



Uitzichtloos in de opvang

Vervolgonderzoek naar gezondheidszorg en leefomstandigheden
in de tijdelijke gemeentelijke opvang



Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	4
2. Ontwikkelingen in de asielopvang	5
3. De organisatie van de zorg	7
4. Toegang en kwaliteit van zorg	9
Toegankelijkheid	9
Continuïteit van zorg	9
Drempels tot zorg	10
Psychosociale ondersteuning	11
Overige signalen	12
Werkomstandigheden	12
5. Leefomstandigheden	13
6. Toekomst	16
7. Aanbevelingen	17
Referenties	19

Verklarende woordenlijst

Azc	Asielzoekerscentrum
CNO	Crisisnoodopvang
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
GZA	GezondheidsZorg Asielzoekers
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
NO	Noodopvang (COA)
PGA	Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers
RMA	Regeling Medische zorg Asielzoekers
TGO	Tijdelijke gemeentelijke (spoed)opvang
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Colofon

Auteurs:

Elize Smal, *Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen*
Sam van Vliet en Nour Samira Hjeij, *Dokters van de Wereld*
Simone van Driel, *Nederlandse Rode Kruis*

Vormgeving:

Zwerver grafische vormgeving

December 2024

Samenvatting

Door jarenlange afschaling van opvanglocaties bestaat er een structureel tekort aan opvangplekken voor asielzoekers in Nederland. Uit noodzaak zijn daarom in 2022 zogenaamde crisisnoodopvang (CNO) locaties en in 2024 tijdelijke gemeentelijke opvanglocaties (TGO) ingericht. Het Rijk heeft respectievelijk veiligheidsregio's en gemeenten verantwoordelijk gesteld voor de opvang. Bij de start van de TGO is afgesproken dat het COA verantwoordelijk blijft voor het organiseren van toegang tot zorg voor de bewoners.

Dit vervolgonderzoek wijst uit dat de gezondheidszorg in de tijdelijke opvang de afgelopen anderhalf jaar op enkele aspecten is verbeterd. Het COA heeft meer regie, er is sprake van betere afspraken en samenwerking over de (toegang tot) gezondheidszorg, en betere toegang tot het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier). Bewoners zijn geregistreerd en hebben vrijwel allemaal een medische screening gehad, waardoor bijzondere opvangbehoeften beter in beeld zijn.

Toch concluderen wij tegelijkertijd op basis van gesprekken met professionals en bewoners dat de situatie voor een groot deel hetzelfde is gebleven. De genoemde verbeteringen worden in de praktijk niet als voldoende ervaren om de algehele kwaliteit van zorg noemenswaardig te verbeteren. Vaak is zorg op papier goed geregeld, maar zijn er in de praktijk drempels en belemmeringen. Continuïteit van zorg is een probleem, omdat bewoners noodgedwongen vaak moeten verplaatsen. Dit levert regelmatig verergering van klachten en hogere zorgkosten op. Problemen zoals het tekort aan mentale ondersteuning en psychosociale zorg, evenals de kwaliteit van de werkplekken van zorgverleners, blijven onveranderd zorgwekkend.

Dit vervolgonderzoek bracht opnieuw aan het licht dat bewoners veel mentale en fysieke klachten hebben, onder andere vanwege de leefomstandigheden, veroorzaakt door ongeschikte locaties, slecht slapen, gebrek aan privacy, gebrek aan activiteiten en problemen met hygiëne of voeding. Een gevoel van uitzichtloosheid overheerst vanwege de lange procedures en de vele verplaatsingen. Ruim de helft van de bewoners verblijft niet in reguliere azc's, maar op tijdelijke locaties die minder geschikt zijn voor langdurig verblijf. Dat geldt in het bijzonder voor mensen met bijzondere opvangbehoeften, voor wie deze

opvang niet geschikt is. Vergeleken met anderhalf jaar geleden verblijven *meer* mensen voor *langere* tijd in deze opvang, waardoor het probleem dus in feite groter is geworden. Als de randvoorwaarden voor gezondheid niet op orde zijn, levert dat verhoogde gezondheidsrisico's op.

Zolang er onvoldoende beleid is om structureel voldoende duurzame opvanglocaties te realiseren, zal tijdelijke opvang nodig blijven. Sterker nog, het asielbeleid van dit kabinet zal naar verwachting juist leiden tot meer mensen en een langer verblijf in de tijdelijke opvang. Dit heeft negatieve gevolgen voor de gezondheid van bewoners, zowel fysiek als mentaal. Bovendien is tijdelijke opvang veel duurder dan reguliere opvang. Het voornemen van het kabinet om de financiering van de opvang vanaf 2027 te verlagen, zal leiden tot minder middelen voor structurele opvang, begeleiding en voorzieningen.

Zorgverleners doen wat ze kunnen, maar ondanks hun harde werk en de beste bedoelingen, kunnen zij niet opboksen tegen de invloed van de omstandigheden waarin bewoners leven. Natuurlijk zijn er ook goede opvanglocaties, maar meestal voldoet de tijdelijke opvang niet aan het kwaliteits- en voorzieningenniveau van een regulier azc. Mensen die relatief gezond en veerkrachtig in Nederland aankomen, krijgen meer gezondheidsproblemen naarmate ze langer in een slechte opvanglocatie verblijven. Het risico is dat veel van deze mensen, wanneer ze een verblijfsvergunning krijgen, de start van hun nieuwe leven in de gemeente beginnen met meer gezondheidsklachten dan toen ze in Nederland aankwamen. Kinderen lopen ontwikkelingsschade op door de omstandigheden waarin zij opgroeien. Het inleveren op veerkracht en gezondheid heeft meerdere nadelige langetermijneffecten die te vermijden zijn. Dit geldt niet alleen voor de mensen zelf, maar ook voor de samenleving en de zorg, doordat de gezondheidsverschillen worden vergroot.

Alle ketenpartners en betrokken organisaties zien dat de huidige situatie onwenselijk is. De belangrijkste oplossing ligt in het vergroten van het aantal kwalitatief goede plekken die aan de criteria voor langdurig verblijf voldoen. Zonder effectief beleid blijft de situatie echter voortduren, en lijken zorgprofessionals gedwongen de crisissituatie als het 'nieuwe normaal' te accepteren.

Inleiding

Waarom dit onderzoek?

Dat de omstandigheden in de tijdelijke opvang voor asielzoekers vaak slecht zijn, is niets nieuws. Meerdere rapporten hebben aangetoond dat mensen daar verblijven onder omstandigheden die slecht zijn voor hun welzijn en gezondheid. Het gaat om een grote groep mensen: ruim de helft van het totaal aantal bewoners in de asielopvang verblijft momenteel in een vorm van noodopvang. Pharos, het Nederlandse Rode Kruis en Dokters van de Wereld vinden het daarom belangrijk om aandacht te *blijven* houden voor dit probleem.

In juni 2023 publiceerden wij het rapport *Zorgen in tijden van crisis*. Dit rapport ging over de gezondheid van bewoners en toegang tot zorg op crisisnoodopvanglocaties (CNO). Belangrijkste conclusie was dat er veel problemen waren met de toegang en kwaliteit van zorg, en dat de leefomstandigheden in veel gevallen ziekmakend waren. Ruim een jaar later wilden we weten hoe het nu gaat met de toegang tot zorg en de leefomstandigheden van bewoners in de tijdelijke gemeentelijke (spoed)opvang (TGO, voorheen CNO - zie hoofdstuk 2). Centraal staat de vraag of de omstandigheden zijn verbeterd.

Aan de hand van de inzichten van dit herhaalonderzoek willen we bijdragen aan beter beleid rond opvang en zorg in de tijdelijke opvang. Dit rapport is zo kort en bondig mogelijk gehouden. Voor lezers die meer willen weten over de achtergrond verwijzen we graag naar het rapport *Zorgen in tijden van crisis* (2023).

Aanpak

Voor dit herhaalonderzoek hebben we gesprekken gevoerd met verschillende betrokkenen, waaronder locatiemanagers, bewoners, uitvoerende zorg- en hulpverleners en beleidsprofessionals.

> Interviews met professionals

We spraken met 11 (beleids)professionals en experts van de betrokken landelijke ketenpartners: het COA, het ministerie van Asiel en Migratie, de VNG, GGD GHOR Nederland, GZA, Just4Care, VluchtelingenWerk en EKANN.

> Online vragenlijst

Een online vragenlijst (survey) is ingevuld door 17 professionals afkomstig van 15 verschillende TGO/CNO-locaties. Onder de respondenten bevonden zich 9 zorgverleners en 8 locatiemedewerkers, waaronder 3 locatiemanagers, 2 locatiecoördinatoren en 2 woonbegeleiders.

> Gesprekken met bewoners

We hebben met 26 bewoners gesproken op drie TGO-locaties. Hiervan deden 22 bewoners mee aan focusgroepen en 4 aan individuele interviews. De groep bestond uit 17 mannen en 9 vrouwen, allen volwassenen.

De nadruk in dit vervolgonderzoek ligt op de inzichten van zorgprofessionals en beleidsmakers. De gesprekken met de bewoners zijn weliswaar niet wetenschappelijk representatief, maar zijn relevant als anekdotisch bewijs om signalen te analyseren. Daarnaast zijn ook rapporten van andere organisaties en instanties gebruikt.

Ontwikkelingen in de asielopvang

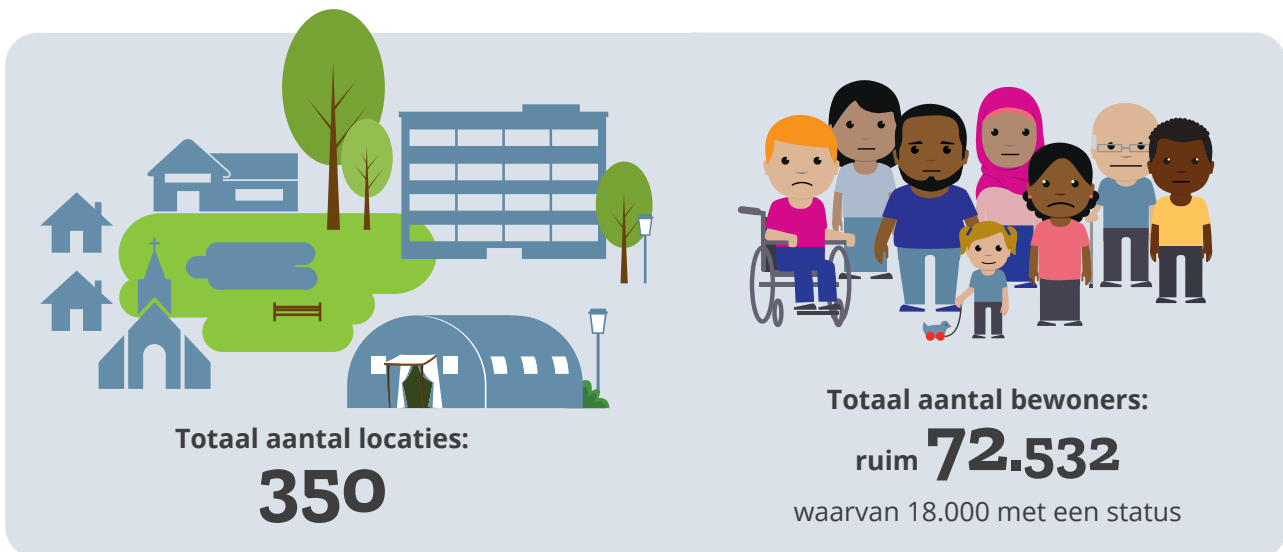
Vormen en beheer van (nood)opvang

Het onderscheid tussen de verschillende vormen van opvang is vaak onduidelijk en fluïde. *Crisisnoodopvang-locaties (CNO)* zijn vanaf 2022 ontstaan, in de periode waarin de veiligheidsregio's nog verantwoordelijk waren voor het beheer, inclusief de zorg. Een aantal CNO-locaties functioneert nog steeds volgens die afspraken. De afgelopen anderhalf jaar heeft het COA de coördinatie van veel CNO-locaties van de veiligheidsregio's overgenomen. Die locaties hebben daardoor de titel 'noodopvang' gekregen. Het COA beschrijft *noodopvang-locaties (NO)* als: 'tijdelijke opvanglocaties met vaak een lager kwaliteits- en voorzieningenniveau. Dit zijn bijvoorbeeld evenementenhallen, leegstaande kantoren, recreatiewoningen, schepen of tijdelijke paviljoens. In de noodopvanglocaties kan niet dezelfde opvang geboden worden als in reguliere locaties. Bewoners hebben vaak minder privacy, geen gelegenheid om zelf te koken en

minder zinvolle dagbesteding. Daarom is het streven dat bewoners zo kort mogelijk op deze locaties verblijven.¹ Op dit moment bestaat meer dan de helft van alle opvanglocaties uit noodopvang onder beheer van het COA.

Een aantal CNO's is voortgezet onder dagelijks beheer van de gemeenten, soms in samenwerking met een derde partij, zoals het Rode Kruis. Deze locaties heten vanaf dan formeel *tijdelijke gemeentelijke (spoed)opvang (TGO)*. Het COA vervult hier een ondersteunende rol. Op deze locaties is het COA, in overleg met zijn zorgpartners, verantwoordelijk voor de toegang tot medische zorg. De term TGO kan iets zeggen over de bestaansduur (kortdurend, korter dan een jaar), maar ook over wie het dagelijks beheer op de locatie op zich neemt (gemeente of derde partij).

De verdeling tussen de verschillende opvanglocaties is op dit moment (december 2024) als volgt:



91
Regulier (COA)

34.265

198
Noodopvang (COA)

30.254

61
Buiten COA
(TGO, administratief geplaatst en logeerregeling)

8.013

Voor elke CNO- en TGO-locatie is er tegenwoordig een COA-contactpersoon beschikbaar. De coördinerende rol ligt bij het COA, dat wil zeggen: de bevoegdheid voor plaatsing en overplaatsing. De ondersteunende rol van het COA wordt verder veelal verschillend ingevuld. Daarnaast blijft de asielopvang heel veranderlijk door het openen en sluiten van locaties, en als gevolg daarvan het vaak verplaatsen van mensen van de ene locatie naar de andere. Tijdelijke locaties worden regelmatig op het allerlaatste moment weer verlengd met één jaar of een paar maanden. Dan blijft het bijvoorbeeld een TGO heten en wordt er vanwege de 'verlengde tijdelijkheid' niets verbeterd aan de kwaliteit van de locatie, hoewel de bewoners er wél langdurig verblijven.

Wanneer een gemeente het beheer over de locatie voert, kunnen er grote verschillen bestaan tussen de locaties. Zo ziet de ene gemeente bewoners als toekomstige inwoners van de gemeente en wil om deze reden meer investeren in hun welzijn en in activiteiten, zoals taallessen en participatie via betaald of vrijwilligerswerk. Andere gemeenten zijn minder betrokken en besteden het beheer van een locatie bijvoorbeeld uit aan een beveiligingsbedrijf. Het grote aantal tijdelijke locaties leidt ertoe dat voorzieningen telkens opnieuw moeten worden opgebouwd. Dat brengt niet alleen hoge kosten met zich mee, maar zorgt ook voor verlies van kennis en ervaring,

omdat het wiel constant opnieuw wordt uitgevonden en nieuwe mensen moeten worden ingewerkt.

Geen enkele organisatie betrokken bij de asielopvang is voorstander van tijdelijke opvang. De locaties zijn vaak niet geschikt voor langdurig verblijf, en bovendien zijn de kosten van deze opvang veel hoger.² Betrokken partijen pleiten voor het zo snel mogelijk organiseren van voldoende reguliere plekken die geschikt zijn voor langdurig verblijf.

Focus van dit rapport en terminologie

De focus van het onderzoek 'Zorgen in tijden van crisis' in 2023 lag op de CNO: de locaties waar de veiligheidsregio's/gemeenten verantwoordelijk waren voor exploitatie en zorg. Inmiddels ziet de opvang er heel anders uit. In dit rapport focussen we op locaties onder gemeentelijk beheer: zowel TGO als CNO. Deze focus blijft relevant, zeker in relatie tot de Spreidingswet, waarbinnen gemeenten soms meer willen doen in de uitvoering. Het gesprek over rollen en verantwoordelijkheden van gemeenten en het COA wordt nog gevoerd (zie ook hoofdstuk 6).

Wel blijkt de focus op de TGO/CNO niet zo makkelijk, want het onderscheid met de NO (noodopvang onder beheer van het COA) is niet altijd duidelijk te maken.

De organisatie van de zorg

Coördinatie COA

Het COA streeft ernaar om de zorg zo goed mogelijk te regelen, onafhankelijk van het type locatie. Voor de kwaliteit van zorg zou het voor bewoners niet moeten uitmaken waar zij wonen. De verdeling van huisartsenzorg over de locaties op het moment is als volgt:

- > 290 locaties: GZA (GezondheidsZorg Asielzoekers);
- > 33 locaties: Just4care;
- > 15 locaties: Arts en Specialist;
- > enkele kleine CNO-locaties: lokale huisarts.

Als we kijken naar locaties waar de gemeente zelf de zorg organiseert, dan zijn dit met name enkele voormalige CNO-locaties. Volgens het COA is het aantal locaties waar gemeenten zelf de zorg organiseerden altijd klein geweest, omdat de verantwoordelijkheid om dit goed te doen groot is. Nu locaties langer open zijn, bemerkt het COA ook dat de wens om zelf de zorg te organiseren bij gemeenten niet zo groot is. De VNG geeft ook aan dat gemeenten deze verantwoordelijkheid voor zorg niet goed langdurig kunnen oppakken.

Ten tijde van het vorige rapport (2023) waren er veel kleine CNO-locaties, beheerd door verschillende partijen. Er was geen goed overzicht over wie waar de zorg bood. Hierdoor konden mensen uit beeld verdwijnen en was er geen overdracht van medische dossiers, waardoor zorgkwaliteit en -continuïteit ontbraken.

De afgelopen anderhalf jaar is de coördinatie steeds meer in handen van het COA gekomen, en is er daardoor een beter overzicht van de plaatsingen en zijn processen meer gestroomlijnd. Het COA heeft een centraal punt gezondheidszorg, dat wat betreft het regelen van zorg overall hetzelfde te werk gaat, of de opvang nu regulier, NO of TGO is. Dit zorgt ervoor dat de zorg op een aantal aspecten is verbeterd. De overdracht loopt beter en partijen weten elkaar beter te vinden. Dat de betrokken partijen inmiddels langer samenwerken en meer ervaren zijn, komt de kwaliteit ook ten goede.

Huisartsenzorg

Nieuwe opvanglocaties worden eerst aan GZA aangeboden om te beoordelen of zij zorg kunnen leveren. Alleen bij een 'no go' wordt de locatie doorgezet naar Just4Care. Arts en Specialist is nog actief op enkele bestaande CNO-locaties, maar wordt niet meer ingezet bij nieuwe locaties.

GZA streeft naar een uniforme standaard van zorg, ongeacht de locatie. GZA heeft een landelijke Praktijklijn waarnaar bewoners dag en nacht kunnen bellen bij medische spoed en overdag voor afspraken en consultatie. Deze wordt beheerd door triagisten die met artsen kunnen overleggen. GZA heeft voor alle locaties contact met het COA, hetgeen zorgt voor meer overzicht. Dit verloopt beter dan op sommige CNO-locaties, waar het gebeurde (en nog voorkomt) dat voor GZA niet duidelijk was wie de contactpersoon op de locatie was.

Bij nieuwe locaties beoordeelt GZA of zij de zorg kunnen leveren. Dit is afhankelijk van de mogelijkheden voor het organiseren van de huisartsenzorg, spoedzorg (d.w.z.: overdag moet een huisarts binnen 15 minuten ter plaatse kunnen zijn) en avond-, nacht- en weekendzorg (ANW). Als zorg niet ter plaatse kan worden geboden, bijvoorbeeld door het ontbreken van een geschikte werkruimte of omdat het om een zeer kleine locatie gaat, zijn er alternatieven:

1. Bewoners reizen voor zorg naar een nabijgelegen locatie (zij verblijven op een zogenaamde *satellietlocatie*, een locatie met minder voorzieningen, waar de bewoners gebruikmaken van de faciliteiten van een azc in de buurt).
2. Lokale huisartsen worden ingezet door de gemeente, bijvoorbeeld bij kleine of afgelegen locaties.

Verschillen tussen GZA en Just4Care

GZA regelt spoedzorg in de avond, nacht en weekenden via de lokale HAP (huisartsenspoedpost), terwijl Just4Care met een vaste huisarts werkt. Beide bieden vergelijkbare huisartsenzorg. Als een locatie op korte termijn opent, levert Just4Care soms tijdelijk de zorg totdat GZA deze kan overnemen.

Op enkele locaties is de gemeente zelf opdrachtgever van Just4Care. En hoewel de Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA)³ voor alle asielzoekers de basis is,

leidt dit volgens Just4Care door verschillende voorkeuren van gemeenten tot variatie in het zorgaanbod, zoals het al dan niet bieden van fysiotherapie of psychische zorg. Uniforme werkafspraken hebben de voorkeur en kunnen tijd en kosten besparen.

Registratie en medische screening

De overheid heeft op grond van Europese regelgeving (Opvangrichtlijn⁴) de plicht om kort na aankomst de bijzondere opvangbehoeften van asielzoekers vast te stellen. Hiervoor is de medische screening van belang. Deze vindt in principe in het aankomstcentrum plaats, meestal Ter Apel.

De registratie en screening zijn verbeterd vergeleken met voorjaar 2023: alle bewoners zijn geregistreerd en het COA heeft goed zicht op wie waar verblijft. Van de bewoners heeft ruim 95% een medische screening gehad; de overige 5% kan dit nog laten doen op de verblijflootatie. Screening is echter niet verplicht en wordt soms door bewoners geweigerd, bijvoorbeeld in het geval van een herhaalde asielaanvraag. De patiënt wordt na een no show nog één keer uitgenodigd. Hoewel bewoners worden gescreend, worden zij door het gebrek aan goede plekken toch vaak geplaatst op locaties waar geen rekening kan worden gehouden met eventuele bijzondere behoeften (zie ook hoofdstuk 5).

Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers

Bij de opening van nieuwe locaties is de GGD verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg, al hoeft de dienstverlening nog niet volledig startklaar te zijn bij de opening. GGD GHOR Nederland en het COA hebben afspraken gemaakt over de Publieke

Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) op COA-locaties:

- > jeugdgezondheidszorg (JGZ) – de JGZ aan asielzoekerskinderen wordt uitgevoerd door zowel GGD'en als een aantal JGZ-organisaties;
- > infectieziektenbestrijding- en preventie;
- > tuberculosebestrijding (tbc-bestrijding);
- > inspectie technische hygiënezorg;
- > gezondheidsvoorlichting;
- > individuele consulten seksuele gezondheid.

PGA geldt sinds 1 mei 2024 op alle locaties, inclusief CNO en TGO. De uitvoerders van PGA hebben dus meer werk gekregen, door het toegenomen aantal locaties én het toegenomen aantal bewoners in COA-opvanglocaties.

De tbc-screening is weer grotendeels op orde; eerdere problemen met grote aantallen mensen die ongescreend naar een opvanglocatie gingen zijn voorbij.

De JGZ is in theorie overal toegankelijk, al is het niet altijd haalbaar om een kind binnen de afgesproken zes weken te zien. Bijvoorbeeld als kinderen kort op een locatie verblijven en onduidelijk is wanneer ze weer moeten verplaatsen. De verplaatsingen zorgen wat betreft de continuïteit voor de grootste problemen, voor kinderen zelf, maar ook voor de dienstverlening.

De JGZ voor asielzoekerskinderen werkt met een steeds beter functionerende 'registratieschil'. Dit registratiesysteem maakt overzichtelijk welke kinderen wanneer binnenkomen, waar alle kinderen zich bevinden en welke zorg er al is verleend: is er een verpleegkundige intake geweest, heeft het kind een medisch onderzoek ondergaan, is het Rijksvaccinatieprogramma gestart en andere contactmomenten (geen medische gegevens). Dit zorgt voor een beter overzicht en vergemakkelijkt de overdracht bij verhuizingen.

Toegang en kwaliteit van zorg

Toegankelijkheid

De professionals die de survey hebben ingevuld, vinden dat de toegang tot zorg vergelijkbaar is met die van anderhalf jaar geleden: hoewel medische zorg op de meeste locaties beschikbaar is, blijven de bereikbaarheid en beschikbaarheid een knelpunt. Er zijn grote verschillen in ervaringen. Sommige zorgverleners signaleren verslechtering, zoals het wegvallen van spreekuren op locatie of slechtere bereikbaarheid van telefonische spreekuren. Andere zorgverleners merken juist verbetering, bijvoorbeeld door uitgebreidere spreekuren, betere samenwerking en een duidelijkere sociale kaart.

Bewoners en begeleiders melden meerdere frustraties, zoals lange wachttijden en beperkte bereikbaarheid van de Praktijklijn. GZA meldt verbeteringen in wachttijden, maar factoren zoals het bellen van andere locaties, taxi's en tolkendiensten zorgt soms voor vertraging. Daarnaast geeft GZA aan dat het soms gebeurt dat bewoners de verkeerde lijn bellen voor hun vraag.

Op locaties met een GZA-kliniek zijn beperkte openingsuren en tijdslots een veelvoorkomend probleem, wat leidt tot lange wachttijden en onvervulde zorgbehoeften:

'400 people live here, of course people are waiting. They open for 1 hour only.'

Bewoners van satellietlocaties moeten vaak reizen om zorg te krijgen, wat zonder vervoer (er worden niet altijd buskaartjes gegeven) als een probleem wordt ervaren, want mensen moeten dan lange afstanden lopen, zelfs als ze zich ziek voelen:

'My biggest problem as an older woman is that the doctors are far away. I can't ride a bike, and I can't walk that distance. They should operate at least once a week at this location or provide a bus to take us to the doctor.'

'Most of the time when I'm sick, I avoid going to the doctor because of the distance. If I'm already unwell and tired, walking that far will only make me feel worse.'

Bewoners van satellietlocaties ervaren door de afstand minder goede toegang tot zorg. Zij vertellen dat wanneer zij uiteindelijk bij de GZA-praktijk aankomen alle tijdslots voor het spreekuur al zijn volgeboekt. Vooral door bewoners op die locatie, voor wie het makkelijker is om even langs te komen en een nummertje te trekken.

'It's another place, another camp. You have to go early because it's first come, first served.'

Bewoners vertellen dat het ze vaak moeite kost om een doorverwijzing te krijgen, en dat ze zich hierin niet goed gehoord of zelfs slecht behandeld voelen. Ook hebben zij last van wachtlijsten in de zorg:

'I have been waiting for a physiotherapist for 8 months; when I tried to follow up, the doctor said: "This pain is part of your body, live and enjoy".'

Continuïteit van zorg

Gegevensuitwisseling

Het gebruik van het EPD/HIS is verbeterd ten opzichte van 2023. Just4Care gebruikt nu ook een HIS (huisartsen-informatiesysteem), waardoor dossieroverdracht en samenwerking tussen zorgverleners soepeler verlopen. Toch blijven problemen bestaan. Een voorbeeld is de gebrekkige overdracht op locaties zonder EPD. De gegevensuitwisseling tussen de tweede- en derdelijnszorg aan de ene kant en de eerstelijnszorg aan de andere kant is soms problematisch. Er zijn signalen van

communicatieproblemen zoals zoekgeraakte recepten en niet-vastgelegde afspraken. Dit frustriert bewoners en zorgverleners en ondermijnt het vertrouwen in het zorgsysteem.

Wisselingen personeel

Het verloop en de wisselingen onder zorgverleners blijven een negatieve invloed uitoefenen op de continuïteit van zorg. Slechts enkele locatiemanagers geven aan dat er altijd of vaak een vaste groep zorgverleners aanwezig is. Dat komt overeen met de verhalen van de bewoners, die klagen dat zij elke keer opnieuw hun verhaal moeten vertellen.

Daarnaast is het blijven delen van informatie over hoe de zorg geregeld is met niet-zorgmedewerkers op locatie essentieel, zeker door de vele wisselingen in personeel. Een zorgverlener gaf een voorbeeld: een beveiliging op de locatie belde onterecht met 112, wat leidde tot onnodige inzet van een ambulance. Goede informatievoorziening is cruciaal voor zowel personeel als bewoners.

Verplaatsingen

Verwijzing naar en continuïteit van zorg in de tweede lijn wordt ook belemmerd doordat bewoners kort op de locaties verblijven en vaak moeten verplaatsen. Deze verplaatsingen worden volgens het COA veroorzaakt door het grote aantal tijdelijke locaties. Het frequent openen en sluiten van locaties maakt het steeds weer een uitdaging om te bepalen welke bewoners waarheen verplaatst worden. Dat levert veel onrust en problemen op, zowel mentaal als voor de continuïteit van zorg. Het gebeurt regelmatig dat bewoners, zowel volwassenen als kinderen, tegen de tijd dat ze aan de beurt zijn voor zorg, alweer verhuisd zijn. Hierdoor kunnen zorgverleners in de tweede lijn niet starten met de behandeling. Het bemoeilijkt bovendien de follow-upzorg. Ook uit onderzoek naar de geboortezorg voor zwangere vrouwen in de asielopvang wordt de continuïteit als een van de knelpunten benoemd. Door de vele verplaatsingen is er meer risico op complicaties.⁵ Ook hebben overplaatsingen negatieve gevolgen in het geval van *mantelzorg* door de familie. Een ouder echtpaar

vertelt dat zij voorheen geholpen werden door hun volwassen kinderen die in de buurt woonden, maar na hun overplaatsing geen gebruik meer konden maken van mantelzorg, met grote gevolgen.

Wanneer er zorg nodig is, kan GZA aan het COA vragen om *medische overplaatsing*. Waar dat in 2023 redelijk soepel verliep, is dat nu lastiger vanwege de hoge bezetting en het structurele tekort aan opvangplekken. Overplaatsingen die nodig zijn omdat de locatie niet geschikt is voor een gezin of persoon, of vanwege noodzakelijke ziekenhuisbezoeken, krijgen daardoor minder prioriteit dan spoedoverplaatsingen.

Het verblijf op ongeschikte locaties kan bovendien zorgen voor vertraging in de reguliere zorg. Een zorgverlener vertelt dat sommige kinderen die in het ziekenhuis zijn behandeld, daar langer moeten blijven omdat hun locatie ongeschikt is voor herstel of omdat daar geen thuiszorg of revalidatie geboden kan worden. Het hele gezin moet dan eerst naar een passende locatie verhuizen. Tijdens het wachten op een goede plek verblijft het kind in het ziekenhuis, terwijl dat medisch gezien niet nodig is. In een andere casus van een kind met een complexe zorgbehoefte heeft de arts ervoor gekozen om het kind op te nemen, omdat het niet naar de opvanglocatie kan vanwege de slechte leefomstandigheden. Dit is natuurlijk niet waar het ziekenhuisbed voor bedoeld is.

Zorgverleners zien dat de zorg voor chronisch zieken en de doorverwijzingen verbeteren door regelmatige fysieke spreekuren op een locatie.

Drempels tot zorg

Capaciteitsproblemen in de zorg voor asielzoekers zijn vergelijkbaar met die voor andere inwoners van Nederland. Bewoners van TGO/CNO-locaties ervaren echter extra drempels tot zorg, zoals afstand, beperkte beschikbaarheid, taalbarrières en gebrek aan informatie. De kwetsbare gezondheidssituatie en het verblijf in ongeschikte opvanglocaties verhogen bovendien het risico op meer gezondheidsproblemen. Het is daardoor des te belangrijker om deze drempels zoveel mogelijk weg te nemen.

Taalbarrière

Tolken zijn cruciaal om passende zorg te leveren. Bewoners ondervinden nog langere wachttijden voor het krijgen van benodigde zorg als een zorgverlener een telefonische tolk moet inschakelen. Het zoeken naar een tolk kost vaak extra tijd, waardoor bewoners het gevoel hebben dat het systeem niet efficiënt is. Wanneer een medebewoner vertaalt, willen sommige zorgverleners later alsnog het gesprek met een officiële tolk herhalen, wat extra stress veroorzaakt.

Zorg mijden

Het moeten herhalen van hun verhaal gecombineerd met de wachttijden leidt ertoe dat sommige bewoners de zorg helemaal vermijden, omdat ze het makkelijker vinden om hun symptomen te verdragen dan om de gesprekken aan te gaan en door het systeem te navigeren:

'I don't even try to call; sometimes it's easier to bear the pain than to reach out to them.'

'The shortest call takes 40 minutes. There is no less than this. Once I spent 1.5 hours on the phone, it made me more sick than I was.'

Informatie en voorlichting

Bewoners zijn vaak gewend aan een ander zorgsysteem en zijn nog niet bekend met de zorg in Nederland. Dat leidt tot frustratie wanneer de verwachtingen niet worden waargemaakt. Duidelijke informatie en een goede dialoog over de huisarts, medicijngebruik, verwijzingen en wachttijden is essentieel om de verwachtingen realistischer te maken.

Informatie over hoe de zorg op locatie werkt, wordt in principe door locatiemedewerkers verstrekt. Hoewel deze informatie voor bewoners vaak wel beschikbaar is, is deze soms ongeorganiseerd of onduidelijk.

De voorlichting over het Nederlandse zorgsysteem valt onder de PGA. Op TGO/CNO-locaties moet deze voorlichting echter aangevraagd worden door het COA of de gemeente (locatiemanager/beheerder). Dit gebeurt niet altijd, om verschillende redenen: onbekendheid, het niet inzien van de noodzaak, het op een andere manier organiseren van voorlichting, of een gebrek aan tijd/capaciteit. Aangezien bewoners soms maanden of zelfs jaren in de tijdelijke opvang verblijven, is het een groot gemis als zij geen of onvoldoende voorlichting krijgen aangeboden. Zij moeten dan hulp van medebewoners inroepen om het zorgsysteem te begrijpen, vooral als er onzekerheid bestaat over kosten, verzekeringen en vergoedingen. Deze onzekerheid kan leiden tot verwarring en onvervulde verwachtingen wanneer bewoners specifieke medische zorg nodig hebben.

Psychosociale ondersteuning

Asielzoekers, en zeker bewoners van de TGO/CNO, lopen een verhoogd risico op mentale klachten. Niet alleen vanwege wat ze hebben meegemaakt in het land van herkomst en tijdens de vlucht, maar zeker ook door post-migratiefactoren, zoals onzekerheid over het verblijf en leefomstandigheden (hoofdstuk 5). Procedures duren lang en de uitkomst is onzeker. Bewoners vertellen dat ze moeilijk een update kunnen krijgen over hun asielprocedure. Zij voelen zich onzeker, angstig en somber over hun status of de volgende stappen. Voor sommigen manifesteert deze angst zich in fysieke symptomen. Anderen beschrijven dat ze de motivatie hebben verloren om hulp te zoeken, omdat hun situatie hun gezondheidsbehoeften overschaduwde, zoals deze man vertelt:

'I'm sick in different ways, but I feel too unmotivated to seek help because I'm not stable. ... but I'm not able to think about my health now; I'm overly worried about my procedure.'

Er is een tekort aan mentale gezondheidszorg. In enkele regio's is er een tekort aan praktijkondersteuners-ggz (POH's-ggz) en er zijn lange wachtlijsten in de ggz. Bewoners

ervaren frustratie over het gebrek aan toegankelijke mentale zorg en het gebrek aan begrip voor hun mentale problemen. Er zijn verschillende effectieve interventies op psychosociaal gebied voor asielzoekers, zoals bijvoorbeeld MindFit, MindSpring, Bamboe en PM+. De veerkrachtversterkende training Bamboe⁶ wordt op azc's aangeboden en is in theorie wel toegankelijk voor bewoners van de noodopvang en satellietlocaties. In de praktijk is dit aanbod echter vaak onbekend of moeilijk om aan deel te nemen vanwege de afstand. Het aanbod bereikt dus lang niet alle bewoners.

Overige signalen

> Mondzorg

Minderjarigen hebben recht op mondzorg conform het basispakket Zwv. Volwassen bewoners hebben echter alleen recht op mondzorg bij ernstige pijn- en kauwklachten (spoedzorg). Mondzorg voor hen blijft een probleem, omdat niet alle zorg vergoed wordt en bewoners de kosten zelf niet altijd kunnen betalen. Hierdoor worden hun klachten niet behandeld, of is de 'oplossing' alleen tanden trekken.

> Infectieziekten

Hoewel er minder besmettelijke ziekten worden gemeld dan in 2023, omdat zorgverleners 'er meer bovenop zitten', zijn er nog steeds gevallen van huidaanandoeningen, zoals scabiës (schurft) en infectieziekten op (over)volle locaties.

> Griep

Griepklachten komen veel voor, doordat bewoners niet gewend zijn aan het Nederlandse klimaat en vaak niet gevaccineerd zijn. Bewoners worden vaak sneller ziek en zijn dan behoorlijk ziek. Grieprikken worden alleen aangeboden aan de doelgroep die daarvoor in Nederland in aanmerking komt, namelijk mensen vanaf 60 jaar, zwangeren en mensen met bepaalde medische aanandoeningen. Deze doelgroep is in de noodopvang relatief klein, en ook is de opkomst niet erg hoog.

Werkomstandigheden

Werkplek/medische ruimte

Veel zorgverleners werken in ruimtes die niet geschikt zijn voor medische zorg. Als elke vierkante meter van een opvanglocatie moet worden benut om bedden in te plaatsen, blijft er onvoldoende geschikte medische ruimte over. Dit brengt niet alleen arbotechnische beperkingen voor zorgverleners met zich mee, maar zorgt ook voor een gebrek aan privacy voor bewoners, omdat de gesprekken in openbaar toegankelijke ruimtes plaatsvinden.

Het ontbreken van een geschikte werkplek voor de JGZ kan betekenen dat (ouders met) kinderen naar de GGD of JGZ-organisatie (op een andere COA-locatie) moeten reizen, wat de drempel verhoogt voor ouders en jongeren die (nog) niet bekend zijn met de werkzaamheden van de JGZ.

Deskundigheid/training

Van de zorgverleners die de survey invulden, hebben de meesten nu een training gehad over het werken met mensen met een vluchtachtergrond, waardoor zij zich voldoende of beter toegerust voelen en beter weten hoe ze zorg moeten verlenen. Ook GZA meldt dat er sinds 2023 een uitgebreid inwerkprogramma is, met een e-learning en trainingen toegespitst op de doelgroep. In de eerste twee maanden worden nieuwe medewerkers voorbereid op hun werk.

Wel blijven sommige zorgverleners aangeven dat het onduidelijk is welke zorg geboden moet/kan worden aan bewoners van TGO/CNO-locaties. Bij EKANN⁷ komen veel vragen binnen over hoe het is geregeld en wat de afspraken zijn.

Leefomstandigheden

Ongeschikte locaties

Het kwaliteits- en voorzieningenniveau op tijdelijke opvanglocaties is dus vaak minder goed dan in reguliere azc's. In het vorige onderzoek verzuchtten zorgverleners: 'In een ziekmakend systeem is het [verlenen van zorg] dweilen met de kraan open.' In het huidige onderzoek vertellen bewoners over hoe slecht zij hun omstandigheden ervaren. Zij zijn soms zelfs wanhopig:

'We escaped the suffering of the war, we suffer more here, honestly.'

Ook voor het COA geldt dat ze liever geen gebruikmaken van deze locaties, maar bij gebrek aan opvangplekken hebben ze de luxe niet om te kiezen. CNO/TGO-locaties liggen vaak in afgelegen gebieden, zoals op industrie- of kantoorterreinen met slechte ov-verbindingen. Locaties zoals sporthallen en tenten zijn ongeschikt voor een langdurig verblijf en ook de opvang op boten leidt vaak tot stress (angst voor water) en slaapproblemen. Er wordt vaker gevraagd om overplaatsing. Op deze locaties is nog minder privacy dan op andere plaatsen en dat verergert de problematiek.

VluchtelingenWerk vraagt stelselmatig via onderzoeken en brieven aan Kamerleden⁸ aandacht voor de leefomstandigheden in de noodopvang en voerde in 2022 een rechtszaak tegen de Staat en het COA. In de uitspraak stelde het Gerechtshof dat de tijdelijke opvang zo snel mogelijk moest verbeteren. Echter, de situatie is vrijwel niet veranderd.

De belangrijkste gezondheidsrisico's zijn psychisch en psychosociaal, veroorzaakt door een gebrek aan privacy, slecht slapen, onzekerheid en de vele overplaatsingen. Dit beïnvloedt op lange termijn ook andere aspecten, zoals fysieke gezondheid, participatie en integratie.

Voor zorgverleners is het frustrerend dat leefstijladviezen niet goed kunnen worden opgevolgd. Als een POH-ggz als advies geeft: 'Maak af en toe een wandeling', dan is dat moeilijker op te volgen als je op een industrieterrein of een boot woont. Er is regelmatig een gebrek aan buitenruimte met gezonde buitenlucht.

Kinderen

Voor kinderen is er op TGO/CNO-locaties meestal geen geschikte plek om te spelen, zowel binnen als buiten. Herhaaldelijke rapporten wijzen erop dat kinderrechten hierdoor geschonden worden.⁹ Ook zijn er verschillende voorbeelden waaruit blijkt dat de locaties niet veilig genoeg zijn voor de opvang van kinderen. Denk bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van verrijdbare containers of voertuigen, het ontbreken van traphekjes of het frituren met hete olie in dezelfde ruimte als waar kinderen spelen.

Soms zijn er activiteiten voor kinderen, maar vaker zijn die beperkt aanwezig of volledig afwezig. Voor kinderen op tijdelijke opvanglocaties is naar school gaan ingewikkeld. Vaak wordt gewacht met plaatsing op een school tot duidelijk is waar een kind langer zal verblijven. Dit kan soms maanden duren, terwijl kinderen binnen drie maanden na aankomst in Nederland recht hebben op onderwijs. Kinderen wisselen bovendien regelmatig van school. Dit leidt ertoe dat ze steeds opnieuw moeten beginnen, en ook dat ze moeite hebben om mee te komen in de klas en/of niet meer naar school willen. De school is vaak lastig bereikbaar, zeker voor kinderen en jongeren die ver buiten de stad verblijven.

Daarnaast signaleren zorgverleners ondervoeding of obesitas bij kinderen vanwege een eenzijdig dieet, zeker wanneer hun ouders op locatie niet zelf kunnen koken. Voor kinderen met een complexe zorgbehoefte, of een behoefte aan speciaal onderwijs en speciale dagbesteding, komt de juiste ondersteuning erg moeizaam van de grond. Volgens EKANN zijn er schrijnende situaties, bijvoorbeeld van kinderen die maanden ongezien blijven en/of van wie de zorgbehoeften niet goed vervuld worden. Zoals een arts stelt:

'De uitzichtloosheid is het moeilijkste en grootste aspect. Kinderartsen zitten met de handen in het haar, omdat ze kinderen zien die in hele slechte omstandigheden leven, maar ze hun geen perspectief kunnen bieden.'

Activiteiten

Waar in reguliere azc's meer aanbod is aan voorzieningen en activiteiten, ontbreekt dat vaak op de TGO/CNO-locaties. Er is minder of geen zinvolle dagbesteding voor volwassenen en kinderen, wat leidt tot verveling in een omgeving waarin weinig te doen is. Als er wél aanbod is, kunnen bewoners vaak niet meedoen, omdat ze erg veel zorgen hebben en zich slecht kunnen concentreren. Vaak is de dagbesteding niet zinvol, dus niet gericht op het ontwikkelen van taal of andere vaardigheden, of te weinig om daadwerkelijk de taal te leren. Participatiemogelijkheden, zoals vrijwilligerswerk, betaald werk of de mogelijkheid om deel te nemen aan activiteiten in de gemeente, ontbreken vaak. Dat hangt vaak ook samen met de geïsoleerde ligging.

Verschillen in opvang

Op locaties waar bewoners samen leven met Oekraïners, worden verschillen zichtbaar in hoe de zorg of de maaltijden zijn georganiseerd. Dat is verklaarbaar doordat de opvang van Oekraïners anders georganiseerd is.¹⁰ Maar als de Oekraïense ontheemden betere voeding of zorg krijgen, leidt dit bij bewoners van de TGO/CNO tot frustratie en draagt het bij aan de stress:

'Some people here have access to the doctor and can solve their issues in a few minutes, but we have to walk for 45 minutes. It is not fair and causes a lot of frustration.'

Kwetsbare groepen

Er verblijven regelmatig bewoners met speciale opvangbehoeften op locaties die daar niet op zijn ingericht, zoals mensen met psychische of lichamelijke klachten of zwangere vrouwen. Voor bewoners met een beperking is de toegankelijkheid op sommige locaties problematisch. Zo spraken we een bewoner op een locatie die niet volledig toegankelijk is voor een rolstoel, wat problemen opleverde voor het zelfstandig navigeren en functioneren in zijn omgeving.

Hoewel overplaatsing naar een geschikte locatie voor kwetsbare groepen in veel gevallen mogelijk is, blijft dit vaak problematisch of gaat het heel traag, wat de continuïteit van zorg ondermijnt. Er is een tekort aan speciale plekken voor zwangere vrouwen en LHBTIQ+-bewoners door het algemene tekort aan opvangplekken. Ook voor alleenstaande minderjarigen (AMV'ers), kwetsbaar vanwege hun minderjarigheid en omdat ze niet begeleid worden door een ouder, is onvoldoende geschikte opvang beschikbaar.

Gebrek aan privacy

Het gebrek aan privacy is nog altijd een groot probleem. Bewoners ervaren een gebrek aan een-op-een tijd met partner of kinderen en hebben moeite met het 'altijd in het zicht zijn'. Zij hebben nergens een plek om alleen te zijn of om tot rust te komen. Hoewel de faciliteiten aanzienlijk per locatie kunnen verschillen, moeten veel bewoners hun slaapkamer, krappe gemeenschappelijke ruimtes en voorzieningen als toiletten en douches langdurig delen met vreemden. Door de constante nabijheid van anderen is het toilet soms de enige plek met enige privacy.

Problemen met hygiëne en sanitair

De standaarden op het gebied van hygiëne worden op TGO/CNO-locaties niet altijd gehaald. En ook zijn de criteria voor het benodigde sanitair bij noodopvang niet toereikend voor een langdurig verblijf. De gebouwen waarin de opvanglocaties gevestigd zijn, zijn vaak oud en worden na deze bestemming gesloopt. Hierdoor worden de noodzakelijke aanpassingen om een goede leefomgeving te creëren niet altijd gedaan. Sanitaire voorzieningen zijn niet altijd voldoende aanwezig, dichtbij genoeg of schoon genoeg. Op verschillende locaties moeten bewoners daarvoor naar buiten, dus soms door de regen of modder. Zeep is niet altijd beschikbaar. Problemen op dit terrein kunnen grote gevolgen hebben. Zo vertelt een arts over een jongetje dat vanwege onhygiënisch sanitair niet naar de wc durfde, vervolgens verstopping (obstipatie) ontwikkelde en daardoor school moest verzuimen.

Voeding

Op veel locaties kunnen bewoners niet zelf koken, maar krijgen zij drie maaltijden per dag. Porties zijn soms niet voldoende en het bewaren van voedsel is beperkt of niet mogelijk. De voeding is vaak eenzijdig, ongezond en anders dan de bewoners gewend zijn. Er komen nog

steeds signalen van kinderen die niet goed eten, zoals laatst ook bleek uit de brandbief van een jeugdarts.¹¹ Het gebrek aan kookmogelijkheden vermindert de autonomie en zorgt voor problemen voor mensen met specifieke diëten of allergieën, zoals diabetici. Zorgverleners kunnen wel adviezen geven, maar deze kunnen in de praktijk niet worden opgevolgd.

Menswaardige opvang

De toekomst van de asielopvang is onzeker. Er is brede consensus dat menswaardige, structurele opvangplekken nodig zijn om de leefomstandigheden en continuïteit van zorg te verbeteren, maar gezien de huidige beleidskoers is het onwaarschijnlijk dat dit op korte termijn gerealiseerd wordt.

Het kabinet houdt voorlopig vast aan het intrekken van de Spreidingswet, maar er is geen plan voor hoe de opvanglocaties vervolgens georganiseerd en over het land verdeeld zullen worden. De VNG waarschuwt dat de wet niet ingetrokken moet worden zonder een alternatief plan. De meeste gemeenten blijven zich voorbereiden op de uitvoering van de wet, die vooralsnog van kracht is, maar zijn terughoudend om zich te binden aan langdurige opvanglocaties vanwege onzekerheid over de toekomstige financiering. Dit leidt in de praktijk soms tot de keuze voor tijdelijke opvang van lagere kwaliteit.

De voornemens van het kabinet op het gebied van asiel- en opvangbeleid zijn zorgelijk voor de kwaliteit van opvanglocaties. Het versneld intrekken van de Spreidingswet, de keuze voor grote, sobere (doorstroom) locaties en het schrappen van de gemeentelijke taakstelling huisvesting zullen leiden tot extra druk op de asielketen. Hetzelfde geldt voor de aangekondigde bezuinigingen op het COA en de IND. Het COA zal naar verwachting nog meer moeite krijgen om reguliere

opvanglocaties te vinden. De opvang wordt minder menswaardig en op korte termijn duurder, terwijl er minder geld beschikbaar is voor de uitvoering.

Verantwoordelijkheden en financiering

Sinds de Spreidingswet hebben gemeenten de mogelijkheid om de asielopvang te exploiteren onder verantwoordelijkheid van het college van B en W. Momenteel is er nog geen duidelijkheid over verantwoordelijkheden en financiering bij gemeentelijke exploitatie onder de Spreidingswet, dus ook niet over de zorg.

In mei 2024 is de concept *Handreiking tijdelijke spoedopvang*¹² verschenen. Deze handreiking lijkt niet goed bekend en/of vindbaar, en biedt op het gebied van zorg en gezondheid beperkte informatie. In het kader van de Spreidingswet is toegezegd dat er een uitwerking van het kwaliteitskader¹³ ontwikkeld zal worden voor alle opvanglocaties, namelijk een handreiking met voorbeelden van hoe deze kwaliteitseisen in de praktijk kunnen worden ingevuld. Dit kan gemeenten meer duidelijkheid en handvatten bieden, ook voor zorg en welzijn.

Gemeenten vrezen dat financiële krapte de capaciteit om lokaal asielopvang te realiseren verder zal belemmeren. Tegelijkertijd blijven 'gewone' capaciteitsproblemen en lange wachtlijsten in de zorg, vooral in de ggz, de zorg voor asielzoekers en hun kinderen nog extra bemoeilijken.

Aanbevelingen

Menswaardige opvang

Veel aanbevelingen uit het vorige rapport *Zorgen in tijden van crisis* zijn nog steeds actueel. De hoofdboodschap blijft ook in dit vervolgrapport dat in de eerste plaats menswaardige opvangplekken nodig zijn die voldoen aan de kwaliteitscriteria. De realiteit laat zien dat het 'tijdelijke' karakter van veel opvanglocaties eindeloos is en feitelijk het 'nieuwe normaal' lijkt te zijn geworden. Gezien de politiek-bestuurlijke context is de verwachting dat er de komende tijd 1) méér mensen in de tijdelijke opvang zullen verblijven en dat 2) bewoners gemiddeld langer in de tijdelijke opvang zullen verblijven. Dit heeft niet alleen een negatieve impact op het welzijn en de gezondheid van bewoners van deze locaties, maar is daarnaast duur en legt een extra belasting op gemeentelijke voorzieningen. Omdat de tijdelijke opvang voorlopig niet zal verdwijnen, is het belangrijk dat juist op die locaties verbeteringen plaatsvinden.

De belangrijkste vier aanbevelingen zijn:

1

Verbeter de continuïteit van zorg door:

1) het verminderen van het aantal verplaatsingen van bewoners, en 2) het verbeteren van de gegevensoverdracht en daarbij de ervaringen van professionals te gebruiken.

2

Vergroot het aanbod van mentale gezondheidszorg en psychosociale ondersteuning, op individueel niveau door de inzet van een psycholoog of POH-ggz en (ook ter preventie) op groepsniveau door veerkrachtversterkende interventies.

3

Versterk de monitoring van en kennisuitwisseling over de zorg in de praktijk, om beter zicht te krijgen op de knelpunten rond de bereikbaarheid en toegankelijkheid, waaronder de wachttijd en toegang tot tolken.

4

Werk het kwaliteitskader voor de Spreidingswet op korte termijn uit, met uitdrukkelijke aandacht voor leefomstandigheden en gezondheid, en pas deze normen zoveel mogelijk toe op alle opvanglocaties en dus ook op TGO/CNO.

Verder is een groot aantal aanbevelingen uit het vorige rapport nog steeds relevant:

- > Bied bewoners met bijzondere opvangbehoeften opvang op een geschikte locatie waar de juiste ondersteuning kan worden geboden.
- > Zet in op gelijkheid en transparantie in het aanbod van voorzieningen op alle locaties: tijdelijke opvang, noodopvang, opvang voor Oekraïners en opvang in reguliere azc's. Iedere vluchteling, in welke vorm van opvang dan ook, heeft recht op gelijke toegang tot goede gezondheidszorg.
- > Bied zorgverleners een goede werkplek met privacy en de juiste voorzieningen.
- > Ondersteun zowel zorgverleners als locatiepersoneel om goed te kunnen werken met de doelgroep. Bijvoorbeeld door waar nodig hun competenties te vergroten ten aanzien van gezondheidsrisico's, cultuursensitief werken, omgaan met psychische klachten en taalbarrières.
- > Streef naar (vaste) zorgverleners op locatie op vaste tijden, die een band kunnen opbouwen met de bewoners en daardoor signalen beter kunnen oppakken en continuïteit van zorg kunnen waarborgen.

- > Draag zorg voor voldoende faciliteiten op locatie volgens de humanitaire standaarden, zoals voldoende privacy, goede hygiëne en voldoende sanitair.
- > Versterk de zelfregie, en specifiek om zelfstandig te koken. Als dat echt niet mogelijk is, bied zoveel mogelijk variëteit om te zorgen voor voeding die zo goed mogelijk aansluit bij de behoeften van de bewoners.
- > Zorg dat mensen hun veerkracht kunnen behouden en actief kunnen meedoen vanaf dag 1, onder andere door professionele taallessen, snelle toegang tot de arbeidsmarkt, goede kinderopvang, school, participatie/activiteiten en contact met de buurt en opbouw sociale netwerken.
- > Voorzie in een goede informatievoorziening over (het recht op) gezondheidszorg in de asielopvang, het Nederlandse gezondheidssysteem en mogelijkheden ten aanzien van medicatiegebruik en behandeling.
- > Zorg voor locaties zo veel mogelijk in de bewoonde wereld, met toegang tot reguliere voorzieningen in de gemeente.

Referenties

1. <https://www.coa.nl/nl/noodopvang-en-tijdelijke-gemeentelijke-opvang>
2. <https://www.coa.nl/nl/nieuws/noodopvang-twee-keer-zo-duur-als-normale-opvang> en <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2023/01/18/focus-op-opvangcapaciteit-voor-asielzoekers>
3. <https://www.rmasielzoekers.nl>
4. <https://ecer.minbuza.nl/ecer/dossiers/asiel-en-immigratie/gemeenschappelijk-asielbeleid/opvangrichtlijn>
5. <https://www.erasmusmc-rdo.nl/project/the-egalite-study> en <https://nos.nl/artikel/2544874-geboortezorg-voor-asielzoekers-van-onacceptabel-niveau-concluderen-onderzoekers>
6. <https://www.gzasielzoekers.nl/ikbenasielzoeker/bamboo>
7. Het Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland (EKANN) levert expertise aan artsen die in hun praktijk werken met vluchtelingenkinderen en -jongeren. Website: <https://ekann.nl>.
8. <https://www.vluchtelingenwerk.nl/nl/artikelen/persbericht/rapport-steeds-meer-mensen-de-noodopvang-maar-situatie-nog-steeds-onmenselijk>
9. <https://www.kinderrechten.nl/kinderrechtencollectief-65-meer-kinderen-in-noodopvang-is-onacceptabel>
10. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/opvang-vluchtelingen-uit-oekraïne>
11. <https://nos.nl/regio/groningen/artikel/565221-ggd-arts-slaat-alarm-asielkinderen-opvang-assen-zijn-ondervoed-en-bang>
12. <https://bouwstenen.nl/sites/default/files/uploads/Handreiking%20Tijdelijke%20Spoedopvang.pdf>
13. Kwaliteitskader gemeentelijke opvang is te vinden op: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2024Z11276&did=2024D26957

