

12 Migratie en gezondheid

Maria van den Muijsenbergh, Evert Bloemen en Jonathan Honigh

In: In: Van den Muijsenbergh M & Oosterberg E: Persoonsgerichte zorg voor iedereen, met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk. NHG / Pharos 2022. Prelum uitgeverij

Kernboodschappen

- Migreren brengt gezondheidsrisico's met zich mee. Vooral vluchtelingen en ongedocumenteerde migranten hebben een groot risico op psychische problemen, samenhangend met hun migratiegeschiedenis en leefomstandigheden in Nederland.
- Migrant en etnische minderheden in Nederland hebben een slechtere gezondheid dan de gemiddelde bevolking: stress ten gevolge van het migratieproces, sociaaleconomische positie, en discriminatie, alsmede etnische verschillen in morbiditeit en het onvoldoende aansluiten van de gezondheidszorg wat betreft communicatie en beleving van ziekte liggen hieraan ten grondslag.
- Culturele achtergrond beïnvloedt de opvattingen over gezondheid en goede zorg. Voorlichting over de organisatie en cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg, en bespreken van elkaars opvattingen over ziekte en verwachtingen ten aanzien van de zorg kunnen helpen om de zorg af te stemmen en de tevredenheid over de zorg te vergroten.
- Elke patiënt, ook zij die onverzekerd en illegaal in Nederland zijn, heeft recht op de gangbare zorg; kosten van zorg voor ongedocumenteerde patiënten kunnen vergoed worden via de CAK-regeling onverzekerbare vreemdelingen.

12.1 Achtergrond

12.1.1 Redenen voor migratie

Een migrant is iemand die meer dan een jaar in een ander land woont dan zijn land van herkomst. Motieven om te migreren kunnen politiek, economisch, sociaal (bijv. een huwelijk) of ecologisch van aard zijn. Vaak zijn de redenen om te migreren niet eenduidig. Oorlog kan bijvoorbeeld de eigenlijke oorzaak zijn van de economische problemen die een individu nopen om een beter economisch bestaan te zoeken. De grootste groepen migranten die we in Nederland kennen zijn arbeidsmigranten, nazaten van inwoners van de voormalige Nederlandse koloniën en vluchtelingen.

12.1.2 Waarom is migratie een risicofactor voor de gezondheid?

Over het algemeen brengt iedere vorm van migratie, vrijwillig of onvrijwillig, tijdelijk of permanent, en legaal of illegaal, gezondheidsrisico's met zich mee. Deze risico's zijn zowel fysiek als psychisch en worden enerzijds veroorzaakt door het migratieproces zelf en anderzijds door post-migratiefactoren. Migreren zelf is, ook als het vrijwillig is, altijd een stressvolle en soms traumatiserende ervaring. Mensen verliezen vaak hun identiteit, familie, sociale en religieuze structuren door het verlaten van hun land van herkomst. Met name vluchtelingen leveren veel autonomie en sociale positie in bij het verblijf in vluchtelingenkampen of asielzoekerscentra, terwijl zij door het gedwongen karakter van hun migratie en de veelal traumatische omstandigheden die aanleiding waren voor hun vlucht mentaal en vaak ook fysiek al kwetsbaarder zijn dan andere migranten (zie par. 12.1.5 Vluchtelingen).

In het aankomstland worden migranten vervolgens blootgesteld aan nieuwe sociale en culturele situaties en is er soms slechts minimale werkgelegenheid en justitiële bescherming. Sociale integratie is voor veel migranten moeilijk, en soms zelfs onmogelijk, mede door taal- en culturele verschillen en discriminatie (zie hoofdstuk 7). Armoede en marginalisatie komen daarom vaker voor onder migranten, waardoor de sociale determinanten van ziekten zich stapelen in deze groep. Een zinvolle dagbesteding in de vorm van werk, opleiding of andere vorm van participatie en het gevoel erbij te horen hebben grote invloed op de gezondheid, hetgeen duidelijk blijkt uit onderzoek onder vluchtelingen die al langer in Nederland zijn: onder degenen zonder werk kwam tweemaal zo vaak diabetes voor als onder degenen met werk.¹ Ook is bijvoorbeeld de hoge prevalentie van psychische

problemen onder vluchtelingen geassocieerd met een gebrek aan sociale integratie en in het bijzonder met werkloosheid.^{2,3}

Een slechte gezondheid heeft op haar beurt een negatieve invloed op de maatschappelijke participatie, de taal leren beheersen en het afronden van integratietrajecten.

Migranten die illegaal in Nederland verblijven, zogeheten ongedocumenteerde migranten, hebben zeer slechte leefomstandigheden: zij zijn aangewezen op zwart werk, huren in de particuliere sector en mogen geen ziektekostenverzekering afsluiten. Hun gezondheid leidt hier ernstig onder (zie par.12.1.5 Ongedocumenteerde migranten).

12.1.3 Slechtere gezondheid dan anderen met dezelfde sociaaleconomische positie

Migranten lijden dus onevenredig sterk onder de sociale determinanten voor slechte gezondheid, waaronder barrières om maatschappelijk te participeren, armoede, discriminatie, gebrek aan sociale steun en beperkte gezondheidsvaardigheden.⁴

In heel Europa lijden migranten, in vergelijking met de autochtone bevolking van dezelfde sociaaleconomische status, én met hun leeftijdgenoten in het land van herkomst, vaker aan chronische ziekten en ervaren zij hun gezondheid als slechter.⁵⁻⁷ Hoewel etnische verschillen in morbiditeit, geweld en ongunstige ervaringen bijdragen aan een hoge incidentie van chronische aandoeningen, is er ook toenemend bewijs voor de relatie tussen migratiegerelateerde sociale problemen zoals hiervoor beschreven en de chronische stress die deze met zich meebrengen en de, zoals in hoofdstuk 5 beschreven, daar weer mee samenhangende snelle ontwikkeling van metabole ziekten, zoals hypertensie, overgewicht, diabetes,⁸ angst en depressie.⁹ Ook tijdens de coronapandemie bleken mensen met een migratieachtergrond kwetsbaarder dan andere Nederlanders.¹⁰

Naast deze sociale determinanten die de gezondheid van migranten beïnvloeden, spelen genetische en geografische factoren ook een rol, waardoor bepaalde ziekten onder bepaalde migrantengroepen veel vaker voorkomen dan onder de autochtone bevolking (zie hoofdstuk 13 Etnische diversiteit in ziekten en behandeling). Omdat deze minder bekend zijn bij Nederlandse artsen loopt men het risico van suboptimale diagnostiek en behandeling.

Bovendien is de toegang tot zorg vaak minder goed door onbekendheid en financiële drempels en sluit de zorg minder goed aan door taalbarrières en culturele verschillen in verwachtingen van zorg.¹¹

Voorbeeld etnisch verschil gezondheid en uitkomst van zorg: perinatale sterfte

De perinatale sterfte is bij eerstegeneratie migrantenvrouwen bijna 40% hoger dan bij autochtone vrouwen. Onder de tweedegeneratie migranten is de perinatale sterfte nog altijd ruim 33% hoger. De hoogste perinatale sterfte is te vinden bij kinderen van moeders van Antilliaanse, Arubaanse en Surinaamse afkomst en bij asielzoeksters.¹² Ook de zuigelingensterfte (sterfte in het eerste levensjaar) is verhoogd onder veel groepen migranten van buiten Europa, net als de moedersterfte.¹³ De oorzaken van de hogere perinatale, zuigelingen- en moedersterfte zijn divers en niet gelijk voor alle groepen migranten. Het gaat om weinig opleiding en inkomen, etnisch bepaalde biologische factoren zoals vroeggeboorte en laag geboortegewicht (Surinamers/Antillianen), vaker voorkomen van tienerzwangerschappen en multipariteit, en leefstijlfactoren (bijvoorbeeld roken bij vrouwen van Turkse afkomst; kalebaskalk bij vrouwen van West-Afrikaanse, Surinaamse en Somalische afkomst). Daarnaast spelen ondergebruik van de prenatale zorg, en substandaardzorg door communicatieproblemen een rol.¹⁴⁻¹⁸

12.1.4 Culturele achtergrond bepaalt mede de verwachtingen over zorg

De culturele omgeving waaruit iemand afkomstig is heeft grote invloed op zijn voorkeuren en opvattingen, op wat hij normaal vindt en hoe hij gewend is met anderen om te gaan. Geven we bekenden drie zoenen of schudden we elkaar alleen de hand? Praten we met vreemden over seks, over hoeveel we verdienen, over ons geloof of zijn er taboeonderwerpen? Cultuur is niet statisch: culturele opvattingen en uitingen veranderen door ervaringen en omstandigheden: zo zal mogelijk het voorbeeld hiervoor voor post-coronageneraties heel vreemd lijken – natuurlijk zoen je niet en geef je geen

handen! Mensen binnen een cultuur zijn bovendien niet homogeen: dé Brabander bestaat niet, net zomin als dé Marokkaan.

Toch kan men grofweg enkele belangrijke culturele verschillen aangeven ten aanzien van de rol van de familie en van religie (zie ook hoofdstuk 1, par. 1.1.5 Cultuursensitieve communicatie).¹⁹ Waar veel mensen van Nederlandse oorsprong primair individualistisch zijn ingesteld, en veel belang hechten aan de autonomie van de patiënt en eigen verantwoordelijkheid, hechten veel migranten meer belang aan hun familie. Voor veel migranten is het vanzelfsprekend dat de familie het leeuwendeel van de zorg op zich neemt, en een doorslaggevende stem heeft in de besluitvorming over belangrijke zaken, zoals bij ernstige ziekten (zie ook hoofdstuk 15 over cultuursensitieve palliatieve zorg). Dit leidt vaak tot overbelasting van de (vrouwelijke) mantelzorgers.

Culturele opvattingen en gewoonten hebben ook invloed op de verwachtingen van mensen ten aanzien van de gezondheidszorg. In de meeste landen bestaan geen huisartsen, zodat veel migranten niet begrijpen dat ze niet rechtstreeks naar het ziekenhuis mogen. Bovendien wordt in Nederland, vergeleken met de rest van de wereld heel weinig medicatie, met name antibiotica, voorgeschreven. Migrant – laag- en hoogopgeleid – hebben nogal eens het gevoel dat zij gediscrimineerd worden en daarom niet doorverwezen worden, of alleen maar paracetamol krijgen.²⁰ Ook 39% van (hoogopgeleide) ex-pats zegt expliciet weinig vertrouwen te hebben in de huisarts.²¹

Internationale verschillen in evidence-based richtlijnen

Een analyse van internationale richtlijnen toonde aan dat de meeste richtlijnen in de besproken onderzoeken als evidence-based worden beschouwd en via een systematische en zorgvuldige procedure tot stand zijn gekomen. Ondanks dat de elektronische databestanden (zoals MEDLINE en de Cochrane Library) wereldwijd worden gedeeld, kwamen de referenties in de richtlijnen echter matig overeen. Landelijke of lokale voorkeuren zijn duidelijk terug te vinden in de literatuurlijst van de richtlijnen.

Klaarblijkelijk is evidence-based niet hetzelfde als 'gebaseerd op dezelfde evidence'. Het is goed mogelijk dat richtlijnmakers eerst proberen consensus te bereiken over de aanbevelingen en daarna pas de bijpassende literatuur toevoegen om de beweringen kracht bij te zetten. De sterke positie van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem kan verklaren dat de Nederlandse richtlijnen het meest terughoudend zijn ten opzichte van andere richtlijnen.

Bron: Burgers, Cultuur en context in richtlijnen: Een analyse van internationale verschillen tussen richtlijnen²²

Niet alleen ten aanzien van de verwachtingen van zorg, ook ten aanzien van de verklaring voor ziekten bestaan culturele verschillen. Nederlanders hechten bijvoorbeeld veel waarde aan 'tocht' bij het ontstaan van verkoudheden, terwijl dat concept veel migranten helemaal vreemd is. Kleinman noemt deze cultureel bepaalde gezondheidsopvattingen iemands klinische realiteit.²³ Hoe meer arts en patiënt hierover verschillen, des te meer kans op onbegrip en miscommunicatie.

Als er goed contact is, en artsen en patiënten hun opvattingen over ziekte delen, kunnen artsen en patiënten over en weer begrip opbrengen voor elkaars opvattingen en komen zij tot overeenstemming. (zie hoofdstuk 1, par. 1.2 Cultuursensitieve communicatie) Een open, nieuwsgierige houding is daarbij essentieel, waarbij men niet afgaat op vooronderstellingen over hoe bepaalde migrantengroepen denken, maar altijd een persoonsgerichte benadering kiest en de individuele patiënt vraagt naar diens opvattingen en wensen.

12.1.5 Specifieke migrantengroepen met extra kwetsbaarheid

Vluchtelingen

Vluchtelingen vormen een bijzondere categorie migranten. Volgens de definitie van het Vluchtelingenverdrag van de Verenigde Naties uit 1951 is een vluchteling iemand die buiten zijn land verblijft en niet kan terugkeren wegens een gegronde angst voor vervolging op grond van ras, religie, nationaliteit, politieke opinies of lidmaatschap van een bepaalde sociale groep, of iemand die gevlucht

is voor een oorlog of burgeroorlog. Vluchtelingen komen ons land binnen als asielzoeker. Als hun asielaanvraag wordt gehonoreerd, komen zij in aanmerking voor een verblijfsvergunning. Vanaf dat moment worden zij vluchteling (ook wel statushouder) genoemd en komen zij in aanmerking voor een woning; na verhuizing naar die gemeente vallen zij onder de huisartsenzorg aldaar. In de beginperiode worden vluchtelingen vaak begeleid door vrijwilligers van bijvoorbeeld Vluchtelingenwerk, die hen wegwijzen in het woud van instanties. Vluchtelingen zijn verplicht in te burgeren. Deze inburgering bestaat uit lessen Nederlandse taal en lessen oriëntatie op de samenleving. Aan het eind van dit traject moet een vluchteling een inburgeringsexamen doen.

Voor de huisarts is het van belang bij vluchtelingen te denken aan eventueel fysieke en psychische gevolgen van oorlog en geweld, en de daarmee verbonden risicofactoren voor (gedrags)problemen bij kinderen. Ruim een derde van de asielzoekers in Nederland is in het verleden gemarteld en/of heeft seksueel geweld meegemaakt.²⁴ Het kan gaan om duidelijke problematiek, zoals een beperking door een slecht genezen fractuur met standsafwijking. Maar het kan ook gaan om vage en onbegrepen klachten van het bewegingsapparaat. Pas bij goed doorvragen blijkt dat de symptomen zich toespitsen op delen van het lichaam waar het geweld heeft plaatsgevonden.

Het doen van lichamelijk onderzoek is belangrijk als een achtergrond van marteling wordt vermoed, want tijdens dit onderzoek kunnen er bevindingen aan het licht komen die aanleiding zijn om over geweldservaringen in gesprek te komen. Dit soort fysieke problemen kan langdurig blijven bestaan en soms manifesteren ze zich pas jaren later. Ook de psychische gevolgen komen vaak jaren later naar boven (zie ook hoofdstuk 10 Ervaringen met geweld). Over seksueel geweld zwijgen vluchtelingen vaak. Eer en schaamte spelen hierbij een grote rol.²⁵

Soorten marteling en fysieke gevolgen

Er bestaan meer dan honderd methoden om te martelen. Enkele voorbeelden zijn: slaan met vuisten of met een voorwerp (bijvoorbeeld op de voetzolen, falakka); steken met een scherp voorwerp (mes, glasscherf); toebrengen van brandwonden (sigaretten, brandend plastic); verplettering (op tenen staan, vingers in bankschroef); positionele marteling (ophanging aan armen of benen); toedienen van elektrische schokken (geslachtsorganen, tepels, tong); verstikking (onder water, zak over het hoofd); chemische verwonding (bijtende kruiden, corrosieve vloeistoffen); farmacologisch (inname of inspuiting medicamenten); seksueel (verkrachting, voorwerpen in vagina of anus); bedreiging (schijnexecuties, oppakken van familie); sensorische deprivatie (langdurige isolatie).

Specifieke gevolgen van marteling zijn onder andere dystrofie na contusie of beknelling; gevolgen van mogelijke hersenschade door klappen op het hoofd; gebitsschade of trommelvliesperforatie na klappen ter plekke; gewrichtsproblemen en zenuwbeschadiging.

Het gedwongen vertrek leidt vaak tot gevoelens van gemis, verlies, leegte, nostalgie en verlangen naar vroeger. Deze gevoelens komen ook mee de spreekkamer in en spelen dikwijls een belangrijke rol bij psychisch en lichamelijk onverklaarde klachten.²⁶ Stresserende momenten, bijvoorbeeld een ziekenhuisopname of beelden van geweld in hun land van herkomst, leiden vaak tot een opleving van de klachten.

Een kennismakingsgesprek is bij vluchtelingen van belang om inzicht te krijgen in risicofactoren voor het optreden van psychische problemen, gedragsproblemen bij kinderen of late gevolgen van geweld. Zo'n gesprek kan ook bijdragen aan het ontwikkelen van vertrouwen. Door hun negatieve ervaringen met hun medemens in het land van herkomst kost het vluchtelingen vaak moeite om een vertrouwensband op te bouwen met hulpverleners. Een voorbeeld van de onderwerpen voor zo'n kennismakingsgesprek staat in hoofdstuk 23 Praktijk afstemmen op populatie.

'If you meet a doctor with a smiling face, you start feeling better at once.' *'We don't have anybody here. It is very important that the doctor is friendly.'* (Afghaanse vluchtelingen)

Bron: Feldmann, Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust?²⁷

Ongedocumenteerde migranten

Migranten van buiten de Europese Unie die langer dan drie maanden in Nederland verblijven zonder een geldige verblijfsvergunning zijn ‘illegaal’, oftewel ongedocumenteerd. In Nederland woonden volgens schattingen in de jaren 2017-2018 tussen de 23.000 en 58.000 ongedocumenteerde vreemdelingen.²⁸ Tot deze groep behoren onder meer afgewezen asielzoekers, illegale arbeidsmigranten en mensen die zich hier bij hun familie hebben gevoegd, terwijl ze geen (recht op een) verblijfsvergunning hebben.

Hun leefomstandigheden zijn zwaar, omdat zij aangewezen zijn op zwart werk en huren in de privésector, met het risico op uitbuiting. Dit leidt tot veel stress, en vertaalt zich in een slechte gezondheid.

‘Deze vrouwen [ex-asielzoeksters] hebben de meeste gezondheidsproblemen... Er is bij hen heel vaak sprake van seksueel geweld... ongeveer de helft van het misbruik vindt plaats na de vlucht. Door hun echtgenoten, familieleden, huisbazen, werkgevers. Deze vrouwen zijn zo kwetsbaar, ze hebben geen enkel verweer. Je ziet bij hen ook veel gedwongen prostitutie, of semi-gedwongen, want wat moet je doen als je niets te eten hebt voor je kinderen?’

Bron: Huisarts/ onderzoeker Marianne Schoevers in een interview in Huisarts & Wetenschap²⁹

Bovendien mogen zij zich niet verzekeren tegen ziektekosten. Tegelijkertijd hebben zij wel recht op alle ‘medisch noodzakelijke zorg’.³⁰ Hieronder wordt verstaan alle zorg die onder vergelijkbare omstandigheden volgens gebruikelijke professionele richtlijnen verleend zou worden aan andere patiënten. Het komt min of meer overeen met de zorg die in Nederland onder de basisverzekering valt. Het gaat dus niet alleen om zorg in acute of levensbedreigende situaties.

Wanneer een ongedocumenteerde patiënt de rekening niet kan betalen, kunnen hulpverleners de kosten vergoed krijgen via een compensatieregeling van het CAK. Kraamzorg en verloskundige zorg, zowel thuis als in het ziekenhuis, worden volledig gecompenseerd. Alle huisartsen en tandartsen (voor de mondzorg tot 21 jaar) kunnen aanspraak maken op compensatie van 80% van de kosten. Van de ziekenhuizen, apotheken en Wlz- en GGZ-instellingen kunnen echter alleen door het Zorginstituut gecontracteerde instellingen een declaratie sturen. Aanspraak maken op de compensatie kan door middel van het declaratieformulier op de website van het CAK

(<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>). Zie voor meer informatie op de website huisarts-migrant: <https://www.huisarts-migrant.nl/mensen-die-illegaal-ongedocumenteerd-nederland-zijn/>.

De toegang tot (huisartsen)zorg kent overigens een aantal barrières, zoals gebrek aan kennis, zowel bij ongedocumenteerde migranten als artsen, over het recht op zorg en de organisatie van die zorg; een gebrek aan vertrouwen in zorgverleners; angst voor uitzetting; schaamte en financiële barrières.³¹ Vanwege deze barrières komen ongedocumenteerde migranten veel minder vaak bij de huisarts, zijn de klachten waarmee ze komen ernstiger en blijven psychologische en gynaecologische klachten vaak onbesproken.³² Zij stellen het echter zeer op prijs als de huisarts uit zichzelf naar deze problemen vraagt.^{31,33}

‘Sinds zes jaar ben ik in Nederland zonder verblijfsvergunning, mijn gezondheidstoestand is heel slecht. Ik heb lage rugpijn, pijn in mijn rechter schouder en kiespijn, mijn tanden zitten los. Ik ben sinds ongeveer twee jaar dertig kilo’s afgevallen. Ik wil graag naar de dokter, maar ik heb geen geldige papieren en geen verzekering. Ik denk dat ik geen recht op medische behandelingen heb.’

Bron: ongedocumenteerde man in onderzoek Yosofi³⁴

In de meeste steden hebben enkele huisartsen zich toegelegd op de zorg voor ongedocumenteerden, hetgeen het voordeel heeft dat zij goed op de hoogte zijn van alle regelingen. Uit onderzoek blijkt dat de huisartsenzorg in deze praktijken, ondanks de verschillende belemmeringen, voor ongedocumenteerden met diabetes of cardiovasculaire aandoeningen op nagenoeg hetzelfde niveau ligt als voor andere migranten.³⁵

Ongedocumenteerden of hun advocaat vragen de huisarts nogal eens om medische informatie.

Wanneer het gaat om een aanvraag ‘verblijf op medische gronden’ (hetgeen zeer zelden gehonoreerd wordt), krijgt de huisarts een schriftelijk verzoek van de IND (Immigratie- en Naturalisatiedienst) via het Bureau Medische Advisering (BMA). Daarbij is het van belang, conform de KNMG-richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, alleen objectieve informatie te verstrekken.

Vaak gaat het ook om andere vragen in verband met medische informatie op initiatief van de ongedocumenteerde zelf of zijn advocaat, bijvoorbeeld om aanspraak te kunnen maken op gemeentelijke voorzieningen. Dergelijke verklaringen kunnen van groot belang zijn voor de patiënt en zwaar meewegen in bijvoorbeeld het oordeel van een rechter. Een zorgvuldige afweging van het belang van de te verstrekken informatie voor de betreffende persoon is nodig.

12.2 In de praktijk

12.2.1 Kennismakingsgesprek en voorlichting Nederlandse gezondheidszorg

Een kennismakingsgesprek is een goed hulpmiddel om een eerste indruk te krijgen over de voorgeschiedenis en het levensverhaal van een migrant. Deze werkwijze sluit aan bij de manier van communiceren die in veel culturen gebruikelijk is: eerst verwelkomen, vragen stellen over familie en welzijn en pas daarna *to the point* komen. Voor een voorbeeld van de inhoud van zo'n kennismakingsgesprek zie hoofdstuk 23.

Geef bij nieuwkomers voorlichting over de Nederlandse gezondheidszorg en de rol van de medewerkers in de huisartsenpraktijk (zie ook hoofdstuk 23).

12.2.2 Communicatie

Zeker voor veel nieuwkomende vluchtelingen en ongedocumenteerde migranten is Nederlands niet een goede taal om over gezondheidsproblemen te spreken, en meestal Engels ook niet. In dat geval is dus een tolk aangewezen (zie hoofdstuk 2 Meertaligheid).

Vraag altijd naar de eigen opvattingen van de patiënt over de oorsprong van zijn klachten en mogelijke behandeling. Bespreek diens verwachtingen ten aanzien van de huisarts en van de zorg, en vertel wat u te bieden hebt. Wees u bewust van mogelijk culturele verschillen; veronderstel deze niet, maar vraag ernaar (zie hoofdstuk 1 Communicatie)!

12.2.3 Signaleren

Opsporen psychische klachten

Omdat vele migranten niet gemakkelijk praten over hun problemen, of denken dat deze niet thuishoren in de huisartsenpraktijk, verdient het aanbeveling om actief te vragen naar psychische klachten of stress, zeker bij (kinderen van) vluchtelingen die met lichamelijke klachten op het spreekuur komen. De Protect-vragenlijst is een korte, ook voor de huisartsenpraktijk bruikbare, vragenlijst specifiek gericht op vluchtelingen:³⁶ <https://www.pharos.nl/kennisbank/protect-vragen/>. Zie voor het herkennen en begeleiden van vluchtelingen met psychische klachten ook de website van het Empowerment project, (www.ru.nl/runomi/research/empowerment) en specifiek voor kinderen van vluchtelingen het artikel in *Huisarts en Wetenschap*.³⁷

➤ Zoek actief **contact** met vluchteling

➤ Plan voldoende **tijd** in

Voorbereiding:

- Medische info GZA (GezondheidsZorg Asielzoekers): opvragen bij aanmelding → *assistente*
- Hoe maak ik optimaal gebruik van een tolk / tolktelefoon?
 - ✓ Tel.nr.: **088 25 55 22 07**
 - ✓ Bij de hand houden: naam huisarts, postcode + huisnr. praktijk
 - ✓ Klantcode: **077 213** → nota rechtstreeks naar SAN

Kennismaking HA / POH-GGZ

Info vragen

- Aanvullen info op dossier GZA: *persoonsgerichte intake*
- Vragen naar trauma's mag, grenzen respecteren moet

Info geven

- Gezondheidsroute: naar wie ga je voor welk probleem / vraag?
- Functie + werkwijze → huisarts en POH-GGZ
- Beroepsgeheim, ook naar autoriteiten

1^e consult

- Persoonsgerichte intake, evt Cultureel interview
- Psycho-educatie: mogelijke fysieke klachten na heftige gebeurtenissen

Wensen patiënt zijn leidend!

Aanwijzing psychisch probleem? →

onderzoek – bv bijlages uit Handreiking Psychische problemen bij vluchtelingkinderen en -jongeren :

- * SDQ Strengths & Difficulties Questionaire
- * CRIES-13 Children's Rev. Impact of Event Sc.
- * **Altijd:** *betrek systeem om kind; bespreek belang systeem met volwassene*

Risicofactoren aanwezig?

→ Nieuwe afspraak na 2 mnd

- * Check: is informatie uit kennismaking begrepen?
- bijv. terugvraag methode

Geen risicofactoren?

→ gesprek POH 12 mnd

- * Check: is informatie uit kennismaking begrepen?

Behandeling:

- Ondersteuning bij POH-GGZ
 - Verwijzing nr basis GGZ
 - Verwijzing nr specialistische GGZ →
- Let op ervaring mensen migratie achtergrond*
Richt je op psychosociale factoren: stabilisatie thuis, ritme school/werk; systeem om patiënt; eigen verantwoordelijkheid & onafhankelijkheid
- * Voorkom slachtoffergerichte benadering
 - * Focus op (veer)kracht en mogelijkheden

Partijen om mee samen te werken / raadplegen:

- Vluchtelingen Werk VVN <https://www.vnwijk.nl/>
- Pharos: voorlichting in eigen taal
 - KIS <https://www.kis.nl/>
 - fb Eritreeërs gezond <https://www.facebook.com/eritreeersgezond/>
 - fb Syriërs gezond <https://www.facebook.com/syrieesgezond/> - St. Los <http://www.stkringsos.nl/>
 - Sociom <https://www.sociom.nl/vluchtelingen>
 - Cyou <https://www.cyou.nl/activiteiten>
 - Centrum voor Jeugd en Gezin <http://cijg.jouwop.nl/>
 - buurt initiatieven
 - sporten, taal, fietsen, spelen

Figuur 12.1 Praktijkposter voor de zorg voor vluchtelingen.

Bron: het Empowerment project zie www.ru.nl/runomi/research/empowerment

Aandacht voor overbelasting mantelzorg

Vanwege de nog grotere rol van de familie, is het voor veel migranten een vanzelfsprekende taak om voor hun zieke familie te zorgen. De praktische zorg komt vrijwel altijd neer op de schouders van de vrouwen, die niet zelden deze zorg gedurende langere tijd moeten combineren met hun eigen gezin en baan. Het is goed als de huisarts en POH, van zowel de betrokken vrouw als de patiënt, hiervoor aandacht hebben.

Pharos ontwikkelde een checklist die kan dienen als leidraad voor het gesprek met mantelzorgers met een migratieachtergrond www.pharos.nl/kennisbank/checklist-mantelzorgoverbelasting.

12.2.4 Diagnostiek

Lichamelijk onderzoek

Voer altijd een lichamelijk onderzoek uit wanneer een patiënt met lichamelijke klachten komt. Dit draagt bij aan het vertrouwen van patiënten, zeker als zij uit een land komen met een meer medisch-technisch gerichte gezondheidszorg. Wees bij vluchtelingen daarbij alert op specifieke littekens, en vraag naar de herkomst. Daarbij is het goed om aanvankelijk op een feitelijke manier over traumatische ervaringen te praten en niet meteen naar gevoelens te vragen of daarop te reflecteren. Dit om herbeleving en controleverlies, leidend tot gevoelens van onveiligheid, te vermijden. Feitelijke vragen helpt slachtoffers al om zich herkend te voelen.

12.2.5 Beleid

Opvragen huisartsendossier van ex-asielzoekers

Op de website van het GZA (<https://www.gzasielzoekers.nl/>) kunt u een formulier downloaden waarmee u het dossier van een voormalig asielzoeker kunt opvragen. U heeft hiervoor wel de ondertekende toestemming van de patiënt nodig.

Vragen om informatie

Vaak komen asielzoekers, vluchtelingen of ongedocumenteerde migranten met verzoeken om medische informatie voor hun procedure of inburgering.

De migrant, en met diens toestemming ook diens vertegenwoordiger zoals een advocaat, heeft recht op inzage en op een afschrift van zijn dossier.

Meestal wordt gerichte informatie gevraagd. De te verstrekken informatie moet van feitelijke aard zijn over de klachten, diagnose en ingezette behandeling. Mits feitelijk onderbouwd kan ook iets over een prognose worden gezegd. Advocaten proberen soms huisartsen te ‘verleiden’ tot het doen van uitspraken buiten dit feitelijke behandelkader. Dit kan gaan om een oordeel over behandelbaarheid van klachten in het land van herkomst. Dan dreigt informatie een medische verklaring te worden. En dit mag volgens de KNMG-richtlijnen nooit over een eigen patiënt.

Organisatie van de zorg voor ongedocumenteerde migranten

Overweeg het opstellen van een praktijkprotocol voor de zorg aan ongedocumenteerden, zodat alle medewerkers goed op de hoogte zijn van de regels en mogelijkheden (zie het kader Voorbeeldprotocol voor ongedocumenteerden).

Check jaarlijks via de lijst op de website van het CAK welke instellingen in de eigen regio zijn gecontracteerd (<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>).

Op dezelfde webpagina zijn ook declaratieformulieren te vinden voor het declareren van het huisartsenconsult.

Vermeld in de probleemlijst dat de patiënt ongedocumenteerd is, ICPC-code: Z04.02 voor problemen ten gevolge van illegaal verblijf.

Verwijzingen

Het is aan te raden om bij ongedocumenteerde migranten verwijzingen naar de specialist niet door de patiënt zelf te laten plannen, maar vanuit de praktijk telefonisch te regelen. Het kan daarbij nodig zijn om zelf uit te leggen dat de betreffende instelling gecontracteerd is voor zorg aan ongedocumenteerden, want niet elke behandelaar in de gecontracteerde instelling is hiervan ook op de hoogte.

Voor onderdak en ondersteuning kunt u patiënten verwijzen naar vrijwilligersorganisaties in uw stad. Zie voor een lijst met organisaties in Nederland voor noodopvang en hulp bij uitgeprocedeerde asielzoekers: www.stichtinglos.nl/noodopvang.

Voorbeeld praktijkprotocol voor ongedocumenteerde patiënten

Voor de praktijkassistent, bij de telefonische aanmelding:

- Noteer: naam, geboortedatum, verblijfs- of contactadres, telefoonnummer, contactpersoon, taal, aantal jaren school of hoogst genoten opleiding, nationaliteit of land van herkomst.

- Voeg de patiënt toe aan het HIS (gebruik eventueel als adres een algemeen adres voor alle ongedocumenteerde patiënten).
- Markeer de patiënt als passant of als aparte groep in het HIS.
- Stel de gecontracteerde apotheek in als standaardapotheek
- Schrijf in de attentieregel die bij het inplannen van de patiënt in de agenda zichtbaar is: 'altijd dubbelconsult + check tolk' (tenzij de patiënt zelf vloeiend Nederlands spreekt).
- Plan altijd een dubbelconsult.
- Vraag de patiënt zich 15 minuten voor het consult bij de balieassistent te melden om de spelling van de naam te controleren.
- Vraag de patiënt met een tolk of vertaler te komen indien nodig en mogelijk.
- Vraag de patiënt zich na het consult te melden bij de balie.

Voor de arts, tijdens het consult:

- Gebruik zo nodig de tolktelefoon.
- Verwijs naar gecontracteerde instellingen.
- Stuur recepten naar gecontracteerde apotheken.
- Laat de praktijkassistent eventuele verwijzingen en controleafspraken voor uitslagen direct telefonisch regelen voor de patiënt.
- Boek het (dubbele) consult als passant.

Voor de praktijkassistent, na het consult:

- Regel direct een vervolgconsult.
- Regel een verwijzing direct telefonisch, en vraag de instelling uitslagen niet telefonisch maar alleen tijdens een consult door te geven. Daarna kan de patiënt naar huis.
- Als de patiënt niet kan betalen, vul dan het formulier 'Declaratie Zorgverleners' van het CAK in en laat de huisarts dit ondertekenen.
- Geen naam, maar initialen.
- Geen geboortedatum, maar geboortjaar.
- Declareer alleen het onbetaalde deel van het bedrag.
- Print een nota zonder persoonsgegevens uit voor het passantentarief.
- Stuur de ingevulde 'Declaratie Zorgverleners' samen met de anonieme nota op naar het CAK.
- Controleer jaarlijks welke de gecontracteerde apotheken en ziekenhuizen zijn.

12.3 Achtergrondinformatie en tips voor verdieping

- Informatie over alle migratiegerelateerde aandoeningen, en over specifieke migrantengroepen, alsmede veel voorlichtingsmateriaal in verschillende talen:
www.huisarts-migrant.nl
- Hoe help ik een vluchteling? Tips en adviezen voor de eerste lijn en het sociaal domein aan de hand van casuïstiek over psychosociale problematiek:
<https://www.pharos.nl/kennisbank/hoe-help-ik-een-vluchteling/>
- Activiteiten, feiten en cijfers, en regionale groepen van VluchtelingenWerk Nederland:
www.vluchtelingenwerk.nl
- Stichting Los voor informatie over rechten en ondersteuning van ongedocumenteerde migranten:
www.stichtinglos.nl
- Lampion: Landelijk informatie- en adviespunt over de zorg aan illegalen:
www.lampion.info

Boeken

- Hari D. De tolk. Boekerij-Arena; 2008.

- Terphuis S. De worstelaar. Amsterdam: Prometheus/Bert Bakker; 2015.
- Abdi Mohamed Y. De asielzoeker. Rijswijk: gbooksinternational; 2015.
- Vuijsje M. Het rijbewijs van Nematollah. Amsterdam: Atlas Contact; 2015.
- Al Galidi R. Hoe ik talent voor het leven kreeg. Amsterdam: Uitgeverij Eenvoudig communiceren; 2017.

E-learning

‘Gezondheidszorg voor ongedocumenteerden’ – Online cursus van de Johannes Wier Stichting (www.johannes-wier.nl/documentatie).

Referenties

1. Schellingerhout R. Ervaren gezondheid, leefstijlen zorggebruik. In: Dourleijn E, Dagevos J (red.). Vluchtelingengroepen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2011.
2. Ikram U, Stronks K. Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: A Literature Review for the Health Council of the Netherlands. Amsterdam: AMC; 2016.
3. SCP, et al. Syrische statushouders op weg in Nederland: de ontwikkeling van hun positie en leefsituatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2020.
4. Close C, Kouvonon A, Bosqui T, et al. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Globalization and Health* 2016;12:47.
5. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health* 2010;55:357-71.
6. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet* 2013;381:1235-45.
7. Hadgkiss EJ, Renzaho AM. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Australian Health Review* 2014;38:142-59.
8. Pykkönen AJ, Räikkönen K, Tuomi T, et al. Stressful life events and the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2010 Feb 1;33(2):378-84.
9. WHO Regional Office for Europe. Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Copenhagen: WHO; 2018.
10. Coyer L, Boyd A, Schinkel J, et al. Differences in SARS-CoV-2 infections during the first and second wave of SARS-CoV-2 between six ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands: A population-based longitudinal serological study. *The Lancet Regional Health-Europe* 2022;13:100284.
11. Muijsenbergh M van den, Weel-Baumgarten E van, Burns N, et al. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. The rationale for the RESTORE FP 7 project. *Prim Health Care Res Dev.* 2014 Apr;15(2):122-33.
12. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/80291ned>.
13. Goosen S. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. Dissertation. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2014.
14. Feijen-de Jong E, Jansen D, Baarveld F, et al. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health* 2011;22(6):904-13.
15. Feijen-de Jong E, Jansen D, Baarveld F, et al. Determinants of prenatal health care utilisation by low-risk women: A prospective cohort study. *Women Birth* 2015;28(2):87-94.
16. Fair F, Raben L, Watson H, et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS One* 2020;15(2) e0228378 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>).
17. Kalebaskalken zwangerschap: geen ongevaarlijke combinatie. *Huisarts Wet.* 2004;3.
18. O'Mahony J, Donnelly T. Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(10):917-28.
19. Hofstede G. *Allemaal andersdenkenden: omgaan met cultuurverschillen.* 17e druk. Amsterdam: Olympus/Contact; 2014.
20. Hemke F. *Onbekend maakt onbemind: huisarts en allochtone patiënt.* Utrecht: UMC Utrecht/Pharos; 2010.
21. *International Health Services in samenwerking met Access. Marktonderzoek naar de ervaringen van internationals met de Nederlandse gezondheidszorg.* IHS; 2013.

22. Burgers JS. Cultuur en context in richtlijnen: Een analyse van internationale verschillen tussen richtlijnen. *Huisarts Wet.* 2004;47:283-7.
23. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 1978;88(2):251-8.
24. Bloemen E. Istanbul Protocol & Arts en vreemdeling. *Bijblijven* 2009;4:51-9.
25. Tankink M, Richters A. Silence as a coping strategy: The case of refugee women in the Netherlands from South-Sudan who experienced sexual violence in the context of war. In: Droždek B (ed). *Voices of Trauma.* Boston, MA: Springer; 2007. p. 191-210.
26. Feldman T. Vluchtelingen en huisartsen over lichamelijk onverklaarde klachten. *Huisarts Wet.* 2007;50(8):381-4.
27. Feldmann CT, Bensing JM, Ruijter A de, et al. Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? *Sociol Health Illn.* 2007;29(4):515-35.
28. Heijden P van der, Cruyff M, Engbersen G, et al. Schattingen onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen 2017-2018. Utrecht: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; 2020.
29. Stalenhoef A. Besef dat je een zorgplicht hebt! *Huisarts Wet.* 2011;6:338-9.
30. Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. Arts en vreemdeling. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos; 2007. p. 42.
31. Schoevers MA, Loeffen MJ, Muijsenbergh ME van den, et al. Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *Int J Public Health* 2010 Oct;55(5):421-8.
32. Schoevers MA, Muijsenbergh ME van den, Lagro-Janssen AL. Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherlands: A descriptive study. *J Public Health Policy* 2009;30(4):409-22.
33. Teunissen E, Sherally J, Muijsenbergh M van den, et al. Mental health problems of undocumented migrants (UM) in the Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ open* 2014;4(11):e005738.
34. Yosofi T, Muijsenbergh M van den. Mannen zonder documenten en de huisarts. Gezondheidsklachten van ongedocumenteerde asielzoekers en hun ervaringen met huisartsen. *Cultuur Migratie Gezondheid* 2009;7:150-7.
35. Sande JSO van de, Muijsenbergh METC van den. Undocumented and documented migrants with chronic diseases in Family Practice in the Netherlands. *Fam Pract.* 2017;34(6):649-55.
36. Mewes R, Friele B, Bloemen E. Validation of the Protect Questionnaire: A tool to detect mental health problems in asylum seekers by non-health professionals. *Torture* 2018;26(2):57-68 ((PDF) Validation of the Protect Questionnaire: A tool to detect mental health problems in asylum seekers by non-health professionals (researchgate.net)).
37. Schie R van, Muijsenbergh M van den. Psychische problemen bij een vluchtelingjongere, en nu? *Huisarts en Wetenschap* 2018;61. DOI:10.1007/s12445-017-1018-3.