



GGD
Amsterdam

Oktober 2018

Psychosociale screening statushouders

Resultaten gezondheidsonderzoek GGD



Auteurs Thijs Fassaert, Wilco Tuinebreijer, Chayen Lozano Parra, Matty de Wit
Met dank aan Annemieke van Kooten, Falah Sabouni, Loes Vereijken
Illustratie voorkant Naeem Abu Hachich

Inhoud

1 Inleiding	4
2 Verantwoording	7
3 Screening en verwijzen: het proces beschreven	8
4 Kenmerken van statushouders	11
5 Uitdagingen aan de hand van casuïstiek	17
6 Beschouwing en uitdagingen	20
7 Referenties	23

1 Inleiding

Amsterdam heeft sinds de vluchtelingencrisis in 2015 vele nieuwe inwoners in de vorm van *statushouders*.¹ Statushouders zijn vluchtelingen die de hele asielprocedure hebben doorlopen en legaal (met verblijfsvergunning) in Nederland mogen verblijven. Veel statushouders hebben oorlogs- of ander geweld meegemaakt, vaak in het land van herkomst. Maar ook tijdens de vlucht, in kampen of daarna zijn zij vaak blootgesteld aan geweld of andere traumatische ervaringen.

Wanneer men spreekt over de capaciteiten van integratie van deze groep wordt – terecht - het uitgangspunt gehanteerd dat de meeste statushouders veerkrachtige, zelfredzame personen zijn die het, weliswaar met verschillende vormen van steun, wel zullen redden in de Nederlandse samenleving. Tegelijk bestaan er ook zorgen over bijvoorbeeld de gezondheid of de arbeidsparticipatie van statushouders. Dat is niet vreemd wanneer we kijken naar nationale en internationale onderzoeken (waaronder de Amsterdamse vluchtelingen monitor) waaruit blijkt dat vluchtelingen het op deze vlakken niet goed doen [1]. Hoge werkloosheid, onvoldoende participatie, armoede en zorgconsumptie zijn terugkerende thema's [2].

Toen de wereld werd geconfronteerd met grote aantallen vluchtelingen uit Syrië, Eritrea, Irak, Iran en enkele ander landen groeide het besef dat er naar nieuwe oplossingen moet worden gezocht om deze mensen volwaardig te laten meedoen in de samenleving [3]. De gemeente Amsterdam nam zich voor de participatie van statushouders te versnellen en ontwikkelde met dat oogmerk in 2016 een aanpak: "De Amsterdamse aanpak statushouders". Een onderdeel van de aanpak is een traject gericht op versnelde toeleiding naar passende dagbesteding (werk of opleiding). Er is voor gekozen om alle statushouders die de afdeling Werk, Participatie en Inkomen (WPI) begeleidt in dat kader een assessment te laten maken waarin het niveau van scholing, persoonlijke factoren, ambities, en belemmerende factoren zoals lichamelijke of psychische klachten werden meegenomen [4]. Onderdeel van de aanpak is ook dat iedere statushouder een klantmanager krijgt, die hem of haar persoonlijk begeleidt.

Aandacht voor gezondheid is dus vanaf het begin integraal verbonden aan de aanpak. Terecht, want uit onderzoek is bekend dat mensen met een vlucht-verleden meer risico hebben op psychische klachten zoals depressie, posttraumatische stres stoornis, psychotische stoornissen en verslaving [1]. Een fors deel zal in de eerste periode na aankomst in het gastland dus een behoefte aan psychische zorg hebben of ontwikkelen. Het is evident dat dergelijke psychische klachten een belemmering kunnen vormen bij het zoeken naar passend werk en/of het volgen van een opleiding. Uitval of stagnatie als gevolg van on(der)behandelde psychiatrische klachten is onwenselijk. Medische behandeling kan (verdere) complicaties bij statushouders voorkomen en sociaal functioneren bovendien bevorderen [1]. Tegelijkertijd weten we dat in de regel niet iedereen met psychische klachten daadwerkelijk zorg krijgt

¹ De opgave in termen van huisvesting voor/ opvang van nieuwe statushouders is voor de gemeente Amsterdam per jaar als volgt: 2000 (2016), 1500 (2017 t/m 2019).

[5,6] en - zoals zal blijken uit deze rapportage - dat geldt ook voor de huidige groep statushouders. In Amsterdam hebben we daarom het voornemen om er voor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen die zorg nodig hebben deze ook krijgen.

Belangrijk om te noemen is dat de meeste statushouders relatief jong zijn - onder de recente statushouders is het aandeel 18-26 jarigen bijvoorbeeld relatief hoog [7] - en zich in de fase bevinden dat dat grote psychiatrische syndromen zich voor het eerst manifesteren. Ernstige aandoeningen zoals psychotische stoornissen openbaren zich vaak in de adolescentie, ongeacht culturele achtergrond. Dit betekent in de praktijk dat we mensen tegenkomen met ernstige stemmingsstoornissen (bijv. een depressie) of die hun eerste psychose meemaken in wat dan later een schizofrene ontwikkeling blijkt te zijn. Daarnaast zal blijken uit deze rapportage dat we mensen zien die slecht of nauwelijks geschoold zijn en mensen met een verstandelijke beperking of de verdenking daarop. Net als andere mensen met dit type problemen of aandoeningen hebben zij vaak langdurige zorg en begeleiding nodig. Vroegsignalering, tijdige diagnostiek en toeleiding naar de reguliere zorg is daarom van groot belang. Immers, vele psychiatrische aandoeningen zijn te behandelen en er zijn wegen naar herstel. Niet behandelen of begeleiden veroorzaakt individueel en maatschappelijk leed en kost bovendien erg veel geld.

Het organiseren van een systematische aanpak om vroegsignalering vorm te geven is een grote uitdaging. En er zijn vele hobbels te nemen zoals, waar kunnen statushouders terecht voor een diagnostische screening? Waar kunnen mensen met een andere culturele achtergrond en die meestal de Nederlandse of Engelse taal niet machtig zijn terecht voor een optimale behandeling? Hoe motiveer je mensen om zorg te accepteren als ze uit een cultuur komen waar psychische gezondheid en geestelijke gezondheidszorg een taboe zijn en waarin het ongebruikelijk is hierover met een verpleegkundige of psychiater te spreken?

De assessments die vanuit WPI worden geïnitieerd worden gepseudonimiseerd en beoordeeld door de psychiater van de GGD op de aanwezigheid van mogelijke psychische klachten/gezondheidsrisico's. De klantmanager van WPI krijgt hier een terugkoppeling van en eventueel het advies om cliënt aan te melden voor een (vrijwillige) screening door de GGD. Ook als klantmanagers van WPI zich zorgen maken over een klant kan er altijd verwezen worden naar de GGD. Behalve klantmanagers melden intussen ook partijen als Vluchtelingenwerk Nederland, huisartsen en anderen hun cliënten aan. In één of meer gesprekken stelt de GGD op basis van een brede sociaalpsychiatrische screening een voorlopige diagnose en wordt een plan van aanpak gemaakt. In een semigestructureerd interview worden alle levensgebieden besproken, zo nodig met behulp van ene telefonische tolk. De conclusies worden altijd besproken met cliënt en - met toestemming van de cliënt - (gedeeltelijk) gedeeld met anderen.

Het team van de GGD (afdeling Vangnet) dat zich specifiek richt op de screening van statushouders bestaat uit twee zorgcoördinatoren, een met een Iraakse en een met een Eritrese achtergrond, een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) en psychiaters.² Factoren die voor de medewerkers anders

² Ook andere afdelingen binnen de GGD Amsterdam houden zich bezig met statushouders. Zo doet de GGD aan preventie, voorlichting over seksuele gezondheid, infectie bestrijding (SOA, TBC), huiselijk geweld en opvoeding. Ook wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan of neemt de GGD hieraan deel. De verschillende activiteiten van de GGD worden gecoördineerd door een projectgroep, die in nauw contact staat met gemeentelijke en landelijke partners.

maken om met deze groep cliënten te werken zijn vooral de culturele achtergrond die wordt gekenmerkt door oorlog en geweld, het wantrouwen en zoals eerder genoemd het stigma op psychische problemen. Het eerste consult wordt daarom vooral uitleg gegeven over wat de GGD doet, dat informatie die besproken wordt met de GGD vertrouwelijk is en wat onze visie is op hulpverlening. Het gaat nog maar gedeeltelijk over klachten, die meestal in een tweede gesprek verder worden verkend en onderzocht.

Wanneer er een behandeladvies is geformuleerd en besproken met de cliënt, zet de GGD een eventuele verwijzing in gang. Bij het zoeken naar juiste hulpverlening voor cliënt speelt vaak meer dan louter een psychiatrische behandeling. Vaak zijn ook sociale problemen aan de orde waar ondersteuning voor nodig is. In uitzonderlijke gevallen (namelijk een ernstig gezondheidsprobleem of -risico in combinatie met een lange wachttijd) wordt besloten een cliënt ter overbrugging in behandeling te nemen bij de GGD. Voor overbrugging wordt gekozen bij ernstige depressies, psychotische decompensatie of het in zijn geheel vastlopen op meerdere levensgebieden. Overbruggen varieert van een vinger-aan-de-pols contact tot de wachttijd bij een GGZ instelling is verstreken, tot therapeutische interventies en/of het verstrekken van medicatie. In enkele gevallen gaat het over zorg in een gedwongen kader, zoals het gedwongen laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de Wet BOPZ.

Deze rapportage beoogt een eerste indruk te geven van de gezondheidsproblemen van statushouders zoals waargenomen tijdens de werkzaamheden van Vangnet en het werkproces zelf in het kader van de Amsterdamse Aanpak Statushouders. Daarbij worden allereerst de werkzaamheden zelf beschreven (proces), gevolgd door een beknopte groepsanalyse (kenmerken van statushouders) en tenslotte een aantal typische casussen.

2 Verantwoording

Aan de hand van 30 dossiers werd een beschrijving gemaakt van het aanbod van de GGD (aanmelding, doorverwijzing, barrières hierin, eventuele overbrugging en afronding) en de problematiek waarmee statushouders kampen. Het betreft problematiek op alle relevante leefgebieden, met een focus op psychische gezondheid. Dossiers werden random geselecteerd uit reeds afgeronde casuïstiek. Het gaat daarom vooral om dossiers die in 2017 werden aangemeld en enkele uit januari 2018. In tabel 1 is te zien hoeveel dossiers per kwartaal werden aangemeld en hoeveel daarvan meegenomen werden in de steekproef. Het aantal afgeronde assessments bij WPI is overgenomen uit het NOA jaarverslag [8] en geeft daarmee het totale aantal statushouders dat via WPI in beeld komt.

Dossiers werden beoordeeld en gescoord aan de hand van een scoringsprotocol dat werd samengesteld in overleg met het team dat verantwoordelijk is voor de psychosociale screening van statushouders³. De meeste dossiers werden beoordeeld door duo's van één onderzoeker (TF, MdW) en één teamlid van Vangnet (AvK, FS, CLP). Ter aanvulling op deze kwantitatieve gegevens is door psychiaters (WT, CLP) een aantal typerende casussen beschreven, die elk een specifiek probleem of knelpunt in de zorgtoeleiding voor statushouders illustreren.

Tabel 1. Overzicht aanmeldingen statushouders en steekproefomvang

	Aantal afgeronde Assessments WPI ⁴	Aantal Aanmeldingen GGD	Aantal dossiers gescoord
Periode aanmelding			
Jan-mrt 2017	208	21	5
Apr-jun 2017	109	33	4
Jul-sep 2017	139	45	13
Okt-dec 2017	108	67	6
<i>Totaal 2017</i>	<i>564</i>	<i>166</i>	
Jan -mrt 2018	n.b.	63	2
Apr-Jun 2018	n.b.	53	n.v.t.

³ Niet bij alle statushouders werden alle vormen van problematiek vermeld in het dossier. Bij het berekenen van de percentages zijn we er van uit gegaan dat de cliënten waarbij van deze vorm van problematiek geen melding werd gemaakt, deze ook niet aan de orde was.

⁴ Bij ca. 80% van de statushouders die het NOA assessment afronden lijken PTSS of andere emotionele klachten 'geen probleem' [8].

3 Screening en verwijzen: het proces beschreven

Het grootste deel van de cliënten wier dossier is bekeken bleek aangemeld door een klantmanager van WPI (tabel 2). In twee gevallen was evident dat dit was gebeurd aan het begin van het traject, naar aanleiding van signalen uit het assessment. In de overige gevallen werd een cliënt aangemeld door de klant manager in de loop van het begeleidingstraject, nadat er mogelijk sprake bleek te zijn van psychische klachten waardoor de statushouder minder goed functioneert en waar mogelijk zorg voor moet worden ingezet. Gebleken is daarnaast dat bij 12 personen al eerder een poging was gedaan om zorg te organiseren, wat om diverse redenen was misgelopen, zoals dat de cliënt niet arriveerde bij zorg of niet meer op kwam dagen, niet voldeed aan de criteria voor de geboden zorg (bijv. klachten bleken niet trauma gerelateerd), op een wachtlijst kwam te staan of de zorg na een enkel consult werd afgerond/afgesloten (zonder dat het aannemelijk is dat het probleem dan opgelost was).

De helft van de groep statushouders in deze steekproef werd door de GGD binnen 20 dagen na aanmelding gezien; driekwart binnen 30 dagen. De langste duur van aanmelding tot het eerste consult is 79 dagen, echter dit betrof een situatie waarbij meerdere huisbezoeken nodig waren om contact te leggen, omdat de cliënt nooit thuis werd getroffen. De helft van de dossiers van cliënten in deze steekproef werd binnen 50 dagen naar het eerste consult afgesloten; driekwart binnen 57 dagen. Het dossier dat het langste open stond beslaat een periode van 319 dagen. Het betreft een dossier dat aanvankelijk was afgesloten nadat de persoon wel aangemeld was maar niet bereikt kon worden en vervolgens later is heropend na een nieuwe zorgmelding.

In de meeste dossiers uit de beginfase bleken 1 of 2 consulten voldoende om een goed beeld te krijgen van de cliënt en een vervolgtraject te kunnen initiëren. Het grootste deel van de dossiers werd afgesloten omdat de cliënt is verwezen. Bij ongeveer de helft bleek uit het dossier dat zij waren aangekomen en in zorg genomen. Twee personen waren terug verwezen naar de instelling waar zij al in zorg waren. Slechts een enkele cliënt is nooit gezien door de GGD, omdat hij/zij op meerdere afspraak niet op kwamen dagen en bij huisbezoeken niet thuis was. Nu er meer mensen zijn gezien blijkt dat er meer gesprekken nodig zijn om mensen te diagnosticeren, te verwijzen en te overbruggen. In de beschouwing wordt hier verder op ingegaan.

Voor de gescoorde casussen gold in de meeste gevallen dat er geen wachtlijst was bij de partij waar naar werd verwezen. In twee situaties waar wel een wachtlijst van maanden bestond (beide verwezen naar Centrum '45) is overbruggingszorg gezocht bij een van de andere partners. Als niemand gevonden kan worden biedt de GGD bij hoge uitzondering ook overbruggingscontacten aan. Binnen deze onderzoeksgroep was dit maar bij één cliënt aan de orde, vanwege een wachtlijst van 7 maanden. Bij de casuïstiek uit 2018 is dit vaker nodig, omdat de wachtlijst zijn gegroeid. Daarnaast zijn soms meerdere gesprekken nodig om een cliënt te motiveren tot het accepteren van zorg.

Tabel 2. Wijze van aanmelden en reden van afsluiten

	Aantal dossiers gescoord
Aanmelders	
Klantmanager	28
Andere partners	2
Aantal consulten	
1	10
2	12
3	5
4+	2
Reden afsluiten	
Verwezen	24
Geen zorg (meer) nodig	2
Wil geen zorg	1
Nooit gezien, meerdere no-show	3
Verwezen naar	
Leven & Zorg	9
Acuut Behandelteam (Arkin)	3
Vrijgevestigde psychiater	2
i-Psy	2
Huisarts/POH	2
Overige	4

De meeste verwijzingen vonden plaats naar de zorgpartij 'Leven en Zorg'. Daarnaast werden mensen verwezen naar I-Psy, het Acuut Behandelteam (ABT) van Arkin, of een vrijgevestigde psychiater of psychotherapeut. Ook werd soms naar een huisarts verwezen of diens Praktijkondersteuner GGZ. Onder de categorie 'overige' vallen Centrum '45, JGZ, de WijkGGD, zorgtoeleiding van Arkin, en een systeemtherapeut.

Naast wachtlijsten speelden ook andere belemmerende factoren, die maakten dat een doorverwijzing soms moeizaam tot stand kwam. Een deel is in meer of mindere mate gerelateerd aan specifieke aspecten van het vluchteling zijn, voor een ander geldt dat niet of is dit niet evident. De volgende belemmerende factoren werden vermeld:

- Taalbarrières en cultuurbarrières, zich onbegrepen voelen,
- Gebrekkig ziekte-inzicht,
- Verstandelijke beperking,
- Onvoldoende motivatie,
- Het financiële eigen risico,
- Gescheiden behandeling van somatische onverklaarde klachten en psychiatrische klachten,
- Discontinuïteit van zorgverleners,
- Angst voor artsen

Bij bevorderende factoren werd benoemd dat het kon helpen als meerdere zorgaanbieders onder één dak werken, zodat doorverwijzingen makkelijk plaatsvinden. Daarnaast kan het in sommige gevallen helpen als een zorgaanbieder behandeling in eigen cultuur en taal aanbiedt.

4 Kenmerken van statushouders

De meeste cliënten waren man en onder de 35 jaar (tabel 3). Het betrof vooral vluchtelingen uit Syrië en Eritrea. Over het algemeen was de nationaliteit gelijk aan het land van herkomst. Het opleidingsniveau is niet altijd uit de dossiers te halen, maar varieert sterk. Van 3 personen is bekend dat zij ongeschoold zijn. Van 7 personen is bekend dat zij hoog opgeleid zijn (VWO, HBO, WO). Niet uit alle dossiers is duidelijk hoe lang de cliënt al in Nederland is. Van de groep waarvan dit wel bekend is, is vrijwel iedereen er al minstens een jaar, en in de meeste gevallen zelfs 2 of 3 jaar. Een deel van de cliënten is getrouwd. Bij vijf cliënten woont hun partner nog in het buitenland. Vijf cliënten wonen met hun gezin met kinderen (eenmaal is cliënt zelf het kind), de meeste wonen alleen, al dan niet met gedeelde faciliteiten in een studentenflat/ jongerenhuisvesting. De cliënten wonen verspreid door de stad, in 19 verschillende gebieden.

Tabel 3. Demografische kenmerken van de cliënten uit de gescoorde dossiers (n=30).

	Aantal gescoord	%
Geslacht		
Man	23	77%
Vrouw	5	17%
Transgender	2	7%
Leeftijdscategorie		
<25	8	27%
25-34	15	50%
35-44	5	17%
45-54	1	3%
55-64	1	3%
65+	0	0%
Land van herkomst		
Syrië	17	57%
Eritrea	5	17%
Irak	4	13%
Iran	2	7%
Overig	2	7%
Duur in Nederland		
<1 jr.	1	3%
1-<2 jr.	5	17%
2- <3 jr.	7	23%
3 jaar	6	20%
Onbekend	11	37%

Burgerlijke staat		
Ongehuwd	12	40%
Getrouwd	9	30%
Gescheiden	2	7%
Onbekend	7	23%
Woonsituatie		
Zelfstandig alleen	13	43%
Studentenunit/ jongerenhuisvesting	9	30%
Met gezin met kinderen	5	17%
Onbekend	3	10%

Aan de hand van de screening kan een voorlopige, vermoedelijke psychiatrische diagnose worden gesteld (tabel 4). Soms is na een screening niet meteen duidelijk wat er precies aan de hand is en worden meerdere diagnoses genoteerd. Deze zijn voor het onderzoek allemaal overgenomen, zodat het totaal aantal diagnoses in de tabel hoger is dan het aantal cliënten. Uit de tabel blijkt dat depressie bij de grootste groep cliënten voor komt. Van de groep waarbij een diagnose bekend is, maakt een depressie daarin 82% van de cliënten deel van uit. Ook (een vermoeden van) PTSS wordt bij 30% van de cliënten als (vermoedelijke) diagnose gesteld. Daarnaast komen ook middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen en LVB problematiek of een vermoeden hiervan bij meerdere cliënten voor. Bij middelenmisbruik betreft het in de meeste gevallen cannabis, maar ook alcohol wordt genoemd.

Tabel 4. Psychiatrische problematiek in de dossiers van 30 cliënten

Diagnose (vastgestelde of vermoed)	Aantal keer genoemd	Bij % van cliënten
Depressie	18	60%
PTSS	9	30%
Psychose	1	3%
Middelenmisbruik	6	17%
Persoonlijkheidsstoornis	7	23%
LVB	4	4%
<i>Onbekende psychiatrische diagnose</i>	8	
Aantal diagnoses	44	

Voorgenoemde diagnoses zijn gebaseerd op de aanwezigheid van gepresenteerde klachten. De meest genoemde psychische klachten (waar mogelijk gecodeerd via ICPC) zijn weergegeven in onderstaande tabel 5. Depressieve of sombere gevoelens, slaapproblemen en problemen met concentreren werden het vaakst genoemd.

Tabel 5. Meest voorkomende psychische klachten.

Klachten	Aantal keer genoemd	Bij % van cliënten
P03 down/depressief gevoel	18	60%
P06 slaapproblemen	16	53%
P20 geheugen concentratie	14	47%
Stress piekeren	10	33%
P04 prikkelbaar/boos/agressief gevoel/gedrag	7	23%
Psychosomatisch	7	23%
P77 suïcidale gedachten	6	20%
T03 eetlust	6	20%
P74 angst	5	17%
Middelenmisbruik/afhankelijkheid	5	17%
Trauma, herbeleving	4	13%
Schaamte, schuldgevoelens	4	13%
Z04 sociaal terugtrekken, eenzaamheid	3	10%

Zoals aangegeven in de inleiding let de GGD tijdens een screening op meer dan alleen de aanwezigheid van psychische klachten. In tabel 6 is terug te vinden welke andere problemen worden vastgesteld tijdens de screening. Bij meerdere cliënten werden problemen met activiteiten in het dagelijks leven (ADL) beschreven. Meer specifiek ging het om analfabetisme (twee keer), taalproblemen (één keer), problemen met complexe ADL-vaardigheden (zoals afspraken nakomen en administratie; drie keer) en problemen met basale ADL-vaardigheden (beperkte zelfzorg; één keer).

Bij een fors deel van de groep was sprake van somatische problemen. Voor een deel betrof het mogelijk psychosomatische klachten (lichamelijke uitingen van ziekten waarbij psychische factoren een grote rol spelen). Sommige klachten werden om die reden ook al bij psychische klachten benoemd. Voorbeelden zijn benauwdheid, pijn op de borst, kramp in handen. De overige somatische problematiek varieerde van een koortslip tot darmkanker en van bijwerkingen van medicatie of een operatie tot restverschijnselen van een eerdere aandoening.

Bij negen cliënten werd melding gedaan van financiële problemen, bij de rest was dit niet het geval. Bij vijf cliënten ging het om een huurschuld, daarnaast waren er (problemen over de betaling van) de zorgverzekering, de tandarts of familie (die de vlucht had gefinancierd). Eén cliënt ervaart te weinig inkomen te hebben, één cliënt begreep niet waarom er automatisch geld van zijn rekening verdween, één cliënt stond onder bewindvoering.

De meeste cliënten bevonden zich nog in de fase van inburgering, bij een groot deel liep dit moeizaam of was men helemaal gestopt vanwege psychische klachten. Dit was een belangrijke reden of aanleiding voor klantmanagers om een statushouder aan te melden bij de GGD. Bij vier personen verliep het inburgeringstraject goed, drie personen participeren op een andere wijze dan in de vorm van een inburgeringstraject en dit liep ook goed.

Drie cliënten waren, volgens hun dossier, in aanraking geweest met de politie, in verband met verward gedrag, wegens een ruzie, en wegens huiselijk geweld.

Tabel 6. Problematiek op andere leefgebieden

	Aantal keer genoemd	Bij % van cliënten*
Activiteiten in het dagelijks leven (ADL)	7	23%
Complexe taken	3	
Lezen/schrijven/taak	3	
Algemeen	1	
Somatiek	13	43%
Financiën	9	30%
Huurschuld	5	
Zorgverkering, zorgverleners	2	
Overig	2	
Huisvesting	5	17%
Dreigende uitzetting	3	
Veroorzaakt overlast	2	
Probleem met participatie	17	57%
Inburgering, gaat goed	4	
Meer dan inburgering, gaat goed	3	
Moeizaam	10	
Geen inburgering/participatie	7	
Justitiële problemen	3	10%

De aanwezigheid van psychische klachten en andere (gezondheids)problemen zijn te verklaren door de aanwezigheid van verschillende stressoren. Statushouders hadden daar betrekkelijk vaak mee te maken (tabel 7). Voor een belangrijk deel waren deze stressoren aanwezig voor de vlucht, maar deels ook zijn zij gelegen in de situatie tijdens en/of daarna. Bij de helft van de cliënten waren de psychische klachten al begonnen in het land van herkomst voor de vlucht, bij bijna de helft ontstonden ook weer nieuwe klachten na vestiging in Nederland.

Op basis van het psychiatrisch onderzoek zijn de stressoren gescoord die mensen benoemen in relatie tot hun hulpvraag en hun psychische klachten. De meeste stressoren die werden benoemd hadden betrekking op hun situatie in Nederland ten tijde van de screening, maar waren wel gerelateerd aan hun specifieke situatie als vluchteling. Daarnaast speelden ook stressoren gerelateerd aan de oorlog in het land van herkomst, en stressoren die gerelateerd aan de jeugd en strenge regels in het land van herkomst. Veelgenoemde stressoren in de situatie in Nederland waren het achterlaten van (een deel van) de familie

in de gevaarlijke situatie in het land van herkomst. Ook praktische problemen in Nederland waren een bron van stress, zoals suboptimale huisvesting, schulden, het ontbreken van dagbesteding. Een deel van de groep voelde zich eenzaam en miste een netwerk om zich heen. Ook hadden sommigen moeite met het geven van invulling aan een nieuwe rol in de maatschappij, zij voelden zich met medelijden bekeken, of soms gediscrimineerd. Er was statusverlies in de zin van hun carrière van onderaf starten, het niet kunnen waarmaken wat de familie van hen verwachtte, etc.

Veertig procent van de cliënten beschreef stressoren die al aanwezig waren tijdens hun tijd in het land van herkomst. Het gaat dan veelal om afkeuring van de seksuele geaardheid of niet religieuze leefstijl. Andere statushouders werden buitengesloten door hun familie vanwege de gekozen huwelijkspartner. Daarnaast kwam een klein deel uit een gezin waarin huiselijk geweld voorkwam.

Tenslotte kwamen de meeste vluchtelingen uit een land in oorlog, wat veel stressoren met zich meebracht, zoals het verlies van familieleden, het meemaken/ondergaan van geweld en bombardementen of het in gevangenschap verkeren en gemarteld worden.

Tabel 7. Stressoren in het leven van statushouders

	Aantal keer genoemd	Bij % van cliënten*
Wanneer ontstonden psychische klachten?		
Voor de vlucht	15	50%
Rondom de vlucht	2	7%
Na de vlucht*	13	43%
Kwetsbaarheid al aanwezig in land van herkomst	12	40%
Stressoren in land van herkomst (niet oorlog gerelateerd)	12	40%
Bedreiging/afkeuring wegens seks geaardheid en of seculiere leefstijl	4	
Afkeuring vanwege huwelijkspartners	2	
Huiselijk geweld	3	
Overige	3	
Stressoren in land van herkomst (oorlog gerelateerd)	17	57%
Dood/gescheiden van familieleden	4	
Bombardementen/geweld	4	
Gevangenschap/mishandeling	3	
Overige stressoren (desertie, gedwongen vechten, e.a.)	2	
Stressoren gedurende verblijf in Nederland	25	83%

Psychosociale screening statushouders

Gescheiden van familie/ leed familie in land van herkomst	9	
Financiën/huisvesting/dagbesteding	6	
Geen netwerk	4	
Somatische problemen	4	
Rolinvulling (nieuwe rol in NL)	3	
Analfabeet	2	
Geen toekomstperspectief	1	
Schuldgevoelens	1	
Landgenoten die ook in NL zijn	1	

* Bij sommige cliënten zijn tijdens of na de vlucht weer nieuwe klachten ontstaan, zij staan daarom in meerdere categorieën. De percentages tellen daarom op tot meer dan 100% .

5 Uitdagingen aan de hand van casuïstiek

Casus 1: de taalbarrière in de zorg

Een 25-jarige vrouw afkomstig uit Syrië, alleen gevlucht en sinds één jaar in Nederland. Zij wordt aangemeld door haar klantmanager, nadat ze het contact met haar overgebleven familie in Syrië (moeder en broer) is verloren na een bombardement. Op de voorgrond staan klachten van somberheid met piekeren, slaapproblemen, sociaal terugtrekken, eenzaamheid en inactiviteit, die in eerste instantie kunnen worden begrepen in het kader van acute stress bij de zorgen om familie. Daarbij spelen gevoelens van uitzichtloosheid en wanhoop, gepaard gaand met suïcidale ideaties en een suïcidale geste in januari 2018. Complicerend hierbij is dat zij ongepland zwanger is geraakt van een Nederlandse vriend die sindsdien al het contact heeft verbroken. Verder heeft zij nagenoeg geen steunsysteem. Gezien het feit dat de klachten aanhouden wordt diagnostisch gedacht aan een depressieve stoornis bij een kwetsbare aanstaande jonge moeder en ongeboren baby, bij wie een steunsysteem ontbreekt.

Vanuit het Project Statushouders hebben we patiënte aangemeld voor praktische ondersteuning voor jonge zwangere vrouwen tot 25 jaar oud, vanaf 16 weken zwangerschap totdat het kind 2 jaar oud is. Omdat zij alleen Arabisch spreekt en onvoldoende Engels of Nederlands, heeft deze zorgpartij aangegeven te twijfelen of zij deze patiënte in zorg kunnen nemen. Ze vragen zich af of de praktische uitleg dan wel aankomt. Hierop heeft de SPV van het team Statushouders meerdere malen contact gehad met de zorgpartij, om de noodzaak van de zorg voor moeder en kind te benadrukken en daarnaast informatie te geven over de mogelijkheden om patiënte te kunnen spreken met behulp van een telefonische tolk.

Casus 2: problemen in het verwijzingsproces

Een 37 jarige man wordt verwezen door zijn klantmanager. Hij heeft haar verteld dat hij veel heeft meegemaakt en zich niet goed voelt. Vooral omdat het hem niet lukt in Nederland aan het werk te komen of plannen te maken voor de toekomst. Wat hem wel lukt, is een netwerk van vrienden op te bouwen en hij heeft een relatie met een Nederlandse vrouw. In het gesprek zie ik een vriendelijke man die allereerst wantrouwend is naar alles wat met instanties of overheid te maken heeft. In het land van herkomst is hij hoog opgeleid en werkte als musicus. Al sinds zijn studietijd was hij kritisch naar de regering en ten aanzien van mensenrechten en Islam. Hij heeft hiervoor regelmatig in de gevangenis gezeten waar hij ernstig werd gemarteld. Hij werd steeds meer in de gaten gehouden en opgepakt en heeft besloten te vluchten. In het gesprek wordt duidelijk dat mijnheer ernstige depressieve klachten heeft die eigenlijk al jaren bestaan. Ook zijn er klachten die duiden op een posttraumatische stress stoornis. Meneer wordt daarop verwezen naar een instelling waar men PTSS behandelt. Deze instelling wijst hem af vanwege zijn depressieve klachten, met het verzoek aan de cliënt om opnieuw contact op te nemen met de GGD. De instelling meldt zelf niet aan de GGD dat zij de man niet in zorg hebben genomen. Daar voelt meneer weinig voor en besluit het te doen zonder hulpverlening. Een half jaar later belt hij met de vraag of hij opnieuw een afspraak mag maken, omdat het niet goed gaat. In de spreekkamer zie ik een ernstig sombere man die zeker 10 kilo afgevallen is, zijn huis bijna niet meer uit komt en alle geloof in een toekomst kwijt is. Er wordt direct gestart met anti/depressieve medicatie en een verwijzing naar een

vrijgevestigde praktijk geregeld waar hij voor zowel zijn medicatie als voor therapie in behandeling gaat. Driekwart jaar later gaat het veel beter met hem, zijn depressieve klachten zijn een stuk minder, hij wordt niet meer zo belast door het verleden en hij doet mee aan muzikale projecten waar klassieke muziek uit het midden oosten en westen elkaar ontmoeten.

Casus 3: psychose en gevaar

Het betreft een 24 jarige man die is gevlucht uit Irak. Hij heeft een huis in Amsterdam centrum, waar het hem aanvankelijk goed ging. De klantmanager meldt hem op het moment dat schoolprestaties kelderen en de cliënt haatdragende opmerkingen maakt over zijn buurman. We zien de man, die zelf vindt dat er geen problemen zijn. Hij schuift de zorgen van de klantmanager opzij en geeft aan geen contact met ons te willen hebben. Twee weken later komt er een zorgmelding van politie, hij heeft een jongen uit de buurt verbaal bedreigd. Dezelfde dag worden we ook gebeld door de klantmanager, waar hij zojuist langs was geweest. Hij was gekomen om haar uit te nodigen, wilde haar zijn huissleutels geven en vroeg haar min of meer ten huwelijk. We gaan vervolgens opnieuw een huisbezoek doen, waar we meneer treffen. Hij heeft zijn haren afgeschoren en vertelt ervan overtuigd te zijn een hersentumor te hebben. Hij weet zeker dat wij hem een volgende keer dood zullen aantreffen. Het gesprek verloopt moeizaam en hij staat niet open voor GGZ zorg.

Dat het om een psychotische decompensatie gaat is duidelijk. We bespreken het intercollegiaal, om een inschatting te maken van het gevaar, en welke vervolg stappen we moeten zetten. Namelijk wanneer het een depressieve stoornis is met psychotische symptomen zal je snel moeten handelen met een vrij grote kans op gedwongen opname, wat nooit een aangename kennismaking is met de zorg. Het kan ook een psychotische stoornis door middelgebruik zijn (mijnheer blowt veel) of het begin van een chronisch psychotische stoornis zoals schizofrenie. Intussen heeft de sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Vangnet (de WijkGGD) een telefoonnummer gevonden van een Iraakse vriend die in Rotterdam werkt als advocaat. Deze vertelt het contact te hebben laten doodbloeden omdat onze cliënt steeds vreemder werd, geld kwam eisen en hem uitschold wanneer hij dit niet gaf. Eigenlijk kent hij de cliënt niet terug. Zoals hij hem kende was hij vriendelijk, intelligent en leergierig. Deze informatie zet ons op het spoor van een zich ontwikkelende schizofrenie. Omdat de angst voor een hersentumor de enige ingang is tot enig contact betrekken we de huisarts. Daarnaast blijkt mijnheer zijn huis te kunnen verliezen vanwege de overlast die hij veroorzaakt. Onder deze druk en de druk van de angst voor zijn psychotische belevingen besluit mijnheer zich vrijwillig te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Na ontslag komt hij in zorg bij een FACT team. Hij stabiliseert en behoudt zijn huis, maar zal misschien zijn leven lang zorg nodig hebben, met onzekere prognose.

Casus 4: pas in beeld na escalatie van psychosociale problematiek

Een Eritrese man van 25 jaar, nu bijna 3 jaar in Nederland, komt in beeld via zijn klantmanager. Hij spreekt geen Nederlands en blijkt niet te kunnen lezen of schrijven in het Nederlands of in zijn moedertaal. De inburgering is helemaal gestagneerd. Door deze stagnatie en het niet nakomen van afspraken die de klantmanager met hem maakte het afgelopen jaar is tot twee keer zijn uitkering gestopt en gekort, waardoor hij flinke schulden heeft gemaakt bij woningbouw en andere instanties. Meneer is hierdoor uiteindelijk zijn huis uit gezet en dakloos. Een daklozenuitkering moet worden aangevraagd, daarbij krijgt meneer hulp van een Eritrees contactpersoon van Riekerhaven. Verder heeft meneer weinig mensen om zich heen en verblijft hij voornamelijk bij een paar Eritrese vrienden/kennissen waar hij een nachtje bij kan slapen. Dit zijn echter allemaal jongeren die in [jongerenhuisvesting](#) wonen. Er is sprake van

alcoholafhankelijkheid: meneer drinkt dagelijks ongeveer tien glazen alcohol. Hij voelt zich zichtbaar niet goed en is afgevallen. Hij is nooit naar een huisarts geweest.

De problemen zijn ontstaan door mogelijk depressieve klachten naast alcoholafhankelijkheid en analfabetisme. Er is echter ook sprake van een groot cultuurverschil en stagnatie in ontwikkeling tijdens vroege adolescentie. Meneer heeft nooit geleerd hoe hij in een land als Nederland voor zichzelf moet zorgen, zich moet houden aan bepaalde regels en wat voor consequenties er aan verbonden zijn als dit niet lukt. Meneer komt pas in beeld bij de GGD nu op diverse sociale domeinen de situatie is geëscaleerd. Vanuit de GGD is breed ingezet op ondersteuning, waaronder in het vinden van een woonplek via de Centrale Toegang Maatschappelijke Opvang.

Casus 5: een succes-casus

Een 28 jarige Palestijnse man, die in Syrië woonde met zijn ouders. Hij is de derde generatie vluchteling uit zijn familie. Zijn grootouders vluchtten naar Irak, zijn ouders vluchtten naar Syrië toen de oorlog met Iran uitbrak. Zijn ouders werden gediscrimineerd vanwege hun afkomst. Beide ouders werken in de grafische sector. Mijnheer vertelt dat ook hij goed kan tekenen en ontwerpen. In Syrië was hij begonnen met de kunstacademie, wat hem niet beviel vanwege de strenge opvattingen over kunst. Hij begon daarom een eigen café in Damascus. Vanaf zijn vroege jeugd was hij geïnteresseerd in politiek, plaatste hij veel kritische noten op sociale media en was hij actief als (anonieme) graffiti kunstenaar. De oorlog verwoestte alles. Zijn broer werd gedood, hij verloor zijn café. Hij wilde vluchten naar Nederland, maar zijn vriendin niet. Mede op aandringen van zijn ouders vluchtte hij toch. In Nederland leert hij snel de Nederlandse taal, vindt werk in een restaurant en krijgt een nieuwe vriendin. Wanneer deze hem verlaat en zijn bankrekening blijkt te hebben geplunderd merkt hij dat hij steeds minder vertrouwen heeft in mensen en zijn toekomst. Hij vindt dat hij blij moet zijn (want hij is veilig, voelt zich thuis in Amsterdam) maar piekert en trekt zich steeds meer terug. Daarnaast voelt hij zich schuldig dat hij hier woont en zijn ouders nog steeds in Syrië zitten. Hij overweegt soms om terug te gaan. Gezien de wachttijden en de depressieve klachten wordt afgesproken dat een psychiater van de GGD hem vijf keer ziet en indien nodig doorverwijst naar de GGZ. Er vindt een gesprek plaats over de telefoon met de ouders van de cliënt, die opnieuw bevestigen dat ze blij zijn dat hij hier is. Hij maakt de afspraak met zijn ouders dat hij niet terug zal keren naar Syrië. De klantmanager regelt een vrijwilligersplek bij een grafisch bedrijf. Daar werkt hij nog steeds. Tegelijkertijd is hij begonnen met de voorbereiding voor een kunstacademie en is hij vastbesloten om zijn oude wens om te tekenen en te werken in de creatieve sector door te zetten.

6 Beschouwing en uitdagingen

Dit korte onderzoek geeft een indruk van actuele moeilijkheden waarmee sommige statushouders in Amsterdam kampen op het gebied van gezondheid en toegang tot medische/psychiatrische zorg. Die moeilijkheden verdienen onze aandacht, aangezien ze van invloed zijn op (gelijke kansen op) gezondheid en - in het geval van statushouders – integratie en participatie.

Het blijkt te gaan om een breed pallet aan problemen en knelpunten, die niet eenvoudig in een paar zinnen zijn samen te vatten. Een model dat daarbij kan helpen en vaker wordt toegepast in dit type onderzoek is het Behavioural Model [9]. Dit model onderscheidt drie typen factoren die samenhangen met zorggebruik. Om te beginnen zijn er *predisposing* factoren. Hieronder vallen sociaal-demografische en culturele kenmerken van personen, zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, arbeidsstatus, kwaliteit van het sociale netwerk en kennis van gezondheid. Ten aanzien van deze factoren schetsen de resultaten van dit kleinschalige onderzoek het beeld van een kwetsbare groep. De groep, die overwegend uit mannen bestaat, is vaker laag opgeleid (soms analfabeet) en hoewel er uitzonderingen zijn, treffen we verschillende problemen aan als het gaat om bijvoorbeeld kennis van de Nederlandse samenleving en taal of van psychische gezondheid. Er is een forse groep die problemen heeft met het inburgeringstraject. Dit maakt dat klantmanagers een belangrijke partner zijn in het signaleren en melden van statushouders met problemen. Daarnaast waren in meerdere dossiers duidelijke aanwijzingen te vinden voor eenzaamheid, dan wel een groot gebrek aan sociale steun.

De tweede groep factoren uit het Behavioural Model zijn de zogenaamde *enabling* factoren; kenmerken die iets zeggen over bereikbaarheid en andere logistieke aspecten van zorg. Hiertoe mogen we uiteraard de beschikbaarheid van voorzieningen rekenen. Bijvoorbeeld: worden statushouders met gezondheidsproblemen tijdig gesignaleerd? Zijn er wachtlijsten? Daarnaast zijn er binnen deze categorie persoonlijke factoren die een rol spelen, zoals de hoogte van het inkomen, de kwaliteit/dekking van de zorgverzekering (en de hoogte van het eigen risico) en kennis van zorgsystemen. Ook op deze punten was sprake van de nodige belemmeringen. Ontegenzeggelijk speelt de onbekendheid van statushouders met het Nederlandse stelsel (op het gebied van zorg, inkomen, onderwijs) een rol in het gebrek aan effectiviteit van het aankomen bij de juiste hulp. Vaak hebben mensen geen huisarts, of bezoeken ze deze niet, ook niet als het gaat over een verwijzing. Voorts kunnen niet alle statushouders (die dat willen; lang niet iedereen heeft hier immers behoefte aan) terecht bij een hulpverlener uit dezelfde taal/cultuur. In een tweetal gevallen waarin sprake was van lange wachtlijsten moest de GGD op zoek naar mogelijkheden voor zorg ter overbrugging. Tenslotte merken we als verwijzende partij op dat binnen de GGZ vaker wordt gewerkt met gespecialiseerde zorgprogramma's waar statushouders met meerdere problemen en hulpvragen niet in zorg kunnen worden genomen. Dit blijkt niet direct uit de onderzoeksresultaten, maar is wel een aandachtspunt vanuit de ervaringen van het GGD team.

De derde (en belangrijkste) factor die bepaalt of iemand in zorg komt is de *behoefte* aan zorg ('need'). De aanwezigheid van een zorgbehoefte is de beste voorspeller van feitelijk zorggebruik. In dit opzicht onderscheidt men twee soorten zorgbehoefte, te weten de objectieve zorgbehoefte (is er sprake van een

medische aandoening?) en subjectieve of 'ervaren' zorgbehoefte (wil de persoon in kwestie geholpen worden?). Beide typen zorgbehoefte zijn van belang en kunnen onafhankelijk van elkaar bestaan. Een statushouder kan bijvoorbeeld ziek zijn, zonder zich ziek te voelen of zonder de overtuiging te hebben dat medische zorg een oplossing kan zijn. Het moge duidelijk zijn dat dit andere uitdagingen met zich mee brengt voor hulpverleners dan de situatie waarin iemand ziek is en zich ook als zodanig voelt/gedraagt. In deze context merken we op dat bij verreweg de meeste gescreende personen sprake was van psychiatrische problemen waarvoor in principe een medische noodzaak was om tweedelijns zorg in te zetten en een ervaren lijdensdruk. Bij de mensen in deze steekproef waren depressie en een post traumatische stress stoornis, zoals verwacht, de meest gestelde psychiatrische diagnoses. Maar het is belangrijk om te onderstrepen dat bij deze groep kwetsbare statushouders in feite alle vormen van psychopathologie voorbij komen. Ook psychotische stoornissen en verslaving werden bijvoorbeeld aangetroffen. Bovendien werden daarnaast veel sociaal-maatschappelijke problemen vastgesteld: eenzaamheid, financiële schulden, woonproblemen en vastgelopen scholings- of werktrajecten. Een en ander bevestigt dat bij het verrichten van een medisch-psychiatrisch onderzoek van statushouders te allen tijde een brede blik moet worden gehanteerd, zodat voor alle problemen tijdig passende behandeling en begeleiding kan worden gezocht. Deze forse objectieve zorgbehoefte liep niet altijd in de pas met de subjectieve zorgbehoefte. Dit kon het gevolg zijn van bijvoorbeeld de aanwezigheid van een verstandelijke beperking en/of een gebrekkig ziekte-inzicht (cliënt heeft geen of een ander idee over de oorzaak van de klachten). Maar ook van het feit dat cliënten zorg niet als de oplossing van de problemen zagen, zoals bij casus 2 naar voren komt.

Dit onderzoek maakte gebruik van gegevens uit een beperkt aantal dossiers. Ondanks het feit dat de steekproef willekeurig is getrokken, moet vanwege de omvang van de steekproef voorzichtigheid worden betracht bij het generaliseren van de resultaten naar de totale groep statushouders die in beeld komt bij de GGD. Daarnaast heeft de keuze om uitsluitend gebruik te maken van informatie uit reeds afgesloten dossiers als nadeel dat meer recente ontwikkelingen minder goed naar voren komen. Een vervolg op deze inventarisatie is noodzakelijk om deze ontwikkelingen beter zichtbaar te kunnen maken.

In de eerste plaats zal het gaan om ontwikkelingen op het gebied van wachtlijsten in de GGZ. Waar in het begin van het project amper knelpunten werden gesignaleerd, is er op het moment van schrijven sprake van soms (zeer) forse wachttijden. De GGD wil dit de komende periode graag zo goed mogelijk in kaart brengen en daarnaast in gesprek gaan met partners binnen en buiten de gemeente over hoe de cliëntenstroom verdeeld kan worden. De GGD heeft hier zelf ook mee te maken en maakte daarom samen met de GGZ een zorgmatrix met daarin een overzicht van het aanbod in Amsterdam.⁵ Door een betere samenwerking hopen we een stadsbreed beeld te krijgen van wat goed loopt, wat minder goed loopt en waar tekorten in het zorgaanbod zitten. Ook op het gebied van verbeteren van verwijsmogelijkheden naar de GGZ ligt een belangrijke uitdaging voor de komende periode. GGZ partijen geven daarbij overigens ook zelf aan moeilijkheden te ervaren bij het vinden van een juiste oplossing en noemen daarbij in het bijzonder personeelsgebrek. Maar ook onbekendheid met de doelgroep en

⁵ O.a. gebruikt voor de ontwikkeling van een online trainingsmodule voor Amsterdamse huisartsen (zie <https://www.healthefoundation.eu/>).

taalproblemen (i.c.m. het feit dat tolken niet vergoed worden⁶) zijn een paar van de moeilijkheden waar men binnen de GGZ tegen aan loopt.

Ten tweede bestaat de indruk dat er, vergeleken met de start van het project, meer cliënten in beeld komen via de Meldpunten Zorg en Woonoverlast (MZWO). In die situaties zijn de problemen vaak complexer. Het lijkt te gaan om een groep mensen met een EPA (ernstige psychiatrische aandoening) die als gevolg van gezondheidsproblemen in combinatie met problemen op de woning hun huis dreigen kwijt te raken. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of dit klopt. Aan de andere kant is er een groep statushouders die niet in staat is om de assessments, die worden aangeboden vanuit WPI en een rol spelen in de signalering van zorgproblemen, af te ronden. Dit heeft te maken met analfabetisme, de aanwezigheid van een verstandelijke beperking of een te grote cultuurkloof. Samen met WPI zoekt de GGD daarom naar manieren om deze kwetsbare groep beter te bereiken. Ook dit is een van de grotere uitdagingen voor de komende periode.

Tenslotte lijkt er inmiddels een verschuiving op te treden in het type problematiek. Dit is het meest opvallend bij psychotische stoornissen en verslaving. Hetzelfde geldt voor homoseksualiteit en transgender cliënten (of meer algemeen: LGBTI). Zij hebben, bovenop het feit dat ze belast zijn op de manier die in dit rapport is beschreven, te maken met problemen op het gebied van identiteit. Omdat het aantal nieuwe consulten (nog) niet afneemt, de complexiteit van de problematiek in voorgenoemd opzicht lijkt toe te nemen en zaken langer blijven open staan (bij gebrek aan eerder besproken verwijsmogelijkheden) is een andere uitdaging voor de komende periode hoe de werkdruk voor screeners bij de GGD hanteerbaar kan blijven.

⁶ Het ministerie van VWS is gestopt met de vergoeding van tolk- en vertaaldiensten in de gezondheidszorg. Uitzondering zijn asielzoekers die onder de regeling van asielzoekers vallen en een COA (Centraal Orgaan opvang asielzoekers) zorgnummer hebben.

7 Referenties

- 1 Ikram U, Stronks K. Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers. A literature review for the health council of the Netherlands. Department of Public Health, Academic Medical Center, University of Amsterdam
- 2 de Jong I, Bakens J, Slot J. Amsterdamse Vluchtelingenmonitor. Amsterdam: Onderzoek, Informatie en Statistiek, 2016
- 3 Larsen V, Lubbe M. MKBA Amsterdamse aanpak statushouders. Rendement van meer en eerder investeren. Amsterdam: LPBL, 2017.
- 4 <https://noa-vu.nl/>
- 5 Fassaert TJL. Ethnic differences and similarities in care for anxiety and depression in the Netherlands (proefschrift). Amsterdam: 2011.
- 6 Lamkaddem M, Stronks K, Devillé W, Olff M, Gerritsen AAM, Essink-Bot, M-L. Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC Psychiatry* 14: 90, 2014.
- 7 de Jong I, Hoedemaker R, de Graaff L, Wijffels C, Ahamiane S, van Spijker F. Vluchtelingenmonitor 2018. Amsterdam: Onderzoek, Informatie en Statistiek, 2018
- 8 NOA. Overzichtsrapportage PPS-V 2017.
- 9 Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36:1-10, 1995.