



Nederlands Instituut van Psychologen

**NIP**



# Verkenning van noden en mogelijkheden voor hulpverlening aan mensen die asiel aanvragen in Nederland

Suzan Soydas  
Trudy Mooren

november  
2015

Onderzoek uitgevoerd door het Psychosociaal Ondersteuningspunt Vluchtelingen,  
onderdeel van Arq Psychotrauma expert groep, in opdracht van het Nederlands Instituut  
van Psychologen (NIP).

## Voorwoord

Dit verkennende onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Nederlands Instituut van Psychologen met als doel te inventariseren hoe de zorg voor asielzoekers en vluchtelingen is geregeld, en of de zorg deze kwetsbare doelgroep bereikt. Het onderzoek is in een kort tijdsbestek verricht en is bedoeld als eerste verkenning van de psychische problematiek van deze doelgroep, wat mogelijk handvatten geeft voor vervolgonderzoek. Het onderzoek is geschreven voor psychologen en de informatie uit het onderzoek is gebaseerd op gesprekken met ervaringsdeskundigen.

Het onderzoek is uitgevoerd door het Psychosociaal Ondersteuningspunt Vluchtelingen, onderdeel van Arq Psychotrauma Expert Groep. Arq Psychotrauma Expert Groep is een groep van instellingen en organisaties die zich bezighoudt met de gevolgen van schokkende gebeurtenissen en psychotrauma. Elke partner in Arq, waaronder Centrum '45 en Equator Foundation, is expert op een deelterrein. Samen staan de partners in Arq voor kennisontwikkeling en kennisoverdracht, begeleiding en behandeling, preventie en ondersteuning. Voor individu, organisaties en samenleving.

De partners in Arq Psychotrauma Expert Groep bundelen hun kennis en expertise om het bestaande vangnet van opvang, begeleiding en zorg voor vluchtelingen te ondersteunen. Hulporganisaties, gemeentes, scholen, GGD-en, zorgverleners en andere professionals kunnen voor consultatie en advies terecht bij het Psychosociaal Ondersteuningspunt Vluchtelingen (POV).

# Inhoudsopgave

## Voorwoord

1. Introductie
2. Opvanglocaties voor, tijdens en na de asielprocedure
3. Geestelijke gezondheidszorg voor, tijdens en na de asielprocedure
4. Behandelmethoden
5. Conclusies en aanbevelingen

## Referenties

## Begrippen en afkortingen

## Geïnterviewde professionals

# 1. Introductie

## Achtergrond asielzoekers

Nog nooit eerder waren er zoveel mensen op de vlucht voor oorlog en geweld: eind 2014 bijna 60 miljoen mensen (Vluchtelingenwerk, 2015). Ten opzichte van 2013 had de Europese Unie het afgelopen jaar te maken met een toename in asielaanvragen van 40 procent, waarvan het overgrote merendeel (117 duizend mensen) uit Syrië kwam (CBS, 2015a). Ook Nederland heeft te maken met een verhoogde instroom van asielzoekers. Het onderscheid tussen vluchteling en asielzoeker is van juridische aard: de asielzoeker is gevlucht en heeft een verzoek tot verblijf ingediend (zie bijlage voor een definitie). In 2014 vroegen bijna 22 duizend mensen asiel aan in Nederland, wat meer dan een verdubbeling is ten opzichte van 2013. Aan deze toename lijkt voorlopig nog geen einde te komen: volgens staatssecretaris Dijkhoff in een brief van 18 september 2015 vragen sinds september wekelijks meer dan 3.000 mensen asiel aan, waarmee in september 2015 volgens het CBS de hoogste toestroom ooit is gemeten (inclusief de toestroom van mensen uit het voormalig Joegoslavië in 1999) (CBS, 2015b). Naast de aanvragen van Syriërs, kwamen er veel asielaanvragen van mensen uit Eritrea, Somalië, Irak en Afghanistan (Vluchtelingenwerk, 2015).

Bij asielzoekers vindt veelal een stapeleffect van stressvolle gebeurtenissen plaats, startende met gebeurtenissen in het land van herkomst – doorgaans de hoofdzakelijke reden om te vluchten - en tijdens de vlucht naar Nederland. Het meemaken van stressvolle gebeurtenissen zoals oorlog, politiek geweld en opstanden vergroot de kans op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen, zoals angst- en depressieve symptomen en het posttraumatisch stressyndroom (PTSS) (Johnson & Thompson, 2008). Normaliter wordt een periode met stressvolle gebeurtenissen gevolgd door een periode van herstel, waarin het niveau van mentale stress daalt (Garmezy, 1993; Rutter, 1985). Echter, niet alleen tijdens de vlucht kunnen veel ontberingen zijn geweest, ook na aankomst in Nederland wacht de asielzoeker een nieuwe stressvolle periode tijdens het verblijf in de opvangcentra, waarbij de onzekerheid van de asielprocedure en de ontvangst hier in Nederland een grote rol spelen. Door deze verlengde periode van stress neemt het risico op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen toe (Scholte et al., 2004; Knipscheer, Sleijpen, Mooren, ter Heide, van der Aa, 2015). Uit een onderzoek van Gerritsen et al. (2006) blijkt dat asielzoekers en vluchtelingen veel psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen hebben. Angst, depressie en posttraumatische stressklachten komen vaker voor in deze doelgroep dan in de gemiddelde Nederlandse bevolking. De prevalentie van PTSS onder de algemene Nederlandse bevolking werd op 7,6% geschat, in vergelijking met 20% onder asielzoekers en vluchtelingen uit Afghanistan, Iran en Somalie (Gerritsen et al., 2006). Meer recentelijk onderzoek van Lamkaddem, Stronks, Devillé, Olff en Gerritsen (2014) schat het percentage getraumatiseerde vluchtelingen in Nederland in 2003 16,3%.

De leefsituatie van de asielzoekers speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling en preventie van psychische problematiek. De asielzoeker verblijft in een onbekend land, met vaak een verlies van een netwerk van familie en vrienden, een verlies van werk en sociale status, met minder mogelijkheden tot een zinvolle dagbesteding, en met een ander besef van wat gezond is en wat niet (MCA, 2015). Deze factoren spelen allen een rol bij de zorgverlening, het behandelresultaat en de herstelmogelijkheden van patiënten (MCA, 2015). Uit onderzoek door Stichting Pharos blijkt dat veel asielzoekers kort na aankomst in Nederland

last hebben van psychische problemen (van Schayk & Vloeberghs, 2001). De lengte van de asielprocedure speelt hierbij bovendien een belangrijke rol: hoe langer de procedure duurt, hoe groter de kans op klachten (Laban, 2010). Tijdens deze procedure zijn de mogelijkheden tot participatie (school, werk, sport, etc.) en financiële middelen beperkt, wat een sterke invloed kan hebben op de gezondheid van asielzoekers (Goosen, 2014). Door de huidige hoge instroom van vluchtelingen in Nederland is er, bovenop deze al aanwezige risicofactoren, sprake van overbezette opvanglocaties waardoor asielzoekers constant worden verplaatst en het asielsysteem enorm onder druk is komen te staan. Het is onduidelijk wat het effect van de op deze nieuwe situatie aangepaste hulpverleningsstructuur is op het psychosociale welzijn van asielzoekers en vluchtelingen.

### Onderzoeksdoel en -vragen

Het huidige onderzoek dient om inzicht te krijgen in de actuele organisatie van de psychologische hulpverlening aan vluchtelingen in Nederland. In het onderzoek wordt een inventarisatie gemaakt van wat veelvoorkomende hulpvragen van vluchtelingen aan zorgverleners zijn, en hoe daar in de praktijk mee om wordt gegaan. Er wordt hierbij aandacht besteed aan de hulpverleningsstructuur, en of de betrokken instanties voldoende zijn toegerust om de gevraagde zorg te verlenen. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor versterking van de hulpverleningsstructuur, met speciale aandacht voor de mogelijke rol van psychologen hierin.

### Onderzoeksopzet

Het onderzoek is uitgevoerd door het Psychosociaal Ondersteuningspunt Vluchtelingen, een onderdeel van de expertisecoepelorganisatie Arq, uitgevoerd in opdracht van het Nederlands Instituut van Psychologen. Voor het onderzoek werden relevante rapporten en publicaties bestudeerd en werd veldonderzoek gedaan in de vorm van interviews en gesprekken met medewerkers van het Rode Kruis, Dokters van de Wereld, Vluchtelingenwerk, Pharos, i-psy en Centrum '45, een verpleegkundige werkzaam op verschillende crisisondopvanglocaties, en een praktijkondersteuner huisarts (POH)/sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Het onderzoek is een eerste verkennende studie en vond plaats in de periode van oktober tot november 2015.

## 2. Eenmaal in Nederland, en dan?

### Opvanglocaties voor, tijdens en na de asielprocedure

Om te kunnen begrijpen hoe de zorg van asielzoekers in Nederland is geregeld, is het van belang om goed zicht te hebben op de verschillende soorten opvang waar een asielzoeker na zijn of haar aankomst in Nederland mee te maken kan krijgen, en wie er op welke locatie verantwoordelijk is voor de zorg. Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen tijdelijke (crisis)(nood)opvang, en reguliere opvang. Voor deze tekst zijn bronnen geraadpleegd van de website van Vluchtelingenwerk, de overheid en het COA.

#### 2.1 Soorten opvang tijdens het reguliere proces

Vreemdelingen die asiel aanvragen in Nederland, melden zich bij een **aanmeldcentrum** van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND). Er zijn diverse aanmeldcentra verspreid over het hele land. Normaal gesproken zou de procedure er verder als volgt uitzien:

- Vanaf de aanmelding verblijven asielzoekers in de **centrale opvanglocatie (col)**, de officieel eerste (reguliere) verblijfplaats van asielzoekers. In ongeveer drie dagen vindt identificatie, registratie (door de vreemdelingenpolitie en verkrijging van het officiële V-nummer) en tbc-controle (longfoto door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst -GGD) plaats.
- Aan ieder aanmeldcentrum van de IND is een **proces opvanglocatie (pol)** van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) gekoppeld. Dit is het verblijf tijdens de asielprocedure. In ongeveer 12 dagen komt er een besluit van de IND.
- In afwachting van de uitvoering van dit besluit (verlengde procedure, het krijgen van een (tijdelijke) verblijfsvergunning, of een afwijzing van de asielaanvraag) verblijven de vluchtelingen en asielzoekers in een **asielzoekerscentrum**.
- Hierna worden de vluchtelingen in een toegewezen gemeente **gehuisvest**, en **keren** uitgeprocedeerde/afgewezen asielzoekers **terug** naar het land van herkomst, of verdwijnen zij in de **illegaliteit** in Nederland.

#### 2.2 Typen opvang tijdens de huidige instroom

##### Opvang voorafgaand aan de asielprocedure

Vanwege de hoge toestroom van vluchtelingen van de laatste tijd, zijn er nieuwe vormen van opvang gerealiseerd om te voorkomen dat mensen vanwege de lange wachttijden op straat moeten overnachten.

De wachttijd voor aanmelding en registratie is momenteel een aantal dagen. Op dit moment wachten circa 13.000 mensen op registratie, aldus een medewerker van Vluchtelingenwerk.. Zij verblijven, in afwachting op de registratie en het verblijf in de **col**, in de door gemeenten beschikbaar gestelde **crisisnoodopvang (pre-col)**: locaties, zoals sporthallen, die ook voor incidenten, rampen of crises worden gebruikt. Hieronder vallen ook de onlangs opgezette **paviljoenen** in Ter Apel. Deze opvang is in beginsel bedoeld voor 72 uur, waarna zij kunnen doorstromen naar door het COA georganiseerde opvang. Ook komt het voor dat aan gemeenten wordt gevraagd de periode van 72 uur te verlengen, totdat er een nieuwe plek is

gevonden voor de betreffende groep. Belangrijk punt hierbij is dat de asielzoeker nog geen V-nummer hebben.

Wanneer de asielzoekers terecht kunnen voor aanmelding en registratie, verblijven zij in de **col** in ter Apel.

Omdat het vanwege de drukte momenteel circa 6 maanden duurt voordat de asielprocedure kan starten, kunnen de asielzoekers nog niet terecht in de **pol**. Afhankelijk van de gemeentelijke voorzieningen worden de asielzoekers daarom na de registratie teruggeplaatst in een **crisisnoodopvang** of verblijven zij in een **noodopvang (pre-pol)**. Dit zijn hallen en locaties voor paviljoens die zes tot twaalf maanden opvang kunnen bieden aan zo'n 300 of meer asielzoekers. Kabinet, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Interprovinciaal Overleg (IPO) hebben een beroep gedaan op de provincies om onder de regie van de rijksheren (de Commissarissen van de Koning) in alle provincies een noodopvanglocatie(s) in te richten (omvang van 2.000 – 2.500 en zijn in ieder geval nodig tot en met 2016).

Sommige asielzoekers, zoals bijvoorbeeld alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV), gezinnen en leden van een gezin die zich aanmelden in het kader van gezinshereniging, hoeven niet eerst naar de (crisis)noodopvang om de start van hun procedure af te wachten, maar starten gelijk met de procedure waarbij zij direct in de **pol** (zie hieronder) worden geplaatst. AMVvallen onder juridische verantwoordelijkheid van NIDOS, Voogdijvereniging.

Als de procedure eenmaal van start gaat worden de asielzoekers verplaatst naar de **proces opvang locatie (pol)**, waar zij verblijven gedurende de lengte van de procedure. Voor AMV is er in theorie separate opvang geregeld, in gastgezinnen, kleine groepen en op campussen. Zij gaan in deze fase dagelijks naar school. De gemiddelde duur van verblijf in een pol is nu 6 weken.

#### Opvang tijdens de asielprocedure

De eerste 6 dagen is de **rust/voorbereidingstijd** ter voorbereiding op de procedure. Onderdak, maaltijden en ziektekostenverzekering/medische zorg worden betaald door de Nederlandse overheid. Ook krijgen asielzoekers een uitnodiging voor een medische intake door het GC A. Tijdens deze periode vindt het contact met de advocaat plaats, betaald door de Raad voor Rechtsbijstand. Vluchtelingenwerk geeft daarnaast voorlichting over asielprocedure en medisch advies. Ook is er een afspraak met een medisch verpleegkundige van de Forensisch Medische Maatschappij Utrecht (FMMU), om ten behoeve van de asielprocedure psychische en/of lichamelijke problemen vast te stellen.

Na deze rusttijd start de **Algemene Asiel Procedure**. Het eerste gehoor met de IND vindt plaats, waarbij identiteit, nationaliteit en vluchtroute worden vastgesteld. Na 2 dagen vindt het nader gehoor plaats, waarbij het vluchtrelaas wordt besproken. Hierbij wordt gevraagd naar de reden van de vlucht, en waarom het niet mogelijk is om terug te keren. Dit is vaak een lang verhoor, waarbij veel details moeten worden verteld. Na maximaal 8 dagen vindt de **beslissing** van de IND over de asielaanvraag plaats. De regels hiervoor staan in een aantal wetten en verdragen zoals de Nederlandse Vreemdelingenwet, het Internationale

Vluchtelingenverdrag en het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM). Deze beslissing kan leiden tot een verlengde procedure of een hoger beroep, het toewijzen van een (tijdelijke) vergunning en daarbij horende huisvesting, of tot een afwijzing.

### Opvang na afloop van de procedure

Na de procedure is het de bedoeling dat het wachten op de uitvoering van de beslissing van de IND (verlengde procedure, uitzetting of (tijdelijke) verblijfsvergunning) wordt gedaan in een **asielzoekerscentrum (AZC)**. Omdat deze overvol zitten blijven mensen vaak hangen in het **pol**, waardoor hier geen nieuwe mensen kunnen instromen en de start van de procedure nog langer op zich laat wachten. Een **asielzoekerscentrum** heeft een gemiddelde capaciteit van 300-1500+ personen. Bewoners zorgen hier zo veel mogelijk voor zichzelf. Tijdens het verblijf in een AZC vindt een oriëntatie op de Nederlandse samenleving plaats, een voorinburgeringstraject, of een voorbereiding op terugkeer. Vanwege een gebrek aan huisvestingsmogelijkheden wonen er nu circa 13.000 mensen met status (vluchtelingen) in AZC's. Bij een negatieve beslissing krijgt de asielzoeker 4 weken om te vertrekken. Wanneer dit niet mogelijk is, is er maximaal 12 weken verlenging, en wordt de opvang verplaatst naar een vrijheidsbeperkende locatie/gezinslocatie.

### **Vluchtelingen**

Bij het krijgen van een status wordt de vluchteling gevestigd in een toegewezen gemeente. Vanwege de lange wachttijd voor huisvesting en verzadiging van de AZC's, heeft de VNG de gemeenten opgeroepen om mensen tijdelijk onder te brengen bij particulieren, in een kerk, een bedrijf of bij particuliere organisaties zodat er ruimte kan worden gecreëerd bij particuliere organisaties. Vluchtelingen krijgen geen voorrang meer bij sociale huurwoningen en de huisvesting is versoberd.

### Afgewezen asielzoekers

Asielzoekers wiens aanvraag is, of lijkt te worden, afgewezen, en asielzoekers die, om wat voor reden dan ook, in een langdurige procedure zijn geraakt, kiezen er soms voor om illegaal in Nederland te verblijven. Uit onderzoek is gebleken dat zo'n 10% van de illegalen een asielachtergrond heeft (Heijden, Gils, Cruijff & Hessen, 2006). Op dit moment vertrekt er, volgens een medewerker van Vluchtelingenwerk, gemiddeld 1 persoon/gezin per week uit een COA locatie, vanwege (naderend) negatief besluit, waarvan een deel in de illegaliteit terecht komt. De rechtbank heeft vorig jaar mei geoordeeld dat de gemeente onrechtmatig verblijvende (meerderjarige) vreemdelingen noodopvang moet bieden, met verwijzing naar de uitspraak van het Europees Comité van de Sociale Rechten (ESCR). Illegalen hebben in Nederland onvoorwaardelijk recht op een sobere opvang met eten en drinken wat zich uit in de bed, bad, brood regeling. Ook hebben zij recht op 'medisch noodzakelijke' zorg. Medici en ziekenhuizen zijn verplicht elke patiënt met acute en ernstige klachten hulp te verlenen. Ze kunnen voor dergelijke zorg voor illegalen tot op zekere hoogte een beroep doen op speciale fondsen van de overheid.



## 3. Geestelijke gezondheidszorg voor, tijdens en na de asielprocedure

### 3.1 Voor de procedure: gemeentelijke (crisisnood)opvang (pre-col's)

#### Zorgstructuur

De coördinatie van de crisisnoodopvang ligt primair bij de gemeente. De crisisnoodopvang is een tijdelijke slaapplek voor asielzoekers die net in Nederland gearriveerd zijn, en hoeft alleen te voldoen aan de bed, bad, broodregeling. De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio (GGD-GHOR) coördineert de geneeskundige hulpverlening voor de crisisnoodopvang. De GHOR organiseert de basisgezondheidszorg (huisartsenzorg), maakt afspraken met apotheken, en informeert en betreft ketenpartners die specialistische zorg leveren (o.a. ziekenhuizen). In de 72-uurscrisisnoodopvang ligt de nadruk op basiszorg (huisarts, apotheek, ziekenhuis). De zorg wordt meestal verleend door huisartsen in de regio (en niet door het GC A zoals op de reguliere locaties). Informatie hierover is bekend bij de gemeente en bij de regionale huisartsenorganisatie. Acht uur per dag is er een hulpverpleegkundige/EHBO'er aanwezig, en in de avonden en weekenden worden de *shifts* overgenomen door vrijwilligers van het Rode Kruis.

#### Zorg in de praktijk

##### *Symptomen*

Een verpleegkundige die werkzaam is geweest op meerdere crisisnoodopvanglocaties in de regio Midden Nederland geeft aan dat er veel spanning heerst op de locaties. Mensen hebben veel meegemaakt, er is weinig privacy. Mensen afkomstig uit allerlei landen zitten bij elkaar en kunnen niet met elkaar communiceren. Dit leidt tot onbegrip, afzondering, terugtrekking en een stijging van de al aanwezige spanning; angstige mensen blijven hierdoor angstig. Wantrouwen, lusteloosheid, piekeren, zorgen om de familie die nog in het land van herkomst is, slaapstoornissen en nachtmerries werden vaak geobserveerd. Een medewerker van het Rode Kruis vertelt dat een gebrek aan rust, moeheid, verdriet, onzekerheid, ledigheid, en het niets kunnen doen, verder bijdraagt aan een onrustige sfeer in de crisisnoodopvanglocaties. Ondanks dat er goed toezicht wordt gehouden, zijn er op sommige noodlocaties signalen van aanranding.

Bij kinderen viel op dat zij, het culturele verschil hierbij in acht genomen, zich vaak volwassener gedroegen dan passend bij hun leeftijd. Ook waren er veel kleine opstootjes tussen kinderen, waarbij bezittingen werden afgepakt en de baas over anderen werd gespeeld.

Hoewel eerder onderzoek heeft uitgewezen dat het aantal klachten in deze eerste fase ogenschijnlijk meevalt vanwege een vertraagde *onset* (Haker, van Bommel en Bloemen, 2010), geeft de verpleegkundige aan dat er in deze groepen veel mensen met psychische problemen kampen. Deze mensen zouden er normaal gesproken worden uitgefilterd door een huisarts, maar vanwege de minimale bezetting van hulpverleners op deze locaties is dat nu niet het geval. Een vrijwilliger van het Rode Kruis en een medewerker van Dokters van de

Wereld zagen voornamelijk mensen met lichtere klachten, zoals hoofdpijn, en vermoeden dat de zwaardere problematiek zich pas in een later stadium zal manifesteren: “de behoefte aan hulp is waarschijnlijk hoog, maar zij komen nu nog niet tot rust en aan hun problemen toe”. Zij zagen niet veel mensen met zware psychische klachten, uitzonderingen daargelaten. Voor die uitzonderingen echter, was er onvoldoende adequate hulp mogelijk.

#### *Psychosociale ondersteuning*

De verpleegkundige geeft aan dat hoewel talloze vrijwilligers zorgen voor dagbesteding op de crisisnoodopvang locaties voor zowel volwassenen als kinderen, er niets is geregeld op het gebied van psychosociale ondersteuning. De verpleegkundige merkt op dat er een aantal zeer zieke mensen op de crisisnoodopvanglocaties verblijft, en dat die veel risico lopen. Dit is vaak ook moeilijk voor de medewerkers en vrijwilligers die hierbij betrokken zijn: zij weten ook niet waar ze de volgende dag weer naartoe moeten en kunnen dus weinig regelen. Alleen bij acuut suïcidale dreigingen kan er een beroep worden gedaan op de reguliere zorg. Volgens de verpleegkundige komt het COA pas in actie na de registratie, zowel voor psychische als lichamelijke zorg. Mensen met psychische problemen in de crisisnoodopvanglocaties vallen hierdoor tussen wal en schip, omdat zij nog niet geregistreerd zijn en hun verblijfplaats constant wisselt en onduidelijk is. Vanwege dit gebrek aan continuïteit in de zorg wordt er geen medische behandeling gegeven. Meerdere betrokken instanties hebben (vooralsnog) geen protocol om zorg te kunnen verlenen in deze steeds wisselende situatie. Zo gaf een medewerker van Veilig Thuis bij een melding aan dat de observatie niet door hen gerealiseerd kon worden in deze setting. Het advies aan de verpleegkundige was de observatie zelf uit te voeren. Hoewel de verpleegkundige in dit geval een beroep heeft kunnen doen op de vrijwilligers, en de situatie op die manier onder controle is gekomen, benadrukt de verpleegkundige dat het gros van de vrijwilligers geen zorgprofessional is en dit soort taken niet zou mogen overnemen. Daarnaast wordt het medisch dossier in de crisisnoodopvanglocaties beheerd door de gemeente en zijn deze niet inzichtelijk voor de hulpverleners die dagelijks met de asielzoekers te maken hebben

#### *Belasting voor de hulpverleners*

Volgens de verpleegkundige was het onduidelijk wat de doorverwijsmogelijkheden waren, en lag het aan het eigen initiatief van degene die dienst had, wat voor zorg er werd geboden. Er stonden in zijn geval 2 hulpverleners op 150 asielzoekers, en dit was voldoende. Voor de hulpverleners zelf was er niets geregeld, er waren geen folders over de bestaande structuren en niemand werd geïnformeerd over wat zij konden verwachten bij deze complexe doelgroep. De verpleegkundige geeft aan dat de belasting voor hem niet te hoog was, maar dat de belasting voor de vrijwilligers en gemeentelijke werkers wel te hoog leek. Er heerste duidelijke frustratie over de machteloosheid van het regelen van betere ondersteuning door een gebrek aan (financiële) middelen. Volgens een vrijwilliger van het Rode Kruis verschilde de belasting van de vrijwilligers erg. Er waren mensen van alle leeftijden, die veelal positieve geluiden gaven. De vrijwilliger denkt dat de angst van de vrijwilligers vooraf groter is dan wanneer ze eenmaal aan de slag zijn: “het valt in praktijk allemaal mee”.

#### *Aanbevelingen*

De verpleegkundige geeft aan dat een goede briefing op papier (draaiboek) van belang is, met daarbij aandacht voor wat de hulpverlener kan verwachten, wat veel voorkomende

symptomen en signalen zijn van bijvoorbeeld PTSS en comorbide stoornissen en wat er aan doorverwijsmogelijkheden zijn in zowel psychische als lichamelijke zorg (geestelijke gezondheidszorg (GGZ), tracing, specialistische medische zorg). Hiervoor zouden er regionale afspraken moeten worden gemaakt. Ook een psychosociale hulpverlener die via de huisarts ingeschakeld kan worden, zou gewenst zijn. Tot slot is een goede documentatie/verslaglegging nodig zodat de geboden zorg niet meer afhankelijk is van het individuele initiatief van hulpverleners, maar er kan worden teruggegrepen op eerdere ervaringen. Volgens de vrijwilliger van het Rode Kruis is het belangrijk om de psychische zorg af te stemmen op de verwachtingen van de patiënt.

### 3.2. Tijdens de procedure: COA-opvang

*Hieronder vallen de Centrale opvanglocatie (col), de Procesopvanglocatie (pol), de Procesopvanglocatie Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (paa), het Asielzoekerscentrum (AZC), de Aanvullende opvang (AVO), de Kleine wooneenheid/woongroep/Beschermde opvang (KWE/KWG/BO), de Gezinslocatie (GLO) en de Vrijheidsbeperkende locatie (VBL)*

#### Zorgstructuur

Iedereen in de nood- en reguliere opvang heeft recht op medische en geestelijke zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg voor asielzoeker is vastgelegd in de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Dit lijkt op de zorgverzekeringswet en wet langdurige zorg. Ook maken asielzoekers aanspraak op een deel van de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De Jeugdwet is gedeeltelijk uitgewerkt in de RZA. Er geldt voor asielzoekers geen eigen bijdrage of eigen risico. Het COA is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen gezondheidszorg aan asielzoekers in deze soorten opvang en financiert dit. De uitvoering van de RZA is door COA aan Menzis gegeven: Menzis COA Administratie (MCA). Menzis heeft voor organisatie van huisartsenzorg een eerstelijns landelijk gezondheidscentrum voor asielzoekers (GCA) ingericht, dat werkt vanuit zorglocaties dichtbij of op asielzoekerscentra.

Naast de huisarts, de praktijkondersteuner en de doktersassistent is er een consulent GGZ aanwezig, die eerstelijns geestelijke gezondheidszorg aanbiedt. De consultants GGZ houden spreekuren op de GC A-locaties. Het zijn SPVs die getraind zijn in culturele competenties. Ze hebben kennis van de asielprocedure en de specifieke leefomstandigheden in de AZC's. Asielzoekers in de nood- en reguliere opvang kunnen naast het gebruikmaken van de spreekuren, 24 uur per dag de GC A-Praktijklijn bellen die bemenst wordt door triagisten en een huisarts. Na telefonische triage wordt bepaald of er geschakeld moet worden met de GC A-locatie, of in het weekend of 's nachts met een huisartsenpost in de buurt van het asielzoekerscentrum. In het weekend en 's nachts is er een EHBO post/arts aanwezig voor spoedgevallen/triage. Zij behandelen niet maar kunnen wel verwijzen. Asielzoekers in de reguliere opvang zijn verzekerd bij MCA. Zij hebben een zorgpasje.

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), ook wel bemoeizorg genoemd, is zorg naar aanleiding van bijvoorbeeld 'overlast' op de COA opvanglocatie door individuen en groepen. Deze zorg is primair belegd bij de GGD, maar ook inzet vanuit de GGZ is mogelijk. Hieronder valt de actieve ongevraagde hulpverlening aan volwassenen[1] asielzoekers met ernstige

problemen op psychiatrisch gebied, die niet zelf om hulp vragen en die niet bereikt worden met het reguliere zorgaanbod. In voorkomende gevallen treedt de BOPZ in werking. In het geval van kinderen (0-19 jaar) kan een beroep gedaan worden op de Jeugdgezondheidszorg. Het Multidisciplinair overleg (MDO) en het COA op locatie wordt door deze organisaties geïnformeerd als zij bemoeizorg in het kader van “overlast op locatie” inzetten.

### Zorg in de praktijk

#### *Paviljoens Ter Apel (col)*

De paviljoens in Ter Apel hebben een andere aard dan de noodopvanglocaties die hieronder worden besproken. De paviljoens voorzien in een kortstondig verblijf tijdens de registratie, en is een uitbreiding van de reguliere **col**. Ook in de paviljoens is een GC A post opgericht met inloopsprekuren. Er is altijd een arts/verpleegkundige aanwezig. De zorg richt zich vooral op medicatie. Dokters van de Wereld heeft hier in samenwerking met het Rode Kruis vrijwilligers ingezet die op medische problemen screenen. Een medewerker van Dokters van de Wereld vertelt dat er zich nog bijna geen psychische klachten manifesteren, zo vlak na de aankomst. Mensen zijn opgelucht dat ze zijn aangekomen en zien de toekomst veelal nog positief in. Er heerst nog wel spanning van het verleden en de vlucht, maar dit uit zich nog niet in depressieve klachten of PTSS symptomen. Tussen AMV uit Eritrea en Syrië zijn met enige regelmaat opstootjes. Ook de aanwezigheid van LHBT'ers en androgyne asielzoekers zorgt vaak voor extra spanningen en opstootjes.

In de **noodopvang** in Heumensoord bij Nijmegen worden vooral somatische klachten gerapporteerd, die met aandacht en praten kunnen worden verminderd. Hoewel de GC A spreekuren vol zitten, rapporteert slechts een enkeling psychische klachten. De mensen verblijven hier nu zo'n zeven weken en het is mogelijk dat er, naarmate de tijd verstrijkt, meer mensen klachten zullen rapporteren, denkt een medewerker van het Rode Kruis.

In de **noodopvang** in Amsterdam is er tot nu toe op de 1500 mensen slechts vier keer een SPV, en één keer een psychiater nodig geweest. Dokters van de Wereld schrijft dit toe aan het feit dat asielzoekers in deze fase nog in mindere mate hulpvragen stellen.

Een medewerker van Vluchtelingenwerk, werkzaam op de **pol** in Ter Apel, vertelt dat ze veel mensen ziet die enorm in de stress zijn geraakt van de lange wachttijden. Zij willen graag zo snel mogelijk gezinshereniging aanvragen, maar al met al zit er zeer waarschijnlijk minimaal een jaar tussen hun eigen aankomst in Nederland en het weerzien van hun familie. De asielzoeker kan in de tussentijd niets doen en alleen maar afwachten, terwijl de familie in het land van herkomst vaak in een gevaarlijke situatie verblijft. Dit besef maakt veel mensen emotioneel, en er zijn dagelijks mensen die in een opwelling besluiten weer terug te willen naar het land van herkomst. Dit brengt nieuwe moeilijkheden met zich mee: paspoorten en overige documenten zijn ingeleverd voor de procedure, en liggen vaak op een andere locatie. Om terug te kunnen naar Syrië is bovendien een inreisvisum nodig. Ook moet iedereen bij aankomst in Nederland zijn of haar telefoon inleveren voor nader onderzoek. Het kan een paar weken duren voordat zij hun telefoon weer terugkrijgen. In de tussentijd kan het moeilijk zijn om contact te krijgen met het thuisfront. Tot slot wordt er af en toe drank- en drugsgebruik gesignaleerd onder met name jongeren.

Volgens een medewerker van Pharos bestaat op de **AZC's** het probleem dat mensen zich niet bij de consulent GGZ melden, ondanks de pogingen mensen op AZC's te activeren en het extra budget wat hiervoor is vrijgemaakt. Iedereen heeft te kampen met problemen, waardoor de problematiek als normaal wordt ervaren en mensen geen hulp zoeken. Echter, de afgelopen 5 jaar is er toch een enorme groei waargenomen van het aantal asielzoekers en vluchtelingen dat de GGZ weet te bereiken, aldus een woordvoerder van i-psy. Dit heeft volgens hem te maken met een verlaagde drempel en een betere bekendheid van de GGZ.

Waar in het verleden mensen soms jaren in een **AZC** zaten, zonder dat zij mochten werken of konden inburgeren, krijgt de nieuwe toestroom asielzoekers, met name de Syriërs, relatief snel een verblijfsvergunning. Uit onderzoek door Laban (2010) blijkt dat een korter verblijf in de AZC's de psychische gezondheid ten goede komt. Door overbevolking van de AZC's, de onzekerheid die gepaard gaat met het wachten op de beslissing van de IND, de beperkte mogelijkheden tot dagbesteding, en het soms moeten verhuizen naar een ander AZC is er vaak sprake van spanning. Voor kinderen (en hun ouders) veroorzaken vele wisselingen in school door verhuizingen veel stressklachten (Werkgroep Kind in AZC, 2014).

Veelvoorkomende klachten zijn angstklachten, somatische klachten, depressieve klachten en PTSS-klachten. Een deel van de mensen die zich bij de GC A consulent aanmeldt, komt in de tweede- of derdelijnszorg terecht. Door de langere duur van het verblijf op een AZC is zorg in de regio toegankelijker en door de periode van relatieve rust die is aangebroken in afwachting van het besluit van de IND, treedt eerder sluimerende problematiek nu meer naar de voorgrond.

#### *Aanbevelingen*

Een aanbeveling is meer aandacht voor kwetsbare individuen in de noodopvanglocaties, zodat zij geïdentificeerd kunnen worden en overgebracht kunnen worden naar een andere locatie (met meer privacy). Hieronder vallen de AMV, voor wie het van belang is dat zij goed worden gemonitord. Vanwege hun leeftijd en het ontbreken van familie zijn zij extra gevoelig voor negatieve invloeden, zoals drank- en drugsgebruik. Velen van hen hebben heimwee en lopen verloren in het rond (eerder is al vermeld dat NIDOS als voogdijvereniging betrokken is). Sommigen zijn tijdens de reis familie kwijtgeraakt. Dagbesteding is zeer van belang voor deze doelgroep. Verder zou het waardevol zijn om kortstondige, laagdrempelige psychosociale ondersteuningsvormen in het leven te roepen, die door niet-medische vrijwilligers kunnen worden uitgevoerd (zoals het uitvoeren van meer dagactiviteiten, praatgroepen, etc.).

### 3.3 Na de procedure: huisvesting

#### Zorgstructuur

Na het verblijf in het AZC worden vluchtelingen (asielzoekers die een verblijfstatus hebben gekregen) in een toegewezen gemeente gevestigd. Zij krijgen een huis, geld voor de inboedel en volgen een inburgeringstraject. De zorg verloopt regulier, net als voor Nederlanders, via de huisarts die kan doorverwijzen naar de GGZ. Uit recent onderzoek is gebleken dat het zorggebruik bij vluchtelingen in het algemeen toeneemt wanneer zij in een gemeente komen wonen en directe toegang hebben tot de reguliere zorg (huisarts) (Lamkaddem et al.,

2013). In 2015 moeten gemeenten naar schatting zo'n 30.000 vluchtelingen huisvesten (Pharos, 2015). Groot en terugkerend probleem is dat als eenmaal status is verleend, de tolk voor huisartsen niet langer vergoed wordt.

## Zorg in de praktijk

### *Symptomen*

Volgens een POH, die veel ervaring heeft met deze doelgroep in Amersfoort en het Gooi, staan somatische klachten, slecht slapen en PTSS klachten op de voorgrond. Daarnaast worden klachten gerapporteerd die te maken hebben met spanning, hyperventilatie, somberheid, sociale problemen (zoals opvoeden), verdriet, piekeren en wennen aan een nieuwe omgeving. PTSS symptomen zoals schrikachtigheid en waakzaamheid komen wel voor, maar staan niet op de voorgrond. Actuele stressoren hebben vaak te maken met de inburgeringscursus, waarbinnen concentratieproblemen en vermoeidheid een rol spelen. Ook zijn er vaak zorgen om de te regelen zaken wanneer iemand net gehuisvest is. Deze nieuwe stressoren leiden soms tot een verergering van al eerder sluimerende problematiek, vooral na de periode van relatieve rust in het AZC. De meeste mensen die zich in deze fase bij de huisarts melden met problematiek, hebben nog geen eerder beroep gedaan op de GGZ en hebben veel klachten. Van kinderen merkt de POH op dat zij sneller in de normale processen zoals schoolgaan vallen, waardoor klachten minder zijn. Wel worden regressieve klachten zoals bedplassen vaak waargenomen.

### *Aanbevelingen*

Meer mensen komen in eerste instantie bij de POH terecht vanwege de laagdrempeligheid om naar de huisarts te gaan; er is een drempel naar de GGZ waarneembaar. Echter, binnen de reguliere huisartsenpraktijken bestaat nog te weinig kennis over deze doelgroep, veelvoorkomende problematiek, wat huisartsen/POH zelf kunnen ondernemen en wanneer er moet worden doorverwezen. De POH schat in dat zij nu in zo'n 40% van de gevallen doorverwijst. Dit gebeurt bij niet goed kunnen functioneren, ernstige depressie en complexe PTSS klachten. De huisartsenzorg kan in dat opzicht nog worden geoptimaliseerd, er is op dit gebied nog veel te winnen. Hierbij is het van belang te werken vanuit de veerkracht en de behoefte van de patiënt, zonder teveel voor hen in te vullen. Hierbij zijn (overzicht van) de sociale structuren belangrijk, zoals het inzetten van vrijwilligers op psychosociale activiteiten. Op dit terrein kan nog veel worden gewonnen.

De POH verwijst in enkele gevallen door naar de eerste of tweedelijnszorg in de regio. In de meeste gevallen verwijst zij echter door naar één van de landelijke specialistische GGZ instellingen zoals Centrum '45 of Equator Foundation, vanwege de ervaring met complexe PTSS klachten en het begrip voor de culturele en sociale context. De regionale GGZ sluit hier vaak minder goed op aan, vindt zij. "Collega POH verwijzen wel vaak door naar de algemenere, regionale GGZ. Echter, huisartsen, POH en de regionale GGZ hebben niet specifiek gekozen voor het werken met deze doelgroep, waardoor de affiniteit en het begrip voor het werken met deze complexe doelgroep minder is. Hierdoor weten zij vaak niet goed wat zij aan moeten met deze doelgroep, en komt de doelgroep minder goed terecht".

Er liggen kansen voor de hulpverlening op het gebied van e-health, social media en internet. Een wifi-verbinding is vaak van heel groot belang: het is de lijn met de achterblijvers in het

land van herkomst, en vormt een belangrijke bron van informatie. Dit is een merkbare, recente ontwikkeling met de komst van de nieuwe groepen asielzoekers. Op het gebied van e-health kan gedacht worden aan informatiemateriaal/psycho-educatie (in verschillende talen) over bijvoorbeeld spanningsreductie, hyperventileren, PTSS etc., wat kan helpen in het normaliseren van de klachten en het reduceren van de spanning en het gevoel 'gek te worden'. Ook filmpjes waarin ademhalingsoefeningen kunnen worden meegedaan zouden waardevol zijn.

### 3.4. Geen status, wel in Nederland: ongedocumenteerden

#### Zorgstructuur

In de vluchtelingengroepen in Amsterdam wordt de gezondheid gemonitord door vrijwilligers, de zogenaamde poortwachter, op een wekelijks spreekuur. Zij zorgen ervoor dat mensen met klachten bij de huisarts terecht kunnen.

Dokters van de Wereld waarschuwt ervoor dat van de nieuwe instroom asielzoekers, een deel uit de procedure zal vallen en terecht zal komen in de illegaliteit. De organisatie is bang dat deze groep dus blijft groeien maar dat de aandacht ervoor af zal nemen, omdat veel initiatieven zich focussen op de rest, met veel aandacht voor opvang en de procedure. Voor degenen wiens procedure lang zal duren, direct een negatief besluit krijgen, of die zichzelf uit de procedure terugtrekken, is de kans groot dat zij in de illegaliteit terechtkomen en dat zich zwaardere problematiek zal manifesteren.

#### Zorg in de praktijk

##### *Symptomen*

Ongedocumenteerden zijn veelal al wat langer in Nederland, en hebben doorgaans meer klachten. Voor deze groep heeft het niets mogen doen, de verveling, een sterk nadelig effect op de psychische gezondheid. De GGZ problematiek is breed zichtbaar bij deze groep en alom aanwezig, waarbij PTSS klachten op de voorgrond staan. Bij jongeren is er vaak sprake van verslavingsproblematiek en daarmee samenhangend, van agressie waardoor zij moeilijk in zorg te krijgen zijn. Binnenkort verschijnt er een rapport van het College van de Rechten van de Mens die de problematiek van deze groep inzichtelijker moet maken.

##### *Aanbevelingen*

Psychologen worden aanbevolen te verwoorden dat het nietsdoen de psychische gezondheid verslechtert. Een wetswijziging is aan te bevelen waardoor het ondernemen van dagelijkse activiteiten en het krijgen van educatie, mogelijk wordt. Structuur, dagbesteding, ontspanning en het kwijt kunnen van energie spelen hierbij een belangrijke rol. Het is bovendien van belang ongedocumenteerden niet meer als aparte groep te behandelen, maar hen te betrekken in de GGZ problematiek van vluchtelingen en asielzoekers. Wanneer er op tijd, preventief wordt ingegrepen kan een deel van de psychische klachten worden voorkomen. De zelfredzaamheid moet worden versterkt.

De zorg voor ongedocumenteerden is kwetsbaar, ook al is de financiële barrière lager. "De GGZ in Nederland moet zich voorbereiden op wat komen gaat. Veel mensen komen in de illegaliteit en komen terecht in de GGZ. Er zijn nu al lange wachtlijsten, dus zijn we daar wel op voorbereid?", aldus een medewerker van Dokters van de Wereld.

## 4. Behandelmethoden

De gebruikte behandelmethoden voor psychische problematiek van asielzoekers en vluchtelingen, verschillen per instelling. Globaal valt er een onderscheid te maken tussen de eerste-, tweede-, en derdelijns instellingen. Ter beantwoording van deze vraag is gebruik gemaakt van bronnen van het GC A, een interview met een woordvoerder van i-psy (tweedelijnszorg) en een interview met een medewerker van Centrum '45 en Equator Foundation (derdelijnszorg). Ook is gebruik gemaakt van het convenant dat onlangs is getekend door MCA, GC A, GGD GHOR Nederland en de door MCA gecontracteerde GGZ instellingen, om meer samenhang te creëren tussen de 0de, 1ste, 2de en 3de lijn en zorg te kunnen bieden die qua organisatie en inhoud aansluit op de vraag van de asielzoeker.

### Nuldelijnszorg

Nuldelijnszorg of preventieve gezondheidszorg betreft zorg die wordt aangeboden zonder dat er een hulpvraag is. Binnen de GGZ worden hiermee bedoeld: vrijwilligersorganisaties die zich bezighouden met asielzoekers, lotgenotengroepen, patiënten- of cliëntenverenigingen, partner- of familieverenigingen of stichtingen van asielzoekers, die zich op welke manier ook met (preventie van) zorg bezighouden (MCA, 2015). Hoewel er veel vrijwilligersinitiatieven zijn, is uit de interviews gebleken dat er weinig tot geen preventieve programma's worden aangeboden in de verschillende soorten opvanglocaties.

### Eerstelijnszorg

De GC A consulent (SPV) is het eerste aanspreekpunt voor asielzoekers en vluchtelingen met psychische klachten op de COA locaties. De eerstelijns GGZ is gericht op het leren omgaan met veel voorkomende problemen: depressie, angst- en paniekstoornissen en posttraumatische stressstoornis (PTSS). De behandeling is kortdurend, meestal vijf tot tien gesprekken. Voor crisisgevallen, psychotherapie en traumaverwerking of voor verdergaande medicamenteuze ondersteuning verwijst GC A door naar de tweede lijn. Ook is er samenwerking met algemeen maatschappelijk werk en eerstelijns psychologen.

### Tweedelijnszorg

In de tweedelijnszorg presenteren asielzoekers en vluchtelingen zich voornamelijk met somatisch gerichte klachten, aldus een woordvoerder van i-psy. PTSS, (gemaskeerde) depressies, angststoornissen en aanpassingsproblematiek komen daarnaast veel voor. In het geval van PTSS klachten is er vaak een aantal diepgaande gesprekken nodig om tot de kern van de klachten te komen. Ook in het geval van PTSS presenteren patiënten zich vaak in eerste instantie met somatische klachten, en pas na veel doorvragen blijkt daar soms een PTSS achter schuil te gaan. Voor een deel van de vluchtelingen en asielzoekers is het moeilijk deze PTSS te behandelen. Vaak is er sprake van veel actuele stressoren die gerelateerd zijn aan het asiel- of inburgeringsproces, waardoor het dagelijks functioneren instabiel is. Ook komt het soms voor dat mensen niet mee willen werken aan de behandeling. Zij zijn bang



om met hun verleden geconfronteerd te worden en willen hier niet over praten; zij hebben immers net een nieuwe start gemaakt. In veel gevallen van PTSS is er sprake van een vertraagde *onset*. Bij aankomst in Nederland zijn asielzoekers en vluchtelingen druk met het regelen van hun verblijfsvergunning, onderdak, gezinshereniging, inburgering, etc. Pas nadat zij gestabiliseerd zijn, en dat kan na 4, 5 jaar pas zijn, en zich nieuwe tegenslagen en/of stressoren voordoen, manifesteren de PTSS klachten zich.

In de behandeling van PTSS is het belangrijk een holistische benadering te hanteren, vindt de woordvoerder van i-psy. Hierbij spelen de context en het systeem een belangrijke rol en moeten de verschillende soorten zorg worden gecoördineerd. Niet alle problematiek kan worden opgelost met een puur psychiatrische benadering, er moet ook aandacht zijn voor bijvoorbeeld de sociaal-maatschappelijke kant. Er is geen standaard methodiek die voor iedereen werkt. Het doen van voorwerk door het geven van psycho-educatie, het opbouwen van een vertrouwensrelatie en het creëren van een gevoel van veiligheid zijn hierbij van belang. Het cultuur-sensitief werken is hierbij onmisbaar. In sommige culturen wordt de psychiatrie beschouwd als een ziekenhuis, en in andere weer als een plek waar je naartoe kunt gaan voor maatschappelijke dienstverlening. Door van te voren te investeren in duidelijke uitleg worden reële verwachtingen gecreëerd en wordt een goede basis voor de behandeling gelegd. Qua behandeling wordt Eye Movement Desensitization and Processing (EMDR), psychofarmaca, stabiliserende technieken, (cultureel sensitieve) cognitieve gedragstherapie (CGT), (inzicht gevende) schematherapie en/of systeemtherapie ingezet. Voor complexe casussen en specialistische trauma focused treatment (TFT) wordt doorverwezen naar de derdelijnszorg.

### Derdelijnszorg

Er is een aantal landelijke gespecialiseerde behandelinstellingen voor asielzoekers, zoals Centrum'45, Equator Foundation, Phoenix (onderdeel van Pro Persona), de Evenaar van GGZ Drenthe en Reinier van Arkel.

Volgens Arq, de landelijke psychotrauma expertgroep, wordt voornamelijk gewerkt met Trauma Focused Treatments, zoals EMDR, Narrative Exposure Therapy (NET), Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP), Beknopte Eclectische Psychotherapie voor traumatische rouw (BEP-TG), (cultuur sensitieve) CGT en groepsbehandelingen naar voorbeeld van Drozdek (2010). Deze technieken kunnen worden ondersteund door farmacotherapie, stabiliserende technieken en ondersteuning bij toekomst oriëntatie volgens het 3-fasenmodel. Centrum '45 richt zich ook op laagdrempelige (eerstelijns) preventieve interventie met bijvoorbeeld de Multi Family Approach. Deze interventie is gericht op veerkrachtversterking, stimuleert psychosociale ondersteuning door lotgenoten en creëert draagvlak voor families en groepen om ervaringen te delen en van elkaars ervaringen te leren.

Binnen de polikliniek van Equator Foundation, die zich richt op ongedocumenteerde asielzoekers, worden vaak onbehandelde PTSS klachten opgemerkt. Een tendens binnen de zorg voor asielzoekers en vluchtelingen met traumaklachten lijkt de nadruk op stabiliserende technieken te zijn, waarbij weinig ruimte is voor TFT. In eerste instantie lijkt TFT ook vaak

niet nodig, deels vanwege de vertraagde *onset*, waarna later blijkt dat de problematiek veel groter is dan op het eerste gezicht wordt gedacht. Daarnaast bestaat er de vrees om wat TFT kan losmaken, en is er dus aarzeling om met TFT te beginnen wanneer het dagelijks leven de patiënt wordt gekenmerkt door instabiliteit. Op lange termijn blijkt het enkel aanbieden van stabiliserende technieken echter niet afdoende voor de ernstige en complexe klachten waar een aanzienlijk deel van deze doelgroep mee kampt.

## 5. Conclusies en aanbevelingen voor de GGZ

Uit het onderzoek komt naar voren dat belangrijke fundamenten zijn gelegd voor een goede structuur van de geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen en asielzoekers in Nederland. In de verschillende fasen van het proces van de asielaanvraag zijn er verschillende mogelijkheden voor de benodigde hulp. Tegelijkertijd moet worden geconstateerd dat er lacunes zijn in de hulpverlening die aandacht behoeven, zoals ook blijkt uit het rapport van de Nationale Ombudsman uit 2013. Asielzoekers en vluchtelingen hebben vaker dan gemiddeld psychische klachten. Wanneer de juiste hulp te lang op zich laat wachten lopen spanningen onnodig op, verergert de problematiek voor de individuele vluchteling/asielzoeker en ontstaat er meer overlast voor de omgeving (o.a. onrust, ruzie, agressie). Hoewel de zorg in theorie goed lijkt te zijn geregeld, blijkt dat in de praktijk, vanwege de hoge toestroom asielzoekers van de afgelopen periode en de daardoor in het leven geroepen (crisis)noodvoorzieningen, een deel van de asielzoekers met psychische problematiek toch tussen wal en schip geraakt. Er zijn verschillende initiatieven gestart om het zorgaanbod voor (uitgeprocedeerde) asielzoekers en vluchtelingen te verbeteren, zoals de oprichting van het POV, het activeringsinitiatief 'Iedereen aan de Slag', een samenwerkingsbijeenkomst tussen Dokters van de Wereld en de Johannes Wier Stichting, verschillende factsheets voor hulpverleners in de omgang met asielzoekers zoals die van stichting Impact, en verschillende assessments naar de behoeften van deze doelgroep, door o.a. Dokters van de Wereld en Artsen zonder Grenzen, het Rode Kruis, en de Nationale Ombudsman. Daarnaast is er, in een poging de zorg voor deze doelgroep te verbeteren, onlangs een convenant met Menzis en alle GGZ-instellingen ondertekend. Binnenkort volgen hiervoor de eerste werkgroep besprekingen.

Uit het huidige onderzoek komt alvast een aantal aanbevelingen waarbij psychologen van grote waarde kunnen zijn:

- 1) In de begeleiding van vrijwilligers die werken met vluchtelingen/asielzoekers om deze vrijwilligers te trainen in het observeren en signaleren van psychische problematiek, ondersteund door een duidelijk overzicht van de sociale kaart in de regio, zorgmogelijkheden rondom de (crisis)noodvoorzieningen, en een leidraad met *do's & don'ts* in de omgang met deze doelgroep.
- 2) Als versterking van de hulpverlening in de eerste lijn om bij de vaak psychosomatische klacht-presentatie op de juiste wijze door te vragen om tot de juiste diagnose en indicatiestelling te komen.
- 3) Als duidelijk zichtbare doorverwijsmogelijkheid voor specialistische behandeling, zodat de hulpverleners op laagdrempelige manier kunnen doorverwijzen;
- 4) Door te investeren in preventieve programma's in de eerste fase na aankomst in Nederland. Asielzoekers en vluchtelingen zijn gebaat bij preventieve psychische zorg. De langere wachttijd kan goed benut worden door programma's op te zetten in het kader van activatie en preventie. Hiermee kunnen klachten op de lange termijn verminderd worden.
- 5) Door nadruk te leggen op veerkracht, en de zelfredzaamheid te vergroten door middel van activatie;

- 6) Door meer in te zetten op de e-health mogelijkheden waardoor het bereik wordt vergroot;
- 7) Door extra aandacht te hebben voor kinderen en AMV en hier gerichte programma's op in te zetten.

## Referenties

- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015a). Ruim 40 procent meer asielzoekers in EU. Geraadpleegd op 11 november, <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/veiligheid-recht/publicaties/artikelen/archief/2015/ruim-40-procent-meer-asielzoekers-in-eu.htm>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015b). Recordaantal asielzoekers in september. Geraadpleegd op 5 november, 2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/veiligheid-recht/publicaties/artikelen/archief/2015/recordaantal-asielzoekers-in-september-2015.htm>,
- Droždek, B., & Bolwerk, N. (2010). Group therapy with traumatized asylum seekers and refugees: For whom it works and for whom it does not?. *Traumatology*, 16(4), 160.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136.
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., Van Willigen, L. H., Hovens, J. E., & Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18-26.
- Goosen, S. (2014). *A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands* (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Haker, F., van Bommel, H., & Bloemen, E., (2010). Zorg voor asielzoekers met psychische problemen: het perspectief van de hulpverlener. Geraadpleegd op 6 november 2015, van [http://www.pharos.nl/documents/doc/zapp\\_rapport\\_nov.2010.pdf](http://www.pharos.nl/documents/doc/zapp_rapport_nov.2010.pdf)
- Heijden, P. G. M. v. d., Gils, G. v., Cruijff, M., & Hessen, D. (2006). *Een schatting van het aantal in Nederland verblijvende illegale vreemdelingen in 2005*. Utrecht: Utrecht University
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical psychology review*, 28(1), 36-47.
- Knipscheer, J. W., Sleijpen, M., Mooren, T., ter Heide, F. J. J., & van der Aa, N. (2015). Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. *The Psychiatrist*, pb-bp.
- Laban, C. J. (2010). *Dutch Study Iraqi Asylum Seekers: Impact of a long asylum procedure on health and health related dimensions among Iraqi asylum seekers in the Netherlands; An epidemiological study* (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Lamkaddem, M., Stronks, K., Devillé, W.D., Olf, M., Gerritsen, A.A.M. & Essink-Bot, M.L. (2014). Course of post-traumatic stress disorder and health care utilization among resettled refugees in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 14,(1), 90.
- Menzis Coa Administratie (MCA), (2015). Convenant GGZ voor asielzoekers: optimale samenwerking tussen GGZ-aanbieders en (zorg)ketenpartners. Geraadpleegd op 12 september, 2015, van <http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gesondheidszorg-asielzoekers-pga/publicaties/publicatie/13410-ant-ggz-voor-asielzoekers-optimale-samenwerking-tussen-ggz-aanbieders-en-zorg-ketenpartners>
- Nationale Ombudsman, (2013). Medische zorg vreemdelingen: over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers. Geraadpleegd op 11 november, 2015, van

- [https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/2013-125\\_rapport\\_medische\\_zorg\\_vreemdelingen\\_webversie\\_0.pdf](https://www.nationaleombudsman.nl/uploads/2013-125_rapport_medische_zorg_vreemdelingen_webversie_0.pdf)
- Pharos (2015). Factsheet Syrische Vluchtelingen. Geraadpleegd op 10 november, 2015, van <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet-syrische-vluchtelingen.pdf>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611.
- Schayk, van M., & Vloeberghs, E., (2001). Podium voor preventie: een overzicht van psychosociale preventie voor asielzoekers. Geraadpleegd 6 november 2015, van [http://www.pharos.nl/documents/doc/podium\\_voor\\_preventie1.pdf](http://www.pharos.nl/documents/doc/podium_voor_preventie1.pdf)
- Scholte, W. F., Olf, M., Ventevogel, P., de Vries, G. J., Jansveld, E., Cardozo, B. L., & Crawford, C. A. G. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Jama*, 292(5), 585-593.
- Vluchtelingenwerk (2015). *Vluchtelingen in getallen 2015*. Geraadpleegd op 5 november, 2015, van <http://www.vluchtelingenwerk.nl/sites/public/Vluchtelingenwerk/Cijfers/VLUCHTELINGEN%20IN%20GETALLEN%202015%20definitiefst%20OO%2002092015.pdf>)
- Werkgroep Kind in AZC (2014). *Speerpunten*. Geraadpleegd op 13 november 2015, van <http://www.kind-in-azc.nl/speerpunten.aspx>

## Begrippen en afkortingen

Asielzoeker	Een asielzoeker is iemand die de bescherming van een ander land inroept. Hij vraagt daarmee in dat land asiel aan. Het land waar asiel wordt gevraagd moet nagaan of de asielzoeker valt onder het Vluchtelingenverdrag. Dit gebeurt in de asielprocedure. Volgens het Vluchtelingenverdrag is een vluchteling iemand die in zijn thuisland gegronde vrees heeft voor vervolging. Redenen voor vervolging kunnen zijn: ras, godsdienst, nationaliteit, politieke overtuiging of seksuele voorkeur. In Nederland beslist de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) over de asielaanvraag en of de asielzoeker erkend wordt als vluchteling.
AC	Aanmeldcentrum
AMV	Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen
AZC	Asielzoekerscentrum
BEPP	Beknopte Eclectische Psychotherapie
BEP-TG	Beknopte Eclectische Psychotherapie voor Traumatische Rouw
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
Col	Centrale Opvang Locatie
EMDR	Eye Movement Desensitization and Processing
ESCR	Europees Comité van de Sociale Rechten
EVRM	Europees Verdrag van de Rechten van de Mens
FMMU	Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
GC A	Gezondheidscentrum Asielzoekers
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
IPO	Interprovinciaal Overleg
LHBT	Lesbisch, Homosexueel, Bisexueel of Transgender.
MCA	Menzis COA Administratie
MDO	Multidisciplinair Overleg
NET	Narrative Exposure Therapy
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
Pol	Proces Opvang Locatie
POV	Psychosociaal Ondersteuningspunt Vluchtelingen
PTSS	posttraumatisch stressyndroom
RZA	Regeling Zorg Asielzoekers
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
Tbc	Tuberculose
TFT	Trauma Focused Treatment
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
V-nummer	Vreemdelingsnummer. Dit is een uniek nummer, waarmee iedere vreemdeling bij de IND en de ketenpartners (zoals de vreemdelingenpolitie (AVIM)) is te identificeren. Dit nummer wordt toegekend zodra iemand een toelatingsprocedure start. Het nummer staat vermeld in de correspondentie

die de vreemdeling of de referent van onder meer de IND ontvangt én op het verblijfsdocument zelf.

Vluchteling “Een vluchteling is iemand die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of, uit vrees voor vervolging, niet wil vragen.” (IND, 2010) De meeste vluchtelingen in Nederland zijn hier ooit als asielzoeker naartoe gekomen. In Nederland krijgen zij een asielvergunning en de garantie dat zij niet worden teruggestuurd naar hun eigen land. Verder krijgen zij een aantal bijzondere rechten, zoals toegang tot de arbeidsmarkt. Dat stelt hen in staat een nieuw bestaan op te bouwen.

WMO

Wet Maatschappelijke Ondersteuning



## Geïnterviewde professionals

- Medewerker Pharos/iMMO
- Verpleegkundige en werkzaam op verschillende noodopvanglocaties in regio Midden Nederland
- Specialistische SPV en POH in een praktijk waar veel vluchtelingen komen
- Project Coördinator MEDOC, Dokters van de Wereld
- Coördinator noodhulp asielzoekers, Dokters van de Wereld
- Projectmedewerker ongedocumenteerde migranten, Dokters van de Wereld
- Werkbegeleider proces opvang locatie Ter Apel, Vluchtelingenwerk
- Projectleider ondersteuning ongedocumenteerde migranten, Rode Kruis
- Klinisch psycholoog en psychotherapeut, i-psy Den Haag