

Gezondheid en zorg voor vluchtelingen en asielzoekers

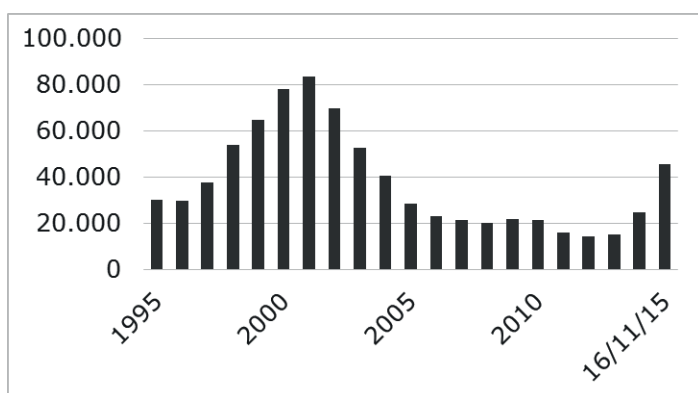
Henriëtte Treurniet, Hans van Oers

Fuad Hassen vertrok op vijfjarige leeftijd van Eritrea naar Nederland om tijdens carnaval aan te komen in Den Bosch. Twintig jaar later waagde hij zijn eerste, aarzelende stappen op het stand-up podium. 'Ik dacht: ik probeer het gewoon een keer.' Momenteel trekt hij door Nederland met zijn eerste avondvullende voorstelling Pareidolia. Daarmee is Fuad één van de vluchtelingen die de afgelopen jaren een zelfstandig bestaan in ons land heeft opgebouwd. Vluchtelingen waren er in Nederland altijd al, en het huidige aantal asielzoekers in de COA-opvang is nog steeds beduidend lager dan een kleine vijftien jaar geleden (zie figuur 1). Maar de recente, sterke toename in korte tijd stelt onze samenleving en de overheid wel voor een opgave. Ook van veel medewerkers in de publieke en de curatieve gezondheidszorg wordt bijzondere inzet gevraagd. Deze aflevering van Spectrum geeft een actueel beeld van wat er momenteel gaande is en voor welke uitdagingen we staan. De gezondheid van, en (preventieve) zorg voor vluchtelingen komt aan de orde, maar ook de psychosociale zorg voor de samenleving die de nieuwkomers opneemt.

De rode draad door alle bijdragen is de noodzaak van een actieve en integrale benadering. Actief, om van de vluchtelingen

te weten te komen wat ze nodig hebben, bestaande gezondheidsproblemen op te sporen en nieuwe te voorkómen. Integraal, omdat naast zorg en preventie gericht op individuele psychosociale én fysieke gezondheid, ook aandacht nodig is voor bescherming van de bevolking als geheel. Tevens is er de samenhang met andere beleidsterreinen, zoals wonen en integratie; vluchtelingen met een goede gezondheid leren in de regel nu eenmaal makkelijker de Nederlandse taal en vinden eerder betaald werk. Uit jarenlange ervaringen van GGD'en in de opvang van asielzoekers en op basis van de literatuur, weten we hoe belangrijk het is om asielzoekers én vluchtelingen met een verblijfsvergunning in gemeenten met hun gezondheid verder te helpen.

Uiteindelijk moeten de inspanningen ertoe leiden dat vluchtelingen, net als andere Nederlandse burgers veilig, gezond en zelfredzaam kunnen zijn. Zoals Fuad Hassen die recent, op de vraag naar zijn levensmotto, antwoordde: 'Zal ik je dat eens vertellen? Ik dacht altijd dat anderen het beter wisten, maar gaandeweg ontdekte ik dat niemand weet waar die het over heeft. Dat ik het beter lekker zelf kan uitzoeken'.



Figuur 1 Aantal asielzoekers in centrale opvang naar kalenderjaar. Bron: website COA

Asielzoekers en vluchtelingen: gezondheid en zorg in vogelvlucht

Simone Goosen¹

In haar toespraak voor het Nationaal Comité Vluchtelingenjaar in 1959 zei Koningin Juliana: "Zij [vluchtelingen] zullen hun verloren zelfstandigheid en gevoel van eigenwaarde alsnog herwinnen, als zij daartoe op weg worden geholpen". Dit 'op weg helpen' van vluchtelingen is ook op het gebied van gezondheid essentieel. Waarom? Ten eerste omdat er bij vluchtelingen sprake is van gezondheidsrisico's die samenhangen met de situatie in hun land van herkomst, tijdens de vlucht en in Nederland. Ten tweede omdat het Nederlandse zorgsysteem anders is dan de zorgsystemen in de herkomstlanden van asielzoekers, bijvoorbeeld de huisarts en terughoudendheid in het voorschrijven van antibiotica. Ten derde omdat een deel van de vluchtelingen kennis en vaardigheden mist die van belang zijn om in de nieuwe context hun gezondheid positief te beïnvloeden. Dit vraagt een proactieve rol van de gezondheidszorg. In deze bijdrage wordt kort beschreven over welke mensen we het hebben, wat we uit onderzoek weten over hun gezondheid en hoe de gezondheidszorg in de verschillende fasen van opvang is georganiseerd.

DE MENSEN WAAR HET OM GAAT

Op basis van verblijfstitel onderscheiden we twee groepen: de asielzoekers en de vluchtelingen met een verblijfsvergunning (noot a). Asielzoekers zijn nog in afwachting van de beslissing over hun asielverzoek. 'Vluchtelingen met een verblijfsvergunning' hebben een verblijfsvergunning gekregen ofwel omdat zij (of hun ouders) een positief besluit hebben gekregen op hun asielverzoek, ofwel omdat ze na-reiziger zijn van iemand die een verblijfsvergunning heeft gekregen. Het kan ook zijn dat ze als uitgenodigde vluchteling naar Nederland zijn gekomen; van de laatste groep neemt Nederland elk jaar in het kader van internationale afspraken circa 500 mensen op uit vluchtelingenkampen in de regio's van herkomst.

Het aantal asielzoekers dat in de opvanglocaties van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) verblijft, was begin november 2015 bijna 45.000. Hiervan was iets minder dan een derde onder de 18 jaar en twee derde was mannelijk. De belangrijkste landen van herkomst waren Syrië (48%), Eritrea (10%), Ethiopië (7%), Irak (7%) en Afghanistan (4%). Er verbleven bijna 3.500 alleenstaande minderjarige vreemdelingen in de centrale opvang.

Over het aantal vluchtelingen met een verblijfsvergunning dat in Nederland woont, zijn vanwege definitiekwesties geen precieze cijfers te geven. De aantallen eerste generatie inwoners van Nederland voor enkele belangrijke landen van herkomst van asielzoekers geven een indicatie. Op 1 januari 2014 waren dat

40.500 personen afkomstig uit Irak, 33.000 uit Afghanistan, 28.500 uit Iran, 26.500 uit Somalië, 9.500 uit Syrië en 2.000 uit Eritrea (CBS Statline). In de zogenoemde taakstelling vergunninghouders geeft het Rijk per half jaar aan hoeveel vluchtelingen met een verblijfsvergunning gemeenten moeten opnemen. Dit aantal wordt verdeeld naar rato van het inwoner aantal. Voor 2015 bedraagt de taakstelling bijna 30.000 personen. Het aantal vluchtelingen met een verblijfsvergunning dat gemeenten in 2015 zouden moeten huisvesten loopt uiteen van 425 in de regio van GGD Gooi en Vechtstreek tot 2.170 in de regio van GGD Rotterdam-Rijnmond. De taakstelling voor de eerste helft van 2016 is met 20.000 ongeveer anderhalf keer zo hoog als voor de eerste helft 2015 (de taakstelling naar GGD regio en naar gemeente is te vinden op www.ggdghorkennisnet.nl).

INZICHT IN GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Wat betreft het wetenschappelijk inzicht in de gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen baseer ik me op drie onderzoeksrapporten die in brede zin inzicht geven in gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's bij asielzoekers en vluchtelingen met een verblijfsvergunning. Deze rapporten gaan maar beperkt in op het voorkomen van psychische problemen, infectieziekten en algemene gezondheidsproblemen bij kinderen. Voor deze thema's vind u meer informatie in de andere bijdragen in dit Spectrum.

De eerste bron is het onderzoek 'Vluchtelingengroepen in Nederland' van het Sociaal Cultureel Planbureau.¹ Uit dit onderzoek blijkt dat vluchtelingen met een verblijfsvergunning over het algemeen minder gezond zijn en zich minder gezond voelen dan de autochtone bevolking en dat de gezondheidsachterstanden snel toenemen met de leeftijd. Het gebruik van zorgvoorzieningen door migranten uit de vluchtelingengroepen is hoger dan dat van autochtone Nederlanders. Dit geldt vooral voor de Afghaanse, Iraakse en Iraanse Nederlanders. Het gaat hierbij om het bezoeken van de huisarts, het bezoeken van een medisch specialist en ziekenhuisopnamen. Bij de ggz is er geen verhoogde contactfrequentie zichtbaar ten opzichte van de autochtone Nederlanders, behalve voor de Iraanse en in iets mindere mate de Afghaanse Nederlanders. Het onderzoek laat ook de implicaties van gezondheidsproblemen zien: vluchtelingen met een slechte gezondheid hebben minder kans de Nederlandse taal te leren, het integratietraject af te ronden en betaald werk te vinden.

In de longitudinale studie 'Gevlucht-Gezond' werd de gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen op twee momenten gemeten.² De tijd tussen de twee metingen was ongeveer negen jaar. Bij de respondenten die bij de eerste meting nog in de asielprocedure zaten en bij de tweede meting een verblijfsver-

¹ GGD GHOR Nederland, Utrecht

gunning hadden, bleek de ervaren gezondheid te zijn verbeterd. De gezondheid van de groep die bij de eerste meting al een verblijfsvergunning had, was echter bij de tweede meting minder goed.³ De ervaren gezondheid was minder goed, chronische ziekten waren toegenomen en psychische problemen kwamen nog steeds vaak voor in vergelijking met de algemene bevolking. Bij deze vluchtelingengroep nam tussen de twee metingen overgewicht toe en de lichamelijke activiteit af.

De derde bron is mijn proefschrift: 'A safe and healthy future?' dat bestaat uit epidemiologische studies naar de gezondheid van en risicofactoren bij asielzoekers.⁴ Op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid bleken tienerzwangerschappen relatief vaak voor te komen bij meisjes uit Afrika en Azië. Verder kozen vrouwelijke asielzoeksters vaker voor een abortus dan andere vrouwen in Nederland. Vooral bij vrouwen die kort na aankomst in Nederland zwanger werden, kwam vaker een abortus voor. Daarnaast kwamen moedersterfte en ernstige complicaties tijdens de zwangerschap vaker voor bij asielzoeksters dan algemeen in Nederland. Op het gebied van psychische gezondheid werd gekeken naar het effect van overplaatsingen op asielzoekerskinderen. Kinderen die frequent werden overgeplaatst bleken vaker dan andere kinderen te kampen met psychische – en/of gedragsproblemen. Het negatieve effect van overplaatsingen was groter bij kinderen die geweld hebben meegemaakt, en kinderen van moeders waarbij de diagnose post traumatisch stress syndroom (PTSS) of depressie was gesteld. Het risico op diabetes is bij volwassen asielzoekers, na correctie voor leeftijd en geslacht, twee keer zo hoog als gemiddeld in Nederland. De grootste risicoverschillen werden gevonden voor vrouwelijke asielzoeksters uit Somalië en Soedan, waarbij diabetes meer dan 3,5 keer zo vaak voor kwam. We vonden ook dat bij asielzoekers met de diagnose PTSS meer diabetes voorkwam dan bij asielzoekers waarbij geen PTSS diagnose was gesteld.

DE GEZONDHEIDSZORG IN DE VERSCHILLENDE FASEN VAN OPVANG

Gemeentelijke Crisisnoodopvang

Sinds september 2015 worden asielzoekers, wanneer er onvoldoende plaats is in locaties van het COA, opgevangen in crisisnoodopvanglocaties. Daarbij vangen gemeenten asielzoekers voor een korte periode op in bijvoorbeeld sporthallen. In deze locaties is de gemeente verantwoordelijk voor het organiseren van de gezondheidszorg. In de praktijk betekent dat meestal dat lokale huisartsen worden ingeschakeld, dat GGD'en hygiëne en veiligheidsinspecties uitvoeren en waar nodig adviseren over infectieziektebestrijding. Ook kunnen netwerken en processen van de Geneeskundige Hulp bij Ongelukken en Rampen (GHOR) worden ingezet. Vanwege de korte verblijfsduur in deze locaties – oorspronkelijk voorzien voor maximaal 72 uur – richt de zorg zich (vooral) op acute medische problemen en de zorg voor zwangere vrouwen.

Centrale opvang (COA)

Asielzoekers die in de centrale opvang van het COA verblijven kunnen, net als ieder ander, naar bijvoorbeeld de huisarts, de verloskundige, de jeugdgezondheidszorg of het ziekenhuis. Het

COA is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de gezondheidszorg aan asielzoekers.

Voor de publieke gezondheidszorg asielzoekers (PGA) heeft het COA een overeenkomst met GGD GHOR Nederland. Regionale GGD'en en instellingen Jeugdgezondheidszorg voeren de PGA-taken uit in de asielzoekerscentra in hun gemeente(n). De taken bestaan uit:

- tuberculose screening, behandeling en bestrijding;
- infectieziektepreventie en -bestrijding;
- jeugdgezondheidszorg;
- gezondheidsbevordering door middel van collectieve voorlichting;
- individuele preventie van soa en hiv;
- technische hygiëne inspecties;
- coördinatie van de lokale zorgketen.

De taken verschillen tussen de typen opvanglocaties (zie www.coa.nl en www.ggdghorkennisnet.nl). GGD GHOR Nederland is landelijk contracthouder voor de PGA, voert de landelijke coördinatie en ondersteuning uit en heeft taken op het gebied van epidemiologie en wetenschappelijke onderbouwing.

Voor de curatieve zorg heeft het COA een contract met zorgverzekeraar Menzis, dat wordt uitgevoerd door de Menzis COA Administratie (MCA). Voor de huisartsenzorg heeft MCA het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) opgezet, een landelijk gezondheidscentrum dat huisartsenzorg biedt aan asielzoekers bij of op elk asielzoekerscentrum. Gecontracteerde huisartsen vormen samen met praktijkverpleegkundigen, praktijkassistenten en consulent GGZ een huisartsenpraktijk. De wijze waarop deze zorg is georganiseerd is vergelijkbaar met de huisartsenzorg voor Nederlanders. Er zijn overdag spreekuren en in de avond-, nacht- en weekenduren kunnen asielzoekers waar nodig, via de Praktijklijn, bij een Huisartsenpost terecht. Voor de specialistische zorg heeft MCA in het hele land contracten afgesloten met ziekenhuizen, overige instellingen en behandelcentra. De meeste specialistische hulp en ziekenhuiszorg zoals opgenomen in de basisverzekering wordt vergoed voor asielzoekers.

Na vestiging in gemeenten

Voor vluchtelingen met een verblijfsvergunning zijn organisatie en financiering van de zorg hetzelfde als voor alle inwoners van Nederland. Dit betekent dat ze vallen onder de wettelijke taken van gemeenten als het gaat om het bewaken, bevorderen en beschermen van de gezondheid, zoals beschreven in de Wet publieke gezondheid. De financiering van de curatieve zorg wordt geregeld via ziektekostenverzekeraars.

TOT SLOT

Om te komen tot onderbouwing van beleid en praktijk is meer inzicht nodig in hoe vaak gezondheidsproblemen vóórkomen in vergelijking met de Nederlandse bevolking en in specifieke risicofactoren voor de gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen. Verder is ook meer inzicht nodig in de behoeften, leefstijl en gezondheidsvaardigheden van asielzoekers en vluchtelingen met een verblijfsvergunning en in de effectiviteit van interventies. Voor vluchtelingen in de gemeenten, en ook de nieuwe groepen in de opvang (mensen afkomstig uit Syrië en Eritrea), is

een flinke inhaalslag nodig voor wat betreft onderzoek waarmee we beleid en praktijk kunnen onderbouwen.

NOOT

- a Uitgeprocedeerde asielzoekers en ongedocumenteerden laten we in deze bijdrage buiten beschouwing.

LITERATUUR

1. Sociaal Cultureel Planbureau. Vluchtelingengroepen in Nederland. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.
2. Lamkaddem M, Essink-Bot ML, Stronks K. Gevlucht-gezond? – II Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland. Amsterdam: AMC, 2013. <http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=13188&m=1370254028&action=file.download>

3. Lamkaddem M, Stronks K, Gerritsen AAM, Devillé WLJM, Essink-Bot ML. Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen; vervolgonderzoek onder mensen met een verblijfsvergunning in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;157: A5604.
4. Goosen S. A safe and healthy future. Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2014.

CORRESPONDENTIEADRES

Simone Goosen, GGD GHOR Nederland, Utrecht, e-mail: sgoosen@ggdghor.nl

Psychosociale hulpverlening, vluchtelingen en asielzoekers

Annelieke Drogendijk,¹ René Stumpel²

Afgelopen maanden zijn er extra vluchtelingen en asielzoekers naar Nederland gekomen. Veel? Dat is relatief. Door de UNHCR wordt geschat dat er ongeveer 19,5 miljoen vluchtelingen zijn in de wereld. In 2014 vroegen in Nederland 24.495 personen asiel aan (vergelijk dit met 202.645 aanvragen in Duitsland, 81.180 in Zweden en 31.745 in het Verenigd Koninkrijk).¹ Eind oktober ging het in Nederland om 45.000 personen. De vlucht naar het westen kan ook als een ramp gezien worden: geschat wordt dat er tot augustus 2.500 mensen vermist worden op de Middellandse zee.² Dit kan vergeleken worden met de grootste scheepsrampen in de geschiedenis van Europa (vergelijk 852 slachtoffers bij de ramp met de Estonia en 193 slachtoffers bij de Herald of Free Enterprise). Daarnaast lopen lokaal in Nederland de gemoederen soms hoog op door het plaatsen van grotere groepen in kleinere gemeenschappen, en door het heropenen van opvanglocaties die in de afgelopen jaren door de afnemende opvangcapaciteit gesloten zijn.

UITDAGINGEN VOOR DE PUBLIEKE GEZONDHEIDSZORG

Wat zijn de problemen waar de Publieke Gezondheidszorg en dan in het bijzonder de Psychosociale hulpverlening (PSH) op dit moment mee te maken krijgt?

- Hoe gaan we om met de maatschappelijke onrust in de wijken en dorpen waar opvanglocaties geopend of heropend worden?
- Hoe houden we de capaciteit en veerkracht van de in te zetten organisaties op peil?
- Wat kunnen we voor de vluchtelingen zélf doen?

Om GGD'en te ondersteunen bij deze uitdagingen is bij GGD GHOR Nederland een Taskforce Vluchtelingen ingesteld en heeft Stichting Impact/Arq een Psychosociaal Ondersteuningspunt

Vluchtelingen ingericht. Bij dit contactpunt kunnen niet alleen GGD-medewerkers, maar ook gemeenten, huisartsen, GGZ-professionals met hun vragen terecht (www.arq.org/pov). Afstemming vindt plaats binnen het landelijk programmacollege PSH, waarin alle voor PSH relevante partijen vertegenwoordigd zijn.

HOE GAAN WE OM MET DE MAATSCHAPPELIJKE ONRUST?

Op dit moment worden er elke week nieuwe opvanglocaties geopend, zowel kortdurende (72 uur, de zogenaamde crisisnoodopvang) als langdurende opvanglocaties van het COA. Er zullen de komende periode centra opgericht worden waar groepen van diverse grootte worden ondergebracht. Dit is een bijzondere situatie waar een buurt op diverse wijzen op kan reageren. Wij zien zowel positieve initiatieven (een welkomstbijeenkomst voor de vluchtelingen) maar ook onrust. Onrust over veiligheid van de wijk (risico voor besmetting, veiligheid van vrouwen 's avonds et cetera), en onrust doordat er ook extreemrechtse reacties komen. Bovendien onrust tijdens de informatiebijeenkomsten over mogelijke plaatsing van asielzoekerscentra zélf. Deze informatiebijeenkomsten kunnen immers mensen van verder weg aantrekken die puur komen om te 'rellen'. In hoeverre dat een landelijk probleem is, is niet goed bekend. Op lokaal niveau kan het in ieder geval onrust geven. Ook zullen op korte termijn vluchteling-gezinnen in leegstaande woningen in wijken ondergebracht worden. Dit is niet anders dan normaal, alleen zullen de aantallen in bepaalde wijken of dorpen groter zijn.

Mits de vluchtelingen op een zorgvuldige wijze binnen steden of dorpen geplaatst worden en goed aangesloten wordt op de plaatselijke kennis van een wijk of dorp, zal er geen sprake zijn van sociale onrust op grote schaal. Lokale structuren kunnen inschatten wat de kans daarop is binnen een specifieke wijk/straat en weten vaak goed hoe ze met deze mensen in gesprek kunnen gaan. Daar moeten instanties zich natuurlijk

¹ Stichting Impact, Diemen

² GGD, Gooi en Vechtstreek, Bussum

dan wel van bewust zijn. GGD'en kunnen in dit verband een adviserende rol spelen.

HOE HOUDEN WE DE CAPACITEIT EN VEERKRACHT VAN IN TE ZETTEN ORGANISATIES OP PEIL?

Voor partijen die normaal een actieve rol spelen binnen de vluchtelingenopvang, heeft deze snelle toename van het aantal asielzoekers tot gevolg dat zij meer dan normaal actief en in opgeschaalde vorm bezig zijn. Medewerkers van organisaties die normaal geen rol vervullen, komen terecht in een voor hen veelal totaal onbekende 'wereld'. Dit geldt bijvoorbeeld voor medewerkers van gemeenten die verantwoordelijk worden voor crisisopvang. Hetzelfde geldt voor de talloze vrijwilligers die daarbij worden ingezet. Ook professionele hulpverleners zoals huisartsen en GGD-medewerkers moeten hun werk opeens in een heel andere context doen.

De motivatie en betrokkenheid onder alle medewerkers is vaak groot. Dat is van cruciaal belang om dit werk goed te kunnen doen en om eventuele spanningen, tegenslagen en indrukwekkende ervaringen te kunnen hanteren. Van een aantal factoren is bekend dat ze bijdragen aan de weerbaarheid van medewerkers en aan een positieve en constructieve manier van werken in een nieuwe en potentieel stressvolle situatie. Aandacht voor de motivatie van de medewerkers is belangrijk: het bespreken van de mooie kanten van het werk maakt dat medewerkers positief in hun werk staan. In een zeer drukke periode als deze kan stilstaan bij de waardering van het werk dat wordt gedaan, soms vergeten worden. Toch is het goed zo nu en dan als management stil te staan bij wat de medewerkers doen. Daarbij hoort ook een goede afschaling als het werk gedaan is. Dit bestaat uit een afsluitende bijeenkomst, kijken naar het werk dat is blijven liggen, een rustige tijd creëren, waarbinnen er bijvoorbeeld ruimte is voor vrije dagen, kortom als organisatie bewust uit de 'crisisstand' gaan.

WAT KUNNEN WE VOOR DE VLUCHTELINGEN ZÉLF DOEN?

De mensen die nu in Nederland aankomen, komen uit een oorlogsgebied en hebben vaak een stressvolle, lange reis achter de rug. Uit onderzoek blijkt dat negen van de tien mensen voldoende veerkrachtig zijn om met deze ervaringen om te gaan. Ongeveer 9% van de vluchtelingen krijgt uiteindelijk een PTSS, en 5% krijgt last van depressie, 2% een psychotische stoornis bij en 4% een gegeneraliseerde angststoornis.³ Vanzelfsprekend is de kans dat iemand langdurige klachten ontwikkelt per persoon verschillend. Mensen die veel schokkende ervaringen hebben zoals marteling, verlies van naasten/kinderen, en het wisselen van locaties in Nederland hebben meer kans problemen te krijgen.⁴

De Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociale Hulp is in deze richtinggevend voor de opvang en nazorg voor deze voornamelijk veerkrachtige groep.⁵ Getroffenen van rampen en crisis (en daarmee dus ook de vluchtelingen die in Nederland zijn aangekomen) hebben belang bij een steunende context. Dit betekent het bieden van menselijkheid: het openstaan voor directe praktische behoeften, een luisterend oor, steun en troost. Het herenigen van gezinnen en daarmee het versterken en mobiliseren van sociale steun is van groot belang. Ook goede informatie over wat de persoon te wachten staat of een simpele goede Wifi-verbinding waardoor er contact met het thuisfront gehouden kan worden, verlaagt de stress. Deze zaken zijn natuurlijk afhankelijk van de betrokken organisaties in Nederland. Maar het organiseren van een zinvolle dagbesteding, specifieke gezinsprogramma's, kinderen de dagelijkse structuur van school aanbieden zijn van groot belang om de zinnen te verzetten. Organisaties als Vluchtelingenwerk Nederland en GGD'en kunnen informatie en voorlichting over mogelijke stressreacties geven, en aangeven wat men er zélf aan kan doen en wanneer het verstandig is om hulp te zoeken. Een korte (online) vragenlijst in de taal van de vluchteling kan daarbij ondersteunen.

Voor diverse professionals zoals GGD-medewerkers, huisartsen en andere belangstellenden heeft Impact/Arq in samenwerking met het Programmacollege PSH inmiddels een aantal factsheets ontwikkeld, waarin op het bovenstaande dieper wordt ingegaan. Deze staan op de website van het Psychosociaal Ondersteuningspunt Vluchtelingen (www.arq.org/pov), samen met diverse andere informatieve documenten en verwijzingen naar belangrijke organisaties.

LITERATUUR

1. Eurostat, zie: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics
2. UNHCR, zie <http://www.unhcr.org/55e06a5b6.html>
3. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365(9467):1309-14.
4. Goosen ESM. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. 2014.
5. Impact. Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crisis. Diemen: Impact, 2014.

CORRESPONDENTIEADRES

Annelieke Drogendijk, Stichting Impact, Diemen, e-mail: a.drogendijk@impact.arq.org

Asielzoekers en infectieziekten, een kwestie van beheersing

Yvonne THP van Duijnhoven,¹ Gerard JB Sonder,¹ Evelien Siedenburg,¹ Joan Worp,¹ Wieneke E Meijer-Veldman,¹ Paul van der Velpen¹

Asielzoekers en gezondheid is geen nieuw aandachtsgebied, maar staat recent, niet altijd met de juiste belichting, wel in de schijnwerpers. Het argument van aanzienlijke infectieziektenrisico's die de bevolking zou lopen wordt regelmatig in de strijd geworpen in de brede discussie rondom de opvang van vluchtelingen. Maar wat zeggen de feiten nu eigenlijk hierover?

HOE IS DE SITUATIE IN NEDERLAND?

De uitvoering van de infectieziektebestrijding is via de Wet Publieke Gezondheid (WPG) in Nederland belegd bij de GGD-en (in opdracht van de gemeenten) en het RIVM. Het functioneren van dit bestrijdingsapparaat heeft zich regelmatig bewezen door vroege opsporing van infectieziekten en het voorkomen of indammen van uitbraken. Deze organisaties zijn samen met medewerkers van de Gezondheidscentra asielzoekers in de COA-opvang verantwoordelijk voor de publieke gezondheid van asielzoekers. Wat is het beeld ten aanzien van de infectierisico's vanuit deze professionals?

Asielzoekers vormen geen homogene groep. Hun gezondheid en het risico op verspreiding van infectieziekten is sterk afhankelijk van het land van herkomst. Tot nog toe ervaren de bij de opvang betrokken GGD-medewerkers dat de gezondheidssituatie van de Syrische vluchtelingen, ongeveer de helft van alle asielzoekers die in 2015 ons land binnenkwamen, heel behoorlijk is. Een groot deel van de overige asielzoekers komt uit Eritrea, Ethiopië, Irak en Afghanistan. Daar is doorgaans een minder gunstige gezondheidssituatie. De infectierisico's die asielzoekers kunnen vormen voor de plaatselijke bevolking, voor medewerkers in de opvangcentra en andere betrokkenen (politie en dergelijke) blijken in de praktijk vooralsnog heel beperkt te zijn.

Door de oorlogssituatie en gebrekkige gezondheidszorgsystemen in de landen van herkomst zijn er achterstanden in de uitvoering van collectieve vaccinatieprogramma's, waardoor een groot deel van de jonge kinderen bij aankomst in Nederland niet beschermd is voor kinderziekten zoals mazelen, meningitis, difterie, polio, kinkhoest. Tot het moment van vaccinatie, momenteel enkele weken tot maanden na aankomst in Nederland, bestaat daarmee minstens theoretisch een risico op uitbraken van deze kinderziekten zodra de ziekteverwekker in deze populatie wordt geïntroduceerd. In de praktijk worden er echter tot dusverre geen uitbraken van omvang gezien binnen de opvanglocaties. Met het recente besluit om ook in de COA-noodopvang de jeugdgezondheidszorg en vaccinaties voor kinderen van 0-18 maanden in te voeren, zal bovendien het risico daarop verder worden verkleind. Hiermee wordt ook invulling gegeven aan het advies van het European Centre for Disease Control (ECDC) naar aanleiding van een risicobeoordeling van cutane difterie bij asielzoekers en een expert opinion over de gezondheidstoestand van asielzoekers, om mensen zonder bewijs van vaccinatie als onbeschermd te beschouwen en alsnog te vaccineren.^{1,2}

stand van asielzoekers, om mensen zonder bewijs van vaccinatie als onbeschermd te beschouwen en alsnog te vaccineren.^{1,2}

SPECIALE AANDACHT

Gegeven de gezondheidstoestand in de herkomstlanden is er speciale aandacht voor: tuberculose, scabiës, antibioticaresistente bacteriën zoals MRSA, hepatitis A en waterpokken, die allen zijn aangetroffen in opvanglocaties in Nederland. Incidenteel worden, voor Nederland zeldzame, aandoeningen aangetroffen, zoals Febris recurrens (verwekker *Borrelia recurrentis*), loopgravenkoorts (febris quintana, verwekker *Rickettsia quintana*) en vlektyfus (verwekker *Rickettsia prowazekii*), die allemaal kunnen worden overgebracht door de kleepluis (*Pediculus humanis var. corporis*) en door goede hygiëne kunnen worden voorkómen.³ Vanuit het ECDC wordt ter overweging meegegeven asielzoekers te screenen voor hepatitis B, C, HIV, andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), malaria, cholera, darmparasieten en wormen.² Momenteel wordt naar deze ziekten in Nederland diagnostiek verricht als er sprake is van bijpassende klachten. Het risico op overdracht van soa door asielzoekers is door condoomgebruik te voorkomen. Het risico op overdracht van vector-gerelateerde infectieziekten zoals malaria en leishmaniasis wordt als zeer laag ingeschat omdat de vectoren die deze ziekten overdragen in Nederland niet voorkomen.⁴ Diverse infectieziekten moeten conform de WPG in Nederland worden gemeld aan de GGD. Dat geldt ook voor een verheffing van een infectieuze aandoening in opvangcentra. Daarmee houdt de GGD de vinger aan de pols.

Tuberculose

Voor de gezondheid van de asielzoekers en om te voorkomen dat tuberculose (tbc) zich vanuit asielzoekers gaat verspreiden in Nederland, werd tot voor kort elke asielzoeker in Nederland gescreend op tbc. Hieruit bleek dat het risico op tbc onder asielzoekers uit Syrië beperkt was, met drie diagnoses bij 15.360 gescreende Syriërs in 2015 (19 per 100.000) en één diagnose op 11.895 gescreende Syriërs in 2014 (9 per 100.000).⁵ De gevonden tbc-prevalentie lag dus beduidend lager dan de 50 per 100.000 inwoners die normaliter in Nederland geldt als norm voor screening van risicogroepen. Op grond daarvan heeft de Minister besloten de tbc-screening voor Syriërs voorlopig uit te stellen om voldoende screeningscapaciteit tijdig beschikbaar te hebben voor asielzoekers met een hoger risico op tbc, zoals asielzoekers uit Eritrea en Ethiopië waar in 2014-2015 een prevalentie tussen de 200 en 300 per 100.000 inwoners werd gevonden. Met de screening door de GGD'en wordt het risico op verspreiding van tbc vanuit deze groep asielzoekers beperkt. In de opvang hebben zich dan ook geen clusters van tbc voorgedaan.

¹ GGD Amsterdam, Amsterdam

Methicilline resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)

Nederland kent een laag percentage van MRSA-dragerschap in de bevolking. Het beleid is erop gericht om MRSA introductie in ziekenhuizen, waar kwetsbare patiënten liggen, te voorkomen. Onderzoek naar dragerschap van MRSA onder 95 personen in het AZC in de regio Weert leverde op dat 15% drager was van MRSA.⁶ De MRSA dragers waren vooral afkomstig uit Eritrea. Op grond van deze bevindingen en een soortgelijk beeld onder asielzoekers die vanuit asielinstellingen in de regio Groningen-Drenthe opgenomen werden in een ziekenhuis, heeft de Werkgroep Infectie Preventie geadviseerd om personen die minder dan twee maanden geleden woonachtig zijn geweest in een instelling voor asielzoekers bij opname in zorginstellingen voortaan te screenen op MRSA in combinatie met daarbij passende infectiepreventie maatregelen.⁶ Hiermee wordt introductie in een kwetsbare populatie voorkomen.

Scabiës

Scabiës, ofwel schurft, is een vervelende maar ongevaarlijke parasitaire ziekte die alleen wordt overgedragen door intensief lichamelijk contact en met een goede hygiëne en medicijnen makkelijk te verhelpen is. In Nederland komen er elk jaar scabiës-meldingen bij GGD'en binnen, bijvoorbeeld vanuit zorginstellingen. Scabiës wordt vaker bij asielzoekers geconstateerd en is ook in de afgelopen maanden in diverse opvanglocaties waargenomen, althans de klinische verdenking op scabiës. De diagnose is niet altijd gemakkelijk te stellen en vaak worden jeukklachten 'voor de zekerheid' behandeld als scabiës. Dit leidt regelmatig tot onrust bij met name medewerkers en hulpverleners. De kans op overdracht van scabiës naar medewerkers is bij normale hygiëne nihil. Voor de GGD'en is scabiës bestrijding 'business as usual' en in de opvangcentra vooral gericht op individuele behandeling en goede voorlichting ter bestrijding van onnodige onrust.

Hepatitis A

In een aantal opvangcentra voor asielzoekers is melding gemaakt van hepatitis A. Hepatitis A is een besmettelijke leverontsteking veroorzaakt door een virus dat via ontlasting op andere mensen wordt overgedragen. Hepatitis A wordt dus vooral gezien in landen waar de hygiënische omstandigheden onvoldoende zijn, zoals in een aantal landen van herkomst van de huidige asielzoekers. In deze landen is hepatitis A een kinderziekte; vrijwel alle kinderen worden besmet en zijn daarna immuun. Een ziektegeval met hepatitis A is meldingsplichtig in Nederland, waarbij GGD'en vervolgens bron- en contactonderzoek en immunisatie uitvoeren in combinatie met voorlichting over een goede hygiëne om verdere verspreiding te voorkomen. Ook al komt hepatitis A in Nederland steeds minder vaak voor, toch zijn er nog met enige regelmaat uitbraken die echter meestal door het snelle ingrijpen van de GGD'en van beperkte omvang blijven. Dezelfde aanpak wordt ook ingezet in geval van hepatitis A in asielopvangcentra, zoals recent plaatsvond in een opvanglocatie in Lisse.

BESTRIJDINGSMAATREGELEN EN TECHNISCHE HYGIËNEZORG

De meeste besmettelijke ziekten bij asielzoekers, komen ook in Nederland regelmatig voor en zijn betrekkelijk eenvoudig te

voorkomen. Door mensen niet te dicht op elkaar te huisvesten, beddengoed en kleding goed te wassen, regelmatig te douchen en waar van toepassing medicatie toe te dienen. Dit is soms nog wel een uitdaging in crisisnoodopvangcentra die niet geschikt zijn voor langdurige bewoning, zoals in het begin de sporthallen en later ook kantoorgebouwen. Daar zijn douches sporadisch aanwezig, ontbreken faciliteiten voor het wassen en drogen van kleding en vraagt de voedselvoorziening en het voorkomen van voedselinfecties permanent aandacht. Op basis van adviezen van GGD'en in het kader van de technische hygiënezorg wordt momenteel geïnvesteerd in verbetering van de opvanglocaties en wordt voor langduriger verblijf toenemend uitgeweken naar meer geschikte locaties, zoals leegstaande verzorgingshuizen. Gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering voor asielzoekers dragen verder bij aan een goede gezondheid en adequate infectieziektebestrijding. Zorgen bij hulpverleners en vrijwilligers over het risico om besmet te raken zijn ongegrond als een goede hygiëne in acht wordt genomen zoals regelmatig handen wassen, dragen van beschermende kleding en handschoenen bij bijvoorbeeld schoonmaakwerkzaamheden en het sorteren van vuil wasgoed en tweedehands kleding.

Geconcludeerd kan worden dat de infectierisico's bij asielzoekers geen aanleiding geven tot verontrusting. Net als op vele andere fronten in het vluchtelingendebat vraagt het vooral om beheersing. En zoals altijd met infectieziekten geldt ook hier: blijf waakzaam.

LITERATUUR

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Cutaneous diphtheria among recently arrived refugees and asylum seekers in the EU, 30 July 2015. Stockholm: ECDC, 2015.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Expert Opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's southern and south-eastern borders. Stockholm: ECDC, 2015.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Louseborne relapsing fever in the Netherlands, 24 July 2015. Stockholm: ECDC, 2015.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Risk of importation and spread of malaria and other vector-borne diseases associated with the arrival of migrants to the EU, 21 October 2015. Stockholm: ECDC, 2015.
5. Advies ad-hoc commissie CPT ten aanzien van de binnenkomstscreening asielzoekers. Brief Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding 19 september 2015, als bijlage bij Kamerbrief Ministerie van VWS over de gezondheid van asielzoekers, 21 september 2015, Den Haag, 2015.
6. RIVM. Alertheid gevraagd voor mogelijk risico van MRSA/BRMO-dragerschap onder asielzoekers. Bilthoven: RIVM, 2015; http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2015/Alertheid_gevraagd_voor_mogelijk_risico_van_MRSA_BRMO_dragerschap_onder_asielzoekers, Bilthoven, 6 oktober 2015

CORRESPONDENTIEADRES

Yvonne THP van Duijnhoven, GGD Amsterdam, Amsterdam, e-mail: yvduijnhoven@ggd.amsterdam.nl

Jeugdgezondheidszorg voor vluchtelingen: een kijkje in de keuken van GGD West-Brabant

Marleen Verhagen,¹ Marianne Steentjes¹

Een JGZ-verpleegkundige van de GGD gaat op huisbezoek bij een nieuw gevestigd gezin. Het gaat om een gezinshereniging: moeder en kinderen verbleven vanaf de aankomst op Schiphol slechts enkele dagen in centrale ontvangstlocatie Ter Apel, voordat zij veertien dagen geleden bij vader in de wijk zijn komen wonen. Ze treft bij het gezin thuis toevallig een vrijwilliger aan van Vluchtelingenwerk Nederland. Deze is blij de verpleegkundige te zien: ze maakt zich zorgen over een ondervoede baby. Bovendien is er financiële nood: het gezin gisteren op eigen initiatief helemaal naar Ter Apel gereisd omdat het zontje nog een uitnodiging voor een vaccinatie had. Het geld voor de komende weken is hieraan opgegaan. Het gezin is doodmoe, maakt een matte indruk.

SNELLE INSTROOM VAN VLUCHTELINGEN IN DE WIJK

Naar verwachting is 0,92% van de bevolking in West-Brabant medio 2016 een vluchteling. Voor kinderen onder de 18 jaar ligt dit percentage met 1,57% iets hoger. Het is de taak van de GGD om de gezondheid van alle (nieuwkomers)gezinnen te beschermen en te bevorderen via infectieziektenbestrijding, screening op tbc, gezondheidsbevordering en het bieden van jeugdgezondheidszorg. Momenteel stromen vluchtelingen met een status veel sneller dan voorheen door naar een woonhuis in de wijk. Een aanzienlijk aantal kinderen (0-4 en 4-19 jaar) heeft echter nog geen JGZ-intake gehad of inhaalvaccinaties volgens het RijksVaccinatieProgramma in een eerdere opvanglocatie van het COA. Daarom heeft een deel van deze nieuwkomerskinderen in de gemeente inhaalzorg nodig op het gebied van jeugdgezondheidszorg: maatwerk dat meer inspanningen vraagt!

NIEUWE OPVANGLOCATIES VOOR VLUCHTELINGEN IN WEST-BRABANT

Naast gevluchte gezinnen die direct een status krijgen, heeft de GGD West-Brabant sinds november 2014 ook te maken met de opening van een AZC in het centrum van Breda en draagt zij zorg voor 25 à 30 jongeren in twee kleinschalige wooneenheden voor Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (AMA's). In het AZC wonen maximaal 400 asielzoekers, waarvan gemiddeld 35-40% jeugdigen. Van hen is 5 à 10% tussen de 0 en 4 jaar en 30% tussen de 4 en 19 jaar. Bovendien was de GGD West-Brabant de laatste maanden betrokken bij vijf crisisopvanglocaties onder regie van de gemeenten. JGZ-medewerkers triageerden samen met collega's van infectieziektebestrijding en tbc direct bij aankomst alle asielzoekers. Zo konden preventieve en medische zorgvragen snel worden opgepakt door GGD en huisartsenzorg.

UITDAGINGEN

Hoewel de JGZ-taken in een AZC duidelijk zijn vastgelegd in een landelijke richtlijn (Basistakenpakket JGZ asielzoekerskinderen 0-19 jaar, GGD GHOR Nederland, mei 2014), blijkt het een uitdaging om deze richtlijn lokaal te implementeren en toe te passen. We willen immers dat alle kinderen binnen zes weken een intake krijgen. Een intake die de GGD West-Brabant combineert met een lichamelijk onderzoek én vaccinaties, waardoor artsen en JGZ-verpleegkundigen hun planning optimaal moeten afstemmen. Daarnaast kent het AZC een snelle doorstroom: er komen steeds weer nieuwe gezinnen bij en anderen vertrekken weer naar een andere opvanglocatie. Hoe kun je zorgen voor een goede, warme overdracht van deze groep kwetsbare kinderen?

De snelle instroom en doorstroom van gevluchte gezinnen maakt de logistiek rondom de contactmomenten ingewikkeld: hoe bereik je de doelgroep en hoe bied je op het juiste moment de benodigde jeugdgezondheidszorg? Aandachtspunt hierbij is een aansluitend aanbod in de verschillende fasen van opvang: vluchtelingen verblijven doorgaans korte tijd in een opvanglocatie. Posters, vertaalde folders en brieven met pictogrammen blijken onontbeerlijk.

Daarbij vergen 'nieuwe groepen' vluchtelingen uit onder andere Syrië, Eritrea en Somalië meer doelgroepgerichte kennis en kunde van de zorgprofessionals. De risico's en aandachtspunten die Simone Goosen benoemt in haar proefschrift worden in de praktijk van JGZ-professionals bij de GGD West-Brabant dan ook zeker herkend (Goosen, 2014). Tijdens de contactmomenten worden meerdere thema's gesignaleerd waarop gezondheidsvoorlichting wordt ingezet: gezonde (op)voeding, gebrek aan seksuele kennis en -gezondheid, drank- en drugsgebruik, fietsongevallen en verveling. Wachtlijsten voor een middelbare school en onduidelijkheid over vestiging monden vaak uit in een energielek om in te burgeren en te gaan participeren in de samenleving.

INITIATIEVEN

Het is wezenlijk dat GGD'en deskundig en multidisciplinair inspelen op de knelpunten binnen de JGZ rondom de toenevende stroom vluchtelingen. Snelheid en zorgvuldigheid gaan hierbij hand in hand. Hoe pakt de GGD West-Brabant dit aan?

- Tijdens brainstormsessies en werklunches wordt intern aansluiting gezocht om zorg af te stemmen binnen alle afdelingen (JGZ, GVO, IZB, TBC en SOA);
- Om samenhang tussen de JGZ Publieke Gezondheid Asielzoekers en de dienstverlening van andere lokale (zorg)ketenpartners te bevorderen en bestendigen, vindt coördinatie plaats binnen de lokale zorgketen. Binnen het AZC neemt de GGD deel aan een multidisciplinair overleg en er is een exter-

¹ GGD West-Brabant, Breda

- ne werkgroep geestelijke gezondheidszorg vluchtelingen opgericht;
- Relevante informatie wordt via intranet naar alle medewerkers gecommuniceerd. Bij deze berichtgeving ligt de nadruk op de al aanwezige interculturele competenties en professionele beroepshouding: ga open in contact, wees je bewust van je eigen waarden en normen. Wees geïnteresseerd in wat mensen willen vertellen en deel de zorg. Zet in op normaliseren en het bevorderen van veerkracht en netwerk mogelijkheden;
 - Aandachtspunten bij alle gevluchte kinderen en hun ouders zijn angstgevoelens, gedragsproblemen en post-traumatisch stresssyndroom, maar ook latente infectieziekten, scabies, tienerzwangerschappen en vrouwelijke genitale verminking;
 - GGD West-Brabant kiest ervoor de tolktelefoon weer mogelijk te maken binnen de reguliere JGZ;
 - Werkinstructies worden aangescherpt en toegespitst op het optimaliseren van continuïteit en vroegsignalering van zorgbehoeften bij deze gezinnen. Daarbij is er specifieke aandacht voor de kwaliteit van overdrachten bij verhuizingen tussen AZC's en vestiging in de gemeenten;
 - Er loopt een pilot die een gestructureerde samenwerking tussen JGZ-professionals met de vrijwilligers van het lokale Vluchtelingenwerk bewerkstelligt, profiterend van elkaars kennis en expertise. In het kader van collectieve preventie en versterking van eigen kracht, sluiten JGZ-professionals regelmatig aan bij de plaatselijke nieuwkomersmoedergroep;
 - Binnenkort krijgen jeugdprofessionals een vervolgscholing op cultuursensitief hulpverleners en vergroting van interculturele competenties. Hiervoor is aansluiting gezocht bij GGD GHOR Nederland en Pharos;

- GGD West-Brabant is één van de partners in het traject 'Integratie door wijkparticipatie'. In 2016 en 2017 krijgen niet-westerse migranten in de regio die de inburgeringscursus hebben afgerond, voorlichting over gezondheids- en leefstijlaspecten. Hiervoor heeft de gemeente Breda vanuit het Europese Migratie- en Veiligheidsfonds (AMIF) subsidie ontvangen.

GROOTSTE UITDAGING: BIED EEN AANSLUITEND EN CONTINU AANBOD

Vluchtelingenkinderen en hun ouders zijn extra kwetsbaar: ze hebben meer dan gemiddeld gezondheidsproblemen en lopen ook meer risico om gezondheidsproblemen te ontwikkelen. Dit terwijl een goede gezondheid belangrijk is om mee te kunnen doen in de samenleving. Daarom is het essentieel om vanaf het moment van binnenkomst in Nederland een aansluitend en continu aanbod te realiseren in de verschillende fasen van opvang van vluchtelingen. Doel hiervan is vroegsignalering, het inschatten van zorgbehoeften, normaliseren en het bevorderen van veerkracht. Dit blijft zowel landelijk als lokaal een uitdaging. Jeugdgezondheidszorg is dichtbij en de enige organisatie in Nederland die praktisch alle kinderen in beeld heeft en kwetsbare kinderen in beeld houdt. GGD West-Brabant staat op voor kwetsbare en (veer)krachtige vluchtelingenkinderen en hun ouders. Zij verdienen een veilige en gezonde plek in onze samenleving!

CORRESPONDENTIEADRES

Marleen Verhagen, GGD West-Brabant, Breda, e-mail: m.verhagen@ggdwestbrabant.nl

Vluchtelingen en huisartsenzorg

Maria van den Muijsenbergh¹

De huisarts is er voor alle mensen, met al hun vragen en problemen op het gebied van ziekte en gezondheid, gedurende elke levensfase.¹ Dus ook voor vluchtelingen van elke leeftijd en ongeacht hun land van herkomst of verblijfsstatus. Binnen het Nederlandse zorgstelsel is de huisarts de eerste tot wie vluchtelingen met gezondheidsproblemen zich wenden. Huisartsen willen graag ook hen zorg op maat bieden. WONCA-Europa, de organisatie waarin huisartsen uit heel Europa in verenigd zijn, benadrukt in het Istanbul statement dat zij in oktober 2015 publiceerde, dat alle vluchtelingen in Europa toegang zouden moeten hebben tot betaalbare, gelijkwaardige zorg van hoge kwaliteit.² Zij noemt daarin nadrukkelijk de verantwoordelijkheid van huisartsen voor het leveren van deze zorg, en de noodzaak om hen voldoende toe te rusten voor deze taak. Daarvoor dienen huisartsen onder andere te beschikken over relevante richtlijnen voor onderzoek en behandeling van specifieke gezondheidsproblemen zoals de gevolgen van geweld, de

speciale noden van weeskinderen of infecties die samenhangen met de slechte levensomstandigheden tijdens de vlucht (zoals schurft). Maar er is meer nodig.

HET BELANG VAN VERTROUWEN

Vertrouwen in de huisarts is cruciaal voor effectieve zorg en patiënten tevredenheid.³ De huisarts zal dan ook allereerst in moeten zetten op het creëren van een vertrouwensband, wat bij vluchtelingen met slechte ervaringen wellicht nog belangrijker (en moeilijker is) dan bij andere patiënten.⁴ Persoonlijke aandacht voor de patiënt en goede communicatie blijken de belangrijkste ingrediënten voor een goede arts-patiënt relatie en daarmee voor het scheppen van vertrouwen.³ Een open, vriendelijke, uitnodigende houding en oprechte belangstelling van de huisarts zijn daarbij een goed en onmisbaar begin. Een uitgebreid kennismakingsgesprek kan daarbij behulpzaam zijn, waarin gevraagd wordt naar migratiegeschiedenis, familiesamenstelling, opleiding en werk in het land van herkomst, taal,

¹ Pharos, kenniscentrum gezondheidsverschillen, Utrecht

religie, medische en sociale voorgeschiedenis. Daarnaast zijn kennis en vaardigheden nodig voor een goede communicatie.

PERSOONSGERICHTE ZORG 'PLUS'

Huisartsgeneeskunde is generalistische, persoonsgerichte en continue zorg, waarbij veel aandacht is voor de psychosociale context van de patiënt. Vaak leidt dit tot grote tevredenheid bij de patiënt, en bovendien draagt een sterke huisartsgeneeskunde bij aan een goede publieke gezondheid.⁵ Toch zijn asielzoekers en vluchtelingen niet zo tevreden over de huisartsenzorg als de meeste andere patiënten. Zij ervaren problemen in de toegang tot de huisarts en communicatie problemen door de taalbarrière; vaak is er sprake van slechte arts-patiëntrelatie en veel migranten hebben moeite met het accepteren van de Nederlandse (en Britse) huisartsenzorg die immers sterk verschilt van de ziekenhuis-georiënteerde zorg in hun land van herkomst.⁶ Deze problemen worden veroorzaakt wanneer huisartsen te weinig inspelen op de specifieke context van de vluchtelingen en bijvoorbeeld zelden een tolk inschakelen,⁷ en onvoldoende ingaan op de verwachtingen van de betreffende vluchteling ten aanzien van de zorg. Huisartsen hebben naast een persoonsgerichte attitude kennis nodig van specifieke gezondheidsproblemen van vluchtelingen en vaardigheden om adequaat te kunnen communiceren voorbij taalbarrières en culturele verschillen.⁸ Conny Seeleman noemde dit in haar proefschrift treffend: persoonsgerichte zorg 'plus'.⁹ Deze plus vereist onderwijs en training in culturele competenties, zoals Essink-Bot en Suurmond in hun bijdrage beschrijven.

Met de grote toestroom van asielzoekers worden veel huisartsen voor het eerst met vluchtelingen geconfronteerd: ofwel omdat in hun dorp plots een opvangcentrum komt, ofwel omdat er meerdere vluchtelingen met status in hun praktijkgebied gehuisvest worden. Veel huisartsen in plaatsen waar niet eerder veel vluchtelingen kwamen, vragen nu om scholing. Hier ligt een taak voor huisartsopleidingen en organisaties voor deskundigheidsbevordering zoals het NHG en Pharos.

AANPASSINGEN IN PRAKTIJKORGANISATIE

Goede zorg voor vluchtelingen vraagt ook om aanpassingen in de praktijk: langere consulttijden zijn nodig, zeker wanneer een tolk moet worden ingeschakeld; een gastvrije uitstraling van de praktijk is nodig om mensen zich thuis te laten voelen; telefoonbeantwoorder en bewegwijzering dienen begrijpelijk te zijn voor mensen die geen Nederlands spreken of überhaupt weinig kunnen lezen. De huisarts zal gebruik moeten maken van de inzet van professionele tolken, die voor asielzoekers in de opvang wél, maar voor vluchtelingen met een verblijfsstatus en uitgeprocedeerde asielzoekers níét vergoed wordt en dus door de huisarts zelf bekostigd moeten worden. Op het gebied van de organisatorische randvoorwaarden ligt een taak voor overheid en belangenverenigingen van huisartsen.

VOORLICHTING AAN VLUCHTELINGEN EN ACTIEVE TOELEIDING NAAR HUISARTSENZORG

Veel vluchtelingen zijn onbekend met het Nederlandse zorgsysteem, waarin men geacht wordt zich in te schrijven bij een huisarts, en waar men voor allerlei vragen bij deze huisarts terecht

kan. Wanneer vluchtelingen met een verblijfsstatus gehuisvest worden in een gemeente, zullen zij vaak pas een huisarts zoeken wanneer zij ziek zijn. Dit leidt tot acute zorg, en beperkt de mogelijkheden van de huisarts om tijdig gezinsproblemen of gezondheidsrisico's te signaleren en – samen met de publieke gezondheidszorg of jeugdzorg – preventieve zorg te bieden voor bijvoorbeeld kinderen met psychosociale problemen.

Naast onbekendheid met de organisatie van de zorg, speelt onbekendheid met de Nederlandse opvattingen over goede zorg (terughoudendheid in medicatie en onderzoek, nadruk op eigen inbreng en zelfredzaamheid) een rol in de onvrede van veel migranten met de Nederlandse zorg.

Het is daarom aan te bevelen dat vluchtelingen al tijdens de asielpprocedure voorlichting ontvangen over de Nederlandse gezondheidszorg. Bovendien zou het goed zijn als dit, en het zoeken van een huisarts, onderdeel zouden zijn van de inburgeringsactiviteiten die gemeenten voor nieuw komende migranten organiseren.

Samenvattend zijn huisartsen in Nederland bereid en in staat om asielzoekers en vluchtelingen effectieve, persoonsgerichte zorg te bieden, mits zij hierin geschoold en ondersteund worden, en ook de vluchtelingen actief worden voorbereid op de Nederlandse huisartsenzorg.

LITERATUUR

1. NHG. NHG-standpunt kernwaarden huisartsgeneeskunde. Utrecht: NHG, 2011.
2. WONCA. WONCA Europe 2015 Istanbul Statement. <http://www.woncaeurope.org/content/wonca-europe-2015-istanbul-statement>
3. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2003;53:798-800.
4. Feldmann CT, Bensing JM, Ruijter A de, Boeije HR. Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? *Soc Health Illness* 2007;29:515-35.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502
6. Cheng I-Hao, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *Br J Gen Pract* Mar 2015;65 (632) e171-e176.
7. Langendijk-van den Berg I, Verdonk P, Abma T. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7702
8. Muijsenbergh METC van den, Oosterberg EH. Patiëntgericht én cultureel competent Goede zorg voor allochtone patiënten vereist specifieke competenties *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157: A5612p
9. Seeleman MC. Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in healthcare? Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2014.

CORRESPONDENTIEADRES

Maria van den Muijsenbergh, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc, Nijmegen, e-mail: m.mujsenbergh@pharos.nl

Culturele competenties: noodzaak in zorg voor asielzoekers en vluchtelingen

Marie-Louise Essink-Bot,¹ Jeanine Suurmond¹

Alle zorgverleners krijgen in toenemende mate te maken met asielzoekers en vluchtelingen, ook professionals in de publieke gezondheidszorg. Na een hopelijk zo kort mogelijk verblijf in de opvang voor asielzoekers zullen velen zich de komende tijd als vluchteling vestigen in een Nederlandse gemeente. Vluchtelingen vallen onder het reguliere Nederlandse zorgsysteem en huisartsen zullen veel vluchtelingen in hun spreekkamer zien. Minderjarige vluchtelingen hebben recht op jeugdgezondheidszorg.

SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

Zorgverlening aan vluchtelingen is in essentie niet anders dan die aan andere patiënten, maar kent ook specifieke aandachtspunten, zoals in de volgende casus:

Op het spreekuur van de huisarts verschijnt mevrouw Ghobadi. De huisarts kent haar nog niet, maar leest in het dossier dat zij depressieve klachten heeft en dat er mogelijk sprake is van PTSS. Zij is ruim 20 jaar geleden gevlucht uit Iran en heeft last van nachtmerries en veel verdriet. Ook heeft ze al jaren diffuse chronische pijn, met aanvalsgewijze klachten van hoofd tot tenen, waarbij de patiënte niet in staat is een specifieke lokalisatie aan te geven. Er is het vermoeden dat de pijn psychosomatisch is.¹

In deze casus wordt bij mevrouw Ghobadi uiteindelijk een afgegleeden onderste lumbale wervel gediagnosticeerd die de klachten volledig verklaart. De arts is er te snel vanuit gegaan dat de somatische klachten wel van psychische aard zouden zijn. Mentale problemen komen vaak voor bij vluchtelingen en asielzoekers, samenhangend met de situatie in het herkomstland, de vluchtgeschiedenis, hun status en de lengte van de asielprocedure.² Maar bij vluchtelingen moeten artsen ook bedacht zijn op een somatische oorzaak. Het gevaar van overdiagnose van mentale problemen bij asielzoekers en vluchtelingen ligt op de loer.

COMPETENTIES

Uit een recente literatuurreview blijkt dat de huisartsenzorg voor vluchtelingen moeilijk toegankelijk is, vooral door taalbarrières, een slechte vertrouwensband en onbekendheid met het zorgsysteem.³ Tegelijkertijd verwachten vluchtelingen van de arts dat die competent en menselijk is en voldoende informatie geeft: verwachtingen die de meeste patiënten ongeacht herkomst hebben. Om goede zorg te verlenen aan vluchtelingen hebben huisartsen en andere zorgverleners culturele competenties nodig, te weten de kennis, attitudes en vaardigheden om zorg te verlenen aan diverse patiëntenpopulaties.⁴ Voor zorg

aan vluchtelingen kunnen die als volgt gespecificeerd worden:^{1,5,6}

- Kennis van de politieke situatie en mensenrechten in het land van herkomst, zodat zorgverleners de context kennen van waaruit de asielzoeker is vertrokken.
- Kennis van ziekten die vaak voorkomen in het land van herkomst, zodat zorgverleners alert zijn op ziekten die hier minder prevalent zijn.
- Kennis van effecten van vlucht en verblijf in asielzoekerscentra op gezondheid, zodat zorgverleners alert zijn op mogelijke (psychiatrische) klachten die hiermee samenhangen.
- Bewust zijn van de juridische context waarin asielzoekers en vluchtelingen in Nederland leven, zodat zorgverleners alert zijn op mogelijke (psychiatrische) klachten die hiermee samenhangen.
- Bewust zijn van hoe cultuur individueel gedrag en denken vormgeeft.
- Bewust zijn van eigen vooroordelen en stereotypen (bijvoorbeeld alert zijn op het vooroordeel dat 'alle asielzoekers last hebben van psychische klachten').
- Vaardigheid om een vertrouwensband op te bouwen.
- Vaardigheid om op een adequate manier te vragen naar traumatische ervaringen.
- Vaardigheid om om te gaan met (hoge) verwachtingen ten aanzien van de zorg.
- Vaardigheid om informatie te geven en te ontvangen in de situatie met een taalbarrière, te kunnen communiceren via een tolk.

Deze competenties gelden natuurlijk voor huisartsen en andere zorgverleners die vluchtelingen op hun reguliere spreekuur krijgen. Erkende vluchtelingen kunnen zich in iedere gemeente vestigen en daarom zijn culturele competenties voor iedere zorgverlener een noodzaak. Maar ook degenen die zorg verlenen aan asielzoekers, bijvoorbeeld huisartsen die werken op de opvangcentra, zouden deze competenties moeten beheersen en omdat deze op hun beurt collega's kunnen inschakelen, gelden de competenties voor een nog veel grotere groep. Daarnaast gelden de competenties ook voor andere zorgverleners in de opvangcentra zoals praktijkassistenten, praktijkverpleegkundigen en consulenten GGZ. Voor minderjarige vluchtelingen biedt de jeugdgezondheidszorg laagdrempelige contextgerichte preventieve zorg die effectief rekening houdt met relevante kenmerken van achtergrond en omstandigheden van elk kind. Culturele competenties zijn dan ook zeer relevant voor jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en hun assistenten.

¹ Afdeling Sociale Geneeskunde AMC - Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

IN GESPREK MET VLUCHTELINGEN

Omdat vluchtelingen meestal nog niet in de gelegenheid zijn geweest om Nederlands te leren, zijn vaardigheden om effectief een tolk in te zetten in het consult een eerste voorwaarde. Scholing daarin is effectief en beschikbaar.⁷ Een aandachtspunt op beleidsniveau is dat onder de huidige regelgeving een tolk voor medische zorg aan asielzoekers wordt vergoed maar voor vluchtelingen niet meer.

In het NTVG werd recent gepleit voor zorg die gebruik maakt van de veerkracht van vluchtelingen.⁸ Van asielzoekers en vluchtelingen is bekend dat zij psychische problemen meestal niet uit zichzelf met de huisarts bespreken.⁹ De huisarts kan dit voorzichtig aftasten en indien nodig laten weten dat de patiënt met psychische klachten bij hem of haar terecht kan (bijvoorbeeld 'Als u geweld hebt ondervonden en daarover wilt praten, dan wil ik daar graag naar luisteren'). Voor de arts die nog niet zoveel met vluchtelingen te maken heeft gehad is het belangrijk om te weten dat patiënten met een vluchtelingenverleden hevige reacties op kunnen wekken bij de arts. Er zijn dan twee uiterste reacties mogelijk.¹⁰ De eerste wordt type I reactie genoemd: de arts reageert overafstandelijk met onverschilligheid of ontkenning van de ervaringen en gevoelens van de patiënt, of geeft de patiënt zelfs de schuld van diens eigen lot. Bij de zogenaamde type II reactie raakt de arts juist te nauw betrokken bij de patiënt. Type 2 gedrag wordt gekenmerkt door reddingsneiging, dadendrang en een te sterke nadruk op het vluchttrauma. Meestal ligt in een contact de ene keer wat meer nadruk op afstand en de andere keer wat meer op betrokkenheid. Het gevaar is dat het contact doorslaat naar de ene of de andere pool, met ineffectieve zorg of zelfs schade voor de patiënt tot gevolg. Artsen kunnen zich hiertegen wapenen als zij deze reactiepatronen bij zichzelf kunnen herkennen en ermee vertrouwd raken, bijvoorbeeld in intervisie met collega's.

OPLEIDEN

Aan ons, als professionals werkzaam bij een academische afdeling Sociale Geneeskunde, ook de taak om toekomstbestendige artsen op te leiden. Culturele competenties zijn essentiële bagage voor alle zorgverleners. Met Asgary pleiten wij voor het integreren van deze competenties in het basiscurriculum geneeskunde, de medische vervolgopleidingen tot huisarts, sociaal-geneeskundige en medisch specialist, en andere zorgopleidingen.¹¹ Alleen dan kunnen we toekomstige zorgverleners uitrusten met de competenties die ze nodig hebben in een snel veranderende 'global world'.

LITERATUUR

1. *Suurmond J, Seeleman C, Stronks K, Essink-Bot ML.* Een arts van de wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk. Houten: BSL, 2012.
2. *Lamkaddem M, Essink-Bot ML, Devillé W, Gerritsen A, Stronks K.* Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *Eur J Public Health.* 2015 Dec;25(6):917-22. doi: 10.1093/eurpub/ckvo61.
3. *Cheng I-H, Drillich A, Schattner.* Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *Br J Gen Pract* 2015;65(632):e171-6.
4. *Betancourt JR.* Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med* 2003; 78:560-9.
5. *Suurmond J, Seeleman C, Rupp I, Goosen S, Stronks K.* Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Educ Today* 2010;30:821-6.
6. *Seeleman C.* Cultural competence and diversity responsiveness. How to make a difference in healthcare? Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2014.
7. *Ikram UZ, Essink-Bot ML, Suurmond J.* How we developed an effective e-learning module for medical students on using professional interpreters. *Med Teach* 2015;37:422-7.
8. *Lamkaddem M, Muijsenbergh M van den, Laban K.* Klinische les. Vluchtelingen in de praktijk. Persoonsgerichte zorg en veerkrachtgericht werken. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015b; 159:A9447.
9. *Begemann FA.* Vluchtelingen in de huisartspraktijk. Klachten en achtergronden. Utrecht: Pharos, 1994.
10. *Vries S de.* Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen. Utrecht: Pharos, 2000.
11. *Asgary R.* Graduate public health training in health care of refugee asylum seekers and clinical human rights: evaluation of an innovative curriculum. *Int J Public Health.* 2015 Oct 26. [Epub ahead of print]

CORRESPONDENTIEADRES

**Marie-Louise Essink-Bot, afdeling Sociale Geneeskunde
AMC - Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, e-mail:
m.l.essink-bot@amc.uva.nl**

ABSTRACT

Health and care for refugees and asylum seekers

Fuad Hassen left at age five from Eritrea to the Netherlands to arrive during carnival in Den Bosch. Twenty years later, he took his first tentative steps on the stand-up stage. "I thought I'd try it once." Currently, he travels through the Netherlands with his first full-length performance Pareidolia. Fuad is one of the refugees who over the years have built an independent life in our country. Refugees have always been there in the Netherlands, and the current number of asylum seekers registered by COA (COA is the responsible organization for the reception of asylum seekers coming to the Netherlands) is still significantly lower than a minor 15 years ago. But the recent sharp increase in a short period of time is a challenge for government and society. Also of many employees in the public and curative health special commitment is requested. This edition of Spectrum provides a picture of what is currently going on and what challenges we face. Health, and (preventive) care for refugees is discussed, as well as psychosocial care for the society which incorporates the newcomers.

The red thread through all contributions is the need

for an active and integrated approach. Active, to learn from the refugees what they need, identify existing health problems and prevent new ones. Integrative, because in addition to care and prevention focused on individual psychosocial and physical health, also attention is needed to protect the population as a whole. There also is a link with other policy areas, such as housing and integration; refugees with good health learn the Dutch language and find a paid job more easily. Based on extensive experience of municipal health services in the reception of asylum seekers, and on the literature, we know how important it is to further assist asylum seekers and refugees with their health.

Ultimately, the efforts should lead to refugees who can be safe, healthy and self-reliant, like other Dutch citizens. As Fuad Hassen, recently asked for his life motto, replied: "Shall I tell you what? I always thought that others knew better, but gradually I discovered that nobody knows where he is talking about. I can figure it out better by myself".

Keywords: refugees, asylumseekers, healthcare, prevention, public health