



Zorgen in tijden van crisis

Gezondheidszorg in de crisishulpverlening



PHAROS



Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	5
1.1 De asielopvang	5
1.2 Bestuurlijke ontwikkelingen	6
1.3 Gezondheidszorg in de asielopvang	6
1.4 Actualiteit – aanleiding onderzoek	7
1.5 Leeswijzer	8
2 Aanpak onderzoek	9
2.1 Bewonersinterviews	9
2.2 Interviews met professionals	10
3 Het systeem van de crisisnoodopvang	11
3.1 Aansturing en organisatie	11
4 Verblijf in de crisisnoodopvang	14
4.1 Locaties	14
4.2 Problemen met hygiëne en sanitatie	16
4.3 Gebrek aan privacy	17
4.4 Dagbesteding	17
4.5 Voeding	18
4.6 Autonomie	19
4.7 Asielprocedure	19
5 Gezondheid van bewoners in de CNO	21
5.1 Registratie en medische screening	21
5.2 Gezondheid van bewoners	22
6 Toegang tot zorg	26
6.1 Eerstelijnszorg	26
6.2 Mondzorg	28
6.3 Psychosociale zorg	29
6.4 Publieke gezondheidszorg	29
6.5 Continuïteit van zorg	30
6.6 Belemmeringen	31
7 Ervaringen met het ontvangen en verlenen van zorg	34
7.1 Tevredenheid en respect	34
7.2 Verwachtingen	35
7.3 Cultuur en taal	36
8 Conclusie	38
9 Aanbevelingen	40
Referenties	42

COLOFON

Projectleider:

Heleen Koudijs (Pharos)

Projectteam:

Elize Smal (Pharos), Suzanne van den Haselkamp (Rode Kruis),
Sonja Keizers (Rode Kruis), Sam van Vliet (Dokters van de Wereld), en
Mila Hesseling (Pharos)

Met medewerking van:

Yvonne Kraak (Rode Kruis), Rima Dali (Rode Kruis) en
Nour Abdulrahman (Dokters van de Wereld)

Eindredactie:

Nel van Beelen

Vormgeving:

Studio Stennis, Ivo Mulder

Juni 2023

Samenvatting

Het bereiken van het hoogst haalbare niveau van gezondheid is een fundamenteel recht van ieder mens. Asielzoekers, en dus ook bewoners in de crisisnoodopvang (CNO), hebben na de eerste twee maanden, waarin alleen medisch noodzakelijke zorg geboden wordt, dezelfde rechten op gezondheidszorg als iedereen. Dit onderzoek van Pharos, het Nederlandse Rode Kruis en Dokters van de Wereld toont aan dat bewoners in de CNO deze zorg in de praktijk niet altijd krijgen. Het ontbreekt aan duidelijkheid over minimumeisen voor toegang, kwaliteit en continuïteit van zorg. Ook randvoorwaarden voor gezondheid, zoals goede huisvesting en hygiëne, zijn niet altijd op orde. Dit leidt tot serieuze gezondheidsrisico's voor de bewoners van CNO-locaties. Bovendien legt het een onevenredige belasting op zorgverleners en locatiemedici. Dit rapport zet de belangrijkste knelpunten uiteen en geeft aanbevelingen om de toegang tot zorg en de gezondheid van bewoners in de CNO te verbeteren.

Uit gesprekken met 131 bewoners van CNO-locaties komt een beeld naar voren van mensen die kracht én kwetsbaarheid laten zien, maar van wie de veerkracht en lichamelijke en psychische gezondheid door het verblijf in de CNO ernstig op de proef gesteld worden. Het uitzichtloos verblijven op locaties die daar niet voor bedoeld zijn, vormt een bedreiging voor het welzijn en de gezondheid van bewoners. De slechte leefomstandigheden, het lange wachten zonder perspectief en de vele verplaatsingen hebben een grote impact op het psychosociaal welzijn. Daar kunnen zorgverleners met alle inspanningen die zij doen 'niet tegenop zorgen'. Lichtpuntjes zijn de enkele kleinschalige locaties waar bewoners rust en menselijke maat ervaren en kunnen herstellen van eerdere slechtere ervaringen. Zorgverleners en locatiemanagers worstelen met een morele paradox: alhoewel zij zich met hart en ziel inzetten om bewoners in de CNO enige toegang tot zorg te bieden, hebben zij het gevoel met de kraan open te dweilen omdat het systeem zelf de gezondheid van bewoners ondermijnt. Zorgverleners doen wat ze kunnen, maar werken onder moeilijke omstandigheden. Zij hebben vaak een matig uitgeruste werkplek, hebben geen training gehad in het werken met deze doelgroep, beschikken niet over een elektronisch medisch dossier en voelen zich daardoor niet altijd voldoende toegerust.

Het ontbreken van een gedegen medische screening, en het voortduren van de achterstand in gezondheidsscreening, maakt dat er op CNO-locaties nog steeds kwetsbare groepen opgevangen worden. Op veel plekken worden gezinnen in de crisisnoodopvang geplaatst, terwijl de CNO voor deze groep niet geschikt is. Het gebrek aan overzicht van medisch kwetsbare bewoners door het ontbreken van gedegen medische screening leidt daarnaast tot het risico dat mensen uit beeld raken en zorgbehoeften niet op tijd signaleerd worden. Binnen deze context kunnen of mogen professionals in de CNO vaak niet de zorg of ondersteuning bieden die ze nodig achten. Verwijzingen voor specialistische zorg en medische overplaatsingen van CNO naar asielzoekerscentrum (azc) verlopen niet altijd goed, waardoor vervolgzorg wordt uitgesteld en de zorgvraag complexer wordt. Dit is niet alleen nadelig voor de patiënt, maar legt ook een extra belasting op de zorgverleners op de opvanglocaties.

Gesprekken met tientallen zorgverleners, dertien locatiemanagers en elf vertegenwoordigers van beleidsorganisaties laten zien dat er geen eenduidig beeld bestaat over randvoorwaarden voor opvang en toegang tot zorg. Minimale standaarden over wat toegang tot zorg is, wat die zorg inhoudt en waar deze in kwalitatieve zin aan moet voldoen ontbreken. Hetzelfde geldt voor duidelijkheid over randvoorwaarden voor gezondheid waaraan locaties moeten voldoen, bijvoorbeeld ten aanzien van hygiëne en sanitatie. Hierdoor zien gemeenten en zorgverleners zich genoodzaakt zelf standaarden te creëren. Dit leidt tot een enorm pluriforme zorg-, welzijns- en opvangbeleid op CNO-locaties. Veiligheidsregio's en zorgverleners moeten beter in positie worden gebracht om goede zorg op CNO-locaties te kunnen verlenen. Dit kan aan de hand van eenduidige minimale standaarden over toegang tot zorg (eerstelijnszorg met verwijzingsmogelijkheden die aansluiten op de zorgvragen, waaronder psychische hulpverlening en mondzorg), kwaliteit van zorg (kennis over cultuursensitief werken, tolken en praktijkruime met inventaris) en continuïteit van zorg (degelijke medische screening en overdracht van medische voorgeschiedenis). Duidelijke afspraken over opdracht, noodzakelijke voorzieningen, supervisie en continuïteit van zorg beschermen zowel de patiënt als de zorgverleners.

Door hier duidelijke richtlijnen over op te stellen, kan de gezondheidszorg beter worden gemonitord en kan worden gewerkt aan het lerend vermogen, ondanks de dynamische realiteit van het voortdurend openen, sluiten en afschalen van locaties.

De belangrijkste aanbevelingen zijn:

- ▶ Maak afspraken over wat de minimale standaard van zorg is. Neem deze op in een geactualiseerde versie van de *Handreiking Crisisnoodopvang*. Bied daarmee duidelijkheid over het organiseren van gezondheidszorg op basis van de actuele situatie en zorg dat die handreiking leidend is.
- ▶ Zorg voor voldoende competenties van zorgverleners om goed te kunnen werken met de doelgroep.
- ▶ Draag zorg voor voorzieningen voor zorgverleners en ondersteuners, inclusief een elektronisch patiëntendossier, een uitgeruste werkplek en goede toegang tot tolken.

Concluderend: nu de CNO voorlopig blijft bestaan, is crisiszorg niet (meer) voldoende. De crisisnoodopvang in zijn huidige vorm is ziekmakend voor bewoners en belastend voor professionals, die het gevoel hebben dat ze tegen de klippen op moeten werken. De belangrijkste structurele oplossing voor de problemen is uiteraard het zo snel mogelijk op niveau brengen van de reguliere asielopvang. Ondertussen zijn er op korte termijn inspanningen noodzakelijk van betrokken ministeries, beleids- en uitvoerende organisaties om de leefomstandigheden en de zorg te verbeteren. Bewoners in de CNO hebben recht op volledige eerstelijnszorg en dezelfde toegang tot en kwaliteit en continuïteit van zorg die andere nieuwkomers in Nederland ook hebben. Hun zorg- en hulpverleners moeten in staat worden gesteld om die juiste zorg te kunnen leveren.

Verklarende woordenlijst

Azc	Asielzoekerscentrum
CNO	Crisisnoodopvang
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
GZA	GezondheidsZorg Asielzoekers
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KCIO	Knooppunt Coördinatie en Informatie (Oekraïne)
MPP	Meerjaren Productie Prognose
PGA	Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers
RMA	Regeling Medische zorg Asielzoekers

Woord vooraf

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van bewoners en professionals van de CNO. Velen deelden met ons hun zorgen. De betrokkenen hebben met hun medewerking niet alleen bijgedragen aan het zichtbaar maken van de problemen en pijnpunten, maar óók aan het laten zien wat er wel mogelijk is en welke ingrediënten kunnen bijdragen aan een verbetering van de situatie. Veel organisaties wilden in het kader van dit onderzoek met ons het gesprek aangaan. Sommige vertegenwoordigers lazen mee met conceptversies van dit rapport. We willen allen die een bijdrage hebben geleverd hiervoor hartelijk bedanken.

Inleiding

Het gebrek aan opvanglocaties in Nederland en capaciteitsproblemen bij verantwoordelijke instanties hebben ertoe geleid dat een grote groep mensen die in Nederland asiel willen aanvragen nog niet in het reguliere proces en het asielzoekerscentrum is opgenomen, maar in de crisisnoodopvang (CNO) verblijft, dat wordt georganiseerd door veiligheidsregio's en gemeenten. Waar dit in eerste instantie een tijdelijke voorziening zou zijn, blijkt nu dat ook in 2023 de capaciteitsproblemen bij het COA nog niet zullen zijn opgelost, en dat de CNO dus voorlopig noodzakelijk zal blijven. Verschillende organisaties, waaronder VluchtelingenWerk Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, agendeerden al de problemen rond gezondheid en zorg in de CNO: zo verblijven er mensen in de CNO die daar niet thuishoren, zijn bewoners nog altijd onvoldoende in beeld en is de toegang tot zorg niet altijd voldoende geregeld.⁽¹⁻⁴⁾ Eind 2022 hebben Pharos, Dokters van de Wereld en het Rode Kruis de handen ineengeslagen om met dit onderzoek de gezondheidszorg in de CNO en de gezondheid en het welzijn van de bewoners in kaart te brengen. De organisaties brengen ieder een eigen netwerk en expertise in. De meerwaarde van dit rapport is dat de stem van de bewoners en hulpverleners in dit onderzoek centraal staat, in tegenstelling tot eerder gepubliceerde rapporten waarin deze nog vaak onderbelicht bleef.

Wij definiëren crisisnoodopvang in dit onderzoek als 'tijdelijke opvang in een tijdelijk onderkomen beschikbaar gesteld door de veiligheidsregio/gemeente/andere organisatie of instantie, waar bewoners gedurende een korte periode verblijven in afwachting van het verloop van hun asielprocedure en een verblijfspot in een officiële COA-locatie, of permanente uitstroom uit de asielketen.'

1.1 De asielopvang

Wanneer mensen naar Nederland vluchten en hier asiel aanvragen, worden zij opgenomen in de asielprocedure. Asielzoekers verblijven gedurende deze procedure in principe in een asielzoekerscentrum (azc). Het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) neemt tweemaal per jaar een capaciteitsbesluit over de vraag of azc's moeten uitbreiden, openen of sluiten. Dit besluit is gebaseerd op de Meerjaren Productie Prognose (MPP) die het ministerie van Justitie en Veiligheid samen met ketenpartners maakt op basis van onder andere actuele en geschatte cijfers omtrent het verwachte aantal asielzoekers, het verloop in het ketenproces van de asielprocedure en de uitstroom van statushouders die een huis krijgen en van asielzoekers die terug moeten naar hun land van herkomst. (1, 2)

Nederland kent op dit moment ongeveer 50.000 asielzoekers die recht hebben op huisvesting van het COA (peildatum juni 2023). Asielzoekerscentra in Nederland bieden per locatie huisvesting aan 300 tot 1500 mensen in de asielprocedure. Als het asielverzoek van vluchtelingen wordt ingewilligd, noemen we hen statushouders. Momenteel wachten zo'n 15.000 statushouders in het azc op een woning in een gemeente. Afgewezen asielzoekers kunnen nog een korte tijd, tot hun vrijwillige of gedwongen vertrek, in het azc blijven. (3)

Als er onvoldoende capaciteit in de reguliere asielzoekerscentra is, worden asielzoekers opgevangen in noodopvanglocaties. (4) Dit zijn locaties die onder verantwoordelijkheid van het COA vallen, maar niet dezelfde standaard aan voorzieningen hebben als de asielzoekerscentra van het COA. (5)

Wanneer er ook geen plek meer is in de noodopvang, worden gemeenten en veiligheidsregio's gevraagd om CNO te organiseren. Hier is het COA dus (tijdelijk) niet verantwoordelijk, omdat het zijn wettelijke taak niet meer volledig kan uitvoeren: iedere asielzoeker de opvangplek bieden waar hij recht op heeft. In de Handreiking Crisisnoodopvang uit 2020 werd CNO gedefinieerd als kortdurende opvang van maximaal één week op locaties die de gemeenten normaal inzetten bij rampen en crises. Het kan dan gaan om leegstaande kantoren, sporthallen, tenten, of andere locaties.

Op dit moment (mei 2023) verblijven volgens het COA circa 7000 asielzoekers in de CNO (3, 5). In de praktijk blijkt dat mensen vaak maanden op een locatie verblijven zonder zicht op een andere verblijfplaats. Voor het inrichten en uitvoeren van de CNO is de *Handreiking Crisisnoodopvang*, geschreven in gezamenlijke opdracht van het COA en het Veiligheidsberaad. In de handreiking worden de randvoorwaarden voor verblijf in de CNO geformuleerd; hieronder vallen onder andere de duur van het verblijf, de doelgroepen, de uitvoering van en voorzieningen en gezondheidszorg in de CNO. In deze handreiking staat bijvoorbeeld dat potentiële bewoners medisch gescreend moeten zijn en niet tot een 'risicogroep' mogen behoren. (6, 7)

1.2 Bestuurlijke ontwikkelingen

De Nederlandse overheid spreekt sinds 2022 opnieuw van een crisis in de asielopvang: er zijn te weinig opvangplekken voor asielzoekers. Daarom moet voor het eerst weer een beroep gedaan worden op de inzet van crisisnoodopvang via de veiligheidsregio's. Op 17 juni 2022 werd deze maatregel geactiveerd. (4) De inzet van CNO komt na eerdere kortere periodes waarin dit noodzakelijk was in 2015 en 2016.

In een transitieplan dat eind 2022 geformuleerd werd, werd de overdracht van de verantwoordelijkheid voor de CNO van de veiligheidsregio's naar het COA besproken. Hierbij zou het streven zijn dat per 1 april 2023 de CNO gesloten zou worden en overgedragen zou worden aan het COA. In februari 2023 meldde staatssecretaris van der Burg in een veiligheidsberaad aan de voorzitters van de veiligheidsregio's dat de CNO langer open moest blijven dan 1 april 2023. De meeste burgemeesters gingen hiermee akkoord. Inmiddels wordt breed aangenomen dat ook gedurende de rest van 2023 veiligheidsregio's verantwoordelijk zullen blijven voor de opvang van asielzoekers binnen gemeenten. (8) Staatssecretaris van der Burg heeft geen uitspraak gedaan over een eventuele sluitingsdatum voor de CNO. De spreidingswet die de verdeling van asielzoekers per regio moet gaan stroomlijnen, is voorlopig uitgesteld tot 1 januari 2024. (8)

1.3 Gezondheidszorg in de asielopvang

De verantwoordelijkheid voor de asielprocedure en asielopvang en dus ook voor de gezondheidszorg voor asielzoekers valt onder het COA, een zelfstandig bestuursorgaan van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Dat betekent dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met zijn uitgebreide expertise over de inhoud van de gezondheidszorg geen formele rol heeft en dus ook niet deelneemt aan het organiseren van gezondheidszorg voor deze doelgroep. Voor de uitvoering van de eerstelijnsgezondheidszorg is GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA) betrokken, onderdeel van Arts en Zorg Groep. In de eerste twee maanden hebben asielzoekers ongeacht hun verblijfslocatie (azc, noodopvang of CNO) alleen recht op medisch noodzakelijke zorg. De beoordeling van wat medisch noodzakelijke zorg is, is aan de arts. Daarna hebben zij in principe recht op dezelfde zorg als alle andere burgers. Vergoeding van gemaakte zorgkosten valt voor asielzoekers die geregistreerd staan bij het COA onder de Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA). De dekking van de RMA is grotendeels hetzelfde als die van het basispakket volgens de Zorgverzekeringswet, de Wlz en de Wmo. Asielzoekers betalen voor zorg die gedekt wordt geen eigen bijdrage of eigen risico, maar wel voor medicijnen of behandelingen die niet gedekt worden. Uitleg over precieze vergoedingen onder de RMA is beschikbaar via een speciale website. (9, 10) Bij een zorgvraag verloopt de eerste toegang tot de gezondheidszorg meestal via de praktijklijn van GZA of een inloopspreekuur. GZA geeft aan dat de praktijklijn 24/7 bereikbaar is voor spoedgevallen, en tijdens kantooruren voor afspraken. Bijna elk asielzoekerscentrum heeft een gezondheidscentrum waar huisartsen of verpleegkundigen onder supervisie van een huisarts spreekuur houden. In het huisartsencentrum zijn ook praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) en doktersassistenten werkzaam. Voor de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers in de reguliere COA-opvang, waaronder jeugdgezondheidszorg voor kinderen tot 18 jaar, het rijksvaccinatieprogramma en de infectieziektenbestrijding, heeft het COA een contract met Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) van GGD GHOR.

In tegenstelling tot de normale asielprocedure zijn de veiligheidsregio's en niet het COA verantwoordelijk voor het organiseren en uitvoeren van zorg in de CNO. Enige ervaring met het organiseren van zorg hebben de veiligheidsregio's al opgedaan met het inregelen van opvang en zorg voor Oekraïense vluchtelingen sinds het voorjaar van 2022. De gezondheidszorg onder verantwoordelijkheid van de veiligheidsregio's is in principe van korte duur. In de afgelopen maanden is echter gebleken dat veel bewoners niet slechts een week, maar maanden in deze vorm van opvang verblijven. Omdat het rijk verantwoordelijk is voor de toegang tot zorg heeft het COA een aanvullende opdracht aan GZA gegeven. Daarom heeft het COA een aanvullende opdracht aan GZA gegeven. Op dit moment wordt bij het openen van een nieuwe CNO-locatie meestal GZA betrokken. GZA kijkt of binnen vijf werkdagen zorg op locatie of huisartsenzorg in een satellietconstructie (d.w.z. in een dichtbijgelegen azc) georganiseerd kan worden. Als dit niet het geval is, dan wordt in ieder geval basisdienstverlening aangeboden. Die bestaat uit toegang tot de praktijklijn en eventuele spoedzorg op indicatie. Omdat GZA door capaciteitsgebrek niet altijd zorg kan verlenen, heeft het COA een (extra) contract afgesloten met Arts & Specialist, een detacheringsbureau dat zorgverleners kan inzetten. Daarnaast kiezen sommige gemeenten/ veiligheidsregio's er zelf voor om zorg te organiseren met andere partijen, zoals Just4Care. Omdat inmiddels duidelijk is dat nog steeds niet alle bewoners in de CNO geregistreerd zijn bij het COA (peildatum maart-mei 2023), wordt in de vergoeding van zorgkosten onderscheid gemaakt: voor in de RMA-geregistreerde bewoners valt deze onder de RMA, voor niet-geregistreerde bewoners betaalt het COA direct de zorgkosten.

1.4 Actualiteit – aanleiding onderzoek

In meerdere onderzoeken van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in juni 2022 (situatie in Ter Apel), augustus 2022 en maart 2023 werd gesignaleerd dat ongezonde leefomstandigheden voor grotere risico's voor de gezondheid van bewoners in de CNO zorgden. Hierbij werden negatieve effecten op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid gesignaleerd. Zorg voor bewoners in de CNO zou geregeld moeten worden volgens de maatstaven die voor iedereen gelden. (11, 12)

In een gezamenlijke factsheet uit april 2023 constateren de Inspectie Justitie en Veiligheid, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Inspectie van het Onderwijs en de Nederlandse Arbeidsinspectie dat de zorg voor, het onderwijs aan en de begeleiding van asielkinderen niet aan de minimale kwaliteitsnormen voldoet. Dit brengt hun veiligheid en ontwikkeling in gevaar. (13)

Ook organisaties in het veld merken dat voor de toegang tot zorg in de CNO een norm ontbreekt. Een voorbeeld van een reactie uit het veld is de brandbrief aan de minister van Volksgezondheid die door Artsen zonder Grenzen en Dokters van de Wereld werd opgesteld. (14) VluchtelingenWerk Nederland heeft in 2022 meerdere quickscans uitgevoerd op (crisis)noodopvanglocaties. (4, 15) Wat betreft de zorg op CNO-locaties werd gesignaleerd dat er geen standaard waaraan zorg moet voldoen afgesproken is. Het Rode Kruis heeft voor CNO-locaties waarin zij zelf actief zijn in verschillende behoeftepeilingen aangetoond dat toegang tot primaire levensbehoeften (waaronder voedsel, hygiëne, kleding, slaapvoorziening, veiligheid, contact met dierbaren, dagbesteding, informatievoorziening en medische zorg) niet altijd gewaarborgd is. Het afgelopen jaar hebben (zorg)incidenten in de media veel aandacht gekregen, zoals bijvoorbeeld het overlijden van een baby in de zomer van 2022 in een sporthal in Ter Apel, en de uitzonderlijke inzet van Artsen zonder Grenzen in Ter Apel in diezelfde periode. Ook hebben verschillende artikelen in de media, verschenen in de periode maart-april 2023, problemen in de zorg in de CNO geagendeerd.

De rol van detacheringpartijen werd belicht, evenals het gezondheidssysteem op locaties, de zorgverleners die ingezet worden als GZA de zorg niet kan leveren en de kosten van de zorg. (16–18)

Ondanks verschillende signalen en onderzoeken zijn de ervaringen van bewoners in de CNO en professionals werkzaam in de CNO tot nu toe onderbelicht gebleven.

Daarom heeft Pharos samen met het Rode Kruis en Dokters van de Wereld besloten tot dit onderzoek.

Doelen waren het in kaart brengen van de toegang tot gezondheidszorg en ervaringen van bewoners en professionals rond de zorg, en op grond van de opgedane kennis concrete en constructieve aanbevelingen doen aan beleids- en uitvoerende organisaties. In dit onderzoek beantwoorden we de onderzoeksvraag: wat is de huidige situatie omtrent toegang tot zorg voor en gezondheid van bewoners in crisisnoodopvanglocaties?

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 omschrijven we de aanpak van het onderzoek. De daaropvolgende hoofdstukken behandelen de data uit interviews, gesprekken en focusgroepen. Hoofdstuk 3 schetst een beeld van het CNO-systeem en de aansturing en rollen van verschillende betrokken partijen. In hoofdstuk 4 gaan we in op het verblijf in de CNO en enkele randvoorwaarden van gezondheid. In hoofdstuk 5 bespreken we de medische screening en de gezondheid van bewoners in de CNO. Hoofdstuk 6 gaat over de toegang tot zorg en hoofdstuk 7 over de ervaringen hiermee. De belangrijkste bevindingen van het rapport komen samen in hoofdstuk 8, getiteld 'Conclusie'. Tot slot worden in hoofdstuk 9 aanbevelingen gedaan.

Aanpak onderzoek

Het onderzoek werd in verschillende fasen uitgevoerd. Als eerste hebben we een literatuurstudie gedaan naar bestaand onderzoek, artikelen en beleids- en werkdocumenten. In de voorbereidingsfase zijn de thema's gedefinieerd die in alle gesprekken en interviews aan de orde zouden komen: gezondheid van bewoners (inclusief randvoorwaarden voor gezondheid), toegang tot zorg, ervaringen met zorg, belemmeringen in toegang tot zorg, en verwachtingen. Op basis van deze thema's hebben we topiclijsten en interviewvragenlijsten opgesteld. Tevens werden locaties geworven, afspraken met tolken en interviewafspraken met professionals gemaakt. Tijdens de dataverzamelingsfase spraken we op negen CNO-locaties met bewoners (paragraaf 2.1). Daarnaast spraken we zowel met uitvoerende professionals als beleidsorganisaties (paragraaf 2.2).

Rolverdeling

Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, was projectleider in alle onderzoeksfasen. Hierdoor is onafhankelijkheid van het onderzoek gewaarborgd. Het Rode Kruis is zelf op veel CNO-locaties aanwezig en heeft een belangrijke rol gespeeld in de werving van locaties en respondenten en in de dataverzameling. Dokters van de Wereld bracht expertise over de zorg voor vluchtelingengroepen in Nederland, een netwerk in de CNO, en werkte mee aan de dataverzameling, de analyse en het opstellen van de aanbevelingen. Het uiteindelijke rapport werd geschreven door Pharos. Alle betrokken organisaties lazen intensief mee en waren betrokken bij de totstandkoming van dit rapport.

2.1 Bewonersinterviews

Interviews met bewoners vonden plaats op locatie. Bewoners die kwetsbaar zijn door ernstige psychosociale problematiek of verslaving en minderjarigen werden uitgesloten van deelname in het kader van het *do no harm*-principe (vermijden van schade en negatieve effecten ten gevolge van het onderzoek). De bewoners werden in de meeste gevallen door de locatiemedewerkers uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Hiervoor maakten zij gebruik van informatiemateriaal in verschillende talen. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen bewoners met en zonder zorgbehoefte.

Er is getracht om een diverse groep van deelnemers uit te nodigen voor het gesprek; toch zijn *reporting-bias* en selectiebias niet helemaal uit te sluiten.

Bewoners namen na *informed consent* deel aan het onderzoek. De gesprekken werden gevoerd door acht verschillende onderzoekers van de drie organisaties, die gebruikmaakten van hetzelfde draaiboek.

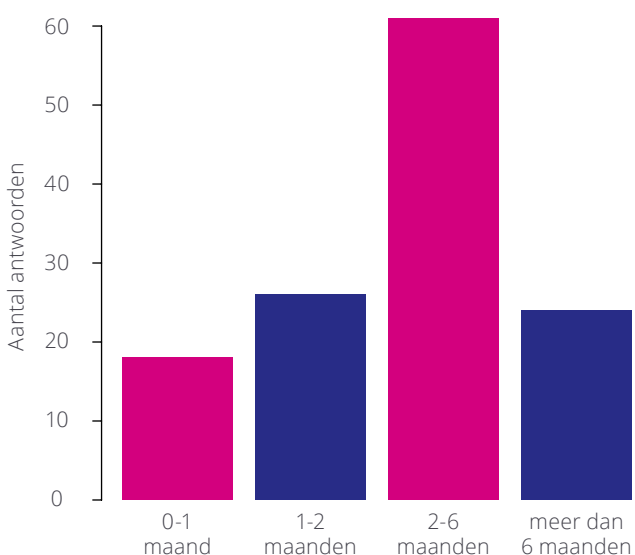
Op een onderzoeksdag sprak een onderzoeksteam van twee tot vijf personen gemiddeld vijf mensen per persoon. Een interview duurde ongeveer 30 minuten. Als dataverzamelingstool werd Kobo Collect gebruikt. In totaal werden 131 bewoners geïnterviewd op negen CNO-locaties. Twee van de onderzoekers spreken Arabisch. Zo nodig werd gebruikgemaakt van professionele tolkenondersteuning via Global Talk of van informele tolken op de locatie. Op vier locaties was het Rode Kruis in opdracht van de veiligheidsregio verantwoordelijk voor het locatiemanagement en de coördinatie. Op de vijf andere locaties speelde het Rode Kruis geen formele rol in het management of de organisatie.

Per locatie is gestreefd naar een goede afspiegeling van de bewonerspopulatie en voldoende diversiteit in de onderzoeksgroep. Van de geïnterviewde bewoners was 76% man en 22% vrouw. Bij 2% van de interviews was gender niet genoteerd. Dit is conform de asielcijfers. (19) De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 33 jaar. We hebben dus een relatief jonge, mannelijke populatie gesproken. 16% van de deelnemers had een chronische ziekte en 15% gebruikte continu medicijnen. Die cijfers komen overeen met de zorgprevalentie van chronische ziekten in de overeenkomstige leeftijdscategorie Nederlanders. (20)

De meeste mensen waren afkomstig uit Syrië (45% van de geïnterviewden), Jemen (9%), Turkije (7%) of Somalië (6%). De spreiding was echter groot: in totaal zijn 23 nationaliteiten vertegenwoordigd in het onderzoek. De meerderheid van de deelnemers gaf aan dat hun asielprocedure reeds gestart was en dat zij hun eerste gesprek met de IND (Immigratie- en Naturalisatiedienst) gehad hadden. Bij een derde van de geïnterviewden was de procedure nog niet begonnen.

7% van de geïnterviewde bewoners had al een verblijfsvergunning en is dus statushouder. De meeste deelnemers zaten in de groep die zes maanden tot een jaar in Nederland was; 3,8% van de deelnemers was langer dan een jaar in Nederland. De gemiddelde duur van het verblijf op de CNO-locatie verschilde sterk en was ook afhankelijk van hoe lang een locatie geopend was: 45% gaf aan twee tot zes maanden op de specifieke locatie te wonen, en 18% langer dan een half jaar (zie ook figuur 1). Verhuizingen tussen locaties komen veel voor: gemiddeld waren deelnemers 2,4 keer verhuisd.

Hoe lang verblijf je op deze locatie? N=129



Figuur 1: verblijfsduur van bewoners op de betreffende locatie

2.2 Interviews met professionals

Locatiemanagers

Naast informatie uit de locatiebezoeken werd aanvullende informatie over het verblijf van bewoners op de locaties en de organisatie van de CNO-locaties opgehaald in gesprekken met locatiemanagers. Deze locatiemanagers werkten zowel op locaties die bezocht werden om bewoners te spreken, als op locaties die niet bezocht werden. In het kader van dit onderzoek werden dertien locatiemanagers (zes van het Rode Kruis, zeven van veiligheidsregio's) via Microsoft Teams of op locatie geïnterviewd.

Zorg- en welzijnsprofessionals

In vier focusgroepdiscussies werd ingezoomd op het perspectief van de zorg- en welzijnsprofessional. Deelnemers aan de twee focusgroepen gericht op de zorg waren artsen, verpleegkundigen (zowel uit de publieke gezondheidszorg als de eerste lijn, van verschillende organisaties) en coördinatoren van zorg. Deelnemers aan de focusgroepen gericht op het welzijn waren bijvoorbeeld kwartiermakers van aanverwante organisaties. Deze groepsgesprekken vonden plaats via Microsoft Teams.

Beleids- en uitvoerende organisaties

In totaal werden elf interviews gehouden met medewerkers van beleids- en uitvoerende organisaties die betrokken zijn bij de organisatie van zorg in de CNO. Deze gesprekken vonden plaats via Microsoft Teams.

Het systeem van de crisisnoodopvang

Om de toegang tot zorg voor en de gezondheid van bewoners goed te kunnen beschrijven, is het belangrijk om eerst het systeem van de CNO beter te begrijpen. Dit hoofdstuk beschrijft wat de geïnterviewde beleidsprofessionals en professionals op locatie ons vertelden over de organisatie van de CNO.

Eén punt waar alle professionals van beleids- en uitvoerende organisaties het over eens zijn, is dat deze vorm van crisisnoodopvang onwenselijk is. Het is niet goed voor mensen die al veel hebben meegemaakt en die behoefte hebben aan duidelijkheid en rust. Maar gezien de complexe situatie zeggen veel professionals ook: 'iets is beter dan niets', of: 'beter een sporthal dan het gras in Ter Apel'. Professionals werken hard en met grote betrokkenheid, maar hebben te maken met allerlei uitdagingen. De inspanningen die zij leveren om een locatie prettig te maken, of om de randvoorwaarden van gezondheid en informatievoorziening goed te organiseren, hebben vaak slechts kort een toegevoegde waarde. Zo kan het gebeuren dat bewoners zonder aankondiging naar een andere locatie worden overgeplaatst en er een nieuwe groep bewoners arriveert of dat een locatie plotseling sluit of verplaatst wordt. Professionals in het veld moeten dan opnieuw beginnen. In dit hoofdstuk gaan we in op dergelijke uitdagingen.

'Sommige mensen raken we kwijt door de vele verhuizingen.'
– Hulpverlener in de CNO

3.1 Aansturing en organisatie

Omdat de CNO is gedecentraliseerd naar de veiligheidsregio's en gekenmerkt wordt door crisismanagement, horen we vaak dat er sprake is van kortetermijnwerken: snel schakelen en het gevoel hebben steeds brandjes te moeten blussen zonder duurzame langetermijnvisie. Zorgprofessionals geven aan dat zij behoefte hebben aan een betere informatievoorziening en coördinatie. Bijvoorbeeld professionals van een GGD die zien dat elke regio anders werkt. Ook binnen veiligheidsregio's bestaan er verschillen tussen de uitvoering in gemeenten.

De openingsduur van CNO-locaties is vaak niet bekend. Vaak is maar kort van tevoren duidelijk wie in welke locatie verblijft. Zowel op landelijk niveau als op locaties wordt het gebrek aan overzicht gemist.

Uitvoerende professionals missen ook coördinatie op het gebied van zorg. Zeker als locatiemanagers geen ervaring hebben met gezondheidszorg. Zo vertelt een arts: 'Dan ga je het zelf regelen, maar kom je dus niet meer toe aan patiëntenzorg. Op een locatie heb ik maandenlang gelobbyd voor een zorgcoördinator. Ik werd daarin ook vaak tegengewerkt.'

Het Knooppunt Coördinatie en Informatie Oekraïne (KCIO) is opgericht om de instroom van vluchtelingen uit Oekraïne te begeleiden, maar draagt nu ook zorg voor de verdeling van andere vluchtelingen over de opvanglocaties in de veiligheidsregio's. Het KCIO is ook verantwoordelijk voor het plaatsen van mensen in de CNO. Zij krijgen van het COA de gegevens door van mensen in Ter Apel die een plek zoeken, en matchen die met het beschikbare aanbod van opvangplekken in de veiligheidsregio's. Alleen bovenregionale verplaatsingen verlopen via het KCIO: het heeft geen zicht op verplaatsingen van bewoners binnen de veiligheidsregio's, noch op verplaatsingen om medische redenen. Wel heeft het KCIO een overzicht van hoeveel bewoners op welke locatie verblijven. Echter wie dit zijn, weten zij niet.

Het COA heeft in het systeem staan wie er geregistreerd is in Ter Apel, maar houdt zelf niet bij welke bewoners in welke CNO verblijven. Hiervoor is het COA afhankelijk van de informatie van de veiligheidsregio's, die zij via het KCIO ontvangen en in het eigen systeem registreren. GGD GHOR speelt een rol als regisseur om afspraken te maken over de opvang in de CNO. In het wekelijkse zorgoverleg van het KCIO ontvangt het updates over nieuwe locaties en aantallen bewoners. Enkele zorgverleners geven aan vanuit GGD GHOR meer regie te verwachten. Voor deze organisatie is dit echter ingewikkeld, omdat zij te maken hebben met 25 veiligheidsregio's die hun eigen beleid voeren. De landelijke afspraak is dat een locatie niet wordt

geopend voordat alles goed geregeld is volgens een inventarislijst. Uit eerdere publicaties en uit de gesprekken met hulpverleners in dit onderzoek blijkt het echter in de praktijk wel voor te komen dat nieuwe locaties voor die tijd al worden geopend.

De CNO valt onder onder de verantwoordelijkheid van de veiligheidsregio's. Hoe een veiligheidsregio en een gemeente de taken precies verdelen, verschilt. Sommige gemeenten nemen een actieve rol in en maken geld vrij voor de CNO-locatie. Bijvoorbeeld voor vervoer van bewoners, activiteiten, fietsen, medicijnen of zelfs een betaalde activiteitscoördinator. Dit draagt bij aan het welzijn van de bewoners. Tegelijkertijd ervaren de gemeenten de CNO als een extra belasting, en belandt het regelmatig op het bureau van ambtenaren die geen kennis van en ervaring met de opvang van deze doelgroep hebben.

Op sommige locaties springt het Rode Kruis in en zorgt het voor organisatie en management van de CNO. Het Rode Kruis ondersteunt gemeenten met kennis van de opvang van vluchtelingen en deelt ervaringen met andere locaties. De rol van het Rode Kruis verschilt: soms zijn er enkele vrijwilligers betrokken, terwijl op andere plekken het volledige locatiemanagement en het bijbehorende personeel vanuit het Rode Kruis geregeld worden. Het locatieteam staat constant in contact met betrokken stakeholders (zoals het COA, de gemeente, beveiliging, zorg- en onderwijspartijen).

Locatiemanagers

Een belangrijke rol in het aansturen en organiseren van de CNO is weggelegd voor de locatiemanagers. Zij dragen zorg voor het reilen en zeilen van de gehele locatie, zien toe op de kwaliteit en veiligheid van de locatie, sturen het locatieteam van coördinatoren en woonbegeleiders aan, en staan in direct contact met belangrijke stakeholders om basislevensbehoeften als zorg en onderwijs op de locatie te faciliteren. Indien deze basisbehoeften onder druk komen te staan, blijft de locatiemanager met de verantwoordelijke partijen in contact om te zorgen dat deze partijen hun rol en verantwoordelijkheden zo goed mogelijk uitvoeren. Denk bijvoorbeeld aan de spreekuren van het COA en VluchtelingenWerk, de aanwezigheid van de GGD en JGZ, en de beschikbaarheid van de zorgverlenende organisatie.

Ook spelen locatiemanagers een belangrijke rol in het signaleren van zorgvragen.

'Als die basis op orde is, dan ga je ook kijken naar activiteiten, zoals taal, de toegang tot sport, en ook vrijwilligers die bijvoorbeeld de kinderen bezighouden en entertainen, zodat de volwassenen ook enigszins rust ervaren en de kinderen 's avonds uitgeput zijn, zodat er 's nachts geslapen wordt.'

– Locatiemanager

Verschillende locatiemanagers vertellen dat ze de bewoners goed kennen, een luisterend oor bieden, de vinger aan de pols houden en zoeken naar oplossingen, zowel bij individuele zorgproblemen als voor de groep: bijvoorbeeld door te zoeken naar ondersteunend aanbod voor bewoners. Op welk niveau zij dit doen is afhankelijk van het aantal bewoners.

'Het gevoel dat ik soms krijg bij andere locaties, is dat het heel erg nummers zijn geworden, afvinken van een lijstje. We hebben het over mensen, we hebben het niet over een systeem.'

– Locatiemanager

Locatiemanagers ervaren dat het investeren in contact loont: bij een gevoel van geborgenheid durven bewoners meer te delen, ook wat betreft hun zorgvragen.

'Weet je, we hebben als locatiemanager niet heel veel middelen, behalve dan je communicatie en aan partners continu laten zien wat CNO met bewoners doet, met voorbeelden, met wat dan ook, om ja, om die basis een soort van goed te krijgen.'

– Locatiemanager

De welwillendheid van teamleden en externe samenwerkingspartners speelt een belangrijke rol. Verschillende locatiemanagers vertellen over de toewijding waarmee ze proberen te werken aan betere voorzieningen:

'Ik doe het met volle overtuiging om te blijven pushen, om een beetje die luis in die pels te zijn van misschien andere partijen, om te pleiten voor meer voorzieningen en ook om die kant te laten zien, dat doe ik wel met passie en toewijding. En ik probeer me dan niet te veel te laten ontmoedigen als het dan niet lukt.'

- Locatiemanager

Kleine dingen kunnen meehelpen om het aangenamer te maken voor bewoners: 'Eerst hadden we ruimtes, daar deed je een gordijntje voor, we hebben er deuren van gemaakt. En dan ga je kijken: moeten ze bedlampjes hebben, want dan kan het grote licht uit en kunnen kinderen slapen. Dan zit je te denken: kunnen we kastruimte realiseren, want mensen leven vanuit een tas. Binnen de mogelijkheden die je hebt probeer je dat soort dingen dan te doen.'

Een andere locatiemanager besluit: 'Ik ben ook best wel een beetje trots op wat we de mensen hebben kunnen geven met alle beperkte mogelijkheden.'

Verblijf in de crisisnoodopvang

De gezondheid van de bewoners van CNO-locaties wordt beïnvloed door hun leefomstandigheden. In dit hoofdstuk gaan we in op de locatie, de verplaatsingen, hygiëne en sanitatie, dagbesteding, privacy en de procedure. Juist omdat gezondheid slechts voor een beperkt deel bepaald wordt door geboden medische zorg, maar juist ook door andere determinanten, brengen we deze 'randvoorwaarden' voor gezondheid in beeld.

4.1 Locaties

Het type en de grootte van locaties hangen sterk samen met de beleving en het welzijn van de bewoners. Onder bewoners zijn er veel zorgen en frustraties over de CNO-locaties waar ze verblijven. In dit onderzoek bezochten we locaties die uit tenten bestaan, leegstaande kantoorpanden, een hotel, sportruimten en loodsen. Slechte woonomstandigheden in combinatie met onduidelijkheid over de asielpcedure drijven mensen tot wanhoop, zo lieten bijvoorbeeld ook verschillende hongerstakingen de afgelopen maanden zien. Een locatiemanager zegt hierover: 'Er zijn meer mensen die erover denken om in hongerstaking te gaan, maar er is vrees dat ze dan je asielproces verder vertragen.' Locaties waar bewoners in tenten verblijven, associëren sommige bewoners met herinneringen aan het verleden: 'Het enige wat ik wil zeggen: geef mensen een plek. Onder een tent leven, dan ga je terug in de geschiedenis.' En: 'De tenten waar we in verbleven in de oorlog waren nog beter dan de situatie hier.' Het open karakter van sommige locaties maakt dat mensen zich niet altijd veilig voelen: 'Ik voel me niet altijd veilig in zo'n open ruimte. Met mijn zoontje van anderhalf die overal naartoe loopt is niets veilig. Hij kruipt onder alle zeilen heen naar andere kamers.'

'Angst op de locatie is een groot probleem. Er zijn bewoners die 's nachts niet alleen over de gang durven.'
– Arts

Anderen voelen zich juist beter op hun huidige locatie dan op eerdere CNO-locaties: 'Ik voel me veilig hier. Ter Apel is erg groot, hier is het kleiner en veiliger. Daar maken mensen wat problemen. Hier wordt geen ruzie gemaakt. Het is hier schoon. Ik voel me 50% goed hier.' Over het algemeen worden kleinere locaties, tot zo'n honderd bewoners, beter gewaardeerd dan grotere locaties waar honderden mensen verblijven.

De grootte van de locatie is echter niet de enige factor die de mening over een bepaalde locatie bepaalt. Ook de omgeving van de locatie speelt een rol. Waar sommige locaties zich midden in een dorpskern of stad bevinden, liggen andere in weilanden of ver van de bewoonde wereld. Dat leidt ook tot verschillende emoties: 'We voelen ons gevangene. Deze locatie is vele malen beter, maar het is ver van de stad. We kunnen nergens naartoe. We kunnen niemand bereiken.' Op één locatie waren bewoners afhankelijk van een busje om de locatie te verlaten, waardoor hun gevoel van vrijheid ondermijnd werd. Op een andere locatie, in een weiland, noemden bewoners vooral het gevoel dat ze (letterlijk) geen afstand van de locatie konden nemen omdat er niets was om naartoe te gaan. Op een locatie in een stad merkten bewoners juist op dat ze tevreden waren en de mogelijkheid hadden om bijvoorbeeld naar de sportschool te gaan of gebruik te maken van speelfaciliteiten in de omgeving.

Het verblijf met anderen, die niet altijd dezelfde culturele achtergrond hebben, op een klein oppervlak, leidt vaak tot spanningen: 'Vluchtelingen onderling hebben vaak problemen, we spreken niet dezelfde taal, hebben niet dezelfde achtergrond. Arabische mensen praten niet als ze ruzie hebben. Buiten de discussies om is iedereen heel vriendelijk.'

'Je moet je voorstellen dat als je al psychische nood hebt of depressief bent om wat voor reden dan ook, dan is het lastig om rust te vinden op de locatie. Want de gemeenschappelijke delen, ja, die worden door iedereen gebruikt, maar ook vooral door spelende kinderen en loslopende kinderen die ook een beetje out of control zijn soms. Er is niet een bepaalde stillerimte waar mensen tot rust kunnen komen. Het is een continue aanwezigheid.'
– Locatiemanager

Toch horen we veel terug dat het samenleven met andere culturen, zeker in kleinere locaties, ook tot positieve ervaringen leidt. Zo vertellen bewoners in interviews over gemeenschapsgevoel en saamhorigheid. Feestdagen worden samen gevierd en bewoners helpen elkaar met het passen op de kinderen.

Voortbestaan van locaties

Locatiemanagers hebben te maken met onduidelijkheid over hoe lang hun locatie openblijft. Veel locaties zijn in eerste instantie geopend voor een periode van een paar maanden. Een aantal bestaan inmiddels bijna een jaar. Onder locatiemanagers bestaat frustratie dat deze crisisondopvang, die bedoeld is voor zeven dagen, nu al meer dan tien maanden duurt. Zij zien de negatieve effecten op de gezondheid, zoals het risico op infectieziekten, de verergering van onbehandelde klachten en de negatieve invloed op het psychosociale welbevinden.

Het voortbestaan van locaties is voor een groot deel afhankelijk van de lokale steun die er is vanuit de gemeenteraad en inwoners van de gemeente.

Op veel plekken worden bijeenkomsten georganiseerd voorafgaand aan het openen van een locatie; soms speelt daar angst. In de praktijk blijkt vaak dat het aantal klachten meevalt. Toch horen we in interviews terug dat veel gemeenten liever vrouwen en kinderen in de CNO willen dan alleenstaande mannen, om problemen te voorkomen. Hierdoor verblijven er toch nog gezinnen in de CNO, ook al vinden de meeste professionals en locatiemedewerkers die in de CNO werkzaam zijn dat de opvang daar niet geschikt voor is. Het organiseren van school en dagbesteding is moeilijker te realiseren op tijdelijke locaties. Het standpunt van de zorgverleners en locatiemedewerkers sluit aan bij een uitspraak van de rechter van het gerechtshof Den Haag in december 2020, die stelde dat kwetsbare groepen zoals kinderen niet in de CNO opgevangen horen te worden. (21)

Verplaatsingen

Hoewel ook de betrokken ketenpartners het aantal verplaatsingen willen beperken, komt verplaatsing van bewoners door het frequente sluiten en openen van locaties nog steeds vaak voor. Onder de respondenten is er een grote spreiding in het aantal keren dat zij verplaatst zijn. Een kleine groep is rechtstreeks vanuit Ter Apel op de betreffende CNO-locatie opgevangen. Veelal hebben mensen echter drie of meer locaties gezien sinds zij in Nederland zijn aangekomen. Gemiddeld verhuisden bewoners 2,4 keer. De verplaatsingen leiden tot grote onzekerheid.

'Ik moest vaak verhuizen en daardoor ging het slecht. Nu gaat het iets beter. Op de vorige locatie was het echt koud en dat was niet goed. Deze locatie is beter. Ik wil heel graag een locatie waar ik kan blijven, kan je me daarbij helpen?'

– Bewoner

Verplaatsingen hebben een grote impact op de continuïteit van zorg en op het welzijn van mensen. Voor zorgverleners is vaak niet duidelijk waar mensen verbleven, welke gezondheidsinformatie ze hebben gehad, of welke zorg al geboden is. Het ontbreken van een elektronisch patiëntendossier speelt een rol. Of ze bemerken bij een vervolgspraak dat een bewoner alweer vertrokken is. Zorgverleners maken zich grote zorgen om de impact die dit heeft op mensen die toch al extra kwetsbaar zijn, en zeker ook op kinderen. Daarnaast is het door de vele verplaatsingen voor professionals een uitdaging om alle bewoners, waaronder ook de kinderen, in beeld te hebben. Dit komt mede doordat mensen soms geregistreerd staan op een CNO-locatie, maar elders in het land bij familie verblijven. Gevolg is dan wel dat zij niet altijd in beeld zijn bij hulpverleners, zoals de jeugdgezondheidszorg. Toegang tot school voor kinderen is door de verplaatsingen ook een grote uitdaging.

'Iemand vertelde dat hij nachtenlang niet kan slapen omdat hij niet weet waar hij hierna naartoe gaat. Die onzekerheid geeft zo veel stress.

Volwassenen kunnen dit benoemen, maar we slepen ook kinderen van plek naar plek. Dan heb je dus mensen die in acht maanden tijd naar tien locaties zijn geweest. Hoe die er psychisch aan toe zijn, wil je niet weten. Ik zou het mijn kinderen niet aandoen. En een ander mag je het wel aandoen, nou dat is dus waar het over gaat.'

– Locatiemanager

De reden van de verplaatsingen is voor de respondenten vaak niet duidelijk: 'Als je het nagaat is de reden vaak helemaal niet logisch.', zegt een zorgprofessional. Ze zien als gevolg dat mensen niet meer de moeite nemen om contact te maken met andere mensen. 'Als je het dan hebt over pleisters plakken en medische zorg, dan is dit een van de dingen die wat mij betreft de meeste zorg nodig heeft. Want de medische zorgklachten die de bewoners hebben komen over het algemeen allemaal voort uit sociaal zich niet meer kunnen binden, verplaatst worden, veel te lang moeten wachten, van hot naar her gestuurd worden', aldus een locatiemanager. Professionals zien dat bewoners graag naar een azc willen. Daar zijn de voorzieningen beter, en ben je meer in beeld bij de instanties, denken ze. Maar soms horen professionals dat dat tegenvalt, bijvoorbeeld als ze op een veel grotere locatie komen waar veel minder persoonlijk contact is.

4.2 Problemen met hygiëne en sanitatie

Voor asielzoekerscentra heeft het RIVM een hygiënerichtlijn opgesteld. Een richtlijn toegespitst op CNO-locaties is echter niet beschikbaar. (22) Op sommige locaties worden de humanitaire standaarden voor hygiëne en sanitatie niet gehaald. (23) Veel bewoners vertellen ons op die locaties dat toiletten en douches vies zijn. Dit is een groter probleem naarmate faciliteiten met meer mensen gedeeld moeten worden: soms zijn er slechts enkele toiletten voor honderden bewoners. Een bewoner vertelt: 'Ik heb moeite met ademen hier omdat er zo veel bacteriën zijn.'

Mijn zoon heeft astma, hij heeft elke maand een probleem, dan kan hij niet bewegen en moet hij overgeven en komt alles eruit. De dokter luistert hier niet naar ons. We zeggen tegen het COA dat we naar een andere locatie willen, maar dat wordt niet gedaan.' Ook voor de locatiemanagers vormen hygiëne en sanitatie een aandachtspunt. Deze professionals vertellen ons ook verhalen over te weinig sanitair en faciliteiten met gebreken. Sommigen geven aan dat je dat gezien de 'crisisituatie' kan verwachten: 'Het is noodopvang. Toiletten en douches die niet verwarmd zijn, dat zou echt beter kunnen. Dat gaan we doen als we voor twee jaar doorgaan.' Inmiddels zijn sommige locaties echter al geruime tijd open. Een ander benoemt waar de opvang in ieder geval wel aan zou moeten voldoen: 'Dat sanitair, dat is wel gescheiden, maar het is in aantal best wel beperkt. Het aantal toiletten en douches, dat voldoet niet aan de minimale standaard.' De locatiemanagers zien het vooral als hun taak om de faciliteiten die aanwezig zijn zo schoon mogelijk te houden. Echter, hoeveel sanitair en faciliteiten aanwezig zijn, wordt meestal niet door hen maar door de veiligheidsregio's of gemeenten bepaald. Over het algemeen worden bewoners betrokken bij het schoonmaken van de faciliteiten. De locatiemanagers hebben hierbij een aansturende taak.

'Hygiëne, dat is iets waar wij als locatiemanagers heel veel aandacht aan besteden. Daar geven we ook elke keer briefings over, we zorgen dat er de juiste producten aanwezig zijn: zeep, tandpasta, scheerspullen, dat soort dingen. We attenderen mensen er ook op dat het gebruikelijk is, en ook wenselijk omdat je met veel mensen op een beperkte plek leeft, dat er goed gedoucht wordt en hoe wij dat doen hier. Mensen hebben vaak een hele andere achtergrond, dus daar zijn we altijd heel adequaat mee bezig. Ook rond de drie eetmomenten letten wij er altijd op dat mensen hun handen ontsmetten.'

– Locatiemanager

4.3 Gebrek aan privacy

De verschillende CNO-locaties vormen een heterogeen beeld. Toch is gebrek aan privacy en de negatieve effecten daarvan een vaak terugkerend en groot ervaren probleem. Onder bewoners is het gebrek aan privacy een van de belangrijkste problemen van de opvanglocaties: 'Er is hier geen privacy. Nul. Ik heb geen privacy met mijn man. Als ik aan de telefoon praat, kan iedereen meeluisteren.' Door de manier van verblijven, op een plek waar kleine ruimtes met veel anderen gedeeld worden – vaak niet alleen uit het eigen gezin – is het gebrek aan privacy aan de orde van de dag. Soms worden 'kamers' alleen gescheiden door gordijnen. Als er wel 'muren' tussen kamers zijn, dan is een dak of een deur die afgesloten kan worden geen vanzelfsprekendheid. Ook de locatiemanagers herkennen dit: 'De ruimte is ingericht met tussenwandjes, boven is het open, daardoor is er weinig privacy. Dat geeft ook stress.' In sommige locaties in oude kantoorpanden of hotels is de privacy beter gewaarborgd.

Hulpverleners zien de consequenties van het gebrek aan privacy. Zij vertellen over de negatieve effecten van slaapttekorten op de (psychosociale) gezondheid. Een arts vertelt over het effect dat één patiënt met slaapapneu op de groep kan hebben: 'Dan ligt er vijftig man maandenlang wakker 's nachts. Ook nu het ramadan is, is een deel van de bewoners wakker, mensen die 's nachts praten en bidden.' Op sommige locaties is het nooit echt donker.

'De sociale stress van veel mensen in een zaal, veel geluidsoverlast, slaapgebrek, gehorigheid en weinig privacy is een grote reden voor mentale achteruitgang.'

– Locatiemanager

4.4 Dagbesteding

Activiteiten

Het kunnen deelnemen aan activiteiten op een locatie is een belangrijke vorm van afleiding en zingeving.

Bewoners vertellen dat het bijdraagt aan hun mentaal welbevinden en ook tot afname van stressklachten leidt. Sommige bewoners wandelen, anderen nemen deel aan Nederlandse les of andere activiteiten:

'Ik probeer mezelf bezig te houden, met Nederlands leren bijvoorbeeld, anders ga ik teveel denken over wat er in Somalië is gebeurd.' Wanneer de medewerkers op de locatie zich inspinnen om activiteiten op te zetten wordt dat gewaardeerd en leidt tot verbetering van het welbevinden: 'Het is levendig hier, de medewerkers zijn aardig. Ze organiseren wedstrijden, feestjes, ook voor de ramadan. Ik vind het fijn hier.'

Afwezigheid van activiteiten en dagbesteding leidt tot psychosociale klachten en stress bij alle bewoners, maar in het bijzonder bij jongeren: 'Er is hier niks te doen. We kunnen alleen eten, slapen en ons vervelen en ons afvragen hoe lang dit nog gaat duren.' Bewoners verwachten dat stressklachten zullen verminderen als er meer te doen zou zijn: 'Soms heb ik slaapproblemen, omdat de dag lang is en er geen duidelijk programma is gedurende de dag dat me kan bezighouden. Als er wel een programma zou zijn, gaat het beter met het slapen.' Ook hulpverleners zelf erkennen dit: 'gebrek aan dagbesteding. Mogen niet werken, zitten op elkaar. Wij worden ook heel ongelukkig en ziek als we niks mogen. Dus dat staat nog los van de opvang.'

'Als je iemand zes maanden in een sporthal stopt, zonder zingeving, perspectief, niet werken, dat leidt tot mentale problematiek, daar maken wij ons zorgen om. Als mensen dan binnenkomen, staan ze al 3-0 achter. Perspectief bieden is heel belangrijk. Oekraïners mochten meteen werken. Onze artsen zien meteen de verschillen op de mentale en fysieke gesteldheid van mensen.'

– Manager organisatie

Op een aantal locaties kregen we concrete voorbeelden van activiteiten. Maar of er financiële middelen beschikbaar zijn voor activiteiten, is vaak afhankelijk van de gemeente of veiligheidsregio: 'Wij hebben een [vanuit de gemeente betaalde, red.] activiteitencoördinator die voor mannen, vrouwen, kinderen, apart of samen dingen organiseert. Dat is een luxe. Een dagstructuur is belangrijk voor de mentale gezondheid.' Soms kan gebruikgemaakt worden van regulier aanbod via de welzijnsorganisatie van de gemeente. Vaker echter ligt het initiatief en de uitvoering bij vrijwilligers en spelen zij de belangrijkste rol.

Wanneer bewoners lang genoeg in Nederland zijn, kunnen ze afhankelijk van de plek van de locatie en de beschikbaarheid soms zelf ook vrijwilligerswerk doen. Veel locatiemanagers vertellen dat bewoners hier enthousiast over zijn en graag aan de slag gaan.

School

Naar school kunnen gaan is een mensenrecht. Ook voor kinderen die verblijven in de CNO geldt de leerplicht. Voor kinderen is school een belangrijke beschermende factor, die leidt tot verbetering van hun taalkennis, ontwikkeling stimuleert en verveling vermindert. Het maakt ook dat kinderen beter kunnen meedoen aan de samenleving. Op veel locaties kunnen kinderen echter slechts deels of helemaal niet naar school.

De signalen die wij kregen komen overeen met de recente factsheet van de verschillende inspecties. (13) Toegang tot school hangt samen met de locatie en de context van de specifieke CNO, het aantal kinderen op de locatie dat geschoold moet worden en welke capaciteit er in de buurt beschikbaar is. Soms wordt er samengewerkt met het reguliere onderwijs, soms met Internationale Schakelklassen (ISK's) en soms moeten er alternatieven gezocht worden. Zo worden op sommige locaties docenten ingehuurd om in een CNO-klasje onderwijs te geven aan de aldaar aanwezige kinderen. Voor ouders is de onduidelijkheid over wie er naar school mag moeilijk. Zij gaven vaak aan het niet te begrijpen als een deel van de kinderen wel en een ander deel niet naar school kan gaan. Ook benoemen zij het gevoel dat verveling leidt tot gedragsproblemen. Zorgprofessionals, zowel uit de JGZ als uit de klinische zorg, maken zich zorgen over de consequenties van het niet naar school gaan.

Zo vertelt een professional: 'Taal, rekenen en fijne motoriek stagneerden toen kinderen niet naar school konden. Nu ze naar school gaan, zie ik een stijgende lijn.'

'School is belangrijk. Kunnen ze nog niet naar school, dan ontstaat apathisch gedrag, ook bij kinderen. Ook onderling vertonen ze ander gedrag. Nu zie je de kleine kinderen naar school gaan, en die worden binnen twee weken een ander kind: socialer, meer spelen. Voor de psyche van kinderen is dat essentieel. Dat heeft ook impact op de ouders.'

– Locatiemanager

4.5 Voeding

Voeding is niet alleen voor bewoners maar ook voor hulpverleners een veelgenoemd punt van aandacht. Op veel locaties is het voor bewoners niet mogelijk om zelf te koken. Bewoners zijn dan afhankelijk van catering. Veel bewoners zijn niet tevreden met de beschikbare maaltijden, die niet aansluiten bij hun eigen dieet of dat van hun kind. Dat leidt tot frustratie en een gevoel van machteloosheid. Het gebrek aan mogelijkheden om te koken raakt ook aan een groter thema: zelfredzaamheid en autonomie: 'We kunnen hier niet koken, niet voor onszelf zorgen en onszelf niet beschermen.' Wanneer er wel mogelijkheden zijn om zelf te koken, valt dit in positieve zin op: 'Deze locatie is goed voor mijn gezondheid. Het eten is hier goed, we mogen zelf koken. De mensen zijn aardig. We kunnen naar buiten. Het is hier echt goed.'

Veel locatiemanagers erkennen dat zelf kunnen koken belangrijk is voor bewoners. Soms is echter de locatie niet toegerust om dit mogelijk te maken, meestal vanwege de brandveiligheid. Soms is er ook geen ruimte voor het maken van maaltijden op locatie. Als compromis wordt op sommige locaties dan goed nagedacht over welk eten er geserveerd kan worden en wordt er geprobeerd af te wisselen. 'Wij hebben drie cateraars: een Nederlandse cateraar, die probeert het menu wat aan te passen, een andere cateraar haalt mensen op om mee te helpen koken, en er is een Syrische cateraar.'

'Voedingsproblematiek is een hele grote. Heeft over het algemeen veel te maken met het feit dat kids het eten van mama willen eten. In het geval van catering is er geen ruimte om het menu op individueel niveau aan te passen. Vaak leidde dat toch tot frustratie en wanhoop. Ik loop daar als arts veel op vast.'

– Arts werkzaam in de CNO

Op het spreekuur van de arts is voedingsproblematiek een veelvoorkomende reden voor een medisch consult. Soms vragen ouders ook om overplaatsing als ze merken dat hun kind slecht eet. In sommige gevallen hangt het niet kunnen bepalen wat een kind eet ook direct samen met gezondheid. Een zorgverlener: 'In een CNO was een kind dat glutenvrij moest eten; ik vroeg aan de locatiemanager: wat krijgen deze kinderen? De locatiemanager zei: wij hebben allerlei soorten fruit. Maar een kind kan niet groeien op alleen fruit. Het is echt van belang dat kwetsbare kinderen in beeld komen.'

4.6 Autonomie

Tijdens de asielprocedure ontvangen asielzoekers die in een azc verblijven waar het beleid is dat asielzoekers zelf voor hun maaltijden zorgen een moneycard met weekgeld ter waarde van € 185 per gezin. (24) In eerste instantie werden in de CNO geen moneycards verstrekt. Met het voortbestaan van de CNO en het langdurig verblijf van bewoners in de CNO-opvang is dat veranderd. Een deel van de bewoners die wij gesproken hebben, krijgt nu een moneycard met een wekelijkse vergoeding van € 12,95 per persoon om (deels) eigen keuzes te kunnen maken. Dit bedrag is lager dan de vergoeding die asielzoekers in een azc krijgen, omdat op CNO-locaties meestal catering georganiseerd is. (25) De verschillen met Oekraïense vluchtelingen zijn kleiner geworden door een aanpassing in het leefgeld voor deze groep per december 2022. (26) Welzijnsorganisaties in het veld benadrukken dat bewoners met een moneycard meer eigen regie ervaren. Onder de bewoners die geen kaart ontvangen, wordt dit als een gemis gevoeld: 'We krijgen op dit moment geen moneycards, en ik krijg ook geen maandverband. Ik zit als het ware vast.'

Vooraf op locaties waar minder zelfzorgmedicatie of toiletartikelen aanwezig zijn, ervaren bewoners zonder moneycard financiële barrières om goed voor zichzelf en hun eventuele gezin te kunnen zorgen.

4.7 Asielprocedure

Onduidelijkheid over de asielprocedure en wat bewoners in de CNO te wachten staat is een belangrijke stressor. In de interviews met de bewoners komt dit steeds terug als een van de belangrijkste oorzaken van lichamelijk en mentaal lijden. Artsen zeggen dat zolang de onduidelijkheid over procedures zal blijven bestaan, ook de mentale klachten zullen blijven optreden.

'Weet je, we kunnen mensen aan de ene kant de zorg bieden, maar het zit met name op het IND-punt.'

– Zorgverlener

Zoals eerder uiteengezet zijn er grote verschillen tussen waar bewoners zich bevinden in de asielprocedure. De verblijftijd in de CNO lijkt geen verband te houden met de mate van progressie. In dit onderzoek troffen we zowel bewoners die één tot drie maanden in de CNO verblijven en al één interview ondergaan hebben, als bewoners die negen maanden op een locatie verblijven, maar nog geen oproep voor een interview ontvangen hebben. Op locaties hangen conflicten ook vaak samen met de onzekerheid. Bewoners raken vooral erg gefrustreerd als ze zien dat mensen die later zijn aangekomen, eerder door de IND worden uitgenodigd voor hun aanmeldgehoor. De volgorde waarin de IND zaken van bewoners in de CNO oppakt, is niet op volgorde van binnenkomst. Betrokkenen vertellen dat er opeens tientallen brieven van de IND in één keer aankomen op een locatie. Alsof een 'vergeten' groep onderaan de stapel opeens in beeld komt.

'Dan heb je ook nog de onwetendheid die mensen ervaren in het proces. Ja, dus wanneer hebben ze een volgend interview, wanneer is de volgende stap? Wanneer gebeurt er wat? Vaak is daar geen of weinig communicatie over. Nou, dat geeft ook onrust en het draagt niet op een positieve manier bij aan de mentale staat.'

- Locatiemanager

Een locatiemanager ziet het als volgt: 'Wat blijkt nou is dat de IND geen overzicht meer heeft van gemeentelijke CNO-locaties die sinds vorig jaar bestaan. En waarbij een heel erg groot deel van de mensen uit beeld is verdwenen. Op dit moment praten we over 300 locaties waar meer dan 5000 asielzoekers zitten, die niet goed in beeld zijn bij de IND. Ergens zijn ze in beeld, maar die contacten en lijnen liggen niet goed. Ze spreken over de asielketen, die asielketen is vorig jaar doorbroken, doordat het COA het niet meer aankon en de gemeenten ingeschakeld zijn en daar is het nodige misgegaan en daar is het nodige reparatiewerk te doen.'

'Ik heb het gevoel dat werken als zorgverlener in een systeem dat ziek maakt, dweilen met de kraan open is. Iedereen doet zijn best, maar de perspectieven die mensen hebben, bepalen hun gezondheid voor een groot deel.'

- Arts

Waar professionals kunnen zeggen: beter iets dan niets, beter een bed dan het gras in Ter Apel, denken bewoners daar niet altijd hetzelfde over. Eén bewoner zegt dat hij achteraf beter in het gras in Ter Apel had willen blijven, want dan was zijn procedure sneller gegaan. Hij sprak mensen die weigerden naar een andere plek te gaan en die nu verder in het proces waren dan hij. Hij, die netjes deed wat gevraagd werd, had zichzelf als het ware in de vinger gesneden.

Gezondheid van bewoners in de CNO

Hoe het gaat met de gezondheid van bewoners is in de eerste plaats afhankelijk van hoe (on)gezond mensen zijn op het moment van plaatsing in de CNO, en in tweede instantie van hoe hun gezondheid zich ontwikkelt tijdens het verblijf in de CNO. Op deze twee thema's gaan we in dit hoofdstuk in.

5.1 Registratie en medische screening

Medische screening is belangrijk om ervoor te zorgen dat patiënten met gezondheidsrisico's niet op CNO-locaties terechtkomen. In 2022 ontstond er door capaciteitsproblemen in de asielketen en een gebrek aan opvanglocaties een grote achterstand in het registreren van nieuw aangekomen asielzoekers. Dit leidde tot een subgroep van 'ongeregistreerden' die niet in beeld waren en geen medische screening hadden ondergaan. Sinds eind vorig jaar is er een inhaalslag gemaakt en wordt getracht asielzoekers weer direct bij aankomst in Ter Apel te registreren en te screenen. Achterstanden worden weggewerkt. Veel locatiemanagers geven ook aan dat ze nieuwe bewoners standaard voor een screening langs de medische zorg sturen, mits er op de locatie zorg aanwezig is. Voor locaties die onder een asielzoekerscentrum elders vallen is dit moeilijker te organiseren en is screening niet vanzelfsprekend. Vanuit de GGD worden op verschillende CNO-locaties tuberculosescreeningen uitgevoerd.

In gesprekken met beleidsorganisaties blijkt dat er nog steeds asielzoekers zijn die ongeregistreerd en/of niet medisch gescreend zijn. Het is echter niet voor alle partijen duidelijk waar die groep zich bevindt. Registratie van screening door GZA vindt plaats in het huisartseninformatiesysteem (HIS) van GZA, maar dit is voor hulpverleners van andere organisaties niet toegankelijk. Ook over de uitwisseling en het doorgeven van gegevens bestaat dus onduidelijkheid.

'Meest lastige punt is dat mensen naar locaties zijn gegaan en weer verplaatst zijn, en dat ze [de overheid, red.] gewoon niet weten waar de mensen zitten die geen medische intake hebben gehad.'
– Medewerker welzijnsorganisatie

Onder de bewoners die wij spraken in dit onderzoek was het inderdaad niet vanzelfsprekend dat zij bij aankomst in Ter Apel medisch gescreend waren.

Driekwart van de geïnterviewden geeft aan dat zij geen medische screening hebben ondergaan bij aankomst in Ter Apel of Budel, noch later in de CNO. Van de bewoners die we spraken die uit tuberculose-endemisch gebied afkomstig waren, had een deel nog geen röntgenfoto ter uitsluiting van een tuberculose-infectie gehad. Dit brengt risico's mee op opvanglocaties waar bewoners met ongediagnosticeerde tuberculose andere bewoners en medewerkers kunnen besmetten. Zorgprofessionals delen hun zorgen over de consequenties van het ontbreken van medische screening: in de focusgroepen kwamen voorbeelden naar voren van zieke kinderen die niet in beeld zijn of van kwetsbare groepen zoals zwangeren of chronisch zieken die toch in de crisisnoodopvang belandden, terwijl ze eigenlijk in een asielzoekerscentrum zouden moeten verblijven. Zowel onder locatiemanagers, uitvoerende organisaties als professionals bestaan zorgen over wat er gebeurt als straks opnieuw de druk op Ter Apel toeneemt.

Kwetsbare groepen

Het systeem is niet waterdicht: ook onder bewoners die wel gescreend zijn bevinden zich kwetsbare asielzoekers. Verschillende partijen opperen daarom het aanpassen van de screeningsmethode in Ter Apel, die nu uit een korte lijst met vragen bestaat die veelal door de bewoners zelf moet worden ingevuld. Door de screening te verbeteren, zou het proces effectiever kunnen geschieden en zou de workload in een later stadium verminderd kunnen worden. 'Ja, als je alleen maar vraagt naar zwangerschap en/of borstvoeding, dat is te dun om achter problemen bij kinderen te komen', aldus een arts. 'De screening is een lijst met vragen die ook door anderen kan worden afgenomen. Door tolken of administratief medewerkers. Pas als er een 'JA' is, heb je een verpleegkundige nodig.'

Ook volgens GZA werkt het systeem niet perfect: 'We wissen niet iedereen eruit, dus op het moment dat een medische situatie wordt voorgelegd, bepaalt een arts of iemand wordt overgeplaatst [naar een azc, red.]'

Locatiemanagers geven eveneens aan dat zij bewoners op hun locatie die kwetsbaar zijn, door bijvoorbeeld gezondheidsproblemen, verslaving of zwangerschap, via het COA proberen door te verwijzen naar een azc. Of dit ook op korte termijn mogelijk is, lijkt willekeurig en is onder andere afhankelijk van plaatsingsmogelijkheden op COA-locaties in de regio. Uit onze interviews blijkt dat dit per regio, locatie en hulpverlener sterk kan verschillen: Sommige zorgverleners vertellen dat dit meteen gebeurt, terwijl er elders maanden op een overplaatsing gewacht wordt: 'We zien genoeg kwetsbaren. We hebben momenteel best een aantal heel jonge kinderen en eentje van acht maanden. Daarnaast zien we ook genoeg mensen met verslavingsproblematiek. Dat vind ik een risico op mijn locatie.'

Intake JGZ

Ook de intake van de jeugdgezondheidszorg vindt niet altijd plaats. Verschillende professionals uit de publieke gezondheidszorg vertellen ons dat er veel achterstand is. Dit lijkt enerzijds samen te hangen met capaciteitsproblemen en anderzijds ook met het feit dat locaties niet voldoende snel in beeld zijn. Soms wordt een heel gezin in één keer gezien, om tijdsefficiënt te werk te kunnen gaan. Zo deelt een JGZ-medewerker: 'De termijn waarbinnen een intake moet plaatsvinden is zes weken, we doen dan het hele gezin in één keer. Ik kan dan alle kinderen zien, maar het is ook nadelig, want ik heb minder tijd per kind.' Anderen plaatsen hier echter kanttekeningen bij: 'JGZ-screening moet je ook niet half doen, daar is het te belangrijk voor.' Zowel van geïnterviewde ouders als van jeugdartsen en verpleegkundigen horen we terug dat de intake in de JGZ wel gewaardeerd wordt. Vooral de tijd en aandacht worden als prettig ervaren: 'Ouders waarderen de tijd die je neemt voor de verpleegkundige intake, dat je de basisdingen vraagt, met ze meedenkt, wat dingen uitlegt over normale ontwikkelingsaspecten. Het voldeed niet aan de [medische, red.] behoefte, maar ze zagen de JGZ wel als los van het COA.'

5.2 Gezondheid van bewoners

Uit eerder onderzoek van Pharos blijkt dat de gezondheid van asielzoekers die nog in de asielprocedure zitten, door verschillende factoren wordt bepaald: hun gezondheidstoestand voorafgaand aan hun vlucht, de ervaringen meegemaakt tijdens de vlucht en de ervaringen na aankomst in Nederland. Afhankelijk van het herkomstland kunnen specifieke gezondheidsproblemen voorkomen, zoals infectieziekten als hiv en tuberculose of chronische ziekten als longaandoeningen door blootstelling aan rook. (27) Psychosociale problemen komen onder vluchtelingen meer voor dan onder de algemene populatie. Ook deze kunnen op verschillende momenten zijn ontstaan: soms was er al sprake van psychosociaal lijden vóór de vlucht of is het ontstaan door hetgeen waarvoor de bewoner gevlucht is. Soms zijn de klachten het gevolg van ervaringen tijdens de vlucht. Ook de asielprocedure kan een rol spelen. Uit onderzoek van Pharos blijkt dat het bespreekbaar maken van psychische klachten het best kan door tijd te nemen en vertrouwen op te bouwen. Vaak zijn psychosociale klachten taboe en lukt praten over stress en nachtmerries wel, maar is 'direct' praten over depressie of trauma niet mogelijk. Om verschillende redenen zullen vluchtelingen eventuele psychische klachten uiten als fysieke klachten. Naast het taboe op psychisch lijden en dit niet met vreemden willen bespreken, kunnen het hebben van beperkte kennis over mentale gezondheid en wantrouwen een rol spelen. (27, 28) Om die reden nemen we aan dat de hiernavolgende cijfers over ervaren gezondheid en ervaren mentale gezondheid, in werkelijkheid negatiever uitvallen.

'Ik heb hartproblemen. Iedere keer als ik zit of lig, heb ik het gevoel dat mijn hart stopt. Misschien komt het door de stress, dat weet ik niet.'

– Bewoner

Lichamelijke gezondheid

In ons onderzoek geeft ongeveer de helft van de bewoners aan dat zij lichamelijk goed gezond zijn. 11% van de geïnterviewden vindt dat zijn/haar lichamelijke gezondheid slecht is. 37% van de deelnemers aan het onderzoek geeft aan soms lichamelijke problemen te hebben (zie figuur 2). Lichamelijke problemen die veel terugkomen betreffen vooral spier- en gewrichtsklachten, chronische ziekten (bij ongeveer 16% van de deelnemers) zoals hoge bloeddruk en diabetes, en eczeem en tandproblemen. Opvallend is dat veel bewoners zelf opmerken dat ze lichamelijke klachten hebben die door stress verergeren. Voorbeelden zijn hartkloppingen, migraine en pijn op de borst. Zo zegt een bewoner: 'Ik heb hoofdpijn en ik voel me down. Daarvoor heb ik paracetamol geslikt. Sinds kort, als ik probeer te bellen met mijn zoon in Soedan, heb ik dat. Vooral als er geen verbinding is, maak ik me zorgen en ervaar ik hoofdpijn.'

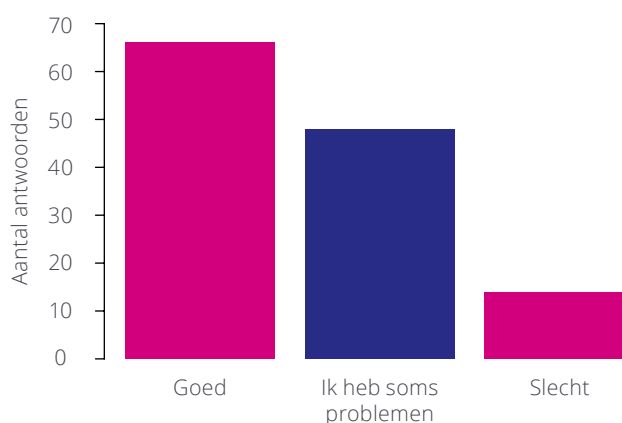
Infectieziekten zoals schurft, diarree en luchtweg-infecties komen veel voor op locaties waar bewoners nauw samenleven. In gesprekken met hulpverleners en locatiemanagers komt ook het risico van infectieziekten, waaronder schurft, terug: 'Je hebt grote groepen mensen met verschillende achtergronden, klein behuysd. En dan treedt schurft op, maar dat gebeurt ook onder studenten.' Behandeling is mogelijk, maar wordt door de inrichting van de locaties ook bemoeilijkt; het risico op besmettingen onderling is groot. Niet alle zorgprofessionals herkennen de ziekte voldoende. Ook op beleidsniveau wordt dit risico gesignaleerd als problematisch, omdat het door de manier van verblijven verergerd en moeilijk in te perken en te controleren is. Ook het feit dat de tuberculosescreening vertraagd is, brengt potentiële gezondheidsrisico's met zich mee; niet alleen voor de bewoners, maar ook voor de medewerkers in de CNO.

Andere locatiemanagers merken op dat op hun locaties eigenlijk dezelfde zorgvragen gezien worden als in de algemene populatie: 'Een paar mensen lopen voor een medisch probleem bij een specialist in het ziekenhuis. Mensen zijn hier wat langer. Toen ze net aankwamen, hadden mensen andere zorg nodig. Mensen hadden in Ter Apel buiten geslapen en waren net aangekomen. Mensen kwamen hier met schurft, gebitsproblemen en pijnklachten.

Dat kwam door achterstallig onderhoud, toen was er acute zorg nodig. Nu is de dokter hier op locatie en komen ze meer met de gewone dingen.'

Volgens de locatiemanagers en zorgverleners lijken veel lichamelijke klachten samen te hangen met chronische stress en onzekerheid. Mentale gezondheid wordt steeds aangemerkt als een belangrijk gezondheidsprobleem onder bewoners verblijvend in de CNO.

Hoe is je lichamelijke gezondheid? N=128



Figuur 2: ervaren lichamelijke gezondheid

Psychosociale gezondheid

Voor wat betreft de psychosociale gezondheid zien wij onder de geïnterviewde bewoners een driedeling: een derde geeft aan een goede gezondheid te hebben; een derde heeft soms problemen en een derde vindt dat hij/zij een slechte mentale gezondheid heeft. Hierbij is het goed om in gedachten te houden dat dit voor veel respondenten geen onderwerp is waarover zij gewend zijn te praten, waardoor deze uitkomst mogelijk een te positief beeld schetst. Als we vragen naar klachten als slecht slapen, stress en angst, bevestigen meer mensen dat zij hier last van hebben: ruim 70% van de geïnterviewden. Ook in onze onderzoeksgroep hoorden we verhalen over suïcidale gedachten en paniekaanvallen. Veel bewoners vertellen dat de klachten samenhangen met het wachten en de procedure. Zo zegt een bewoner: 'Wij kunnen deze tijd wel uithouden, het wachten, wachten, wachten, dat maakt het moeilijk.'

Dat veel bewoners niet weten wanneer hun proces gaat beginnen leidt tot klachten. Zorgen over en gemis van achtergebleven familie in het herkomstland doen dat ook. Een bewoner vertelt: 'Ik maak me zorgen over mijn familie, ze zijn niet veilig. Soms kan ik niet met ze communiceren omdat het internet uitstaat.' De recente aardbevingen in Syrië en Turkije waren een reden voor extra zorgen. Zoals in paragraaf 4.1 is beschreven, is in sommige gevallen de locatie waar mensen verblijven een uitlokkende factor voor mentale klachten.

'Ik ben Jezidi en heb de genocide overleefd, dus ik heb trauma's. In een andere opvang waren zwarte gordijnen. Het deed me denken aan de Isis-vlag. Ik werd er bang van, kreeg een hoge hartslag. Als ik een man met een zwarte baard zag, werd ik bang. Zeker toen ik hoorde dat er in de noodopvang mensen uit Raqqa waren. Ik heb mijn man gebeld, die is nog daar, hopelijk is gezinshereniging mogelijk. Ja, in het begin hier was het heel moeilijk, nu gaat het wat beter, ik heb vrienden gemaakt.'

- Bewoner

Op de vraag of deze klachten ook beperkend zijn in het dagelijks leven op de opvanglocatie geeft 30% aan dat de klachten erg beperkend zijn en 33% dat ze er een beetje last van hebben. Deze bewoners noemen vooral lusteloosheid en vermoeidheid als belangrijkste gevolgen. Slechts een klein deel meent dat ze niet tot problemen leiden in het dagelijks leven. Hulpverleners signaleren vooral depressiviteit en slaapproblemen. Op locaties waar veel gezinnen aanwezig zijn, worden ook opvoedproblemen bij kinderen als een belangrijk probleem genoemd. Waar over het algemeen de zorg voor lichamelijke klachten redelijk te organiseren lijkt te zijn, is dit voor psychosociale problemen moeilijker. In focusgroepen worden de wachtlijsten en capaciteitsproblemen die voor iedereen gelden aangehaald: 'Zo lang het niet uit de klauwen loopt, gaan we niks doen. We wachten tot het fout gaat. Dit betekent een grote belasting voor veel mensen, maar in de eerste plaats voor de patiënt zelf.'

Terwijl de hulpvraag toeneemt met het langer verblijven in de CNO, neemt de beschikbare psychosociale steun onvoldoende toe. Zowel hulpverleners, welzijnsprofessionals als medewerkers van organisaties delen hun zorgen over de rol die een verblijf in CNO-locaties speelt in het ontstaan van psychosociale problemen.

'Toch nog bewonderenswaardig dat er niet meer suïcide is. Bewoners staan in de overlevingsstand. Je ziet daardoor klachten komen: niet slapen, kort lontje, depressie. Vooral omdat ze niks mogen doen. En die onzekerheid: in plaats van drie nu vijftien maanden. Na zes maanden mogen ze pas vrijwilligerswerk gaan doen.'

- Locatiemanager

Als risicofactoren worden naast het gebrek aan perspectief ook een voorgeschiedenis van psychosociale problemen, meegemaakt trauma, een slechte nachtrust en het gebrek aan dagbesteding genoemd. Daarnaast spelen het absolute gebrek aan privacy en, op grote, open locaties, het ontbreken van een eigen dag-nachtritme een rol. Hulpverleners en locatiemanagers geven aan dat ze soms bewoners zien afglijden. Zoals een locatiemanager vertelt: 'Er was een vrouw op de locatie die mijn collega een half jaar geleden had gezien en nu weer zag. Die zei meteen "het gaat niet helemaal goed". Toen gaf die vrouw zelf ook aan dat ze depressief geworden was.' Anderen benoemen dat bewoners steeds lustelozer worden, zich afzonderen en steeds minder deelnemen aan activiteiten. Sommigen maken actief onderscheid tussen mensen die met PTSS of een depressie binnenkwamen en degenen die deze klachten ontwikkelen in Nederland. Zo zegt een arts: 'In vier maanden heb ik mensen om die reden zien afglijden van gezond en echt stabiel tot depressief en zelfs suïcidaal. Op CNO-locaties heb je niet direct psychiatrische hulp tot je beschikking. Het enige wat je kan doen is op medische indicatie zo snel mogelijk verwijzen naar een azc.' Op een paar locaties was wel een psycholoog aanwezig. Dat is echter bij een populatie van enkele honderden bewoners nooit voldoende.

Toch zijn er ook positieve verhalen. Sommige locatiemanagers nemen een actieve rol om mensen te betrekken: 'Een dagstructuur is belangrijk voor de mentale gezondheid. In andere locaties zag ik mensen met een omgekeerd dag-nachtritme. Hier niet. Hier moet je op tijd opstaan om mee te doen.' Maar het is niet alleen het dag-nachtritme. Ook de locatie zelf en de manier van verblijven spelen een rol: 'Een menswaardige locatie kan al heel veel pijn wegnemen. Je kunt de traumatische ervaring niet weghalen. Maar nieuwkomers worden hier opgevangen in de veilige energie van de groep. Ook kinderen zie je hierdoor opknappen.' Ook bewoners op kleinere locaties beamen (vaak in vergelijking met Ter Apel of een eerder verblijf op grotere CNO-locaties) dat ze zich daar prettiger voelden.

'Eigenlijk verzielt de Nederlandse overheid het hele systeem en wat het doet met de mensen.

Dat vind ik echt in- en intriest. En dan kan je psychologen en God mag weten wat er tegenaan gooien. Ja, maar het kan simpel opgelost worden door mensen gewoon perspectief te bieden, door mensen te laten werken.'

- Locatiemanager

Verslavingen

Psychosociale problemen vormen een risico voor drugs- en alcoholgebruik. Ook verveling is soms een risicofactor voor middelengebruik. Onder de locatiemanagers wordt verslaving onder bewoners vaak aangehaald als een lastig probleem. Meerdere locatiemanagers vertellen dat zij er op hun eigen locatie mee in aanraking zijn gekomen. Vanwege het gebrek aan zorg is verslavingsproblematiek meestal een reden voor verwijzing naar een azc voor goede hulp. Sommige locatiemanagers brengen recreatief gebruik van soft drugs en slaappillen in verband met stress en verveling. In dat geval komen zij soms tot andere oplossingsrichtingen: 'Begrijpelijk dat mensen een uitweg zoeken van stress en spanning. Dit vormde een probleem. Maar het ontstaan van activiteiten en dagbesteding op de locatie heeft geholpen.'

'Jongeren die verslaafd zijn aan drugs (marihuana) of slaappillen, zeker bij mensen die al eerder door Europa heen, in andere landen met andere procedures, hebben gezeten. Ze brengen hun verslaving mee naar de locatie.'

- Locatiemanager

Toegang tot zorg

Driekwart van de bewoners in ons onderzoek heeft sinds de aankomst in Nederland een arts of verpleegkundige gezien. Bij twee derde van deze bewoners was dit vanwege een medisch probleem. In een minderheid van de gevallen betrof het een andere reden; dan ging het bijvoorbeeld om vaccinaties, een bezoek aan de jeugdgezondheidszorg of gezondheidsvoorlichting. Naast de arts of verpleegkundige werden ook andere hulpverleners bezocht: zo bezochten 27 geïnterviewden een tandarts en kregen zes bewoners een vaccinatie via de GGD. Ondanks het veelvuldig voorkomen van psychosociale klachten hadden maar drie bewoners een praktijkondersteuner, psycholoog of andere hulpverlener voor psychosociale klachten bezocht. Een derde van de ondervraagden vertelt dat zij wel bepaalde zorg nodig hadden, maar niet kregen. Het betrof dan met name mondzorg of een aanvullend onderzoek bij chronische ziekten. Soms is bijvoorbeeld een tandartsconsult wel beschikbaar, maar is de gewenste behandeling vanwege de beperkte vergoedingen van de RMA niet mogelijk en wordt alleen het trekken van tanden aangeboden. Veel bewoners vinden dit niet acceptabel. Zo zegt een bewoner: 'Ik heb behandeling nodig voor mijn gebit. Ik heb kiespijn, maar die wil ik pas later laten behandelen. Mijn vrienden hebben tanden laten trekken en dat wil ik absoluut niet.' Ook behandeling voor visusproblemen is niet altijd mogelijk: bewoners op verschillende locaties vertellen dat ze na een bezoek aan de opticien zelf een bril moeten betalen en dat ze het geld daarvoor niet hebben.

6.1 Eerstelijnszorg

Zoals in de inleiding reeds beschreven, zijn de regelingen ten aanzien van zorg per regio en soms per locatie verschillend. In dit onderzoek kwamen we naast locaties waar GZA in de lead is ook op locaties waar zorg verleend werd door Arts & Specialist of Just4Care. In interviews kwam naar voren dat beleidsorganisaties een voorkeur hebben voor zorgverlening door GZA, een organisatie die ervaring heeft met de zorg voor deze doelgroep. In de praktijk blijkt GZA echter wat betreft de zorg op een kleine minderheid van locaties in de lead. Detacheerders zoals Arts & Specialist en Just4Care zijn uitzendbureaus, geen zorgorganisaties.

Zij leveren alleen de zorgverleners, meestal basisartsen, gepensioneerde artsen of tropenartsen, met supervisie op afstand. Voor de organisatie van een praktijkruimte en inventaris moet worden samengewerkt met de locatiemanager/gemeente. Detacheerders vullen de gaten die vallen als GZA onvoldoende capaciteit heeft, of zoals een betrokkene bij een van de organisaties zegt: 'Als we nu niks doen, dan betekent dat dat reguliere zorg nog meer belast is. Dan loopt het systeem vast. Dan kunnen Nederlanders niet meer bij de huisarts terecht. Omdat het systeem al overbelast is.' Op de meeste locaties hebben bewoners en hulpverleners wel toegang tot de praktijklijn van GZA. GZA ziet dit als minimale noodzorg, en het voorportaal van acute zorg.

'Arts & Specialist is alleen actief op CNO's, niet op de reguliere noodopvang of op azc's. GZA werkt samen met het COA. Ze hebben altijd de eerste optie om een nieuwe locatie aan te sluiten op zorg. Als zij zien dat dat niet gaat lukken, krijgt Arts & Specialist een seintje en krijgen zij de taak om artsen te vinden.'

- Organisatie betrokken bij de uitvoering

'Het is geen reguliere huisartsenpraktijk, de kaders zijn anders in de CNO-setting. We leveren goede zorg binnen de crisiskaders. Alleen de tandartsenzorg blijft een probleem. Maar de basiszorg die we kunnen leveren is goed.'

- Professional werkzaam bij Arts & Specialist

Professionals uit de publieke gezondheidszorg en welzijnsprofessionals reageren wisselend op de aanwezigheid van artsen van detacheringbureaus. Zij noemen onder andere de frequente wisselingen van personeel, de aanwezigheid van jonge onervaren artsen met supervisie op afstand en het gebrek aan overdracht tussen verschillende partijen. Sommige professionals geven aan dat ze liever niet willen samenwerken met een detacheringorganisatie omdat die geen toegang heeft tot een elektronisch patiëntendossier, waardoor onduidelijk is of gegevens wel bewaard blijven.

Ook valt op dat er verschillen zijn tussen welk type zorg diverse hulpverleners leveren. Een locatiemanager legt uit: 'We zien verschillende typen artsen: "dokter paracetamol" die alleen dat geeft, en een ander die juist heel ver gaat, verder dan eigenlijk kan in deze noodsituatie. Die biedt bijna specialistische zorg. Dat kost te veel tijd. Er blijft zo minder tijd over voor basiszorg aan anderen.' Andere locatiemanagers beamen dat er verschillen zijn, maar merken ook op dat er een subjectieve component is: 'De ene arts vind je wel fijn, de ander niet, dat is de menselijke maat.'

Veel artsen zeggen dat ze in de crisisnoodopvang in principe dezelfde zorg proberen te leveren als ze in de huisartsenpraktijk zouden doen. Wat er op poten staat is echter niet vanzelfsprekend. 'Er wordt veel geïmproviseerd en gepionierd', schetst een arts. Vooral wanneer een nieuwe locatie wordt geopend. Zo vertelt een andere arts: 'Mensen die lang in de CNO zaten hebben ervaren dat er nog helemaal niks was, alleen paracetamol. Zij denken dat ehbo'ers de dokters zijn, ze hebben helemaal geen vertrouwen in de zorg. Die komen pas na vier maanden langs.' Ook een locatiemanager merkt op dat het niet eenvoudig is: 'Zeker als je in een crisissituatie stapt... Iedereen springt erin en weet je, je probeert zo goed mogelijk en zo kwaad mogelijk alles te regelen. Maar er komt nog wel wat bij kijken. En crisisnoodopvang vergeleken met het azc, dan is het azc wel een *piece of cake*, zal ik maar zeggen.'

Er is weinig aandacht voor de druk die werken in de crisisnoodopvang legt op de hulpverleners en andere medewerkers die er werkzaam zijn. Velen vertellen ons dat het werken in de CNO mentaal zwaar is. Ze ervaren regelmatig een morele paradox. Want terwijl zij zich inzetten om goede zorg te bieden, voelt het als werken tegen de klippen op, omdat het systeem zelf de gezondheid van bewoners ondermijnt. Op sommige plekken kunnen hulpverleners deelnemen aan intervisie, om casuïstiek en ervaringen te delen. Maar vaker is er geen aandacht voor hun ervaringen en gevoelens. Dat kan leiden tot overbelasting en uitval van medewerkers.

'Uit mijn werk in de huisartsenpraktijk kom ik vrolijk thuis. Dit is twee keer zo zwaar. Je begrijpt elkaar niet goed, ook met een tolk worden de nuances niet goed gelegd. Je kunt de hulpvraag niet goed bedienen, werken hier vraagt veel meer dan op een reguliere plek.'

– Arts

Werkplek

Voor de werkplek en alle voorzieningen is de gemeente, en dus het locatiemanagement, verantwoordelijk. In sommige gevallen is er onduidelijkheid over deze verantwoordelijkheden, en vertellen geïnterviewde hulpverleners ons dat ze zonder geschikte werkplek of voorzieningen aan het werk moesten. Daar komt bij dat vanwege de korte termijn (slechts enkele maanden open, kort van tevoren duidelijkheid over sluiting of verlenging), vaak weinig wordt geïnvesteerd in de CNO, juist ook in de zorg. Zorgverleners zien dat er hierdoor grote verschillen ontstaan tussen locaties. Zij noemen dat ethisch onverantwoord.

De ruimte die zorgverleners hebben om spreekuur te doen, wisselt daardoor sterk. Veel hulpverleners zijn het erover eens dat er goede standaarden zouden moeten zijn over hoe een praktijkruimte eruit zou moeten zien. Voor sommigen is zorg verlenen op een suboptimale plek makkelijker dan voor anderen: 'Daar hadden we een tropenarts, die het gewoon gewend is ter plekke zorg te verlenen, ja dat ging uitstekend.' Op sommige locaties doen de artsen spreekuur in een overlegkamer waar eerst de andere (niet-medische) medewerkers moeten vertrekken voordat een patiënt in privacy gezien kan worden. Op een andere locatie werd een afspraak gemaakt met een nabijgelegen medisch centrum. Zo konden de artsen gebruikmaken van volledig uitgeruste kamers, de daar aanwezige apotheek en alle diensten die daarbij horen.

Inmiddels is echter meestal een aparte spreekkamer aanwezig waar verpleegkundigen of artsen de patiënten kunnen zien. Zo ook op deze locatie: 'Bij ons zijn iedere dag twee vaste verpleegkundigen, mensen zien een vertrouwd gezicht en kunnen laagdrempelig naar ze toe.'

Buiten dat ze op hun eigen kantoor bezig zijn, lopen ze eigenlijk altijd rond. En een huisarts die te bereiken is als achterwacht, ja, het is makkelijker dan dat we onze eigen huisarts moeten bellen hoor.'

Huisartsenzorg of noodzorg?

Onduidelijk is hoe de gezondheidszorg die op de CNO-locaties zelf verleend wordt, precies gezien moet worden. Door sommigen wordt gezegd dat het huisartsenzorg is, maar vaker noemen respondenten het crisiszorg of crisisnoodzorg. Dat het 'crisiszorg' is, wordt in interviews ook genoemd als onderbouwing of rechtvaardiging dat in een specifieke casus bepaalde zorg niet geboden kon worden op locatie.

'Toen ik ging solliciteren was de onduidelijkheid er vanuit Arts & Specialist niet. Die zeiden dat ik een huisartsenspreekuur ging doen. Maar op locatie waren veel partijen van mening dat we crisiszorg zouden doen. Als onduidelijk is wie wat doet; en wat je zelf kan doen, welke zorg doe je dan wel, en welke niet?'

- Arts

Ook andere artsen die werkzaam zijn bij detacheringbureaus noemen de verschillende meningen en inzichten over welke zorg ze moeten verlenen als heikel punt. De onduidelijkheid over de openingsduur van, of de lengte van het verblijf van bewoners op een bepaalde locatie maakt ook de beslissing om bewoners te verwijzen naar bijvoorbeeld de ggz of specialistische zorg ingewikkelder. Er bestaat door wachtlijsten altijd een risico dat patiënten pas opgeroepen worden als de locatie reeds gesloten is. Anderzijds blijven bewoners soms veel langer dan verwacht op een locatie en had die tijd benut kunnen worden voor een verwijzing. Ook voor locatiemanagers blijkt dat een ingewikkeld vraagstuk: 'Hoe groot is de nood? Kun je wachten tot een spreekuur, moet het nu of mag het later? Ja, daar moet je dan maar een inschatting van maken.'

Praktijklijn

De toegang tot zorg buiten kantoortijden verloopt niet via de locaties. Waar elders de huisartsenpost zou worden gebeld, is voor asielzoekers de praktijklijn van GZA beschikbaar. Op dit moment is ongeveer driekwart van de CNO-locaties aangesloten op de GZA-praktijklijn. Sommige CNO-locaties kiezen zelf voor een alternatief, bijvoorbeeld via Just4Care, dat een eigen praktijklijn heeft. Er is veel kritiek op de GZA-praktijklijn onder de geïnterviewden in dit onderzoek, vooral wat betreft de wachttijden, die soms tot anderhalf uur kunnen ophopen, de behulpzaamheid bij casuïstiek, maar ook wat betreft de bereidheid tot het delen van informatie. Sommige locatiemanagers en professionals vertellen ons dat ze in noodgevallen daarom toch maar zorg via de reguliere huisartsenposten proberen te regelen. Artsen werkzaam voor detacheringbureaus zouden via de praktijklijn informatie kunnen ophalen over bewoners, in de praktijk blijkt dit echter niet altijd zinvol: 'Als mensen niet op een locatie zijn geweest waar GZA de regie heeft gehad, dan is er helemaal geen dossier. Dus dan kan je wel bellen, maar is er niks te halen,' aldus een arts.

6.2 Mondzorg

Mondzorg is een thema dat onder alle mensen met wie we hebben gesproken erg leeft. De toegang tot de tandarts wisselt per locatie: op sommige locaties zijn afspraken gemaakt met tandartsen in de buurt waar bewoners met problemen naartoe kunnen voor behandeling. Soms wordt gebruikgemaakt van contacten van GZA voor verwijzing van patiënten. Binnen de RMA, die voor alle asielzoekers geldt, is er voor tandartsenzorg een beperkte vergoeding mogelijk van € 250 voor acute problemen. Indien er duurdere behandelingen nodig zijn, moet daar eerst door de RMA toestemming voor gegeven zijn. Hulpverleners zien dan soms mensen op het spreekuur die teruggestuurd zijn met een offerte en begroting. Locatiemanagers en zorgverleners signaleren dat het maximale bedrag voor deze doelgroep, die een grotere behoefte heeft aan tandzorg, onvoldoende is. Vanwege een matige tot slechte mondhygiëne en doorgaans weinig/geen toegang tot tandartsenzorg in het verleden is de behoefte aan tandartsenzorg groter: '80% heeft een slecht gebit en een slechte tandhygiëne,' schat een professional.

Locatiemanagers en zorgverleners onderstrepen dat de afspraken omtrent vergoedingen in de RMA vervolgens ook tot verschillen in het ingezette behandelplan leiden: 'Een bewoner hier heeft al drie kiezen eruit, hij is heel jong, maar kreeg geen wortelkanaalbehandeling vergoed.' 'Tandartsenzorg wordt alleen vergoed voor dikke wangen en hoge koorts.' Maar wat je in andere gevallen, waarin er wel degelijk een hulpvraag is, wel of niet kunt doen, is voor de mensen werkzaam op de locaties niet altijd duidelijk.

Soms wordt in die gevallen aan bewoners verteld dat behandeling (zonder trekken van tanden) mogelijk is, maar dat ze zelf voor de behandeling moeten betalen. Bewoners moeten dan zelf een afweging maken. Uit angst voor kosten wordt mondzorg dan ook door veel bewoners uitgesteld.

'Afen toe zijn er wel extreme dingen, bijvoorbeeld dat alles getrokken moet worden en de patiënt een mond vol kronen moet krijgen, maar dan wel getrokken tanden heeft maar geen kronen. Dat is natuurlijk niet helemaal hoe je het zou willen zien. Maar dit zijn wel de extreme gevallen'

– Locatiemanager

6.3 Psychosociale zorg

De toegang tot psychosociale zorg blijkt ook in de crisishulpverlening een heikel punt. Alhoewel op enkele locaties pilots lopen met praktijkondersteuners, is laagdrempelige psychosociale ondersteuning veelal nog niet beschikbaar. Dit wordt als een gemis gezien, zoals ook een arts stelt: 'Voor veel problemen zou een gesprek met de praktijkondersteuner al genoeg zijn. Maar nu gaat het in een spiraal naar ergere klachten.' Dit signaal blijkt overeen te komen met de informatie die we uit onze interviews haalden: dat slechts weinig bewoners een psychosociaal hulpverlener hebben gezien. Wanneer verwijzing naar de ggz nodig is, blijkt dit moeilijk te realiseren. Waar verschillende artsen uit de JGZ benoemen dat verwijzingen redelijk goed te organiseren zijn, lopen andere artsen tegen problemen aan als ze volwassenen willen verwijzen.

'Het is een reflectie van de Nederlandse maatschappij, je komt gewoon op een wachtlijst terecht', zegt een locatiemanager. De vraag om ondersteuning wordt echter steeds groter: 'Ik ging van een relatief tevreden gevoel naar schrijnend slecht. Er is een groep mensen met hulpvragen die niet beantwoord worden. Het probleem wordt groter naarmate je langer open bent.' Voor de doelgroep asielzoekers zijn verschillende interventies op psychosociaal gebied in onderzoeken effectief gebleken, zoals bijvoorbeeld MindFit, MindSpring, Bamboe en PM+. Echter door gebrek aan infrastructuur en financiële middelen worden deze niet vaak ingezet. Een beleidsprofessional schetst: 'Vijf maanden geleden vroeg ik naar het aanbod aan trainingen of preventieve interventies om in te zetten, maar daar was geen geld voor. Zijn we die fase van preventieve interventies niet al voorbij, omdat de problematiek al verergerd is?'

'Vluchtelingen klagen niet snel, lopen er niet mee te koop, zullen niet om hulp vragen. Daar maak ik me zorgen over. Locatiemanagers hebben niet per se een achtergrond in de zorg. Ze weten ook niet altijd hoe ze moeten reageren bij heftige ervaringen.'

– Medewerker beleidsorganisatie

6.4 Publieke gezondheidszorg

Toegang tot de publieke gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg is wisselend. De JGZ wordt in principe uitgevoerd door Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA), evenals de tbc-screening voor bewoners die deze in Ter Apel hebben gemist. De GGD voert de hygiëne-inspectie uit bij het openen van een nieuwe locatie.

Hulpverleners werkzaam in de JGZ vertellen dat zij soms pas laat op de hoogte gesteld worden van het bestaan van een locatie, waardoor ze pas laat kunnen instappen. Vaak wordt daardoor de termijn van zes weken waarbinnen een kind beoordeeld moet worden niet gehaald.

Een hulpverlener vertelt: 'Dan heb je een hele bulk kinderen. Je moet een schifting maken wie je als eerste gaat zien. Dat doe je op leeftijd, tenzij de veiligheidsregio aangeeft dat een kind extra aandacht nodig heeft.' Ook capaciteitsproblemen spelen een rol: sommige professionals zeggen dat er behoefte is aan betere coördinatie: 'Soms lukt het niet op zo'n locatie om alles snel in kaart te brengen. Dat kan beter gestroomlijnd worden, daar moeten we betere afspraken over maken.' Ook het rijksvaccinatieprogramma kan niet altijd goed worden gevolgd. Frequente verplaatsingen van bewoners en de korte bestaanstijd van locaties spelen een rol bij de problemen. Zo stelt een medewerker van een beleidsorganisatie: 'Kun je JGZ aanbieden zoals je wil? Er zijn veel te veel verhuizingen. Dan is er een afspraak gemaakt, en zijn ze alweer vertrokken.' Ook op de werkvloer ervaren sommige hulpverleners daarom onmacht. Een hulpverlener van de JGZ spreekt uit: 'Ik denk dat er anders wordt geluisterd naar GZA dan naar de JGZ, er wordt minder naar onze problemen geluisterd.' De verschillen tussen groepen vluchtelingen wat afspraken betreft, zijn voor hulpverleners moeilijk te accepteren. Een JGZ-professional vertelt: 'Elk Oekraïens kind krijgt een intake en een onderzoek. Al snel kwam uit de monitoring naar de cijfers bij de asielzoekerskinderen terug dat we bij hen de intake niet halen. Wat is de minimumzorg? We zijn maar aan het afschalen en afschalen.' Mogelijk speelt hier een rol dat Oekraïners geregistreerd staan in de Basisregistratie Personen (BRP); zij worden automatisch opgeroepen door de GGD. Voor bewoners in de CNO werkt dit niet zo, zij staan niet in de BRP geregistreerd en dus moet de GGD geïnformeerd worden over de aanwezigheid van nieuwe gezinnen op een locatie.

'Op mijn locatie heb ik alleen de kinderen van 0-4 in beeld, maar de rest niet. Ik ben zo'n CNO waar de inspectie het over heeft, die het niet goed doet. Aan wie leg ik verantwoordelijkheid hierover af? We kunnen het wel uitleggen, maar we kunnen geen verantwoordelijkheid afleggen. We weten niet wie het goed doet, en wie niet.'

– Hulpverlener in de JGZ

Gezondheidsbevordering en voorlichting

Waar in de asielzoekerscentra gezondheidsbevorderaars regelmatig zorgen voor voorlichting en gezondheidsinformatiebijeenkomsten voor bewoners, blijkt dit in de crisisnoodopvang niet vanzelfsprekend. Een coördinator van de GGD schetst: 'Voor Oekraïners loopt het goed; voor noodopvang en azc ook. Voor de CNO niet. Gezondheidsbevorderaars zijn er niet op CNO-locaties. Als er voorlichting gegeven wordt, is dit vooral over hoe bewoners van zorg gebruik kunnen maken, maar niet meer. Hier is dus sprake van een *gap*.'

6.5 Continuïteit van zorg

Informatieoverdracht/dossiervorming

'Qua zorg: het grootste gevaar is dat niet alles in kaart blijft. Wisselingen van de wacht, geen continuïteit. Je weet niet wat is opgestart, wie is gescreend.'

– Arts werkzaam in de CNO

Op dit moment is er geen huisartseninformatiesysteem (HIS) waar alle artsen die werkzaam zijn in de crisisnoodopvang gebruik van kunnen maken. Het onderwerp is eerder geagendeerd en er zijn brandbrieven en artikelen in de media over verschenen, maar er is nog geen oplossing voor het gebrek aan een elektronisch patiëntendossier wanneer zorg niet door GZA verleend wordt: 'Alle gegevens van asielzoekers die worden geregistreerd in Ter Apel worden automatisch ingeladen in het HIS, ook als ze niet naar GZA-locaties gaan. Alleen kunnen wij vervolgens geen verdere consultgegevens invoeren, omdat we geen zorg leveren daar. Het is aan de andere zorgpartijen op die locaties om een patiëntensysteem te ontwikkelen.' In de praktijk blijkt dit tot nu toe niet mogelijk, omdat detacheringsbureaus geen zorgorganisaties zijn. Op de locaties waar detacheerders in de lead zijn, bestaat dus geen elektronisch patiëntendossier.

Dit ondermijnt in sommige gevallen het medisch beroepsgeheim en leidt tot risico's in de informatieoverdracht: verlies aan informatie, over- en onderbehandeling (door verkeerde aannames), met potentieel gezondheidsgevaar tot gevolg: 'Patiënten met serieuze klachten wisselen tussen vier, vijf noodlocaties, met alleen wat losse blaadjes. Het is lastig te zien welke zorg zij al hebben gehad en wat moet worden overgenomen.' Het is voorlopig dus aan zorgverleners zelf om het gebrek aan dossiers op te lossen. Op sommige locaties worden op laptops dossiers aangelegd. Bij een verwijzing of verplaatsing wordt het dossier dan uitgeprint: 'De arts geeft een envelop aan de bewoner mee met een medische overdracht voor een volgende arts, als er van locatie wordt gewisseld'. Elders worden, beveiligd of onbeveiligd, via e-mail dossiers uitgewisseld tussen hulpverleners als duidelijk is waar de patiënt heengaat of vandaan komt. Soms wordt aan ondersteunende organisaties gevraagd om voor overdracht van medische gegevens te zorgen. Zowel medische als ondersteunende hulpverleners geven aan dat ze deze methode moreel bezwaarlijk vinden, maar dat ze soms geen andere optie hebben. Soms is niet duidelijk waar informatie over een patiënt kan worden opgehaald: 'De onduidelijkheid begint al met dat je niet weet wie je moet benaderen om de juiste informatie te krijgen. COA? Locatiemanager? Overheidspagina's?'

Verwijzingen en medisch-specialistische zorg

Wanneer er meer zorg nodig is dan door de artsen op de CNO-locatie geboden kan worden, is een verwijzing naar een andere professional in het ziekenhuis of van een andere discipline geïndiceerd. Beleidsorganisaties staan stil bij hoe in het begin van de crisishulpverlening verwijzingsopties ontbraken: 'Er was geen vervolgzorg. Daardoor wordt zorg ineens acuut. Voorbeeld: er was een man met wonden op zijn voeten. Hij werd niet gezien, maar kreeg alleen een verbandje en kreeg toen sepsis. Hij was superziek en moest naar het ziekenhuis. Als hij eerder was gezien, had dit voorkomen kunnen worden.' In de focusgroepen verzekerden artsen ons dat, mits de zorg volgens de RMA vergoed wordt, verwijzing in de regio inmiddels wel mogelijk is: 'De verzekering is wel iets uitgekleeft, niet alles wordt vergoed. Er zijn lijsten van de RMA van wat wordt vergoed.

Als je je daaraan houdt, lukt het wel.' De frequent wisselende contacten en frequente verplaatsingen maken het wel ingewikkeld om continuïteit van zorg te garanderen.

Medische overplaatsingen naar het asielzoekerscentrum

Het overplaatsen van asielzoekers die vanwege een (nieuw ontstane) medische hulpvraag in een regulier asielzoekerscentrum thuishoren, is niet in alle regio's even makkelijk. Vaak kan dit vanwege capaciteitsproblemen alleen op medische indicatie. Locatiemanagers en zorgverleners hebben verschillende ervaringen met hoe eenvoudig of moeilijk dit is. Zo horen we dat wanneer een arts een expliciet verzoek bij het COA doet, dit in sommige regio's op korte termijn ingewilligd wordt, terwijl elders mensen met een medisch probleem soms langdurig op overplaatsing moeten wachten. Wanneer er op een locatie relatief veel aanvragen voor overplaatsing zijn, wordt dit niet altijd gewaardeerd: 'Wij zijn op de vingers getikt door het COA dat er veel transfers zijn. Doordat de huisarts op locatie veel ziet en zijn best doet voor transfers. Dat wordt als lastig gezien door het COA.' Als er geen zwaarwegende reden is, maar het voor het psychosociaal welzijn van een bewoner prettiger zou zijn om overgeplaatst te worden, is dit niet mogelijk, signaleert een hulpverlener: 'Het zou fijn zijn als familie kan verhuizen in de buurt van familie. Ik snap dat het COA daar niet aan kan beginnen, maar ik denk dat het voor de mentale gezondheid veel beter is om mensen dicht bij familie te plaatsen. Hoe kun je zorgen dat mensen mentaal overeind blijven? Daar is dit belangrijk voor.' Ook welzijnsorganisaties benadrukken dat dit een groot probleem is.

6.6 Belemmeringen

Minimale standaarden van zorg

Voor de zorg in de CNO zijn geen duidelijke afspraken gemaakt over wat deze inhoudt en welke minimale standaarden ervoor moeten gelden. Het ontbreken van minimale standaarden van zorg en het feit dat de CNO nog steeds omschreven wordt als een crisishulpverlening, betekent in veel gevallen dat wel acute zorg verleend wordt, maar dat chronische of niet-acute zorg niet altijd toegankelijk is.

In een focusgroep deelt een arts: 'Nu is de definitie heel nauw: op een locatie moet er iemand zijn die kan verwijzen. Maar er moet eigenlijk meer zijn dan dat.' Ook ten aanzien van randvoorwaarden om zorg te verlenen is er geen duidelijkheid. Een andere arts vertelt: 'Er zijn wel degelijk afspraken over wat er vergoed zou moeten worden. De RMA-website wordt gevolgd. Maar bijvoorbeeld over welke apparatuur er zou moeten zijn, dat weet ik niet zo goed. Dat is niet heel duidelijk vastgelegd. Voor medicijnen die aanwezig moeten zijn, daar zijn lijsten voor opgesteld, maar ik heb zelf ook meegemaakt dat er geen gehoor aan gegeven werd.' Niet alleen professionals uit de praktijk stellen vragen over de minimumstandaarden van zorg. Ook in de interviews met beleidsorganisaties kwam keer op keer terug dat er onduidelijkheid is over (het bestaan van) de minimale standaarden van zorg.

Onvervulde behoeften

Hulpverleners ervaren het ontbreken van minimale standaarden bijvoorbeeld ook in verwijzingen die wel of niet geaccepteerd worden: 'Specialistische dingen worden niet vergoed, alleen als het acuut is. Een tumor wordt wel verholpen, maar pijn aan de knie niet.' De grootste onvervulde behoeften en mismatches tussen hulpvragen en zorgaanbod worden echter ervaren in de psychosociale hulpverlening en de mondzorg. Voor bewoners van de crisishulpverlening is hier een duidelijke mismatch tussen wat er nodig is en wat er geboden kan worden.

'Er zijn geen richtlijnen voor zorg in de CNO. Het Rijk heeft toegezegd aan de veiligheidsregio's om de zorg te faciliteren. We hebben de basiszorg als uitgangspunt genomen.'
– Medewerker beleidsorganisatie

Zorgcapaciteit

Capaciteitsproblemen in de zorg hebben geleid tot het inschakelen van detacheerders, zonder welke op sommige locaties geen toegang tot zorg aanwezig zou zijn geweest. Hulpverleners geven echter aan dat capaciteitsproblemen nog steeds de toegang tot zorg ondermijnen. In alle gesprekken met uitvoerende professionals komt dit naar voren. Professionals in de JGZ schetsen hoe ze te werk gingen: 'Er kwam opeens een hele stroom kinderen, maar er was te weinig capaciteit. We besloten maar gewoon te beginnen. Ik ging er met een koffertje heen, en heb hapsnap een spreekuurtje gedaan... Maar doen we dit op de juiste manier?'

Zorgcapaciteit gaat niet alleen over zorgbehoefte en beschikbare zorgverleners, maar ook over de aard van het werk. Zoals eerder genoemd ervaren hulpverleners het werk in de CNO als mentaal zwaar en soms als frustrerend. Wanneer hier niet voldoende aandacht aan besteed wordt kan dit leiden tot uitval, wat de zorgcapaciteit verder ondermijnt. Gezien de problemen met de algemene capaciteit en beschikbaarheid van zorg in Nederland is dit onwenselijk.

Financiële belemmeringen

Welke zorg vergoed wordt aan bewoners in de crisishulpverlening is in principe vastgelegd in de RMA. Bewoners gaan ervanuit dat de arts of de tandarts weet welke zorg vergoed wordt en welke niet. Onzekerheid bestaat over situaties waarin hulpverleners onvoldoende op de hoogte zijn, of waarin zorgkosten toch niet vergoed kunnen worden en patiënten zelf de financiële kosten moeten dragen. Ook worden bewoners nog steeds weleens weggestuurd bij zorgvragen, vertelt een locatiemanager: 'Als er spoedeisende hulp nodig is en je belt 112, dan is het ook wel voorgekomen dat ze in het ziekenhuis een discussie krijgen: is deze meneer of mevrouw verzekerd, voor er iets gedaan kan worden. Ja, dat is heel vervelend.'

De meeste bewoners in de CNO hebben een RMA-zorgpas. Voor ongeregistreerde bewoners gelden dezelfde vergoedingen en kunnen de zorgkosten bij het COA worden gedeclareerd.

Toch ervaren artsen en andere hulpverleners in de praktijk dat de zorg die bewoners in de CNO aangeboden krijgen minimaal is, en dat die soms gericht is op het absoluut noodzakelijke, en niet op wat het best voor de patiënt is. Zo schetst een hulpverlener: 'Het moet noodzakelijk zijn, maar of het echt gericht is op de kwaliteit van leven verbeteren, nee dat denk ik niet.' Anderen benadrukken dat er nog steeds noodzorg verleend wordt, maar dat sommige bewoners al meer dan negen maanden in de CNO verblijven. Zorg wordt uitgesteld en uitgesteld, maar zonder oog op verandering van de situatie. Een medewerker van een uitvoerende organisatie onderstreept: 'grootste gezondheidsrisico is dat zorgvragen niet of niet op tijd worden opgepakt, waardoor ze zo veel verergeren en waardoor er een acute situatie kan ontstaan. Als eerste is dat vervelend voor de persoon, die loopt al dagen ermee rond en wordt dus niet goed behandeld. Daarnaast betekent dit een extra belasting voor het zorgpersoneel, omdat we gewoon wachten tot alles erger wordt; ook is het veel duurder.' Alhoewel zelfzorgmedicijnen de verantwoordelijkheid zijn van de locatiemanagers, zijn deze niet op alle locaties aanwezig. In die gevallen kunnen moneycards uitkomst bieden, zodat bewoners zelf zelfzorgmedicijnen, maar ook medicatie die buiten de RMA-vergoeding valt, menstruatieproducten of bijvoorbeeld vitamines kunnen kopen. Niet op alle locaties zijn deze moneycards echter voorhanden. Zo vertelt een bewoner: 'Ik heb last van jeuk. Die medicijnen krijg ik niet van de dokter, maar ik moet zelf pillen kopen met mijn moneycard. Maar die moneycard heb ik nog niet.'

'We komen wel tegen dat voor grotere ingrepen die wat meer kosten de RMA niet altijd de kosten dekt. Dat is wel een problematisch punt, denk ik. Waardoor soms ook een keuze moet worden gemaakt voor een tijdelijke oplossing, wat niet per se in het belang is van de patiënt.'

– Locatiemanager

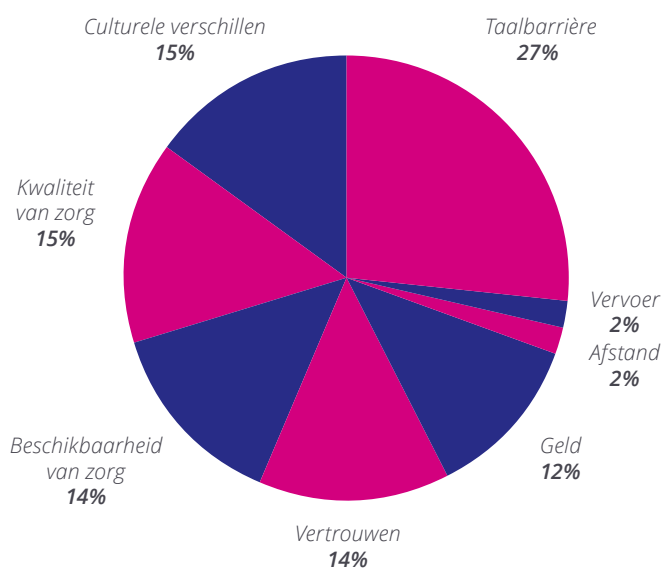
'Onder de bewoners bestaat verwarring over wat wel en niet vergoed wordt. Het risico bestaat dat ze iets doen wat dan uiteindelijk niet vergoed wordt, en dan zitten zij met het probleem. Zij gaan ervanuit dat de dokter of tandarts het wel weet. Deze verhalen maken andere mensen weer bang.'

– Locatiemanager

Ervaringen met het ontvangen en verlenen van zorg

Een meerderheid van de bewoners (65%) ervaart geen barrières in de toegang tot zorg. Ongeveer een kwart van de geïnterviewden geeft aan dat ze wel degelijk barrières ervaren. De meest genoemde barrières staan in figuur 3 grafisch weergegeven.

Welke belemmeringen ervaar je in de toegang tot zorg? N=59



Figuur 3: barrières in de toegang tot zorg – ervaren door bewoners

Alhoewel gebrekkige informatievoorziening niet specifiek genoemd wordt, blijkt dit in de praktijk wel degelijk de ervaringen met het ontvangen van zorg te beïnvloeden. Op alle locaties die we bezocht hebben was gezondheidszorg aanwezig. Voor de meeste bewoners was duidelijk wat ze moesten doen als ze van deze zorg gebruik wilden maken. Wanneer bewoners de locatie verlaten voor zorg elders, zoals van het ziekenhuis, de tandarts, de publieke gezondheidszorg of bij bloedafnames, ontstaat wel veel onduidelijkheid. Locatiemedewerkers zijn dan vaak veel tijd kwijt aan het uitleggen van het Nederlandse gezondheidssysteem of het begeleiden van bewoners. Vaak moeten zij bewoners bij de toegang tot zorg helpen. Bewoners ervaren verder vooral problemen in de informatievoorziening als het aankomt op specifieke vormen van zorg, zoals van de tandarts: 'Ik heb geen financiële middelen om zelf naar de tandarts te gaan, anders had ik dat al lang gedaan. Ik ben afhankelijk van de regelingen van de tandarts.'

7.1 Tevredenheid en respect

Tevredenheid

41% van de geïnterviewden geeft aan tevreden te zijn met de gezondheidszorg die zij ontvangen hebben. Sommigen noemen specifiek dat het prettig is dat ze op hun verblijfslocatie naar een arts kunnen. Anderen staan stil bij het feit dat er met hen meegedacht wordt over behandelingen en dat er naar ze geluisterd wordt als ze een ander beleid willen: 'Ze zijn aardig en waren het met me eens toen ik weigerde mijn tand te laten trekken. In plaats daarvan verzorgden ze het gaatje.' Soms verandert de mening van bewoners over de Nederlandse gezondheidszorg ten positieve nadat zij gebruik hebben gemaakt van de zorg: 'Bij de start was ik helemaal niet tevreden, omdat ik geen hulp kreeg voor mijn tand. Nu ik hier ben, ben ik erg tevreden.' Maar soms verandert hun mening ook ten negatieve. Zo is een op de vijf bewoners ontevreden over de zorg die zij ontvingen: 'Ik hoor altijd goeie dingen. Toen ik werkelijk een klacht had, had ik het gevoel dat ze mij niet geloven. Ze hebben mij niet geholpen. Het voelt alsof ze me niet begrijpen, terwijl ik wel heel duidelijk aangeef wat mijn probleem is.' Andere redenen voor ontevredenheid zijn lange wachttijden, niet de juiste hulp krijgen en gebrek aan actie van hulpverleners. Dit laatste leidt soms tot irritatie: 'Ik word niet naar elders verwezen. Er is geen oprechte aandacht voor me. Het is alsof ik een bedelaar ben. Ik word niet echt gehoord. Niet alle artsen hier zijn goed.' Enkelen denken wel dat dit niet altijd aan de zorgverlener, maar juist aan de organisatie van het zorgsysteem ligt: 'Ik krijg niet wat ik nodig heb, maar ik begrijp dat dat is op basis van hoe het systeem werkt. Het ligt niet aan de arts.'

'Mijn voeten gaan beter sinds ik de behandeling heb gekregen. In Pakistan slikte ik veel medicijnen voor mijn eczeem en hier gaat het met alleen een crème al een stuk beter.'

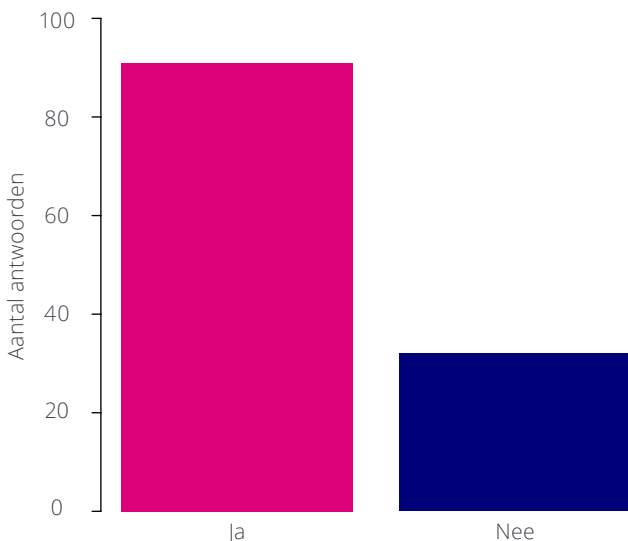
– Bewoner

Niet alle bewoners voelen zich door de hulpverleners geholpen: 'Ze helpen me niet met mijn klachten. En er wordt onderscheid gemaakt in hulp voor gezinnen en alleenstaande mannen. Alleenstaande mannen krijgen niet écht hulp.'

Respect

Over het algemeen voelen bewoners zich gerespecteerd door de zorgverleners die ze treffen. Vooral de professionaliteit, communicatie en empathie van Nederlandse hulpverleners worden gewaardeerd. Tekenen van menselijkheid zijn voor bewoners belangrijk: 'Ze zijn echt goed. Ik ben in het ziekenhuis geweest en de verpleegkundige was echt heel aardig. Ze gaf me een knuffel en zei dat ze me dapper vond,' zegt een bewoner die gediagnosticeerd werd met een niet eerder herkende gebroken rug. Een meerderheid van de geïnterviewden heeft vertrouwen in de zorgverleners die ze spreken. Het vertrouwen neemt toe met oprechte aandacht en uitgebreid onderzoek: 'De JGZ was heel goed. Ze keken hem van top tot teen na en hij moest allerlei testjes doen.'

Vind je de zorg in Nederland goed? N=123



Figuur 4: Mening over de zorg

7.2 Verwachtingen

Locatiemanagers merken op dat ook verwachtingen van bewoners een rol spelen bij de vraag of mensen tevreden zijn. Zo wordt opgemerkt dat bewoners meer medicijnen verwachten te ontvangen dan in het Nederlandse zorgsysteem gebruikelijk is. Oplossingen hiervoor verschillen van locatie tot locatie. Op sommige locaties wordt hierop ingespeeld door de aanschaf van veel zelfzorgmiddelen om bewoners bij klachten conform verwachting iets te kunnen bieden. Op andere locaties wordt juist getracht vooral meer gezondheidsuitleg te geven om de verwachtingen in lijn te krijgen.

De huisarts als professional is voor veel nieuwkomers niet bekend. Een arts buiten het ziekenhuis, laat staan op een CNO-locatie, vinden ze vaak vreemd. Daarom geven sommige bewoners aan meer vertrouwen te hebben in het ziekenhuis. Het Nederlandse eerstelijnsstelsel, waarin pas relatief laat medicatie wordt voorgeschreven en je soms eerst moet afwachten, is niet alleen voor bewoners in de CNO die van ver komen vreemd. Zo merkt een medewerker op: 'In Nederland is het eerste medicijn dat iemand krijgt een paracetamol en daar kijken ook westerse landen al een beetje met argwaan naar. En dan is het: blijf maar een paar dagen thuis, neem een glaasje jus d'orange, dan gaat het vanzelf over. Als je bijvoorbeeld alleen al in Frankrijk bent, daar krijg je een pilletje, zogenaamd ben je dan na twee dagen weer beter. Dus ook daar zitten al culturele verschillen.'

In de focusgroepen vertellen artsen dat asielzoekers soms niet weten wie ze voor zich hebben: is het een arts, doktersassistente of verpleegkundige? Bewoners hopen dat hun klacht verholpen gaat worden. Als dat niet het geval is, leidt dat tot teleurstelling en ook tot minder vertrouwen met het oog op de toekomst. Het belang van goede communicatie, voorlichting en continue informatievoorziening om misverstanden omtrent zulke zaken te voorkomen komt in alle gesprekken regelmatig naar boven.

'Ze zijn heel vaak boos omdat ze alleen paracetamol of ibuprofen krijgen. Dan hebben ze het gevoel dat ze veel zwaardere hulp nodig hebben dan ze krijgen. Ze willen graag een second opinion, vinden niet dat het volgens Nederlandse standaarden gaat. De verwachtingen en realiteit liggen ver uit elkaar.'

- Locatiemanager

'Als je niet communiceert met de mensen, dan kun je ook niet verwachten dat ze onze regels snappen, begrijpen en toepassen.'

- Locatiemanager

7.3 Cultuur en taal

Culturele verschillen

Het feit dat in Nederland vaak eerst afgewacht wordt en zelfzorgadviezen ('een paracetamolletje') gegeven kunnen worden, is zoals eerdergenoemd voor veel mensen met een andere culturele achtergrond vreemd: 'Ik heb wel verhalen gehoord dat bewoners vaak niet tevreden zijn. Want huisartsen in Nederland geven niet zo snel medicatie en sturen mensen niet snel naar het ziekenhuis. Er kan beter op ingespeeld worden, op culturele aspecten en ervaringen', legt een locatiemanager uit.

In de CNO zijn bij uitstek veel mensen werkzaam die eerder nog geen ervaring hadden met asielzoekers. Sommige professionals geven ook eerlijk toe dat ze weinig ervaring hebben met het werken met mensen met een andere culturele achtergrond. Een locatiemanager deelt: 'Misschien is het er wel, maar is het bij mij niet bekend hoe je zorgt dat je bewoners uit verschillende culturen beter informeert, gepast informeert. Omdat daar als het ware drempels worden weggenomen.' In gesprekken geven professionals aan dat ze behoefte hebben aan scholing en training over cultuursensitief werken en hoe ze specifieke groepen ('de Syriërs'/'de Eritreeërs') het best kunnen benaderen.

Taalbarrière

In verschillende gesprekken horen we terug dat de taalbarrière in de CNO tussen bewoners en professionals niet altijd voldoende overbrugd wordt. Ondanks dat zij in de interviews regelmatig aangeven dat een taalbarrière een rol speelt, zetten hulpverleners slechts in 43% van de contacten met bewoners een tolk in. Vaak is dit een vriend of bekende van de bewoner of een medewerker van de locatie (host, security, etc.) die assisteert. Dit vormt een risico in de informatieoverdracht, omdat we weten dat mensen het soms moeilijk vinden om intieme details te delen in het bijzijn van een bekende. Indien bewoners het Engels machtig zijn, wordt meestal direct met de bewoner gecommuniceerd. De tolkentelefoon of een officiële tolk op de locatie worden niet altijd ingezet. Redenen om de tolkentelefoon niet te gebruiken zijn de kosten en onvoldoende beschikbaarheid van de juiste tolken, waardoor hulpverleners en medewerkers vaak lang op ondersteuning moeten wachten. Ook de kwaliteit van de beschikbare tolkdiensten wordt door sommige artsen en verpleegkundigen aangemerkt als reden om deze niet te gebruiken. Het gevolg van deze problemen is dat vaak de vindingrijkheid van professionals nodig is om tot een oplossing te komen: 'Dus dan ga je zelf tolken en via onze telefoon kunnen we al een heel eind komen. Er waren mensen die een beetje Nederlands met ons spraken, omdat we die Nederlandse les verzorgen. Ik had op een bepaald moment drie mensen die ook de Engelse taal machtig waren. Dat helpt met tolken.'

'In het ziekenhuis werd verwacht dat ik zelf iemand mee zou nemen om te vertalen, dat lukte heel vaak niet. Ik probeerde het wel.'

- Bewoner

Dat een taalbarrière wel degelijk risico's met zich meebrengt, is voor veel mensen wel duidelijk, inclusief deze locatiemanager: 'Taalbarrières leiden tot problemen om een goede indicatie te maken. Ieder vult in vanuit de eigen cultuur. Dan zegt een bewoonster bijvoorbeeld: "In Iran had ik een zetpil gekregen, hier niet, dat heeft mijn miskraam veroorzaakt." Er ontstaat dus miscommunicatie. Het is lastig duidelijk te krijgen waar iemand last van heeft.'

Toch ziet niet iedereen het probleem. In dit onderzoek horen we vaak terug dat een vertaalapp voldoende is om de taalbarrière te overbruggen: 'Ja, eigenlijk levert dat nauwelijks of niet problemen op, we hebben natuurlijk ons telefoontje hè, waarmee we altijd kunnen vertalen en het mag misschien even duren, maar uiteindelijk weet iedereen die weg te vinden.' Inderdaad kan een vertaalapp in sommige gevallen een goede oplossing zijn. Wanneer er echter ingewikkelde gesprekken gevoerd moeten worden, is het gebruik van een vertaalapp onvoldoende en is een tolk onmisbaar. Ook hier zou scholing en training van toegevoegde waarde kunnen zijn.

Afwachtend beleid

Ondanks dat er vaak wel vertrouwen is in de zorgverleners op locatie, is er ontevredenheid over de kwaliteit van en de wachttijden in de zorg: 'Ik heb het gevoel dat ik een specialist nodig heb. Ik krijg niet de juiste hulp. Ze lijken niet de equipment hier te hebben die nodig is. Je kan er met niemand over praten, want de dokter is de dokter.' Veel bewoners ervaren dat de zorgverlening traag op gang komt. In gesprekken komt terug dat mensen vaak lang moeten wachten tot ze de zorg krijgen die ze nodig hebben. Deels hangt dit ook samen met informatievoorziening en verwachtingsmanagement – bijvoorbeeld ten aanzien van het Nederlandse verwijzingsstelsel en wachtlijsten.

'Er zijn niet voldoende medisch specialisten. Ik heb te lang moeten wachten en veel nutteloze medicijnen gekregen voordat ik naar een specialist verwezen werd.'

– Bewoner

In sommige gesprekken horen we echter ook terug dat aan bewoners uitgelegd is dat een behandeling uitgesteld wordt tot zij in een asielzoekerscentrum verblijven of een verblijfsvergunning hebben, terwijl dit uitstel volgens de geldende regels maar twee maanden mag duren. Dit betreft vooral behandelingen voor chronische ziekten of diagnostiek/behandeling van niet-acute klachten. Deze bewoners lopen dan lang rond met lichamelijke/mentale klachten.

Anderzijds ervaren hulpverleners soms ook dat bewoners niet naar afspraken komen of zelf geen afspraken maken voor medische zorg: 'Mensen kwamen niet of laat op afspraak, misschien omdat ze toch uit hun ritme zijn. Ik weet niet precies waarom mensen niet kwamen', vertelt een locatiemanager. Een collega wijt het laat in zorg komen aan het pas laat signaleren dat er iets speelt: 'Ze signaleren zelf laat dat ze ergens mee zitten. Misschien houden ze het privé. Zeker als vrouw, want er kan een mannelijke arts zijn. Je weet niet hoe het geregeld is. Misschien schaamte. Maar ik weet het niet zeker.' Ook andere locatiemanagers noemen schaamte en het niet willen delen van klachten als barrières in de toegang tot zorg.

Conclusie

In dit rapport hebben we een antwoord gegeven op de vraag 'Wat is de huidige situatie omtrent toegang tot zorg voor en gezondheid van bewoners in crisishulpverleningslocaties?' We toonden aan dat het CNO-systeem vooral wat betreft leefomstandigheden de gezondheid ondermijnt, maar ook zorgverleners onvoldoende mogelijkheden biedt om het hoogst haalbare niveau van gezondheid onder bewoners na te streven. Dit fundamentele recht op gezondheid is daarmee voor bewoners regelmatig buiten bereik.

Gezondheidsrisico's voor bewoners

Bewoners verblijven langdurig in locaties die daar niet voor bedoeld zijn. Dit vormt een bedreiging voor hun (psychische) welzijn en gezondheid. In ons onderzoek komen vooral de slechte leefomstandigheden naar voren, waaronder het gebrek aan privacy en problemen rond voeding. Op verschillende plekken worden minimale standaarden op het gebied van hygiëne en sanitair niet gehaald. Ook vormen het ontbreken van perspectief, onduidelijkheid over de procedures en de frequente verplaatsingen belangrijke risico's. Bewoners laten kracht en kwetsbaarheid zien, maar het lange verblijf op locaties die daar niet voor bedoeld zijn bedreigt hun welzijn en gezondheid.

Het ontbreken van een gedegen medische screening, en het voortduren van de achterstand in gezondheidsscreening, maakt dat er op CNO-locaties nog steeds zwangere vrouwen, jonge kinderen en andere kwetsbare groepen opgevangen worden. Op veel plekken worden gezinnen in de crisishulpverlening geplaatst, terwijl de CNO voor deze groep niet geschikt is. Specifieke gezondheidsrisico's van de crisishulpverlening zijn vooral het negatieve effect op de psychische gezondheid en de lichamelijke klachten die als gevolg daarvan ontstaan (bijvoorbeeld migraine, pijn op de borst en hartkloppingen). Psychische klachten en chronische stress verergeren snel, zeker zonder ondersteuning of behandeling. Ook mondzorg is een probleem voor deze groep met veel klachten over en achterstallig onderhoud aan het gebit. Deze gezondheidsrisico's komen bovenop bestaande gezondheidsproblemen en de verhoogde risico's die vluchtelingen per definitie al hebben. Behalve dat dit problematisch is voor de bewoners voor de CNO op dit moment, zal dit ook op de langere termijn effect blijven hebben voor hen en voor de Nederlandse samenleving. Immers, een slechte lichamelijke en psychische gezondheid kan een negatief effect hebben op de latere integratie en participatie.

Beperkingen in toegang, kwaliteit en continuïteit

Medische professionals zetten zich met hart en ziel in om bewoners in de crisishulpverlening enige toegang tot zorg te bieden. Zij dweilen voor hun gevoel echter met de kraan open doordat het systeem zelf de gezondheid van bewoners ondermijnt. Vaak werken zij onder moeilijke omstandigheden. Zij hebben vaak een matig uitgeruste werkplek, beschikken op veel locaties niet over een elektronisch patiëntendossier, en hebben geen training gehad in het werken met deze doelgroep. Hierdoor voelen zij zich niet altijd voldoende toegerust. De patiëntveiligheid en het medisch beroepsgeheim zijn in de CNO onvoldoende gewaarborgd. Professionals in de CNO kunnen of mogen vaak niet de zorg of ondersteuning bieden die ze nodig vinden. Het gebrek aan duidelijke afspraken over minimale standaarden voor toegang, kwaliteit en continuïteit van zorg vormt een groot probleem. Behalve dat dit alles risico's vormt voor patiënten, kan het ook zorgen voor frustratie en overbelasting van hulpverleners. Het ontbreken van een systeem voor informatieoverdracht, in combinatie met het vaak verplaatsen van bewoners, levert de grootste problemen op voor de continuïteit van zorg. Verwijzingen voor specialistische zorg en medische overplaatsingen van de CNO naar azc's verlopen in sommige gevallen goed, maar er zijn ook zorgverleners die het alleen na veel moeite of zelfs dan niet voor elkaar krijgen. De onzekerheid over de verblijfsduur op de locatie en eventuele verplaatsingen maakt dat zorgverleners soms terughoudend zijn in verwijzen. Bewoners zijn over het algemeen redelijk positief over hun ervaringen met zorgverleners, maar ervaren een gebrek aan informatievoorziening over zorg en gezondheid. Zo wordt er te weinig gebruikgemaakt van professionele tolken.

Pluriformiteit en onduidelijkheid

'De' crisisnoodopvang bestaat niet en 'de' zorg in de CNO ook niet. Het gebrek aan een handreiking vanuit de overheid naar gemeenten die passend is voor de huidige situatie, maakt dat er onvoldoende 'standaarden' zijn waar veiligheidsregio's en gemeenten zich aan kunnen houden of in de toekomst naartoe kunnen werken. In de praktijk bestaat daardoor een pluriform beeld wat betreft de randvoorwaarden voor opvang en toegang tot zorg, met negatieve en positieve uitschieters. Op enkele kleinschalige locaties in geschikte gebouwen ervaren bewoners rust en de menselijke maat. Hier kunnen zij herstellen van het verblijf in eerdere, slechtere opvanglocaties. Op andere plekken leven veel te veel mensen bij elkaar met gebrekkige voorzieningen en veel te weinig privacy. Dit is ronduit schadelijk.

Asielzoekers hebben na de eerste twee maanden dezelfde rechten op gezondheidszorg als iedereen. Uit dit onderzoek blijkt dat dit in de praktijk niet altijd het geval is. Zorgprofessionals weten niet altijd wat zij mogen en kunnen bieden. Het ontbreekt hen aan duidelijkheid over een minimale standaard voor de toegankelijkheid van de zorg, wat die zorg inhoudt en waar deze wat betreft kwaliteit aan moet voldoen. Wat daarbij niet helpt, is dat het beeld en de ervaring van landelijke en beleidsorganisaties hierover niet altijd overeenkomen met de realiteit voor hulpverleners en bewoners op de CNO-locaties. Het ontbreken van een reële langetermijnvisie en goede afspraken maakt ook dat het op dit moment niet mogelijk is de CNO goed te monitoren en evalueren. Tussen de verschillende regio's, maar ook tussen locaties onderling, vindt weinig onderling overleg plaats. Door het dynamische karakter van de opvang, met frequent openen en sluiten van nieuwe locaties, is er een gebrek aan lerend vermogen. De krapte op de arbeidsmarkt en de bestaande capaciteitsproblemen in de zorg beperken ook de zorg in de CNO. GZA kan niet alle CNO-locaties van zorg voorzien, en lokale huisartsen kunnen geen nieuwe patiënten aannemen. Detacheringsbureaus zoals Arts & Specialist en Just4Care hebben aantoonbaar de toegang tot zorg verbeterd. Hier zijn wel duidelijke afspraken nodig omtrent opdracht, noodzakelijke voorzieningen, supervisie en mogelijkheden voor dossiervorming en continuïteit van zorg, om zowel de hulpverleners als de patiënten te beschermen.

Een voortdurende crisis?

Er is sprake van een dilemma rond de term 'crisis'. Enerzijds duurt deze crisis nu zo lang dat de huidige situatie niet meer past binnen crisismanagement en een omschakeling naar een duurzaam, waardig, gelijkwaardig en eenduidig systeem noodzakelijk is. Het in stand houden van de 'crisis' maakt dat betrokken organisaties onvoldoende verantwoordelijkheid voelen om in de huidige situatie langetermijn- (en duurzamer) beleid te ontwikkelen, waardoor de crisis op persoonlijk niveau (voor bewoners, hulpverleners en locatiemanagers) blijft voortduren.

Concluderend: nu de CNO voorlopig blijft bestaan, is crisiszorg niet (meer) houdbaar. De crisisnoodopvang in zijn huidige vorm is ziekmakend voor bewoners en belastend voor professionals. De belangrijkste oplossing voor de problemen is uiteraard het zo snel mogelijk op niveau brengen van de reguliere asielopvang. Ondertussen zijn er inspanningen noodzakelijk van betrokken ministeries, beleids- en uitvoerende organisaties om de zorg te verbeteren. Bewoners in de CNO hebben recht op volledige eerstelijnszorg en dezelfde toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van zorg als andere nieuwkomers in Nederland. Hun zorg- en hulpverleners moeten in positie gebracht worden om die juiste zorg te kunnen leveren.

Aanbevelingen

De crisisnoodopvang is uit noodzaak geboren. Nu blijkt dat de CNO voorlopig nodig zal blijven, is het belangrijk om zo snel mogelijk te investeren in toegang, kwaliteit en continuïteit van zorg. Op basis van dit onderzoek doen we de volgende aanbevelingen om de situatie en specifiek de zorg in de CNO te verbeteren.

Aanbevelingen op landelijk niveau (ministerie van Justitie en Veiligheid, COA en uitvoerders)

Ten aanzien van de toegang tot zorg

- Ontwikkel met betrokken organisaties duidelijkheid over de normen voor toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van zorg in de CNO. Actualiseer de Handreiking Crisisnoodopvang met specifieke aandacht voor dit thema en zorg dat die handreiking leidend is in de praktijk. Dat maakt het mogelijk een standaard te handhaven en te monitoren.
- Werk aan een langetermijnperspectief. Door nu te voorzien in goede gezondheidszorg wordt het uitstellen van zorg voorkomen. Hiermee verklein je het risico op complicaties en de daarbij horende hogere zorgkosten.
- Bepaalde zorgvragen komen meer voor bij deze doelgroep (psychosociale zorg, mondzorg). Maak deze zorg zonder barrières beschikbaar om te streven naar gelijke gezondheidsuitkomsten.

Ten aanzien van kwaliteit van zorg

- Verbeter de monitoring van de situatie in de praktijk en organiseer een betere kennisuitwisseling tussen landelijke ketenpartners en uitvoerende professionals en tussen locaties onderling. Een kwaliteitscyclus van onderzoeken, verbeteren en leren helpt ook om geleerde lessen voor de toekomst vast te leggen.
- Zet voldoende en deskundige professionals in, die de benodigde ondersteuning krijgen om kwaliteit te kunnen bieden en die gebruik kunnen maken van tolkendiensten met goede beschikbaarheid.

Ten aanzien van continuïteit van zorg

- Verbeter en garandeer kwalitatief goede medische screening voor iedere bewoner. Voorkom het verblijf van kwetsbare groepen in de CNO, zeker aangezien overplaatsing moeilijk is.
- Bied continuïteit van zorg door gegevensuitwisseling mogelijk te maken (HIS, elektronisch patiëntendossier, inzicht in medische screening door GZA).
- Maak goede afspraken rondom redenen voor verplaatsingen; reduceer het aantal verplaatsingen zo veel mogelijk.

Ten aanzien van randvoorwaarden van zorg

- Streef naar gelijkheid, eerlijkheid, openheid van voorzieningen tussen verschillende vormen van crisisnoodopvang én tussen crisisnoodopvang, noodopvang, opvang voor Oekraïners en opvang in het azc. Iedere vluchteling, in welke vorm van opvang dan ook, heeft recht op gelijke toegang tot goede gezondheidszorg.
- Bied bewoners goede informatievoorziening over hun asielprocedure en wat ze kunnen verwachten.

Aanbevelingen op lokaal en regionaal niveau

Ten aanzien van de toegang tot zorg

- Organiseer toegang tot zorg op basis van de door landelijke beleidsorganisaties ontworpen minimale standaarden van zorg en open de locatie pas als hieraan voldaan is.
- 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.
- Breid de psychosociale hulp uit ter ondersteuning van mensen met klachten, én ter preventie van het ontstaan of verergeren van klachten bij anderen. Op individueel niveau door de inzet van een psycholoog of POH-GGZ, op groepsniveau door veerkracht versterkende interventies.

Ten aanzien van kwaliteit van zorg

- Zorg voor voldoende competenties van zorgverleners om goed te kunnen werken met de doelgroep. Bijvoorbeeld ten aanzien van gezondheidsrisico's, verschillen in het omgaan met gezondheid en zorg of cultuursensitief werken. Bied intervisie om de kwaliteit te verbeteren.
- Draag zorg voor voorzieningen voor zorgverleners en ondersteuners (werkplek, medicijnen, communicatiemiddelen), stimuleer tolkengebruik.
- Respecteer het recht op privacy van bewoners, deel zo min mogelijk persoonlijke (medische) gegevens met niet-zorgverlenend personeel.

Ten aanzien van continuïteit van zorg

- Zorg dat op alle locaties medische overplaatsingen mogelijk zijn en spoedig worden opgepakt.
- Investeer in een 'sociale kaart' van voorzieningen rondom de locatie.

Ten aanzien van randvoorwaarden van zorg en welzijn

- Zorg voor kleinschalige locaties en voor voldoende privacy.
- Draag zorg voor voldoende faciliteiten op locatie volgens de humanitaire standaarden, zoals rond hygiëne en sanitatie.
- Zorg voor activiteiten en dagbesteding die aansluiten bij de verschillende leeftijdscategorieën.
- Maak het mogelijk dat kinderen naar school kunnen gaan.
- Vergroot de zelfregie, door mogelijkheden te bieden om te koken en moneycards beschikbaar te stellen.
- Zorg dat zowel het locatiepersoneel als hulpverleners zijn toegerust in het omgaan met deze doelgroep, omgaan met psychische klachten, cultuursensitief werken en omgaan met taalbarrières.
- Voorzie in een goede informatievoorziening over (het recht op) gezondheidszorg, het Nederlandse gezondheidssysteem en mogelijkheden ten aanzien van medicatiegebruik en behandeling. Begeleid bewoners waar nodig. Bied net als op het azc gezondheidsvoorlichting over gezond leven in Nederland en omgaan met stress.

Referenties

1. Rijksoverheid. Protocol Meerjaren Productie Prognose migratieketen. Den Haag; 2022 Dec. Available from: <https://open.overheid.nl/repository/ronl-782d20286cc1a913aa8580b2be96b6842d598060/1/pdf/tk-bijlage-protocol-meerjaren-productie-prognose-migratieketen.pdf>
2. Rijksoverheid. Hoe verloopt het aanvragen van asiel? [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/asielbeleid/vraag-en-antwoord/procedure-asielzoeker>
3. COA. Opvangcapaciteit: een bed voor iedereen [Internet]. Procedures en Regelgeving. 2023 [cited 2023 May 14]. Available from: <https://www.coa.nl/nl/opvangcapaciteit-een-bed-voor-iedereen>
4. Vluchtelingenwerk Nederland. Tweede Quickscan Leefomstandigheden Noodopvang Asielzoekers [Internet]. 2022 Mar [cited 2023 Apr 25]. Available from: <https://www.vluchtelingenwerk.nl/sites/default/files/2022-03/Tweede%20quickscan%20noodopvanglocaties.pdf>
5. COA. Noodopvang en crisisnoodopvang [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.coa.nl/nl/noodopvang-en-crisisnoodopvang>
6. Rijksoverheid, COA, Politie, Landelijk Netwerk Bevolkingszorg, GGD GHOR. Handreiking Crisisnoodopvang. 2020 Dec. Available from: <https://vng.nl/sites/default/files/2021-10/handreiking-crisisnoodopvang.pdf>
7. COA. Capaciteit en bezetting [Internet]. Opvang en begeleiding. 2023 [cited 2023 May 14]. Available from: <https://www.coa.nl/nl/lijst/capaciteit-en-bezetting>
8. Jonker J. Spreidingswet blijft ongewijzigd en kan pas in 2024 ingaan [Internet]. NOS Nieuws. 2023 [cited 2023 May 14]. Available from: <https://nos.nl/artikel/2468459-spreidingswet-blijft-ongewijzigd-en-kan-pas-in-2024-ingaan>
9. Rijksoverheid. Hoe is de gezondheidszorg van asielzoekers geregeld? [Internet]. Asielbeleid. 2023 [cited 2023 May 14]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/asielbeleid/vraag-en-antwoord/gezondheidszorg-asielzoekers>
10. GZA. Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA) [Internet]. 2023 [cited 2023 May 8]. Available from: www.rmasielzoekers.nl
11. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Noodopvang asielzoekers: leefomstandigheden en gebrek aan perspectief leiden tot risico's voor de gezondheid [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2022 [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2022/06/29/noodopvang-asielzoekers-leefomstandigheden-en-gebrek-aan-perspectief-leiden-tot-risicos-voor-de-gezondheid>
12. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Medische zorg in crisisnoodopvang asielzoekers onder enorme druk [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2022 [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2022/08/03/medische-zorg-in-crisisnoodopvang-asielzoekers-onder-enorme-druk>
13. Inspectie Justitie en Veiligheid. Factsheet Kinderen in de (crisis)noodopvang [Internet]. Ministerie van Justitie en Veiligheid. 2023 [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://www.inspectie-jenv.nl/Publicaties/publicaties/2023/05/03/bijlage-kinderen-in-de-crisisnoodopvang>
14. Dokters van de Wereld, Artsen Zonder Grenzen Nederland. Noodkreet over toegang en kwaliteit medische zorg in crisisnoodopvang [Internet]. Amsterdam; 2022 Sep [cited 2023 Feb 8]. Available from: doktersvandewereld.org/nieuws/noodkreet-over-medische-zorg-in-crisisnoodopvang
15. Vluchtelingenwerk Nederland. Derde Quickscan (Crisis) Noodopvang Asielzoekers. 2022 Oct; Available from: https://www.vluchtelingenwerk.nl/sites/default/files/2022-10/Quickscan_NR3_OKT2022_V04.pdf
16. Lucas Brouwers, Carola Houtekamer. Dik verdienen aan magere zorg voor asielzoekers. NRC. 2023 Apr 3; Available from: <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/04/03/dik-verdienen-aan-magere-zorg-voor-asielzoekers-a4161126>

17. Lucas Brouwers, Carola Houtekamer. Het verdienmodel van detacheerder Arts & Specialist. NRC [Internet]. 2023 Mar 31 [cited 2023 Apr 14]; Available from: <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/03/31/het-verdienmodel-van-detacheerder-arts-specialist-minimale-zorg-voor-asielzoekers-tegen-maximale-winst-a4160900>
18. Irene van der Linde, Marieke Rotman, Machteld Veen. Vercommercialisering van de asielzorg "Uiteindelijk is dit duurkoop." De Groene Amsterdammer. 2023 Mar 29; Available from <https://www.groene.nl/artikel/uiteindelijk-is-dit-duurkoop>
19. Centraal Bureau voor de Statistiek. Asielverzoeken en nareizigers; nationaliteit, geslacht en leeftijd [Internet]. Statline. 2023 [cited 2023 May 25]. Available from: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83102ned/table?fromstatweb>
20. VZ Info. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit | Leeftijd en geslacht [Internet]. RIVM. 2022 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht>
21. Gerechtshof Den Haag. Uitspraak in hoger beroep over asielopvang [Internet]. de Rechtspraak. 2022 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Gerechtshoven/Gerechtshof-Den-Haag/Nieuws/Paginas/Uitspraak-in-hoger-beroep-over-asielopvang.aspx>
22. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Hygiënerichtlijn voor asielzoekerscentra [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2020 [cited 2023 May 25]. Available from: <https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen/asielzoekerscentra>
23. Sphere Project. The sphere handbook : humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 406 p.
24. COA. Weekgeld 2023 [Internet]. Den Haag; 2023 [cited 2023 May 25]. Available from: https://www.mycoa.nl/sites/default/files/weekgeld_2023.pdf
25. COA. Wekelijkse Vergoedingen [Internet]. Infosheets. 2022 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.mycoa.nl/nl/content/wekelijkse-vergoedingen>
26. Rijksoverheid. Factsheets Leefgeld voor vluchtelingen uit Oekraïne - veranderingen vanaf 1 februari 2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/01/27/factsheets-leefgeld-voor-vluchtelingen-uit-oekraïne-veranderingen-vanaf-1-februari-2023>
27. Pharos. Lichamelijke en psychische gezondheid vluchtelingen [Internet]. Infosheet. 2018 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://www.pharos.nl/infosheets/asielzoekers-vluchtelingen-statushouders-lichamelijke-en-psychische-gezondheid/>
28. Renkens J, Van den Muijsenberg METC. Psychosociale problemen bij vluchtelingen en hun kinderen. Handreiking voor de huisartspraktijk. [Internet]. Pharos; [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://www.pharos.nl/kennisbank/psychische-problematiek-bij-vluchtelingkinderen-en-jongeren>



**Pharos Expertisecentrum
Gezondheidsverschillen**

Arthur van Schendelstraat 600
3511 MJ Utrecht
www.pharos.nl

*Gezondheid en kwaliteit van zorg
voor iedereen*

