⁹³ Koehn P.H. (2005) Medical encounters in Finnish Reception Centres: Asylum-Seekers and Clinician Perspectives. *Journal of Refugee Studies*, 18 (1): 47-75
- ⁹⁴ Pharos. Wanneer laten tolken? Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg. Utrecht: Pharos
- ⁹⁵ Williams L. (2005) Interpreting services for refugees: Hearing Voices? *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 1 (1): 37 - 49
- ⁹⁶ Verrept H. (2004) De rol van cultuur bij het medisch tolken. Verslag conferentie in Boston oktober 2003. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0104: 44 - 49
- ⁹⁷ Bot H. (2004) Een bijzondere samenwerking. Werken met tolken in de geestelijke gezondheidszorg. *Cultuur Migratie Gezondheid* 03 04: 38 -49
- ⁹⁸ GGD Nederland (2006). Protocol MOA Gezondheidsbevorderende collectieve voorlichting P28. Utrecht: GGD Nederland
- ⁹⁹ <http://www.mind-spring.org> [18-8-09]
- ¹⁰⁰ Uitterhaegen B.F.G. (2005) Psycho-education and psychosocial support in the Netherlands; a program by and for refugees. *Intervention*, 3 (2): 141-147
- ¹⁰¹ www.vrolijkheid.nl
- ¹⁰² 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
- ¹⁰³ Inter-Agency Standing Committee (2007) IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC
- ¹⁰⁴ 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
- ¹⁰⁵ 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>
- ¹⁰⁶ WHO (2004) Prevention of Mental Disorders. Summary Report. Geneva: WHO: p. 17
- ¹⁰⁷ <http://www.loketgezondleven.nl/centrum-gezond-leven/>
- ¹⁰⁸ Haans T (1998) *Het labyrint van Ares*. Utrecht: Pharos
- ¹⁰⁹ 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
- ¹¹⁰ 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
- ¹¹¹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- ¹¹² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- ¹¹³ 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
- ¹¹⁴ Kramer S. (2004) *Interculturele competentieprofielen in de GGZ*. Mikado, GGZ Nederland
- ¹¹⁵ Kramer S. (2007) *Nieuwsgierig blijven. Implementatie van de interculturele competenties in de GGZ*. Den Haag: Mikado
- ¹¹⁶ Pannekeet, Paalvast (2005) *Handreiking Interculturele Zorgprogramma's*. Utrecht: GGZ Nederland
- ¹¹⁷ <http://www.mikadonet.nl> [7-09-09]
- ¹¹⁸ 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
- ¹¹⁹ 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
- ¹²⁰ 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
- ¹²¹ Borra R, Dijk R van, Rohlof H (2002) *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM IV*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- ¹²² 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
- ¹²³ Rohlof H., Groen S. (2009) Het culturele interview, toepasbaar in de huisartsenpraktijk. *Bijblijven 2009-4, Zorg voor allochtonen*. *Tijdschrift Praktische Huisartsgeneeskunde*: 38 - 43
- ¹²⁴ Bekker M, Mens-Verhulst J. van (2008) *GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMW*. Tilburg University

-
- ¹²⁵ 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
- ¹²⁶ 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
- ¹²⁷ Jongedijk R., Hoekstra M. (2006) GGZ voor asielzoekers. Teveel, voldoende of te weinig? *Cultuur Migratie Gezondheid* 03 06: 148-159
- ¹²⁸ Dijk R. van (2009) Interculturalisatie in de GGZ: achtergrond, ontwikkeling en toekomst. In: Aziza Sbiti & Indra Boedjarath (Red.) *Gekleurde gekte. Jubileumboek*. Rotterdam: Mikado, pp72 - 87
- ¹²⁹ Psy (2009) Psychische zorg voor asielzoekers brokkelt af. *Psy* 25-06-09
- ¹³⁰ Herman (1993) in: Vries S. de (2002) *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Utrecht: Pharos
- ¹³¹ 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.
- ¹³² Willigen L.H.M. van (2007) *Vluchtelingen en asielzoekers*. In: Petra G.H. Aarts en Wim D. Visser (Red) *Trauma: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- ¹³³ Europese Commissie: COM(2008) 815 definitief