

Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning

Colofon

Kennisynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning is een publicatie van Pharos in opdracht van het ministerie van VWS.

Auteurs

Frea Haker
Maria van den Muijsenbergh
Marieke Torensma
Monica van Berkum
Edith Smulders
Bart Looman
Joke van Wieringen
Evert Bloemen
Robbert van Bokhoven

Met medewerking van

Jeanine Brummel
Erick Vloeberghe
Bram Tuk
Diana Geraci
Jacqueline Mulders

Redactie: Nel van Beelen

Vormgeving: Zwerver grafische vormgeving

Aan deze publicatie werkten veel andere organisaties en experts mee die hebben bijgedragen met kennis, het aanleveren van relevante gegevens en waardevolle inzichten die zij gaven tijdens de stakeholdersbijeenkomst.



Arthur van Schendelstraat 620
Postbus 13318
3507 LH Utrecht
Telefoon 030 234 98 00
E-mail info@pharos.nl
www.pharos.nl

2016 Pharos, Utrecht

© Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door druk, fotokopie of microfilm of op een andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting	5
Hoofdstuk 1. Inleiding	8
Hoofdstuk 2. Omvang en demografische kenmerken van nieuwe vluchtelingen	12
Hoofdstuk 3. Gezondheid en zorggebruik	16
3.1 Chronische aandoeningen	21
3.2 Tandheelkundige problemen	26
3.3 Infectieziekten	28
3.4 Psychische problematiek	38
3.5 Middelengebruik	43
3.6 Seksuele en reproductieve gezondheid en seksueel geweld (incl vgv)	45
3.7 Gezondheid vluchtelingenjeugd	53
Hoofdstuk 4. Sociaal domein	60
Hoofdstuk 5. Indicaties voor zorggebruik, ondersteuning en preventie	66
Bijlagen	
1. Geraadpleegde organisaties en opbrengsten	70
2. Onderlegger voor hoofdstuk 2	73
3. Bronnen die als basis zijn gebruikt voor de verschillende onderdelen van de kennissynthese	76
4. Literatuurlijst	78

Voorwoord

Voor u ligt een publicatie waarin kennis is bijeengebracht over de gezondheid en de te verwachten vraag naar zorg en ondersteuning van vluchtelingen. Het gaat om de mensen die nu en in de komende tijd in gemeenten door heel Nederland komen wonen. Veel beelden over hen hebben u al bereikt.

In het rapport staan tal van onderzoeksgegevens, cijfers en tabellen. Daar is het een kennissynthese voor. Wij hopen van harte dat u dwars door deze gegevens heen de mensen blijft zien om wie het hier gaat.

Met deze kennissynthese geven we graag een zo goed mogelijk beeld van wat bekend is over de gezondheid van vluchtelingen. Hierbij is het belangrijk ons te realiseren dat 'de' gezondheid van 'de' vluchteling niet bestaat, er zijn grote verschillen tussen herkomstlanden en tussen individuen.

Ondanks dat hebben we geprobeerd bruikbare kennis te verzamelen die licht werpt op de vraag die het Ministerie van VWS en veel gemeenten hebben: wat betekent de komst van deze nieuwe vluchtelingen en hun gezondheid voor de zorg, preventie en ondersteuning?

Ik wijs u graag op onderstaand citaat van Bright O'Richards.
Het heeft ons geïnspireerd.

Monica van Berkum
Directeur van Pharos

“Vraag niet alleen naar mijn pijn, maar ook naar mijn dromen, talenten en passie”

Bright O' Richards, acteur, schrijver, directeur van New Dutch Connections en vluchteling.

Samenvatting

Het ministerie van VWS heeft eind 2015 Pharos gevraagd om een kennissynthese te maken met gegevens over de gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor de te verwachten vragen naar zorg, ondersteuning en preventie. Deze kennissynthese beschrijft wat daarover bekend is en welke conclusies we trekken. Voorzichtige conclusies, omdat er weinig harde en actuele gegevens beschikbaar zijn over de gezondheid en het zorggebruik van de vluchtelingen die nu instromen.

In dit rapport kunt u lezen hoe we te werk zijn gegaan. De door ons geraadpleegde bronnen bestaan uit nationale en internationale wetenschappelijke literatuur en rapporten. Daarnaast zijn 21 organisaties benaderd met het verzoek bij te dragen aan de synthese door het leveren van gegevens en kennis. Op een stakeholdersbijeenkomst zijn onze analyse en conclusies voorgelegd aan experts.

Vooraf: de vluchteling bestaat niet. Er zijn grote verschillen in gezondheid tussen groepen vluchtelingen en individuen. Het is belangrijk dit in het achterhoofd te houden bij het lezen van dit rapport. Welke hoofdlijnen komen in de kennissynthese naar voren?

Gezondheid en gezondheidsrisico's

De meeste vluchtelingen beschikken over een grote veerkracht. We hebben bij de huidige instroom te maken met een relatief jonge groep mensen die qua gezondheid nog sterk is en een actieve bijdrage kan en wil leveren aan de Nederlandse samenleving.

Hoe hun gezondheid zich ontwikkelt is, net als bij andere burgers, geen statisch gegeven, maar afhankelijk van de wijze waarop hun leven zich ontwikkelt, van preventie in brede zin en de mate waarin zich beschermende en risicofactoren voordoen. In dit rapport geven we een overzicht van deze factoren. Voor volwassen vluchtelingen zijn (naast jonge leeftijd en opleiding) belangrijke beschermende factoren: het zo snel mogelijk kunnen oppakken van het normale leven met perspectief op werk, opleiding of andere vormen van participatie, het beschikken over voldoende sociale steun/netwerken, de nabijheid van naaste familie en duidelijkheid over verblijf. Voor kinderen zijn cohesie en steun binnen het gezin, het welbevinden van de ouders en een positieve schoolervaring de belangrijkste beschermende factoren.

Wat chronische aandoeningen betreft, zijn diabetes, kans op overgewicht, gebrek aan bewegen en chronische pijnklachten aandachtspunt. Voor andere aandoeningen verwachten we op korte termijn geen grotere prevalentie (hart- en vaatziekten) of een lagere (kanker) dan gemiddeld in Nederland. Op langere termijn is de prevalentie afhankelijk van de inzet op preventie en de risico- en beschermende factoren.

Uit onderzoek blijkt dat het merendeel van de vluchtelingen geen posttraumatisch stress syndroom ontwikkelt (7 à 9 van de 10 niet). Trauma, depressie en psychische klachten komen begrijpelijkerwijs tegen het licht van wat mensen hebben meegemaakt wel vaker voor dan gemiddeld in Nederland. De mate waarin deze klachten zich ontwikkelen is mede afhankelijk van preventieve inspanningen, tijdige signalering, het krijgen van goede zorg, sociale steun en zich welkom voelen, de asielprocedure en zekerheid over de verblijfsvergunning en de mogelijkheden tot daadwerkelijke participatie.

Infectieziekten vragen om aandacht maar vormen geen onbeheersbaar risico. Alertheid is geboden op tuberculose, hepatitis B en C en hiv/soa's onder bepaalde groepen vluchtelingen. Seksualiteit, seksuele gezondheid, seksueel geweld, tienerzwangerschappen, abortus en moedersterfte vragen bij de nieuwe vluchtelingen om extra aandacht. En deel van hen is extra kwetsbaar op deze terreinen, vooral jongeren en alleenstaande minderjarige vluchtelingen (AMV-ers). De instroom van vrouwen uit Eritrea vraagt om attent zijn op het voorkomen van vrouwelijke genitale verminking.

Vergeleken met het Nederlands gemiddelde gebruiken de nieuwe vluchtelingen minder alcohol (op een aantal jonge alleenstaande vluchtelingen na), maar meer tabak (met name Syrische mannen).

Gezondheid kinderen van vluchtelingen

De meeste vluchtelingenkinderen ontwikkelen zich goed. In een stabiele omgeving kan het grootste deel van de kinderen zonder professionele hulp hun leven weer oppakken.

Voor een deel van de kinderen is er, door wat zij en hun ouders hebben meegemaakt, sprake van een verhoogd risico op psychosociale problemen en kindermishandeling.

Ook is er een verhoogd risico op overgewicht en onvoldoende bewegen. Vroegtijdige signalering, laagdrempelige opvoedondersteuning en een outreachende werkwijze van JGZ, wijkteams, scholen en andere partners kunnen hierbij helpen.

Extra aandacht is nodig voor een aantal groepen, die meer risico lopen in gezondheid en welbevinden, met name, AMV-ers, jong volwassenen en vluchtelingen uit Eritrea. Bij deze laatste groep speelt de gemiddeld lage opleiding een rol.

Indicaties voor gebruik van zorg, ondersteuning en preventie

Indicaties voor gebruik van zorg, ondersteuning en preventie kunnen uitsluitend met de nodige slagen om de arm gegeven worden, in verband met de afwezigheid van harde gegevens, registraties en monitoring hiervan. Daarnaast weten we van bepaalde typen zorg, zoals laagdrempelige jeugdhulp en geestelijke gezondheidszorg, dat er sprake is van ondergebruik ten opzichte van de klachten. Onbekendheid met dit type zorg en drempels om hulp te zoeken spelen hierbij een rol. Op korte termijn verwachten we in verband hiermee niet meer ggz-gebruik dan gemiddeld. Op langere termijn een hoger dan gemiddeld ggz-gebruik, maar niet hoger dan verwacht kan worden tegen het licht van de psychische problematiek.

Op korte termijn verwachten we geen hoger dan gemiddeld beroep uit eigen beweging op jeugdhulp en jeugdwijkteams, vanwege bovengenoemde redenen. Op langere termijn is de voorzichtige inschatting dat er vaker gebruik gemaakt zal worden van specialistische jeugdhulp. Dit is deels beïnvloedbaar door in te zetten op outreachende lichte vormen van jeugdhulp, van belang om problemen tijdig te signaleren en te voorkomen dat later een beroep wordt gedaan op zwaardere voorzieningen.

We gaan uit van minder gebruik van de WMO-ondersteuning voor ouderen, vooral in verband met de jonge leeftijd.

Verwacht wordt een hoger gebruik van huisartsenzorg en diabeteszorg en extra behoefte aan jeugdgezondheidszorg, verloskundige en tandheelkundige zorg.

De vraag naar en de kosten van zorg op de langere termijn zijn te beïnvloeden door een vroegtijdige inzet van preventie op het terrein van de fysieke, psychische en seksuele gezondheid en welbevinden en het van meet af aan versterken van veerkracht.

Beïnvloeding gezondheid vanuit sociaal domein

Veel determinanten voor de gezondheid van vluchtelingen kunnen juist in het sociale domein positief worden beïnvloed. Het gaat dan met name om het van meet af aan goed wegwijs maken in de samenleving, gelijk inzetten op participatie en versterken van eigen regie van vluchtelingen en hun netwerken. Hierop is meer inzet nodig. Een outreachende aanpak van onder andere wijkteams en vrijwilligers is hierbij van belang.

Aanbevolen wordt te stimuleren dat vluchtelingen sneller dan voorheen kunnen meedoen, door van meet af aan de taal te leren en door vroegtijdige toeleiding naar werk, opleiding en andere vormen van participatie. Het is een van de belangrijkste determinanten van én versnellers van een goede gezondheid, het welbevinden van vluchtelingen en hun integratie.

Hoofdstuk 1. Inleiding

Achtergrond

Het ministerie van VWS heeft Pharos gevraagd om in korte tijd een kennissynthese op te leveren met gegevens over de gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor de te verwachten vraag naar zorg, ondersteuning en preventie op de korte en lange termijn.

Voor gemeenten en het Rijk is het van belang om zicht te krijgen op de consequenties van de verhoogde instroom van vluchtelingen, zoals die zich nu voordoet. Het merendeel van de huidige vluchtelingen zal een tijdelijke verblijfsvergunning krijgen en komt na het verkrijgen van een status als vergunninghouder terecht in de gemeenten. Zij maken daar gebruik van het reguliere zorg- en ondersteuningssysteem.

Er zijn in de afgelopen decennia diverse onderzoeken uitgevoerd rondom de gezondheid van en de zorg aan vluchtelingen. Pharos houdt zich al lange tijd bezig met dit onderwerp en er bestaat kennis bij verschillende andere organisaties over deze groep. In dit rapport is deze kennis bijeen gebracht.

Vraag VWS

De kennissynthese bespreekt drie vragen die het ministerie van VWS heeft gesteld:

1. Wat is de samenstelling van de huidige groep vluchtelingen en welke ontwikkeling is hierin te verwachten de komende jaren?
 - Land van herkomst
 - Leeftijd
 - Geslacht
 - Burgerlijke status
 - Opleidingsniveau
2. Welke gezondheidsrisico's of gezondheidsproblemen kunnen worden verwacht bij deze groep (prevalentie, incidentie)?
 - Waar mogelijk uitgesplitst naar herkomst, leeftijd, geslacht en burgerlijke status.
3. Wat betekenen deze gezondheidsrisico's/-problemen voor de zorg- en ondersteuningsbehoeftes bij deze vluchtelingen de komende jaren?
 - Voor zover mogelijk op het gebied van preventie (vaccinaties, jeugdgezondheidszorg, vroegsignalering van risicofactoren en ondersteuning van gezond gedrag), eerstelijnszorg, specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg, en ondersteuning in het sociale domein.

Determinanten

In deze kennissynthese geven we antwoord op bovenstaande vragen, voor zover mogelijk en afhankelijk van de beschikbare gegevens. Daarbij besteden we veel aandacht aan factoren die de gezondheid en de zorgvraag beïnvloeden.

Gezondheid is geen statisch gegeven maar ontwikkelt zich in de context van iemands leven. Factoren als de sociaal-economische status, het hebben van werk en/of een betekenisvolle dagbesteding, sociale relaties, de woonomgeving, gezondheidsvaardigheden, de leefstijl en beschikbare preventie/zorg beïnvloeden de gezondheid en de zorgvraag.

Voor vluchtelingen gelden daarnaast nog andere factoren die te maken hebben met het vluchteling zijn en de vluchtgeschiedenis. Het gaat hierbij om pre-migratiefactoren, zoals oorlog en nare ervaringen in het land van herkomst en bijvoorbeeld de situatie aldaar ten aanzien van zorg en opleiding. Maar het gaat ook om post-migratiefactoren, zoals het verloop van de asielprocedure, de aanwezigheid of afwezigheid van familie en vrienden, het zich al dan niet welkom voelen en de ervaren sociale steun. Vluchtelingen hebben te maken met verlies op diverse terreinen en migratie-gerelateerde stressoren, en daarnaast met nieuwe kansen en mogelijkheden. De gezondheid is deels een uitkomst van hoe vluchtelingen hun veerkracht kunnen behouden en aanboren om met deze stressoren en kansen om te gaan. Preventie, zorg en ondersteuning kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Dat geldt zeker ook voor de mogelijkheid om voluit te participeren in de samenleving.

Het in december 2015 verschenen WRR-rapport 'Geen tijd verliezen' is hierover duidelijk: er is een grote urgentie om vanaf het begin dat vluchtelingen in Nederland zijn in te zetten op taal, werk, opleiding en meedoen. Als dit niet gebeurt, lopen vluchtelingen het risico hun veerkracht te verliezen. Als we hier wel in investeren, beïnvloedt dat de gezondheid positief en levert het de samenleving veel op.

Hoe zijn we te werk gegaan?

De kennissynthese is tot stand gebracht in een tijdsbestek van een aantal weken, waaronder de twee kerstweken. Deze beperkte tijd had consequenties voor de gegevensverzameling en -verwerking en de vormgeving van de synthese. Dit laat onverlet dat er, met inzet van velen, een relevant overzicht tot stand is gebracht.

Dataverzameling

De door ons geraadpleegde bronnen bestaan uit nationale en internationale wetenschappelijke literatuur, rapporten en verslagen. Daarnaast zijn 21 organisaties geraadpleegd met het verzoek bij te dragen aan de synthese door het leveren van gegevens en kennis. In bijlage 1 noemen we deze organisaties. Over het algemeen kregen we een positieve respons op de vragen en was er grote bereidheid om ondanks de korte termijn mee te denken.

Een aantal bronnen is gebruikt als basis voor de synthese; welke dat zijn en waarvoor ze zijn gebruikt staat in bijlage 3. In bijlage 4 staat de volledige lijst van bronnen op volgorde van de hoofdstukken.

Overleg met stakeholders

We hebben onze analyse en conclusies gestaafd aan de inzichten van professionals en experts op dit onderwerp. Met de in bijlage 1 genoemde instituten is overleg gevoerd. Daarnaast is de analyse voorbesproken met het NIVEL. Tot slot is op 14 januari 2016 een stakeholdersbijeenkomst gehouden met experts op diverse onderdelen uit de kennissynthese (zie bijlage 1).

Een aantal hoofdstukken is tot stand gekomen door middel van gezamenlijk overleg, analyse en/of input van experts van de volgende organisaties:

- Hoofdstuk 2, kenmerken doelgroep: VluchtelingenWerk Nederland en BD/WODC/RWI
- Hoofdstuk 3, infectieziekten: RIVM, GGD GHOR Nederland – vaccinatiedeel
- Hoofdstuk 3, reproductieve en seksuele gezondheid: Rutgers

- Hoofdstuk 3, psychische problematiek: NIVEL, Trimbos-instituut, AMC dat onderzoek uitvoerde in opdracht van de Gezondheidsraad.
- Hoofdstuk 3, gezondheid vluchtelingenjeugd: GGD GHOR Nederland.

De conceptversie van het rapport is toegestuurd aan alle in bijlage 1 genoemde organisaties. Een aantal van hen heeft gereageerd met aanvullingen en mogelijke correcties die wij in deze versie hebben verwerkt.

Analyse

Het ministerie van VWS wil graag indicaties voor de te verwachten vraag naar zorg, ondersteuning en preventie op de korte en lange termijn. De onderliggende gegevens waarop we ons baseren staan echter niet toe om 'korte' en 'lange' termijn heel scherp te definiëren. We spreken grofweg over een korte termijn als de nieuwkomende groep statushouders recente vergunninghouders zijn (minder dan twee jaar in een gemeente). We spreken over een lange termijn als deze groep vijf jaar of langer in de gemeente verblijft.

Om een inschatting te maken over gezondheid en zorggebruik op de korte en lange termijn hebben we bij elk gezondheidsthema de volgende stappen gezet:

1. Eerst hebben we de bekende verschillen in prevalenties tussen vluchtelingen en het gemiddelde in Nederland in kaart gebracht – vaak gebaseerd op cijfers uit onderzoeken uit het verleden.
2. Vervolgens hebben we de voornaamste voorspellende determinanten geïnventariseerd.
3. Ten slotte hebben we op basis hiervan inschattingen gemaakt van de te verwachten prevalenties bij de nieuwe statushouders en de indicaties voor zorggebruik, ondersteuning en preventie. Daarbij hebben we gebruikgemaakt van het overzicht met voornaamste kenmerken die we over deze groep hebben (zie hoofdstuk 2).

Beperkingen

Het onderzoek in deze kennissynthese kent beperkingen. We hebben te maken met het feit dat in de afgelopen jaren gegevens betreffende de gezondheid van en de zorg aan vluchtelingengroepen onvoldoende zijn geregistreerd. Over sommige gezondheidsproblemen en over gebruik van zorg en ondersteuning zijn geen of beperkte gegevens te vinden. Zo worden in (geanonimiseerde) registraties van medische gegevens en zorggebruik op basis van patiëntendossiers, zoals de NIVEL-Zorgregistratie, het land van herkomst en de migratiegeschiedenis niet als variabelen meegenomen. Ook bleek het niet mogelijk om op korte termijn de medische gegevens in de patiëntendossiers van de asielzoekers in de centrale opvang, zoals geregistreerd door het GCA, op geaggregeerd niveau boven water te krijgen. We hebben wel gegevens over het zorggebruik van deze groepen in de centrale opvang (MCA-gegevens 2013-2015), maar deze gegevens hebben slechts tot op zekere hoogte zeggingskracht voor de statushouders in de gemeenten en zijn om een aantal andere redenen beperkt bruikbaar. Al met al beschikken we daardoor over beperkte actuele gegevens over groepen vluchtelingen die nu instromen.

We hebben gebruik gemaakt van uiteenlopende studies, gebaseerd op wisselende aantallen respondenten, die werken met verschillende meetmethoden voor en omschrijvingen van aandoeningen. Als gevolg daarvan is onderlinge vergelijking en vergelijking met het Nederlandse gemiddelde moeilijk en soms niet mogelijk.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de groep nieuwe statushouders waar gemeenten mee te maken krijgen en gaan we in op de omvang en demografische kenmerken. In hoofdstuk 3 komt de gezondheid van de nieuwe statushouders in Nederland aan de orde. Het hoofdstuk bevat een beschrijving van determinanten die van invloed zijn op de gezondheid en het zorggebruik van vluchtelingen. Daarna bespreken we de resultaten per gezondheidsthema, met waar mogelijk de indicaties voor zorggebruik, ondersteuning en preventie op de korte en lange termijn. Hoofdstuk 4 richt zich op het sociale domein en de te verwachten vraag naar en gebruik van voorzieningen en ondersteuning in dat domein. Ten slotte wordt in hoofdstuk 5 ter samenvatting het totaalbeeld aan indicaties voor zorggebruik, ondersteuning en preventie op de korte en lange termijn gegeven.

Hoofdstuk 2. Omvang en demografische kenmerken van nieuwe vluchtelingen

In dit hoofdstuk staan gegevens over de vluchtelingen die zich de komende twee jaar als vergunninghouders in gemeenten zullen vestigen. Deze groep omvat deels vluchtelingen die pas in de toekomst naar Nederland komen. Om voorspellingen te doen over de omvang en samenstelling van deze groep hebben wij inschattingen gemaakt, gebaseerd op trends in de asielinstroom en de taakstelling van de afgelopen twee jaar (2014-2015). We hebben ons daarbij laten adviseren door het WODC/RWI BD van het ministerie van Veiligheid en Justitie en VluchtelingenWerk Nederland. Ten tijde van dit schrijven waren geen gegevens van het COA ontvangen. De redenering en cijfers die als onderligger dienen voor de door ons gemaakte inschattingen staan in bijlage 2.

Het voorspellen van de asielinstroom is met een flink aantal onzekerheden omgeven en kan onder invloed van (inter)nationale ontwikkelingen veranderen. Het aantal vergunninghouders dat zich in gemeenten vestigt, is afhankelijk van de taakstelling, welke per half jaar kan worden bijgesteld. Bij het lezen van dit hoofdstuk dient men dat in het achterhoofd te houden.

We gaan bij onze berekeningen uit van de volgende aannames:

1. De asielinstroom in 2016 zal rond de 58.000 bedragen. De instroomprognose voor 2016 is door een ambtelijke werkgroep van het ministerie van Veiligheid en Justitie in de Meerjarige Productieprognose (MPP) geraamd op 93.600, bij ongewijzigd beleid (1). Het kabinet houdt voor 2016 in de begroting rekening met een totale asielinstroom van 58.000 (1). De asielinstroom verloopt grillig en valt binnen de huidige migratiedynamiek moeilijk te voorspellen. Wij baseren ons voor deze kennissynthese niet op de aantallen in de instroom, maar op de taakstelling voor gemeenten, omdat het vergunninghouders betreft die zich in de gemeente vestigen.
2. Afhankelijk van de instroom kan de taakstelling hoger uitvallen. Voor nu gaan wij ervan uit dat de taakstelling voor 2016 niet wordt bijgesteld en 43.000 blijft (excl. 3.394 nog te plaatsen vergunninghouders uit 2015). De taakstelling zal voor 2017 naar verwachting ongeveer 1-1,5 keer de taakstelling van 2016 zijn.
3. De verhouding tussen de vluchtelingengroepen blijft vergelijkbaar met de verhoudingen in 2015: 47% Syriërs, 14% Eritreeërs, 6% Irakezen, 5% Afghanen en 4% Iraniërs, en 16% overig. Uit cijfers van de IND blijkt dat 8% van de asielinstroom bestaat uit staatlozen, veelal Palestijnen afkomstig uit Syrië (2).
4. We hanteren de verhouding mannen-vrouwen-kinderen onder vergunninghouders (incl. nareizigers) zoals deze nu is, namelijk ongeveer 40 : 30 : 30.

In bijlage 2 worden de verhoudingen tussen de leeftijdsgroepen onder de verschillende groepen vluchtelingen weergegeven. Een belangrijk gegeven hierin is dat het overgrote deel van de nieuwkomende vluchtelingen een jonge leeftijd heeft. Zo is 75% van de asielzoekers uit Syrië en 93% van de asielzoekers uit Eritrea die in 2015 gebruikmaakte van de GC A-zorg in de opvang jonger dan 35 (3).

Voor de analyse gaan we uit van de vluchtelingen die zich de komende twee jaar in Nederlandse gemeenten zullen vestigen. In 2016 zullen in totaal 46.394 vergunninghouders in Nederlandse gemeenten komen te wonen. In 2017 zullen in totaal 43.000 tot 64.500 vergunninghouders in Nederlandse gemeenten komen te wonen (voor verdere beredering zie bijlage 2). Onder hen zijn asielaanvragers, nareizigers en vluchtelingen die in het kader van herverdeling naar Nederland komen.

De plaatsing van vergunninghouders wordt gespreid over het land en verdeeld over gemeenten naar rato van het inwoneraantal. Uitgaande van een gemiddelde afspiegeling van de groep vluchtelingen zoals hierboven beschreven, zou met een taakstelling van ongeveer 150 vergunninghouders passende bij een gemeente zoals Zwolle of Zoetermeer, met een inwonersaantal van ca 124.000, de groep vestigende vergunninghouders er als volgt uit zien:

Land	Aantal vergunninghouders	Man : vrouw : kind*
Syrië	71	45 : 11 : 15
Eritrea	21	10 : 6 : 5
Staatloos	12	
Irak	9	6 : 1 : 2
Afghanistan	7	3 : 1 : 3
Iran	6	4 : 1 : 1
Overig	24	
Totaal	150	68 : 20 : 26 **

* Gebaseerd op verhoudingen per land van herkomst, zie bijlage 2.

** Telt niet op tot 150 vanwege ontbrekende gegevens over staatlozen en de groep 'overig'.

NB: De daadwerkelijke demografische samenstelling van een groep vergunninghouders per individuele gemeente zal niet noodzakelijk evenredig zijn aan de boven weergegeven verhoudingen. Het is mogelijk dat in een bepaalde gemeente overwegend Syrische gezinnen komen te wonen, of overwegend alleenstaande minderjarigen uit Eritrea, etc. Onder invloed van deze verschillen zal de aanspraak op zorg, ondersteuning en preventie tussen gemeenten variëren.

NB: Het schema betreft puur nieuw te vestigen vluchtelingen. Iedere gemeente huisvest al honderden meer vluchtelingen uit eerdere jaren.

Achtergrondkenmerken van de groep nieuwvestigende vergunninghouders

In onderstaande paragrafen wordt op een aantal punten achtergrondinformatie gegeven over de groepen nieuw te vestigen vergunninghouders. Enerzijds betreft dit informatie die kenmerkend kan zijn voor het zorggedrag van de groepen en die mogelijk relevant is voor de inschatting van het zorggebruik. Anderzijds gaat het om kenmerken die iets zeggen over de diversiteit van de doelgroep. 'De Syriër' bestaat niet en het is belangrijk dit te onderkennen wanneer een groep vluchtelingen zich vestigt in de gemeente. Etniciteit en land van herkomst an sich zijn immers onvoldoende verklarende factoren voor gezondheidsverschillen en zorggebruik. Interne variëteit binnen de groepen leidt tot verschillen in de werking van beschermende en risicofactoren/determinanten.

% instroom in 2015	Achtergrond	Geloof	Taal	Opleidingsniveau
Syriërs 47%	Grotendeels Arabieren Koerden, Syrisch orthodoxen (reeds gevlucht in de jaren 80)	Overwegend islamitisch, waarvan grotendeels soenniet Yezidi Syrisch-orthodox	Arabisch Koerdisch Armeens Aramees	Vergelijkbaar met normaalverdeling Nederland
Eritreeërs 14%	Grotendeels Tigrinya (90%)	Koptisch-orthodox	Tigrinya, Arabisch, Engels, Tigre, Kunama, Afar	Laagopgeleid Anders alfabeet
Staatlozen 8%	Arabieren (veelal Palestijnse vluchtelingen uit Syrië)	Overwegend islamitisch	Arabisch	
Afghanen 5%	Pathanen, Tadzjiken, Hazaren, Oezbeken, of andere	Overwegend islamitisch, waarvan grotendeels soenniet	Afghaans, Perzisch en Dari (officieel), Pashto en Turkse talen als Oezbeeks en Turkmeens	Jongerengeneratie, deels recent opgeleid en op zoek naar kansen (9), deels zonder enige opleiding (10).
Irakezen 6%	Arabieren, Koerden, Turkmenen, Syrisch-orthodoxen, of andere	Overwegend islamitisch (60-65% sjiiet, 32-37% soenniet), christen en hindoe	Arabisch, Koerdisch, Turks dialect, Aramees en Armeens	Jongerengeneratie, deels opgeleid, deels zonder enige opleiding.
Iraniërs 4%	Perzen, Azeri, Koerden, Lur, Baloch, Arabieren, Turkmenen	Overwegend islamitisch, waarvan grotendeels sjiiet	Perzisch (officieel), Azeri, Koerdische en Turkse dialecten, Arabisch, en andere	Goed opgeleid (11).

Omwillen van een zo volledig mogelijk beeld van de gezondheidsrisico's onder de huidige vluchtelingengroepen geven we hieronder verdere achtergrondinformatie die hierop van invloed kan zijn. Ook hier zijn we gelimiteerd door de beperkte beschikbaarheid van gegevens. Zo is het COA niet in staat geweest cijfers aan te leveren met betrekking tot opleidingsniveau en huwelijks staat per herkomstgroep. Deels bestaat onderstaande informatie daarom uit een inschatting, gebaseerd op diverse bronnen.

Syriërs

De Syriërs waren in 2015 de grootste groep binnen de verhoogde asielinstream. Asielaanvragen worden veelal ingediend door jongvolwassen mannen. Echter, Syriërs maken het meest van alle groepen gebruik van de mogelijkheid tot gezinshereniging. Op termijn zal daarom het aantal gezinnen toenemen en de verdeling man : vrouw : kind vergelijkbaar zijn met het Nederlandse gemiddelde. Syriërs zijn op de vlucht voor de burgeroorlog, het regime van president Assad en de huidige strijd met de terreurgroep Islamitische Staat. Voorafgaand aan het conflict was Syrië een middle income country met een redelijk goed onderwijs- alsook zorgsysteem. 97% van de kinderen ging naar de basisschool en 67%

naar de middelbare school (4). De alfabetiseringsgraad was ruim 90% (5). Het zorgsysteem verschilde op een aantal punten van het Nederlandse systeem. De medische zorg werd geregeld door de overheid en betaald uit overheidsmiddelen. Men had recht op gratis gezondheidszorg voor de meest essentiële zorg, zoals een bezoek aan een ziekenhuis, medicijnen en medisch specialistische zorg. Voor particuliere gezondheidszorg moest wel betaald worden. Zorgverzekeringen kent de meerderheid van de Syriërs niet. De huisartsenzorg zoals die in Nederland georganiseerd is, met name het bijbehorende verwijzingsstelsel, is onbekend. Overmatig gebruik van antibiotica was een probleem in Syrië; artsen schreven vaak antibiotica voor en daarnaast kon antibiotica in Syrië ook gekocht worden zonder recept.

Eritreeërs

Eritreeërs zijn de tweede grootste groep vluchtelingen in de verhoogde asielinstroom. Zij behoren veelal tot de bevolkingsgroep Tigrinya en zijn koptisch-orthodox. Eritreeërs zijn op de vlucht voor het repressieve regime in Eritrea en de 'oneindige dienstplicht'. De groep bestaat voor ongeveer de helft uit jonge, (ongetrouwde) mannen, voor de rest uit vrouwen en kinderen. Ook zijn er onder Eritreeërs veel AMV's. 93% van de asielzoekers uit Eritrea die in 2015 gebruik maakte van de zorg in de asielopvang was jonger dan 35. De huidige groep Eritrese vluchtelingen is over het algemeen lager opgeleid of anders/analfabeet. In Eritrea is de gezondheidszorg anders georganiseerd. Men kent geen huisarts, maar gaat voor het eerste zorgcontact naar het health station/health centre. Er is in Eritrea geen zorgverzekeringssysteem (6). Ook is men gewend aan een veel hogere mate van medicijndistributie (7).

Staatlozen

Een groot aantal Palestijnse vluchtelingen was gehuisvest in Syrische vluchtelingenkampen. Het grootste 'kamp' was Yarmouk, een officieus vluchtelingenkamp van 2,11 km² in Damascus. Yarmouk is gedurende het conflict belegerd geweest, in eerste instantie door de FSA (oppositie) en sinds april 2015 door Islamitische Staat. De Palestijnse vluchtelingen hebben niet de Syrische nationaliteit en komen nu veelal als staatloze vluchteling de asielprocedure in. Na de groep Syriërs maken de staatloze vluchtelingen het meest gebruik van de mogelijkheid tot gezinshereniging, zo blijkt uit cijfers van de IND (8). Voorafgaand aan het conflict waren er in Yarmouk goede voorzieningen. Er waren scholen en ziekenhuizen, georganiseerd door zowel de Syrische overheid als het UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East).

Irakezen, Afghanen en Iraniërs

Uit cijfers van de IND blijkt dat het aantal asielaanvragen door Iraakse en Iraanse vluchtelingen in 2015 is verdubbeld en in het geval van Afghanen verdriedubbeld ten opzichte van 2014 (2). Zij komen uit landen waar al jarenlang onrust heerst en liften mogelijk mee met de instroom van Syrische en Eritrese vluchtelingen. Zowel in Irak als Afghanistan is er na jarenlange oorlog nog steeds een penibele veiligheidssituatie en een slechte economie. In Iran is het bewind van de islamitische republiek momenteel in handen van een uiterst repressief regime. Opposanten, bekeerlingen en homoseksuelen lopen gevaar (8). Qua etniciteit, geloof en taal zullen de huidige vluchtelingen niet verschillen van hen die eerder naar Nederland kwamen. Wel is het mogelijk dat de huidige groep meer jongvolwassenen betreft, die een opleiding hebben gehad en vluchten vanwege het gebrek aan vrijheden en kansen voor jonge mensen.

Hoofdstuk 3. Gezondheid en zorggebruik

Gezondheid

Vluchtelingengroepen ervaren vergeleken met de autochtone bevolking hun gezondheid doorgaans slechter, waarbij dit verschil sterk toeneemt met de leeftijd, zo blijkt zowel uit internationaal als Nederlands onderzoek (1), (2), (3).

Er zijn verschillen tussen vluchtelingengroepen: uit een onderzoek waarbij gezondheid van Afghanen, Iraniërs, Irakezen en Somaliërs werden gevolgd bleek dat Somalische vluchtelingen van deze groepen hun gezondheid het minst vaak slecht ervaren en Afghaanse vluchtelingen het vaakst. Hierbij lijkt weinig verschil tussen de ervaren fysieke en psychische gezondheid (4). Belangrijk om op te merken is dat de groep vluchtelingen die in Nederland aankomt over het algemeen sterk genoeg geweest is om de vaak zware tocht naar Nederland te ondernemen. We hebben dus op korte termijn te maken met een relatief sterke sup-populatie uit het land van herkomst. Dit wordt ook wel het “healthy immigrant-effect” genoemd (5), (6). Dit effect wordt bij de huidige groepen nog eens versterkt door de jonge gemiddelde leeftijd. We weten uit onderzoek dat de gezondheid van vluchtelingen op langere termijn slechter wordt, onder invloed van een aantal (deels te beïnvloeden) factoren die we in dit hoofdstuk bespreken. In dit hoofdstuk gaan we in op de gezondheid, de verschillende gezondheidsrisico's en indicaties voor gebruik van zorg, ondersteuning en preventie van vluchtelingen die nu instromen in de gemeenten.

Factoren van invloed op de gezondheid

In zijn algemeenheid is bekend dat gezondheid sterk beïnvloed wordt door een reeks aan factoren. Lalonde (7) en Dalghren & Whitehead (8) de volgende determinanten: erfelijkheid, individuele keuzes en daarnaast de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, werken en ouder worden. Lalonde deelt de factoren in vier determinantgroepen in: biologische en genetische factoren, leefstijl en gedrag, fysieke en sociale omgeving, en gezondheidszorg (7). Inmiddels weten we ook dat het hebben van een zinvolle dagbesteding in de vorm van werk, opleiding of andere vorm van participatie en het gevoel erbij te horen een grote invloed hebben op de gezondheid. Een slechte gezondheid heeft op haar beurt een negatieve invloed op maatschappelijke participatie, de taal leren beheersen en het afronden van integratietrajecten (4).

Specifiek voor vluchtelingen

Als we specifiek naar vluchtelingen kijken, dan zijn de volgende factoren extra relevant:

- Pre-migratiefactoren zoals situatie en nare ervaringen in land van herkomst, gezondheid en gezondheidszorg in land van herkomst en tijdens vlucht, leefsituatie in land van herkomst, vluchtachtergrond, opleidingsniveau, etc.
- Genetische, etnische en culturele kenmerken vluchtelingengroep.
- Post-migratiefactoren: verloop asielprocedure en duur van verblijf in de asielopvang, aan- of afwezigheid van familieleden, zich welkom voelen en sociale steun, etc.
- Sociaal-economische factoren: kansen op werk (op eigen niveau), opleiding, participatie, toekomstperspectief, inkomen. En de onzekerheid bij het opbouwen van een nieuw bestaan.

Bronnen

Wij hebben voor een overkoepelend beeld van gezondheidsbeschermende factoren en risicofactoren de volgende bronnen benut: 'Met kennis van feiten' (9), Schellingerhout (4), de Australische omvangrijke studie van Hadgkiss (1), de theoretische onderlegger Conservation of Resources van Hobfoll (10), (11), en de uitkomsten van de longitudinale studie Gevlucht-Gezond (12). Daarnaast zijn deze factoren voorgelegd aan experts (stakeholdersbijeenkomst 14 januari 2016).

Beschermende en risicofactoren

Hieronder vatten we de uitkomsten van de voornaamste onderzoeken naar determinanten samen, gesplitst naar volwassenen en kinderen. De (ervaren) gezondheid zal uiteindelijk bepaald worden door de balans tussen risicofactoren en beschermende factoren.

Beschermende factoren – gezondheid volwassenen

Jonge leeftijd (geldt niet voor alleenstaande minderjarige vluchtelingen)
Hogere opleiding
Werk en inkomen, participatie, toegang tot onderwijs
Stabiliteit en prettig wonen
Aanwezigheid familie, partner en kinderen
Sociaal netwerk, sociale steun
Verblijfszekerheid
Religie
Behoud of herwinnen 'hulpbronnen' (baan op hetzelfde niveau kunnen krijgen in Nederland), participatie

Risicofactoren – gezondheid volwassenen

Oudere leeftijd, en oudere leeftijd bij aankomst
Lage opleiding en laag inkomen (armoede)
Niet lukken van participatie/werk en integratie
Zich niet welkom voelen
Het aantal schokkende gebeurtenissen dat is meegemaakt
Duur en onzekerheid asielpprocedure, en verbijfsvergunning en inactief zijn
Beperkte gezondheidsvaardigheden
Onvoldoende kennis over Nederlandse zorgsysteem
Fysieke onveiligheid (giftige paddenstoelen, verdrinking)
<i>Low return on investment</i> (bijv. leren taal levert geen baan op)

Specifieke factoren die de gezonde ontwikkeling van kinderen beïnvloeden (13), (14), (15):

Beschermende factoren – gezonde ontwikkeling kinderen

Hoge mate van steun en cohesie binnen het gezin
Welbevinden ouders
Positieve schoolervaring
Adoptiegezin met dezelfde etnische achtergrond

Risicofactoren – gezonde ontwikkeling kinderen

Blootstelling aan geweld voor en na de vlucht
Alleenstaand en meisje zijn
Meerdere verhuisbewegingen in land van aankomst
Ervaren discriminatie
Slechte financiële situatie gezin
Alleenstaande ouder
Psychiatrische problemen bij ouder(s) (met name moeder)
Onvoldoende deelname sport en bewegen

Zorggebruik en passende zorg

Algemeen

Uit een aantal onderzoeken komt een algemeen beeld naar voren over zorggebruik van vluchtelingen (4), (9), (2). Het is van belang verschillen in zorggebruik te duiden in relatie tot verschillen in ziektelast tussen vluchtelingen en Nederlanders

Huisartsenzorg

Uit onderzoek onder Afghanen, Irakezen, Iraniërs en Somaliërs in 2009 zien we dat vluchtelingen in het algemeen vaker de huisarts bezoeken dan autochtone Nederlanders (4). Voor jonge mensen geldt dit veel minder, maar naarmate de leeftijd stijgt en men langer in Nederland is, groeit het verschil in zorggebruik. Gemiddeld bezoeken vluchtelingen ongeveer anderhalf keer vaker de huisarts dan andere mensen (4). Het verschil in dit gebruik van huisartsenzorg wordt voornamelijk verklaard door het verschil in ziektelast, zij het niet helemaal.

Ziekenhuiszorg

Ditzelfde onderzoek toont aan dat er op jonge leeftijd relatief weinig verschil is tussen autochtone Nederlanders en vluchtelingen. Naarmate de leeftijd stijgt, groeit het verschil in het gebruik van ziekenhuiszorg tot anderhalf à twee keer (4, tabel 7.8). Naarmate men langer in Nederland is, stijgt het gebruik licht.

We benadrukken dat de onderzoeken waarnaar verwezen wordt zich richten op andere groepen dan de grootste vluchtelingengroep van nu. Er zijn ook gegevens over het zorggebruik in de centrale opvang betreffende de huidige asielzoekers. Deze kunnen, met diverse slagen om de arm, enig licht werpen op het gebruik van de zorg door de mensen die als nieuwe statushouders in de gemeente zullen komen. Onderstaande uitspraken zijn geverifieerd bij het MCA.

Uit MCA-gegevens uit 2013-2014 blijkt dat er minder specialistisch zorggebruik onder Syriërs was dan onder de andere huidige vluchtelingengroepen, met beduidend lagere gemiddelde zorgkosten: bij Syriërs € 922-1067, Eritreeërs € 1664-1756, Irakezen € 1441-1545 en overigen € 2154-2170. Aangezien Syriërs relatief kort in de opvang verbleven in 2013-2014, kunnen aan deze cijfers weinig conclusies worden verbonden. Er zijn signalen dat er voor asielzoekers die in de noodopvang of POL verblijven bepaalde zorg uitgesteld wordt, die in de gemeenten vervolgens ingehaald moet worden.

Determinanten voor zorggebruik

Belangrijke voorspellers voor het zorggebruik van vluchtelingen zijn de ervaren gezondheid, van het vrouwelijk geslacht zijn en een hogere leeftijd hebben (4), (9), (16). Schellingerhout toont daarnaast aan dat het hebben van een partner en kinderen in het buitenland samenhangt met meer zorggebruik (4). Bekend is dat zorggebruik ook beïnvloed wordt door de lengte van het verblijf in Nederland, de taalvaardigheid en voor een deel door de kosten voor het eigen risico (2).

Lamkaddem (26) heeft in haar onderzoek onderliggende mechanismen blootgelegd voor het zorggebruik op de langere termijn. Twee factoren blijken daarin het meest van invloed te zijn: het zorgstelsel in het land van herkomst en de verwachtingen die dat blijft oproepen en de ervaren discriminatie in de maatschappij.

Zorggebruik is ook gerelateerd aan de mate waarin de zorg 'passend' is, oftewel toegesneden is op de vraag van de betreffende patiënt, in dit geval de vluchteling. Uit internationaal en nationaal onderzoek is algemeen bekend dat vluchtelingen en andere niet-westerse migranten barrières ondervinden in de toegang tot de zorg en dat de zorg aan hen minder kwaliteit en effectiviteit heeft (ten gevolge van taalbarrière, opleiding, onbekendheid met het Nederlandse zorgstelsel en de Nederlandse gezondheidszorgcultuur, kennis en vaardigheden van professionals en andere mechanismen die leiden tot exclusie). Er is sprake van minder goede aansluiting van de zorg op de behoeften van migranten (1), (5), (12), (17), (18), (19), (20), (21), (22).

Een recente studie in Zweden toonde een lage mate van gezondheidsvaardigheden onder vluchtelingen aan (23). Beperkttere gezondheidsvaardigheden, en verminderde toegankelijkheid en kwaliteit van voorzieningen kunnen leiden tot een vaker terugkeren in de zorg of een hoger gebruik van andere voorzieningen. Zo kan bijvoorbeeld een minder effectieve medicatiebegeleiding leiden tot een slechtere regulering van diabetes, met een verhoogd gebruik van specialistische ziekenhuiszorg als gevolg (24), (25).

Ten slotte worden zoals bekend de beleving van ziekte en de ideeën over passende zorg deels bepaald door waar men vandaan komt. Zo wordt ondergebruik van de ggz mede veroorzaakt door een taboe op psychische ziekten.

Determinanten voor zorggebruik
Minder goed ervaren gezondheid
Minder sociale steun/nabijheid familie
Hogere leeftijd
Vrouw
Lengte verblijf (hoe langer, hoe meer gebruik)
Lagere opleiding
Voldoende kennis over het Nederlandse zorgsysteem
Eigen zorgsysteem land van herkomst als referentie houden
Ervaren discriminatie in de samenleving
Gezondheidsvaardigheden
Taalbarrière
Voldoende financiële middelen (om eigen risico te voldoen)
Toegankelijke, cultuursensitieve zorg
Ziektebeleving en hulpzoekgedrag

In de volgende paragrafen gaan we in op de verschillen in prevalentie van onderstaande aandoeningen en welke indicaties te geven zijn voor zorggebruik door, ondersteuning van en preventie voor de nieuwe statushouders op de korte en lange termijn.

1. Chronische aandoeningen
2. Tandheelkundige problemen
3. Infectieziekten (inclusief vaccinaties)
4. Psychische klachten
5. Middelengebruik
6. Reproductieve gezondheid, seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking
7. Gezondheid vluchtelingenjeugd

3.1 Chronische aandoeningen

In dit hoofdstuk bespreken we enkele chronische somatische aandoeningen, onder andere diabetes, hart- en vaatziekten, COPD. Met name ten aanzien van diabetes verwachten we onder de nieuwe instroom vluchtelingen een hogere prevalentie dan gemiddeld in Nederland. De prevalentie van deze drie chronische aandoeningen wordt onder andere beïnvloed door leefstijl-gerelateerde risicofactoren als overgewicht, gebrek aan beweging en roken. Onder de groep Syrische vluchtelingen zien we juist bij deze factoren een hoge prevalentie en dus een verhoogd risico voor het ontwikkelen van chronische aandoeningen. Bij Eritreeërs is dit risico, in ieder geval op korte termijn, juist lager.

Chronische aandoeningen zijn verder sterk gerelateerd aan leeftijd. Wanneer we willen vergelijken met het Nederlandse gemiddelde is het belangrijk dat voor leeftijd wordt gecorrigeerd. De huidige instroom is relatief jong, dus er zijn in het algemeen op korte termijn minder chronische aandoeningen te verwachten.

Naast deze drie aandoeningen komen bij vluchtelingen ook vaak chronische pijnklachten voor. Kanker daarentegen komt waarschijnlijk minder voor onder vluchtelingen.

Net als bij andere groepen zal vroegsignalering, preventie en gezondheidsbevordering met betrekking tot chronische aandoeningen een belangrijk verschil kunnen maken.

Bekende verschillen in prevalenties

Er zijn zeer weinig gegevens over chronische ziekten bij vluchtelingen in Nederland. Dat geldt zeker voor gegevens over de huidige groep Syriërs en Eritreeërs. We beschikken over beperkte bronnen en deze richten zich met name op Iraakse, Iraanse, Afghaanse en Somalische vluchtelingen in Nederland. De gegevens uit deze bronnen laten zich slecht onderling vergelijken door verschil in meetinstrumenten of criteria:

1. In het onderzoek van Lamkaddem (1) zijn prevalenties gebaseerd op zelfrapportages van 172 statushouders in 2003 en in 2011 en op huisartsendossiers. Gezien de kleine aantallen en het feit dat de landen van herkomst verschillen van die van de huidige grootste groepen vluchtelingen, kunnen deze gegevens maar beperkt geëxtrapoleerd worden naar de huidige situatie.
2. In het onderzoek van Goosen (2) naar de medische dossiers van 59.380 asielzoekers tussen 2000 en 2008, is de groep gemiddeld jonger dan de groep van Lamkaddem (1).
3. Een derde bron komt van het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) (3). In week 33 van 2015 is eenmalig gekeken naar chronische aandoeningen in alle huisartsendossiers van 27.007 asielzoekers en vluchtelingen. Er is geen onderscheid gemaakt naar geslacht, leeftijd of land van herkomst, waardoor ook deze gegevens weer moeilijk te vergelijken zijn met eerdere bronnen.
4. Een laatste bron betreft de prevalenties in de landen van herkomst (4). Dit levert relevante gegevens op voor een schatting van de prevalentie op de korte termijn, maar hiervan is vaak niet bekend hoe deze prevalenties tot stand zijn gekomen en of deze bijvoorbeeld vergelijkbaar zijn met de Nederlandse gegevens uit de huisartsenregistraties (NIVEL-zorgregistratie).

Uit bovenstaande beperkte bronnen hebben we een aantal overstijgende bevindingen geïdentificeerd waarop we de inschattingen over de verschillen in prevalentie van chronische aandoeningen baseren.

Chronische aandoeningen algemeen

Kennis over leefstijl van eerdere vluchtelingengroepen leidde tot de inschatting dat zij een hoger risico liepen op een aantal chronische aandoeningen. Schellingerhout vond dat er onder Afghaanse, Iraanse, Iraakse en Somalische vluchtelingen twee keer vaker een gebrek aan beweging voorkwam dan onder autochtone Nederlanders. Het verschil nam toe met de leeftijd (5). De prevalentie van overgewicht en obesitas was voor bovengenoemde vluchtelingengroepen, ouder dan 45 jaar, iets hoger dan het Nederlands gemiddelde (5). Bij de huidige vluchtelingengroepen zien we het volgende: de prevalentie van obesitas in Syrië was voor de start van het conflict hoger dan die in Nederland (23,5% versus 19,8%) (4). Dit verhoogt de kans op chronische aandoeningen. In Eritrea komt obesitas niet veel voor, de prevalentie is daar aanzienlijk lager (4,1%) (4). We verwachten dan ook dat Eritreeërs minder kans hebben op een aantal chronische aandoeningen. Anderzijds is deze groep gemiddeld lager opgeleid en dat geeft weer extra risico.

Diabetes

Bestaande onderzoeken laten een hogere diabetesprevalentie zien onder vluchtelingen, asielzoekers en andere niet-westerse migranten. Zo blijkt uit diverse onderzoeken dat de prevalentie van diabetes 2-4 maal hoger is onder niet-westerse migranten dan gemiddeld in Nederland (6).

Lamkaddem (1) concludeerde op basis van een analyse van huisartsendossiers dat diabetes in 2011 onder 15% van een groep van 106 Afghaanse, Iraanse en Somalische vluchtelingen voorkwam, ten opzichte van 4,5% van de Nederlandse bevolking. De prevalentie was toegenomen tussen 2003 en 2013.

Goosen (2) rapporteert een tweemaal hogere diabetesprevalentie onder asielzoekers tussen 2000 en 2008 dan onder de Nederlandse bevolking. Bij asielzoekers uit Syrië kwam diabetes 2,5 keer vaker voor onder vrouwen en 1,5 keer vaker onder mannen. Over de huidige groep asielzoekers zijn geen vergelijkbare gegevens beschikbaar, maar er is geen reden om aan te nemen dat de diabetesprevalentie onder hen lager zal zijn dan onder eerdere groepen. Op basis van de drie eerdergenoemde onderzoeken en de prevalentie in het land van herkomst verwachten we toch een hogere prevalentie van diabetes onder Syriërs.

Hart- en vaatziekten

Over de prevalentie van hart- en vaatziekten zijn onvoldoende gegevens beschikbaar. Wat we weten is het volgende: door GC A is op één moment in 2015 bij 4,7% van de asielzoekers die nog in de opvang woonden een niet nader omschreven hart- en vaatziekte geregistreerd (3). Omdat niet duidelijk is welke aandoeningen hieronder vallen en er geen gegevens bestaan over de sekse en leeftijdsverdeling van deze groep, kan dit getal niet vergeleken worden met cijfers over de gemiddelde Nederlandse bevolking.

Lamkaddem (1) vond een prevalentie van hypertensie van 13% in huisartsendossiers in 2011. Gemiddeld in Nederland had 31,4% van de volwassen bevolking last van hoge bloeddruk. Op grond van deze zeer beperkte gegevens is er geen reden om aan te nemen dat hart- en vaatziekten op korte termijn een probleem vormen. Als de huidige groep vluchtelingen ouder wordt, zijn wel meer hart- en vaatziekten te verwachten, met name onder Syrische mannen.

Dat heeft te maken met hun hogere prevalentie van overgewicht en diabetes en bovengemiddeld rookgedrag. Beïnvloeden van deze leefstijlfactoren kan de prevalentie van hart- en vaatziekten verminderen.

COPD

Uit de GC A-gegevens blijkt een COPD-prevalentie van 1,5% onder asielzoekers in de opvang. De prevalentie in Nederland was in 2011 ongeveer 2% (7). De kans op COPD onder Syrische mannen zou iets verhoogd kunnen zijn, omdat het percentage rokers onder hen hoger ligt dan onder Nederlandse mannen.

Eritrese mannen, en Syrische en Eritrese vrouwen roken veel minder dan gemiddeld in Nederland (zie verder hoofdstuk 3.5 middelengebruik). De kans op COPD is dan ook naar verwachting voor hen veel kleiner. Vluchtelingenvrouwen uit alle groepen hebben veel minder kans op COPD zolang zij hun rookgedrag niet aanpassen aan de Nederlandse gewoonten.

Kanker

Wat betreft kanker is bekend dat de meeste vormen veel minder vaak voorkomen bij de eerste generatie niet-westerse migranten dan bij de autochtone Nederlandse bevolking. Hoewel voorzichtigheid is vereist omdat er geen cijfers voorhanden zijn met betrekking tot de huidige vluchtelinggroepen, is de verwachting dat dit ook voor hen geldt (8), (9).

Chronische pijnklachten

Chronische pijnklachten worden vaker gerapporteerd onder vluchtelingen (50%) dan onder de autochtone Nederlandse bevolking (30%) (1). De klachten zijn deels gerelateerd aan het algemene welbevinden en aan psychische klachten. Van niet-westerse migranten weten we dat dit soort klachten en SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten) vaker voorkomen. Met name huisartsen krijgen hier meer dan bij andere patiënten mee te maken.

Invloed van determinanten

Leeftijd is bij chronische aandoeningen een belangrijke determinant. In dit verband is het van belang om er rekening mee te houden dat de nieuwe groep vluchtelingen relatief jong is. Daarnaast bepalen genetische factoren, leefstijl (onvoldoende bewegen, ongezond eten, roken), opleiding en gezondheidsvaardigheden het ontstaan van overgewicht en hypertensie, diabetes type 2, en hart- en vaatziekten (10), (11), (12).

Vluchtelingen bewegen minder dan de gemiddelde Nederlandse bevolking, met name als zij ouder worden (5), (1). Participatie heeft een positieve invloed op bewegen en gewicht. Dit geldt waarschijnlijk voor vluchtelingen evenzeer als voor andere migranten in Nederland: migranten die goed Nederlands spreken en veel contacten hebben met autochtone Nederlanders hebben minder vaak overgewicht (13). Participatie bevorderen kan dus helpen in het voorkomen van chronische aandoeningen.

Chronische stress en een laag zelfgevoel zijn de belangrijkste onderhoudende factoren van roken. Ook dit zijn te beïnvloeden factoren. Bij vluchtelingen verklaart chronische stress vermoedelijk ook een deel van de verhoogde prevalentie van diabetes (14). Asielzoekers met een posttraumatische-stressstoornis hebben 1,4 keer zo vaak diabetes (15). In zijn algemeenheid weten we dat opleiding, sociaal-economische status (SES) en gezondheidsvaardigheden een sterke relatie hebben met gezondheid. Deze factoren beïnvloeden dus ook de gezondheid van vluchtelingen. Van Syriërs weten we dat ze qua opleiding vergelijkbaar zijn met de Nederlandse bevolking, terwijl Eritreeërs gemiddeld beduidend lager opgeleid zijn.

Deze laatste drie genoemde factoren hebben eveneens een invloed op het zorggebruik en de uitkomsten van de zorg. We weten bijvoorbeeld dat niet-westerse migranten met diabetes het ziekenhuis tweemaal vaker bezoeken dan autochtone Nederlanders (16), (17). Hieraan liggen onder andere de volgende factoren ten grondslag: een minder vermogen tot zelfmanagement (18), een taalbarrière (19) en het onvoldoende op de patiënt aansluiten van de zorg.

Verwachting voor de nieuwe statushouders

Prevalenties

Op grond van genoemde onderzoeken, de prevalentie van diabetes in Syrië voor de oorlog en leefstijlfactoren en andere determinanten verwachten we dat de diabetesprevalentie onder de huidige vluchtelingengroepen op korte termijn zeker tweemaal hoger zal zijn dan het gemiddelde in Nederland. Deze zal toenemen in de tijd. In welke mate dat gebeurt is afhankelijk van een aantal deels te beïnvloeden factoren zoals leefstijl, reductie van stress, vroegsignalering en participatie. Als we hier niet op ingrijpen, kunnen we op langere termijn een veel hogere prevalentie van diabetes, naar verhouding zeker driemaal zo hoog als onder de algemene bevolking (gecorrigeerd op leeftijd) verwachten (2). Uitzondering hierop zijn de Eritreeërs. Bij hen is, zeker op korte termijn, minder risico op diabetes te verwachten dan bij de gemiddelde Nederlander, onder andere vanwege veel lagere prevalentie van overgewicht/obesitas en de relatief lage prevalentie van diabetes in Eritrea (4), (20). Hun lage opleiding/lage SES zou op de langere termijn het risico op diabetes wel weer kunnen vergroten. Ten aanzien van de andere chronische aandoeningen verwachten we op korte termijn geen grotere prevalentie (hart- en vaatziekten) of een lagere prevalentie (kanker). Op langere termijn is het vóórkomen van deze gezondheidsproblemen afhankelijk van het wel of niet toenemen van genoemde risicofactoren. Chronische pijnklachten zullen naar verwachting wel vaker voorkomen (50% versus 30% bij autochtonen).

Indicatie voor zorggebruik, ondersteuning en preventie

- Op korte termijn verwachten we een tweemaal en op lange termijn een minstens driemaal zo groot zorggebruik van de eerstelijns diabeteszorg onder de toekomstige groep vluchtelingen (tenzij preventie veel winst op gaat leveren).
- Vanwege de hogere ziektelast bij de nieuwkomers verwachten we een twee- tot driemaal zo hoog ziekenhuiszorggebruik rondom diabetes als gemiddeld. Dit kan wellicht nog hoger uitvallen vanwege het gegeven dat niet-westerse migranten het ziekenhuis vaker bezoeken dan autochtone Nederlanders. We verwachten dat dit zeker zo zal zijn onder de groep Syriërs en mogelijk minder zal gelden voor de groep Eritreeërs.
- De hogere prevalentie van chronische pijnklachten zal leiden tot meer huisartsenbezoek.
- We verwachten geen hoger zorggebruik voor hart- en vaatziekten, COPD en kanker op de korte termijn. Op de lange termijn is dit afhankelijk van de toename van bepaalde risicofactoren welke door adequate preventie deels te voorkomen zijn.
- Het is van belang om breed te investeren in preventie/gezondheidsbevordering en in het bestrijden van de genoemde risicofactoren voor chronische aandoeningen. Dit gaat verder dan het beïnvloeden van leefstijl. Ook stressoren in de leefomgeving en participatie zijn van belang.

- Bij Syriërs verdient preventie en aanpak van overgewicht en roken en het bevorderen van bewegen extra aandacht.
- Bij alle vluchtelingengroepen is het van belang zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden te bevorderen, met specifieke aandacht voor Eritreeërs omdat deze groep laag is opgeleid en uit een land komt met een al jaren niet functionerend zorgsysteem.

Conclusie

Onder de huidige groepen vluchtelingen, uitgezonderd Eritreeërs, komen met name diabetes en overgewicht meer voor. Dit heeft gevolgen voor het zorggebruik. Preventie van diabetes en overgewicht is aan te bevelen en kan het zorggebruik beïnvloeden. Kanker komt naar verwachting minder voor.

3.2 Tandheelkundige problemen

Bekende verschillen in prevalenties

Veel vluchtelingen komen uit landen en situaties waarin beperkt aandacht was voor mond-
zorg en hebben dan ook gebitsklachten (1). Deze nemen af wanneer vluchtelingen lange-
re tijd in Nederland wonen. Bij vergunninghouders van Afghaanse, Somalische en Iraanse
afkomst namen de gebitsklachten af van 56% in 2003, toen zij nog asielzoeker waren,
naar 33% in 2011 (2).

Het aantal tandheelkundige problemen na vestiging in de gemeente zal sterk afhangen
van de mate waarin de asielzoekers al gebruik hebben gemaakt van mondzorg tijdens het
verblijf in de asielopvang. Voor de groep nieuwe statushouders geldt het volgende:

Asielzoekers, ook volwassenen, zijn tijdens hun verblijf in de centrale opvang verzekerd
voor tandartskosten. Voor volwassenen geldt echter op dit moment de beperking dat al-
leen zorg van de noodhulplijst vergoed wordt (dat betekent vooral in geval van pijnklach-
ten). Dit vanwege een grote stijging van de kosten voor mondzorg binnen de RZA. Sinds
1 augustus 2015 wordt een maximum van 250 euro per jaar per volwassen asielzoeker
vergoed, tenzij machtiging wordt goedgekeurd voor extra kosten (3).

Het mondzorggebruik binnen de centrale opvang nam af van ongeveer 28% van de verze-
kerden binnen de RZA in 2013 en 2014 naar 20% in 2015. Ook de gemiddelde kosten per
behandelde persoon daalden iets (4). Gezien de beperkte mogelijkheden tot mondzorg
tijdens de opvang nu, is de verwachting dat relatief veel volwassen vluchtelingen behoefte
hebben aan mondzorg bij aankomst in de gemeente.

Invloed van determinanten

Slechte mondgezondheid onder asielzoekers wordt voornamelijk veroorzaakt door
'achterstallig onderhoud'. Een toename in parodontale aandoeningen als gingivitis en
parodontitis, cariës, peri apicale abcessen en orofaciale infecties wordt veroorzaakt door
een slechte hygiëne gedurende de vlucht, een beperkte en verslechterende mondzorg
en ander en/of minder preventief tandheelkundig gedrag in het land van herkomst (3).
Daarnaast is sprake van een sterke sociale gradiënt. Gebitsproblemen komen vaker voor
onder mensen met een lage sociaal-economische status (SES) dan onder mensen met
een hoge SES (5). Deze combinatie van factoren geldt met name voor vluchtelingen uit
Eritrea.

De kosten voor de tandheelkundige zorg en het eigen risico in de zorg zijn reden om het
tandartsbezoek uit te stellen voor meer dan een kwart van de inwoners van achterstands-
wijken (5). Uitgaande van het feit dat vluchtelingen relatief vaak een laag inkomen heb-
ben, kan men ook onder hen uitstelgedrag verwachten.

Indicaties voor gebruik van tandheelkundige zorg

- De verwachting is dat bij alle volwassen nieuwkomers behoefte aan mondzorg bestaat
vanwege 'achterstallig onderhoud'.
- Omdat mondzorg voor hen in het basispakket zit, kunnen alle kinderen hiervan gebruik-
maken. Aangezien de ervaring bij het GC A is dat veel kinderen geen gebruik maken
van preventieve mondzorg, is het de vraag of zij dit wel zullen doen in de gemeenten.
Voorlichting over het belang van mondzorg is nodig.

- Gezien de financiële barrières zullen niet alle volwassenen met een zorgvraag daadwerkelijk gebruik maken van de mondzorg. Mogelijk zal er dus sprake zijn van ondergebruik. Gelet op het gebruik van mondzorg in de centrale opvang, lijkt de verwachting gerechtvaardigd dat op korte termijn zeker de groep Eritreeërs minder gebruik zal maken van de mondzorg, ondanks de mogelijk juist veel voorkomende tandheelkundige problemen onder deze groep. Gebrek aan kennis over het belang en de mogelijkheden van mondzorg speelt daarbij naast financiële barrières een rol.

Conclusie

Op korte termijn is er bij de nieuwkomers in de gemeente meer behoefte aan mondzorg vanwege onder andere 'achterstallig onderhoud'. Om financiële redenen verwachten we bij vluchtelingen met een laag inkomen ondergebruik, zowel op de korte als langere termijn. Voorlichting over het belang van mondzorg is nodig.

3.3 Infectieziekten

Vluchtelingen in Nederland vormen qua infectieziekten geen risico voor de volksgezondheid, deze zijn goed beheersbaar. Ze zijn wel een aandachtsgroep vanwege de hoge prevalentie van sommige infecties in hun land van herkomst of tijdens vluchtomstandigheden (1). Dit betreft met name chronische hepatitis B/C, tuberculose en hiv, malaria, een verhoogd risico op dragerschap van resistente micro-organismen (BRMO) en in mindere mate parasitaire infecties of vector-overdraagbare aandoeningen (1), (2), (3), (4). Deze laatstgenoemde infecties worden hier niet verder besproken, omdat ze geen risico vormen voor verdere transmissie in Nederland en relatief eenvoudig behandeld kunnen worden. Hieronder worden kort de infectieziekten besproken waarop vluchtelingen een hogere kans hebben dan andere mensen in Nederland. Het is lastig te voorspellen hoe en op welke termijn deze aandoeningen het zorggebruik van de komende groep statushouders zullen beïnvloeden. Er is meer informatie en tijd nodig om, samen met deskundige modelleers van bijvoorbeeld het RIVM, tot nauwkeuriger en onderbouwde schattingen te komen. Hieronder beperken wij ons tot een overzicht van de belangrijkste verschillen en globale conclusies. Ook wordt in deze paragraaf ingegaan op de vaccinatiestatus van vluchtelingen, waaruit zal blijken dat er geen zorgvraag van betekenis zal zijn voor volwassen vluchtelingen in relatie tot hun vaccinatiestatus. Dit hoofdstuk is in nauwe samenwerking met het RIVM geschreven. Een meer gedetailleerd overzicht van de beschikbare kennis is op te vragen.

Tuberculose

Bekende verschillen in prevalenties

Zoals uit onderstaande tabel blijkt komt tuberculose in Nederland meer voor onder vluchtelingen dan onder anderen. In absolute aantallen valt dit echter mee. Gezien de lange incubatietijd zijn mensen vaak al besmet in het land van herkomst of tijdens de reis/vluchtroute, maar worden ze pas ziek in Nederland. Daarnaast kunnen langer bestaande infecties jaren later nog opvlammen, met name als de afweer verstoord raakt.

Tbc bij vluchtelingen		
Land van herkomst	Incidentie 2014 heel Nederland (aantal per 100.000) ¹	Extrapolatie naar aantal per 100.000 op basis van het aantal gevallen in centrale opvang asielzoekers in 2015 (tot week 51) ²
Eritrea	878	1300
Syrië		28
Somalië	384	1000 ³
Afghanistan	42	300 ³
Overige landen		130
Nederland	4,9	

1. RIVM. Tuberculose in Nederland. Surveillancerapport (5).
2. Nijsten en Hahne (6).
3. De veel hogere prevalenties in de COA-opvang kunnen het gevolg zijn van a) het kleine totaal aantal Somaliërs en Afghanen dat het beeld vertekent; b) het feit dat tuberculose relatief vaak wordt vastgesteld en behandeld tijdens de COA-opvang.

Invloed van determinanten

- *Duur*: de duur van de opvang bepaalt voor een belangrijk deel hoeveel vluchtelingen tijdens de opvang gediagnosticeerd en behandeld zullen zijn voor tuberculose.
- *Afweer*: het actief worden van een infectie wordt medebepaald door de afweer; Opvlammingen van infecties zullen vaker plaatsvinden bij mensen die een immuun-compromitterende ziekte hebben (bijvoorbeeld hiv) of afweerremmende medicatie krijgen (zoals prednison, chemotherapie, Tumornecrosefactor Alfa (TNF-remmers). Dit kan ook jaren na aankomst in Nederland het geval zijn.
- *Snelheid diagnose*: hoe eerder een actieve tuberculose ontdekt en behandeld wordt, hoe minder kans dat familieleden of de directe omgeving besmet wordt. Alertheid op het ontdekken van tuberculose onder asielzoekers en statushouders en hun familie is dus geboden.
- *Therapietrouw*: vanwege de lange duur en de bijwerkingen van de medicatie is therapietrouw een uitdaging bij de behandeling van tuberculose. Het hebben van voldoende gezondheidsvaardigheden, sociale steun en adequate persoonsgerichte zorg bevorderen deze.

Verwachting voor de nieuwe statushouders

Incidentie

Hoeveel nieuwe statushouders en hun familieleden in de gemeenten actieve tuberculose ontwikkelen, wordt bepaald door het aantal personen dat latent geïnfecteerd is, de recentheid van de infectie, de duur van het verblijf in de centrale opvang en het voorkomen van immuun-compromitterende ziekten onder de asielzoekers. Dit maakt een schatting van aantallen dermate complex dat hiervoor meer tijd en inzet van deskundige modellers vereist zijn. Wel kunnen we de volgende conclusies trekken:

1. Onder de nieuwkomende vluchtelingen zal een actieve tuberculose zich waarschijnlijk meestal ontwikkelen in de eerste twee jaar na aankomst in Nederland.
2. Ook jaren na vestiging moet men bij alle vluchtelingengroepen alert zijn op het ontwikkelen van een actieve tuberculose, met name wanneer zij uit voor tuberculose hoog-endemische landen komen en/of immuun-gecompromitteerd raken.
3. Tuberculose komt onder Syriërs weinig voor (bij 0,02-0,03%) (7). Afgaande op de cijfers in 2014 en 2015 zal vermoedelijk 1-1,5% van de Eritrese vluchtelingen en hun nareizende familieleden ooit na aankomst in Nederland tuberculose ontwikkelen. Dat risico ligt bij andere groepen vluchtelingen lager.

Indicaties voor zorggebruik en preventie

- Wat betreft preventie zullen (huis)artsen alert moeten zijn op de mogelijkheid dat een vluchteling alsnog tuberculose ontwikkelt, vooral bij groepen uit hoog risicolanden zoals Eritrea en Somalië.
- Voor de GGD-afdeling tuberculosebestrijding is het de opdracht alle daarvoor in aanmerking komende vluchtelingen en hun nareizigers in de eerste jaren van verblijf te screenen.
- Het extra zorggebruik zal dus bestaan uit een gering extra tijdsbeslag van de huisarts (diagnostiek), gering extra tijdsbeslag en kosten voor röntgendiagnostiek, een extra tijdsbeslag voor de GGD-afdeling tuberculosebestrijding, en voor de afdelingen longziekten die tuberculose behandelen. Daarnaast zal er sprake zijn van extra medicatiekosten.

Conclusie

Eritrese en Somalische vluchtelingen hebben vergeleken met andere groepen in Nederland een hoog risico op het ontwikkelen van een actieve tuberculose –dit betreft waarschijnlijk ongeveer 1% van hen. Bij andere vluchtelingengroepen zal dit lager zijn, maar zij hebben wel een hoger risico dan andere Nederlanders. (Huis)artsen dienen alert te zijn bij deze groepen op de kans op nieuwe en opvlammende tuberculose-infecties. Extra zorggebruik wordt vooral verwacht bij de GGD-afdeling tuberculosebestrijding en bij geneesmiddelengebruik.

Chronische hepatitis B en C

Bekende verschillen in prevalenties

In veel landen waar asielzoekers vandaan komen, is de prevalentie van chronische hepatitis B veel hoger en die van chronische hepatitis C iets hoger dan gemiddeld in Nederland: zie onderstaande tabellen:

Hepatitis B			
Land van herkomst	Prevalentie per regio ¹	Prevalentie per land ²	Percentage van het aantal geregistreerde gevallen in centrale opvang 2015 tot week 51 ³
Sub-Sahara Afrika	5-10%		
• Eritrea		2,49%	0,3%
• Somalië		14,7%	
• Nigeria			1,6%
Midden-Oosten	2-5%		
• Syrië		2,62%	0,1%
• Irak		0,67%	
• Iran		0,96%	
• Afghanistan		1,62%	
Oost-Azië	5-10%		
• Mongolië			0,7%
Oost-Europa			
• Georgië			4,3%
Overige landen			0,2%
West-Europa	< 1%		
• Nederland		0,4%	

1. WHO factsheet 204 (8).
2. Schweitzer 2015 (9).
3. Nijsten en Hahne (6).

Prevalentie chronische hepatitis C	
Nederland	1,0-1,9% ¹
Syrië	1,0-1,9% ¹
Eritrea	2,0-2,9% ¹
Irak, Afghanistan, Somalië	> 2,9% ¹
	3,2-4,1% ²

1. Gravitz 2011 (10) (ook gebruikt in Urbanus 2013 (11))
2. Prevalentie HCV per GBD-regio (12), (13).

Over de prevalentie van chronische hepatitis C in de asielzoekerspopulatie in Nederland zijn geen gegevens bekend. Omdat deze infecties uiteindelijk kunnen leiden tot leverfalen of leverkanker, wordt in Nederland zo nodig behandeling aanbevolen (LCI-richtlijn hepatitis B) (14). De Gezondheidsraad bereidt een uitspraak voor over screening voor deze ziekte onder risicogroepen. Momenteel worden risicogroepen wel gevaccineerd voor hepatitis B, maar niet gescreend. Zwangere vrouwen in Nederland zijn hierop een uitzondering: zij worden wel routinematig gescreend op de aanwezigheid van hepatitis B en hun kinderen worden zo nodig direct na de geboorte gevaccineerd. Asielzoekerskinderen in de leeftijd van 0-19 jaar, inclusief de alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV), worden eveneens gevaccineerd conform het RVP-schema, inclusief hepatitis B-vaccinatie. Asielzoekers worden dus niet routinematig gescreend op hepatitis B of C, maar wel laagdrempelig hierop getest.

Invloed van determinanten

- De kans op een nieuwe besmetting met hepatitis B of C is onder vluchtelingen waarschijnlijk niet relevant hoger dan onder andere groepen in Nederland.
- De herkenning van chronische hepatitis B of C is afhankelijk van actieve opsporing; of (huis)artsen dit zullen gaan doen hangt sterk af van het binnenkort te verwachten advies van de Gezondheidsraad hierover. In internationale richtlijnen voor vluchtelingen-zorg wordt soms aanbevolen om te screenen op hepatitis B bij prevalentie van dragerschap in land van herkomst >2% en voor hepatitis C bij prevalentie >3 % (30). Indien niet tijdig onderkend, zal een deel van de vluchtelingen met chronische hepatitis B of C op termijn ernstige leveraandoeningen ontwikkelen.
- De kosten voor testen en behandeling van hepatitis B en C vallen onder de zorgverzekeringswet, maar zijn onderhevig aan het eigen risico. Dit laatste kan ertoe leiden dat vluchtelingen met weinig inkomen zonder klachten niet bereid zijn zich te laten testen, temeer daar er in sommige migrantenkringen een taboe heerst op ziekten zoals hepatitis.

Verwachting voor de nieuwe statushouders

Prevalentie

De beschikbare prevalentiecijfers per land van herkomst tonen grote verschillen. Een chronische hepatitis B- of C-infectie kan gedurende lange tijd symptomeloos verlopen en het is onzeker hoe actief huisartsen hun risicopatiënten hierop zullen testen. Schattingen van aantallen patiënten zijn daarom niet mogelijk. Wel kunnen we de volgende conclusies trekken:

1. Op basis van de bekende prevalenties in de landen van herkomst én de lage aantallen asielzoekers bij wie een chronische hepatitis-B-infectie is vastgesteld tijdens de COA-opvang, kan men ervan uitgaan dat de meeste chronische hepatitis B-gevallen onder deze statushouders pas opgespoord zal worden door reguliere huisartsenpraktijken na vestiging in een gemeente.
2. Onder de groep statushouders en hun familie ligt de prevalentie van chronische hepatitis B-infecties afhankelijk van het land van herkomst 2-10 maal hoger dan onder de Nederlandse bevolking.
3. In navolging van de WHO kan men uitgaan van de volgende prevalenties: 2-5% voor vluchtelingen uit het Midden-Oosten (zoals Syrië, Irak, Afghanistan) en 5-10% voor vluchtelingen uit sub-Sahara Afrika, waaronder we Eritrea ook rekenen.

Hepatitis C komt slechts in geringe mate méér voor onder sommige vluchtelingengroepen (uit Eritrea, Irak, Afghanistan, Somalië).

Indicaties voor zorggebruik en preventie

- Extra tijdsbeslag en kosten worden verwacht bij de huisarts (patiënten oproepen voor test), laboratorium (test), maag-darm-lever-artsen voor behandeling en farmacie.
- Wat betreft hepatitis C zal de behandeling niet tot veel extra zorggebruik leiden wat betreft personeel en laboratorium. Wel kan de behandeling tot hoge farmaciekosten leiden, omdat de onlangs beschikbaar gekomen behandeling duur is. Dat blijkt ook al uit de gegevens van de Menzis COA Administratie (MCA).

Conclusie

Vluchtelingen vormen een hoog risicogroep voor chronische hepatitis B en C, die onbehandeld tot ernstige ziekte kunnen leiden. Omdat deze infecties lang symptomeloos zijn, is actieve opsporing nodig. Extra kosten worden vooral verwacht ten aanzien van medicatie.

Malaria

Bekende verschillen in prevalenties

De incidentie van malaria onder asielzoekers uit Afrika is fors hoger dan onder de algemene bevolking in Nederland: zie onderstaande tabel. In Syrië komt malaria niet of nauwelijks voor. Om verschillende redenen (vooral de lange reisduur) betreffen de ziektegevallen over het algemeen relapses van een bestaande infectie met overwegend een relatief mild beloop (15), (16).

De malaria-incidentie in Nederland was in 2014 1,6 per 100.000 (17). Onder vluchtelingen komt malaria vaker voor. De incidentie in de centrale opvang voor asielzoekers was in 2015 (tot week 51) 200 per 100.000 (6). Malaria kwam het vaakst voor onder asielzoekers uit Eritrea (2400/100.000), Soedan (900/100.000) en Ethiopië (300/100.000) (6).

Malaria		
Land van herkomst	Incidentie 2014 heel Nederland (aantal per 100.000) ¹	Incidentie in centrale opvang asielzoekers in 2015 tot week 51 ² (aantal per 100.000)
Eritrea		2400
Syrië		
Soedan		900
Ethiopië		300
Overige landen		13
Nederland	1,6	

1. RIVM (17).
2. Nijsten en Hahne (6).

Indicaties voor zorggebruik en preventie

- Bij nieuwkomende statushouders en hun nareizende familie uit Afrika, zoals Eritrea, kan men verwachten dat zij – indien besmet bij vertrek – een kans hebben om nog na jaren verblijf in Nederland een relapse te krijgen. Echter, deze kans lijkt erg laag gezien de lage totale incidentie van malaria in Nederland (onder wie de al eerder gevestigde vluchtelingen uit Afrika).
- Hoe langer zij in de COA-opvang zijn geweest, hoe groter de kans dat zich daar een relapse heeft voorgedaan die adequaat behandeld is, waardoor verdere relapses worden voorkomen.
- Al met al lijkt het aannemelijk dat onder nieuwe vluchtelingen in de gemeente de incidentie van malaria erg laag zal zijn en niet tot substantieel extra zorggebruik zal leiden.
- Voor hun nareizende familieleden kan men voor de mensen uit Eritrea ervan uitgaan dat 2-3% van hen zich eenmalig zal moeten laten behandelen voor malaria (dat is het percentage dat voorkomt onder nieuwe asielzoekers uit Eritrea (6)).

Het extra zorggebruik zal niet substantieel zijn en zich voordoen bij de huisarts (meer patiënten met koorts), laboratorium (meer bloedonderzoek), ziekenhuisbehandeling en medicatie.

Conclusie

Een beperkt aantal vluchtelingen uit Afrika zal in de loop der jaren na vestiging een malaria-aanval krijgen, die meestal mild zal verlopen. 2-3% van de nareizende familieleden van Eritrese vluchtelingen zal eenmalig een malariabehandeling nodig hebben.

Hiv en overige soa's

Bekende verschillen in prevalenties

Een schatting brengt het aantal hiv-positieve personen in Nederland ten tijde van december 2014 op 22.100, waaronder 2700 niet gediagnosticeerd (18). Naar schatting is de prevalentie in Nederland dan 0,1%.¹ In 2014 was de hiv-prevalentie in Eritrea 0,7%. Voor

¹ Inwonersaantal in december 2014 was 16.900.158 (26).

de leeftijdsgroep 15-24 was de hiv-prevalentie onder Eritreeërs iets lager dan de eerdergenoemde 0,7%, namelijk 0,2% voor mannen en 0,3% voor vrouwen. In Syrië was de hiv-prevalentie < 0,1% (19), (20).

Ten aanzien van overige soa's zijn minder eenduidige cijfers te vinden. Voor de landen van herkomst van de huidige vluchtelingengroepen zijn moeilijk incidentie- en prevalentiecijfers te vinden. Cijfers zijn bekend op het niveau van de WHO- regio's, daaruit blijkt dat soa's in de Afrikaanse WHO-regio (waaronder Eritrea) veel meer voorkomen dan in de Oostelijke Mediterrane regio (waaronder Syrië) en de WHO-regio Europa (waaronder Nederland). (21). In Nederland is chlamydia de meest voorkomende soa. Onder mensen afkomstig uit Sub-Saharisch Afrika komen hiv, chlamydia, gonorrhoe en hepatitis B vaker voor en onder mensen uit het Midden Oosten komen gonorrhoe en chlamydia vaker voor (27). De hierboven beschreven verschillen in prevalentie zijn grotendeels gebaseerd op de situatie in de landen van herkomst. We weten nog onvoldoende over de ontwikkelingen hierin als gevolg van de vlucht en de situatie na aankomst in Nederland.

Invloed van determinanten

Hoogrisicogroepen voor soa's en hiv zijn personen afkomstig uit soa-/hiv-endemische gebieden, jongeren tot 25 jaar en mannen die seks hebben met mannen.

Een belangrijke determinant van soa's en hiv is seksueel risicogedrag (22). Opleidingsniveau kan een mediërende factor zijn in het risicovol gedragen. Laagopgeleide jongeren laten niet per se slechter beschermingsgedrag zien, maar zijn wel een aandachtsgroep omdat ze eerder seksueel actief worden en (daardoor) meer verschillende sekspartners hebben dan hoogopgeleide jongeren (23).

Religie kan een rol spelen in seksueel gedrag, zoals het gebruik van anticonceptie. Christelijke meisjes voor wie het geloof erg belangrijk is en islamitische jongens en meisjes gebruiken vaker geen anticonceptie bij de eerste geslachtsgemeenschap en ook vaker niet altijd met de laatste partner (23).

Een belangrijke aandachtsgroep binnen de huidige vluchtelingengroepen zijn de AMV's. Uit onderzoek van Goosen (24) naar hiv onder zwangere asielzoekers blijkt dat met name alleenstaande vrouwen en AMV's een risicogroep zijn. Uit verkenningen van Pharos onder Syrische en Eritrese vluchtelingen blijkt dat met name de Eritrese jongeren een grote kennisachterstand hebben op het gebied van seksualiteit/seksuele gezondheid (25).

Indicaties voor zorggebruik, preventie en ondersteuning

Hiv komt onder Syriërs niet veel voor, de prevalentie is in Syrië niet hoger dan in Nederland. In Eritrea is de hiv-prevalentie zeven keer hoger dan in Nederland, en voor de leeftijdsgroep 15-24, twee à drie keer hoger. Naar verwachting komen ook soa's vaker voor onder Eritreeërs dan gemiddeld in Nederland. Of dit zich vertaalt in hoger zorggebruik is afhankelijk van of men de weg naar de zorg weet te vinden. Onder etnische minderheden met hiv is het percentage ongediagnosticeerden hoger dan onder Nederlanders met hiv. Zij hebben een grotere kans om laat in de zorg te komen (bij een CD4 waarde <350 of met aids symptomen), dit geldt met name voor de groep die via heteroseksuele contacten geïnfecteerd is (28). Om verdere besmetting met soa's en hiv te voorkomen is voorlichting essentieel.

Conclusie

Hiv komt in Eritrea zo'n zeven keer meer voor dan gemiddeld in Nederland. Onder Eritrese jongeren tot 24 jaar, een leeftijdsgroep die een belangrijk risico vormt en waartoe ook een groot deel van de huidige vluchtelingen behoort, komt hiv ca twee tot drie keer meer voor. Ook voor de overige soa's zijn Eritreeërs een hoogrisicogroep. Hoe risico's tijdens de vlucht en na aankomst in Nederland effect hebben op de prevalentie is nog onvoldoende bekend. Door effectieve preventieactiviteiten te ontwikkelen kan worden voorkomen dat men besmet raakt met soa's of hiv, of deze na besmetting niet laat behandelen. AMV's zijn een specifieke aandachtsgroep.

Vaccinaties en ziekten waartegen in Nederland gevaccineerd wordt

Bekende verschillen in prevalenties

De dekking van nationale vaccinatieprogramma's in de verschillende landen van herkomst varieert. Sommige landen hebben structureel een lagere vaccinatiegraad. Andere landen hebben een daling van de vaccinatiegraad onder invloed van de oorlog. Dat is in Syrië het geval. Ook kan de inhoud van het vaccinatieprogramma verschillen van die van het Nederlandse Rijksvaccinatie Programma (RVP).

Asielzoekerskinderen worden tijdens hun verblijf in de COA-opvang zo nodig (aanvullend) gevaccineerd conform het RVP, met aanvulling van de hepatitis B-vaccinatie en de BMR-vaccinatie. Alle asielzoekerskinderen ontvangen op de leeftijd van 9 maanden een extra BMR-vaccinatie, de zogenaamde BMR-0 (29).

Kinderen die met een verblijfstatus in de gemeente komen wonen, zouden grotendeels al tijdens de periode in de centrale opvang door de JGZ gezien moeten zijn en de benodigde vaccins (deels) gehad moeten hebben. Toch is ook bij aankomst in de gemeente bij een deel van de kinderen een vaccinatieplan nodig. Er is weinig bekend over de vaccinatie-status van volwassen vluchtelingen. Syrië had voor de oorlog een goed functionerend vaccinatieprogramma. Difterie, tetanus, kinkhoest en polio komen onder de bewoners van de centrale asielopvang niet of sporadisch voor, zie onderstaande tabel. Dit kan mede verklaard worden doordat de betreffende ziekten wereldwijd weinig meer voorkomen of doordat men natuurlijke immuniteit heeft opgebouwd (dit laatste geldt niet voor tetanus). Het risico op difterie, tetanus of polio schatten wij daarom niet substantieel hoger in voor vluchtelingen dan voor de overige bevolking in Nederland.

Over BMR-vaccinaties (bof, mazelen en rode hond) in Syrië en Eritrea zijn geen schattingen beschikbaar van WHO en UNICEF. Het is niet zeker of volwassenen uit deze landen hiertegen gevaccineerd zijn. Dit geldt ook voor de Nederlandse bevolking die voor 1974 is geboren. Net als in Nederland wordt ervan uitgegaan dat volwassen vluchtelingen in diezelfde leeftijdsgroep de ziekte al gehad hebben. Deze ziekten komen onder de bewoners van de centrale asielopvang niet of sporadisch voor, zie onderstaande tabel.

Er zijn weinig gegevens bekend over de dekking bij vluchtelingen van vaccinaties tegen meningokokken, pneumokokken en Haemophilus influenzae type b (Hib3). Het risico op deze infecties bij volwassenen is evenwel klein en schatten we niet substantieel hoger in dan voor de Nederlandse volwassen bevolking. Op Nederlandse opvanglocaties voor asielzoekers en vluchtelingen was er in 2015 (t/m week 50) en 2014 in totaal één melding van een meningokokkeninfectie (6).

BMR en DKTP				
	Totaal aantal gevallen 2014 (tot week 51) heel Nederland ¹ (N = ca 17 miljoen)	Totaal aantal gevallen 2015 (tot week 51) heel Nederland ¹ (N = ca 17 miljoen)	Totaal aantal gevallen in centrale opvang asielzoekers in 2014 ¹ (N = 29.805)	Totaal aantal gevallen in centrale opvang asielzoekers in 2015 (tot week 51) ¹ (N = 55.455)
Difterie	0	0	0	0
Polio	0	0	0	0
Kinkhoest	9054	5849	19	7
Bof	40	85	0	1
Mazelen	140	7	0	1
Rode hond	0	0	0	0

1. Nijsten en Hahne (6).

Tegen waterpokken wordt in Nederland niet gevaccineerd, vrijwel iedereen maakt het op jonge leeftijd door, zonder complicaties. Echter, in tropische landen - waaronder Eritrea en Somalië - komt de ziekte veel minder voor, waardoor de kans bestaat dat asielzoekers op volwassen leeftijd, bijvoorbeeld tijdens een zwangerschap, hier in Nederland de ziekte oplopen, met een verhoogd risico op complicaties. Waterpokken is in Nederland niet meldingsplichtig, er zijn bij het RIVM wel diverse signalen binnengekomen over waterpokken onder asielzoekers.

Invloed van determinanten

- Vluchtelingen in de gemeente hebben geen andere risico's op het oplopen van bovengenoemde infectieziekten dan anderen.
- De vaccinatiegraad onder kinderen wordt vooral beïnvloed door de duur van het verblijf in de centrale asielopvang. Er zijn geen aanwijzingen dat vluchtelingen minder gebruik zouden willen maken van het vaccinatieaanbod.

Indicaties voor zorggebruik en preventie

- Voor volwassen vluchtelingen wordt geen noemenswaardig extra zorggebruik verwacht ten aanzien van vaccinaties of de infectieziekten waartegen in Nederland gevaccineerd wordt.
- Bij kinderen die kort in de centrale opvang verblijven en bij kinderen die meteen een verblijfsstatus krijgen (nareizigers) moet de jeugdarts van de reguliere JGZ alsnog een vaccinatieplan maken en zo nodig zorgdragen voor de inhaalvaccinaties. Behalve kosten voor personeel en vaccin komen hierbij de kosten voor het inzetten van een tolk of het laten vertalen van een vaccinatiebewijs.

Conclusie

Volwassen vluchtelingen hebben geen noemenswaardig groter risico om een infectie te krijgen waartegen in Nederland gevaccineerd wordt dan andere mensen in Nederland. Op dit gebied zijn geen extra maatregelen nodig en wordt geen extra zorggebruik verwacht. De JGZ-afdeling van de GGD zal wel extra werk en kosten krijgen met het maken van vaccinatieplannen en toedienen van inhaalvaccinaties bij de (met name nareizende) kinderen van vluchtelingen.

Conclusie infectieziekten totaal

Infectieziekten vragen om aandacht maar vormen geen onbeheersbaar risico, zij zijn met de juiste alertheid goed beheersbaar. Extra aandacht is geboden voor tbc: de komende jaren zijn met name hogere prevalenties te verwachten van actieve tuberculose onder Eritrese en Somalische vluchtelingen (ongeveer 1%). Omdat alle vluchtelingengroepen een hoger risico hebben dan andere Nederlanders, dienen (huis) artsen alert te zijn op tbc.

Hogere prevalenties (2-5%) zijn daarnaast onder alle vluchtelingengroepen te verwachten voor infecties met chronische hepatitis B en in mindere mate hepatitis C, en onder met name de nareizigers uit Afrika voor malaria (2-3%).

Hogere prevalenties van hiv en overige soa's zijn te verwachten onder Eritrese vluchtelingen. AMV's zijn een specifieke aandachtsgroep.

Extra zorggebruik wordt verwacht bij de huisarts, bij de GGD-afdeling tuberculosebestrijding en de GGD-afdeling jeugdgezondheidszorg voor de inhaalvaccinaties, alsmede voor medicatie voor de behandeling van tuberculose en hepatitis B en C. Extra preventieactiviteiten zoals seksuele voorlichting zijn raadzaam.

3.4 Psychische problematiek¹

Veel mensen associëren vluchtelingen met trauma's. Natuurlijk is het zo dat onder vluchtelingen die veel nare dingen hebben meegemaakt trauma meer voorkomt. Toch heeft het grootste deel geen posttraumatische-stresstoornis (PTSS): circa 7 à 9 van de 10 vluchtelingen heeft geen PTSS. Veel vluchtelingen beschikken over een enorme veerkracht en het komt erop aan deze te versterken.

Vluchtelingen hebben uiteraard allemaal wel te maken met normale reacties op oorlogs- en geweldservaringen, het verwijderd zijn van familie en bekenden, het moeten achterlaten van huis en haard en alles wat vertrouwd was, niet zeker weten of je welkom bent en of je werk, een inkomen of opleiding vindt. Dit heeft invloed op het gevoel van welbevinden en geluk, zonder dat dit hoeft te leiden tot de ontwikkeling van psychiatrische stoornissen of psychische klachten. In veel gevallen is dat niet zo. Preventie, goede begeleiding en andere beschermende factoren zijn hierin uitermate van belang. Uit alle geraadpleegde bronnen² blijkt dat de voornaamste voorspellers voor een goede mentale gezondheid zijn: het hebben van voldoende sociale steun, de nabijheid van naaste familie en het zo snel mogelijk kunnen oppakken van het normale leven, met het perspectief op werk, opleiding en ontwikkeling dat daarbij hoort.

Bekende verschillen in prevalenties

De beschikbare bronnen maken het lastig om overtuigende cijfers te noemen over psychisch welbevinden, psychische klachten en psychiatrische stoornissen. Het trekken van conclusies wordt bemoeilijkt doordat we appels en peren dreigen te vergelijken. Zo nemen Fazel et al. (1) de diagnoses van psychische stoornissen als maat, hanteert Engelhard (2) een viertal vragen van de studie 'Sociale Positie en Voorzieningsgebruik Allochtonen' (SPVA) als maat voor de ervaren psychische gezondheid, gebruikt Schellingerhout (3) het 'geluksgevoel' als een proxy voor psychische gezondheid, bestudeert de longitudinale studie Gevlucht - Gezond (4) de PTSS- en angst-/depressieklachten op basis van de HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) en de HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist met 25 vragen). De verschillende maten en respondentengroepen maken het lastig om studies onderling goed te kunnen vergelijken. Daarnaast zijn ook de Nederlandse prevalenties vaak onvoldoende inzichtelijk. De studies die gedaan zijn geven verschillende cijfers (7), (9), (10). Sommigen werken met 12-maandsprevalenties, andere met lifetimeprevalenties en/of puntprevalenties. In de NEMESIS-studie is de psychische gezondheid gemeten aan de hand van psychiatrische stoornissen opgespoord met het CIDI (Composite international Diagnostic Interview).

- 1 In dit stuk gebruiken we de volgende terminologie voor de psychische problematiek: We spreken van een psychiatrisch ziektebeeld als er dusdanig veel en ernstige psychische klachten zijn dat voldaan wordt aan de criteria voor dit ziektebeeld (of diagnose). Als de psychische klachten niet voldoen aan de genoemde criteria houden we het op psychische klachten. Sommige wetenschappelijke onderzoeken richten zich op het opsporen van psychische klachten en andere op psychiatrische ziektebeelden.
- 2 Voor dit hoofdstuk hebben we gebruikgemaakt van een aantal 'kernbronnen', aangevuld met internationale reviews op verschillende deelthema's. Deze bronnen zijn: Met kennis van feiten (2), het SCP-rapport Vluchtelingengroepen in Nederland (3), de longitudinale studie Gevlucht-Gezond 2003-2011 (4), (5); het verzamelde onderzoek in A Safe and Healthy Future (6); en ten slotte een internationale review over de prevalentie van psychische stoornissen onder 7000 vluchtelingen (1). Voor cijfers over en inzicht in gemiddelden onder de Nederlandse bevolking is gebruikgemaakt van de NEMESIS-studie (7) en de VTV (8)

Deze scores wijken weer af van de gebruikte maten in bovenstaande onderzoeken onder vluchtelingen.

Ondanks het bovenstaande komt wel een globaal beeld naar voren:

Psychisch ervaren gezondheid

Schellingerhout (3) geeft aan dat waar ruim negen van de tien autochtone Nederlanders zich gelukkig of zeer gelukkig voelen, dit bij de Somalische Nederlanders acht van de tien is en bij de overige groepen (Afghanen, Irakezen en Iraniërs) zeven van de tien. De verschillen tussen autochtone Nederlanders en de vluchtelingengroepen worden groter naarmate de leeftijd stijgt.

Engelhard (2) analyseerde de ervaren en psychische gezondheid van Afghanen, Irakezen, Iraniërs, voormalig Joegoslaven en Somaliërs. Duidelijk is dat gemiddeld genomen een op de vijf van deze groep een als slecht ervaren psychische gezondheid heeft. Voor vier op de vijf vluchtelingen geldt dit dus niet of in mindere mate. Engelhard wijst ook op de verschillen tussen groepen vluchtelingen: Irakezen hebben de meeste problemen (32%) en Somaliërs de minste (11,5%) (2). Helaas kunnen we deze cijfers niet vergelijken met het gemiddelde in Nederland.

Psychische klachten en psychiatrische stoornissen

In de longitudinale studie Gevlucht - Gezond onder 172 Iraanse, Afgaanse en Somalische vluchtelingen is de prevalentie van depressie- en angstklachten 40% bij vluchtelingen die nog maar kort vergunninghouder waren en 32% bij langdurige vergunninghouders. Door de manier van meten is het niet mogelijk om aan te geven hoe vaak dit een depressieve stoornis betrof, of dat het bij depressieve klachten bleef (5). Vergelijkbare cijfers (over klachten) van de algemene Nederlandse populatie ontbreken. Het NIVEL geeft aan deze klachtgegevens wel uit de zorgregistratie te kunnen halen, maar dat kost tijd.

PTSS

In de longitudinale studie Gevlucht - Gezond onder 172 Iraanse, Afgaanse en Somalische vluchtelingen was de prevalentie van PTSS onder vluchtelingen in 2011 15,2% (11). Uit een review over vluchtelingen (70% uit Zuidoost Azië) in hoog-inkomenslanden blijkt dat 9% van de vluchtelingen een PTSS ontwikkelt en 5% een depressieve stoornis (1). Een andere review, meer in lage- en midden-inkomenslanden en met grotendeels vluchtelingen uit het Midden-Oosten en Afrika, komt tot hogere cijfers: een prevalentie van bijna 31% voor zowel PTSS als depressieve stoornissen (12). Groepskenmerken (land van herkomst, martelervaringen, cumulatie van potentieel traumatische ervaringen, actualiteit van conflict en verblijfszekerheid) en methodologische factoren dragen bij aan de verschillen tussen de uitkomsten. In welke mate deze cijfers ook voor de huidige vluchtelingengroepen in Nederland gelden, weten we niet.

De lifetimeprevalentie van PTSS in de algemene Nederlandse bevolking wordt geschat op 7,4% (7). De Graaf en collega's (10) kwamen op 4%. Een recente metastudie naar lifetime-PTSS in 24 landen (85.000 respondenten) komt tot een gemiddelde van 2-3% wereldwijd (13). De prevalentie waarmee we kunnen vergelijken is dus niet eenduidig. Wel is duidelijk dat het percentage onder vluchtelingen in ieder geval hoger ligt.

Depressie

In de genoemde reviews staan ook uiteenlopende prevalenties van depressieve stoornissen onder vluchtelingen in westerse landen: 5% en 31% (1), (12). Het eerste cijfer lijkt laag als we dit vergelijken met de 6% prevalentie van depressie onder de gehele Nederlandse populatie (8) en de 5,5% voor de 1-jaarsprevalentie voor de depressieve stoornis in tien hoog-inkomenslanden, waaronder Nederland (14). Het lijkt dan ook reëel om uit te gaan van een hogere prevalentie voor depressie onder vluchtelingen.

De Gezondheidsraad heeft recent een onderzoek laten doen naar de psychische gezondheid van vluchtelingen. Zij hebben een uitgebreide review uitgevoerd en schatten het aantal vluchtelingen dat een psychische stoornis ontwikkelt zoals PTSS en/of depressie tussen de 13 en 25% (15).

Suicide

Onder asielzoekers komt vaker suicide voor dan gemiddeld binnen de Nederlandse bevolking. Dit wordt veroorzaakt door een vooral hoge suïcideratio onder mannelijke asielzoekers: 25,6 suïcides per 100.000/jaar (t.o.v. 15,7 per 100.000/jaar onder Nederlandse mannen). Er zijn geen gegevens over suicide bij vluchtelingen met een status (6).

Invloed van determinanten

Zowel Schellingerhout (3), Engelhard (2), en Lamkaddem (5), (11) geven samenvattend weer wat voor vluchtelingen de voornaamste determinanten zijn voor een goed ervaren psychische gezondheid. Als beschermende factor voor psychische aandoeningen komt het hebben van sociale steun (met familie nabij) het meest nadrukkelijk naar voren uit de literatuur. Daarnaast een hogere opleiding, inkomen en werk, een relatief kort verblijf in de asielopvang en het beheersen van de Nederlandse taal. De Gezondheidsraad noemt in haar rapport ook religie als beschermende factor (15). Ook is het hebben van verblijfszekerheid een zeer belangrijke factor. Bij de meeste vluchtelingen brengt juist die onzekerheid grote stress met zich mee. Vrouwelijke vluchtelingen hebben meer psychische klachten dan mannen (11). Uit internationaal onderzoek komt een vergelijkbaar beeld naar voren (16). Bij PTSS is tijd nog een belangrijke determinant. Er zijn onderzoeken die aangeven dat deze klachten en de stoornis juist vertraagd kunnen ontstaan (17).

Verwachting voor de nieuwe statushouders

Prevalentie

Er zijn weinig tot geen relevante cijfers over de geestelijke gezondheid van de huidige grote groepen vluchtelingen uit Syrië en Eritrea. Registraties van klinieken in de opvangkampen voor Syriërs in de omliggende landen laten zien dat emotionele problemen zeer prominent zijn, waaronder depressie en angst (18).

Uit gegevens van het GC A over de resultaten van de medische intakes in 2013 blijkt dat Syrische en Eritrese asielzoekers minder hoog scoren op psychische klachten dan andere groepen vluchtelingen. Voor de Syriërs in die lichte omgeving kan dit verband houden met gunstigere determinanten: zekerheid over het verkrijgen van een verblijfsvergunning, relatief hoger opgeleid, via smartphone nog in contact met vrienden en familie, relatief jonge mensen, meer sociale steun vanuit een grote groep landgenoten. Tegelijkertijd is er nu sprake van meer risicofactoren voor dat deel van de Syriërs dat lang in een oorlogssituatie

of vluchtenkampen heeft gezeten en nu langer op gezinshereniging en huisvesting in de gemeente moet wachten.

Kwalitatief onderzoek onder Eritreeërs door Pharos laat zien dat er bij deze jonge groep met veel alleenstaande minderjarigen aanwijzingen zijn voor sociale problematiek (o.a. problemen met de seksuele en reproductieve gezondheid en drankgebruik). Hierbij speelt een lage opleiding mogelijk een rol (19). In welke mate in deze groep ook psychische klachten spelen is nog niet duidelijk.

Harde conclusies over de huidige groep vluchtelingen zijn op grond van bovenstaande moeilijk te trekken. Het is aannemelijk dat psychische klachten vaker zullen voorkomen dan gemiddeld in Nederland, maar hoe vaak kunnen we niet zeggen.

Hetzelfde geldt voor psychiatrische stoornissen. Ervaringen met eerdere vluchtelingengroepen wijzen op een hoger percentage dan het Nederlands gemiddelde. De Gezondheidsraad schat in dat 13-25% van de vluchtelingen een depressieve en/of PTSS stoornis ontwikkelt, ongeveer 1 à 3 van de 10 vluchtelingen (15). Hoe groot het verschil daadwerkelijk zal zijn bij de huidige nieuwe vluchtelingen blijft op basis van de beschikbare cijfers lastig te voorspellen. De prevalentie zal mede afhankelijk zijn van de inzet op preventie en beschermende maatschappelijke factoren.

Indicaties voor zorggebruik, ondersteuning en preventie

Over het algemeen weten we ook dat vluchtelingen met een relatief slechter ervaren gezondheid meer gebruikmaken van de huisartsenzorg (3). Juist psychische klachten, al dan niet somatisch gepresenteerd, beïnvloeden dit.

Het gebruik van de ggz is moeilijker te voorspellen. Onderzoek laat zien dat het ggz-gebruik onder vluchtelingen die al wat langer in Nederland zijn hoger is dan onder de algemene populatie: 13% tegenover 6% van de autochtone Nederlandse bevolking en 11% van de allochtone Nederlandse bevolking (20). Onderzoek onder alleen asielzoekers laat zien dat een lang verblijf in het azc, gekoppeld aan een lange asielprocedure, leidt tot meer psychische stoornissen en meer zorggebruik (21).

Beide onderzoeken maken duidelijk dat er sprake is van relatief ondergebruik van de ggz ten opzichte van de psychische ziektelast.

De longitudinale studie Gevlucht-Gezond geeft aan dat naarmate vluchtelingen langer in Nederland zijn ze de weg in het zorgsysteem beter weten te vinden en meer gebruik maken van de ggz (5). Van de groep met PTSS-klachten in dat onderzoek die nog maar kort een status had, maakte 21% gebruik van de ggz, terwijl van de groep langdurige statushouders met PTSS-klachten 54% gebruikmaakte van de ggz.

De cijfers ten aanzien van zorggebruik bij psychische klachten zijn moeilijk te vergelijken met het Nederlandse gemiddelde van zorggebruik. We weten uit NEMESIS-2 (7) dat 66% van de Nederlandse volwassenen met een stemmings- of angststoornis (6% van de Nederlandse bevolking) binnen drie jaar na het ontstaan van de klachten contact had met een professioneel hulpverlener. Echter in deze studie is niet gedifferentieerd tussen de huisartsenvoorziening en specialistische hulp (7). Desondanks is het percentage gebruik onder vluchtelingen beduidend lager. We hebben gegevens van het MCA over het gebruik van de ggz in 2013. Daaruit blijkt dat van de Syriërs 0,6% gebruik heeft gemaakt van de ggz, 1,3% van de Eritreeërs, 5,9% van de Irakezen en 9,6% van de overige asielzoekers. Dit is een groot verschil. MCA geeft aan dat dit ver-

schil verklaard kan worden doordat de Syriërs en Eritreeërs al een (tijdelijke) verblijfsvergunning hadden of wisten dat ze die zouden krijgen, kort in de opvang waren en ggz in die korte periode niet vaak op gang kwam. Ook onbekendheid met de ggz, het taboe op spreken over en hulp vragen voor psychische klachten en de huiver voor vertraging van procedures als psychische klachten bekend worden spelen hierbij een rol (22).

Diverse geïnterviewden gaven aan dat de gegevens over het zorggebruik van het MCA in 2013 te weinig houvast bieden voor het doen van uitspraken over het ggz-zorggebruik van statushouders in de gemeenten in de jaren erna.

Samenvattend zien wij de volgende indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning:

- We verwachten dat vluchtelingen zowel op de korte als lange termijn door psychische klachten meer gebruik zullen maken van de huisartsenzorg.
- Op korte termijn zien we geen indicatie voor een hoger dan gemiddeld ggz-gebruik, onder andere door onbekendheid met de ggz.
- Op langere termijn kan er sprake zijn van een hoger dan gemiddeld ggz-gebruik, maar niet hoger dan verwacht kan worden tegen het licht van de psychische ziektelast (eerder ondergebruik). Ondergebruik van de ggz kan bestreden worden door de drempel tot zorg te verlagen en door betere vroegsignalering.
- Het gebruik van ggz-zorg is mede afhankelijk van preventie, inzet op participatie, sociale steun en andere factoren die de psychische veerkracht versterken. Ook een outreachende aanpak vanuit de zorg en begeleiding (alsmede sociale wijkteams) in gemeenten met aandacht voor vroege signalering van mogelijke problematiek is van belang.

Conclusie

In tegenstelling tot wat men vaak denkt, ontwikkelt het merendeel van de vluchtelingen (7 á 9 van de 10) geen PTSS. Onder invloed van hun ervaringen in het land van herkomst en hun ervaringen in Nederland lopen zij wel een hoger risico op psychische klachten, PTSS en depressie dan gemiddeld in Nederland (ca 13-25% ontwikkelt PTSS en/of depressie). De mate waarin zich dat gaat voordoen is mede afhankelijk van de preventieve inspanningen, tijdige signalering, sociale steun en mogelijkheden tot participatie, het krijgen van goede zorg, de lengte van de procedure en de aard van de verblijfsvergunning. Psychische klachten zullen naar verwachting leiden tot een hoger gebruik van de huisartsenzorg en meer behoefte aan maatschappelijke en sociale ondersteuning bij onder andere participatie. Inspanningen zijn nodig om de drempel tot ggz-zorg te verlagen. Op langere termijn kan het gebruik van de ggz toenemen, zowel in de eerste lijn als de specialistische ggz.

3.5 Middelengebruik

Bekende verschillen

Het gebruik van middelen (tabak, drugs, alcohol) verschilt enorm tussen vluchtelingen. Migratiefactoren hebben invloed op het gebruik. Zelfs als middelengebruik in een land van herkomst niet gebruikelijk is, kunnen vluchtelingen door omstandigheden in Nederland toch problematisch gebruiker worden.

Wat weten we over de landen van herkomst? In Syrië was alcoholconsumptie voor de oorlog niet gebruikelijk. In 2010 gaf 92,5% van de bevolking (15+) aan niet gedronken te hebben in de afgelopen 12 maanden (2). Opvallend is dat mannen in de WHO-regio waar Syrië onder valt, meer roken dan autochtone Nederlanders (38% versus 26% (1)) en dat Syrische vrouwen nauwelijks roken. Dit betreft uiteraard cijfers van voor de oorlog (2). Cijfers over de leefstijl in Eritrea (3), (4) laten zien dat er in Eritrea zelf een zeer lage alcoholconsumptie wordt gerapporteerd en dat men relatief weinig rookt (13% van de mannen versus 26% van de autochtone Nederlandse mannen). In Eritrea gaf 56,7% aan in de afgelopen 12 maanden niet te hebben gedronken (4).

Er zijn geen cijfers beschikbaar over middelengebruik onder vluchtelingenjeugd. Uit kwalitatief onderzoek en signalen uit het veld weten we dat alcohol- en drugsmisbruik momenteel vooral voorkomt onder Eritrese alleenstaande minderjarigen en in een veel mindere mate binnen de Syrische groep.

Invloed van determinanten

Het grootste risico op problematisch middelengebruik hebben jonge mannen die als AMV (alleenstaande minderjarige vreemdeling) of jonge twintiger naar Nederland komen. Determinanten die de kans vergroten zijn: een langer verblijf in de opvang, armoede en schuldenlast, en sociaal isolement en verveling. Daarnaast is aangetoond dat mensen met een psychische stoornis vaker problematisch middelen gebruiken. Er is sprake van een wisselwerking tussen beide factoren. Bij mannen met een gezin en bij streng religieuze mensen komt problematisch drugsgebruik niet/nauwelijks voor (5).

Voor jongeren is opgroeien in een onvolledig gezin een risicofactor voor roken, drinken en blowen. Religie is hier ook een belangrijke factor in; de sociale acceptatie van alcohol is onder christenen groot en onder moslims een stuk kleiner. Het lijkt erop dat vluchtelingen te vergelijken zijn met de allochtone jongeren, die een lagere kans hebben om dagelijks te roken en alcohol te gebruiken in vergelijking met autochtone jongeren (6).

Verwachting voor de nieuwe statushouders

Uit de cijfers zoals hierboven beschreven blijkt dat over het algemeen Syriërs minder alcohol gebruiken dan de gemiddelde Nederlander, maar meer tabak. Onder Eritreeërs speelt meer alcoholproblematiek, met name onder AMV's.

Op korte termijn zien we met name een indicatie voor verhoogde inzet op preventie. Of er op de langere termijn verschil is in zorggebruik, is sterk afhankelijk van de genoemde determinanten, met name voor de risicojongeren en alleenstaanden tussen de 18 en 25. Het gemiddelde zorggebruik op dit thema is daarom waarschijnlijk gelijk of lager dan het Nederlandse gemiddelde. De behoefte aan selectieve preventie blijft echter groot.

Conclusie

Er wordt in vergelijking met het Nederlandse gemiddelde minder alcohol gebruikt onder de huidige vluchtelingengroepen, maar meer tabak (met name Syrische mannen). Vooral de groep AMV's en alleenstaande jongvolwassenen tussen de 18 en 24 is een belangrijke aandachtsgroep voor selectieve preventie.

3.6 Seksuele en reproductieve gezondheid en seksueel geweld

Seksuele gezondheid is een staat van lichamelijk, emotioneel, geestelijk en maatschappelijk welbevinden met betrekking tot seksualiteit (WHO-definitie). Seksuele gezondheid is niet alleen de afwezigheid van ziekte (soa's, hiv) en het voorkomen van ongewenste of ongeplande zwangerschappen. Het betreft ook het in vrijheid kunnen genieten van de eigen seksualiteit en seksuele contacten, vrij van dwang, uitsluiting, discriminatie of seksueel geweld en zonder belemmeringen zoals schaamte, schuld, pijn of andere seksuele problemen. Reproductieve gezondheid betreft gezinsplanning, toegang tot anticonceptie en veilige abortus, veilig moederschap, de bestrijding en behandeling van infecties van het reproductieve systeem en seksueel overdraagbare aandoeningen en de bestrijding van infertiliteit.

Een paar maanden geleden vroeg Rutgers, kenniscentrum seksualiteit, in een open brief aan de politiek aandacht voor de seksuele en reproductieve gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen (1). Zij lopen meer seksuele risico's en zijn extra kwetsbaar voor seksueel geweld, seksuele uitbuiting, ongewenste zwangerschap en soa/hiv dan andere groepen.

Veel asielzoekers zijn niet gewend om expliciet om te gaan met het thema seksualiteit en seksuele gezondheid. Strikte leefregels, vaak als religieuze voorschriften geformuleerd, geven houvast en bepalen de gebruiken en gewoonten. In het land van herkomst is de seksuele voorlichting en opvoeding vaak zeer beperkt of afwezig. Soms zijn asielzoekers seksueel getraumatiseerd of uitgebuit, met soa's of hiv geïnfecteerd of ongewenst zwanger geraakt voordat ze in Nederland aankomen. In Nederland worden ze geconfronteerd met een andere seksuele moraal en andere genderwaarden en -normen. Ze zijn niet altijd op de hoogte van seksuele rechten, voorzieningen en wet- en regelgeving rondom anticonceptie, abortus en seksueel geweld, en de vigerende waarden en normen over seksuele omgang, seksuele relaties, homoseksualiteit, man-vrouwverhoudingen, etc. Omdat van de huidige nieuwkomers meer dan 75% jonger is dan 35 jaar is aandacht voor hun seksuele en reproductieve gezondheid van groot belang.

Bekende verschillen in prevalenties

Seksuele gezondheid

Er blijken significante verschillen tussen de groep jongeren uit de 'overig niet-westerse' landen (waarin vluchtelingen sterk vertegenwoordigd zijn, onder meer uit Irak, en Afghanistan) en de autochtone en westers-allochtone jongeren (2). Deze jongeren hebben in vergelijking met de autochtone populatie significant:

- minder kennis op het gebied van seksualiteit;
- minder vaardigheden in het aangeven van de eigen behoeften en grenzen in het seksuele verkeer;
- meer schaamte- en schuldgevoelens;
- een meer conservatieve opvatting over seksualiteit en man-vrouwverhoudingen;
- een negatievere houding ten opzichte van homoseksualiteit.

Het is niet duidelijk in hoeverre bovenstaande ook geldt voor jongeren uit Syrië. Een verkenning naar de gezondheid van Eritrese vluchtelingen bevestigt de hierboven genoemde resultaten. Daarnaast melden sleutelpersonen veel ongewenste zwangerschappen en abortussen (3).

Een kwalitatief onderzoek onder Syrische vluchtelingen en contacten met Syrische gezondheidsprofessionals bevestigen de ontbrekende seksuele voorlichting, traditionele man-vrouwverhoudingen, negatieve opvattingen over homoseksualiteit en familiebemoeienis bij de partnerkeuze (4).

Tiernermoeders

In de periode 2004-2005 was het aantal tienerzwangerschappen (met bevalling) bij asielzoekers acht keer hoger dan het Nederlands gemiddelde. Geboortecijfers waren met name hoog onder meisjes met een verblijfsduur van minder dan 3 maanden, en van tussen de 3 en 8 maanden. Relatief vaak betrof het jonge vrouwen afkomstig uit West-, Centraal- en Zuidelijk Afrika, China en Sri Lanka (5).

Onder asielzoeksters die langer dan 9 maanden in Nederland verbleven, kwamen uitgedragen tienerzwangerschappen vijfmaal vaker voor, te weten 28 per jaar per 1000 meisjes van 15-19 jaar (5). Het is aannemelijk dat tienerzwangerschappen ook veel zullen voorkomen onder Eritrese vrouwen.

Abortus

De abortuscijfers in Nederland zijn hoger onder allochtone vrouwen dan onder autochtone vrouwen. Er is veel variatie tussen de verschillende herkomstgroepen. Uit onderzoek naar abortus onder asielzoekers in 2004-2005 was het aantal abortussen per 1000 vrouwen in de asielopvang 1,5 keer hoger dan het Nederlandse gemiddelde (5). Het aantal abortussen was veel hoger onder vrouwen die bij aankomst zwanger waren, of in de eerste maanden na aankomst zwanger raakten, dan onder vrouwen die na 9 maanden of langer zwanger raakten. Abortus kwam het meest voor onder vrouwen uit West-, Centraal en Zuidelijk Afrika en CES Azië (m.n. China en Sri Lanka) (5). Te verwachten is dat het abortuscijfer onder de Eritrese vrouwen hoger is.

Moedersterfte

Het risico op moedersterfte tijdens de zwangerschap is sterk verhoogd: onder asielzoeksters was dit risico tussen 2002 en 2005 tien keer groter dan het Nederlandse gemiddelde (5). Vooral onder Afrikaanse vrouwen was het risico hoog en daarom waarschijnlijk ook voor de huidige groep Eritrese vluchtelingen. Onder andere niet-westerse vrouwen was de moedersterfte drie keer zo groot (6). Uit een literatuuronderzoek naar zwangerschapscomplicaties blijkt dat asielzoeksters ook een (4,5 keer) verhoogd risico lopen op ernstige maternale morbiditeit in vergelijking met de Nederlandse populatie (7). Het is mogelijk dat deze verhoogde sterftekans ook zou kunnen gelden voor de huidige groep vluchtelingen.

Seksueel geweld

Uit een groot kwalitatief onderzoek weten we dat vanaf de aankomst in Europa jonge vrouwelijke en mannelijke vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf erg kwetsbaar zijn voor geweld in het algemeen en voor seksueel geweld in het bijzonder. In dit onderzoek betrof de meerderheid van de respondenten hoog opgeleide jongeren, oor-

spronkelijk afkomstig uit Azië (Iran, Irak, Afghanistan) of de voormalige Sovjet-Unie: 39% van de 223 respondenten was zelf slachtoffer van seksueel geweld, en iedereen kende meerdere gevallen van seksueel geweld (8). Het zelf slachtoffer zijn van seksueel geweld lijkt ongeveer het dubbele van het Nederlandse gemiddelde (9). Over ouderschap van seksueel geweld zijn geen harde actuele cijfers beschikbaar. Wellicht is het risico op seksueel geweld nog groter voor laagopgeleide jonge vrouwen en jongeren zonder geld, die seksueel misbruikt worden in ruil voor een gunst.

Over de grote groep Eritrese vluchtelingen die recent naar Nederland is gekomen, melden sleutelpersonen dat zij relatief vaak seksueel geweld zouden hebben ondergaan. Vooral tijdens de vlucht, gepleegd door mensensmokkelaars en criminele benden, maar ook in Nederland (3).

Vrouwelijke genitale verminking (vgv)

In Nederland wonen naar schatting 30.000 vrouwen die besneden zijn. Jaarlijks lopen 40 tot 50 meisjes risico om besneden te worden, en dat risico wordt realistisch als ze terugkeren naar hun land van herkomst. Zo'n 80% van deze meisjes komt uit Somalië en Egypte (10). We kunnen geen harde uitspraken doen over het risico van besnijdenis van meisjes uit Eritrea. De casuïstiek met dreiging van vgv die Pharos de afgelopen maanden via het Adviespunt ontving, betrof geen Eritrese meisjes.

Deze prevalentieschattingen zijn gebaseerd op de 29 landen waar in 2013 landelijke cijfers van beschikbaar waren. Door recent onderzoek zijn meer landen in beeld gekomen waar vgv voorkomt, bijvoorbeeld Iran (Koerdisch gebied).

Door de verhoogde instroom van asielzoekers in 2014 en 2015, waaronder vrouwen uit landen met een hoge vgv-prevalentie, zal het aantal besneden vrouwen in Nederland toenemen.

Invloed van determinanten

Seksuele gezondheid

Adolescente en jongvolwassen asielzoekers hebben bij aankomst een forse kennisachterstand ten opzichte van nieuwkomers die al voor hun puberteit naar Nederland kwamen. Zij hebben minder kennis over voortplanting, anticonceptie en soa's. Ze zijn onvoldoende vertrouwd met wet- en regelgeving, normen en waarden over seksualiteit, seksuele omgang en man-vrouwverhoudingen in Nederland.

Jongeren uit de categorie 'overig niet-westers' kennen een minder ondersteunend gezinsklimaat en kunnen minder met hun ouders praten over seksualiteit (16). Uit het onderzoeksrapport Seks onder je 25e (17) weten we dat religie en het wel of niet gelovig zijn van grote invloed is op het denken over seksualiteit. Jongens en meisjes in Nederland die strikt volgens de islam leven, hebben relatief veel negatieve gevoelens rondom seksualiteit. Streng islamitische jongens en meisjes gebruiken bij het eerste contact vaker geen anticonceptie. Aan de andere kant is het morning-afterpil-gebruik onder islamitische gelovige meisjes die seksueel actief zijn bijzonder hoog (17).

Uit verkenningen van Pharos onder Syrische (4) en Eritrese (3) vluchtelingen blijkt dat met name de Eritrese jongeren een grote kennisachterstand hebben. Ook in Syrië wordt geen seksuele voorlichting op scholen gegeven en wordt er in de meeste gezinnen niet over seksualiteit gesproken.

Prevalentie/verwachtingen	
Syrië	Pharos is in 2015 met financiering van VWS gestart met een verkenning naar het voorkomen van vgv onder Syriërs (11). Voorlopige conclusie is dat er geen bevestiging is gevonden van geruchten dat vgv in Syrië voorkomt. Er is vooralsnog geen aanleiding om Syrië toe te voegen aan de lijst met landen waar vgv voorkomt.
Eritrea	83% van de vrouwen in Eritrea is besneden (12). In 38% gaat het om de meest invasieve vorm, type 3 (infibulatie). Dit komt met name voor op het platteland. 52% van de vrouwen ondergaat type 1 en/of type 4, een snee of verwijdering van het topje van de clitoris, deze vorm ziet men vooral in de stad. Doordat wetgeving in Eritrea (sinds 2007) strikter is geworden, verwachten we dat de incidentie en prevalentie gedaald zijn, maar we weten niet in welke mate. We gaan er, met een slag om de arm, vanuit dat tussen de 50% en 75% van de Eritrese meisjes en vrouwen die in Nederlandse gemeenten komen te wonen besneden zijn. Op basis van wat we nu weten over de onlangs aangekomen Eritreeërs in Nederland gaat het bij deze vrouwen vooral om type 1, de lichte vorm. Niet uit te sluiten is dat ook type 3 voorkomt.
Somalië	De prevalentie van vgv in Somalië van vrouwen tussen de 15-49 is 97,9% (13). In 80% van deze gevallen gaat het om de meest invasieve vorm, type 3 (infibulatie). Bij 16% gaat het om type 1 en 2. Naar schatting wonen er 10.000 vrouwen uit Somalië in Nederland die besneden zijn. Dit is een derde van het totaal aantal vrouwen met vgv in Nederland. De groep vrouwen uit Somalië onder de huidige instroom is klein.
Irak	In Irak wordt vgv uitgevoerd in de Koerdische autonome regio. De prevalentie van vgv in deze regio is 72,7% (14). Het gaat met name om type 1, clitoridectomie. Naar schatting hebben 3300 vrouwen uit Irak die in Nederland wonen vgv ondergaan (10). We weten niet hoeveel vrouwen in de huidige groep vluchtelingenvrouwen uit de Koerdische autonome regio komen.
Iran	Er is een hoge vgv-prevalentie gevonden onder groepen soennitische minderheden in de provincies West Azerbaidjan (tussen de 7% en 27%), Koerdistan (tussen de 3% en 42%), Kermanshah (tussen de 2% en 41%) en Hormozgan (tussen de 31% en 60%). Het gaat met name om type 1 en type 2 (clitoridectomie en excisie) (15). Onder de overwegend sjiietische bevolking van Iran (90-95%) lijkt vgv niet voor te komen. We weten niet hoeveel vrouwen in de huidige groep vluchtelingen tot deze soennitische minderheden behoren die een hoge prevalentie van vgv hebben. De groep vrouwen uit Iran onder de huidige nieuwkomers is klein.

Tienermoeders

In het algemeen draagt een aantal factoren bij aan tienermoederschap (18):

- ontbreken van richting of perspectief in het leven;
- ontbreken van goede seksuele voorlichting en lage self-efficacy;
- chaotische of instabiele thuissituatie;
- traditionele genderrolverdeling en sterke afhankelijkheid van de partner;
- negatieve attitude ten aanzien van abortus.

Voor jonge vluchtelingen zullen deze factoren wisselend ook een rol spelen. Bij de AMV's is de nieuwe woonsituatie en het ontbreken ouderlijk toezicht een grote risicofactor. Het is de vraag of zij voldoende toegang hebben tot anticonceptie, geneigd zijn anticonceptie te gebruiken en voldoende weerstand kunnen bieden bij onveilige seks. Bij AMV's kan 'het idee iets te hebben voor henzelf' zeker ook een rol spelen, of de verwachting dat een kind de kans op zelfstandige huisvesting vergroot, zoals Eritrese sleutelpersonen melden (3). Onder jonge vluchtelingen zijn tienerzwangerschappen regelmatig het gevolg van ver-krachting tijdens de reis.

Abortus

De verhoogde abortuscijfers hebben vooral te maken met onvoldoende of inadequaat gebruik van anticonceptie, wat vaak een gevolg is van het gebrek aan kennis en hardnekkige mythes en taboes bij veel niet-westerse migranten op het gebied van seksualiteit en anticonceptie (19). Bij de groep Eritreeërs valt op dat er veel misvattingen zijn over het gebruik van anticonceptie (3).

Moedersterfte

De hogere moedersterfte wordt grotendeels verklaard door het feit dat de 'overige' niet-westerse migranten driemaal vaker inadequaat en te laat gebruikmaken van de prenatale zorg (20). De belangrijkste factor hierbij blijkt het bestaan van een taalbarrière en een echtgenoot die ook migrant is en geen Nederlands spreekt. Bij de verhoogde moedersterfte speelt een minder goede verloskundige zorg een rol (6). De Inspectie voor de Gezondheidszorg noemt in haar rapport over geboortezorg aan asielzoekers specifiek het belang van de inzet van professionele tolken (21).

Seksueel geweld

Vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf behoren tot de groep mensen die een verhoogd risico lopen om slachtoffer te worden van seksueel geweld. Jonge meisjes en vrouwen en soms ook jongens en jonge (homo)mannen zijn erg kwetsbaar, in het bijzonder zij die alleen of met één ouder leven, of die een lage sociaal-economische status hebben (22). Vrouwen zijn meer kwetsbaar voor seksueel geweld dan mannen. Sleutelpersonen benoemen dat Eritrese vluchtelingen, zowel mannen als vrouwen, vaak met geweld te maken hebben gehad. Bij mannen gaat het veelal om fysiek geweld en marteling. Vrouwen maakten voornamelijk seksueel geweld mee. Vrouwen geven aan verkracht of aangerand te zijn tijdens hun reis naar Europa, in de woestijngebieden tussen Soedan en Libië. De vluchttocht zelf is dus een determinant. Door gebrek aan kennis zijn de vrouwen zelf zich niet altijd bewust van de gevolgen van verkrachtingen. Amnesty International waarschuwt ervoor dat ook Syrische en Iraakse vrouwen slachtoffer kunnen zijn van uitbuiting, seksueel geweld en seksuele intimidatie (23).

Slachtoffers van seksueel geweld lopen meer risico op herhaald slachtofferschap (revictimisatie) of daderschap. Dit geldt voor vrouwen en mannen. De gevolgen van ervaringen met, of getuige zijn van, seksueel geweld kunnen zeer traumatisch zijn.

Vgv

In zijn algemeenheid zijn gender- en machtsongelijkheid, diepgewortelde tradities en een gebrek aan kennis de belangrijkste determinanten voor het bestaan van vgv. Eenmaal een tijd in Nederland is de belangrijkste determinant of ouders in staat zijn om zich te verweren tegen familiedruk om hun dochter te laten besnijden tijdens een bezoek aan het land van herkomst. Van voorlichting en strafbaarstelling is bewezen dat ze het risico op vgv verkleinen. Door de migratie naar een land waarin vgv sterk wordt afgewezen, worden vrouwen zich soms pas in Nederland voor het eerst bewust van het feit dat het om verminking gaat. Deze bewustwording kan bijdragen aan de ontwikkeling van klachten. Negatieve gevoelens over vgv nemen toe, met name tijdens de zwangerschap, bevalling en bij fysieke problemen. Of vrouwen met vgv klachten ontwikkelen, hangt samen met het type vgv, met de sociale steun die men ervaart en onder welke omstandigheden de besnijdenis is uitgevoerd (24).

Indicaties voor zorg, ondersteuning en preventie

Seksuele gezondheid

De vraag naar ondersteuning op dit thema is vanuit de groep zelf niet groot. Mogelijk is er sprake van een verborgen hulpvraag in verband met schuld- en schaamtegevoelens. De grote uitdaging ligt op het preventieve vlak. Rutgers doet de volgende suggesties:

- Goede betrouwbare voorlichting en informatie over seksualiteit, seksuele omgang en Nederlandse normen en waarden over seksualiteit en man-vrouwverhoudingen, toegesneden op jonge mannen en vrouwen. Niet alleen tijdens de opvangperiode maar ook na vestiging in een gemeente. Extra alertheid en ondersteuning is gewenst via de jeugdgezondheidszorg, vluchtelingenwerk, scholen, verloskundigen en huisartsen.
- Toegankelijke en betrouwbare informatie over anticonceptie en betere toegang tot en betaalbaarheid van anticonceptie (ook boven de 21 jaar).
- Versterken van de rol van de eerstelijnszorg op het thema seksualiteit en seksuele diversiteit, vroegsignalering, begeleiding en behandeling van vluchtelingen met seksuele of reproductieve problematiek of seksuele traumata.
- Extra aandacht voor sociale veiligheid in opvangvoorzieningen in gemeenten (denk aan seksuele intimidatie, seksuele grensoverschrijding en homonegatief gedrag).

Uit focusgroepen met Eritrese professionals kwam naar voren dat de voorlichting dient te worden aangepast aan het vaak zeer lage opleidingsniveau van Eritreeërs (6). Eritrese sleutelpersonen noemen de werkwijze rond de preventie van vgv, waarbij intensief samengewerkt wordt met zelforganisaties, geschikt voor voorlichting.

Tienermoeders

Als de cijfers over tienerzwangerschappen onder Afrikaanse vluchtelingen uit 2004-2005 geëxtrapoleerd worden naar Eritrese jonge vluchtelingvrouwen, is voor die groep op korte termijn vijfmaal meer gebruik van verloskundige zorg en maatschappelijke ondersteuning in verband met tienerzwangerschappen te verwachten. Daarnaast zullen tienermoeders (en -vaders) vaak ondersteuning nodig hebben in de vorm van aangepaste opleidingsprogramma's en opvoedingscursussen.

Abortus

Uitgaande van de bestaande gegevens (uit 2004-2005) verwachten we dat in de groep nieuwe statushouders het aantal abortussen ongeveer 1,5 maal zo hoog zal zijn als gemiddeld in Nederland, ook gelet op de destijds hoge abortuscijfers onder Afrikaanse vrouwen. Voor de korte termijn is onder de groep vluchtelingenvrouwen en gezinsherenigers anderhalf keer zoveel zorggebruik in verband met abortus te verwachten; dit betreft huisartsenconsulten en bezoeken aan de abortuskliniek. Ook andere zorgverleners zoals gynaecologen en verloskundigen hebben een taak in het ondersteunen van (keuzes betreffende) geboorteregeling door asielzoekers c.q. voorlichting over anticonceptie na een abortus.

Moedersterfte

Onder de gevluchte vrouwen en onder de vrouwen die in het kader van gezinshereniging de komende jaren naar Nederland komen is een drie keer hogere zwangerschapsgerelateerde morbiditeit en mortaliteit te verwachten, tenzij zij snel de taal leren en de zorg beter afgestemd wordt op taal- en cultuurverschillen. Zwangere vrouwen dienen zo snel mogelijk naar zorg toegeleid te worden om complicaties te voorkomen en een gezonde zwangerschap te bevorderen. Betrokkenheid van de partner als (aanstaande) vader dient te worden gestimuleerd, tijdens de zwangerschap en na de bevalling.

Seksueel geweld

- De verhoogde kans op seksueel geweld bij asielzoekers leidt naar verwachting op korte termijn niet tot een sterk verhoogde zorgvraag vanuit henzelf door schaamte en onbekendheid met de bestaande hulp.
- Goede opvang en hulp is juist in een vroeg stadium geboden om ernstige traumatisering te voorkomen. Dit geldt zeker ook voor getuigen van (seksueel) geweld. Alertheid van professionals is belangrijk om het seksuele geweld en de gevolgen ervan bespreekbaar te maken onder vrouwen én onder mannen, ook bijvoorbeeld ter preventie van verdere besmetting (in geval van soa's) en van ongewenste zwangerschap.
- Op langere termijn leidt ervaring met seksueel geweld tot een verhoogde behoefte aan met name geestelijk gezondheidszorg en soms van somatische zorg (na verkrachting, etc.).
- Extra aandacht voor het veiligheidsbeleid in en om de opvangcentra en azc's is gewenst. Vrouwelijke (maar ook mannelijke) asielzoekers en vluchtelingen lopen meer risico op seksuele intimidatie, seksuele uitbuiting, seksueel geweld en homonegatief gedrag.
- Ook in de gemeenten is inzet op preventie én signalering van seksueel geweld zeer aan te raden.

Vgv

- Vrouwen met vgv laten een verhoogde zorgvraag zien naar aanleiding van klachten als verschillende infecties, pijnlijke littekens, keloïdvorming, cystes en menstratieklachten.
- Vrouwen die een ingrijpende vorm van vgv hebben ondergaan, hebben vaker een zwaardere en langere bevalling. Dit leidt dus vaker tot noodzakelijk medisch ingrijpen en zorg.
- Uitgaande van een vgv-prevalentie van 50-75% bij Eritrese vrouwen (met een grote onzekerheidsmarge), komen er in 2016 tussen de 1500 en 2000 besneden Eritrese vrouwen in gemeenten. Omdat het bij Eritrese vrouwen met name om type 1 en 4 zal gaan, verwachten we op termijn een verhoogde zorgvraag op het gebied van psychosociale en seksuele problemen.
- Daarnaast zijn preventieactiviteiten vanuit de JGZ en andere instanties aan de orde om het risico op vgv bij Eritrese dochters te minimaliseren. Voor de preventieketen en toeleiding is de inzet van sleutelpersonen onmisbaar gebleken (6).

Conclusie

Seksualiteit en seksuele gezondheid, seksueel geweld, tienermoeders, abortus en moedersterfte vragen bij de nieuwe vluchtelingen om extra aandacht. Een deel van hen is extra kwetsbaar op deze terreinen, vooral jongeren. De instroom van Eritrese vrouwen vraagt om aandacht voor het vóórkomen van vgv.

Voorlichting en preventie zijn op al deze terreinen van groot belang. Dat geldt ook voor goede opvang en zorg na seksueel geweld en vgv, rond tienermoeders, abortus en moedersterfte.

De JGZ, verloskundigen, de eerstelijnszorg en sleutelpersonen zijn hierbij bijzonder van belang. Inzet van tolken op de korte termijn is een voor de hand liggende voorwaarde.

Vanwege de veelvoorkomende problematiek onder de nieuwkomers is het wenselijk bij intakes op deze thema's te registreren en structureel te monitoren om een betrouwbaarder inschatting te kunnen maken van de benodigde zorg en opvang.

3.7 Gezondheid vluchtelingenjeugd

Met de indringende foto's over de leefsituatie van kinderen op de vlucht op ons netvlies zijn we geneigd al deze kinderen te zien als voor het leven getekend. De veerkracht van kinderen blijkt echter groot. Verreweg de meeste van hen redden het prima, slechts een deel is/raakt beschadigd en heeft hulp nodig. Kinderen zijn voor een gezonde ontwikkeling wel extra afhankelijk van de gezondheid van hun ouder(s) en van een stabiel(e) woon- en schoolsituatie en toekomstperspectief.

Bovenstaande laat onverlet dat voor vluchtelingenkinderen in het algemeen geldt dat er sprake is van afgenomen beschermende factoren en toegenomen risicofactoren. Zij hebben daardoor een verhoogde kans op psychosociale problemen en een verhoogd risico op kindermishandeling. Het is daarom van belang om deze kinderen vanuit de publieke gezondheidszorg en andere vormen van (gezins)ondersteuning in de dorpen en wijken vroegtijdig goed in beeld te hebben. Door in te zetten op factoren als sociale steun, het welzijn van de ouders, cohesie binnen gezinnen en een positieve schoolervaring kunnen veel problemen voorkomen en verholpen worden. Vluchtelingenkinderen willen zo snel mogelijk weer 'normale' kinderen worden. We kunnen ze daarin helpen door de ouders te ondersteunen zo snel mogelijk weer 'gewone' ouders te worden. In een stabiele omgeving kan het grootste deel van de kinderen – zelfs zij die vreselijke dingen hebben meegemaakt – zonder professionele hulp hun weg vervolgen.

Inhaalslag

Veel van deze kinderen hebben een periode gekend waarin weinig tot geen aandacht was voor (preventieve) gezondheid. In diverse herkomstlanden is er geen sprake van preventieve jeugdzorg zoals wij die kennen. Er moet dus soms een inhaalslag gemaakt worden zodra men in Nederland is. Het gaat dan bijvoorbeeld om problemen met het gehoor, het gezichtsvermogen, afwijkingen in de groei, een achterstand in de spraakontwikkeling of overgewicht. Voor veel risico's geldt dat tijdig signaleren belangrijk is om het ontstaan of verergeren van problemen voor te zijn.

Bronnen

Waar mogelijk maken we gebruik van landelijke cijfers. In veel onderzoeken worden vluchtelingen onder de niet-westerse migranten of in de categorie 'overig niet-westers' geschaard. Daarbij gaat het meestal over kinderen die hier al langere tijd zijn. We hebben geen of weinig onderzoeksgegevens over de gezondheid van kinderen die nog kort in Nederland verblijven. Sommige onderzoeken betreffen alleen asielzoekerskinderen. Zij zijn niet één op één te vergelijken met vluchtelingenkinderen in gemeenten.

We baseren dit hoofdstuk op internationale studies over de gezondheid van vluchtelingenkinderen zoals *Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors* (1) en op beschikbaar Nederlands onderzoek.

Fysieke gezondheid en leefstijl

Bekende verschillen in prevalentie

De meeste vluchtelingenkinderen ontwikkelen zich in fysiek opzicht niet anders dan het Nederlandse gemiddelde. We weten van deze kinderen wel dat bepaalde aandoeningen zoals sikkelcelziekte en tekorten aan voedingsstoffen zoals vitamine D, ijzer en calcium vaker voorkomen. Omdat de meeste kinderen (nog) niet kunnen zwemmen en vaak niet bekend zijn met het vele open water in Nederland, komt verdrinking relatief veel voor. Daarnaast weten we dat de sterftcijfers rondom de geboorte onder vluchtelingen veel hoger zijn (2).

Ook is er bij vluchtelingenkinderen vaker sprake van overgewicht en obesitas. In een van de onderzoeken bleek dat het percentage kinderen met overgewicht en obesitas in drie jaar tijd steeg van 15% naar 21% (3). Het NCJ heeft voor deze kennissynthese data opgevraagd bij vier JGZ-organisaties. Deze data richten zich op kinderen van wie minimaal één van de ouders afkomstig is uit Iran, Irak, Syrië, Afghanistan, Somalië, Eritrea, Soedan of Nigeria. Bij de jongens varieerde het overgewicht (inclusief obesitas) tussen de 10,8% op 2-jarige leeftijd en 15,1% op 5-jarige leeftijd. Bij de meisjes waren die cijfers respectievelijk 17,1 en 17,6%.

In meerdere landen in het Midden-Oosten is het percentage overgewicht en obesitas net als in westerse landen de afgelopen jaren toegenomen. Ruim 20% van de Syrische kinderen tot 5 jaar heeft overgewicht (4). Dit lijkt bijna twee keer zoveel als gemiddeld in Nederland, hoewel de (leeftijds)categorieën niet geheel overeenkomen. Van de Nederlandse kinderen heeft 9,4% overgewicht (5).

Internationaal onderzoek (6), (7) laat zien dat overgewicht bij immigranten toeneemt met de tijd: uit Australisch onderzoek bleek 18,4% overgewicht bij kinderen uit sub-Sahara Afrika (o.a. Eritrea) die gemiddeld al 5,9 jaar in het land waren. Er tijdig bijzijn is dus van belang. Voor de jonge statushouders kunnen we op basis van beperkte cijfers aannemen dat de overgewichtcijfers verhoogd kunnen zijn met een factor 1,5 tot 2. Daarbij hebben de meisjes een hogere kans op overgewicht dan de jongens.

Invloed van determinanten

Uit diverse bronnen, waaronder de Monitor Beweging en Gezondheid, blijkt dat allochtone jongeren vaker niet aan de beweegnorm voldoen dan hun autochtone leeftijdgenoten (8), (9). Wellicht geldt dit ook voor vluchtelingenkinderen.

We weten dat vluchtelingenkinderen vaker dan gemiddeld een ongezonde leefstijl hebben. Er wordt vaker te veel en ongezond gegeten en uit signalen weten we dat deze kinderen – zeker in de opvang – vaak te weinig slapen.

Indicaties voor zorggebruik, ondersteuning en preventie

Uit het voorgaande blijkt dat extra inzet nodig is van de JGZ en het gemeentelijke aanbod in het terugdringen van overgewicht en het bevorderen van bewegen. Dat laatste ook vanwege het positieve sociale effect dat sport en bewegen kunnen hebben. Hierbij is een integrale aanpak noodzakelijk waarin ook de sociale en fysieke omgeving worden meegenomen. Voor de teams in de wijk vraagt dit outreachend werken en samenwerken met sleutelpersonen uit de gemeenschap om de gezinnen te bereiken. Verder is voorlichting op het gebied van voeding en leefstijl van belang en aandacht voor specifieke aandoeningen en tekorten aan voedingsstoffen.

Conclusie

Bij vluchtelingenkinderen komt overgewicht en gebrek aan bewegen vaker voor. Dat geldt ook voor specifieke aandoeningen als sikkcelziekte en tekorten aan vitamine D, ijzer en calcium. Dit vraagt om extra en outreachende inzet van de JGZ, buurtsportcoaches en ander gemeentelijk aanbod.

Sociaal-emotionele ontwikkeling, psychische problematiek en jeugdhulp

Bekende verschillen in prevalentie

Net als met andere kinderen in Nederland gaat het met de meeste vluchtelingenkinderen goed, als het goed gaat met hun ouders, zij een stabiele woon- en schoolsituatie hebben en toekomstperspectief.

Of de sociaal-emotionele ontwikkeling¹ van vluchtelingenkinderen verschilt van die van andere kinderen is maar beperkt onderzocht. Uit een onderzoek uit 2009 weten we dat 22% van de asielzoekerskinderen (in het basis- en voortgezet onderwijs) een verhoogde kans heeft op psychosociale problemen (10). Vergelijken met het Nederlandse gemiddelde is lastig omdat dit niet gestandaardiseerd gemeten wordt. Cijfers van het CBS geven wel aan dat ongeveer 10% van de 16-20-jarigen in 2010 “minstens twee weken een periode kende waarin hij of zij erg angstig of bezorgd was” (11) en in Amsterdam had in 2009 ongeveer 10,3% van de kinderen in het voortgezet onderwijs een verhoogde kans op sociaal-emotionele problemen (12). Op basis van deze beperkte onderzoeken kunnen we veronderstellen dat er een verhoogde prevalentie van psychosociale problematiek is bij een deel van de vluchtelingenkinderen. Gemiddeld gaat het met 90% van de kinderen in Nederland goed. Afgaande op het onderzoek uit Amsterdam onder asielzoekerskinderen zou je tot de conclusie kunnen komen dat voor vluchtelingenkinderen een percentage van circa 80% geldt, maar of dat zo is kan onvoldoende hard gemaakt worden. Ook is de situatie van kinderen die nog in de opvang zitten anders dan die van kinderen die al in de gemeente wonen.

De verhoogde kans op psychosociale problemen lijkt bevestigd te worden door een studie uit 2011 met de conclusie dat van de nieuwkomers met name de jongere asielzoekerskinderen zwaardere psychosociale problematiek kennen dan het Nederlandse gemiddelde (13). Op grond van signalen en recent kwalitatief onderzoek van Pharos (14) denken we dat dit zeker bij Eritrese jongeren en/of AMV'ers het geval is.

Invloed van determinanten

Een grootschalig review op dit thema (1) leert ons dat een zelfgerapporteerde positieve schoolervaring en een hoge mate van steun en cohesie binnen het gezin de belangrijkste beschermende factoren zijn voor psychische problematiek. Een positieve schoolervaring helpt kinderen om ondanks hun verhoogde kans op sociaal-emotionele problematiek toch de draad weer op te pakken.

¹ De sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen gaat over de vraag of ze goed in hun vel zitten. Dat wordt vaak gemeten met vragenlijsten waarin gevraagd wordt naar bijvoorbeeld gevoelens van neerslachtigheid en angst. Niet goed in je vel zitten geeft uiteraard een verhoogde kans op psychische problematiek en op het gebruik van jeugdhulp.

Risicofactoren zijn: blootstelling aan geweld voor en na de vlucht, alleenstaand zijn, van het vrouwelijk geslacht zijn, slechte financiële situatie van het gezin, het hebben van een alleenstaande ouder, psychiatrische problemen bij de ouder(s), ervaren discriminatie en meerdere verhuisbewegingen in het land van aankomst. Hoe meer risicofactoren er spelen, hoe meer psychische problemen een kind heeft. Blootstelling aan geweld voor de vlucht is het grootste risico.

Uit Zweeds onderzoek (15) bij kinderen uit oorlogsgebieden blijkt dat in de eerste jaren na binnenkomst PTSS-klachten voorkomen. Desondanks is het volgens deze onderzoekers niet zinvol om via extra screening kinderen toe te leiden naar de ggz. Ouders kennen het traumaconcept vaak niet en/of verzetten zich ertegen. Na vijf tot zeven jaar blijkt bij de meeste kinderen dat de klachten verdwenen zijn zonder professionele psychische hulp. Ook oudere studies naar kindslachtoffers van de nazi-vervolging (16), (17) en oorlogsslachtoffers uit Griekenland (18) en Cambodja (19) tonen aan dat kinderen volledig herstellen, of dat de symptomen van traumatische stress het leiden van een normaal leven niet in de weg hoeft te staan.

Uit Nederlandse onderzoeken weten we dat migranten en daarmee ook vluchtelingen vaak een drempel ervaren bij het aanbod van psychische zorg (20). Ook de Gezondheidsraad concludeerde in 2012 dat de hulpverlening niet goed aansluit op de niet-westerse migranten (21). De mate waarin de zorg aansluit, is bij vluchtelingengezinnen van grote invloed op het gebruik ervan.

Indicaties voor zorggebruik, ondersteuning en preventie

Uit de besproken cijfers en onderzoeken blijkt dat er bij jongeren sprake kan zijn van psychosociale problematiek die vraagt om tijdige signalering. We weten dat dit bij deze groep niet automatisch leidt tot een verhoogd beroep op laagdrempelige ondersteuning. We weten ook dat dit gegeven bij niet-westerse migranten in een later stadium kan leiden tot gebruik van zwaardere vormen van jeugdhulp. De Jeugdmonitor geeft al jaren hetzelfde beeld: niet-westerse migranten zijn ondervertegenwoordigd in de (laagdrempelige) jeugdhulp, maar oververtegenwoordigd in bijvoorbeeld de jeugdbescherming, jeugdreclassering en jeugd LVB2 met verblijf. Ook een analyse door het Kennisplatform Integratie en Samenleving (KIS) over de periode 2011-2013 geeft een vergelijkbaar beeld, zie de tabel hieronder (22).

Zorgvorm	Vertegenwoordiging 'overig niet-westers'
Ambulant	Factor 1,5-2,5 meer
Dagbehandeling	Factor 1,5-2,5 meer
Residentieel	Factor 1,5-2,5 meer
Pleegzorg	Factor 1,5-2,5 meer
Ondertoezichtstelling	Factor 1,5-2,5 meer
Voogdij	Factor 1,5-2,5 meer
Reclassering	Factor 1,5-2,5 meer
Jeugd LVB zonder verblijf	Factor 1-1,5 minder
Jeugd LVB met verblijf	Factor 1-1,5 meer
Jeugd-ggz 1e lijns	Factor 1,5-2,5 minder
Jeugd-ggz 2e lijns	Factor 1-1,5 minder
Totaal gebruik jeugdhulp	Factor 1-1,5 minder

Of dit voor de huidige vluchtelingenjeugd net zo zal uitpakken, weten we niet. De tabel gebruikt de categorie 'overig niet-westers'. Deze omvat heel verschillende groepen, waaronder Chinese en Latijns-Amerikaanse kinderen en we weten dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen de groepen. We verwachten wel dat er voor Eritrese jongeren meer aandacht, preventie en zorg nodig is vanwege signalen die in andere hoofdstukken beschreven worden.

Samenvattend verwachten we op korte termijn niet veel extra beroep op laagdrempelige vormen van jeugdhulp en jeugd/wijkteams. Niet omdat er geen behoefte is aan jeugdhulp of hulp bij opvoeding maar omdat de kans groot is dat de nieuwe vluchtelingengroepen minder dan gemiddeld uit zichzelf gebruik maken van deze preventieve en laagdrempelige vormen van jeugdhulp. Daar waar goede afspraken gemaakt zijn in de keten tussen huisartsen, scholen en wijkteams, ligt dat anders.

Op korte termijn is wel investering nodig in tijdige signalering van psychosociale problemen en een outreachende aanpak in de ondersteuning aan jongeren en gezinnen ter voorkoming van hogere zorgkosten op de lange termijn. We denken daarbij aan zaken die onder de gemeentelijke taken vallen, zoals het versterken van het opvoedkundig klimaat in gezinnen, wijken, scholen en kinderopvang; versterken van de maatschappelijke participatie van kinderen en jongeren en voorzien in maatregelen om kindermishandeling te voorkomen.

Op langere termijn doen we de voorzichtige inschatting dat er vaker een beroep gedaan zal worden op specialistische jeugdhulp, vanwege de sociaal emotionele en psychische problematiek en een betere bekendheid met de jeugdhulp. Deze vraag kan uiteraard getemperd worden door een sterke preventieve aanpak die goed aansluit op de behoeften van deze groepen.

Conclusie

De meeste vluchtelingenkinderen ontwikkelen zich goed. Wel heeft een deel een verhoogde kans op psychosociale problematiek. We weten dat dit zich niet vertaalt naar een uit eigen beweging hoger gebruik van de laagdrempelige jeugdhulp. Vanwege de verwachte ondervertegenwoordiging in de laagdrempelige hulp en om later oververtegenwoordiging in de zwaardere vormen van jeugdhulp te voorkomen, is het raadzaam in te zetten op vroegsignalering en outreachend werken van de jeugdhulp, JGZ en andere gemeentelijke voorzieningen.

Kindermishandeling en veiligheid

Bekende verschillen in de prevalentie

Uit de Monitor Aanpak Kindermishandeling blijkt dat een lage SES en werkloosheid onder de ouders de grootste risico's zijn voor kindermishandeling (23). Voor kinderen die opgroeien in een gezin met een lage SES of in een gezin met ouders zonder werk is de kans op mishandeling respectievelijk acht en vijf keer zo groot. Omdat vluchtelingengezinnen vaak tot

deze categorieën behoren hebben de kinderen een verhoogd risico. Vluchtelingenkinderen hebben een nog hoger risico: zij zijn – ook na controle voor opleidingsniveau – nog steeds drie keer vaker vertegenwoordigd in de groep met kindermishandeling (23). Hoewel we geen gegevens hebben over de huidige instroom, denken we dat het voorkomen van kindermishandeling ook bij deze vluchtelingengezinnen een belangrijk aandachtspunt is.

Invloed van de determinanten

Niet alle asielzoekerskinderen hebben een even grote kans op kindermishandeling. Fysieke kindermishandeling werd 1,6 keer vaker geregistreerd bij asielzoekerskinderen van wie de moeders geweldservaringen hadden dan bij andere asielzoekerskinderen. Bij asielzoekerskinderen van wie de moeder gediagnosticeerd was met PTSS of depressie kwam fysieke kindermishandeling 1,7 keer zo vaak voor als bij andere asielzoekerskinderen. Het verband tussen deze risicofactoren bij de moeder en fysieke kindermishandeling was sterker bij kinderen van alleenstaande moeders dan bij kinderen die met twee ouders in de opvang waren. Het risico op geregistreeerde fysieke kindermishandeling is hoger bij meisjes, kinderen die met alleen hun vader in de opvang zijn, kinderen van tienermoeders en kinderen van moeders met geweldservaringen en/of depressie. Bij deze groepen dient extra te worden gelet op signalen die duiden op opvoedingsproblemen (24).

Indicaties voor zorggebruik, ondersteuning en preventie

Kindermishandeling heeft een grote invloed op de lichamelijke en psychische ontwikkeling van kinderen (25). Op korte termijn leidt het niet tot een sterk verhoogde zorgvraag omdat kindermishandeling erg verborgen wordt. Op lange termijn leidt kindermishandeling tot een verhoogde vraag naar vooral psychische zorg, zeker als de intergenerationele overdracht wordt meegenomen. Daarnaast ontwikkelen kinderen die mishandeld zijn vaker een verslaving (26) en belanden zij vaker in de criminaliteit (27).

Preventie van kindermishandeling zou zich vanaf binnenkomst op alle gezinnen moeten richten, met extra aandacht voor de meisjes, kinderen die met alleen hun vader in de opvang zijn, kinderen van tienermoeders en kinderen van moeders met geweldservaringen en/of depressie.

Groepen die extra aandacht verdienen

Er zijn drie groepen die vanuit het jeugdveld extra aandacht verdienen:

Alleenstaande jonge moeders die ongewenst zwanger zijn geraakt

Deze vrouwen zijn in het land van herkomst, tijdens de vlucht of na aankomst in Nederland ongewenst zwanger geraakt. Veel van hen leven geïsoleerd en hebben geen goede voorbeelden of steun bij het opvoeden. Zowel deze jonge moeders als hun kinderen zijn daarom een risicogroep.

Jongvolwassenen 18-25 jaar

Jongvolwassenen vallen niet binnen het aanbod van de jeugdwet. Veel jongvolwassenen zijn vitaal en redden zich prima. Dat geldt echter minder voor bijvoorbeeld Eritrese jongvolwassenen, die een risico vormen op het terrein van alcohol, drugs en seksualiteit. Omdat het niet waarschijnlijk is dat ze zelf aan de bel trekken bij problemen, kunnen ze tussen wal en schip vallen.

Alleenstaande minderjarige vluchtelingen

Alleenstaande vluchtelingen zijn een kwetsbare groep. Door de afwezigheid van een gezin missen zij een belangrijke beschermende factor. In de nieuwe groep vluchtelingen zijn de AMV's vaak van Eritrese afkomst. Omdat het hier deels gaat om laagopgeleide jongeren met zeer beperkte gezondheidsvaardigheden en nog weinig maatschappelijke zelfstandigheid tellen de risico's op.

Een groot onderzoek (28) onder AMV's concludeerde dat de behoefte aan psychische hulp groot is: 60% ten opzichte van 8% in de controlegroep. De belangrijkste aanleiding waren angst en depressie. Gevolgen waren er met name op het vlak van internaliserende problematiek. Uit het onderzoek blijkt dat de meerderheid van de AMV's weinig afweet van de hulpverlening in Nederland. Slechts 10%-20% heeft gebruikgemaakt van enige vorm van psychische hulpverlening.

Er leven in het veld met name zorgen over de Eritrese groep. Eritrese sleutelpersonen en jeugdhulpverleners signaleren stressklachten en psychische problemen en geven aan dat de bestaande ggz-hulpverlening slecht aansluit. De behoefte aan psycho-educatie, voorlichting en preventieve hulp is groot.

Conclusie

Met de meeste vluchtelingenkinderen gaat het goed of komt het goed. De veerkracht van de meeste kinderen is groot. In een stabiele omgeving kan het grootste deel van de kinderen – zelfs zij die vreselijke dingen hebben meegemaakt – zonder professionele hulp hun leven weer oppakken.

De belangrijkste beschermende factoren zijn een hoge mate van steun en cohesie binnen het gezin, de gezondheid van hun ouder(s) en een positieve schoolervaring. Met een deel van de kinderen gaat het minder of niet goed. Ze hebben een verhoogd risico op psychosociale problemen, kindermishandeling, overgewicht en een gebrek aan bewegen. We verwachten ondergebruik van de laagdrempelige jeugdhulp uit eigen beweging. Nodig is een preventieve en outreachende aanpak van de JGZ, wijkteams, scholen en andere gemeentelijke voorzieningen om een beroep op zwaardere jeugdhulp later te voorkomen.

Hoofdstuk 4. Sociaal domein

Onder het sociale domein bespreken we hier de inzet van gemeenten gericht op dat vluchtelingen maatschappelijk kunnen meedoen en zelfredzaam zijn. Het gaat om de werkingssfeer van de Participatiewet en de Wmo, met daarin vaak een centrale rol van wijkteams. De inzet van voorzieningen op het terrein van de Jeugdwet wordt in het hoofdstuk Jeugd besproken. Hoofddlijn in dit hoofdstuk is dat veel determinanten van de gezondheid van vluchtelingen juist in het sociale domein positief kunnen worden beïnvloed. Het gaat dan met name om het van meet af aan inzetten op participatie en het verder versterken van de veerkracht. Ondanks de aandacht die vanzelfsprekend naar huisvesting gaat, is aandacht hiervoor evenzeer van belang.

Bronnen

In overleg met het CBS en de VNG (KING) is gebruik gemaakt van direct beschikbare gegevens over het sociaal domein. Via StatLine zijn vooral gegevens over (arbeids-) participatie, uitkeringen en indicatie en gebruik van de Wmo en de AWBZ-zorg (zonder en met verblijf) achterhaald. In de regel konden daarbij uitsplitsingen worden gemaakt naar autochtoon, niet-westers allochtoon en overig niet-westers. Uitsplitsing naar vluchtelingen status was nog niet mogelijk.

Hiernaast is van diverse andere publicaties gebruik gemaakt: onder andere van het SCP en Vluchtelingenwerk, van de speciale editie over vluchtelingen van 'De Staat van de Gemeenten' van de VNG (3) en van de Policy Brief over integratie van asielmigranten van de WRR (1). Er bleken slechts in beperkte mate kwantitatieve gegevens beschikbaar over het gebruik van zorg en ondersteuning van vluchtelingengroepen. Dat kan veranderen als we de gegevens uit de gemeentelijke monitor sociaal domein gekoppeld worden aan de Basisregistratie Personen en jaarcijfers van de IND. Het CBS, de VNG en KING zijn daarin geïnteresseerd, omdat dan hardere uitspraken gedaan kunnen worden over het te verwachten beslag op zorg en ondersteuning.

Lessen uit het verleden

De belangrijkste les uit het verleden is volgens de recente Policy Brief van de WRR (1) dat we bij eerdere vluchtelingen veel tijd verloren hebben laten gaan, waardoor het te lang duurde voor ze voet aan de grond kregen op de Nederlandse arbeidsmarkt en in de samenleving. Lange procedures en wachttijden voor huisvesting betekenden voor vluchtelingen een langdurige gedwongen inactiviteit. Volgens de WRR is er te eenzijdig op huisvesting, inburgering en taal ingezet en te laat op werk. De raad stelt ook dat huisvesting, inburgering, maatschappelijke begeleiding en de taal leren losgekoppeld zijn van het vinden van werk, in plaats van er parallelle en verbonden trajecten van te maken. Al deze factoren, plus de 'verloren' tijd in de opvangcentra, zetten mensen op een achterstand en vergroten de kans op langdurige werkloosheid. Slechts een derde van de huidige statushouders heeft een betaalde baan kunnen vinden.

Recente publicaties wijzen daarom op het belang om de integratie (en actieve participatie) te versnellen en te verbeteren (1), (2). Engbersen geeft aan dat integratiemaatregelen net zo urgent zijn als opvang, om problemen in de toekomst te voorkomen (11). Veel gemeenten beseffen terdege dat het roer om moet.

Participatie en inburgering

Als vluchtelingen eenmaal een eigen woning hebben, worden er door gemeenten geen noemenswaardige problemen in de woonomgeving gemeld. Draagvlakproblemen doen zich meestal voor rondom vestigingen van azc's en noodopvang.

Veelzeggend en getuigend van veerkracht is dat ruim driekwart van de vluchtelingen zich thuis voelt in de buurt. Vluchtelingen bleken ook duidelijk vaker dan de klassieke migranten sociale contacten te hebben met autochtonen (4).

Arbeidsdeelname

Arbeidsparticipatie is naast sociale steun een van de belangrijkste determinanten van gezondheid bij vluchtelingen. Ruim een derde (36%) van de vergunninghouders in Nederland van 15 tot 64 jaar heeft een betaalde baan. Dit blijft sterk achter bij de autochtone beroepsbevolking, waarvan tweederde (64%) een baan heeft (5). Ook niet-westerse migranten hebben vaker betaald werk (46%).

Vluchtelingen die langer in Nederland zijn, hebben vaker een baan (41% van de vluchtelingen die voor 2001 naar Nederland zijn gekomen). Zij werken veel vaker in deeltijdbanen en vaker met een tijdelijk contract dan niet-westerse allochtonen en autochtonen (3).

Uit CBS gegevens blijkt dat eind 2014 de helft van de Eritreeërs en ruim 60% van de Syriërs een bijstandsuitkering had. Bij de Somaliërs zitten zelfs bijna zeven van de tien volwassenen in de bijstand (6). Andere gegevens laten zien dat meer dan 75% van de vluchtelingen in de eerste jaren een beroep doet op bijstand (3).

In recente interviews van Pharos met nieuwe Syrische vluchtelingen geven de laatsten aan dat ze zo snel mogelijk werk willen en niet afhankelijk willen zijn van een uitkering. Dit is een bekend gegeven onder vluchtelingen. Het is nodig dat zij daarvoor snel de taal leren beheersen, dat hun diploma's erkend worden of dat zij aanvullende scholing kunnen volgen, dat zij geholpen worden met de weg te vinden naar werk en netwerken en dat discriminatie op de arbeidsmarkt voorkomen wordt.

Toeleiding naar (arbeids)participatie

De praktijk van gemeenten laat zien dat er verschillende routes naar betaald werk zijn, afhankelijk van de kwalificaties van vluchtelingen. Er is winst te boeken door vroegtijdig zelfs al in de periode van centrale opvang zicht te krijgen op de opleiding en werkervaring van vluchtelingen, om een match te kunnen maken met beschikbaar onderwijs en de lokale en regionale arbeidsmarkt (1).

1. Een kleine groep statushouders zal direct kunnen instromen op de Nederlandse arbeidsmarkt gelet op kwalificaties, werkervaring en beheersing van het Engels.
2. Een andere groep zal gebaat zijn bij een gerichte investering in (hoger of middelbaar beroeps) onderwijs.
3. Voor de groep met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt zullen verschillende activerings- en toeleidingsactiviteiten nodig zijn om betaald werk in zicht te krijgen.
4. Een deel zal moeite hebben een plek op de arbeidsmarkt te verwerven en is in belangrijke mate op het lokale sociaal beleid en sociale activering aangewezen. Initiatieven van buurtbewoners die vluchtelingen uitnodigen om mee te doen aan activiteiten in de buurt, lijken aan te slaan.

Gemeenten onderschrijven de voorkeur voor een parallelle of integrale aanpak waarin het leren van de taal, het volgen van een opleiding en het vinden van werk en sociale activering tegelijkertijd plaatsvinden (1).

Armoede

Een kwart tot een derde van de vluchtelingen behoort tot een huishouden dat onder de armoedegrens valt (7). Alleenstaanden hebben de grootste kans op armoede. Onderzoek geeft ook aan dat een groot deel van de vluchtelingen door een preciaire inkomenssituatie (mede veroorzaakt door de vlucht) hun schulden niet kan aflossen of er jarenlang aan vastzit (2). Van Eritreeërs is bekend dat er veel schuldenproblematiek is (13). Gemeenten zullen hiermee te maken krijgen.

Maatschappelijke begeleiding

Inburgering en maatschappelijke begeleiding zijn belangrijke instrumenten in de toeleiding naar werk en andere vormen van participatie en sociale activering.

Zo'n 75% van de gemeenten legt uitvoering van de maatschappelijke begeleiding bij het lokale VluchtelingenWerk neer (8). Het gaat bij deze begeleiding om het wegwijs maken in de gemeente, bieden van hulp bij huisvestingsproblemen, het aanvragen van bijstand en het organiseren van onderwijs en een oriëntatie op werk. Het gegeven dat een groot deel van de vluchtelingen alleenstaand is, nog geen netwerk heeft en nare ervaringen heeft meegemaakt, maakt deze vorm van ondersteuning extra waardevol. Uit recente focusgesprekken en diepte-interviews met Syrische vluchtelingen (vooral gezinnen) blijkt nogmaals het belang hiervan (9). Er is veel behoefte aan begrijpelijke informatie over de leef- en woonomgeving, het sociale verkeer en de organisatie van en regels voor werk, inkomen en zorg. Goede informatie verhoogt het zelfvertrouwen en de veerkracht.

Inburgering

Onderzoek van Regioplan naar de participatie-effecten van inburgering onder de Wet inburgering (vóór de stelselwijziging vanaf 2013) laat terdege zien dat vluchtelingen baat hebben bij inburgering (10). Nieuwkomers met een vluchtelingenachtergrond die een inburgeringsdiploma hebben behaald, participeren vaker in de vorm van betaalde arbeid dan dezelfde groep die niet is ingeburgerd. Ook als er wordt gecorrigeerd voor kenmerken zoals opleidingsniveau, leeftijd, geslacht en verblijfsduur, blijken succesvolle inburgeraars meer te werken dan nieuwkomers uit dezelfde landen die niet zijn ingeburgerd. Het effect van inburgering op de participatie is voor vluchtelingen bovendien positiever dan voor andere groepen nieuwkomers. Dit laat zien dat inburgering voor vluchtelingen een belangrijk instrument is om de taal te leren en daarmee een plek te vinden op de Nederlandse arbeidsmarkt (3).

Ervaringen van VluchtelingenWerk bevestigen dit beeld en onderstrepen het belang van inburgering en maatschappelijke begeleiding. Velen wijzen bij de nieuwe regels voor inburgering sinds januari 2013 op de risico's die de eigen verantwoordelijkheid voor en financiering van inburgering door vluchtelingen met zich meebrengt.

Indicaties voor gebruik voorzieningen en ondersteuning

Gelet op de aanhoudende verhoogde instroom van vluchtelingen in 2016 zal huisvesting op de korte termijn een belangrijke zorg van gemeenten blijven. Daarnaast staan zij voor de volgende opgaven:

- Gezien de lessen uit het verleden en de nieuwe instroom is op korte termijn een meer dan gemiddelde inzet nodig op inburgering, maatschappelijke begeleiding, toeleiding naar (betaalde) arbeid, opleiding en andere vormen van participatie. Er zal een preventieve en actieve (regie-) rol van gemeenten nodig zijn zo vroeg mogelijk in het traject en bij voorkeur al in de periode van de centrale opvang om vluchtelingen voor te bereiden op werk en te voorkomen dat een grote groep op de langere termijn buitenspel komt te staan. Dit zal voor de lange duur een positief effect hebben op de gezondheid en het aantal uitkeringen terugdringen.
- Aangezien een relatief groot deel van de nieuwe instroom jong is, is de inzet op toeleiding naar passend onderwijs, schoolbegeleiding en voorkomen van schooluitval ook een belangrijk aandachtsgebied op de korte en middellange termijn.
- Op korte termijn is een inzet nodig op sociale activering van vluchtelingen. Gemeenten kunnen er op aansturen dat vrijwilligersorganisaties, welzijns- en sportvoorzieningen vluchtelingen uitnodigen om te participeren in lokale activiteiten.
- Op basis van de huidige gegevens over de arbeidsdeelname en de inkomenssituatie van vluchtelingen verwachten we op de kortere termijn een meer dan gemiddelde toename van het beroep op bijstandsuitkeringen, armoederegelingen en schuldhulpverlening. Ook schuldpreventie is aan de orde om te voorkomen dat vluchtelingen op een later moment afhankelijk worden van schuldhulpverlening of blijvend in armoede(-regelingen) vervallen. Naast individuele ondersteuning op maat wijzen we hier op een collectieve regeling/afpraak tussen het COA en de Belastingdienst waarbij het COA voor vluchtelingen die een verblijfsstatus hebben gekregen, de aanvragen voor zorg- en huurtoeslagen centraal gaat indienen. Dat moet voorkomen dat vluchtelingen te laat gaan aanvragen en daardoor mogelijk in de financiële problemen komen.

Wmo

Volgens de nieuwe Wmo (vanaf 2015) zijn gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet volledig zelf kunnen voorzien in hun zelfredzaamheid en participatie en het bieden van beschermd wonen en opvang. Daarnaast zijn zij onder andere verantwoordelijk voor het bevorderen van sociale samenhang, mantelzorg en vrijwilligerswerk, veiligheid en leefbaarheid in de gemeente, toegankelijkheid van voorzieningen voor mensen met een beperking en het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld. Helaas zijn er nog geen gegevens beschikbaar over het gebruik van ondersteuning en maatwerkarrangementen binnen de nieuwe Wmo. We hebben alleen gegevens over het gebruik van voorzieningen in de oude Wmo en die betreffen niet specifiek vluchtelingen.

Bekende verschillen: alleen bekend van oude WMO

Van de klassieke migrantengroepen is bekend dat zij minder vaak een beroep deden op voorzieningen (in het kader van de oude Wmo) zoals aanvullend vervoer, maaltijdvoorzieningen en alarmering dan autochtonen. Daarentegen maakten zij wel meer gebruik van het algemene maatschappelijk werk en ouderenadviseurs. Gegevens over oudere mi-

granten uit de klassieke groepen laten zien dat relatief weinigen een aangepaste woning hadden: 2% van de Turks en Marokkaanse ouderen en 12% van de Surinaamse/Antilliaanse ouderen tegenover 22% van de autochtone ouderen. Ruim 80% van de migranten-ouderen bewoont een woning met trap en zonder bouwkundige aanpassingen voor gehandicapten, tegenover 35 % van de autochtone ouderen (12).

Onderbenutting van Wmo-voorzieningen onder de klassieke migrantengroepen werd in verband gebracht met de kosten van eigen bijdragen, andere behoeften en ondersteuning binnen de eigen familie.

CBS gegevens (2010) over het gebruik van huishoudelijke zorg, persoonlijke zorg en verpleging laten zien dat deze verreweg het hoogst is onder autochtonen. Niet-westerse allochtonen maken veel minder gebruik van deze voorzieningen en het zorggebruik is het laagst onder de groep overig niet-westers (waartoe vluchtelingengroepen behoren). Gegevens over de AWBZ zorg met verblijf (2009) laten eenzelfde beeld zien: een beduidend hoger gemiddeld gebruik door autochtonen dan door niet-westerse allochtonen en het laagste gebruik door mensen in groep 'overig niet-westers'.

De nieuwe Wmo spreekt niet meer van voorzieningen maar van maatwerkondersteuning in zelfredzaamheid en participatie, vaak met een centrale rol van wijkteams. Bij participatie (in de zin van arbeidsparticipatie, opleiding en sociale activering) en bij maatschappelijke begeleiding hebben we eerder in dit hoofdstuk al uitgebreid stilgestaan. Daar bleek dat vluchtelingen veel praktische vragen hebben en dat er veel behoefte is aan maatschappelijke begeleiding en ondersteuning bij participatie.

De gemiddeld slechter ervaren gezondheid van vluchtelingen zou doen vermoeden dat zij een groter beroep doen op Wmo-ondersteuning. Uitgaande van wat bekend is over de oude Wmo, zal dit ten aanzien van veel vormen van ondersteuning niet het geval zijn. We weten dat migranten niet vaak uit zichzelf een beroep doen op deze ondersteuning en we verwachten dat ook de nieuwe vluchtelingen dat niet uit eigen beweging zullen doen. Er zal eerder sprake zijn van ondergebruik. Daar waar de verwijsketen goed functioneert, zal dat anders zijn.

Daarnaast speelt mee dat de huidige populatie vluchtelingen relatief jong is. Dat betekent dat ondersteuning (vanuit de Wmo en de AWBZ) die vaak aan ouderen geboden wordt, voorlopig nog niet aan de orde is. We hebben geen gegevens over het aantal gehandicapte vluchtelingen, maar hebben geen aanleiding te denken dat dat aantal hoger dan gemiddeld zou zijn.

Het is vooral belangrijk om pro actief in te zetten op versterken en behoud van de eigen veerkracht en het waarborgen dat men de weg naar ondersteuning, zorg en preventie weet te vinden wanneer daar aanleiding toe is

Indicaties voor gebruik voorzieningen en ondersteuning

- Gelet op de ervaring met andere migranten en de jonge leeftijd van de nieuwe groep vluchtelingen, verwachten we op de korte termijn geen hogere vraag naar de Wmo-ondersteuning dan gemiddeld in Nederland. We zien eerder een ondergebruik. Er is wel extra behoefte aan ondersteuning bij praktische vragen, maatschappelijke begeleiding en participatie.

- Op de langere termijn zal het beroep op Wmo-ondersteuning en zorg met de leeftijd toenemen, maar zeker niet meer dan gemiddeld in Nederland, waarschijnlijk minder.
- In verband met preventie is het aan te raden dat vluchtelingengroepen laagdrempelig en in begrijpelijke taal toegang hebben tot en de weg weten naar het aanbod van zorg en ondersteuning. Ook een outreachende aanpak is hierbij van belang. Inzet van lichte vormen van ondersteuning via het wijkteam of vrijwilligers kan een beroep op zwaardere vormen van ondersteuning beperken.

Conclusie

Veel determinanten voor de gezondheid van vluchtelingen kunnen juist in het sociale domein positief worden beïnvloed. Het gaat dan met name om het van meet af aan inzetten op participatie en het verder versterken van de veerkracht. Ondanks de aandacht die vanzelfsprekend naar huisvesting gaat, is vroegtijdige aandacht hiervoor evenzeer van belang.

Bij eerdere vluchtelingengroepen is om meerdere redenen de arbeidsparticipatie laag gebleven. Breed wordt onderkend dat het roer om moet. Op korte termijn is meer inzet nodig op maatschappelijke begeleiding, inburgering, arbeidstoeleiding, opleiding en sociale activering. Dit is naast een voorspeller van gezondheid en welbevinden, ook van belang voor het terugdringen van uitkeringen en armoederegelingen.

Op korte termijn zal sprake zijn van ondergebruik van Wmo-ondersteuning in termen van de klassieke voorzieningen. Er zal wel veel behoefte zijn aan informatie en ondersteuning bij praktische zaken. Het is belangrijk te investeren in een betere informatievoorziening en outreachende vormen van ondersteuning en begeleiding door onder andere wijkteams, VluchtelingenWerk en vrijwilligers.

Op de langere termijn zal het beroep op Wmo-ondersteuning met de leeftijd toenemen, maar niet meer dan gemiddeld in Nederland.

Hoofdstuk 5. Indicaties voor zorggebruik, ondersteuning en preventie

In dit hoofdstuk vatten we op hoofdlijnen samen wat de indicaties zijn voor de te verwachten zorgvraag, ondersteuning en preventie in het licht van de nieuwe instroom van vluchtelingen in de gemeente. De conclusies in voorafgaande hoofdstukken zijn gecombineerd en vertaald naar wat ze betekenen voor de verschillende voorzieningen.

Vooraf het volgende

De statushouders die instromen in gemeenten zijn grotendeels jong. Ongeveer een derde van hen is kind, daarnaast zijn er veel jongvolwassenen. Zo'n 75% van de Syrische asielzoekers en 93% van de asielzoekers uit Eritrea zijn in de MCA-gegevens jonger dan 35 jaar. Slechts 1% was 65 jaar of ouder. Omdat leeftijd veel zegt over het gebruik van zorg en voorzieningen is dit een betekenisvol gegeven. Ook voor de mogelijkheden voor preventie is dit gegeven uiterst relevant.

Huisartsenzorg

Uit onderzoek onder een groep vluchtelingen die al langer in Nederland verblijft, blijkt dat het zorggebruik wat betreft de huisartsen hoger is onder vluchtelingen dan onder autochtone Nederlanders.

- Korte termijn: wij voorspellen met enige voorzichtigheid op de korte termijn 1,5 tot 2 keer zo hoog gebruik van huisartsenzorg. Dit wordt niet alleen verklaard door de hogere ziektelast en slechtere ervaren (psychische) gezondheid, maar ook door het feit dat vluchtelingen in het begin met allerlei vragen en zorgen bij de huisarts terechtkomen.
- Lange termijn: wederom met een voorzichtige schatting voorspellen we een 1,5 tot 2 keer hoger zorggebruik ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde. Dit is mede afhankelijk van preventie en ontwikkeling van chronische aandoeningen (met name diabetes) en psychische stoornissen.

Specialistische ziekenhuiszorg

Beschikbare gegevens over eerdere vluchtelingengroepen laten zien dat het gebruik van de specialistische zorg met de leeftijd toeneemt, van bijna een derde meer ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde tussen de 25 en 45 jaar, naar tweemaal zoveel boven de 45 jaar. Ditzelfde verwachten we voor de huidige groep vluchtelingen:

- Korte termijn: op korte termijn zullen meer vluchtelingen verwezen worden naar de specialistische zorg, onder andere vanwege uitgestelde zorg, onzekerheid over de diagnose bij huisartsen (i.v.m. taalbarrières en andere klachtpresentaties) en in mindere mate vanwege een hogere prevalentie van infectieziekten.
- Lange termijn: met name de hogere prevalentie aan diabetes zal op de langere termijn leiden tot meer gebruik van de specialistische diabeteszorg, 2 à 4 keer meer dan gemiddeld in Nederland. Dit is beïnvloedbaar door inzet op preventie.

Voor kanker zal er minder gebruik zijn van de specialistische zorg, gezien het feit dat kanker minder voorkomt. Het is niet mogelijk met de huidige gegevens te komen tot een inschatting van het totale gebruik van de specialistische ziekenhuiszorg.

Ggz

Onderzoek wijst op structureel ondergebruik van de ggz ten opzichte van het aantal psychische klachten.

- Korte termijn: we verwachten hierbij niet meer gebruik dan gemiddeld, onder andere door onbekendheid met de ggz.
- Wel is meer huisartsbezoek te verwachten voor psychische klachten, inclusief de vraag naar de zorg verleend door praktijkondersteuners ggz.
- Lange termijn: we verwachten een hoger dan gemiddeld ggz-gebruik, maar niet hoger dan verwacht kan worden tegen het licht van de psychische ziektelast.
- Op korte en lange termijn is van belang dat ingezet wordt op vroegsignalering, voorlichting en taboedoorbreking. Hiermee kan de drempel tot psychische hulp verlaagd worden.

Tandartsenzorg (volwassenen)

- Korte termijn: er zal meer behoefte zijn aan mondzorg vanwege 'achterstallig onderhoud' en beperkte mondzorg in de opvang. Mogelijk zal zich, ondanks de klachten, ondergebruik bij volwassenen voordoen, ten gevolge van het eigen risico in de verzekering. Omdat mondzorg voor kinderen in het basispakket zit, zullen de meeste kinderen wel gebruikmaken van de tandartsenzorg.
- Lange termijn: wanneer het 'achterstallig onderhoud' is ingelopen, zal het gebruik gelijk zijn aan dat van Nederlanders voor diegenen die de zorg kunnen betalen. Bij vluchtelingen met een lage inkomenspositie zal het gebruik naar verwachting lager zijn, vergelijkbaar met Nederlandse cijfers over gebruik door lage-SES-groepen

JGZ

Vaccinaties

- Korte termijn: bij kinderen die kort in de centrale opvang verbleven en bij nareizigers moet de JGZ alsnog een vaccinatieplan maken en zo nodig zorgdragen voor inhaalvaccinaties. Een inhaalslag is dus nodig.

JGZ periodieke onderzoeken en ondersteuning

- Korte termijn: een inhaalslag is ook hier nodig. Afhankelijk van hoe lang kinderen in de opvangprocedure hebben gezeten en op welke locaties, hebben zij wel of niet een medisch intake van de JGZ gehad. Voor een deel van de kinderen zal een intake nodig zijn met een inhaalslag voor de opsporing van ontwikkelingsachterstanden, medische en gedragsproblemen. Wanneer JGZ-intakes plaatsvinden, verwachten wij op korte termijn meer dan gemiddeld doorverwijzingen naar bijvoorbeeld de kinderarts, oogarts, etc. Daarnaast verwachten wij extra consulten vanwege problemen in de psychische en sociaal-emotionele ontwikkeling, opgroeien opvoedingsvragen en leefstijlondersteuning rondom overgewicht en bewegen.
- Lange termijn: geen aanwijzingen.

Jeugdhulp

Kwantitatieve gegevens over zorggebruik van vluchtelingenjeugd ten opzichte van de gemiddelde jeugd in Nederland ontbreken.

Laagdrempelige jeugdhulp (o.a. wijkteams)

- Op korte en lange termijn: we verwachten geen hoger dan gemiddeld beroep uit eigen beweging op deze hulp. Investeren in een outreachende aanpak in de ondersteuning van jongeren en gezinnen is aan te raden, gezien de hogere prevalentie van psychische en sociale problematiek, ter voorkoming van hogere zorgkosten op de lange termijn.

Specialistische jeugdhulp

- Korte termijn: afhankelijk van de outreachende aanpak en bereik van de jeugd/wijkteams.
- Lange termijn: de voorzichtige inschatting is dat er vaker een beroep gedaan zal worden op de specialistische jeugdzorg, jeugd-ggz (vanwege hogere prevalenties van psychische en sociaal-emotionele problematiek). Dit is deels beïnvloedbaar door een tijdige inzet op outreachende lichte vormen van jeugdhulp.

Verlavingszorg

- Korte termijn: we zien hier met name een indicatie voor verhoogde inzet op preventie, vooral bij Eritreeërs.
- Lange termijn: het gemiddelde gebruik van de verlavingszorg zal waarschijnlijk gelijk of lager dan het Nederlandse gemiddelde zijn. Dit is mede afhankelijk van de inzet van (selectieve) preventie en voorlichting bij genoemde groep, bij AMV's en andere jongvolwassenen.

Verloskundige en kraamzorg

- Korte termijn: naar verwachting is meer van deze zorg nodig in verband met het hoger aantal kinderen en is er begeleiding nodig van (kwetsbare) jonge ouders/tiernermoeders. We verwachten dat er 1,5 keer meer zorg nodig is rondom abortus, aangezien dit 1,5 keer vaker voorkomt. Investering in voorlichting en begeleiding is aan te raden in verband met de te verwachten hogere moedersterfte.
- Lange termijn: onbekend.

Sport

- Investeren in sport en bewegen is aan te bevelen, in verband met het feit dat overgewicht bij nieuwe groepen meer voorkomt en in verband met de positieve sociale effecten van sport.

Sociaal domein

Korte termijn:

- Er is meer inzet nodig op maatschappelijke begeleiding (o.a. van VluchtelingenWerk), inburgering, arbeidstoeleiding, opleiding, sociale activering en andere vormen van participatie. Dit is belangrijk met het oog op het positieve effect op de gezondheid en op het gebruik van uitkeringen op de langere termijn.

- Aangezien een groot deel van de nieuwe instroom jong is, is inzet op toeleiding naar passend onderwijs, schoolbegeleiding en voorkomen van schooluitval van belang.
- We verwachten een groter beroep op schuldhulpverlening en bijstand. Schuldpreventie in een vroeg stadium is aan te raden.
- We verwachten op korte termijn uit eigen beweging geen hoger beroep dan gemiddeld op wijkteams. Een outreachende en proactieve aanpak is echter aan te raden uit het oogpunt van preventie. Dat geldt ook voor buurtorganisaties, welzijns- en vrijwilligersorganisaties.
- We verwachten minder gebruik van de Wmo-ondersteuning in termen van de klassieke voorzieningen vanwege de jonge leeftijd, de onbekendheid met deze mogelijkheden en het bekende ondergebruik door migrantengroepen. Er is wel veel behoefte aan informatie en ondersteuning bij praktische zaken.

Lange termijn:

- Arbeidstoeleiding, opleiding, sociale activering en andere vormen van participatie zullen ook op de langere termijn om actieve inzet vragen.
- Het gebruik van wijkteams zal toenemen, in welke mate is niet bekend
- Het gebruik van Wmo-ondersteuning zal ook op de langere termijn zeker niet hoger zijn dan gemiddeld in Nederland, eerder lager.

Preventie en gezondheidsbevordering via GGD'en en andere aanbieders

- Korte en langere termijn: er is aandacht nodig voor tbc-screening bij risicodragende nieuwkomers en nareizigers; en voor vervolg contactopsporing. Dit betekent een tijdsinvestering voor de GGD-afdeling tuberculosebestrijding.
- Korte en lange termijn: er is voorlichting nodig over hiv en andere soa's, en de mogelijkheid tot screening op hiv en soa's moet laagdrempelig beschikbaar zijn.
- Korte termijn: een stevige inzet op vroegsignalering, voorlichting, gezondheidsbevorderende activiteiten, leefstijl (overgewicht, bewegen, middelengebruik, seksuele gezondheid) en versterken gezondheidsvaardigheden is aan te raden. Met extra aandacht voor jeugd en jongvolwassenen.
- Korte en lange termijn: voorlichting en begeleiding rondom seksueel geweld, huiselijk geweld, kindermishandeling en vgv is zeer wenselijk. Zowel door professionals als door de eigen groep middels sleutelpersonen.

Bijlage 1.

Geraadpleegde organisaties en opbrengsten

Wie	Wat
Arq Psychotrauma Expert groep	Meerdere medewerkers van Arq hebben literatuur gestuurd. Dit betrof bestaande publicaties.
CBS	Medewerking van een projectmanager en senior researcher. Verschillende samengestelde tabellen aangeleverd inzake arbeidsparticipatie, uitkeringen en geleverde zorg en ondersteuning naar etniciteit. Voor de groep vluchtelingen gegevens zeer beperkt.
COA	Gevraagd naar gegevens over opleiding, burgerlijke staat, etc. Niet ontvangen.
GC A	Een projectadviseur en een senior consultant hebben meegedacht, maar er bleken op korte termijn geen gegevens aanwezig op geaggregeerd niveau; aantal GC A-ingeschrevenen met chronische ziekten of hepatitis B infectie, zoals op één moment geregistreerd door huisartsen.
Gezondheidsraad/ AMC	Een onderzoeker van het AMC voert het onderzoek uit in opdracht van de Gezondheidsraad. Hij heeft meegelezen met het deel over psychische problematiek en het theoretisch raamwerk van zijn onderzoek voor de Gezondheidsraad gedeeld.
GGD GHOR Nederland	GGD GHOR Nederland heeft relevante literatuur en kennis gedeeld. Een senior beleidsmedewerker en epidemioloog heeft frequent meegedacht en bijgedragen. Een beleidsmedewerker heeft aanvullende internationale literatuur over overgewicht aangeleverd.
IGZ	De IGZ heeft een aantal recente rapporten over de zorg aan asielzoekers gedeeld.
KIS/Verwey-Jonker Instituut	Een coördinator Portaal, thema coördinator Inclusie en toegankelijkheid heeft telefonisch meegedacht over de toepasbaarheid van het KIS-onderzoek naar het gebruik van jeugdzorg naar etniciteit
MCA	Controllers van MCA hebben cijfers over 2013, 2014, 2015 gedeeld en uitgebreide toelichting en brainstorm over betekenis cijfers.
Movisie	De manager van het programma participatie en actief burgerschap heeft informatie toegestuurd: meerdere recente onderzoeken en publicaties toegestuurd.

NCJ	Het NCJ heeft maatwerkgegevens aangeleverd over overgewicht en obesitas.
Nidos	Er is een overzicht aangeleverd van de onder toezichtstellingen. Niet benut voor deze kennissynthese.
NIVEL	De programmaleider NIVEL Zorgregistraties eerste lijn en een senior onderzoeker hebben meegelezen met een aantal hoofdstukken en concreet meegedacht over a) de vergelijkingen met het Nederlandse gemiddelde en b) de extrapolatie naar zorggebruik.
NJI	Een senior adviseur heeft data aangeleverd over de interventie moeders informeren moeders (niet benut voor deze synthese).
RIVM	Arts M&G, infectieziektebestrijding en coördinator consulent-artsen LCI; een arts M&G en medisch adviseur; en een arts M&G epidemioloog en tuberculose coördinator leverden literatuur/rapporten over aangifteplichtige infectieziekten en duiding voor te verwachten zorggebruik. En intensief meegedacht met het deel infectieziekten.
Rutgers	Een programmacoördinator, een senior consultant/onderzoeker, en een adviseur SRGR en gender hebben meegedacht en input geleverd voor het deel reproductieve en seksuele gezondheid.
SCP	Aanwezigheid op stakeholdersbijeenkomst.
Soa Aids Nederland	Een beleidsmedewerker programma etnische minderheden heeft meegedacht en input geleverd voor het onderdeel hiv/soa's in het deel infectieziekten.
Trimbos-instituut	Een wetenschappelijk medewerker heeft meegelezen met het deel over psychische problematiek.
VluchtelingenWerk Nederland	Meegedacht over prognose samenstelling doelgroep.
VNG/KING	Met medewerking van het hoofd en een adviseur van de afdeling inzicht & sturingsadvies In nauw afstemming met CBS.
WRR	Een lid van de WRR is gevraagd om mee te lezen. Heeft ons doorverwezen naar een wetenschappelijk medewerker van de WRR, tevens werkzaam bij het bij het WODC/RWI..
WODC/RWI	Een wetenschappelijk medewerker heeft hoofdstuk 2 meegelezen.

Stakeholdersbijeenkomst, 14 januari 2016

Aanwezigen:	
AMC/UVA	Prof. Marie-Louise Essink-Bot MD PhD
AMC/UVA	Umar Z. Ikram MD MSc
Arq Psychotrauma Expert Groep	Beleidsadviseur Petra Pannekoek
GC A/LHV	Rob Jansen, senior consultant GC A
GGD GHOR Nederland	Simone Goosen, senior beleidsmedewerker en epidemioloog
Min. van VWS	Ingrid van Hattem-Zuiderwijk, beleidsmedewerker OJGZ
Min. van VWS	Bram Gille, plv afdelingshoofd DMO
NIVEL	Robert Verheij, Programmaleider NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
RIVM	Hans van den Kerkhof, Arts M&G, infectieziektebestrijding en coördinator consulent-artsen LCI
SCP	Willem Huijnk, wetenschappelijk medewerker
VluchtelingenWerk Nederland	Ariane den Uyl, beleidsmedewerker

Bijlage 2. Onderlegger hoofdstuk 2

2.1 Schattingen en verwachting voor de komende jaren – asielinstroom

Uit cijfers van de IND blijkt dat het totaal aantal asielaanvragen in 2015 58.880 was; dit omvat eerste aanvragen, herhaalde aanvragen en aanvragen in het kader van gezinshereniging. Dit is bijna een verdubbeling van het aantal asielaanvragen in 2014 (29.891) en een verdriedubbeling ten opzichte van 2013 (16.724) (1).

Het kabinet houdt voor 2016 in de begroting rekening met een totale asielinstroom van 58.000. De asielinstroom verloopt grillig en valt binnen de huidige migratiedynamiek moeilijk te voorspellen. Enerzijds zijn er ontwikkelingen die erop duiden dat we in 2016 meer asielzoekers kunnen verwachten, vanwege de ingezette trend vanaf augustus 2015 en de ontwikkelingen in het Midden-Oosten. Anderzijds zijn er Europese inspanningen gaande om de instroom juist te beperken en beheersbaar te houden. Hoe deze tegengestelde tendensen op elkaar zullen inwerken, is lastig te voorspellen. Daarom gaat het kabinet voorsnog uit van een instroom voor 2016 die gelijk is aan de instroom in 2015. De instroomprognose voor 2016 is door een ambtelijke werkgroep van het ministerie van Veiligheid en Justitie in de meerjarige Productie Prognose (MPP) geraamd op 93.600, bij ongewijzigd beleid. Echter deze houdt geen rekening met (inter)nationale ontwikkelingen, zoals de afspraken tussen de EU en Turkije (2). In deze kennissynthese houden we de prognose aan waar het Kabinet zich op baseert, namelijk 58.000.

2.2 Schattingen en verwachting voor de komende jaren – taakstellingen

De taakstelling aan gemeenten bedroeg in 2014 15.750 en in 2015 28.900 te plaatsen vergunninghouders (3). Uit het overzicht huisvesting vergunninghouders van het COA blijkt dat de taakstelling in 2015 niet volledig gehaald is, en dat op 1 januari 2016 nog 3394 vergunninghouders geplaatst moeten worden. De nieuwe taakstelling voor de eerste helft van 2016 bedraagt 20.000 (3). De huisvestingstaakstelling voor de tweede helft van 2016 bedraagt 23.000 vergunninghouders. Dit betekent dat er op de korte termijn (2016) ten minste 46.394 vergunninghouders in gemeenten terecht zullen komen. Gemiddeld is de taakstelling in 2016 anderhalf keer zo hoog als in 2015 (4), (5). Gebaseerd op het huidige inzicht blijft de taakstelling voor de tweede helft van 2017 naar verwachting minimaal gelijk aan de taakstelling in de tweede helft van 2016 (6). Wij zijn er voor deze synthese vanuit gegaan dat de taakstelling de komende jaren minimaal gelijk blijft of tot 1,5 keer zal blijven groeien (7). Dit is het gevolg van de aanhoudend hoge instroom van nieuwe vluchtelingen van wie een groot percentage recht heeft op een verblijfsvergunning, en de 'ophoping' van te plaatsen vergunninghouders die momenteel nog woonachtig zijn in de opvang.¹ Voor 2017 betekent dit dat de taakstelling zal uitkomen tussen de 43.000 en 1,5* 43.000 = 64.500.

1 Op 4 januari 2016 zaten er nog 14.519 niet-geplaatste vergunninghouders in opvanglocaties (waarvan de helft een achterstand op de taakstelling was) (8).

2.3 Samenstelling vestigende vluchtelingen – land van herkomst

Voor de berekening van de verhouding per herkomstland onder vergunninghouders hebben we ons gebaseerd op gegevens van CBS StatLine (zie tabel 1). Het CBS baseert zich op de asielzoekers/vluchtelingen die in de BRP (voorheen GBA) staan geregistreerd. Asielzoekers mogen formeel na een half jaar worden ingeschreven, maar in de praktijk worden ze al jarenlang vrijwel altijd pas na statusverlening ingeschreven (9). Dat is ook het moment dat zij met gezinshereniging starten. De CBS-populatie zal dus waarschijnlijk een redelijk goed beeld geven van de verhoudingen, maar aangezien onder bepaalde herkomstgroepen gezinshereniging in meer of juist mindere mate voorkomt, zijn de verhoudingen mogelijk iets anders. Wij verwachten in 2016-2017 dat de verhoudingen een soortgelijk beeld geven als in 2015.

Tabel 1. Asielverzoeken en nareizigers; naar nationaliteit (10)

	2014	%	2015	%
Totaal nationaliteit	29.890	100	58.880	100
Afghaans	975	3	2.945	5
Eritrees	4.100	14	8.435	14
Iraaks	1.570	5	3.450	6
Iraans	745	2,5	2.075	4
Syrisch	11.595	39	27.710	47

2.4 Samenstelling vestigende vluchtelingen – geslacht en leeftijd

Asielzoekers zijn voor een veel groter deel mannen, terwijl na statusverlening voor een deel gezinshereniging volgt (realisatie gemiddeld één jaar) en de populatie meer op de Nederlandse bevolking gaat lijken. Wel blijft het een relatief jonge populatie.

Voor de berekening van de verhouding mannen : vrouwen : kinderen onder vergunninghouders hebben we ons gebaseerd op gegevens van CBS StatLine (zie tabel 2). Het CBS baseert zich op de asielzoekers/vluchtelingen die in de BRP (voorheen GBA) staan geregistreerd. Asielzoekers mogen formeel na een half jaar worden ingeschreven, maar in de praktijk worden ze al jarenlang vrijwel altijd pas na statusverlening ingeschreven (9). Dat is ook het moment dat zij met gezinshereniging starten. De CBS-populatie zal dus waarschijnlijk een redelijk goed beeld geven van de verhoudingen, maar omvat dus voor een deel ook vergunninghouders die nog niet klaar zijn met gezinshereniging. Een belangrijke aantekening bij de CBS-populatie is daarom dat naarmate de vluchtelingen hier langer verblijven het aantal vrouwen en kinderen verder zal toenemen. De verhoudingen waren voor 2014 en 2015 ongeveer 60 : 20 : 20. Deze zullen waarschijnlijk met de tijd veranderen naar 40 : 30 : 30.

Tabel 2. Asielverzoeken en nareizigers; naar geslacht en leeftijd (10)

Asielaanvragers en nareizigers		2014	%	2015	%
Mannen	Jonger dan 18 jaar	3.095		7.075	
Vrouwen	Jonger dan 18 jaar	2.050		3.525	
Totaal	Jonger dan 18 jaar	5.145	21	10.595	24
Mannen	18 jaar of ouder	1.4770	60	25.750	57
Vrouwen	18 jaar of ouder	4.615	19	8.685	19

Tabel 3. Asielverzoeken en nareizigers; naar nationaliteit, geslacht en leeftijd (10)

2015		Syrië		Eritrea		Irak		Afghanistan		Iran	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totaal	Jonger dan 18 jaar	4.035	21	1.725	24	735	24	1.190	42	235	12
Mannen	18 jaar of ouder	11.950	64	3.655	49	1.935	60	1.140	40	1.350	67
Vrouwen	18 jaar of ouder	2.740	15	2.040	27	570	16	530	18	435	21

Bijlage 3. Bronnen die als basis zijn gebruikt voor de verschillende onderdelen van de kennissynthese

1. De bronnen voor gegevens over de huidige groep nieuwkomers in Nederland:
 - IND-trendrapporten
 - CBS StatLine
 - Spectrum nr. 94, jaargang 2016: Asielzoekers en infectieziekten, een kwestie van beheersing
 - De Staat van de Gemeenten 2015, speciale editie vluchtelingen. VNG, november 2015
 - Kwalitatief onderzoek van Pharos, verwacht in 2016: Syrische nieuwkomers in de gemeenten; Aandacht voor gezondheid van jonge Eritreeërs
 - MCA-gegevens over de zorgregistratie over 2013, 2014 en 2015, voor de Syrische, Iraakse en Eritrese groepen vallend onder de ZRA
 - RIVM-rapporten en monitors
 - Kamerbrieven

2. De bronnen over eerdere groepen asielzoekers en vluchtelingen in Nederland, de bronnen waaruit we gegevens hebben gehaald over gezondheid en zorggebruik, determinanten en beschermende factoren. Onder andere
 - Gerritsen et al., Gevlucht-Gezond I: Een onderzoek naar de gezondheid van en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland (2005)
 - Lamkaddem et al., Gevlucht-Gezond II: Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland (2013)
 - Engelhard (red.): Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers (2007)
 - SCP-rapport (februari 2011). Vluchtelingengroepen in Nederland Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten. E. Dourleijn en J. Dagevos (red.), met name hoofdstuk 7: R. Schellingerhout: Ervaren gezondheid, leefstijl en zorggebruik
 - Goosen (proefschrift): Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands (2014)
 - WRR: Geen tijd verliezen: van opvang naar integratie van asielmigranten (2015)
 - Spectrum nr. 94, jaargang 2016: Asielzoekers en infectieziekten, een kwestie van beheersing
 - IntegratieBarometer 2014 van VluchtelingenWerk Nederland
 - De Staat van de Gemeenten 2015, speciale editie vluchtelingen. VNG, november 2015

3. De bronnen waarmee we deze gegevens hebben vergeleken:
 - VTV 2014 (waaronder ook gegevens uit de zorgregistratie van het NIVEL)
 - RIVM, gegevens over vaccinatie en infectieziekten
 - In overleg met CBS en VNG/KING is gebruikgemaakt van direct beschikbare gegevens over het sociale domein

4. De internationale bronnen die we gebruikt hebben. Onder andere:
- Hadgkiss & Renzaho: The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community (2014)
 - WHO-rapporten en landeninformatie
 - UNICEF-rapporten en landeninformatie
 - Pottie et al.: Canadian guidelines: Caring for a newly arrived Syrian refugee family (2015)
 - Fazel et al.: Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries (2005)
 - Steel et al.: Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes (2009)

Bijlage 4. Literatuurlijst

Hoofdstuk 2:

Omvang en demografische kenmerken van nieuwe vluchtelingen

1. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Kamerbrief over asielprognose 21 januari 2016. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/01/21/tk-asielprognose>. Geraadpleegd op 02-02-2016.
2. IND. Asylum Trends. Monthly Report on Asylum Applications in the Netherlands and Europe. November 2015. Beschikbaar via: <https://ind.nl/Documents/AT%20November%202015.pdf>. Geraadpleegd op 2015-12-22.
3. Gegevens verkregen van Menzis COA Administratie (MCA) die t.b.v. deze kennis-synthese ter inzage zijn gesteld. Het gaat om de Zorgregistratie asielzoekers (ZRA) van 2013, 2014 en 2015 voor Eritreeërs, Syriërs en Irakezen, en overige groepen.
4. Pharos. Factsheet Syrische vluchtelingen. Utrecht: Pharos; 2015.
5. UNICEF, World Vision, UNHCR & Save the Children. Syria Crisis: Education Interrupted. Global action to rescue the schooling of a generation. 2013. In Pharos. Syrische nieuwkomers in de gemeenten. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.
6. Rodriguez-Pose R. & Samuels F. Progress in health in Eritrea: Cost-effective intersectoral interventions and a long-term perspective. London: Overseas Development Institute; 2011.
7. WHO. The World Medicines Situation. Rational use of medicines. Geneva: WHO; 2004. Beschikbaar via: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js6160e/10.html#Js6160e.10>. Geraadpleegd op 2015-12-22.
8. VluchtelingenWerk Nederland. Herkomstlanden van vluchtelingen. 2016. Online beschikbaar via: <http://www.vluchtelingenwerk.nl/feiten-cijfers/landen-van-herkomst>. Geraadpleegd op 2015-12-22.
9. Daudzai S. How to Deal With the Afghan Migrant Crisis. The Diplomat; 2015. Beschikbaar via: <http://thediplomat.com/2015/10/how-to-deal-with-the-afghan-migrant-crisis>. Geraadpleegd op 2016-01-12.
10. The Local. Syrian and Iranian refugees 'well educated'. The Local; 2016. Beschikbaar via: <http://www.thelocal.at/20160112/syrian-and-iranian-refugees-tend-to-be-highly-educated>. Geraadpleegd op 2016-01-12.

Referenties: Bijlage 2 Onderlegger hoofdstuk 2

1. IND. Asylum Trends. Monthly Report on Asylum Applications in the Netherlands and Europe. December 2015. Beschikbaar via: <https://ind.nl/Documents/Asylum%20Trends%20December%202015.pdf>. Geraadpleegd op 10-04-2016.
2. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Kamerbrief over asielprognose 21 januari 2016. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/01/21/tk-asielprognose>. Geraadpleegd op 02-02-2016.
3. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. De Staat van de Gemeenten 2015. Speciale editie vluchtelingen. Den Haag: Excelsior; 2015. Beschikbaar via: https://vng.nl/files/vng/de_staat_van_de_gemeente-vluchtelingen_20151123.pdf. Geraadpleegd op 22-12-2015.

4. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vreemdelingenbeleid. Kst-19637-2070. Den Haag: Tweede Kamer; 2015.
5. Overzicht huisvesting vergunninghouders per 1 december 2015. Peildatum: 01-10-2015. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/asielbeleid/documenten/publicaties/2015/12/01/overzicht-huisvesting-vergunninghouders-per-1-december-2015>. Geraadpleegd op 22-12-2015.
6. Ministerie van Binnenlandse Zaken. Prognose aantal te huisvesten vergunninghouders. Staatscourant. 2016; 17623. 2016-04-04. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2016-17623.html>. Geraadpleegd op 10-04-2016.
7. Commentaar verkregen van dhr. R. Jennissen (BD/WODC/RWI) t.b.v. deze kennissynthese.
8. COA. Cijfers. Beschikbaar via: <https://www.coa.nl/nl/over-coa/cijfers>. Geraadpleegd op 2016-01-04.
9. Commentaar verkregen van mevr. A. den Uyl (VluchtelingenWerk Nederland) t.b.v. deze kennissynthese.
10. Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS StatLine. Asielverzoeken en nareizigers; nationaliteit, geslacht en leeftijd. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/selection/?VW=T&DM=SLNL&PA=83102NED&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0-1%2c10%2c15-16%2c37&D5=33-36%2c38-40%2c42-44%2c46-47&HDR=T%2cG4&STB=G1%2cG2%2cG3>. Geraadpleegd op 2015-12-22.

Hoofdstuk 3: Gezondheid en zorggebruik

1. Hadgkiss E.J. & Renzaho A.M. 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: 142-159.
2. Lamkaddem M., Essink-Bot M.L., & Stronks K. "Gevlucht-gezond?" – II Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland, Eindrapport. Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC/UvA; 2013.
3. Lindert, H., Droomers, M. & Westert G.P. Tweede nationale studie naar de ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde gezondheid en zorggebruik. Bilthoven/Utrecht: RIVM/NIVEL; 2004.
4. Schellingerhout R. Ervaren gezondheid, leefstijl en zorggebruik. In: Dourleijn E. & Dagevos J. (red.). Vluchtelingengroepen in Nederland. Den Haag: SCP; 2011.
5. Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J.P. & McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. The Lancet. 2013; 381: 1235-1245.
6. Vang Z., Sigouin J., Flenon A. & Gagnon A. The healthy immigrant effect in Canada: A systematic review. Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail. 2015; 3(1).
7. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
8. Dahlgren G. & Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

9. Schellingerhout R. & Engelhard D. Gezond geïntegreerd. In: Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers. Utrecht: Pharos; 2007.
10. Hobfoll S.E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989; 44; 513.
11. Hall B.J., Murray S.M., Galea S., Canetti D. & Hobfoll S.E. Loss of social resources predicts incident posttraumatic stress disorder during ongoing political violence within the Palestinian Authority. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014; 50: 561-568.
12. Gerritsen A.A.M., Ploeg H.M. van der, Devillé W. & Lamkaddem M. "Gevlucht-Gezond?" Een onderzoek naar de gezondheid van en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/VUmc; 2005.
13. Bakker I., Bakker C., Dijke A. van & Terpstra L. Balansmodel. O&O in perspectief. Utrecht: NIWZ; 1998.
14. Goosen E.S.M. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam/GGD GHOR Nederland; 2014.
15. Fazel M., Wheeler J. & Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 2005; 365: 1309-1314.
16. DeSalvo K.B., Fan V.S., McDonnell M.B. & Fihn S.D. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Services Research*. 2005; 40: 1234-1246.
17. Gerritsen A.A.M., Devillé W., Linden F.A.H. van der, Bramsen I., Willingen L.H.M. van, Hovens J.E.J.M. & Ploeg H.M. van der. Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2006; 150: 1983-1989.
18. Andrulis D.P. & Brach C. Integrating literacy, culture and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior*. 2007; 31: S122-S133.
19. Kunst A.E., Lamkaddem M., Mackenbach J.P., Rademakers J. & Deville W. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Utrecht/Rotterdam: NIVEL/Erasmus MC; 2008.
20. Seeleman C., Essink-Bot M.L. & Stronks K. Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. Literatuurstudie. Programmeringsstudie 'etniciteit en gezondheid'. ZonMw. Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam; 2008.
21. Bhopal R. Research agenda for tackling inequalities related to migration and ethnicity. *European Journal of Public Health*. 2012; 34: 167-173.
22. Muijsenbergh M. van den, Weel-Baumgarten E. van, Burns N., O'Donnell C., Mair F., Spiegel W., Lionis C., Dowrick C., O'Reilly -de Brún M., Brun T. de & MacFarlane A. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. The rationale for the RESTORE FP 7 project. *Primary Health Care Research & Development*. 2013; 15: 122-133.
23. Wangdahl J., Lytsy P., Mårtensson L. & Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014; 14: 1030.
24. Muijsenbergh M. van den, Berkum M. van, Bokhoven R. van, Smulders E. & Stockmann M. Ziekenhuis zorg voor migranten Optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid. Utrecht: Pharos; 2013.

25. Rademakers J. Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden: Niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel; 2014.
26. Lamkaddem M. Explaining health and healthcare utilisation of ethnic minorities in the Netherlands: a longitudinal perspective. (Academisch Proefschrift). Amsterdam/ Utrecht: Universiteit van Amsterdam/NIVEL; 2013.

3.1 Chronische aandoeningen

1. Lamkaddem M., Essink-Bot M.L. & Stronks K. "Gevlucht-gezond?" – II Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland, Eindrapport. Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC/UvA; 2013.
2. Goosen E.S.M. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. (Academisch Proefschrift). Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam/GGD GHOR Nederland; 2014.
3. Gegevens verkregen van Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) betreffende registraties uit het Huisartsen Informatiesysteem in week 33 van 2015 die t.b.v. deze kennisynthese ter inzage zijn gesteld.
4. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Genève: WHO; 2014.
5. Schellingerhout R. Ervaren gezondheid, leefstijl en zorggebruik. In: Dourleijn E. & Dagevos J. (red.). Vluchtelingengroepen in Nederland. Den Haag: SCP; 2011.
6. Oosterberg E.H., Devillé W.L.J.M., Brewster L.M., Agyemang C. & Muijsenbergh M. van den. Chronische ziekten bij allochtonen. Handvatten voor patiëntgerichte zorg bij diabetes, hypertensie en COPD. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2013; 157: A5669.
7. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Chronische obstructieve longziekten (COPD) Omvang van het probleem. Beschikbaar via: <http://www.nationaal-kompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/copd/omvang/> Geraadpleegd op 2015 december 22.
8. Arnold M. Ethnic heterogeneity of cancer in Europe. (Academisch Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2013.
9. Kunst A.E., Lamkaddem M., Mackenbach J.P., Rademakers J. & Devillé, W. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Utrecht/Rotterdam: NIVEL/Erasmus MC; 2008.
10. Ujic-Voortman J.K., Schram M.T., Jacobs-van der Bruggen M.A., Verhoeff A.P. & Baan C.A. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. European Journal of Public Health. 2009; 19: 511-515.
11. Njeru J.W., Tan E.M., Sauver J.S., Jacobson D.J., Agunwamba A.A., Wilson P.M., Rutten L.J., Damodaran S. & Wieland M.L. High rates of diabetes mellitus, pre-diabetes and obesity among Somali immigrants and refugees in Minnesota: A retrospective chart review. Journal of Immigrant and Minority Health. 2015; 10903: 1-7.
12. Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J.P. & McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. The Lancet. 2013; 381: 1235-1245.
13. Dourleijn E. & Dagevos J. (red.). Vluchtelingengroepen in Nederland. Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten. Den Haag: SCP; 2011.

14. Pyykkönen A.J., Räikkönen K., Tuomi T., Eriksson J.G., Groop L. & Isomaa B. Stressful life events and the metabolic syndrome. The prevalence, prediction and prevention of diabetes (PPP)- Botnia Study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 378-384.
15. Agyemang C., Goosen S., Anujo K. & Ogedegbe G. Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105.180 asylum seekers in the Netherlands. *European Journal of Public Health*. 2011; 22: 658-662.
16. Lanting L.C., Joung I.M., Mackenbach J.P., Lamberts S.W. & Bootsma A.H. Ethnic differences in mortality, end-stage complications, and quality of care among diabetic patients: a review. *Diabetes Care*. 2005;28: 2280-2288.
17. Kunst A.E., Meerding W.J., Varenik N., Polder J.J. & Mackenbach J.P. Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst. *Zorg voor Euro's – 5*. Bilthoven/Rotterdam: RIVM/Erasmus UMC; 2003.
18. Lanting L.C., Joung I.M., Vogel I., Bootsma A.H., Lamberts S.W. & Mackenbach J.P. Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behavior. *Patient Education and Counseling*. 2008; 72: 146-154.
19. Denktas S. Health and health care use of elderly immigrants in the Netherlands; a comparative study. (Academisch Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2011.
20. World Health Organization. Eritrea: WHO statistical profile. Beschikbaar via: <http://www.who.int/gho/countries/eri.pdf?ua=1>. Geraadpleegd op 2015-12-22.

3.2 Tandheelkundige problemen

1. Blackwell K., Holding K. & Tregoning D. An interim report of health needs assessment of asylum seekers in Sunderland and North Tyneside. *Public Health*. 2002; 116: 221-226.
2. Lamkaddem M., Essink-Bot M.L., & Stronks K. “Gevlucht-gezond?” – II Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland, Eindrapport. Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC/UvA; 2013.
3. Saltaji H. Oral health consequences of the crisis in Syria. *British Dental Journal*. 2015; 219: 49.
4. Gegevens verkregen van Menzis COA Administratie (MCA) die t.b.v. deze kennissynthese ter inzage zijn gesteld. Het gaat om de Zorgregistratie asielzoekers (ZRA) van 2013, 2014 en 2015 voor Eritreeërs, Syriërs en Irakezen, en overige nationaliteiten.
5. Schuller A., Kempen I. van, Vermaire E., Poorterman J., Verlinden A., Hofstetter H. & Verrips E. Gebit Fit, een onderzoek naar de mondgezondheid en het tandheelkundig preventief gedrag van volwassenen in Nederland in 2013. Hoofddorp: TNO; 2014.

3.3 Infectieziekte

1. Duijnhoven Y.T.H.P. van, Sonder G.J.B., Siedenburger E., Worp J., Meijer-Veldman W.E., Velpen P. van der. Asielzoekers en infectieziekten, een kwestie van beheersing. *Spectrum*: 2016; 94: 8.

2. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease risks associated with the movement of refugees in Europe during the winter season – 10 November 2015, Stockholm: ECDC; 2015.
3. Hadgkiss E.J. & Renzaho A.M. 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: 142-159.
4. Mock-Muñoz de Luna C., Ingleby D., Graval E. & Krasnik A. Synthesis report Work-package 1. Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. MEM-TP. Kopenhagen: European Union; 2015.
5. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Tuberculose in Nederland 2014. Surveillance-rapport inclusief rapportage monitoring van interventies. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2015.
6. Nijsten D. & Hahne S. Surveillance van infectieziekten onder personen woonachtig in een collectieve opvanglocatie voor asielzoekers/vluchtelingen. Tweewekelijks verslag. Week 50, 2015. Bilthoven: RIVM; 2015.
7. World Health Organization. WHO Global TB database. Syrian Arab Republic Tuberculosis profile. 2015a. Beschikbaar via: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=SY&LAN=EN&outtype=html. Geraadpleegd op 22-12-2015.
8. World Health Organization. Hepatitis B. Fact sheet N°204. Beschikbaar via: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en>. Geraadpleegd op 2015-12-22.
9. Schweitzer A., Horn J., Mikolajczyk H.T., Krause G. & Ott J.J. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. The Lancet. 2015; 386: 1546-1555.
10. Gravit L. A smouldering public-health crisis. Nature. 2011; 474: S1-S3.
11. Urbanus A.T. Hepatitis C virus infection: spread and impact in the Netherlands. (Academisch Proefschrift). Amsterdam: Academische werkplaats Sarphati Initiatief (GGD Amsterdam/Academisch Medisch Centrum); 2013.
12. Hanafiah K.M., Groeger J., Flaxman A.D. & Wiersma S.T. Global Epidemiology of Hepatitis C Virus Infection: New Estimates of Age-Specific Antibody to HCV Seroprevalence. Hepatology. Official Journal of the American Association for the Study of Liver Diseases. 2013; 57:1333-1342.
13. Messina J.P., Humphreys I., Flaxman A., Brown A., Cooke G.S., Pybus O.G. & Barnes E. Global Distribution and Prevalence of Hepatitis C Virus Genotypes. Hepatology. Official Journal of the American Association for the Study of Liver Diseases. 2015; 61:77-87.
14. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. LCI-richtlijn Hepatitis B. 2013. Beschikbaar via: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_hepatitis_B. Geraadpleegd op 2015-12-22.
15. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Informatie voor huisartsen bij de opvang van asielzoekers. Beschikbaar via: http://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Asielzoekers_en_infectieziekte_risico/Informatie_voor_huisartsen_bij_opvang_asielzoekers. Geraadpleegd op 2015-12-22
16. World Health Organization. Global Health Observatory data repository Malaria. Beschikbaar via: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.14111?lang=en>. Geraadpleegd op 2015-12-22.

17. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Atlasinfectieziekten: Malaria. Beschikbaar via: <https://www.atlasinfectieziekten.nl/malaria>. Geraadpleegd op 2015-12-22.
18. Sighem A. van, Gras L., Smit C., Stolte I. & Reiss P. HIV Monitoring Report 2015. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring; 2015.
19. UNICEF. Eritrea Statistics. UNICEF; 2016. Beschikbaar via: http://www.unicef.org/info-bycountry/eritrea_statistics.html. Geraadpleegd op 2015-12-27.
20. UNAIDS. AIDSinfo. UNAIDS; 2015. Beschikbaar via: <http://aidsinfo.unaids.org>. Geraadpleegd op 2015-12-27.
21. WHO. WHO Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. Genève: WHO; 2012. Beschikbaar via: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf. Geraadpleegd op 2015-12-27.
22. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Toolkit regionale VTV. Gezondheidsdeterminanten. Leefstijlfactoren. Seksueel gedrag. VTV; 2015. Beschikbaar via: <http://www.toolkitvvtv.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/gezondheidsdeterminanten/seksueel-gedrag>. Geraadpleegd op 2015-27-12.
23. Graaf H. de, Kruijer H., Acker J. van & Meijer S. Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012. Utrecht/Amsterdam: Rutgers WPF/Soa Aids Nederland; 2012.
24. Goosen E.S.M. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. (Academisch Proefschrift). Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam/ GGD GHOR Nederland; 2014.
25. Pharos. Aandacht voor gezondheid van jonge Eritreeërs. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.
26. Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS Statline. Bevolking per maand; leeftijd, geslacht, herkomst, generatie. CBS; 2015. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71090ned&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=96-117&HDR=T,G3,G1&STB=G2,G4,G5&VW=T> Geraadpleegd 2015 12-29
27. Oeffelen, A.A.M. van, van Aar, F., van den Broek, I.V.F., Op de Coul, E.L.M., Woestenbergh, P.J., Heijne, J.C.M., den Daas, C., Hofstraat, S.H.I., van Sighem, A.I., Nielen, M.M.J. & van Benthem, B.H.B. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2014. Bilthoven: RIVM; 2015.
28. Coul, E.L. Op de, Sighem, A. van, Brinkman K., Benthem, B.H., Ende, M.E., Geerlings, S., Reiss, P. & ATHENA national observational HIV cohort. Factors associated with presenting late or with advanced HIV disease in the Netherlands, 1996-2014: results from a national observational cohort. *BMJ open*. 2016; 4: e009688.
29. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Inhaalschema's. Beschikbaar via: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Rijksvaccinatieprogramma/Uitvoeringsregels_RVP_2015_2016/Inhoud/8_Inhaalschema_s#Inhalen_HP. Geraadpleegd op 2015-12-22.
30. Pottie K., Greenaway C., Hassan G., Hui C. & Kirmayer L. J. Caring for a newly arrived Syrian refugee family. *Canadian Medical Association Journal*. 2016; 151422.

3.4 Psychische problematiek

1. Fazel M., Wheeler J. & Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 2005; 365: 1309-1314.

2. Engelhard D. (red.) Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers. Utrecht: Pharos; 2007.
3. Schellingerhout R. Ervaren gezondheid, leefstijl en zorggebruik. In: Dourleijn E & Dagevos J (red.). Vluchtelingengroepen in Nederland. Den Haag: SCP; 2011.
4. Gerritsen A.A.M., Ploeg H.M. van der, Devillé W. & Lamkaddem M. "Gevlucht-Gezond?" Een onderzoek naar de gezondheid van en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/VUmc; 2005.
5. Lamkaddem M., Essink-Bot M.L. & Stronks K. "Gevlucht-gezond?" – II Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland, Eindrapport. Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC/UvA; 2013.
6. Goosen E.S.M. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. (Academisch Proefschrift). Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam/GGD GHOR Nederland; 2014.
7. Trimbos-instituut. Geen gebruik van professionele zorg bij stemmings- en angststoornissen: Zorgelijk of niet? Resultaten van de 'Netherlands Mental Health survey and incidence study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
8. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Een gezonder Nederland. VTV-2014. Beschikbaar via: http://www.eengezondere nederland.nl/Een_gezonder_Nederland. Geraadpleegd op 2015-12-28.
9. Vries, G.J. de & Olf, M. The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*. 2009; 22 (4): 259-267.
10. Graaf R. de, Have M. ten, Tuithof M. & Dorsselaer S. van. First-incidence of DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders and its determinants: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence study-2. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 149: 100-107.
11. Lamkaddem M., Stronks K., Devillé W., Olf M., Gerritsen A. & Essink-Bot M.L. Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 90.
12. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A. & Ommeren M. van. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. *Journal of American Medical Association*. 2009; 302: 537-549.
13. Dückers M. et al. in press (mondelinge toelichting Michel Dückers, NIVEL).
14. Bromet E., Andrade L.H., Hwang I., Sampson N.A., Alonso J., Girolamo G. de, Graaf R. de, Demyttenaere K., Hu C., Iwata N., Karam A.N., Kaur J., Kostyuchenko S., Lépine J.P., Levinson D., Matschinger H., Mora E.M.M., Browne M.O., Posada-Villa J., Viana M.C., Williams D.R. & Kessler C.R. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BioMed Central Medicine*. 2011; 9: 90.
15. 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: Department of Public Health, Academic Medical Center, University of Amsterdam; 2016. Beschikbaar via: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijke_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf Geraadpleegd op 27-02-2016.

16. Porter M. & Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. *Journal American Medical Association*. 2005; 294: 602-612.
17. Smid G.E. Deconstructing Delayed Posttraumatic Stress Disorder. (Academisch Proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht; 2011.
18. Hijazi Z. & Weissbecker I. Syria Crisis: Adressing regional mental health needs and gaps in the context of the Syria crisis. Washington: International Medical Corps; 2015. Hoofdstuk in Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J.B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S. & Ventevogel, P. Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR, 2015
19. Pharos. Aandacht voor gezondheid van jonge Eritreeërs. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.
20. Gerritsen A.A.M., Devillé W., Linden F.A.H. van der, Bramsen I., Willigen L.H.M. van, Hovens J.E.J.M. & Ploeg H.M. van der. Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2006; 150: 1983-1989.
21. Laban C.J., Gernaat H.B., Komproe I.H. & De Jong J.T. Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42: 837-844.
22. Pharos. Syrische nieuwkomers in de gemeenten. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.

3.5 Middelengebruik

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheidsenquête. Den Haag: CBS; 2013. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/huidige-situatie#node-percentages-rokers-naar-geslacht>. Geraadpleegd op 2015-12-22.
2. World Health Organization. Syrian Arab Republic: WHO statistical profile. Beschikbaar via: <http://www.who.int/gho/countries/syr.pdf>. Geraadpleegd op 2015-12-22.
3. World Health Organization. Eritrea: WHO statistical profile. Beschikbaar via: <http://www.who.int/gho/countries/eri.pdf?ua=1>. Geraadpleegd op 2015-12-22.
4. World Health Organization. Eritrea. Alcohol consumption: levels and patterns. Beschikbaar via: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/eri.pdf. Geraadpleegd op 2015-12-22.
5. Hoogenboezem G. & Bransen E. Problematisch druggebruik door mensen zonder verblijfstitel, asielzoekers en vluchtelingen. Een onderzoek in Apeldoorn en Nijmegen. *Verslaving. Tijdschrift over de verslavingsproblematiek*. 2006; 2: 111-116.
6. Looze M., de, Dorsselaer S., van, Roos S., de, Verdurmen J., Stevens G., Gommans R., Bon-Martens M., van, Bogt T., ter & W. Vollebergh. HBCS 2013 Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht/Den Haag: Universiteit Utrecht; Trimbos/SCP; 2013.

3.6 Seksuele en reproductieve gezondheid en seksueel geweld

1. Aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheid asielzoekers. Utrecht: Rutgers, 22 september 2015.
2. Engelhard D., Graaf H. de, Poelman J. & Tuk B. Het is vies als twee jongens met elkaar vrijen; Seksuele gezondheid van 'overig niet-westerse' jongeren. uit: Engelhard, D. Met kennis van feiten. Utrecht: Stichting Pharos; 2007.
3. Pharos. Aandacht voor gezondheid van jonge Eritreeërs. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.
4. Pharos. Syrische nieuwkomers in de gemeenten. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.
5. Goosen E.S.M. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam/GGD Nederland; 2014.
6. Schutte J.M., Steegers E.A.P., Schuitemaker N.W.E., Santema J.G., De Boer K., Pel M. & Roosmalen J. van. Rise in maternal mortality in the Netherlands. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2010; 117: 399-406.
7. Goosen S, Oostrum IEA van, Essink-Bot M-L. Zwangerschapsuitkomsten en zorgbehoeften bij asielzoeksters; een literatuuroverzicht. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A2318
8. Keygnaert I. Seksueel geweld tegen vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in België en Nederland. Gent: International Centre For Reproductive Health; 2010.
9. Haas S. de. Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. Tijdschrift voor Seksuologie. 2012; 36: 136-145.
10. Exterkate M. Vrouwelijke Genitale Verminking in Nederland. Omvang, risico en determinanten. Utrecht: Pharos; 2013.
11. Geraci D. & Mulders J. Female genital mutilation in Syria? An inquiry into the existence of FGM in Syria. Utrecht: Pharos; 2016.
12. UNICEF. Eritrea. Statistical profile of female genital mutilation/cutting. 2014 Beschikbaar via: http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_country_profiles/corecode/222/Countries/FGMC_ERI.pdf. Geraadpleegd op 2016-04-04.
13. UNICEF. Fourth Multiple Indicator Cluster Survey Final Reports for Puntland and Somaliland completed. Somalia: UNICEF; 2014. Beschikbaar via: http://www.unicef.org/somalia/resources_15835.html. Geraadpleegd op 2016-01-08.
14. WADI. Female genital mutilation in Iraqi-Kurdistan, an empirical study by WADI. Frankfurt am Mein; 2010. Beschikbaar via: http://www.stopfgmkurdistan.org/study_fgm_iraqi_kurdistan_en.pdf. Geraadpleegd op 2016-01-08.
15. Ahmady K. A comprehensive research study on female genital mutilation/cutting (FGM/C) in Iran. 2015. Beschikbaar via: <http://www.pharos.nl/documents/doc/kameel%20-%20en%20final.pdf>. Geraadpleegd op 2016-01-08.
16. Vuuren L. van, Stegeman H., Dieren L. van, Verhagen C. & Wal M. van der. Zo gezond zijn Amsterdamse jongeren. Stadsrapport Amsterdamse jeugdgezondheidsmonitor voortgezet onderwijs 2011-2012. Amsterdam: GGD Amsterdam; 2012.
17. Rutgers WPF. Seks onder je 25e. Utrecht: Rutgers WPF; 2012.
18. Rutgers WPF. Factsheet Tienerzwangerschappen in Nederland. Utrecht: Rutgers WPF; 2014.

19. Goenee M. & Wijsen C. Factsheet Landelijke abortusregistratie 2013. Utrecht: Rutgers WPF; 2015.
20. Boerleider A.W. Non-western women in maternity care in the Netherlands. (Academisch Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2015.
21. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Inzet van professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2014.
22. Ministerie van VWS: Beleidsbrief seksuele gezondheid. Den Haag, 27 november 2009.
23. Amnesty International. Vrouwen op de vlucht naar Europa slachtoffer van seksueel geweld en uitbuiting. Amnesty International; 2016. Beschikbaar via: <https://www.amnesty.nl/nieuwsportaal/nieuws/vrouwen-op-de-vlucht-naar-europa-slachtoffer-seksueel-ge-weld-en-uitbuiting> Geraadpleegd op 2016-01-20.
24. Vloeberghs E., Knipscheer J., Kwaak A. van der, Naleie Z. & Muijsenbergh M. van den. Versluisde pijn. Een onderzoek in Nederland naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. Utrecht: Pharos; 2010.

3.7 Gezondheid vluchtelingenjeugd

1. Fazel M., Reed R.V., Panter-Brick C. & Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*. 2012; 379: 266-282.
2. Goosen E.S.M. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam/GGD GHOR Nederland; 2014.
3. Stellinga-Boelen A.A.M. Nutritional assessment of asylumseekers' children in The Netherlands. (Academisch Proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2007.
4. El Taguri A., Besmar F., Abdel Monem A., Betimal I., Ricour C. & Rolland-Cachera M.F. Stunting is a major risk factor for overweight: results from national surveys in 5 Arab countries. *East Mediterranean Health Journal*. 2009; 15: 549-62.
5. Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS Statline. Leefstijl, preventief onderzoek; geslacht en leeftijd; 2010-2013. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81175NED&D1=40-43&D2=a&D3=0-3&D4=0&D5=l&HDR=G4,T,G3&STB=G1,G2&VW=T>. Geraadpleegd op 2015-12-28.
6. Oza-Frank R. & Cunningham S.A. The weight of US residence among immigrants: a systematic review. *Obesity Reviews: Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2010; 11: 271-280.
7. Renzaho A.M., Gibbons C., Swinburn B., Jolley D. & Burns C. Obesity and undernutrition in sub-Saharan African immigrant and refugee children in Victoria, Australia. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2006; 15: 482-490.
8. Dorsselaer van S., Looze M. de, Vermeulen-Smit E., Roos S. de, Verdurmen J., Bogt T. ter & Vollebergh, W. HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland, Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
9. Hildebrandt V.H., Chorus A.M.J. & Stubbe J.H. Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009. Leiden: TNO; 2010.
10. Pourfakhrian, M. Een onderzoek naar sociaal-emotionele problemen bij nieuwkomers/asielzoekers-leerlingen in het opvangonderwijs. Utrecht: Pharos; 2009.

11. Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS Statline. Gezondheid, aandoeningen, beperkingen; leeftijd en geslacht, 2010-2013. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81174ned&D1=52&D2=0&D3=3&D4=0&D5=0&HDR=T&S TB=G1,G2,G3,G4&VW=T>. Geraadpleegd op 2015-12-28.
12. Gemeente Amsterdam. Basismeetset 2014. Beschikbaar via: <http://www.ois.amsterdam.nl/media/Basismeetset%202014/files/assets/basic-html/page161.html>. Geraadpleegd op 2015-12-27.
13. Wiegiersma P.A., Stellinga-Boelen A.A. & Reijneveld S.A. Psychosocial problems in asylum seekers' children: the parent, child, and teacher perspective using the Strength and Difficulties Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011; 199: 85-90.
14. Pharos. Aandacht voor gezondheid van jonge Eritreeërs. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.
15. Hjern A. & Jeppsson O. Mental health care for refugee children in exile. *Forced Migration and Mental Health*. Springer US, 2005; 115-128.
16. Keilson H. Sequential traumatization in children. Jerusalem: The Magnes Press/Hebrew University; 1979/1992.
17. Moskovitz S. Longitudinal Follow-up of Child Survivors of the Holocaust. *Journal of the American Academy of Adolescent and Child Psychiatry*. 1985; 24: 401-407.
18. Dalianis-Karambatzakis A.M. Children in turmoil during the Greek civil war 1946-49: today's adults. A longitudinal study on children confined with their mothers in prison. Stockholm: Karolinska Institutet; 1994.
19. Kinzie J.D., Sack W., Angell R., Clarke G. & Ben R. A three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1989; 28: 501-504.
20. Bellaart H. & Pehlivan A. Met één hand kun je niet klappen. Migrantenorganisaties en jeugdvoorzieningen werken samen aan toegankelijke hulp voor migrantengezinnen. Utrecht: Forum; 2011.
21. Gezondheidsraad. Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd. Den Haag: Gezondheidsraad; 2012.
22. Gilsing R., Pels T., Bellaart H. & Tierolf B. Grote verschillen in gebruik jeugdzorg naar herkomst. Utrecht: Kennisplatform integratie en samenleving; 2015.
23. Alink L., IJzendoorn R. van, Bakermans-Kranenburg M., Pannebakker F., Vogels T. & Euser S. De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Leiden: TNO; 2011.
24. GGD Nederland. Kindermishandeling bij asielzoekers in Nederland. Epidemiologisch onderzoek op basis van gegevens van de Medische Opvang Asielzoekers 2000-2008. Utrecht: GGD Nederland; 2013.
25. Wolzak A. & Berge I ten. Gevolgen van kindermishandeling. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2008. Beschikbaar via: http://www.nji.nl/nl/Gevolgen_Kindermishandeling.pdf. Geraadpleegd op 2015-12-27.
26. Prins E.H. *Maturing out: An empirical study of personal histories and processes in harddrug addiction*. (Academisch Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 1995.
27. Marle H.J.C. van. Een gesloten systeem: Een psychoanalytisch kader voor de verpleging en behandeling van TBS-gestelden. Arnhem: Gouda Quint; 1995. p. 238.

28. Bean T. Assessing the psychological distress and mental healthcare needs of unaccompanied refugee minors in the Netherlands. (Academisch Proefschrift). Leiden: Universiteit Leiden; 2006.

Hoofdstuk 4: Sociaal domein

1. Sociaal Cultureel Planbureau. WRR Policybrief 4. Geen tijd Verliezen: van opvang naar integratie van asielmigranten. Den Haag: SCP; 2015. Beschikbaar via: http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF-WRR-Policy_Briefs/2015-15-12_WRR_Policy_Brief_-_geen_tijd_te_verliezen_DEF_-_WEB.pdf. Geraadpleegd op 2015-12-22.
2. Vluchtelingenwerk. VluchtelingenWerk IntegratieBarometer 2014. Een onderzoek naar de integratie van vluchtelingen in Nederland. Zaandam: Aranea Grafimedia; 2014. Beschikbaar via: <https://www.vluchtelingenwerk.nl/sites/public/Vluchtelingenwerk/Publicaties/VWNIIntegratiebarometer2014.pdf>. Geraadpleegd op 2015-12-22.
3. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. De Staat van de Gemeenten 2015. Speciale editie vluchtelingen. Den Haag: Excelsior; 2015. Beschikbaar via: https://vng.nl/files/vng/de_staat_van_de_gemeente-vluchtelingen_20151123.pdf. Geraadpleegd op 2015-12-28.
4. Dourleijn E. & Dagevos J. (red.). Vluchtelingengroepen in Nederland. Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten. Den Haag: SCP; 2011.
5. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Kamerbrief Integratie en participatie vergunninghouders 27 november 2015. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/11/27/kamerbrief-integratie-en-participatie-van-vergunninghouders>. Geraadpleegd op 2015-12-28.
6. CBS. Zeven van de tien Somaliërs in de bijstand. Den Haag: CBS; 2015. Beschikbaar via: <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/artikelen/archief/2015/zeven-van-de-tien-somaliërs-in-de-bijstand.htm>. Geraadpleegd op 2015-12-28.
7. Vrooman C., Hoff S., Otten F., Bos W. et al. Armoedesignalement 2014. Den Haag: SCP/CBS; 2014.
8. Muskee M. Budget inburgering schiet tekort. VNG Magazine. 2015; 15: 23-25. Online beschikbaar via: <http://www.vngmagazine.nl/archief/19192/budget-inburgering-schiet-tekort>. Geraadpleegd op 2015-12-28.
9. Pharos. Syrische nieuwkomers in de gemeenten. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.
10. Witvliet M., Paulussen-Hoogeboom M., Odé A. & Boersema E. Inburgering en participatie. De bijdrage van inburgering aan de participatie van migranten in de Nederlandse samenleving. Amsterdam: Regioplan; 2013.
11. Bolwijn M. In Nederland dreigt nieuwe onderklasse van vluchtelingen te ontstaan. Volkskrant; 2016. <http://www.volkskrant.nl/binnenland/in-nederland-dreigt-nieuwe-onderklasse-van-vluchtelingen-te-ontstaan~a4218617>.
12. Draak M. den, Hesper K., Kosec H. & Wieringen J. van. Migratie en gezondheid 2012. Feiten en cijfers. Utrecht: Pharos; 2012.
13. Pharos. Aandacht voor gezondheid van jonge Eritreeërs. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.