



postbus 3002, 2280 ME RIJSWIJK

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Centraal Orgaan opvang asielzoekers
Beleid & JZ
Sir Winston Churchilllaan 366a
2285 SJ RIJSWIJK
telefoon (088) 715 72 57
fax (088) 715 72 72
postadres postbus 3002
2280 ME RIJSWIJK

datum	27 maart 2012	inlichtingen bij	[REDACTED]
onderwerp	Bestuit inzake uw verzoek op grond van de Wet openbaarheid van bestuur(Wob)	telefoon	[REDACTED]
ons kenmerk	BJZ/GTU/12u.000742	e-mail	
uw brief/ e-mail	8 februari 2012	bijlage(n)	

Geachte [REDACTED]

Bij brief van 8 februari 2012, ontvangen 10 februari 2012, heeft u op grond van de Wet openbaarheid bestuur (Wob) verzocht om openbaarmaking van alle documenten met betrekking tot de "coöperatie calamiteiten in de vreemdelingenketen" en heeft u verzocht om informatie over het aantal zelfmoordpogingen en het aantal zelfmoorden onder asielzoekers over de voorgaande jaren. Bij brief van 10 maart 2012 ontvangen 13 maart 2012 heeft u het COA een ingebreke stelling gestuurd.

U heeft in het bijzonder gevraagd om documenten betreffende:

1. het protocol "coöperatie calamiteiten in de vreemdelingenketen";
2. het aantal zelfmoordpogingen en het aantal zelfmoorden onder asielzoekers over de voorgaande jaren.

Wettelijk kader

Ingevolge artikel 3, vijfde lid, van de Wob wordt een verzoek ingewilligd met inachtneming van het bepaalde in de artikelen 10 en 11 van de Wob. Bij de beoordeling van uw verzoek spelen in het bijzonder de uitzonderingsgronden van artikel 10 tweede lid onder e (de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer), en van artikel 10 tweede lid onder f (het belang dat de geadresseerde erbij heeft als eerste kennis te kunnen nemen van de informatie) van de Wob een rol. Mochten in dit geval daarnaast andere bepalingen van de Wob een rol spelen, dan treft u de desbetreffende verwijzing(en) aan in de hieronder volgende motivering.

Beoordeling van uw verzoek

Correspondentie uitsluitend
aan het postadres met
vermelding van de datum en
het kenmerk van deze brief

Naar aanleiding van uw verzoek heeft er een inventarisatie van documenten plaatsgevonden. Het COA willigt uw verzoek ten aanzien bovengenoemd verzoek in voor zover de stukken bij het COA berusten.

Hierbij doe ik u, conform uw WOB verzoek van 8 februari 2012, de stukken toekomen.


Het betreft de volgende stukken:

1. GGD rapport "Sterfte en doodsoorzaken onder asielzoekers in Nederland 2002-2008"
2. Protocol "coöperatie bij calamiteiten in de vreemdelingenketen"
3. Voorlopig overzicht meldingen sterfte, doodsoorzaken en suïcidepogingen onder asielzoekers in 2011
4. Aanhangsel van de Handelingen betreffende de beantwoording van kamervragen aangaande de psychische problemen onder asielzoekers nr. 2751 meer specifiek de vragen vier en vijf.

Ik hoop u hiermee van dienst te zijn geweest.

Hoogachtend,

Het Centraal Orgaan opvang asielzoekers,
namens deze,
De voorzitter van het bestuur
namens deze,



Belanghebbenden kunnen binnen zes weken na bekendmaking van dit besluit daartegen per brief bezwaar maken bij de voorzitter van het bestuur a.i., t.a.v. Directie Beleid en Juridische Zaken, Postbus 3002, 2280 ME Rijswijk. Het bezwaarschrift moet zijn ondertekend, voorzien zijn van een datum alsmede de naam en het adres van de indiener en dient vergezeld te gaan van de gronden waarop het bezwaar berust en, zo mogelijk, een afschrift van het besluit waartegen het bezwaar is gericht.



Nederland

**Sterfte en doodsoorzaken onder
asielzoekers in Nederland
2002-2008**

Colofon

© GGD Nederland, januari 2012

Sterfte en doodsoorzaken onder asielzoekers in Nederland, 2002-2008

Auteurs:

Irene van Oostrum (epidemioloog-beleidsmedewerker, GGD Nederland),

Simone Goosen (epidemioloog-beleidsmedewerker, GGD Nederland)

GGD Nederland
Postbus 85300
3508 AH Utrecht

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	7
2. Methoden	8
3. Populatie	11
3.1 Demografische gegevens 2002-2008	11
3.2 Demografische gegevens 2006-2008	13
4. Resultaten	15
4.1 Aantallen en bruto sterftcijfers	15
4.2 Sterfte naar geslacht en leeftijd	16
4.3 Sterfte naar regio van herkomst	16
4.4 Sterfte per groep van doodsoorzaken	18
4.5 Sterfte aan enkele specifieke doodsoorzaken	19
4.6 Resultaten 2006-2008	23
5. Bespreking	28
5.1 Methodologische aspecten	28
5.2 Resultaten in relatie tot de literatuur	29
5.3 Uit het onderzoek voortvloeiende onderzoeksvragen	32
6. Conclusies en aanbevelingen	34
Literatuur	36
Bijlage 1 Afkortingen	40
Bijlage 2 Tabellen	41

Voorwoord

Gegevens over sterfte en doodsoorzaken zijn belangrijke indicatoren voor de gezondheidstoestand van een populatie. Asielzoekers vormen een groep met een specifieke achtergrond op het gebied van gezondheid.

Vanuit de epidemiologische taak draagt GGD Nederland bij aan de onderbouwing van de gezondheidszorg voor asielzoekers. Op basis van dit landelijk wetenschappelijk onderzoek naar sterfte en doodsoorzaken worden doelgerichte preventieve activiteiten ingezet samen met organisaties die betrokken zijn bij de zorg aan asielzoekers. Dit gebeurt in afstemming met opdrachtgever het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA). Eerder werd al gerapporteerd over sterfte en doodsoorzaken in de jaren 2002-2003 en 2004-2005.^{1,2,3}

Om de wetenschappelijke informatie in dit rapport toegankelijk aan te bieden is ook een factsheet gemaakt met de belangrijkste resultaten en aanbevelingen voor preventie. Deze is beschikbaar op GGD Kennisnet en te vinden met de zoektermen 'sterfte' en 'asielzoekers'.

Graag willen we het COA bedanken voor het beschikbaar stellen van de sterfte en bezettingsgegevens en de artsen en verpleegkundigen die voor de Medische Opvang Asielzoekers werkten voor de overlijdensmeldingen. Daarnaast willen we Hetty Koppenaar bedanken voor haar essentiële rol bij het zo compleet mogelijk maken van de informatie over de doodsoorzaken van de asielzoekers.

Irene van Oostrum

Epidemioloog, GGD Nederland

Samenvatting

De Medische Opvang Asielzoekers (MOA) heeft in opdracht van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) vanaf 2002 sterfte en doodsoorzaken bij asielzoekers geregistreerd.

Methoden

Sterfgevallen en doodgeboortes bij asielzoekers werden door MOA-medewerkers gemeld aan het management van de regionale MOA-Stichtingen. Hiervoor werd het meldingsformulier 'Overlijden' gebruikt, behorend bij het MOA-protocol 'Meldingen aan het regiomanagement'. Geanonimiseerde meldingsformulieren werden doorgestuurd naar de epidemiologen van het Landelijk Service Bureau MOA bij GGD Nederland. Het COA verschaftte maandelijks gegevens over aantallen overleden asielzoekers en jaarlijks gegevens over de bezetting van de asielzoekerscentra (AZC's) en het aantal geboorten. De verdeling van leeftijd en geslacht van de asielzoeker populatie wijkt af van de Nederlandse bevolking. Daarom zijn de berekeningen van de sterftcijfers gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Resultaten

Tussen 2002 en 2008 werden 290.766 persoonsjaren in de centrale opvang doorgebracht. Er zijn 448 sterfgevallen geregistreerd en 38 doodgeboorten.

De belangrijkste bevindingen zijn:

- Na correctie voor geslacht en leeftijd is er voor de totale periode 2002-2008 geen verschil in sterftcijfer tussen asielzoekers en de Nederlandse bevolking. In de periode 2006-2008 is de sterfte onder asielzoekers 1,32 keer hoger dan de sterfte in de Nederlandse bevolking.
- Er is *oversterfte* bij de jongere leeftijdscategorieën, en *ondersterfte* boven de 65 jaar.
- Er is *oversterfte* aan infectieuze- en parasitaire ziekten, aan niet-natuurlijke doodsoorzaken en sterfte rond de geboorte.
- Er overleden 4 asielzoeksters rond zwangerschap en bevalling. Daarmee is de moedersterfte onder asielzoeksters ruim tien keer hoger dan in de Nederlandse bevolking.
- Vanwege onderrapportage van doodgeboorten en onvolledigheid van gegevens voor de sterfgevallen rond de geboorte, is de perinatale sterfte niet nauwkeurig te bepalen. Wanneer de perinatale sterfte wordt berekend op basis van het minimum aantal gevallen van doodgeboorte en sterfte in de eerste week, is deze 1,16 keer hoger dan in de Nederlandse bevolking. Berekend op basis van het maximum aantal gevallen is de perinatale sterfte ruim twee keer hoger dan in de Nederlandse bevolking.

- In 2006-2008 overleden 137 asielzoekers en werden 9 doodgeboortes gemeld op 68.559 in de centrale opvang doorgebrachte persoonsjaren.
- De sterfte aan hart- en vaatziekten is in 2006-2008 bij mannelijke asielzoekers 1,75 keer hoger dan in de Nederlandse bevolking.
- Bij 15,3% van de gemelde sterfgevallen ontbreekt informatie over de doodsoorzaak, dit is twee keer zo vaak als voor de Nederlandse bevolking.

Conclusies

Het voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde sterftcijfer voor asielzoekers wijkt in de periode 2002-2008 niet af van de Nederlandse bevolking. In 2006-2008 is er wel sprake van verhoogde sterfte onder asielzoekers in vergelijking met de Nederlandse bevolking. De meest voorkomende doodsoorzaken bij asielzoekers zijn hart- en vaatziekten en kwaadaardige nieuwvormingen. In vergelijking met de Nederlandse bevolking hebben asielzoekers een verhoogd risico om te overlijden aan infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaken. Daarnaast zijn de perinatale en moedersterfte bij asielzoekers hoog in vergelijking met de Nederlandse bevolking. In 2006-2008 was sprake van een verhoogde sterfte aan hart- en vaatziekten bij mannelijke asielzoekers in vergelijking met de Nederlandse bevolking en in vergelijking met eerdere jaren.

Aanbevelingen in het kort

- Deel de uitkomsten van dit onderzoek met de beroepsgroepen die met asielzoekers werken, zodat zij op de hoogte zijn van de verhoogde risico's;
- Continueer de tbc-screening en ontwikkel de mogelijkheden voor landelijke surveillance van infectieziekten bij asielzoekers;
- Continueer interventies gericht op hiv-preventie;
- Besteed structureel aandacht aan verdrinkings- en ongevallenpreventie in AZC's;
- Zorg dat professionals die met asielzoekers werken weten hoe ze bij kunnen dragen aan suïcidepreventie. Actualiseer de brochure suïcidepreventie in AZC's. Ontwikkel interventies gericht op het voorkómen van suïcidaliteit bij asielzoekers;
- Continueer de registratie van sterfte en doodsoorzaken en doe onderzoek naar het voorkomen van hart- en vaatziekten bij asielzoekers.

1. Inleiding

Sterftecijfers zijn een belangrijke bron van informatie over de gezondheidstoestand van een populatie. Subgroepen met gezondheidsrisico's kunnen worden opgespoord en met kennis van de risicofactoren van een populatie kunnen keuzes worden gemaakt voor wat betreft preventieve en curatieve maatregelen en interventies. Gegevens over het overlijden van asielzoekers zijn niet af te leiden uit de wettelijk verplichte registraties van doodsoorzaken van het CBS omdat asielzoekers daarin niet herkenbaar zijn.

In 1998-1999 onderzochten Koppenaal en anderen als eersten de doodsoorzaken bij asielzoekers in Nederland.¹ Van 2002-2008 werd de doodsoorzakenregistratie van asielzoekers systematisch bijgehouden door medewerkers van de MOA-Stichtingen, verwerkt en geanalyseerd door GGD Nederland.²⁻⁵ Deze registratie is uniek, in andere landen zijn de sterfte en doodsoorzaken gegevens en noemergegevens van asielzoekers niet op landelijk niveau beschikbaar.

De vraagstellingen voor dit onderzoek zijn:

- Wat zijn de sterftecijfers en doodsoorzaken bij asielzoekers in de periode 2002-2008?
- Bestaan er verschillen in sterftecijfers en doodsoorzaken tussen subgroepen asielzoekers naar leeftijd, geslacht en regio van herkomst?
- Zijn er verschillen in sterftecijfers en doodsoorzaken tussen (subgroepen van) asielzoekers en de Nederlandse bevolking?
- Zijn er verschillen in indicatoren van sterfte rond geboorte en -zwangerschap en bevalling tussen de Nederlandse bevolking en (subgroepen van) asielzoekers?
- Zijn er verschillen in sterfte en doodsoorzaken bij asielzoekers tussen de jaren 2006-2008 en eerdere jaren?

De sterfte- en doodsoorzakencijfers bij asielzoekers voor de periode 2006-2008 worden apart gepresenteerd omdat hierover niet eerder gerapporteerd om veranderingen in sterftecijfers en doodsoorzaken die optreden in de tijd zichtbaar te maken.

2. Methoden

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit asielzoekers die woonden in de centrale opvang, in door het COA beheerde huizen, of die gebruikmaakten van het zelfzorgarrangement van COA (ZZA). Sinds 2002 neemt het aantal asielzoekers af, daarnaast zijn er door over- en uitplaatsingen fluctuaties in het aantal asielzoekers in de AZC's gedurende het jaar. Om beide soorten fluctuaties te verdisconteren drukken we de bezetting van asielzoekers in de centra uit in 'persoonsjaren'. Het COA leverde de maandelijkse bezetting van de centra naar land van herkomst, leeftijd en geslacht. Hieruit werd de gemiddelde bezetting per jaar berekend, vervolgens geeft de som van de gemiddelden het aantal persoonsjaren per leeftijd, geslacht en land van herkomst. In dit onderzoek zijn de gegevens van gebruikt van asielzoekers in dit onderzoek die tussen 1 januari 2002 en 31 december 2008 zijn overleden.

Organisatie en registratie

Gegevens over sterfte en doodsoorzaken bij asielzoekers zijn om twee redenen niet af te leiden uit de gegevens van het CBS. Allereerst worden alleen gegevens geregistreerd voor die asielzoekers die ingeschreven zijn in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). De inschrijving in het GBA gebeurt pas na minimaal 6 maanden verblijf. Daarnaast is het zo dat asielzoekers in de sterftestatistieken van het CBS niet als zodanig herkenbaar zijn.

Om toch inzicht te krijgen in sterfte en doodsoorzaken bij asielzoekers, worden deze door de MOA apart geregistreerd en geanalyseerd. Medewerkers van de MOA-Stichtingen melden overlijdensgegevens van asielzoekers via een speciaal ontwikkeld meldingsformulier aan hun regiomanagement (www.ggdkenisnet.nl zoekterm 11630).^{6,7} Doel van de meldingen is:

- Verkrijgen van regionale en landelijke epidemiologische inzichten;
- Vervullen van een signaleringsfunctie voor het management;
- Informeren van het management met het oog op te ondernemen vervolgacties en eventuele publiciteit;
- Verbeteren van de kwaliteit van zorg voor asielzoekers door de verkregen informatie te onderzoeken op aard, omvang en toedracht (protocol sterfteregistratie);
- Rapportage aan het COA.

Een arts Maatschappij en Gezondheid heeft in opdracht van GGD Nederland van alle meldingen de kwaliteit en juistheid van de gegevens gecontroleerd. Dit gebeurde met behulp van een lijst van het COA met aantallen overledenen per centrum en de beschikbare meldingsformulieren. Eventueel ontbrekende gegevens werden aangevuld op basis van navraag bij medewerkers en inzage in MOA-dossiers.

Codeurs van het CBS kenden de BELDO-codes toe op basis van de ICD10.⁸ Bij de analyse is gebruikgemaakt van de indeling van het CBS in BELDO-groepen, een indeling in de 17

belangrijkste doodsoorzaakgroepen zoals gebruikt wordt door Eurostat.⁹ De werkwijze voor de epidemiologen is vastgelegd in een onderzoeksprotocol, en vastgelegd in een door juristen van het KNMG getoetste procedure.¹⁰

Regio's van herkomst

Op basis van de regio indeling van de UNHCR werden de herkomstlanden van asielzoekers verdeeld in zes regio's van herkomst (zie kader).^{11,12}

Afkortingen regio's van herkomst	
West, Zuidelijk en Centraal Afrika	- WZC Afrika
Noord, Oost en Hoorn van Afrika	- NOH Afrika
Centraal en Zuidoost Europa	- CZO Europa
Midden Oosten en Zuidwest Azië	- MO & ZW Azië
Centraal en Zuidoost Azië	- CZO Azië
Overige landen, inclusief staatloos	- Overige

Sterftecijfers

Bruto sterftecijfers worden in dit rapport weergegeven als het aantal overledenen per 1000 persoonsjaren. De bruto sterfte voor asielzoekers is veel lager dan die van de algemene bevolking van Nederland. Dit is te verklaren uit de leeftijdsopbouw van de asielzoeker populatie met relatief veel jonge mensen. Na standaardisatie wordt het vergelijken van subpopulaties mogelijk. Een gestandaardiseerd sterftecijfer is een sterftecijfer dat is gecorrigeerd voor verschillen in geslachts- en leeftijdsopbouw van een onderzoekspopulatie met de standaardpopulatie.¹³

Het bruto sterftecijfer gedeeld door het indirect gestandaardiseerde sterftecijfer geeft een verhouding van sterftecijfers: de Standardised Mortality Ratio (SMR). Een SMR-waarde van 1 betekent dat het sterftecijfer overeenkomt met de referentiepopulatie, een cijfer lager dan 1 betekent *ondersterfte* voor de onderzochte groep, terwijl een cijfer boven de 1 *oversterfte* betekent. De 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) om de SMR's werden berekend met behulp van SISA software (<http://quantitativeskills.com/sisa/>). Een betrouwbaarheidsinterval wat de 1 niet bevat betekent een significant verschil. Voor de berekeningen in dit rapport zijn de gegevens vergeleken met gegevens over de Nederlandse populatie afkomstig van CBS Statline op 17 september 2009.

Gegevensanalyse sterfte rond de geboorte

Voor de analyse van sterfte rond de geboorte is gebruikgemaakt van gegevens van het COA over geboortes in de opvang in de periode 2002-2008. De gegevens over overleden baby's en doodgeboorten zijn afkomstig van de registratie door de MOA en over 2006-2008 ook van het COA. Zie het kader voor de gebruikte definities van de indicatoren rond de geboorte.

Indicatoren sterfte rond de geboorte

Moedersterfte: Het aantal bij de bevalling en in de eerste 14 dagen na de geboorte overleden moeders per 100.000 bevallingen.

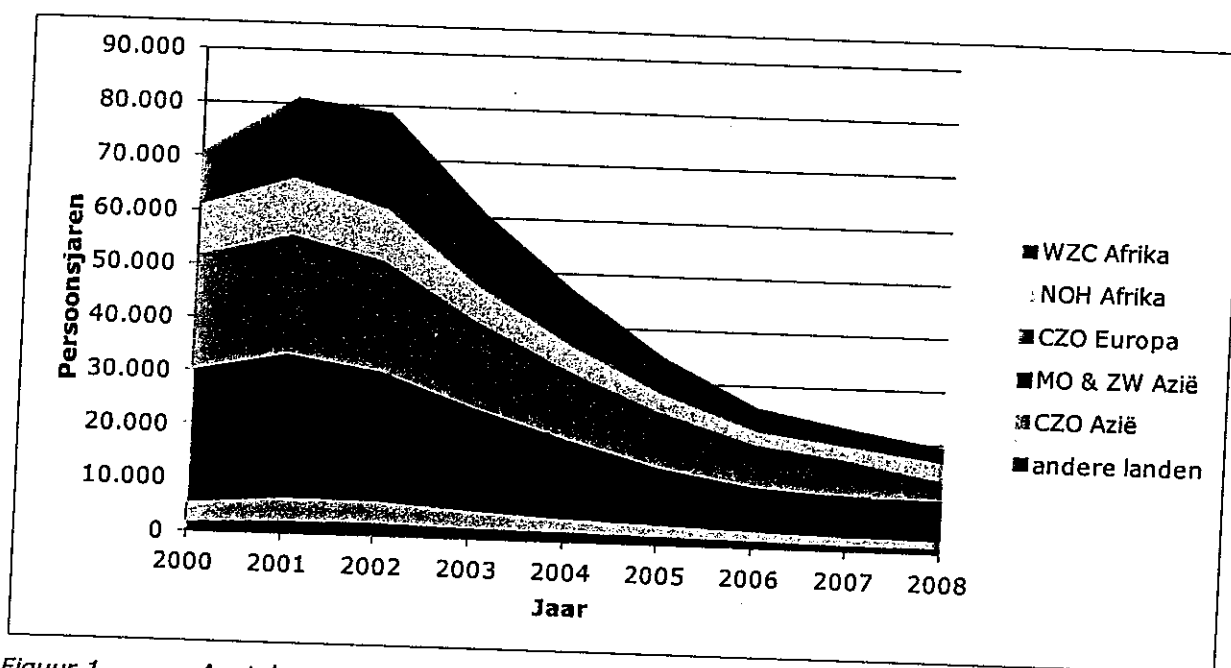
Perinatale sterfte: Is de term die gebruikt wordt als een embryo vanaf 24 weken zwangerschap komt te overlijden, of als een baby in de eerste 7 dagen na de geboorte overlijdt.

Zuigelingensterfte: Kinderen die zijn overleden voordat zij hun eerste verjaardag hebben bereikt (exacte leeftijd). WHO definitie: Kinderen overleden tussen week 2 en week 52.

3. Populatie

3.1. Demografische gegevens 2002-2008

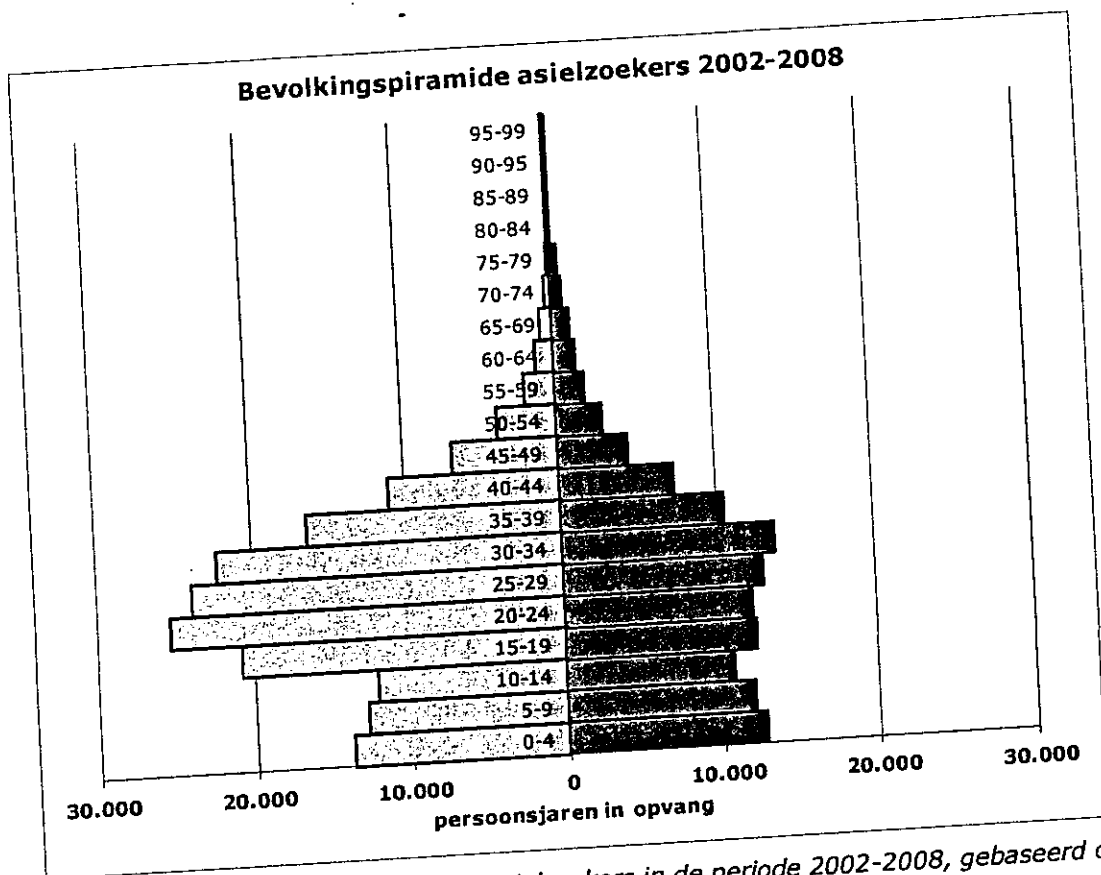
Het aantal asielzoekers in de centrale opvang verandert in de tijd. In 2001-2002 zaten gemiddeld ongeveer 80.000 asielzoekers in de centrale opvang, in 2008 waren dat er maar circa 20.000. De verandering van het aantal asielzoekers gedurende de onderzoeksperiode is weergegeven in figuur 1. Het totaal aantal persoonsjaren doorgebracht in de centrale opvang in de periode 2002-2008 is 290.762.



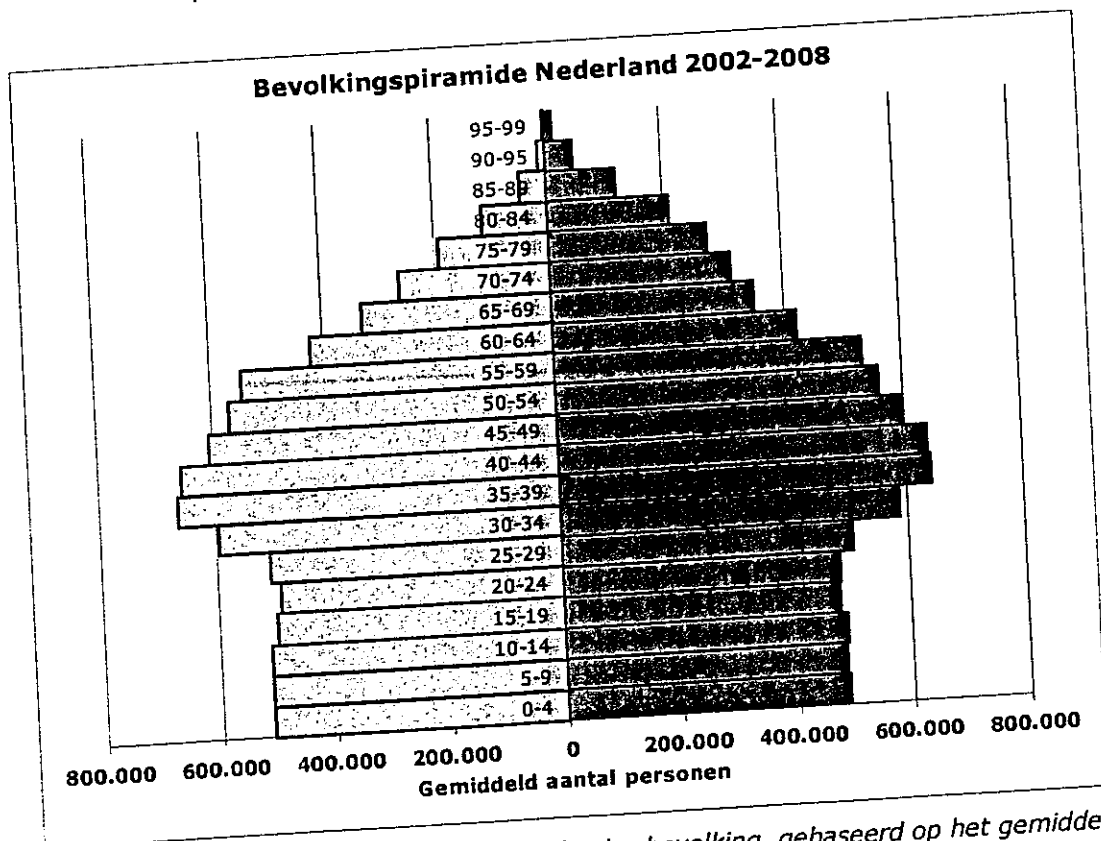
Figuur 1 Aantal persoonsjaren doorgebracht door asielzoekers in asielzoekerscentra naar regio van herkomst.

De asielzoeker populatie heeft een andere opbouw naar leeftijd en geslacht dan de Nederlandse bevolking. Asielzoekers zijn in vergelijking met de Nederlandse bevolking duidelijk jonger (figuur 2 en 3). Verder zijn onder asielzoekers de mannen oververtegenwoordigd. Het percentage 65-plussers onder asielzoekers is aanmerkelijk lager dan in de Nederlandse bevolking.

De demografische samenstelling van de asielzoeker populatie verandert ook in de tijd. De gemiddelde leeftijd van de asielzoeker populatie daalde van 30 jaar in 2002 naar 23 jaar in 2005, voor 2006-2008 was de gemiddelde leeftijd van asielzoekers weer dertig jaar. Dit is veel lager dan de gemiddelde leeftijd van de Nederlandse bevolking (43 jaar).



Figuur 2 *Bevolkingspiramide asielzoekers in de periode 2002-2008, gebaseerd op het aantal persoonsjaren doorgebracht in de centrale opvang*



Figuur 3 *Bevolkingspiramide Nederlandse bevolking, gebaseerd op het gemiddeld aantal Nederlanders in de periode 2002-2008*

Ook tussen de regio's bestaan verschillen in de verdeling naar geslacht en leeftijd. Vooral asielzoekers uit de Afrikaanse regio's zijn relatief jong. De leeftijdsopbouw van de Europese asielzoekers komt meer overeen met de leeftijdsverdeling van de Nederlandse bevolking, maar ook deze groep bevat meer jongeren. Bij de asielzoekers uit MO & ZW Azië zijn relatief meer mannen in de leeftijd van 25-50 jaar aanwezig in vergelijking met de Nederlandse bevolking en de andere regio's van herkomst (zie ook bijlage 2, tabel A-1 en A-2).

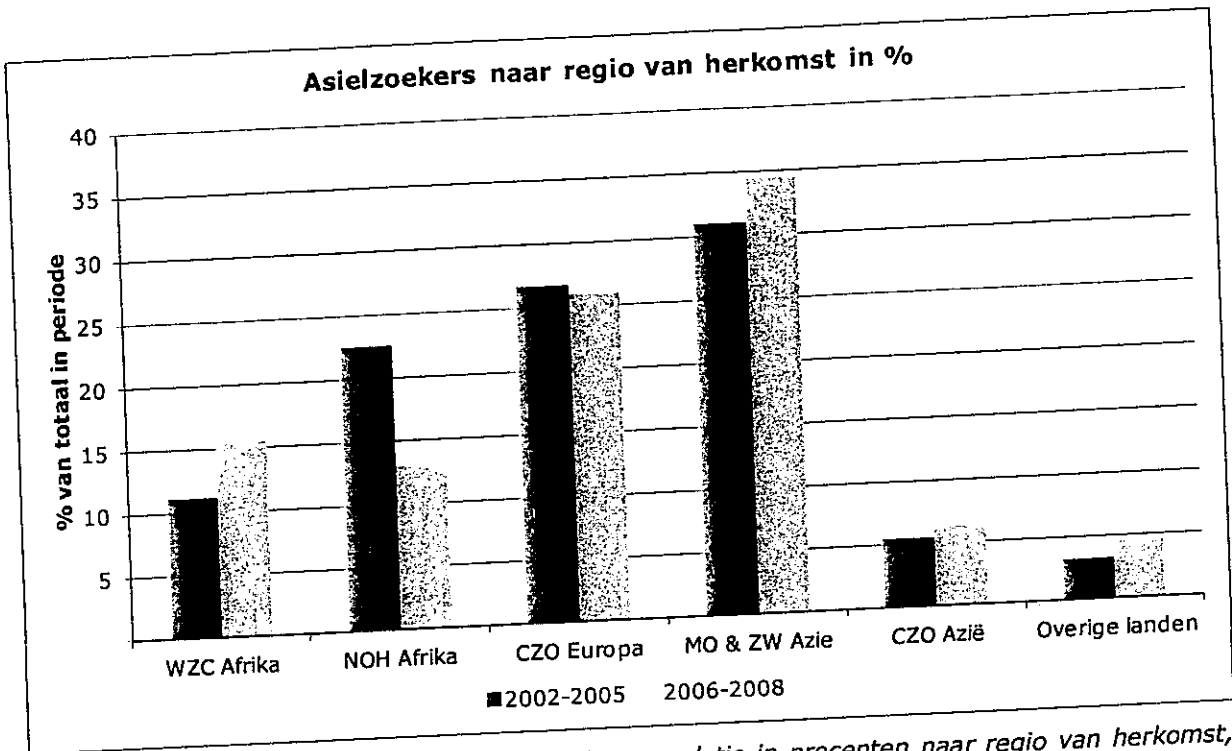
3.2. Demografische gegevens 2006-2008

Het totaal aantal persoonsjaren doorgebracht in de periode 2006-2008 is 68.559 (zie ook bijlage 2, tabellen B-1 en B-2). Het aandeel vrouwelijke asielzoekers neemt tijdens de registratiejaren licht toe. De verhouding mannen : vrouwen veranderde van 60 : 40 in 2002 tot 58 : 42 in 2008 (tabel 1).

	Asielzoeker populatie 2000-2005	Asielzoeker populatie 2006-2008	Nederland
Gemiddelde leeftijd van de populatie	23 jaar	30 jaar	43 jaar
Percentage mannen	60,4	57,7	50,0
Percentage 65+ bij mannen	0,5	3,0	11,8
Percentage 65+ bij vrouwen	0,7	1,4	16,0

Tabel 1 Enkele demografische gegevens van asielzoekers en de Nederlandse bevolking

Over de gehele periode 2002-2008 vormt de populatie uit Midden-Oosten en Zuidwest Azië de grootste groep (figuur 4). Het aandeel asielzoekers uit NOH Afrika is in 2006-2008 hoger dan in 2002-2005, terwijl voor asielzoekers uit WZC Afrika het omgekeerde het geval is.



Figuur 4 Samenstelling van de asielzoeker populatie in procenten naar regio van herkomst, 2002-2005 en 2006-2008

4. Resultaten

4.1. Aantallen en bruto sterftcijfers

In de periode 2002-2008 zijn in totaal 448 sterfgevallen bij asielzoekers geregistreerd en 38 doodgeboorten. Daarnaast werden 35 sterfgevallen geregistreerd waarvoor niet te achterhalen was of er sprake was van doodgeboorte of overlijden na de geboorte. De doodgeboortes worden apart besproken in de paragraaf 'Sterfte rond zwangerschap en in het eerste levensjaar'.

De bruto sterfte bij asielzoekers verschilt van die van de Nederlandse bevolking, namelijk 1,54/1000 bij asielzoekers t.o.v. 8,43/1000 Nederlandse gedurende 2002-2008. De absolute sterfte van asielzoekers naar geslacht, leeftijd en regio van herkomst is te vinden in bijlage 2, tabel D.

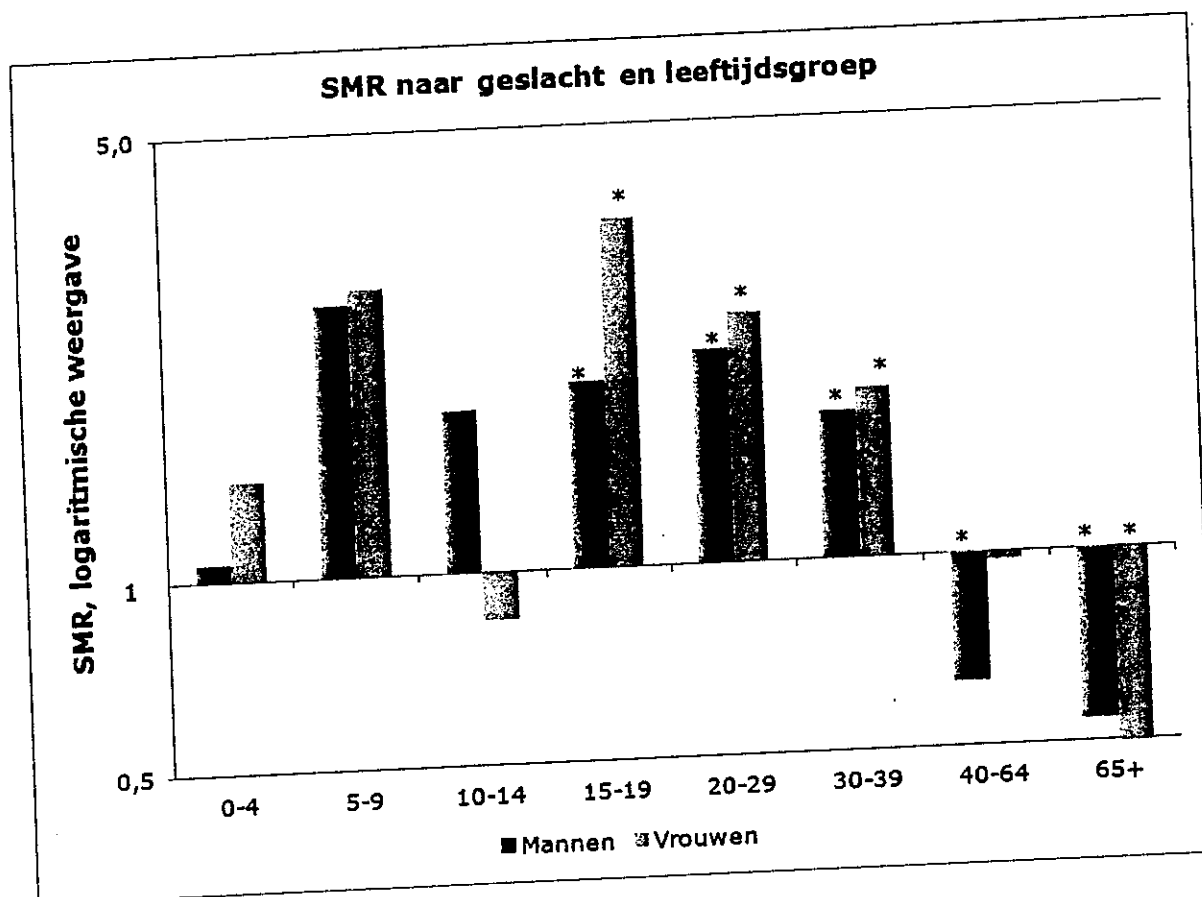
Na berekening van de naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde sterfte blijkt dat er geen significant verschil in sterfte bestaat voor de totale groep asielzoekers ten opzichte van de Nederlandse bevolking (SMR= 0,93; 95% BI 0,82-1,06). Er zijn wel geslacht- en leeftijdsspecifieke groepen waarvoor de SMR significant afwijkt van 1. Deze groepen worden hieronder besproken.

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Asielzoekers	Nederland	Asielzoekers	Nederland	Asielzoekers	Nederland
Aantal sterfgevallen	269	465.724	173	495.052	448	960.776
Aantal persoonsjaren	173.916	56.377.325	116.846	57.581.691	290.766	113.959.016
Bruto sterftcijfer	1,55	8,26	1,48	8,60	1,54	8,43
SMR (95% BI)	0,94 (0,80-1,11)	1	0,85 (0,69-1,05)	1	0,93 (0,82-1,06)	1

Tabel 2 *Overzicht van aantal sterfgevallen, aantal persoonsjaren, bruto sterftcijfer per 1000 persoonsjaren en standardised mortality ratio voor asielzoekers en de Nederlandse bevolking, 2002-2008*

4.2. Sterfte naar geslacht en leeftijd

Bij asielzoekers is sprake van *oversterfte* op jongere leeftijden (tot 40 jaar) en ondersterfte in de hogere leeftijdsgroepen (figuur 5) in vergelijking met de Nederlandse bevolking. Bij asielzoekers van 15-19 jaar is sprake van *oversterfte*, met een SMR van 2,52 (95% BI 1,60-3,78). Ook bij 20-39 jaar is de *oversterfte* significant, namelijk met SMR's van 1,85 tot 2,54. Daarnaast is er significante *ondersterfte* bij mannelijke asielzoekers van 40-64 jaar (SMR=0,63; 95% BI 0,50-0,97) en boven de 65 (SMR=0,54; 95% BI 0,39-0,72) en voor de totale groep boven de 40 (SMR=0,70; 95% BI 0,55-0,89) en voor alle asielzoekers van 65 jaar en ouder (SMR= 0,46; 95% BI 0,38-0,52). Voor verdere details zie bijlage 2, tabel E.



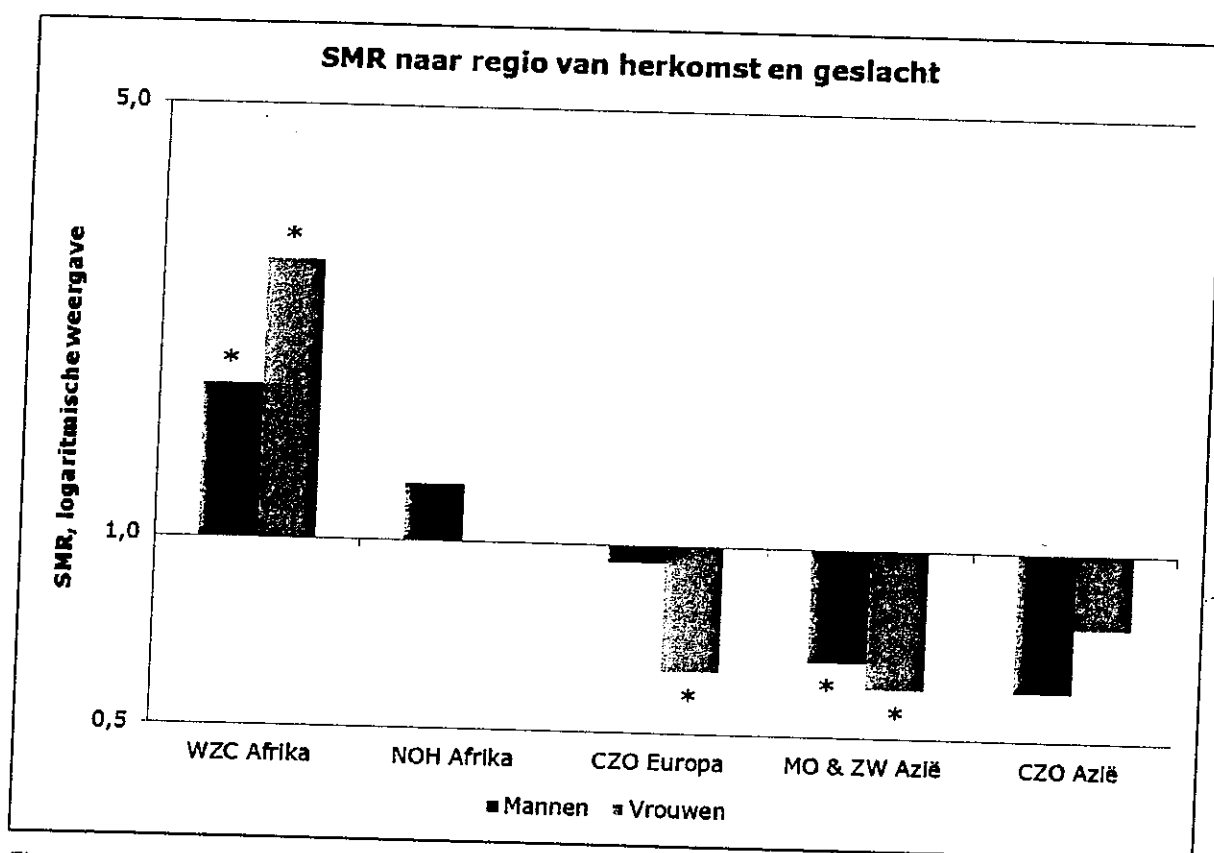
Figuur 5 SMR van asielzoekers ten op zichte van de Nederlandse bevolking naar geslacht en leeftijdsgroep, 2002-2008 (* significant verschil)

4.3. Sterfte naar regio van herkomst

In figuur 6 is de gestandaardiseerde sterfte naar regio en geslacht uitgezet (voor details zie bijlage 2, tabel F en G). Bij de WZC Afrikanen is de *oversterfte* het grootst en significant (SMR=2,20; 95%

BI 1,80-2,70), bij de totale subgroep uit MO en ZW Azië zien we juist een geringe significante *ondersterfte*.

Bij analyse van de sterfte naar regio van herkomst en leeftijdsgroep zijn duidelijke verschillen tussen subgroepen te zien. De verhoogde sterfte bij de WZC Afrikaanse mannen is vooral een gevolg van hogere sterfte in de leeftijdsgroepen 15-19 jaar en 20-29 jaar. De *oversterfte* onder Afrikaanse vrouwen wordt bepaald door sterfte in de leeftijdsgroepen onder de 40 jaar. Ook voor mannen onder de 40 jaar uit NOH Afrika is sprake van *oversterfte*, bij NOH Afrikaanse vrouwen is de sterfte in de groep 30-39 jarigen vier keer verhoogd. Bij de 65+ vrouwen uit NOH Afrika is er sprake van significante *ondersterfte* voor (een kwart van de sterfte van de Nederlandse bevolking).



Figuur 6 SMR van asielzoekers in vergelijking met de Nederlandse bevolking naar regio van herkomst, 2002-2008 (* significant verschil)

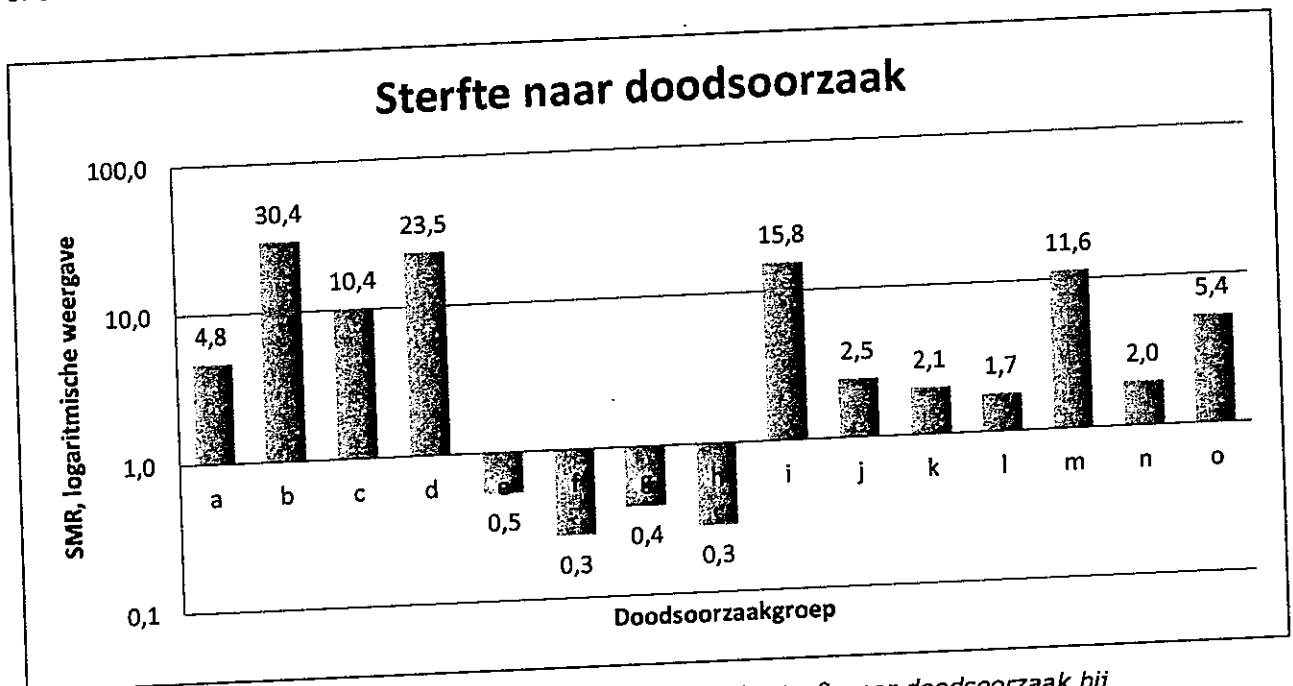
Bij asielzoekers uit CZO Europa staat de *ondersterfte* van de vrouwen tegenover de *oversterfte* van de mannen op jonge leeftijd. Bij asielzoekers uit CZO Europa is sprake van twee tot drie keer *oversterfte* bij 20 tot 39-jarige mannen. In de hogere leeftijdsgroepen (40 jaar en ouder) zien we bij de mannen en vrouwen uit CZO Europa van 40 tot 64 jaar *ondersterfte*. De totale sterfte voor vrouwen uit CZO Europa is significant lager dan die van de Nederlandse vrouwen.

Het sterftepatroon van de populatie uit MO & ZW Azië verschilt significant van dat van de Nederlandse bevolking. De totale sterfte is lager vooral door *ondersterfte* onder mannen boven de

40 en vrouwen boven de 65. Bij de subpopulaties uit CZO Azië en 'overige landen' zijn de aantallen te gering om verder uit te splitsen naar leeftijd.

4.4. Sterfte per groep van doodsoorzaken

Voor de totale groep asielzoekers geldt dat, naast significante *oversterfte* aan infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaken, er ook significante *ondersterfte* voorkomt, zoals aan neurologische aandoeningen, aan nieuwvormingen, aan longziekten en aan ziekten van de spijsverteringsorganen. In figuur 7 zijn die doodsoorzaken weergegeven waarbij significante onder- of oversterfte voorkwam.



Figuur 7 Naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde sterfte per doodsoorzaak bij asielzoekers (2002-2008). Getoond worden alleen die groepen doodsoorzaken waarbij een significant verschil met de Nederlandse bevolking werd gevonden

- a. Infectieuze- en parasitaire ziekten
- b. Tbc
- c. Virale hepatitis
- d. Hiv/aids
- e. Kwaadaardige nieuwvormingen
- f. Neurologische ziekten
- g. Longziekten
- h. Ziekten van de spijsverteringsorganen

- i. Zwangerschap (alleen vrouwen)
- j. Onbekende of onvolledig beschreven doodsoorzaak
- k. Niet-natuurlijke doodsoorzaken
- l. Ongevallen
- m. Verdrinking
- n. Suïcide (alleen mannen)
- o. Homicide

Bij de mannen is sprake van significante *oversterfte* aan infectieziekten (ruim vier keer), met name aan tbc en hiv/aids. Het sterftecijfer voor niet-natuurlijke doodsoorzaken is bij asielzoekers twee

keer zo hoog als in de Nederlandse bevolking. Het verhoogde cijfer voor niet-natuurlijke doodsoorzaken is vooral het gevolg van sterfte aan verdrinking, suïcide en homicide. Daarnaast is er bij de mannen significante *ondersterfte* aan nieuwvormingen en aan neurologische ziekten.

Bij de vrouwen is sprake van een bijna vijf keer verhoogde sterfte aan infectieziekten, met name aan tbc en hiv/aids. Sterfte aan complicaties van zwangerschap, bevalling en kraamperiode is ruim 15 keer verhoogd, bij de vrouwen zien we ook significante *ondersterfte* aan nieuwvormingen, psychische stoornissen, longziekten en ziekten van de spijsverteringsorganen (voor details zie Bijlage 2, tabel H).

4.5 Sterfte aan enkele specifieke doodsoorzaken

Een nadere analyse is zinvol voor infectieziekten, chronische ziekten, niet-natuurlijke doodsoorzaken en sterfte rond de geboorte.

4.5.1. Infectieziekten

De bruto sterfte aan tbc is gemiddeld 0,024/1000 persoonsjaren, aan meningitis 0,003/1000 persoonsjaren, aan virale hepatitis 0,010/1000 persoonsjaren en aan hiv/aids 0,069/1000 persoonsjaren.

Voor de hele periode 2002-2008 is de gestandaardiseerde sterfte aan tuberculose bij asielzoekers significant hoger dan die van de standaardpopulatie (ruim 30 keer, zie Tabel 3).

Doodsoorzaak	Mannen			Vrouwen			Totaal		
	n	SMR	(95% BI)	n	SMR	(95% BI)	n	SMR	(95% BI)
Alle infectieziekten	22	4,33	(2,71-6,55)	16	4,85	(2,77-7,87)	38	4,75	(3,36-6,52)
Tbc	4	24,80	(6,81-64,0)	3	33,92	(6,87-97,41)	7	30,43	(12,24-62,70)
Meningitis	0	Nd	Nd	1	25,43	(ns)	1	1,29	(ns)
Virale hepatitis	2	7,51	(ns)	1	12,56	(ns)	3	10,37	(2,13-30,23)
Aids	13	16,16	(8,65-27,79)	7	38,38	(15,63-80,13)	20	23,47	(14,37-36,33)
Andere infectieziekten	3	0,70	(ns)	4	1,45	(ns)	7	1,19	(0,48-2,47)

Tabel 3 Aantallen en naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde sterftecijfers voor infectieziekten (2002-2008)

Ook de sterfte aan hiv/aids was voortdurend significant hoger dan in de Nederlandse bevolking (ruim 20 keer) en hiv/aids is in de groep infectieziekten de doodsoorzaak met het hoogste absolute aantal sterfgevallen. Bij 19 van de 20 sterfgevallen aan complicaties van hiv/aids betrof het Afrikanen. Gedurende 2002-2005 waren de Afrikaanse asielzoekers de belangrijkste groep at risk. De SMR was het hoogst bij vrouwen tussen 15 en 40 jaar.

4.5.2. Chronische ziekten

In 2002-2008 zijn 80 asielzoekers aan kwaadaardige nieuwvormingen overleden, dit waren voornamelijk CZO Europeanen (32 sterfgevallen) en MO & ZW Aziaten (21 sterfgevallen). Onder de asielzoekers uit deze regio's van herkomst bevindt zich een hoger percentage oudere asielzoekers dan onder asielzoekers uit de andere regio's van herkomst. De regio's CZO Europa en MO & ZW Azië hebben de hoogste absolute sterfte aan nieuwvormingen, bij de CZO Europeanen verschilt het gestandaardiseerde sterftcijfer echter niet significant van de Nederlandse bevolking (SMR= 0,81; 95% BI 0,56-1,14). Bij de MO & ZW Aziaten blijkt de gestandaardiseerde sterfte voor deze doodsoorzaak significant lager te zijn dan in de Nederlandse bevolking (SMR=0,46; 95% BI 0,27-0,67).

Aan hart- en vaatziekten overleden 95 asielzoekers, eveneens voornamelijk CZO Europeanen (31 sterfgevallen) en MO & ZW Aziaten (36 gevallen). Bij asielzoekers uit deze twee regio's komt sterfte aan hart- en vaatziekten bij de oudere asielzoekers (boven 40 jaar) meer voor, bij de WZC Afrikanen wordt er ook sterfte op jongere leeftijd (onder 40 jaar) gezien. Na standaardisatie blijkt dat de sterfte voor CZO Europeanen en MO & ZW Aziaten significant lager is dan in de Nederlandse bevolking (SMR= 0,59; 95% BI 0,40-0,84 en 0,53; 95% BI 0,37-0,64). De sterfte aan hart- en vaat ziekten bij WZC Afrikanen is niet significant verhoogd (SMR=1,91; 95% BI; 0,95-3,07).

4.5.3. Niet-natuurlijke doodsoorzaken

In de periode 2002-2008 waren er 105 gevallen van niet-natuurlijke dood. Opvallend waren hierbij 17 verdrinkingen, vooral bij kinderen en jongeren. Er waren 38 zelfdodingen, 12 gevallen van homicide en 9 niet-natuurlijke sterfgevallen met overige of onvolledig beschreven oorzaak. De sterfte aan niet-natuurlijke doodsoorzaken is significant verhoogd, zie voor een nadere analyse van de verschillende doodsoorzaakgroepen die hieronder vallen bijlage 2, tabel J.

Er werden opvallende verschillen in niet-natuurlijke doodsoorzaken gevonden tussen de regio's van herkomst. Zo kwamen ongevallen komen relatief het meest voor bij WZC Afrikanen. De sterfte door ongevallen is in deze groep voornamelijk veroorzaakt door verdrinking. Voor WZC Afrikanen is de SMR voor verdrinking 28,44 (95% BI 3,46-103,7).

Ook bij CZO Europese mannen was de sterfte aan ongevallen significant hoger dan bij de Nederlandse bevolking (SMR voor ongevallen 1,96; 95% BI 1,12-3,19).

Het hoogste risico op sterfte door suïcide wordt gevonden voor NOH Afrikanen en CZO Europeanen, de SMR voor NOH Afrikanen is 2,87; (95% BI 1,06-6,24), voor CZO Europeanen 2,80; (95% BI 1,45-4,90). Voor de CZO Aziatische populatie is homicide de meest voorkomende doodsoorzaak onder de niet-natuurlijke doodsoorzaken.

4.5.4. Sterfte rond de geboorte

Moedersterfte

In de onderzoeksperiode 2002-2008 waren er 4 gevallen van moedersterfte, daarmee is de moedersterfte onder asielzoekers 67/100.000 geboorten en ruim 10 keer hoger dan bij de Nederlandse bevolking (RR=10,26; 95% BI 3,77-27,97). Als oorzaken werden onder meer genoemd: eclampsie, communicatieproblemen, cultuurverschillen, weigering van spoedsectie, ontoereikende zorg en heftige infectie postpartum.

Geboorten

In de periode 2002-2008 werden 5960 baby's geboren in de centrale opvang. Voor de periode 2002-2008 zijn 38 doodgeboorten met zekerheid vastgesteld en zijn er 15 levend geboren baby's overleden in de eerste levensweek. Nog eens 7 0-jarigen overleden tussen de tweede week na de geboorte en de eerste verjaardag. Bij de overige 35 overleden 0-jarigen ontbraken gegevens over de doodsoorzaak en het tijdstip van overlijden. Bij deze 35 overleden 0-jarigen waren medische gegevens ook na uitvoerig onderzoek niet meer te achterhalen. Het aantal doodgeboorten bij asielzoekers is afhankelijk van de indeling van de onduidelijke cases minimaal 1,58 keer (95% BI 1,15-2,17) tot maximaal 3,02 keer (95% BI 2,40-3,80) verhoogd ten opzichte van de Nederlandse bevolking (Tabel 4).

In Tabel 5 is het aantal doodgeboorten naar regio van herkomst aangegeven. Alleen voor WZC Afrikanen wijkt het relatief risico significant af van de Nederlandse bevolking (RR=2,18; 95% BI 1,34-3,56).

Het aantal doodgeboorten plus de sterfte in de eerste week per 1000 geboorten is de *perinatale sterfte*. Uitgaande van de 38 cases en de 15 baby's die in de eerste week overleden is de perinatale sterfte voor asielzoekers in 2002-2008: 8,89/1000 geboorten. De perinatale sterfte over 2002-2008 in de Nederlandse bevolking is gemiddeld 7,60/1000 geboorten. De berekening van perinatale sterfte bij asielzoekers, gebaseerd op 38 doodgeboorten en 15 gevallen van overlijden in de eerste week, betreft een minimumschatting van de perinatale sterfte. Deze minimumschatting is niet significant hoger dan de perinatale sterfte in de Nederlandse bevolking (RR=1,16). Indien we de onvolledig gedocumenteerde cases meenemen in de berekening komen we op een maximumschatting van de perinatale sterfte van 14,76/1000 geboorten (RR=2,19; 95% BI 1,78-2,70).

Ook voor de zuigelingensterfte is een minimum- en een maximumschatting te geven, afhankelijk van de indeling van de onvolledig gedocumenteerde cases. De zuigelingensterfte in de Nederlandse

bevolking is voor 2002-2008 gemiddeld 4,49/1000 geboorten. De minimumschatting van zuigelingensterfte voor asielzoekers is 1,18/1000 geboorten, en is significant lager dan in de Nederlandse bevolking (RR= 0,26; 95% BI 0,12-0,54). Indien de 35 onvolledig gedocumenteerde sterfgevallen worden meegerekend, is de maximumschatting van de zuigelingen sterfte 7,09/1000 geboorten en dit is significant verhoogd (RR=1,45; 95% BI 1,07-1,97). Het is echter meer waarschijnlijk dat een aanzienlijk deel van deze cases doodgeboorten betreft.

Indicator		Asielzoekers		Nederland#
		Aantal	Indicator	Indicator
doodgeboorten/ 1000 geboorten	Minimum aantal	38	6,37	4,01
	Maximum aantal	73	12,25	
Perinatale sterfte/1000 geboorten\$	Minimum aantal	53	8,89	7,60
	Maximum aantal	88	14,76	
Zuigelingensterfte/10 00 levendgeborenen	Minimum aantal	7	1,18	4,49
	Maximum aantal	42	7,09	
Moedersterfte/ 100.000 geboorten		4	67,11	6,52

Tabel 4 Sterfte rond geboorte bij asielzoekers, 2002-2008; vet gedrukt betekent significant afwijkend van de Nederlandse bevolking \$ perinatale sterfte na een zwangerschap van 28 weken, # gegevens CBS gemiddeld 2002-2008

Beschrijving van de oorzaken van doodgeboorte

Niet voor alle direct na geboorte overleden of doodgeboren baby's werd de doodsoorzaak geregistreerd. De gerapporteerde oorzaken waren: geringe groei van de foetus, gecompliceerde bevalling, congenitale afwijkingen, (pre)eclampsie, HELLP syndroom. Bij veel sterfgevallen van 0-jarigen was de informatie niet duidelijk zodat ze als 'Aandoeningen van de perinatale periode' of als 'onbekende of onvolledig beschreven doodsoorzaak' werden gecodeerd door CBS.

	WZC Afrika	NOH Afrika	CZO Europa	MO & ZW Azië	CZO Azië	Overige landen
Aantal doodgeboortes	16	4	7	7	1	3
Aantal geboorten	1816	978	1158	1378	437	193
Aantal/1000 geboorten	8,81	4,08	6,04	5,07	2,20	15,45
RR (95% BI)	2,18 (1,34-3,56)	0,78 Ns	1,18 ns	0,99 ns	0,44 ns	3,06 ns

Tabel 5 Overzicht van de 38 goed gedocumenteerde doodgeboorten naar regio van herkomst in 2002-2008

Eén zuigeling overleed aan surfactant proteïne deficiëntie, 1 aan hepatitis (onbekend welk type), 2 baby's overleden door wiegendood, (één keer veroorzaakt door een virale infectie en één keer met onbekende oorzaak), 1 kindje overleed als gevolg van multipele erfelijke afwijkingen. Twee andere baby's overleden aan een niet-natuurlijke oorzaak.

Congenitale afwijkingen

Bij de 95 gemelde sterfgevallen van 0-jarigen was de doodsoorzaak 27 keer een congenitale afwijking. De hoogste percentages congenitale afwijkingen vinden we bij WZC en NOH Afrikanen: Respectievelijk 12% en 10% van de sterfgevallen bij 0-jarige asielzoekers uit deze regio's werd gecodeerd als congenitale afwijking. Frequent voorkomende congenitale afwijkingen zijn aanlegdefecten van het hart (6 gevallen) en metabole ziekten (4 gevallen).

4.6 Resultaten 2006-2008

Aantallen en sterftcijfers

In de onderzoeksperiode 2006-2008 zijn 138 asielzoekers overleden (bijlage 2, tabel K). De overleden asielzoekers waren afkomstig uit 22 landen. Na zorgvuldig dossieronderzoek werden al deze sterfgevallen teruggevonden in de medische dossiers van de MOA.

Er werden 9 doodgeboorten gemeld of teruggevonden door de arts tijdens dossieronderzoek (5 jongetjes en 4 meisjes). Van deze gevallen waren er 4 bekend bij het COA (3 jongens, 1 meisje). Twee kinderen overleden na de eerste week, en voor hun eerste verjaardag.

Tabel 6 Laat zien hoe de sterftcijfers in 2006-2008 zich verhouden tot voorgaande jaren en tot de Nederlandse populatie. Voor het eerst gedurende de doodsoorzakenregistratie (2002-2008) blijkt gestandaardiseerde sterfte voor de totale groep asielzoekers verhoogd (SMR=1,38; BI: 1,06-1,81)

ten opzichte van de Nederlandse bevolking. Dit wordt vooral veroorzaakt door *oversterfte* bij de mannen (SMR=1,51; 95% BI:1,21-1,86).

Periode	Bruto sterftecijfer per 1000 persoonsjaren	Mannen SMR (95% BI)	Vrouwen SMR (95% BI)
1998-1999	1,70	1,23 (1,10-1,42)	0,85 (0,59-1,11)
2002-2005	1,50	0,93 (0,75-1,12)	1,14 (0,86-1,43)
2006-2008	1,93	1,51 (1,21-1,86)	1,16 (0,86-1,54)

Tabel 6 Overzicht van sterfte onder asielzoekers in de centrale opvang in de periodes 1998-1999, 2002-2005 en 2006-2008

Sterfte naar geslacht en leeftijd

De gestandaardiseerde sterfte ratio's verschillen per leeftijdscategorie (tabel 7). Opvallend is de significante *oversterfte* bij de leeftijdsgroepen van 20-29 jaar en van 30-39 jaar. De sterfte in die leeftijdsgroepen is namelijk ruim twee keer hoger dan de corresponderende leeftijdsspecifieke sterfte van de Nederlandse bevolking, ook bij de groep 40-64 jaar vinden we een *oversterfte* van bijna anderhalf keer.

De sterfte bij mannen in de leeftijdscategorieën tussen 20-64 jaar is significant hoger dan in de Nederlandse bevolking. Bij de zeer kleine groep 65 plussers wijkt de sterfte van asielzoekers niet af van de Nederlandse bevolking. In de periode 2002-2005 werd voor de asielzoekers van 65 jaar en ouder *ondersterfte* gevonden. In 2006-2008 is er bij de vrouwen tussen 20-29 jaar sprake van significante *oversterfte*.

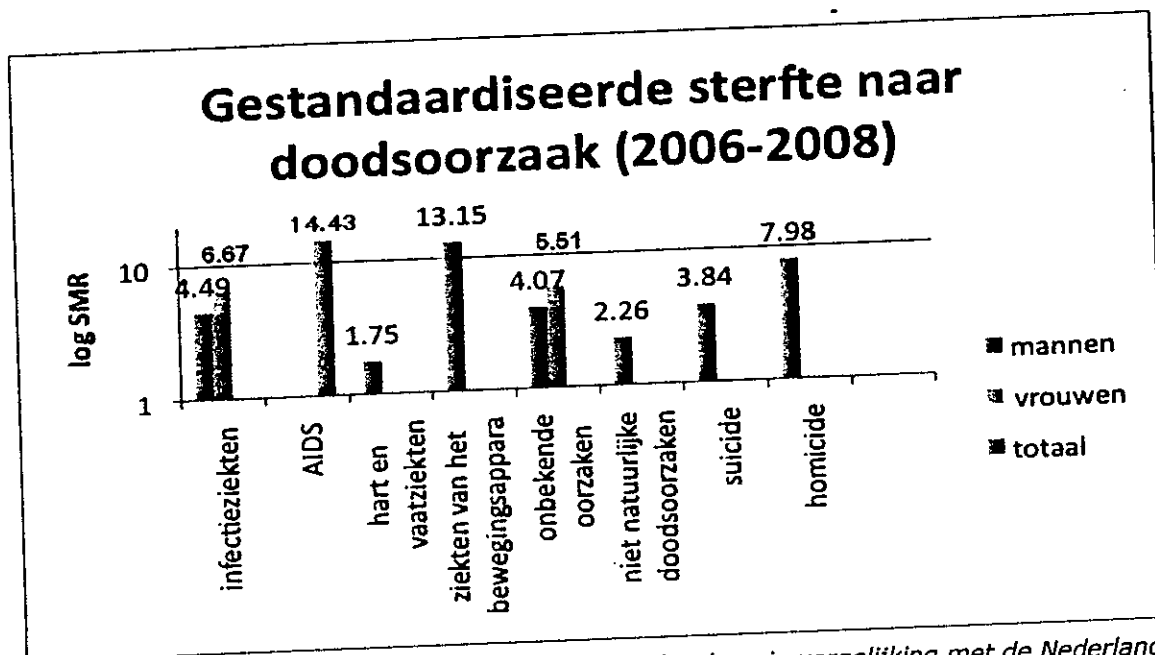
In eerdere jaren was er sprake van *oversterfte* van asielzoekers in de jongste leeftijdscategorieën: 1-4 jaar, 5-9 jaar, 20-29 en 30-39 jaar, terwijl er significante *ondersterfte* werd gevonden in de leeftijdscategorieën 40-64 jaar en 65-84 jaar. Als gevolg daarvan week de SMR voor de totale groep nauwelijks af van 1 (niet significant).³⁻⁵

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	SMR	95% BI	SMR	95% BI	SMR	95% BI
0 jaar	0,66	0,38-1,48	0,62*	0,51-2,13	0,64*	0,49-1,39
1-4 jaar	3,27	0,07-2,21	Nd	-	1,88	0,23-6,82
5-9 jaar	3,79	0,08-21,40	Nd	-	2,00	0,05-11,14
10-14 jaar	Nd	-	Nd	-	Nd	-
15-19 jaar	0,63	0,00-3,52	1,96	0,05-10,92	1,02	0,00-1,88
20-29 jaar	2,39	1,09-3,91	2,75	1,11-8,04	2,68	1,53-4,35
30-39 jaar	2,66	1,49-4,38	2,51	0,92-5,46	2,73	1,69-4,17
40-64 jaar	1,49	1,03-2,10	1,35	0,83-2,10	1,48	1,12-1,99
65+	1,16	0,47-1,70	0,85	0,32-1,16	0,96	0,69-1,51
Totaal	1,51	1,21-1,86	1,16	0,85-1,53	1,32	1,05- 1,80

Tabel 7 *Standardised mortality ratio voor asielzoekers naar geslacht en leeftijdsgroep, 2006-2008; Nd- geen cases in deze categorie; vet gedrukt betekent significant afwijkend van de Nederlandse bevolking*

Sterfte naar doodsoorzaak

Voor de 138 sterfgevallen van 2006-2008 zijn de doodsoorzaken geanalyseerd (voor details zie bijlage 2, tabel L en M). Bij asielzoekers zijn hart- en vaatziekten en kwaadaardige nieuwvormingen net als in eerdere jaren in absolute aantallen de belangrijkste doodsoorzaken. Na standaardisatie blijken enkele significante verschillen in sterfte met de Nederlandse bevolking (zie figuur 8). Voor de totale asielzoeker populatie zijn de significant verhoogde doodsoorzaken 'Infectieuze- en parasitaire ziekten', en 'niet-natuurlijke doodsoorzaken'. Dit bevestigt het beeld van voorgaande jaren.



Figuur 8 Standardised mortality ratio van asielzoekers in vergelijking met de Nederlandse bevolking voor doodsoorzaken met significante oversterfte in 2006-2008

Nieuwe ontwikkelingen in 2006-2008

In 1998-1999 en 2002-2005 werd *ondersterfte* van asielzoekers aan hart- en vaatziekten en kwaadaardige nieuwvormingen gevonden.³⁻⁵ De sterfte aan kwaadaardige nieuwvormingen onder asielzoekers in 2006-2008 verschilt bij mannen en bij vrouwen wederom niet van de Nederlandse bevolking. De sterfte aan hart- en vaatziekten daarentegen, is significant *hoger* bij mannelijke asielzoekers dan bij Nederlandse mannen.

Sterfte aan ziekten van het bewegingsapparaat is weliswaar significant verhoogd bij mannelijke asielzoekers (ruim 13 keer), maar het betreft slechts 2 gevallen. De sterfte aan niet-natuurlijke doodsoorzaken is ruim twee keer hoger dan in de Nederlandse bevolking, voornamelijk door significant verhoogde sterfte aan *suicide* en *homicide*.

Bij de vrouwen verschilt de sterfte niet van de Nederlandse vrouwen, behalve bij infectieuze- en parasitaire ziekten, deze sterfte is significant *hoger* dan bij de Nederlandse vrouwen. Voor 2006-2008 vinden we opnieuw dat de meeste sterfgevallen aan infectieziekten zijn gevonden bij asielzoekers uit Afrika (namelijk 78,9% van de sterfgevallen aan infectieziekten). In 2006-2008 overleden 20 asielzoekers aan niet-natuurlijke doodsoorzaken. Hiervan waren er 19 van het mannelijk geslacht. In 2006-2008 zijn de groepen waar de meeste sterfte aan niet-natuurlijke doodsoorzaken voorkomt opnieuw mannelijke WZC Afrikanen en CZO Europeanen. De sterfte door *suicide* in 2006-2008 is ook bij (jonge) Afrikanen hoog (WZC en NOH Afrikanen), eerder betrof de sterfte in aan niet-natuurlijke doodsoorzaken bij de WZC Afrikanen ook veel verdrinking. Daarnaast komt bij WZC Afrikanen sterfte rond de geboorte het meest voor.

De gestandaardiseerde sterfte aan niet-natuurlijke doodsoorzaken was in 2006-2008 gelijk aan die in eerdere jaren, maar binnen de subcategorieën van niet-natuurlijke doodsoorzaken zijn er

verschuivingen. Er is in deze periode geen sterfte door verdrinking. Het aantal sterfgevallen door suïcides in 2006-2008 is 13, de bruto sterfte en gestandaardiseerde sterfte aan suïcide zijn daarmee hoger dan in eerdere jaren. Sterfte door suïcide bij mannen is in de periode 2006-2008 ruim drie keer zo hoog als bij de Nederlandse mannen (SMR=3,84; 95% BI 2,05-6,58). In de periode 2002-2005 was de SMR voor suïcide 1,63 (95% BI 1,02-2,46). Sterfte aan homicide bij asielzoekers wijkt in 2002-2005 niet significant af van die van de Nederlandse bevolking, in 2006-2008 is er significante *oversterfte* onder de mannelijke asielzoekers (SMR=7,98; 95% BI 2,18-20,46).

Sterfte rond de geboorte

In 2006-2008 werden 1633 kinderen geboren in de centrale opvang. Met 1 geval van moedersterfte komt in 2006-2008 de moedersterfte onder asielzoeksters op 61,23/100.000 geboorten.

Gedurende 2006-2008 zijn 12 kinderen doodgeboren en overleden 7 baby's in de eerste week. Dit betekent een perinatale sterfte van 11,63/1000 geboorten. In de Nederlandse bevolking was dit in deze periode 5,3/1000 geboorten. Voor asielzoekers is de perinatale sterfte significant hoger dan die in de Nederlandse bevolking in die periode (RR=1,99; 95% BI 1,27-3,12).

Er overleden in 2006-2008 2 kinderen na de eerste week maar voor hun eerste verjaardag, dit betekent een zuigelingensterfte van 1,23/1000. Voor de Nederlandse bevolking was in 2006-2008 de gemiddelde zuigelingensterfte 4,15/1000 levendgeborenen. Voor asielzoekers wijkt de zuigelingensterfte hier niet significant van af (RR=0,29; 95% BI 0,074-1,18).

Van 6 baby's is het tijdstip van overlijden niet te achterhalen, zij behoren dus of bij de perinatale sterfte of bij de zuigelingensterfte. Ook bij toevoeging van deze 6 cases wijkt de zuigelingensterfte niet significant af van die in de Nederlandse bevolking. Indien alle 6 baby's doodgeboren waren, betekent dit dat de perinatale sterfte aanmerkelijk hoger zou uitvallen; namelijk een perinatale sterfte van 13,40/1000 geboorten. Deze maximumschatting resulteert dan in een hoger relatief risico ten opzichte van de Nederlandse bevolking (RR = 2,59; 95% BI 1,27-3,74).

5. Bespreking

5.1. Methodologische aspecten

De doodsoorzaakregistratie van asielzoekers maakt het mogelijk uitspraken te doen over gezondheidsrisico's van asielzoekers. Bij het verrichte onderzoek zijn enkele kanttekeningen te plaatsen.

Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening worden gehouden met de onvolledigheid van de meldingen. Evenals in voorgaande jaren werd in 15% van de gevallen geen of onvolledige informatie gegeven over de doodsoorzaak. Dit percentage komt overeen met het landelijk gevonden percentage onvolledige meldingen bij Nederlandse onderzoeken naar doodsoorzaken bij migranten.^{14,15} Overigens liggen aan die onvolledigheid voor asielzoekers andere oorzaken ten grondslag dan bij de andere migranten, waarbij repatriëring en overlijden in het buitenland belangrijke oorzaken zijn.¹⁶

De verhoogde sterfte aan hart- en vaatziekten in 2006-2008 moet met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Voor de hoge sterfte zijn verschillende verklaringen mogelijk. Zo zou de prevalentie van hart- en vaatziekten hoger kunnen zijn geworden door veranderingen in de populatie in de centrale opvang (bijvoorbeeld door instroom van populaties met biologische aanleg voor bepaalde ziekten of langer verblijf in de opvang vanwege ziekte). Ook kan het zijn dat hartfalen vaker dan in eerdere jaren als doodsoorzaak werd gemeld terwijl een ander onderliggend lijden de oorzaak is. Mogelijk komt het toekennen van de doodsoorzaak hartfalen vaker voor bij recent aangekomen asielzoekers dan bij de Nederlandse bevolking omdat onderliggend lijden mogelijk nog niet bekend is bij de arts die de dood vaststelt.

De berekende perinatale sterfte is een onderschatting omdat er waarschijnlijk sprake is van onderrapportage van doodgeboortes en omdat voor enkele sterfgevallen rond de geboorte de informatie onvolledig was.

5.2. Resultaten in relatie tot de literatuur

Sterftecijfers

De bij asielzoekers waargenomen leeftijdseffecten in sterfte: relatieve *ondersterfte* in de hogere leeftijdscategorieën en relatieve *oversterfte* onder de jongere leeftijdsgroepen, komen overeen met resultaten zoals beschreven in migrantenstudies.¹⁴⁻²²

Ondanks het feit dat *oversterfte* onder jongere asielzoekers in combinatie met *ondersterfte* op oudere leeftijd wordt waargenomen bij asielzoekers, is er reden om aan te nemen dat dit aan andere oorzaken is toe te schrijven dan aan het healthy migrant effect.¹⁹ Bij asielzoekers bekijken we in feite een dwarsdoorsnede door een zeer dynamische populatie met gemiddeld korte verblijfsduur in Nederland terwijl in onderzoek bij migranten een populatie betreft waarin minder sprake is van in- en uitstroom.

Infectieziekten

Bij asielzoekers vinden we een verhoogd risico op sterfte aan infectieziekten, voornamelijk door sterfte aan hiv/aids bij de Afrikaanse asielzoekers. Dit is in overeenstemming met het feit dat hiv/aids de belangrijkste doodsoorzaak is in WZC Afrika,²³ en de ziekte ook in de migrantengroep met verblijfsstatus uit bepaalde herkomstlanden van asielzoekers frequent voorkomt.²⁴ Uit een epidemiologisch mathematisch model onderzoek bleek dat ongeveer een derde van de heteroseksuele migranten de hiv-infectie buiten Nederland opliep, en dat het bij 78% van deze infecties Afrikanen betrof.²⁵

De tweede infectieziekte waarvoor bij asielzoekers significant verhoogde sterfte in vergelijking met de Nederlandse bevolking wordt gevonden, is tbc. In Nederland betreft 60% van de tbc-gevallen migranten, waarvan circa de helft bij asielzoekers.²⁶ Er vindt dan ook screening plaats bij immigranten uit landen waar tuberculose veel voorkomt. Ook worden vervolg screenings aangeboden. De Commissie Praktische Tuberculosebestrijding heeft in 2007 geadviseerd om de vervolg screenings voort te zetten.²⁷

Chronische ziekten

Kwaadaardige nieuwvormingen en hart- en vaatziekten behoren bij zowel de Nederlandse bevolking als bij asielzoekers tot de meest frequent voorkomende doodsoorzaken. Relatief gezien, wordt bij asielzoekers, net als bij andere niet-westerse migranten in Nederland en elders in Europa, *ondersterfte* aan kwaadaardige nieuwvormingen gevonden in vergelijking met de bevolking van het gastland.²⁰⁻²²

Bij analyse van sterfte aan hart- en vaatziekten over de *totale* onderzoeksperiode valt op dat de sterfte van CZO Europeanen en MO & ZW Aziaten aan hart- en vaatziekten de grootste aantallen betreft, maar dit heeft te maken met de omvang van deze groepen. Na standaardisatie blijkt dat de sterfte aan hart- en vaatziekten voor CZO Europeanen en MO & ZW Aziaten lager is dan in de Nederlandse bevolking.

De sterfte aan hart- en vaatziekten bij de mannelijke asielzoekers is in 2006-2008 hoger dan in de eerdere jaren. Dit betreft voornamelijk sterfte in de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar. In hoeverre er een hoge ziektelast is aan hart- en vaatziekten in de asielzoeker populatie kan uit de sterfteregistratie niet worden geconcludeerd, hiertoe is aanvullend onderzoek gewenst. Bij zelfrapportages over hart- en vaatziekten onder de migrantenpopulatie in Nederland blijkt eveneens dat verschillen naar etniciteit vooral duidelijk zijn onder het mannelijk deel van de populatie.²⁸

Zoals eerder aangegeven, is niet duidelijk of er sprake is van een reële toename van sterfte aan hart- en vaatziekten. Onderzoek in Groot-Brittannië laat een verhoogde sterfte aan hart- en vaatziekten bij asielzoekers in vergelijking met de Britse bevolking zien.²⁹ De asielpopulatie in Groot Brittannië heeft echter wel een andere samenstelling naar landen van herkomst dan de Nederlandse asielpopulatie. Een meer recent onderzoek uit de VS onder getraumatiseerde Somalische en Bosnische asielzoekers geeft aan dat bij hen de prevalentie van hypertensie en diabetes verhoogd is.³⁰

Sterfte rond de geboorte

Perinatale- en moedersterfte zijn hoger bij asielzoekers dan in de in de Nederlandse bevolking. Sinds eind jaren tachtig wordt een hogere perinatale sterfte waargenomen bij allochtone populaties in Nederland.³¹⁻⁴⁰ Tot nu toe was het hoogst beschreven percentage perinatale sterfte binnen allochtone groepen in Nederland dat van Antillianen, een groep waarbij veel vroeggeboorte en pre-eclampsie voorkwam.^{37,40}

In Nederland wordt de definitie van perinatale sterftemaat vanaf 2004 voortdurend scherper omschreven en met diverse partijen vastgesteld.³⁹ Dit betekent dat de Nederlandse cijfers voor de totale onderzoeksperiode licht verschuiven. Voor de totale periode 2002-2008 was de perinatale sterfte bij asielzoekers dertig procent hoger dan die bij de Nederlandse bevolking. In de periode 2006-2008 nam de perinatale sterfte onder asielzoekers toe tot minimaal 11,6/1000 en maximaal 13,4/1000 geboorten en is daarmee ruim twee keer hoger dan die van de Nederlandse bevolking, en ook hoger dan bij de belangrijkste risicogroepen binnen allochtone subgroepen, namelijk de Antillianen en Surinamers.³⁷

De kans op zwangerschapscomplicaties is het hoogst bij tienerzwangerschappen, bij oudere moeders en vrouwen met veel kinderen.⁴¹ Deze risicofactoren zien we juist onder de Afrikaanse asielzoekers.⁴² De NOH Afrikaanse groep bevat de laatste jaren veel jonge Somalische vrouwen, waarvoor in de literatuur wordt beschreven dat sprake is van hoge risico's tijdens zwangerschap en bevalling.^{43,44} In Europees verband bleek uit een meta-analyse van zwangerschapsuitkomsten bij Somalische migranten dat zij een risicogroep vormen met een verhoogd aantal keizersneden en *oversterfte* door doodgeboorten ten opzichte van de referentiepopulaties van 6 Europese landen waar de studies plaatsvonden.⁴³ Ook Amerikaans onderzoek onder Somalische immigranten leidde tot de conclusie dat Somalische vrouwen een hoog risico op negatieve zwangerschapsuitkomsten hebben.⁴⁴

Zowel in 1998-1999 als in 2002-2008 was moedersterfte met ongeveer 70/100.000 geboorten bijna tien keer zo hoog als in de Nederlandse bevolking. Dit is het dubbele van de moedersterfte bij de voornaamste risicogroep in Nederland, namelijk de Surinaams/Antilliaanse moeders met een moedersterfte van 35/100.000 geboortes.³⁸ Er is waarschijnlijk sprake van een meegenomen risico uit het herkomstland. De geschatte moedersterfte in de landen van herkomst is zeer hoog: bij de NOH Afrikaanse landen is dit circa 157/100.000 geboortes, en in Afrikaanse landen onder de Sahara zelfs 905/100.000 geboorten.⁴⁵ Voor Groot Brittannië concludeerde de Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH) in 2003-2005, dat het risico op maternale sterfte voor asielzoeksters verontrustend hoog was.⁴⁶ Uit een Nederlands onderzoek naar maternale morbiditeit bleek dat totale groep van niet-westerse allochtonen in Nederland een 1,3 keer verhoogde kans hebben op ernstige maternale morbiditeit (SAMM). Onder de 529 vrouwen die in 2004-2006 in een onderzoek werden opgenomen naar ernstige maternale morbiditeit, bevonden zich ook 30 asielzoeksters, voornamelijk afkomstig uit sub-Sahara Afrika.⁴⁷ Al deze gegevens, gevoegd bij het feit dat onder asielzoeksters afkomstig uit CZO Azië het aantal tienerzwangerschappen hoog is, en ook de abortusratio onder alle asielzoeksters significant verhoogd is,⁴² pleiten voor gerichte acties voor zwangere asielzoeksters en het ontwikkelen van preventieve interventies met betrekking tot reproductieve gezondheid. De aanbevelingen zijn nader beschreven in een literatuurstudie.⁴⁸

Niet-natuurlijke doodsoorzaken

Bij de niet-natuurlijke doodsoorzaken bij asielzoekers wordt het grootste aantal overledenen onder 30 tot 39-jarigen, en is zelfdoding de belangrijkste doodsoorzaak; ruim twee derde van de sterfte onder de mannen. Voor de totale groep asielzoekers is bij 35% van de niet-natuurlijke doodsoorzaken zelfdoding de doodsoorzaak. Suïcide werd eerder beschreven als een risico bij Iranese en Afghaanse vluchtelingen in Engeland,⁵¹ en ook onder migranten afkomstig uit Zuidoost Europa in Nederland.⁵² Maar ook in sommige landen van herkomst wordt zelfdoding een toenemend belangrijke doodsoorzaak onder jonge mannen geacht.⁵³ Verdere verklaringen worden gezocht in een complex van oorzaken: problemen met trauma's voorafgaand of gedurende de vlucht, problemen met omgaan met een onzekere situatie, maar ook problemen van persoonlijke aard.^{54,55} Bij de het opzetten van preventieprogramma's kan gebruik worden gemaakt van de brochure Suïcidepreventie in AZC's. Verder onderzoek naar oorzaken van zelfdoding en suïcidepogingen is nodig om aanknopingspunten te krijgen voor gerichte preventie.

De sterfte door verdrinking bij asielzoekers blijkt nog hoger te zijn dan bij niet-westerse allochtonen, waar verdrinking ook al vaker voorkomt dan in de Nederlandse bevolking.^{49,50} Sinds voorjaar 2005 is de voorlichting door de MOA en het COA voorlichting over verdrinkingsrisico's ingezet en worden veiligheidsmaatregelen genomen.

Verschillen tussen groepen

Tussen 2002 en 2006 namen de gezondheidsverschillen tussen de totale groep migranten en de Nederlandse bevolking af.¹⁶ Deze bevinding zal waarschijnlijk niet voor asielzoekers gelden omdat deze groep een relatief korte verblijfsduur heeft. Bij deze groep zijn de gezondheidstoestand bij immigratie, de regio van herkomst, de biologische achtergrond, en de omstandigheden voor en tijdens de vlucht sterk bepalend, meer dan bij de niet-westerse migrantengroepen in Nederland.

Ook tussen asielzoeker subgroepen onderling zijn grote verschillen in gezondheidstoestand te zien. Voor enkele doodsoorzaken is het duidelijk dat deze hun oorsprong vinden in verschillen in gezondheid in de regio's van herkomst. In de laatste jaren was dit goed te zien bij de Afrikaanse groepen (infectieziekten en sterfte rond de geboorte). Voor andere geduide risico's is dit minder duidelijk; zoals sterfte aan niet-natuurlijke doodsoorzaken voor CZO Europeanen, of de recente verhoogde sterfte aan hart- en vaatziekten bij mannelijke asielzoekers.

5.3. Uit het onderzoek voortvloeiende onderzoeksvragen

De uitkomsten van het onderzoek leiden tot de conclusie dat op verschillende gebieden de registraties verbetering behoeven en meer diepgaand onderzoek naar gezondheidsrisico's van asielzoekers gewenst zou zijn. Voor een deel van de nog onbeantwoorde vragen biedt onderzoek naar ziektelast een mogelijke oplossing.

De *oversterfte* aan infectieziekten roept de volgende vragen op: Hoe verhoudt de sterfte zich tot de prevalentie van de infectieziekten? Had de sterfte kunnen worden voorkomen door actievere screening? Had de behandeling beter gekund? En welk percentage van de infecties is meegenomen uit het land van herkomst? En, welk deel van de infectieziekten wordt opgelopen in het gastland en kan met interventies worden voorkomen?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is informatie over de incidentie en prevalentie van de verschillende infectieziekten in subgroepen van asielzoekers nodig, informatie die niet uit de sterfteregistratie kan worden verkregen.

Dit onderzoek laat zien dat de perinatale sterfte bij asielzoekers verhoogd is. Om perinatale sterfte te voorkomen is echter meer inzicht nodig in de oorzaken van deze verhoging. Vanwege het kleine aantal sterfgevallen bij asielzoekers per jaar, verdient het aanbeveling dit onderzoek in te bedden in groter verband, bijvoorbeeld bij de Stichting perinatale registraties Nederland (PRN) of mogelijk in Europees verband. Het is daarbij wenselijk dat asielzoekers als zodanig kunnen worden herkend vanwege mogelijk specifieke risicofactoren bij deze bijzondere groep.

Daarnaast spelen de volgende vragen: Hoe kan de signalering van risicofactoren voor perinatale sterfte worden verbeterd? Sluit de zorg voor zwangere asielzoeksters aan bij de behoeften? Hierbij moet onder andere worden gekeken naar culturele competenties van zorgverleners en naar de kwaliteit en continuïteit van zorg.

Om te kunnen vaststellen waardoor de verhoogde sterfte aan hart- en vaatziekten veroorzaakt wordt, zijn aanvullende gegevens nodig. Dit betreft o.a. gegevens over diagnose, duur van de aandoening, comorbiditeit, maar ook gegevens over de verblijfsduur in de opvang. Onderzoek naar de prevalentie van hart- en vaatziekten naar landen of regio's van herkomst kan de volgende vragen verhelderen: Worden de hart- en vaatziekten tijdig onderkend en behandeld? Welke typen

hart- en vaatlijden komen onder asielzoekers(subgroepen) voor? Zijn er bevolkingsgroepen of leeftijdsgroepen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten? Daarnaast is onderzoek aan belastende factoren zinvol: Welk percentage van de asielzoekers vertoont bekende risicofactoren voor hart- en vaatziekten? Is er sprake van een toename in risicofactoren voor hart- en vaatziekten onder asielzoekers? Met die gegevens kunnen beleidsadviezen beter worden onderbouwd.

6. Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

Het voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde sterftcijfer voor asielzoekers wijkt in de periode 2002-2008 niet af van de Nederlandse bevolking. In 2006-2008 is er wel sprake van verhoogde sterfte onder asielzoekers in vergelijking met de Nederlandse bevolking.

De meest voorkomende doodsoorzaken bij asielzoekers zijn hart- en vaatziekten en kwaadaardige nieuwvormingen. In vergelijking met de Nederlandse bevolking hebben asielzoekers een verhoogd risico om te overlijden aan infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaken, met name suïcide en verdrinking. Daarnaast zijn de perinatale en moedersterfte bij asielzoekers hoog in vergelijking met de Nederlandse bevolking.

In 2006-2008 was sprake van een verhoogde sterfte aan hart- en vaatziekten bij mannelijke asielzoekers in vergelijking met de Nederlandse bevolking en in vergelijking met eerdere jaren.

Aanbevelingen

De aanbevelingen voor zorg en opvang zijn:

- Deel de inhoud van het rapport met professionals die met asielzoekers werken, zodat zij op de hoogte zijn van de verhoogde risico's.
- Handhaaf en intensiveer de interventies op het gebied van preventie van hiv/aids.
- Creëer de mogelijkheid om op landelijk niveau het voorkomen van infectieziekten bij asielzoekers te monitoren.
- Continueer ongevals- en verdrinkingspreventie in de asielzoekerscentra.
- Zorg dat zorg- en opvangmedewerkers op de hoogte zijn van het verhoogde suïciderisico bij asielzoekers en hoe ze bij kunnen dragen aan preventie van suïcide. Pleit voor actualisatie van de brochure 'Suïcidepreventie in AZC's'. Ontwikkel interventies voor de preventie van suïcide en suïcidepogingen bij asielzoekers.
- Investeer in goede zorg voor zwangere asielzoeksters.⁵⁵ Dring aan op het ontwikkelen van specifieke zorgprotocollen voor zwangere asielzoeksters en laat deze uitvoeren door cultureel competent personeel. Verbeter de zorg door het bevorderen van het gebruik van professionele tolken, door goede bereikbaarheid van zorg en door goede ketenafspraken. Beperk het overplaatsen van zwangere asielzoeksters. Creëer mogelijkheden voor zwangerschapsgroepen voor asielzoeksters. Zet interventies in gericht op het voorkómen van tienerzwangerschappen en ongewenste zwangerschappen bij oudere moeders.

- Pleit voor het identificeerbaar maken van asielzoeker gegevens in de perinatale registratie PRN en PERISTAT en internationaal onderzoek naar perinatale en moedersterfte bij asielzoekers.
- Stimuleer onderzoek naar het vóórkomen, de oorzaken en de mogelijkheden voor preventie van chronische ziekten bij asielzoekers.

Literatuur

1. Koppenaal H, Bos CA, Broer J. High Mortality due to infectious diseases and unnatural causes of death among asylum seekers in the Netherlands. *Ned. Tijdschr. voor Geneesk.* 2003, 147 (9): p. 391-395.
2. Goosen S, Van Asselt A, Koppenaal H. Sterfte en Doodsoorzaken onder asielzoekers in 2002 en 2003. Rapport GGD Nederland. Utrecht. GGD Nederland, 2005.
3. Van Oostrum IEA, Koppenaal H, Goosen S. Doodsoorzaken onder asielzoekers in 2004. Intern Rapport GGD Nederland (op aanvraag). Utrecht. GGD Nederland, 2006.
4. Van Oostrum IEA, Goosen ESM, Koppenaal H. Sterfte en doodsoorzaken onder asielzoekers in 2004-2005. Rapport GGD Nederland. Utrecht. GGD Nederland, 2007.
5. Van Oostrum IEA, Goosen ESM, Koppenaal H, Uitenbroek DG, Stronks K, Mortality and causes of death of asylum seekers in the Netherlands in 2002-2005, *JECH* doi 10.1136/JECH.2009.087064.
6. Van Oostrum IEA, Toelichting meldingsformulier www.ggdkennisnet.nl/11630. Meldingsformulier doodsoorzaken asielzoekers. GGD Nederland. Utrecht, 2005.
7. Landelijk Service Bureau MOA, Protocollenmap MOA 2002, Protocol P19. (Intern handboek).
8. International Classification of Diseases. Tenth Revision [ICD-10].
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/6D7F25D-8BB8-4ECD-A65E-1FF47339E6FA/0/>
9. Eurostat Working Paper on Population and social conditions, no 22, causes of death 199401995 statistics. Eurostat, Luxemburg, 1998.
10. Oostrum IEA van, Procedure doodsoorzakenregistratie asielzoekers, www.ggdkennisnet.nl/13434 GGD Nederland. Utrecht, 2005.
11. UNHCR. Structure; regions and sub-regions. 2006.
<http://www.unhcr.org/publ/PUBL/4453899084.pdf>
12. Van Oostrum IEA. UNCHR regions of origin of asylum seekers. 2008. [cited 29-02-2008];
<http://www.ggdkennisnet.nl/47632>
13. Rothman KJ. *Modern Epidemiology*. Boston/Toronto. Little, Brown & Co. 1986; p. 41-50.
14. Bos V, *Ethnic Inequalities in Mortality in the Netherlands, and the role of Socio-Economic Status*, [Proefschrift], Rotterdam, 2005.
15. Garssen J, Bos V, Kunst A, et al. Differential Mortality risks and causes of death among non-western foreigners in the Netherlands. Paper for the European Population Conference. Warsaw, 2003.
16. Garssen J en Van der Meulen A, Sterftecijfer allochtonen daalt sterk. CBS Webmagazine, 7 januari 2008. Voorburg/Heerlen, CBS, 2008.
17. Mackenbach JP, Bos V, Garssen MJ et al, Sterfte onder niet-westerse allochtonen in Nederland. *Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde* 2005; 149: p. 917-923.
18. Stirbu I, Kunst AE, Bos V et al. Injury mortality among ethnic minority groups in the Netherlands. *J. Epidemiol. Community Health* 2006; 60; p. 249-255.
19. Razum O, Twardella O, Time travel with Oliver Twist; Towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop. Med. Int. Health* 2002; 7; p. 4-10.

20. Grulich AE, Swerdlow A. Cancer mortality in African and Caribbean migrants in England and Wales; a follow-up study. *Br. J. Cancer* 1992; 66; p. 905-911.
21. Bhopal RS, Rankin J, Cancer in minority ethnic populations; priorities from epidemiological data. *Br. J. Cancer Suppl* 1996, 29; S22-32.
22. Zeeb H, Razum O, Blettner M, et al. Transition in cancer patterns among Turks residing in Germany. *Eur. J. Cancer* 2002; 38: p. 705-711.
23. UNAIDS2007/Epidemic update:
<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Regions/SubSaharanAfrika.asp>
24. Carballo, M., Divino, J. J. and Zeric, D. (1998), Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine & International Health*, 3: p. 936-944.
25. Xiridou M et al. Changes in patterns of migration barely influence the heterosexual HIV epidemic in Europe. Eighteenth International AIDS Conference, Vienna, abstract WEAC0104. 2010.
26. Verver S, The epidemiology of tuberculosis among asylum seekers in the Netherlands: Implications for screening, *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7 (2): p. 139-144.
27. Richtlijn Tuberculose contactonderzoek. Juni 2007 KNCV Tuberculosefonds. Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, RIVM.
28. Foets M, Lucht F van der. Zijn er verschillen naar etniciteit? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Hartvaatstelsel, 26 september 2005. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.1, 23 september 2010, RIVM, Bilthoven.
29. Balarajan R, Ethnic differences in mortality from ischaemic heart disease and cerebrovascular disease in England and Wales *BMJ* 302, p. 1-5, 1991.
30. Kinzie JD, Riley C, McFarland B, Hayes M, Boehnlein J, Leung P, Adams G. High prevalence rates of diabetes and hypertension among refugee psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis.* 2008 Feb;196(2): p. 108-12.28.
31. Achterberg PW, Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte, RIVM rapport 270032001/2005 RIVM Bilthoven, 2005.
32. Doornbos JPR, Nordbeck HJ, Perinatal mortality, Obstetric risk factors in a community of mixed ethnic origin in Amsterdam, [Proefschrift], Amsterdam, 1985.
33. Nijhuis HJG, Nordbeck HJ, Belleman SJM, Perinatale zuigelingensterfte in Amsterdam en Den Haag, *Tijdschr. Soc. Gezondheidsz.*, 1985; (10): p. 409-414.
34. Burger I, Struben HWA, Doodgeborenen in Den Haag, 1984-1993, Over kenmerken van de moeder, *Epid. Bulletin* 1994; (4): p. 22-27.
35. Bijl A, van Steenbergen J, Perinatale sterfte in Utrecht, Registratie en verklarende variabelen, Rapport GG&GD Utrecht, Utrecht, 1993.
36. Enk A van, Buitendijk S. Perinatale sterfte bij allochtonen (LVR analyse), 1990-1993 in: *Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland*. Ed. TWJ Schulp, Rapport GG&GD Utrecht, Utrecht, 1996.
37. Waelput AJM, Achterberg PW, Poos MJJC, Zijn er verschillen naar etniciteit? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Gezondheid en ziekte/Sterfte, levensverwachting en DALY's, Sterfte rond de geboorte, RIVM Bilthoven, 2006.

38. <http://www.cbs.nl/nl/NL/menu/themas/gezondheidwelzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2964-wm.htm>.
39. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheidwelzijn/methoden/dataverzameling/overige-dataverzameling/verschil-statistieken-perinatale-zuigelingensterfte.htm>, 2009.
40. Ravelli ACJ, Tromp M, Eskes M, Droog JC, vander Post JAM, Jager KJ, Mol BW, Reisma JB. Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in the Netherlands, doi: 10.1136/jech.2009.095406 JECH 2010.
41. Seeleman C, Suurmond J, Stronks, K. Een arts van de wereld; etnische diversiteit in de medische praktijk. Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten. 2005, p. 69-70.
42. Goosen S, Uitenbroek D, Wijzen C, Stronks K. Induced abortions and teenage birth rates among asylum seekers in the Netherlands. J Epid. Community Health 2009;63; p. 528-533.
43. Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glazier RH, Haelterman E, Martens G, McDermott S, Urquia M, Vangen S. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. BJOG 2008; 115: p. 1630-1640.
44. Johnson AM. J, Increased risk of adverse pregnancy outcome among Somali immigrants in Washington state. Am J Obstet Gynecol. 2005 Aug; 193(2): p. 475-82.
45. Hill K, Thomas K, AbouZahr C, et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005; an assessment of available data. Lancet 2007, 370; p. 1311-1319.
46. Lewis, G (ed) 2007. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer - 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH.
47. Zwart J. Safe motherhood: Severe maternal morbidity in the Netherlands. The LeMMon study. Thesis, Leiden, the Netherlands. 2009.
48. Goosen ESM, Oostrum IEA, Essink-Bot ML. Zwangerschapsuitkomsten en zorgbehoeften bij asielzoeksters; een literatuuroverzicht. Ned Tijdschr Geneesk. 2010;154:A2318.
49. Garssen MJ, Hoogenboezem J, Bierens JJLM. Afname van het verdrinkingsrisico bij jonge kinderen, maar verhoogd risico bij kinderen van recent geïmmigreerde niet-westerse allochtonen. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 2008; 52: p. 1216-1220.
50. Van Oostrum IEA, Goosen ESM. Afname van het verdrinkingsrisico bij jonge kinderen, maar verhoogd risico bij kinderen van recent geïmmigreerde niet-westerse allochtonen. Ned. Tijdschr. Voor geneesk. 2008; 152: p. 1896.
51. Cohen J, Safe in our hands? A study of suicide and self-harm in asylum seekers. J. Forensic and Legal Med. 2008, p. 235-244.
52. Garssen MJ, Hoogenboezem J, Kerkhof AJ. 2006. Suicide among migrant populations and native Dutch in The Netherlands. Ned Tijdschr Geneesk, 150(39), p. 2143-9.
53. Skholnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid1990's. Lancet 2001, 357: p. 917-921.
54. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal Behavior After Severe Trauma. Part 1: PTSD Diagnoses, Psychiatric Comorbidity, and Assessments of Suicidal Behavior. J Traumatic Stress 1998; 11 (1): p. 103-112.

55. Goosen S, Kunst A, Stronks K, Uitenbroek D, van Oostrum IEA, Kerkhof AJFM. Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health* 2011; 11: 484.
56. Ten Wolde GB, Martens M, Vrolings E, de Weerd E. Onderzoek naar de effectiviteit van de ASERAG-methode; een participatieve interventie gericht op soa/hiv preventie onder asielzoekers(2008). GGD Kennisnet zoekterm 50040.

Bijlage 1 Afkortingen

AZC	Asielzoekerscentrum
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
C&V	Consument en Veiligheid
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COA	Centraal Orgaan Opvang asielzoekers
CZO Europa	Centraal, Zuidelijk en Oost Europa
CZO Azië	Centraal en Zuidoost Azië
EASO	European Asylum Support Office (Malta), onderdeel van UNHCR
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD10	International Classification of Diseases, tenth revision.
LNR	Landelijke Neonatologie Registratie (Prismant)
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
MO & ZW Azië	Midden Oosten en Zuidwest Azië
NOH Afrika	Noordelijk, Oostelijk en Hoorn van Afrika
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NTR	Nederlands Tuberculose Register (KNCV)
PGA	Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers
PRN	Stichting Perinatale Registraties Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SMR	Standardised Mortality Ratio
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation; Wereldgezondheidsorganisatie
WZC Afrika	West, Zuidelijk en Centraal Afrika

Bijlage 2 Tabellen

Tabel A-1 Totaal aantal persoonsjaren doorgebracht door mannelijke asielzoekers in de centrale opvang gedurende 2002 - 2008

	WZC Afrika	NOH Afrika	CZO Europa	MO & ZW Azië	CZO Azië	overige landen	Totaal
0-4 jaar	3415	2012	3505	3451	859	506	13748
5-9 jaar	2049	1336	4202	4229	542	440	12798
10-14 jaar	1500	979	3988	4706	457	433	12063
15-19 jaar	7836	1778	3968	5135	1495	561	20773
20-24 jaar	9848	3153	3965	6513	1260	656	25395
25-29 jaar	5650	3889	4427	7873	1336	738	23913
30-34 jaar	4186	3203	4517	8438	1278	659	22281
35-39 jaar	2687	1958	3892	6318	976	550	16381
40-44 jaar	1363	1014	3323	4230	689	401	11020
45-49 jaar	552	504	2294	2787	396	292	6825
50-54 jaar	190	293	1522	1459	188	167	3819
55-59 jaar	74	149	665	927	89	98	2002
60-64 jaar	59	104	438	531	46	67	1245
65-69 jaar	39	47	283	332	53	58	812
70-74 jaar	6	26	173	226	32	19	482
75-79 jaar	5	7	91	100	7	22	232
80-84 jaar	0	1	29	43	7	10	90
85-89 jaar	0	0	6	20	0	0	26
90-95 jaar	0	0	0	9	0	0	9
95-100 jaar	0	0	0	2	0	0	2
Totaal mannen	39459	20453	41288	57329	9710	5677	173916

Tabel A-2 Totaal aantal persoonsjaren doorgebracht door vrouwelijke asielzoekers in de centrale opvang gedurende 2002 – 2008

	WZC Afrika	NOH Afrika	CZO Europa	MO & ZW Azië	CZO Azië	overige landen	Totaal
0-4 jaar	3345	1687	3187	3241	750	542	12752
5-9 jaar	1955	1228	3701	4110	490	513	11997
10-14 jaar	1302	889	3721	4001	430	372	10715
15-19 jaar	3315	1172	3140	3210	908	434	12179
20-24 jaar	3697	1618	2744	2706	784	435	11984
25-29 jaar	2793	2042	3435	3370	732	414	12786
30-34 jaar	2297	1820	4161	4088	832	419	13617
35-39 jaar	1356	1137	3501	3394	638	424	10450
40-44 jaar	575	508	2911	2483	477	356	7310
45-49 jaar	204	320	1961	1538	234	248	4505
50-54 jaar	134	230	1311	964	115	139	2893
55-59 jaar	78	176	712	690	131	77	1864
60-64 jaar	59	108	507	525	71	54	1324
65-69 jaar	34	94	419	387	67	63	1064
70-74 jaar	27	58	237	286	50	39	697
75-79 jaar	0	20	207	191	46	21	485
80-84 jaar	4	4	50	51	3	6	118
85-89 jaar	3	9	27	20	8	3	70
90-95 jaar	0	0	14	2	0	9	25
95-100 jaar	0	0	7	4	0	0	11
onbekende leeftijd	1	0	0	3	0	0	4
Totaal vrouwen	21178	13120	35953	35261	6766	4568	116846

Tabel B-1 Totaal aantal persoonsjaren doorgebracht door mannelijke asielzoekers in de centrale opvang gedurende 2006 - 2008

2006-2008 Mannen	WZC Afrika	NOH Afrika	CZO Europa	MO-ZW Azie	CZO Azie	Overige landen	Totaal
0-4 jaar	562	347	545	564	203	119	2340
5-9 jaar	457	326	924	819	170	154	2850
10-14 jaar	374	247	971	1059	133	124	2908
15-19 jaar	477	378	922	1296	175	138	3386
20-24 jaar	1206	801	815	1800	311	189	5122
25-29 jaar	1019	1011	700	1932	381	179	5222
30-34 jaar	718	875	834	2031	381	179	5018
35-39 jaar	540	591	904	1831	304	170	4340
40-44 jaar	369	321	810	1340	211	129	3180
45-49 jaar	200	164	637	941	142	97	2181
50-54 jaar	79	101	479	525	91	66	1341
55-59 jaar	41	41	263	319	34	43	741
60-64 jaar	33	55	129	157	15	19	408
65-69 jaar	20	12	83	99	17	19	250
70-74 jaar	2	12	59	62	12	8	155
75-79 jaar		2	47	30	2	13	94
80-84 jaar			16	12		10	38
85-89 jaar			2	12			14
90-95 jaar				2			2
Totaal	6097	5284	9140	14831	2582	1656	39590

Tabel B-2 Totaal aantal persoonsjaren doorgebracht door vrouwelijke asielzoekers in de centrale opvang gedurende 2006 - 2008

	WZC Afrika	NOH Afrika	CZO Europa	MO & ZW Azië	CZO Azië	overige landen	Totaal
0-4 jaar	581	279	504	549	177	124	2214
5-9 jaar	401	261	753	869	148	141	2573
10-14 jaar	326	242	932	991	112	125	2728
15-19 jaar	529	298	850	933	192	132	2934
20-24 jaar	800	474	712	766	265	163	3180
25-29 jaar	650	666	675	753	195	134	3073
30-34 jaar	472	562	823	910	205	121	3093
35-39 jaar	398	346	906	869	167	144	2830
40-44 jaar	192	185	756	700	146	119	2098
45-49 jaar	79	109	574	491	85	96	1434
50-54 jaar	68	58	403	311	44	58	942
55-59 jaar	22	47	242	207	44	40	602
60-64 jaar	21	33	165	150	11	15	395
65-69 jaar	15	21	132	95	16	22	301
70-74 jaar	21	28	78	86	16	21	250
75-79 jaar	0	3	92	72	23	12	202
80-84 jaar	0	0	22	17	1	0	40
85-89 jaar	2	8	26	15	8	2	61
90-95 jaar	0	0	9	1	0	9	19
Totaal	4577	3620	8654	8785	1855	1478	28969

Tabel C **Procentuele verdeling asielzoekers naar regio van herkomst 2002-2005 en 2006-2008**

Regio van herkomst	2002-2005	2006-2008
WZC Afrika	22,5%	15,6%
NOH Afrika	11,1%	13,0%
CZO Europa	26,8%	26,0%
MO & ZW Azië	31,1%	34,5%
CZO Azië	5,4%	6,5%
Overige landen	3,1%	4,6%

Tabel D Aantal sterfgevallen naar geslacht, leeftijdsgroep en regio van herkomst, 2002-2008

Regio van herkomst	Geslacht	0-4 jaar	5-19 jaar	20-29 jaar	30-39 jaar	40-64 jaar	65+	Totaal
WZC Afrika	Mannen	4	10	22	10	12	2	60
	Vrouwen	7	6	13	10	3	1	40
	Totaal	11	16	35	20	15	3	100
NOH Afrika	Mannen	4	4	4	11	6	2	31
	Vrouwen	0	1	2	7	5	0	17
	Totaal	4	5	6	18	11	2	48
CZO Europa	Mannen	7	5	14	14	25	17	82
	Vrouwen	3	1	0	5	23	16	48
	Totaal	10	6	14	19	48	33	130
MO & ZW Azië	Mannen	2	3	13	10	22	23	73
	Vrouwen	6	2	1	2	12	20	43
	Totaal	8	5	14	12	34	43	116
CZO Azië	Mannen	0	0	2	2	5	1	10
	Vrouwen	1	0	0	0	6	2	10
	Totaal	1	0	2	2	11	3	20
Overige landen	Mannen	0	0	1	6	5	1	13
	Vrouwen	0	2	0	0	9	4	15
	Totaal	0	2	1	6	14	5	28
Onbekend		0	1	2	1	2	0	6
Totaal	Mannen	17	22	55	53	75	46	269
	Vrouwen	17	12	16	24	58	45	173
	Totaal	34	35	73	78	135	91	448

Tabel E Standardised mortality ratio naar geslacht en leeftijdsgroep, 2002-2008

Leeftijdsgroep	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	SMR	95% BI	SMR	95% BI	SMR	95% BI
0-4 jaar	1,07	0,67-1,79	1,44	0,83-2,30	1,23	0,85-1,71
5-9 jaar	2,7	0,74-6,93	2,84	0,58-8,27	3,16	1,36-6,20
10-14 jaar	1,8	0,37-5,28	0,84	0,02-4,68	1,41	0,38-3,60
15-19 jaar	1,98	1,10-3,27	3,54	1,53-6,97	2,52	1,60-3,78
20-29 jaar	2,17	1,64-2,81	2,48	1,42-4,02	2,54	1,99-3,19
30-39 jaar	1,71	1,28-2,24	1,86	1,19-2,77	1,85	1,46-2,32
40-64 jaar	0,63	0,50-0,97	0,97	0,74-1,25	0,78	0,55-0,89
65+	0,54	0,39-0,72	0,40	0,31-0,57	0,46	0,38-0,52
Totaal	0,94	0,80-1,11	0,85	0,69-1,05	0,93	0,82-1,06

Tabel F Standardised mortality ratio naar regio van herkomst, 2002-2008, mannen (95% BI)*

Mannen	WZC Afrika	NOH Afrika	CZO Europa	MO & ZW Azië	CZO Azië
0-4 jaar	1,02 (ns)	1,73 (ns)	1,74 (ns)	0,50(ns)	1,01 (ns)
5-9 jaar	4,07 (ns)	12,48 (1,51-45,15)	nd	1,97(ns)	nd
10-14 jaar	4,76 (ns)	nd	1,79 (ns)	1,52(ns)	Nd
15-19 jaar	2,84 (1,22-5,59)	3,12 (ns)	2,80 (ns)	0,54(ns)	Nd
20-29 jaar	2,73 (1,71-4,13)	1,09 (ns)	3,21 (1,75-5,39)	1,74(ns)	0,74 (ns)
30-39 jaar	1,82 (ns)	2,66 (1,32-4,76)	2,08 (1,13-3,49)	0,85(ns)	1,11 (ns)
40-65 jaar	1,13 (ns)	0,61 (ns)	0,64 (0,41-0,95)	0,47 (0,29-0,71)	0,75 (ns)
65+	0,77 (ns)	0,48 (ns)	0,56 (0,32-0,88)	0,61 (0,38-0,90)	0,19 (ns)
Totaal	1,77 (1,35-2,28)	1,24 (ns)	0,94 (ns)	0,66 (0,51-0,85)	0,60 (ns)

* ns: SMR niet significant afwijkend van de Nederlandse bevolking, nd: geen sterfgevallen

Tabel G Standardised mortality ratio naar regio van herkomst, 2002-2008, vrouwen (95% BI)*

Vrouwen	WZC Afrika	NOH Afrika	CZO Europa	MO & ZW Azië	CZO Azië
0-4 jaar	2,25 (ns)	Nd	1,01(ns)	1,99 (ns)	1,43 (0,04-7,96)
5-9 jaar	11,37 (1,34-40,00)	Nd	9,01 (1,87-25,75)	16,22	Nd
10-14 jaar	Nd	Nd	2,44(ns)	Nd	Nd
15-19 jaar	6,35 (1,72-16,26)	4,49 (ns)	Nd	1,64 (ns)	Nd
20-29 jaar	7,70 (4,09-13,5)	2,10 (ns)	Nd	0,63 (ns)	2,54 (ns)
30-39 jaar	5,07 (2,43-9,33)	4,38 (1,75-9,01)	1,21 (ns)	0,50 (ns)	Nd
40-64 jaar	0,86 (ns)	1,12 (ns)	0,93 (ns)	0,58 (ns)	1,75 (ns)
65+	0,34 (ns)	0,25 (0,03-0,90)	0,38 (0,21-0,62)	0,49 (0,30-0,75)	0,26 (0,03-0,96)
totaal	2,82 (2,01-3,84)	1,00 (ns)	0,63 (0,46-0,83)	0,60 (0,43-0,81)	0,76 (ns)

* ns: SMR niet significant afwijkend van de Nederlandse bevolking, nd: geen sterfgevallen

Tabel H Aantal sterfgevallen en standardised mortality ratio per doodsoorzaak 2002-2008, naar geslacht

DOODSOORZAAK GROEP	Mannen			Vrouwen		
	aantal	SMR	95% BI	aantal	SMR	95% BI
1. Infectieuze- en parasitaire ziekten	22	4,33	2,77-6,55	16	4,85	2,77-7,87
2. Kwaadaardige nieuwvormingen	41	0,47	0,38-0,72	39	0,61	0,48-0,93
3. Ziekten van bloed en bloedvormende organen	1	1,06	0,03-7,42	2	2,38	0,39-11,67
4. Endocrinologische en metabole ziekten	7	0,90	0,44-2,25	7	1,17	0,59-3,02
5. Psychische stoornissen	5	1,16	0,44-3,17	1	0,17	0,00-1,28
6. Neurologische ziekten	2	0,21	0,03-0,96	2	0,27	0,04-1,21
7. Hart- en vaatziekten	55	0,83	0,72-1,25	40	0,98	0,85-1,62
8. Longziekten	6	0,45	0,20-1,16	2	0,19	0,03-0,87
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	3	0,31	0,07-1,03	1	0,15	0,00-0,99
11. Ziekten van het bewegingsapparaat	2	2,20	0,31-9,14	0	nd	-
12. Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	2	0,79	0,12-3,44	2	0,77	0,12-3,47
13. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraamperiode	0	n.v.t.	-	4	15,82	4,35-40,96
14. Ziekten van de perinatale periode	3	0,08	0,02-0,24	2	0,08	0,00-0,28
15. Aangeboren afwijkingen	6	0,27	0,10-0,58	8	0,44	0,19-0,87
16. Onbekende of onvolledig beschreven doodsoorzaak	25	1,38	1,19-2,64	31	3,19	2,58-6,18
17. Niet natuurlijk doodsoorzaken	89	1,96	1,38-2,59	16	1,27	0,78-2,37

* Doodsoorzaak groep 10, ziekten van de huid en onderhuids bindweefsel, niet in tabel omdat geen sterfgevallen werden geregistreerd

Tabel I Aantal sterfgevallen en standardised mortality ratio per doodsoorzaak 2002-2008, totaal mannen en vrouwen

DOODSOORZAAK GROEP**	Totaal mannen en vrouwen*	SMR	95% BI
1. Infectieuze- en parasitaire ziekten	38	4,75	3,37-6,52
2. Kwaadaardige nieuwvormingen	80	0,53	0,41-0,66
3. Ziekten van bloed en bloedvormende organen	3	2,11	0,44-6,17
4. Endocrinologische en metabole ziekten	14	1,18	0,64-1,97
5. Psychische stoornissen	6	0,69	0,25-1,50
6. Neurologische ziekten	4	0,30	0,08-0,78
7. Hart- en vaatziekten	95	0,97	0,79-1,19
8. Longziekten	8	0,37	0,16-0,72
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	4	0,26	0,07-0,67
11. Ziekten van het bewegingsapparaat	2	0,98	0,12-3,55
12. Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	4	0,86	0,24-2,22
13. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraamperiode	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
14. Ziekten van de perinatale periode	5	0,33	0,11-0,77
15. Aangeboren afwijkingen	14	1,13	0,62-1,89
16. Onbekende of onvolledig beschreven doodsoorzaak	56	2,50	1,89-3,24
17. Niet natuurlijk doodsoorzaken	105	2,08	1,70-2,51

* Doodsoorzaak groep 10, ziekten van de huid en onderhuids bindweefsel, niet in tabel omdat geen sterfgevallen werden geregistreerd

Tabel J Aantal sterfgevallen en standardised mortality ratio per subgroep van niet-natuurlijke doodsoorzaken, 2002-2008, naar geslacht

	Mannen			Vrouwen		
	Aantal	SMR	95% BI	Aantal	SMR	95% BI
17.1 Ongevallen	42	1,81	1,38-2,59	4	0,65	0,18-1,68
17.1.3. Verdrinking	13	11,14	6,02-19,33	4	11,32	3,11-29,26
17.2 Suicide	35	2,01	1,35-2,72	3	0,67	0,14-1,95
17.3 Homicide	9	3,02	1,5-6,23	3	6,09	1,26-17,89

Tabel K Aantal sterfgevallen naar geslacht en leeftijdsgroep, 2006-2008

	Mannen	Vrouwen	Totaal
0 jaar	8	8	16
1-4 jaar	2	0	2
5-9 jaar	1	0	1
10-14 jaar	0	0	0
15-19 jaar	1	1	2
20-29 jaar	11	5	16
30-39 jaar	15	6	21
40-64 jaar	33	17	50
65+	18	11	29
Totaal	89	49	138

Tabel L Aantal sterfgevallen en Standardised mortality ratio per doodsoorzaak 2006-2008, naar geslacht

Doodsoorzaak groep	Mannen			Vrouwen		
	Aantal	SMR	95% BI	Aantal	SMR	95% BI
1. Infectieuze- en parasitaire ziekten	4	4,49	1,22-11,50	4	6,67	1,82-17,06
2. Kwaadaardige nieuwvormingen	16	0,97	0,56-1,58	11	0,80	0,40-1,44
4. Endocrinologische en metabole ziekten	4	2,84	0,77-7,26	2	1,70	0,20-6,17
5. Psychische stoornissen	1	1,28	0,03-7,14	1	0,83	0,02-4,64
6. Neurologische ziekten	1	0,55	0,01-3,04	1	0,67	0,02-3,67
7. Hart- en vaatziekten	19	1,75	1,06-2,73	8	1,02	0,44-2,01
8. Longziekten	1	0,37	0,00-2,06	2	0,80	0,10-2,90
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	1	0,55	0,01-3,07	1	0,74	0,02-4,13
11. Ziekten van het bewegingsapparaat	2	13,15	1,61-48,16	0	nd	-
13. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraamperiode	n.v.t.	-	-	1	19,12	0,51-111,43
14. Ziekten van de perinatale periode	5	0,85	0,19-1,74	0	nd	-
15. Aangeboren afwijkingen	3	0,88	0,32-3,00	6	2,02	0,74-4,40
16. Onbekende of onvolledig beschreven doodsoorzaak	12	4,07	2,10-7,10	9	5,71	2,60-10,81
17. Niet natuurlijk doodsoorzaken	19	2,26	1,36-3,53	1	0,39	0,00-2,19
17.1 Ongevallen	2	0,48	0,05-1,74	1	0,83	0,02-4,64
17.1.3 Verdrinking	0	nd	-	0	nd	-
17.2 Suicide	13	3,84	2,05-6,58	0	nd	-
17.3 Homicide	4	7,98	2,18-20,46	0	nd	-

* Doodsoorzaak groep 10, ziekten van de huid en onderhuids bindweefsel, niet in tabel omdat geen sterfgevallen werden geregistreerd

Tabel M Aantal sterfgevallen en Standardised mortality ratio per doodsoorzaak 2006-2008, totaal mannen en vrouwen

Belangrijkste doodsoorzaak	Aantal	SMR	95% BI
1. Infectieuze- en parasitaire ziekten	8	5,70	2,02-10,30
2. Kwaadaardige nieuwvormingen	27	0,89	0,58-1,29
4. Endocrinologische en metabole ziekten	6	2,42	0,89-5,26
5. Psychische stoornissen	2	1,04	0,13-3,76
6. Neurologische ziekten	2	0,63	0,08-2,27
7. Hart- en vaatziekten	27	1,46	0,96-2,13
8. Longziekten	3	0,56	0,12-1,64
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	2	0,65	0,08-2,36
11. Ziekten van het bewegingsapparaat	2	5,04	0,61-18,06
13. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraamperiode	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
14. Ziekten van de perinatale periode	5	0,50	0,16-1,17
15. Aangeboren afwijkingen	9	1,44	0,77-2,97
16. Onbekende of onvolledig beschreven doodsoorzaak	21	4,90	3,03-7,48
17. Niet natuurlijk doodsoorzaken	21	2,02	1,31-3,24

* Doodsoorzaak groep 10, ziekten van de huid en onderhuids bindweefsel, niet in tabel omdat geen sterfgevallen werden geregistreerd

**Protocol: 'coöperatie bij calamiteiten
in de vreemdelingenketen'**

COA, DT&V en IND

Inhoudsopgave

- 1. Inleiding 2**
- 2. De vreemdelingenketen 2**
- 3. Coördinatie van calamiteiten binnen de vreemdelingenketen.....3**

1. Inleiding

Binnen de vreemdelingenketen bestaat al geruime tijd aandacht voor calamiteiten zoals, psychische problemen, honger-en dorststakingen, suïcide, suïcidepoging en suïcidedreiging bij de vreemdeling. In dit protocol staan ketenbrede afspraken hoe de partners in de vreemdelingenketen het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA), de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) en de Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V) elkaar hierover informeren en waar nodig samen te werken. Beoogd wordt om de binnen de keten aanwezige informatie over calamiteiten zo efficiënt mogelijk te delen zodat eventueel handelen niet door een gebrekkige informatieoverdracht wordt gehinderd. Tegelijkertijd is er het besef dat met goede informatieoverdracht niet kan worden voorkomen dat calamiteiten zich voordoen.

2. De vreemdelingenketen

De vreemdelingenketen is een samenwerkingsverband tussen organisaties die vanuit hun eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden taken verrichten in het kader van de uitvoering van het vreemdelingenbeleid. Er zijn drie organisaties onder verantwoordelijkheid van de minister voor Immigratie en Asiel betrokken:

1. Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA)

Het COA biedt asielzoekers huisvesting en ondersteunt hen in de voorbereiding op hun toekomst, in Nederland of elders. Het gaat vooral om asielzoekers en vluchtelingen, en om specifieke groepen zoals alleenstaande minderjarige vreemdelingen. Het COA is een zelfstandig bestuursorgaan.

2. Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V)

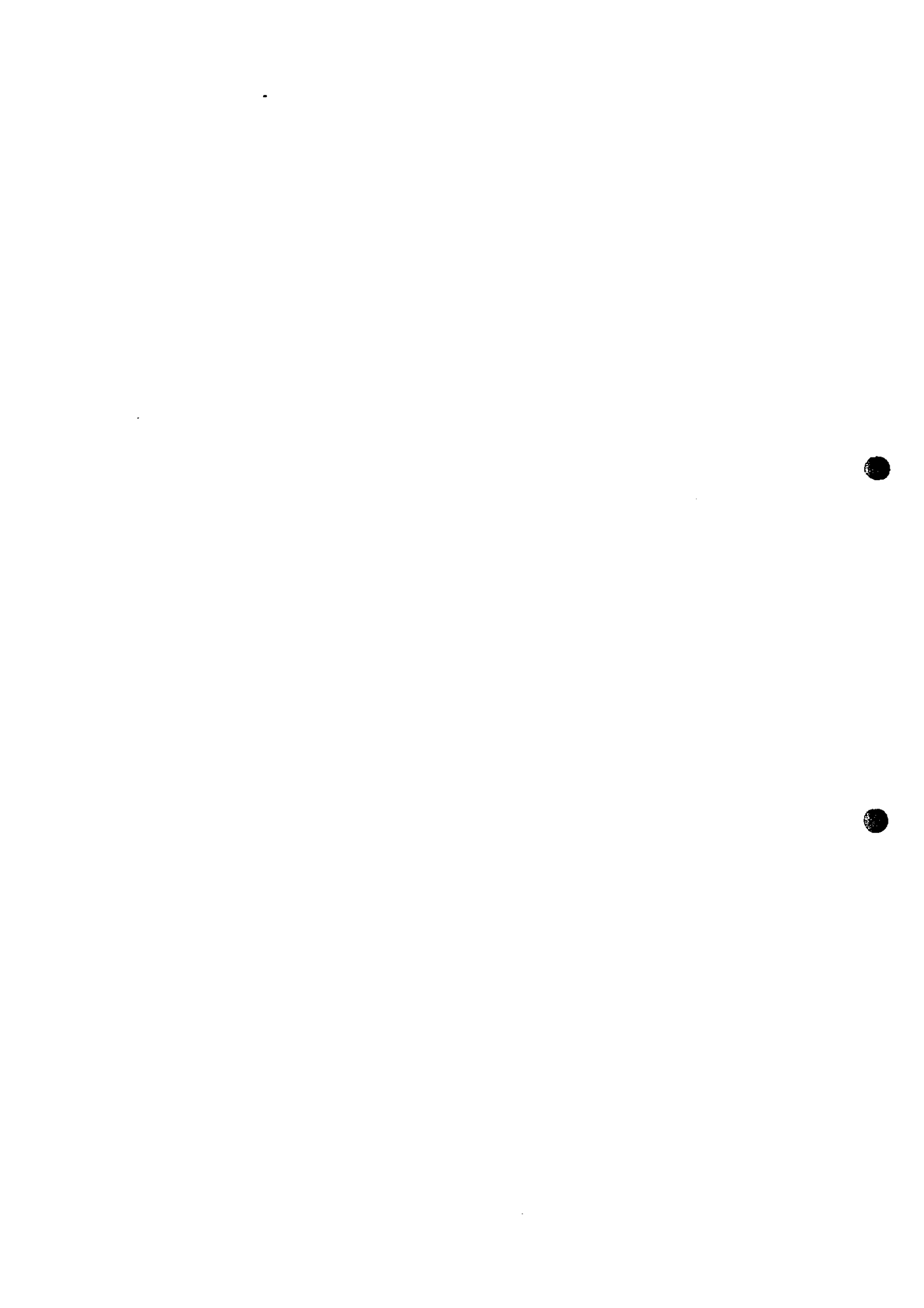
De DT&V heeft tot taak om op een humane en professionele wijze het vertrek te bevorderen van vreemdelingen die Nederland moeten verlaten. De DT&V is een taakorganisatie van het Ministerie van Binnenlandse Zaken.

3. IND

De IND is verantwoordelijk voor de uitvoering van het vreemdelingenbeleid in Nederland. Dat houdt in dat de IND alle aanvragen beoordeelt van vreemdelingen die in Nederland willen verblijven of Nederlander willen worden. De IND is een baten - lastendienst.

2.1 Positie

Voor elk van de organisaties geldt dat ze in hun eigenstandige rol in samenspraak met- en in afhankelijkheid van de ketenpartners, hun rol invullen. Vanuit zowel de historie als de raakvlakken tussen de primaire processen zijn de bedrijfsvoeringprocessen van de COA, DT&V en IND met elkaar verbonden. Het afleggen van de verantwoordelijkheid geschiedt zuiver naar de opdrachtgever, de DG Vreemdelingenzaken.



3. Coördinatie van calamiteiten binnen de vreemdelingenketen

3.1 Het begrip calamiteit

Elke organisatie binnen de vreemdelingenketen kan te maken krijgen met calamiteiten. Gezien de vele verschijningsvormen is niet mogelijk om te definiëren wat in dit kader precies als calamiteit moet worden aangemerkt. Het uitvoeren van het vreemdelingenbeleid, waar het afwijzen van aanvragen tot verblijf en terugkeer een wezenlijk onderdeel van uitmaken, kan bij de vreemdeling een negatieve reactie uitlokken. Elke ketenpartner heeft haar eigen interne afspraken op welke signalen zij interveniëren.

Vanwege de veelheid en het uiteenlopende karakter kan niet op alle signalen geacteerd worden. Met het doel van efficiënte informatieoverdracht binnen de keten en een uniforme uitvoering van dit protocol is er voor gekozen om de informatieoverdracht plaats te laten vinden afhankelijk van het intensiteitsniveau van de signalen. Daarbij worden vier intensiteitsniveaus onderscheiden:

- 1.) De vreemdeling geeft signalen af, bijvoorbeeld door lichaamstaal, waaruit blijkt dat er wellicht een risico is op het ontstaan van een calamiteit;
- 2.) Uit een mondelinge of schriftelijke mededeling van de vreemdeling of zijn gemachtigde blijkt een risico op een calamiteit;
- 3.) De vreemdeling heeft bepaalde handelingen verricht, die wijzen op een serieus risico op een calamiteit;
- 4.) De vreemdeling heeft handelingen verricht waardoor een calamiteit is ontstaan, bijv. een suïcidepoging, waardoor onmiddellijke actie nodig is.

Indien door een van de genoemde organisaties wordt geoordeeld dat intensiteitsniveau 3 is bereikt dan worden de overige ketenpartners op de hieronder beschreven wijze geïnformeerd.

Bij het beoordelen van de signalen wordt afgegaan op de deskundigheid van de individuele medewerker die dagelijks met vreemdelingen te maken heeft. Voorts is elke organisatie ervoor verantwoordelijk een intern proces in te richten dat ervoor zorgt dat de signalen vanaf de werkvloer bij de ketenpartners terechtkomen.

3.2 Het maken van een melding

Na het constateren van een signaal dat wijst op een serieus risico (niveau 3), worden de ketenpartners geïnformeerd middels het sturen van een e-mail naar de daarvoor ingerichte mailboxen. Deze mailboxen worden iedere dag diverse keren uitgelezen, zodat de melding snel bekend is bij iedereen.

De adressen van de mailboxen zijn:

COA : bureauveiligheid@coa.nl

DT&V : incidententeam@dtv.minbzk.nl

IND : calamiteitenteam@ind.minbzk.nl

3.3 De taakverdeling

De meldende partij geeft eveneens aan welke ketenpartner naar hun mening op dat moment verantwoordelijk is voor de behandeling van de calamiteit. Indien nodig vindt daar nadere afstemming over plaats. In die organisatie zal dan de borging van het dossier plaatsvinden. Tevens zal de betrokken organisatie de leiding nemen indien er gerapporteerd moet worden in de lijn. Daarbij is het uitgangspunt dat in beginsel die organisatie verantwoordelijk is, die op dat moment handelt/moet handelen vanuit zijn wettelijke bevoegdheden. Waar mogelijk wordt er gedurende de calamiteit samengewerkt tussen de ketenpartners.

Tussen de DT&V en de IND is vooralsnog afgesproken dat het calamiteitenteam van de IND verantwoordelijk is voor vreemdelingen die in de COA-opvang en in de gemeenten verblijven. Het incidententeam van de DT&V is verantwoordelijk voor de vreemdelingen die in vreemdelingenbewaring verblijven en op de VBL en de gezinslocaties geplaatst zijn.

In de interne protocollen van de betrokken organisaties is nader uitgewerkt hoe men om dient te gaan met meldingen die door de ketenpartners worden gedaan inzake calamiteiten. Elke organisatie borgt door middel van interne afspraken dat een door een ketenpartner gemelde calamiteit binnen de eigen organisatie gemonitord wordt.

Indien een calamiteit is afgehandeld, zal dit worden gecommuniceerd naar de betrokken ketenpartners. In het geval een individuele vreemdeling uit het zicht van de vreemdelingenketen verdwijnt, zonder dat de calamiteit is afgehandeld, worden (indien dit nodig wordt geacht) de reguliere gezondheidszorg dan wel de justitiele autoriteiten op de hoogte gesteld. Het uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid van de vreemdelingenketen zich niet verder uit kan strekken, dan de periode dat er in de keten zicht is op de vreemdeling.

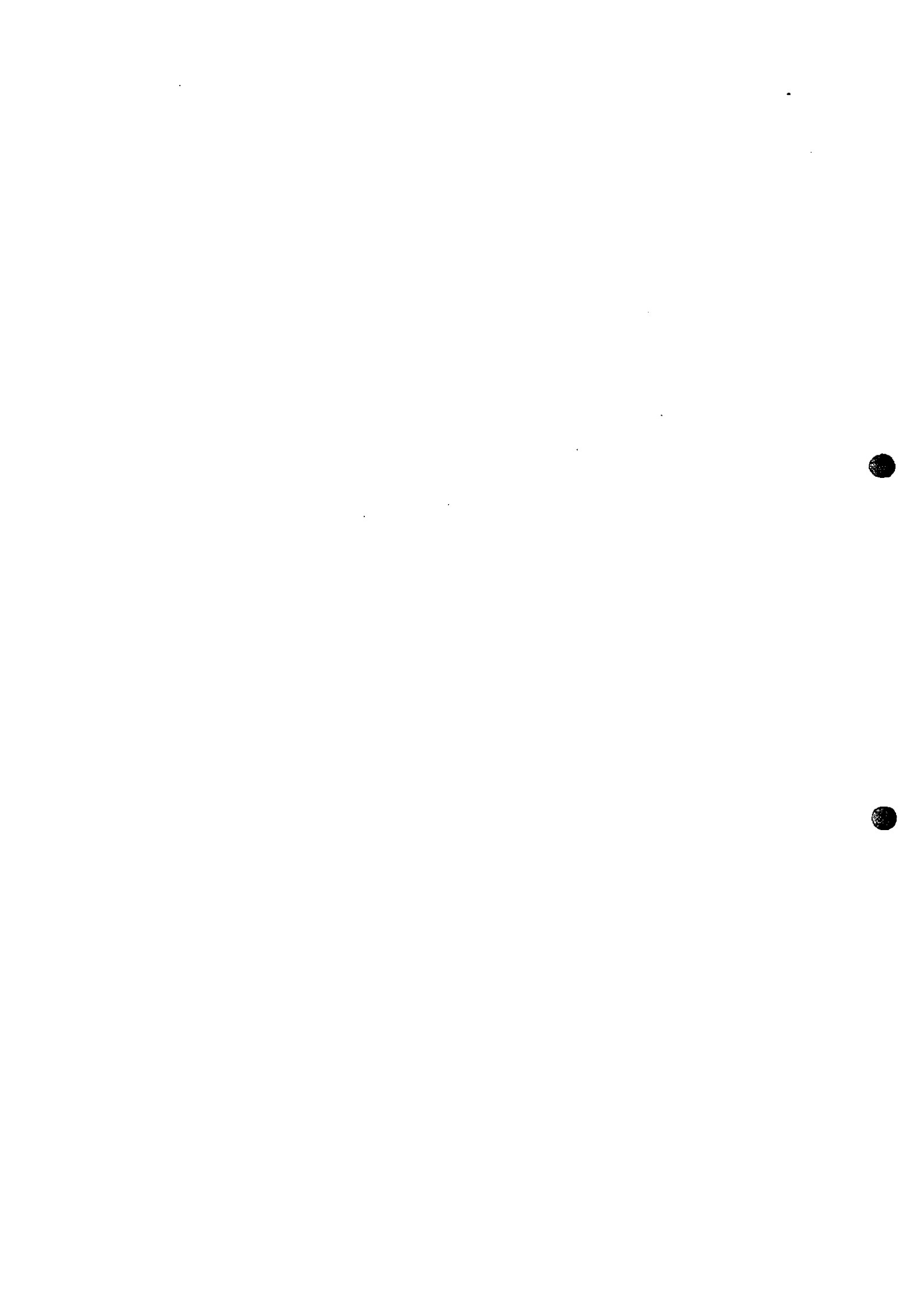
3.4 Periodieke evaluatie

Elke drie maanden vindt er een overleg plaats tussen de coördinatoren van de betrokken calamiteitenteams.

Het doel van dit overleg is:

- Elkaar informeren over de lopende zaken die gemeld zijn;
- Samenwerking evalueren en verbeteren;
- Indien nodig nadere afspraken maken over de taakverdeling, signalering en preventie.

Voor zover het noodzakelijk is, afhankelijk van de te bespreken zaken, zullen vertegenwoordigers uitgenodigd worden die ook te maken hebben met calamiteiten. Te denken valt hierbij aan DJI, GCA etc.



3

Voorlopig overzicht meldingen sterfte, doodsoorzaken en suïcidepogingen onder asielzoekers in 2011

Sterfte en doodsoorzaken

GGD Nederland monitort in opdracht van het COA sterfte en doodsoorzaken onder asielzoekers. Het COA stuurt hiervoor maandelijks een overzicht van het aantal overleden personen. Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) stuurt meldingsformulieren betreffende overlijden die zij van zorgverleners ontvangen gebundeld door naar GGD NL. GGD NL vergelijkt de gegevens uit beide bronnen en analyseert de gegevens.

Onderstaand overzicht is gebaseerd op informatie van het COA over het gehele jaar 2011 en op meldingen van GCA tot en met 11 november 2011. Bij de interpretatie moet er mee rekening worden gehouden dat het een voorlopig overzicht betreft. Nadere analyse en rapportage zullen worden uitgevoerd wanneer de laatste meldingen van GCA en de bezettingsgegevens van het COA zijn ontvangen.

Overzicht sterfgevallen bekend bij COA en gemeld bij GCA

(op basis van gegevens COA t/m 11/1/2012 en formulieren van GCA t/m 11/11/2011)

Aantal personen overleden volgens COA	31
Aantal meldingen ontvangen van GCA	17
Aantal meldingen met doodsoorzaak	13
Aantal melding met info doodsoorzaak van arts GCA	6
Aantal info doodsoorzaak andere bron (nieuwsbericht)	2
Aantal overledenen waarvoor doodsoorzaak bekend is	21
Aantal overledenen waarvoor doodsoorzaak nog onbekend is	10

Nb. Doodgeboortes zijn in dit overzicht niet meegenomen

Aantal overledenen naar doodsoorzaak 2011

(op basis van formulieren van GCA t/m 11/11/2011)

Doodsoorzaak	Aantal overlijdens
Infectieziekten	2
Kwaadaardige nieuwvormingen	8
Endocriene ziekten en stofwisselingsziekten	2
Hart en vaatziekten	1
Maag-, darm-, en leverziekten	1
Niet natuurlijke doodsoorzaken	7
waarvan: Verdrinking	2
Zelfdoding	3
Misdrijf	2

Met de gegevens ontvangen tot en met 11 november 2011 is het percentage van de overledenen waarvoor informatie over de doodsoorzaak is ontvangen, 68%. Dit percentage is

hoger dan het percentage bekende doodsoorzaken in 2009 en 2010 (58%) maar ligt lager dan het percentage bekende doodsoorzaken in de MOA-periode (88%).

Suïcidepogingen

GGD Nederland monitort in opdracht van het COA suïcidepogingen bij asielzoekers. Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) stuurt hiertoe meldingsformulieren betreffende suïcidepogingen die zij ontvangen van hun huisartsen en praktijkverpleegkundigen gebundeld door naar GGD NL. GGD Nederland analyseert de gegevens.

Het aantal meldingen van suïcidepogingen in 2011 dat ontvangen is van GCA tot en met 11 november 2011, is 45. Het totaal aantal ontvangen meldingen van pogingen in 2010, is 41. Vanwege de onvolledigheid van de gegevens en mogelijke verschillen in meldgedrag van GCA-medewerkers is het raadzaam nog geen conclusies te verbinden aan de aantallen in 2011. GGD Nederland zal na ontvangst van de meldingen van GCA tot en met december 2012 de gegevens nader analyseren.

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2751

Vragen van de leden **Arib** en **Spekman** (beiden PvdA) aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Immigratie en Asiel over *psychische problemen onder asielzoekers en de vergoeding van antidepressiva* (ingezonden 15 april 2011).

Antwoord van minister **Leers** (Immigratie en Asiel) (ontvangen 7 juni 2011) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2010–2011, nr. 2413.

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het artikel over de psychische problemen van asielzoekers?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Kunt u aangeven in welke mate er psychische problemen bestaan bij asielzoekers? In welke mate is er sprake van dat psychische problemen relatief vaker voorkomen bij asielzoekers?

Antwoord 2

Onderzoek naar de mate van psychische problemen bij asielzoekers in vergelijking met andere groepen is recentelijk niet uitgevoerd. Het laatste onderzoek heeft plaatsgevonden in 2006 waarbij op basis van interviews onder asielzoekers in Nederland afkomstig uit Afghanistan, Iran en Somalië werd gevonden dat twee derde van de asielzoekers symptomen had van depressie en/of angst (68%) en meer dan één op de vier van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) (28%).² Wel is er in 2009 een overzichtsstudie³ uitgevoerd in westerse landen met de conclusie dat circa één op de tien volwassen asielzoekers in westerse landen aan PTSS lijdt, circa één op de

¹ <http://www.metronieuws.nl/algemeen/zelfmoord-op-dam-geen-uitzondering/SrZkdhIEI9BwxgNRfbMU/>

² Gerritsen AA, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM: Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41: 18–26.

³ Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M: Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflicts and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009, 302:537–549.

twintig aan een zware depressie en circa één op de vijftwintig een gegeneraliseerde angststoornis heeft.

Vraag 3

Hoeveel asielzoekers krijgen jaarlijks professionele hulp en/of medicatie vanwege psychische problemen? Welke kosten zijn hiermee gemoeid? Klopt het dat het gebruik van antidepressiva onder asielzoekers vele malen hoger is dan onder de gemiddelde Nederlandse bevolking?

Antwoord 3

In 2009 zijn circa 3 800 asielzoekers, die verblijven in de opvang van het COA, contact hebben gehad met de geestelijke gezondheidszorg. In zijn totaliteit zijn in 2009 35 500 personen woonachtig geweest bij het COA, dit zou neerkomen op 10%.

Zowel in 2009 als in 2010 is op jaarbasis circa € 18 miljoen uitgegeven aan de gehele geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers. De prognose voor 2011 op basis van de eerste vier maanden laat hier geen afwijkend beeld in zien. Het gebruik van antidepressiva onder asielzoekers is niet vele malen hoger dan dat onder de Nederlandse bevolking. In 2009 lag het gebruik van antidepressiva onder volwassen asielzoekers circa 10% boven dat van de volwassenen in Nederland onder de zorgverzekering.

Vraag 4

Kunt u aangeven hoeveel asielzoekers en hoeveel ex-asielzoekers de afgelopen tien jaar om het leven zijn gekomen door suïcide en andere vormen van niet-natuurlijke dood? Hoeveel asielzoekers hebben een serieuze poging tot suïcide ondernomen? In hoeveel van deze gevallen is een onderzoek ingesteld en aan wie is daarover gerapporteerd? In hoeveel van deze gevallen is nagegaan of tijdens of na het behandelen van het asielverzoek bij de betrokken instanties bekend was dat er een mogelijk risico op suïcide bestond?

Antwoord 4

Vanaf 2002 bestaat een registratie door GGD Nederland van het aantal asielzoekers die zijn overleden hetzij door suïcide of andere niet-natuurlijke doodsoorzaken. In de periode 2002 tot en met 2008 zijn er 105 overlijdensgevallen van asielzoekers met een niet-natuurlijke oorzaak bekend. Hiervan betreffen 37 gevallen overlijden door suïcide. In de periode 2009 tot en met 2010 zijn drie asielzoekers overleden door suïcide. Bovenstaande cijfers betreffen alleen asielzoekers die op het moment van overlijden ingeschreven stonden bij het COA.

Wat betreft het aantal pogingen tot suïcide die worden geregistreerd door GGD Nederland, zijn in de periode van 2002 tot en met 2010 per jaar gemiddeld 40 pogingen bekend. Over 2011 zijn tot nu toe 11 gevallen bekend. GGD Nederland en Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) onderzoeken iedere melding van een suïcidepoging door een asielzoeker. Dit onderzoek is gericht op het vergaren van gegevens ten behoeve van de zorgverlening. Partijen die uitvoering geven aan de asielprocedure zelf vormen geen onderdeel van het onderzoek.

De uitkomsten van dit onderzoek worden opgenomen in het medisch dossier en worden ter beschikking gesteld via het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). De huisarts van de betreffende asielzoeker heeft hiermee toegang tot de uitkomsten. Het GCA informeert andere betrokken (zoals de opvanglocatie van het COA) voor zover mogelijk over het resultaat van het onderzoek.

Vraag 5

Welke concrete maatregelen worden op dit moment genomen om er voor te zorgen dat asielzoekers voldoende en tijdige zorg krijgen bij psychische problemen?

Antwoord 5

Asielzoekers hebben in de rust- en voorbereidingstermijn van de nieuwe asielprocedure de mogelijkheid om deel te nemen aan een medisch onderzoek. Dit onderzoek heeft onder andere tot doel om de asielzoekers die dat nodig hebben de weg naar de zorg te wijzen. Asielzoekers zullen klachten als depressies, angst of andere psychische klachten doorgaans melden bij de

huisarts. Om de toegankelijkheid en laagdrempeligheid van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor asielzoekers te versterken, wordt de huisarts sinds 2010 bijgestaan door een eerstelijnsconsulent van de GGZ in de eerste lijn. Dit vereenvoudigt en versnelt de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg voor de asielzoeker. Hierbij is het principe van «stepped care» (stapsge- wijze zorg) van toepassing: onnodige zorg zoveel mogelijk voorkomen door eerst naar lichtere behandelmethoden te zoeken. Indien geïndiceerd, volgt gerichte doorverwijzing van de asielzoeker. Tijdigheid van de zorg wordt ondersteund door de zorgbemiddeling door zorgverzekeraar Menzis.

Vraag 6

In hoeverre vindt op dit moment registratie plaats bij de IND van verzoeken om medisch advies met als achtergrond «dreigende suïcide»? Bestaat er een bijzondere instructie bij de IND voor asielzoekers met psychische problemen, c.q. dreigende suïcide? Zo nee, waarom niet? Bent u bereid te registreren in welke mate asielzoekers geconfronteerd worden met psychische problemen, leidend tot (dreigende) suïcide? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

De adviseurs van Bureau Medisch Advies (BMA) registreren bij elk uitgebracht advies een diagnose. In 2010 was 56% van de aandoeningen van psychiatrische aard. Specifieke diagnoses bij psychiatrische aandoeningen zijn onder andere PTSS, depressie en aanpassingsstoornis. Dreigende suïcide komt niet in het overzicht voor, omdat suïciderisico geen diagnose is. Suïcidale gedachten en gedragingen, en daarmee het risico op een suïcide- (poging), gaan vaak gepaard met een psychische stoornis. Voor IND hoor- en beslismedewerkers bestaat een training omgaan met traumatisering en andere medische beperkingen bij asielzoekers. Tevens is er een openbare werkinstructie (2010/13), waarin wordt een aangegeven hoe om te gaan met asielzoekers met medische problematiek, waaronder het voorkomen van psychische problemen. In de cursus en werkinstructie wordt aandacht besteed aan de wijze van communiceren met de asielzoeker met medische problemen om tot een zorgvuldig gehoor te komen. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan het beslissen op zaken van asielzoekers met medische problematiek.

Vraag 7

In hoeveel gevallen is op grond van artikel 64 van de Vreemdelingenwet 2000 uitzetting tijdelijk achterwege gelaten vanwege dreigende suïcide? Hoe is verder gehandeld met deze asielzoekers?

Antwoord 7

Aangezien er geen registratie plaatsvindt op dreigende suïcide zijn er geen aantallen te noemen. Wanneer uitzetting achterwege dient te blijven op grond van artikel 64 van de Vreemdelingenwet 2000 is dit voor de duur van maximaal 1 jaar. Na afloop van deze periode kan de vreemdeling, indien nog steeds sprake is van medische problematiek waarvoor hij onder behandeling staat, opnieuw een verzoek om toepassing van artikel 64 van de Vreemdelingenwet 2000 of een reguliere aanvraag medisch indienen.

Vraag 8

In welke mate betekent de wijziging per 1 januari 2011 voor vergoeding van antidepressiva en de nieuwe voorwaarde in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering dat antidepressiva voor asielzoekers in de praktijk niet meer worden vergoed?

Antwoord 8

Ook voor asielzoekers geldt dat de medicijnen worden vergoed die zijn opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In de Regeling Zorg Asielzoekers wordt voor de vergoeding van medicijnen verwezen naar genoemde bijlage. De vergoeding van medicijnen voor asielzoekers is gelijk aan die van Nederlandse ingezetenen. De minister van VWS heeft tijdens het VAO Medische Zorg Asielzoekers d.d. 19 april jl. aangegeven dat antidepressiva onderdeel uitmaken van het reguliere zorgverzekeringspakket en derhalve ook voor asielzoekers worden vergoed als daar een medische indicatie voor is.

Vanaf 1 januari 2011 is de vergoeding van antidepressiva uit het basispakket licht ingeperkt. Aangezien goede medische richtlijnen bestaan waarin beschreven staat wanneer antidepressiva ingezet kunnen worden, is besloten de vergoeding aan te laten sluiten bij deze richtlijnen. Deze richtlijnen waren dus al opgezet door de beroepsgroep zelf. De regeling voor de vergoeding van ziektekosten van asielzoekers sluit hier onverkort op aan. In de eerste maanden van 2011 is er geen afname waarneembaar in het gebruik van antidepressiva door asielzoekers die in de opvang van het COA verblijven.

Vraag 9

Ondersteunt u het initiatief van de Nederlandse Vereniging van Asieladvocaten om een werkgroep op te richten om de psychische nood onder asielzoekers terug te dringen? Bent u bereid daar een bijdrage aan te leveren, en zo ja, welke?

Antwoord 9

Reeds aan het begin van de asielprocedure kan door een asielzoeker medisch advies worden gevraagd, waarbij psychische klachten aan de orde kunnen worden gesteld. Zoals ik in antwoord op vraag 5 heb aangegeven bestaat een volledige toegang tot de zorg inzake psychisch-sociale klachten. Daarnaast kan een beroep gedaan worden op artikel 64 van de Vreemdelingenwet. Gezien het vorenstaande zie ik geen aanleiding om een bijdrage hieraan te leveren.