

# *Gezondheidsverkenningen 2005*

---

**Factoren en omstandigheden die de gezondheid**

**van asielzoekers beïnvloeden**



Groningen, maart 2006

## Colofon

*auteurs:* Alberto Lovera Rivas, Ed Bouwman, Anne Vogt, Muriël Schreuder, Bernadette van Klink, Hermien van Soest, Johannes Algra.

*journalistieke bijdragen:* Jos Overbeeke, Frans Kerver

*redactie:* Jan Broer, Geesje Nijhof, Frans Kerver

*eindredactie/tekstcontrole:* Angeline Kerver

*illustraties:* Duko Hamminga, met dank aan S.S. (Montenegro) voor haar verhaal

*ontwerp:* PalmIsland

*drukwerk:* Doorn Drukkerij

*productie:* Frans Kerver

*oplage:* 500 exemplaren

ISBN 90-808527-2-4 (978-90-808527-2-3)



Gezondheidsverkenningen 2005 is een uitgave van MOA-NN en kan worden besteld bij het secretariaat van MOA-NN, p/a GGD Groningen, Hanzeplein 120, 9713 GW Groningen, tel (050) 367 43 82 -zo lang de voorraad strekt.

# Inhoud

---

<b>Inleiding</b>	5
<b>Verantwoording</b>	7
<b>MOA spreekuurcontacten en toegeleiding</b> Over de aard en omvang van de zorgvraag van asielzoekers	9
<b>Geen continuïteit, geen kwaliteit</b> Over de samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts	17
<b>Onderzoek en signalering als basis voor interventie</b> Over de rol van de sociaal-geneeskundige binnen de MOA	23
<b>Stress als gezondheidsprobleem bij asielzoekerskinderen</b> Is het preventieve aanbod voor asielzoekerkinderen toereikend?	29
<b>Psychische problemen vóór zijn</b> Hoe voorkom je dat asielzoekers nieuwe psychische problemen oplopen?	39
<b>Ketenrichtlijn huiselijk geweld</b> MOA als intermediair tussen asielzoeker en reguliere zorg	49
<b>Asielzoekers en infectieziekten</b> De specifieke taken van de MOA op het gebied van infectieziekten	55
<b>Theater met een boodschap</b> Aserag gebruikt toneel als medium van voorlichting over Soa	65
<b>Meldpunt medisch schrijnende gevallen, vier casussen</b> Bevindingen van het Meldpunt medisch schrijnende gevallen	71
<b>Gebruikte afkortingen</b>	78

*at op de straat. Wat kan ik doen, hoe  
an ik helpen? Ik moet de politie bellen.  
Ik bel de politie en huilend ga ik terug  
aar buiten. Mijn ouders zijn weg, ik  
ie alleen twee grote bloedvlekken op  
e straat. Ik heb angst. Wat gaan wij  
oen? Mijn ouders, mijn zusje en ik  
luchten naar Sergio. Ik ben alle*

*buiten*

## Inleiding

---

De medische zorg voor asielzoekers is zelden bron van algemene aandacht. Zij lijkt zich af te spelen in het randgebied van de zorg. Slechts in geval van ernstige calamiteiten worden de voorpagina's van de kranten gehaald, de actualiteitenrubrieken op televisie. Kamervragen worden gesteld, die vraagtekens zetten bij de organisatie van de medische zorg aan asielzoekers. De minister stelt de Kamer gerust: de zorg is goed geregeld, afspraken tussen MOA en zorgverleners zijn vastgelegd, er wordt hard gewerkt aan kwaliteitsstandaarden. Certificatie is op handen.

De medische zorg aan asielzoekers is bijzonder en uniek voor de Nederlandse gezondheidszorg. Het unieke concentreert zich op de toeleidingsfunctie. Asielzoekers zijn veelal onbekend met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Daarnaast vergroten taal- en culturele verschillen de kans op communicatieproblemen. Arts en patiënt begrijpen elkaar niet. De Medische Opvang Asielzoekers wil die kenniskloof overbruggen, om te zorgen dat asielzoekers die zorg krijgen die zij nodig hebben én om te voorkomen dat zij een onnodig beroep doen op de medische zorg.

Vragen die asielzoekers stellen bij de MOA zijn slechts voor een deel van medische aard. Veel vragen komen voort uit de omstandigheden waarin zij leven. Losgesneden van het oude leven, wachtend op het centrum in de hoop een nieuw leven te kunnen beginnen. Ontworteld, wanhopig verlangend met weinig middelen om het eigen leven vorm te geven.

In de toeleiding naar de reguliere zorg vervult de MOA een brugfunctie. De MOA heeft echter ook expliciete preventieve taken. Op individueel niveau, waar het de voorlichting van patiënten betreft; en op collectief niveau: wat kan de MOA zeggen over de gezondheid van asielzoekers, als we deze vergelijken met andere groepen in de Nederlandse samenleving, of de samenleving in zijn geheel.

Het gaat dan om het identificeren van gezondheidsproblemen, vervolgens het opsporen en benoemen van factoren en omstandigheden die van invloed zijn op het ontstaan van die problemen; het bepalen van mogelijke interventies die een positieve invloed kunnen uitoefenen op de gezondheid en het, tot slot, organiseren van die interventies.

Regulier onderzoek onder bevolkingsgroepen in Nederland toont keer op keer aan dat sociaal-economische omstandigheden van bepalende invloed zijn op de (kansen op)

gezondheid van mensen. Het behoeft weinig verbeelding om vast te stellen dat dit in versterkte mate voor asielzoekers geldt. Binnengekomen met een belast of traumatiserend verleden, geen middelen om een zelfstandig inkomen te verwerven of zelfstandige huisvesting, in afwachting én afhankelijk van de rechterlijke uitspraak in een complexe procedure. Asielzoekers vormen een risicogroep, waar het hun eigen gezondheid betreft.

Gezondheidsverkenningen 2005 zoomt niet in op individuele calamiteiten. Zij wil die zaken belichten die medewerkers van MOA NN binnen hun werk het meest van belang achten. Zaken waarmee zij dagelijks geconfronteerd worden en waarop zij, binnen hun taakstelling, antwoorden proberen te vinden. Waar kan preventie adequaat worden vormgegeven, zo mogelijk in samenwerking met partners als bijvoorbeeld de GGZ en het COA? Los van de vraag of de MOA haar cliënten tijdig en adequaat toegeleid naar de reguliere zorgverleners -de individuele taakstelling, blijft er vanuit het oogpunt van collectieve preventie de signaleringsfunctie. Die moet ervoor zorgen dat er op systeemniveau interventies worden ontwikkeld en geïmplementeerd die bijdragen tot een meer gezonde leefsituatie voor asielzoekers als groep.

De keuze van de artikelen zegt dan ook iets over het belang dat de MOA hecht aan een aantal zaken. Het zijn niet de terugkerende griepjes waarover wij ons zorgen maken. Zorgen zijn er met name waar het de psychische gezondheid van asielzoekers betreft. Asielzoekers bevinden zich in een kwetsbare positie. Er wordt veel van hun aanpassingsvermogen gevraagd, op een moment dat er al veel geïncasseerd is.

MOA NN zoekt naar oplossingen, creatief en pragmatisch als het niet anders kan, maar met de ambitie om tot structurele verbeteringen te komen in het zorgaanbod, waar dat nodig is.

In dat licht wil Gezondheidsverkenningen een platform zijn voor discussie over de praktijk van de medische zorg aan asielzoekers in de volle breedte, voorbij de grenzen van het asielzoekerscentrum. Gezondheidsverkenningen zoomt niet in op individuele gevallen, maar laat zien welke factoren en omstandigheden de gezondheid van asielzoekers bepalen. Dag in dag uit, op elk AZC in Nederland.

### **Geesje J. Nijhof**

*Hoofd MOA / Manager Zorg MOA Noord Nederland*

## Verantwoording

---

Voorjaar 2004 bracht MOA Noord Nederland Gezondheidsverkenningen 2003 uit met de nadrukkelijke bedoeling deze verkenningen periodiek te herhalen. Met deze nieuwe Gezondheidsverkenningen 2005 hopen wij een traditie te hebben gevestigd.

Allereerst omdat de doelen van de eerste uitgave onveranderd zijn en onveranderlijk van belang blijven: *Gezondheidsverkenningen beoogt een platform te zijn voor uitwisseling tussen professionals in de praktijk van de MOA en voor reflectie op die praktijk. Tegelijkertijd illustreert de uitgave het nut en de noodzaak van de Public Health benadering door de professionals die binnen de MOA werkzaam zijn.* <sup>[1]</sup>

Maar natuurlijk geeft deze uitgave daarmee ook een interessante doorkijk in de organisatie en uitvoering van de werkzaamheden van de medische opvang aan asielzoekers.

De beschreven gezichtspunten van de professionals geven de geïnteresseerde leek de gelegenheid om een meer gedetailleerd beeld te krijgen van factoren en omstandigheden die de gezondheid van asielzoekers bepalen. Meer in het algemeen zal die lezer zich een scherper beeld kunnen vormen van de (on)mogelijkheden die het leven van vluchtelingen op een asielzoekerscentrum met zich meebrengen.

Waar de eerste uitgave een bonte mengeling was van artikelen (naar aard, inhoud en omvang) heeft de redactie in de tweede uitgave meer focus aangebracht. Onderzoek en signalering, als twee belangrijke pijlers van de sociale geneeskunde, komen aan bod in een vijftal artikelen, aangevuld met vier journalistieke bijdragen. Tezamen bestrijken deze de organisatie van de MOA-zorg, de preventie van infectieziekten en met nadruk de geestelijke gezondheid van asielzoekers.

Waar binnen MOA Noord Nederland kwantitatieve gegevens verzameld worden, zijn deze in de bijdragen verwerkt. Vanuit de ambitie om ervaringen en signalen uit de dagelijkse praktijk te staven met cijfers. Al daalt de instroom van asielzoekers in Nederland al een aantal jaren, deze groep bewoners is het waard om niet over het hoofd te worden gezien. Met name daar waar de medische, sociale en psychische belasting van deze groep hoog is.

Oordeelt u zelf.

### **De redactie**

---

1 zie Gezondheidsverkenningen 2003 (ISBN 90-808527-1-6), pag. 5

ermoord. Mijn papa is zwaar  
ewond geraakt. Alles brandt om  
rij heen. Ons huis is gebombardeerd.  
Het Joegoslavisch-Servische leger  
ombardeert ons. Mijn broer zit in het  
ger. Hij moet vluchten. Hij wil geen  
ensen doden. Hij kan niet zijn eigen  
usies en ouders vermoorden. Hij vlucht

*huis*

## MOA spreekuurcontacten en toegeleiding

Informatieprotocol: goed maar beperkt instrument

O.J.A. LOVERA RIVAS

*In de afspraken tussen de MOA en het COA werd het houden van laagdrempelige spreekuurcontacten voor alle bewoners in de reguliere opvang vastgesteld. Vanuit deze contacten worden zij toegeleid naar de reguliere Nederlandse gezondheidszorg. Probleemverheldering is het belangrijkste doel van een spreekuurcontact. Er wordt niet alleen inzicht verkregen in het gezondheidsprobleem in engere zin, maar ook inzicht in de copingstrategieën en in het functioneren van cliënten. In dit artikel wordt een beperkte analyse van de verschillen tussen de diverse AZC's gepresenteerd. Er wordt ook ingegaan op de positieve ervaringen en knelpunten.*

### Inleiding

De MOA vervult bij de toegeleiding een brugfunctie tussen de reguliere zorg en de asielzoeker. Vanwege de onbekendheid van de asielzoeker met de Nederlandse gezondheidszorg en de onbekendheid van de Nederlandse gezondheidszorg met de gezondheidsproblematiek, cultuur en achtergronden van asielzoekers is deze brugfunctie noodzakelijk. Zo biedt de MOA zowel ondersteuning aan de reguliere zorgaanbieders als aan de asielzoeker. <sup>[1]</sup> Deze toegeleidingsfunctie van de MOA wordt tegenwoordig voornamelijk door de praktijkverpleegkundige uitgevoerd, omdat ook de psychosociale toegeleiding sinds eind 2004 bij het takenpakket van de praktijkverpleegkundige behoort.

Het COA heeft een aanwezigheidseis aan de MOA in de opvanglocaties opgelegd. Volgens deze aanwezigheidseis is er in elk centrum een verpleegkundige met ondersteuning van de administratie, van maandag tot/met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur aanwezig en is het verpleegkundig spreekuur, indien nodig, op deze werkdagen beschikbaar. In het vertrekcentrum (VC) en de tijdelijke noodvoorziening (TNV) in Ter Apel is de medische opvang ook in het weekend beschikbaar. Uit administratieve overwegingen worden er in de meeste centra inloopsprekuren gepland gedurende drie ochtenden per week. Tijdens dit spreekuur hebben alle bewoners de gelegenheid hun vraag voor de medische opvang aan de verpleegkundige te stellen. Naar aanleiding van een spreekuurcontact worden vervolcontacten onderhouden c.q. verwijzingen gerealiseerd. Meestal worden ook bij deze contacten individuele en probleemgerichte "gezondheidsvoorlichting en opvoeding" (GVO) en zelfzorg adviezen gegeven. Soms is het geven van voorlichting en adviezen voldoende. Bewoners met duidelijke medische (somatische) klachten worden na het spreekuur verwezen naar de huisarts. Bij onduidelijkheid en met name bij psychosociale problematiek worden probleem-

1 Programma- en Productenboek MOA. GGD Nederland. Augustus 2005

verhelderende gesprekken gepland in de vorm van vervolggerekenen bij de praktijkverpleegkundige of contacten bij de sociaal-geneeskundige.

Aan asielzoekers met psychosociale problematiek wordt een indiceringsgesprek aangeboden. Afhankelijk van de ernst van de problematiek vindt psycho-educatie of een probleemverhelderend gesprek plaats. Op indicatie wordt de toeleiding naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of het maatschappelijk werk (AMW) gerealiseerd volgens lokale afspraken, meestal in overleg of na beoordeling door de huisarts of de sociaal-geneeskundige.

Volgens afspraak verstrekt de MOA aan het COA per kwartaal het *Informatieprotocol*. Zo krijgt het COA op gestructureerde wijze gegevens over de status en voortgang van de Medische Opvang. Kwalitatieve en kwantitatieve informatie over de toeleiding wordt bijgehouden door alle verpleegkundigen en sociaal-geneeskundigen alvorens deze te verwerken in de verrichtingenadministratie van het MOA-web, met het uiteindelijke doel de gegevens te verwerken in het informatieprotocol voor het COA.

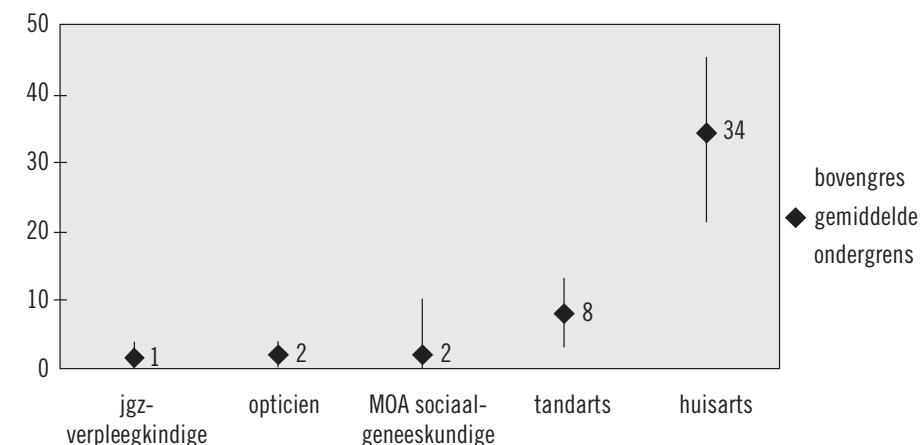
Het informatieprotocol heeft tevens een belangrijke kwaliteitsfunctie binnen de MOA als organisatie, door de terugkoppeling van de activiteiten van de werkvloer naar het management. [2]

Een beperkt aantal gegevens wordt digitaal bijgehouden door de praktijkverpleegkundige en deze worden vervolgens chronologisch geordend en berekend om een beeld te krijgen van de toeleiding. Deze gegevens bestaan uit de aantallen cliënten gezien bij het verpleegkundige spreekuur en de hieruit voortvloeiende toeleiding naar de huisarts, tandarts, verloskundige, opticien, JGZ verpleegkundige of arts, sociaal verpleegkundige of geneeskundige, het inschakelen van de thuiszorg, werkzaamheden in het kader van herhaalmedicatie, evenals het gegeven of de voorlichting en het advies afdoende waren. De psychosociale toeleiding wordt digitaal meestal door de sociaal-geneeskundige bijgehouden.

#### Kwantitatieve informatie over de toeleiding in 2005.

De tabel (zie verderop in artikel), afkomstig uit het informatieprotocol, laat enkele overzichten over de toeleiding in de verschillende opvanglocaties in de drie noordelijke provincies zien. De getallen zijn in de meeste gevallen tot en met de maand augustus 2005 verwerkt. De gedeeltelijke informatie uit de centra die in de loop van het jaar werden gesloten, werden voor de volledigheid meegenomen voor de totale berekening.

Een groot percentage van de spreekuurcontacten wordt gebruikt voor het geven van voorlichting en adviezen en er vindt geen verdere toeleiding plaats (zie figuur 1). Over alle verpleegkundige spreekuurcontacten in 2005 in Noord Nederland is het gemiddelde percentage zelfstandig afgehandelde consulten 53% (met AZC Delfzijl, 71% en AZC Haren, 30% als boven- en ondergrens). De verwijzing naar de huisarts verschilt aanzienlijk per centrum. Gemiddeld 1 op de 3 consulten resulteert in een verwijzing naar een huisarts (met AZC Bergum, 45% en AZC Delfzijl, 21% met de hoogste en laagste aantallen verwijzingen). De verschillen in de mate van verwijzing naar de huisarts zijn



Figuur 1: Verwijzing vanuit MOA-spreekuurcontacten (%)

zeer waarschijnlijk toe te schrijven aan de werkervaring van de verpleegkundige, de mate van vertrouwen van deze verpleegkundige met de werkwijze van de huisarts en de toegankelijkheid van de huisarts. Enkele huisartsen investeren veel tijd en energie om "hun verpleegkundigen" in te werken conform hun eigen professionele wensen.

De werkafspraken over de toeleiding naar de tandarts, de verloskundige, de opticien en de thuiszorg zijn duidelijk en leveren in het algemeen geen problemen op. Bij gemiddeld 8% (range 3% tot 13%) van de spreekuurcontacten wordt toeleiding naar de tandarts. Bij vele centra is hun aangewezen tandarts gevestigd in een verlegen stad of dorp en zijn de mogelijkheden voor openbaar vervoer zeer beperkt. Het is aannemelijk dat in deze centra minder snel naar een tandarts wordt verwezen.

Er wordt slechts incidenteel doorverwezen naar de thuiszorg (minder dan 1% van de consulten). De thuiszorg wordt per centrum verschillend ingezet bij de centrumbewoners en de verschillen zijn afhankelijk van lokale afspraken tussen de MOA en de thuiszorg.

Praktijkverpleegkundigen doen ook in wisselende mate een beroep op andere MOA-medewerkers. Bij gemiddeld 2% (range 1% tot 10%) van de spreekuurcontacten wordt een afspraak gepland met de sociaal verpleegkundige of geneeskundige, 1% naar de JGZ-verpleegkundige. Mede hierdoor zijn er eveneens grote verschillen in de psychosociale toeleiding in de verschillende MOA-locaties, vooral waar het de vorm van werkzaamheden bij de MOA zelf betreft en specifiek wat het aantal vervolggerekenen aangaat. In wisselende mate wordt gebruikgemaakt van overbruggingsgesprekken, ondanks het feit dat hierover afspraken werden gemaakt in de beginperiode van de MOA (zie Afspraken tussen MOA en COA of Service Level Agreement). [3]

2 Informatie protocol MOA NN 2004-2005.

3 Medische Opvang Asielzoekers- niveau van dienstverlening. COA afdeling Communicatie. Rijswijk 2000.

Locatie	Aantal patiënten	Aantal huisarts	Aantal tandarts	Aantal verlosk	Aantal opticiën	Aantal thuiszorg	Aantal SV of SG	Aantal JGZ-vpk.	Zelfstandig afgedaan
AZC Appelscha	906	358 (40%)	68 (8%)	11 (1%)	11 (1%)	1 (<1%)	18 (2%)	7 (<1%)	496 (55%)
AZC Bellingwolde	957	329 (34%)	85 (9%)	6 (<1%)	34 (4%)	16 (2%)	25 (3%)	5 (<1%)	623 (65%)
AZC Bergum	971	438 (45%)	101 (10%)	3 (<1%)	24 (3%)	5 (<1%)	10 (1%)	13 (1%)	473 (49%)
AZC Delfzijl	932	198 (21%)	97 (10%)	4 (<1%)	18 (2%)	0	11 (1%)	8 (<1%)	658 (71%)
AZC Dokkum	996	449 (45%)	100 (10%)	6 (<1%)	34 (3%)	4 (<1%)	15 (2%)	12 (1%)	427 (43%)
AZC Drachten	881	359 (41%)	80 (9%)	14 (2%)	9 (1%)	17 (2%)	37 (4%)	28 (3%)	504 (57%)
AZC Emmen	1165	453 (39%)	91 (8%)	7 (<1%)	14 (1%)	19 (2%)	16 (1%)	9 (<1%)	547 (47%)
AZC Franeker	892	383 (42%)	93 (10%)	19 (2%)	23 (3%)	8 (<1%)	29 (3%)	28 (3%)	436 (49%)
AZC Geeuwenbrug	402	157 (39%)	52 (13%)	0	12 (3%)	5 (1%)	3 (<1%)	4 (1%)	151 (38%)
AZC Groningen*	517	149 (29%)	30 (6%)	2 (1%)	6 (1%)	3 (<1%)	5 (1%)	3 (<1%)	261 (51%)
AZC Haren	1081	297 (28%)	70 (7%)	3 (<1%)	15 (1%)	2 (<1%)	28 (3%)	12 (1%)	322 (30%)
AZC Harlingen**	990	400 (40%)	85 (9%)	3 (<1%)	21 (2%)	2 (<1%)	18 (2%)	21 (2%)	473 (48%)
AZC Leek**	1296	307 (24%)	98 (8%)	6 (<1%)	18 (1%)	9 (<1%)	8 (<1%)	13 (1%)	629 (49%)
AZC Lemmer	1018	343 (34%)	65 (6%)	0	13 (1%)	7 (<1%)	22 (2%)	42 (4%)	583 (57%)
AZC Musselkanaal	1770	414 (23%)	168 (10%)	3 (<1%)	27 (2%)	5 (<1%)	26 (1%)	15 (1%)	993 (56%)
AZC Oude Pekela***	151	54 (36%)	12 (8%)	0	4 (3%)	0	15 (10%)	0	71 (47%)
AZC St. Annaparochie	1181	514 (44%)	109 (9%)	3 (<1%)	42 (4%)	24 (2%)	37 (3%)	28 (2%)	597 (51%)
AZC Ulrum	1280	467 (37%)	108 (8%)	11 (<1%)	17 (1%)	6 (<1%)	25 (2%)	5 (<1%)	695 (54%)
AZC Winschoten	767	314 (41%)	72 (9%)	1 (<1%)	11 (1%)	0	25 (3%)	1 (<1%)	291 (38%)
AZC Wolvega**	565	233 (41%)	39 (7%)	0	15 (3%)	0	12 (2%)	2 (<1%)	354 (63%)
AZC Zuidlaren	1447	442 (31%)	149 (10%)	9 (<1%)	41 (3%)	2 (<1%)	29 (2%)	16 (1%)	636 (44%)
AZC Zweeloo	447	143 (32%)	35 (8%)	1 (<1%)	8 (2%)	2 (<1%)	3 (<1%)	0	288 (64%)
TNV Vlagtwedde	863	236 (27%)	23 (3%)	25 (3%)	0	0	0	0	581 (67%)
VC Vlagtwedde	1165	273 (23%)	60 (5%)	8 (<1%)	11 (1%)	8 (<1%)	34 (3%)	36 (3%)	730 (63%)
<b>Totaal</b>	<b>22722</b>	<b>7739 (34%)</b>	<b>1900 (8%)</b>	<b>145 (&lt;1%)</b>	<b>429 (2%)</b>	<b>145 (&lt;1%)</b>	<b>454 (2%)</b>	<b>308 (1%)</b>	<b>11962 (53%)</b>

\* Martinihof, inmiddels dicht    \*\* inmiddels dicht    \*\*\* incompleet

Tabel 1. Overzicht Toegeleiding. (%) = percentage van kolomtotaal aantal spreekuurcontacten.

Gezien de recentelijk geconstateerde hoge prevalentie van psychische problemen bij asielzoekers (prevalentie van angst- en depressie klachten 82,6%, prevalentie van traumagerelateerde klachten 51,4%)<sup>[4]</sup> is er een groot aantal verwijzingen naar GGZ en AMW te verwachten. Deze aantallen worden niet geregistreerd in het informatieprotocol. Volgens interne bronnen van de GGZ in de provincie Groningen is 10 à 20 % van de bewoners van asielzoekerscentra onder behandeling van de GGZ.

De psychosociale begeleiding is eveneens direct gerelateerd aan het aanbod en de toegankelijkheid van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, met aanzienlijke regionale verschillen. De omvang van deze begeleiding is niet in de tabel af te lezen. De begeleiding naar de GGZ en de AMW wordt meestal direct door de praktijkverpleegkundige uitgevoerd, doorgaans in overleg met de sociaal-geneeskundige, huisarts of een eerstelijnsfunctionaris van de GGZ. In enkele centra zijn deze hulpverleners van de GGZ met regelmaat werkzaam in de MOA-locatie. Helaas worden deze varianten in de begeleiding in verband met psychosociale problematiek niet geregistreerd in het informatieprotocol.

#### **Positieve ervaringen en knelpunten bij de begeleiding.**

In het algemeen zijn medewerkers van de MOA tevreden over de samenwerkingsrelatie met de huisarts. De voorkeur gaat uit naar de vorm van samenwerking met een vaste huisarts voor het hele centrum en met een spreekuur in de MOA-ruimte zelf. De administratieve handelingen zijn dan minder en er is meer ruimte voor overleg. In de nieuwere centra wordt meestal gebruikgemaakt van een groep huisartsen die het spreekuur voor centrumbewoners in zijn eigen praktijk houdt.

De mogelijkheden voor begeleiding naar de GGZ bij psychosociale problematiek zijn in het algemeen voldoende. Er zijn wel grote regionale verschillen tussen AZC's. Gezien de recente epidemiologische data van hoge prevalentie van psychopathologie bij asielzoekers, worden deze waarschijnlijk niet altijd als zodanig onderkend en doorverwezen naar de GGZ.<sup>[5]</sup>

De consultatiemogelijkheden zijn er in verschillende vormen en worden als zeer adequaat ervaren. Wat de GGZ betreft worden in sommige regio's met enige regelmaat cliënten zeer vroeg uit de specialistische begeleiding gezet. Ook is de begeleiding bij crisis-situaties soms inadequaat, met name de wachttijd tot een beoordelaar van de GGZ ter plekke is, wordt als te lang ervaren.

Het aanbod van AMW wordt in vele centra als onvoldoende ervaren. Vele centra hebben een lange wachttijd van soms meer dan 3 maanden. Ondanks de vastgestelde norm van het COA, geldig voor heel Noord Nederland, voor het inkopen van AMW-hulpverlening van 8 uur per week per 400 AZC-bewoners is het aanbod niet uniform. In een aantal regio's wordt hiermee overigens wel soepel omgegaan, met als resultaat een vergroting van het aanbod.

4 E. Bouwman, W. Jansen, O. J. A. Lovera Rivas, D. de Niet, G. Reesink, M. Schreuder. MOA NN November 2004. 'Geestelijke gezondheid bij asielzoekers in Noord Nederland'.

5 Informeel en formeel overleg over begeleiding met MOA verpleegkundigen en artsen.

MOA-medewerkers zorgen meestal voor de verwijzingen naar de GGZ en de AMW en voor de motivatie van cliënten is er dikwijls een aantal gesprekken nodig. Tevens blijven veel cliënten ondanks de verwijzing vaak ook nog onder begeleiding van de MOA.

Bij cliënten met dubbele diagnose, met verslavingsproblematiek of psychische problematiek ten gevolge van seksuele stoornissen en bij de zorgwekkende zorgmijders zijn er knelpunten wat betreft de begeleiding. Verslaafde asielzoekers moeten vaak heel lang wachten tot zij specialistische hulp krijgen. Tot nu toe ontbreken epidemiologische gegevens over verslavingsproblematiek in de asielzoekerscentra, maar MOA-medewerkers worden vaak geconfronteerd met deze problematiek. De verwijzingsmogelijkheden naar de verslavingszorg (VNN) zijn in de vele regio's suboptimaal. Hulpverleners van de verslavingszorg geven aan dat door culturele verschillen en beperkingen in de communicatie, al dan niet met behulp van een tolk, een adequate begeleiding/behandelrelatie met verslaafde asielzoekers meestal niet mogelijk is.

Het verwijzen naar een specialist voor seksuologische problemen is voor asielzoekers onmogelijk, omdat het ZRA deze zorg niet vergoed.

#### **Conclusie**

Tenslotte kan gesteld worden dat het informatieprotocol zich heeft bewezen als een goed instrument om het COA over de verrichtingen van de MOA in te lichten en als een instrument voor kwaliteitsbewaking binnen onze organisatie. Desalniettemin zijn veel MOA-medewerkers van mening dat het een zeer beperkte indruk van de werkzaamheden en de werkdruk van de medewerkers geeft. Volgens deze medewerkers is de tijd rijp voor aanpassingen bij de verrichtingsadministratie met het doel een meer volledig en helder beeld te krijgen.

#### **Biopic**

Alberto Lovera Rivas is in 1991 afgestudeerd aan de Universidad de Cuyo in Mendoza, Argentinië. In 1999 behaalde hij zijn Nederlandse artsen-diploma aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Na zijn opleiding is hij werkzaam geweest als assistent-geneeskundige bij het Thorax centrum van het Universitair Medisch Centrum te Groningen. Van 2001 tot 2005 is hij als sociaal-geneeskundige werkzaam geweest bij de MOA NN.

## Geen continuïteit, geen kwaliteit

Samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts

FRANS KERVER

*De praktijkverpleegkundige is een onmisbare schakel tussen de asielzoeker en de huisarts. Deze differentiatie vormt getalsmatig de grootste professionele groep binnen de MOA. Samen met de administratief medewerkers zijn zij tegelijkertijd degenen die het dichtst bij de asielzoeker staan. Het merendeel van de contacten vindt plaats binnen het praktijkverpleegkundig spreekuur op het centrum. Protocollen leggen de regels vast voor de samenwerking tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige. In de praktijk is deze samenwerking mede afhankelijk van de wisselwerking tussen beide professionals. Door de huidige krimp staat die samenwerking erg onder druk. Frans Fonville en Jan Mulder voeren een gezamenlijke huisartsenpraktijk in Zweeloo. Heleen Mungro is als praktijkverpleegkundige van AZC Zweeloo hun directe partner. In dit artikel worden ervaringen met het werkmodel beschreven. Niet voordat wordt ingegaan op enkele conclusies uit een drietal rapporten die de praktijk van het samenwerkingsmodel tot onderwerp hadden en zo het kader vormen voor de misschien subjectieve, maar toch zeker aansprekende praktijkervaring.*

### Inleiding

Het praktijkverpleegkundige model MOA is uniek in de Nederlandse gezondheidszorg. De MOA-praktijkverpleegkundige heeft als eerste zorgverlener contact met een patiënt en hoewel van het stellen van een diagnose geen sprake is, scheidt zij wel pluis van niet-pluis en is zij ook degene die de eerste voorlichting geeft. Zij neemt zo werk uit handen van de huisarts en kookt patiënten die wel door de huisarts moeten worden gezien als het ware voor. Asielzoekers kunnen niet op eigen gelegenheid naar een huisarts stappen. Tegelijk is ook gesteld dat de praktijkverpleegkundige op geen enkele manier een drempel mag opwerpen voor de toegang naar de huisarts. Als het de uitdrukkelijke wens van de asielzoeker is naar een arts te willen, dan zal de praktijkverpleegkundige die wens inwilligen. De praktijkverpleegkundige wordt inhoudelijk aangestuurd door de huisarts, die uiteindelijk voor alle medische handelingen eindverantwoordelijk blijft.

Asielzoekers hebben in hun land van herkomst niet alleen te maken gehad met een ander gezondheidszorgsysteem, maar zijn veelal ook opgegroeid met een heel andere gezondheid- en ziektebeleving. Tijdens hun verblijf in de centrale opvang van het COA worden zij geconfronteerd met typisch Nederlandse fenomenen als de huisarts, de GGD en de RIAGG; zorginstellingen en zorgverleners die voor Nederlanders vanzelfsprekend zijn, maar voor asielzoekers vaak onduidelijk. Tegelijkertijd zijn die Nederlandse zorgverleners over het algemeen niet bekend met de sociaal-culturele achtergrond van asielzoekers en met de factoren die hun gezondheid hebben beïnvloed, en

weten zij niet vanuit welke referentiekaders een asielzoeker een bepaald gezondheidsprobleem presenteert. Tussen een asielzoeker en de reguliere Nederlandse zorgverlener bestaat, zeker in de eerste periode van verblijf van de asielzoeker, een kenniskloof die kan uitmonden in wederzijds onbegrip. Om deze kloof te overbruggen, om in de benodigde zorg te voorzien en om onnodige consumptie te voorkomen is ten behoeve van de asielzoekers in de centrale opvang enerzijds en de Nederlandse reguliere gezondheidszorg anderzijds de toegeleidingsfunctie ontwikkeld. Deze functie is een brugfunctie tussen asielzoeker en de reguliere zorgaanbieders in Nederland, met name de huisarts. De toegeleidingsfunctie wordt uitgevoerd door de GGD'en via de Stichting Medische Opvang Asielzoekers. De functie wordt ingevuld door de praktijkverpleegkundige MOA, die werkzaam is in de asielzoekerscentra.

UIT: *Bruggenbouwers in de MOA* (sept 2002)

Wat heeft vijf jaar ervaring met het praktijkverpleegkundige model van de MOA opgeleverd? Wat is de feitelijke toegevoegde waarde van de praktijkverpleegkundige?

#### **Toegeleidingsfunctie**

De toeloop van asielzoekers in Nederland nam een aantal jaren geleden een grote vlucht. De grote aantallen maakte het noodzakelijk de opvang te reguleren. Datzelfde gold voor de gezondheidszorg voor asielzoekers. De toegeleidingsfunctie, verpersoonlijkt door de praktijkverpleegkundige, werd ontwikkeld. Er werd een strategie vastgesteld op basis van een structurele samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige.

In februari 2002 organiseerde de Landelijke Werkgroep Aansturing Praktijkverpleegkundige MOA (=LWAP) een werkconferentie waarin de samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige centraal stond. Aan de hand van een viertal casussen werden de stappen die de praktijkverpleegkundige neemt tijdens het toegeleidingsproces onder de loep genomen. Op deze manier kon bepaald worden welke stappen nadere uitwerking verdienen in bijvoorbeeld werkmethoden, richtlijnen of andere ondersteunende instrumenten. Tevens werd verkend hoe de ideale samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige eruit ziet en binnen welke randvoorwaarden invulling gegeven kan worden aan deze samenwerking.

UIT: *Bruggenbouwers in de MOA* (sept 2002)

Naar aanleiding van kamervragen heeft de Inspectie voor de gezondheidszorg in 2003 een rapport uitgebracht over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers. Op grond van een aantal incidenten werd namelijk verondersteld dat met name de toegeleiding door de praktijkverpleegkundige naar de huisarts oorzaak van deze incidenten was. De asielzoeker zou door de praktijkverpleegkundige van de huisarts weggehouden worden. Het oordeel van de inspectie: "is over het geheel positief..."<sup>[1]</sup> Zij trekt de volgende conclusie: "Uit het toenmalige incidentenonderzoek bleek dat dit

1 Uit: 'Rapport Toegankelijkheid huisartsenzorg asielzoekers.' Inspectie voor de gezondheidszorg. Juli 2003.

(= slechte toegeleiding door praktijkverpleegkundige) niet het geval was; wel werd toen al duidelijk dat afspraken en werkwijzen niet of summier schriftelijk vastgelegd waren. Dit inspectieonderzoek (...) bevestigt de uitkomsten van eerdere incidentenonderzoeken. De toegang tot de zorg is goed, evenals de toegeleiding, maar is onvoldoende geborgd. (...) Dat de zorg toegankelijk is, is vooral te danken aan de grote inzet en het verantwoordelijkheidsgevoel van de individuele hulpverleners, het enthousiasme waarmee gewerkt wordt en de veelal goede samenwerkingsrelaties."<sup>[2]</sup>

Sindsdien is er veel veranderd. Protocolen zijn herzien en aangevuld. De werkconferentie heeft geresulteerd in de *Instrumentenset MOA toegeleiding huisarts*, dat in de praktijk het groene boekje is gaan heten. Werkafspraken, en dan niet alleen die met de huisarts, worden stelselmatig vastgelegd. Vrijwel overal worden spreekuurcontacten structureel in gezamenlijkheid geëvalueerd.

Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is tevreden over de samenwerking met de praktijkverpleegkundige. Wel zwaait ze met een waarschuwend vinger. De LHV stelt dat de kwaliteit van de zorg onder druk komt te staan door de huidige krimp. Door overplaatsing van asielzoekers en de sterke wisseling in het personeelsbestand van de MOA komt de huidige werkrelatie tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige onder grote spanning te staan.

Doel van het onderzoek van de LHV was inzicht te krijgen: "in de gevolgen van de ingrijpende krimp ten gevolge van het verscherpte asiel- en terugkeerbeleid in de nieuwe vreemdelingenwet van 2001."<sup>[3]</sup> De ervaringen met het functioneren van en de samenwerking met de praktijkverpleegkundige is een van de onderzoeksitems. Het rapport geeft aan dat 90% van de huisartsen tevreden is over deze samenwerking. De huisartsen is expliciet gevraagd naar hun mening over de toegeleidingsfunctie van de praktijkverpleegkundige. "Ruim 90% van de huisartsen vindt dat de praktijkverpleegkundige een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de patiëntenzorg."

#### **Krimp**

De krimp heeft een zware wissel getrokken op de samenwerking tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts. Sommige huisartsen signaleren in een periode van enkele maanden drie keer een volledige wisseling van het MOA-personeel op een centrum. Een huisarts spreekt van een regelrechte wanhoop. De conclusie is dan ook: "Continuïteit, stabiliteit en zorgvuldige overdracht zijn ook in de samenwerking tussen zorgaanbieders cruciaal voor de borging van kwaliteit. Het is van groot belang dat in het proces van krimp aan de kwaliteitseisen voor de zorg voldaan blijft worden. Veelvuldige overplaatsingen, een hoog tempo van krimp (...) en het strikt hanteren van bezettingsnormen hebben daarop een negatief effect. Uiteindelijk heeft deze signalering ertoe geleid dat het COA en GGD Nederland een minimumcapaciteit voor de praktijkverpleegkundige formatie zijn overeengekomen ten einde te kunnen voldoen aan de eisen van

2 Uit: 'Rapport Toegankelijkheid huisartsenzorg asielzoekers.' Inspectie voor de gezondheidszorg. Juli 2003.

3 Huisartsenzorg aan asielzoekers vóór en ná de krimp.' December 2004, LHV, onder eindredactie van Jos Schoenmakers

toegankelijkheid van de huisartsenzorg. <sup>[4]</sup> Uit de interviews met huisartsen blijkt echter dat deze maatregel onvoldoende soelaas heeft geboden.” <sup>[5]</sup>

*We zouden kunnen zeggen: tot zover de officiële mededelingen, dan schakelen we nu 'live' over naar de praktijk in Zweeloo...*

### **Kwaliteit**

Kern van het betoog van Frans Fonville en Jan Mulder is dat de kwaliteit van de zorg staat of valt met de samenwerkingsrelatie tussen huisarts en praktijkverpleegkundige. Heleen Mungro kan zich ook prima in deze mening vinden. De huisartsen hebben niet zo'n hoge pet op van de ontwikkelde instrumentenset. Frans: 'De NHG-standaarden waren er al lang en zijn in veel gevallen uitgebreider. Veel praktijkverpleegkundigen gebruiken nog steeds bij voorkeur de NHG-standaarden. De instrumentenset kan je als overbodig werk zien, meer politiek gemotiveerd dan noodzakelijk voor het werk. Beleidsmakers hebben soms iets nodig om een zaak hard te kunnen maken, daar gaat dan veel geld in zitten.'

Waar de huisartsen verlangen naar een klik met de hun toegewezen praktijkverpleegkundige, lijken ze zich tegelijkertijd te ergeren aan het gebrek aan middelen waar het de aansturing betreft. Jan Mulder: 'Je staat niet in een hiërarchische verhouding met je praktijkverpleegkundige. Als er zaken niet goed gaan heb je geen zeggenschap. Wij voeren geen functioneringsgesprekken, zoals we dat wel doen met onze andere medewerkers. Als er conflicten zijn dan hebben we met de coördinator van de MOA te maken, zij is hiërarchisch verantwoordelijk voor haar medewerkers.' Liever kozen zij hun eigen mensen uit, zoveel mag duidelijk zijn. 'De praktijkverpleegkundige valt nu onder de MOA, maar wat ons betreft kan zij beter bij de huisarts worden aangehaakt.' Hun onvrede lijkt te worden gevoed door de onrust die de huidige overplaatsingen te weeg brengen. De huisartsenpost in Zweeloo heeft slechts een korte stabiele periode gehad, waar het de continuïteit van de praktijkverpleegkundigen betreft. En ook nu, met het aanstaande vertrek van Heleen Mungro, voelen zij zich opnieuw gedupeerd. Ten overvloede: als gevolg van de krimp door vermindering van het aantal AZC's is Heleen Mungro per 1 oktober 2005 boventallig bij de MOA en dus herplaatsingskandidaat. Opnieuw zal er moeten worden geïnvesteerd in de samenwerking met een nieuwe praktijkverpleegkundige. 'En hoe lang blijft deze zitten?'

Professionalisering is niet vast te leggen in protocollen en werkafspraken, zo lijkt hun stelling. Met elke nieuwe praktijkverpleegkundige begint het proces van (fijn)afstemming opnieuw. En dat lijkt moedeloosmakend. Frans Fonville: 'De MOA werkt met eigen protocollen. Deze kunnen ook een verlamme uitwerking hebben. Zeker als er mensen voor het gerecht worden gedaagd, zoals in Appelscha is gebeurd <sup>[6]</sup>, dan kan dat een

4 NB: Minimumeis is, op aandringen van de Inspectie, dat er tijdens werktijden altijd op elk centrum een praktijkverpleegkundige bereikbaar en beschikbaar is –red.

5 'Huisartsenzorg aan asielzoekers vóór en ná de krimp.' December 2004, LHV, onder eindredactie van Jos Schoenmakers

6 Huisarts en MOA-verpleegkundigen zijn voor het Tuchtcollege gedaagd n.a.v. het overlijden van een bewoner –red.

impact hebben op het functioneren. Er zijn praktijkverpleegkundigen die vervolgens geen beslissingen meer durven te nemen, die hun verantwoordelijkheid op het bordje van de huisarts schuiven. Werken met asielzoekers is zwaar werk. Wie dit wil doen, moet wel bereid zijn de uitdaging aan te gaan, zelfstandig durven opereren. Er zijn protocollen, je maakt werkafspraken, maar uiteindelijk gaat het erom hoe je de afspraken interpreteert, welke ruimte je neemt en welke ruimte je geeft.'

Ook als MOA-protocollen in de ogen van Jan en Frans weinig praktisch nut hebben, dienen ze toch te worden opgevolgd. Ook daar hebben zij geen invloed op. Jan Mulder: 'Dan krijg je situaties zoals het heen-en-weer slepen van patiëntendossiers. Deze moeten volgens protocol 's nachts op het centrum zijn, en dus moeten wij daarvoor elke dag iets regelen.' Frans Fonville: 'Of de hiv-counseling, waarvan wij vinden dat deze het best door de praktijkverpleegkundige kan worden gegeven. Zij kent de mensen op het centrum. Zij heeft het vertrouwen. Maar ook hier geldt de wet van de uniformiteit van de protocollen en mag een verpleegkundige wel voorlichting geven, maar zal de huisarts de counseling moeten doen.'

Ondanks alle op- en aanmerkingen blijft één ding pal boven water staan. De praktijkverpleegkundige functie heeft haar nut volgens deze huisartsen ruim bewezen. Frans Fonville: 'De praktijkverpleegkundige structureert de chaos die elk centrum kenmerkt. Als het goed werkt, weet zij de medische vragen uit het totale aanbod af te scheiden.' Voorlichting en vraagverheldering vormen de kern van het werk, wat Frans en Jan betreft. 'Veel hulpvragen van asielzoekers horen namelijk niet in het medische circuit thuis. Ze komen voort uit de onbekendheid met de werking van de Nederlandse gezondheidszorg of met verkeerde verwachtingen over wat een dokter hier doet of kan. Veel asielzoekers hebben een geringe kennis van het eigen lichaam, ziekte en gezondheid. Zij moeten hun eigen klachten leren plaatsen. Daarmee zijn zij het meest geholpen. Die verduidelijking is de ware opdracht aan de praktijkverpleegkundige, in samenwerking met de huisarts.'

De praktijkverpleegkundige functie moet dus niet opgeheven worden. De MOA praktijkverpleegkundige is bij uitstek degene die de individuele voorlichting kan geven. Zij kent de populatie op het centrum, zij heeft kennis van culturen, haar aanwezigheid ter plekke maakt de stap naar de medische opvang gemakkelijk. De praktijkverpleegkundige garandeert de laagdrempelige toegang tot de gezondheidszorg.

En als zij langer zou blijven, dan komt het met die samenwerking tussen MOA en huisartsen ook nog wel goed.

Maar dan praten we over personen. Zoals bijvoorbeeld Heleen Mungro. Zij hield in Zweeloo driemaal per week spreekuur en voerde gemiddeld zo'n 25 tot 30 gesprekken per week. Ongeveer 1/3 deel van de asielzoekers werd na een gesprek doorverwezen naar de huisarts. Eenzelfde deel kon zichzelf redden. De overige patiënten werden doorverwezen naar specialistische zorg als oogarts, of naar GGZ, sociaal-geneeskundige zorg of maatschappelijk werk.

Heleen Mungro is inmiddels vervangen.

## Biopic

Heleen Mungroo heeft na haar inservice opleiding tot A verpleegkundige de kaderopleiding gevolgd en de specialisatie obstetrie/gynaecologie. In 1978 tot 1981 heeft zij in Suriname in het Diaconessen ziekenhuis gewerkt als leidinggevende op de afdeling Obstetrie en als verpleegkundige in het binnenland. Van 1983 tot 2000 heeft zij gewerkt als leidinggevende op de afdeling obstetrie/gynaecologie in het Wilhelmina ziekenhuis in Assen. Vanaf maart 2000 werkte zij als praktijkverpleegkundige bij de MOA NN.

Jan Mulder is in 1991 afgestudeerd aan de Medische faculteit van de Rijksuniversiteit Groningen, sinds 1996 is hij werkzaam in de huisartsenpraktijk van Zweeloo en als zodanig medeverantwoordelijk voor de huisartsenzorg voor de bewoners van AZC Zweeloo.

Frans Fonville is in 1983 afgestudeerd aan de Medische faculteit van de Rijksuniversiteit van Groningen. Sinds 1991 werkt hij in de huisartsenpraktijk in Zweeloo; waar hij sinds 1993 verantwoordelijk is voor de huisartsenzorg voor de bewoners van AZC Zweeloo.

# Onderzoek en signalering als basis voor interventie

Over de rol van de sociaal-geneeskundige binnen de MOA

Ed Bouwman

*De sociaal-geneeskundige binnen de MOA bevindt zich in een spanningsveld. Hij is niet louter onderzoeker, hij wordt binnen zijn praktijk op het AZC geconfronteerd met de effecten van het opvangbeleid. Onderzoek en signalering moeten allereerst leiden tot discussie. Nog belangrijker is het realiseren of verbeteren van interventieprogramma's. De schrijver doet enige persoonlijke aanbevelingen.*

## Inleiding

De sociale geneeskunde richt zich op de verbetering van het gezondheidsniveau van de bevolking in zijn geheel. Onderzoek naar en signalering van gezondheidsrisico's en ziekten, op individueel én op groepsniveau, moeten leiden tot adequate interventies. Collectieve preventie heeft als doel risico's te beperken of te elimineren, dan wel gezondheidsbevorderende factoren te versterken. Resultaten van onderzoek leiden tot beleidsadvisering (gevraagd en ongevraagd) en waar mogelijk het rechtstreeks zelf organiseren van de uitvoering van interventies, veelal in samenspraak met de diverse partners in de gezondheidszorg en de inbreng van de beoogde doelgroepen.

De sociaal-geneeskundige is bij de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) werkzaam in het gebied van de 'community medicine'. Als zodanig houdt hij zich bezig met de verbetering van omstandigheden die de gezondheid van deze specifieke populatie beïnvloeden. De sociaal-geneeskundige heeft contacten met asielzoekers op individueel niveau en verzorgt waar nodig de psychosociale begeleiding. Daarnaast heeft hij een verwijfsfunctie naar reguliere externe zorgverleners, bijvoorbeeld maatschappelijk werk of GGZ. Met name de bewoners met al dan niet acute psychiatrische problematiek worden door de sociaal-geneeskundige naar genoemde externe zorgverleners doorverwezen. In de dagelijkse praktijk wordt een bewoner van een asielzoekerscentrum met psychische problemen naar de sociaal-geneeskundige doorverwezen door de praktijkverpleegkundige van de medische opvang. De sociaal-geneeskundige heeft dan een aantal gesprekken met de bewoner, waarin de problematiek in kaart wordt gebracht en de eventuele hulpvraag wordt verhelderd. De gesprekken verlopen bijna altijd met behulp van een telefonische tolk, omdat met name bij emotionele problematiek de bewoner zich het beste kan uiten in zijn of haar eigen taal. Via een verwijfsbrief wordt de asielzoeker naar de GGZ doorverwezen als de sociaal-geneeskundige van mening is dat de psychiatrische hulpverlening het meest aangewezen lijkt voor de betreffende bewoner. Problematiek op bijvoorbeeld het specifieke gebied van rouwverwerking wordt naar het maatschappelijk werk doorverwezen.

De sociaal-geneeskundige heeft een unieke positie binnen de MOA-organisatie. Hij heeft zicht op de achtergronden van asielzoekers en hun leefomstandigheden op een groot aantal AZC's. De sociaal-geneeskundige moet dus in staat zijn signalen op zijn spreekuur vanuit het individu naar het collectief te vertalen. Daarbij acteert de sociaal-geneeskundige in het spanningsveld van politiek-maatschappelijke krachten. Nog steeds zijn asielzoekerscentra te beschouwen als sociale eilanden in de maatschappij. Bewoners zitten er feitelijk in de wachtkamer van de Nederlandse samenleving. Toeval of niet, veel centra zijn letterlijk aan de rand van dorp of stad geplaatst, voor het merendeel in de dun bevolkte provincies (aan de rand) van Nederland.

### Spanningsveld

Er bevindt zich een grote concentratie van getraumatiseerde vluchtelingen, die gevangen zit in een web van juridische regels en procedures. De lange duur van hun verblijf in de AZC's en de onzekerheid over de afloop leiden vaak tot grote problemen. Problemen waarmee de sociaal-geneeskundige dagelijks wordt geconfronteerd.

Zoals de situatie op het AZC in het rapport 'Geestelijke Gezondheid bij asielzoekers in Noord Nederland' wordt geschetst:

*De mogelijkheden voor zelfontplooiing van AZC-bewoners zijn zeer beperkt. In de eerste plaats wordt op een sobere manier gezorgd voor onderdak en wordt voldaan aan de basisbehoeften van het dagelijks leven. Anno 2004 tellen de meeste AZC's gemiddeld 400 inwoners. De meestal tijdelijke houten gebouwen van twee verdiepingen zijn voorzien van woonruimtes met vier tweepersoons slaapkamers met een gezamenlijke woon-eetkamer, keuken, toilet en badkamer met wasautomaat. Voor de basisbehoeften krijgt iedere asielzoeker 39 euro per week. Het COA voorziet alle bewoners met een nog lopende asielprocedure van beperkte mogelijkheden voor afleiding en activiteiten in de vorm van cursussen, computerruimtes, sportvelden en ontspannings- en vergader-ruimtes. Door het organiseren van een jobcenter zorgt het COA voor de mogelijkheid tot het verrichten van werkzaamheden binnen de centra. Met de recente inkrimping van het COA zijn vele voorzieningen verdwenen en is het voortbestaan van bovengenoemde mogelijkheden niet te garanderen.*

Uit Amerikaans onderzoek<sup>[1]</sup> is een aantal voorspellers van slecht mentaal functioneren van asielzoekers naar voren gekomen, zoals institutionele huisvesting: in Nederland worden asielzoekers in asielzoekerscentra gehuisvest; beperkte economische mogelijkheden: asielzoekers mogen maar een beperkt aantal weken per jaar buiten het AZC werken; en het onophoudelijk blijven doorgaan van de burgeroorlog/ (etnische) conflicten in de herkomstlanden.

1 Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. /Porter M, Haslam N. Columbia Presbyterian Medical Center, Department of Pediatric Psychiatry, New York, NY 10032, USA. - JAMA. 2005 Aug 3;294 (5):602-12

De aanhaling uit het rapport is dus geen toevallige keuze. Zij is exemplarisch voor het genoemde spanningsveld, waarin de sociaal-geneeskundige binnen de MOA zich bevindt. Ter onderstreping de volgende samenvatting:

In de periode van mei 2003 tot juli 2004 is door zes sociaal-geneeskundigen van MOA NN onderzoek gedaan<sup>[2]</sup> met als doel inzicht te krijgen in de geestelijke gezondheid van asielzoekers in hun leefomgeving. De belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek (zie kader) zijn schokkend te noemen. Zeker wanneer dit bijvoorbeeld geplaatst wordt naast internationaal literatuuronderzoek.

Ten eerste is de prevalentie (het voorkomen) van angst- en depressieklachten 83%. Een erg hoge score, die bijvoorbeeld nauwelijks afwijkt van metingen in een behandelings-setting voor (oorlogs-)getraumatiseerde asielzoekers als Centrum '45-de Vonk. Daarbij is een significant verband geconstateerd tussen het voorkomen van angst- en depressieklachten en het aantal keren dat een bewoner is overgeplaatst.

De metingen geven verder aan dat er sprake is van een gemiddeld getraumatiseerde asielzoekerpopulatie. Maar de prevalentie van traumagerelateerde klachten wijkt echter af van de gemiddelde waarden en is wel hoog: 51%. Met andere woorden: de opgelopen trauma's zorgen voor veel klachten.

Op de derde plaats blijkt dat er bij de helft van de kinderen sprake is van enige vorm van psychopathologie. Ter vergelijking: voor de Nederlandse kinderen geldt een percentage van 20%. Kinderen uit AZC's krijgen vergelijkenderwijs ook minder GGZ-hulp. Bovendien blijkt uit dit onderzoek dat de kinderen, van wie de moeder in behandeling is bij de GGZ, een sterk verhoogd risico lopen op stoornissen in het psychosociaal functioneren.

### Onderzoeksgegevens

De onderzoekspopulatie betrof 317 volwassenen en 275 kinderen, afkomstig uit de meest voorkomende taalgroepen op verschillende AZC's in Drenthe, Friesland en Groningen.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van internationaal gestandaardiseerde vragenlijsten, de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) en de Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25). De prevalentie (het voorkomen) van angst- en depressieklachten, gemeten op de HSCL-25, bedroeg 83%. Het gemiddeld aantal traumatische ervaringen is 10,4. Gezien de gegevens uit de internationale literatuur duidt dat op een gemiddeld getraumatiseerde asielpopulatie. De prevalentie van trauma gerelateerde klachten, gemeten met HTQ, bedroeg echter 51%.

Bij 50% van de kinderen, gemeten volgens de SDQ, is enige vorm van psychopathologie vastgesteld. Slechts 1 op de 10 kinderen krijgt GGZ-hulp.

*Uit: Geestelijke Gezondheid bij asielzoekers in Noord Nederland*

Als sociaal-geneeskundige wil je niet alleen tellen en conclusies melden. De sociaal-geneeskundige binnen de MOA is niet louter onderzoeker, hij wordt binnen zijn praktijk op het AZC geconfronteerd met de effecten van het opvangbeleid en de invloed die deze,

2 'Geestelijke gezondheid bij asielzoekers in Noord Nederland.' Een epidemiologisch onderzoek in de provincies Drenthe, Friesland en Groningen. November 2004. Ed Bouwman, Wim Jansen, Alberto Lovera Rivas, Don de Niet, Gerard Reesink, Muriël Schreuder.

gewild of ongewild heeft op de gezondheid en stabiliteit van haar bewoners. Onderzoek en signalering moeten allereerst leiden tot discussie. Met vakgenoten in de eigen organisatie, met professionals uit partnerorganisaties, met beleidsmakers in management en politiek; en als het effectief is zoeken we de publieke discussie via vakbladen en algemene media.

Nog belangrijker is het realiseren of verbeteren van interventieprogramma's. Direct, in gezamenlijke organisatie met partners of indirect, door beïnvloeding van het beleid op een hoger plan.

Terug naar het aangehaalde onderzoek. Welke aanbevelingen worden gedaan?

Een persoonlijke invulling:

- Vroegtijdige opsporing, indicatiestelling en behandeling of verwijzing van asielzoekers met angst- en depressiegerelateerde klachten moeten een geïntegreerd onderdeel van de zorg aan asielzoekers uitmaken. Zo is het antidepressivagebruik onder de groep van asielzoekers in de centra hoog. Dit gegeven biedt aanknopingspunten voor aanvullend toegepast onderzoek gevolgd door innovatieve benaderingen, bijvoorbeeld groepsgerichte benadering of behandeling door zorgverleners uit betreffende herkomstlanden.
- Meer individuele intake en eventuele behandeling bij de GGZ van kinderen van asielzoekers. Daarbij is de geestelijke gezondheid van de moeder van grote invloed op die van de kinderen. Wanneer de moeder in behandeling is van de GGZ, moet tegelijkertijd een adequaat aanbod van zorg aan de kinderen overwogen worden. Uit de algemene psychiatrie en jeugdhulpverlening is bekend, dat het zinvol en belangrijk is, stressbedreigde kinderen vroegtijdig te onderkennen en te zorgen voor preventie, ondersteunende en zo nodig therapeutische maatregelen. In de Verenigde Staten en in Nederland zijn succesvolle preventieprogramma's ontwikkeld voor de aanpak van dit type problematiek bij kinderen van onder andere ouders met psychiatrische problemen (KOPP). Kenmerkend voor deze programma's is, dat zij gericht zijn op het kind en op de ouders, de leefomstandigheden en de relevante omgeving, waaronder de hulpverleners. Noodhulpverlening aan kinderen in oorlogssituaties, zoals wordt georganiseerd door bijvoorbeeld War Child en Defence for Children, is gebaseerd op dezelfde principes. Therapeutische interventies voor deze kinderen vragen om gespecialiseerde kennis. Die kennis is deels beschikbaar via het reguliere GGZ-circuit en via andere instellingen, gespecialiseerd op dit terrein.
- De huidige groepsinterventies richten zich voornamelijk op scholen. Dit onderzoek geeft aan dat de nood voor de kinderen in de thuissituatie veel groter is. Het opzetten van oudergroepen waarin opvoedingsondersteuning gegeven wordt en ouders elkaar onderling kunnen steunen, is essentieel. Er kan dan ook voorlichting gegeven worden over psychosociale problematiek en de mogelijkheden voor hulp. Samen met het COA kan gekeken worden naar mogelijkheden voor spel en ontspanning voor kinderen buiten de schooluren. Dit laat onverlet dat de invloedssfeer van de school versterkt kan worden, bijvoorbeeld door de ouders, meer dan nu het geval is, bij de school te betrekken.

- Het verdient aanbeveling uiterst terughoudend te zijn met overplaatsingen van asielzoekers op het moment dat deze in behandeling zijn bij de GGZ. Met het COA zou op managementniveau afspraken gemaakt moeten worden rondom het beperken van overplaatsingen.
- De doelmatigheid van de huidige behandeltrajecten zouden moeten worden geëvalueerd en waar nodig moeten nieuwe behandelmodaliteiten worden ontwikkeld. Zo is het de vraag of individuele psychiatrische behandeling en begeleiding daadwerkelijk aansluiten op de hulpvraag van asielzoekers afkomstig uit bepaalde herkomstlanden/cultuurgebieden. Een evaluatie/beoordeling hiervan ligt op het terrein van de transculturele psychiatrie en dus van de GGZ. Dat heeft gevolgen voor andere partners in de zorg voor asielzoekers. De MOA nu, en straks de GGD, kan initiatief nemen tot de evaluatie van behandeltrajecten. Daarvoor moet zij samenwerking zoeken met de ketenpartners.

De verantwoordelijkheid van de sociaal-geneeskundigen, werkzaam bij de MOA, bij dit alles is een bijzondere. Zij hebben zicht op de omstandigheden en achtergronden van asielzoekers. Zij kunnen gegevens verzamelen, groeperen en analyseren. Zij zijn in staat, samen met beroepsgenoten, aandacht te vragen voor deze groep in onze samenleving, die onvergelijkbaar veel risico's loopt met name als het gaat om hun geestelijk welzijn.

### Preventieprogramma's

In Noord-Nederland is de afgelopen jaren hard gewerkt aan de ontwikkeling van preventieprogramma's. Veelal gaan deze programma's uit van het ondersteunen en versterken van de eigen mogelijkheden en draagkracht.

Sinds 2001 is binnen het Kenniscentrum PTSS-Noord Nederland gewerkt aan het ontwikkelen en protocolleren van *POST-modules* (Programma ter Onderbreking van Stapelingsproblematiek bij Trauma). Doel van een POST-module is risicogroepen te ondersteunen bij het verkrijgen van overzicht over de problematiek en de mogelijke hulpbronnen. De modules, de behandelomgeving en de bejegening zijn er op gericht die corrigerende ervaringen te bieden, die cruciale processen (bijvoorbeeld het weer kunnen leren van ervaringen en van andere mensen) weer op gang brengen. Er heeft in 2001 in het toenmalige AZC van Grootegast een zogenaamde traumacursus gelopen als pilot-project. Momenteel wordt de traumacursus binnen diverse GGZ-instellingen gegeven. Deze vorm van groepsgerichte benadering werd dus ontwikkeld in samenwerking met de MOA als een vorm van 'evidence based' hulpverlening. Een ander voorbeeld is het project *Gezond zijn en blijven in het AZC*, dat in samenwerking met de GGZ en het COA is ontwikkeld en geïmplementeerd. Vanuit het project zijn diverse activiteiten georganiseerd, zoals de vrouwenontmoetingsgroep, waarin vrouwen op een AZC elkaar informeel kunnen ontmoeten. De begeleiding wordt verzorgd door een GVO-verpleegkundige, die bijvoorbeeld opvoedingsproblemen op een ongedwongen manier bespreekbaar kan maken. De weerbaarheidstraining voor jonge meisjes/vrouwen en de schouw zijn andere voorbeelden van succesvolle activiteiten rond het thema veiligheid. <sup>[3]</sup>

3 Zie artikelen *Ketenrichtlijn Huiselijk Geweld* en *Psychische problemen voor zijn, elders* in deze bundel

## Biopic

Ed Bouwman is vanaf 1996 werkzaam voor de groep van asielzoekers in de noordelijke asielzoekerscentra, aanvankelijk voor het COA, maar sedert januari 2000 voor MOA NN. Hij is –na het behalen van zijn artsexamen in Groningen- opgeleid tot geregistreerd sociaal-geneeskundige. Hij is fulltime werkzaam in diverse asielzoekerscentra waar hij elke dag spreekuur houdt voor de bewoners. Ook organiseert hij al vijf jaar onderwijsprojecten in de AZC's voor studenten geneeskunde in het kader van *Geneeskunde en Andere Culturen*, uitgaande van de afdeling Sociale Geneeskunde van de Medische Faculteit te Groningen. Momenteel tracht hij zich de Romani-taal eigen te maken.

# Stress als gezondheidsprobleem bij asielzoekerskinderen

Laagdrempelige hulp bij stress

ANNE VOGT  
MURIËL SCHREUDER

*In de praktijk is duidelijk geworden dat stress een groot gezondheidsprobleem is voor de asielzoekerskinderen. Er blijven veel vragen. Hoeveel kinderen hebben stressklachten? Wat zijn de oorzaken? Wat zou je als MOA NN meer kunnen doen en welke aanpak is effectief?*

## Inleiding

De situatie van Manoek was de directe aanleiding een poging te doen een nieuwe vorm van hulpverlening te ontwikkelen voor kinderen op het asielzoekerscentrum. Het was me ondertussen duidelijk geworden dat een groot percentage van de kinderen leed onder de stress door alle problemen die ze meegemaakt hadden en door de omstandigheden waarin ze leefden. Een laagdrempelige vorm van hulp was nodig, waarbij voor groepen kinderen verwerking van trauma's en weerbaarheid gecombineerd konden worden. Een vorm van creatieve therapie? Mijn idee was louter 'practice based'. Via via kwam ik in contact met een creatief therapeut in Friesland. Zij had ervaring met creatieve therapie aan asielzoekers. We hebben een plan voor creatieve therapie aan groepjes van vier kinderen gedurende drie maanden voorgelegd aan de GGZ en de school. Tot mijn verrassing werd het plan snel opgepakt (en gefinancierd) door de GGZ en waren samenwerkingsafspraken tussen GGZ, school en MOA NN snel gemaakt. Het heeft geleid tot een vorm van hulpverlening aan asielzoekerkinderen, die nu op alle centra in de provincie Groningen toegepast wordt.

## Uit de praktijk

In AZC-Grootegast zaten Manoek en haar moeder voor mij in de spreekkamer van de medische opvang. In augustus 2000 was ik begonnen als jeugdarts bij de MOA NN en het was nu drie maanden later. Manoek was 8 jaar, hing vermoeid, half over het bureau. Lichamelijke oorzaken voor haar vermoeidheid en pijn in de benen waren door de huisarts uitgesloten. Geen bloedarmoede, geen orthopedische afwijkingen. In het gesprek met de moeder was duidelijk geworden dat Manoek nog slechter sliep dan ik in eerste instantie had begrepen. Ze sliep volgens haar moeder ongeveer twee uur per nacht. Ze kon niet inslapen, werd veel wakker door nachtmerries en van doorslapen was geen sprake. Manoek had veel meegemaakt. Haar vader was door de oorlog nog steeds spoorloos, en ze was in het land van herkomst getuige geweest van het neersteken van haar moeder door mannen die het huis binnenvielen. Stressklachten was mijn conclusie. Ik heb haar situatie besproken met de GGZ en

haar daar aangemeld. Een wachttijd van vijf maanden bleek onontkoombaar. Shockerend en onacceptabel. Als noodsprong maakten we afspraken voor een tweewekelijks contact. De kortdurende begeleiding bestaande uit psycho-educatie, het stimuleren van activiteiten en het bespreken van door Manoek gemaakte tekeningen gaven geen verbetering.

### Drie stadia

Meer dan een derde van de asielzoekers in Nederland is kind (11.000 kinderen tot 18 jaar op 01-07-05).<sup>31</sup> Asielzoekerkinderen vormen een uiterst kwetsbare groep. Zij lopen een meer dan normaal risico om psychosociale problemen te krijgen. Waar de kinderen ook vandaan komen, zij doorlopen allemaal drie stadia waarin ze aan aanzienlijke stress blootstaan: in het land van herkomst, tijdens de vlucht en gedurende de asielperiode.<sup>6</sup>

In het land van herkomst hebben zij hun huis moeten ontvluchten door oorlog en politieke instabiliteit. Ze hebben misschien familieleden verloren, geweld gezien en mogelijk zelf ondervonden. De meeste kinderen zijn tijdens de vlucht niet naar school geweest en hebben lang in onzekerheid en angst geleefd.

Sommige kinderen komen gewoon met het vliegtuig naar Nederland. Anderen zijn maanden onderweg, een angstige periode waarin ze speelbal zijn van mensensmokkelaars. Daarnaast lopen ze tijdens de vlucht kans hun ouders kwijt te raken.

Tot slot volgt de onzekere asielperiode. Hierin moeten de kinderen zich aanpassen aan een totaal andere samenleving en cultuur. Ze moeten naar een nieuwe school en proberen vriendjes en vriendinnetjes te krijgen. Daarnaast zorgt de huidige krimp ervoor dat kinderen om de haverklap van centrum naar centrum moeten verhuizen en telkens weer moeten wennen aan een nieuwe omgeving en weer nieuwe school.

Veel kinderen moeten vroeg volwassen taken op zich nemen, omdat ze bijvoorbeeld in alles moeten tolken voor hun ouders.<sup>6</sup>

### Taak MOA

Net als de reguliere JGZ bij de GGD heeft de JGZ-MOA de taak om psychosociale problematiek bij asielzoekerkinderen op te sporen, de kinderen kortdurend te begeleiden en zo nodig te verwijzen naar instanties als de GGZ. Hiertoe worden kinderen op vaste tijden in de ontwikkeling uitgenodigd en wordt longitudinaal in de tijd een ontwikkelingsdossier bijgehouden. Daarnaast heeft de JGZ als taak risicogroepen te onderscheiden en specifieke preventieve interventies te ontwikkelen en aan te bieden om te trachten problemen in de toekomst te voorkomen.

### Cijfers

Door artsen van MOA NN is uitgebreid onderzoek verricht naar stress als gezondheidsprobleem bij asielzoekerskinderen. De MOA NN heeft de faciliteiten geboden dit onderzoek te verrichten. Er zijn zowel literatuurstudie, inventarisatie van de huidige interventies als epidemiologisch onderzoek gedaan.

Hoeveel kinderen problemen ondervinden als gevolg van trauma's in het land van herkomst, de vlucht en het verblijf in de opvang is in Nederland niet uitgebreid onderzocht. De meeste gegevens komen uit buitenlands onderzoek.

Een onderzoek in Griekenland onder Bosnische vluchtelingen van 8 tot 14 jaar laat zien dat 47% een depressie heeft en 23% een angststoornis.<sup>18</sup>

In Denemarken was de prevalentie van angststoornissen onder vluchtelingenkinderen uit het Midden-Oosten van 3 tot 15 jaar 67%.<sup>16</sup>

Bij Palestijnse kinderen in de Gazastrook is de prevalentie van ernstige Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) 54%. Deze kinderen leven continu in een bedreigende omgeving.<sup>20</sup> De prevalentie van emotionele en gedragsproblemen in de Gazastrook is 46.5%.<sup>25</sup>

In een bevolkingsonderzoek in Afghanistan hadden 13 van de 38 kinderen een PTSS of depressie.<sup>15</sup>

Prevalenties van psychiatrische afwijkingen van 40-50% zijn in de Verenigde Staten beschreven onder vluchtelingenkinderen uit voormalig Joegoslavië en Zuidoost Azië.<sup>14</sup> Ander onderzoek in de Verenigde Staten toont een prevalentie van PTSS van 50% onder Cambodjaanse kinderen.<sup>13</sup>

In Canada liet onderzoek onder 203 vluchtelingenkinderen van 13 tot 19 een prevalentie van psychopathologie zien van 21%.<sup>26</sup>

In een Engelse studie zijn met behulp van de Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) voor leerkrachten vluchtelingenkinderen vergeleken met allochtone en autochtone kinderen in Londen.<sup>7</sup> Zij vonden significant meer psychosociale stress bij de vluchtelingenkinderen dan bij de andere twee groepen (27% tegen resp. 9% en 15%). Van de vluchtelingenkinderen was bij deze studie niet bekend of zij een verblijfsvergunning hadden dan wel nog in procedure zaten.

Recent dossieronderzoek bij asielzoekerskinderen van 4 tot 12 in de AZC's in Noord-Nederland liet een prevalentie van 40% psychopathologie zien.<sup>1</sup>

Eigen onderzoek uit 2004 onder 204 asielzoekerskinderen in Noord-Nederland liet een prevalentie psychopathologie van 55% zien gemeten met de SDQ<sup>5</sup>.

Om een vergelijk met Nederlandse autochtone kinderen te maken: bij meting van emotionele en gedragsproblemen met behulp van de Child Behaviour Checklist (CBCL) scoort 7.7% van die kinderen afwijkend.<sup>8</sup>

Duidelijk mag zijn dat de prevalentie psychopathologie onder asielzoekerskinderen beduidend hoger is dan die in een normale Westerse populatie. Zo hoog zelfs dat als je al deze kinderen individueel zou willen behandelen de behandelcapaciteit van organisaties als de GGZ hier bij lange na niet op ingesteld is. Veel meer moeten oplossingen gezocht worden in groepsinterventies in de nulde- en eerstelijnszorg.

### Risicofactoren

Waar deze interventies zich op moeten richten vloeit voort uit de bestudering van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van psychosociale problematiek. Deze risicofactoren kun je indelen in drie groepen, die bij het kind zelf, die bij de ouders, en die vanuit de omgeving.

Bij de kinderen zelf speelt alleen de leeftijd en geslacht al een rol in hoe kinderen zullen reageren op alle stressvolle gebeurtenissen. Kinderen van 8 t/m 11 laten meer problemen zien.<sup>11,29</sup> In die leeftijdsgroep begrijpen kinderen al veel beter dan de jongere dat er iets mis is, maar zijn ze veel minder dan de oudere kinderen in staat verklaringen en daarmee cognitieve oplossingen te vinden.

Diverse studies laten zien dat onder vluchtelingenkinderen meisjes veel meer klachten hebben dan jongens.<sup>20,25,26</sup> Meisjes scoren hoger op internaliserende klachten als depressie, angst en rouwreacties dan jongens.<sup>23</sup> Meisjes houden ook veel langer klachten na een oorlogssituatie dan jongens.<sup>24</sup> Als jongens problemen laten zien, dan zijn dit vaker externaliserende gedragsproblemen.<sup>17,27,28</sup>

Aan den lijve ondervonden geweld dan wel getuige zijn van geweld tegen een ouder is een grote risicofactor voor het ontwikkelen van PTSS.<sup>16,19</sup>

Voor kinderen is de steun van de ouders de belangrijkste beschermende factor. Dat geldt meer naarmate de kinderen jonger zijn.<sup>6</sup> Diverse studies tonen aan dat vooral de geestelijke gezondheid van de moeder van grote invloed is op het welbevinden van de kinderen.<sup>2,4,15,19,20,26</sup> Ook eigen onderzoek laat zien dat de kans groot is dat het kind ook klachten heeft, wanneer de moeder in behandeling is bij de GGZ.<sup>5</sup> Daarnaast is het hebben van een ouder die gemarteld is, een risico-indicator voor angststoornissen.<sup>16</sup> Ook blijkt uit de literatuur, dat het voorkomen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen is gerelateerd aan het opleidings- en beroepsniveau van de ouders, waarbij kinderen van hoger opgeleide ouders minder problemen laten zien.<sup>12</sup> Dit heeft te maken met opvoedingscapaciteit en de mogelijkheden die ouders hebben om ondanks alles toch een veilige omgeving voor hun kinderen te creëren. Qua omgeving is het leven in een vluchtelingenkamp buiten het land van herkomst op zich een grote risicofactor.<sup>16</sup> Daarnaast hebben de sfeer en de mogelijkheden tot spelen in een kamp grote invloed op het geestelijk welbevinden van kinderen.<sup>16</sup> Een Zweedse studie onder vluchtelingenkinderen laat zien dat de huidige leefomgeving in het gastland, waaronder vriendschapsrelaties met leeftijdgenoten en bijvoorbeeld gepest worden, belangrijker is voor de geestelijke gezondheid van vluchtelingenkinderen dan wat ze hebben meegemaakt in land van herkomst.<sup>2</sup> Spanningen na de migratie in het gastland lijken belangrijker voor depressie en andere stoornissen dan gebeurtenissen in het land van herkomst.<sup>13</sup> Een studie in Bosnië in 2002 bij kinderen van 9 tot 14 jaar laat iets dergelijks zien.<sup>23</sup> Bij deze groep kinderen kwamen niet meer afwijkingen voor dan bij de Britse doorsneepopulatie. De auteurs verklaren dit door aan te geven dat coping na een oorlogssituatie vergemakkelijkt wordt door de hechtheid van de samenleving en de mogelijkheid om gezamenlijk aan wederopbouw te werken, iets wat in een AZC niet mogelijk is. Hoewel het leven in een vluchtelingenkamp op zich een risico is, komt uit de literatuur dus naar voren dat het heel erg uitmaakt hoe de sfeer en de mogelijkheden in de huidige leefsituatie zijn, of kinderen ook daadwerkelijk klachten krijgen.

Uit de literatuur blijkt dat hoe meer verhuizingen een kind meemaakt, hoe groter de kans op gedragsproblemen is.<sup>30</sup> En hoe langer het verblijf in een vluchtelingenkamp duurt, hoe meer symptomen het kind vertoont.<sup>16</sup> Dit hangt samen met de mogelijkheid een netwerk te vormen: door de vele overplaatsingen is dat heel moeilijk.<sup>10</sup>

De meeste asielzoekerskinderen staan niet zomaar bloot aan één risicofactor maar aan

meerdere tegelijk. Hoe meer de risicofactoren zich opstapelen, hoe meer kans op psychosociale problematiek.

De problemen houden niet op bij het krijgen van een verblijfsvergunning. Effecten van stress in de kindertijd kunnen nog ver in het volwassen leven van invloed zijn. Stress komt in vrijwel dezelfde mate voor bij zowel asielzoekerskinderen als bij kinderen met een verblijfsvergunning en illegale kinderen. Dit is aannemelijk, omdat veel stressoren blijven bestaan na de asielperiode en blootstelling aan stressoren na jaren nog verschijnselen kunnen geven.<sup>1</sup> Het spaarzame onderzoek dat gedaan is op dit gebied ondersteunt deze aanname.<sup>7,21,22</sup>

### Beschermende factoren

Veel van de risicofactoren zijn niet te beïnvloeden, een traumatische gebeurtenis in land van herkomst is niet zomaar weg te toveren en op de manier van opvang heeft de MOA NN geen invloed. Wel kan getracht worden de kans op problematiek te verminderen door het versterken van de beschermende factoren. Als een soort van omgekeerde indeling van de risicofactoren onderscheidt de theorie van Garmezy<sup>9</sup> drie niveaus van beschermende factoren voor kinderen onder stress, namelijk: positieve persoonskenmerken, een ondersteunende familie en een extern ondersteunend systeem. Deze niveaus bieden wel perspectief voor preventieve interventies door de MOA NN. Positieve persoonskenmerken kunnen versterkt worden, zodat kinderen beschikken over een repertoire aan vaardigheden om problemen op te lossen, de zogenaamde copingstrategieën. Ouders kunnen ondersteund worden in hun mogelijkheden ondanks alles toch een veilig opvoedingsklimaat te scheppen. Het opzetten van oudergroepen, waarin opvoedingsondersteuning kan worden gegeven en ouders elkaar onderling kunnen steunen, is daarvoor belangrijk. En in een veilige omgeving als bijvoorbeeld de school kunnen kinderen door spel en creativiteit uiting geven aan allerlei emoties.

Onderdeel van het onderzoek door MOA NN was ook een inventarisatie van bestaande interventies gericht op stress in de drie noordelijke provincies. De basisscholen bleken met methodes gericht op de psychosociale ontwikkeling (*F.C de Wereld en Laat maar zien wie je bent*) de helft van de kinderen te bereiken. Preventieve interventies van de MOA NN en/of GGZ bleken een erg laag bereik te hebben, rond de 1%.

### Belangrijkste conclusies uit het onderzoek

- De hele groep asielzoekerskinderen moet als risicogroep beschouwd worden en preventieve interventies aangeboden krijgen
- De groep is te groot om individueel te benaderen. Oplossingen moeten gezocht worden in groepsinterventies
- De MOA heeft geen invloed op gebeurtenissen in het land van herkomst en de wijze van opvang in Nederland, maar kan zich wel richten op het versterken van beschermende factoren
- Effecten van stress in de kindertijd kunnen nog ver in het volwassen leven van invloed zijn. Daarom is het van belang met ketenpartners een zorgcontinuüm te bieden, dat niet ophoudt na het verkrijgen van een status als asielzoeker of bij illegaliteit.

## Interventies

Het was duidelijk dat er voor de aanpak van het gezondheidsprobleem stress structureel iets moest veranderen. De MOA NN heeft daarom in november 2003 een *Invitational conference* georganiseerd, om bekendheid te geven aan stress als gezondheidsprobleem bij vluchtelingenkinderen. GGD-Groningen, Thuiszorg-Groningen en GGZ-Groningen waren hierbij aanwezig. Er zijn afspraken gemaakt om met de verschillende organisaties samen een visie ontwikkelen en interventies in te zetten.

*Het kwetsbare kind* was in 2004 het eerste project, naar aanleiding van de *Invitational conference*, waarbij GGD-Groningen, Thuiszorg-Groningen en MOA NN betrokken waren. De *Preffimethode* is gebruikt om op systematische wijze preventieve interventies te kiezen c.q. te ontwikkelen. Daarbij was het voor alle drie de organisaties duidelijk dat de vluchtelingenkinderen als risicogroep moeten worden beschouwd. Iedere organisatie voelde de eigen verantwoordelijkheid voor het inzetten van specifieke interventies voor deze doelgroep.

Het ontwikkelen en/of toepassen van preventieve interventies specifiek voor statushouders en illegale kinderen is niet van de grond gekomen voor deze groepen vluchtelingenkinderen, die vallen onder de zorg van de GGD en de Thuiszorg. De reden hiervoor is niet bekend.

De MOA NN is in samenwerking met de GGD vervolgtrajecten gestart om specifieke interventies te ontwikkelen en te implementeren voor asielzoekerskinderen.

*Signalen wat doe je ermee* is keten-interventie. In een netwerk, waarbij de GGZ-jeugd, Bureau Jeugdzorg, het COA, de basisschool en de MOA NN samenwerken wordt een door de GGZ ontwikkelde signaleringsmethode voor psychosociale problemen toegepast. Hierbij is een signalenkaart voor de leerkrachten ontwikkeld op basis waarvan mogelijk getraumatiseerde kinderen geselecteerd worden. Daarna wordt in een netwerk met MOA, COA, GGZ en school een gepast hulpaanbod geadviseerd. De combinatie van een ouder-en-kindcursus en creatieve therapie (gericht op het kind) is hiervoor speciaal ontwikkeld.

*Het project opvoedingsondersteuning* bij asielzoekerskinderen heeft een methode van opvoedingsondersteuning uitgewerkt en uitgetoetst. Er is een pasklaar concept ontwikkeld dat op ieder centrum door MOA-JGZ medewerkers toegepast kan worden. Positief is dat dit project primaire preventie nastreeft. Als tastbaar product is een kist met lesmateriaal voor deze interventie gemaakt.

*Creatieve therapie* is een interventie die al enkele jaren bestaat. Hier is sprake van secundaire preventie. In kleine groepjes wordt gedurende drie maanden door een creatief therapeut van de GGZ een programma aangeboden van spel en toneel. Getracht wordt kinderen o.a. positieve copingstrategieën te leren.

*Weerbaarheidstraining* is een vorm die voortgekomen is uit Gezond in het AZC, een project van GGZ, COA en MOA NN. Het project is bedoeld om preventief de psychosociale problematiek op het AZC aan te pakken. Aan bepaalde groepen tieners en roulerend over de AZC's, wordt dit aangeboden.

De afgelopen jaren is door MOA NN veel energie gestoken in onderzoek naar stress bij vluchtelingenkinderen en in projecten om interventies te ontwikkelen. Enkele ontwikkelde interventies worden nu ook structureel toegepast, of zullen dat binnenkort gaan worden. Goede evaluaties van de bovenstaande projecten moeten nog plaats vinden om iets over de effectiviteit en efficiëntie te kunnen zeggen.

In juli 2006 zal de verantwoordelijkheid voor jeugdgezondheidszorg voor asielzoekerskinderen overgenomen worden door de GGD. Het is belangrijk om de kennis en ervaring die bij de MOA is opgedaan goed over te dragen aan de GGD. Asielzoekerskinderen en vluchtelingenkinderen moeten beschouwd worden als risicogroep. Het is een groep die een specifiek zorgaanbod behoeft, zowel primair als secundair preventief. Het zal voor de GGD een uitdaging zijn dit specifieke zorgaanbod te organiseren samen met de betreffende hulpverlenende instanties.

## Noten en literatuur

- 1 Abou-Farha K. (2004): Stress bij kinderen van vluchtelingen. Conferentieverlag stress bij kinderen van vluchtelingen, 5-24
- 2 Almqvist K, Broberg AG. (1999): Mental Health and social adjustment in young refugee children 21/2 years after their arrival in Sweden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(6): 723-30
- 3 Baan, J (1999): De school als heelmeester, vluchtelingenkinderen in het basisonderwijs. Utrecht: Stichting Pharos
- 4 Berg-Nielsen TS, Vika A, Dahl AA. (2003): When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child Care Health Dev* 29(3): 207-13
- 5 Bouwman E. et al. (2004): Geestelijke gezondheid bij asielzoekers in noord-Nederland. Groningen MOA Noord-Nederland
- 6 Fazel M, Stein A.(2002): The mental health of refugee children. *Arch Dis Child*: 366-370
- 7 Fazel M, Stein A. (2003): Mental health of refugee children: comparative study. *BMJ*, 327: 134
- 8 Foets M et al. (1996) Little recognition of mental problems in children by parents and family physicians. *NTVG*, 140(38): 1907-12
- 9 Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. In: Stevenson, J.E. (Red.). *Resent Research in Developmental Psychopathology*. New York: Plenum Press
- 10 Hondius AJK, Willigen LHM van. *Vluchteling en gezondheid*. Deel II. Lise/ Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1992
- 11 de Jong J, Chapter 18: Psychiatric problems related to persecution and refugee status. In: Henn F et al.: *Contemporary Psychiatry, volume 2: Psychiatry in special situations*. Springer, 279-298
- 12 Kalff AC et al.(2001): Factors affecting the relation between parental education as well as occupation and problem behaviour in Dutch 5- to 6-year-old children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36: 324-331
- 13 Kinzie JD et al. (1986): The psychological effects of trauma on Cambodian children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 25: 370-376
- 14 Leavy G et al. (2004): Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39 : 191-195

- 15 Mghir R et al. (1995): Depression and PTSD among a community sample of adolescent and young adult Afghan refugees. *J Nerv Ment Dis*, 183(1): 24-30
- 16 Montgomery E. (1998): Refugee children from the Middle East. *Scand J Soc Med Suppl* 54: 1-152
- 17 Ormel J et al. (2001): Determinanten van psychische ongezondheid: implicaties voor onderzoek en beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 43(4): 245-257
- 18 Papageorgiou V et al. (2000): War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9(2): 84-90
- 19 Punamaki R. (1989): Political violence and mental health. *Int J Ment Health*, 17(4): 3-15
- 20 Qouta S, Punamaki R, el Sarraj E. (2003): Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12: 265-272
- 21 Sabin, M. PhD, MSSW (2003) : Factors associated with poor health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict, *JAMA*, august 6, 2003-vol 290, no 5
- 22 Silove, D. (1998): Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants, *Acta psychiatrica Scandinavica* 1998: 97: 175-181
- 23 Smith P et al. (2002): War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2): 147-156
- 24 Stein B et al. (1999): Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34: 464-469
- 25 Thabet A, Vostanis P. (2001): Epidemiology of child mental health problems in Gaza Strip. *East Mediterr Health J* 7(3): 403-12
- 26 Tousignant M et al. (1999): The Quebec adolescent refugee project. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(11): 1426-32
- 27 Verhulst F. (1984): Psychische gezondheid bij Nederlandse kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk* 130(45): 2036-2040
- 28 Verhulst F et al. (2003): Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *Am J Psychiatry*, 160: 1479-1485
- 29 Van Willigen L (2003): Gevluchte kinderen – preventie van ziekte en bevordering van gezondheid. Stichting MOA Oost-Nederland bij Zuidam en Uithof (Brouwer groep)
- 30 Wood D et al. (1993): Impact of family relocation on children's growth, development, school function and behaviour. *JAMA*, 270(11): 1334-38
- 31 Centrale Opvang Asielzoekers: Feiten en Cijfers.  
[http://coaweb/webs/centraal/feiten\\_cijfers/COAbreed/2005/bezetting\\_2005.htm](http://coaweb/webs/centraal/feiten_cijfers/COAbreed/2005/bezetting_2005.htm).  
Bezocht 12-10-05.

### Biopic

Anne Vogt is in 1977 afgestudeerd in de geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na zijn opleiding is hij werkzaam geweest als jeugdarts bij de Thuiszorg Groningen en als docent aan een HBO-opleiding. Sinds 2000 is hij werkzaam bij de MOA NN als sociaal-geneeskundige JGZ. Mei 2005 is hij daarnaast in dienst getreden bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) als vertrouwensarts.

Muriël Schreuder is in 1994 afgestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam. Daarna is zij opgeleid als tropenarts, maar uitgezonden naar Almelo om bij de GGD te gaan werken. Sinds 2000 is zij werkzaam bij de MOA NN als sociaal-geneeskundige JGZ en heeft zij de opleiding Master of Public Health afgerond. Vanaf juni 2005 is zij bovendien werkzaam als verpleeghuisarts in Delfzijl.



## Kernwoorden

*Gezond in het AZC* wil bij de medewerkers van de drie organisaties een omslag in denken en handelen teweeg brengen: de overgang van curatieve naar preventieve zorg. Niet afwachten tot asielzoekers zich met een probleem melden, maar de problemen vóór zijn. In het project staan daarom vier begrippen centraal: empowerment, veiligheid, continuïteit en ondersteuning. Het zijn de factoren die kunnen maken dat psychische problemen niet verergeren. Deze begrippen vormen daarom de pijlers onder het project.

**Empowerment.** *Gezond in het AZC* wil asielzoekers opnieuw het gevoel geven dat zij hun leven in eigen hand hebben, dat ze zelf kunnen meebepalen wat ze doen en laten. Letterlijk vertaald betekent empowerment 'in staat stellen'. Na alles wat ze hebben meegemaakt voelen zij zich vaak speelbal van de omstandigheden. Ze zijn gevlucht en, in Nederland aangekomen, kunnen ze niets dan afwachten. De werkelijkheid in Nederland is veelal anders dan waarop gehoopt of verwacht. Gevoelens van machteloosheid kunnen leiden tot psychische klachten. Om deze klachten te voorkomen is het belangrijk asielzoekers opnieuw het gevoel te geven dat ze hun eigen keuzes kunnen maken. Dit is mogelijk door hen letterlijk een stem te geven: zingen. Maar ook door informatie beschikbaar te stellen over allerhande onderwerpen, zoals gezondheid en welzijn, sportieve en culturele activiteiten, en juridische kwesties.

**Veiligheid.** AZC's zijn niet altijd veilig. Doordat mensen uit uiteenlopende culturen, geconcentreerd in centra, dicht op elkaar in een beperkte ruimte leven, ontstaan er gemakkelijk gevoelens van onveiligheid. Mede daardoor ontstaan er wel eens uitbarstingen en vindt er nogal eens geweld plaats. Vrouwen hebben soms te lijden onder seksuele intimidatie. Huiselijk geweld doet zich ook voor. Deze omstandigheden zijn niet bevorderlijk voor de geestelijke gezondheid van de asielzoeker. Een van de projectdoelen is het veiligheidsgevoel onder asielzoekers te vergroten.

**Continuïteit.** Veel vluchtelingen zijn slachtoffer geworden in het land van herkomst zonder dat zij daarvan de politieke en sociaal-culturele achtergrond kennen of overzien. Alleen door hun persoonlijke verhaal in een bredere context te plaatsen is het voor hen mogelijk de antwoorden te vinden op de vraag hoe en waarom de situatie waarvan zij slachtoffer werden, heeft kunnen ontstaan. In totaal komen er vier landenboekjes uit: Tsjetsjenië, Oeganda, Soedan en Nederland. Deze boekjes beschrijven de grotere politieke en sociaal-culturele context van het land van herkomst en zijn een hulpmiddel in de onderlinge communicatie tussen asielzoekers, hulpverleners, kinderen en vrienden. Bovendien willen de verhalen de culturele kloof met de Nederlandse samenleving overbruggen. Het verhaal van de asielzoeker loopt door in het opvangland. Zo kan de continuïteit in hun leven hersteld worden, en de breuk met het verleden minder schrijnend gemaakt. Concreet betekent dit: het ontwikkelen van boekjes over landen van herkomst en over Nederland.

**Ondersteuning.** Sommige groepen asielzoekers hebben extra aandacht nodig. Zeker mensen ouder dan 55 jaar vormen een groep bij wie makkelijk psychische problemen ontstaan. Doel van de ondersteuningactiviteiten is deze mensen uit hun isolement te halen.

## Ambities

Asielzoekers opnieuw het gevoel geven dat ze hun leven in eigen handen hebben, is dat niet wat veel gevraagd? Asielzoekers weten immers niet of ze in Nederland mogen blijven en zelfs niet wanneer ze de uitslag van de procedure te horen krijgen. Esther Poelsma (projectleider in 2005): 'Op deze kwesties hebben zij noch wij veel invloed, maar je kunt asielzoekers wel een stem geven in hoe hun directe omgeving eruitziet. Laat ze bijvoorbeeld meepraten over een veiliger AZC, dat is ook belangrijk en geeft hen tenminste *het gevoel* dat ze greep hebben op hun omgeving. Dat kan veel gezondheidsklachten voorkomen.' Sociaal verpleegkundige Hilko van der Glas: 'Met zo'n activiteit geef je mensen een eigen verantwoordelijkheid en dat geeft een gevoel van eigenwaarde.'

Wilma Helmantel (GVO): 'Voor het zingen geldt hetzelfde. Het is niet goed als mensen de hele dag op hun kamer zitten te piekeren. Het is veel leuker om iets samen te doen. Zingen is een prettige vorm van afleiding, het ontspant en geeft je een beter gevoel. Dat kan een bezoek aan de dokter voorkomen.'

Overigens krijgt het idee van empowerment binnenkort ook op een andere wijze gestalte: er komt een bewonersnetwerk van vertegenwoordigers van alle AZC's. Hierin kunnen asielzoekers meepraten over zaken die hen direct aangaan.

## Resultaten

Eind 2004 werd de projectfase afgesloten, alle onderdelen hadden toen een testfase achter de rug. Wat waren de resultaten? Zijn de verwachtingen uitgekomen? Esther Poelsma: 'Dat we met dit project psychische problemen hebben voorkomen, is met cijfers niet hard te maken. We hebben geen metingen uitgevoerd. Maar mijn overtuiging is wel dat veel activiteiten geslaagd zijn. De schouw bijvoorbeeld, een inventarisatie van het AZC samen met de asielzoekers, bestond uit zeer concrete acties die duidelijk tot verbeteringen hebben geleid.'

Ook de activiteiten voor ouderen beschouwen de projectgroepleden als zeer geslaagd. Wilma Helmantel: 'De deelnemers ervoeren het bezoek aan de kruidentuin in Buitenpost of de Hortus in Haren als een echt dagje uit. Ze trokken hun mooiste kleren aan en je zag ze stralen, het deed ze zichtbaar goed.'

Over de weerbaarheidstrainingen hebben de projectgroepleden positieve reacties gekregen. Esther Poelsma: 'Vrouwen en meisjes vertelden ons dat ze er iets aan gehad hebben. Nu durven ze bijvoorbeeld mannen aan te spreken die zich op de vrouwen-toiletten begeven.'

Maar niet alle activiteiten liepen even goed. Het Alomtonenkoor begon voortvarend onder leiding van een professionele kracht. Het zingen zorgde, behalve voor ontspanning en gezelligheid, ook voor contacten tussen vrouwelijke asielzoekers en autochtone vrouwen. In deze fase zijn ook optredens verzorgd. Maar uiteindelijk bleken de koren niet te kunnen draaien zonder een vakdirigent, terwijl het juist de bedoeling was dat de deelnemers deze activiteit zelf in stand zouden houden.

## 1 EMPOWERMENT

### 1.1 Alomtonenkoor / Vrouwen ontmoeten vrouwen

Door ontmoetingsplekken te creëren wordt beoogd mensen in staat te stellen om ervaringen uit te wisselen en daardoor meer grip op het eigen leven te krijgen. In 2003 en 2004 is op de AZC's van Leek en Haren een 'Alomtonenkoor' actief geweest. Naar het voorbeeld van een gelijknamig multicultureel koor in het Noord-Hollandse Bergen kwamen vrouwelijke asielzoekers samen met autochtone vrouwen. Doel was om te zingen, ervaringen uit te wisselen en gezellig samen te zijn.

In het begin liepen de koren goed, maar toen de professionele dirigent werd vervangen door vrijwilligers, kwam de klad erin. Steeds minder vrouwen bezochten de avonden. Daarom zal het Alomtonenkoor niet geïmplementeerd worden in het reguliere MOA-werk. In plaats daarvan worden vrouwenontmoetingsgroepen opgestart. Een project in deze zin heeft succesvol gedraaid op AZC Leek. Juist het feit dat er geen vooropgezet programma was, bepaalde mee het succes van deze bijeenkomsten. Contact en ontmoeting stonden voorop. Op interesses of problemen die kwamen bovendien, werd ingehaakt. Onnadrukkelijk en met een insteek van onderlinge solidariteit.

### 1.2 Informatiepunt

Wil iemand de regie over zijn eigen leven kunnen hernemen, dan is het noodzakelijk dat hij of zij over informatie kan beschikken. Daarom werd het plan geformuleerd op ieder AZC een informatiepunt in te richten, waar asielzoekers vrijelijk toegang hebben tot relevante schriftelijke informatie over thema's als opvoeding, gezondheidszorg, wetten en regelingen, onderwijs, enzovoort. Nu bestond er op de AZC's al een infobalie, waarvoor COA verantwoordelijk was. COA was van plan deze balie te reorganiseren en wel op dezelfde wijze als in het project het informatiepunt werd voorgesteld. Per september 2005 is deze activiteit dan ook vanzelf van start gegaan.

## 2 VEILIGHEID

### 2.1 Schouw

In de projectfase is op een aantal AZC's een schouw gehouden: mannen, vrouwen en jongeren inventariseren ieder apart onveilige plekken op hun eigen AZC, als de gezamenlijke douches of de telefoon in een verder lege hal. Plekken die met name 's avonds door vrouwen als onveilig worden beschouwd. Ook plaatsen die door slecht onderhoud en/of opstapeling van rommel niet meer schoon of netjes zijn, verhogen dit gevoel. Deze plekken worden in een gezamenlijk fotoboek vastgelegd. De inventarisatie mondt uit in verbeterpunten, waarmee een verbetergroep aan de gang gaat. Na twee pilots, in Winschoten en Groningen, vond op AZC Ulrum in 2003 een volledige schouw plaats. Deze activiteit gaat deel uitmaken van het reguliere werk van COA en MOA. De bedoeling is elk jaar op elk AZC een schouw te houden. COA is hiervoor de eerst verantwoordelijke. In 2005 hebben er schouwen plaatsgevonden in Musselkanaal en Delfzijl.

### 2.2 Werkgroep preventie van geweld

Er is een stappenplan ontwikkeld dat aangeeft wat medewerkers moeten doen in situaties van geweld. Onderdeel van het plan is een lijst met namen, adressen en telefoonnummers van organisaties op het gebied van preventie van geweld (o.a. AMK, vertrouwensartsen, politie). Met de lijst kan, wanneer dat nodig is, snel tot actie worden overgegaan. Het stappenplan wordt momenteel ingevoerd.

### 2.3 Weerbaarheidstrainingen

In 2004 zijn drie weerbaarheidstrainingen gegeven: op de AZC's van Bellingwolde, Delfzijl en Ulrum. De trainingen worden geïmplementeerd. Op ieder centrum zal jaarlijks een training worden gehouden. Tenminste, als signalen uitwijzen dat daar behoefte aan bestaat. In eerste instantie zijn ze bedoeld voor vrouwen en meisjes, maar ook trainingen voor mannen zijn mogelijk. In 2005 werden cursussen gegeven op de AZC's Delfzijl, Oude Pekela, Ulrum, Leek en Haren.

### 2.4 Postmodule

'Postmodule' staat voor 'Proactief Onderbreken van Stapelingsproblemen': asielzoekers oefenen in het omgaan met meervoudige problemen en werken aan herstel na trauma's. Zij leren opnieuw in een groep te functioneren en initiatieven te nemen. Dit gebeurt in een serie van twaalf wekelijkse bijeenkomsten van twee dagdelen. De afgelopen jaren is de Postmodule vier keer gehouden. De activiteit wordt georganiseerd door GGZ Kenniscentrum PTSS.

### 3 CONTINUÏTEIT

Asielzoekers krijgen schriftelijke verhalen aangeboden waarin de traumatische gebeurtenissen uit het land van herkomst in een maatschappelijke context worden geplaatst. Bovendien hebben deze verhalen als doel de culturele kloof met Nederland te verkleinen. Concreet betekent dit de ontwikkeling van boekjes over landen van herkomst en over Nederland. De activiteit is ondergebracht bij het GGZ Kenniscentrum PTSS. Er is één boekje verschenen over Tsjetsjenië; naar de oorspronkelijke planning zouden er nog drie moeten volgen, over Oeganda, Soedan en Nederland.

### 4 ONDERSTEUNING

Met mensen van 55 jaar en ouder heeft vanaf 2003 een aantal uitstapjes plaatsgevonden: naar de kruidentuin in Buitenpost, de Heemtuin in Muntendam en Hortus Haren. Soms met groepen van wel 25 tot 30 personen. In 2005 vond er op AZC Winschoten een ontmoeting plaats tussen ouderen van drie verschillende AZC's. Het plan is om per AZC minstens twee keer per jaar een activiteit te organiseren. Het initiatief daartoe ligt bij Centrum Preventieve GGZ, in samenwerking met MOA. Er wordt ook gezocht naar samenwerking met gemeenten en plaatselijke stichtingen Welzijn Ouderen.

### Presentiebenadering

Behalve inhoudelijke doelen kende het project ook een nieuwe methodiek: de presentiebenadering. 'Het idee is dat je als AZC-medewerker niet altijd hoeft te wachten tot een asielzoeker op je afstapt,' zegt Wilma Helmantel. 'Je kunt ook uit jezelf een praatje maken of zelfs bij iemand op de koffie gaan.'

'In de presentiebenadering is de insteek van een gesprek anders dan in de traditionele aanpak,' voegt Hilko van der Glas toe. 'Je zoomt niet direct in op iemands problemen, maar vraagt eerst eens hoe het ermee gaat, hoe iemand het vindt op het centrum. Je maakt ongedwongen contact en laat het idee los dat je direct hulp moet bieden. Dat kan later wel. Je stelt je dus niet gelijk op als hulpverlener, maar als medemens. De presentiebenadering is tegenwoordig essentieel in de geestelijke gezondheidszorg en ook in dit project.'

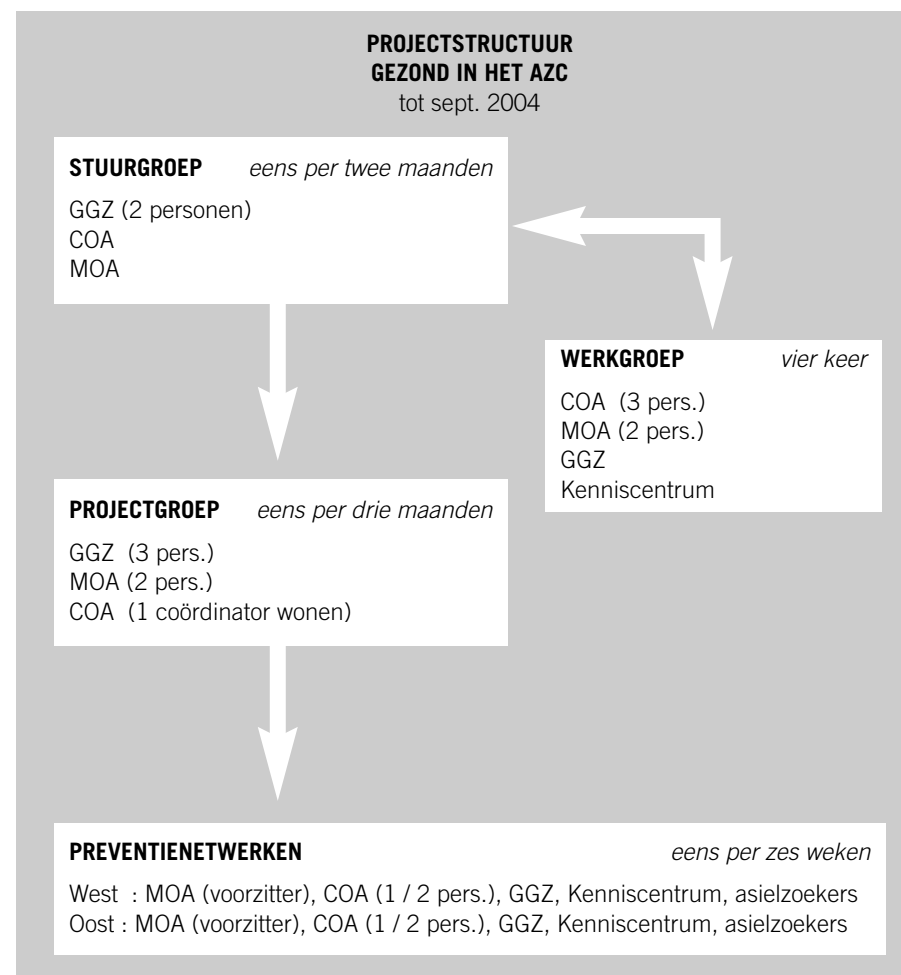
Esther Poelsma: 'De traditionele benadering van contact zoeken heeft zijn beperkingen. Als we een voorlichtingsavond organiseerden, was de opkomst vaak matig. Terwijl we toch niet over een nacht ijs waren gegaan: taalgroep gekozen, les voorbereid, tolk geregeld. Maar de ervaring leert dat we beter eerst kunnen uitzoeken wat er eigenlijk leeft onder asielzoekers. Hebben ze wel behoefte aan een voorlichtingsavond?'

'Overigens betekent dit niet dat we ons nu volledig laten leiden door de asielzoekers. Van onze kant willen we soms wat informatie kwijt en daarvoor organiseren we dan een bijeenkomst. Helaas werkt de krimp niet mee bij het praktiseren van de presentiebenadering. Bewoners en medewerkers worden vaker overgeplaatst. Daardoor is het moeilijk een vertrouwensband op te bouwen, de continuïteit is een beetje weg.'

Anderzijds hebben we in de afgelopen jaren wel steeds meer ervaring opgedaan in de omgang met asielzoekers. We hebben meer in de gaten.'

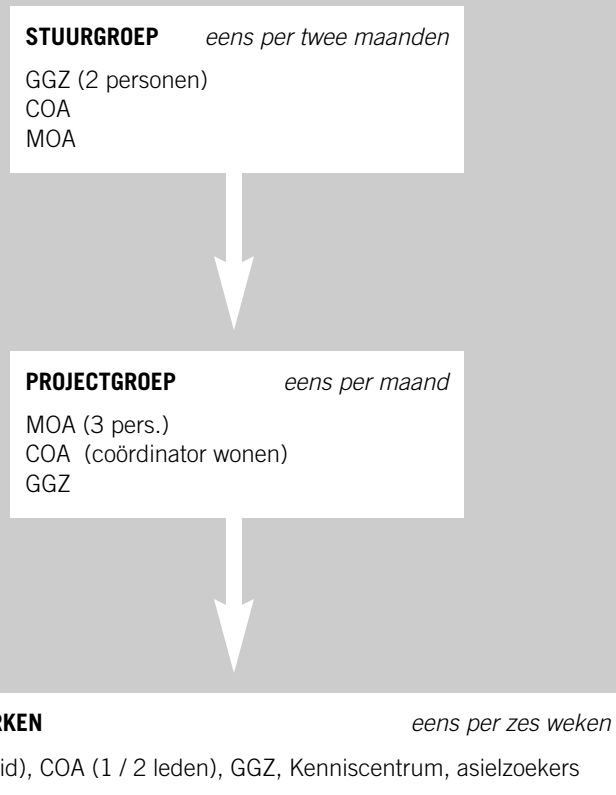
Een sterk punt van het project is de samenwerking tussen de drie partners, MOA NN, COA en GGZ Groningen. 'De organisaties werken met dezelfde asielzoekers en samenwerking is daarom hard nodig. Anders komt er niets van de grond,' zegt Hilko van der Glas. 'Toch werkten we vóór het project nogal eens langs elkaar heen. Dat is gelukkig verleden tijd. Ieder voelt zich nu medeverantwoordelijk voor het welslagen.'

2005 is het jaar geworden van de implementatie. Sommige projectonderdelen zijn al opgenomen in het reguliere werk van MOA, COA en GGZ (zie kader), andere onderdelen zijn vervallen, soms ook door de mindere financiële en organisatorische middelen. Maar in ieder geval blijft de stuurgroep bijeenkomen en daarmee houden MOA(GGD), GGZ en COA een belangrijk platform voor inhoudelijke afstemming en samenwerking.



**PROJECTSTRUCTUUR  
GEZOND IN HET AZC**

sept. 2004 - sept. 2005



In de **stuurgroep** van *Gezond in het AZC* is het management van GGZ, MOA en COA vertegenwoordigd.

De **projectgroep** coördineerde de uitvoering van de projectonderdelen, bewaakte het proces, ontwikkelde plannen en bevorderde de samenwerking tussen de deelnemende organisaties.

De **preventienetwerken** voeren de projectonderdelen uit en verzamelen signalen.

Een **werkgroep** heeft in 2004 onderzocht welke projectonderdelen geïmplementeerd konden worden in het reguliere werk van MOA, COA en GGZ.

### Biopic

Hilko van der Glas heeft na het voltooien van de HBO-V in 1996 eerst 2 jaar binnen de GGZ gewerkt op verscheidene afdelingen, alvorens hij in dienst kwam bij de medische opvang, toen nog COA. Tot het jaar 2000 heeft hij op verschillende AVO's gewerkt, vallend onder de AVO-regio Noord, het langst op de AVO in Appingedam. Na de oprichting van de MOA in 2000 is Hilko als sociaal verpleegkundige gaan werken in AZC Winsum tot de sluiting begin 2005. Hierna volgden in korte tijd nog 3 AZC's. Per 1 september 2005 is Hilco herplaatsbaar verklaard.

Wilma Helmantel heeft na het voltooien van haar opleiding HBO-Verpleegkunde in 1995 een jaar in het Universiteitsziekenhuis in Leuven (België) gewerkt op de afdelingen Traumatologie en Gynaecologie. Van 1996 t/m 1998 werkte zij in het voormalig Academisch Ziekenhuis Groningen (nu UMCG) op de afdeling longziekten en infectieziekten. Van 1998 tot en met 1999 was zij in dienst van de HVD in Groningen, bij de afdeling reizigersadviesing en TBC (Tuberculose). Vanaf juli 1999 werkt zij bij de MOA NN (tot 2000 COA), eerst als praktijkverpleegkundige en daarna als GVO-functionaris in verschillende AZC's. In 2001 heeft zij de opleiding Interculturele Verpleegkunde gevolgd.

Esther Poelsma heeft de HBO-V afgerond in 1992. Aansluitend vond zij werk in het Martiniziekenhuis in Groningen, maar runde daarnaast ook haar doctoraal studie andragogie af. Van 1997 tot 2000 heeft zij bij uitzendbureau Vedior als intercedent de gezondheidsafdeling in Groningen opgezet en vormgegeven. In 2000 kwam zij in dienst bij de MOA als GVO-functionaris. Zij was landelijk afgevaardigde en heeft meegewerkt aan de ontwikkeling van verschillende voorlichtingsprogramma's. In 2003/2004 volgde zij de post-HBO Interculturele Verpleegkunde, gericht op interculturele communicatie. Esther Poelsma was projectleider *Gezond AZC*.

# Ketenrichtlijn huiselijk geweld

Protocol huiselijk geweld op maat gesneden

FRANS KERVER

*Waar en waarom een richtlijn huiselijk geweld van asielzoekers afwijkt van het reguliere protocol, leest u in onderstaand artikel. Het is gebaseerd op het eindverslag van de projectgroep 'huiselijk geweld', zoals toegelicht door Wya Banus, coördinator Medische Opvang Asielzoekers in Drenthe, tevens projectleider, en Maaïke Welfing, coördinator Preventieproject asielzoekers en vluchtelingen vanuit het Bureau Preventie GGZ Drenthe.*

## Inleiding

Als onderdeel van het landelijk project 'ketenrichtlijnen gezondheidszorg asielzoekers', dat door GGD Nederland in 2005 is uitgevoerd, is het in de provincie Drenthe werkende protocol huiselijk geweld door de betrokken organisaties toegesneden op de situatie waarin asielzoekers verkeren. De kwaliteit van de zorg aan asielzoekers is gebaat bij een goede afstemming tussen lokale en landelijke ketenpartners. De richtlijn zoals deze is opgesteld, dient als input voor het uitwerken van een ketenrichtlijn op landelijk niveau. Andere regio's vertalen deze vervolgens naar de eigen lokale situatie. In Drenthe was al veel werk verzet. Basis voor de ontwikkelde richtlijn vormde de 'open space'-conferentie, die in november 2004 op initiatief van het Bureau Preventie van de GGZ Drenthe bijeen was geroepen. Daar werd een vijftigtal vertegenwoordigers (o.a. Politie, GGZ, COA, MOA) betrokken bij dit thema over de knelpunten in de zorg voor asielzoekers die het geaccordeerde provinciale protocol opleverde. Het protocol Eerste hulp bij huiselijk geweld Drenthe was niet zonder meer toepasbaar op de situatie waarin asielzoekers verkeren. Waarom niet? Een toelichting in zes lemma's:

## EEN is een actieve benaderingswijze

Zodra er binnen de kring van hulp- of zorgverleners vermoedens ontstaan van huiselijk geweld rond een asielzoeker of asielzoeker gezin, al of niet naar aanleiding van een melding door derden, wordt niet op verdere signalen gewacht. Het Multidisciplinair overleg (MDO) zoals dat gangbaar is op elk AZC vervult hierin een centrale rol. COA- en MOA-medewerkers vormen de kern van dit overleg, aangevuld met medewerkers van het AMW en het onderwijs. Het protocol dwingt tot het uitspreken van vermoedens en belangrijker nog, het actief achterhalen van de grond van de vermoedens. Overleg binnen het MDO moet leiden tot een plan van aanpak. Juist in situaties waarin mogelijk geweld aan de orde is, maar niet openlijk of duidelijk aantoonbaar, dreigt het gevaar dat de ene hulpverlener op de ander wacht. Veel hulpverleners zaten ook te worstelen met hun medisch beroepsgeheim. Nu is duidelijk dat elk vermoeden onderwerp van gesprek hoort te zijn binnen de beslotenheid van het MDO.

Een actieve benadering is bij asielzoekers noodzakelijk. Om meerdere redenen. Allereerst speelt de onzekerheid bij hulpverleners over culturele gewoonten. Men is zich bewust van de verschillen in de verhouding en omgang tussen mannen en vrouwen, maar voelt zich onzeker in de reactie. In sommige culturen is het geaccepteerd/gangbaar dat een man zijn vrouw en kinderen slaat (het kan daar zelfs passen in goed opvoederschap). *Mag ik ergens iets van zeggen als ik iets zie of constateer dat naar mijn normen niet door de beugel kan? Wanneer kan ik iemand aanspreken?* Onzekerheid bij hulpverleners die kan resulteren in handelingsverlegenheid, een te late of te voorzichtige reactie. Ten tweede geldt er binnen sommige culturen nog steeds een taboe op het bespreken van het gebruik van geweld buiten het gezin. Waar er problemen zijn, worden deze geacht binnen de kring van de familie opgelost te worden. Tot slot zijn asielzoekers zich bewust van de mogelijke consequenties voor hun asielprocedure. Huiselijk geweld valt in Nederland onder het strafrecht, de dader begaat een misdrijf en zijn eventuele verblijfs-status in Nederland loopt bij een aangifte gevaar. Echtgenote en eventuele kinderen (veelal slachtoffers) verkeren daarmee in een afhankelijke positie. Een onafhankelijke verblijfsprocedure heeft vaak geen kans van slagen, waar de man in de meeste gevallen het alibi gaf voor de vlucht. Allemaal redenen die het lastig maken een voet tussen de deur te krijgen. Daarom is voor een actieve benaderingswijze gekozen.

#### **TWEE is de mogelijkheid van daderbehandeling zonder aangifte**

In het ketenprotocol voor asielzoekers is er uiteindelijk, ondanks de bovengenoemde bezwaren, voor gekozen om aan te sturen op aangifte en mogelijke vervolging van de dader. Toch is dit praktisch niet altijd mogelijk. In de Nederlandse rechtspraak zal de echtgenote aangifte moeten doen, maar zij zal dit tegelijkertijd niet altijd willen. Als er vervolgens geen aanhouding kan plaatsvinden op andere gronden (bijvoorbeeld 'buiten heterdaad') worden zowel verdachte als slachtoffer gemotiveerd om hulp te zoeken. Indien partijen daartoe bereid zijn, wordt ter plekke een instemmingsformulier getekend en een afspraak gemaakt voor een intake bij de betreffende instanties. Voor de verdachte is dit de AFPN (Ambulante Forensische Psychiatrie Noord Nederland), voor het slachtoffer het algemeen maatschappelijke werk (AMW). Ook hier is in de richtlijn gekozen voor een actieve benadering: waar in het reguliere protocol aangifte noodzakelijk is om tot behandeling van de dader te komen, wordt er bij asielzoekers druk uitgeoefend om dader en slachtoffer vroegtijdig in een hulptraject te krijgen. Een actieve benadering zorgt voor het opstarten van een hulpverleningstraject zonder dat er eerst aangifte gedaan moet zijn.

#### **DRIE is de mogelijke keuze voor een systeembenadering**

Waar in het reguliere proces dader en slachtoffer in eerste instantie altijd een eigen hulpverleningstraject volgen, pleit de situatie van asielzoekers voor de mogelijkheid van een systeembenadering. Aanleiding en oorzaak van het geweld kunnen nauw verweven zijn met opgelopen trauma's voor en tijdens de vlucht en de daarop volgende stress veroorzaakt in de opvangperiode. Een verwevenheid die diep in het gezinssysteem snijdt. Daarnaast kan een systeembenadering goed aansluiten bij de culturele traditie, waar problemen niet onmiddellijk door professionele hulpverleners worden ontrafeld, begeleid en opgelost, maar binnen het netwerk van familie en nauwe vrienden. Een voorbeeld is de methodiek achter de Eigen Kracht Conferentie. Deze beoogt alle betrokkenen bij

elkaar te roepen om vervolgens tot sluitende en bindende afspraken te komen. Zowel het definiëren van het probleem, als het aandragen van oplossingen zijn daarmee de verantwoordelijkheid van de betrokkenen zelf. Waar de vlucht indirect leidt tot ontworteling en vervreemding van de samenleving, past de Eigen Kracht Conferentie<sup>[1]</sup> in een traditie van empowerment. Asielzoekers weten zich afhankelijk en machteloosheid is een permanent gevaar. Methodieken als de Eigen Kracht Conferentie moedigen mensen aan hun lot weer in eigen handen te nemen waar dat mogelijk is. In Drenthe leidt Enova<sup>[2]</sup> haar pool migrantenvrouwen op in de Eigen kracht methodiek.

#### **VIER is de interculturalisatie van de hulpverlening**

Asielzoekers komen uit alle delen van de wereld en zijn niet bekend met gebruiken en gewoontes in de Nederlandse cultuur. Dit lijkt een dooddoener. Maar ook in Nederland weten veel autochtonen niet precies dat huiselijk geweld een misdrijf is (en niet slechts een overtreding). Verder is ook nog zendingswerk nodig waar het gaat om bewustwording bij hulpverleners werkzaam in de reguliere zorg, in de omgang met asielzoekers en vluchtelingen. Ook in de daderbehandeling kunnen gangbare methodieken niet recht toe recht aan overgezet worden. Interculturalisatie begint met een elementaire zaak als het inzetten van tolken. Het is in een verder stadium ook verbonden met de noodzaak van 'informed consent': iedere behandelaar heeft de plicht zijn cliënt op zodanige wijze in te lichten, dat deze kan instemmen met een eventueel in te zetten (vervolg van de) behandeling. Wederzijds begrip, in de zin van elkaar volledig verstaan, is daarvoor een noodzaak. In Drenthe is het AFPN in samenwerking met De Evenaar<sup>[3]</sup> bezig haar kennis en vaardigheid op dit gebied te vergroten.

#### **VIJF zijn de andere partners**

In geval het huiselijke geweld kinderen betreft sluit het protocol aan bij de eveneens landelijk te ontwikkelen richtlijn Kindermishandeling.<sup>[4]</sup> Waar mogelijk sluit het protocol in Drenthe<sup>[5]</sup> aan bij het reguliere traject, waarvoor de politie en de GGD verantwoordelijk zijn. Het stroomschema (zie pag. 52) brengt de verantwoordelijkheden van de bij asielzoekers direct betrokken organisaties (en medewerkers) in kaart -niet te lezen overigens zonder de bijhorende procesbeschrijving waarin fasering en verantwoordelijkheden duidelijk zijn aangegeven. Juist de concrete inzet en de actieve houding van direct betrokken instanties als COA en MOA, aanwezig op het centrum, de leefomgeving van de asielzoekers en de expliciete centrale rol van het MDO daarbinnen, moeten ervoor zorgen dat de kloof naar de reguliere hulpverlening gedicht wordt. De keten is dan gesloten. Overigens vallen ook asielzoekers die buiten het centrum wonen, maar onder de verantwoordelijkheid van het COA vallen, ook binnen de werking van het protocol.

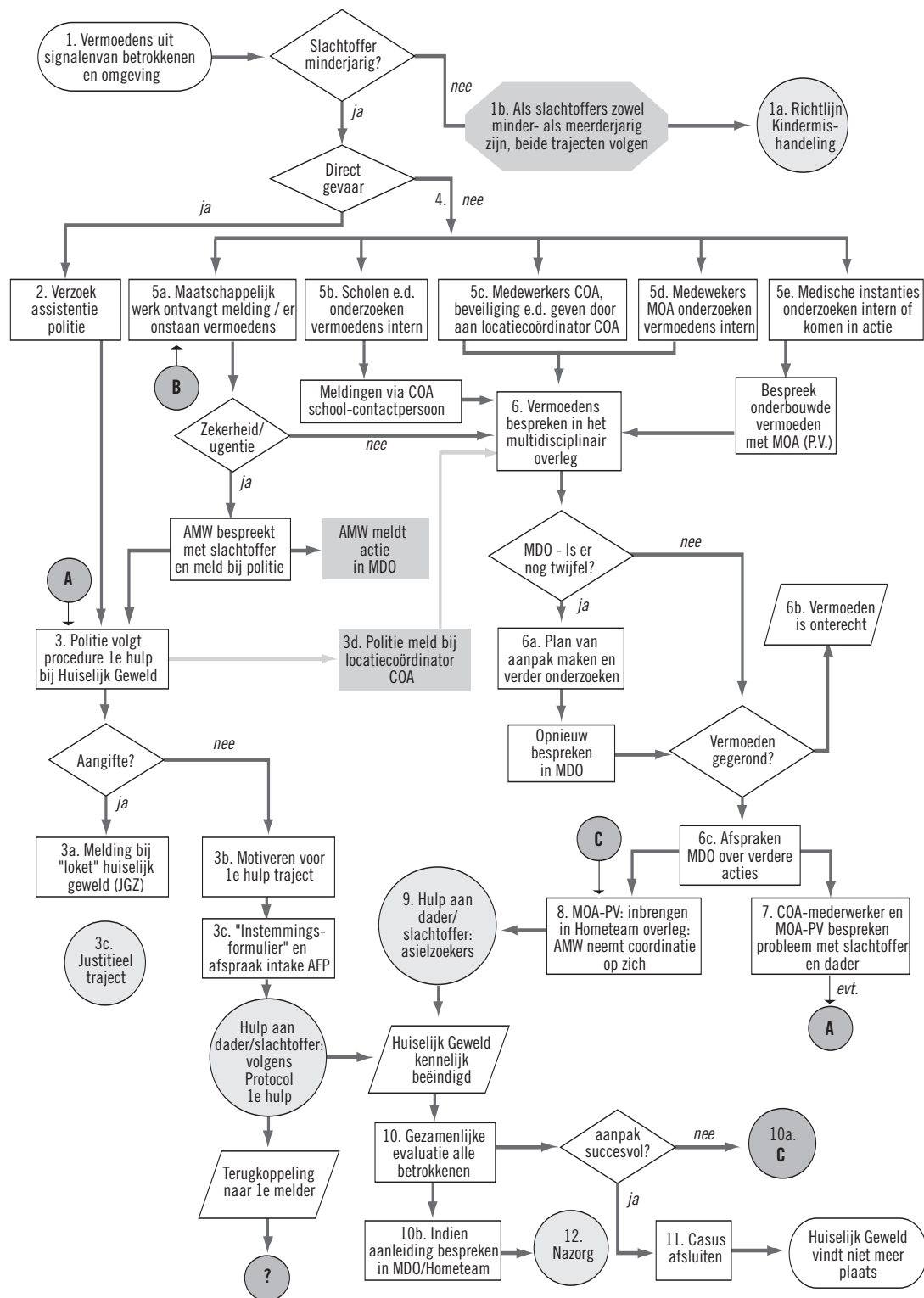
1 Eigen Kracht is een methode voor herstelgericht werken, zie [www.eigen-kracht.nl](http://www.eigen-kracht.nl)

2 Enova is het Emancipatie Adviesbureau in Drenthe, zie [www.enova-ebd.nl](http://www.enova-ebd.nl)

3 het intercultureel behandelingsinstituut van de GGZ in Drente

4 Informatie over het project Ketenrichtlijnen is te vinden op [www.ggd Kennisnet.nl](http://www.ggd Kennisnet.nl). Ten tijde van dit schrijven was er nog geen eindeverslag gepubliceerd. Naast een aantal nieuwsbrieven over de voortgang van alle deelprojecten, vindt men er ook de 'Aangepaste projectbeschrijving ketenrichtlijnen gezondheidszorg asielzoekers' (GGD Nederland, jan. 2005).

5 Het artikel baseert zich op de laatst bekende versie van het eindrapport aan de projectgroep: 'Eindverslag keten huiselijk geweld' (MOA Drenthe, versie 3.0 herzien op 25 november 2005).



Het onderzoek *Het lange wachten op een veilige toekomst*<sup>[6]</sup>, vermeldt de volgende cijfers waar het gaat om huiselijk geweld op de asielzoekerscentra in Nederland. De onderzoeksperiode betrof 6 maanden. Er is voor elke locatie een gemiddelde score berekend van de rapportage over incidenten die door medewerkers Wonen, medewerkers Beveiliging en de coördinatoren worden gemeld. Nadeel van deze berekeningswijze is dat er gebroken scores kunnen voorkomen, dus bijvoorbeeld 0,5 keer huiselijk geweld in een periode van 6 maanden in één locatie. Binnen het onderzoek werden overigens ook waarnemingen van andere vormen van agressie onderzocht.

*Frequentie waarneming huiselijk geweld*

Aantal incidenten	Aantal locaties	Abs % (n=120)
Nooit	18	15 %
Bijna nooit (0 tot 1)	26	21 %
Zelden (1 tot 2)	20	17 %
Soms (2 tot 6)	48	40 %
Frequent (meer dan 6)	8	7 %
Totaal	120	100 %

De meeste gerapporteerde incidenten waren echter gericht tegen vrouwen binnen een leefeenheid, te weten verbale agressie (zoals schelden), fysiek geweld (zoals slaan) of geestelijk geweld (zoals vernedering, verbod om uit huis te gaan).

Over een periode van 6 maanden worden gemiddeld 2,7 incidenten van huiselijk geweld gerapporteerd per locatie en 94 locaties (85 %) maken melding van huiselijk geweld. In totaal werden 327 incidenten gemeld in een half jaar tijd.

**ZES is de preventie in het voortraject**

In de projectgroep is de intentie uitgesproken dat er in Drenthe ook invulling gegeven wordt aan preventieve activiteiten in het kader van huiselijk geweld op de AZC's. Gezien het korte tijdsbestek waarin de ketenrichtlijnen moesten worden vastgesteld, is besloten de mogelijke uitwerking van preventieve activiteiten op papier aan het eindverslag toe te voegen, maar het maken van concrete afspraken hierover naar een later tijdstip te verplaatsen.

Ideeën omtrent de preventieve inzet die in Drenthe in ontwikkeling zijn of al op ad-hocbasis worden uitgevoerd, begeven zich op het terrein van voorlichting, deskundigheidsbevordering en training. Voorlichting moet het taboe op huiselijk geweld doorbreken. De universele rechten van de mens dienen als grondslag voor de norm dat geweld in het handelen van individuen nooit en nergens acceptabel is. In (een rechtstaat zoals) Nederland is het geweldsmonopolie, onder nauwkeurig omschreven voorwaarden, voorbehouden aan politie en justitie. Voorlichting over het hulpverlenings- en justitieel traject, in het kader van huiselijk geweld, moet de stap naar hulpverleningsinstanties

6 Brouns, M; Burik, A van; Kramer, S; Cense, M; 'Het lange wachten op een veilige toekomst, onderzoek naar veiligheid van vrouwen en meisjes in Asielzoekersopvang.' COA, Transact en Pharos, 2003.

vervolgens kleiner maken. In het kader van het onderzoek naar de veiligheid op een asielzoekerscentrum zijn er op verschillende plekken weerbaarheidstrainingen opgestart voor vrouwen en kinderen.

Het getuige zijn van huiselijk geweld tussen ouders is voor kinderen net zo traumatiserend als zelf slachtoffer zijn. Voor de begeleiding van kinderen als getuigen van geweld zal de ervaring moeten leren of aansluiting bij de doe-praatgroep voor asielzoekers-kinderen, in het kader van het Kopp-project<sup>[7]</sup>, werkt. Misschien dat er uiteindelijk wel een specifiek aanbod moet worden ontwikkeld. Het zou kunnen dat huiselijk geweld op AZC's eerder ontstaat als gevolg van psychische of psychiatrische problematiek bij een van de twee of beide partners.

### Biopic

Maaïke Welfing is verpleegkundige en heeft andragogie gestudeerd. In 1996 kwam zij bij het COA werken op de medische opvang van OC Hoogeveen. Na de overgang naar de GGD werd ze clustercoördinator in ZW Drenthe bij de MOA. In 2002 verliet ze de MOA en werd ze projectcoördinator bij Bureau Preventie GGZ Drenthe met als aandachtsgebied asielzoekers en vluchtelingen.

Wya Banus is verpleegkundige. In 1992 kwam ze bij het COA werken op de medische opvang van AZC Hooghalen. Ze heeft de opleiding sociaal verpleegkundige gevolgd en de middenmanagement opleiding. Na de overgang naar de GGD werd ze clustermanager. Op dit moment is ze coördinator MOA van de asielzoekerscentra in de provincie Drenthe, het Vertrekcentrum (VC) en de Tijdelijke Noodvoorziening (TNV) in Ter Apel. Tevens rondt ze op dit moment de studie VO management af.

---

7 KOPP staat voor Kinderen van Ouders met een Psychiatrische Problematiek, projecten waarbinnen deze kinderen op verschillende manieren aandacht kunnen krijgen, zie bijvoorbeeld [www.ggzdrenthe.nl/idx\\_tips.htm](http://www.ggzdrenthe.nl/idx_tips.htm)

## Asielzoekers en infectieziekten

Metten is weten

HERMIEN VAN SOEST

JOHANNES ALGRA

*Goede registratie van infectieziekten is belangrijk, maar in de praktijk niet gemakkelijk te realiseren. Bij de bestrijding van infectieziekten speelt preventie een sleutelrol. Een voorbeeld daarvan is de preventie en bestrijding van tuberculose. MOA en GGD werken samen om zoveel mogelijk asielzoekers naar de tbc-(vervolg)screeningen te krijgen.*

### Inleiding

Vaak wordt gedacht dat de gezondheidszorg voor asielzoekers voor een groot deel bestaat uit bestrijding van infectieziekten. Bewoners van asielzoekerscentra komen immers meestal uit verre landen en exotische oorden. Dit is niet het geval: preventie en bestrijding van infectieziekten maken slechts een klein deel van het werk binnen de MOA uit. Toch is het van belang dat de verpleegkundigen, huisartsen en sociaal-geneeskundigen hun waakzaamheid op dit gebied niet verliezen. Een beperkt aantal infectieziekten wordt wél regelmatig op de centra gezien, zoals uit de registratie van infectieziekten binnen de AZC's van MOA NN mag blijken (zie het overzicht dat in dit artikel is opgenomen). Het is dan ook niet voor niets, dat de bestrijding van infectieziekten deel uit maakt van de 'producten' van de MOA, die opgenomen zijn in het *Productenboek*, een overzicht van taken van de MOA. Deze taken zijn rechtstreeks afgeleid van die van de GGD en voor zover ze betrekking hebben op het voorkomen en bestrijden van infectieziekten vloeien ze voort uit de Infectieziektewet en de Wet Collectieve Preventie Infectieziekten. Zij hebben betrekking op het bewaken van de volksgezondheid in het algemeen en van de gezondheid van de populatie asielzoekers in het bijzonder.

Eén infectieuze aandoening zal in dit artikel uitgebreid besproken worden: tuberculose. Deze ziekte kent in Nederland sinds meer dan een eeuw een bijzonder goed georganiseerde wijze van preventie en bestrijding.

### Registratie

Goede werkafspraken zijn bij constatering van infectieziekten belangrijk. Maar voor we tot goede werkafspraken kunnen komen, is het van buitengewoon belang dat er geregistreerd wordt. Dat registreren is al jaren onderwerp van gesprek en discussie op de MOA-werkvloer en binnen het MOA-management. Het is onderwerp van gesprek op bijeenkomsten van sociaal-geneeskundigen van de MOA en tijdens locatieoverleg op de centra. We weten het allemaal: meten is weten. Als we het niet of half doen, weten we niets. Vandaar de opdracht aan sociaal-geneeskundigen zich bezig te houden met de epidemiologie van infectieziekten op de centra.

De werkgroep infectieziekten, die een aantal jaren geleden opgericht werd en die bestond uit een aantal MOA-verpleegkundigen en MOA-artsen, hield zich bezig met het verzamelen van gegevens. De werkgroep vroeg aan collega sociaal-geneeskundigen bij de MOA een groot aantal van de op de centra in Noord-Nederland vastgestelde infectieziekten te registreren. Het ging daarbij om nieuwe gevallen en niet alleen om meldingsplichtige ziekten.<sup>[1]</sup> De gevallen moesten vooral aangeleverd worden via de verpleegkundigen (inloospreekuur, huisartsenspreekuur), maar ook anderen van het MOA-team (jeugdarts, jeugdverpleegkundige, sociaal-geneeskundige) werden gevraagd alert te zijn en infectieziekten te melden. Naast de diagnose moesten andere kenmerken genoteerd worden zoals de leeftijd van de patiënt, het land van herkomst, jaar van aankomst in Nederland. Eens per kwartaal werden de overzichten verzameld door een van de sociaal-geneeskundigen. Het management werd op de hoogte gehouden.

Ondanks de pogingen van de werkgroep iedere MOA-verpleegkundige en MOA-arts op te wekken tot alertheid met betrekking tot het melden van infectieziekten, kwamen er uitermate weinig meldingen binnen. Welke oorzaken hieraan ten grondslag lagen, werd niet duidelijk. Dat het algemeen bekend was dat de registratie bij GGD'en ook gehinderd werd door onderrapportage, was daarbij een schrale troost.

Inmiddels is de werkgroep infectieziekten opgeheven. Op de website van MOA NN kan sinds september 2003 via 'resultaten' en 'verrichtingen' een scala aan infectieziekten geregistreerd worden. Iedere sociaal-geneeskundige is verplicht nieuwe gevallen van de te registreren infectieziekten op deze manier te melden. Weer gaat het niet alleen om aangifteplichtige infecties en ook nu worden er niet veel meldingen gedaan. Navraag bij praktijkverpleegkundigen heeft echter geleerd dat er zowel via de spreekuren van de huisartsen als via de consulten bij specialisten weinig infectieziekten vastgesteld worden. Wel komen er mensen in de asielzoekerscentra binnen bij wie in een vorig centrum al een infectieziekte werd gediagnosticeerd. Deze worden niet geregistreerd op de hierboven beschreven wijze, aangezien het niet om nieuwe infecties gaat. Zouden we echter naar de prevalentie van infectieziekten op de centra kijken, dan zouden zij uiteraard wel meetellen. Daarom werken de sociaal-verpleegkundigen en sociaal-geneeskundigen in hun eigen regio aan een overzicht van mensen met een al bekende of nieuwe infectieziekte. Uiteraard is een dergelijk overzicht nooit compleet, omdat er niet gescreend wordt op infectieuze aandoeningen bij mensen zonder symptomen.

Preventie is het sleutelwoord bij de MOA, ook als het gaat om infectieziekten. Voorlichting, bron- en contactonderzoek, vaccinaties, alles wat de GGD te bieden heeft wordt ook door de MOA, in nauwe samenwerking met de GGD en de huisartsen, verzorgd. De sociaal-verpleegkundigen vervullen hierin een sleutelrol.

Kijken we naar de meldingen van infectieziekten via het MOA-web (september 2003 t/m juli 2005) dan zien we, dat de gevallen die gemeld worden slechts een zeer kleine variatie aan infectieziekten betreffen. In de genoemde periode van 23 maanden werden

1 Dit zijn infectieziekten die volgens de Infectieziektewet door degene die de diagnose stelt gemeld moeten worden bij de GGD. Zie ook <http://www.rivm.nl/isis/ggd/openbaar/baro/baro.html>

102 meldingen gedaan, terwijl het aantal asielzoekers in de opvang in 2003 (AZC, AVO, OC, COW) 14638, in 2004 (AZC, AVO, COW) 10754 en in het eerste halfjaar van 2005 (AZC) 8042 bedroeg. Van die meldingen worden de belangrijkste in het onderstaande lijstje vermeld.

*Incidentie van enkele infectieziekten, berekend uit cijfers van Moe-registratie, vergeleken met Nederlandse referentiecijfers*

	aantal per 23 maanden	incidentie per 100.000 persoonsjaren	incidentie Nederlands per 100.000 persoonsjaren
Tuberculose	15	74	8,5
Hiv	17	84	1,2
Hepatitis A	1	5	2,8
Hepatitis B	15	74	11,7
Chlamydia	6	30	26
Gonorrhoe	5	25	9,6

Een infectieziekte die niet in de tabel genoemd wordt, maar wel met regelmaat wordt vastgesteld, is hepatitis C. In de hierboven genoemde periode van 23 maanden werd 16 keer hepatitis C gemeld. Het gaat bij deze meldingen meestal om dragerschap en chronische infecties. Omdat wij geen vergelijkbaar Nederlands referentiecijfer voor deze infectie tot onze beschikking hebben, is hepatitis C in dit artikel verder buiten beschouwing gebleven.

Hiv, hepatitis B en tuberculose worden het frequentst gemeld. Het zijn ernstige aandoeningen, die na vaststelling veel aandacht behoeven en daarom mogelijk eerder leiden tot registratie dan minder ernstige infectieziekten. Het vermoeden bestaat dan ook, dat lang niet alle nieuwe gevallen van infectieziekten via het web geregistreerd zijn. Maar misschien is deze veronderstelling te somber. Op basis van het aantal nieuwe gevallen van de infectieziekten die in de tabel genoemd worden en die zich onder asielzoekers in Noord-Nederland hebben voorgedaan, is de incidentie uitgerekend: het aantal gevallen per 100.000 per jaar. Ter vergelijking staan in bovenstaande tabel de Nederlandse referentiecijfers die via het Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem (ISIS) beschikbaar zijn. De incidentie per 100.000 voor tuberculose en hepatitis A en B in Nederland in de tabel betreffen cijfers van 2004. De incidentie per 100.000 voor hiv, gonorrhoe en chlamydia in Nederland zijn gemiddeld voor de jaren 2003 en 2004. Zij zijn afkomstig uit andere bronnen dan het ISIS.<sup>[2]</sup>

We zien dus grote verschillen tussen het aantal nieuwe infecties bij de populatie asielzoekers en de Nederlandse bevolking. Vooral voor hiv, tuberculose, hepatitis B zijn de verschillen groot.

Voor de Soa-cijfers moet opgemerkt worden dat iedereen, dus ook een asielzoeker, zich anoniem kan laten testen op seksueel overdraagbare aandoeningen. De Soa die langs deze weg vastgesteld worden, zullen in de MOA-registratie ontbreken.

2 Beschikbaar via [www.rivm.nl/isis/ggd/openbaar/tot/tb\\_lj.html](http://www.rivm.nl/isis/ggd/openbaar/tot/tb_lj.html) op 24-11-2005

Zoals al is opgemerkt worden hiv, hepatitis B en tuberculose het meest frequent gemeld. Hepatitis B komt regelmatig voor bij asielzoekers. Het gaat dan vaak om een chronische infectie of symptoomloos dragerschap. Na risico op besmetting, bijvoorbeeld na verkrachting, of bij geconstateerde hepatitis in de naaste omgeving (partner, ouders, kinderen) is het aan de sociaal-verpleegkundige voor te lichten en met de betrokkene(n) een inschatting van het gelopen risico te maken. Nauwe samenwerking met de GGD en de huisarts van betrokkene(n) is essentieel, waarbij ook toekomstig laboratorium-onderzoek bij vastgesteld dragerschap en chronische infectie aandacht behoeft.

Bij de preventie van hiv is goede voorlichting zowel in groepen (door GVO-verpleegkundigen) als aan individuen (door sociaal-verpleegkundigen, praktijk- en jeugdverpleegkundigen) uitermate belangrijk, maar ook na het vaststellen van hiv-infectie speelt voorlichting een grote rol. Naast deze actieve vormen van preventie en begeleiding is het gratis beschikbaar zijn van condooms via de MOA en via *peer educators* van groot belang.<sup>[3]</sup>

In het nu volgende deel<sup>[4]</sup> van dit artikel zal uitgebreid uiteengezet worden hoe de MOA omgaat met de preventie en de bestrijding tuberculose, een ziekte die jaarlijks vooral in armere landen veel slachtoffers maakt. Binnen de Nederlandse gezondheidszorg neemt de bestrijding van tuberculose van oudsher een aparte plaats in.

### **Tuberculose**

Een groot aantal asielzoekers is afkomstig uit landen waar tuberculose veel voorkomt. In sommige van deze landen zijn multiresistente vormen een snel groeiend risico. Daarom is het uitermate belangrijk, dat vreemdelingen bij binnenkomst in Nederland gescreend worden op tuberculose.

#### *Tuberculosescreening*

De Vreemdelingenwet eist dat alle vreemdelingen, afkomstig uit landen buiten de Europese Unie en een aantal 'westerse' landen, die langer dan drie maanden in Nederland willen blijven, gedurende twee jaar halfjaarlijks op het voorkomen van tbc onderzocht worden. Daarom worden asielzoekers tijdens hun verblijf in Nederland een aantal keren gescreend op tuberculose. Kinderen onder de twaalf jaar worden alleen bij binnenkomst gescreend. De screening bij binnenkomst is voor iedereen verplicht, als men in aanmerking wil komen voor de verstrekking van een verblijfsvergunning. Deelname aan de vervolgscreeningen is vrijwillig. Wel wordt van de GGD'en verwacht dat zij een 'zekere mate van drang' uitoefenen.

Er worden door de sociaal-verpleegkundigen en administratieve krachten van de MOA allerlei initiatieven ontplooid om de opkomst bij de vervolgscreening zo hoog mogelijk te krijgen. Veelal schommelt deze tussen de 50 a 60%. Zowel de GGD als de MOA heeft

3 Zie artikel over Aserag in deze bundel. Daarin wordt volop aandacht gegeven aan de preventie van en het omgaan met hiv-counseling en peer education zijn sleutelbegrippen.

4 Met dank aan mevrouw C.G. M. Erkens, consulent tuberculosebestrijding KNCV Tuberculosefonds. Zij heeft de contactgroep o.a. van cijfers over de opbrengst van verschillende screeningen voorzien. Wij maken voor onze tekst onder het kopje Tuberculose dankbaar gebruik van deze cijfers en de achtergrondinformatie die zij aan ons heeft gegeven. Sommige zinsneden zijn letterlijk overgenomen.

taken met betrekking tot de tbc-screening: de MOA levert namen van te onderzoeken personen aan en de GGD roept hen op voor het onderzoek. Deze uitnodigingen worden vervolgens door de MOA verspreid en soms zelfs persoonlijk aangeboden. Beide organisaties werken zo nauw samen. Bij constatering van tbc is er voor allebei een taak weggelegd bij de begeleiding van de patiënt, de voorlichting van de omgeving en het contactonderzoek. Daarbij houdt de GGD altijd de regie.

Om deze samenwerking te optimaliseren werd in 2004 een integratieproject tuberculose van GGD en MOA gestart. De projectgroep bestond uit sociaal-verpleegkundigen van de tuberculosebestrijding (GGD Groningen en Drenthe) en sociaal-verpleegkundigen en een sociaal-geneeskundige van MOA NN. De doelstelling van dit project was het verhogen van de opkomstpercentages van asielzoekers tot 75% bij de halfjaarlijkse vervolgscreening op tbc.

Deze projectgroep kwam aan het eind van 2004 tot de volgende conclusie en aanbevelingen.

*Conclusie:*

- Communicatie tussen medewerkers MOA en medewerkers GGD is essentieel.
- Er zijn en worden veel inspanningen verricht om ervoor te zorgen dat de asielzoekers daadwerkelijk naar de vervolgonderzoeken gaan.
- Het aantal asielzoekers op de centra, dat voor de vervolgonderzoeken in aanmerking komt, daalt aanzienlijk. Dat is een gevolg van de sterk verminderde instroom van asielzoekers in ons land, maar ook van de slepende asielprocedures, die vaak veel langer dan twee jaar duren. Dit heeft praktische consequenties: voor een klein aantal onderzoeken gaat de GGD niet met de Mobiele Röntgen Unit naar een centrum, maar worden asielzoekers bij de GGD uitgenodigd.
- Er zijn nogal wat asielzoekers die ingeschreven staan bij een van de AZC's in de drie noordelijke provincies, maar vrijwel voortdurend elders in het land bij vrienden of familie verblijven en alleen één keer per week op 'hun' AZC komen om te stempelen bij de Vreemdelingendienst. Het is moeilijk deze groep te bereiken en over te halen tot het ondergaan van een vrijwillig vervolgonderzoek, wanneer dat niet op dezelfde dag kan plaatsvinden als waarop gestempeld wordt.

*Aanbevelingen:*

- Doorgaan, ons blijven inspannen. We kunnen bijvoorbeeld proberen zoveel mogelijk asielzoekers die elders verblijven, door de GGD in hun verblijfplaats te laten onderzoeken. Daartoe zullen GGD'en nauw moeten samenwerken. De MOA zal vervolgens de asielzoekers die alleen in het AZC komen om te stempelen, actief moeten benaderen om hen te wijzen op de mogelijkheid zich elders te laten onderzoeken op tuberculose.
- Landelijk onderzoek naar het effect van de vervolgscreening. Hoeveel tuberculose wordt er n.a.v. een vervolgonderzoek gevonden?
- GVO-verpleegkundigen van de MOA uitnodigen mee te denken met de *Projectgroep TBC* en met hen nagaan welke mogelijkheden nog onbenut gebleven zijn om bewoners van de centra te doordringen van het belang van de screening op tuberculose.

- Regelmatige beoordeling of de MOA-webinformatie op het gebied van tuberculose nog actueel is.

Deelnemers van zowel de MOA NN als de deelnemende GGD'en vonden het onjuist om de samenwerking in deze projectgroep na één jaar te stoppen. In 2005 is deze dan ook overgegaan in een contactgroep tuberculose. De verwachting is dat de groep binnenkort versterkt wordt door sociaal-verpleegkundigen van MOA Friesland en GGD Fryslân.

De contactgroep tuberculose stelt zich ten doel om een eenduidige werkwijze volgens protocol voor Noord-Nederland te handhaven. De leden van de contactgroep signaleren actuele tuberculoseproblematiek in de opvang van asielzoekers. Zij proberen waar mogelijk oplossingen aan te dragen. Ook worden er korte lijnen gecreëerd, zodat de samenwerking met ketenpartners en de afstemming op elkaar optimaal zijn. Andere aandachtspunten van de contactgroep zijn het inzichtelijk maken van tegenstrijdigheden in landelijke en regionale protocollen. De regionale protocollen worden zonodig aangepast, maar soms wordt er gekozen voor een werkwijze die afwijkt van het landelijke protocol zoals bij de verstrekking van medicatie onder toezicht (DOT) het geval is.

**Landelijke cijfers over opbrengst en opkomstpercentage**

Cijfers over de opbrengst en opkomstpercentage van de screening van asielzoekers zijn niet bekend. Wel is inmiddels bekend dat de opbrengst (aantal gevonden tuberculosegevallen: 255/100.000 gescreenden) van de eerste screening van asielzoekers 2,5 keer zo hoog is als bij de immigrantenscreening (99/100.000 gescreenden) en 1,5 keer de opbrengst van de screening van immigranten afkomstig uit gebieden met een tuberculose-incidentie van meer dan 100/100.000 inwoners (aantal gevonden tuberculosegevallen: 150/100.000 gescreenden). Ook is bekend geworden, dat de incidentie van (long)tuberculose van mensen afkomstig uit hoog endemische gebieden gedurende de eerste twee jaar na binnenkomst hoog blijft (93/100.000 persoonsjaren) en dat 2/3 van de (long)tuberculose in deze groep door screening wordt gevonden. Dit geeft aan dat mensen afkomstig uit landen waar veel tuberculose voorkomt, gedurende de eerste twee jaar in Nederland wel degelijk een risicogroep voor tuberculose vormen en dat het voorsnog, ondanks de sterk afnemende opkomstpercentages per vervolgronde, zinvol is deze groep op het voorkomen van tuberculose te screenen. Het is volgens ons het overwegen waard meer drang uit te oefenen bij het uitnodigen tot deelname aan de vervolgscreening.

Wat zijn nu de opkomstpercentages met betrekking tot de tuberculose-vervolgscreening binnen MOA NN? Als wij de opkomstpercentages van de tuberculose-vervolgscreening 'MOA NN-breed' bekijken, dan zijn deze cijfers heel stabiel, te weten: 2003 - 56% / 2004 - 54% / 2005 - 55%. Voor menig collega is het frustrerend dat we dit cijfer niet omhoog krijgen. Maar misschien kunnen we deze cijfers ook in een ander perspectief zien.

De laatste jaren komen er veel minder asielzoekers de centra binnen, dus zijn verhoudingsgewijs veel van de asielzoekers die nu de asielzoekerscentra bevolken toe

aan de derde of vierde screening. Onderzoek<sup>[5]</sup> heeft aangetoond dat hoe verder men in de vervolgscreening komt, hoe lager het opkomstpercentage wordt. Als binnen de regio van MOA NN het opkomstpercentage stabiel blijft, terwijl veel van de voor onderzoek opgeroepen asielzoekers waarschijnlijk toe zijn aan de derde of vierde vervolgscreening, dan is er binnen MOA NN toch een relatieve stijging van het opkomstpercentage behaald. Dit geeft moed om door te gaan met actieve voorlichting en het persoonlijk uitnodigen door de sociaal-verpleegkundige van asielzoekers voor het vervolgonderzoek op tuberculose.

### **De rol van de sociaal-verpleegkundige van de MOA**

Per 1 januari 2005 is het takenpakket van de sociaal-verpleegkundige van de MOA versmald. Deze verpleegkundige heeft nu de volgende aandachtsgebieden: technische hygiëne en veiligheid, preventie van infectieziekten en de OGGZ. Aan de ene kant kan er nu meer tijd vrij gemaakt worden voor deze taken en dus voor alles wat met tuberculose te maken heeft. Aan de andere kant moet één sociaal-verpleegkundige verschillende centra bedienen. Hij of zij zal dus niet dagelijks op al deze AZC's aanwezig kunnen zijn. Het dagelijks verstrekken van medicatie onder toezicht (DOT) door de sociaal-verpleegkundige is daarom niet haalbaar. In de provincies Groningen en Drenthe is de afspraak gemaakt dat de sociaal-verpleegkundige MOA in samenspraak met de sociaal-verpleegkundige van de GGD de coördinatie van de zorg ten behoeve van een bewoner met tbc uitvoert. De praktijkverpleegkundige van de MOA, die dagelijks op een centrum aanwezig is, verzorgt de DOT. Zonodig kan de thuiszorg hierin ondersteuning verlenen. Deze werkwijze wijkt af van de landelijke protocollen en richtlijnen, waarin de sociaal-verpleegkundige aangewezen wordt als verstrekker van de DOT.

Af en toe komt het voor dat bij een bewoner van een centrum de diagnose open tuberculose gesteld wordt. Dit geeft vaak onrust, zowel bij bewoners als bij het personeel van het COA, de MOA en de beveiliging. Daarom is het zelfs bij het vermoeden dat er sprake is van tuberculose van belang betrokkenen te informeren. De ervaring leert dat goede voorlichting en tijdige communicatie veel onbegrip en angst voorkomen. Er is dan ook afgesproken dat de GGD het COA zal inlichten en zonodig een voorlichting zal geven op het betreffende centrum. De GGD werkt hierbij nauw samen met de sociaal-verpleegkundige van de MOA.

### **Conclusie**

Aandacht voor infectieziekten in het algemeen en tuberculose in het bijzonder blijft een essentieel onderdeel van het werk van de MOA. Het terrein van de infectieziektebestrijding eist nauwe samenwerking met de GGD. Het vastleggen van nieuwe gevallen van infectieziekten levert gegevens op, die bijdragen aan de kennis over de gezondheids-toestand van asielzoekers. Collectieve en individuele voorlichting over infectieziekten helpt bij het voorkomen van sommige infectieuze aandoeningen, maar kan ook bijdragen aan het leren omgaan met infectieziekten. Op het terrein van de tuberculosebestrijding is

winst te behalen als het lukt de opkomstpercentages bij de vervolgscreeningen te verhogen. De intensieve begeleiding van de individuele tbc-patiënt door de GGD en de MOA bevordert de therapietrouw en wordt door betrokkenen gewaardeerd. Het is de moeite waard ons te blijven inspinnen voor dit onderdeel van het werk van de MOA.

### **Biopic**

Johannes Algra heeft na zijn opleiding tot A-verpleegkundige van 1991 tot 1996 in Blaricum gewerkt als A-verpleegkundige op de afdeling Neurologie/Neurochirurgie. In 1999 studeerde hij af aan de HBO-V. Van 1996-1998 heeft Johannes Algra als groepsleider gewerkt in de zorg voor verstandelijk gehandicapten bij Nieuw-Woelwijck in Sappemeer. Vanaf 1998 was hij werkzaam bij de medische opvang voor asielzoekers, aanvankelijk in dienst van het COA; vanaf 2000 als sociaal verpleegkundige voornamelijk in AZC Veendam en AZC Leek.

Hermien van Soest studeerde geneeskunde van 1966 tot 1973. Van 1973-1979 was zij als arts werkzaam voor het consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD) in Assen. Korte tijd doceerde zij sociale geneeskunde bij de HSA. Van 1982-1983 werkte zij als docent fysiologie en anatomie voor de opleiding tot kraamverzorgsters in Assen. Van 1985-1988 was zij werkzaam als invallend jeugdarts bij de GGD Assen. Van 1973-1988 werkte zij als consultatiebureauarts voor kleuters en zuigelingen. In de jaren 1990-1996 volgde zij een studie godsdienstwetenschap aan de Rijksuniversiteit Groningen. Vanaf 1997 is zij werkzaam als arts/sociaal-geneeskundige bij de medische opvang voor asielzoekers, tot 2000 bij het COA en later MOA NN. Van 2000 tot 2004 volgde zij de opleiding arts maatschappij en gezondheid.

5 G. de Vries 'Evaluatie tuberculosescreefning van immigranten: ook een zaak van de GGD' in: Tegen de Tuberculose, p. 34-50, jaargang 100, nr. 2, 2004

# Theater met een boodschap

Zelfhulporganisatie Aserag gebruikt toneel als voorlichting JOS OVERBEEKE

*Onder asielzoekers op de noordelijke AZC's zijn hiv-besmettingen wijdverbreid. Hoe valt dit om te buigen? Hoe zorg je dat asielzoekers kiezen voor veilige seks? In Groningen is een vruchtbaar initiatief ontstaan, dat nieuwe wegen bewandelt en goed lijkt aan te slaan.*

## Inleiding

Op de Noordelijke AZC's is juni 2003 een project gestart, dat succesvol is gebleken in de voorlichting over hiv, Aids en Soa. Afrikaanse asielzoekers verenigd in Aserag vertellen andere asielzoekers over de noodzaak van condoomgebruik en het nut van hiv- en Soa-testen. Zij doen dit in de vorm van een toneelstuk in Afrikaanse setting, en met *peer educators* en *hiv-contactpersonen*. De Afrikaanse wijze van voorlichten wijkt sterk af van de traditionele 'blanke' manier, maar slaat bij de doelgroep goed aan. Na een proef op vier AZC's breidde Aserag zijn activiteiten uit naar de andere AZC's in het Noorden. Sinds januari 2005 wordt de Aserag-voorlichting in het hele land aangeboden en ondersteund door Soa Aids Nederland.

Aserag (Asylum Seekers and Refugees Aids Group) werd opgericht in 2002 door een groep asielzoekers uit Sub-Sahara Afrika, woonachtig op de noordelijke AZC's. Zij maakten zich ernstige zorgen over het grote aantal hiv-besmettingen onder asielzoekers afkomstig uit hun regio en zochten naar manieren om hen te vertellen over hiv en hen te wijzen op de gevaren van onveilige seks.

In 2003 meldde GGD Groningen dat 60 procent van de nieuwe hiv-besmettingen in het Noorden zich voordeed bij asielzoekers van Afrikaanse herkomst, terwijl asielzoekers maar 0,3 procent van de noordelijke bevolking uitmaken. Relatief veel bewoners van AZC's waren dus besmet met hiv. In 2003 ging het om 110 nieuwe besmettingen in Noord-Nederland. Voor MOA en GGD was dit aanleiding het initiatief van Aserag op te pakken en samen een voorlichtingspilot te beginnen.

## De boodschap

In de strijd tegen nieuwe hiv-besmettingen kozen Aserag, MOA en GGD aanvankelijk voor een strenge, driedelige boodschap: 1. seksuele onthouding. 2. binding aan één trouwe partner en 3. condoomgebruik. In de loop van het project bleek dat seksuele onthouding te veel gevraagd was en werden de doelstellingen versoepeld. Oktober 2005 formuleert Aserag zijn missie als volgt: 1. vergroten van kennis over veilig vrijen.

2. toename van condoomgebruik en 3. toename van het aantal Soa- en hiv-testen.

'We merkten dat het pleidooi voor onthouding niet overkwam,' zegt Lami Kamara, voorzitter van Aserag. 'Daarom zeggen we nu: als onthouding niet lukt, gebruik dan een condoom. Als dat niet lukt, vrij dan alleen als jij en je partner hiv-vrij zijn. En als je dat niet weet, laat je dan eerst testen.'

De boodschap die de drie organisaties overbrengen, is dezelfde voor Soa en Aids, al is de impact bij Aids veel groter. In Afrika zijn grote delen van de bevolking besmet met hiv en zijn al miljoenen mensen overleden aan Aids. Vandaar dat hiv en Aids de meeste aandacht krijgen. De voorlichters willen niet alleen waarschuwen voor de risico's van seksueel contact. In de voorlichting wordt ook verteld dat seks erg prettig kan zijn, dat je er veel plezier aan kunt beleven.

### Ongebruikelijke middelen

Aserag gebruikt verschillende middelen om zijn verhaal voor het voetlicht te krijgen. Ten eerste verzorgt het toneelstukken op de AZC's. Daarnaast traint het - samen met GGD en MOA - *peer educators* die activiteiten opzetten zoals een bingo, een bazar of een voetbalwedstrijd. Daaromheen vindt dan altijd voorlichting plaats. Tenslotte leiden Aserag en GGD hiv-contactpersonen (counselors) op, die op een AZC wonen en voor de bewoners een aanspreekpunt zijn voor vragen rond Soa, hiv en Aids. Vanwege de gevoeligheid van de materie worden mannelijke en vrouwelijke contactpersonen gescheiden van elkaar opgeleid.

De eerste voorstelling die Aserag naar de AZC's bracht, heette *Inheritance* en was geschreven door vluchtelingen uit Sierra Leone en Kameroen. Dit stuk vertelt over een Afrikaans dorp waar een belangrijk lid van de gemeenschap komt te overlijden. De dorpingen geloven dat hekserij de oorzaak is, terwijl het in werkelijkheid om Aids gaat. De vrouw van de overledene trouwt met diens oom, heeft seks met hem en verspreidt het virus zo verder. Tenslotte arriveert een dokter in het dorp die uitlegt wat er aan de hand is. Het toneelstuk wil de toeschouwers bewust maken van de gezondheidsrisico's van sommige tradities en wil het taboe rond condooms doorbreken.

De boodschap van Aserag zit niet alleen in het toneelstuk zelf. Voor en na de voorstelling worden er folders uitgedeeld met informatie over hiv, Aids en Soa. Bovendien zijn er MOA- en GGD-medewerkers en hiv-contactpersonen aanwezig om vragen te beantwoorden. Ook staat tijdens de voorstellingen de bus van het Soa/Aids-team op het AZC, waar nog meer informatie te halen valt.

Nadat *Inheritance* de eerste jaren veelvuldig werd opgevoerd, is Aserag nu actief met *Behind the Wall of Silence*, het tweede toneelstuk. Dit gaat vooral over vrouwen en wil laten zien hoe kwetsbaar zij zijn in de seksuele omgang met mannen. 'Hier is de boodschap dat je een besmetting met hiv niet verborgen moet houden,' zegt Lami Kamara. 'Als je besmet bent, kom er dan eerlijk voor uit en praat er over.' Ondertussen werkt Aserag aan een derde toneelstuk.

### Een golf van opwinding

De asielzoekers reageren meestal enthousiast op het toneelspel. 'Als Aserag op bezoek komt, gaat er een golf van opwinding door een AZC,' zegt Renny Polstra, medewerker van GGD Groningen en Soa Aids Nederland. 'Iedereen wordt opgetrommeld om te komen en je ziet dat de toeschouwers geraakt worden.'

Rijksuniversiteit Groningen heeft van de eerste vier voorstellingen het effect onderzocht op de kennis en attitude rond hiv en Aids. Onderzoekster Marloes Kleinjan concludeert dat theater door leden van de doelgroep kan helpen bij het overdragen van kennis en het veranderen van gedrag. Ze plaatst wel de kanttekening dat het aantal respondenten bij dit onderzoek klein was (36) en dat niet alle vragenlijsten waren ingevuld.

'In het algemeen is het al moeilijk het effect van voorlichtingsactiviteiten te meten,' zegt Fetzten de Groot, coördinator Soa/hiv van de drie noordelijke GGD'en. 'En dat geldt helemaal bij zoiets gevoeligs als seksualiteit en Aids.'

Na een voorstelling is het goed later nog eens terug te komen op een AZC en een tweede voorlichtingsronde te geven, zegt Polstra. 'Gedrag patronen zijn hardnekkig, die heb je niet zomaar veranderd. Herhaling vergroot de kans dat de boodschap overkomt.'

Het aantal nieuwe besmettingen met hiv en Soa is het laatste jaar wat afgenomen, maar of dat komt door het project is niet duidelijk. Het aantal asielzoekers zelf is immers afgenomen.

Van de andere activiteiten georganiseerd door de *peer educators* sloegen vooral de bingoavonden goed aan. Op die in AZC Meppel kwamen wel 70 vrouwen af, van verschillende nationaliteiten. In de pauze werden folders uitgedeeld en de taart voor de winnaar was versierd met de woorden 'Stop Aids now'. 'Zoiets slaat aan,' zegt Polstra, 'vrouwen houden van bingo.'

Voorlichting over Soa en Aids vindt verder plaats rond het moment dat asielzoekers komen stempelen bij de vreemdelingenpolitie. Er staan dan voorlichtingskraampjes opgesteld, en ook wordt hier de film vertoond over het werk van Aserag. 'Alle bewoners van een centrum zijn verplicht te stempelen, dus zo bereik je veel mensen,' zegt Polstra. Verder hebben de *peer educators* voetbalwedstrijden georganiseerd, praktische lessen in condoomgebruik, en maaltijden rond de voorstellingen.

Op ieder AZC is er elk jaar een toneelvoorstelling en daarnaast zijn er een of twee andere Aserag-activiteiten. Alle medewerkers van Aserag krijgen voor hun inspanningen een kleine vergoeding.

Op de meeste AZC's in het Noorden is op dit moment een hiv-contactpersoon actief. 'Deze formule werkt,' zegt Polstra. 'De contactpersonen wonen zelf op het centrum, zijn altijd aanspreekbaar, verstrekken condooms en staan dicht bij de asielzoekers dan de hulpverleners.' Het aantal consulten dat de contactpersonen met de bewoners hebben, is wat mager: gemiddeld zo'n vijf geregistreerde contacten per maand. 'Maar waarschijnlijk vinden er informeel ook veel gesprekken plaats.'

### **De kloof overbruggen**

De wijze waarop Aserag voorlichting geeft, verschilt sterk van de traditionele werkwijze van MOA en GGD. Deze voorlichting verliep groepsgewijs, werd gegeven door een verpleegkundige en was vooral gericht op informatieoverdracht. Er zijn twee pakketten, een over seksualiteit, een over Soa/Aids. De opkomst was vaak matig - het kwam zelfs voor dat niemand zich liet zien.

'Ik denk dat bij deze manier van voorlichten een grote kloof gaapt tussen voorlichter en asielzoeker', zegt Fetzen de Groot. 'Een sterk punt van theater is dat het emoties laat zien en zodoende emoties losmaakt. Zeker bij een onderwerp als seksualiteit zijn belevingen en gevoelens erg belangrijk. Voorlichting over hiv en Aids moet meer zijn dan een zakelijke uiteenzetting. Theater gaat dieper en heeft daarom voordelen.'

De traditionele voorlichting over seksualiteit en Soa/Aids vindt nog maar op beperkte schaal plaats.

### **Actief binnen Aserag**

De activiteiten van Aserag zijn niet alleen goed voor de doelgroep, maar ook voor de Aserag-medewerkers zelf. Omdat deze intensief omgaan met kwesties van besmetting en ziekte, worden zij er zelf opener over, is de ervaring. 'We hebben deelnemers gehad die besloten een hiv-test te doen of die er openlijk voor uitkwamen dat ze besmet waren,' zegt De Groot. 'Dat zijn belangrijke winstpunten.'

Ook voor gezonde asielzoekers is het goed om actief te zijn binnen Aserag. Zoals alle asielzoekers verkeren zij in een situatie van onzekerheid. Ze weten niet of ze mogen blijven of dat ze terugmoeten naar het land van herkomst. De leefomstandigheden op een AZC zijn ook verre van comfortabel. 'Om die redenen kan participatie in een project als Aserag een therapeutische werking hebben. Een theateropvoering vraagt immers veel voorbereiding en verschillende talenten.'

Verder is er over de voortgang van de activiteiten regelmatig contact tussen MOA, GGD en alle Aserag-medewerkers. 'Zulke bijeenkomsten doen de asielzoekers goed,' voegt Polstra toe.

De samenwerking tussen MOA, GGD en Aserag kan daarnaast ook voor de blanke gezondheidswerker een eye-opener zijn. 'In dit project werken blank en zwart samen en dat is voor ons heel leerzaam,' zegt De Groot. 'Je betrapt jezelf op verkeerde ideeën en je ziet dat een andere, zeg Afrikaanse, manier van werken ook effectief is.'

Hoe mooi de vruchten van Aserag ook mogen zijn, het blijft grotendeels een Afrikaanse aangelegenheid, en dat betekent dat veel Aziaten, en met name vrouwen, moeilijk bereikt worden. Niet alleen etniciteit speelt hier een rol, ook religie. Afrikanen zijn over het algemeen christelijk, Aziaten islamitisch. 'Onder moslims leven strengere ideeën over de rolverdeling van mannen en vrouwen en ze praten minder makkelijk over seksualiteit,' zegt Polstra. 'Moslimvrouwen komen bijvoorbeeld niet gauw naar onze voorstellingen toe, de mannen wel. Daarom is het belangrijk dat er vrouwelijke hiv-contactpersonen zijn.'

### **Aserag gaat landelijk**

Aserag is de afgelopen jaren flink gegroeid. Samen met MOA en GGD zijn 81 *peer educators*, 35 hiv-contactpersonen en 27 acteurs en actrices opgeleid. Deze zijn van 29 verschillende nationaliteiten en uiteenlopende etnische en religieuze achtergronden, al zijn de meesten Afrikanen. De acteurs hebben 58 voorstellingen gegeven - op AZC's maar ook op nationale conferenties en festivals. Daarnaast werden 42 andere activiteiten opgezet, zoals feesten en bingo's. Rond deze evenementen was altijd een informatie-markt aanwezig, met brochures in meerdere talen.

Het werkterrein van Aserag heeft zich de afgelopen jaren steeds verder uitgebreid. Sinds 1 januari 2005 is de voorlichting door Aserag een landelijk project geworden. Soa Aids Nederland heeft de activiteiten geadopteerd en biedt deze nu aan in alle MOA-regio's. Zo hebben er al voorstellingen plaatsgevonden in Almelo en Azelo (Overijssel) en binnenkort volgen Heerlen en Baexem (Limburg). Sinds begin 2005 wordt Aserag financieel gesteund door het Aidsfonds.

Aserag zelf ziet ook Afrika als een mogelijk werkterrein voor zijn activiteiten. 'Eén van ons is vanuit Groningen teruggekeerd naar Angola en geeft daar nu voorlichting,' zegt Lami Kamara. 'Bovendien is er een organisatie in Kameroen, die onze werkwijze heeft overgenomen.'

### **Biopic**

Lami Joseph Kamara is geboren in Makeni Town, Sierra Leone; 1984. Hij volgde zijn onderwijs in Freetown. In 2001 zocht hij asiel in Nederland. Hij volgde een ICT-opleiding in Groningen. In 2002 was hij medeoprichter en later president/directeur van Aserag. Op gelijke wijze is hij betrokken bij de stichting van NAMIO-Aids in Nederland, de National Association for Migrants Organisations against Aids. In 2003 kreeg hij het diploma Projectmanagement en -ontwerp. Hij heeft mee geschreven en geregisseerd aan de theaterstukken rond Hiv/Aids preventie. Op dit moment werkt hij binnen het gezamenlijke project van GGD Groningen en Soa Aids Nederland.

Renny Polstra is verpleegkundige sinds 1983 en dramatherapeut sinds 1995. Zij heeft binnen de gezondheidszorg en in het onderwijs gewerkt, voordat zij betrokken raakte bij het Aserag-project. Vanaf 2002 voert zij de regie voor het theater en de daarmee samenhangende coördinerende taken, via MOA NN, GGD Groningen en Soa Aids Nederland.

Fetzen de Groot is geboren in 1960. Hij is sinds 1999 leidinggevende van het team Soa/Aids van GGD Groningen en coördinator Soa/Aids Noord Nederland voor de drie noordelijke GGD'en. Voordien verzorgde hij trainingen in het Martini Ziekenhuis Groningen voor medische maatschappen, verpleegafdelingen en andere diensten op het terrein van communicatie, samenwerking en conflicthantering. Fetzen is van huis uit verpleegkundige en heeft daarnaast andragogiek gestudeerd.

## Meldpunt medisch schrijnende gevallen: vier casussen

---

Gerichte aandacht blijft nodig

BERNADETTE VAN KLINK

*Het Meldpunt medisch schrijnende gevallen bestaat bijna drie jaar. Het Meldpunt verzamelt, groepeerd en analyseert deze gevallen. Via een aantal rapportages en artikelen vraagt zij aandacht voor haar bevindingen. Vier voorbeelden uit de praktijk illustreren de werkwijze van het meldpunt. Soms had er meer gedaan kunnen worden, soms is al het mogelijke gedaan. 'Je staat erbij en je kijkt ernaar.'*

### **Inleiding**

#### *Ontstaan meldpunt*

Vanaf maart 2003 bestaat er binnen MOA NN een meldpunt, waar medewerkers en anderen melding kunnen doen van hun inziens medisch schrijnende gevallen. De directe aanleiding is geweest dat er binnen het blikveld van de sociaal-geneeskundigen, verzameld in een initiatief genaamd *WAMI* (werken aan MOA), zich situaties voordeden die als zeer schrijnend werden ervaren. De machteloosheid die dit opriep deed de medewerkers de andere kant opkijken. Veel medewerkers van de MOA, maar ook van onze ketenpartners lijken moeite te hebben met de consequenties in de uitvoering van het strikte toelatingsbeleid, meer specifiek met die situaties waarin asielzoekers tussen wal en schip belanden bij procedures voor overplaatsing of uitzetting. Asielzoekers komen tussen de wielen van regelgeving en de uitvoering daarvan, waar medewerkers ervaren dat ze te weinig middelen hebben om tijdig in te kunnen grijpen, of situaties te beïnvloeden. Tegelijkertijd weten zij zich gebonden aan de loyaliteit naar de werkgever en de (beperkte) taakstelling.

Met de start van het meldpunt wordt er bewust wel naar deze situaties gekeken. Dat doen we in de veronderstelling dat, als er aandacht wordt gevraagd voor geanalyseerde en gegroepeerde situaties, dit voor de beleidsmakers een aanleiding kan zijn om na te denken over de gevolgen van de huidige regelgeving.

Vanaf maart 2003 tot oktober 2005 zijn er 120 meldingen gedaan bij het meldpunt. Na 1 jaar is er over de eerste vijftig meldingen een rapportage geschreven. Naar aanleiding van de rapportage is een artikel geschreven en geplaatst in *Medisch Contact* (januari 2004) en *Gezondheidsverkenningen* 2003, een uitgave van MOA NN. Juni 2005 is een tweede rapportage geschreven over in totaal 100 meldingen die gedurende de eerste twee jaar binnengekomen waren. De conclusie in beide rapportages luidde dat de lichamelijke en geestelijke gezondheid van veel asielzoekers in gevaar komt door de beslissingen die op basis van het huidige regeringsbeleid worden genomen.

### *Doelstelling meldpunt*

Door de medisch schrijvende gevallen te verzamelen, te groeperen en te analyseren, daar rapportages over te schrijven en deze vervolgens te agenderen bij de ketenpartners van de MOA en te publiceren in vakliteratuur, denkt het meldpunt een bijdrage te leveren aan het inzicht in de gevolgen van de regelgeving en beleidsvorming betreffende het vluchtelingenbeleid.

### *Definitie*

De dikke Van Dale omschrijft het woord schrijvend als volgt: wat het gemoed met schurende en brandende pijn aandoet. Onder medisch schrijvend verstaat de meldpuntgroep het volgende: het schrijvende laat zich omschrijven zoals Van Dale dat doet, het medische daarin is alles wat de lichamelijke en geestelijke gezondheid van asielzoekers betreft. Per melding wordt in gezamenlijkheid bekeken of de melding voldoet aan de criteria van medische schrijvendheid, waarbij het voor ons duidelijk moet zijn dat de regelgeving en uitvoering van het beleid ten aanzien van asielzoekers debet is aan het ontstaan van de situatie. Schrijvendheid op zich is inherent aan het lot van vele asielzoekers, maar is niet het onderwerp van onze rapportage.

### **Casuïstiek**

#### *Werkwijze*

Uit de casuïstiek die bij het meldpunt binnengekomen is, zijn drie casussen uitgewerkt en de vierde casus komt uit eigen doos. Daarbij heb ik eerst de casus beschreven zoals deze gemeld was bij het meldpunt, en indien nodig geanonimiseerd. Daarna zijn de ondernomen acties beschreven. Tot slot is gekeken of er mogelijkheden zijn geweest om anders te handelen in de specifieke situatie (door wie dan ook) en welke lering er uit de casus getrokken kan worden.

#### *Opmerkingen vooraf*

Een schrijvende situatie ontstaat niet van het ene op het andere moment. Het is moeilijk aan te geven waar de grens ligt of iets wel of niet schrijvend is. Vaak komt een casus pas in beeld op het moment dat er een uitzetting dreigt of de situatie anderszins dreigt te escaleren.

Daarom is het ook logisch dat er verschillende momenten zijn waarop actie ondernomen kan worden. Ook zijn er verschillende spelers in het veld die tot actie over kunnen gaan. Ik zal bij de verschillende casussen kijken naar de mogelijkheden, momenten en spelers. Uit de meldingen valt meestal niet te achterhalen op welke manier(en) is geprobeerd om te voorkomen dat het geval schrijvend werd. In de evaluatie van de casus is het dus mogelijk dat er alternatieve interventies worden genoemd, die in de praktijk wel zijn uitgeprobeerd maar in de melding niet zijn gedocumenteerd.

### **Casus 1**

Een achtenvijftig jarige Somalische vrouw verblijft sinds zes jaar met haar zestienjarige dochter in een asielzoekerscentrum. Haar echtgenoot is vermist, twee kinderen zijn vermoord en van acht kinderen is het lot onbekend. In november 2001 blijkt dat ze slokdarmkanker heeft. Op dat moment wil ze niet geopereerd worden. Ze is somber, verdrietig en voelt zich wanhopig. In 2002 laat ze zich alsnog opereren. Daarna ontstaan de volgende medische problemen: versneld hartritme, leverfunctiestoornissen, een te hoog gehalte aan witte bloedcellen, bloedarmoede, obstipatie, spanningsklachten en slaapproblemen. Ze wordt verzorgd door haar dochter.

Ook bij de dochter is sprake van veel medische problematiek. Ze is getuige geweest van de moord op haar broer en zus. Ze voelt zich futloos, heeft vaak ruzie met andere kinderen, piekert veel, hoofdpijn, buikpijn, huidproblemen en veel hoesten. Vaak gaat ze niet naar school.

Moeder en dochter hebben viermaal een negatieve beschikking ontvangen.

#### *Ondernomen acties*

De huisarts schrijft in augustus 2002 dat de slokdarmkanker met mogelijke uitzaaiingen niet te behandelen is in Somalië. De specialist weigert een brief te schrijven die mevrouw nodig heeft voor de procedure. In augustus 2003 krijgt mevrouw opnieuw een negatieve beschikking van de IND (Immigratie- en Naturalisatiedienst) met als reden dat de medische informatie onvoldoende is.

#### *Evaluatie*

De moeder heeft een aandoening waaraan ze zonder controle en behandeling komt te overlijden. Doordat de specialist geen medische informatie wil verstrekken aan het BMA (Bureau Medische Advisering) van de IND heeft dit geleid tot een negatieve beschikking. Asielzoekers hebben zelf een verantwoordelijkheid om (medische) informatie aan de IND te geven. Door onbekendheid met de Nederlandse wet- en regelgeving en de taalbarrière is dit vaak een groot probleem. Daarom begeleidt Vluchtelingenwerk asielzoekers vaak in de procedure, ook voor het alsnog verkrijgen van een verblijfsvergunning op grond van medische redenen<sup>[1]</sup>. Vluchtelingenwerk kan onder andere bemiddelen in contacten met de advocaat. De advocaat kan medische informatie opvragen bij de sociaal-geneeskundige van de medische opvang. En dan kan de advocaat het BMA van de IND vervolgens informeren. Mogelijk is dit ook gebeurd, maar dit valt niet te achterhalen uit de melding.

1 Uit: VluchtelingenWerk Nederland, Vluchtweb, maart 2005: Introductie verblijfsvergunning medisch, versie maart 2005. Medische problemen bij (uitgeprocedeerde) asielzoekers kunnen op de volgende manieren in het vreemdelingenrecht aan de orde komen: Ten eerste kunnen er medische problemen zijn die tot afgifte van een asielstatus kunnen leiden. Ten tweede kunnen medische problemen aanleiding geven een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden aan te vragen. Ten slotte kan zich bij de rechtmatig verwijderbare vreemdeling in verband met medische problemen een tijdelijke medische noodsituatie voordoen die het vertrek of de terugreis belemmert. Een verzoek tot uitstel van vertrek op medische gronden is dan de geëigende weg. De verblijfsvergunning voor het verlenen van 'medische behandeling' kan alleen worden verleend als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan: Nederland moet naar het oordeel van de minister het meest aangewezen land zijn; Het moet gaan om een medisch noodzakelijke behandeling; De financiering dient deugdelijk geregeld te zijn.

### *Aandeel MOA*

De sociaal-geneeskundige of een andere MOA-medewerker had mevrouw op het belang kunnen wijzen om medische informatie aan haar advocaat te geven. Uit de melding is niet duidelijk of dit gebeurd is en of de advocaat tijdig op de hoogte gesteld is van de aandoening van de moeder.

Mogelijk zou zowel deze familie als de volgende (zie casus 2) in aanmerking kunnen komen voor een verblijfsvergunning op basis van het traumatabeleid<sup>[2]</sup>. Van de dochter uit deze casus is bekend dat ze getuige is geweest van de moord op haar broer en zus. De mogelijkheid is aanwezig dat er bij haar sprake is van een PTSS. Of dit inderdaad zo is, is voor zover bekend niet uitgezocht. De MOA had dit meisje kunnen verwijzen naar de GGZ voor een goede diagnosestelling en hulpverlening. Mogelijk is dit wel gebeurd, maar dit staat niet in de casus beschreven. Het had in ieder geval zinvolle informatie kunnen opleveren voor de IND.

Het komt overigens regelmatig voor dat asielzoekers niet gediagnosticeerd worden voor bijvoorbeeld PTSS. Iemand komt getraumatiseerd binnen, maar is in eerste instantie aan het overleven. Hij zal dan niets over zijn trauma's willen vertellen. Ook bij de IND niet. Bovendien is een van de symptomen van PTSS dat er lacunes zijn in het geheugen, met name wat betreft de traumatische ervaringen. De IND kan dit dan opvatten als het achterhouden van informatie. Informatie die later wordt verteld, wordt dan niet meer meegenomen in de procedure.

Het is dus van belang om in een zo vroeg mogelijk stadium een diagnose te stellen. Dan kan de advocaat het proberen mee te nemen in de procedure. Daarom is de intake zo'n belangrijk moment. Hierin kan worden gevraagd naar trauma's, waar eventueel in een vervolgesprek verder op in kan worden gegaan.

### **Casus 2**

Een achtentwintigjarige Angolese vrouw is samen met haar moeder, dochter en drie kinderen van haar verdwenen zus twee jaar eerder naar Nederland gevlucht. Op het moment van de vlucht is haar dochter twee jaar oud en de kinderen van haar zus bestaan uit twee neefjes van negen jaar oud (geen tweeling) en een nichtje van zeven jaar oud. Kort na aankomst in Nederland overleed de moeder van de vrouw, waarna ze er alleen voor kwam te staan.

De vrouw heeft een verleden van lichamelijk en seksueel geweld. Haar echtgenoot is vermoord, mevrouw zelf is verkracht en haar moeder is in haar bijzijn verkracht. Haar zus en zwager zijn door militairen meegenomen en sindsdien is niets meer van hen vernomen. Ze heeft veel geweld meegemaakt in het vluchtelingenkamp in Angola. Enzovoort, enzovoort.

<sup>2</sup> Klemmende redenen van humanitaire aard zijn volgens de geldende beleidsregels asielgerelateerd als de medische problematiek samenhangt met redenen voor vertrek uit het land van herkomst. Hierbij wordt met name gedacht aan aldaar opgelopen trauma's. Daarom worden deze gedragsregels aangeduid als het traumatabeleid. Er moet echter wel een causaal verband bestaan tussen de traumatiserende gebeurtenissen en het vertrek uit het land van herkomst. De asielzoeker moet het land dan ook binnen zes maanden na de gebeurtenissen verlaten hebben, tenzij hij aannemelijk maakt dat er toch sprake is van een causaal verband.

In Nederland is de diagnose post traumatisch stress stoornis gesteld en ze wordt uitgebreid behandeld door de GGZ. Op basis van het psychiatrisch rapport zou er volgens de melder een procedure op medische gronden gestart kunnen worden.

Op het moment van de melding is ze uitgeprocedeerd en dreigt te worden uitgezet. Dan komt ze met vier jonge kinderen op straat terecht. Van haar advocaat heeft ze al een jaar lang niets meer vernomen en ze kan hem ook niet bereiken.

### *Ondernomen acties*

Zowel het COA als Vluchtelingenwerk hebben diverse pogingen gedaan om contact op te nemen met de advocaat om hem tot actie te manen. Echter zonder resultaat. De advocaat reageert niet op schrijven, bellen of faxen.

### *Evaluatie*

Tijdens de procedure had de advocaat medische informatie kunnen opvragen. Eventueel naar aanleiding van informatie van mevrouw over haar diagnose en/of de psychiatrische hulp die ze ontving. Of mevrouw de kans heeft gehad om deze informatie aan de advocaat te verstrekken is niet bekend.

Dat de advocaat hier niet te bereiken is, is een kwalijke zaak. Indien een advocaat niet functioneert, kan VVN (Vluchtelingenwerk Nederland) een klacht indienen. Het maakt echter niet uit of dat de klacht gegrond wordt verklaard of niet, het zal de uitspraak van de IND betreffende zijn cliënt niet veranderen.

### *Aandeel MOA*

Wat wij als MOA hierin hadden kunnen betekenen is dat we haar tijdig naar VVN hadden kunnen verwijzen met de boodschap dat ze daar moest vertellen dat ze medische hulp ontving en dat het van belang was dat de advocaat deze bij de sociaal-geneeskundige zou opvragen.

### **Casus 3**

Dit gezin bestaat uit een 44-jarige man, een 39-jarige vrouw, twee zonen van 20 en 16 jaar oud en een dochter van 10 jaar oud. Twee andere kinderen zijn achtergebleven in Syrië.

De vrouw was met twee kinderen gevlucht en moest haar echtgenoot met drie kinderen achterlaten. Haar echtgenoot arriveerde vier maanden later met een van de andere kinderen. Het gezin werd herenigd.

De vrouw heeft een beroerte gehad en heeft een vernauwing van de hartklep. Ze staat onder controle van de cardioloog en gebruikt medicijnen (endocarditis profylaxe, acenocoumarol, remeron en oxazepam).

De man is uitgeprocedeerd en wordt met uitzetting bedreigd, samen met het kind waarmee hij naar Nederland is gekomen.

Sinds dit bekend is, gaat het heel slecht met mevrouw, haar toestand verslechtert zienderogen. Zij heeft zich diverse malen suïcidaal geuit en zowel de sociaal-geneeskundige als de huisarts vrezen voor haar leven.

#### *Ondernomen acties*

Zij is met spoed verwezen naar de GGZ.

#### *Evaluatie*

Bij de IND is het gebruikelijk om bij gescheiden binnenkomst de dossiers niet aan elkaar te koppelen. Daar kun je als MOA weinig aan doen. Wel kun je de (geestelijke) gezondheid zo goed mogelijk bewaken. Dat is in dit geval ook gebeurd door mevrouw met spoed naar de GGZ te verwijzen. Wij weten niet hoe de MOA dit anders aan had kunnen pakken. We stonden erbij en keken ernaar...

#### **Casus 4**

Dit gezin bestaat uit drie personen, te weten een 67-jarige man, zijn 61-jarige echtgenote en 26-jarige dochter. Bij de man is sprake van ernstige COPD, diabetes mellitus type II, ernstige osteoporose en wervelinfracties. Juli 2004 is er een stent geplaatst na een hartinfarct. De vrouw heeft diverse medische problemen, zoals, maagklachten, pijnlijke benen, verminderde visus door cornea corrosie, gehoorproblemen en gewrichtsklachten. Daarbij is ze analfabeet.

De man heeft een verblijfsvergunning op basis van medische gronden gekregen. Of dit permanent is of tijdelijk, is bij de MOA niet bekend. Zijn echtgenote en dochter hebben geen verblijfsvergunning gekregen. De dochter steunt haar ouders in alle opzichten. Zonder haar kunnen zij zich niet staande houden.

#### *Evaluatie*

Het is positief dat deze man een verblijfsvergunning op basis van medische gronden heeft gekregen. Het onbegrijpelijke en schrijnende is dan wel weer dat de echtgenote en dochter geen verblijfsvergunning hebben gekregen. Voor de echtgenote wordt een verblijfsvergunning aangevraagd als partner. Voor de dochter is door de sociaal-geneeskundige een medische verklaring geschreven waarin staat dat haar ouders volledig op haar steunen en hun gezondheid zal verslechteren wanneer zij terug moet naar het land van herkomst.

#### **Conclusie**

Deze vier casussen illustreren dat de sociaal-geneeskundige van de MOA soms wel iets kan doen, maar vaak ook niets. Veel meldingen komen binnen, omdat men niet weet wat men verder nog kan doen. En vaak is ook al het mogelijke al gedaan om schrijnendheid te voorkomen. Zonder succes...

#### **Vervolg meldpunt binnen de MOA**

Het Meldpunt Medisch schrijnende gevallen is in eerste instantie opgezet als project. Omdat MOA NN voor de overdracht aan de GGD alle projectmatige activiteiten die een toegevoegde waarde hebben voor de kwaliteit van de uitvoering, willen implementeren in het reguliere werk op de locaties, heeft het management het meldpunt als zodanig opgeheven. Daarvoor in de plaats is een meldingsprocedure gekomen, die garandeert dat er gerichte aandacht is voor medisch schrijnende gevallen binnen het locatieteam.

Binnen het locatieteam is de sociaal-geneeskundige de inhoudelijk coördinator die zorgt dat de medisch schrijnende gevallen gericht en zo nodig in overleg met de coördinator op de agenda van het locatieoverleg komen. Daar waar er implicaties zijn die de uitvoering overstijgen, zullen deze door de coördinator van het werkgebied op de management-agenda worden geplaatst. Zo worden er zoveel mogelijk garanties ingebouwd dat er op de juiste plek aandacht is voor (potentieel) schrijnende situaties. Waar nodig en mogelijk kan actie worden ondernomen; in individuele gevallen en op het niveau van beleidsmakers.

#### **Biopic**

Het Meldpunt medisch schrijnende gevallen werd onderhouden door Yusef Abkhezr, Marius de Konink, Bernadette van Klink (allen sociaal-geneeskundigen binnen MOA NN) en Diny Schenzel, Froukje Stuiver en Marleen van der Wilk (allen sociaal verpleegkundigen binnen MOA NN).

Bernadette van Klink is afgestudeerd aan de Rijksuniversiteit Groningen in 1999. Na haar opleiding is zij werkzaam geweest als arts-assistent chirurgie bij De Isalaklinieken in Zwolle en als arts-assistent interne geneeskunde in het Scheper ziekenhuis in Emmen. Sinds november 1999 is zij werkzaam bij de MOA NN (tot 2000 COA) als sociaal-geneeskundige agz. Zij is voorzitter geweest van de werkgroep infectieziekten, was lid van de refereercommissie voor geaccrediteerde nascholing van MOA- en GGD-artsen in Noord-Nederland en is vertrouwensarts bij honger- en dorststakingen.

## **Gebruikte afkortingen**

AFPN	Ambulante Forensische Psychiatrie Noord Nederland
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
Aserag	Asylum Seekers/Refugees Aids Control Group
AZC	Asielzoekerscentrum
BMA	Bureau Medische Advisering
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
GVO	Gezondheidsvoorlichting en opvoeding
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus, ook wel aidsvirus
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KOPP	Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
MOA NN	Medische Opvang Asielzoekers Noord Nederland
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
SDQ	Strenghts and Difficulties Questionnaire
Soa	Seksueel overdraagbare aandoeningen
TNV	Tijdelijke Noodvoorziening
VC	Vertrekcentrum
VNN	Verslavingszorg Noord Nederland
VVN	Vereniging Vluchtelingenwerk Nederland
ZRA	Ziektekostenregeling asielzoekers