

## **Gezondheid, veiligheid en ontwikkelingscondities van jonge asielzoekers**

Bram Tuk

Eind 2004 verblijven er in Nederland ongeveer 45.000 asielzoekers in asielzoekerscentra. Een derde van hen is minderjarig. Deze 15.000 kinderen en jongeren wonen meestal bij een van beide of beide ouders, maar er is ook een grote groep alleenstaande minderjarige asielzoekers, meestal ama's genoemd. Er staan in totaal 5430 ama's onder voogdij van Nidos, de voogdij- en gezinsvoogdij-instelling voor vluchtelingen en asielzoekers. Tevens krijgen 3764 ex-ama's een vorm van voortgezette begeleiding (Nidos 2004). Een steeds groter aantal ama's dient tot hun meerderjarigheid in opvangcentra te wonen, in de verwachting dat zij naar hun herkomstland zullen terugkeren.

Dit kennisdocument geeft op basis van praktijkgegevens een stand van zaken wat betreft de gezondheid, veiligheid en ontwikkelingscondities van de asielzoekersjeugd. Tevens is het reactie op een rapport van de Adviescommissie voor vreemdelingenzaken (ACVZ 2003): 'Kinderen in de asielpraktijk'.

Dit Pharos kennisdocument baseert zich op onderzoeksgegevens, zoals die tot nog toe voorhanden zijn.

### **Onderzoeksgegevens asielzoekersjeugd nog nauwelijks voorhanden**

De opvang van asielzoekers is volgens de overheid sober en humaan. Wat het voor kinderen en jongeren betekent om kortere of langere tijd in asielzoekerscentra te moeten wonen, is nog nauwelijks bekend. Met uitzondering van onderzoek naar ama's heeft er in Nederland maar zeer beperkt (grootschalig) onderzoek plaatsgevonden naar de somatische en psychische gezondheid van deze kinderen. Epidemiologische gegevens ontbreken en binnen de jeugdgezondheidszorg verloopt de dossiervorming over deze kinderen en jongeren problematisch.

In bovengenoemd ACVZ rapport wordt de positie van de minderjarige asielzoeker tegen het licht gehouden en worden verschillende aanbevelingen gedaan om welzijn en (toegang tot) gezondheidszorg te verbeteren (ACVZ 2003).

- Er dient een inventarisatie te komen van de kind (on-) vriendelijkheid van de opvang, met name om deze te verbeteren.
- Een internationale data bank is nodig, met informatie over opvang, onderwijs en gezondheidsvoorzieningen (inclusief psychosociale opvang).
- Er moet meer aandacht komen voor de veiligheid en de psychosociale situatie van ama's.

Dit kennisdocument kan gezien worden als een begin van de door de ACVZ gewenste inventarisatie. Uitgangspunt is het beginsel, dat de gezondheidszorg net zo toegankelijk moet zijn voor asielzoekersjeugd als voor Nederlandse kinderen. In de praktijk van de

Nederlandse jeugdzorg wordt vaak verwezen naar ontwikkelingscondities die voor alle kinderen moeten gelden (Bartels & Heiner 1994).

Kinderen hebben recht op:

- adequate verzorging
- veilige fysieke omgeving
- continuïteit en stabiliteit in levensomstandigheden; een doorgaande ontwikkeling
- interesse in hun leefwereld
- respect, geborgenheid, steun en begrip
- serieus nemen van hun behoeften
- structuur, regelmaat, aanmoediging, grenzen en regels
- eigen initiatief en een beperkte verantwoordelijkheid
- psychologische veiligheid
- voorbeeldpersonen en omgang met leeftijdgenoten
- educatie
- kennis over en contact met het eigen verleden.

Deze ontwikkelingscondities worden mede als toetssteen gebruikt om na te gaan of het huidige vreemdelingenbeleid en de uitvoering hiervan voldoende rekening houdt met de kwetsbaarheid van kinderen en jongeren.

### **Algemene ontwikkelingen en effecten**

De politieke standpunten ten aanzien van allochtonen in het algemeen en asielzoekers en vluchtelingen specifiek verhardden zich. Door de terugloop van asielaanvragen, bezuinigingen en de versoering van het aanbod staat hulp- en dienstverlening aan deze groep onder druk. In het jaar 2001 werd de huidige vreemdelingenwet ingevoerd, met veel nadruk op (gedwongen) terugkeer. Dit betekende voor duizenden asielzoekersgezinnen de reële dreiging van uitzetting en het verlies van uitzicht en hoop op een gelegitimeerd verblijf in Nederland. Kinderen en jongeren ervaren net als hun ouders de negatiever wordende opvattingen in de Nederlandse samenleving over asielzoekers.

Het leven in een opvangcentrum is stressvol. Mensen leven lange tijd dicht op elkaar met andere bewoners met zeer verschillende achtergronden en gewoonten. De woonruimtes zijn klein. Privacy ontbreekt omdat ouders en kinderen vaak in één ruimte samen moeten wonen. Asielzoekers mogen niet werken en moeten wachten. Ze worden vaak gedwongen om te verhuizen, zeker nu door de terugloop van asielaanvragen veel centra moeten sluiten. Dat betekent dat de continuïteit en stabiliteit in het bestaan van asielzoekerskinderen meerdere malen onderbroken wordt. Doordat zij frequenter van school moeten veranderen wordt de bij kinderen gewenste doorgaande ontwikkeling andermaal onderbroken.

Ze passen zich ogenschijnlijk gemakkelijk aan, maar hun welzijn hangt in grote mate af van de draagkracht van ouders. Zolang deze het gevoel geven dat zij als ouders stevig in hun schoenen staan en bescherming bieden, blijken kinderen hun veerkracht optimaal te gebruiken. Als ouders ernstige problemen hebben, zullen kinderen daar direct en indirect onder lijden. Direct omdat de ouderlijke zorg tekort kan gaan schieten, indirect omdat het lijden van ouders kinderen diep raakt.

De psychische gezondheid van volwassen asielzoekers is slecht. Een vijfde heeft angststoornissen, een derde heeft depressieve stoornissen en een posttraumatische stress stoornis komt bij iets meer dan een derde van de asielzoekers voor (Laban e.a. 2002). Er is niet onderzocht wat het effect van dergelijke ernstige psychische problemen van ouders op asielzoekerskinderen is, maar het is algemeen bekend dat psychische stoornissen van ouders ontwrichtend kunnen werken op de ontwikkeling van kinderen. (Unicef 2004) Hulpverleners van kinderen en andere betrokkenen zijn zeer bezorgd en protesteren tegen de effecten van het huidige vreemdelingenbeleid. De jeugd RIAGG Noord Holland zendt een open brief aan de minister van vreemdelingenzaken mevr. R. Verdonk. Ze schrijven hierin dat asielzoekerskinderen die bij hen in behandeling zijn, soms hier geboren zijn, vaak

nauwelijks de taal spreken van het land van herkomst, en zich 'met lijf en geest' hier gevestigd hebben (Bastiaanse, 2004). Het behandelen van kinderen die lang in Nederland verblijven en nu Nederland uitgezet moeten worden is volgens hen een onmogelijke opgave. De rechten van het kind worden niet geëerbiedigd.

Medewerkers van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) laten zelf steeds vaker horen dat de kwaliteit van de zorg in de centra ernstig verslechtert. Als oorzaak noemen zij onder andere dat door het sluiten van centra en de vele wisselingen in de teams de continuïteit van de zorg onder druk staat (Koppenaar & Van Gogh, 2004).

Het beleid ten aanzien van ama's heeft drastische veranderingen doorgemaakt. Het is de bedoeling dat alle ama's die bij binnenkomst in Nederland 15 jaar en ouder zijn zijn, tot hun meerderjarigheid in opvangcentra blijven wonen. Intussen worden zij onder druk gezet om terug te keren. Een kleinschalig opgezet onderzoek onder docenten, mentoren en hulpverleners naar de effecten van dit beleid meldt dat het aanmerkelijk slechter met deze jongeren gaat dan voorheen (Engelhard, 2003). Scholen melden ongeoorloofde absentie en concentratiestoornissen. Alle respondenten melden angst, spanning, hoofdpijn en slaapproblemen bij de ama's. Ook gedragsstoornissen, dreigen met suicide, isolement en agressie komen volgens de respondenten sinds de invoering van dit beleid vaker voor. Het is niet zo dat deze beroepsgroepen tegen terugkeer van ama's zijn, maar wel verzetten zij zich tegen de wijze waarop het beleid uitgevoerd wordt.

Onderdeel van het beleid is een intussen gestaakt experiment met twee ama-campussen. Deze halfgesloten internaten startten met een werkwijze die afgeleid is van de Glen Mills heropvoedingmethode bedoeld voor sociaaldelinquenten jongeren.

Belangenorganisaties voor vluchtelingen keren zich vanaf het begin tegen de campusopvang. Jongeren richten vernielingen aan en plegen gewelddadigheden gericht tegen de leiding. De jongeren verzetten zich onder andere tegen het strenge regime. Zij voelen zich er onwaardig behandeld en zijn ongelukkig. Er zijn vernielingen en conflicten met leidinggevenden, maar ook onderling is er vijandschap. Uit onderzoek blijkt dat deze ama's een aanzienlijk slechtere gezondheid hebben dan jongeren die elders opgevangen worden. (TNO 2003). Wel is de sociale veiligheid op de campus Vught groter dan die in andere opvangcentra. Eind 2004 wordt het experiment met de ama-campussen beëindigd. De belangrijkste doelstelling, jongeren te motiveren voor terugkeer naar het herkomstland, blijkt te falen. Van de 436 ama's die er verbleven, zijn er slechts zes teruggekeerd.

## **Gezondheid van asielzoekers en vluchtelingenkinderen**

### *Psychische klachten*

Het vaststellen van de gezondheid en het welzijn van asielzoekersjeugd is moeilijk omdat er onvoldoende objectieve gegevens zijn. Al sinds begin jaren negentig komen grote groepen asielzoekers naar Nederland. Het aantal kinderen en jongeren onder hen ligt meestal tussen 30 en 35 procent. Deze kinderen zijn duidelijk een risicogroep die vragen om een centrale registratie. Pas sinds enkele jaren komen er vooral uit onderzoeken van MOA-medewerkers gegevens over leefklimaat, problematiek en zorg voor kinderen in de asielzoekerscentra. Het zijn onderzoeken die op beperkte schaal zijn uitgevoerd, waar uit afgeleid kan worden dat nader onderzoek nodig is. Een voorbeeld is het onderzoek in drie opvangcentra bij 154 kinderen van 4- tot 12 jaar waaruit blijkt dat de daar verblijvende kinderen een slechte psychische gezondheid hebben (Sokal 2001) :

- 53,9% heeft psychische problemen
- 4,5% heeft ernstige psychische problemen
- 30,5% heeft slaapproblemen
- 27,3% gedragsproblemen
- 14,9 % plast in bed

Deze gegevens komen overeen met Engels onderzoek (Fazel & Stein 2003). Bij meer dan een kwart van de vluchtelingenkinderen is sprake van 'significant psychological disorder';

drie keer meer dan bij Engelse kinderen. Vluchtelingenkinderen zijn volgens hen hyperactief en hebben vaker dan Engelse kinderen problemen met leeftijdgenoten.

Ama's zijn en worden aanmerkelijk beter in beeld gebracht dan de asielzoekersjeugd die hier met ouders is gekomen. Er heeft een zeer uitgebreid onderzoek plaatsgevonden, uitgevoerd door Centrum '45, waarvan het eindrapport begin 2005 gepresenteerd zal worden (Bean 2005). Eerder meldde deze onderzoeker al dat ama's vergeleken met Nederlandse, eerste en tweede generatie allochtone jongeren en vluchtelingenjongeren met ouders, aanmerkelijk meer psychische problemen hebben. Ze zijn kwetsbaar, hebben veel posttraumatische reacties, zijn angstiger, slapen slechter en voelen zich vaker depressief (Bean 2000).

#### *Somatische klachten*

Somatische problemen van asielzoekerskinderen zijn nog minder dan psychische problemen onderzocht en beschreven. De kinderarts Tjon a Tjen is van mening dat asielzoekerskinderen uitgebreider medisch gescreend moeten worden op gezondheidsproblemen (Tjon a Tjen 2003). Hij maakt een vergelijking met adoptiekinderen die uitgebreid gescreend worden. Op basis van buitenlandse cijfers verwacht hij dat parasitaire infecties veel voorkomen (20 - 40%). Vanwege de herkomst van enkele groepen asielzoekers zijn relatief veel kinderen met HIV besmet.

Een veel voorkomend probleem is hepatitis. Omdat 51 procent van de volwassen asielzoekers een dergelijke infectie doorgemaakt heeft, en een aanzienlijk deel van hen drager blijft van het virus, lopen vooral de jongste kinderen grote risico's besmet te raken en daar chronisch last van te krijgen. Ondanks het advies van de Gezondheidsraad om alle kinderen te vaccineren van wie minimaal één ouder uit een hepatitis B endemisch gebied komt, gebeurt dit bij asielzoekerskinderen niet. Risico's op langere termijn zijn acute en chronische leverinfecties, uitmondend in leverfalen en hepatoom (levercelcarcinomen).

Er wonen in Nederland ongeveer 20.000 meisjes die komen uit landen waar meisjesbesnijdenis voorkomt. Ondanks hardnekkige geruchten dat tijdens vakantieperioden bij in Nederland wonende jonge meisjes meisjesbesnijdenis plaatsvindt, ontbreken de feitelijke aantallen. Onderzoek hiernaar staat wel op korte termijn gepland.

Achterstanden in tandheelkundige zorg komen eveneens voor. In twee opvangcentra is o.a. onderzocht hoe vaak cariës, fluorose en tandplaque bij kinderen van 8, 9 en 10 jaar voorkomt. In vergelijking met Nederlandse kinderen blijkt de cariësprevalentie in het algemeen hoog (Kalsbeek e.a. 2001).

#### *Seksuele en reproductieve gezondheid*

Een ander terrein waar lacunes liggen, is dat van de seksuele en reproductieve gezondheid. Pharos onderzoek wijst uit dat maar een zeer beperkt deel van de 12 tot 18-jarigen adequaat voorgelicht wordt (Mouthaan & De Neef 2003) terwijl een aantal jongeren wel volop seksueel actief is. Sommige jonge asielzoeksters komen zwanger in Nederland aan. Een deel van hen is seksueel misbruikt.

Bij jonge asielzoeksters is volgens MOA-verpleegkundigen sprake van een groot aantal tienergeboorten. Het kost deze jonge alleenstaande moeders, die meestal niet weten of zij in Nederland mogen blijven, veel moeite om hun kinderen alleen op te voeden. Ongepland en alleenstaand jong moederschap is een risicofactor bij het opvoeden van kinderen. Het is onvoldoende bekend hoe het met deze moeders, maar vooral hoe het met hun kinderen op kortere en langere termijn gaat. Een aantal vrouwen wil het kind niet en kiest voor een abortus. De Nederlandse abortusregistratie is niet verfijnd genoeg om het precieze aantal (jonge) asielzoeksters dat een abortus laat plegen weer te geven.

Om de seksuele en reproductieve gezondheid van deze jonge vrouwen te verbeteren is veel extra aandacht nodig. Om seksuele voorlichting succesvol te maken moeten asielzoekers als risicogroep beschouwd worden in landelijk, regionaal en lokaal beleid. Eerste-opvangscholen willen graag seksueel voorlichten maar willen hierbij ondersteund worden door lokale GGD'en. Dat gebeurt nog onvoldoende (Tuk 2004).

Van ama's is bekend dat zij vaak negatieve ervaringen in hun seksuele ontwikkeling hebben opgedaan en dat zij een risicogroep vormen voor seksueel geweld. 22 procent van de ama's is slachtoffer geweest van seksueel geweld (Rots-De Vries 2002). Maar mogelijk ligt dit percentage nog hoger. Uit onderzoek van Bean blijkt dat 12 procent van de jongens en 43 procent van de meisjes seksueel misbruik meldt (Bean 2005). In dit onderzoek wordt niet stilgestaan bij de aard van dit seksuele geweld, noch bij de plaats waar het plaatsvond: in het herkomstland, onderweg, of in Nederland. In 2003 kwam naar buiten dat de opvangcentra in Nederland vaak niet veilig zijn. Medewerkers meldden seksueel geweld, prostitutie en het ronselen hiervoor van ama-meisjes (Van Burik 2003).

### **Leefbaarheid en veiligheid voor kinderen in opvangcentra**

De leefbaarheid en veiligheid van opvangcentra laten veel te wensen over. In en rond asielzoekerscentra gebeuren veel ongevallen met kinderen. De inspectie van de hygiëne is verbeterd maar er zijn er nog veel andere omgevingsfactoren die de veiligheid voor 0-14 jarige kinderen bedreigen. Er vindt onvoldoende veiligheidsvoorlichting plaats. Voor de ouders is het moeilijk om zonder gerichte voorlichting, adequate maatregelen te treffen, om ongevallen van hun kinderen te voorkomen (A. Stellinga-Boelen 2004).

Kinderen in opvangcentra maken daar veel nare dingen mee. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de oversterfte van asielzoekers door niet natuurlijke doodsoorzaken. Ongevallen, verdrinkingen, zelfdoding, moord en doodslag komen in vergelijking met de Nederlandse bevolking veel voor (Koppenaar 2001). In 1998/1999 vonden negen mensen de dood door geweld. Ook vinden er in die periode twintig zelfdodingen plaats (W. Amptmeijer, 2002). Voor kinderen zijn dat ingrijpende ervaringen, niet in de laatste plaats omdat zij al eerder veel ingrijpende en soms gewelddadige ervaringen achter de rug hebben.

Hoeveel kinderen door niet natuurlijke oorzaken sterven is niet bekend; wel dat er ieder jaar opnieuw weer meerdere kinderen (maar ook volwassenen) verdrinken.

### *Huiselijk geweld en kindermishandeling*

Asielzoekerskinderen lopen in vergelijking met Nederlandse kinderen een groter risico om slachtoffer te worden van kindermishandeling. Er heeft geen onderzoek plaatsgevonden naar de mate waarin het voorkomt, maar er zijn veel signalen. Onderzoek naar veiligheid in de centra laat zien dat een op de twintig vrouwen in een asielzoekerscentrum slachtoffer wordt van huiselijk geweld. Waarschijnlijk vindt het in werkelijkheid vaker plaats, omdat medewerkers van het COA het signaleren hiervan geen vanzelfsprekende taak vinden (Van Burik 2003). Ook melden asielzoekers zelf en hun zorgverleners dit lang niet altijd. Huiselijk geweld tussen ouders en volwassen familieleden is een goede voorspeller van geweld tegen kinderen (Unicef 2003).

Een onderzoek in vijf centra geeft aan dat medewerkers en zorgverleners regelmatig signalen zien van kindermishandeling maar dit vaak niet melden (Mensinga Wieringa 2004). Ze zijn terughoudend bij het ondernemen van actie, bijvoorbeeld omdat zij vinden dat hun beroepsgeheim dit niet toelaat en hun vertrouwensrelatie met de asielzoeker geschaad wordt. 43 van de 50 geïnterviewde zorg- en hulpverleners vindt dat het leven in een asielzoekerscentrum 'de ontwikkeling van kinderen in gevaar brengt'. Een belronde van Pharos, eind 2004, naar een aantal Advies en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) bevestigt het beeld dat deze kinderen 'at risk' zijn. Alle gebelde AMK's krijgen meldingen uit centra. Sommige geven daarom voorlichting en/of trainingen voor medewerkers van de centra. Een van AMK's meldt dat sommige hulpverleners het niet zinvol vinden om aan

deze kinderen hulp te verlenen vanwege hun specifieke levensomstandigheden. COA, MOA en andere organisaties ontwikkelen activiteiten om bijvoorbeeld via protocollen en samenwerkingsovereenkomsten preventie en verwijzing te verbeteren. Ook worden COA-medewerkers getraind om de sociale veiligheid te doen verbeteren. Omdat er geen goed overzicht is van de feitelijke ernst, kunnen de effecten van dergelijke verbeteringen echter niet in beeld gebracht worden.

### **Gezondheidsvoorzieningen in opvangcentra**

Het eerder genoemde rapport 'Kinderen in de asielpraktijk' (ACVZ 2003) wordt onderbouwd met gegevens uit een quickscan (Van Willigen 2003). Een deel ervan gaat over toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Er wordt gemeld dat de medische opvang van asielzoekersjeugd in de centra, vastgelegd in zogenaamde service-level-agreements, aan het verbeteren is. Wellicht was die conclusie op het moment van onderzoek gerechtvaardigd, maar de huidige situatie bevestigt dit optimisme in het geheel niet. In drie centra onderzochte centra gaat in 2004 de zorg in vergelijking met het jaar ervoor er op achteruit (C. Pasaribu 2004). De vastgelegde norm wordt niet gehaald. Vaccinatie vindt te laat plaats en medische gegevens worden onvoldoende geregistreerd (77% van de medische kaarten is onvolledig geregistreerd). Er is kritiek op de psychosociale zorg voor kinderen. Bij psychische problemen bestaan er grote verschillen tussen drie onderzochte centra in het doorverwijzen naar bijvoorbeeld de huisarts of de jeugdarts. Verondersteld wordt dat er per centrum een groot verschil is in aandacht voor psychosociale problematiek en dat dit een stagnerende verwijzing veroorzaakt.

Een praktisch voorbeeld:

Bedplassen komt bij deze groep relatief erg veel voor. Dat is toe te schrijven aan de situatie waarin deze kinderen en jongeren zich bevinden. Voor deze groep is het probleem echter moeilijk te verhelpen door de slechte leefomstandigheden en financiële moeilijkheden. Er bestaan voorzieningen voor kinderen die bedplassen. Geijkte middelen als luiers, speciale lakens of een plaswepker zijn slecht toegankelijk; de kosten worden niet vergoed. (Albadi 2004).

### **Jeugdzorg**

In het ACVZ-rapport wordt gesproken over een slechte toegang tot de jeugdzorg en verbeteringen die nodig zouden zijn. Pharos constateert dit eveneens. Medewerkers in de begeleiding en zorgsector zijn overwegend negatief over de toeleiding van de asielzoekerjongeren naar de jeugdzorg. Knelpunten zijn de wachtlijsten, maar ook de geringe motivatie van jongeren. Het bestaande zorgaanbod sluit onvoldoende aan op de hulpbehoeften.

Hoewel de nieuwe wet op de jeugdzorg en met name een extra maatregel van bestuur de toegankelijkheid voor deze doelgroep lijken te garanderen, blijven er knelpunten. De dagelijkse begeleiders blijken onvoldoende bekend met verwijsmogelijkheden en jongeren die verwezen worden, moeten langdurig wachten op zorgverlening. (L.Gerritse 2003).

### **Illegale kinderen en illegale jong volwassenen**

Defence for Children International gaat in het rapport 'Ik ben er wel maar ze zien me niet' in op de positie van illegale kinderen in Nederland en concludeert dat deze kinderen onvoldoende toegang hebben tot de gezondheidszorg (Braat 2004).

In het onderzoek zijn in totaal 55 kinderen en jongeren geïnterviewd, waarvan 36 met een asielzoekersachtergrond. Hun woonsituatie wordt gekenmerkt door instabiliteit omdat er vaak verhuisd wordt. De toegang tot onderwijs is geen probleem, maar door gebrek aan geld kunnen kinderen niet meedoen met sociale- en sport activiteiten. De schoolvakanties zijn voor hen daarom erg saai en vervelend.

De meeste kinderen zeggen een redelijk goede fysieke gezondheid te hebben, maar melden wel problemen met hun psychische gezondheid. Een derde heeft psychische klachten

(psychosomatische klachten, nachtmerries, inslaapproblemen). Een enkeling heeft depressieve klachten en suïcidale neigingen. Sommige kinderen krijgen medicatie, andere krijgen echter te horen dat een illegaal kind geen psychische hulpverlening kan krijgen vanwege de onzekere verblijfssituatie. Toegang tot de gezondheidszorg is vaak afhankelijk van vrijwilligers die hen de weg wijzen en voldoende financiële middelen. Er is voor hen geen ziektekostenverzekering mogelijk. Soms weten de ouders niet dat zij desondanks nog wel bij de gezondheidszorg terecht kunnen. Preventieve tandartscontrole is er niet bij. Illegale kinderen vinden zelf dat ze anders zijn en anders behandeld worden dan andere kinderen. Ze schamen zich voor hun positie en zijn bang om door de politie ontdekt en uitgezet te worden. Door de vele verhuizingen zijn veel vriendjes uit het zicht verdwenen. Voor een aantal kinderen dreigt een sociaal isolement omdat zij geen vriendschappen meer aan gaan. Sommige ouders houden hun kinderen af van sociale contacten. Kinderen durven vaak niet aan de toekomst te denken, hun leven lijkt tijdelijk stil te staan.

Deze bevindingen komen overeen met observaties en gegevens van Pharos. In 2004 organiseerde Pharos op 5 plaatsen in Nederland conferenties voor organisaties die zich bezighouden met de hulpverlening aan illegalen. De meer dan 400 deelnemers bevestigden het beeld dat kinderen erg te lijden hebben onder illegaliteit. Vooral de gezondheid van kinderen van alleenstaande moeders wordt bedreigd. Bij het FIOm komen verontrustende signalen binnen dat kinderen achtergelaten worden. Ook bij de informatie- en advieslijn van Pharos komen regelmatig telefoontjes binnen over situaties waarin de gezondheid van deze kinderen bedreigd wordt. Een belangrijk probleem is dat illegale ouders regelmatig van woonplek wisselen, waardoor continuïteit in begeleiding en zorg niet geboden kan worden. Niet alleen bij asielzoekers, maar ook bij begeleidende hulpverleners is vaak koppeling, een financiële noodvoorziening voor gezondheidszorg aan illegalen, vaak onbekend.

Kinderen lijden vooral onder het feit dat zij ieder moment 'opgepakt' en uitgezet kunnen worden. In de zomer van 2004 stond in kranten te lezen dat een Bosnische jongen tijdens het schoolexamen onderdook in een andere plaats, om te voorkomen dat hij opgepakt en uitgezet zou worden. Scholen melden vaker dat kinderen uit de klas gehaald worden om 'verwijderd' te worden. Achterblijvende kinderen zijn bang dat het hen ook op een dag kan overkomen om plotseling met het gezin te verdwijnen en alles en iedereen achter laten. Leerkrachten hebben een grote behoefte om kinderen hierin beter te begeleiden (Zdrinja 2004)

Naar verwachting wordt in de eerste maanden van 2005 begonnen de financiële ondersteuning van enkele duizenden ex-ama's te stoppen. Hoewel dit vermoedelijk stapsgewijs gaat, verwachten hulpverleners, begeleiders, docenten en andere professionals dat dit tot grote problemen gaat leiden, omdat veel jongeren niet terug kunnen of willen keren naar hun herkomstland. Een enkele keer leidt het uit de opvang zetten tot extreme situaties. Eind 2003 meldde Vluchtelingenwerk Utrecht dat een 18-jarig meisje uit Sierra Leone, uit de opvang gezet vanwege het bereiken van meerderjarigheid, drie maanden lang seksueel misbruikt was door daklozen en drugsgebruikers. (Utrechts Nieuwsblad 2003)

## Conclusies

Dit kennisdocument biedt, zoals in de inleiding al genoemd, een overzicht van de kennis die voorhanden is op het gebied van gezondheid en welzijn van asielzoekerskinderen en -jongeren. Dat levert geen rooskleurig beeld op. Er is een grote discrepantie tussen de papieren en de echte werkelijkheid. Wat in wetgeving, beleid, protocollen en methodieken vastgelegd lijkt te zijn, wordt vaak niet daadwerkelijk aan de asielzoekersjeugd geboden. Niet alle, in het begin van dit document genoemde, ontwikkelingscondities zijn getoetst. Daarvoor zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar. Wel is van enkele belangrijke condities duidelijk dat er niet aan voldaan wordt. Het huidige beleid verstoort de continuïteit en stabiliteit in levensomstandigheden. Zowel de fysieke als de psychologische veiligheid laat veel te wensen over. Ouders zijn als eersten verantwoordelijk voor de verzorging en opvoeding van hun kinderen, maar hun leefomstandigheden beïnvloeden deze kwaliteiten. Omdat ze er slecht aan toe zijn, worden hun kinderen niet allemaal goed verzorgd en ontbreekt het aan voldoende geborgenheid steun en begrip. Ook kinderen die illegaal leven komen veel te kort.

Ongeveer een derde van alle asielzoekers in Nederland is kind of jongere. Dat is een grote groep. Hun gezondheid en welzijn heeft door de vlucht en door wat zij daarvoor meemaakten vaak al schade opgelopen. Hun veerkracht maakt dat we hen soms over het hoofd zien, maar kinderen en jongeren zijn een kwetsbare groep en vragen zorg en bescherming. Dat betekent niet dat zij als probleemgeval beschouwd willen worden, maar dat opvang, opvoeding en onderwijs een dusdanige kwaliteit hebben, dat ze zich gezond en zo normaal mogelijk kunnen ontwikkelen. Daar is nu geen sprake van. Het effecten van het huidige beleid is dat er een situatie aan het ontstaan is van structurele verwaarlozing. Verwaarlozing in de zin dat binnen het vreemdelingenbeleid onvoldoende stilgestaan wordt bij behoeften en ontwikkelingscondities van deze kinderen. In het eerder geciteerde ACVZ-rapport wordt nog verondersteld dat vanwege een verminderende instroom er sprake zal zijn van verbeteringen in voorzieningen voor kinderen en jongeren. Achteraf blijkt dat wishful thinking. De opvangcentra voor asielzoekers dreigen zo de nieuwe achterstandswijken van Nederland te worden. Kinderen die daar moeten opgroeien, zelfs als dat een korte periode is, lopen schade op, maar kunnen ook (op langere termijn) schade veroorzaken. Dat is een ongewenste situatie die snel verbetering behoeft.

Wat moet er gebeuren?

1. Het vreemdelingenbeleid. Bij het ontwikkelen en uitvoeren van het vreemdelingenbeleid dient afgewogen te worden wat de gevolgen van die maatregelen zijn voor de gezondheid en welzijn van deze groep.
2. Met de doelgroep zelf in gesprek gaan om hen te betrekken bij het inrichten van gepaste zorg en opvang.
3. Kwaliteit. Door middel van opleidingen en bijscholingen dient de sector gezondheidszorg en welzijn te beschikken over de benodigde vaardigheden, kennis en attitude om deze groep gepaste zorg te kunnen bieden. Door deze groep aan te merken als een risicogroep moet het mogelijk zijn zonodig vroegtijdig hulp te bieden.
4. Monitoring en screening. Voor verbetering van de levensomstandigheden van asielzoekerskinderen en het waarborgen van preventieve en curatieve zorg moet hun situatie concreter dan in dit document mogelijk is, in beeld gebracht worden. Er is onvoldoende epidemiologische kennis, zowel op het terrein van de somatische als de psychische gezondheid. Om beleidsmaatregelen toetsbaar en meetbaar te maken dienen we uitgebreider dan tot nu toe gebruikelijk is, de gezondheid van deze doelgroep te meten. Op basis van dergelijke gegevens kan daarna een gerichtere screening plaatsvinden.

## Literatuur

*A league table of child maltreatment deaths in rich nations'*. (Innocenti report card No 5), September 2003. Unicef, Innocenti Research Centre, Florence

Albadi, S. (2004). *Bedplassen bij kinderen in 3 asielzoekerscentra*. Leiden: TNO, Preventie en Gezondheid.

Amptmeijer, W. (2002). Sterfte in de opvangcentra; cijfers en achtergronden. *Phaxx, jaargang 9, september*. Utrecht: Pharos.

Bastiaanse, C. (2004). Brief, kenmerk KB\04\ggz. Leiden: Jeugd-riagg Noord Holland Zuid.

Bartels A. & Heiner, M.(1994). De condities voor optimale ontwikkeling; het kind het belang van het kind in hulpverlening preventie en beleid. *Jeugd en samenleving, Volume 24. Issue 5 mei, p.282-295*.

Bean, T.M. (2000). *Measuring the effects of traumatic stress; on immigrant and refugee adolescents*. Leiden: Rijksuniversiteit.

Bean, T.M. (2004). Mondelinge informatie tijdens presentatie screeningsinstrumenten, 10-05-2004, Amersfoort.

Bean, T.M. (te verschijnen). Het jaar 2005.

De Boer, J. Reijneveld, S. & D. Korfker (2004). *Effecten van campusopvang op de gezondheid en zorg voor AMA's* Leiden: TNO, Preventie en Gezondheid.

Braat, K.C. (2004). *Ik ben er wel maar ze zien me niet; ervaringen uit het leven van 'illegale' kinderen in Nederland*. Amsterdam: Defence for Children International Nederland, afdeling Nederland.

Burik, A. van & R. van Vianen (2004). *Veilig Verblijf; een onderzoek naar de veiligheid van vrouwen en meisjes in de asielzoekerscentra*. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort.

Engelhard, D (2003). Quickscan naar het psychosociale welzijn van ama's in relatie tot het terugkeerbeleid. Utrecht: Pharos.

Fazel, M & Stein, A (2003). A Mental health of refugee children, comparative study. *British Medical Journal* nr 327 (19 July 2003), p. 134.

Gerritse, L. (2003). *Toeleiding van vluchtelingenjongeren naar de jeugdzorg; perspectieven vanuit het Voorportaal, de Poortwachter en de Jeugdzorg*. Utrecht: Pharos.

Kalsbeek, H., Zijlstra-Remon N. & Filedt Kok-Weimar, T.L, (2004). *Gebitstoestand en tandheelkundige zorg bij kinderen van asielzoekers*. Leiden: TNO, Preventie en Gezondheid.

Koppenaar, H. (2001). *Sterfte onder asielzoekers; scriptie in het kader van AGZ-opleiding*. Utrecht: NSPH.

Koppenaar H., M. van Gogh (2004) Iedereen is gelijk, maar sommigen...*Phaxx, jaargang 11, 3/4*, Utrecht: Pharos.

*Kinderen in de asielpraktijk de positie van het kind voor, tijdens, en na de asielprocedure- tegen de achtergrond van het internationaal recht (2003)* Den Haag: Adviescommissie Voor Vreemdelingenzaken ACVZ

Laban, C., Pijpstra, E. & Gernaat, H. (2002). *Project zorgvernieuwing asielzoekers Drenthe; eindrapportage*. Assen: GGZ Drenthe.

Mensinga Wieringa, E. (2004). *Kindermishandeling op het AZC "Het zal mij een zorg zijn"*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Nidos. Schriftelijke opgave 30-09-2004. Nidos: Utrecht.

Mouthaan, I., M. de Neef (2003). *Als je van niets weet krijg je problemen; Haalbaarheidsstudie seksuele voorlichting en vorming in internationale schakelklassen*. Utrecht: Pharos.

Pasaribu, C.I. (2004). *De taken en uitvoering van de medische opvang aan jeugdige asielzoekers*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Rots - de Vries, M.C. (2002). *Ik moet nog zoveel leren - Psychosociale problematiek van AMA's in de West-Brabantse asielzoekerscentra*. Breda: GGD West-Brabant.

Sokal, D. (2001). *Psychische problemen van asielzoekerskinderen in de leeftijd van 4- tot en met 12 jaar; Scriptie sociale geneeskunde*. NSPH, Utrecht.

Stellinga-Boelen A.A.M. *Ongevallen onder 0-14 jarige kinderen van asielzoekers; scriptie*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Tjon a Tjen, W. (2003) Hoe gezond zijn jeugdige asielzoekers? *Phaxx, jaargang 10, december*. Utrecht: Pharos.

Tuk B. (2004) Lessen in liefde voor jonge nieuwkomers. *G, vakblad over gezondheid en maatschappij, Jaargang 2, nummer 4, augustus/september*. Utrecht: GGD Nederland.

Utrechts Nieuwsblad (18-12-2003). *Asielzoekster gedwongen tot prostitutie*.

Willigen L. van (2003). *Verslag van de quick scan van 'Het Kind en het Asielbeleid in de praktijk'; een inventarisatie van knelpunten ten aanzien van de waarborging van een zo ongestoord mogelijke ontplooiing en ontwikkeling van kinderen die naar Nederland zijn gekomen om asiel te verkrijgen*. Den Haag: ACVZ.

Zdrnja, N. (2004). *Onderzoek naar afscheid nemen bij asielzoekerskinderen; scriptie*. Utrecht: Pharos.