



#55

TNO-rapport

PG/VGZ/2002.232

Zorg voor asielzoekers: een literatuurstudie

Divisie Volksgezondheid
Gorter gebouw
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20
Info-VGZ@pg.tno.nl

TNO Preventie en Gezondheid
Gorter Bibliotheek

17 SEP 2002

Datum 12 september 2002

Auteur(s) L.M. van Herten
S.R. de Bruijn

Aantal pagina's 93
Projectnummer 011.41293

Postbus 2215
2310 CE LEIDEN

Stamboeknummer

18.308

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2002 TNO

ISBN Nr.:
90-6743-943-6

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 20,- (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 2002.232.

Dankwoord

Dit onderzoek is in een relatief korte periode uitgevoerd en was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van degene die ons de literatuur beschikbaar hebben gesteld. Onze dank gaat in deze uit naar GGD Nederland/Landelijk Service Bureau MOA, de Netherlands School of Public Health en Pharos. Daarnaast hebben Simone Goosen, Menno Reijneveld en Niek Klazinga commentaar geleverd op de conceptversie van deze rapportage. Wij zijn hen daarvoor zeer erkentelijk.

Inhoudsopgave

1	Inleiding — 7
1.1	Aanleiding — 7
1.2	Doel en vraagstelling — 7
1.3	Veranderingen in de zorg voor asielzoekers — 7
1.4	Opbouw van de rapportage — 8
2	Data en methode — 9
3	Overzicht literatuur — 11
3.1	Gezondheidstoestand — 11
3.2	Determinanten van gezondheid — 11
3.3	Organisatie van de zorg — 12
3.4	Conclusie — 13
4	Gezondheidstoestand — 15
4.1	Infectieziekten — 15
4.2	Lichamelijke klachten en aandoeningen — 16
4.2.1	Algemeen — 16
4.2.2	Kinderen — 19
4.3	Psychische/psychosociale klachten en aandoeningen — 20
4.3.1	Algemeen — 20
4.3.2	Kinderen — 22
4.4	Zwangerschap en abortus provocatus — 23
4.5	Sterfte — 24
4.6	Conclusie — 24
5	Determinanten van gezondheid — 27
5.1	Achtergrond — 27
5.2	Leefstijl — 28
5.3	Woonomstandigheden — 28
5.4	Asielprocedure — 29
5.5	Conclusie — 30
6	Zorggebruik en organisatie van de zorg — 31
6.1	Zorggebruik — 31
6.1.1	Feitelijk gebruik — 31
6.1.2	Tevredenheid — 32
6.2	Lokale medische opvang asielzoekers voor 2000 — 34
6.2.1	Beleid — 34
6.2.2	Medische opvang en Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV) — 35
6.2.3	TBC-screening — 37
6.2.4	Gezondheidsvoorlichting — 37
6.3	Lokale medische opvang asielzoekers vanaf 2000 — 38
6.3.1	Medische Opvang Asielzoekers (MOA) — 38
6.3.2	Vaccinatie — 40
6.3.3	Gezondheidsvoorlichting — 40
6.4	Jeugdgezondheidszorg en jeugdhulpverlening — 42
6.4.1	Literatuur verschenen voor 2000 — 42
6.4.2	Literatuur verschenen vanaf 2000 — 44

6.5	Huisartsenzorg — 44
6.5.1	Literatuur verschenen voor 2000 — 44
6.5.2	Literatuur verschenen vanaf 2000 — 45
6.6	Geestelijke gezondheidszorg — 46
6.7	Conclusie — 47

7	Samenvatting en conclusie — 49
---	---------------------------------------

8	Literatuur — 51
---	------------------------

Bijlage(n)

- A Niet beschikbare literatuur
- B Overzicht literatuur gezondheidstoestand
- C Overzicht literatuur determinanten van gezondheid
- D Overzicht literatuur organisatie van de zorg
- E Afkortingen

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2001 heeft op verzoek van het Ministerie van VWS en de Commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid een invitational conference plaatsgevonden waarin de zorg voor asielzoekers en illegalen centraal stond. Vraagstelling van de invitational conference was tweeledig:

- 1) welke informatie is reeds beschikbaar over de zorg voor asielzoekers en illegalen?;
- 2) welke onderwerpen zouden nog nader onderzocht moeten worden?

Ter voorbereiding op de invitational conference is de deelnemers gevraagd relevante informatie naar TNO Preventie en Gezondheid te sturen. Deze informatie is samengevat en als discussiestuk aan de deelnemers toegestuurd. Tijdens de invitational conference heeft met name de tweede vraag centraal gestaan. De resultaten van de invitational conference zijn verwerkt in een rapportage (Van Herten, Reijneveld, 2002).

Eén van de conclusies van de invitational conference van november 2001 was dat de diverse onderzoeken die zijn uitgevoerd naar de zorg voor asielzoekers veelal kleinschalig van opzet zijn en een zeer divers beeld laten zien. Een overzichtsrapportage waarin de beschikbare literatuur systematisch staat beschreven ontbreekt echter, hetgeen leidde tot de aanbeveling om te komen tot een gedetailleerde – en waar mogelijk kwantitatieve – beschrijving van de beschikbare onderzoeken over de zorg voor asielzoekers. Met de uitwerking van de literatuur in onderhavige rapportage is een eerste stap gezet in de uitwerking van de witte vlekken welke tijdens de invitational conference in november 2001 geconstateerd werden.

1.2 Doel en vraagstelling

Doel van het project is beschikbare literatuur over de zorg voor asielzoekers op een overzichtelijke en waar mogelijk kwantitatieve wijze weer te geven, zodat een beeld bestaat van de kwaliteit en inhoud van de studies.

Per onderzoek zullen de volgende vraagstellingen beantwoord worden:

- Wie heeft het onderzoek uitgevoerd?
- Welke onderzoeksmethode is gebruikt?
- Wat is de samenstelling van de asielzoekerpopulatie?
- Betreft het onderzoek naar gezondheidstoestand? Zo ja, welke resultaten worden gevonden?
- Betreft het onderzoek naar gezondheidsdeterminanten? Zo ja, welke resultaten worden gevonden?
- Betreft het onderzoek naar de organisatie van de zorg? Zo ja, welke resultaten worden gevonden?

1.3 Veranderingen in de zorg voor asielzoekers

In 1993 is door de overheid besloten de gezondheidszorg voor asielzoekers te reorganiseren en daarbij gebruik te maken van het reguliere zorgsysteem. Het uitgangspunt hierbij was dat de gezondheidszorg voor asielzoekers gelijk is aan die

voor de Nederlandse bevolking. Deze reorganisatie kent een tweetal belangrijke data (NRV/OGM, 1994; Van Schijndel, 2000; Ministerie van VWS, 2001).

Sinds 1 januari 1998 verzorgt zorgverzekeraar VGZ de ziektekostenverzekering voor asielzoekers, middels de ZRA (Ziektekosten Regeling Asielzoekers). Uitgangspunt is dat asielzoekers dezelfde toegang tot de gezondheidszorg hebben als Nederlandse ingezetenen, behalve ten aanzien van de behandeling van transseksualiteit en IVF (en daaraan gerelateerde behandelingen). Tussentijdse wijzigingen in het ziekenfondspakket, de AWBZ en de Wet Financiering Volksverzekeringen worden in beginsel direct vertaald in de dekking van de ZRA.

Aanvullend op de reguliere zorg, is er de medische opvang van asielzoekers in de centra, welke sinds 1 januari 2000 wordt uitgevoerd door de MOA (Medische Opvang Asielzoekers). Er zijn 7 MOA-stichtingen welke bestaan uit samenwerkingsverbanden van GGD-en. Coördinatie vindt plaats door het Landelijk Service Bureau MOA van GGD Nederland. De medische opvang van asielzoekers omvat twee hoofdtaken: preventie (zoals voor de algemene bevolking uitgevoerd door GGD-en) en begeleiding naar de reguliere zorg. Het zelfstandig bestuursorgaan COA financiert de kosten die de GGD-en maken voor de organisatie en uitvoering van de medische opvang in de centra.

1.4 Opbouw van de rapportage

In hoofdstuk 2 staat beschreven hoe we het onderzoek – in de korte doorlooptijd die ons gegeven was – hebben aangepakt. De daarop volgende hoofdstukken geven de resultaten weer. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in drie onderwerpen 1) gezondheidstoestand; 2) determinanten van gezondheid en 3) zorggebruik en organisatie van zorg. In hoofdstuk 3 wordt inzicht gegeven in de achtergrondkenmerken per onderzoek (uitvoerders, onderzoeksmethode en samenstelling van de asielzoekerpopulatie). In daarop volgende hoofdstukken worden de resultaten per studie gepresenteerd. Het betreft gezondheidstoestand (hoofdstuk 4), determinanten van gezondheid (hoofdstuk 5) en zorggebruik en organisatie van zorg (hoofdstuk 6). Elk van deze hoofdstukken kent een verdere onderverdeling naar subonderwerp. De laatste paragraaf geeft een samenvatting van de resultaten. Hoofdstuk 7 vat tenslotte de conclusies per hoofdstuk samen.

2 Data en methode

In verband met de rapportage van de Commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid was de doorlooptijd zeer beperkt. De opdracht werd 12 augustus 2002 verstrekt en de rapportage moest 2 september 2002 beschikbaar zijn.

Gezien deze korte doorlooptijd moest informatie via centrale bronnen verzameld worden. Literatuur is verzameld met behulp van de literatuuroverzichten van:

- 1) TNO Preventie en Gezondheid
- 2) GGD Nederland/Landelijk Service Bureau MOA,
- 3) Pharos
- 4) NSPH (ivm scripties)

Niet alle literatuur was tijdens het onderzoek beschikbaar voor nadere analyse. In bijlage A staan de referenties die niet bekeken zijn. Wanneer informatie van deze bronnen beschikbaar is uit andere literatuur is hier in de conclusie per hoofdstuk melding van gemaakt.

Om een overzicht te geven van de kwaliteit van het onderzoek is eerst in tabellen informatie samengevat over de uitvoerders van het onderzoek en de gebruikte onderzoeksmethode. Bij onderzoeksmethode is daarbij een onderscheid gemaakt naar: a) type onderzoek (beschrijvend, explorerend, vergelijkend, evaluerend); b) type data (kwalitatief of kwantitatief); c) methode van dataverzameling (interviews, dossieronderzoek, enquête etc); d) locatie (AZC, OC, huisartsenpraktijk, etc); en e) looptijd. Bij onderzoek onder asielzoekers is het land van herkomst en de categorie asielzoekers (ama's, zwangeren, volwassenen) opgenomen in de tabel.

Bij de indeling naar type onderzoek zijn de volgende definities gebruikt:

- Beschrijvend: Beschrijven van het voorkomen van één of meer kenmerken binnen een specifieke groep. Bijvoorbeeld de gezondheidsproblemen van Somaliërs in Groningen.
- Situatiebeschrijvend: Beschrijven van een situatie vanuit eigen ervaringen van artsen en hulpverleners of aan de hand van interviews met artsen en hulpverleners. Hierbij gaat het om het beschrijven van 1 bepaalde situatie, zoals ervaringen van een jeugdarts met preventief gezondheidsonderzoek in het AZC in Sneek.
- Explorerend: Onderzoek naar verbanden of verschillen. Bestaat er bijvoorbeeld een verband tussen mate van psychisch lijden en woonomstandigheden van asielzoekers in een asielzoekerscentrum.
- Vergelijkend: Onderzoek naar verschillen tussen twee of meerdere groepen. Bijvoorbeeld de groeicurves van asielzoekers vergeleken met die van Nederlandse kinderen.
- Evaluerend: Onderzoek om te kijken of vooraf gestelde doelstellingen in de praktijk gehaald worden. Bijvoorbeeld onderzoek of de SLA "95% van de asielzoekers krijgt binnen 6 weken een intake aangeboden" gehaald wordt.

Om een inzicht te geven van de resultaten van de studies is per studie een korte samenvatting gemaakt. Het verschil tussen asielzoekers en vluchtelingen kon niet altijd duidelijk gemaakt worden. Daarom is zoveel mogelijk aangesloten bij de terminologie die in de oorspronkelijke literatuur gebruikt wordt. Bij de beschrijving worden eerst de originele studies besproken. In sommige gevallen wordt daarnaast melding gemaakt van resultaten die we gevonden hebben in overzichtsstudies, maar waarvan wij de originele

bron niet hebben kunnen achterhalen. In de concluderende paragraaf is per onderwerp een totaal beeld geschetst. Hierbij is ook ingegaan op meer opiniërende stukken die in diverse bladen verschenen zijn.

Per onderwerp zijn de volgende subonderwerpen onderscheiden.

- Gezondheidstoestand
 - infectieziekten
 - lichamelijke klachten
 - psychische/psychosociale klachten
 - zwangerschap en abortus provocatus
 - sterfte
- Determinanten van gezondheid
 - leefstijl
 - woonomstandigheden
 - omstandigheden voor en tijdens de asielprocedure
- Zorggebruik en organisatie van de zorg
 - zorggebruik
 - lokale medische opvang
 - jeugdgezondheidszorg en -hulpverlening
 - huisartsenzorg
 - geestelijke gezondheidszorg (riagg)

3 Overzicht literatuur

3.1 Gezondheidstoestand

Bijlage B geeft een overzicht van de studies waarin aandacht is besteed aan de gezondheidstoestand van asielzoekers. De bijlage geeft aan wie de auteurs zijn, welke onderzoeksmethode is toegepast en – indien van toepassing – wat de samenstelling van de asielzoekerpopulatie was. Indien een vakje niet is ingevuld kon deze informatie niet uit de literatuur gehaald worden. Bijlage B geeft hiermee inzicht in de kwaliteit van de studies. De resultaten staan in hoofdstuk 4 vermeld. De volgorde van de studies in bijlage B is gelijk aan de volgorde in hoofdstuk 4: per (sub)onderwerp op chronologische volgorde. Hierdoor kan het voorkomen dat sommige onderzoeken meermalen in bijlage B voorkomen.

Uit bijlage B kan geconcludeerd worden dat de meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in het kader van een scriptie en/of bij GGD-en/MOA-stichtingen. De onderzoeken hebben veelal een beschrijvend karakter, waarbij gebruik is gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Wanneer de asielzoekerpopulatie is onderzocht zijn dossiers bestudeerd of zijn vragenlijsten afgenomen bij of interviews gehouden met asielzoekers. Ook zijn interviews gehouden met hulpverleners. De onderzoeken hebben veelal op OC's en AZC's plaatsgevonden. De omvang van de onderzoeken is vaak klein en blijft veelal beperkt tot onderzoek op één locatie. Positieve uitzonderingen zijn het Nivel-onderzoek (De Bakker et al., 2000) en het onderzoek van Van Zoest et al. (2002). Beide onderzoeken zijn op meerdere locaties uitgevoerd en hebben een goede omvang. Een wat ouder onderzoek betreft het promotieonderzoek van Hondius en Van Willigen (1992).

In zijn algemeenheid kan geconcludeerd worden dat de wijze van gegevensverzameling divers is en dat er weinig bekend is over de validiteit van vragen en over de invloed van sociaal wenselijke antwoorden, mede in relatie tot de asielprocedure. Dit – samen met de in de loop van de tijd veranderende samenstelling van de asielzoekerpopulatie – maakt dat de onderzoeken moeilijk met elkaar vergelijkbaar en generaliseerbaar zijn.

3.2 Determinanten van gezondheid

Bijlage C geeft een overzicht van de studies waarin aandacht is besteed aan de determinanten van gezondheid. Ook hier geeft de bijlage aan wie de auteurs zijn, welke onderzoeksmethode is toegepast en – indien van toepassing – wat de samenstelling van de asielzoekerpopulatie was. Indien een vakje niet is ingevuld kon deze informatie niet uit de literatuur gehaald worden. Bijlage C geeft hiermee inzicht in de kwaliteit van de studies. De resultaten staan in hoofdstuk 5 vermeld. De volgorde van de studies in bijlage C is gelijk aan de volgorde in hoofdstuk 5: per (sub)onderwerp op chronologische volgorde. Hierdoor kan het voorkomen dat sommige onderzoeken meermalen in bijlage C voorkomen.

Uit bijlage C kan geconcludeerd worden dat het aantal onderzoeken naar determinanten van gezondheid bij asielzoekers beperkt is. De onderzoeken die zijn uitgevoerd zijn ook hier veelal uitgevoerd in het kader van een scriptie en beschrijvend van aard. De onderwerpen van de onderzoeken verschillen sterk. Er is slechts één onderzoek

uitgevoerd naar leefstijl en dit onderzoek beperkt zich daarbij tot middelengebruik. Er zijn vier bronnen beschikbaar die ingaan op de woonomstandigheden in de centra tijdens de asielprocedure en er zijn drie onderzoeken gevonden die ingaan op de effecten van de asielprocedure. De meest gebruikte onderzoeksmethodieken betreffen observaties, diepte-interviews en focusgroepinterviews. De resultaten van deze studies hebben een kwalitatief karakter. Daarnaast zijn enkele dossieronderzoeken uitgevoerd, waarbij een meer kwantitatief beeld geschetst kan worden. Evenals in paragraaf 3.1 aangegeven speelt bij de interpretatie van de resultaten de samenstelling van de asielpopulatie een rol. Aangezien deze in de loop van de tijd veranderd is – zowel qua land van herkomst als qua leeftijd – zijn de resultaten niet zonder meer met elkaar vergelijkbaar.

In zijn algemeenheid moet dus ook voor deze paragraaf geconcludeerd worden dat door het kwalitatieve karakter van de studies en de diversiteit aan onderwerpen de studies moeilijk met elkaar te vergelijken zijn.

3.3 Organisatie van de zorg

Bijlage D geeft een overzicht van de studies waarin aandacht is besteed aan de organisatie van de zorg voor asielzoekers. De opzet van de bijlage is gelijk aan de opzet van bijlage B en C. Informatie wordt gegeven over de auteurs, de onderzoeksmethode en – indien van toepassing – van de samenstelling van de onderzoekspopulatie. Een leeg vakje betekent dat de informatie hieromtrent niet in de literatuur te vinden was. Bijlage D geeft alleen inzicht in de kwaliteit van de studies; de resultaten staan in hoofdstuk 6 vermeld. Ordening heeft plaatsgevonden op (sub)onderwerp, waardoor sommige studies een aantal malen zijn opgenomen. De volgorde van bijlage D is daarmee gelijk aan de volgorde in hoofdstuk 6.

Bijlage D laat zien dat er 13 onderzoeken zijn die informatie geven over het gebruik en de tevredenheid van de zorg voor asielzoekers. Deze studies zijn veelal uitgevoerd in het kader van een scriptie. Interviews met hulpverleners of met asielzoekers is de meest gebruikte onderzoeksmethodiek. In een enkel geval heeft dossieronderzoek plaatsgevonden. Alleen de onderzoeken van Plokker en De Voigt (1993), van De Bakker et al. (2000) en van Van Zoest et al. (2002) zijn op meerdere locaties uitgevoerd.

In het tweede blok van bijlage D wordt aandacht besteed aan de onderzoeken die zijn uitgevoerd naar de lokale medische opvang. Hierbij is onderscheidt gemaakt in de studies van voor 2000 en vanaf 2000, aangezien de medische zorg voor asielzoekers in 2000 gereorganiseerd is. Door deze reorganisatie zal veel onderzoek uitgevoerd voor het jaar 2000 minder relevant zijn voor de huidige situatie. Voor de volledigheid is het echter wel opgenomen. De onderzoeken uitgevoerd naar de lokale medische opvang die na 2000 zijn uitgevoerd zijn vaak uitgevoerd in het kader van een scriptie. Het betreft met name interviews en vragenlijsten onder hulpverleners. In een enkel geval zijn dossiers onderzocht. Wat opvalt is dat – in tegenstelling tot de onderzoeken in bijlage B en C – de onderzoeken vaak op meerdere locaties zijn uitgevoerd. Hierdoor was in de afzonderlijke studies onderlinge vergelijking mogelijk.

Ook in de jeugdgezondheidszorg, huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg is het goed een onderscheidt te maken in de literatuur voor 2000 en vanaf 2000. Ook hier

betreft het veelal interviews en een enkele enquête onder hulpverleners, waardoor slechts een kwalitatief beeld ontstaat van de zorg voor asielzoekers.

In zijn algemeenheid kan uit bijlage D geconcludeerd worden dat de onderzoeken veelal een beschrijvend karakter hebben en kwalitatief van aard zijn. Het betreft met name onderzoek onder hulpverleners in diverse OC's, AZC's en daaraan verbonden huisartsen en instellingen. Door het kwalitatieve karakter van de studies en de vele organisatorische veranderingen in de zorg voor asielzoekers zijn de studies moeilijk met elkaar te vergelijken.

3.4 Conclusie

In zijn algemeenheid moet geconcludeerd worden dat het reeds uitgevoerde onderzoek naar de gezondheidstoestand van en de zorg voor asielzoekers veelal kleinschalig van opzet is en een kwalitatief karakter heeft. De studies zijn veelal uitgevoerd in het kader van de opleiding. Ook de onderzoeken die niet konden worden meegenomen (zie bijlage A) betreffen veelal scripties. Door de beperkte opzet van de meeste studies is er geen eenduidig landelijke beeld te schetsen over de zorg voor asielzoekers.

Tijdens de invitational conference in november 2001 werd aangegeven dat het uitblijven van grootschalig onderzoek voor een belangrijk deel te wijten is aan het ontbreken van financiering voor dergelijk onderzoek. Uitzondering hierop vormt het onderzoek dat momenteel door de VU en het Nivel wordt opgezet naar de gezondheidstoestand en het zorggebruik van asielzoekers. Hierbij worden asielzoekers uit 3 landen van herkomst (1 land in Afrika, Azië en Oos-Europa) betrokken. Tevens zullen zowel asielzoekers die nog in de procedure zitten als vluchtelingen – asielzoekers van wie het verzoek is toegekend – aan het onderzoek deelnemen.

4 Gezondheidstoestand

In hoofdstuk 3 en bijlage B is reeds inzicht gegeven in de hoeveelheid en kwaliteit van de onderzoeken die zijn verricht naar de gezondheidstoestand van asielzoekers. Geconcludeerd werd dat de studies zowel een kwalitatief als een kwantitatief karakter hebben. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze onderzoeken gepresenteerd. Het hoofdstuk is onderverdeeld in infectieziekten (paragraaf 4.1), lichamelijke klachten en aandoeningen (paragraaf 4.2), psychische/psychosociale klachten en aandoeningen (paragraaf 4.3), Zwangerschap en abortus provocatus (paragraaf 4.4) en sterfte (paragraaf 4.5). De studies worden per paragraaf op chronologische volgorde behandeld; paragraaf 4.6 geeft de conclusies weer.

4.1 Infectieziekten

Uit onderzoek van Van der Aalst et al. (1996) onder 42 huisartsen blijkt dat het merendeel van de huisartsen vond dat in vergelijking met de overige patiënten infectieziekten bij vluchtelingen niet vaker gesignaleerd werden.

Tuberculose

Kuyvenhoven et al. (1997) hebben een onderzoek gedaan onder 1582 tuberculosepatiënten van wie gegevens zijn vastgelegd in de Landelijke Tuberculose Registratie. Onder de 1582 patiënten waren 111 asielzoekers bij wie tuberculose was ontdekt door verplichte röntgenologische screening kort na binnenkomst in Nederland. De reden van onderzoek, de aanwezigheid van klachten, vormen van tuberculose, mate van bacteriologische bevestiging, geneesmiddelenresistentie en behandelresultaten werden vergeleken met de gegevens van overige asielzoekers met tuberculose (n=169) en overige tuberculosepatiënten (n=1302). De diagnose "tuberculose" werd bij 34 van de 111 (31%) verplicht gescreeende asielzoekers bacteriologisch bevestigd, bij 72 van de 169 (43%) van de overige asielzoekers en bij 729 van de 1302 (56%) van de overige tuberculosepatiënten. Het genezingspercentage van verplicht gescreeende asielzoekers met een bacteriologisch bevestigde tuberculose bedroeg 82% en kwam ongeveer overeen met dat van andere groepen. Asielzoekers en andere buitenlanders onttrokken zich vaker aan de behandeling dan Nederlanders.

Rubella

Knoppers (2000b) heeft onderzoek gedaan naar de rubellastatus van asielzoekers in een OC in Den Haag. Van de onderzochte zwangeren bleek 87,5% beschermd te zijn tegen infectie en 12,5% onbeschermd. Van alle geteste kinderen bleek 60% sero-immuun te zijn voor rubella en bij 40% was dit niet het geval. Naar aanleiding van het onderzoek wordt geadviseerd om 0 tot 7 jarigen bij binnenkomst in het OC blind te vaccineren op rubella, met uitzondering van asielzoekers uit Afrika. Hiermee kan de beschermingsgraad van 78,4% naar minimaal 86,8% worden gebracht.

Scabiës

Uit het onderzoek van Hamming (1996) naar de medische dossiers van 118 Somalische vluchtelingen bleek dat 1 op de 3 vluchtelingen scabiës had. Bij een groot aantal van hen werd scabiës in combinatie met secundaire bacteriële infecties gevonden. Bij 4 vluchtelingen werd TBC gediagnosticeerd. Naast de standaard medische onderzoeken werd ook een aantal aanvullende onderzoeken gedaan. Daaruit bleek dat 23 van de 28 onderzochten parasieten of wormen hadden en 44 van de verder ondervraagde

Somaliërs hadden klachten die pasten bij worminfecties. Van de 83 ondervraagden waren er 11 dragers van een hepatitisvirus.

Abkhezr (2001) heeft eveneens de incidentie van scabiës onder asielzoekers onderzocht. Hij heeft daarvoor gekeken naar een AZC in Dokkum en daarnaast gebruik gemaakt van cijfers die bekend waren bij het COA Rijswijk, het RIVM en het CBS. Het incidentiecijfer in AZC Dokkum lag op 3.550 gevallen van scabiës per 100.000 personen per jaar. Het incidentiecijfer bepaald op grond van COA-gegevens was ongeveer 53 maal zo hoog als het incidentiecijfer in de algemene bevolking zoals bepaald op grond van cijfers van het RIVM en CBS. Het incidentiecijfer in het AZC Dokkum was ongeveer 529 maal zo hoog als het incidentiecijfer in de algemene bevolking. Het verschil tussen mannen en vrouwen en tussen de verschillende leeftijdscategorieën was niet statistisch significant.

SOA

Op het moment van het onderzoek van Jak (2001) waren er geen gegevens beschikbaar over SOA bij asielzoekers, zowel geen aantallen als geen inzicht in de mate van seksueel en ander risicogedrag.

Azghoughi et al. (2001) hebben met hun onderzoek gepoogd inzicht te krijgen in de problematiek rondom SOA/Aids bij asielzoekers en ama's en de problemen die professionals tegenkomen bij de preventie van SOA/Aids onder deze doelgroep. Uit het onderzoek blijkt dat in de provincie Groningen een toename zichtbaar is van het aantal patiënten met HIV onder de groep asielzoekers en ama's.

4.2 Lichamelijke klachten en aandoeningen

4.2.1 Algemeen

Uit onderzoek van Thijs en Van Willigen (1989) naar de medische klachten van 307 asielzoekers blijkt dat 21,2% van de onderzochte asielzoekers te kennen gaf zich niet gezond te voelen. Slechts 21,8% van de mannen en 10,2% van de vrouwen had geen lichamelijke klachten. 40,2% van de asielzoekers van boven de 12 jaar hadden direct geweld ondervonden. Bij het lichamenlijk onderzoek bleken 22 cliënten zichtbare tekenen van ondergaan geweld te hebben, zoals littekens en oude fracturen. Ruim de helft van de cliënten klaagde over algemene malaise of gewichtsverlies. Meer dan één op de drie onderzochte asielzoekers had klachten van het maag- en darmkanaal. Bij meer dan een kwart van de cliënten bestonden klachten van het houdings- en bewegingsapparaat en ook neurologische klachten kwamen veel voor. Vooral bij de personen die direct geweld hadden ondergaan werden veel somatische klachten vastgesteld.

Wielink et al. (1991) hebben voor hun onderzoek alle contacten tussen huisartsen en asielzoekers uit AZC Aalten bijgehouden. De meest voorkomende problemen die uit het onderzoek naar voren kwamen, hadden betrekking op de luchtwegen (22% van het totale aantal klachten), veelal de bovenste luchtwegen. Op de tweede plaats kwamen problemen van de huid en het onderhuidse bindweefsel (18%) en vervolgens problemen met het maag-darmkanaal en psychiatrische of psychische problemen. Zeer frequent waren klachten die geduid moeten worden als specifiek of psychosomatisch, voornamelijk zich uitend in vage bovenbuikklachten, hoofdpijn, slaapstoornissen en

moeheid. Tropische ziekten kwamen wel voor, maar heel weinig. De meeste asielzoekers waren afkomstig uit de hogere sociale lagen van de bevolking en hadden zich over het algemeen afdoende kunnen beschermen tegen dergelijke ziekten.

Op basis van bevindingen van Hondius en Van Willigen (1992) na het bestuderen van dossiers van vluchtelingen uit het Midden-Oosten en Latijns-Amerika en interviews met vluchtelingen uit Turkije en Iran, kan geconcludeerd worden dat vluchtelingen een gemiddeld groot aantal medische klachten noemen (tussen 7,5 en 9,3) en dat meer dan tweederde niet alleen lichamelijke klachten noemde, maar ook psychische en sociale klachten. Meer dan 80% van de lichamelijke klachten en psychische klachten was specifiek. Verder leken de (meest genoemde) klachten niet exclusief voor vluchtelingen: hoofdpijn, maagpijn, slaapstoornissen en zich depressief of angstig voelen. De grootste categorie lichamelijke klachten zijn spier-, bot- en gewrichtsklachten. Als oorzaken voor lichamelijke klachten werden meestal een lichamelijke ziekte of aandoening en/of ondergaan geweld en/of nervositeit en zorgen genoemd. Vrijwel alle vluchtelingen hebben één of meer vormen van geweld ondergaan (blijkt uit 92% van de dossiers en uit 99% van de interviews). Veel vluchtelingen hebben martelingen ondergaan (44% uit dossiers, 76% uit interviews). Vrijwel geen enkele vluchteling heeft alleen martelingen als vorm van geweld ondergaan. Veel genoemde vormen van geweld zijn gewelddadige achtervolging, vervolging of vermissing van naasten. Seksueel geweld is door een klein aantal mannen en vrouwen genoemd (5% respectievelijk 17%).

Uit eigen ervaringen als hulpverlener en aan de hand van 3 cases schetsen Van der Laan en Bloemen (1994) klachten die optreden bij asielzoekers en vluchtelingen. In de eerste plaats noemen zij aandoeningen die direct het gevolg zijn van fysiek geweld bij martelingen of mishandelingen. Daarnaast noemen zij specifieke lichamelijke klachten waarvoor geen organische verklaring gevonden kan worden. Deze klachten zijn echter vaak minder specifiek dan zij in eerste instantie lijken, omdat ze hun betekenis ontleen aan het ondergane geweld en tegen deze achtergrond beoordeeld moeten worden. Aspecifieke lichamelijke klachten kunnen echter ook duiden op een al dan niet gemaskeerde psychiatrische aandoening.

Harms (1994) heeft in zijn onderzoek de dossiers van 400 asielzoekers die in het AZC Helmond verbleven bestudeerd. De meest genoemde lichamelijke klachten van de asielzoekers waren klachten samenhangend met tanden/tandvlees, hoesten en klachten samenhangend met acute infectie van de bovenste luchtwegen.

Uit het onderzoek van Mosterd (1996) – onder 30 hulpverleners die met asielzoekers en vluchtelingen in aanraking kwamen – blijkt dat asielzoekers en vluchtelingen met zeer veel lichamelijke problemen kampen. De meest voorkomende zijn: psychosomatische klachten (voornamelijk moeheid, hoofdpijn, buikpijn en maagdarmklachten), klachten van het bewegingsapparaat, gezichtsproblemen, gehoorstoornissen, huidklachten, fracturen en niet genezen verwondingen. De lichamelijke klachten zijn over het algemeen een gevolg van geweldservaringen en achterstallige zorg in het land van herkomst.

Uit onderzoek van Van der Aalst et al. (1996) onder 42 huisartsen in de regio Zuid-Oost Utrecht blijkt dat 11 van de 26 huisartsen (die vluchtelingen onder zorg hebben) van mening waren dat somatische problemen bij vluchtelingen vaker voorkwamen dan bij

de overige populatie en 14 huisartsen meenden dat deze problemen niet vaker voorkwamen.

Met behulp van dossiers van 1193 asielzoekers en gesprekken met artsen en verpleegkundigen in het aanmeldcentrum in Zevenaar heeft Schat (1996) de medische zorgvraag van asielzoekers in kaart proberen te brengen. De zorgvraag blijkt over het algemeen weinig specifiek te zijn; er worden veel hoofdpijn- en algemene malaiseklachten geuit zonder dat daar dwingende somatische pathologie aan ten grondslag ligt. Veel klachten lijken toegeschreven kunnen te worden aan de psychische en fysieke belasting van het asielzoeker zijn.

Gezondheidsproblemen die naar voren kwamen uit de interviews met 23 Somalische vluchtelingen door Huls (1997) waren hoofdzakelijk lichamelijke en sociale klachten, waarbij heimwee, verkoudheid en hoofdpijn het meest genoemd werden. Daarna volgden het taalproblemen en gastro-intestinale en musculo-skeletale klachten.

Bloemen en Hovens (1997) hebben aan de hand van eigen ervaringen als hulpverlener gezondheidsproblemen genoemd die voorkomen onder asielzoekers en vluchtelingen. Naast "gewone" medische aandoeningen kunnen vluchtelingen lijden aan importziekten. Verder kunnen aandoeningen voorkomen die direct gerelateerd zijn aan meegemaakte gebeurtenissen. Veel vluchtelingen zijn gemarteld of mishandeld. Er zijn vaak oude fracturen en littekens waar te nemen. Meer specifieke klachten worden eveneens veel gezien: hoofdpijn, maagpijn en rugpijn. Soms is er een verband te leggen met martelingen. Deze klachten kunnen echter ook een uiting zijn van een psychiatrische aandoening.

Uit onderzoek van Willemse (1999) onder 20 Somalische asielzoekers blijkt dat zij hun gezondheid in het algemeen als goed ervaren. Daarnaast werden in het onderzoek klachten geregistreerd. Naast een aantal interne aandoeningen, zoals diabetes, hoge bloeddruk, bloedstollingsstoornis en klachten op basis van een allergie, werd de lichamelijke problematiek overwegend geuit in pijnklachten van het maag/darmkanaal en de rug. Bij kinderen werden maagklachten en allergieën, gecombineerd met long- of huidproblematiek genoemd door hun ouders.

De Bakker et al. (2000) hebben onderzoek gedaan naar huisartsenzorg aan asielzoekers. Een component van hun onderzoek was het registreren van contacten van huisartsen en toegeleidingsfunctionarissen met asielzoekers in AZC's, AVO's en OC's gedurende 3 weken in de periode november 1999 tot februari 2000. In de onderzoeksperiode werden 847 contacten door huisartsen en 1529 contacten door toegeleidingsfunctionarissen geregistreerd. Meest voorkomende aan de toegeleidingsfunctionaris gepresenteerde klachten hadden betrekking op het maag/darmkanaal en het ademhalingsstelsel. Klachten die bij de huisarts gepresenteerd werden, betroffen eveneens klachten aan het maag/darmkanaal. Er waren relatief minder klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat en hart en vaten.

In het onderzoek van Van Zoest et al. (2002) naar de klachten waarmee asielzoekers op het spreekuur van praktijkverpleegkundigen komen, worden diverse klachten genoemd. Klachten waren huidproblemen, mond- en gebitsproblemen, griep/verkoudheid, blessure/ongevallen, medicijngebruik, spanningsklachten, maag- en darmklachten, ogen/visus, ziekenhuisbezoek/onderzoek en vrouwenklachten. Er zijn verbanden

gevonden tussen meerdere klachten en/of leeftijd. Daarnaast zijn er verbanden gevonden tussen een aantal klachten en landen van herkomst.

Westerhuis en Mank (2002) hebben onderzoek gedaan naar darmparasieten bij Afrikaanse asielzoekers. In de periode januari 1996 en mei 1999 werden 956 asielzoekers uit Afrika binnen 1 maand na binnenkomst in Nederland door een fecesonderzoek onderzocht op darmparasieten. Uit dit onderzoek bleek dat bij 40,6% van de 956 asielzoekers ten zuiden en ten oosten van de Sahara potentieel pathogene darmparasieten werden gevonden. Bij 9,5% werden 2 en bij 0,9% werden 3 verschillende darmparasieten aangetroffen. Het meest werd de zweepworm aangetroffen (prevalentie 13,6%), gevolgd door *Entamoeba histolytica/dispar* (8,8%), mijnwormen (7,8%), *Schistosoma* (7,0%) en *Giardia lamblia* (5,0%). *Giardia lamblia* was de meest voorkomende potentieel pathogene darmparasiet bij kinderen tot 13 jaar (19,0%). Van de populatie uit West-Afrika had 15,6% een mijnworminfectie en 12,8% een *Schistosoma*. Deze laatste twee worminfestaties kwamen drie maal zo vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Geslacht, leeftijd en regio van herkomst waren belangrijke indicatoren voor het soort darmparasiet.

4.2.2 *Kinderen*

Uit het onderzoek van Hamming (1996) naar de medische dossiers van 118 Somalische vluchtelingen werd geen ondervoeding bij zuigelingen en kleuters gevonden, maar 9 van de volwassen vrouwen hadden een zeer laag gewicht.

Schaaphok (1997) constateerde op basis van Preventief Gezondheidsonderzoek bij 49 minderjarige asielzoekers dat de helft van de kinderen een verminderd gezichtsvermogen had, bloed of eiwit in de urine had en/of een zeer slechte gebitstoestand had. Daarnaast bleek dat een derde (soms extreem) overgewicht, huidafwijkingen of problemen met het gehoor had. Gemiddeld werden er zowel bij jongens als bij meisjes op vier à vijf gebieden gezondheidsproblemen geconstateerd.

De Leeuw (1997) heeft onderzoek gedaan naar de groeicurven van Irakese en Vietnamese zuigelingen. Deze zuigelingen werden vergeleken met op leeftijd en geslacht geselecteerde Nederlandse zuigelingen. In vergelijking tot even oude Nederlandse zuigelingen groeien vluchtelingenzuigelingen tijdens hun eerste jaar in Nederland zowel qua lengte als gewicht minder hard. Uit het onderzoek blijkt dat type voeding, etniciteit, en armoede, sociaal-economische status en psychosociaal welbevinden van de ouders van invloed zijn op de groei.

Kalsbeek et al. (2001) hebben de gebitstoestand van 87 asielzoekerkinderen onderzocht en de prevalentie van cariës vergeleken met Nederlandse leeftijdsgenootjes. Bij 85% van de kinderen kwam in het melkgebit of het blijvend gebit cariës voor, 14% had één of meer vullingen, 17% vertoonde fluorose en 46% had duidelijk zichtbare tandplaque. Het percentage kinderen dat tweemaal per dag tandenpoetste was 42%. 58% van de kinderen was wel eens bij een tandarts geweest, meestal vanwege een pijnklacht. Uit een vergelijking met Nederlandse kinderen blijkt dat de cariësprevalentie bij kinderen van asielzoekers in het algemeen hoog is. Dit geldt echter niet voor alle etnische categorieën.

4.3 Psychische/psychosociale klachten en aandoeningen

4.3.1 Algemeen

Uit het onderzoek van Thijs en Van Willigen (1989) naar medische klachten van 307 asielzoekers kwamen bij 234 van de asielzoekers die ouder waren dan 12 jaar psychische klachten ter sprake. Van hen bleken er 66 meer dan de helft van de vragen over klachten die te vinden zijn bij het posttraumatisch stress syndroom met "ja" te beantwoorden. Bij het vragen naar klachten die indicatoren zijn voor angst en depressie was dit het geval bij 47 respectievelijk 43 personen. Klachten passend bij het posttraumatisch stress syndroom werden vooral gevonden bij mensen die direct geweld hadden ondergaan.

Uit onderzoek van Hondius en Van Willigen (1992) na het bestuderen van dossiers van en interviews met vluchtelingen blijkt dat er weinig psychiatrische diagnoses gesteld zijn waarbij de diagnose posttraumatische stressstoornis vastgesteld is: bij 6% van de vluchtelingen waarvan de dossiers zijn bestudeerd en bij 11% van de vluchtelingen met wie interviews zijn gehouden. Oorzaken voor psychische klachten die genoemd werden, waren ondergaan geweld en/of zorgen in relatie met de ballingschap respectievelijk hun sociale situatie in Nederland. Geen enkele onafhankelijke variabele (zoals "ondergaan geweld", "seks", "asielprocedure") was allesbepalend met betrekking tot een samenhang met medische klachten.

Uit eigen ervaringen als hulpverlener en aan de hand van 3 cases schetsen Van der Laan en Bloemen (1994) klachten die optreden bij asielzoekers en vluchtelingen. Naast de eerder genoemde lichamelijke klachten, signaleren zij ook psychische klachten. Het betreft klachten als angst, sombere stemming, slaapstoornissen, nachtmerries, concentratie- en geheugenstoornissen, prikkelbaarheid, sociale isolatie, schuld- en schaamtegevoelens en vermijdingsgedrag. Psychische klachten gaan vaak samen met lichamelijke klachten. Tot slot zijn er ook sociale problemen waaronder relatie- en huisvestingsproblemen, financiële problemen, verlies van maatschappelijke positie.

Meis (1995) heeft met behulp van de General Health Questionnaire de geestelijke ongezondheid gemeten van Iraakse quotum vluchtelingen in de eerste fase na aankomst in Nederland. De geschatte prevalentie van subjectief ervaren geestelijke ongezondheid bedroeg 32%. De prevalentie van de ervaren geestelijke ongezondheid was hoog in vergelijking met de Nederlandse bevolking. De ervaren geestelijke (on)gezondheid was echter gelijk aan in Nederland woonachtige migranten uit de regio rond de Middellandse Zee. Met name mannen voelden zich subjectief ongezond. Voor vrouwen kon geen significant verschil in geestelijke ongezondheid worden aangetoond met Nederlandse vrouwen noch met migrantenvrouwen. Hoewel traumatische ervaringen significant vaker voorkwamen bij Iraakse mannen, bestond er in deze migratiefase geen correlatie met ervaren geestelijke ongezondheid.

Uit onderzoek van Mosterd (1996) onder 30 hulpverleners die met asielzoekers en vluchtelingen in aanraking komen, blijkt dat asielzoekers en vluchtelingen naast zeer veel lichamelijke klachten, ook met zeer veel psychische problemen te kampen hebben. De meest voorkomende klachten waren slaapstoornissen, angst, depressieve gevoelens, nervositeit, emotionele labiliteit, geheugenstoornissen en concentratiestoornissen. De

psychische klachten kunnen veelal gezien worden als gevolg van traumatische ervaringen en van de spanningen die door de huidige situatie opgeroepen worden.

Uit onderzoek van Van der Aalst et al. (1996) onder 42 huisartsen blijkt dat psychische klachten (zoals slapeloosheid, onrust, apathie en agressie) en psychiatrische problemen (o.a. depressie en angststoornissen) gezondheidsproblemen zijn die volgens de huisartsen vaker bij vluchtelingen voorkwamen. Respectievelijk 19 en 18 van de 26 huisartsen (die vluchtelingen onder zorg hebben) signaleerden deze problemen vaker bij vluchtelingen dan bij de overige populatie. Ook sociale problemen als discriminatie, isolatie, werkloosheid, relationele en financiële problemen kwamen volgens tweederde van de huisartsen vaker bij vluchtelingen voor.

In onderzoek van Flipse (1996) zijn de gegevens van 579 asielzoekers die in het AZC Middelburg hebben gewoond, bestudeerd. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat 25% van de contacten van de arts medische opvang van psychische aard is, 40% van psychosomatische aard. Veel asielzoekers gaven psychische klachten aan bij binnenkomst in Nederland. Aangezien klachten van psychische aard niet afnemen lijken omstandigheden in de opvang hiervoor verantwoordelijk.

Psychische klachten die uit het onderzoek van Huls (1997) onder Somalische vluchtelingen naar voren kwamen, waren depressie en geïrriteerdheid. Uit de gesprekken kwam naar voren dat er geen hulp gezocht wordt voor psychische problemen omdat deze problemen meestal met familie of vrienden besproken worden.

Psychische problemen van asielzoekers en vluchtelingen die Bloemen en Hovens (1997) aan de hand van eigen ervaringen als hulpverlener beschrijven, zijn posttraumatische stress stoornis, die gekenmerkt wordt door herbelevingen van of indringende herinneringen aan de traumatische gebeurtenis(sen), nachtmerries, pogingen tot vermijding van stimuli die doen denken aan of te maken hebben met de traumatische gebeurtenis en fenomenen van verhoogde arousal zoals slaapproblemen of hyperalertheid. Ook angst en sombere gevoelens komen veel voor.

Uit onderzoek van Kleijn et al. (1998) onder vluchtelingen met traumatische ervaringen en psychische klachten aangemeld bij het psychiatrisch centrum De Vonk blijkt dat de scores bij posttraumatische stressklachten voor 82% van de onderzochte groep klinische referentiewaarden overschreden. Van de aangemelde patiënten bij het psychiatrische centrum De Vonk, werd 37% opgenomen in de kliniek.

Uit onderzoek van Jozefzoon (1999) onder Irakese en Afghaanse asielzoekers kan geconcludeerd worden dat asielzoekers hun gezondheid veel slechter beleven dan andere groepen in de samenleving. Het voorkomen van klachten onder asielzoekers is hoger dan bij andere groepen. Deze klachten zijn vooral van psychosomatische aard. Chronische aandoeningen verschilden niet veel van andere groepen in de samenleving.

Uit resultaten van het onderzoek van Bijlsma (1999) blijkt dat het aantal suïcides onder asielzoekers in de centrale opvang tenminste 2,14 keer zo hoog is als onder de Nederlandse bevolking. Geregistreerde suïcides betroffen significant meer mannen (87,5%) dan vrouwen (12,5%). 50% van de mensen die suïcide pleegden was afkomstig uit Iran, Georgië, Somalië of Sri Lanka. Asielzoekers die alleenstaand waren, pleegden significant vaker suïcide (73%) dan gehuwden en weduwe(naars). De gemiddelde duur tussen aankomst in Nederland en de suïcide was 12,6 maanden bij mannen en 8,4

maanden bij de vrouwen. Belangrijke risicofactoren voor suïcide onder asielzoekers zijn een verleden van suïcidaal gedrag, aanwezigheid van suïcidaal gedrag of gedachten, depressieve symptomen, verslavingsproblematiek en aanwezigheid van psychische klachten. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat asielzoekers een verhoogd risico lopen om te overlijden aan suïcide.

Uit onderzoek van Willemse (1999) onder Somalische asielzoekers blijkt dat psychische problematiek veel voorkomt onder vluchtelingen hetgeen vooral toegeschreven wordt aan externe factoren in Nederland. De beperkte bespreekbaarheid van psychische problematiek binnen de eigen gemeenschap is opvallend en kan leiden tot afwezigheid van ziekte-inzicht, somatisatie en overmatig gebruik van qat. De psychische problemen worden versterkt door het uitblijven van een verblijfsstatus, het ontbreken van werk, scholing of andere dagbesteding.

Malwand (2001) heeft met behulp van een sociodemografische vragenlijst en bepaalde secties van het Composite International Diagnostic Interview (leidend tot psychiatrische diagnoses gebaseerd op de DSM-IV) een inventariserend onderzoek gedaan naar de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Afghaanse vluchtelingen in de provincie Drenthe. Uit dit onderzoek bleek dat de prevalentie van een psychiatrische stoornis 64,7% was, waarbij vooral depressieve stoornis (56,9%) en posttraumatische stressstoornis (35,3%) voorkwamen. Psychopathologie was gerelateerd aan gebrek aan taalvaardigheid, een lager aantal jaren onderwijs en mogelijk ook werkloosheid. 56% van de respondenten was onder behandeling van een huisarts en/of hulpverleners. Uit het onderzoek kon geconcludeerd worden dat psychiatrische stoornissen onder volwassen Afghaanse vluchtelingen met een verblijfsstatus in Drenthe aanzienlijk hoger was dan onder de algemene Nederlandse bevolking.

De studie van Koenders en Den Otter (2002) naar de gezondheidstoestand van asielzoekers in AZC Nijmegen laat zien dat 48% van de asielzoekers symptomatisch scoorde met betrekking tot traumatische ervaringen (Harvard Trauma Questionnaire) en ongeveer 70% scoorde symptomatisch met betrekking tot symptomen samenhangend met angst en depressie (Hopkins Symptoms Checklist).

4.3.2 *Kinderen*

Een onderzoek van Sokal-Demerica (2001) onder 154 asielzoekerkinden laat zien dat bij 83 kinderen (53%) psychische problemen werden gesignaleerd. Bij 7 kinderen (4,5%) was ernstige psychische problematiek vastgesteld. Psychische problemen werden iets vaker bij jongens gesignaleerd (58%) dan bij meisjes (49,3%). Uit het onderzoek bleek er een duidelijk verband te zijn tussen traumatische ervaringen die kinderen hebben doorgemaakt en psychische problematiek. Er zijn 56 kinderen (36,4%) met duidelijke traumatische ervaringen. Bij 46 van die kinderen zijn psychische problemen gesignaleerd (82,1%). Bij asielzoekerkinden zonder duidelijke traumatische ervaringen lag dit percentage op 37,8%. Tenslotte komt uit het onderzoek naar voren dat er een duidelijk verband is tussen ouders die bekend zijn met psychische problemen en kinderen met psychische problemen. Bij kinderen met ouders die bekend zijn met psychische problemen wordt in 78,3% psychische problematiek gesignaleerd in vergelijking met een percentage van 38% bij kinderen van ouders die niet bekend zijn met psychische problemen. Asielzoekerkinden die duidelijke traumatische ervaringen hebben doorgemaakt en/of ouders hebben die bekend zijn met psychische problemen

zijn het meest kwetsbaar en lopen het grootste risico om zelf ernstige psychische problematiek te ontwikkelen.

Onderzoek van Terpstra (2001) toont problemen aan met betrekking tot de hulpverlening aan ama's. Van de ama's heeft 10% te kampen met psychische klachten en loopt daardoor ernstige gezondheidsrisico's.

Een onderzoek onder ama's verblijvend in AZC's in West-Brabant (Rots-de Vries, 2002) toont aan dat ama's problemen hebben op uiteenlopende gebieden. Heel duidelijk is geworden dat ama's zeer eenzaam zijn. Daarnaast is verveling een probleem en missen zij begeleiding en ondersteuning in het dagelijks leven. Van de jongens had 63% en van de meisjes had 64% last van symptomen als ongewild terugdenken aan wat ze hadden meegemaakt, schrikachtigheid (jongens 57%, meisjes 50%), problemen met inslapen (jongens 54%, meisjes 64%) en te vroeg wakker worden (jongens 61%, meisjes 57%). Deze symptomen hangen samen met de traumatische gebeurtenissen die de ama's hadden meegemaakt (gemiddeld ruim 6 traumatische gebeurtenissen). In vergelijking met andere groepen jongeren (autochtone Nederlandse jongeren, tweede generatie jongeren, eerste generatie jongeren en vluchtelingenjongeren) die in het kader van een eerder onderzoek dezelfde vragenlijsten invulden, waren de gemiddelde scores van ama's consistent hoger. Geconcludeerd kan worden dat ama's veel psychosociale problematiek hebben. De ama's in de West-Brabantse asielzoekerscentra hadden op diverse gebieden een duidelijke hulpvraag. Zij hadden behoefte aan begeleiding in het dagelijks leven, sociale contacten met volwassenen en leeftijdsgenoten, en activiteiten.

Naast bovenstaande onderzoeken blijkt uit onderzoek van Mooren et al. volgens Tjon a Ten en Schulpen (1999) en volgens Thomas en Den Brok (1998) dat veel jeugdige asielzoekers psychosociale problemen hebben. In een onderzoek onder 38 kinderen vonden Mooren et al. dat 66% van de kinderen psychische en 58% sociale klachten had. De meeste psychosociale problemen werden gevonden bij kinderen uit Somalië en kinderen tussen zeven en twaalf jaar. Omdat Somalische kinderen relatief veel geweld hebben meegemaakt, wordt een verband tussen gezondheidsproblemen en geweldservaringen vermoed.

4.4 Zwangerschap en abortus provocatus

Uit het onderzoek van De Vries et al. (1999) naar abortus provocatus onder asielzoekers blijkt dat het abortuscijfer onder asielzoekervrouwen op 60 per 1000 per jaar ligt. Het abortuscijfer onder vrouwen dat de zwangerschap heeft laten afbreken en ten tijde van het verblijf in de opvang in Nederland zwanger zijn geraakt, ligt op 34 per 1000 per jaar. Bijna de helft van de asielzoekers die een abortus heeft laten verrichten in Nederland was bij aankomst al zwanger. Ter vergelijking, in Nederland lag in 1991 het abortuscijfer op 6 per 1000 per jaar en van de hele wereld op 50 per 1000. De factoren kinderen, leeftijd, streek van herkomst, burgerlijke staat, en aanwezigheid van familie bleken na onderlinge correctie van invloed te zijn op de keuze voor een abortus provocatus. Factoren die een rol speelden bij de kans op ongewenste zwangerschap waren gebrek aan informatie, invloed van de partner en taboe op seksualiteit.

Poot (2001) heeft onderzoek gedaan onder zwangere ama's waarbij zij de resultaten naar aanleiding van de door haar opgestelde vragenlijst (periode januari 1998 tot en met mei 1999) heeft vergeleken met medische dossiers van ama's die in de periode van

januari 1994 tot en met juni 1997 in een OC verbleven. Uit de onderzoeksgroep uit januari 1994 tot en met juni 1997 bleek dat 80% van de zwangere ama's tot de leeftijdsgroep van 16 en 17 jarigen behoorde. Daarnaast bleek dat 30% afkomstig was uit China en 64% uit diverse Afrikaanse landen en dat 38,8% zwanger was bij aankomst in Nederland. Veelal was er sprake van ongewenste zwangerschap. Seksueel misbruik was in 26,7% de reden van zwangerschap, bij 49% en 24,4% van de meisjes was de reden respectievelijk geen en verkeerd gebruik van anticonceptie. Bij 14,4% van de ama's vond seksueel misbruik plaats in eigen land en in 12,3% van de gevallen op doorreis (dit was vooral bij Chinese meisjes het geval). Het percentage ama meisjes dat besloot tot een abortus provocatus was 67%. Deze percentages waren 61,5% na seksueel misbruik en 70% bij een zwangerschap door geen of onvoldoende anticonceptiegebruik. 14% van de meisjes is bevallen op het OC.

In de onderzoeksperiode januari 1998 tot en met mei 1999 was 80% van de zwangere ama's 16 of 17 jaar. 70% van de AMA meisjes was afkomstig uit China en 25% uit diverse Afrikaanse landen en 84,2% was al zwanger bij aankomst in Nederland. Seksueel misbruik was in 66,6% van de gevallen de reden van zwangerschap, bij 24,6% en 8,8% was de reden respectievelijk geen en het verkeerd gebruik van anticonceptie. Bij 36,8% van de ama's vond seksueel misbruik plaats in eigen land en in 28% van de gevallen op doorreis (dit was vooral bij Chinese meisjes het geval). Het percentage ama meisjes dat besloot tot een abortus provocatus was 28%. Deze percentages waren 18% bij seksueel misbruik en 47% bij een zwangerschap door geen of onvoldoende anticonceptiegebruik. Specifieke problemen bij zwangere ama-meisjes waren vooral gerelateerd aan onwetendheid over zwangerschap, bevalling en het ontbreken van seksuele voorlichting in eigen land. Daarnaast speelden de opvattingen van hun cultuur en religie over ongehuwd zwanger zijn en seksueel misbruik een belangrijke rol in het durven bespreken van en beslissen over de zwangerschap.

4.5 Sterfte

Door middel van retrospectief onderzoek heeft Koppenaal (2001) inzicht proberen te krijgen in de aard en omvang van de sterfte onder centraal gehuisveste asielzoekers in 1998 en 1999. Binnen de onderzoeksperiode overleden 156 asielzoekers en werden 14 kinderen doodgeboren. In de leeftijdsgroep 1-19 jaar was de sterfte tot driemaal hoger dan onder de Nederlandse bevolking om geleidelijk af te nemen tot een lagere sterfte dan die van Nederlanders na het 40ste levensjaar. Voor mannen was er een significante oversterfte van 23%. Deze bleek vooral te berusten op een hogere sterfte dan die onder Nederlanders aan infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaken zoals suïcide (2,8x), verdrinking (11x) en moord en doodslag (7x). De totale sterfte onder vrouwen was niet verhoogd, wel was bij vrouwen de sterfte aan infectieziekten significant hoger dan die onder Nederlanders. Kwaadaardige nieuwvormingen leidden significant minder vaak tot sterfte bij asielzoekers.

4.6 Conclusie

Zoals reeds in hoofdstuk 3 geconcludeerd is zijn de meeste onderzoeken naar de gezondheidstoestand van asielzoekers kleinschalig van opzet en uitgevoerd op één enkele locatie. Hoewel de samenstelling van de asielzoekerspopulatie in de loop der tijd veranderd is, komt er toch een redelijk consistent beeld uit de studies naar voren.

Uit dit hoofdstuk blijkt dat asielzoekers veel en veel verschillende klachten hebben. Het gaat daarbij niet alleen om lichamelijke klachten die men ook bij de Nederlandse

bevolking vindt maar ook om lichamelijke klachten die het gevolg zijn van fysiek geweld. Verder komen importziekten en infecties, zoals tuberculose en scabiës, voor. Naast lichamelijke klachten hebben asielzoekers ook veel psychische klachten zoals angst, slaapstoornissen, zich depressief voelen, nachtmerries en concentratiestoornissen die samenhangen met de gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt. Vaak worden deze klachten gepresenteerd als specifieke lichamelijke klachten zoals moeheid, slechte eetlust, hoofdpijn, maagklachten en rugpijn. Ook is er bij asielzoekers in belangrijke mate sprake van sociale klachten die samenhangen met de asielprocedure en hun verblijf in een opvangcentrum. Met betrekking tot ama's kan worden opgemerkt dat zij zich vaak eenzaam voelen en ondersteuning missen. Daarnaast zijn vrouwelijke ama's vaak ongewenst zwanger.

Bovenstaand beeld wordt bevestigd in andere overzichtsstudies (Bos en Vrieling-Schrage, 1997; Bloemen en Van der Laan, 1998; Thomas en Den Brok, 1998; Tjon a Ten en Schulpen, 1999; Schulpen 2000; Bruijnzeels et al, 2001) en publicaties over eigen ervaringen van zorgverleners (Rijnders et al, 1998; De Jong 2000). Schulpen (2000) maakt daarbij ook nog melding van genetisch bepaalde aandoeningen, zoals hemoglobinoopathiën, lactasedeficiëntie etc.

5 Determinanten van gezondheid

In hoofdstuk 3 en bijlage C is reeds inzicht gegeven in de hoeveelheid en kwaliteit van de onderzoeken waarin aandacht is besteed aan determinanten van gezondheid. Geconcludeerd werd dat de studies op dit terrein zeer beperkt zijn en de studies die er zijn, zijn met name kwalitatief van aard zijn. In veel gevallen staan de bevindingen van hulpverleners centraal. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de onderzoeken gepresenteerd. Eerst worden in paragraaf 5.1 enkele achtergrondkenmerken besproken. In paragraaf 5.2 wordt vervolgens aandacht besteed aan één onderzoek waarin leefstijl centraal staat, waarna in paragraaf 5.3 wordt ingegaan op de huidige woonomstandigheden van asielzoekers. Paragraaf 5.4 geeft een samenvatting van de effecten van omstandigheden voor en tijdens de asielaanvraag. De studies worden per paragraaf op chronologische volgorde behandeld. Paragraaf 5.5 geeft de conclusie weer.

5.1 Achtergrond

Uit het empirische onderzoek van Somers (1995b) naar Aids preventie ten behoeve van Somalische asielzoekers en vluchtelingen komen diverse risicofactoren voor Aids naar voren. In de eerste plaats werd de sociaal-economische status als risicofactor genoemd. Vaak is de sociaal-economische positie slecht waardoor gevoeligheid voor gezondheidsproblemen in het algemeen en voor HIV-besmetting in het bijzonder kan ontstaan. Een andere risicofactor is het machtsverschil tussen mannen en vrouwen. Zo wordt er soms druk op vrouwen uitgeoefend om seksuele relaties aan te gaan. In de derde plaats is mobiliteit een risicofactor. Mobiliteit draagt bij aan verspreiding van Aids en kan mensen kwetsbaar maken. Ten vierde zijn oorlog en geweld risicofactoren. De oorlogssituatie heeft de gezondheidszorg in Somalië stil gelegd hetgeen gevolgen heeft voor de algemene gezondheidstoestand van de bevolking. Ten vijfde wordt een jonge leeftijd als risicofactor gezien, dit vooral door onervarenheid in "safe sex". Als laatste risicofactoren worden ontoereikende of onbereikbare gezondheidszorg (zowel in Somalië als in Nederland) genoemd. De redenen voor het ontoereikend of onbereikbaar zijn, zijn communicatieproblemen, attitudes van hulpverleners, hoge verwachtingen ten aanzien van voorzieningen en behandelmogelijkheden.

Factoren die van invloed zijn op de gezondheid van asielzoekers en die door De Winter (2002) naar aanleiding van zijn literatuurstudie genoemd worden, zijn in de eerste plaats dat asielzoekers vaak uit arme, onderontwikkelde landen komen met een veelheid aan gezondheidsbedreigende omgevingsfactoren (slechte behuizing, onbetrouwbaar drinkwater, gebrekkige riolering etc.). Mensen zijn er vaak slecht opgeleid en weten dus ook weinig over de oorzaken en de preventie van ziekten. Ook de gezondheidszorg is er vaak zeer gebrekkig. In de tweede plaats hebben asielzoekers tijdens de vlucht zelf noodgedwongen moeten verblijven in fysieke omstandigheden die onhygiënisch zijn of die op andere manier de gezondheid bedreigen (hitte, droogte, honger). In de derde plaats verrichten vrouwen uit deze landen veelal zwaar lichamelijk werk, hebben veel zwangerschappen en bevallingen en verkeren vaak in een veel afhankelijker en ondergeschiktere rol dan in Nederland. Andere factoren die de gezondheid nadelig beïnvloeden zijn de gebrekkige sociale en fysieke infrastructuur in het land van herkomst ten tijde van de vlucht, tropische ziekten, erfelijke aandoeningen die in bepaalde streken van de wereld vaker voorkomen dan in andere, ernstige psychische stress tijdens de vlucht en lange asielprocedures en discriminatie in het land van opvang. Velen willen graag terug naar het land van herkomst en lijden onder het feit dat

men lange tijd geen contact heeft gehad met familie en dierbaren thuis. Veel asielzoekers zijn bij aankomst in Nederland onbekend met het land, waaronder de structuur van de bureaucratie en de gezondheidszorg. Maar ook de Nederlandse cultuur en taal wijken af van hetgeen asielzoekers elders gewend zijn. Een laatste risicofactor is de relatief lage SES van veel asielzoekers.

5.2 Leefstijl

Braam et al. (1999) heeft een verkennend onderzoek gedaan naar asielzoekers en middelengebruik. Afghanen zeiden over het algemeen vrome moslims te zijn die vanuit achtergrond een afkeer van middelengebruik hebben. Iraakezen hadden eveneens een relatief lage consumptie van genotmiddelen. Binnen de Iraanse gemeenschap was vooral het gebruik van opiaten opvallend te noemen. Bij Somaliërs was vooral het gebruik van qat wijdverbreid en de groep asielzoekers uit voormalig Joegoslavië gebruikte traditioneel relatief veel alcohol. Door een enorme diversiteit in normen, waarden en tradities was het niet mogelijk om een eenduidige definitie van problematisch middelengebruik te hanteren. Uit het onderzoek bleek ook dat het aanbod van de reguliere verslavingszorg slecht bij de vragen van asielzoekers aansloot. De voornaamste oorzaken van het middelengebruik waren traumatische ervaringen en het lange wachten vanwege de trage asielprocedure.

5.3 Woonomstandigheden

Factoren die Bloemen en Hovens (1997) naar aanleiding van eigen ervaringen als hulpverlener als gezondheidsbedreigend voor asielzoekers en vluchtelingen zien, zijn het verblijf in opvang- en asielzoekerscentra of vluchtelingenkampen. Daarnaast wordt een lange asielprocedure als gezondheidsbedreigend gezien. Het wachten in onzekerheid samen met het gevoel niet te worden geloofd zijn belangrijke stressfactoren. Verder is er vaak sprake van gebroken gezinnen/families. Het missen van gezin/familie/clan is voor vrijwel iedereen een probleem. Daarnaast worden ook beperkte mogelijkheden tot gezinshereniging, relatie- en gezinsproblemen, verplichte inburgering, racisme in het land van opvang als gezondheidsbedreigend gezien.

Uit onderzoek van "Participants of 37th ICHD" (2001) naar de woon- en leefomstandigheden van asielzoekers in het AZC Crailo worden diverse factoren door de asielzoekers zelf aangedragen die als gezondheidsbedreigend worden gezien. In de gezamenlijke toiletten en badkamers worden de vrouwen lastig gevallen door de mannen. Door vrouwen worden deze ongewenste intimiteiten als gezondheidsbedreigend gezien. Verder worden onhygiënische faciliteiten (keuken, toilet, badkamer), weinig ruimte en privacy (kamers moeten veelal met meerdere personen gedeeld worden), onzekerheid over status, weinig gelegenheid om met elkaar over problemen te praten, het niet mogen werken en trauma's (posttraumatische stress stoornis, mentale gezondheidsproblemen, depressie) als gezondheidsbedreigende factoren gezien.

Poort et al. (2001) hebben de dossiers van 300 asielzoekers bestudeerd om na te gaan of er een verband bestond tussen de mate van psychisch lijden en woonomstandigheden bij asielzoekers in een AZC. Uit het onderzoek blijkt dat woonomstandigheden invloed hebben op de mate van psychisch welbevinden. Met name de relatief lichtere psychische klachten (zoals psychosomatische klachten, slaapstoornissen, depressieve

gevoelens) nemen toe naarmate de woonomstandigheden ongunstiger worden.

Ongunstig bleken te zijn:

- kamerbewoning ten op zichte van caravan of bungalow woning
- met meerdere mensen op 1 kamer, hoewel helemaal alleen ook ongunstig scoort
- wonen als (één ouder-) gezin

De zwaardere psychische klachten (waarvoor naar hulpverleners verwezen wordt) bleken minder met woonomstandigheden samen te hangen. De mogelijkheid bestaat dat daarbij andere factoren een rol spelen, zoals doorgemaakte psychotrauma's in het land van herkomst.

Uit het onderzoek van De Jongh en Van Ee (2002) naar gezondheidsbeïnvloedende factoren ervaren door asielzoekers, komen directe en indirecte gezondheidsbeïnvloedende factoren naar voren. Vijf indirecte gezondheidsbeïnvloedende factoren die genoemd worden, zijn onzekerheid over status, het ontbreken van zinvolle dagbesteding, gezamenlijk gebruik van sanitair en keuken, wonen met meerdere mensen op 1 kamer en het gescheiden zijn van familie en/of partner. De directe bedreiging van de gezondheid komt voort uit stress ten gevolge van onzekerheid, onhygiënische omstandigheden, gebrek aan privacy en zorgen om familie en/of partner.

Naast bovengenoemde studies naar de effecten van woonomstandigheden zijn er nog een paar kleine onderzoeken op dit terrein uitgevoerd. De resultaten van deze onderzoeken zijn in overzichtstudies gepresenteerd en laten zien dat de hygiëne en klimaatbeheersing in de asielzoekerscentra van invloed blijken te zijn op de gezondheidstoestand van asielzoekers, met name bij asielzoekers met luchtwegaandoeningen en kleine kinderen. Verder leidt huisvesting in overvolle opvangcentra tot een verhoogde kans op besmetting en bemoeilijkt veelvuldige overplaatsing een adequate behandeling van infectieziekten (Thomas en Den Brok, 1998).

5.4 Asielprocedure

Uit onderzoek van Hondius en Van Willigen (1992) na het bestuderen van dossiers van en interviews met vluchtelingen blijkt dat er een samenhang is tussen het aantal en soort medische klachten en de verblijfsduur in Nederland: vluchtelingen die korter dan één jaar in Nederland verbleven, noemden gemiddeld meer lichamelijke klachten dan vluchtelingen die langer in Nederland verbleven. Wel noemde deze laatste groep gemiddeld meer psychische klachten.

Meis (1995) ziet als mogelijke verklaring voor de geestelijke ongezondheid beïnvloedende factoren in het gastland, zoals het verlies van sociale status. Een significant verband tussen ervaren geestelijke ongezondheid en burgerlijke staat, sociaal netwerk in Nederland, lichamelijke gezondheidsproblemen en sociale problemen voortkomend uit het vluchtverleden kon niet worden aangetoond. Ervaren geestelijke ongezondheid ging wel gepaard met een hoger beroep op huisartsenzorg en psychosociale hulpverlening. Het gebruik van huisartsenzorg was tweemaal zo hoog en van psychosociale hulpverlening zesmaal zo hoog.

Uit onderzoek van Jozefzoon (1999) blijkt het aantal chronische aandoeningen duidelijk te verschillen tussen mannen en vrouwen, naar verblijftijd in het AZC en naar het wel of niet reeds een nader gehoor gehad te hebben van Justitie. Eenzaamheid blijkt een positieve correlatie te hebben met zowel het aantal chronische aandoeningen als het

aantal klachten. Naarmate de tijd van het laatste nader gehoor verstreek nam het aantal recente klachten en chronische aandoeningen af.

Naast bovengenoemde studies blijkt uit overzichtsstudies dat ook de onzekerheid over de verblijfsstatus van invloed is op de gezondheidstoestand. Zo kan mentale belasting door de asielprocedure de kans op reactivering van TBC vergroten. Ook veranderende omstandigheden voor en tijdens de asielprocedure blijken van invloed op de gezondheidstoestand (Thomas en Den Brok, 1998; Smit, 1999; Grifhorst en Van Ewijk, 1998). Melzak (1994) en Van Essen (1999) melden emotionele en ontwikkelingsstoornissen bij kinderen die zij in hun praktijk zien ten gevolge van geweld waaraan het kind heeft blootgestaan, verlies van een ouder of naast familielid en de veranderingen die het kind heeft meegemaakt. Van Dijk en Nienhuis noemen daarnaast veranderingen in de gezinsverhouding.

5.5 Conclusie

Op basis van bovenstaand overzicht kan geconcludeerd worden dat het aantal onderzoeken naar determinanten van gezondheid onder asielzoekers zeer beperkt is, dat de onderwerpen van de onderzoeken sterk verschillen en dat de studies kwalitatief van aard zijn. Onderzoek naar leefstijlfactoren is beperkt tot één studie naar middelengebruik. Ook het aantal onderzoeken naar woonomstandigheden en effecten van de asielprocedure op de gezondheidstoestand is beperkt van omvang.

Uit bovenstaande studies en andere literatuuroverzichten blijkt dat voorzichtig geconcludeerd worden dat de situatie voor de asielaanvraag, de lengte van de asielprocedure alsmede de omstandigheden tijdens de procedure negatief bijdragen aan de gezondheidstoestand van asielzoekers. Daarnaast blijkt uit overzichtsstudies (Thomas en Den Brok, 1998) dat de invloed van leefstijl op de gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen medebepaald wordt door factoren in de sociaal-maatschappelijke context. Zo leggen Mooren et al. (volgens Thomas en Den Brok, 1998) een verband tussen het relatief hoge aantal eetproblemen onder kinderen in opvangcentra en spanningen binnen gezinnen als gevolg van onbekende eetgewoonten en de leef- en woonsituatie.

6 Zorggebruik en organisatie van de zorg

In hoofdstuk 3 en bijlage D is 3 reeds inzicht gegeven in de hoeveelheid en kwaliteit van de onderzoeken waarin aandacht is besteed aan de organisatie van de zorg. Aangezien zich hier in de afgelopen tijd grote veranderingen hebben voorgedaan (zie paragraaf 1.3) is de literatuur niet allemaal even relevant meer. Daarnaast werd in hoofdstuk 3 reeds geconcludeerd dat het onderzoek naar de organisatie van de zorg veelal kwalitatief van aard is en met name is uitgevoerd onder zorgverleners. Deze onderzoeken betreffen met name een inventarisatie van ervaren knelpunten.

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de onderzoeken gepresenteerd. Voor de compleetheit zijn daarbij ook de resultaten van voor de reorganisatie opgenomen. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op het zorggebruik. Daarna worden de resultaten beschreven van onderzoek in de lokale opvang voor 2000 (paragraaf 6.2) en vanaf 2000 (paragraaf 6.3). De daarop volgende paragrafen beschrijven onderzoek naar jeugdgezondheidszorg en -hulpverlening (paragraaf 6.4); huisartszorg (paragraaf 6.5), en geestelijke gezondheidszorg (paragraaf 6.6). Hierbij wordt ook steeds onderscheid gemaakt naar de situatie voor en vanaf 2000. De studies worden per paragraaf op chronologische volgorde behandeld. De laatste paragraaf geeft een samenvatting van de resultaten.

6.1 Zorggebruik

6.1.1 *Feitelijk gebruik*

Wielink et al. (1991) hebben voor hun onderzoek alle contacten tussen huisartsen en asielzoekers uit AZC Aalten bijgehouden. Gedurende het onderzoeksjaar zijn er 799 contacten tussen een asielzoeker en een huisarts geweest. Dit komt overeen met een verrichtingencijfer van 4,7 hetgeen volgens Wielink et al. hoog is gezien de gemiddelde leeftijd van de patiënten. Het ging om 717 nieuwe ziekte-episoden: in 485 gevallen een man (gemiddelde leeftijd 24,5 jaar) en in 232 gevallen een vrouw (gemiddelde leeftijd 22,3).

Kwantitatieve gegevens zijn eveneens bekend uit het onderzoek van Plokker en De Voigt (1993) onder artsen en verpleegkundigen van de Medische Opvang en huisartsen van diverse OC's, AZC's en TOC's in Noord-Brabant. Uit hun onderzoek blijkt dat gemiddeld per week 21 verrichtingen (visites en consulten) door huisartsen in de onderzochte centra plaatsvinden. Uiteenlopend van 3 tot 30 verrichtingen per huisarts per week.

In het onderzoek van Harms (1994) naar de vraag van asielzoekers naar medische zorg werden de dossiers van personen die in het AZC in Helmond verbleven onderzocht. Meer dan 2000 contacten met medische hulpverleners die in de door de medische opvang bijgehouden dossiers geregistreerd waren werden geanalyseerd. De vraag naar de medische zorg in de onderzoeksperiode was gemiddeld 1,3 contacten per persoon per maand. Als de verpleegkundige contacten buiten beschouwing worden gehouden betreft het gemiddeld 0,7 contacten per persoon per maand. Er was een dalende tendens naarmate het verblijf in het AZC langer duurde. Er waren geen duidelijke verschillen

tussen de groep die wel een intake door de medische opvang had gehad en de “geen intake” groep in de aard van de problemen.

In onderzoek van Flipse (1996) zijn de gegevens van 579 asielzoekers die in het AZC Middelburg hebben gewoond, bestudeerd. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat asielzoekers meer huisartscontacten hebben, vergeleken met de Nederlandse bevolking; 60% meer voor mannen en 88% meer voor vrouwen. Naarmate men langer in de opvang verblijft neemt het aantal contacten met de huisarts en de arts in de medische opvang af, uitgezonderd contacten met de arts medisch opvang wanneer het psychische problemen betreft. Het totale aantal contacten met de hulpverleners van de medische opvang in het asielzoekerscentrum ligt ongeveer 5 maal hoger dan het aantal contacten met de huisartsenpraktijk. Verder valt het in deze studie op dat de asielzoekers uit voormalig Joegoslavië gemiddeld minder huisartscontacten heeft dan de andere bevolkingsgroepen.

Van de 118 Somalische vluchtelingen in het CGV Apeldoorn van wie de medische dossiers waren onderzocht door Hamming (1996) moesten 26 in verband met hun somatische klachten worden doorverwezen naar de huisarts.

Uit onderzoek van Willemse (1999) onder Somalische asielzoekers blijkt dat nauwelijks gebruik wordt gemaakt van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg, omdat deze overwegend onbekend is.

Uit het Nivel-onderzoek (De Bakker et al, 2000) blijkt dat huisartsen gemiddeld 3,7 contacten per asielzoeker per jaar hebben. Deze getallen zijn iets hoger dan de contactfrequentie met ziekenfondsverzekerden zoals destijds uit de eerste Nationale Studie naar voren kwam. Ze zijn echter lager dan in de LINH registratie die over 1998 een contactfrequentie van 4,3 voor ziekenfondsverzekerden oplevert. De contactfrequentie verschilde per centrum. Aangenomen kan worden dat dit verband houdt met de wijze waarop de toeleidingsfunctionaris schift. De gemiddelde contactfrequentie met de toeleidingsfunctionaris is 6,5. De contacten van huisartsen met asielzoekers duren gemiddeld 40% langer dan met andere patiënten. Voor een deel zal dit samenhangen met taal- en communicatieproblemen c.q. het gebruik van tolken.

Uit onderzoek van Van Zoest et al. (2002) naar wie op het spreekuur van praktijkverpleegkundigen kwamen, bleek dat deze vooral bezocht werden door 19-50 jarigen (65%), hetgeen niet verwonderlijk is aangezien deze groep in de centra het grootst is. Relatief meer vrouwen dan mannen bezochten de spreekuren. De meeste bezoekers op het spreekuur komen uit Irak (15%), hetgeen eveneens gezien de samenstelling van de centra te verwachten is. De praktijkverpleegkundigen verwezen 68% van de bezoekers van het spreekuur naar een huisarts.

6.1.2 *Tevredenheid*

Uit het literatuuronderzoek van Somers (1995a) naar risicofactoren voor aids bij asielzoekers kwamen de volgende factoren aan de orde. In de eerste plaats betrof het ontoereikende of onbereikbare gezondheidszorgvoorzieningen in het land van herkomst. Gedwongen migratie is een tweede factor die genoemd wordt. Daarnaast speelt in het immigratieland ook de toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen en de bekendheid met attitudes van de zorgverleners een rol. Andere factoren zijn communicatieproblemen door taal- en cultuurverschillen, verschillen in

verklaringsmodellen van ziekte en gezondheid tussen autochtone hulpverleners en migranten patiënt, sociaal-economische aspecten.

Uit het onderzoek van Somers (1995b) onder Somalische asielzoekers en vluchtelingen blijkt dat een derde van de asielzoekers in dit onderzoek een negatief oordeel had over de Nederlandse gezondheidszorg. De redenen die hiervoor genoemd werden, waren de attitude van de hulpverleners, hoge verwachtingen ten aanzien van voorzieningen en behandelmogelijkheden en beperkingen in het zorgaanbod vanwege de positie als asielzoeker en daarmee samenhangend de Nederlandse financieringsstructuur. Dit negatieve oordeel lijkt soms gevolgen te hebben voor het vertrouwen in de gezondheidszorg en in de hulpverleners. Respondenten noemen racisme of discriminatie, gebrekkige toegankelijkheid en een uitzonderingspositie als asielzoeker als redenen. Hierdoor meent men niet de hulp te krijgen die men noodzakelijk acht of die men verwacht had te krijgen in Nederland. Zowel het hulpzoekgedrag als de attitude van Somaliërs met betrekking tot preventieve gezondheidszorg lijken hierdoor beïnvloed te worden.

Uit de gesprekken van Jukema en Wilts (1996) met Iraanse en Somalische vluchtelingen blijkt dat men onvoldoende kennis heeft van de principes en achtergronden van het Nederlandse verzekeringsstelsel. Wel zijn de meeste Iraniërs en Somaliërs voldoende geïnformeerd over het algemene functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg. Verder kan uit de gesprekken geconcludeerd worden dat het voor de vluchtelingen moeilijk was om abstract te denken over de begrippen gezondheid en ziekte. Daarnaast maakt het verschil in technologie en aandacht voor de gezondheidszorg het voor veel geïnterviewde vluchtelingen moeilijk om een vergelijking te maken tussen de Nederlandse en Iraanse of Somalische gezondheidszorg. De grote aandacht in Nederland voor de gezondheidszorg wordt zeer gewaardeerd. Deze aandacht is men niet gewend in Iran of Somalië. Daar is de zorg zeker niet voor iedereen beschikbaar. Iraanse en Somalische vluchtelingen hebben in eerste instantie een positieve waardering over de gezondheidszorg in Nederland, maar veel van hen spreken wel hun ongenoegen uit over het feit dat zij niet rechtstreeks naar een specialist kunnen gaan. Daarnaast voldoet de bereikbaarheid van de huisarts niet aan hun verwachtingen. Voor psychische problemen wordt bijna nooit contact gezocht met professionele hulpverleners. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat oplossingen zelf of met behulp van familieleden worden gezocht. Psychische problemen worden wel als zodanig onderkend, maar er wordt geen direct verband gelegd tussen ziek-zijn en het hebben van deze problemen. Het behandelen van mensen die psychische klachten hebben door middel van praten in een groep, wordt als typisch Nederlands beschouwd. De bevindingen van dit pilot-onderzoek bevestigen vanuit het cliëntenperspectief de uit eerder onderzoek bekende fenomenen als taalproblemen, onbekendheid met het gezondheidssysteem en het anders definiëren van gezondheid en ziekte. Er zijn geen grote verschillen waargenomen tussen de groepen Iraanse en Somalische vluchtelingen. Echter, bij Somaliërs blijkt de factor geslacht van grotere invloed te zijn op het gebruik van en ervaringen met de Nederlandse gezondheidszorg.

Uit gesprekken van Huls (1997) met Somalische vluchtelingen blijkt dat voor psychische problemen nauwelijks hulp gezocht werd bij professionele hulpverleners omdat deze er veelal de voorkeur aan geven om dergelijke problemen met familie of vrienden te bespreken. Voor lichamelijke klachten die men zelf ernstig achtte, werd hulp bij de huisarts gezocht. De geïnterviewde Somaliërs gingen naar de huisarts omdat de huisarts kennis en medicijnen heeft, anderen dachten dat dit de enige

zorgmogelijkheid in Nederland was. Voor sociale problemen werd meestal geen hulp gezocht omdat men het niet prettig vond om over dergelijke problemen te praten en omdat men dacht dat Nederlandse hulpverleners er niets aan konden doen en omdat men het eigen problemen vond. Redenen om wel of geen hulp te zoeken bij ervaren problemen werden beïnvloed door ervaringen die men met de hulpverleners had, mate van vertrouwen in hulpverleners en opvattingen over gezondheid, ziekte en genezing. Factoren die het vertrouwen in de huisarts deden verminderen, waren het niet doorverwezen worden, geen medicijnen voorgeschreven krijgen, zich niet geholpen voelen, zich niet serieus genomen voelen, negatieve verhalen van anderen, taalprobleem, twijfelen aan de deskundigheid, ervaringen met artsen in Somalië en gediscrimineerd worden. Weinig geïnterviewde Somaliërs maakten preventief gebruik van de tandarts. Fysiotherapie en de fysiotherapeut werden overwegend positief gewaardeerd. Opvattingen over het maatschappelijk werk liepen uiteen van positief naar negatief.

Uit onderzoek van Willemse (1999) onder Somalische asielzoekers blijkt dat de tevredenheid met de Nederlandse gezondheidszorg afhankelijk is van de verwachtingen gerelateerd aan de ervaringen opgedaan in Somalië en de informatieverstrekking in Nederland.

Uit onderzoek van Van Dijk et al (2001) onder 22 asielzoekers blijkt dat zij ontevreden zijn met de geboden zorg. Ze klagen dat ze niet gehoord worden, afgescheept worden en slecht behandeld worden. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de algemene maatschappelijke uitsluiting die asielzoekers ervaren, de feitelijke toegang tot de zorg, de competentie van de zorgverleners en het wereldbeeld van de asielzoeker.

6.2 Lokale medische opvang asielzoekers voor 2000

In deze paargraaf staan – voor de volledigheid – alle onderzoek gerapporteerd van voor de reorganisatie van de medische opvang. Opgemerkt moet worden dat de actualiteitswaarde van deze onderzoeken zeer beperkt is.

6.2.1 *Beleid*

Uit een onderzoek van Logghe (1996) onder 45 politici, beleidsmakers en zorgverleners naar de uitgangspunten voor lokaal gezondheidsbeleid en de zorgverlening aan asielzoekers en vluchtelingen werden diverse redenen genoemd waarom de onderzochte gemeenten weinig tot geen energie gestoken hadden in de formulering van gezondheidsbeleid voor asielzoekers en vluchtelingen. Redenen die genoemd werden, waren dat de groep (nog) niet groot genoeg was, er (nog) geen echt probleem was of dat de rijksoverheid nog geen richting gaf. Daarnaast werd door meerdere geïnterviewden de onverdraagzaamheid van burgers jegens asielzoekers en vluchtelingen en de soms onvoldoende bereidwilligheid bij reguliere zorgverleners als een belangrijk probleem genoemd. Het bevorderen van bereidwilligheid bij en toegankelijkheid van reguliere zorgverleners en het vergroten van de tolerantie bij burgers lijkt hierbij op zijn plaats. Het bleek dat zowel politici als hulpverleners en zorgverleners een breder integratie- en/of aspectbeleid dan gezondheidsbeleid sec van belang achten. Een discussiepunt was echter wie waar verantwoordelijk voor was. Hierbij viel het op dat politici in het integratiebeleid de nadruk legden op inburgeringstrajecten, terwijl de (toegang tot de) verdere zorgverlening door politici als verantwoordelijkheid van de reguliere gezondheidszorg werd gezien. De zorgverleners waren daarentegen van mening dat de

gemeentelijke verantwoordelijkheid verder reikte dan het aanbieden van inburgeringstrajecten. De gemeente had volgens de zorgverleners de taak om een daadwerkelijk perspectief te bieden aan asielzoekers en vluchtelingen (onder nadere via school- en werktrajecten) zodat de zorgverleners zich kunnen concentreren op de preventie en behandeling van gezondheidsproblemen.

In onderzoek van Mascini (1998) onder 20 GGD-medewerkers is getracht om inzicht te krijgen in de dienstverlening van GGD-en aan vluchtelingen. Uit de interviews blijkt dat de activiteiten van de GGD-en ten behoeve van vluchtelingen vooral op het uitvoerende niveau liggen. Deze activiteiten liggen over het algemeen niet vast in beleid. GGD-en beschouwen vluchtelingen als een belangrijke risicogroep. Dat is één van de belangrijkste redenen waarom zij zich op vluchtelingen richten. Vanuit de WCPV vinden zij het een taak om zich op vluchtelingen te richten. Gemeente(n) en/of bestuur van de GGD hebben praktisch geen invloed op de activiteiten voor vluchtelingen. De activiteiten ten behoeve van vluchtelingen passen over het algemeen binnen het bestaande aanbod van activiteiten. Vaak wordt er samengewerkt met andere organisaties en instellingen. Hierbij neemt de GGD over het algemeen een coördinerende rol op zich. Redenen waarom GGD-en zich in de toekomst op vluchtelingen willen gaan richten, hebben te maken met de overdracht van de medische opvang van asielzoekers, signalen van problemen en knelpunten bij vluchtelingen en de zorg rond vluchtelingen en de invoering van de Koppelingswet in 1998.

6.2.2 *Medische opvang en Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV)*

Uit onderzoek van Ellenkamp (1990) naar het functioneren van de medische teams van het CGV blijkt dat er door het CGV Rijswijk veel aandacht werd besteed aan de aanwezigheid van specifieke deskundigen met betrekking tot de specifieke doelgroep. Het CGV speelde ook een centrale rol in de deskundigheidsbevordering. Verder bleek uit het onderzoek dat de taakafbakening in de medische teams flexibel gehanteerd werd. In 1990 ontbrak één centraal punt in de organisatie waar alle tot op heden ontwikkelde standaarden en/of protocollen te vinden waren, hetgeen niet ten goede kwam aan de zorgverlening. Er was weliswaar geen criterium vastgesteld hoe de relatie tussen de medische teams en het CGV eruit zou moeten zien, maar op grond van de verkregen informatie kan geconcludeerd worden dat het CGV in een aantal gevallen onvoldoende adequaat insprong op vragen en problemen van de medewerkers van de eerste medische opvang. Verder bleek dat door de diversiteit aan contacten met de reguliere gezondheidszorg in de omgeving van het AZC dat de brugfunctie van de medische teams naar de reguliere zorg tijdens de opvang in een AZC gewaarborgd werd. De continuïteit van zorg na uitplaatsing leek niet in alle centra te kunnen worden gegarandeerd. Door alle onderzochte medische teams werd in het proces van de zorgverlening aandacht besteed aan de doelstellingen van de CGV (preventie import- en infectieziekten, psychosociale begeleiding en het geven van voorlichting). De doelstellingen waren echter vrij breed gedefinieerd waardoor deze in de praktijk niet eenduidig werden ingevuld.

Aan de hand van interviews met artsen en verpleegkundigen van de Medische Opvang van verschillende AZC's, OC's en TOC's en huisartsen in Noord-Brabant hebben Plokker en De Voigt (1993) inzicht proberen te verkrijgen in de organisatie van zorg aan asielzoekers en vluchtelingen. Uit dit onderzoek bleek dat de toegang tot de medische voorzieningen in alle centra via de verpleegkundigen van de medische opvang verliep. Bij de intake werd naast de verwijzing voor een TBC-onderzoek aan alle

asielzoekers, via het verschaffen van een standaard medische vragenlijst, een aanbod gedaan voor een medisch consult. Volgens de geïnterviewden maakten uiteindelijk bijna alle asielzoekers gebruik van dit aanbod. Het bleek zeker in de OC's niet altijd mogelijk om alle asielzoekers een oriënterend gesprek of onderzoek aan te bieden. De capaciteit van de medische opvang was daartoe niet groot genoeg. Door de medische opvang werd daarom in de OC's gekozen voor een selectieve benadering van bepaalde categorieën bewoners, zoals kinderen en zwangere vrouwen. Ook bleek uit dit onderzoek dat de medische verslaglegging binnen de onderzochte centra goed was geregeld. Wanneer er door de huisarts spreekuur werd gehouden in het centrum was dit eveneens het geval. De berichtgeving over patiënten door huisartsen en specialisten buiten het centrum was gebrekkig en vaak laat, met als gevolg een zeer groot risico op fouten en incidenten. Problemen deden zich namelijk voor tijdens de waarneming door huisartsen die uitsluitend tijdens hun dienst te maken hadden met de medische zorg voor asielzoekers. Hun verslag kwam niet altijd, en meestal te laat, bij de medische opvang terecht. Hetzelfde gold voor de bevindingen van een geconsulteerde specialist.

Uit onderzoek van Mosterd (1996) onder 30 hulpverleners in Midden-Brabant die met asielzoekers en vluchtelingen in aanraking kwamen, bleek dat zij in hun werk op een aantal knelpunten stuiten. In de eerste plaats vormen het asielbeleid en de wijze van opvang in Nederland een zware belasting voor de geestelijke gezondheid van asielzoekers. Daarnaast kent de gezondheidszorg aan asielzoekers en vluchtelingen te weinig structuur en continuïteit. Taal- en cultuurverschillen, waardoor de communicatie tussen asielzoekers/vluchtelingen en hulpverleners bemoeilijkt wordt, vormen een ander knelpunt. Ten vierde geven de hulpverleners aan dat zij te weinig kennis hebben met betrekking tot de problematiek van asielzoekers en vluchtelingen. Tot slot werd de moeizame inburgering van asielzoekers en vluchtelingen in Tilburg als knelpunt genoemd.

Uit het onderzoek van Hamming (1996) onder Somalische vluchtelingen blijkt dat gedurende de periode waarin de vluchtelingen in Apeldoorn in de opvangcentra verbleven, een groot aantal regelmatig het CGV team bezoekt. Duidelijk werd dat de Somalische vluchteling dezelfde soort klachten en ziekten had als de Nederlandse bevolking. Naar aanleiding van de resultaten in de opvangperiode was er dan ook geen reden aanvullingen aan het bestaande medische onderzoek voor te stellen. Wel leverde het onderzoek een aantal feiten op over de werkzaamheden van het CGV team. De CGV-artsen werden voornamelijk geconsulteerd voor somatische klachten (82%) voor behandeling moeten zij verwijzen naar de huisarts. Er bestaat in de eerste drie maanden van opvang blijkbaar een grote behoefte om voor somatische klachten behandeld te worden. De CGV-artsen werden in vergelijking met de verpleegkundigen opmerkelijk minder vaak en ook door een veel kleiner aantal vluchtelingen geconsulteerd. Er is in de eerste drie maanden ook een grote behoefte aan voorlichting geconstateerd.

Uit onderzoek van Schat (1996) blijkt dat de diagnostiek en behandeling van infectieziekten (met name het Ebola-virus en TBC) extra aandacht vraagt evenals de zorg voor zwangeren. Het klaarmaken van voeding voor zuigelingen en peuters vraagt veel tijd, evenals de meer algemene niet-cliëntgebonden zorg. Het overgrote deel van de klachten wordt behandeld door een verpleegkundige die eenvoudige geneesmiddelen en pijnstillers mag voorschrijven.

6.2.3 TBC-screening

Uit het onderzoek van Haddad (1996) naar de screening op TBC bij asielzoekers bleek dat oplossing van het afstemmingsprobleem – gegevensoverdracht van de administratie van het centrum naar de medische opvang en vervolgens naar de Mobiele Röntgen Unit – een belangrijke rol speelde bij het optimaliseren van het screeningspercentage. Standaardisatie van de gegevensoverdracht ontbrak, ondanks het feit dat asielzoekers verplicht waren om een TBC onderzoek te ondergaan. Er bleef een kleine groep asielzoekers die zich gemakkelijk aan dit onderzoek kon onttrekken omdat de Mobiele Röntgen Unit een keer per week naar het OC kwam. In het algemeen belang van de volksgezondheid lijkt de methode van screening door de Mobiele Röntgen Unit efficiënt te zijn, op voorwaarde dat er een eenduidige geautomatiseerde registratie is. De centrale registratie moet direct beschikbaar zijn voor de lokale GGD-en die te maken hebben met de screening op TBC bij asielzoekers.

Beerens (1999) heeft in haar onderzoek de gegevens van 21.317 asielzoekers geanalyseerd die tijdens hun verblijf in een asielzoekerscentrum bezocht waren door een mobiele röntgenunit van GGD Midden-Brabant. De gemaakte thoraxfoto's werden eerst op de centrum GGD (in dit geval GGD Midden-Brabant) beoordeeld. De foto werd door twee artsen bekeken, maar de tweede arts (tweede 'lezer' van de lokale GGD) bepaalde of nader onderzoek nodig was. Bij 934 asielzoekers werd nader onderzoek geadviseerd door minimaal 1 van beide lezers. 85 maal werd geen nader onderzoek gedaan, terwijl lezer 1 adviseerde van wel en lezer 2 besloot van niet. Van 846 van de 849 gedane nadere onderzoeken was het resultaat te achterhalen. 65 maal ging om actieve TBC, 41 maal om andere ernstige aandoeningen en 211 maal om inactieve TBC. In de gevallen dat alleen de 2e lezer besloot tot nader onderzoek ging het 1 maal om actieve TBC, 6 maal om andere ernstige aandoeningen en 21 maal om inactieve TBC. Met behulp van gegevens gekregen via de Nederlandse Tuberculose Registratie zijn er onder de 21.217 asielzoekers 3 gevonden bij wie binnen 6 maanden na de 1e screening op TBC met afwijkingen op de thoraxfoto gediagnosticeerd is. Bij 2 van hen bleken afwijkingen aanwezig te zijn die door beide lezers waren gemist. De berekende "under-reading" wat betreft actieve TBC, andere ernstige aandoening en inactieve TBC was voor lezer 1 9,4% en voor lezer 2 3,2%. Tezamen was de "under-reading" 0,6%. Vergeleken met bestudeerde literatuur waren deze percentages laag. De berekende "over-reading" van lezer 1 was 1,5% en van lezer 2 2,0%, tezamen 2,5%. Uit het onderzoek werd geconcludeerd dat opvallend weinig belangrijke afwijkingen werden gemist. De huidige werkwijze had een hoge opbrengst wat betreft het opsporen van TBC bij asielzoekers. Lezer 1 ontdekte al zo veel afwijkingen dat de vraag gesteld moet worden of dubbelezen op deze wijze gecontinueerd moet worden.

6.2.4 Gezondheidsvoorlichting

In haar onderzoek onder medische teams van het CGV zag Ellenkamp (1990) dat alle teams het geven van voorlichting als een belangrijke activiteit beschouwden. Er werd getracht om er in individuele contacten de nodige aandacht aan te geven. Uit het onderzoek bleek echter dat de voorlichting aan groepen asielzoekers vrijwel overal een activiteit vormt die makkelijk blijft liggen. Naast de anamnesegeprekken en andere "acutere zaken" die afgehandeld moesten worden, werd genoemd dat de diversiteit aan culturen een knelpunt vormde in het uitvoeren van voorlichtingsactiviteiten.

Uit onderzoek van Somers (1995b) onder Somalische asielzoekers blijkt dat het onderwerp Aids goed bespreekbaar is, maar het wordt nauwelijks van toepassing geacht op de eigen situatie. Bijna tweederde van de asielzoekers in het onderzoek had een voorlichtingsbijeenkomst over Aids bijgewoond. Dit is hoogstwaarschijnlijk aanzienlijk hoger dan het bereik van Aids voorlichting in het algemeen voor asielzoekers in centra. De Aids voorlichting was over het algemeen door de respondenten goed ontvangen, hoewel de gebruikte video soms als schokkend ervaren werd. De voorlichting op zich bleek wel gebrek aan kennis of onjuiste kennis weg te nemen, maar met name kennis over de ziekte Aids, het verschil tussen Aids en seropositiviteit en kennis over transmissiewijzen was ook na de voorlichtingsbijeenkomst nog onvoldoende. De Nederlandse Aids campagne was door respondenten niet opgemerkt of niet begrepen. De langer in Nederland verblijvende participanten aan de focusgroep hadden de campagne wel opgemerkt en begrepen, maar waardeerden deze niet.

Uit het onderzoek van Somers (1997) naar ervaringen van 43 asielzoekers met Aids voorlichting blijkt dat er al met al veel ervaring is opgedaan in de onderzochte centra met voorlichting over Aids, zij het dat deze activiteit niet structureel is ingebed in de werkzaamheden van de Medische Opvang. Uit de interviews blijkt dat de asielzoekers in het algemeen een positieve indruk hebben over deze voorlichting al moet hierbij rekening worden gehouden met sociaal wenselijke antwoorden. Uit de interviews kan interessante informatie gehaald worden over culturele normen en waarden ten opzichte van de ziekte Aids, HIV-geïnfecteerden, preventie, de situatie in het land van herkomst, voorlichting, condoomgebruik en in beperkte mate over seksualiteit. Sommige interviewverslagen getuigen van grote openheid jegens seksualiteit, anderen maken duidelijk dat het taboe op praten over seksualiteit groot kan zijn.

6.3 Lokale medische opvang asielzoekers vanaf 2000

6.3.1 Medische Opvang Asielzoekers (MOA)

Uit het literatuuronderzoek van Knoppers (2000a) naar preventief medisch onderzoek onder volwassen asielzoekers komt naar voren dat asielzoekers gebaat zijn bij een preventief medisch screeningsprogramma. Populatiecijfers van het COA laten zien dat het een zeer heterogene groep mensen betreft, waardoor het opzetten van een algemeen screenend onderzoek voor deze groep geen eenvoudige zaak is. Ziektes die voorkomen zijn wormziekten, darminfecties, tuberculose, hepatitis, SOA, HIV/Aids, malaria, ectoparasieten, huidziekten, MRSA, en gevolgen van martelingen, cervix-en mammacarcinoom, gevolgen van vrouwenbesnijdenis. Op basis van het literatuuronderzoek wordt aanbevolen om een onderzoek onder volwassen asielzoekers te starten om de ernst en omvang van de bovengenoemde pathologie te kunnen bepalen en vervolgens een screeningsprogramma op maat te kunnen ontwikkelen dat naar verwachting van de onderzoeker uitgebreider zal zijn dan het huidige preventieve onderzoek aangeboden door de MOA. Hierbij zullen dan leeftijd, geslacht en regio van herkomst bepalend zijn voor de aard van het aangeboden screeningsprogramma. Op basis van de Service Level Agreements is het de taak van OC's om minimaal 95% van de asielzoekers binnen 6 weken een intake aan te bieden. Uit onderzoek van De Haan (2000) naar de uitvoering van de intake bij de MOA blijkt dat gemiddeld aan 76,2% van de asielzoekers een intake wordt aangeboden. Het aanbieden van een intake hangt af van de werkdruk, werkafspraken binnen het team maar ook van de houding ten aanzien van intakes.

Uit het onderzoek van Van Lier (2001) naar sociaal medische advisering uitgevoerd onder artsen en verpleegkundigen van de MOA blijkt dat in de praktijk de MOA arts nu zowel de functie van onafhankelijk arts als die van behandelaar heeft. Tevens is er een collectief preventieve taak. Naast de vraag of iemand op al deze taakvelden bekwaam en bevoegd is, zijn juridisch gezien deze taken niet verenigbaar, als een persoon een behandelovereenkomst heeft en er ook een medisch advies gevraagd wordt. Deze taken zouden op de een of andere manier gescheiden moeten worden. Alle aanvragen om medische informatie en medisch advies zouden schriftelijk moeten worden ingediend en afgehandeld, waarbij altijd schriftelijk toestemming van de cliënt gevraagd moet worden en de cliënt van de gevolgen op de hoogte gesteld moet worden. Dit bevordert de registratie van vragen. Uit het onderzoek naar de medische advisering zijn geen adviezen over uitvoerende taken voor verpleegkundigen naar voren gekomen. In de praktijk hebben zij hier wel een taak in. Geconcludeerd wordt dat door protocollering van de werkzaamheden in veel gevallen problemen voorkomen kunnen worden. De taken van de MOA moeten duidelijk geformuleerd worden en de term sociaal medische advisering zou alleen gebruikt moeten worden voor die taken die ook buiten de MOA sociaal medische advisering heten, ter verduidelijking van de verschillende taken. Over taken waarover binnen de MOA verschil van mening is over of het wel tot de taken behoort c.q. uitgevoerd moet worden zou meer duidelijkheid moeten komen.

In Nijmegen zijn door Van Gogh en Hoondert (2001) interviews gehouden onder negen huisartsen die ex-asielzoekers in hun praktijk hebben om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van de overdracht van de MOA naar de huisarts. De algemene indruk van de huisartsen is dat de overdracht niet voldoet aan de kwaliteitseisen die zij voorstaan. Zeven van de negen geïnterviewde huisartsen vinden de overdracht rommelig en weinig overzichtelijk. Alle huisartsen geven aan meer informatie te willen ontvangen over psychosociale omstandigheden, vluchtverhaal en geweldservaringen en de ondernomen interventies daaromtrent. Vier huisartsen geven aan het idee te hebben dat er vaak specialistenbrieven ontbreken. Andere relevante informatie die gemist wordt, is onder andere: wel of geen tolk nodig, religie en analfabetisme. Twee huisartsen vinden de informatie die in de overdracht staat bijna geheel overbodig. Meetgegevens van een aantal jaar geleden zijn niet relevant en bovendien meten de huisartsen zelf. Een sociale anamnese wordt vaak door de huisartsen zelf afgenomen en is in de overdracht dus niet nodig. De meeste huisartsen geven aan voorheen nooit naar het CGV in Rijswijk gebeld te hebben voor informatie. Enerzijds is dit onwetendheid, anderzijds doordat vragen aan de patiënt sneller gaat. Tot slot geeft een aantal huisartsen dat op een AZC werkt aan, dat zij er de voorkeur aan zouden geven om het gehele medische dossier vanuit de MOA naar de huisartsen te zenden.

Altena (2001) heeft onderzoek gedaan naar de kwaliteit van verslaglegging in de medische dossiers volgens de SOEP systematiek. Deze systematiek geeft de structuur aan waarop de gegevens van de asielzoeker tijdens het spreekuur door de praktijkverpleegkundige wordt genoteerd op het journaalblad. Uit het onderzoek komt naar voren dat de verslaglegging door praktijkverpleegkundigen binnen de MOA niet voldoet aan de criteria van het probleem georiënteerd registreren.

Verweij-Bikker (2002) beschrijft in haar onderzoek de problemen met betrekking tot de continuïteit van de zorg aan zwangere asielzoekers in één MOA-cluster. Het landelijk vastgestelde protocol "toegeleiding zwangeren" zal de leidraad moeten gaan vormen waardoor MZG-verpleegkundigen werkinstructies, proces en productcriteria zoveel mogelijk clusterbreed vast kunnen leggen. Uit het onderzoek van Verweij-Bikker blijkt

dat er nu vaak nog verschillende knelpunten zijn op het gebied van de zorg. Zo is er geen eenduidigheid in werk- en handelwijze binnen het cluster waardoor er sprake is van overlappings van verschillende betrokken disciplines, waardoor de continuïteit van de zorg niet gewaarborgd is, of er juist te veel disciplines betrokken zijn.

Uit onderzoek van Van Willigen en Janssen (2002) blijkt dat het merendeel van de AMA's in de opvanghuizen en –centra in MOA regio Oost het aanbod van de MOA niet vinden aansluiten bij hun zorgbehoeften. De meerderheid van de AMA's kent niet het verschil tussen de verpleegkundigen, (JGZ)arts en huisarts en is ontevreden over de zorg van de zorgverleners. De AMA's hebben het gevoel niet serieus te worden genomen. Ook de geïnterviewde MOA medewerkers geven aan dat naar hun oordeel hun aanbod niet aansluit op de zorgbehoeften en kennis van AMA's. Zij wijten het aan de krappe formatie, met name ten aanzien van GVO, hun onvoldoende scholing en ingewerkt zijn op dit specifieke terrein. De MOA medewerkers zijn van mening dat functiedifferentiatie binnen de MOA heeft geleid tot versnippering aan de zorg aan AMA's. Over de samenwerking tussen de MOA medewerkers, voogden en begeleiders/mentoren kwam in gesprekken naar voren dat zij ieder voor een deel verantwoordelijk zijn voor de opvang voor AMA's maar niemand voor het geheel.

6.3.2 *Vaccinatie*

Van Laere (2000) stelt in zijn onderzoek onder medewerkers betrokken bij het vaccinatiebeleid van asielzoekerkinderen dat hiervoor weinig politieke belangstelling bestaat bij de ministeries van VWS en Justitie. Hoewel er ten tijde van het onderzoek van Van Laere volgens de Inspectie geen aanwijzingen waren dat er sinds de toegenomen instroom van asielzoekers meer infectieziekten – waartegen gevaccineerd wordt in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma – voorkomen concludeert de auteur op basis van zijn onderzoek dat niemand verantwoordelijk lijkt voor van het registreren van het totaal aantal gegeven vaccinaties aan asielzoekerkinderen en het aantal opgetreden infecties onder hen. Daarnaast wordt de praktijk van de uitvoering van vaccinaties en de entadministratie niet getoetst op doelmatigheid en doeltreffendheid. Volgens de auteur verdient het verhogen van de vaccinatiegraad bij de doelgroep aandacht.

6.3.3 *Gezondheidsvoorlichting*

Hanssen en Stikma (2000) hebben onderzoek gedaan naar de meerwaarde van voorlichting door Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) en GVO-verpleegkundigen. Uit het onderzoek kwam naar voren dat voorlichting door een VETC'er een meerwaarde heeft bij mensen die nog maar kort in Nederland verblijven, omdat zij behoefte hebben aan informatie over bijvoorbeeld normen, waarden en gewoonten van de Nederlandse samenleving. Dit komt het beste over in de eigen taal. Bovendien is gebleken dat bij gevoelige voorlichtingsthema's, de cultuurgebonden- en belevingsaspecten een belangrijke rol spelen. De VETC'er kan hier, gezien zijn culturele referentiekader beter op inspelen. De meerwaarde van de GVO-verpleegkundige ligt onder andere op het gebied van haar deskundigheid en op het feit dat zij dagelijks aanwezig is in een asielzoekerscentrum.

Linck (2001) heeft onderzoek gedaan naar de behoeften van asielzoekers omtrent gezondheidsvoorlichting zoals deze wordt aangeboden in de opvang. Uit het onderzoek kwam naar voren dat er behoefte is aan voorlichting over de Nederlandse

gezondheidszorg. Deze behoefte komt voort uit de teleurstellingen die hiermee zijn opgedaan. Verder leiden psychische en sociale problemen tot een vraag naar informatie over het omgaan met deze problemen en de hulpverlening op dit gebied. Daarnaast is er een behoefte aan voedingsvoorlichting, omdat de asielzoeker kennis moet maken met het Nederlandse voedingspatroon. Tenslotte blijkt er behoefte te zijn aan voorlichting in de eigen taal en cultuur. Deze benadering van de doelgroep berust op de theorie van de "peer-education" die zegt dat voorlichting effectiever is als deze wordt aangeboden door iemand die zelf uit de doelgroep afkomstig is. In deze situatie zouden taalproblemen kunnen worden opgelost en een vertrouwensband kunnen ontstaan omdat de doelgroep zich in de voorlichter herkent.

Broecheler en Raadgers (2001) hebben eveneens een onderzoek naar de behoeften van asielzoekers met betrekking tot GVO. Dit onderzoek is gedaan onder jongere asielzoekers. In eerste instantie zeiden de jongeren geen behoefte te hebben aan GVO. Hun eerste zorgen zijn namelijk de toewijzing van een verblijfsstatus en hun, in hun ogen, onwaardige leefsituatie in het centrum. Er is veel onbegrip over de wijze waarop de medische opvang is georganiseerd en velen ervaren een tekort aan zorg, voor hen onbegrijpelijk in dit rijke land. Bij doorvragen is de behoefte aan aandacht, begrip en respect naar voren gekomen. Daarna blijken er wel degelijk veel vragen en onzekerheden te zijn op het gebied van gezondheid. Er is behoefte aan een vraagbaak bij persoonlijke problemen. De meisjes willen praten over seksuele voorlichting, eenvoudige EHBO en gezonde voeding. De Chinese jongens hebben veel maagpijn en vragen over slapeloosheid, spanningsklachten en medicijngebruik. De AMA's uit Sierra Leone en Guinee willen vooral informatie over sport, bewegen, voeding, seks, geslachtsziekten en Aids. Jongeren uit Franssprekend Afrika vragen meer aandacht voor huidproblemen. Maar eenmaal in gesprek blijken er bij alle groepen veel meer wensen te leven.

Uit onderzoek van Jak (2001) waarin geprobeerd is inzicht te verkrijgen in de SOA/HIV problematiek van asielzoekers blijkt dat deskundigen het belangrijk vinden dat inzicht wordt verkregen in het voorkomen van de belangrijkste SOA's (HIV, hepatitis B, gonorrroe, syfilis, chlamydia) en risicogedrag. Er zijn vele aanwijzingen dat asielzoekers een kwetsbare groep vormen met betrekking tot SOA. Daarnaast blijkt dat de niet-curatieve SOA-zorg voor asielzoekers niet goed georganiseerd is.

Azghoughi et al. (2001) hebben met hun onderzoek gepoogd inzicht te krijgen in de problematiek rondom SOA/Aids bij asielzoekers en ama's en de problemen die professionals tegenkomen bij de preventie van SOA/Aids onder deze doelgroep. Uit het onderzoek blijkt dat er weinig materialen, methoden en scholingsaanbod ontwikkeld zijn en het materiaal dat aanwezig is, verouderd is. De aanwezige kennis en ervaring met preventie van SOA/AIDS is niet wijd verspreid onder de verschillende medewerkers van de MOA Noord-Nederland. De medewerkers van de MOA hebben een belangrijke rol in de preventie van SOA's. Door onbekendheid met de doelgroepen ama's en asielzoekers zijn weinig concrete activiteiten ondernomen vanuit de GGD Groningen die specifiek gericht zijn op deze groepen. Het geven van voorlichting over de thema's seksualiteit en veilig vrijen wordt als een belangrijke taak van ama-mentoren gezien. Uit de interviews blijkt dat de ama-mentoren evenals medewerkers van de MOA onvoldoende kennis en vaardigheden hebben om SOA/Aids aan de orde te stellen bij hun bewoners. Het inzetten van VETC'ers blijkt een goed instrument te zijn aangezien huisartsen die asielzoekers en ama's als patiënt hebben, problemen hebben op het gebied van communicatie en cultuurverschillen. In het onderzoek komt naar

voren dat het de GGD ontbreekt aan integraal beleid voor de groep ama's en asielzoekers. Er is onvoldoende afstemming met betrokken instanties, afdelingen en huisartsen. De geïnterviewde medewerkers zien in dat samenwerking en uitwisseling van ervaring en deskundigheid essentieel zijn om de huidige en toekomstige problemen aan te pakken.

Hogendorp (2002) concludeert uit haar onderzoek dat huisartsen niet altijd een positief beeld hebben van MOA Noord-Nederland. Dit heeft vooral te maken met het onbegrip dat huisartsen hebben met de functiedifferentiatie binnen de MOA en het bureaucratische gehalte van de organisatie. Sommige huisartsen hebben hun twijfels over de sterke nadruk die de MOA op preventie legt, omdat de medische opvang van asielzoekers volgens hen hoe dan ook verbonden is met curatie. Alle huisartsen benadrukten de noodzaak van de toegeleiding door de praktijkverpleegkundige van de MOA. Tijdens het onderzoek is gebleken dat de manier van opvang in grote mate bepalend zijn voor de gezondheidstoestand van de asielzoekers. De zorgverlening aan asielzoekers zou waarschijnlijk aanzienlijk verbeterd kunnen worden als de manier van opvang en het verloop van de procedures zou worden bijgesteld.

Uit onderzoek van Van Zoest et al. (2002) naar de voorlichting die naar aanleiding van het spreekuur van een praktijkverpleegkundige gegeven wordt, is gebleken dat 75% van de bezoekers van het spreekuur van een praktijkverpleegkundige voorlichting krijgt. Opvallend is dat weinig foldermateriaal verstrekt werd. De reden hiervoor is onduidelijk.

6.4 Jeugdgezondheidszorg en jeugdhulpverlening

Ook in deze paragraaf dient men er alert op te zijn dat de literatuur in de eerste subparagraaf een verminderde actualiteitswaarde heeft.

6.4.1 Literatuur verschenen voor 2000

Het onderzoek van Smits (1995) onder de divisies Ouder- en kindszorg en afdelingen Jeugdgezondheidszorg binnen thuiszorg- en kruisorganisaties en de GG&GD Amsterdam toont aan dat alle onderzochte organisaties te maken hadden met kinderen van asielzoekers en vluchtelingen. Omdat het percentage van deze kinderen ten opzichte van het totaal aantal kinderen dat in zorg was, klein was en omdat het niet altijd bekend was of iemand een asielzoeker of vluchteling is, werd aan deze kinderen dezelfde zorg geboden als aan iedereen. Slechts binnen een klein aantal divisies bestonden afspraken over extra zorg. Naast de zorg voor kinderen in gemeenten werd aan de in centra verblijvende kinderen (gedeeltelijk) zorg verleend. In de uitvoering van de zorg voor deze groep werden diverse knelpunten ervaren. Door het grote verloop van de kinderen en het ontbreken van gegevens (gebrekkige overdracht) werd een gebrek aan continuïteit in de zorg ervaren. Bij de ouders werd terughoudendheid ervaren en waren er daarnaast communicatieproblemen door de vele nationaliteiten en problemen met de beschikbaarheid van tolken. De zorg van de CB-teams bleef vaak beperkt tot lichamelijk onderzoek en voedingsadviezen. Daarnaast bestonden er problemen met het signaleren van problemen door een gebrek aan deskundigheid. In de zorg was weinig contact en overleg met andere hulpverleners. Ten aanzien van de ouder-kindzorg speelde de vraag wat men kan en moet doen en wanneer moet worden verwezen bij problemen en waar naartoe. Er was behoefte aan duidelijke richtlijnen en afspraken over welke zorg geboden moet worden aan kinderen in centra en in gemeenten.

Mijs (1996) laat aan de hand van interviews met medewerkers van de opvang- en voogdij instelling voor jonge asielzoekers, De Opbouw, zien wat oorzaken en mogelijke oplossingen zijn voor drempels bij de hulpverlening aan jonge asielzoekers. In de periode 1990-1996 is het aantal ama's dat naar Nederland komt om asiel te vinden sterk toegenomen, hetgeen ook zichtbaar is uit het aantal ama's dat onder voogdij van De Opbouw valt. Uit de interviews blijkt dat in 1988 nog 280 ama's onder voogdij van De Opbouw vielen; in 1996 waren dat er inmiddels 4000. Met deze toename werden ook de problemen met de hulpverlening aan ama's zichtbaar. Angst en onwetendheid werden genoemd als mogelijke oorzaken voor de hoge drempel die de jeugdhulpverlening opwerpt bij toelating van jonge asielzoekers als cliënt. Daarnaast moeten de hulpverleners rekening gaan houden met cultuurverschillen.

Schaaphok (1997) heeft in het AZC Sneek bij 71 kinderen een Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) uitgevoerd en deze gang van zaken na een half jaar geëvalueerd. Hieruit bleek dat een PGO zowel de medewerkers van de GGD als die van het AZC goed bevalt. Met behulp van een PGO wordt op korte termijn een beeld gevormd van de kinderen waardoor snel actie kan worden ondernomen richting de huisarts en/of specialist. De vaccinatiestatus wordt door een aantal mensen nauwkeurig bekeken en kinderen met een achterstand worden zo spoedig mogelijk gevaccineerd.

Uit onderzoek van Vos et al. (1999) onder verpleegkundigen werkzaam op het gebied van de JGZ in 45 instellingen blijkt dat er veel onduidelijkheid is over de taakopvatting, protocolontwikkeling en het toegewezen budget wat betreft de JGZ voor asielzoekerkinderen van 4 tot 19 jaar. Lang niet alle geneeskundige en verpleegkundige activiteiten worden structureel uitgevoerd. OC's komen het beste uit de bus wat betreft het volledig uitvoeren van gestructureerde JGZ. Of en hoe gestructureerde JGZ uitgevoerd wordt, hangt af van beschikbaar en gekwalificeerd personeel en van persoonlijke taakopvatting. De visie van de COA om zoveel mogelijk zorg extern te beleggen wordt het best in de praktijk gebracht door de AVO's. De grootste knelpunten zijn een zeer diverse uitvoering van de JGZ door het ontbreken van duidelijke richtlijnen en protocollen. Een landelijk audit protocol ontbreekt en de continuïteit van zorg is niet gewaarborgd door het ontbreken van richtlijnen over dossieroverdracht. De financiering van zorg is erg divers en onduidelijk door het ontbreken van landelijke richtlijnen.

Uit het onderzoek van Smit en Thomeer-Bouwens (1999) onder 109 ama's naar hun opvang en begeleiding blijkt dat jongeren zich over het algemeen (een beetje) thuis voelden in hun opvang situatie (61% van de bewoners van kleine wooneenheden en 72% van de pleegkinderen). Ongeveer 88% van de bewoners van kleine woonheden oordeelde positief over hun begeleiders en van de pleegkinderen oordeelde 87% positief over de pleegvader en 92% over de pleegmoeder. Er werden ook wat minder positieve geluiden waargenomen: enkele jongeren vonden hun begeleiders slecht of waren ontevreden over hun pleegouders en ongeveer 15% van de jongeren voelden zich niet thuis in de vervolgoopvang. Sommige jongeren waren van mening dat de begeleiders van de kleine wooneenheden te vaak, te nadrukkelijk en met te weinig respect voor de bewoners aanwezig waren. Wat de pleeggezinnen betreft, blijkt dat jongeren positief zijn over hun pleeggezin en zich daar thuis voelen wanneer zij zich als eigen kind beschouwd voelen. De frequentie waarmee de jongeren hun voogd zagen, verschilde vrij sterk. Ruim 90% van de jongeren oordeelde positief over hun voogd. De overgang na het 18e jaar was ingrijpend. Uit het onderzoek blijkt dat er in alle gevallen iemand moet zijn op wie de jongeren na hun 18e verjaardag zonodig kunnen terugvallen.

6.4.2 *Literatuur verschenen vanaf 2000*

Uit de vragenlijststudie van Boonstra et al. (2000) onder diverse organisaties in Friesland die met ama's te maken hebben, blijkt dat een kwart van de organisaties zich niet voldoende deskundig achtte om ama's een adequaat opvangaanbod te bieden. Zij vonden hun organisatie niet voldoende multicultureel ingesteld en hadden problemen met het signaleren en aanpakken van de problematiek van ama's. Bijna de helft van de organisaties vond dat ama's binnen het huidige aanbod aan opvang tussen wal en schip vielen. Het ging hier voornamelijk om ama's met psychische of psychosociale problematiek. Er werd gesteld dat organisaties de neiging hebben om de problemen van ama's door te schuiven naar de volgende organisaties. Ook werd gesteld dat speciale aandacht nodig was voor de 18+ ama's. Communicatieproblemen speelden op allerlei niveaus een rol. In de eerste plaats tussen organisaties onderling, maar ook tussen organisatie, ama's en hun begeleiders. Positief kon genoemd worden de groeiende bereidheid onder de organisaties om ama's te ondersteunen.

Onderzoek van Terpstra (2001) toont problemen aan met betrekking tot de hulpverlening aan ama's. Gesignaleerde knelpunten hebben betrekking op de toegeleiding naar geïndiceerde jeugdzorg, lange wachtlijsten, te westers georiënteerde hulpverleningsmethodieken, onduidelijkheid over welke lichte ambulante hulp vanuit jeugdzorg mag worden ingezet en te weinig aandacht voor de positie van 18-plussers.

Uit onderzoek van Haak (2001) blijkt dat de instroom van OC-ama's in AZC's diverse gevolgen heeft voor de medewerkers van de betreffende AZC's. In de eerste plaats heeft de instroom van ama's directe invloed op de hoeveelheid werk en leidt dit tot een reorganisatie van de werkzaamheden van de medische opvang (zoals het aanmaken van dossiers, tbc-screening, voorlichting etc.). In de tweede plaats betekent de instroom van OC-ama's een hogere inzet van het personeel. Door de MOA wordt namelijk niet structureel extra personeel ingezet. In de derde plaats leidt de komst van OC-ama's tot verschuiving van de werkzaamheden en toename van de aanwezigheid van personeel. De facilitering voor de medische opvang blijft echter achter bij de groei van de hulpvraag en de intensiteit waarmee ook na de instroom gewerkt wordt. Uit het onderzoek blijkt dat de medewerkers over het algemeen tevreden zijn over de samenwerking met andere organisaties.

6.5 **Huisartsenzorg**

Voor deze paragraaf geldt eveneens dat de resultaten gepresenteerd in de eerste subparagraaf een beperkte actualiteitswaarde hebben.

6.5.1 *Literatuur verschenen voor 2000*

De eigen ervaringen die Van der Laan en Bloemen (1994) beschrijven met asielzoekers die met geweldservaringen bij de huisarts komen, leiden tot een aanbeveling met betrekking tot de rol die een huisarts kan spelen. De plaatsing van de klachten in het kader van het ondervonden geweld geeft de huisarts een handvat voor aanpak ervan. Het belangrijkste instrument hierbij is de kennis van de voorgeschiedenis van de vluchteling en de vertrouwensrelatie die de huisarts in de loop van de tijd met hem opbouwt. De huisarts kan zelf of in samenwerking met anderen met relatief eenvoudige middelen en in betrekkelijk weinig tijd een verwerkingsproces ondersteunen en de

vluchteling leren zijn klachten te hanteren. Hiermee voorkomt de huisarts overbodig onderzoek en somatische fixatie.

Uit onderzoek van Van der Aalst et al. (1996) onder 42 huisartsen blijken er verschillende knelpunten te zijn in de praktijkvoering en huisartsenzorg. 27 van de 29 huisartsen die vluchtelingen onder zorg hebben geven aan één of meer knelpunten te ervaren. Knelpunten in de communicatie en de extra tijdsinvestering zijn hiervan de belangrijkste (21 maal en 20 maal genoemd). Het niet op tijd komen (door 18 huisartsen genoemd) en andere verwachtingen van de patiënt (11 maal genoemd) zijn eveneens als knelpunten genoemd. Een geringe financiële vergoeding is voor 9 huisartsen een reden tot zorg. 16 van de 36 huisartsen zijn enigszins huiverig voor het opnemen van (meer) vluchtelingen in de praktijk gezien de veelheid aan en complexiteit van de problematiek en de extra tijdsinvestering die daarmee gepaard gaat. 14 huisartsen is al dan niet onder bepaalde voorwaarden bereid om meer vluchtelingen in hun praktijk op te nemen. Door 20 van de 29 huisartsen die vluchtelingen onder zorg hebben wordt een tolk of tolkentelefoon gebruikt. Daarnaast geven 14 van de 29 huisartsen die vluchtelingen onder zorg hebben problemen aan rondom de overdracht van medische gegevens van de vluchteling van het AZC naar de huisarts in de nieuwe gemeente. Deze problemen variëren van het (niet) op tijd komen van de medische gegevens (door 10 huisartsen genoemd) en onvoldoende achtergrondinformatie (door 8 huisartsen genoemd) tot het ontbreken van een zorgplan (door 4 huisartsen genoemd) en onvolledige diagnose- of persoonsgegevens (door 3 huisartsen genoemd). Tot slot zou ruim 50% van de huisartsen bijscholing willen hebben in verband met vluchtelingenzorg. Tweederde van de huisartsen met vluchtelingen onder zorg en bijna de helft van de huisartsen zonder vluchtelingen onder zorg hebben behoefte aan meer informatie en voorlichting.

6.5.2 *Literatuur verschenen vanaf 2000*

Uit onderzoek van De Bakker, et al. (2000) blijkt dat er globaal genomen twee modellen zijn voor het verlenen van huisartsenzorg aan asielzoekers: huisartsen houden spreekuur in het asielzoekerscentrum zelf ofwel asielzoekers bezoeken reguliere huisartspraktijken in de omgeving van het centrum. In acht van de elf onderzochte centra kunnen asielzoekers dagelijks bij een huisarts terecht. De zorg buiten kantooruren wordt in het algemeen via de gewone waarneming geregeld. In de centra waar de huisartsen spreekuur houden in het centrum zelf wordt slechts één dossier gebruikt door zowel de toegeleidingsfunctionarissen en andere hulpverleners in het centrum als door de huisarts die curatieve zorg verleent. Waar asielzoekers een huisarts buiten het centrum moeten bezoeken, is meestal sprake van een dubbele registratie. De toegeleiding van patiënten naar de huisarts vindt in het algemeen plaats via verpleegkundigen die werkzaam zijn in de asielzoekerscentra. Uit de interviews blijkt dat de huisartsen zich concentreren op somatische klachten. Communicatieproblemen ten gevolge van taalbarrières vormen een knelpunt in de huisartsenzorg voor asielzoekers. De zorg voor asielzoekers wordt in de centra gedocumenteerd op de medische kaarten voor zover het de patiëntstatus betreft en op journaalbladen voor zover het de zorgverlening in consulten betreft. De medische kaarten bevatten vaak gecodeerde informatie over de medische achtergrond in de vorm van een met de International Classification of Primary Care gecodeerde probleemlijst. Aantallen consulten zijn te halen uit de journaalbladen. Het is echter zo dat de huisarts niet altijd op deze bladen verslag doet. Ook zijn de contacten met de toegeleidingsfunctionaris niet goed te onderscheiden van die van de huisarts.

Hogendorp (2002) concludeert uit haar onderzoek dat huisartsen in haar onderzoek in eerste instantie aangaven dat zij vinden dat zij in staat zijn toereikende zorg te bieden aan asielzoekers, maar dit vervolgens op een aantal punten sterk nuanceerden. Er bestaan diverse moeilijkheden rond de zorgverlening aan asielzoekers. Asielzoekers komen veelal met functionele problemen naar de huisarts. Vaak zijn deze klachten een somatisering van hun psychosociale problemen. Een andere moeilijkheid is dat naast de andere taal de asielzoeker ook een andere culturele achtergrond heeft waardoor hij klachten op een andere manier beleeft en presenteert dan Nederlandse patiënten, hetgeen zich kan uiten in een grote zorgvraag van asielzoekers. Daarnaast is ook de vraag naar medicijnen groter. Uit de gesprekken met de huisartsen komt ook naar voren dat huisartsen soms voor moeilijke keuzes komen te staan. Deze keuzes het betreffen bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie, het doorverwijzen naar een specialist. Soms vraagt een huisarts zich ook af of hij alle gezondheidsproblemen van een asielzoeker moet aanpakken voordat deze een verblijfsstatus heeft gekregen. Tot slot worden tekortkomingen in de psychosociale hulpverlening genoemd.

6.6 Geestelijke gezondheidszorg

Uit gesprekken van Selter (1990) met hulpverleners van categoriale instellingen voor vluchtelingen en van de reguliere gezondheidszorg blijkt dat verschillende knelpunten in de gezondheidszorg voor vluchtelingen en Rotterdam teruggevoerd kunnen worden op twee aspecten. In de eerste plaats op de specifieke problematiek van vluchtelingen. Met name hulpverleners in de categoriale instellingen constateren een toename van het aantal cliënten met complexe psychische problematiek. Zij ervaren het echter als vrijwel onmogelijk om een hulpverleningscontact met deze cliënten op te bouwen en vast te houden. In de tweede plaats op de wijze waarop de hulpverlening aan vluchtelingen in Rotterdam functioneert. Er is nauwelijks sprake van samenwerking of coördinatie. Vrijwel alle hulpverleners ervaren een gebrek aan goede verwijzingsmogelijkheden.

Aan de hand van eigen ervaringen als hulpverlener beschrijven Van Emmerik en Van den Heuvel (1999) een dagklinische behandeling van getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen in De Vonk. Gedurende een gemiddelde behandelperiode van één jaar wordt aan verschillende doelen gewerkt. In de eerste plaats aan het ontwikkelen van adequate copingstrategieën, ten tweede aan het doorbreken van het isolement door opbouw van een sociaal netwerk en ten derde aan het verbeteren van de zelfzorg. Aandachtspunten in de sociotherapie zijn: het verstrekken van informatie, aandacht voor het individu, zorg voor veiligheid, gebruik van de Nederlandse taal en aandacht voor existentiële factoren.

Bean (2002) heeft onderzoek gedaan naar de hulpverlening aan ama's door hulpverleners van 49 GGZ instellingen (waaronder Riagg's en GGZ afdelingen van GGD-en) te interviewen. Het bleek dat het voor de hulpverleners moeilijk was om aan te geven hoeveel ama's van GGZ instellingen gebruik maken. Het werd wel duidelijk dat per instelling weinig ama's werden aangemeld. De meeste onderzochte instellingen waren recent begonnen om hun aanbod op de behoeften van ama's af te stemmen. Er bestaat onder hulpverleners in de GGZ een grote behoefte aan meer deskundigheid om psychische klachten bij AMA's te behandelen. Waarschijnlijk is de behoefte aan meer deskundigheid niet gerelateerd aan het type symptomen. De symptomen op zich zijn universeel maar de betekenisgeving aan deze symptomen en meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen zijn cultuurgebonden. Uit het onderzoek is eveneens gebleken dat de

communicatie tussen de hulpverlener en de voogd – de belangrijkste verwijzer van AMA's naar GGZ instellingen – over het algemeen goed verloopt. Factoren die de behandeling van ama's kunnen belemmeren, zijn sociale en maatschappelijke omstandigheden (overplaatsing, lange juridische procedures, overbevolkte opvangcentra etc.) en wachtlijsten die bestaan voor het inhuren van tolken. Uit het onderzoek is ook gebleken dat vaak niet herkenbaar is of een instelling multicultureel is ingesteld. De GGZ hulpverleners geven tot slot aan dat in Nederland weinig psychiatrische instellingen adequaat zijn toegerust om ama's op te nemen. Het is moeilijk om ama's te plaatsen of door te verwijzen naar de kinder- en jeugdpsychiatriecentra. Oorzaken hiervoor zijn lange wachtlijsten en het ongeschikte zorgaanbod voor asielzoekers.

6.7 Conclusie

Zoals reeds in hoofdstuk 3 is geconcludeerd zijn er vele onderzoeken uitgevoerd naar de organisatie van de zorg van asielzoekers, maar is het merendeel daarvan afkomstig uit de periode voor de reorganisatie van de medische opvang. Daarnaast bleek uit hoofdstuk 3 dat veel studies kleinschalig van opzet zijn. Informatievergaring heeft in de meeste studies plaatsgevonden door interviews af te nemen bij de zorgverleners; soms zijn interviews met asielzoekers gehouden of dossiers van asielzoekers onderzocht. De informatie is in zijn algemeenheid kwalitatief van aard.

Diverse kleinschalige onderzoeken die zijn uitgevoerd voor de reorganisatie rapporteren dat de vraag naar curatieve somatische zorg van asielzoekers groter is dan in andere bevolkingsgroepen. Dit geldt met name voor de eerstelijnszorg, zoals geboden door huisartsen en de medische teams in opvangcentra. Uit het Nivel-onderzoek – dat ten tijde van de reorganisatie is uitgevoerd – blijkt dat huisartsen gemiddeld 3,7 contacten per asielzoeker per jaar hebben, hetgeen ongeveer overeenkomt met de gemiddelde contactfrequentie van ziekenfondsverzekerden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat een onderscheid tussen somatische en psychische klachten maar beperkt nut heeft bij een vergelijking met de Nederlandse bevolking. Door culturele verschillen presenteren (sommige) asielzoekers klachten met een vooral psychische oorsprong toch somatisch.

Er zijn slechts een beperkt aantal onderzoeken over de zorg voor asielzoekers verschenen na 2000. Generaliserende uitspraken over de kwaliteit van de zorg is – gezien de beperkte opzet van de studies die na de reorganisatie zijn uitgevoerd – moeilijk. Uit de literatuur die vanaf 2000 is verschenen blijkt dat er nog wel knelpunten zijn. Deze knelpunten betreffen onder andere de dubbele functie van de MOA-arts als behandelaar en onafhankelijk arts in het kader van de procedure, de overdracht van de MOA-arts naar de huisarts, en de zorg voor ama's. Daarnaast vraagt de somatisering van psychische en sociale problemen extra aandacht. Onderzoek op dit laatste terrein is gewenst.

7 Samenvatting en conclusie

Dezer studie had tot doel de beschikbare literatuur over de zorg voor asielzoekers op een overzichtelijke en waar mogelijk kwantitatieve wijze weer te geven, teneinde een beeld te schetsen van de kwaliteit en inhoud van de bestaande studies.

In de korte doorlooptijd die het project kende is het overgrote deel van de beschikbare literatuur bestudeerd. Naast beschrijving van studies zijn ook veel opiniërende stukken bekeken met ervaringen van individuele hulpverleners bekeken. Deze laatste zijn – indien geen systematische beschrijving van de situatie had plaatsgevonden – niet meegenomen in de overzichten.

Over de kwaliteit van de studies kan geconcludeerd worden dat er maar een paar grote onderzoeken zijn opgezet waarin op meerdere locaties asielzoekers zijn betrokken. De meeste studies zijn slechts uitgevoerd op één locatie, waardoor generalisatie naar een landelijk beeld niet goed mogelijk is. Daarnaast is veel onderzoek uitgevoerd onder hulpverleners en niet onder de asielzoekers zelf en verschilt de validiteit van de gegevensverzameling. Generalisatie van de uitkomsten van de studies is daarnaast gecompliceerd door de wisselende asielzoekerpopulatie.

Uit de afzonderlijke studies zijn daarentegen wel signalen af te lezen. Met betrekking tot de gezondheidstoestand van asielzoekers kan geconcludeerd worden dat asielzoekers veel en veel verschillende klachten en aandoeningen hebben. De problemen zijn deels gelijk aan de problemen van de Nederlandse bevolking; deels hangen ze ook samen met de situatie in het land van herkomst, de asielprocedure en de woonomstandigheden in de centra. Daarnaast worden psychische en sociale problemen door veel asielzoekers somatisch geuit, hetgeen de zorgverlening bemoeilijkt.

Met betrekking tot de organisatie van de zorg voor asielzoekers zijn met name de studies die verschenen is na de reorganisatie van de medische opvang in 2000 relevant. Generaliserende uitspraken over de kwaliteit van de zorg is – gezien de beperkte opzet van de studies die na de reorganisatie zijn uitgevoerd – moeilijk. Uit de literatuur die vanaf 2000 is verschenen blijkt dat er nog wel knelpunten zijn. Deze knelpunten betreffen onder andere de dubbele functie van de MOA-arts als behandelaar en onafhankelijk arts in het kader van de procedure, de overdracht van de MOA-arts naar de huisarts, en de zorg voor ama's. Daarnaast vraagt de somatisering van psychische en sociale problemen extra aandacht. Onderzoek op dit laatste terrein is gewenst.

8 Literatuur

- Aalst, A., van der, W. Amptmeijer, F. Groenendijk, Huisarts en de zorg voor vluchtelingen: een onderzoek in de regio Zuid-Oost Utrecht, GGD Zuid-Oost Utrecht, 1996.
- Altena, F., A good deal where you want to get to: onderzoek kwaliteit verslaglegging, 2001.
- Abzkheyr, Y., Scabiës: Een onderzoek naar de incidentie van scabiës (schurft) onder asielzoekers in Nederland. Utrecht NSPH scriptie, 2001.
- Azghoughi, M., D. Azoughar, S. Rezvanmehr. Oriënterend onderzoek naar de problematiek rondom soa/hiv-bestrijding bij asielzoekers en ama's in de provincie Groningen. Groningen: GGD Groningen, 2001.
- Bakker, D. de, M. Weide, D. Delnoij. Huisartsenzorg aan asielzoekers: naar een monitoringsysteem. Utrecht: Nivel, 2000.
- Bean, T., Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers en de GGZ, deel 1 Interviews met hulpverleners van de GGZ. Stichting Centrum '45, Oegstgeest, 2002.
- Beerens, M., Evaluatie screening op tuberculose van asielzoekers. Utrecht: NSPH scriptie, 1999.
- Berrens, N., Sociaal geneeskundige AZC, Arts en Auto, 2001; 67(14): 12-14.
- Bijlsma, E., Suicide onder getraumatiseerde vluchtelingen die asiel aanvragen in Nederland. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1999.
- Bloemen, E.J.J.M., J.E. Hovens, Om ziek van te worden...sociale omstandigheden en gezondheid bij asielzoekers en vluchtelingen, Medisch Contact, 1997; 52(3): 101-104.
- Bloemen, E.J.J.M., J.R. van der Laan JR. Een vluchteling bij de huisarts: een speciale patiënt? Huisarts en wetenschap, 1998; 41 (4): 184-188.
- Boonstra, J., M. Mulder, T. Jaarsma, K. Wiltens, Opvang van alleenstaande minderjarige asielzoekers in Friesland, Stichting Partoer / Rijksuniversiteit Groningen, Leeuwarden, 2000.
- Bos, J., S. Vrieling-Schrage, Vluchtelingen in Nederland: ons een zorg?, de lichamelijke toestand van vluchtelingen in beeld, Universiteit Utrecht, 1997.
- Braam, R., H. Dupont, H. Verbraeck. Asielzoekers en middelengebruik: een verkennend onderzoek naar middelengebruik en verslavingsproblematiek onder asielzoekers en een aanzet tot doelmatige voorlichting en interventie: samenvatting, conclusies en beleidsaanbevelingen. Utrecht: Centrum voor verslavingsonderzoek, 1999.
- Bruijnzeels, M., E. van der Veen, S. Korff de Gidts. Epidemiologie studie naar de gezondheid van en gezondheidszorg voor asielzoekers en vluchtelingen. ZonMw, 2001.
- Broecheler, C., F. Raadgers, "Paracetamol en veel drinken?" GVO behoeftepeiling onder jongere asielzoekers in de centra van de MOA Regio Utrecht, Stichting MOA Utrecht, 2001.
- Dijk, R. van, G. Nienhuis, Gezinnen op de vlucht; opvoeders onder druk, Stichting Pharos.
- Dijk R. van, J. Bala, F. Öry, S. Kramer. Now we have lost everything: Asylum seekers in the Netherlands and their experience with health care. Medische Antropologie, 2001; 13 (2): 284-299.
- Ellenkamp, J., Medische zorgverlening aan asielzoekers: Een onderzoek naar het functioneren van de medische teams van het Centrum Gezondheidszorg

Vluchtelingen, die voor asielzoekers in opvangcentra de eerste medische opvang uitvoeren. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990.

- Emmerik, M., van, D. Van den Heuvel, Dagbehandeling van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers, verslag uit de praktijk van de psychotherapie, ICODO Info 1999-1/2.
- Essen, J. van, Kinderen en ouders in de spreekkamer. In: Phaxx september 1999: 5-9.
- Flipse, W., Tussen preventief en curatief werken: een studie in het asielzoekerscentrum in Middelburg, Utrecht NSPH scriptie, 1996.
- Gogh, M., van, K. Hoondert, Huisartsenbrief: Voldoende, of mag het ietsje meer zijn? Een beleidsnotitie geschreven als eindopdracht van de post HBO-opleiding tot sociaal verpleegkundige in de GGD aan de Hogeschool Leiden. Nijmegen: AZC Nijmegen, 2001.
- Grifhorst, P., M. van Ewijk, Voorbij "Ellis Island": het asielbeleid en de inzet van medische voorzieningen. Een verhaal over disciplineren en verzet in asielzoekerscentra in Nederland. In: Migrantenstudies, 1998(1); 22-41.
- Haak, E., OC-ama's op het AZC: een inventarisatie van de consequenties voor de MOA op korte en lange termijn. MOA Noord Nederland, 2001.
- Haan I., de., Een kwantitatief onderzoek naar de uitvoering van de intake bij de medische opvang asielzoekers. MOA noord Nederland, 2000.
- Haddad, W., Screening op tuberculose bij asielzoekers in Nederland: Surveillancesysteem; belang voor de volksgezondheid en effectiviteit. Utrecht: NSPH scriptie, 1996.
- Hamming, L., Medische opvang van uitgenodigde vluchtelingen: een retrospectief onderzoek onder Somalische vluchtelingen. Arnhem, 1996.
- Hanssen, H., M. Stiksma Voorlichting eigen taal en cultuur in asielzoekerscentra. Groningen: GGD Groningen, 2000.
- Harms, H.A., De vraag naar medische zorg van asielzoekers in het asielzoekerscentrum Helmond. Utrecht: NSPH scriptie, 1994.
- Herten L.M. van, S.A. Reijneveld. Gezondheidszorg voor illegalen en asielzoekers: Resultaten van een literatuurstudie en een invitational conference. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.
- Hogendorp, J., Huisartsen zonder grenzen, een onderzoek naar de ervaringen van huisartsen met de zorg voor asielzoekers in Noord-Nederland, Vakgroep Sociologie Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, 2002.
- Hondius, A.J.K., L.H.M. van Willigen, Vluchtelingen en gezondheid. Deel II: empirisch onderzoek. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1992.
- Huls, J.K., Een probleemanalyse van de gezondheid van Somalische vluchtelingen in Groningen, Maastricht, 1997.
- Jak, L.G., SOA bij asielzoekers???, NSPH, Utrecht, 2001.
- Jong, J.T.V.M., de, Gevlucht en in de war. In: Bijblijven, cumulatief geneeskundig nascholingssysteem, Bohn Stafleu Van Loghem, 2000/16/6.
- Jongh, D. de, M. van Ee, Onderzoek naar gezondheidsbeïnvloedende factoren ervaren door asielzoekers in een asielzoekerscentrum, GGD/MOA, Utrecht, 2002.
- Jozefzoon, L.M.E., Gezondheidservaring van asielzoekers en hun verblijf in het asielzoekerscentrum. Utrecht: NSPH scriptie, 1999
- Jukema, J.S., N. Wilts, Gezondheidszorg door de ogen van vluchtelingen: een pilot-onderzoek naar de ervaren toegankelijkheid en verwachtingen met betrekking tot de Nederlandse gezondheidszorg, Patiënten Consumenten Platform Zwolle, Zwolle, 1996.

- Kalsbeek, H, N. Zijlstra-Remon T.L. Filedt Kok-Weimar, Gebitstoestand en tandheelkundige zorg bij kinderen van asielzoekers. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde, 2001; 108: 404-407.
- Kleijn, W. Chr., J.E.J. Hovens, J.J. Rodenburg, R.J.P. Rijnders, Psychiatrische symptomen bij vluchtelingen aangemeld bij het psychiatrisch centrum De Vonk, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1998; 142(30): 1724-1728.
- Knoppers, W.J., Preventief medisch onderzoek bij volwassen asielzoekers. Inhoudelijk stageverslag. Delft, april 2000a.
- Knoppers, W.J., Rubella-serostatus bij asielzoekerskinderen en -zwangeren. Scriptie voor de opleiding Sociale Geneeskunde. Delft, juni 2000b.
- Koenders, P., J.J. den Otter, De gezondheidstoestand van asielzoekers in het asielzoekerscentrum Nijmegen, Interne Publicatie, Nijmegen, 2002.
- Koppenaar, H., Sterfte onder asielzoekers, Utrecht: NSPH scriptie, 2001.
- Kuyvenhoven, J.V., C.S.B. Lambregts-van Weezenbeek, J.A.C.M. Année-van Bavel, Tuberculose bij asielzoekers in Nederland, 1997; 141(2): 581-584.
- Laan, J.R., van der, E.J.J.M. Bloemen, Vluchtelingen met geweldservaringen bij de huisarts, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1994; 138(13): 644-648.
- Laere, I.R.A.L. van, Vaccinatie van asielzoekerkinderen. Amsterdam: GG&GD, 2000.
- Leeuw, E., de, Antropometrie van 0-jarige Vietnamese en Irakese quotumvluchtelingen: Kunnen we gebruik maken van de Nederlandse groeicurve? Utrecht: NSPH scriptie, 1997.
- Lier, A. van, Quick scan SMA: resultaten van de enquête over sociaal medische advisering gehouden onder artsen en verpleegkundigen van de MOA. GGD Eemland, 2001.
- Linck, H., Voorlichting aan asielzoekers; een verkennend behoefteonderzoek GGD Rotterdam e.o., 2001.
- Logghe K.L.R., Integratie: het beste gezondheidsbeleid? Een onderzoek naar uitgangspunten voor lokaal gezondheidsbeleid en de zorgverlening aan asielzoekers en vluchtelingen. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1996.
- Malwand, A., Psychiatrische problemen van Afghaanse vluchtelingen, MOA Luttelgeest, 2001.
- Mascini, M.T., GGD's een zorg? Verslag van exploratief onderzoek naar de activiteiten van GGD's ten behoeve van vluchtelingen, Universiteit Maastricht, 1998.
- Meis, M. Ervaren psychische gezondheid van Iraakse vluchtelingen. Utrecht: NSPH scriptie, 1995.
- Melzak, S., Psychische gezondheid en verzoening in het gezin. In: Phaxx, augustus 1994; 10-12.
- Mijs, J., Drempels bij hulpverlening aan jonge asielzoekers, 1996.
- Ministerie van VWS. Brief aan Voorzitter van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende medische zorg in asielzoekerscentra dd 4 mei 2001. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001.
- Mosterd, F., Asielzoekers, vluchtelingen en illegalen in Midden-Brabant: gezondheidsklachten en hulpverlening Tilburg: GGD Midden-Brabant, 1996.
- NRV / OGM (Nationale Raad voor de Volksgezondheid / Overlegorgaan gezondheidszorg en multiculturele samenleving). Gezondheidsbeleid voor asielzoekers: Advies over de medische opvang en verpleegkundige opvang van asielzoekers. Zoetermeer: NRV/OGM, 1994.
- Participants 37th International Course in Health and Development, Rapid appraisal about living conditions of asylum seekers in AZC Crailo, KIT, Amsterdam, 2001.

- Plokker, H., J. de Voigt, Medische opvang van asielzoekers in Noord-Brabant een inventarisatie. 's Hertogenbosch: Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant, 1993.
- Poort, F. M. Zoeteman, A. Meulenbroek, Een onderzoek naar de invloed van de woonomstandigheden op het psychisch welbevinden van asielzoekers. 2000.
- Poot, A.J., Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers en Zwangerschap, TNO Preventie en Gezondheid, Leiden, 2001.
- Rijnders, R.J.P., J.E.J.M. Hovens, H.G.M. Rooijmans, Psychiatrische stoornissen bij asielzoekers en vluchtelingen: psychotrauma als oorzaak? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1998; 142 (12): 617-620.
- Rots-de Vries, M.C., "Ik moet nog zoveel leren", psychosociale problematiek van AMA's in de West-Brabantse asielzoekerscentra, GGD West-Brabant, Breda, 2002.
- Schaaphok, F.G., Wat kan de rol van de GGD zijn met betrekking tot de zorg aan minderjarige asielzoekers en vluchtelingen. GGD Zuidwest Friesland, 1997.
- Schat, Y.R., Inventarisatie van de medische zorgvraag bij de asielzoekers in het aanmeldcentrum in Zevenaar. Utrecht: NSPH scriptie, 1996.
- Schijndel, R. van, Medische opvang asielzoekers: achtergronden en structuur van de nieuwe GGD-taak. GGD Nieuws, 2000; september: 5-10.
- Schulpen, T.W.J., Gevlucht en ziek. In: Bijblijven, cumulatief geneeskundig nascholingssysteem, Bohn Stafleu Van Loghem, 2000/16/6.
- Selter, P., De gezondheidszorg voor vluchtelingen in Rotterdam: een inventarisatie van de betrokken instellingen, de knelpunten die zich voordoen in de hulpverlening en de mogelijkheden tot verbetering, GGD-Rotterdam, 1990.
- Smit, M., M. Thomeer-Bouwens, Alleenstaande minderjarige asielzoekers over hun opvang en begeleiding. In: Tijdschrift voor Orthopedagogiek; 1999: 38(3); 108-116.
- Smit, M., Ama's in de Nederlandse opvang. In: Phaxx juni 1999; 10-12.
- Smits, A., De zorg voor zuigelingen en peuters van asielzoekers en vluchtelingen: een beschrijvend onderzoek naar de reguliere ouder- en kindzorg voor zuigelingen en peuters van asielzoekers en vluchtelingen. Utrecht: Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, 1995.
- Sokal-Demiraca, N., Psychische problemen van asielzoekerskinderen in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar. Utrecht: NSPH scriptie, 2001.
- Somers, M., Aids preventie bij migranten: risicofactoren en risicoreductie, Rijksuniversiteit Utrecht, Faculteit Algemene Sociale Wetenschappen, 1995a. (deel 1).
- Somers, M., Gezondheid gaat voor alles. AIDS preventie ten behoeve van Somalische asielzoekers en vluchtelingen, Rijksuniversiteit Utrecht, Faculteit Algemene Sociale Wetenschappen, 1995b. (deel 2).
- Somers, M., Ervaringen van asielzoekers met aids-voorlichting: interviews met asielzoekers door verpleegkundigen werkzaam in opvangcentra. Rijswijk: COA, 1997.
- Terpstra, J., Ama's in de Jeugdzorg: een inventarisatie van knelpunten. Velp: Samenwerkingsverband Jeugdhulpverlening Gelderland, 2001.
- Thijs, W.A., L.H.M. van Willigen, De medische opvang van asielzoekers. Medisch contact, 1989; 44 (51/52): 1683-1686.
- Thomas, R. B. den Brok, Literatuurrapportage gezondheid, determinanten en gezondheidszorg van vluchtelingen en asielzoekers. In: ZON/NWO. Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid. Den Haag: ZON/NWO, 1998.
- Tjon a Ten, W.E. en T.W.J. Schulpen, De medische zorg voor jeugdige asielzoekers, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1999; 143(30): 1569-1572.

- Verweij-Bikker, R., De zorg rondom de zwangere asielzoekster nader belicht, april 2002.
- Vos M, M. van der Wal, A. Wubbels, Gezonde jeugd ... onze zorg: Inventarisatienota van de jeugdgezondheidszorg voor 4 tot 19 jarige asielzoekerskinderen. Leiden: Hogeschool Leiden, 1999.
- Vries, L.E., de, R.H. Bakker en J.G.M. Burgerhof, Abortus provocatus onder asielzoekers, Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 1999; 77(6): 341-347.
- Westerhuis, J.B., T.G. Mank, Darmparasieten bij Afrikaanse asielzoekers: prevalentie en risicofactoren. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde, 2002; 146(32): 1497-1501.
- Wielink, G, H.C. Kok, A.H. Nijhof, Huisartsgeneeskunde in een centrum voor asielzoekers. Huisarts en wetenschap, 1991; 34 (6): 257-259.
- Willemse, M.H.M., Gezondheidsbeleving, verwachting en gebruik van de Nederlandse gezondheidszorg door de Somalische gemeenschap in de gemeente Spijkenisse, GGD Zuid-Hollandse eilanden, 1999.
- Willigen L. van, I. Janssen. Waarom gebeurt dat allemaal met ons? Verslag van een exploratief onderzoek naar de aansluiting van het zorgaanbod van de medische opvang op de zorgvragen en -behoeften van alleenstaande minderjarige asielzoekers in de centrale opvang. MOA Oost Nederland, 2002.
- Winter, E., de, Een gezondheidsprofiel van asielzoekers, Hulpverlening Gelderland Midden, 2002.
- Zoest, H., van, H. Meijer, E. Tromp, Zes maanden registreren, de uitkomsten van de registratieformulieren MOA Utrecht op rij, GGD Midden Nederland/ MOA Utrecht, 2002.

A Niet beschikbare literatuur

- Altena, F., Zeggen wat je doet, doen wat je zegt, MOA Noord-Nederland, 2002
- Duijvestijn S. Knelpunten en adviezen leefomstandigheden locatie Tafelberg. Amsterdam: MOA Noord-Holland/Flevoland, 2001.
- Ewijk MJE van, Grifhorst P. Therapiemanagement bij asielzoekers en migranten met longtuberculose. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995.
- Grootheest, M van. De acceptatiegraad van geboorteregeling onder asielzoekers in enkele landen van herkomst: Sluit GVO in Nederland daarop aan? Utrecht: NSPH scriptie, 2000.
- Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, Opvang met zorgen: verslag van het onderzoek naar de leefsituatie van ama's in OC Leiden over het jaar 2001, Zwolle, 2002
- Jansen, WG. Verwijzing naar probleem oriënterend registreren & service level agreement: Het betreft een retrospectief dossieronderzoek op twee asielzoekerscentra. Utrecht: NSPH scriptie, 2001.
- Koopmans-Dickie, FA. Anticonceptievoorlichting aan asielzoekers tijdens verblijf in de centrale opvang. Utrecht: NSPH scriptie, 2001.
- Koster, Rademakers, Vluchtelingenjongeren en seksualiteit, NISSO, 2000.
- Mooren GTM, Wolters WHG, Kleber RJ, Willigen LHM van. Vluchtelingenkinderen in Nederland: een onderzoek naar knelpunten in de opvang en hulpverlening. Utrecht: Wilhelmina Kinderziekenhuis, 1993.
- Nationale Ombudsman, Onderzoek in gevolge artikel 15 van de Wet Nationale ombudsman naar de verblijfsomstandigheden van asielzoekers in de aanmeldcentra, Den Haag, 2001.
- Pree P de. Over de kloof: een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van vluchtelingen met de Nederlandse gezondheidszorg in de stad en op het platteland. Amsterdam: Vereniging Vluchtelingen Werk, 1998
- Rohde J, Klaver A Een zorg minder? De samenwerking van asielzoekerscentra met Riagg en AMW. Den Haag: B en A Groep, 1995.
- Tjon Aloy, L., BCG, NSPH Utrecht
- Tjon Aloy, L., Rubella bij allochtonen, NSPH, Utrecht
- Vera P. Dan is je spiegel gebroken. 1998.
- Vries, L, de, Hiaten in de zorg rondom asielzoekers, MOA Noord Nederland, 2001
- Walg C. Gezond is gezond: 'community diagnosis' als startpunt van lokale gezondheidsbevordering bij vluchtelingen in een zestal gemeenten behorende tot het verzorgingsgebied van de GGD Zuidoost Brabant. Valkenswaard; GGD Zuidoost Brabant, 1998
- Westerhuis, J. Parasitaire darminfectie bij Afrikaanse asielzoekers: testen of niet? Utrecht: NSPH scriptie, 2001.
- Wies JG te. Asielzoekers wegwijst in de Nederlandse gezondheidszorg: een onderzoek naar de voorlichting aan asielzoekers over de Nederlandse gezondheidszorg. Groningen: GGD Groningen, 2001
- Wissen, M. van, Asielzoekers op weg in de Nederlandse gezondheidszorg, Universiteit Maastricht, 2002

B Overzicht literatuur gezondheidstoestand

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
<i>Infectieziekten</i>								
Van der Aalst et al., 1996	GGD Zuid-Oost Utrecht	Beschrijvend	Kwantitatief	42 enquêtes onder huisartsen	Huisartsen in regio Zuid-oost Utrecht		—	—
Kuyvenhoven et al., 1997	GGD Groningen Stad en Ommelanden, GGD Midden Brabant, KNCV tot bestrijding der Tuberculose	Vergelijkend	Kwantitatief	Database met gegevens van 1582 tuberculosepatiënten	Tuberculosepatiënten vastgelegd in Landelijke Tuberculose Registratie	1993	Heterogeen	
Knoppers, 2000b	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwantitatief	Dossieronderzoek naar rubellastatus van 168 zwangeren Dossieronderzoek rubellastatus 422 kinderen van 9 maanden tot 19 jaar	OC Den Haag	Dossiers zwangeren Januari 1998 tot februari 2000 Dossiers kinderen Augustus 1999 tot februari 2000	Heterogeen	Kinderen en volwassenen

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Hamming, 1996	Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Arnhem	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Dossieronderzoek van 118 asielzoekers Interviews met deskundigen (Somalische hulpverleners, tolken, artsen, voormalige hulpverleners vluchtelingenkampen, medewerkers opvangcentrum, huisartsen, medewerkers consultatiebureau tuberculosebestrijding)	Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen Apeldoorn	Dossiers begin 1993	Somalië	Heterogeen
Abkhezz, 2001	NSPH scriptie	Beschrijvend en vergelijkend	Kwantitatief	Gegevensbestanden 1243 asielzoekers AZC Dokkum, gegevens RIVM (795 meldingen van scabiës) en COA Rijswijk (135 meldingen van scabiës)	AZC Dokkum	Gegevensbestanden: Juli 1998 – maart 1999		Heterogeen (met nadruk op jongeren jonger dan 20 en 20 t/m 29 jarigen)
Jak, 2001	NSPH scriptie MOA GGD'en Noord-Holland / Flevoland	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 7 deskundigen IGZ, RIVM, Stichting SOA bestrijding, GGD regio Utrecht, GG&GD Utrecht en LSB			—	—

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Azghoughi et al., 2001	MOA Noord-Nederland	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Interviews mensen uit het werkveld Enquêtes onder medewerkers MOA Groningen, Friesland, Drenthe (in december 2000 200 ama's)			—	Ama's
<i>Lichamelijke klachten en aandoeningen</i>								
Thijs en Van Willigen, 1989	CGV	Beschrijvend	Kwantitatief	Dossiers van 307 asielzoekers	OC Slagharen	Juli – november 1988	Heterogeen	Heterogeen
Wielink et al., 1991	CGV	Beschrijvend	Kwantitatief	Contactregistraties van 799 asielzoekers	AZC Aalten	26 januari 1989 – 26 januari 1990	Heterogeen (m.n. Somalië, Ethiopië, Libanon, Polen, Ghana, Sri Lanka, Zaire en Iran)	Heterogeen (max 50 jr.)

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Hondius en Van Willigen, 1992	Rijksuniversiteit Leiden / CGV	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Vooronderzoek: 135 dossiers CGV		Vluchtelingen in contact met CGV in 1985	Cambodja, Iran, Vietnam, Midden-Oosten, Latijns-Amerika	Vluchtelingen geboren tussen 1926 en 1970 (> 16 jaar)
				Verder onderzoek: 480 dossiers CGV		Vluchtelingen in contact met CGV in periode april 1982 en januari 1987	Midden-Oosten, Latijns-Amerika	> 16 jaar
				Interviews: a.d.h.v. 25-HSCL vragenlijst en aanvullende vragenlijst met 156 vluchtelingen		1 januari – 1 oktober 1988 contact met CGV of in opvangsituatie	Turkije, Iran	> 16 jaar
Van der Laan en Bloemen, 1994	Stichting Pharos	Beschrijvend	Kwalitatief	Eigen ervaringen van artsen (Van der Laan en Bloemen) en 3 cases van vluchtelingen	Huisartsenpraktijk		Vluchtelingen afkomstig uit Turkije, Filippijnen en Eritrea	
Harms, 1994	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwantitatief	400 dossiers van asielzoekers	AZC Helmond	Asielzoekers van december 1992 – november 1993 het AZC verlieten	Heterogeen	Gemiddelde leeftijd 20

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Mosterd, 1996	GGD Midden-Brabant (KUB)	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 30 hulpverleners die met vluchtelingen in aanraking komen	18 instanties regio Midden-Brabant en team MO AZC Reusel	Juli 1995 – maart 1996 Interviews augustus 1995 – november 1995	—	—
Van der Aalst et al., 1996	GGD Zuid-Oost Utrecht	Beschrijvend	Kwantitatief	42 enquêtes onder huisartsen	Huisartsen in regio Zuid-oost Utrecht		—	—
Schat, 1996	NSPH scriptie GGD regio Arnhem	Beschrijvend	Kwantitatief en Kwalitatief	1193 dossiers van asielzoekers Interviews met verpleegkundigen en artsen	AC Zevenaar	1995	Heterogeen (m.n. Oost-Europa, Midden-Oosten, Joegoslavië en Somalië —	Heterogeen —
Huls, 1997	Humanitas Opvang Asielzoekers en Statushouders Groningen en Universiteit Maastricht	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 23 Somalische vluchtelingen		Februari 1997 – november 1997	Somalië	19-56
Bloemen en Hovens, 1997	Pharos en Centrum '45	Beschrijvend	Kwalitatief	Eigen ervaringen van artsen (Bloemen en Hovens) (m.b.v. cases)	Huisartspraktijk en psychiatrisch centrum		Bosnië, Zaire, Somalië, Irak, Iran, Liberia	Heterogeen
Willemse, 1999	NSPH scriptie GGD Zuid-Hollandse eilanden	Explorerend	Kwalitatief	20 interviews	Spijkenisse (thuisituatie)		Somalië	

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
De Bakker, Weide, Delnoij, 2000	NIVEL	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Interviews: met huisartsen, toegeleidingsfunctionarissen, staf/directiemedewerkers van centra	5 AZC's 4 AVO's 2 OC's	november en december 1999	—	—
				Inspectie medische dossiers		1999	Heterogeen	Heterogeen
				Contactregistraties van huisartsen (847) en toegeleidingsfunctionarissen (1529)		November 1999 – februari 2000	Heterogeen	Heterogeen
Van Zoest et al., 2002	MOA Utrecht	Beschrijvend	Kwantitatief	3110 registratieformulieren ingevuld door praktijkverpleegkundig en MOA	3 AVO's (Rhenen, Driebergen, Groenekan) 6 AZC's (Soest, Utrecht, Amersfoort, Doorn, Leusden, Leersum)	April – september 2001	Heterogeen	Heterogeen
Westerhuis en Mank, 2002	Stichting MOA, GGD-en Noord-Holland/Flevoland	Beschrijvend	Kwantitatief	Fecesonderzoek bij 956 asielzoekers	Onderzoek- en opvangcentrum Haarlem	Januari 1996 – mei 1999	Afrika	Heterogeen

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Hamming, 1996	Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Arnhem	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Dossieronderzoek van 118 asielzoekers Interviews met deskundigen (Somalische hulpverleners, tolken, artsen, voormalige hulpverleners vluchtelingenkampen, medewerkers opvangcentrum, huisartsen, medewerkers consultatiebureau tuberculosebestrijding)	Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen Apeldoorn	Dossiers begin 1993 —	Somalië —	Heterogeen —
Schaaphok, 1997	Afdeling JGZ van GGD Zuidwest Friesland	Situatiebeschrijvend	Kwalitatief	Eigen ervaring van jeugdarts (Schaaphok) PGO's, uitgevoerd onder 71 asielzoekers.	AZC Sneek	Oktober 1996 – maart 1997	Heterogeen	4-19 jarigen
De Leeuw, 1997	NSPH scriptie Stichting COV	Explorerend	Kwantitatief	Archief van Nederlandse zuigelingen voor controle JGZ dossier van 62 asielzoekers	Consultatiebureau	Retrospectief: December 1990 – december 1995	Vietnam, Irak	0-jarige zuigelingen

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Kalsbeek et al., 2001	TNO Preventie en Gezondheid GGD West-Friesland	Beschrijvend en vergelijkend	Kwantitatief	87 kinderen gebitsonderzoek 85 kinderen enquête	OC Leiden en OC Haarlem	Februari – mei 1999	Heterogeen (m.n. Afghanistan, Afrikaanse landen, voormalig Joegoslavië, Iran en Irak)	Kinderen van 8, 9 en 10 jaar
<i>Psychische/psychosociale klachten en aandoeningen</i>								
Thijs en, Van Willigen, 1989	CGV	Beschrijvend	Kwantitatief	Dossiers van 307 asielzoekers	OC Slagharen	Juli – november 1988	Heterogeen	Heterogeen
Hondius en Van Willigen, 1992	Rijksuniversiteit Leiden / CGV	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Vooronderzoek: 135 dossiers CGV		Vluchtelingen in contact met CGV in 1985	Cambodja, Iran, Vietnam, Midden-Oosten, Latijns-Amerika	Vluchtelingen geboren tussen 1926 en 1970 (> 16 jaar)
				Verder onderzoek: 480 dossiers CGV		Vluchtelingen in contact met CGV in periode april 1982 en januari 1987	Midden-Oosten, Latijns-Amerika	> 16 jaar
				Interviews: a.d.h.v. 25-HSCL vragenlijst en aanvullende vragenlijst met 156 vluchtelingen		1 januari – 1 oktober 1988 contact met CGV of in opvangsituatie	Turkije, Iran	> 16 jaar

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Van der Laan en Bloemen, 1994	Stichting Pharos	Beschrijvend	Kwalitatief	Eigen ervaringen van artsen (Van der Laan en Bloemen) en 3 cases van vluchtelingen	Huisartsenpraktijk		Vluchtelingen afkomstig uit Turkije, Filipijnen en Eritrea	
Meis, 1995	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwantitatief	GHQ vragenlijst bij 149 asielzoekers Dossieronderzoek	OC Apeldoorn	Juli 1994 – maart 1995	Irak	Volwassenen
Mosterd, 1996	GGD Midden-Brabant (KUB)	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 30 hulpverleners die met vluchtelingen in aanraking komen	18 instanties regio Midden-Brabant en team MO AZC Reusel	Juli 1995 – maart 1996 Interviews augustus 1995 – november 1995	—	—
Van der Aalst et al., 1996	GGD Zuid-Oost Utrecht	Beschrijvend	Kwantitatief	42 enquêtes onder huisartsen	Huisartsen in regio Zuid-oost Utrecht		—	—
Flipse, 1996	NSPH scriptie, GGD Zeeland	Beschrijvend	Kwantitatief	Contactfrequenties Gegevens van intake lijsten (volwassenen) Dossieronderzoek Van totaal 579 asielzoekers gegevens	AZC Middelburg	juni 1994 - november 1994		Volwassenen
Huls, 1997	Humanitas Opvang Asielzoekers en Statushouders Groningen en Universiteit Maastricht	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 23 Somalische vluchtelingen		Februari 1997 – november 1997	Somalië	19-56

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Bloemen en Hovens, 1997	Pharos en Centrum '45	Beschrijvend	Kwalitatief	Eigen ervaringen van artsen (Bloemen en Hovens) (m.b.v. cases)	Huisartspraktijk en psychiatrisch centrum		Bosnië, Zaire, Somalië, Irak, Iran, Liberia	Heterogeen
Kleijn, et al., 1998	Centrum '45, vluchtelingenunit De Vonk	Beschrijvend	Kwantitatief	Biografische gegevens van 232 asielzoekers en enquêtes van 169 van hen.	Centrum '45 vluchtelingen unit De Vonk	Januari 1996 – augustus 1997	Heterogeen	
Jozefzoon, 1999	NSPH scriptie	Explorerend	Kwantitatief	86 Enquêtes	AZC Hellevoetsluis en AZC Waddinxveen		Irak en Afghanistan	19-72
Bijlsma, 1999	UvA / VU Amsterdam	Beschrijvend	Kwantitatief	408 dossiers overleden vluchtelingen	COA of juridische instellingen	Vluchtelingen overleden 01-01-1990 en 01-11-1998	Heterogeen, m.n. Iran, Georgië, Somalië, Sri Lanka	Volwassenen
Willemse, 1999	NSPH scriptie GGD Zuid-Hollandse eilanden	Explorerend	Kwalitatief	20 interviews	Spijkenisse (thuissituatie)		Somalië	
Malwand, 2001	NSPH scriptie GGZ Drenthe	Beschrijvend	Kwalitatief	51 interviews	16 dorpen en steden in Drenthe		Afghanistan	Volwassenen
Koenders en Den Otter, 2002	Stichting MOA Oost Nederland	Beschrijvend	Kwantitatief	111 enquêtes van asielzoekers	AZC Nijmegen	Januari 2002 – mei 2002	Hoofdzakelijk Soedan, Iran, Irak, Afghanistan	Volwassenen (>18 jaar)
Sokal-Demirica, 2001	NSPH scriptie	Beschrijvend en explorerend	Kwalitatief en kwantitatief	Interviews met ouders van 154 asielzoekerkinderen en bestudering JGZ dossiers	AZC Leusden AZC Doorn AZC Leersum		Heterogeen	Kinderen 4-12

Overzicht literatuur gezondheidstoestand								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Terpstra, 2001	Samenwerkingsverband Jeugdhulpverlening Gelderland	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met De Opbouw, Contractpartners De Opbouw (GSJ Lindenhout, Bredervoort en Nové) en Bureau Jeugdzorg Arnhem en Apeldoorn		2001	—	Ama's
Rots-de Vries, 2002	GGD West-Brabant	Beschrijvend en vergelijkend	Kwantitatief	75 ama's vulden enquêtes in en werden vergeleken met 55 ama's uit ander onderzoek	3 AZC's West-Brabant (Ossendrecht, Woudrichem, Werkendam)		Van 75 ama's 63% Afrikaans, 20% Midden-Oosten, 14% China	Ama's
<i>Zwangerschap en abortus provocatus</i>								
Poot, 2001	TNO Preventie & Gezondheid, scriptie	Beschrijvend en vergelijkend	Kwantitatief en kwalitatief	49 dossiers 57 enquêtes Interviews met ama's	Dossiers Database MOA Rijswijk Enquêtes 5 OC's (Valentijn, Leiden, Haarlem, Oisterwijk, Schalkhaar)	Dossieronderzoek: Januari 1994 – juni 1997 Interviews/enquêtes: Januari 1998 – mei 1999	Heterogeen (m.n. China en Afrikaanse landen)	Zwangere Ama's
<i>Sterfte</i>								
Koppelaar, 2001	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwantitatief	Databases	Databestanden CBS, COA, MOA	1998-1999		Heterogeen

C Overzicht literatuur determinanten van gezondheid

Overzicht literatuur determinanten van gezondheid								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
<i>Achtergrond</i>								
Somers, 1995b	Rijksuniversiteit Utrecht / COA	Explorerend	Kwalitatief	Observaties van voorlichtingsbijeenkomsten 21 diepte-interviews met 19 asielzoekers Focus groepsdiscussie met 2 Somalische mannen en 3 Somalische vrouwen	Observaties: 4 AZC's Diepte-interviews: 5 AZC's Focusgroepdiscussie Locatie in Utrecht	Juni tot en met oktober 1995	Somalië Somalië	18-43 jaar 25-35 jaar
De Winter, 2002	Hulpverlening Gelderland Midden	Beschrijvend	Kwalitatief	Literatuuronderzoek				
<i>Leefstijl</i>								
Braam et al., 1999	Centrum voor Verslavingsonderzoek Jellinek Gooi en Vechtstreek	Beschrijvend	Kwalitatief	Diepte-interviews met 18 asielzoekers, 1 vluchteling en 13 sleutelfiguren uit het asielzoekerswerk	Voornamelijk 3 AZC's		Somalië, Irak, Iran, Afghanistan en voormalig Joegoslavië	
<i>Woonomstandigheden</i>								
Bloemen en Hovens, 1997	Pharos en Centrum '45	Beschrijvend	Kwalitatief	Eigen ervaringen van artsen (Bloemen en Hovens) (m.b.v. cases)	Huisartspraktijk en psychiatrisch centrum		Bosnië, Zaïre, Somalië, Irak, Iran, Liberia	Heterogeen

Overzicht literatuur determinanten van gezondheid								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Participants 37 th ICHD, 2001	ICHHD, KIT, Amsterdam	Explorerend	Kwalitatief	7 focusgroepdiscussies met 52 asielzoekers en hulpverleners en 1 focusgroepinterview met 5 hulpverleners van Crailo diepte-interviews met 11 hulpverleners, 5 beleidsmakers, 3 vrijwilligers van Crailo, 2 "vrijwillige asielzoekers" en 23 asielzoekers Venn Diagram (wat vinden asielzoekers belangrijk in hun leven) Observaties Rapid Appraisal	AZC Crailo	2000-2001	Irak, Afghanistan, Joegoslavië, Somalië	Volwassenen
Poort et al., 2001	NSPH scriptie MOA Oost-Nederland	Explorerend	Kwantitatief	300 dossiers van asielzoekers	AZC Slagharen, Aalten, Gasselte, Coevorden		Heterogeen	Volwassen (> 18 jaar)
De Jongh en Van Ee, 2002	Stichting MOA/GGD Gooi en Vechtstreek	Explorerend	Kwalitatief	Interviews met 11 asielzoekers Observaties	AZC Crailo		Irak, Afghanistan, Joegoslavië, Somalië	Volwassen

Overzicht literatuur determinanten van gezondheid								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
<i>Asielprocedure</i>								
Hondius en Van Willigen, 1992	Rijksuniversiteit Leiden / CGV	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Vooronderzoek: 135 dossiers CGV Verder onderzoek: 480 dossiers CGV Interviews: a.d.h.v. 25-HSCL vragenlijst en aanvullende vragenlijst met 156 vluchtelingen		Vluchtelingen in contact met CGV in 1985 Vluchtelingen in contact met CGV in periode april 1982 en januari 1987 1 januari – 1 oktober 1988 contact met CGV of in opvangsituatie	Cambodja, Iran, Vietnam, Midden-Oosten, Latijns-Amerika Midden-Oosten, Latijns-Amerika Turkije, Iran	Vluchtelingen geboren tussen 1926 en 1970 (> 16 jaar) > 16 jaar > 16 jaar
Meis, 1995	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwantitatief	GHQ enquête bij 149 asielzoekers Dossieronderzoek	OC Apeldoorn	Juli 1994 – maart 1995	Irak	Volwassenen
Jozefzoon, 1999	NSPH scriptie	Explorerend	Kwantitatief	86 Enquêtes	AZC Hellevoetsluis en AZC Waddinxveen		Irak en Afghanistan	19-72

D Overzicht literatuur organisatie van de zorg

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Zorggebruik								
Wielink et al., 1991	CGV	Beschrijvend	Kwantitatief	Contactregistraties van 799 asielzoekers	AZC Aalten	26 januari 1989 – 26 januari 1990	Heterogeen (m.n. Somalië, Ethiopië, Libanon, Polen, Ghana, Sri Lanka, Zaire en Iran)	Heterogeen (max/ 50 jr.)
Plokker, de Voigt, 1993	Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant	Situatie- beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met artsen en verpleegkundigen van Medische Opvang en huisartsen (leveren zorg aan 2685 asielzoekers)	5 AZC's in Noord- Brabant 3 OC's in Noord- Brabant 1 TOC Noord- Brabant	September 1992 – februari 1993	Met name: Afrika, Midden-Oosten, Azië, Joegoslavië	—
Harms, 1994	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwantitatief	400 dossiers van asielzoekers	AZC Helmond	Asielzoekers van december 1992 – november 1993 het AZC verlieten	Heterogeen	Gemiddelde leeftijd 20
Flipse, 1996	NSPH scriptie, GGD Zeeland	Beschrijvend	Kwantitatief	Contactfrequenties Gegevens van intake lijsten (volwassenen) Dossieronderzoek Van totaal 579 asielzoekers gegevens	AZC Middelburg	juni 1994 - november 1994		Volwassenen

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Hamming, 1996	Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Arnhem	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Dossieronderzoek van 118 asielzoekers Interviews met deskundigen (Somalische hulpverleners, tolken, artsen, voormalige hulpverleners vluchtelingenkampen, medewerkers opvangcentrum, huisartsen, medewerkers consultatiebureau tuberculosebestrijding)	Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen Apeldoorn	Dossiers begin 1993	Somalië —	Heterogeen —
Willemse, 1999	NSPH scriptie GGD Zuid-Hollandse eilanden	Explorerend	Kwalitatief	20 interviews	Spijkenisse (thuissituatie)		Somalië	
De Bakker, Weide, Delnoij, 2000	NIVEL	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Interviews met huisartsen, toegeleidingsfunctionarissen, staf/directiemedewerkers van centra Inspectie medische dossiers Contactregistraties van huisartsen (847) en toegeleidingsfunctionarissen (1529)	5 AZC's 4 AVO's 2 OC's	Interviews: november en december 1999 Dossieronderzoek: 1999 Contactregistraties: November 1999 – februari 2000	—	—

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Van Zoest et al., 2002	MOA Utrecht	Beschrijvend	Kwantitatief	3110 registratieformulieren ingevuld door praktijkverpleegkundigen MOA	3 AVO's (Rhenen, Driebergen, Groenekan) 6 AZC's (Soest, Utrecht, Amersfoort, Doom, Leusden, Leersum)	April – september 2001	Heterogeen	Heterogeen
Somers, 1995a	Rijksuniversiteit Utrecht / COA	Beschrijvend	Kwalitatief	Literatuuronderzoek				
Somers, 1995b	Rijksuniversiteit Utrecht / COA	Beschrijvend	Kwalitatief	Observaties Diepte-interviews Focus groepsdiscussie		April tot en met oktober 1995		
Jukema en Wilts, 1996	NPCF Zwolle PCPZ Christelijke Hogeschool Windesheim	Beschrijvend	Kwalitatief	12 interviews met 19 vluchtelingen	thuisituatie		Iran (9) en Somalië (10)	Resp. 23-37 en 17- 38
Huls, 1997	Humanitas Opvang Asielzoekers en Statushouders Groningen en Universiteit Maastricht	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 23 Somalische vluchtelingen		Februari 1997 – november 1997	Somalië	19-56
Willemse, 1999	NSPH scriptie GGD Zuid-Hollandse eilanden	Explorerend	Kwalitatief	20 interviews	Spijkenisse (thuisituatie)		Somalië	
Van Dijk et al, 2001		Beschrijvend	Kwalitatief	22 interviews	1 centrum	Maart-juli 2001		
Lokale medische opvang voor 2000								
Logghe, 1996	Universiteit Maastricht	Beschrijvend	Kwalitatief	45 interviews met lokale politici, beleidsmakers en zorgverleners	15 gemeenten in Nederland		—	—

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Mascini, 1998	Universiteit Maastricht en Landelijke Vereniging voor GGD'en	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 20 GGD- medewerkers bij 18 instellingen		Januari 1998 – juni 1998	—	—
Ellenkamp, 1990	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, Erasmus Universiteit	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Gesprekken met sleutelfiguren CGV Rijswijk (directeur, beleidsmedewerker, coördinator artsen en verpleegkundigen) 19 interviews met medewerkers medische opvang Databases IGAS en consultatiebureaus tuberculosebestrijding	Interviews met medewerkers uit 8 AZC's (Alkmaar, Blitterswijck, Leersum, Luttelgeest, Rijsbergen, Slagharen, Spaubeek, Stevensbeek) en CGV	Interviews Mei 1990 – juni 1990 Data van 01-01-1989 tot 21-12-1989	—	—
Plokker, de Voigt, 1993	Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant	Situatie- beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met artsen en verpleegkundigen van Medische Opvang en huisartsen (leveren zorg aan 2685 asielzoekers)	5 AZC's in Noord- Brabant 3 OC's in Noord- Brabant 1 TOC Noord- Brabant	September 1992 – februari 1993	Met name: Afrika, Midden-Oosten, Azië, Joegoslavië	—
Mosterd, 1996	GGD Midden- Brabant (KUB)	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 30 hulpverleners die met vluchtelingen in aanraking komen	18 instanties regio Midden-Brabant en team MO AZC Reusel	Juli 1995 – maart 1996 Interviews augustus 1995 – november 1995	—	—

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Hamming, 1996	Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Arnhem	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Dossieronderzoek van 118 asielzoekers Interviews met deskundigen (Somalische hulpverleners, tolken, artsen, voormalige hulpverleners vluchtelingenkampen, medewerkers opvangcentrum, huisartsen, medewerkers consultatiebureau tuberculosebestrijding)	Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen Apeldoorn	Dossiers begin 1993	Somalië —	Heterogeen —
Schat, 1996	NSPH scriptie GGD regio Arnhem	Beschrijvend	Kwantitatief en Kwalitatief	1193 dossiers van asielzoekers Interviews met verpleegkundigen en artsen	AC Zevenaar	1995	Heterogeen (m.n. Oost-Europa, Midden-Oosten, Joegoslavië en Somalië —	Heterogeen —
Haddad, 1996	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Gegevens COA, Justitie lokale GGD' en KNCV Dossiers 100 asielzoekers AZC Almelo Interviews functionarissen Asielzoekers Informatie Systeem bij COA			—	—

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Beerens, 1999	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	21317 gescreende asielzoekers door centrum GGD zuid (GGD Midden Brabant)		1995 en 1996		
Ellenkamp, 1990	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, Erasmus Universiteit	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Gesprekken met sleutelfiguren CGV Rijswijk (directeur, beleidsmedewerker, coördinator artsen en verpleegkundigen) 19 interviews met medewerkers medische opvang Databases IGAS en consultatiebureaus tuberculosebestrijding	Interviews met medewerkers uit 8 AZC's (Alkmaar, Blitterswijk, Leersum, Luttelgeest, Rijsbergen, Slagharen, Spaubeek, Stevensbeek) en CGV	Interviews Mei 1990 – juni 1990 Data van 01-01-1989 tot 21-12-1989	—	—
Somers, 1995b	Rijksuniversiteit Utrecht / COA	Beschrijvend	Kwalitatief	Observaties Diepte-interviews Focus groepsdiscussie		April tot en met oktober 1995		
Somers, 1997	COA Rijswijk	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 43 asielzoekers	OC's, AZC's en AVO's		Heterogeen	heterogeen
Lokale medische opvang vanaf 2000								
Knoppers, 2000a	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwalitatief	Literatuuronderzoek	GGD Rotterdam			Volwassenen
De Haan, 2000	MOA Noord- Nederland	Evaluerend	Kwantitatief	520 dossiers van asielzoekers	6 AZC's in Groningen Bellingwolde, Ten Boer, Groningen, Marum, Winschoten. Winsum	Dossiers na 31-12- 1999		223 kinderen 297 volwassenen

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Van Lier, 2001	NSPH scriptie GGD Nederland	Beschrijvend	Kwantitatief	Enquêtes ingevuld door 30 sociaal-geneeskundigen, 4 sociaalverpleegkundigen en 4 JGZ-artsen samen werkzaam voor minimaal 30.000 asielzoekers	9 OC's 25 AZC's		—	—
Van Gogh en Hoondert, 2001	Hogeschool Leiden	Beschrijvend	Kwalitatief	9 interviews met huisartsen die ex-asielzoekers in praktijk hebben of in AZC werken	Huisartsenpraktijk Nijmegen en AZC	2001	—	—
Altena, 2001	MOA Noord- Nederland	Beschrijvend	Kwantitatief	Dossieronderzoek: 85 dossiers Groningen 85 dossiers Friesland 90 dossiers Drenthe	18 AZC's in Groningen, Friesland, Drenthe	Dossiers januari 2001 tot en met mei 2001		
Verweij-Bikker, 2002	Hogeschool Amsterdam, MOA/GGD Zuidoost-Drenthe	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met praktijkverpleegkundigen 1 asielzoekster begeleid en gevolgd 2x gesprekken met betrokkenen reguliere zorg	4 AZC's Zuidoost- Drenthe	Interviews: December 2001	— —	— —
Van Willigen en Janssen, 2002	MOA Oost Nederland	Explorerend	Kwalitatief	6 focusgroepinterviews met (in totaal 42) ama's 15 interviews met begeleiders 18 interviews met zorgverleners	20C's en 1 AZC	December 2001-mei 2002	Met name Afrika	Ama's

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Van Laere, 2000	NSPH scriptie	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Gesprekken met diverse deskundigen en medewerkers van instanties betrokken bij vaccinatiebeleid 19 enquêtes van JGZ artsen en verpleegkundigen en 10 enquêtes van medewerkers Provinciale Entadministraties	Instanties betrokken bij vaccinatiebeleid	1999-2000		
Hanssen en Stikma, 2000	Scriptie Hanzehogeschool Groningen GGD Groningen OGZ	Evaluerend	Kwalitatief	Interviews met 5 VETC'ers, 6 GVO verpleegkundigen, 8 asielzoekers	AZC's in Groningen	1 augustus 1998 – 1 augustus 1999	Asielzoekers Afghanistan, Iran	
Linck, 2001	GGD Rotterdam e.o. Wageningen Universiteit	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	31 evaluatieformulieren ingevuld door GVO verpleegkundigen en medewerkers COA Individuele interviews met 5 GVO verpleegkundigen en met 3 deskundigen op gebied van beleid en onderzoek m.b.t. GVO 4 Focusgroepinterviews met 32 asielzoekers	Evaluatieformulieren: 6 AZC's, 5 OC's, 2 AVO's en 1 WL, COA Zuid-Holland Interviews GVO verpleegkundigen van MOA binnen OC's en AZC's Zuid-Holland Focusgroepinterviews 4 AZC's Zuid- Holland	Januari-juli 2001	— — Oost-Europa	— — 30-50

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Broecheler en Raadgers, 2001	Stichting MOA Utrecht	Beschrijvend en vergelijkend	Kwalitatief	Individuele interviews met 15 meisjes Focusgroepinterviews 35 jongens	AZC's regio Utrecht	2001	Meisjes heteroogeen Jongens m.n. uit China, Guinee, Sierra Leone, Afghanistan, Irak	Jongeren 15-20 Ama's en niet-ama's
Jak, 2001	NSPH scriptie MOA GGD'en Noord-Holland / Flevoland	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 7 deskundigen IGZ, RIVM, Stichting SOA bestrijding, GGD regio Utrecht, GG&GD Utrecht en LSB			—	—
Azghoughi et al., 2001	MOA Noord-Nederland	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Interviews mensen uit het werkveld Enquêtes onder medewerkers MOA Groningen, Friesland, Drenthe (in december 2000 200 ama's)			—	—
Hogendorp, 2002	Vakgroep Sociologie Rijksuniversiteit Groningen / MOA Noord Nederland	Beschrijvend	Kwalitatief	16 interviews met huisartsen	16 huisartspraktijken in Noord-Nederland	2001	—	—
Van Zoest et al., 2002	MOA Utrecht	Beschrijvend	Kwantitatief	3110 registratieformulieren ingevuld door praktijkverpleegkundigen MOA	3 AVO's (Rhenen, Driebergen, Groenekan) 6 AZC's (Soest, Utrecht, Amersfoort, Doorn, Leusden, Leersum)	April – september 2001	Heteroogeen	Heteroogeen

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
<i>Jeugdgezondheidszorg en jeugdhulpverlening</i>								
Smits, 1995	Afstudeeronderzoek TNO PG/ Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen	Beschrijvend	Kwantitatief en kwalitatief	60 enquêtes (meestal ingevuld door managers OKZ afdelingen en stafverpleegkundigen) 9 interviews met CB-teams (CB-arts en/of verpleegkundige)	Divisies Ouder- kindzorg/ afdelingen JGZ binnen 67 thuiszorg- of kruisorganisaties en 1 GG&GD	September 1994 – mei 1995	—	Zuigelingen en peuters (0-4 jarigen)
Mijs, 1996		Situatie- beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met medewerkers van De Opbouw		1996	—	—
Schaaphok, 1997	Afdeling JGZ van GGD Zuidwest Friesland	Situatie- beschrijvend	Kwalitatief	Eigen ervaring met PGO's van jeugdarts (Schaaphok) uitgevoerd onder 71 asielzoekers.	AZC Sneek	Oktober 1996 – maart 1997	Heterogeen	4-19 jarigen
Vos et al., 1999	Hogeschool Leiden	Beschrijvend	Kwantitatief	41 enquêtes naar JGZ verpleegkundigen	20 AZC's, 12 AVO's, 3 OC's en 6 GGD'en regio Oost, Midden en Zuid		—	4-19 jarigen
Smit en Thomeer- Bouwens, 1999	Vakgroep Orthopedagogiek Rijksuniversiteit Leiden	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met 109 ama's	Ama's in KWE's en pleeggezinnen en onder voogdij van De Opbouw		heterogeen	Ama's tussen 1 mei en 1 november 18 jaar geworden
Boonstra et al., 2000	Stichting Partoer RUG	Beschrijvend	Kwantitatief en kwalitatief	38 enquêtes organisaties die met ama's te maken hebben 18 diepte-interviews met organisaties die met ama's te maken hebben	Organisaties in Friesland		— —	— —

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Terpstra, 2001	Samenwerkingsverband Jeugdhulpverlening Gelderland	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met De Opbouw, Contractpartners De Opbouw (GSJ Lindenhout, Bredervoort en Nové) en Bureau Jeugdzorg Arnhem en Apeldoorn		2001	—	Ama's
Haak, 2001	MOA Noord Nederland	Beschrijvend	Kwalitatief	Diepte-interviews met medewerkers OC, COA en De Opbouw Bijwonen overlegmomenten binnen MOA Deelname afstemmingsoverleg COA, maatschappelijk werk, MOA, De Opbouw en overleg stuurgroep van het ama- ketenproject Interviews met artsen en verpleegkundigen en clustercoördinatoren	OC Hogeveen Diverse OC', AZC's en AVO's in Noord- Nederland	Maart tot en met april 2001	— — — —	Ama's (12-18)
Huisartsenzorg								
Van der Laan en Bloemen, 1994	Stichting Pharos	Beschrijvend	Kwalitatief	Eigen ervaringen van artsen (Van der Laan en Bloemen)	Huisartspraktijken		Vluchtelingen afkomstig uit Turkije, Filippijnen en Eritrea	—
Van der Aalst et al., 1996	GGD Zuid-Oost Utrecht	Beschrijvend	Kwantitatief	42 enquêtes onder huisartsen	Huisartsen in regio Zuid-Oost Utrecht		—	—

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerpopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
De Bakker, Weide, Delnoij, 2000	NIVEL	Beschrijvend	Kwalitatief en kwantitatief	Interviews met huisartsen, toegeleidingsfunctionarissen, staf/directiemedewerkers van centra Inspectie medische dossiers Contactregistraties van huisartsen (847) en toegeleidingsfunctionarissen (1529)	5 AZC's 4 AVO's 2 OC's	Interviews: november en december 1999 Dossieronderzoek: 1999 Contactregistraties: November 1999 – februari 2000	—	—
Hogendorp, 2002	Vakgroep Sociologie Rijksuniversiteit Groningen / MOA Noord Nederland	Beschrijvend	Kwalitatief	16 interviews met huisartsen	16 huisartspraktijken in Noord-Nederland	2001	—	—
Geestelijke gezondheidszorg								
Selter, 1990	GGD Rotterdam	Beschrijvend	Kwalitatief	Interviews met hulpverleners en categoriale instellingen voor vluchtelingen en van de reguliere gezondheidszorg		1 oktober 1989 – 1 januari 1990	—	—
Van Emmerik, Van den Heuvel, 1999	De Vonk	Situatie- beschrijvend	Kwalitatief	Beschrijving eigen ervaringen van therapeuten (Van Emmerik en Van den Heuvel) met dagklinische groep van 9 personen	De Vonk, Noordwijk		Iran, Afghanistan, Chili, Kongo, Liberia, Moldavië, Bangladesh	Heterogeen 20-52

Overzicht literatuur organisatie van de zorg								
Auteur (s) + jaartal	Organisatie	Onderzoeksmethode					Samenstelling asielzoekerspopulatie	
		Type onderzoek	Type data	Methode dataverzameling (met wie / aantal)	Locatie	Looptijd onderzoek	Land van herkomst	Ama's / kinderen / volwassenen
Bean, 2002	Zorgverzekeraar VGZ, ZonMw, Stichting Achmea, Slachtoffer en Samenleving	Beschrijvend	Kwalitatief	85 interviews met hulpverleners van 49 GGZ instellingen	GGZ instellingen in Nederland	Juni – december 2001	—	Ama's

E Afkortingen

AC	Aanmeldcentrum
AMA	Alleenstaande Minderjarige Asielzoeker
AVO	Aanvullende Opvang Accommodatie
AZC	Asielzoekerscentrum
CGV	Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen
COA	Centrale Opvang Asielzoekers
KWE	Kleine Wooneenheid
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
OC	Opvang- en onderzoekscentrum
TOC	Tijdelijk Opvangcentrum
WL	Wachttijstlocatie

