

Knelpunten en oplossingsrichtingen rond opschaling van kennis en innovatie binnen zorg en ondersteuning voor vluchtelingen

Opschaling van passende zorg voor vluchtelingen

Corine van Egten - Karin van Bommel - Marjan de Grijter - Arwen Hoogenbosch



Opschaling van passende zorg voor vluchtelingen

Knelpunten en oplossingsrichtingen rond opschaling van kennis en innovatie binnen zorg en ondersteuning voor vluchtelingen

Auteurs

Corine van Egten

Karin van Bommel

Marjan de Gruijter

Arwen Hoogenbosch

Utrecht, december 2023



Inhoud

Samenvatting	4	4 Oplossingsrichtingen	33
Onderzoeksaanpak	4	4.1. Niveau van zorgvragers	33
1 Inleiding	8	4.2. Niveau van zorgaanbieders	35
1.1. Doel van het onderzoek	8	4.3. Beleid	44
1.2. Vraagstelling	9	5 Conclusies en aandachtspunten	48
1.3. Onderzoeksaanpak	9	Bijlage 1 Deelnemers groeps gesprek projectleiders en groeps- gesprek met sleutelpersonen/ervaringsdeskundigen	53
1.4. Terminologie	10	Bijlage 2 Deelnemers reflectiesessie met experts	54
1.5. Leeswijzer	11	Bijlage 3 Implementatie strategieën	55
2 De positie van vluchtelingen in het zorgdomein	12	Bijlage 4 Opschalingstrategieën	57
2.1. Toegang tot zorg	12		
2.2. Ervaren gezondheid	13		
2.3. Fysieke gezondheid	14		
2.4. Geestelijke gezondheid	18		
2.5. De positie van vluchtelingen in de zorg verklaard	22		
2.6. Conclusie	25		
3 Opschalen en benutten van kennis in de zorg en ondersteuning voor vluchtelingen	27		
3.1. Implementatie- en disseminatiestrategieën in de zorg	27		
3.2. Opschaling in de zorg	28		
3.3. Knelpunten bij opschaling van de zorg voor vluchtelingen	30		
3.4. Conclusie	32		

Samenvatting

Het Verwey-Jonker Instituut heeft in opdracht van ZonMw een overkoepelende analyse uitgevoerd om inzicht te krijgen in de knelpunten en oplossingsrichtingen rond opschaling van kennis en innovatie binnen het werkveld van de zorg en ondersteuning voor vluchtelingen.

Deze analyse vond plaats binnen het programma [Zorg voor vluchtelingen](#) van ZonMw. Dit programma is gericht op het verbeteren van de psychosociale zorg en ondersteuning aan statushouders in Nederland en het uitbreiden van de kennis over deze zorg en ondersteuning.

Onderzoeksaanpak

Op basis van een beknopte literatuurstudie naar de gezondheid van vluchtelingen, hun zorggebruik en knelpunten daarin en groepsinterviews met projectleiders van projecten uit het ZonMw programma Zorg voor vluchtelingen en sleutelpersonen hebben we een notitie geschreven met mogelijke oplossingsrichtingen voor verdere implementatie en opschaling van kennis en interventies. Deze notitie hebben we in een expertsessie besproken met zeven deskundigen op het terrein van zorg en/of vluchtelingen. Samen met hen hebben we de vertaalslag gemaakt naar de (mogelijke) betekenis van de uitkomsten van ons onderzoek voor de programmering van het ZonMw programma Zorg voor vluchtelingen en voor andere ZonMw programma's.

In deze samenvatting behandelen we achtereenvolgens de onderzoeksvragen. In het rapport wordt aan elke onderzoeksvraag een apart hoofdstuk besteed.

Welke structurele factoren op het niveau van individuele kenmerken, maatschappelijke context en het gevoerde beleid liggen ten grondslag aan de (achterblijvende) positie van vluchtelingen (in het zorgdomein)?

Uit de beschikbare onderzoeken naar de gezondheid van vluchtelingen en hun zorggebruik wordt duidelijk dat onder vluchtelingen (asielzoekers en statushouders, net als ongedocumenteerden) vaker gezondheidsproblemen voorkomen, zoals diabetes, overgewicht en psychische problematiek, en dat er sprake is van relatief ondergebruik van zorg, vooral van ggz. Hierbij worden overigens verschillen geconstateerd naar verblijfsstatus, land van herkomst, geslacht en leeftijd. Er zijn aanwijzingen dat de gezondheidssituatie kan verslechteren naarmate men langer in Nederland is en de leeftijd toeneemt. Veel is echter nog niet bekend.

Verklarende factoren voor ondergebruik van zorg zijn een laag taalniveau, onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg en een gebrek aan gezondheidsvaardigheden (vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen). Verder kunnen stigma, schaamte en het niet gewend zijn om hulp te vragen bij (psychische) gezondheidsproblemen een rol spelen, net als culturele of geloofsovertuigingen.

Elementen in de (organisatie van de) gezondheidszorg zelf die de achterblijvende positie van vluchtelingen in het zorgdomein verklaren zijn onvoldoende kennis en vaardigheden (interculturele competenties) onder zorgprofessionals om vluchtelingen goed te kunnen bedienen en culturele verschillen te overbruggen om praktische doelen te bereiken, net als geringe inzet van professionele tolken. Daarnaast laat onderzoek zien dat discriminatie (op basis van etnische afkomst) in de zorg voorkomt en dat dit invloed heeft op de kansen die mensen hebben op een goede gezondheid.

Ook kunnen de kosten voor zorg, zoals het eigen risico en aanvullende verzekering, een belemmering vormen voor vluchtelingen met weinig inkomen. Daarnaast is er een tekort aan huisartsen en een aanbod aan (gespecialiseerde) GGZ zorg, waardoor de toegang tot deze zorg sterk onder druk staat. En beschikbare preventieve interventies voor statushouders worden door gemeenten nog weinig ingezet.

Het opvang- en inburgeringsbeleid voor vluchtelingen speelt ook een rol bij de achterblijvende positie in het zorgdomein. Vluchtelingen die in Nederland asiel aanvragen, verblijven een aanzienlijke periode in asielzoekerscentra, wat negatief samenhangt met de mentale gezondheid. Omgekeerd is een snelle start met inburgeren bevorderlijk voor de gezondheid, maar blijkt dit nog niet goed van de grond te komen. Er is tot slot in Nederland geen sprake van specifiek nationaal gezondheidsbeleid voor statushouders. Gemeenten hebben een grote mate van beleidsvrijheid. De diversiteit tussen gemeenten en het gegeven dat veel programma's lokaal of kleinschalig zijn, zorgt ervoor dat het verankeren van gespecialiseerde kennis en kunde rondom de zorg voor vluchtelingen in regulier beleid van zorginstellingen bemoeilijkt wordt.

Welke factoren zorgen ervoor dat kennis en innovatie in de zorg niet beter 'landt', op de juiste plekken terecht komt of breder wordt ingezet en geborgd?

Op zowel conceptueel- en onderzoekniveau als op praktijkniveau bestaan belemmeringen bij de benutting, implementatie en opschaling van kennis en innovatie rond zorg voor vluchtelingen.

Er bestaat nog weinig conceptuele helderheid over verschillende implementatie- en opschalingsstrategieën. In dit rapport pogen we hier een stap in te maken door de bekende vormen van opschaling en implementatiestrategieën

te verbinden aan de inhoudelijke oplossingen richting passende zorg voor vluchtelingen. Acht implementatiestrategieën en vijf manieren van opschaling staan hierbij centraal. Hoewel tijdig nadenken over implementatie en opschaling de resultaten bevordert, wordt er in aanvragen en tijdens projecten nog weinig aandacht aan besteed. Met name kennis over (het belang van) verschillende manieren van opschalen ontbreekt vaak. *Scaling up* heeft betrekking op het veranderen van instanties en organisaties op het niveau van beleid, regels en wetten. *Scaling out* gaat over het repliceren en verspreiden van een werkwijze om meer mensen of gemeenschappen bereiken. Bij *scaling deep* staan het veranderen van relaties, culturele waarden en overtuigingen centraal. Bij *scaling in* gaat het om de werkwijze zelf te versterken en *scaling across* heeft betrekking op het samenwerken met andere domeinen.

Hoewel enkele implementatie- en opschalingsstrategieën bekend zijn is er geen algemeen format dat in alle contexten gebruikt kan worden. Dat vraagt om steeds opnieuw te kijken naar de doelgroep, de setting, de aanwezige belemmerende en bevorderende factoren en in welke fasen van het veranderingsproces de verschillende doelgroepen zich bevinden. Maatwerk vergt tijd, financiële middelen, kennis en menskracht. Deze zijn niet altijd voldoende aanwezig.

Specifiek voor opschaling geldt dat pilots vaak in kleine settingen plaatsvinden onder omstandigheden die moeilijk te creëren zijn op grotere schaal. Daarom is het van belang om te kijken naar de werkzame elementen die opgeschaald kunnen worden. Zowel in de literatuur als tijdens de groepsgesprekken werd versnippering als een belangrijk knelpunt genoemd. Daarnaast zijn knelpunten in samenwerking, hoge werkdruk, trage veranderprocessen, het ontbreken van continuïteit en duidelijke lijn, het ontbreken van kennis en vaardigheden, onvoldoende bereik, onduidelijkheid over sleutelpersonen en knelpunten met betrekking tot implementatie- en opschalingsstrategieën genoemd.

Wat zijn oplossingsrichtingen rond opschaling van kennis en innovatie rondom zorg voor vluchtelingen op het niveau van de vluchteling, de context en/of het beleid?

Op alle drie niveaus zijn aanknopingspunten te vinden om het gebruik van passende zorg voor vluchtelingen te vergroten en de kennis en innovatie hieromtrent op te schalen.

Om passende zorg te kunnen vinden, hebben vluchtelingen kennis nodig over het Nederlandse zorgsysteem, gezondheidsvaardigheden en soms extra ondersteuning in de vorm van toeleiding.

Dit kan horizontaal opgeschaald worden (*scaling out*) door op het niveau van de vluchteling de vraag naar passende zorg te activeren, via het informeren van (potentiële) zorgvragers, bijvoorbeeld middels bestaande online communicatiekanalen voor vluchtelingen en e-health en via intermediairs.

Dergelijke patiënt/cliëntgerichte strategieën voor implementatie en opschaling worden overigens nog beperkt ingezet binnen de zorg voor vluchtelingen. Dit lijkt ook te gelden voor het betrekken van zorgvragers met een vluchtelingenachtergrond bij de (door)ontwikkeling en implementatie van interventies, hoewel juist feedback een nuttige strategie kan zijn bij *scaling in* (het versterken van de werkwijze/interventie). Sleutelpersonen en ervaringsdeskundigen kunnen hier een rol in spelen, als intermediairs.

Tot slot is het op het niveau van vluchtelingen belangrijk dat patiënten en cliënten met een vluchtelingenachtergrond zichzelf en hun (specifieke) zorgbehoeften goed zichtbaar maken bij zorgaanbieders en beleidsmakers, bijvoorbeeld als ervaringsdeskundige en/of door aan te sluiten bij een patiëntenvereniging. Hiervoor zijn motiverende en draagvlakvergroten strategieën nuttig, om vluchtelingen te stimuleren tot actieve betrokkenheid.

Op het niveau van de context, in de zin van de (professionals in de) zorgsector, kan beter passende zorg voor vluchtelingen bereikt worden door het gericht inzetten van cultuurspecifieke zorg waar nodig, cultuursensitief en inclusief werken door zorgaanbieders, het inzetten van interventies die bewezen effectief zijn voor deze doelgroep en de samenwerking tussen verschillende typen zorgaanbieders.

Voor het opschalen van cultuurspecifieke zorg is de inzet nodig van meer zorgprofessionals met een specifieke culturele achtergrond en taal, inzet van tolken en intermediairs en samenwerking met zelforganisaties. Hierbij gaat het vooral om organisatorische strategieën. Daarnaast kunnen cultuurspecifieke interventies vertaald worden naar andere culturele groepen of een bredere doelgroep en meer inclusief ingezet worden.

Om cultuursensitief en inclusief werken in de zorg horizontaal op te schalen liggen disseminatie en educatieve strategieën voor de hand: disseminatie van kennis over gezondheidsverschillen en scholing van zorgverleners in interculturele competenties. We zien hier een grote rol voor initiële opleidingen in de zorg en in bij- en nascholing, naast de huidige kennisverspreiding via organisaties als Pharos. Ook zijn organisatorische strategieën van belang, zodat het gevoel van urgentie onder zorgaanbieders vergroot wordt en ingezet wordt op een meer divers personeelsbestand, inclusief personeelsbeleid en het tegengaan van discriminatie.

Het aantal bewezen effectieve interventies voor zorg voor vluchtelingen is nog laag. Door samenwerking tussen formele zorgaanbieders, informele organisaties en onderzoekers kan de effectiviteit van meer veelbelovende interventies worden vergroot en aangetoond: het versterken van interventies via *scaling in*. Ook kunnen interventies worden doorontwikkeld voor andere doelgroepen en/of op grotere geografische schaal worden ingezet, onder andere door gebruik

van online methoden (*scaling out*). Daarnaast is disseminatie van kennis over deze interventies nodig, door deze goed vindbaar te maken in bestaande databases met interventies.

Zowel voor de (door)ontwikkeling van interventies als voor de uitvoering op grotere schaal en het bereiken van meer mensen binnen de doelgroep is samenwerking tussen formele en informele zorgaanbieders van belang. Goede voorbeelden van dergelijke samenwerking kunnen via organisatorische strategieën verder uitgerold worden en dit kan door financiers verder gestimuleerd worden. Aanpassingen op systeemniveau – e.g. in de manier waarop organisaties en systemen functioneren – zijn soms nodig voor goede opschaling (*scaling up*).

Tot slot is op het niveau van zorgaanbieders de inzet en training van meer sleutelpersonen en ervaringsdeskundigen van belang. Het structureel inzetten van dergelijke intermediairs vergt een organisatorische strategie, de training is vanzelfsprekend een educatieve strategie.

Op beleidsniveau zien we vooral kansen in disseminatie en marktgerichte strategieën voor *scaling up* en *scaling out*. Gemeenten kunnen meer integraal beleid voeren, waarbij zorg en inburgering verbonden worden. Goede voorbeelden hiervan zouden breed verspreid moeten worden. En ook andere financiers kunnen de inzet van effectieve, cultuursensitieve interventies en het actief betrekken van zorgvragers stimuleren.

1 Inleiding

“Specifieke aandacht voor de vluchtelingengroepen is nodig, omdat er redenen zijn om te veronderstellen dat de gezondheid van vluchtelingengroepen, net als de gezondheid van de klassieke migrantengroepen, achterblijft bij de gezondheid van autochtone Nederlanders. Naast factoren die bij iedere migrant een negatieve invloed uitoefenen op de gezondheid, zoals een lage sociaaleconomische status, hebben vluchtelingengroepen te maken met aanvullende, potentieel gezondheidsbedreigende stressoren.”¹ “Voorbeelden van deze stressoren zijn: schokkende gebeurtenissen in het land van herkomst en tijdens de vlucht; de onzekerheid van de asielprocedure; en de afwezigheid van gezinsleden of naaste familieleden.”²

Het programma **Zorg voor vluchtelingen** van ZonMw is een 4-jarig innovatief programma gericht op het verbeteren van de psychosociale zorg en ondersteuning aan statushouders in Nederland en het uitbreiden van de kennis over deze zorg en ondersteuning. Het programma richt zich op vluchtelingen met een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd asiel (Type III) verkregen op of na 1 januari 2013. Daarnaast focust het programma op een aantal specifieke doelgroepen onder de statushouders, te weten jongeren (tot 18 jaar), ouderen, mensen met een (mogelijke) langdurige zorg- en ondersteuningsbehoefte en statushouders met ziektebeelden die een verhoogd veiligheidsrisico (voor zichzelf of hun omgeving) meebrengen.

- 1 Engelhard, D. (2007). Migratie en gezondheid: achtergrond en theorie. In: D. Engelhard (red.), Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers. Utrecht: Pharos
- 2 Schellingerhout, R. (2011) Ervaren gezondheid, leefstijl en zorggebruik. In: E. Dourleijn en J. Dagevos (red.), Vluchtelingengroepen in Nederland. Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten

Sinds de start van het programma in 2018 zijn twee subsidierondes opgesteld en zijn 22 projecten gestart gericht op het verbeteren van de zorg en ondersteuning aan statushouders. Het gaat om onderzoeksprojecten naar (vroeg) detectie en behandeling van psychosociale zorg en ondersteuning aan statushouders en om praktijkprojecten gericht op het versterken van de positie en de regie van statushouders.

ZonMw constateert dat (mede door het programma Zorg voor vluchtelingen) bij instellingen en onderzoekers een substantiële hoeveelheid kennis over behandelingen, diagnostiek en nulde- en eerstelijnszorg gericht op vluchtelingen en statushouders aanwezig is. Toch wordt de doelgroep vaak slecht bereikt, ontvangen vluchtelingen onvoldoende passende zorg of vallen snel uit bij behandeltrajecten. Er lijken structurele factoren te zijn waardoor de zorg voor deze doelgroep niet goed verloopt, waaronder een beperkte toegang tot de zorg, taalbarrières en gebrekkige gezondheidsvaardigheden.

Nu recent budget beschikbaar is gekomen voor een nieuwe subsidieronde heeft ZonMw behoefte aan een overkoepelende analyse gericht op het in kaart brengen van knelpunten ten aanzien van opschaling van kennis en innovatie met betrekking tot de doelgroep statushouders.

1.1. Doel van het onderzoek

Het doel van ZonMw met de verstrekking van deze opdracht aan het Verwey-Jonker Instituut is het verkrijgen van inzicht in waar de structurele problematiek voor deze doelgroep, ondanks beschikbare kennis, vandaan komt. Dit betekent inzicht in de knelpunten en oplossingsrichtingen rond opschaling van kennis en innovatie binnen het werkveld van de zorg en ondersteuning voor vluchtelingen. De inzichten die verkregen worden middels deze opdracht beoogt ZonMw in te zetten voor diens programmeerrol op dit onderwerp.

1.2. Vraagstelling

De programmacommissie van het programma Zorg voor vluchtelingen vindt het van belang om meer inzicht te krijgen in waar in het systeem de problemen liggen. Zij wil graag beter inzichtelijk krijgen waar de structurele problematiek voor deze doelgroep vandaan komt, ondanks beschikbare kennis. ZonMw wil met het verstrekken van een opdracht aan het Verwey-Jonker Instituut inzicht in knelpunten en oplossingsrichtingen rond opschaling van kennis en innovatie binnen het werkveld van zorg en ondersteuning voor statushouders. Deze oplossingsrichtingen brengen het bureau van ZonMw in stelling om haar programmeerrol op te maken en een nieuwe subsidieronde open te stellen met budget vanuit de programmareserves van ZonMw.

De centrale vraag luidt:

“Wat zijn knelpunten en oplossingsrichtingen rond opschaling van kennis en innovatie binnen het werkveld zorg en ondersteuning voor vluchtelingen?”

De volgende deelvragen dragen bij aan het beantwoorden van de centrale vraag:

1. Welke structurele factoren op het niveau van individuele kenmerken, maatschappelijke context en het gevoerde beleid liggen ten grondslag aan de (achterblijvende) positie van vluchtelingen (in het zorgdomein)?
2. Welke factoren zorgen ervoor dat kennis en innovatie in de zorg niet beter 'landt', op de juiste plekken terechtkomt of breder wordt ingezet en geborgd?
3. Wat zijn oplossingsrichtingen rond opschaling van kennis en innovatie rondom zorg voor vluchtelingen op het niveau van de vluchteling, de context en/of het beleid?

4. Hoe zijn deze oplossingsrichtingen in te zetten door ZonMw voor de programmering van het vervolg van het programma Zorg voor Vluchtelingen?

1.3. Onderzoeksaanpak

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Eerst hebben we een beknopte literatuurstudie uitgevoerd naar de gezondheid van vluchtelingen, de mate waarin zij gebruik maken van zorgvoorzieningen en knelpunten daarin. Voor onderhavige rapportage hebben we uitgebreid gebruik gemaakt van een aantal kernpublicaties, zoals een kennissynthese van Pharos³, en een SCP Policy Brief waarin het recente beleid rondom (de gezondheid van) statushouders onder de loep wordt genomen.⁴ Vervolgens hebben we met vijf projectleiders van projecten die uit het ZonMw programma Zorg voor Vluchtelingen zijn gefinancierd een online groepsinterview gehouden (een overzicht van de deelnemers is opgenomen in bijlage 6.1). Ter voorbereiding analyseerden we de eindrapportages van negen van deze projecten.

In het groepsinterview gingen we met projectleiders in gesprek over hun ervaringen en knelpunten bij het opschalen van kennis en innovatie binnen het werkveld zorg en ondersteuning voor vluchtelingen. De focus tijdens het gesprek lag op: waarom lukt het (niet) en wat is nodig voor succesvolle opschaling?

3 Haker, F., M. van den Muijsenberg, M. Torensma, M. van Berkum, E. Smulders, B. Looman, J. van Wieringen, E. Bloemen en R. van Bokhoven (2016). Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

4 Dagevos, J., Schans, D., Uiters, E. (2021). In uitvoering. Een analyse van het op statushouders gerichte beleid en wat er nodig is om dit beleid te verbeteren. Policy Brief. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Daarna inventariseerden we de ervaringen en het perspectief van sleutelpersonen die vanuit hun expertise en werk(veld) goed zicht hebben op kansen en belemmeringen bij opschalen van kennis en innovatie rondom de zorg voor statushouders. We organiseerden een online groepsinterview met tien sleutelpersonen. Tot slot hebben we in een expertsessie gesproken met zeven deskundigen op het terrein van zorg en/of vluchtelingen. Ter voorbereiding op deze bijeenkomst is een gespreksnotitie opgesteld op basis van de literatuur en de gesprekken met projectleiders en sleutelpersonen. In de expertsessie hebben we samen met de experts de vertaalslag gemaakt naar de (mogelijke) betekenis van de uitkomsten van ons onderzoek voor de programmering van het ZonMw programma Zorg voor vluchtelingen. Een persoon die niet bij de expertsessie aanwezig kon zijn, heeft schriftelijk input geleverd. Ook van de geïnterviewde sleutelpersonen en experts zijn de namen in de bijlage opgenomen.

1.4. Terminologie

In dit rapport worden verschillende termen gehanteerd om de doelgroep te beschrijven. Meestal gebruiken we de algemene term vluchtelingen. Waar relevant maken we onderscheid tussen statushouders, asielzoekers en ongedocumenteerden.

Statushouders zijn personen die een Nederlandse verblijfsvergunning asiel (voor bepaalde tijd of onbepaalde tijd) hebben. Zij wonen in een toegewezen huurwoning of verblijven in afwachting van een woning in een AZC of tijdelijke voorziening. Asielzoekers hebben een aanvraag ingediend voor een verblijfsvergunning asiel en zijn in afwachting van de beslissing van de IND. Zij verblijven meestal in de centrale opvang van COA. Onder ongedocumenteerden worden

personen verstaan die afkomstig zijn uit niet-EU landen en die in Nederland verblijven zonder geldige verblijfsvergunning. Dit zijn voor een deel uitgedeede asielzoekers, maar het kunnen ook migranten zijn die nooit asiel of een andere vergunning tot verblijf hebben aangevraagd.⁵

In de literatuur over gezondheid en zorg wordt dit onderscheid naar verblijfsstatus soms expliciet gemaakt, omdat dit een beïnvloedende factor op de (ervaren) gezondheid kan zijn. Ook in het vinden van oplossingen voor laag zorggebruik is het onderscheid relevant, omdat de toegang tot zorg deels samenhangt met de verblijfsstatus. Volgens projectleiders en experts die we in het kader van dit onderzoek hebben gesproken, is het niettemin van belang om de doelgroep niet te beperken tot statushouders. Veel van de eerder genoemde kenmerken en potentieel gezondheidsbedreigende stressoren zijn immers ook van toepassing op andere groepen vluchtelingen.

In dit rapport worden veelvuldig onderzoeken aangehaald waarin de terminologie rondom (migratie-)achtergrond afwijkt van de actuele richtlijnen voor inclusieve communicatie.⁶ De term 'autochtoon' hebben we daarbij vervangen door 'Nederlanders zonder (herleidbare) migratieachtergrond'. Termen als 'niet-westers' hebben we laten staan, waar we onvoldoende informatie hadden voor een geschiktere of specifiekere omschrijving.

5 Webdossier [Het recht op zorg van ongedocumenteerde vreemdelingen](https://www.johannes-wier.nl) - Johannes Wier Stichting ([johannes-wier.nl](https://www.johannes-wier.nl))

6 KIS (2022) [Inclusieve communicatie. Richtlijnen en tips voor terminologie inclusief woordgebruik](https://www.kis.nl) Basis ([kis.nl](https://www.kis.nl))

1.5. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we zicht op structurele factoren op het niveau van individuele kenmerken, maatschappelijke context en het gevoerde beleid die ten grondslag liggen aan de positie van vluchtelingen in het zorgdomein. Zowel de ervaren gezondheid en prevalentie van ziekten als het zorggebruik door vluchtelingen komen aan bod. Ook wordt stilgestaan bij factoren die de achterblijvende positie van vluchtelingen in het zorgdomein verklaren.

Hoofdstuk 3 besteedt aandacht aan factoren die ervoor zorgen dat kennis en innovatie in de zorg niet beter 'landt', op de juiste plekken terechtkomt of breder wordt ingezet en geborgd. Eerst komen implementatie- en disseminatie strategieën aan bod die worden toegepast in het zorgdomein. Daarna wordt stilgestaan bij verschillende manieren van opschalen. Tenslotte wordt aandacht besteed aan specifieke knelpunten die spelen bij het opschalen van zorg voor vluchtelingen.

In hoofdstuk 4 komen oplossingsrichtingen aan bod rond opschaling van kennis en innovatie bij zorg voor vluchtelingen. Daarbij wordt gekeken naar oplossingsrichtingen op het niveau van zorgvragers, zorgaanbieders en het beleid. Input uit groepsgesprekken met projectleiders, sleutelpersonen en experts wordt gecombineerd met aanbevelingen uit relevante publicaties.

Hoofdstuk 5 geeft antwoord op de vraag hoe de genoemde oplossingsrichtingen kunnen worden ingezet door ZonMw voor de programmering van het vervolg van het programma Zorg voor vluchtelingen. Naast aanbevelingen voor dit specifieke programma worden ook aanbevelingen gedaan die in meerdere, of alle programma's van Zonmw zouden kunnen worden toegepast.

2 De positie van vluchtelingen in het zorgdomein

In dit hoofdstuk geven we een beeld van de beschikbare kennis over vluchtelingen en hun gezondheid. We kijken naar wat er bekend is over de positie van vluchtelingen in het zorgdomein: de wettelijke kaders voor zorggebruik, de ervaren gezondheid, fysieke gezondheid(sproblemen) en het gerelateerde zorggebruik en vervolgens de geestelijke gezondheid en daaraan gerelateerd zorggebruik. Waar mogelijk vermelden we de informatie over vluchtelingen in vergelijking met data over de algemene bevolking. Tot slot kijken we naar de factoren die dit zorggebruik beïnvloeden en waar we in hoofdstuk 4 op aanhaken om oplossingsrichtingen te vinden voor (opschaling van) passende zorg.

2.1. Toegang tot zorg

Allereerst beschrijven we de wettelijke kaders die de toegang tot zorg mede bepalen voor verschillende groepen vluchtelingen.

Zorg voor asielzoekers

Asielzoekers hebben recht op opvang. Toegang tot medische zorg valt onder dat recht. Het COA is verantwoordelijk voor de organisatie en de financiering van die toegang (Regeling Zorg Asielzoekers, RZA). Voor huisartsenzorg gaan asielzoekers naar Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA), een landelijke huisartsenpraktijk van Arts en Zorg. Er is een centrum in, of dichtbij, elk azc. Daar werkt een huisarts samen met een praktijkverpleegkundige, een

praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg (poh ggz) en een praktijkassistent. Als het nodig is, verwijst de huisarts door naar andere zorgverleners zoals een medisch specialist. Als een asielzoeker onvoldoende Nederlands (of Engels) spreekt, kan een zorgverlener een professionele tolk inschakelen. Het COA vergoedt dan de kosten.

De GGD is verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg. Voor asielzoekers richt deze zorg zich op het voorkomen van ziekten, voorlichting en controles. Zo zorgt de GGD voor vaccinaties bij kinderen van asielzoekers en controleert ze de hygiëne in de opvangcentra. Ook onderzoekt de GGD alle asielzoekers die uit risicolanden komen op tuberculose (tbc). GGD-en. Jeugdgezondheidszorginstellingen (JGZ) voeren de jeugdgezondheidszorg uit voor asielzoekers van 0-18 jaar. En gemeenten zijn verantwoordelijk voor de jeugdhulp aan kinderen die in een azc wonen en aan alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv).⁷

Zorg voor statushouders

Als asielzoekers een verblijfsvergunning hebben gekregen (statushouder), zijn zij verplicht om een basiszorgverzekering af te sluiten en kunnen zij rechtstreeks aanspraak doen op de reguliere zorg. Dit wordt pas geëffectueerd wanneer statushouders zich in een gemeente vestigen. Dan kunnen zij zich ook inschrijven bij een huisartsenpraktijk en een tandarts.

⁷ factsheet_gezondheidszorg_voor_asielzoekers_in_nederland_0.pdf (coa.nl)

Zorg voor ongedocumenteerden

Ongedocumenteerden kunnen geen aanspraak maken op sociale voorzieningen, volgens de Koppelingswet uit 1998. Een clausule in deze wet waarborgt wel de toegang tot medisch noodzakelijke zorg; zorg waarvan de arts aangeeft dat men die zorg nodig heeft.⁸

Het moet dan gaan om zorg die is opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of onder de aanspraken van de Wet langdurige zorg (Wlz).⁹ Voor mondzorg aan ongedocumenteerden van 18 jaar en ouder, voor anti-conceptie boven 21 jaar en voor abortuszorg is de financiële toegankelijkheid hierdoor niet gewaarborgd. Er is geen recht op Wmo-voorzieningen zoals maatschappelijke zorg en begeleiding en geen toegang tot bevolkingsonderzoeken.¹⁰

Ongedocumenteerden kunnen geen zorgverzekering afsluiten en zijn dus zelf verantwoordelijk voor hun zorgkosten. Voor het geval dat men deze kosten niet (geheel) zelf kan betalen, bestaat sinds 1 januari 2009 voor alle zorgverleners de mogelijkheid om kosten te declareren via de Regeling Onverzekerbare Vreemdelingen. Deze wordt sinds 2017 uitgevoerd door het Centraal Administratiekantoor (CAK).¹¹

8 Dit begrip is verder uitgewerkt in de Brochure medisch noodzakelijke zorg.

9 Achtergrond – Lampion

10 Dokters van de Wereld (2018) [De-deur-naar-zorg.pdf](#)

11 Op de website van het CAK is een compleet overzicht te vinden van de regeling.

2.2. Ervaren gezondheid

De 'ervaren gezondheid' betreft de gezondheidsbeleving en wordt daarom ook wel 'subjectieve gezondheid' genoemd. Het omvat allerlei gezondheidsaspecten die betrekking hebben op lichamelijke en geestelijke gezondheid. De ervaren gezondheid hoeft niet altijd overeen te komen met de objectieve gezondheid, die in prevalentie-cijfers wordt uitgedrukt. Daarnaast kan de betekenis van de vraag naar ervaren gezondheid verschillen voor verschillende (migranten) groepen.¹²

Onder Syriërs in Nederland wordt door het SCP, WODC, RIVM en CBS een longitudinaal cohortonderzoek uitgevoerd, waardoor veel bekend is over de ervaren gezondheid, gezondheidssituatie en het zorggebruik van Syrische statushouders: asielmigranten en hun nareizigers.¹³ Wat de ervaren gezondheid betreft komen hier verschillende beelden uit naar voren: Syrische statushouders beoordelen over het algemeen hun gezondheid als (zeer) goed, vergelijkbaar met de algemene bevolking, terwijl bekend is dat onder niet-westerse migrantengroepen in Nederland de (ervaren) gezondheid juist lager is dan onder Nederlanders zonder herleidbare migratieachtergrond.¹⁴ Enerzijds kan de goede ervaren gezondheid van Syrische vluchtelingen verklaard worden door het 'healthy immigrant-effect', dat betekent dat alleen die mensen gevlucht zijn naar Nederland die over het algemeen sterk genoeg zijn geweest om deze

12 Schellingerhout R. Ervaren gezondheid, leefstijl en zorggebruik. In: Dourleijn E. & Dagevos J. (red.). Vluchtelingengroepen in Nederland. Den Haag: SCP; 2011.

13 Dagevos, J., W. Huijnk, M. Maliepaard en E. Miltenburg (2018). Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Miltenburg, E., J. Dagevos en W. Huijnk (red.) (2019). Opnieuw beginnen. Achtergronden van positieverschillen tussen Syrische statushouders. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

14 Schellingerhout R. Ervaren gezondheid, leefstijl en zorggebruik. In: Dourleijn E. & Dagevos J. (red.). Vluchtelingengroepen in Nederland. Den Haag: SCP; 2011.

tocht te maken.¹⁵ Anderzijds kan het positieve beeld over de ervaren gezondheid verklaard worden door de relatief jonge leeftijd van deze statushouders. Echter, de ervaren ongezondheid onder Syrische vluchtelingen neemt toe, naarmate men ouder wordt en langer in Nederland is.¹⁶ En die gezondheidsbeleving in relatie tot de leeftijd, gaat sterker achteruit dan bij de algemene bevolking.¹⁷ Tot slot is onder laagopgeleide Syrische statushouders de ervaren gezondheid lager dan onder hoogopgeleiden, net als bij de algemene Nederlandse bevolking.

Ook voor andere groepen vluchtelingen komt uit onderzoek naar voren dat er nagenoeg geen ervaren gezondheidsverschillen zijn in de jonge cohorten, maar dat naarmate de leeftijd vordert, het verschil met de algemene bevolking oploopt en vluchtelingen (uit Afghanistan, Iran, Irak en Somalië) een slechtere gezondheid ervaren.¹⁸ Tussen herkomstgroepen blijken er ook verschillen te zijn, zo ervaren mensen afkomstig uit Afghanistan hun gezondheid slechter

dan mensen afkomstig uit Somalië.¹⁹ Wat betreft vluchtelingen afkomstig uit Eritrea zijn geen cijfers bekend over de ervaren gezondheid.

Ongedocumenteerden ervaren hun gezondheid vaak als minder goed. Uit recent onderzoek onder ongedocumenteerden in de opvang van HVO Querido Amsterdam blijkt dat zij vaak problemen ervaren met hun fysieke gezondheid en/of mentale klachten, zoals stress. Vergeleken met andere bewoners van dezelfde opvanginstelling voelt men zich beduidend minder vaak gezond en minder vrolijk. Dit illustreert de kwetsbaarheid van de doelgroep.²⁰

In een kennissynthese van Pharos²¹ worden de voornaamste determinanten voor een goed ervaren psychische gezondheid genoemd: het hebben van sociale steun (met familie nabij), een hogere opleiding, inkomen en werk, een relatief kort verblijf in de asielopvang en het beheersen van de Nederlandse taal. Verder wordt religie als beschermende factor genoemd en het hebben van verblijfszekerheid.

2.3. Fysieke gezondheid

Wat betreft de objectieve gezondheid van vluchtelingen, beschrijven we hieronder wat er bekend is qua prevalentiecijfers: de mate waarin zij te maken hebben met chronische ziekten, infectieziekten en tandheelkundige problemen. Daarnaast kijken we naar seksuele en reproductieve gezondheid. Waar informatie beschikbaar is over het zorggebruik, geven we dit weer.

- 15 Haker, F., M. van den Muijsenberg, M. Torensma, M. van Berkum, E. Smulders, B. Looman, J. van Wieringen, E. Bloemen en R. van Bokhoven (2016). Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.
- Vang Z., Sigouin J., Flenon A. & Gagnon A. (2015) 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).
- 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.
- 16 Kuijpers, T. en Uiters (2023) Gezondheid. In: Maliepaard M., Negash S., Dagevos J., Nooitgedagt W., Kuijpers T. en Uiters, E. (2023). Navigeren in een nieuwe samenleving. WODC in samenwerking met EUR en RIVM.
- 17 Uiters, E. en Wijga, A. (2018) Gezondheid, leefstijl en zorggebruik. In: Dagevos, J., W. Huijnk, M. Maliepaard en E. Miltenburg (2018). Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 18 Schellingerhout, 2011.
- Lamkaddem M., Essink-Bot M.L. & Stronks K. (2013). "Gevlucht-gezond?" – II Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland, Eindrapport. Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC/UvA.

19 Schellingerhout, 2011.

20 [320170_Ongedocumenteerden-in-opvanglocaties-van-HVO-Querido.pdf \(verwey-jonker.nl\)](#)

21 Haker et al, 2016.

Chronische ziekten

Er is nog relatief weinig bekend over chronische ziekten bij de huidige groepen vluchtelingen in Nederland. Om toch enig zicht te krijgen op (toekomstig) zorggebruik door vluchtelingen, kijken we naar de beschikbare inschattingen die gemaakt zijn op basis van de prevalentie van ziekten in de landen van herkomst en de leefstijl, zoals lichaamsbeweging, overgewicht, roken en middelengebruik. Daarbij moeten we opmerken dat de beschikbare bronnen niet goed vergelijkbaar zijn. Wel is duidelijk dat er een grote mate van verschil in gezondheid is tussen en binnen groepen vluchtelingen.²²

In de kennissynthese van Pharos²³ worden op basis van enkele bronnen verwachtingen voor de toekomst geformuleerd en geconstateerd dat diabetes, kans op overgewicht, gebrek aan bewegen en chronische pijnklachten aandachtspunten zijn bij vluchtelingen. Zo constateerde Schellingerhout in 2011 dat vluchtelingen uit Afghanistan, Iran en Somalië driemaal zo vaak diabetes hebben dan de algemene Nederlandse bevolking. Onder asielzoekers die in een studie in de periode tussen 2000 en 2008 zijn onderzocht, was er sprake van een tweemaal hogere prevalentie van diabetes, het hoogst onder Somalische, Soedanese en Sri Lankaanse asielzoekers en het laagst onder Turkse en Chinese asielzoekers, namelijk vergelijkbaar met de algemene populatie. Ook komt diabetes op jongere leeftijd vaker voor. Voor vrouwen uit de meeste groepen lag de prevalentie hoger dan voor mannen.²⁴ Haker et al.²⁵ stellen dat er geen

reden is om aan te nemen dat de diabetesprevalentie onder de huidige groep asielzoekers lager is.

Overgewicht is een risicofactor voor het krijgen van diabetes. Wat betreft Syrische statushouders is bekend dat in Syrië de prevalentie van obesitas hoger ligt dan in Nederland en komt overgewicht bij Syriërs in Nederland aanzienlijk vaker voor dan bij de algemene Nederlandse bevolking.²⁶

Bij Iraakse en Iraanse Nederlanders kwam in 2009 overgewicht relatief vaak voor, net als bij Afghaanse en de Somalische groepen van 45 jaar en ouder.²⁷ In Eritrea komt obesitas veel minder voor dan in veel andere landen, de verwachting is dan ook dat Eritreeërs minder kans hebben op chronische aandoeningen zoals diabetes. Echter geldt als risicofactor bij deze groep het gemiddeld lage opleidingsniveau.²⁸

Over de prevalentie van andere chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten en kanker, zijn geen betrouwbare studies bekend. Voor hart- en vaatziekten verwacht Pharos²⁹ op korte termijn geen grotere prevalentie en voor kanker juist een lagere prevalentie onder vluchtelingen, dan gemiddeld in Nederland. Wel kunnen hierbij, en bij COPD, leefstijlfactoren een rol spelen in het op latere leeftijd ontwikkelen van deze ziekten, zoals een bovengemiddeld rookgedrag bij Syrische mannen en jongeren.³⁰

22 Haker et al, 2016.

Dagevos, J., Schans, D., Uiters, E. (2021). In uitvoering. Een analyse van het op statushouders gerichte beleid en wat er nodig is om dit beleid te verbeteren. Policy Brief. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

23 Haker et al, 2016.

24 Goosen E.S.M. (2014). 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.

25 Haker et al, 2016.

26 Dagevos Schans en Uiters, 2021.

World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Genève: WHO; 2014.

27 Schellingerhout, 2011.

28 Haker et al, 2016.

29 Haker et al, 2016.

30 Dagevos, J., E. Miltenburg, M. de Mooij, D. Schans, E. Uiters en A. Wijga (2020). Syrische statushouders op weg in Nederland: de ontwikkeling van hun positie en leefsituatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Syrische statushouders op weg in Nederland: De ontwikkeling van hun positie en leefsituatie - SCP Geraadpleegd op 5 juli 2023. Kuijpers en Uiters., 2023.

Infectieziekten

Over de prevalentie van infectieziekten onder vluchtelingen in Nederland is de kennissynthese van Haker et al.³¹ Vrij duidelijk. Zo blijkt dat bij infectieziekten waartegen in Nederland wordt gevaccineerd, vluchtelingen geen groter risico hebben op het krijgen hiervan dan de algemene Nederlandse bevolking. Wel zijn er enkele specifieke infectieziekten die iets meer voorkomen onder vluchtelingen, doordat deze ziekten zijn opgedaan in de landen van herkomst of tijdens de reis naar Nederland, zoals tuberculose bij Eritrese en Somalische vluchtelingen. Malaria komt veel vaker voor onder vluchtelingen uit Afrikaanse landen, dit heeft betrekking op de eerste weken na aankomst in Nederland. En het risico op chronische hepatitis B en C is hoger bij mensen uit landen als Eritrea, Somalië, Nigeria en Mongolië. Soa's, waaronder HIV, komt relatief veel voor onder Eritrese jongeren.³²

Gebruik van huisarts

Dagevos et al.³³ constateerden dat er met betrekking tot zorg door de huisarts en specialist voor de meeste statushouders geen aanleiding lijkt te zijn voor duidelijke toegankelijkheidsproblemen, hoewel dit onder Eritrese statushouders mogelijk vaker voorkomt.

Het CBS brengt sinds 2015 in het Cohortonderzoek asielzoekers en statushouders in beeld hoeveel statushouders kosten hebben gemaakt voor de huisarts. In 2015 was dit minder dan de gemiddelde Nederlandse bevolking, maar twee jaar later was dit bijna gelijk, doordat toen bijna iedere statushouder die in 2014

een vergunning asiel ontving en achttien jaar of ouder was en niet meer in een COA-opvanglocatie verbleef, ingeschreven stond bij de huisarts.³⁴

Onder Eritrese statushouders was het gebruik van huisartsenzorg in 2015 aanzienlijk lager dan onder andere groepen statushouders, deels te verklaren doordat Eritreeërs langer dan de mensen met een andere nationaliteit in COA-opvang verbleven na het krijgen van hun vergunning.³⁵ Het maken van zorgkosten voor de huisarts staat overigens niet volledig gelijk aan daadwerkelijk contact met de huisarts, want huisartsen declareren per kwartaal een bedrag voor iedereen die staat ingeschreven, ongeacht daadwerkelijk zorggebruik. Voor Syrische statushouders is in de cohortstudie van het SCP gevraagd of men in de afgelopen twaalf maanden contact heeft gehad met de huisarts. Dit percentage is ook ongeveer gelijk aan dat van de algemene bevolking in Nederland. Wel is tussen 2017 en 2022 een toename te zien, die past bij de (eveneens kleine) achteruitgang in de gezondheid onder deze groep.³⁶

Uit onderzoek onder Afghanen, Irakezen, Iraniërs en Somaliërs in 2009³⁷ zien we dat vluchtelingen in het algemeen vaker de huisarts bezoeken dan Nederlanders zonder migratieachtergrond. 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 uit dit onderzoek ongeveer anderhalf keer vaker de huisarts dan andere mensen. Het verschil in dit gebruik van huisartsenzorg wordt voornamelijk verklaard door het verschil in ziektelast en in ervaren gezondheid, zij het niet helemaal. Over het algemeen weten we dat vluchtelingen met een relatief slechter ervaren gezondheid meer gebruikmaken van de huisartsenzorg. Psychische klachten,

31 Haker et al, 2016.

32 Haker et al, 2016.

33 Dagevos et al, 2021.

34 CBS (2022). Asiel en integratie. Cohortonderzoek asielzoekers en statushouders. Den Haag: CBS.

35 CBS, 2022.

36 Dagevos, 2020; Kuijpers en Uiters, 2023.

37 Schellingerhout, 2011.

al dan niet somatisch gepresenteerd, hebben hier mede invloed hierop. Ook Lamkaddem³⁸ constateert dat het gebruik van huisartsenzorg toeneemt naarmate vluchtelingen langer in Nederland verblijven. Echter, onder de onderzochte groep statushouders uit Afghanistan, Iran en Somalië was het bezoek aan een huisarts in 2011 vergelijkbaar met dat van Nederlanders zonder migratieachtergrond en in 2003 juist beduidend lager.

Recentelijk zijn er signalen dat vanwege een tekort aan huisartsen, de toegang voor vluchtelingen tot huisartsenzorg weer verslechterd is. Dit werd bevestigd door experts die we in het kader van dit onderzoek gesproken hebben.

Gebruik van ziekenhuiszorg

Het aandeel Syriërs dat gebruikmaakte van specialistische zorg was zowel in 2017 als in 2019 vrijwel gelijk aan de algemene bevolking in Nederland.³⁹ In 2022 was een kleine stijging te zien van het bezoek aan medisch specialisten.⁴⁰ Over andere groepen vluchtelingen is geen actuele informatie bekend wat betreft het gebruik van specialistische zorg.

Tandheelkundige problemen

Door de beperkte mondzorg in de landen van herkomst en de slechte hygiënische omstandigheden tijdens de vlucht, hebben veel vluchtelingen gebitsklachten en hieraan gerelateerde pijn.⁴¹ Van de statushouders afkomstig uit Syrië beoordeelt 18% van hen de gezondheid van hun mond, tanden en kiezen als (zeer) slecht, in vergelijking met 4% van de algemene Nederlandse

bevolking.⁴² Uit onderzoek blijkt dat gebitsproblemen wel afnemen na langere tijd woonachtig te zijn in Nederland en een verblijfsvergunning te hebben verkregen.⁴³ Onder ongedocumenteerden worden door Dokters van de Wereld veel mondzorgproblemen geconstateerd, variërend van enkelvoudige pijnklachten tot extreme situaties die zij bij reguliere patiënten in Nederland niet meer tegenkomen.⁴⁴

Gebruik van tandarts

Het percentage dat in de afgelopen twaalf maanden een tandarts had bezocht was bij de Syrische statushouders, en vooral bij jonge Syriërs, zowel in 2017 als in 2019 lager dan in de algemene bevolking.⁴⁵

Seksuele en reproductieve gezondheid

Op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid zijn er grote verschillen tussen groepen vluchtelingen onderling en in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking. Jongeren uit niet-westerse landen hebben in vergelijking met jongeren zonder herleidbare migratieachtergrond vaak minder kennis op het gebied van seksualiteit, minder vaardigheden in het aangeven van grenzen, kampen met meer schaamte- en schuldgevoelens rondom seksualiteit en hebben negatieve opvattingen over homoseksualiteit. Over specifieke landen van herkomst, bijvoorbeeld Syrische en Eritrese jongeren in Nederland, zijn geen cijfers beschikbaar, maar kwalitatief onderzoek bevestigt dit beeld.⁴⁶

38 Lamkaddem, 2013.

39 Dagevos, 2020.

40 Kuijpers en Uiters., 2023.

41 Haker et al, 2016; 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.

42 Dagevos et al, 2020.

43 Lamkaddem et al., 2013.

44 Dokters van de Wereld (2018) [De-deur-naar-zorg.pdf](#)

45 Dagevos, 2020.

46 Pharos (2016). 'Van ver gekomen...' Een verkenning naar het welzijn en de gezondheid van Eritrese vluchtelingen. Utrecht.

Het aantal tienerzwangerschappen bij asielzoekers ligt aanzienlijk hoger dan bij de algemene Nederlandse bevolking, zo blijkt uit onderzoek onder vrouwen uit landen als Syrië, Nigeria, Eritrea, Irak, Iran en Afghanistan.⁴⁷ Het onderzoeksproject *New Perspectives on Reproductive Choice* richt zich op keuzes en behoeften rond reproductie en preventie van onbedoelde zwangerschap onder vier groepen vluchtelingen: mensen uit Somalië, Eritrea, Syrië en Afghanistan. Dit onderzoek wordt momenteel uitgevoerd door Rutgers en Pharos. Ten tijde van het verschijnen van voorliggend rapport waren nog geen resultaten beschikbaar.⁴⁸

Naast problematiek rondom reproductieve gezondheid, is ook bekend dat vluchtelingen, asielzoekers en ongedocumenteerden erg kwetsbaar zijn voor seksueel geweld.⁴⁹ Onder deze groepen zijn dubbel zoveel slachtoffers van seksueel geweld als onder de gemiddelde Nederlandse bevolking, blijkt uit onderzoek onder hoog opgeleide jongeren, oorspronkelijk afkomstig uit Azië (Iran, Irak, Afghanistan) of de voormalige Sovjet-Unie.⁵⁰ Seksueel geweld speelt zowel een rol tijdens de vlucht naar Nederland, maar ook in Nederland, zo blijkt ook uit een studie naar Eritrese vluchtelingen.⁵¹

47 Tankink, J. B., Verschuuren, A. E. H., Postma, I. R., van der Lans, P. J. A., de Graaf, J. P., Stekelenburg, J., & Mesman, A. W. (2021). Childbirths and the Prevalence of Potential Risk Factors for Adverse Perinatal Outcomes among Asylum Seekers in The Netherlands: A Five-Year Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), Article 12933. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412933>

48 Update onderzoek *New Perspectives: de data zijn verzameld* – Rutgers en Pharos

49 Schrijver, L. de, Vander Beken, T., Krahé, b., Keygnaert, I. (2018) Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence.

50 Keygnaert, I., Vettenburg, N., Temmerman, M. (2012) Hidden violence is silent rape : sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. In: *CULTURE HEALTH & SEXUALITY*. 14(5). p.505-520.

51 Pharos, 2016.

Ten slotte kunnen vrouwelijke statushouders te maken hebben met vrouwelijke genitale verminking (vgv) voorafgaand aan de vlucht, maar ook na aankomst in Nederland. Haker et al. (2016) stellen dat prevalentieschattingen moeilijk te maken zijn, maar dat het mogelijk wel kan toenemen vanwege de instroom van vrouwelijke vluchtelingen uit landen waar vgv voorkomt, zoals Somalië, Egypte en de Koerdische regio van Iran.

Gebruik van prenatale zorg

Over het gebruik van prenatale zorg voor zwangere vluchtelingen is weinig bekend, behalve dat ze vaak pas later in de zwangerschap in contact komen met een zorgverlener.⁵²

2.4. Geestelijke gezondheid

Vluchtelingen hebben een relatief slechte psychische gezondheid blijkt uit tal van studies, hoewel de definities en cijfers uit deze studies onderling niet altijd goed vergelijkbaar zijn.⁵³ Uit onderzoek onder Syrische statushouders, blijkt dat psychische ongezondheid bijna drie keer vaker voorkomt dan onder de algemene Nederlandse bevolking.⁵⁴ Dit geldt voor zowel Syrische mannen als Syrische vrouwen en psychische ongezondheid komt meer voor naarmate ze meer slechte ervaringen hadden onderweg (afpersing/financieel bedrog, berooving, seksueel geweld, mishandeling, schipbreuk en kidnapping). Financiële problemen, moeite met de Nederlandse taal, weinig sociale contacten met (witte) Nederlanders en ervaren discriminatie gaan ook samen met meer psychische ongezondheid, net als -bij mannen- een groter aantal verhuizingen tussen opvanglocaties. Verder is er meer psychische ongezondheid bij

52 <https://www.kis.nl/artikel/de-verbetering-van-geboortezorg-voor-vrouwelijke-vluchtelingen#Uitdagingen%20voor%20de%20Geboortezorg>

53 Haker et al, 2016.

54 Dagevos et al, 2018; Miltenburg et al., 2019; Kuijpers en Uiters,, 2023.

alleenwonenden, vooral bij alleenwonende vrouwen. Syrische statushouders die actief zijn in de opvangperiode hebben een betere psychische gezondheid. De psychische gezondheid van de groep Syrische statushouders die vóór 2014 naar Nederland kwamen, leek tussen 2017 en 2019 iets verbeterd⁵⁵, maar is sindsdien juist verslechterd.⁵⁶

In een kwalitatieve studie van Pharos⁵⁷ geven sleutelpersonen aan dat ook onder Eritrese vluchtelingen zich relatief veel psychosociale problemen voordoen. Ook uit onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen uit Afghanistan, Iran en Somalië blijkt dat zij relatief vaak psychische problemen hebben, zoals PTSS en depressie/angsten.⁵⁸ Hierbij werden ook verschillen geconstateerd tussen subgroepen: asielzoekers hadden vaker psychische problemen dan statushouders, mensen uit Iran en Afghanistan vaker dan mensen uit Somalië, vrouwen vaker dan mannen en een hogere leeftijd werd geassocieerd met meer problemen.

Ongedocumenteerden hebben een relatief grote kans op psychische problematiek. als gevolg van slechte leef- en werkomstandigheden, het ontbreken van een veilig sociaal netwerk, ongezonde leefstijlfactoren, traumatische ervaringen in het land van herkomst en gebrek aan toekomstperspectief. Velen ervaren de eigen psychische gezondheid als slecht of zeer slecht. Vreemdelingendetentie heeft een negatieve impact op de psychische gezondheid, zo blijkt uit onderzoek.⁵⁹

55 Dagevos et al, 2020.

56 Kuijpers en Uiters, 2023.

57 Pharos, 2016.

58 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.

59 Dokters van de Wereld (2018) [De-deur-naar-zorg.pdf](#)

Invloeden op psychische gezondheid

Zoals genoemd wordt de psychische gezondheid van vluchtelingen sterk nadelig beïnvloed door negatieve ervaringen voor en/of tijdens de vlucht. Veel statushouders, zowel mannen als vrouwen, hebben dergelijke ervaringen. Psychische ongezondheid komt meer voor naarmate men onderweg meer negatieve ervaringen had.⁶⁰ Daarnaast wijst internationaal onderzoek⁶¹ uit dat ook post-migratie stressfactoren de psychische problematiek bij vluchtelingen kunnen veroorzaken of verergeren, zoals financiële zorgen, onzekerheid over de verblijfstatus, de lengte van de asielprocedure, het missen van familieleden en het sociale leven in het land van herkomst en het gevoelde gebrek aan respect vanwege de buitenlandse herkomst. Kahman et al.⁶² constateerden dat statushouders in Nederland stress ervaren vanwege zorgen om de onveiligheid van familieleden in het land van herkomst en de lengte van de gezinsherenigingsprocedure.

Andere relevant post-migratie factoren, veelal onderzocht bij Syrische vluchtelingen, zijn het ontbreken van sociale netwerken en sociale steun, sociaal-culturele problemen (zoals taalproblemen, discriminatie, culturele aanpassingsmoeilijkheden), een lage sociaaleconomische status en het ontbreken van zelfstandige, permanente woonruimte. Recentelijk is gebleken dat Syrische

60 Maliepaard, M. en D. Schans (2018). Op de vlucht. In: J. Dagevos, W. Huijnk, M. Maliepaard en E. Miltenburg (red.), *Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland* (p. 174-193). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

61 Georgiadou, E., A. Zbidat, G.M. Schmi en Y. Erim (2018). Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study. In: *Front Psychiatry*, jg. 2018, nr. 9, p. 393 (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00393>).

Tinghog, P., A. Malm, C. Arwidson, E. Sigvardsdoer, A. Lundin en F. Saboonchi (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resided in Sweden after 2011: a population-based survey. In: *bmj Open*, jg. 7, nr. 12, p. e018899.

62 Kahmann, M., S. de Winter-Koçak, M. de Gruijter en I. Razenberg (2018). *VluchtelingenWerk IntegratieBarometer 2018. Een onderzoek naar de ervaringen van vluchtelingen met inburgering*. Amsterdam: VluchtelingenWerk Nederland.

vluchtelingen die sinds 2014/ 2016 in Nederland zijn, vooral stress ervaren over geldzaken, werk, gezondheid en taalbarrière en dat jongeren meer stress ervaren dan ouderen.⁶³

Tot slot zijn de verblijfsstatus en omstandigheden die daarmee samenhangen, van invloed op de geestelijke gezondheid van vluchtelingen. Voor ongedocumenteerden worden slechte leef- en werkomstandigheden, het ontbreken van een veilig sociaal netwerk, ongezonde leefstijlfactoren, traumatische ervaringen in het land van herkomst en gebrek aan toekomstperspectief genoemd als factoren van invloed.⁶⁴ Voor asielzoekers speelt onzekerheid over de uitkomst van de asielprocedure en veelvuldige wisseling van opvanglocatie een rol.⁶⁵ Ook zijn er signalen dat voor statushouders de onzekerheid over de termijn van de status voor bepaalde tijd en het uitzicht op een verblijfsvergunning voor onbepaalde tijd aanleiding zijn voor stress en onzekerheid.⁶⁶

PTSS en depressie

De onderzoekers van de kennissynthese⁶⁷ benadrukken dat de meeste vluchtelingen veel veerkracht vertonen en géén zwaardere klachten zoals PTSS of depressie ontwikkelen; traumatische ervaringen leiden niet per definitie tot psychiatrische stoornissen.⁶⁸ Maar mensen met een vluchtelingenachtergrond hebben wel degelijk een hoger risico op psychische klachten zoals depressie en PTSS. De Gezondheidsraad (2016) voerde een uitgebreide literatuurstudie uit om de prevalentie van PTSS en/of depressie onder vluchtelingen in te schatten.

Zij komen uit op een prevalentie van 13% tot 25% van de vluchtelingen die in Nederland last heeft van PTSS en/of een depressie aan het begin van hun verblijf in Nederland. Dit percentage is 4 tot 10 keer hoger dan de algemene bevolking in Nederland. Volgens het rapport daalt dit percentage na verloop van tijd, maar er is ook onderzoek dat laat zien dat deze aandoeningen later in het leven van de migrant weer kunnen opvlammen.⁶⁹

In de longitudinale studie Gevlucht - Gezond onder Iraanse, Afghaanse en Somalische vluchtelingen werd in 2011 ook een hoge prevalentie van PTSS geconstateerd en een nog aanzienlijk hoger percentage met depressie- en angstklachten. Op beide typen klachten constateerden de onderzoekers een verbetering in een periode van 7 jaar, waarbinnen een verblijfsvergunning werd verkregen.⁷⁰ Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's) zijn een extra kwetsbare groep, onder hen komen psychische klachten en PTSS vaker voor dan onder andere (jonge) vluchtelingen, doordat ze vaker traumatische ervaringen hebben opgedaan tijdens de vluchtreis, maar ook daarna minder sociale steun krijgen.⁷¹

Wat betreft andere (ernstige) psychische problematiek en ziekten, zoals angststoornissen, psychosen, drugsgebruik en zelfdoding, was in 2016 weinig bekend over de prevalentie onder de groep statushouders.⁷² En ook in 2022 werd geconstateerd dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar suïcide onder vluchtelingen.⁷³

63 Kuijpers en Uiters,, 2023.

64 Dokters van de Wereld (2018) [De-deur-naar-zorg.pdf](#)

65 Gezondheidsraad, 2016.

66 Dagevos, Schans en Uiters, 2021.

67 Haker et al, 2016.

68 Gezondheidsraad (2016). Briefadvies geestelijke gezondheid vluchtelingen. Den Haag: Gezondheidsraad.

69 Smid G.E. Deconstructing Delayed Posttraumatic Stress Disorder. (Academisch Proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht; 2011.

70 Lamkaddem et al, 2013.

71 Pharos (2017) [psychische_problematiek_bij_vluchtelingkinderen_en-jongeren-handreiking.pdf](#)

72 Gezondheidsraad, 2016.

73 Cogo E, Murray M, Villanueva G, Hamel C, Garner P, Senior SL, et al. (2022) Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. PLoS ONE 17(3): e0263797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263797>

Gebruik van geestelijke gezondheidszorg

De Gezondheidsraad constateerde in 2016 dat de toegang tot ggz voor vluchtelingen verbeterd moet worden, vanwege een relatief ondergebruik van de ggz ten opzichte van psychische ziektelast.

Ook volgens recentere cijfers maken (Syrische) statushouders relatief weinig gebruik van ggz, ondanks het relatief hoge percentage dat psychisch ongezond is.⁷⁴ Syrische vrouwen ontvangen in 2019 iets vaker hulp bij het omgaan met stress, somberheid of angst dan Syrische mannen, maar dit kan ook hulp in het eigen netwerk betreffen. Een kleine groep heeft wel geprobeerd hulp te vinden, maar is daar niet in geslaagd. Van de groep die hulp heeft (gehad) is het deel met contact met een psycholoog of een psychiater iets lager dan in de algemene bevolking. En uit eerder onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen uit Afghanistan, Iran en Somalië⁷⁵ en asielzoekers uit Irak⁷⁶ bleek ook ondergebruik van de GGZ.

Van Gastel & Bloemen⁷⁷ constateren dat statushouders met psychische problemen vaak moeite hebben om de weg te vinden naar passende preventie en zorg. Naarmate vluchtelingen langer in Nederland zijn, weten ze de weg in het zorgsysteem beter te vinden en maken ze meer gebruik van de GGZ: in 2011 maakten de vluchtelingen uit Afghanistan, Iran en Somalië met PTSS-klachten die nog maar kort een status hadden aanzienlijk minder gebruik van de GGZ dan de groep langdurige statushouders met PTSS-klachten.⁷⁸

74 Dagevos et al, 2021.

75 Gerritsen et al, 2006.

76 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.

77 Van Gastel & Bloemen, 2020.

78 Lamkaddem et al., 2013.

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.⁷⁹

Gebruik van jeugdhulp

Jeugdhulp betreft hulp en zorg aan jongeren en hun ouders bij psychische, psychosociale en/of gedragsproblemen, een verstandelijke beperking van de jongere, of opvoedingsproblemen van de ouders. De jongere kan daarbij thuis verblijven, in het eigen gezin, en bij ernstigere situaties kan de jongere worden opgenomen in een pleeggezin of gesloten instelling.

In 2016 maakte van de jongeren tot 21 jaar, die vrij recent statushouder waren geworden en niet meer bij een opvanglocatie van COA verbleven, ongeveer 5 procent gebruik van een vorm van jeugdzorg. Dit percentage steeg iets in de jaren daarna. Slechts 1,3 procent krijgt hulp van jeugdbescherming in 2020 (hieronder vallen ook de AMV-s met een voogd via Nidos). 0,5 procent van de jonge statushouders heeft in 2020 te maken jeugdreclassering (begeleiding en controle voor jongeren die met de politie in aanraking zijn geweest en een proces-verbaal hebben gekregen).

Jongeren uit Iran en Afghanistan maken vaker gebruik van jeugdzorg dan de gemiddelde jonge Nederlandse bevolking. Jongeren uit Eritrea maken minder vaak gebruik van jeugdzorg.⁸⁰ Inzicht in de verhouding tussen het gebruik van jeugdzorg en de behoefte aan dit type zorg, ontbreekt.

79 Laban et al, 2004.

80 CBS, 2022.

2.5. De positie van vluchtelingen in de zorg verklaard

In voorgaande paragrafen constateerden we dat vluchtelingen op een aantal vlakken kampen met (specifieke) uitdagingen op het terrein van gezondheid én dat hun zorggebruik hier niet altijd goed op aansluit. In deze paragraaf staan we stil bij de factoren die de achterblijvende positie van vluchtelingen in het zorgdomein verklaren. We onderscheiden daarbij drie niveaus: dat van de vluchteling, de context van de zorg en het ontvang- en inburgeringsbeleid.

Uitgangspositie vluchteling

Een van de vragen in deze studie is waarom het zorggebruik van vluchtelingen op een aantal terreinen afwijkt van dat van de gehele bevolking. Van belang is om hier te constateren dat asielzoekers en statushouders nog maar kort in Nederland verblijven en dat hun positie in deze – voor hen nieuwe – samenleving dus per definitie sterk afwijkt van die van gevestigde Nederlanders. Men spreekt de Nederlandse taal nog niet en is niet bekend met de inrichting en werkwijze van Nederlandse instituties (van de gezondheidszorg).

Uit een cohortstudie naar Syrische statushouders die tussen 2014 en 2016 een verblijfsvergunning in Nederland hebben gekregen, blijkt dat in 2019 31% van de Syrische statushouders problemen ervaart met de Nederlandse taal in het contact met de huisarts.⁸¹ En de benadering van de gezondheidszorg en de organisatie van het zorgsysteem in Nederland wijkt doorgaans sterk af van de landen van herkomst van recente groepen vluchtelingen in Nederland. Dit maakt het voor deze nieuwkomers lastig om hun weg naar de juiste zorg

te vinden.⁸² Daarnaast heeft een deel van de statushouders, mede als gevolg van een laag opleidingsniveau, beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit zijn vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerateerde beslissingen. Het beschikken over gezondheidsvaardigheden is van groot belang voor het behouden of versterken van de eigen gezondheid en voor een gezonde leefstijl.⁸³ Ongedocumenteerden bevinden zich in een zeer kwetsbare positie die vaak een negatieve impact heeft op de gezondheid en gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld kennis over het recht op zorg en het Nederlandse zorgsysteem.⁸⁴

Statushouders kunnen – mede door een gebrek aan gezondheidsvaardigheden verkeerde of te hoge verwachtingen hebben van de zorg in Nederland. Wanneer hulpverleners niet voldoen aan deze niet reële of hoge verwachtingen, kunnen statushouders zich verwaarloosd of gediscrimineerd voelen.⁸⁵

Statushouders kunnen het tot slot niet gewend zijn om te praten over en hulp te vragen voor (psychische) gezondheidsproblemen omdat zij hierbij stigma en schaamte ervaren. Tot slot kunnen culturele of geloofsovertuigingen, en ideeën over spirituele genezing ervoor zorgen dat iemand geen noodzakelijke hulp zoekt.⁸⁶

82 Ferrier, J., Kahmann, M., & Massink, L. (2019). Jullie Nederlanders hebben voor alles een systeem. Handreiking voor ondersteuning van Eritrese nieuwkomers bij hun integratie. Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving. [handreiking-ondersteuning-eritrese-nieuwkomers-bij-integratie.pdf \(kis.nl\)](#)

83 Nivel (2014). Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel. [Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend \(nivel.nl\)](#)

84 Dokters van de Wereld (2018) [De-deur-naar-zorg.pdf](#)

85 Suurmond J, Rupp I, Seeleman C, Goosen S, Stronks K. The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. Public Health. 2013 Jul;127(7):668-73. doi: 10.1016/j.puhe.2013.04.004. Epub 2013 Jul 4. PMID: 23830729.

86 Bloemen, E., & Gastel, A. van (2020). De weg naar psychische hulp. Een verkenning naar ervaringen van statushouders. Presentatie op Symposium Psychische Zorg voor Vluchtelingen, 12-03-2020. [PowerPoint-presentatie \(pharos.nl\)](#)

81 SCP (2020). Syrische statushouders op weg in Nederland: de ontwikkeling van hun positie en leefsituatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. [Syrische statushouders op weg in Nederland: de ontwikkeling van hun positie en leefsituatie | Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau \(scp.nl\)](#)

De (context van) de gezondheidszorg

Naast de (uitgangspositie) van vluchtelingen, zijn er ook elementen in de (organisatie van de) gezondheidszorg zelf die de achterblijvende positie van vluchtelingen in het zorgdomein verklaren. Zaken zoals de lange wachtlijsten raken niet alleen statushouders, maar daarnaast komen ze ook obstakels tegen die uniek zijn voor hun positie als nieuwkomers in een onbekende samenleving. Zo hebben statushouders te maken met een complex systeem van zorgverlening in Nederland, waarbij verschillende instanties betrokken zijn.

Bij nieuwkomers, zoals statushouders, is in het contact met zorgverleners vaak sprake van een taalbarrière. Omdat goede communicatie essentieel is bij het verlenen van zorg, is extra inzet nodig om elkaar te begrijpen, bij voorkeur door het laagdrempelig kunnen inzetten van een professionele tolk. De kosten die hiermee gemoeid zijn, worden in de meeste sectoren niet vergoed, waardoor zorginstellingen niet, of nauwelijks professionele tolken inzetten. Dit zorgt ervoor dat zorgvragen en –verlener elkaar niet goed begrijpen. Vaak wordt er op gerekend dat statushouders iemand meenemen die voor hen kan tolken. Hoewel dit soms soelaas kan bieden, zijn er nadelen verbonden aan het inzetten van een informele tolk. Zo maken informele tolken klinisch relevante vertaalfouten, mede omdat bij hen de eigen ideeën over de zorgbehoefte van de patiënt een rol kunnen spelen.⁸⁷ In diverse regio's kan de huisartsenzorg voor de declaratie van de kosten van de inzet van tolken een beroep doen op een van de Regionale Achterstandsfondsen. En sinds 1 januari 2022 kunnen GGZ instellingen hun tolkkosten declareren bij de zorgverzekeraar. Dit geldt vanaf 1 januari 2023 ook voor verloskundigen in de eerste lijn en kraamverzorgenden.⁸⁸ Voor ziekenhuizen zijn de kosten van tolken in de tarieven opgenomen. Overigens blijkt het ook met een tolk erbij niet eenvoudig om complexe en

gevoelige medische situaties te bespreken. Verwachtingen ten aanzien van de behandeling komen niet altijd overeen met de praktijk.⁸⁹ Statushouders willen bijvoorbeeld vaak dat een arts medicijnen voorschrijft zoals antibiotica, terwijl Nederlandse artsen hier terughoudend in zijn. Hierdoor kunnen statushouders het gevoel krijgen dat ze niet serieus worden genomen.⁹⁰

Veel onderzoek laat zien dat professionals in de zorg vaak niet over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om specifieke groepen zorgvragers, zoals statushouders goed te kunnen bedienen.⁹¹ Professionals hebben vaak onvoldoende kennis van de (achtergrond)kenmerken, de vlucht- en leefsituatie van statushouders. Ook ontbreekt het vaak aan interculturele competenties -bewustzijn, houding, kennis en vaardigheden waarmee men culturele verschillen kan overbruggen om praktische doelen te bereiken. De uitval van patiënten met een migratieachtergrond in de professionele psychische hulp is een hardnekkig probleem, dat ook wel eens wordt toegeschreven aan onvoldoende culturele competenties bij zorgverleners.⁹²

89 Haker, F., Muijsenbergh, M. van den, Torensma, M., Berkum, M. van, Smulders, E., Looman, B., Wieringen, J. van, Bloemen, E. & Bokhoven, R. van (2016). Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Pharos. [Pharos Kennissynthese nieuwkomende vluchtelingen](#).

90 SCP (2021). In uitvoering. Een analyse van het op statushouders gerichte beleid en wat er nodig is om dit beleid te verbeteren. Policy Brief. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. [Policy brief: een analyse van het op statushouders gerichte beleid en wat er nodig is om dit beleid te verbeteren | Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau \(scp.nl\)](#)

91 Bellaart, H., Sarti, A., Achahchah, J., & Badoe, M. (2020). Exclusief of Inclusief? Cultuursensitief zorgaanbod. Utrecht: Kennisplatform Inclusief Samenleven. [cultuursensitief-zorgaanbod.pdf \(kis.nl\)](#)

92 van Willigen, L.H.M. Zorg voor gevluchte kinderen. BIJB 25, 23–30 (2009). <https://doi.org/10.1007/BF03087641>

87 [Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg - Pharos](#)

88 [Tolken in de zorg - Pharos](#)

Onderzoek van Pharos laat zien dat discriminatie (op basis van etnische afkomst) in de zorg voorkomt en invloed heeft op de kansen die mensen hebben op een goede gezondheid. Hiermee draagt discriminatie bij aan het vergroten van de gezondheidsverschillen tussen groepen met en zonder een migratieachtergrond.⁹³

In het bovenstaande zijn kenmerken besproken van zorginstellingen en professionals die een rol kunnen spelen bij de achterblijvende positie van statushouders in het zorgdomein. Maar ook de manier waarop de gezondheidszorg in Nederland is ingericht en georganiseerd speelt een rol. Zo vormt het eigen risico in de zorgverzekering een obstakel bij het inschakelen van benodigde zorg. Ook spelen voor veel statushouders de hoge kosten voor een aanvullende zorgverzekering, waaruit bijvoorbeeld de mondzorg wordt gefinancierd, een rol in de toegang tot zorg.⁹⁴ Daarnaast is er een tekort aan huisartsen en een aanbod aan (gespecialiseerde) GGZ zorg, waardoor de toegang tot deze zorg sterk onder druk staat.⁹⁵ Zo is er een tekort aan gespecialiseerd, cultuursensitief aanbod, bijvoorbeeld rondom PTSS of traumaverwerking.⁹⁶ En het bestaande preventieaanbod gericht op voorkómen of verminderen van psychische problematiek bereikt de doelgroep statushouders nog nauwelijks. Beschikbare preventieve interventies voor statushouders worden door gemeenten nog weinig ingezet.⁹⁷

93 Pharos (2020). Discriminatie en gezondheid Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen. Utrecht: Pharos. [online-Literatuurverkenning-discriminatie.pdf \(pharos.nl\)](#)

94 Haker, F., Muijsenbergh, M. van den, Torensma, M., Berkum, M. van, Smulders, E., Looman, B., Wieringen, J. van, Bloemen, E. & Bokhoven, R. van (2016). Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Pharos. [Pharos Kennissynthese nieuwkomende vluchtelingen](#).

95 Berkum, van e.a. (2016). Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: Wat is er nodig? Utrecht: Pharos. [zorg-ondersteuning-en-preventie-voor-nieuwkomende-vluchtelingen-wat-is-er-nodig_Pharos.pdf](#)

96 [www.kis.nl](#), Psychotrauma bij migranten: 'Je patiënt is je beste leermeester' | KIS

97 Pharos/ARQ (2021). Gids. Preventieve interventies voor het versterken van de psychische gezondheid en veerkracht van vluchtelingen [Pharos-preventieve-interventies-20211214.pdf](#)

Lamkaddem gaf in 2013 al aan dat het "voor GGD-en en gemeenten niet makkelijk is om goed zicht te hebben op de gezondheidstoestand en het zorggebruik van deze kwetsbare groep".⁹⁸

Als het gaat om het zorggebruik door ongedocumenteerden, dan speelt nog een aantal andere factoren een rol. Zo is het in Nederlandse zorgsysteem financiële toegankelijkheid niet gewaarborgd voor alle zorg die volgens professionele standaarden medisch noodzakelijk is, zoals mondzorg en abortus. Zorgverleners zijn daarnaast vaak niet voldoende toegerust voor het verlenen van zorg aan ongedocumenteerden. Dit komt door gebrek aan kennis over het recht op zorg en de mogelijkheden voor deze doelgroep, maar ook door praktische factoren als werkdruk en een taalbarrière.⁹⁹

Ontvang- en inburgeringsbeleid, specifiek gezondheidsbeleid voor vluchtelingen

In deze paragraaf staan we stil bij het ontvang- en inburgeringsbeleid voor vluchtelingen. In hoeverre speelt dit een rol bij de positie in het zorgdomein? Vluchtelingen die in Nederland asiel aanvragen, verblijven een aanzienlijke periode in asielzoekerscentra. Onderzoek over de zorg aan vluchtelingenkinderen laat zien dat de continuïteit van de zorg voor deze kinderen onder druk kan staan, door verhuisbewegingen tijdens de asielprocedure.¹⁰⁰

Het verblijf in asielzoekerscentra heeft niet alleen betrekking op de periode voorafgaand aan het verkrijgen van de verblijfsvergunning; vanwege het tekort aan beschikbare sociale woningbouw, verblijven ook statushouders vaak nog enige, of langere tijd in de centrale opvang, totdat er voor hen een woning

98 Lamkaddem et al, 2013.

99 Dokters van de Wereld (2018) [De-deur-naar-zorg.pdf](#)

100 Baauw, A., Slinger, K. & Goosen, S. (2017). Komt een vluchtelingenkind op uw spreekuur.... In: Praktische Pediatrie, nummer 1. Maart 2017. Migranten en Global Health.

beschikbaar is. Er bestaat een uitgebreide onderzoeksliteratuur over de relatie tussen het verblijf in de opvang en de integratie van statushouders. Deze wijst over het geheel genomen uit dat de duur van het verblijf in het azc negatief samenhangt met de mentale gezondheid.¹⁰¹

De Wet inburgering 2021 (Wi2021) die op 1 januari 2022 is ingegaan, beoogt onder andere dat statushouders snel kunnen starten met hun inburgering. De verwachting is dat statushouders zo snel kunnen 'meedoen' en wegwijs worden in Nederland, bijvoorbeeld doordat zij de taal leren spreken en kennis krijgen over de werking van Nederlandse instituties, waaronder de gezondheidszorg. Vooral nog lukt het in veel gevallen niet om direct na statusverlening te starten met het inburgeringstraject.¹⁰² Al met al zijn vluchtelingen vaak al geruime tijd in Nederland voordat zij kunnen starten met hun inburgering.

Er is in Nederland geen sprake van specifiek nationaal gezondheidsbeleid voor statushouders.¹⁰³ Gemeenten hebben een grote mate van beleidsvrijheid, waardoor diversiteit is ontstaan tussen gemeenten. In sommige gemeenten is er nauwelijks aandacht voor het thema gezondheid; in andere gemeenten is hier wel expliciet aandacht voor (bv. in taallessen en in participatietrajecten).¹⁰⁴ Doordat veel programma's lokaal of kleinschalig zijn, wordt het verankeren van deze gespecialiseerde kennis en kunde in regulier beleid van zorginstellingen bemoeilijkt.¹⁰⁵

101 Bakker, L. (2016). Seeking sanctuary in the Netherlands. Opportunities and obstacles to refugee integration. Rotterdam.

102 Gruijter, M., de , Kool, T.A., & Dusault, Y. (te verschijnen). KIS-Monitor 2023. Gemeentelijk beleid arbeidstoeleiding en inburgering statushouders en gezinsmigranten. Utrecht: Kennisplatform Inclusief Samenleven.

103 Significant/Verwey-Jonker Instituut (2020). Beleidsontwikkelingen ten aanzien van de integratie van statushouders sinds 2014. Utrecht: Significant/Verwey-Jonker Instituut.

104 Significant/Verwey-Jonker Instituut (2020). Nederlands integratiebeleid sinds 2014 beschouwd. Utrecht: Significant/Verwey-Jonker Instituut.

105 Significant/Verwey-Jonker Instituut (2020). Nederlands integratiebeleid sinds 2014 beschouwd. Utrecht: Significant/Verwey-Jonker Instituut.

2.6. Conclusie

In deze paragraaf geven we antwoord op onderzoeksvraag 1: *Welke structurele factoren op het niveau van individuele kenmerken, maatschappelijke context en het gevoerde beleid liggen ten grondslag aan de (achterblijvende) positie van vluchtelingen (in het zorgdomein)?*

Eerst keken we naar de prevalentie van gezondheidsproblemen bij vluchtelingen (asielzoekers en statushouders) en hun zorggebruik. Een deel van de beschikbare onderzoeken betreft fysieke gezondheid naar bijvoorbeeld diabetes en overgewicht. Op het vlak van psychische gezondheid is onderzoek gedaan naar PTSS en depressie van vluchtelingen en (algemene) psychische gezondheid van specifiek Afghaanse, Iraanse, Irakese en Somalische vluchtelingen en recenter ook naar Syrische vluchtelingen. Over de prevalentie onder vluchtelingen van (ernstige) psychische problematiek en ziekten, zoals angststoornissen, psychosen, drugsgebruik en zelfdoding, is nog minder bekend.

In meerdere onderzoeken worden verschillen in fysieke en psychische gezondheid geconstateerd naar verblijfsstatus, land van herkomst, geslacht en leeftijd. Dit roept de vraag op of de bestaande kennis ook van toepassing is op Eritrese vluchtelingen en 'nieuwere' vluchtelinggroepen, zoals Turkse en Jemenitische, of dat nieuw onderzoek nodig is. Deze vraag wordt versterkt doordat een aanzienlijk deel van de beschikbare kennis niet heel recent is, maar voorkomt uit onderzoeken uit 2016 of eerder.

Qua zorggebruik van vluchtelingen met een verblijfsstatus zijn cijfers bekend over inschrijving bij/gebruik van een huisarts, maar over het gebruik van en toegang tot andere vormen van zorg, zoals preventieve zorg, is nog niet veel bekend. Wel wordt in meerdere onderzoeken geconstateerd dat er sprake is van relatief ondergebruik van de ggz ten opzichte van de psychische ziektelast.

Bij het identificeren van verklaringen voor de achterblijvende positie van vluchtelingen in het zorgdomein is het belangrijk om te constateren dat deze groep nog maar kort in Nederland verblijft en dat hun positie in deze -voor hen nieuwe samenleving – dus per definitie sterk afwijkt van die van gevestigde Nederlanders. Men spreekt de Nederlandse taal nog niet en is niet bekend met de inrichting en werkwijze van Nederlandse instituties (van de gezondheidszorg). Een andere belangrijke verklarende factor op het niveau van de vluchteling is het gebrek aan gezondheidsvaardigheden: vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen. Vluchtelingen kunnen het daarnaast niet gewend zijn om te praten over en hulp te vragen voor (psychische) gezondheidsproblemen omdat zij hierbij stigma en schaamte ervaren. Tot slot kunnen culturele of geloofsovertuigingen, en ideeën over spirituele genezing ervoor zorgen dat iemand geen noodzakelijke hulp zoekt.

Naast bovengenoemde (uitgangspositie) van vluchtelingen, zijn er ook elementen in de (organisatie van de) gezondheidszorg zelf die de achterblijvende positie van vluchtelingen in het zorgdomein verklaren. Zo zetten zorginstellingen omdat dit meestal niet vergoed wordt, niet, of nauwelijks professionele tolken in, terwijl dit nodig voor zorgverleners en zorgvragers om elkaar goed te begrijpen.

Veel onderzoek laat zien dat professionals in de zorg vaak niet over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om specifieke groepen zorgvragers, zoals statushouders goed te kunnen bedienen. Professionals hebben vaak onvoldoende kennis van de (achtergrond)kenmerken, de vlucht- en leefsituatie van statushouders. Ook ontbreekt het vaak aan culturele competenties -bewustzijn, houding, kennis en vaardigheden waarmee men culturele verschillen kan overbruggen om praktische doelen te bereiken. De uitval van patiënten met een migratieachtergrond in de professionele psychische hulp is een hardnekkig

probleem, dat ook wel eens wordt toegeschreven aan onvoldoende culturele competenties bij zorgverleners. Daarnaast laat onderzoek zien dat discriminatie (op basis van etnische afkomst) in de zorg vóórkomt en dat dit invloed heeft op de kansen die mensen hebben op een goede gezondheid.

Ook de manier waarop de gezondheidszorg in Nederland is ingericht en georganiseerd speelt een rol bij de achterblijvende positie van vluchtelingen in het zorgdomein. Zo vormt het eigen risico in de zorgverzekering een obstakel bij het inschakelen van benodigde zorg. Ook spelen voor veel statushouders de hoge kosten voor een aanvullende zorgverzekering, waaruit bijvoorbeeld de mondzorg wordt gefinancierd, een rol in de toegang tot zorg. Daarnaast is er een tekort aan huisartsen en een aanbod aan (gespecialiseerde) GGZ zorg, waardoor de toegang tot deze zorg sterk onder druk staat. En beschikbare preventieve interventies voor statushouders worden door gemeenten nog weinig ingezet.

Tot slot speelt ook het ontvang- en inburgeringsbeleid voor vluchtelingen een rol bij de achterblijvende positie in het zorgdomein. Vluchtelingen die in Nederland asiel aanvragen, verblijven een aanzienlijke periode in asielzoekerscentra. Uitgebreide onderzoeksliteratuur laat zien dat de duur van het verblijf in het azc negatief samenhangt met de mentale gezondheid. Omgekeerd is een snelle start met inburgeren bevorderlijk voor de gezondheid. Hoewel de Wet inburgering 2021, die op 1 januari 2022 is ingegaan beoogt statushouders snel te laten starten met hun inburgeringstraject, blijkt dat dit in de praktijk nog niet goed lukt. Er is tot slot in Nederland geen sprake van specifiek nationaal gezondheidsbeleid voor statushouders. Gemeenten hebben een grote mate van beleidsvrijheid. De diversiteit tussen gemeenten en het gegeven dat veel programma's lokaal of kleinschalig zijn, zorgt ervoor dat wordt het verankeren van gespecialiseerde kennis en kunde rondom de zorg voor vluchtelingen in regulier beleid van zorginstellingen bemoeilijkt wordt.

3 Opschalen en benutten van kennis in de zorg en ondersteuning voor vluchtelingen

In het voorgaande hoofdstuk hebben we specifieke uitdagingen en verklarende factoren voor de positie van vluchtelingen in het zorgdomein besproken. Om oplossingsrichtingen te identificeren voor knelpunten ten aanzien van de opschaling van kennis en innovatie voor deze doelgroep dienen we eerst te verkennen hoe implementatie, disseminatie van kennis en opschaling in het domein van de zorg over het algemeen verlopen. Daarna staan we stil bij de specifieke uitdagingen in relatie tot opschaling van de zorg voor vluchtelingen. Informatie die hierbij naar voren komt is gebaseerd op literatuur en de groeps gesprekken die in het kader van deze rapportage zijn gehouden met projectleiders, sleutelpersonen en experts op het gebied van vluchtelingen en gezondheid.

3.1 Implementatie- en disseminatiestrategieën in de zorg

Bij de implementatie van nieuwe werkwijzen in de zorg is het gericht kiezen van een strategie van groot belang. Een implementatiestrategie is het geheel van doelgerichte, samenhangende activiteiten die de invoering van een bepaalde werkwijze of product mogelijk maken.¹⁰⁶ Belangrijke factoren die hierbij een rol spelen zijn de doelgroep, setting, aanwezige belemmerende en bevorderende

factoren en in welke fasen van het veranderingsproces de verschillende doelgroepen zich bevinden. De kans op toepasbare resultaten is groter als de barrières en versnellers van implementatie en opschaling bekend zijn. Op haar website identificeert ZonMw vier productieve interacties, die invloed hebben op de kans waarop innovaties daadwerkelijk worden toegepast in beleid, praktijk, onderwijs en onderzoek¹⁰⁷:

- Samenwerking met relevante stakeholders.
- Cofinanciering om een commitment en medewerking van belanghebbers te versterken.
- Oplevering van bruikbare kennisproducten.
- Gerichte verspreidings- en implementatieactiviteiten.

Het maken van een *impact pathway* -een route naar kennisbenutting- stimuleert het concreet maken van de genoemde productieve interacties. Wanneer tijdig wordt stilgestaan bij de weg naar kennisbenutting bevordert dat succesvolle implementatie.

Implementatie strategieën

Het centrale platform Zorg voor innoveren beschrijft zes types implementatie strategieën in de zorg: disseminatie strategieën, educatieve strategieën, feedback, organisatorische implementatie strategieën, marktgerichte strategieën en patiëntgerichte strategieën. Aanvullend wordt het gebruik van een combinatie van deze strategieën genoemd.¹⁰⁸ Voor een overzicht met beschrijving van de verschillende strategieën verwijzen we naar bijlage 3. Binnen

¹⁰⁷ Implementatie en impact (zonmw.nl)

¹⁰⁸ Strategieën | Implementatie | Zorg voor innoveren

de ACTion-methodiek worden zeven implementatie strategieën genoemd. In plaats van disseminatie strategieën en feedback wordt gesproken over informerende strategieën (overlap met disseminatie strategieën), motiverende en draagvlak vergrotende strategieën en faciliterende strategieën.¹⁰⁹ De twee laatstgenoemden zijn als aanvulling opgenomen in de tabel in bijlage 3.

Welke strategie de voorkeur heeft is afhankelijk van de situatie en de verandering die voor ogen staat. Uit reviews blijkt dat geen van de strategieën in alle situaties beter is dan de andere. Het kiezen van een strategie is dus maatwerk. Hierbij spelen eerdergenoemde factoren met betrekking tot doelgroep, setting, belemmerende en bevorderende factoren en de fase van het veranderproces een rol. Uit de reviews blijkt dat een goed voorbereide interventie leidt tot meer resultaat en dat gecombineerde interventies effectiever lijken dan een enkele strategie. De kosten van een gecombineerde aanpak zijn wel vaak hoger dan bij enkelvoudige strategieën.¹¹⁰

3.2. Opschaling in de zorg

Opschalen is het proces waarbij een werkwijze op grotere schaal wordt toegepast. Het gaat om het uitbreiden van werkwijzen naar andere geografische gebieden, doelgroepen en/of tussen organisaties of instanties om een groter aantal mensen te bereiken.¹¹¹ De vernieuwing moet opnieuw geïmplementeerd worden op andere plekken en in andere settings, daarvoor kunnen wederom de eerdergenoemde implementatiestrategieën worden ingezet. Implementatie en opschaling is een complex en continu proces, dat steeds weer andere keuzes en andere accenten vergt.¹¹² Opschalen wordt geassocieerd met drie typen

voordelen: het bereiken van meer mensen, een grotere efficiëntie per bereikte persoon en systeemverandering en duurzaamheid. In de praktijk worden deze voordelen niet altijd bereikt, pilots vinden namelijk plaats onder omstandigheden die vaak moeilijk te creëren zijn op grotere schaal. Vooral simpele benaderingen waarbij eerdere werkwijzen in het geheel worden gereproduceerd zijn soms niet passend in een nieuwe context. Hoewel het concept opschaling steeds populairder wordt ontbreken conceptuele helderheid en gelaagde benaderingen.¹¹³

Voor opschaling is het belangrijk om te onderzoeken of de initiële interventie succesvol is en welke elementen daarvan geschikt zijn voor opschaling. De interventie hoeft niet per definitie in zijn geheel opgeschaald te worden, het kan ook gaan om bepaalde elementen. Wanneer bepaald is welke elementen geschikt zijn voor opschaling is het van belang om - net als bij het implementatie traject - te kijken naar de beoogde doelgroep, setting, de daar aanwezige belemmerende en bevorderende factoren en in welke fasen van het veranderingsproces de nieuw beoogde doelgroepen en/of organisaties en instanties zich bevinden. Aan de hand van deze inventarisatie kan bepaald worden welke elementen zich lenen voor opschaling en welke aanpassingen aan de interventie nodig zijn voor een goede aansluiting in de nieuwe context.

Verskillende manieren van opschalen.

Een onderscheid kan worden gemaakt tussen verticaal en horizontaal opschalen. Met horizontaal opschalen wordt het repliceren of verder uitrollen van een interventie bedoeld; het kopiëren van een succesvolle werkwijze naar nieuwe mensen en/of gebieden. In deze horizontale opvatting van opschalen wordt vooral gekeken naar het aantal mensen of regio's die bereikt worden. Belangrijke elementen hierbij zijn het creëren van vraag, betrokkenheid en

109 [de-7-strategieën-van-implementatie-1.docx \(live.com\)](#)

110 [Combinaties van strategieën | Implementatie | Zorg voor innoveren](#)

111 [Insight Series 06: Scaling through PPPs | iBAN \(inclusivebusiness.net\)](#)

112 [Opschaling | Zorg voor innoveren](#)

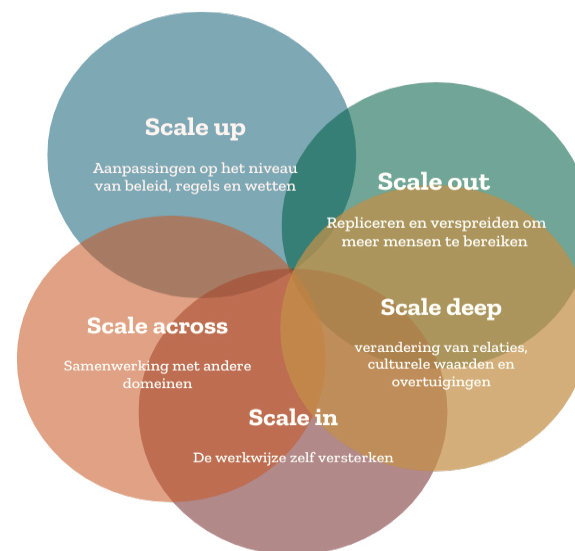
113 [Insight Series 06: Scaling through PPPs | iBAN \(inclusivebusiness.net\)](#)

bewustwording, en de (technische) kwaliteiten, aantrekkelijkheid en efficiëntie van de op te schalen werkwijze. Het is echter vaak nodig om ook naar systeem-niveaus te kijken en aanpassingen te maken in de manier waarop organisaties en systemen functioneren. Dit wordt verticaal opschalen genoemd. Hierbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar werkwijzen binnen instanties, bestaande regulaties of financiële afspraken.¹¹⁴ Voor een goed resultaat is vaak zowel horizontale als verticale opschaling nodig.

Moore en collega's (2015) identificeren drie types van opschaling: *scaling out*, *scaling up* en *scaling deep*.¹¹⁵ *Scaling up* heeft betrekking op het veranderen van instanties en organisaties op het niveau van beleid, regels en wetten. Regelgeving en wetgeving moet worden aangepast om opschaling te faciliteren. Dit heeft raakvlakken met verticale opschaling. *Scaling out* gaat over het repliceren en verspreiden van een werkwijze/product om meer mensen of gemeenschappen bereiken. Dit heeft overeenkomsten met horizontale opschaling. Bij *scaling deep* staan het veranderen van relaties, culturele waarden en overtuigingen centraal. In bijlage 4 is een beschrijving opgenomen van deze manieren van opschaling en bijbehorende strategieën.

Tijdens de expertsessie die in het kader van deze rapportage werd georganiseerd kwamen aanvullend *scaling in* en *scaling across* aan de orde. Bij *scaling in* gaat het om de werkwijze/interventie zelf te versterken en *scaling across* heeft betrekking op het samenwerken met andere domeinen, zoals bijvoorbeeld een samenwerking tussen een zorgproject en een energieproject. In figuur 1 worden de vijf genoemde types van opschaling weergegeven. Bij het opschalen van een interventie kunnen verschillende manieren -soms gelijktijdig- worden ingezet.

Figuur 1 *Scale up, scale out, scale deep, scale in en scale across*



Aan de hand van ervaringen bij de opschaling van een e-health toepassing biedt de kennisbank van Zorg voor innoveren een aantal handvatten om opschaling in de zorg te bevorderen.¹¹⁶

1. Standaardiseren van het (werk)proces: waar een pilot bedoeld is om te experimenteren op basis van tal van aannames, gaat het bij opschaling steeds meer over het standaardiseren.
2. Sturing op structureel gebruik: In de opschalingfase is het van belang om de sturing op enkele vlakken te verschuiven:
 - 2a. Structuur: van experimentele inzet (project) naar dagelijkse praktijk.
 - 2b. Sturing: van kwaliteit naar aanvullend sturen op kwantiteit.
 - 2c. Scope: van beperkte naar bredere schaal.

¹¹⁴ <https://english.rvo.nl/sites/default/files/2021/08/Insight Series 06 Scaling through PPPs.pdf>

¹¹⁵ M. Moore, D. Riddel and D. Vocisano. 2015. Scaling Out, Scaling Up, Scaling Deep. Strategies of Non-profits in Advancing Systems Social Innovation. The Journal of Corporate Citizenship 58 pp 67-84.

¹¹⁶ Opschaling | Implementatie | Zorg voor innoveren

- Herijken en doorontwikkelen: nagaan of de eerdere ervaring op alle fronten herbruikbaar is of dat gedeeltelijke herijking nodig is om het passend te maken. Ervaring leert dat er vaak aanpassingen nodig zijn om een toepassing optimaal geschikt te maken voor andere settings.

3.3. Knelpunten bij opschaling van de zorg voor vluchtelingen

Bovenstaande paragrafen hebben betrekking op implementatie en opschaling in de zorg. Maar wat weten we van opschaling in relatie tot de zorg voor vluchtelingen? Doordat veel programma's gericht op vluchtelingen lokaal of kleinschalig zijn, wordt het verankeren van gespecialiseerde kennis en kunde in regulier beleid van zorginstellingen bemoeilijkt.¹¹⁷ Uit de analyse van het op statushouders gerichte beleid komen een aantal punten naar voren die de opschaling en benutting van kennis in de zorg voor statushouders belemmeren:

- Het op statushouders gerichte gezondheidsbeleid vindt voornamelijk plaats op lokaal niveau. Er is sprake van een zeer divers beleid en/of aanbod in verschillende gemeenten.
- Er is weinig zicht op effectiviteit en bereik
- Er is een tekort aan gespecialiseerd, cultuursensitief zorgaanbod
- Er is weinig aandacht voor preventie van gezondheidsproblemen bij statushouders, terwijl daar wel reden voor zorg is.
- Het gaat per project of innovatie vaak om een relatief kleine groep mensen.

De verklaringen die in hoofdstuk twee zijn genoemd met betrekking tot de positie van vluchtelingen zijn veelal ook van toepassing op knelpunten bij opschaling van kennis en zorg, zoals elementen in de organisatie van gezondheidszorg, (gebrekkige) vergoedingen, gebrek aan kennis en vaardigheden bij

¹¹⁷ Dagevos, Schans & Uiters, 2021. Policy brief: een analyse van het op statushouders gerichte beleid en wat er nodig is om dit beleid te verbeteren. ISBN: 978 90 377 0987 2

professionals en de diversiteit in gemeentebeleid. Barrières bij het bereiken van de doelgroep die spelen op lokaal niveau – zoals taalbarrières en gebrekkige gezondheidsvaardigheden¹¹⁸ – werken ook belemmerend bij opschaling. *Scaling out* of horizontale opschaling wordt daardoor bemoeilijkt. Op lokaal niveau bestaan vaak kortere lijntjes en is snel schakelen makkelijker dan op regionaal of landelijk niveau. Omdat je te maken hebt met veel instanties en mensen is het organiseren op een grote schaal vaak lastig.¹¹⁵ Bij uitbreiding is dus ook behoefte aan verticale opschaling of *scaling up*. Wanneer het over vluchtelingen gaat speelt de publieke opinie een grote rol. Bij opschaling is aandacht voor het (vergroten van het) draagvlak van belang -*scaling deep*. Kennis en middelen zijn hiervoor niet altijd beschikbaar.

Knelpunten uit groepsgesprekken

Onderstaande knelpunten bij de opschaling van zorg werden genoemd tijdens de groepsgesprekken met projectleiders, sleutelpersonen en experts die in het kader van deze rapportage zijn gesproken:

Versnippering:

- Gescheiden segmenten bij subsidiecalls en subsidieverstrekkingen werken belemmerend: e.g. arbeid en mentaal welbevinden zijn met elkaar verbonden maar worden in aparte calls behandeld.
- Versnippering op organisatieniveau werkt belemmerend: vaak moeten aparte afspraken worden gemaakt met elke gemeente, dat is kostbaar, tijdrovend en zorgt ervoor dat implementatie niet overal op dezelfde manier kan plaatsvinden.
- Een uniforme werkwijze ontbreekt, er is veel afhankelijkheid van (al dan niet enthousiaste) individuen: e.g. in het verleden met locatiemanagers van COA over inzet van GGD in asielopvang.

¹¹⁸ Blaauw et al., 2017.

- Er bestaat een grote verscheidenheid in toegang en kwaliteit van zorg.
- Regio's en domeinen verschillen afhankelijk van waar het over gaat, indelingen overlappen niet altijd.
- Gemeentes voeren zelf regie, kleine gemeentes hebben daar niet de capaciteit voor.

Beperkte samenwerking:

- Goede en slechte ervaringen worden niet gedeeld.
- Knelpunt in de samenwerking tussen professionals: elkaars verantwoordelijkheden niet kennen en dan niet goed naar elkaar doorverwijzen.
- Een duidelijke keten ontbreekt, meer samenwerkingsverband zou goed zijn.
- Vaak zijn slechts enkele kartrekkers actief. Wanneer samenwerking plaatsvindt is het meestal niet tussen organisaties maar tussen een aantal individuen van organisaties.

Hoge werkdruk en trage veranderprocessen:

- Werkdruk en gebrek aan capaciteit: door drukte en veel andere prioriteiten blijven dingen hangen.
- Uitvoeringsdrukke aan het begin bij nieuwkomers (statushouders bij vestiging in gemeente), dan moeten al zoveel stations worden afgelopen dat extra dingen niet gedaan worden.
- Trage veranderprocessen in de zorg, e.g. veranderingen in het curriculum van opleidingen.

Ontbreken van continuïteit en duidelijke lijn:

- Focus van financiering hangt af van tendensen en momentum, e.g. tolken eerst weggehaald en nu weer terug, culturele diversiteit nu populair onderwerp.
- Er bestaan veel interventies, maar welke gebruikt worden is afhankelijk van het inkoopbeleid van de gemeente.

- Goed werkende initiatieven worden niet altijd gecontinueerd wegens ander beleid/financiën: e.g. uit de lucht halen van facebook groepen of helpdesk eigentaal. Ook worden initiatieven niet altijd weloverwogen beëindigd.
- Er wordt maar weinig onderzoek gedaan naar de gezondheid van statushouders en hun toegang tot preventie en zorg. Wat wordt gedaan is veelal alleen gericht op de op dat moment actuele groepen.

Ontbreken van kennis en vaardigheden:

- Tot voor kort was er voornamelijk een 'witte mannen perspectief' in de medische wereld, daardoor weinig aandacht geweest voor interculturele competenties.
- Vaak raken interventies niet aan wat er nodig is qua randvoorwaarden, e.g. bestaanszekerheid.
- Het is een risico om alles op 'cultuursensitiviteit' gooien, uiteindelijk is het doel om naar persoonsgericht (inclusief) werken toe te gaan.
- Professionals missen vaak kennis en vaardigheden om te werken met informele zorg.
- Doordat inzicht in knelpunten vaak ontbreekt op gemeentelijk niveau krijgen zij weinig urgentie bij het opstellen van gemeentebeleid.

Onvoldoende bereik:

- Er is een goed begin gemaakt van een overzicht van interventies, maar het is de vraag of iedereen die goed weten te vinden, e.g. ambtenaren van gemeente.

Onduidelijkheid over de rol van sleutelpersonen:

- Een goede omschrijving en duidelijke rol van sleutelpersonen ontbreekt vaak, het is belangrijk om duidelijk te maken dat er verschillende rollen zijn (sleutelpersonen, ervaringsdeskundigen, *cultural mediators*, tolken).

Knelpunten met betrekking tot implementatie- en opschalingsstrategieën:

- Concurrentie (een van de Marktgerichte strategieën) werkt volgens de aanwezigen niet, marktwerking zorgt ervoor dat meer aandacht uitgaat naar productie en minder naar kwaliteit en afstemming van zorgaanbod op zorgvraag.
- Bij implementatie en opschaling krijg je soms te maken met politieke issues of politieke kleuren. Het is belangrijk maar soms lastig om bestuurders mee te krijgen. Meer handvatten om daarin te slagen zijn welkom.
- Succes bij implementatie- en opschaling rust soms op de schouders van enkele kartrekkers, individuele eigenschappen spelen daarbij een rol. Dit kan positieve en negatieve gevolgen hebben.
- Er is weinig ruimte voor het werken aan verbetering in preventie en zorg voor statushouders. Daar waar gedreven, enthousiaste mensen aan het werk gaan in de praktijk of onderzoek worden mooie dingen neergezet, maar een plan en geld voor implementatie ontbreken vaak.

3.4. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op deelvraag 2: *Welke factoren zorgen ervoor dat kennis en innovatie in de zorg niet beter 'landt', op de juiste plekken terechtkomt of breder wordt ingezet en geborgd?* In voorgaande paragrafen komt naar voren dat zowel op conceptueel- en onderzoekniveau als op praktijkniveau belemmeringen bestaan. Hierdoor zijn er voor verschillende partijen -onderzoekers, beleidmakers en zorgaanbieders-, barrières bij de implementatie, opschaling en benutting van kennis en innovatie.

Hoewel bekend is dat het gericht kiezen van een strategie van belang is, is duidelijk geworden dat er nog weinig conceptuele helderheid over verschillende implementatie- en opschalingsstrategieën bestaat. Ook in de geanalyseerde eindrapportages van ZonMw projecten binnen het programma Zorg voor vluchtelingen wordt weinig expliciete aandacht aan met name opschalingsstrategieën besteed. Te weinig kennis over de barrières en versnellers

van implementatie en opschaling verkleint de kans op toepasbare resultaten. Ook het ontbreken van een goede voorbereiding of het niet maken van een *impact pathway* verkleint de kans dat kennis en innovatie op de juiste plekken terecht komen.

Wat het landen van kennis en innovatie tevens bemoeilijkt is het feit dat veel factoren samen het succes van implementatie of opschaling bepalen en dat het erg afhankelijk is van de setting en/of de te bereiken doelgroep. Er is geen algemeen format dat in alle contexten gebruikt kan worden. Dat vraagt naar het steeds opnieuw kijken naar de doelgroep, de setting, de aanwezige belemmerende en bevorderende factoren en in welke fasen van het veranderingsproces de verschillende doelgroepen zich bevinden. Maatwerk vergt tijd, financiële middelen, kennis en menskracht. Deze zijn is niet altijd voldoende aanwezig.

Een genoemde belemmerende factor die specifiek voor opschaling geldt is dat pilots vaak in kleine settings plaatsvinden onder omstandigheden die moeilijk te creëren zijn op grotere schaal. Daarom is het van belang om te kijken naar de werkzame elementen die opgeschaald kunnen worden. Vooral simpele benaderingen waarbij eerdere werkwijzen in het geheel worden gereproduceerd zijn soms niet passend in een nieuwe context en kunnen ervoor zorgen dat de innovatie niet goed landt. Doordat het vaak specifieke, veelal lokale of kleinschalige programma's betreft is verankering in regulier beleid lastig.

Zowel in de literatuur als tijdens de groepsgesprekken werd versnippering als een belangrijk knelpunt genoemd. Daarnaast zijn knelpunten in samenwerking, hoge werkdruk, trage veranderprocessen, het ontbreken van continuïteit en duidelijke lijn, het ontbreken van kennis en vaardigheden, onvoldoende bereik, onduidelijkheid over sleutelpersonen en knelpunten met betrekking tot implementatie- en opschalingsstrategieën genoemd. Uit dit hoofdstuk blijkt dus dat er verschillende factoren zijn die ervoor zorgen dat kennis en innovatie in de zorg niet beter 'landt', op de juiste plekken terechtkomt of breder wordt ingezet en geborgd. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op bevorderende factoren bij de opschaling van zorg voor vluchtelingen.

4 Oplossingsrichtingen

In de vorige hoofdstukken hebben we beschreven welke knelpunten zich voordoen in de zorg voor vluchtelingen en bij het implementeren en opschalen van kennis en interventies. Dit hoofdstuk gaat in op mogelijke oplossingsrichtingen. Hiervoor hebben we de informatie van de geïnterviewde projectleiders, sleutelpersonen en experts gecombineerd met aanbevelingen uit relevante publicaties.

We onderscheiden drie niveaus: het niveau van vluchtelingen als zorgvragers, van zorgaanbieders en van beleid. Per niveau wordt aangegeven welke oplossingen kunnen bijdragen aan passende en toegankelijke zorg voor vluchtelingen en welke strategieën mogelijk zijn om die zorg op te schalen. Qua implementatie- en opschalingstrategieën benoemen we strategieën waar al ervaring mee is opgedaan binnen het programma Zorg voor vluchtelingen, maar vooral ook welke strategieën nog niet of weinig benut worden maar wel kansrijk zijn.

Vervolgens zullen we in hoofdstuk 5 beschrijven op welke manieren deze oplossingsrichtingen en strategieën een rol kunnen spelen in de programmering van het ZonMw programma Zorg voor vluchtelingen.

4.1. Niveau van zorgvragers

Oplossingsrichtingen op het niveau van zorgvragers zijn enerzijds gericht op het vergroten van hun kennis van het zorgsysteem in Nederland en hun gezondheidsvaardigheden (zoals het zoeken naar informatie, begrijpen en toepassen van die informatie, en actief regie nemen over de eigen gezondheid). Door de deelname aan interventies die zich hierop richten te vergroten, zullen meer vluchtelingen tijdig het juiste zorgaanbod weten te vinden. Daarnaast is voor de meest kwetsbaren een actieve aanpak voor toeleiding naar de juiste zorg van belang.

Andere factoren die van invloed zijn op zorggebruik, zoals taalvaardigheid en voldoende financiële middelen voor het betalen van eigen bijdragen, vallen buiten de focus van ZonMw, maar kunnen op (gemeentelijk) beleidsniveau wel beïnvloed worden. Hier komen we dus op terug in de betreffende paragraaf. Anderzijds kunnen oplossingsrichtingen liggen in de actieve betrokkenheid van de doelgroep bij de (door)ontwikkeling, implementatie en opschaling van zorgaanbod.

Implementatie en opschaling op zorgvrager niveau

Interventies gericht op het vergroten van kennis over het Nederlandse zorgsysteem en het vergroten van gezondheidsvaardigheden (waaronder psycho-educatie) worden door meerdere organisaties uitgevoerd, zoals Arq, GGD-en, VluchtelingenWerk en lokale organisaties. Er is weliswaar geen inzicht in het aantal vluchtelingen in Nederland dat met dergelijke interventies bereikt wordt, maar wel is bekend dat gemeenten nog weinig aandacht hebben voor gezondheidsvaardigheden van vluchtelingen en dat de bekende interventies niet alle vluchtelingen bereiken in de gemeenten waar ze uitgevoerd worden. We kijken daarom als eerste naar mogelijkheden om de deelname aan deze

activiteiten te vergroten. Horizontale opschaling of *scaling out* is hierbij belangrijk, met als doel dat (interventies m.b.t.) kennis over het zorgsysteem een groter aantal mensen bereikt. (zie figuur 1 en bijlage 4).

Als het gaat om de implementatie en opschaling van interventies zijn de meest gangbare strategieën niet gericht op het niveau van zorgvragers. Uitzondering hierop is de **patiëntgerichte strategie** waarbij zorgvragers worden geïnformeerd over een interventie en daar vervolgens om kunnen vragen bij hun zorgverlener. Maar ook deze implementatiestrategie wordt nog weinig gebruikt.

Een voorbeeld van een interventie die een klantgerichte strategie inzet voor *scaling out* (een groter bereik onder de doelgroep) is BAMBOO. Deze groepstraining van GZA over omgaan met psychische problemen wordt uitgevoerd in AZC's en is op MyCOA te vinden voor alle asielzoekers en vluchtelingen die in de centrale opvang verblijven.

Deze strategie kan voor meer interventies ingezet worden. Op **communicatiekanalen voor vluchtelingen**, zoals [Refugeehelp](#) (voor zowel asielzoekers, statushouders als ongedocumenteerden), [MyCOA](#) (voor asielzoekers en statushouders die in de centrale opvang verblijven) en op de website van [het Rode Kruis](#) (voor ongedocumenteerden) wordt al (in meerdere talen) informatie gegeven over het zorgsysteem in Nederland. Om opschaling van interventies via de vraagkant te stimuleren, zouden dergelijke websites en social media ingezet kunnen worden om de doelgroep te informeren. Daarbij is vanzelfsprekend wel verwachtingsmanagement nodig over welke interventies op welke locaties (en op welke termijn) beschikbaar zouden kunnen komen en wat vluchtelingen zelf kunnen doen om dit gerealiseerd te krijgen.

Om de vraag naar een specifieke behandeling of interventie expliciet te maken richting zorgaanbieders, kunnen ook **sleutelpersonen** worden ingezet. De geïnterviewde sleutelpersonen geven aan dat zij een rol spelen in de communicatie tussen zorgprofessionals en hulpvragers, maar dat zij daarin vaak onvoldoende

serieus worden genomen door de zorgprofessionals. Dit hangt deels samen met onbekendheid bij zorgverleners over de rollen en taken van sleutelpersonen, zo blijkt ook uit het gesprek met experts. Sleutelpersonen die zich richten op vluchtelingen, hebben vaak een adviserende rol richting zorgverleners en -ontwikkelaars, maar worden vooral ook ingezet om de doelgroep te bereiken en de informatie over te dragen. Daarbij spelen ze een rol in het overbruggen zowel taalbarrières, als ook culturele barrières.¹¹⁹ We komen later nog uitgebreider terug op de verschillende rollen van sleutelpersonen. In relatie tot opschalen van interventies via zorgvragers, merken we op dat sleutelpersonen vaak vluchtelingen helpen bij het verwoorden en vertalen van hun zorgbehoefte. Als zij daarnaast voldoende kennis en overzicht hebben over de interventies en behandelingen die geschikt zijn voor patiënten met een vluchtelingenachtergrond, kunnen ze ook meer gericht informeren naar de beschikbaarheid van deze interventies en een interessante gesprekspartner worden voor zorgverleners die deze interventies nog niet kennen. Zorginstellingen die samenwerken met sleutelpersonen zouden hen hiervoor beter moeten toerusten, bijvoorbeeld door (bij)scholing of training.

Overigens spelen sleutelpersonen in meerdere interventies al een belangrijke rol in het vergroten van het bereik onder de doelgroep (*scaling out*), bijvoorbeeld bij de werving van deelnemers voor een cursus psycho-educatie.

Een tweede vorm van de patiëntgerichte implementatie strategie is via feedback van patiënten over de ontvangen en ervaren zorg en via hun bijdrage aan doorontwikkeling en implementatie van interventies (*scaling in*). Ook deze vorm is in meerdere gevallen ingezet binnen het programma Zorg voor vluchtelingen. Soms gaat dat om individuele patiënten/ cliënten uit de doelgroep, en soms om de inzet van sleutelpersonen.

119 De Gruijter, M., Kahnmann, M., Yohannes, R., & Razenberg, I. (2020) De inzet van sleutelpersonen in de inburgering. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

De Raad van de Volksgezondheid en Sport¹²⁰ pleit ervoor om ervaringskennis van patiënten en cliënten meer te benutten bij het bieden van zorg en ondersteuning aan kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen. De ervaringen van mensen die een passend zorgaanbod hebben gemist en die specifieke behoeften hebben vanuit hun culturele achtergrond, zijn een belangrijke aanvulling op bestaande (bio)medische en sociologische kennis.

In de eindverslagen van interventies die we voor deze rapportage bekeken hebben, zagen we overigens geen inzet van **ervaringsdeskundigen** bij de (door) ontwikkeling van interventies. Dit heeft mogelijk te maken met het kleine aantal opgeleide ervaringsdeskundigen met een vluchtelingenachtergrond. In de jeugdhulp is het werken met opgeleide en betaalde ervaringsdeskundigen als adviseurs al gebruikelijk. Om cliënten en patiënten met een vluchtelingenachtergrond meer effectief te betrekken, zou ook voor deze groep ingezet kunnen worden op het inzetten van ervaringskennis en het opleiden en aannemen van ervaringsdeskundigen.

In plaats van ervaringsdeskundigen, worden regelmatig (niet-ervaringsdeskundige) sleutelpersonen ingezet. Ook sleutelpersonen kennen (een deel van) de doelgroep goed en kunnen vanuit hun kennis en ervaring met de doelgroep advies geven aan zorgverleners en -ontwikkelaars. Per interventie en per moment moet echter een bewuste afweging gemaakt worden welke rol nodig is.

Het inzetten van sleutelpersonen en ervaringsdeskundigen is een relatief extensieve vorm van betrekken van de doelgroep. Daarnaast moeten ook **patiënten en cliënten met een vluchtelingenachtergrond zelf betrokken** zijn bij het zorgaanbod en opschaling daarvan. Bijvoorbeeld door goed zichtbaar te zijn als specifieke groep, met behoefte aan passende zorg en een cultuursensitieve/

inclusieve aanpak. Door onderling informatie uit te wisselen over zorg en zorgaanbieders. En door hun beoordeling en behoeften aan te geven, in klanttevredenheids- en behoeftenonderzoeken en evaluaties. Motiverende en draagvlak vergrotende strategieën kunnen hier een rol in spelen, om vluchtelingen te stimuleren tot actieve betrokkenheid.

4.2. Niveau van zorgaanbieders

In deze paragraaf behandelen we oplossingsrichtingen op het niveau van zorgaanbieders.

Achtereenvolgens gaan we in op:

- Het gericht inzetten van cultuurspecifieke zorg.
- Het vergroten van (competenties voor) cultuursensitief en inclusief werken.
- Het hanteren van interventies en methoden die bewezen effectief zijn voor cliënten/patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond.
- De samenwerking tussen de nulde- eerste en tweedelij, de formele en informele zorg (waaronder sleutelpersonen).

Vervolgens beschrijven we de mogelijkheden voor verdere implementatie en opschaling van deze oplossingen.

Cultuurspecifieke zorg

We maken in deze paragraaf onderscheid tussen drie vormen van zorgaanbod voor vluchtelingen: cultuurspecifiek, cultuursensitief en inclusief. Hoewel er meerdere definities van deze begrippen bestaan, en deze soms overlap vertonen, is voor de aanbevelingen een duidelijke afbakening van belang.

120 Raad Volksgezondheid en Zorg (2022) Essay 'Passende Zorg is Inclusieve+Zorg'.

Onder 'cultuurspecifieke zorg' verstaan we hier (enigszins afwijkend van de definitie van KIS¹²¹): 'zorg die als uitgangspunt heeft om expliciet rekening te houden met de culturele achtergrond, leefsituatie en taal van de cliënten en daar de organisatie voor heeft ingericht, de personeelssamenstelling op heeft aangepast, de competenties van het personeel en de gebruikte methodieken op heeft toegesneden en zich op een bepaalde culturele groep cliënten richt.

Onder cultuurspecifieke zorg benoemen we hier ook het overbruggen van taalbarrières. Hierbij kunnen we denken aan tweetalige zorgverleners, de inzet van tolken, informatiemateriaal in de eigen taal en de inzet van sleutelpersonen. Sleutelpersonen die zich richten op vluchtelingen worden vaak ingezet om de doelgroep te bereiken en informatie over te dragen. Daarbij spelen ze een rol in het overbruggen van taalbarrières, maar ook culturele barrières. Overigens kunnen zich ook bij cultuursensitieve en inclusieve zorg taalbarrières voordoen.

De experts geven aan dat cultuurspecifieke zorg alleen geboden moet worden wanneer dit echt nodig is. De experts geven aan dat een cultuursensitieve of inclusieve aanpak wenselijk is als de zorgvraag niet samenhangt met een specifieke culturele achtergrond en het niet noodzakelijk is dat de zorgverlener of tolk diezelfde achtergrond en taal heeft. Inclusieve zorg is breed inzetbaar, in tegenstelling tot cultuurspecifieke zorg die volgens de experts alleen geboden moet worden als inclusieve zorg niet voldoende aansluit bij de specifieke zorgvragen of achtergrond van de doelgroep.

In sommige situaties kan cultuurspecifieke zorg, dus een interventie of behandeling gericht op een specifieke culturele groep en in een specifieke taal, wel nodig zijn. Bijvoorbeeld voor recente vluchtelingen die nog geen Nederlands of Engels verstaan. Of bij psycho-educatie voor een groep waar een specifiek cultureel taboe op psychische problemen bestaat.

Aanknopingspunten voor zorgaanbieders zijn dan te vinden in:

- het zoeken naar oplossingen om zorgprofessionals met die specifieke culturele achtergrond en taal, aan te nemen. Hoewel diploma's uit het land van herkomst in Nederland vaak lager worden gewaardeerd en de BIG-registratie voor zorgprofessionals een hoge drempel voor veel migranten met een medische achtergrond blijkt te zijn, is het in een pilot voor Oekraïense psychologen wel gelukt om hen in Nederland te laten werken, specifiek voor Oekraïners, hoewel ze (nog) niet volledig voldoen aan de eisen die normaliter aan psychologen gesteld worden.¹²² Een ander voorbeeld is het STRENGTHS project, voor Syrische vluchtelingen.¹²³
- De inzet van tolken, sleutelpersonen en *cultural mediators* in de organisatie verankeren en budgetten hiervoor aanvragen. Ook hierbij is een duidelijk onderscheid nodig tussen deze functies en rollen.
- Samenwerking met zelforganisaties om de doelgroep te bereiken.
- En tot slot kunnen cultuurspecifieke interventies vertaald worden naar andere culturele groepen.

121 Bellaart, H., A. Sarti, J. Achahchah, M. Badoe (2020) *Cultuursensitief-zorgaanbod*. Utrecht: KIS

122 [Vluchtelingen uit Oekraïne kunnen straks terecht bij psycholoog uit eigen land | Nieuwsbericht | Rijksoverheid.nl](https://www.empatiaprogram.nl/en/home)
<https://www.empatiaprogram.nl/en/home>

123 <https://vu.nl/nl/nieuws/2022/laagdrempelige-hulp-bij-psychische-problemen-bij-vluchtelingen>

Cultuursensitief en inclusief werken

In de kennissynthese Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning¹²⁴ wordt toegankelijke, cultuursensitieve zorg als determinant voor zorggebruik door vluchtelingen benoemd.

*'Cultuursensitieve zorg richt zich niet alleen op 'het rekening houden met de cultuur of culturele achtergrond'. Met de term wordt verwezen naar een bredere sensitiviteit voor de mogelijke invloed van cultuur, leefsituatie, migratiegeschiedenis, minderheidspositie en achterstanden op het leven en problemen van de cliënt. Deze sensitiviteit is een essentiële competentie voor professionals in de zorg. Van de Haterd, van de, Poll, Felten, Vos & Bellaart (2010) geven aan dat cultuur daarbij niet gezien moet worden als statisch begrip. Er zijn immers veel verschillen en ieder persoon geeft zijn eigen invulling aan cultuur.'*¹²⁵

In de beleidsnota Cultuursensitieve zorg wordt het belang van cultuursensitieve zorg als volgt beschreven door de minister van SZW en de minister voor Langdurige Zorg en Sport: *'De kwaliteit van zorg hangt samen met de mate waarin men kan omgaan met diversiteit. Het zou daarbij niet mogen uitmaken wie iemand is. Goede en passende zorg is cliënt- en/of patiëntgericht en afgestemd op iemands reële behoefte. Zo zou, gezien het groeiende aantal mensen met een migratieachtergrond die zorg nodig hebben, de komende jaren extra aandacht nodig kunnen zijn voor culturele aspecten en kennis van de impact van migratie.'*¹²⁶

Pharos¹²⁷ geeft als aandachtspunt bij cultuursensitieve zorg dat de etnisch-culturele achtergrond niet per definitie het startpunt is, dat mensen niet gereduceerd moeten worden tot een cultuur die hun hele doen en laten bepaalt.

124 Haker et al, 2016.

125 Bellaart, H., A. Sarti, J. Achahchah, M. Badoe (2020) [Cultuursensitief-zorgaanbod](#)

126 Minister van VWS en minister voor LZ en S (2023) [Beleidsnota Cultuursensitieve zorg](#).

127 Goorts, I. en Kolste, R. (2023) [Visiedocument: cultuursensitief werken](#)

Zorgverleners moeten kunnen inschatten wanneer de cultuur relevant is voor de patiënt of cliënt en de behandelrelatie, en daar naar handelen. En daarbij is zelfreflectie door zorgverleners van belang: inzicht in hoe de eigen culturele achtergrond en het eigen referentiekader invloed heeft op de (professionele) blik en het handelen.

Dit vraagt om **interculturele competenties** bij de zorgverleners, waardoor zij die cultuursensitieve zorg kunnen verlenen.¹²⁸ Onder (inter)culturele competenties verstaan we kennis van achtergrondkenmerken en leefsituatie van cliënten/patiënten, interculturele communicatieve vaardigheden en de attitude met betrekking tot het eigen referentiekader. Pharos heeft dit in een infographic weergegeven.¹²⁹

Bij zorg aan asielzoekers, statushouders en ongedocumenteerden is daarnaast ook kennis nodig van de mogelijke invloed van de vluchtreis en (het wachten op/ontbreken van) verblijfsrecht op de gezondheid van belang. En tot slot: zorgverleners, waaronder ook assistenten van huis- en tandartsen, die met asielzoekers en ongedocumenteerden te maken kunnen krijgen, moeten op de hoogte zijn van de regelgeving rondom (financiering van) zorgverlening aan deze twee groepen.¹³⁰

Om cultuursensitief werken te bevorderen, is een **gevoel van urgentie** bij de organisaties nodig, zowel op uitvoerend als op managementniveau. Sommige ggz-instellingen zijn gespecialiseerd in cultuursensitieve zorg, zoals Centrum '45 en i-Psy. Maar de meeste zorgverleners hebben een brede doelgroep, waaronder vluchtelingen. Bij hen kan dat gevoel van urgentie voortkomen vanuit de al bereikte doelgroep: waar een aanzienlijk deel van de cliënten/patiënten een niet-Nederlandse achtergrond heeft (bijvoorbeeld in de grote steden) zal

128 Hilderink et al., 2009.

129 [Infographic-cultuursensitief-werken.pdf \(pharos.nl\)](#)

130 Dokters van de Wereld (2018) [De-deur-naar-zorg.pdf](#)

men meer inzicht hebben in gezondheidsverschillen en zorggebruik en waarschijnlijk meer geneigd zijn tot aanpassingen in de werkwijze dan waar het om kleine aantallen gaat.

De RVS noemt het van belang dat er meer gewerkt wordt aan **cultuursensitiviteit binnen het reguliere zorgaanbod**, in aanvulling op het huidige cultuurspecifieke zorgaanbod. De uitwisseling van kennis tussen generalistische zorgaanbieders en cultuurspecifieke zorgaanbieders is nodig omdat het cultuurspecifieke zorgaanbod vaak geconcentreerd is in grote steden in de randstad. Daarbij kan de aanwezigheid van cultuurspecifieke instellingen de prikkel voor generieke zorgaanbieders om cultuursensitief te werken, verkleinen. De ontwikkelde cultuurspecifieke kennis over zorg zou volgens de RVS meer verspreid moeten worden onder generieke zorgverleners.¹³¹

Een **divers personeelsbestand** kan ook leiden tot meer aandacht vanuit de zorgverleners voor specifieke behoeften van patiënten met een andere culturele achtergrond¹³² en meer sensitiviteit voor (onderlinge) verschillen.¹³³ En de experts geven aan dat de nieuwe generatie zorgverleners zelf al iets meer divers is en ook meer gewend is aan culturele diversiteit. Dat kan bevorderend zijn voor een cultuursensitieve aanpak, hoewel men hiermee niet automatisch ook voldoende interculturele competenties heeft.

Inclusieve zorg gaat een stap verder dan cultuursensitieve zorg. Volgens Bellaart et al¹³⁴ *'... staat cultuur niet los van andere kenmerken zoals sekse, etniciteit, sociaaleconomische positie, nationaliteit en seksuele voorkeur en de verschillen tussen mensen zijn machtsgeladen. Het uitgangspunt dat al deze kenmerken*

131 RVS, 2022.

132 Seeleman et al., 2008.

133 RVS, 2022.

134 Bellaart, H., A. Sarti, J. Achahchah, M. Badoe (2020) [Cultuursensitief-zorgaanbod](#)

bijdragen aan betekenisgeving en identiteit wordt 'intersectionaliteit' of 'kruispuntdenken' genoemd.'

In hoofdstuk 2 zagen we al dat naast de culturele achtergrond en verblijfsstatus, ook factoren als geslacht en leeftijd van invloed kunnen zijn op de gezondheid en het zorggebruik van vluchtelingen.

De Raad voor de Volksgezondheid en zorg geeft in het Essay Passende zorg is inclusieve zorg¹³⁵ ook aan dat naast toenemende diversiteit op het gebied van herkomst, (toenemende) diversiteit op het gebied van gender en seksuele oriëntatie steeds zichtbaarder wordt. Zij benoemen dan ook de noodzaak van voor meer aandacht voor diversiteit in de zorg, omdat dit helpt om ongelijkheden tussen en discriminatie van groepen te benoemen. Maar om het risico van groepsdenken en stereotypering tegen te gaan, pleit de RVS voor inclusieve zorg, waarbij nadrukkelijk ook de vraag wordt gesteld wanneer verschil ertoe doet en wanneer niet. Dus om *'het ontwikkelen van bewustzijn, kennis en begrip voor verschillen in gezondheid en zorg, waarin de maatschappelijke context van de cliënt (datgene wat iemand als mens nog meer bepaalt, behalve de beperking of ziekte) wordt meegenomen en wordt geplaatst tegen de achtergrond van discussies over financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid en passende zorg.'*

Net als bij cultuursensitieve zorg vraagt inclusieve zorg nadrukkelijk iets van de **organisatie van zorg en ondersteuning, op alle niveaus**. Bewustwording van de noodzaak tot inclusieve zorg en de gezondheidswinst die hiermee te behalen is, moet plaatsvinden onder zowel onderzoekers en zorgprofessionals als bestuurders en beleidsmakers. De RVS¹³⁶ noemt de consequenties van inclusieve zorg, voor de vraag welke (basis)kennis gedeeld en gereproduceerd wordt, welke behandelingen wel en niet vergoed worden, welk aanbod van zorg

135 RVS, 2022.

136 RVS, 2022.

en ondersteuning als maatschappelijk relevant wordt gezien en wie daarover mogen meebeslissen. En voor de vraag wie bepaalt wat passende zorg is. In de volgende paragraaf en in het laatste hoofdstuk komen we terug op de punten met betrekking tot beleid en onderzoek. Hier gaan we nog in op de rol van zorgaanbieders en specifiek die van werkgevers in de zorg.

Werkgevers in de zorg kunnen op twee manieren bijdragen aan inclusieve zorg: door het **tegengaan van bewuste en onbewuste discriminatie** van zorgvragers en zorgverleners en door een divers personeelsbestand te bevorderen.

Pharos deed onderzoek naar gevolgen van discriminatie op de gezondheid van cliënten en patiënten en hoe dit tegen te gaan.¹³⁷

Volgens de RVS¹³⁸ is hier meer nodig dan de eerste stappen als de benoeming van Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme en de voornemens van het ministerie van VWS om te komen met een brede aanpak tegen discriminatie in de zorg.

Het vergroten van de diversiteit van het personeel binnen alle lagen van zorgorganisaties zou ook een prioriteit moeten zijn van werkgevers, zo geeft de RVS aan.¹³⁹ Door **inclusief personeelsbeleid** te voeren, wordt de zorg een aantrekkelijker sector om in te werken en is de zorg beter in staat zijn om in te spelen op de toenemende diversiteit in zorgvragen.

137 Loenen, T. van, Hosper, K., Venderbos, J. (2022) Discriminatie en Gezondheid. Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen. Utrecht: Pharos.

138 RVS, 2022.

139 RVS, 2022.

Effectieve en cultuursensitieve interventies en instrumenten

Naast de **bereidheid** tot cultuursensitief en inclusief werken en de bijbehorende competenties, is **kennis** nodig over effectieve én cultuursensitieve interventies en instrumenten.

De experts geven aan dat het **aantal bewezen effectieve interventies** voor zorg voor vluchtelingen nog erg beperkt is. PM+ management wordt genoemd als enige interventie waarvan de effectiviteit is aangetoond met een RCT (randomised controlled trial). Er is een groot aantal interventies ontwikkeld en vaak ook theoretisch onderbouwd en geëvalueerd, maar er is meer onderzoek nodig om de werkelijke effectiviteit van interventies aan te tonen.

Ook ontbreekt het nog aan een **volledig overzicht van interventies** die effectief of veelbelovend én geschikt zijn voor vluchtelingen. Het enige uitgebreide overzicht dat bij de onderzoekers en de experts bekend is, is de GIDS Preventieve interventies voor het versterken van de psychische gezondheid en veerkracht van vluchtelingen van Arq en Pharos. Ook van deze interventies zijn slechts enkele erkend als 'goed onderbouwd', laat staan dat de effectiviteit is aangetoond.

Enkele interventies voor zorg voor vluchtelingen zijn versnipperd opgenomen in verschillende online databases:

- Op [Loketgezondleven.nl](https://loketgezondleven.nl) zijn Mindspring en Vluchtelingenkind in de klas de enige twee interventies die 'goed onderbouwd' cq 'goed beschreven' zijn en zich op vluchtelingen richten. Daarnaast worden 17 interventies gevonden via de zoekterm 'cultuursensitief'. Slechts bij twee hiervan zijn er 'sterke aanwijzingen voor effectiviteit'.
- Op de websites van het [Trimbos-instituut](https://www.trimbos.nl) is het niet mogelijk om te zoeken op doelgroep of termen als cultuursensitief. Ook op de databank interventies van [Vilans](https://www.vilans.nl) is het niet mogelijk om interventies te zoeken met vluchtelingen als doelgroep of op cultuursensitief.

- De [JGZ interventiebibliotheek](#) levert geen resultaten op via zoektermen als 'vluchteling', 'statushouder', 'migratie', 'cultuur' of 'cultuursensitief'.
- De [databank effectieve jeugdinterventies](#) bevat 4 goed onderbouwde interventies gericht op vluchtelingen maar niet op gezondheid, en 9 interventies (waarvan 8 goed onderbouwd en 1 effectief volgens goed aanwijzingen) gericht op de gezondheid, overgewicht, seksualiteit en/of weerbaarheid van kinderen of jongeren met een migratie-achtergrond.
- In de [Databank Effectieve sociale interventies](#) van Movisie is één goed beschreven interventie opgenomen die zich richt op het bestrijden van eenzaamheid bij onder andere vluchtelinggezinnen.

Een volledig en actueel online overzicht van relevante interventies zou kunnen bijdragen aan de zichtbaarheid en vindbaarheid voor zorgaanbieders, zorgvragers, sleutelpersonen en financiers.

Uit het groepsgesprek met projectleiders komt op het punt van effectieve, cultuursensitieve interventies een onderscheid naar voren tussen formele zorgverleners en informele (zelf-)organisaties. In de formele (eerste- en tweedelijns)zorg is het hanteren van bewezen effectieve interventies en instrumenten de norm. De culturele sensitiviteit van dergelijke interventies vraagt nog echter wel aandacht. Organisaties die zich specifiek richten op de doelgroep vluchtelingen (of nieuwkomers), zoals zelforganisaties werken vaak cultuurspecifiek en/of cultuursensitief, maar hebben minder aandacht en tijd voor (het meten van) de effectiviteit. Doordat dit type organisaties veelal actief is in de nuldelijn en de preventieve zorg, en dus door gemeenten gefinancierd wordt, hangt de mate waarin zij aandacht besteden aan (het meten van) de effectiviteit van de interventie, af van de eisen die gemeenten (of andere financiers) daaraan stellen.

Interventies en instrumenten die zowel effectief (of veelbelovend) als cultuursensitief zijn, zijn onder andere met financiering van ZonMw ontwikkeld door verschillende typen organisaties, zoals universiteiten en professionele categorale organisaties, zoals ARQ en Pharos en stichting Centering Nederland.

In meerdere projecten binnen het programma Zorg voor vluchtelingen zijn interventies ontwikkeld door formele organisaties en uitgevoerd door zelforganisaties, of **gezamenlijk ontwikkeld**. In een van deze projecten die we voor deze rapportage hebben bekeken is de interventie grotendeels ontwikkeld en uitgevoerd door een zelforganisatie, maar was samenwerking met Pharos noodzakelijk om ZonMw subsidie aan te kunnen vragen. Uit het groepsgesprek met projectleiders bleek dat het toegankelijker maken van (project)subsidies die -zoals van ZonMw- voor semiprofessionele organisaties kan bijdragen aan verdere professionalisering en de aandacht voor effectiviteit vergroten.

Samenwerking tussen verschillende typen zorgaanbieders

Tot slot liggen er mogelijkheden in het bevorderen van samenwerking tussen verschillende typen zorgaanbieders (preventief en curatief, formeel en informeel), niet alleen bij de ontwikkeling van interventies – zoals hiervoor benoemd- maar ook in de uitvoering en voor opschaling.

Als interventies gezamenlijk ontwikkeld worden met meerdere organisaties, wordt ook het probleem van '*not invented here*' deels ondervangen: organisaties/professionals zijn niet altijd geneigd om een interventie over te nemen die in een andere setting en organisatie is ontwikkeld.

Dergelijke samenwerking vraagt wel om een gelijkwaardige positie en onderling vertrouwen, zo geven de projectleiders aan. Dit vertrouwen is niet vanzelfsprekend en hangt vaak van individuen af.

Als belangrijke voorwaarde voor het bevorderen van samenwerking tussen verschillende typen organisaties, noemen de projectleiders en experts het ontschotten van (structurele) financiering. Dit ligt op het niveau van beleid en niet direct binnen de invloedssfeer van ZonMw. Hier gaan we in de volgende paragraaf op in.

Inzet en training van sleutelpersonen

In de literatuur worden ten minste zeven verschillende rollen van sleutelpersonen genoemd, zoals (cultureel) vertaler, voorlichter, adviseur en vertrouwenspersoon.¹⁴⁰ Ook in de praktijk blijkt dat de verschillen en overeenkomsten tussen sleutelpersonen, *cultural mediators* en ervaringsdeskundigen nog vaak onduidelijk zijn. Het is daarom van belang om zorgverleners te voorzien van een duidelijke beschrijving van deze verschillende functies en rollen, en de context en randvoorwaarden voor de inzet van deze tussenpersonen.

En anderzijds is het belangrijk dat sleutelpersonen en andere intermediairs goed getraind in hun eigen rol en voldoende kennis hebben van de zorg en het signaleren van klachten. De trainingen van Pharos, FSAN en GGD worden door de geïnterviewde sleutelpersonen erg waardevol genoemd, net als de opleiding tot ervaringsdeskundige. Ter aanvulling kunnen ook *e-learning*s ingezet worden, zoals die van de GGZ Ecademy, voor intermediairs en semi-professionals, die vanuit hun beroep of vrijwilligerswerk betrokken zijn bij vluchtelingen en statushouders.¹⁴¹

Implementatie en opschaling op zorgaanbieders niveau

Voor de verspreiding van kennis over cultuurspecifiek, cultuursensitief en inclusief werken, en de implementatie van interventies zijn op het niveau van de (zorg)organisaties meerdere strategieën mogelijk en verschillende vormen van opschaling van belang. In deze paragraaf komen *scaling in* en *scaling out* bij verschillende oplossingsrichtingen aan de orde. Daarnaast is *verticale opschaling* of *scaling up* vaak van toepassing wanneer aanpassingen moeten worden gemaakt in de manier waarop organisaties en systemen functioneren.

¹⁴⁰ De Gruijter, M., Kahnmann, M., Yohannes, R., & Razenberg, I., 2020.

¹⁴¹ Kosteloos leertraject 'Vluchtelingen met psychische klachten en middelengebruik' beschikbaar - GGZ Ecademy

Bijvoorbeeld als het over samenwerking tussen zorgaanbieders gaat en dus om medewerkers uit verschillende organisaties. Wanneer interventies of aanpakken worden opgeschaald is het belangrijk dat wordt gekeken naar de (verschillende) werkwijzen, regels en/of financiële afspraken bij instanties. En soms zijn veranderingen op beleidsniveau nodig om goede opschaling en juiste inzet van zorgverleners mogelijk te maken, hier gaan we in de volgende paragraaf op in.

Voor de verspreiding van kennis liggen vooral de disseminatie en de educatieve strategie voor de hand (zie hoofdstuk 3 en bijlage 3). **Informatie over gezondheidsverschillen en relevante factoren** zoals migratiegeschiedenis en verblijfsstatus wordt al online verspreid door organisaties als Pharos en de Johannes Wierstichting. In hoeverre zorgverleners ook daadwerkelijk bereikt worden met en zoeken naar deze informatie, is moeilijk te beoordelen.

Scholing van zorgverleners is nodig om hun interculturele competenties te vergroten. De experts geven aan dat dit zowel nodig is in de initiële opleiding en na- en bijscholing voor artsen en verpleegkundigen als voor assistenten en ondersteuners die met patiënten te maken hebben.

Er is veel keuze aan trainingen en *e-learning*s cultuursensitief werken; veel organisaties -waaronder ook zelforganisaties- bieden deze aan. In de publicatie van ARQ¹⁴² worden er enkele benoemd, maar een volledig overzicht is ons niet bekend.

Ook is niet bekend in hoeverre in de initiële zorgopleidingen aandacht wordt besteed aan interculturele competenties en inclusief werken.

¹⁴² ARQ (2023) [Veerkrachtige statushouders handreiking voor gemeenten.pdf](#)

Voor organisaties die geen inherente impuls hebben tot cultuursensitief werken, kan vanuit de financiers dit gevoel van urgentie gestimuleerd worden, door voorwaarden te stellen aan het bereiken van en passende zorg bieden aan statushouders (en andere doelgroepen). De ministers van VWS en Langdurige zorg en sport wijzen hierbij ook expliciet op de rol van zorgverzekeraars, in de beleidsnota cultuursensitieve zorg.¹⁴³

Financiers van zorg kunnen dus een rol spelen in opschaling van inclusieve zorg, door de inzet van marktgerichte strategieën: financiële vergoedingen voor zorgaanbieders en via contractering en zorginkoop invloed uitoefenen op de zorgverlening en de competenties en diversiteit van zorgpersoneel. Hier zijn zowel marktgerichte als motiverende en draagvlak vergrotende strategieën aan de orde.

Het **opschalen van cultuursensitieve en effectieve interventies zou via twee sporen moeten gebeuren**. Ten eerste via *scaling in*, waarbij de interventie wordt **versterkt en structureel geïmplementeerd in de eigen organisatie**. Versterking kan plaatsvinden door de doelgroep meer te betrekken en feedback te vragen bij de doorontwikkeling. Implementatie vraagt om minimaal een goede, overdraagbare, methodiekbeschrijving en richtlijnen vanuit directie/management om een interventie in te bedden in de reguliere werkwijze en uit te voeren op alle locaties. Uit de geanalyseerde eindrapportages en het groepsgebesprek met projectleiders kan niet worden opgemaakt of ook gebruik gemaakt wordt van feedback of organisatorische strategieën.

En ten tweede via *scaling out*: uitbreiding naar meer mensen in de beoogde doelgroep, naar andere doelgroepen en naar andere gemeenten.

De bekende interventies gericht op gezondheidsvaardigheden van vluchtelingen richten zich vooral op statushouders die pas kort in de gemeente wonen en asielzoekers. Het is de vraag in hoeverre dat het juiste moment is om dergelijke kennis aan te bieden. Uit de literatuur weten we dat er juist ook onder statushouders die al langer in Nederland zijn en onder ongedocumenteerden relatief veel psychische en lichamelijke problematiek speelt, onder andere vanwege hun hogere leeftijd. Met de behoefte aan zorg zal ook de behoefte aan kennis over het zorgsysteem en gezondheidsvaardigheden toenemen. Ook op dit vlak zou opschaling wenselijk kunnen zijn, waarbij bestaande interventies 'vertaald' worden naar de context van **andere leeftijdsgroepen (met name oudere statushouders en ongedocumenteerden)**. Daarbij zal extra aandacht nodig zijn voor het bereiken van deze doelgroepen, omdat ze vaak niet (meer) in beeld zijn bij de organisaties die zich op nieuwe statushouders richten.

En ten derde via *scaling across*: door niet alleen binnen de zorg op te schalen, maar ook samenwerking te zoeken met organisaties die bijvoorbeeld actief zijn in de inburgering of vanuit andere beleidsterreinen de doelgroep bereiken.

Sommige interventies zijn ontwikkeld voor mensen met een specifieke culturele achtergrond of taalgroep die momenteel veel voorkomt onder statushouders, bijvoorbeeld voor Eritrese (zwangere) vrouwen. Bij deze interventies zou bekeken kunnen worden hoe ze 'vertaald' kunnen worden naar andere culturele groepen (*scaling out*) en/of hoe ze **meer inclusief** kunnen worden. Kortom, welke aanpassingen nodig zijn om ook andere culturele groepen te bereiken, zodat ook op langere termijn (wanneer vluchtelingen uit andere landen van herkomst naar Nederland komen) de aansluiting en effectiviteit geborgd zijn.

Daarbij zouden ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen een belangrijke rol kunnen hebben in de opschaling naar nieuwe doelgroepen, zowel bij het aanpassen van interventies voor een andere (culturele) doelgroep als bij het bereiken van die groep nieuwe deelnemers.

¹⁴³ Minister van VWS en minister voor LZ en S, 2023.

Het opschalen van interventies naar andere gemeenten kan door de uitvoerende organisaties zelf gedaan worden, als zij in meerdere gemeenten werkzaam zijn. Maar geografische opschaling kan ook plaatsvinden door de inzet van **online middelen**. Zo was Centering Pregnancy vanwege de corona-lockdowns gedwongen om hun interventie voor zwangere Eritrese vrouwen online uit te voeren, dit bleek goed te werken en daardoor kunnen ook zwangere vrouwen uit andere woonplaatsen deelnemen.

Daarnaast bieden ontwikkelingen in e-health aanknopingspunten, bijvoorbeeld de gezondheidsapps die in de [GGD AppStore](#) zijn opgenomen. De beschikbare apps zijn weliswaar in het Nederlands en niet gericht op vluchtelingen, met uitzondering van de chatbot van U-RISE¹⁴⁴, maar het principe van **online gezondheidsinformatie** aanbieden aan vluchtelingen (in meerdere talen) is niet nieuw. In het verleden zijn door Pharos de facebookpagina's Syriërs gezond en Eritreeërs gezond opgezet. En verschillende organisaties hebben voorlichtingsfilms en animaties voor vluchtelingen gemaakt over gezondheid en/of het Nederlandse zorgsysteem. Een voorbeeld hiervan is de animatie van Jellinek, over psychische gezondheid voor statushouders, die is ontwikkeld met financiering van ZonMw Zorg voor vluchtelingen.¹⁴⁵ Online middelen kunnen snel een groter bereik hebben, dit helpt het opschalingsproces. Overigens zijn er wel randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan, zoals online toegang en enige computervaardigheden.

Wanneer het opschalen naar andere gemeenten niet binnen de eigen organisatie mogelijk is, kan dit door **samenwerking met andere uitvoerders** en het overdraagbaar maken van de interventie naar andere uitvoerders. Hiervoor zijn strategieën als disseminatie en educatie van belang, maar ook organisatorische strategieën om die samenwerking te bevorderen.

Verspreiding van (de kennis over) succesvolle interventies in de zorg gebeurt bijvoorbeeld via (de website van) ZonMw, vakbladen en conferenties. Bij de interventies die in het kader van deze analyse zijn bekeken, hanteert men dergelijke disseminatie en educatieve implementatie strategieën voor inbedding in de eigen organisatie en voor opschaling naar andere organisaties en gemeenten, in de vorm van publicaties, kleinschalige bijeenkomsten, trainingen en conferenties.

Volgens de geïnterviewde **sleutelpersonen** zouden zij ook een rol kunnen spelen in de opschaling van interventies, door zorgverleners te voorzien van kennis over bestaande cultuursensitieve interventies. Daarvoor is wel van belang dat zij een goed overzicht hebben van alle beschikbare interventies, zodat ze niet eenzijdig adviseren. Uit het groepsinterview bleek niet dat ze een dergelijk overzicht al kennen.

De projectleiders en experts noemen ook de mogelijkheid om marktgerichte strategieën in te zetten, om interventies te implementeren en op te schalen. Daarmee bedoelen ze expliciet niet het stimuleren van concurrentie, want dit blijkt averechts te werken voor implementatie en opschaling, vanwege het grote aantal kleine organisaties met eigen projecten en interventies en met weinig financiering. Van Willigen (2009) constateerde ook dat door de marktwerking in de GGZ de aandacht meer lijkt te gaan naar productieprocessen dan naar de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag van migranten. Maar de marktgerichte strategie, in de vorm van **het stellen van voorwaarden door financiers**, ten aanzien van de inzet van effectieve en cultuursensitieve interventies, kan wel positieve uitkomsten hebben, zeker als daarmee het zoeken van aansluiting op andere beleidsterreinen (zoals taalscholen) gestimuleerd wordt (*scaling across*).

144 <https://vu.nl/nl/nieuws/2023/mentale-hulp-aan-vluchtelingen-voor-en-door-oeekraïners>

145 Video's voor statushouders - Jellinek

Als aandachtspunt hierbij noemen de projectleiders wel dat bij veel interventies de financiering van gemeenten komt, wat betekent dat met elke gemeente apart afspraken gemaakt moeten worden om een interventie opgeschaald te krijgen. Voorheen gold hetzelfde voor de AZC's, waar per locatie afspraken gemaakt moesten worden om een programma als Mindspring uit te voeren. Sinds januari 2022 zijn er landelijke afspraken tussen COA en GZA om Bamboe op de AZC's uit te voeren, in plaats van Mindspring.

Voor het opschalen van cultuurspecifieke zorg is de inzet nodig van meer zorgprofessionals met een specifieke culturele achtergrond en taal, inzet van tolken en intermediairs en samenwerking met zelforganisaties. Maar ook bij cultuursensitieve en inclusieve zorg voor een bredere doelgroep zijn een divers personeelsbestand, inclusief personeelsbeleid en het tegengaan van discriminatie van belang. Hierbij gaat het vooral om organisatorische strategieën (*scaling up*).

Binnen de ZonMw projecten en elders is al veel ervaring opgedaan met **samenwerking tussen verschillende typen zorgverleners, met zelforganisaties en met sleutelpersonen**. De opgedane ervaringen met dergelijke samenwerking worden echter nog maar beperkt gedeeld en verspreid. De projectleiders, sleutelpersonen en experts geven in onze groepsgesprekken aan dat die samenwerking vaak afhankelijk is van enkele personen, wat het overdraagbaar maken van de aanpak bemoeilijkt. Toch zijn er ook andere factoren te benoemen die in deze samenwerkingen belemmerend of juist bevorderend werken.

Een van de belemmeringen die in de groepsgesprekken genoemd werd, is onduidelijkheid over de rol van sleutelpersonen en over het **onderscheid tussen sleutelpersonen, cultural mediators, ervaringsdeskundigen en tolken**. Een duidelijke beschrijving van deze functies en rollen is dan ook nodig, om zorgverleners inzicht te geven in de mogelijkheden en meerwaarde van samenwerking en in de randvoorwaarden die nodig zijn voor effectieve inzet van sleutelpersonen en andere tussenpersonen.

En ook het beschrijven en disseminatie van *good practices* van samenwerking zou verdere opschaling ondersteunen. Daarnaast zijn ook organisatorische strategieën nodig om de inzet van sleutelpersonen en ervaringsdeskundigen structureel mogelijk te maken (*scaling up*), en educatieve strategieën voor hun (na)scholing en training.

Tot slot halen we de aanbeveling van de RVS aan, dat de **rijksoverheid en zorginkopers** – zoals gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren – betere samenwerking en kennisdeling tussen generieke en diversiteitsspecifieke aanbieders van zorg zouden moeten aanjagen.¹⁴⁶

4.3. Beleid

Deze paragraaf behandelt de oplossingsrichtingen op beleidsniveau, waarmee we zowel het beleid van de rijksoverheid als van gemeenten en andere zorginkopers bedoelen.

Structurele financiering zorg

Het eerder genoemd punt, het ontschotten van structurele financiering, ligt op het niveau van beleid en niet direct binnen de invloedssfeer van ZonMw. De manier waarop de financiering van de zorg in Nederland is georganiseerd, maakt het voor zorgaanbieders lastiger om samen te werken met andere typen organisaties. De curatieve zorg, waaronder huisartsen en geestelijke gezondheidszorg, voor asielzoekers en vluchtelingen met een tijdelijke verblijfsvergunning (statushouders) die in de asielopvang verblijven, valt onder het ministerie van Justitie en Veiligheid en wordt gefinancierd door het COA via de RMA (Regeling medische zorg asielzoekers). De publieke gezondheidszorg in de AZC's, waaronder voorlichting, en de jeugdgezondheidszorg worden uitgevoerd door de GGD-en en JGZ-instellingen, in opdracht van het COA. De jeugdhulp

¹⁴⁶ RVS, 2022.

in AZC's en in de opvang voor AMV's (alleenstaande minderjarige vreemdelingen) valt sinds januari 2019 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en wordt in overleg met COA en Nidos uitgevoerd.¹⁴⁷

De zorg voor statushouders na vestiging in een gemeente en andere nieuwkomers met een verblijfsvergunning valt, net als voor Nederlandse burgers, onder het ministerie van VWS. De huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg worden gefinancierd door de zorgverzekeraars. Preventieve zorg, openbare geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp worden gefinancierd door gemeenten en uitgevoerd door GGD-en en jeugdzorginstellingen.¹⁴⁸ En de langdurige zorg wordt gefinancierd vanuit de zorgkantoren. De complexe structuur van financiering en regelingen maakt samenwerking lastig, zeker tussen organisaties die onder verschillende financieringsstromen vallen.

Huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg

Zowel de projectleiders als experts hebben tijdens onze groepsgesprekken hun zorgen uitgesproken over het tekort aan huisartsen en de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg. Zij noemden dat deze met name extra problematisch kunnen zijn voor vluchtelingen die een huisarts moeten zoeken als ze uit het AZC komen, voor wie digitale huisartsenzorg een obstakel kan zijn en voor wie een lange wachttijd voor de GGZ in combinatie met cultuurbarrières kan leiden tot het afzien van behandeling. Op beleidsniveau, specifiek het beleid van zorgverzekeraars, kan ingezet worden op het vergroten van interculturele competenties van deze zorgverleners en hun ondersteunende medewerkers

zoals de POH- GGZ en assistenten, zodat zij de doelgroep en hun zorgbehoeften beter begrijpen en de communicatie verbetert. Naast de inzet van tolken en sleutelpersonen kan dit bijdragen aan een snellere en betere formulering van de zorgvraag, met minder tijdsinvestering tot gevolg.

De experts noemen tijdens ons gesprek de inzet op welzijn en preventieve zorg, zoals psycho-educatie en het versterken van gezondheidsvaardigheden, als essentieel om de druk op huisartsenzorg en ggz te verminderen.

Financiering gemeenten m.b.t. preventietaken

In het landelijke zorgbeleid bestaat weinig aandacht voor specifieke doelgroepen op grond van culturele of migratie-achtergrond. De RVS constateerde in oktober 2022 dat er op dat moment geen duidelijke beleidsvisie of anderzootige regievoering van het ministerie van VWS was over diversiteit en inclusieve zorg.¹⁴⁹ Recente ontwikkelingen zoals GALA, IZA en de SPUK bieden gemeenten de mogelijkheden om alle financiële middelen voor preventietaken te bundelen en een integraal preventief gemeentelijk beleid te ontwikkelen, met een focus op gezondheid in plaats van zorg.¹⁵⁰ Daarbij wordt gesproken over gezondheidsverschillen en groepen met een lage SES of laag inkomen. Vluchtelingen en andere migranten maken hier relatief vaak deel van uit, maar worden niet specifiek benoemd. Hiermee ontbreekt een stimulans om in het lokale beleid aandacht te besteden aan inclusief beleid en knelpunten rondom cultuursensitieve zorg of het bereiken van vluchtelingen.

147 GGD-GHOR Nederland (2019) [Factsheet-Gezondheidszorg Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers - GGD GHOR Nederland](#)

148 CBS (2022) [Hoe betalen wij voor de zorg?](#)
[Zorgmarkt advies \(2015\) Financiering van preventie](#)

149 RVS, 2022.

150 SPUK-regeling versterkt lokale aanpak gezondheidsverschillen ([pharos.nl](#))

Landelijk beleid stimuleren cultuur sensitieve zorg

Ook in het kader Passende zorg van het Zorginstituut Nederland komen termen als cultuur, migratie, cultuursensitief of inclusieve zorg niet aan de orde.¹⁵¹ De RVS heeft in oktober 2022 de regering opgeroepen om van inclusieve zorg een integraal beleidsthema te maken op landelijk niveau en zelf sturing te geven door te normeren in relatie tot discriminatie, te faciliteren en door de prioriteit te leggen bij mensgerichte inclusieve zorg en niet bij houdbaarheid van de zorg.¹⁵²

In december 2022 verscheen een Kamerbrief van de minister van VWS en de minister voor Langdurige Zorg en Sport¹⁵³ over cultuursensitieve zorg. Daarin worden concrete maatregelen gepresenteerd op het gebied van cultuursensitieve zorg, die betrekking hebben op de toegang tot passende zorg, de herkenbaarheid en de effectiviteit en kwaliteit:

1. Kennisuitwisseling tussen cultuurgenerieke en specifieke zorg.
2. Versterken van de stem van cliënten en patiënten.
3. Een aanpak voor de knelpunten op het gebied van tolken.
4. Een cultuursensitieve benadering in opleidingen en op de arbeidsmarkt.
5. Het stimuleren en vergroten van het urgentiebesef van een cultuursensitieve benadering door het ministerie van VWS.

Volgens de ministers zou er ook binnen GALA en IZA aandacht moeten komen voor cultuur sensitieve zorg. Tot slot wordt de inzet van sleutelpersonen in de kamerbrief expliciet benoemd.

¹⁵¹ Zorginstituut (2022) [Kader Passende zorg](#)

¹⁵² RVS, 2022.

¹⁵³ Minister van VWS en minister voor LZ en S, 2023.

Wet inburgering

Op gemeentelijk niveau zijn meer aanknopingspunten te vinden, aangezien ze ook verantwoordelijk zijn voor de inburgering en integratie van nieuwkomers.¹⁵⁴ De Wet Inburgering 2021 besteedt meer dan de vorige wet aandacht aan de gezondheid van nieuwkomers. In de brede intake door gemeenten is gezondheid een thema, om te kunnen bepalen in welke inburgeringsroute men het beste past en welke randvoorwaarden nodig zijn voor een succesvol inburgeringstraject. In diverse NT2 lesmethoden die gebruikt worden in de inburgering, komt gezondheid en zorggebruik aan de orde, maar dit is geen verplichting. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld psycho-educatie bieden, als een onderdeel van de participatiecomponent van de inburgering, maar ook hiervoor bestaat geen wettelijke verplichting of richtinggevend kader.

Gemeentelijk beleid voor verschillende groepen vluchtelingen

Naast een integrale aanpak van zorg en inburgering, kunnen op lokaal en regionaal niveau ook andere schotten in financiering overstegen worden. Gemeenten kunnen via de Wet Inburgering een rol hebben in de centrale opvang, door daar al te starten met de inburgering voor statushouders. Maar gemeenten zijn ook de financiers voor de GGD-en. In die rol kunnen ze GGD-en stimuleren om hun aanbod in en buiten de AZC's meer op elkaar te laten aansluiten. De plannen van het (demissionaire) kabinet om gemeenten een grotere rol te geven in de opvang van asielzoekers, biedt nog meer mogelijkheden, net als de gemeentelijke opvang van Oekraïense ontheemden. En tot slot, is een aantal grote gemeenten verantwoordelijk voor de LVV's: de landelijke vreemdelingenvoorzieningen, waarin ongedocumenteerden worden opgevangen en hebben andere gemeenten (vooral de centrumgemeenten voor de maatschappelijke opvang) ook te maken met ongedocumenteerden, zoals

¹⁵⁴ ARQ, 2023.

Dublin-claimanten, ongewenst verklaarden en personen uit veilige landen. In dat kader zijn er al enkele voorbeelden waarbij (geestelijke) gezondheidszorg beschikbaar is voor zowel ongedocumenteerden als voor statushouders en/of voor asielzoekers, zoals een zorgcafé en een METS-groep (*method for empowerment of trauma survivors*) van Dokters van de Wereld.

Implementatie en opschalen op beleidsniveau

Voor het opschalen van effectieve en cultuursensitieve en inclusieve zorg voor vluchtelingen, spelen gemeenten dus een belangrijke rol. Op dit niveau staat verticaal opschalen of *scaling up* centraal: het is van belang om goed te kijken naar bestaande werkwijzen en regelgeving en te onderzoeken welke eventuele aanpassingen daarin mogelijk en nodig zijn.

Gemeenten kunnen marktgerichte, organisatorische en faciliterende strategieën inzetten om **domeinoverstijgend, integraal beleid** te voeren en de beschikbare interventies en de mogelijkheden om samenwerking tussen formele zorgverleners, de informele zorg, zelforganisaties en sleutelpersonen te bevorderen. Daarvoor zouden gemeenten eerst meer bewust gemaakt moeten worden van de noodzaak van passende zorg voor vluchtelingen en beter bereikt moeten worden met kennis over de mogelijkheden. Ook hier liggen als strategieën weer vooral disseminatie en educatie voor de hand.

Maar via *scaling up* (het vastleggen in wet- en regelgeving, of via afspraken tussen overheden onderling en met uitvoerende organisaties) kan ook de **Rijksoverheid** hier een rol in spelen. Bijvoorbeeld door domeinoverstijgend, integraal beleid door gemeenten te stimuleren en eventuele obstakels weg te nemen, onder andere in de financiering(svoorwaarden) voor zorg voor verschillende groepen (zoals statushouders, asielzoekers en ongedocumenteerden). Marktgerichte strategieën lijken ook voor andere sectoren in de gezondheidszorg van belang, waar de financiering niet via gemeenten maar via zorgkantoren en zorgverzekeraars loopt. Of waar het COA de zorg inkoopt, voor asielzoekers en statushouders in de centrale opvang.

5 Conclusies en aandachtspunten

In de voorgaande hoofdstukken zijn de knelpunten en oplossingsrichtingen beschreven rond opschaling van kennis en innovatie binnen het werkveld zorg en ondersteuning voor vluchtelingen. In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste bevindingen en conclusies samen en geven we suggesties voor de rol die ZonMw kan spelen om opschaling te bevorderen. De knelpunten en oplossingsrichtingen die we hebben gevonden, hebben deels specifiek betrekking op het werkveld zorg en ondersteuning voor vluchtelingen. Maar een deel van de knelpunten en oplossingen heeft betrekking op de bredere context van inclusieve zorg. Daarom maken we hieronder onderscheid tussen:

ZonMw
ZvV

Aanbevelingen voor het programma *Zorg voor vluchtelingen (ZvV)* en

ZonMw

Aanbevelingen die in meerdere, of alle programma's van ZonMw zouden kunnen worden toegepast.

Veel kennis beschikbaar, maar nog niet uitputtend

In hoofdstuk 2 hebben we een overzicht gegeven van beschikbare kennis over de gezondheid van vluchtelingen en hun zorggebruik. Ook hebben we gekeken naar factoren die een relatief laag zorggebruik onder deze groep beïnvloeden. We kunnen concluderen dat er al veel kennis beschikbaar is over een recente vluchtelinggroep als de Syrische, en over geestelijke gezondheid. Ook zien we

dat er soms flinke verschillen in gezondheid en/of zorggebruik zijn naar land van herkomst, verblijfsstatus en verblijfsduur. In de toekomst zal dan ook onderzoek nodig blijven onder andere, nieuwere en kleinere vluchtelinggroepen, bijvoorbeeld uit Eritrea, Turkije en Jemen, om te bezien of zij qua gezondheid en zorggebruik afwijken van de bekende en onderzochte groepen. Daarbij blijft het van belang om een intersectionele benadering te hanteren, door bijvoorbeeld ook factoren als geslacht en leeftijd mee te nemen. De RVS¹⁵⁵ pleit voor een impuls voor onderzoek naar de manier waarop sociaaleconomische gezondheidsverschillen en andere sociale, etnische en biologische verschillen elkaar kunnen versterken. Tevens is nog weinig bekend over zwaardere psychische problematiek, over fysieke gezondheid en over het gebruik van preventieve zorg.

ZonMw

ZonMw zou in toekomstige calls meer richtinggevend kunnen zijn in onderwerpen van onderzoek, op basis van kennislacunes.

ZonMw

ZonMw zou in toekomstige calls in alle ZonMw programma's aandacht kunnen vragen voor een intersectionele benadering, waarbij migratie-achtergrond nadrukkelijk wordt meegenomen.

Brede verspreiding van beschikbare kennis noodzakelijk

Aangezien statushouders via de 'Gemeentelijke Taakstelling Huisvesting Statushouders' evenredig 'verdeeld' worden over gemeenten, kunnen zorgverleners in het hele land te maken krijgen met patiënten met een vluchtelingenachtergrond. Dit in tegenstelling tot andere groepen met een migratieachtergrond, die relatief vaak in de grotere steden wonen. Naar mate de groep vluchtelingen ouder wordt, zal deze meer zorg nodig hebben en zullen de contacten tussen (reguliere) zorgverleners en vluchtelingen toenemen.

155 RVS, 2022.

De beschikbare kennis moet dan ook breed verspreid worden, waarbij een actieve benadering nodig is richting zorgverleners die (nog) niet veel vluchtelingen onder hun patiënten hebben en daardoor wellicht niet zelf op zoek gaan naar informatie.

ZonMw

ZonMw kan bij financiering van onderzoek specifieke eisen stellen ten aanzien van disseminatie van de resultaten bij lokale zorgverleners, ook als zij in hun huidige praktijk niet dagelijks met deze doelgroep te maken hebben.

ZonMw

En disseminatie van kennis en interculturele competenties via beroepsopleidingen en beroepsverenigingen (i.v.m. na- en bijscholingen) stimuleren.

Kritisch bezien of nieuwe interventies nodig zijn

Bij het opstellen van voorliggende analyse zijn we een flink aantal interventies gericht op vluchtelingen tegengekomen. Een deel daarvan lijkt op elkaar, qua doel, maar ook qua werkwijze en doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn Mindspring, Mindfit en Bamboe. En soms lijkt zelfs sprake te zijn van concurrentie tussen interventies. Het opschalen van bestaande interventies zal dan ook een grotere prioriteit moeten krijgen dan het ontwikkelen van nieuwe interventies.

ZonMw
ZvV

ZonMw kan in toekomstige calls van het programma Zorg voor vluchtelingen als voorwaarde stellen dat in projectvoorstellen reeds bestaande, goed beschreven interventies worden gebruikt en dat deze indien nodig aangepast worden voor een nieuwe of bredere doelgroep, tenzij duidelijk wordt aangetoond dat er behoefte is aan een geheel nieuwe interventie.

Inzet van online middelen voor het informeren van cliënten en patiënten

De laatste jaren zijn meerdere initiatieven ontwikkeld voor *e-health* en online informatie of begeleiding, waarvan een deel gericht is op vluchtelingen en bijvoorbeeld in meerdere talen wordt aangeboden. Dit biedt mogelijkheden voor geografische opschaling, over gemeentegrenzen heen. In het vorige hoofdstuk noemden we al enkele voorbeelden en ook ARQ¹⁵⁶ noemt verschillende voorbeelden.

Bij de inzet van online middelen voor vluchtelingen moet wel rekening worden gehouden met het feit dat een deel van de doelgroep weinig digitale vaardigheden heeft.

ZonMw
ZvV

ZonMw zou in het programma Zorg voor vluchtelingen de inzet van *e-health* voor vluchtelingen kunnen stimuleren, en de combinatie van *e-health* met bestaande, effectieve of veelbelovende interventies, om deze op te schalen. Daarbij moet wel aandacht zijn voor het zoeken naar structurele financiering voor het onderhoud van het materiaal/ apps/websites, omdat gemeenten minder geneigd zullen zijn om een al bestaand en gemeente-overstijgend instrument te financieren.

ZonMw

Ook in 'algemene' *e-health* projecten kan ZonMw inclusiviteit stimuleren, bijvoorbeeld door aandacht voor cultuursensitiviteit en voor laaggeletterdheid.

156 ARQ, 2023.

Interculturele competenties en inclusieve zorg

Om de benodigde competenties van zorgverleners voor cultuursensitieve en inclusieve zorg te versterken, is aandacht nodig in zorgopleidingen en bij- en nascholingen. Dit wordt ook door de RVS benoemd:

*'Naast versterking van de benutting van kennis over diversiteit in het zorgaanbod is het van belang dat kennis over de relatie tussen diversiteit en gezondheid steviger verankerd wordt in zorgopleidingen en bij- en nascholingen en bij het ontwikkelen van standaarden. Dat betekent dat inclusie niet langer gezien wordt als een aparte competentie, maar als onderdeel van het 'reguliere' vaardigheden en competenties zoals klinisch besluitvorming. Bovendien is meer structurele aandacht nodig voor diversiteitssensitief werken, met name in medische curricula en opleidingsprofielen. Beroepsgroepen en koepels hebben hierbij zelf de verantwoordelijkheid om in de vormgeving van nieuwe curricula en bij- en nascholingen diversiteit te vervlechten en bij het samenstellen van het docententeam de bestaande maatschappelijke diversiteit te weerspiegelen.'*¹⁵⁷

ZonMw kan een rol spelen in het vergroten van de aandacht voor cultuursensitieve en inclusieve zorg en de verspreiding van relevante kennis en instrumenten, via initiële opleidingen, na- en bijscholing en bijvoorbeeld door het organiseren van een conferentie met partners (RVZ, Patiëntenfederatie, opleidingen, zorgaanbieders, verzekeraars, etc.) over het belang van een overstap van cultuurspecifiek naar inclusief. Dat zou wellicht ook een gezamenlijke toekomstige (onderzoeks)agenda tot uitkomst kunnen hebben.



In een nieuwe call bij het programma Zorg voor Vluchtelingen kan ZonMw indieners verplichten iets op te nemen over de disseminatie van de opgedane kennis/resultaten in de voor die context relevante opleiding(en) of nascholing beroepsgroepen.

Inbreng van zorgvragers vergroten

Het benutten van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid is essentieel om zorg goed te laten aansluiten bij de doelgroep. Enerzijds via inclusief onderzoek, wat betekent *'dat er in alle fasen van het onderzoek – bij de onderzoeksgendering, het maken van de onderzoeksopzet, de werving van respondenten en de rapportage over het onderzoek – wordt nagedacht over welke (relevante) groepen in de samenleving vertegenwoordigd worden in het onderzoek en een stem hebben'*.¹⁵⁸ En anderzijds bij de uitvoering, implementatie en opschaling van interventies.

Voor de inzet van intermediairs, als vertegenwoordigers van de doelgroep, is een duidelijke beschrijving nodig van de verschillende vertegenwoordigende en verbindende functies, zoals sleutelpersonen, *cultural mediators* en ervaringsdeskundigen.

Daarbij is het ook van belang om onderscheid te maken tussen ervaring, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, zowel in de beschrijving van de rollen, als in het opleiden van vluchtelingen met ervaringskennis tot ervaringsdeskundigen. Daarnaast kan door patiëntenverenigingen en koepels zoals de Patiëntenfederatie en MIND ingezet worden op een meer diverse achterban zodat ook mensen met een migratieachtergrond, inclusief vluchtelingen, beter worden vertegenwoordigd.

¹⁵⁷ RVS, 2022.

¹⁵⁸ RVS, 2022.

ZonMw

ZonMw kan in alle toekomstige calls -in alle ZonMw programma's – als vereiste opnemen dat de aanvragers zich verhouden tot de populatie die zij willen bedienen. Bijvoorbeeld in elk projectplan een doelgroepanalyse (waarin aandacht is voor (migratie) achtergrond en daarbij een uitgewerkte strategie van hoe deze doelgroep daadwerkelijk kan worden bereikt en bediend en hoe er aan draagvlak wordt gewerkt.

ZonMw
ZvV

En bij de financiering van interventies voor vluchtelingen als voorwaarde stellen dat de doelgroep betrokken wordt bij ontwikkeling, uitvoering en opschaling en dat daarbij een weloverwogen keuze wordt gemaakt welk type intermediairs in elke fase wordt ingezet.

Meer samenwerking tussen zorgaanbieders en informele organisaties nodig

Zoals ook de RVS¹⁵⁹ constateert, is meer verbinding en kennisuitwisseling nodig tussen generieke, cultuursensitieve en cultuurspecifieke zorgaanbieders. Hiervoor hebben we reeds enkele aanknopingspunten benoemd.

En ook de samenwerking tussen de formele en de informele zorg zou gestimuleerd moeten worden. Voor dit laatste is onder andere een 'gelijk speelveld' nodig bij de aanvraag van financiën, wat inhoudt dat aanvraagprocedures voor financiën ook toegankelijk zijn voor informele en semi-professionele organisaties die geen professionele medewerkers en expertise hebben voor het schrijven van aanvragen en dat zij hierin ondersteuning kunnen krijgen.

ZonMw

ZonMw kan bezien of de huidige aanvraagprocedures toegankelijker gemaakt kunnen worden voor informele en semi-professionele organisaties, bijvoorbeeld door:

- (Meer) ondersteuning vanuit ZonMw bij schrijven projectaanvraag.
- In aanvraagformulier meer ruimte voor ervaringskennis (en niet alleen maar voor wetenschappelijke kennis).
- Informele organisaties als (hoofd)aanvragers ondersteunen.
- Door formele organisaties te stimuleren om gelijkwaardige samenwerking te zoeken (ook in de aanvraagprocedure) met informele zorgverleners.

Expliciete aandacht en financiering voor opschaling van interventies

In de eindrapportages van door ZonMw gefinancierde projecten die we voor deze analyse bekeken hebben, is disseminatie en implementatie een afzonderlijk beschreven onderdeel. De beschrijvingen verschillen echter qua gehanteerde aanpak en behaalde resultaten. Soms is bijvoorbeeld alleen een implementatieplan opgesteld, maar is niet duidelijk in hoeverre dit is uitgevoerd en of dit succesvol was. Opschaling is geen expliciet onderdeel van de eindrapportages. In enkele gevallen worden opschalingstrategieën genoemd bij Implementatie, zoals het overdragen van een interventie naar een andere organisatie via een training.

ZonMw

ZonMw kan vragen om al bij het indienen van een aanvraag een plan te hebben voor inbedding in de eigen organisatie en organisatorische strategieën voor implementatie en opschaling, zodat aanvragers aandacht besteden aan het niveau van beleid en mogelijkheden voor structurele financiering.

Daarnaast kan meer expliciete ruimte gecreëerd worden voor opschaling, door hier middelen voor beschikbaar te stellen, door het gebruik van de Verspreidings- en implementatieimpulsen (VIMP) te stimuleren en door hier voorwaarden aan de aanvraag te stellen, zoals een bepaald percentage van de begroting van een aanvraag voor opschaling met en smart geformuleerde doelstellingen.

Gezondheidszorg staat niet op zich

Gezondheid heeft een belangrijke invloed op de integratie en participatie van statushouders. Andersom zijn beperkingen voor deelname aan de Nederlandse maatschappij, vanwege het ontbreken van of wachten op een (permanente) verblijfsvergunning, nadelig voor de geestelijke gezondheid en de toegang tot zorg. Tevens zijn kennis van het Nederlandse zorgsysteem en gezondheidsvaardigheden van belang voor het vinden van passende zorg.

De zorg kan dus niet los gezien worden van het opvangbeleid en het integratiebeleid.

Hoewel er op landelijk niveau obstakels zijn voor domeinoverstijgend werken, zoals de verschillende verantwoordelijkheden van ministeries en de verschillende financieringstromen van zorg voor statushouders, asielzoekers en ongedocumenteerden, zijn op het niveau van gemeenten meer mogelijkheden om domeinoverstijgend en integraal te werken. Bijvoorbeeld door in de inburgeringstrajecten onder de Wi21 aandacht te besteden aan gezondheidsvaardigheden. Door randvoorwaarden, zoals het wegnemen van financiële obstakels voor zorggebruik en het helpen oplossen van financiële problemen.¹⁶⁰ Door bij het aanbieden van preventieve zorg geen onderscheid te maken naar

¹⁶⁰ ARQ, 2023.

verblijfsstatus. Door bij de inkoop van zorg cultuursensitiviteit als voorwaarde te stellen.¹⁶¹ En door de samenwerking te stimuleren tussen formele zorgaanbieders enerzijds en de informele nulde-lijn, zoals zelforganisaties en sleutelpersonen.

ZonMw kan goede voorbeelden verzamelen van gemeenten die zorg voor vluchtelingen integraal benaderen en een verbinding leggen met andere beleidsterreinen. En deze voorbeelden stimuleren en verspreiden via regionale of landelijke leernetwerken of platforms. Hierin zou wellicht een samenwerking mogelijk zijn met Divosa, die hier al veel ervaring mee hebben, onder andere in de *Communities of Practice* in het kader van de Wi21.

¹⁶¹ Checklist zorg- en inkoopbeleid - t.b.v. statushouders (WMO, jeugd en preventie) - Pharos

Bijlage 1 Deelnemers groeps- gesprek projectleiders en groeps- gesprek met sleutelpersonen/ ervaringsdeskundigen

5.3.1. Deelnemers groepsgesprek projectleiders

Vijf projectleiders hebben deelgenomen aan het gesprek. De volgende personen hebben toestemming gegeven hun naam in dit rapport te vermelden.

Eva Heezemans	ARQ
Inge Goorts	Pharos
Nicole van Kesteren	TNO, Child health
Trudy Mooren	Centrum '45

5.3.2. Deelnemers groepsgesprek sleutelpersonen/ervaringsdeskundigen

10 sleutelpersonen hebben deelgenomen aan het gesprek. De volgende personen hebben toestemming gegeven hun naam in dit rapport te vermelden.

Bubakar Jalloh
Lubna Abdul
Nawal Al Makki
Sameera Abulail
Shokha Abdulla

Bijlage 2 Deelnemers reflectiesessie met experts

Zeven experts hebben deelgenomen aan de reflectiesessie en drie hebben schriftelijke input geleverd. De volgende personen hebben toestemming gegeven hun naam in dit rapport te vermelden

Elize Smal	Pharos
Erna Lensink	VluchtelingenWerk Nederland
Karin van Geuijen	Universiteit Utrecht
Mieke Maliepaard	WODC (schriftelijke input)
Simone Goosen	Johannes Wierstichting
Simone de la Rie	ARQ Centrum '45
Roxy Damen	Erasmus School of Social and Behavioral Sciences
Sandrine Lafay	Open Embassy (schriftelijke input)
Yordi Lassooy Tekle	st. Cultuur in Harmonie (schriftelijke input)

Bijlage 3 Implementatie strategieën

Het centrale aanspreekpunt Zorg voor innoveren wordt gedragen door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland, Rijksdienst voor Ondernemend Nederland en ZonMw. In de kennisbank worden zes types implementatie strategieën beschreven, maar wordt aangegeven dat in de praktijk vaak een combinatie van strategieën worden toegepast. Onderstaande tabel is gebaseerd op de informatie uit de kennisbank van Zorg voor innoveren.¹⁶²

Strategie	Focus en doel	Mogelijkheden
Disseminatie strategieën	<p>Focus op het verspreiden van informatie</p> <p>Doel: mensen op een stimulerende manier met nieuwe informatie in aanraking te laten komen</p>	<p>Massamediale communicatiemiddelen: e.g. publicaties in vakbladen, databestanden, e-mail, boeken, advertenties en social media</p> <p>Persoonlijke communicatiemiddelen: e.g. cursussen, het inzetten van opinieleiders, intercollegiaal contact en telefonisch advies</p>
Educatieve strategieën	<p>Focus op het vergroten van kennis en vaardigheden</p> <p>Doel: kennis en vaardigheden van de doelgroep vergroten</p>	<p>Educatief materiaal: e.g. publiceren in tijdschriften, folders en brochures, e-mails, interactieve websites, elektronische publicaties en educatieve computerprogramma's</p> <p>Grootschalige scholingsbijeenkomsten: e.g. conferenties en lezingen (vooral passieve deelname)</p> <p>Kleinschalige scholingsbijeenkomsten: e.g. workshops en kwaliteitscirkels om informatie, instructie, begeleiding en soms ook feedback te bieden</p> <p>Inzet van opinieleiders: e.g. scholingsactiviteiten die worden gezien als invloedrijk</p>
Feedback	<p>Focus op het teruggeven van informatie over het eigen handelen</p> <p>Doel: het inzicht vergroten in eigen handelen, wat mensen prikkels om hun handelen te wijzigen</p>	<p>Directe observatie van de zorg: e.g. videoregistratie en het bijwonen van consulten</p> <p>Indirecte observatie van de zorg: e.g. zelfregistratie, dossieronderzoek, enquêtes, morbiditeitgegevens, oordelen van de patiënt en complicatieregistratie</p>

Strategie	Focus en doel	Mogelijkheden
Organisatorische implementatie strategieën	<p>Focus op organisatorische aspecten die een rol spelen bij de kwaliteit van zorg, zoals werkdruk, management en logistiek</p> <p>Doel: een verandering in de organisatie teweeg te brengen, nodig om de zorg te verbeteren</p>	<p>Het aanpassen van professionele rollen: e.g. de taken van verpleegkundigen uitbreiden</p> <p>Multidisciplinaire samenwerking: e.g. artsen, verpleegkundigen en paramedici laten samenwerken in teams om zo de patiënten uitkomst te verbeteren</p> <p>Geïntegreerde zorg: e.g. ketenzorg voor patiënten met een bepaalde aandoening</p> <p>Kennismanagement: e.g. het gebruiken van informatietechnologie die de patiëntenzorg ondersteunt</p> <p>Kwaliteitsmanagement: e.g. structurele pogingen om prestaties te meten en te verbeteren</p>
Marktgerichte strategieën	<p>Focus op het keuzegedrag van individuen en veranderingen in de economische omgeving</p> <p>Doel: het idee is dat mensen en organisaties vanuit de gevolgen die zij voorzien, wel of niet overgaan tot implementeren van innovaties of verbeteringen. Daarbij kan het gaan om financiële en niet-financiële gevolgen</p>	<p>Het bevorderen van concurrentie om organisaties te prikkelen tot vernieuwingen</p> <p>Financiële vergoedingen voor zorgaanbieders: e.g. via contractering en zorginkoop invloed uitoefenen op de zorgverlening</p> <p>Spiegelinformatie over organisatorische doelmatigheid, e.g. benchmarking om een inefficiënte organisatie te prikkelen hun efficiency te vergroten.</p>
Patiëntgerichte strategieën	<p>Focus op verandering door te richten op patiënten in plaats van zorgverleners en organisaties</p> <p>Doel: Patiënten worden ingezet om een verandering teweeg te brengen</p>	<p>Voorlichting of reclame via massamedia</p> <p>Patiënten voorbereiden op contracten met zorgverleners en instellingen</p> <p>Communicatie tijdens de zorgcontacten</p> <p>Feedback over de ontvangen en ervaren zorg</p> <p>Gebruik maken van ervaringsdeskundigheid</p>

Vanuit de ACT-ion toolkit voegen we de volgende twee implementatie strategieën toe aan dit overzicht¹⁶³:

Strategie	Focus en doel	Mogelijkheden
Motiverende en draagvlakvergroten strategieën	De doelgroep moet geïnteresseerd raken in de vernieuwing en zich bij de vernieuwing betrokken voelen	Voorbeelden van activiteiten: persoonlijk contact, tweegesprek, netwerkbijeenkomsten, inschakelen sleutelfiguren en opinieleiders, intercollegiaal contact, invitationale conferentie, begeleidingsgroep samenstellen die gedurende het project al kan meepraten over de relevantie en toepassing van de resultaten, bijeenkomsten, feedback op basis van metingen of observaties, reminders (zoals stickers of signalen in computerprogramma's)
Faciliterende strategieën	De doelgroep moet kunnen terugvallen op iets of iemand om te kunnen veranderen en om die verandering vol te houden. Bedoeld om in belangrijke randvoorwaarden te voorzien die een vernieuwing succesvol helpen invoeren	Voorbeelden van activiteiten: aanleren verbetervaardigheden en projectmanagementvaardigheden, telefonisch advies, detacheren van de onderzoeker in de gebruikerspraktijk, gericht advies over de toepassing van de inzichten, bijeenkomst waar belanghebbenden elkaar kunnen ontmoeten rond een aantal vraagstellingen, een vertaalslag van de bevindingen naar bijvoorbeeld richtlijnen, instrument om tot keuzes te komen bij beslissingen in praktijk of beleid

163 de-7-strategieën-van-implementatie-1.docx (live.com)

Bijlage 4 Opschalingstrategieën

Moore, Riddell en Dana¹⁶⁴ identificeren drie manieren van opschalen en bijbehorende strategieën.

Description

Scaling out: Impacting greater numbers. Based on the recognition that many good ideas or initiatives never spread or achieve widespread impact

Scaling up: Impacting law and policy. Based on the recognition that the roots of social problems transcend particular places, and innovative approaches must be codified in law, policy and institutions

Scaling deep: Impacting cultural roots. Based on the recognition that culture plays a powerful role in shifting problem-domains, and change must be deeply rooted in people, relationships, communities and cultures

Cross-cutting

Main strategies

Deliberate replication. Replicating or spreading programmes geographically and to greater numbers while protecting the fidelity and integrity of the innovation

Spreading principles. Disseminate principles, but with an adaptation to new contexts via co-generation of knowledge, leveraging social media and learning platforms: 'open scaling'

Policy or legal change efforts. New policy development, partnering, advocacy

Spreading big cultural ideas and reframing stories to change beliefs and norms.

Intensively share knowledge and new practices via learning communities, distributed learning platforms and participatory approaches

Invest in transformative learning, networks and communities of practice

Seek alternative resources

Build networks and partnerships

Broaden the problem frame

Bron: Moore et al. 2015.

¹⁶⁴ M. Moore, D. Riddell and D. Vocisano. 2015. Scaling Out, Scaling Up, Scaling Deep. Strategies of Non-profits in Advancing Systems Social Innovation. The Journal of Corporate Citizenship 58 pp 67-84.

COLOFON

Opdrachtgever	ZonMw
Auteurs	Drs. C.R. van Egten Dr. K.L. van Bommel Drs. M.J. de Gruijter A.L.I.I. Hoogenbosch, MSc
Foto omslag	Getty Images, FatCamera, 908593568
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Giessenplein 59 C 3522 KE Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>

ISBN 978-94-6409-272-1

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, december 2023.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.