



## **STRUCTUUR, STEUN EN STABILITEIT**

Mentale zorgverlening voor kinderen in de  
asielopvang en wat daarvoor nodig is

**Auteur:** Marjolein van der Kuil

---

**Dataverwerking:** Marjolein van der Kuil, Emma van Rotterdam, Harm Haverman

---

**Stagebegeleiding:** Harm Haverman - Save the Children  
Lineke Dogger - Arts M&G, instituutsopleider 1e en 2e fase arts M&G NSPOH

---

**Vormgeving:** Saskia Ottenhoff, NiksDesign

# INHOUDSOPGAVE

<b>AFKORTINGEN</b>	<b>5</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>6</b>
<b>1. CONTEXT</b>	<b>9</b>
1.1 Organisatie gezondheidszorg voor mensen in de asielopvang	9
1.2 Crisis in de opvang	10
1.3 Jeugdzorg	13
1.4 Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind	13
<b>2 OVER DIT ONDERZOEK</b>	<b>16</b>
2.1 Doel	16
2.2 Methode	16
<b>3. LITERATUURVERKENNING</b>	<b>19</b>
3.1 MHPSS Piramide	19
3.2 Risico op mentale problemen kinderen met vluchtachtergrond	20
3.3 Migratiefases	21
3.4 Cultuurspecifieke zorg	22
3.5 Veerkracht en sociale omgeving	23
<b>4. RESULTATEN UIT DE INTERVIEWS</b>	<b>25</b>
4.1 Basisbehoefte en veiligheid	25
4.2 Stabiliseren, ondersteunen familie en samenleving	30
4.3 Gerichte niet specifieke ondersteuning.	37
4.4 Gespecialiseerde zorg	40
<b>5. CONCLUSIE</b>	<b>43</b>
<b>6. AANBEVELINGEN</b>	<b>46</b>
6.1 Aanbeveling voor basisbehoeften en veiligheid	46
6.2 Aanbeveling ter ondersteuning van families en samenleving	46
6.3 Aanbevelingen gerichte niet specifieke ondersteuning	47
6.4 Aanbevelingen gespecialiseerde zorg	47
6.5 Aanbevelingen overkoepelend	47
<b>BRONVERMELDING</b>	<b>48</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>50</b>
Bijlage 1 Zorg voor asielzoekers	51
Bijlage 2 Publieke gezondheidszorg voor asielzoekers en vergunninghouders	52
Bijlage 3 Deelnemers	53
Bijlage 4 TeamUp Veranderingstheorie	54
Bijlage 5 Flowchart signalering Kenniscentrum KJP	55





## **STRUCTUUR, STEUN EN STABILITEIT**

Mentale zorgverlening voor kinderen in de  
asielopvang en wat daarvoor nodig is

# AFKORTINGEN

AMV	Alleenstaande minderjarige vreemdelingen
AZC	Asielzoekerscentrum
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
EASE	Early Adolescent Skills for Emotions
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GGD	Geestelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
GZA	Gezondheidszorg Asielzoekers
IASC	Inter-Agency Standing Committee
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IND	Integratie- en Naturalisatiedienst
ISK	Internationale Schakel Klas
IVRK	Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KIDNET	Narratieve Exposure Therapie voor kinderen
KWG	Kleinschalige woongroep
KWE	Kleinschalige wooneenheid
MDO	Multidisciplinair overleg
MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support
NGO	Non-governmental organization
OVV	Onderzoeksraad voor Veiligheid
PFA	Psychological First Aid
PGA	Publieke gezondheidszorg asielzoekers
POH-GGZ	Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
RMA	Regeling Medische zorg Asielzoekers
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
SEL	Sociaal-Emotioneel Leren
SO	Speciaal Onderwijs
Wlz	Wet langdurige zorg
WHO	World Health Organization


# INLEIDING

De afgelopen twee jaar is de crisis in de asielopvang veelvuldig in het nieuws geweest. Een schrijnend tekort aan opvanglocaties leidt ertoe dat steeds meer kinderen op de vlucht voor crisis en conflict in Nederland worden opvangen in noodopvanglocaties zoals sporthallen, hotels en cruiseschepen. Locaties die niet berekend zijn op langdurige opvang van mensen, laat staan van kinderen. Uit onderzoek is gebleken dat kinderen getroffen door crisis en conflict een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van mentale problemen. Ook blijkt uit onderzoek dat de meeste stressoren zich voordoen in de post-migratiefase, na aankomst in Nederland. Dit geldt niet alleen voor kinderen in de noodopvang, maar voor alle kinderen die verblijven in de asielopvang.

In het kader van mijn stage tijdens mijn opleiding tot jeugdarts heb ik besloten onderzoek te doen naar hoe mentale zorgverlening voor kinderen in de asielopvang is ingericht in Nederland, of er daarbij een verschil is tussen het (landelijk) beleid en de uitvoering in de praktijk en wat er nodig is om de mentale zorgverlening voor kinderen in de asielopvang te verbeteren. Ik heb dit onderzoek uitgevoerd onder begeleiding van Save the Children, in samenwerking met de Werkgroep kind in AZC. Werkgroep Kind in AZC bestaat uit Defence for Children, INLIA Foundations, Save the Children, VluchtelingenWerk Nederland, de Vrolijkheid en UNHCR en zet zich al jaren in om de positie van kinderen in de verschillende vormen van asielopvang te verbeteren. De organisaties verenigd in de Werkgroep Kind in AZC zijn allemaal op hun eigen manier betrokken bij, of werkzaam in, de asielopvang van kinderen.

In dit rapport heb ik gekeken naar hoe de mentale gezondheidszorg voor kinderen in het asielopvangsysteem is ingericht. Dit heb ik gedaan aan de hand van de MHPSS pyramid of interventions. Deze piramide categoriseert hulp- en zorgverlening op het gebied van mentale zorg en psychosociale steun in vier lagen, beginnend bij basisvoorzieningen als fundament in de onderste laag. De tweede laag gaat over het versterken van het gezin, bevorderen van solidariteit, een gevoel van saamenhorigheid en maatschappelijke participatie, ondersteund door vrijwilligers en professionals. De derde laag bevat meer gerichte, generalistische, vormen van psychologische hulp voor kinderen. De bovenste laag bevat geïndiceerde specialistische psychiatrische zorg.

Het Nederlandse gedecentraliseerde zorglandschap is al vrij ondoorgrondelijk voor mensen die hier al jaren, zo niet hun hele leven wonen. Voor nieuwkomers is deze drempel extra hoog. Om zowel de psychosociale steun als de mentale gezondheidszorg voor kinderen in de asielopvang in kaart te brengen ben ik in gesprek gegaan met maatschappelijk organisaties, NGO's, kinderrechtenorganisaties, sociaal - en maatschappelijk werkers, zorgverleners,



---

*'After surviving the sea  
you need to integrate in  
Europe, but to integrate  
you need to be loved'.*

---

*- Congolese vluchteling, GFMD-congres,  
Agadir, juni 2018 (23)*

COA medewerkers en beleidsmakers die werkzaam zijn in een van de lagen van de MHPSS piramide of anderzijds betrokken zijn bij de situatie van kinderen in de asielopvang. De resultaten van deze gesprekken vindt u terug in hoofdstuk 4.

De in de jeugdzorg bekende problemen zoals lange wachtlijsten en een niet-uniform zorgaanbod gelden ook voor deze specifieke groep kinderen. Daar komt nog bij dat zij vanwege de culturele achtergrond niet altijd vertrouwd zijn met GGZ zorg. Dit komt onder andere door wantrouwen, culturele taboes of stigma, of het niet machtig zijn van de Nederlandse taal. Ook lukt het soms simpelweg niet altijd de weg naar GGZ zorg te vinden. De situatie in de noodopvang, gekenmerkt door het constant openen en sluiten van opvanglocaties, steeds gedwongen moeten verhuizen, waardoor kinderen weer onderaan een wachtlijst belanden of weer een nieuwe hulpverlener voor zich krijgen, speelt ook een rol. Conclusies en aanbevelingen die hopelijke een bijdrage kunnen leveren aan het welzijn van deze extra kwetsbare groep vindt u in het afsluitende hoofdstuk 5.

De contacten van de Werkgroep Kind in AZC vormden eerste ingang in de wereld van mentale zorgverlening in de asielopvang en vrijwel elk gesprek leverde, naast een nieuw inzicht, ook weer een nieuw contact op. Ik wil dan ook iedereen bedanken die de tijd heeft genomen mij, soms meermaals, te spreken en een kijkje te gunnen in hun wereld. Ook gaat mijn dank uit naar mijn stagebegeleider Harm Haverman voor de begeleiding en het vertrouwen tijdens deze stage.

Hooglanderveen,  
11 oktober 2024

Marjolein van der Kuil







# 1. CONTEXT

Als eerste geven we uitleg over hoe de gezondheidszorg voor mensen in de asielopvang in Nederland is georganiseerd en welke partijen hierbij betrokken zijn. Ook gaan we verder in op de huidige situatie in asielopvang en de rechten van kinderen voortkomende uit het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind.

## 1.1 Organisatie gezondheidszorg voor mensen in de asielopvang

Hebben alle kinderen in de asielopvang toegang tot de gezondheidszorg waar zij recht op hebben? Recente onderzoeken, brandbrieven en verslagen hebben een reeks zorgwekkende problemen aan het licht gebracht. Eerst zullen we een uitleg geven over hoe de gezondheidszorg voor mensen in de asielopvang geregeld is en aan welke kwaliteitskaders er voldaan moet worden. Hiervoor gebruiken we de 'Factsheet Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland' (1).

### Centraal Orgaan Opvang asielzoekers (COA)

Het COA is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de gezondheidszorg aan mensen in de asielopvang. Daarnaast heeft het COA ook een 'gidsfunctie'. Met de gidsfunctie wordt bedoeld dat zij deze mensen wegwijs maken in de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland, zowel mondeling als schriftelijk. Op elk asielzoekerscentrum is een zorginformatiepunt aanwezig met schriftelijke informatie, in diverse talen, over de medische zorg. Daarnaast heeft het COA ook een signalerende functie voor sociale en medische problematiek bij bewoners en coördineren zij de MDO's. Hier nemen de opvangmedewerkers van het COA, GZA-medewerkers, GGD/ JGZ-medewerkers aan deel en op verzoek ook andere betrokken netwerkpartners. Daarnaast faciliteert het COA diverse processen van zowel GZA als de GGD en stellen zij werkruimten ter beschikking (bijlage 1).

### GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA)

GZA voert de curatieve huisartsenzorg uit aan mensen in de asielopvang. De wijze waarop deze zorg is georganiseerd is vergelijkbaar met de huisartsenzorg voor Nederlanders. Kort na aankomst in Nederland krijgen mensen een intake aangeboden. Het team bestaat uit een huisarts, praktijkverpleegkundige, doktersassistent en POH-GGZ. Onderdeel van GZA is de Praktijklijn. Hier kunnen mensen in de asielopvang 24 uur per dag, 7 dagen in de week terecht voor spoed en medische vragen.

Mensen in de asielopvang maken voor de vergoeding van zorg aanspraak op de Regeling Medische zorg Asielzoekers. RMA Healthcare koopt deze zorg in en deze zorg komt grotendeels overeen met het verstrekkingenpakket van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Alle mensen krijgen na de medische intake een RMA-pas met een COA-zorgnummer uitgereikt om gebruik te kunnen maken van deze zorg.

### Publieke gezondheidszorg asielzoekers (PGA)

Voor de PGA heeft het COA een contract afgesloten met GGD GHOR Nederland, de koepelorganisatie van 25 GGD en GHOR bureaus. GGD bureaus hebben als doel de gezondheid van mensen in de asielopvang te beschermen, bewaken en bevorderen.

GGD en JGZ (Jeugdgezondheidszorg) instellingen voeren de preventieve jeugdgezondheidszorg uit voor alle kinderen en jongeren in Nederland van 0-18 jaar, inclusief kinderen in de asielopvang. Voor kinderen in de asielopvang dient de intake bij JGZ binnen 6 weken na aankomst in Nederland plaats te vinden. Deze intake bestaat uit de verpleegkundige intake, medisch onderzoek, het opstellen van het vaccinatieplan volgens het Rijksvaccinatieprogramma, uitvoeren van het RVP, periodieke gezondheidsonderzoeken en de mogelijkheid voor extra contactmomenten op indicatie.

Wanneer kinderen in de asielopvang worden overgeplaatst naar een andere COA-opvanglocatie of een gemeente, wordt de zorg en het digitaal dossier JGZ overgedragen. Dit gebeurt met toestemming van de verzorgers en/of van het betreffende kind (bijlage 2).

Sinds 1 januari 2019 wordt de jeugdhulp voor alle kinderen, inclusief Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen, op COA-locaties door de gemeenten geregeld. De gemeente koopt de jeugdhulp in en is verantwoordelijk voor de organisatie hiervan. Voor verwijzing naar jeugdhulp is er altijd overleg met het kind en de ouders/verzorgers. COA, GZA, de JGZ of, in het geval van AMV'ers, Nidos kunnen allen het gemeentelijke jeugdteam inschakelen voor consultatie en hulp.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op de kwaliteit van alle medische zorg die geleverd wordt aan mensen in de COA-opvanglocaties, dus zowel PGA als GZA.

## 1.2 Crisis in de opvang

Voor een persoon die asiel aanvraagt in Nederland zijn er meerdere opvangmogelijkheden. Zij kunnen geplaatst worden in een asielzoekerscentrum of noodopvanglocatie. Deze vallen onder verantwoordelijkheid van het COA. Ook kunnen ze geplaatst worden in een crisisnoodopvanglocatie. Hiervoor is de betreffende gemeentes/veiligheidsregio verantwoordelijk. Voor de AMV'ers is stichting Nidos verantwoordelijk als voogd (bijlage 1). In ons onderzoek gaan we niet in op de oorzaken van de opvangcrisis, maar het is onmogelijk om de inrichting van de mentale zorg voor kinderen in de asielopvang los te zien van de opvangcrisis die momenteel speelt. Verder richten we ons in ons onderzoek niet zozeer op de verschillende vormen van opvang, maar kunnen we niet om de ontoereikende leefomstandigheden, met name in de noodopvang, en de bijbehorende effecten op het welzijn van kinderen heen.

### Crisis in de opvang en asielprocedure

De afgelopen twee jaar zijn gekenmerkt door een crisis in de asielopvang. Een schrijnend tekort aan reguliere opvanglocaties leidt ertoe dat steeds meer kinderen op zoek naar veiligheid in Nederland worden opvangen in noodopvanglocaties (zie kader) zoals sporthallen, hotels en cruiseschepen. Locaties die niet ingericht zijn voor langdurige opvang van mensen, laat staan het opvangen van kinderen. Deze noodopvanglocaties zijn tijdelijk van aard, waardoor er constant nieuwe locaties sluiten en openen. Daar komt bij dat gemeenten bij de inrichting van een noodopvanglocatie eisen stellen aan de nationaliteit, leeftijd of sekse van de personen die zij willen opvangen. Gemeenten hebben vaak een voorkeur voor het opvangen van vrouwen en kinderen, waardoor er relatief veel kinderen in noodopvanglocaties verblijven. Doordat de noodopvang voor kort verblijf is, worden de gezinnen en kinderen die daar verblijven veelvuldig verhuisd naar weer een nieuwe tijdelijke noodopvanglocatie. Hierdoor verblijven kinderen maandenlang op locaties die ingericht zijn voor kort verblijf. Het

vele verplaatsen zorgt ervoor dat kinderen te maken krijgen met een gebrek aan stabiliteit, onzekerheid over hun toekomst en beperkte toegang hebben tot zorg en onderwijs. Deze stressoren komen bovenop de al bestaande stressoren in de post-migratiefase, zoals zorgen om achtergebleven familie en vrienden, zorgen om hun ouders/verzorgers en zorgen om de toekomst (2,3,4,5,6,7,8)

Het aandeel kinderen dat verblijft in een noodopvanglocatie is de afgelopen jaren gestegen (9). De politieke onzekerheid rondom het voortbestaan van de Spreidingswet(10), die mogelijk een oplossing zou kunnen zijn voor het tekort aan structurele opvanglocaties, zorgt ervoor dat gemeenten een afwachterende houding aannemen, waardoor de huidige situatie inmiddels al meer dan twee jaar voortduurt (11).

De afgelopen jaren zijn er meerdere rapporten verschenen die ingaan op de schrijnende situatie van kinderen in de verschillende vormen van asielopvang. Ook sloegen voor het eerst in de geschiedenis vier inspecties - de Inspectie Justitie en Veiligheid, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Inspectie van het Onderwijs en de Nederlandse Arbeidsinspectie gezamenlijk alarm over de schrijnende situatie van kinderen in de asielopvang. Deze brandbrief bevestigt het beeld dat de kwaliteit van de opvang onvoldoende is en op vlakken verder verslechtert (3,8).

De huidige opvangcrisis, gepaard met de lange wachttijden bij de IND en trage uitstroom uit de opvang vanwege het woningtekort, zijn grote bronnen van stress voor kinderen en hun ouder of verzorgers. De prognose voor de komende jaren geeft aan dat er extra opvangplekken nodig zijn voor met name AMV'ers (12). Door de beperkte uitstroom naar een zelfstandige woning, vele verhuizingen tussen de verschillende opvanglocaties, stress van de asielprocedure, dreigende uitzetting van vriendjes en de beperkte toegang tot onderwijs en zorg wordt de veiligheid en ontwikkeling van kinderen negatief beïnvloed (7,13,14,15,16).



## Opvanglocaties tijdens de asielprocedure

### Centrale ontvangstlocatie

Asielzoekers die Nederland binnenkomen, melden zich bij de Vreemdelingenpolitie (AVIM) in het aanmeldcentrum in Ter Apel. Direct na hun aanmelding krijgen ze 3 tot 10 dagen onderdak in de 'centrale ontvangstlocatie' (col) van het COA in Ter Apel of Budel. Daar krijgen ze een medische intake, tuberculose-onderzoek en het aanmeldgehoor. COA-medewerkers kijken of asielzoekers speciale aandacht of begeleiding nodig hebben en verstrekken maaltijden en verzorgingsproducten.

### Centrale ontvangstlocatie voor jongeren

Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv) die zich hebben aangemeld bij de Vreemdelingenpolitie (AVIM) vangen we op in de 'centrale ontvangstlocatie voor amv' in Ter Apel. De jongeren krijgen daar een voogd van stichting Nidos en staan vanaf dat moment onder hun gezag.

### Procesopvanglocatie

Na het aanmeldgehoor verhuizen asielzoekers naar een 'procesopvanglocatie' in de buurt van een kantoor van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND). Daar doorlopen zij de algemene asielprocedure. Medewerkers van VluchtelingenWerk Nederland geven voorlichting over de asielprocedure. Asielzoekers hebben in de procesopvanglocatie toegang tot noodzakelijke medische zorg via Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA).

COA-medewerkers begeleiden asielzoekers tijdens het verblijf in de procesopvanglocatie. Ze geven praktische informatie over het wonen in Nederland en in een azc. In de procesopvanglocaties krijgen bewoners meestal eetgeld, zodat ze zelf kunnen koken. Vanwege de beoogde korte verblijfsduur is het activiteitenaanbod in de procesopvanglocatie beperkt: volwassenen kunnen de training Basaal Nederlands en vrijwilligerswerk op de locatie doen. Kinderen gaan naar school. Voor kinderen is er op elke opvanglocatie een aanbod van sport, spel, kunst en muziek.

### Procesopvanglocatie voor amv

Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv) van 15 tot 18 jaar verblijven tijdens de algemene asielprocedure in een 'procesopvanglocatie voor amv', of 'pol amv'. Ze krijgen daarbij begeleiding van hun advocaat en Nidos-voogd. Alleenstaande jongeren van 13 en 14 jaar die Nidos niet kan plaatsen in een opvanggezin, gaan vanuit Ter Apel zo veel mogelijk naar een kleinschalige woonvoorziening.

COA-mentoren begeleiden de jongeren 24 uur per dag. De jongeren krijgen in de procesopvanglocatie eet- en leefgeld en een volledig aanbod van activiteiten.

### Pre-procesopvanglocatie

Asielzoekers die na hun verblijf in de centrale ontvangstlocatie nog niet kunnen starten met de algemene asielprocedure gaan naar een zogenaamde 'pre-procesopvanglocatie', of 'pre-pol'. Daar doorlopen ze de rust- en voorbereidingstijd en wachten ze op de start van de procedure. De pre-procesopvanglocatie is geen reguliere locatie van het COA. Deze locatie is alleen nodig als de IND door een hoge instroom van asielzoekers een wachttijd heeft.

Een pre-procesopvanglocatie bevindt zich vaak op het terrein van een azc. Het activiteiten-aanbod is zoveel mogelijk hetzelfde als het aanbod in het azc. Zo kunnen bewoners alvast starten met het programma Wonen en leven op een COA-locatie.



### Asielzoekerscentrum (azc)

Na de algemene asielprocedure gaan de meeste volwassen asielzoekers naar een azc:

- Asielzoekers met een verblijfsvergunning, ook wel 'statushouders'. Zij mogen in een azc wonen totdat zij woonruimte krijgen in een gemeente.
- Asielzoekers die in de verlengde asielprocedure zitten.
- Afgewezen asielzoekers. Zij hebben nog maximaal 28 dagen recht op opvang in een azc. In die tijd kunnen ze hun vertrek voorbereiden. Als ze niet zelfstandig binnen die termijn vertrekken, kunnen ze verhuizen naar een locatie voor terugkeer.
- In een azc krijgen de bewoners eet- en leefgeld en koken ze zelf. Wij bieden in het azc veel activiteiten en diverse programma's waarin zij zich kunnen voorbereiden op hun toekomst.

## 291 COA-locaties



89 reguliere locaties

*Deze locaties voldoen aan de reguliere kwaliteits- en voorzieningstandaarden van het COA.*



196 noodopvanglocaties

*Deze locaties voldoen niet aan de kwaliteits- en voorzieningstandaarden van het COA.*



6 locaties uitgebreid met noodopvang

*Op het terrein van de reguliere locaties is naast het reguliere azc tijdelijk een noodopvang gerealiseerd.*

Bron: COA.nl (1)

## 1.3 Jeugdzorg

Jeugdzorg biedt ondersteuning aan kinderen en jongeren om veilig op te groeien met hulp die zowel vrijwillig als gedwongen kan zijn. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de organisatie en financiering van jeugdzorg, geregeld via de Jeugdwet. Zorg kan variëren van jeugdhulp en jeugdbescherming tot jeugdreclassering en jeugd-GGZ. Gemeenten werken via wijkteams of externe instanties om hulp dicht bij het gezin te bieden en schakelen zo nodig gespecialiseerde zorg in. Hulp is meestal voor kinderen tot 18 jaar, met een mogelijke verlenging tot 23 jaar. Preventie is een belangrijk uitgangspunt (17,18).

De Wet Verbetering Beschikbaarheid Jeugdzorg, ingediend in april 2024, heeft als doel de toegankelijkheid van specialistische jeugdzorg te verbeteren. Dit is nodig omdat onderzoek aantoonde dat deze zorg vaak niet tijdig beschikbaar is voor kwetsbare kinderen en gezinnen (19). Dit wetsvoorstel zou gemeenten, indien aangenomen, verplichten om regionaal samen te werken bij de inkoop van deze zorg, omdat zij afzonderlijk te klein zijn om dit effectief te regelen (20). Deze wet ligt momenteel voor ter beoordeling.

## 1.4 Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind

Op 20 november 1989 namen de Verenigde Naties het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind aan. In dit Kinderrechtenverdrag staan 54 artikelen met afspraken over de rechten van kinderen en jongeren tot 18 jaar. Bijna alle landen in de wereld hebben het Kinderrechtenverdrag ondertekend. Nederland ook, sinds 1995. Na ratificering van het verdrag moet een land zich aan het verdrag houden. Een land moet er dan voor zorgen dat alle wetten en regels zo worden aangepast dat zij voldoen aan de eisen die het verdrag stelt (21).

Alle rechten gelden voor alle kinderen; kinderen mogen niet op grond van hun verblijfsstatus worden uitgesloten van hun rechten (artikel 2 IVRK). De overheid moet vluchtelingenkinderen bescherming bieden (Artikel 22 IVRK). Zowel als zij met hun ouders/verzorgers zijn, als wanneer zij alleen zijn. Het gaat daarbij niet alleen om basale bescherming zoals een dak boven het hoofd, eten en drinken en gezondheidszorg. Het gaat ook om bescherming bij het verkrijgen van een vergunning als dat nodig is. Daarnaast zijn vluchtelingenkinderen ook gewoon kinderen. En dat betekent dat zij – net als alle kinderen – aanspraak moeten kunnen maken op alle rechten uit het Kinderrechtenverdrag. Zij moeten daarom onderwijs kunnen volgen, buitenschoolse activiteiten kunnen ondernemen en vrij kunnen spelen. En zij hebben recht op continuïteit en stabiliteit.

### **Kinderrechtenbeginselen:**

- Het belang van het kind staat voorop in het vreemdelingenbeleid (artikel 3 IVRK).
- Alle rechten gelden voor alle kinderen; kinderen mogen niet op grond van hun verblijfsstatus worden uitgesloten van hun rechten (artikel 2 IVRK).
- Kinderen hebben recht op een goede ontwikkeling en op respect voor hun identiteit en privéleven (artikel 6, 8 en 16 IVRK).
- Migrantenkinderen met een handicap hebben recht op bijzondere zorg zonder discriminatie (artikel 2 en 23 IVRK).
- Kinderen horen bij hun ouders op te groeien, tenzij dat niet in hun belang is (artikel 9 en 10 IVRK).
- Alleenstaande minderjarige vreemdelingen hebben recht op extra bescherming (artikel 2, 20, en 22 IVRK).
- Kinderen mogen alleen als uiterste maatregel en voor de kortst mogelijke duur gedetineerd worden (artikel 37 sub b IVRK).
- Aan elke kind dat de vluchtelingenstatus heeft of deze wenst te verkrijgen, zal speciale bescherming worden geboden (artikel 22 IVRK).

De huidige situatie in met name de noodopvang is dermate schrijnend dat Nederland niet meer voldoet aan meerdere Artikelen uit het IVRK. Voor dit rapport is met name Artikel 24 van het IVRK van belang. Dit Artikel stelt dat alle kinderen in Nederland recht hebben op de best mogelijke gezondheid en gezondheidszorg. Dit geldt ook voor kinderen in de asielopvang. Zoals hierboven omschreven komt dit recht door de problemen in de asielopvang in de knel en hebben kinderen niet altijd voldoende toegang tot zorg. Hierdoor voldoet Nederland niet altijd aan haar plicht voortkomende uit het IVRK. De Verenigde Naties heeft het Comité voor de Rechten van het Kind ingesteld om toezicht te houden op de naleving van de afspraken uit het Kinderrechtenverdrag. Alle deelnemende landen leggen iedere vijf jaar verantwoording af aan dit Comité. Het Comité formuleert vervolgens voor ieder land aanbevelingen om te werken aan volledige implementatie van het Kinderrechtenverdrag. In maart 2022 ontving Nederland de VN-aanbevelingen van het Comité (72) en in juli 2022 is de kabinetsreactie op deze aanbevelingen met de Tweede Kamer gedeeld waarin jaarlijkse Nationale Kinderrechtendialogen zijn aangekondigd. Het VN-Kinderrechtencomité doet in haar laatste rapport vijf aanbevelingen (zie kader) voor de asielopvang van kinderen. Uit context omschreven in Paragraaf 1.2 blijkt dat het onvoldoende gelukt is deze aanbevelingen op te volgen. Dit blijkt ook uit het verschenen rapport van The KidsRight Index (22), een jaarlijkse wereldranglijst van de gelijknamige internationale kinderrechtenorganisatie, uit 2024. Nederland is in 2 jaar tijd gedaald van plek 4 naar plek 19 (2023 plek 20). Dit komt o.a. door de zorgverlening in de jeugdzorg en jeugdbescherming maar ook door de hoeveelheid kinderen die in de asielopvang leven en de beperkte toegang tot onderwijs, zorg en bescherming.

## AANBEVELINGEN VN-KINDERRECHTENCOMITÉ

**37a:** Zorg voor kindvriendelijke asielprocedures voor alle kinderen jonger dan 18 jaar, onder andere als volgt: (i) zorg voor tijdige signalering van hun kwetsbaarheden, kindspecifieke manieren van vervolging en kindvriendelijke ondervraagmethodes; (ii) zorg ervoor dat alle asielaanvragen, ook die zijn ingediend door kinderen ouder dan 15 jaar, op een kind-gevoelige manier worden beoordeeld waarbij rekening wordt gehouden met de leeftijd waarop de kinderen hun thuisland verlieten; (iii) zorg voor informatie en juridisch advies passend bij hun leeftijd over hun rechten, asielprocedures, beschikbare diensten en de eisen voor het verkrijgen van documenten, vooral gezien de recente wijzigingen in de Nederlandse Vreemdelingenwet.

**37b:** Garandeer dat het belang van asielzoekende kinderen de belangrijkste afweging is in alle asielprocedures en dat hun mening gehoord wordt, er rekening mee wordt gehouden en er het juiste belang aan gehecht wordt.

**37f:** Geef prioriteit aan het onmiddellijk weghalen van asielzoekende kinderen en hun gezinnen uit noodopvanglocaties en investeer de nodige middelen in het verbeteren en uitbreiden van kindvriendelijke opvanglocaties, zodat locaties niet overvol raken en kinderen niet frequent worden overgeplaatst naar andere locaties.

**38a:** Evalueer het gezinsherenigingssysteem voor alleenstaande kinderen, met name voor kinderen die zelfstandig wonen en kinderen die geen ouders hebben of van wie de ouders onvindbaar zijn, met het oog op verruiming van de criteria voor emotionele banden met andere familieleden of wettelijke voogden.

**38b:** Verbeter de maatregelen gericht op snelle besluitvorming inzake aanvragen voor gezinshereniging binnen de wettelijke maximaal toegestane tijd, inclusief het toekennen van genoeg personeel en technische en financiële middelen aan het asielsysteem.

**38d:** Bied alleenstaande kinderen blijvende oplossingen aan, zoals een verblijfsstatus, pleegzorg en ondersteuning bij hun maatschappelijke integratie.

**38e:** Blijf meldingen van het verdwijnen (met onbekende bestemming vertrekken) van kinderen uit opvanglocaties onderzoeken en neem maatregelen ter voorkoming van dergelijke verdwijningen.

Bron: Kinderrechteninbeweging.nl (72)

## 2 OVER DIT ONDERZOEK

### 2.1 Doel

Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de organisatie van de mentale zorgverlening voor kinderen in de asielopvang in Nederland. Met het in kaart brengen krijgen we een beeld van de urgentie van toegang tot mentale gezondheidszorg in de asielopvang en zijn we in staat knelpunten en verbeterpunten te identificeren. Aan de hand van deze bevindingen zijn we in staat conclusies te trekken en aanbevelingen op te stellen.

We hebben dit gedaan aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

- In hoeverre voldoet de geestelijke gezondheidszorg en psychosociale steun voor kinderen in de asielopvang aan de verplichtingen voortvloeiend uit de relevante artikelen van het IVRK?
- Hoe zijn de preventieve zorg, eerstelijnszorg en tweedelijnszorg voor het mentaal welzijn van kinderen in de asielopvang georganiseerd?
- Is er een verschil tussen het (landelijk) beleid voor de mentale zorgverlening en de uitvoering in de praktijk en wat is de perceptie vanuit het werkveld?
- Wat is er nodig om de mentale zorgverlening voor kinderen in de asielopvang te verbeteren?

### 2.2 Methode

Voor dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve dataverzameling en secundaire analyses vanuit andere rapporten.

De organisatie rondom de mentale hulpverlening voor kinderen is in kaart gebracht. Welke beschikbare programma's zijn er en hoe worden deze uitgevoerd? Er is onderzocht welke mogelijkheden er zijn voor het opstarten van gespecialiseerde hulp en begeleiding via de GGZ, hoe de communicatie tussen de netwerkpartners onderling verloopt en waar behoefte aan is vanuit het werkveld. We hebben dit gedaan door experts vanuit het werkveld te interviewen (bijlage 3). De MHPSS piramide (23) werd gebruikt als methode om de geboden zorg te structureren op verschillende niveaus, van basisbehoeften en veiligheid tot gespecialiseerde zorg. Deze methode helpt om psychosociale interventies stapsgewijs aan te bieden, afgestemd op de ernst van de problemen en de behoeften van de doelgroep. In hoofdstuk 3 lichten we de MHPSS piramide nader toe.

Voor het onderzoek zijn geen gesprekken met ouders/verzorgers en kinderen gevoerd. Het plannen, afstemmen en uitvoeren van deze gesprekken zou meer tijd hebben gevegd dan beschikbaar was binnen de gestelde deadlines.

#### **Dataverzameling**

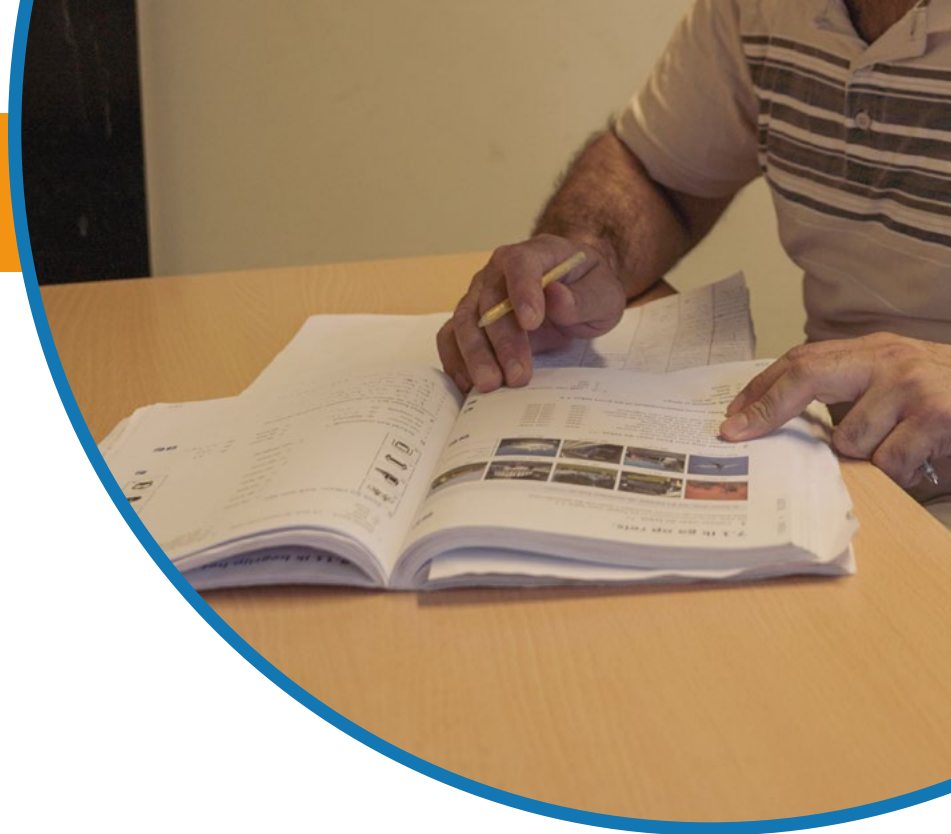
##### **Literatuurstudie**

Voor de literatuurverkenning is relevante wetenschappelijke literatuur geraadpleegd en is er gebruik gemaakt van de relevante onderzoeksrapporten.

##### **Interviews**

De interviews zijn semigestructureerd en online (via Teams) of face-to-face afgenomen. De gesprekken zijn met toestemming opgenomen. De opnamen zijn na verwerking verwijderd. De data zijn anoniem geanalyseerd.





In totaal zijn 51 personen gesproken. Hiervan is een onderverdeling van 8 groepen gemaakt.

Groep	Aandachtsgebied	Aantal personen gesproken
1	JeugdGezondheidsZorg (JGZ)	8
2	GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA)	4
3	Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ)	4
4	Onderwijs	4
5	Activiteitenbegeleiding	8
6	Maatschappelijke organisaties, kinderrechtenorganisaties en Vluchtelingen NGO's	8
7	Uitvoerende instanties	11
8	Beleidsvoerende organisaties	4

Er heeft een kwalitatieve analyse plaatsgevonden. De kwalitatieve data zijn door drie onafhankelijke onderzoekers beoordeeld. De kwalitatieve data, verkregen via open vragen, is op basis van de antwoorden op onderwerpen gecategoriseerd (coding). Voor de codering hebben we de lagen van de MHPSS piramide gebruikt waarna er labels aan de antwoorden zijn gegeven. Vervolgens zijn de aantal labels binnen iedere categorie geteld om te achterhalen welke het vaakst werden genoemd.

### Gegevensbescherming

De standplaats van mijn stageonderzoek was bij Save the Children. Hierdoor is het Save the Children Child Safeguarding beleid is van toepassing. Persoonlijk identificeerbare informatie die via dit onderzoek wordt verzameld, is beperkt tot het minimum dat nodig is voor het doel van het onderzoek.



## 3. LITERATUURVERKENNING

Voor de literatuurverkenning beginnen we met een uitleg over de MHPSS piramide. Hierna gaan we dieper in op de risico's op mentale gezondheidsproblemen voor kinderen met een vluchtachtergrond en de stressoren in de verschillende migratiefases die ze tijdens de vlucht doorlopen. We sluiten dit hoofdstuk af met het belang van cultuur sensitieve zorg en de invloed van veerkracht en sociale omgeving op het mentaal welbevinden van kinderen.

### 3.1 MHPSS Piramide



Voor het onderzoek maken we gebruik van de MHPSS interventie piramide. De term Mental Health and Psychosocial Support verwijst naar elke vorm van lokale of externe ondersteuning die tot doel heeft het psychosociaal welzijn te beschermen of te bevorderen en psychische aandoeningen te voorkomen of te behandelen.

De meest genoemde interventie piramide voor MHPSS is de IASC Intervention Pyramid for Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies (23). De piramide illustreert een gelaagd systeem van complementaire ondersteuning dat in alle contexten kan worden toegepast om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de behoeften van verschillende mensen en groepen.

Mensen gaan verschillend om met noodsituaties. Hoe mensen reageren op schrijnende of moeilijke gebeurtenissen hangt af van een groot aantal factoren, waaronder de steun die voor hen beschikbaar is, de beschermende factoren waartoe ze vóór de crisis toegang hadden, en de interne factoren waarop ze vertrouwen.

De meeste mensen zullen typische reacties op abnormale gebeurtenissen vertonen. Het is daarom belangrijk om mensen niet voortijdig als getraumatiseerd te bestempelen. Door toegang tot bestaande gemeenschapsondersteuning, basisbehoeften en veiligheid herstellen mensen en behouden zij hun veerkracht, en zullen zij geen verdere ondersteuning nodig hebben.

Deze piramide categoriseert hulp- en zorgverlening op het gebied van mentale zorg en psychosociale steun in vier lagen, beginnend bij basisvoorzieningen als fundament in de onderste laag. De tweede laag gaat over het versterken van het gezin, bevorderen van solidariteit, een gevoel van samenhang en maatschappelijke participatie, ondersteund door vrijwilligers en professionals. De derde laag bevat meer gerichte, generalistische, vormen van psychologische hulp voor kinderen. De bovenste laag bevat geïndiceerde specialistische psychiatrische zorg (24,28).

Vanwege de brede inzet in laag twee heb ik om de verschillende activiteiten, programma's en zorgverlening in kaart te brengen gebruik gemaakt van het sociaal ecologisch model. Uit zowel internationale als Nederlandse studies blijkt dat investeren in preventie vanuit een sociaal ecologische integrale aanpak werkt. Bij een integrale aanpak wordt er gekeken naar een aanpak waarbij er samenhang is in zorg en ondersteuning, afgestemd op de vraag van de cliënt. De interactie tussen verschillende persoonlijke en omgevingsfactoren en het luisteren naar bevolkingsgroepen met verschillende sociale en culturele achtergronden is belangrijk. Het voorkomt problemen of leidt beginnende problematiek in goede banen zodat er voor minder jongeren zorg nodig is (24,25,26, 27). Door het bieden van veiligheid, stabiliteit, hoop en toekomstperspectief wordt er gewerkt aan het psychosociaal welzijn. Belangrijke elementen hiervoor zijn het verkrijgen van een maatschappelijke positie, voorkomen van isolement, en verstevigen van gezinsbanden (25,27).

### 3.2 Risico op mentale problemen kinderen met vluchtachtergrond

Kinderen met een vluchtachtergrond vormen een kwetsbare groep met een verhoogd risico op mentale problematiek, waaronder posttraumatische stressstoornis, complex trauma, angststoornis en depressie (13,14,15,16). Bovendien hebben hun ouders een verhoogd risico op psychische klachten en dit kan ouderschapsvaardigheden, de ouder-kindrelatie en een gezonde ontwikkeling van hun kinderen in de weg staan (29). Gedwongen worden om je huis te ontvluchten is een levensgrijpende gebeurtenis met risico op toxische stress en negatieve gevolgen die lang aanhouden (30,25,26).

Deze risico's worden versterkt door de schrijnende situatie in met name de noodopvang, waar geen privacy, gebrek aan hygiëne en beperkte toegang tot zorg en onderwijs een negatieve impact hebben op het ervaren van stress. Ook de vele verhuizingen hebben een negatieve impact (3,4,5,6). Kinderen die vaak overgeplaatst zijn hebben vaker gedrags- en psychische problemen dan andere kinderen (13).

Wanneer kinderen keer op keer onder druk staan, stress ervaren, moeten vrezen voor hun eigen veiligheid of leven of verlies van ouders en dierbaren, kunnen hun hersenen overgaan tot een alarmfase. Er ontstaat toxische stress door continue afgifte van het stresshormoon met het risico dat het brein beschadigd. Met als gevolg dat de emotionele en fysieke gezondheid erop achteruit gaan. Deze hersenschade zie je terug in het gedrag van kinderen. Ze krijgen nachtmerries, worden angstig, vermijden sociale interactie, worden stil, teruggetrokken of juist agressief in hun gedrag. Ook kunnen ze hun eetlust verliezen of weer gaan bedplassen (30,25).

De meerderheid (75%) van de mensen met mentale gezondheidsproblemen ervaren het begin van die problemen halverwege de twintig, terwijl de 50% het begin ervaart rond de leeftijd van 14 jaar (31). De kindertijd is een venster van kwetsbaarheid, maar ook een venster van kansen. Kinderen zijn veerkrachtig, maar kunnen het niet alleen. Met de juiste steun van ouders, leeftijdsgenoten, familie, scholen of zorgverleners kunnen de stressniveaus van kinderen verminderen en kunnen ze hun psychosociale welzijn en veerkracht vergroten, zich positief ontwikkelen en bijdragen aan de samenleving. Stabiliteit, veiligheid, geborgenheid en voorspelbaarheid dragen hier aan bij. Vroegtijdig ingrijpen en zorgen voor een gezonde en zorgzame omgeving zijn noodzakelijk om niet alleen de geestelijke gezondheid van kinderen veilig te stellen, maar ook hun ontwikkeling en leervermogen. Het is belangrijk dat de beschikbare zorg aansluit bij de behoeften van een diverse groep kinderen, waaronder ook degenen die de meeste problemen ondervinden bij het verkrijgen van toegang tot passende zorg en het zorgsysteem.



De gevolgen voor hun geestelijke gezondheid en welzijn worden niet alleen gevoeld door individuele kinderen, adolescenten en jongeren, ze veroorzaken ook rimpel-effecten die doorwerken op de fysieke gezondheid, in gezinnen, gemeenschappen en economieën over de hele wereld (32).

Het aanbieden van MHPSS om de geestelijke gezondheid en het psychosociale welzijn van kinderen die getroffen zijn door tegenslag te verbeteren, versterkt niet alleen de veerkracht door kinderen te helpen met het overwinnen van toxische stress, omgaan met tegenslag en om in de samenleving te kunnen functioneren, het maakt ook een gezonde ontwikkeling mogelijk en het redt levens (33).

### 3.3 Migratiefases

Ouders en kinderen vluchten niet zomaar. Er is oorlog, conflict of geweld in hun land van herkomst of ze worden vervolgd vanwege ras, nationaliteit, godsdienst, politieke overtuiging of het behoren tot een bepaalde sociale groep. Indien in Nederland asiel wordt aangevraagd dan wordt onderzocht of de asielzoeker inderdaad bescherming nodig heeft op basis van het VN Vluchtelingenverdrag en de EU-richtlijnen. De Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) neemt hier de uiteindelijke beslissing over. (34).

**Grofweg zijn er 3 migratiefases waar kinderen die vluchten voor oorlog of geweld doorheen gaan (24):**

#### 1. De pre-migratiefase

De fase waar geweld en instabiliteit in het land van herkomst kenmerkend is, met als gevolg het verlies van vrienden/familie, discriminatie, slachtofferschap van geweld en/of seksueel misbruik en verminderde toegang tot basisvoorzieningen en onderwijs.

#### 2. Migratiefase

Tijdens deze fase van de vlucht worden sommige kinderen opgevangen in een vluchtelingenkamp in het land van herkomst of onderweg naar een ander land. De vlucht kan een lange tijd duren, is soms gevaarlijk, er is weinig tot geen toegang tot basisvoorzieningen en risico's op geweld en exploitatie zijn aanwezig (35). Daarbij is de vlucht evenals verblijven in een vluchtelingenkamp enorm stressvol voor de familie, wat vaak een negatieve impact heeft op het kind. Vluchten brengt veel verdriet, stress, onzekerheid, gevoelens van onmacht en ontworteling met zich mee (36). Onderzoek heeft laten zien dat het risico op psychosociale problemen tijdens deze fase van de vlucht wordt vergroot door het geweld en problemen met veiligheid die er in vluchtelingenkampen en asielzoekerscentra zijn (37,38,24).

#### 3. Post-migratiefase

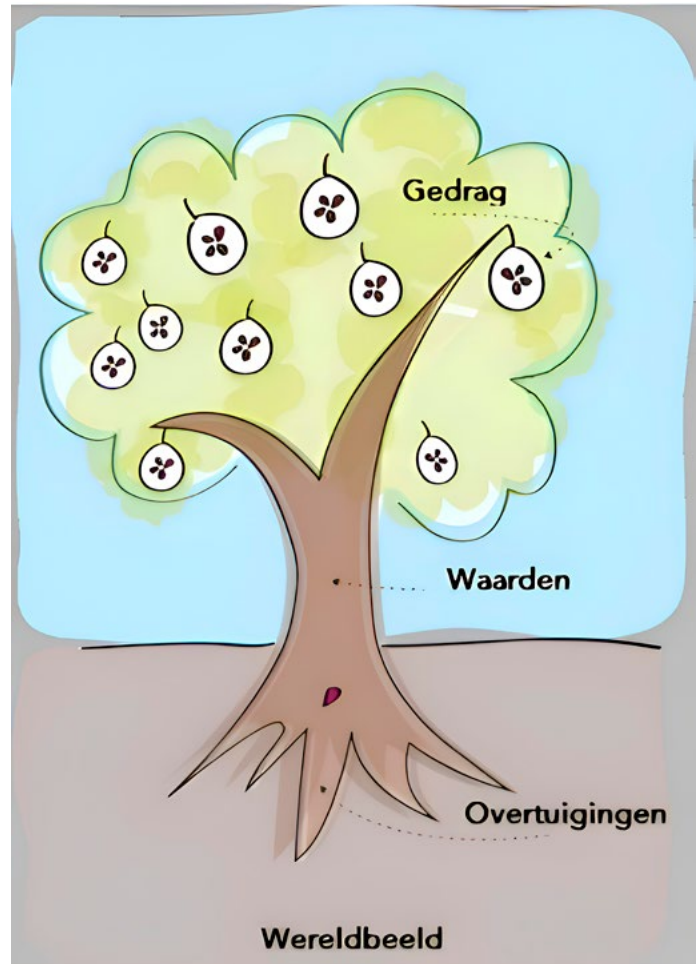
Stress in de post-migratiefase wordt veroorzaakt door onzekerheid over het verkrijgen van een verblijfsvergunning, onduidelijkheid bij welke instantie om hulp gevraagd kan worden, zich genegeerd voelen, niet mogen studeren of werken, de taalbarrière of financiële problematiek. Kinderen moeten zich aanpassen aan nieuwe normen en waarden, taal en opgroeien in een nieuwe cultuur. Ze kunnen te maken krijgen met discriminatie en moeten het verlies en achterlaten van vrienden, familie en hun vertrouwde omgeving verwerken (13,24).

Gedurende deze fases staan kinderen voortdurend in de eerder genoemde alarmfase (30). (Ex-) AMV'ers en slachtoffers van seksueel geweld en fysiek geweld vormen extra kwetsbare groepen. Zeker als zij geen steun krijgen bij het omgaan met en verwerken van negatieve ervaringen (38,39).

### 3.4 Cultuurspecifieke zorg

De literatuur laat zien dat er onvoldoende kennis en vaardigheid is onder zorgprofessionals om kinderen met een vluchtachtergrond goed te kunnen begeleiden en culturele verschillen te overbruggen (40,41). Kennis over cultuur, psychische klachten in land van herkomst en de verschillende levensfase zijn belangrijk.

Cultuur omvat alles wat je hebt geleerd. Het bepaalt hoe je naar de wereld kijkt, hoe je denkt en hoe je je gedraagt. Ons wereldbeeld vormt de basis van onze cultuur. Waarden, overtuiging en wereldbeeld verschillen per cultuur. Cultuur is diep geworteld in mensen en gaat van generatie op generatie over. Kinderen met een vluchtachtergrond zijn geworteld in het land van herkomst en moeten ergens anders zien te wortelen, zonder wortels. Dit maakt het moeilijk om zich aan te passen aan de nieuwe cultuur. Zeker als er ook rekening gehouden wordt met de westerse ik-cultuur waarbij het individu centraal staat, in tegenstelling tot de wij-cultuur, waar veel kinderen met een vluchtachtergrond vandaan komen, waarbij het belang van een groep voorop staat (42,43).



Bron: (43)

In sommige landen van herkomst is het niet gebruikelijk om over psychische klachten te spreken (44,45). Vrienden en familie worden gebruikt als ondersteuningssysteem in plaats van professionals (26). Als voorbeeld vertelt een van de deelnemers: 'Eritrese leerlingen zijn gewend aan taboes op het spreken over psychische problemen, onder meer uit angst voor het 'boze oog'. Ook in bijvoorbeeld Afghanistan en Syrië, de twee andere landen waar een groot deel van de AMV'ers vandaan komen, is het niet gebruikelijk om hulp te vragen of te krijgen voor psychische problematiek (46). Hierdoor hebben ouders en kinderen moeite met het formuleren van een, voor ons bekende, hulpvraag bij psychische klachten (41).

Daarnaast doorloopt een kind verschillende levensfasen. Meestal verlopen deze levensfasen (baby-peuter-kleuter enzovoort) zonder al teveel problemen. Er is doorgaans voldoende kennis en ervaring in een gemeenschap hoe hiermee om te gaan. Er bestaan echter ook bijzondere of ingrijpende levensfaseovergangen, waaronder vlucht en migratie. Oplossingsstrategieën zijn hiervoor niet algemeen bekend en zijn ook vaker de reden dat psychische problemen kunnen ontstaan. Gedurende een bijzondere levensfaseovergang doorloop je 3 fasen. De eerste fase is de fase van loslaten, bijvoorbeeld het oude land achterlaten, de tweede fase waarin je tussen het oude en het nieuwe in zit en als derde de fase waarin er een balans is bereikt. Kinderen met een vluchtachtergrond zitten lang in de tweede fase waarbij zij balanceren tussen het oude en het nieuwe. De oude normen en oplossingen werken niet en die van het nieuwe land zijn nog niet eigen gemaakt, de coping werkt niet meer. Een kind ziet van alles wat het nog moet leren alleen weet het niet hoe. De cultuur en taal zijn onbekend, de familie is nog in onzekerheid. Dit zorgt voor een periode van veel stress en onzekerheid. Kinderen met een vlucht- en migratieachtergrond blijven vaak lang in deze fase (48).

Een van de geïnterviewde gedragsdeskundigen legt uit: 'Hulpverleners willen kinderen graag in de laatste fase hebben, de fase van balans, dat ze hun ritme weer oppakken. Als er naar pubers gekeken wordt dan hebben zij meerdere levensfase-overgangen tegelijk. De puberteit (wie ben ik, wat wil ik, wie zijn mijn vrienden) en de vlucht met daarin verlies van dierbare, het land, de vele verhuizingen en het gebrek aan ritme na aankomst in Nederland. Het is belangrijk om hier bewust van te zijn.'

### 3.5 Veerkracht en sociale omgeving

Veerkracht en sociale omgeving zijn belangrijke onderdelen die het risico op mentale problemen beperken. De mate waarin een kind veerkrachtig is heeft invloed op hoe een kind met een traumatische gebeurtenis omgaat en op de kans dat trauma gerelateerde klachten zich ontwikkelen. Veerkracht is een dynamisch proces dat continue in ontwikkeling is en wordt beïnvloed door ervaringen die een kind meemaakt. Onder veerkracht verstaan we: een hoge mate van zelfbewustzijn, sociale intelligentie, empathie, geloof en hoop voor de toekomst en sociale steun waaronder ouderlijke steun en warme familiebanden (24).

Zeer ernstige of langdurige stress en onvoldoende interne of externe steunbronnen kunnen ertoe leiden dat kinderen minder veerkrachtig reageren. Juist op het moment dat kinderen hun persoonlijke en sociale identiteit moeten verkennen, ontwikkelen en autonoom moeten worden, wordt het leven van kinderen in de asielopvang in de wacht gezet. Uit onderzoek blijkt dat zij vier strategieën gebruiken om veerkrachtiger te zijn: autonoom handelen, presteren op school, steun ervaren van leeftijdsgenoten en ouders, en deelnemen aan de nieuwe samenleving (26).

Ook laat onderzoek zien dat zij, ondanks de vele heftige ervaringen, door hun grote veerkracht en dankzij de aanwezigheid van beschermende factoren, vaak in staat zijn psychisch gezond te blijven en ontwikkelen de meeste kinderen met een vlucht- en migratieachtergrond zich goed (24).

Stress van familie/verzorgers kan impact hebben op de wijze waarop zij omgaan met kinderen. Onderzoek heeft laten zien dat kinderen waarbij ouders minder sensitief reageren een hoger risico op PTSS lopen. Sociale omgeving speelt een belangrijke rol in iemands wel bevinden en vormt een buffer bij stressvolle gebeurtenissen (29).





## 4. RESULTATEN UIT DE INTERVIEWS

In de voorgaande hoofdstukken zijn de wijze waarop zorg voor kinderen in de asielopvang is georganiseerd en kennis vanuit de literatuur over mentale zorg voor vluchtelingenkinderen geïnventariseerd. In dit hoofdstuk gaan wij verder in op hoe dit zijn weerslag vindt in de praktijk. We doen dit aan de hand van de lagen uit de MHPSS piramide (Hoofdstuk 3). Wij hebben gesproken met professionals uit alle lagen van de piramide die werkzaam zijn in en om de asielopvang. Uit deze gesprekken zijn signalen naar voren gekomen over niet alleen belemmeringen en obstructies in de uitvoer van gedegen psychosociale begeleiding en mentale gezondheidszorg voor kinderen in de asielopvang, maar ook kansen en goede voorbeelden uit de, soms regionale, praktijk. De uitkomsten koppelen we aan de relevante artikelen uit het IVRK.

### 4.1 Basisbehoefte en veiligheid

De eerste laag van de MHPSS piramide bestaat uit de basisbehoeften en veiligheid. Deze basisvoorwaarden zijn noodzakelijk voor kinderen om gezond op te kunnen groeien. Ontbreken deze basisvoorwaarden dan heeft dit een grote impact op kinderen die mogelijk al heftige gebeurtenissen hebben meegemaakt voorafgaand aan de aankomst in Nederland (48).

---

*‘Laat een kind  
zoals elk  
ander  
kind in  
Nederland  
kunnen  
genieten  
van het kind  
zijn.’*

---

*- Woonbegeleider*

De afgelopen jaren zijn, ingegeven door de crisis in de asielopvang, meerdere rapporten verschenen over de omstandigheden in de asielopvang met daaraan gekoppeld adviezen en aanbevelingen hoe de zorg en opvang voor kinderen in de asielopvang verbeterd kan worden (2,3,5,6,7,8,14,15,16,50,51). Veel aanbevelingen gaan over het thema basisbehoeften en veiligheid, zoals het terugdringen van verhuisbewegingen en zorg dragen voor toereikende leefomstandigheden in met name de noodopvanglocaties. Deze thema's kwamen consistent terug in de interviews die we hebben gehouden met professionals werkzaam in verschillende onderdelen van de asielopvang en zorgverlening. Wanneer het gaat om basisbehoeften en veiligheid geven alle professionals, zonder uitzondering, aan dat structuur, stabiliteit en vertrouwen de basis vormen voor het gezond kunnen opgroeien van kinderen. Een stabiel, gestructureerd, voorspelbaar systeem rondom het kind waarin er aandacht is voor eigen regie, vertrouwen en perspectief verbetert de ontwikkelingskansen van het kind. Dit kan worden gecreëerd door onder andere aandacht te hebben voor de leefomstandigheden, beperken van verhuizingen, fysieke en sociale veiligheid, termijn van de verblijfsprocedure, begrijpelijke/kindvriendelijke uitleg van de verblijfsprocedure en het hebben van eigen regie binnen de asielopvang (52,53). We behandelen dit hoofdstuk aan de hand van deze steeds terugkerende aspecten van basisbehoeften en veiligheid. Ook koppelen we deze thema's aan het IVRK om zo een kader te scheppen voor de rechten van kinderen in de asielopvang en plichten voor de overheid.

### 4.1.1 Wonen/ leefomstandigheden

**IVRK Artikel 16 - Privacy**

**IVRK Artikel 27 - Toereikende levensstandaard**

In alle gesprekken kwam naar voren dat er sinds 2022 geen vooruitgang heeft plaatsgevonden in de leefomstandigheden van gezinnen en alleenstaande kinderen in de noodopvang. De signalen uit de gesprekken komen overeen met eerder verschenen rapporten en brandbrieven. Het is belangrijk stil te staan bij het gegeven dat gezinnen in opvanglocaties doorgaans weerbaar genoeg zijn om de omstandigheden het hoofd te bieden, maar dat ouders in alle vormen van de opvang te maken krijgen met omgevingsfactoren die hun vermogen om hun kinderen op te voeden negatief beïnvloeden (50). Uit de gesprekken kwam naar voren dat er grote verschillen zijn tussen de fysieke inrichting van opvanglocaties en hoe binnen verschillende gemeentes het aanbod op locaties wordt vorm gegeven. Dit komt door de regelruimte en vrijheden die locaties en gemeentes krijgen om eigen keuzes te maken. Met name de nood- en crisisonoodopvanglocaties voldoen niet aan de normen. 'Op papier lijkt er van alles geregeld maar in de praktijk valt het mee' aldus verschillende professionals. De afstand naar school vanaf deze nood- en crisisonoodopvanglocaties kan (te) groot zijn, hygiëne is soms gebrekkig, hotels waar een bouwput voor zit, jongeren die niet via de reguliere deur naar buiten mogen om de hotelgasten niet 'lastig te vallen', ruimtes gecreëerd in grote hallen met verrijdbare wanden zonder plafond en kleine kamers moeten delen met meerdere gezinnen komen terug als voorbeelden van ontoereikende leefomstandigheden of gebrek aan privacy (54). Bij de kleinere reguliere opvanglocaties speelt dit veel minder of helemaal geen rol.

Ook blijkt dat het aanbod kindvriendelijke opvang niet overal aanwezig is, er niet altijd begeleiders zijn of dat deze ruimtes leeg staan.

Alle professionals spraken de wens uit voor kleinschalige opvanglocaties met goede hygiëne en een kindvriendelijke opvang met aandacht voor kinderen en hun ouders (55).

### 4.1.2 Verhuizingen

**IVRK Artikel 6 - Leven en Ontwikkeling**

**IVRK Artikel 2 - Gezondheid en Gezondheidszorg**

**IVRK Artikel 28 - Onderwijs**

**IVRK Artikel 31 - Vrijtijd, Spel en Recreatie**

Vanwege het structurele tekort aan reguliere opvanglocaties wordt er gebruik gemaakt van nood- en crisisonoodopvanglocaties, die behalve ontoereikende leefomstandigheden gekenmerkt worden door het tijdelijk karakter. Hierdoor is een cyclus ontstaan van het constant openen en sluiten van weer nieuwe nood- en crisisonoodopvanglocaties. Bij het inrichten van deze tijdelijke locaties spreken gemeenten een voorkeur uit voor het opvangen van o.a. gezinnen met kinderen, waardoor een aanzienlijk deel van deze groep steeds opnieuw gedwongen is te verhuizen van tijdelijke locatie naar weer een nieuwe tijdelijke locatie.

Bij vluchtelingenkinderen die meer dan één keer per jaar verhuizen is het risico op psychosociale problemen hoger (13). 'Kinderen komen redelijk ongeschonden hier in Nederland maar raken beschadigd door het systeem' (GGZ professional). Er kan geen basis opgebouwd worden, er is geen eigen plek, er zijn geen speelplekken, er worden geen vriendschappen opgebouwd en zorg en onderwijs lijden hieronder. Professionals werkzaam in en rondom de opvanglocaties geven aan dat na een aantal keer verhuizen kinderen ophouden met het maken van nieuwe vriendjes. Er ontstaat geen vertrouwensband met behandelaren doordat geboden zorg wordt opgebouwd, afgebroken en weer overgedragen. In het onderwijs kan de doorgaande leerlijn niet worden opgevolgd en in sommige gevallen gaan jongeren helemaal niet naar school. Er vindt vaak geen warme overdracht naar de nieuwe school plaats. Kinderen worden verhuisd naar locaties waar

nog niks geregeld is terwijl zij op hun 'oude' locatie naar school konden en zorg kregen. Ook worden deze verhuizingen pas op het laatste moment, soms op de dag zelf, aangekondigd. Vooral kinderen die extra zorg nodig hebben vormen een risicogroep. Hierdoor zitten kinderen continue in een overlevingsmodus en is er veel stress bij families en kinderen. 'Door elke keer wisselingen van gemeente naar gemeente plaats te laten vinden wordt er niks opgezet' (JGZ-professional). Vooral kinderen die extra zorg nodig hebben vormen een extra kwetsbare risicogroep.

Ook de AMV'ers vormen een extra kwetsbare groep. Door de vele verhuizingen hebben voogden een te grote caseload waardoor de dagelijkse begeleiding van de jongeren niet tot stand komt. Continue afscheid moeten nemen, weer opnieuw hechten, vrienden maken, geen familiebanden waar ze op terug kunnen vallen en de grote mate van zelfstandigheid die van ze verwacht wordt is veel te veel gevraagd voor deze kinderen. Als je nergens verbonden bent kan je niet werken aan je toekomst.

Als laatste leiden de vele verplaatsingen tot verspilling van arbeid in een tijd waarin zich overal tekorten voordoen, waaronder in de zorg, in het onderwijs en bij het COA.

---

*'Kinderen kunnen heel veerkrachtig zijn, maar hoe veerkrachtig blijf je als je constant maar getest wordt en in situaties wordt gezet waarin je als kind niet hoort te zijn? Duizenden kinderen die gewoon ontheemd zijn en niet alleen ontheemd van land, maar ook ontheemd in Nederland. Ze gaan gewoon van locatie naar locatie, van plek naar plek.'*

---

*- Activiteitenbegeleider*

### 4.1.3 Veiligheid

**IVRK Artikel 2 - Geen discriminatie**  
**IVRK Artikel 3 - Belang van het kind**  
**IVRK Artikel 6 - Leven en ontwikkeling**  
**IVRK Artikel 16 - Privacy**  
**IVRK Artikel 19 - Geweld, mishandeling en verwaarlozing**  
**IVRK Artikel 22 - Minderjarige vluchtelingen**

Onder professionals zijn de zorgen over veiligheid groot. Dit wordt gestaafd door het feit dat de Onderzoeksraad voor Veiligheid in april 2024 is gestart met een verkennend onderzoek naar de veiligheid voor kinderen in de asielopvang (56). Dit beeld werd ook bevestigd tijdens het gesprek met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Er wordt door professionals uit het veld een grote verscheidenheid aan oorzaken gegeven waardoor de locaties onveilig kunnen zijn. Zo kunnen (crisis)noodopvanglocaties qua opzet onveilig zijn voor kinderen; denk hierbij grote evenementenhallen of paviljoenen, soms grenzend aan grote wegen zonder hekken er omheen. Er zijn veel mensen op een relatief kleine plek, weinig toezicht en kinderen lopen vrij rond.

Ook kan het zijn dat gezinnen op hetzelfde terrein geplaatst worden als alleenstaande mannen met verslavingsproblematiek. Hier tussen lopen kinderen vrij rond en is er gebrek aan toezicht. Daarnaast zijn er zorgen om AMV'ers die door een tekort aan opvangplekken worden overgeplaatst naar een AZC voor volwassenen wanneer ze de leeftijd van 17,9 jaar bereiken. Nidos verliest deze groep daarmee uit het oog. Deze jongeren geven aan zich onveilig te voelen tussen volwassenen op grote locaties (50).

---

*'In Ter Apel voel ik me niet altijd veilig, hangt toch altijd een grimmige sfeer, veel ruzies en vechtpartijen en daar lopen de kinderen ook gewoon tussendoor alsof het niets is. Of mensen die onder invloed van alcohol of drugs zijn. Dat is wel heel schrijnend als de kinderen er dan bij staan te kijken alsof het niets is.'*

---

- JGZ-professional

Professionals merken op dat de diversiteit aan culturen in kleine woonruimtes het uitvoeren van opvoedrol van ouders bemoeilijkt.

Tot slot zijn er ook grote verschillen in de fase van de verblijfsprocedure van de verschillende bewoners. Bewoners die uitgeprocedeerd zijn kunnen op een zelfde locatie wonen als bewoners die midden in de verblijfsprocedure zitten. Dit brengt onrust met zich mee zoals woordenwisselingen, spanning en onveilige situaties waar ook de kinderen dagelijks mee te maken hebben. Een van de professionals vertelt: 'het basale gevoel van veiligheid dat je opbouwt, doordat je ouders goed voor jou zorgen, hebben de meeste kinderen wel. Door alle veranderingen hier wordt dat gevoel verstoord' (JGZ-professional).

Op de scholen zijn ook zorgen over de veiligheid en dat is nieuw volgens onderwijsprofessionals. Voorheen was school een veilige, stabiele en vertrouwde omgeving, maar door de vele verhuizingen van de jongeren en onervaren personeel kunnen de jongeren zich niet goed hechten. Juist voor AMV'ers is rust en stabiliteit belangrijk. Vanuit het onderwijs wordt er ook een verband gezien met de locaties waar de jongeren wonen en problemen met geweld. Hoe verder weg van de samenleving een opvanglocatie zit, des te groter de uitzichtloosheid die de jongeren ervaren en hoe meer problemen met geweld. Sommige jongeren hebben tot een paar jaar geen onderwijs gehad. Je prettig en veilig voelen is een voorwaarde voor goed onderwijs (46).

---

*'Niet alle kinderen kunnen snel na aankomst op een locatie naar school. Zij blijven "hangen" op de opvanglocatie vaak zonder te weten wanneer zij naar school kunnen gaan.'*

---

- JGZ professional

#### 4.1.4 Procedure

**IVRK Artikel 12 - Mening van het kind**  
**IVRK Artikel 13 - Vrijheid van meningsuiting**  
**IVRK Artikel 17 - Toegang tot informatie**  
**IVRK Artikel 22 - Minderjarige vluchtelingen**

De asielpprocedure is een tijd met onzekerheid over de toekomst en angst voor terugkeer. Het niet hebben van een perspectief maakt mensen bang en angstig. Dit heeft uitwerking op de kinderen (6,57).

De wettelijke beslistermijn voor een asielaanvraag is 6 maanden. De wachttijden lopen op. Daarom heeft de Nederlandse regering in september 2022 besloten om de beslistermijn te verlengen met 9 maanden. De praktijk laat zien dat de wachttijd voor

de behandeling van een asielaanvraag inmiddels kunnen oplopen tot bijna 2 jaar. Er zijn bewoners die al bijna 10 jaar in een AZC wonen. Lang moeten wachten op een verblijfsvergunning en ouder zijn hebben een negatieve invloed op de veerkrachtstrategieën. Dit laat zien dat veerkracht een dynamisch proces dat context- en tijdgebonden is (26).

---

*'We zitten te slepen met kinderen, wat echt nergens op slaat. Voor veel kinderen is het zo dat de IND achterloopt met het afgeven van de beslissingen.'*

---

- Gedragsdeskundige

Kinderen die met hun ouders mee naar Nederland komen mogen vanaf 12 jaar door de IND worden gehoord als ze dit zelf willen. Vanaf 15 jaar worden ze verplicht opgeroepen voor een interview. Dit is belangrijk omdat kinderen zelfstandige asielmotieven kunnen hebben als ze met ouders meekomen. Dit is door de vele verhuizingen niet altijd bekend.

Daarnaast is het belangrijk om aandacht te hebben voor het kindvriendelijk horen. In Nederland kunnen alleen reizende kinderen vanaf 6 jaar al gehoord worden (58). Er wordt te weinig rekening gehouden met de trauma's die mogelijk in iemand nestelen. Kinderen durven niet alles te vertellen uit schaamte, bescherming of angst dat ze iets illegaals hebben gedaan. De manier van horen maakt kinderen ook angstig en onzeker met het risico op het geven van sociaal wenselijke antwoorden (59).

Professionals geven aan dat AMV'ers door lange wachttijden in de procedure veel onzekerheid en druk vanuit de familie ervaren. De achtergebleven familie gaat steeds meer van deze jongere verwachten. De familie heeft veel gedaan om de jongere te kunnen laten vertrekken en geloven niet altijd dat een procedure in Nederland zo lang kan duren waardoor er verwijdering ontstaat van de eigen familie.

#### 4.1.5 Regie & participatie

##### **IVRK Artikel 12 - Mening van het kind**

Het hebben van geen regie heeft veel invloed op de veerkracht die je opbouwt. Als er over je beslist wordt en er wordt niet duidelijk gecommuniceerd dan verlies je de regie. Autonomie en regie zijn voor kinderen belangrijke veerkracht bevorderende factoren. Het zijn vaak kleine dingen, zoals zelf kunnen bepalen wanneer en wat ze kunnen eten en drinken. Kinderen hebben op dit moment geen inspraak of mogelijkheid mee te kunnen beslissen over voor hen relevante aspecten van de opvang. Met name het zelf kunnen koken door ouders komt vaak terug in gesprekken. Het geboden voedsel sluit niet altijd aan op de eetgewoonten van kinderen. Voor ouders is niet op elke opvanglocatie de mogelijkheid zelf te kunnen koken, wat vaak genoemd wordt als negatieve invloed op het mentaal en fysiek welbevinden van ouders en kinderen. In gesprekken met woonbegeleiders kwam naar voren dat buiten de opvang er te weinig ruimte is voor bewoners en kinderen om mee te kunnen doen en te kunnen participeren in de samenleving, wat niet bevorderlijk is voor de integratie (12).

---

*'Veel jongeren hebben niet een traumabehandeling nodig maar die willen gewoon graag participeren in de samenleving.'*

---

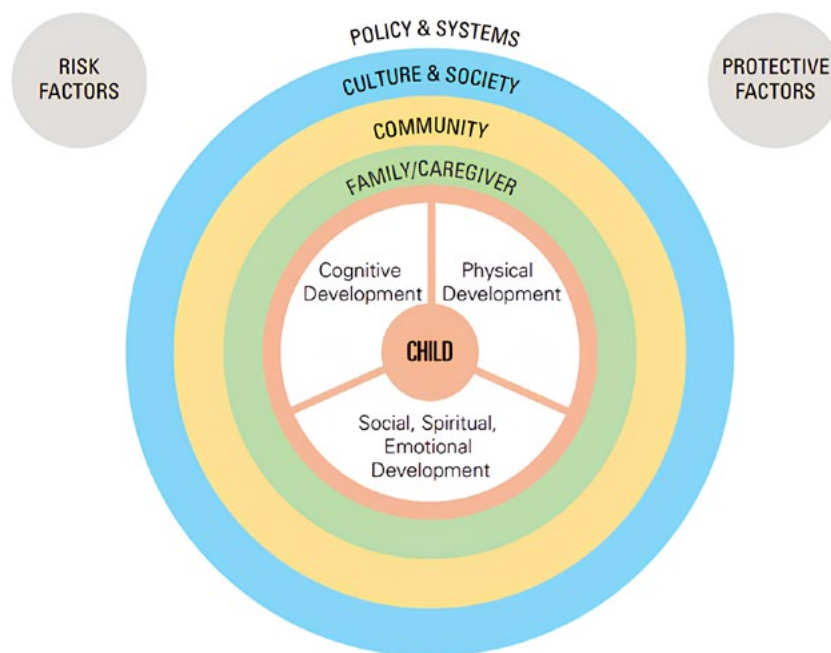
- Gedragsdeskundige



#### 4.1.6 Samenvatting

De leefomstandigheden in met name de noodopvanglocaties zijn onder de maat. Er zijn grote verschillen tussen de zowel de fysieke inrichting van opvanglocaties als hoe binnen verschillende gemeentes het aanbod op locaties wordt vorm gegeven. Bij vluchtelingenkinderen die meer dan één keer per jaar verhuizen is er sprake van verhoogd risico op psychosociale problemen. Er kan geen basis opgebouwd worden, er is geen eigen plek, er zijn geen speelplekken en er worden geen vriendschappen meer gesloten. Zorg en onderwijs lijden hieronder. Ook kan er geen vertrouwensband worden opgebouwd met een eventuele behandelaar. In het onderwijs kan de doorgaande leerlijn niet worden opgevolgd en in sommige gevallen gaan jongeren helemaal niet naar school of moeten lang wachten voordat het hun beurt is naar school te kunnen gaan. Er bestaan grote zorgen over de veiligheid voor kinderen in de noodopvanglocaties en de veiligheid van AMV'ers die voor hun 18e worden overgeplaatst naar een opvang voor volwassenen. De behandeling van een asielaanvraag kan oplopen tot bijna 2 jaar, wat risico's op schade met zich meebrengt. Voor kinderen bestaat er geen mogelijkheid tot inspraak en beperkte mogelijkheid tot participatie.

## 4.2 Stabiliseren, ondersteunen familie en samenleving



Bron: (27)

De tweede laag van de piramide bestaat uit activiteiten die zijn gericht op ondersteuning van gezinnen en de lokale gemeenschap. Het sociaal-ecologisch model illustreert dit mooi door het belang van netwerken van mensen en structuren die een kind of jongere omringen weer te geven. Een wisselwerking tussen deze verschillende ecologische lagen zorgt voor het tot stand komen van veerkracht bij kinderen (27). We gebruiken het sociaal-ecologisch model voor verdere verdieping van de tweede laag van de MHPSS piramide.

- Laag 1: Familie en verzorgers
- Laag 2: Omgeving met daarin activiteiten en onderwijs
- Laag 3: Samenleving, cultuur en maatschappij
- Laag 4: Organisatorisch

## 4.2.1 Familie/verzorgers

**IVRK Artikel 4** - *Realiseren van kinderrechten*  
**IVRK Artikel 5** - *De rol van ouders bij ontwikkeling kind*  
**IVRK Artikel 18** - *Verantwoordelijkheden van ouders*

Het gezinsleven biedt beschermende factoren. Belangrijk is dan ook het versterken van de gezinsverbanden. Ieder gezin wil graag zo normaal mogelijk leven samen. Ouders en jongeren willen graag integreren, leeftijdsgenoten ontmoeten en iets betekenen voor de maatschappij. De inrichting van de asielopvang (Hoofdstuk 4.1) biedt echter weinig mogelijkheden hiervoor (60). Daar komt bij dat kinderen opgroeien in een hele andere culturele context dan in het land van herkomst. Ouders worstelen soms met de vrijheden die kinderen in Nederland krijgen. Er zijn vragen die te maken hebben met de migratieachtergrond en minderheidspositie in Nederland. Om deze redenen hebben ouders handvatten/ ondersteuning nodig om een opvoedstijl te leren, rekening houdend met de culturele verschillen in opvoedstijlen. Kinderen zien ook dat hun ouders zwaar belast zijn met hun eigen problemen, zoals zorgen om de asielprocedure, huisvesting en eventueel het verwerken van nare ervaringen of trauma's. Kinderen willen hun ouders vaak niet belasten met hun eigen zorgen of klachten en nemen een ontzorgende rol op zich. Dit is een normale reactie op abnormale omstandigheden.

Hiervoor kan opvoedondersteuning geboden worden. Opvoedondersteuning omvat alle soorten ondersteuning van ouders die een opvoedvraag of opvoedprobleem hebben. Het kan bestaan uit voorlichting, het bevestigen van ouders in hun opvoedaanpak en het beantwoorden van eenvoudige opvoedvragen tot een intensieve oudertraining voor ouders met een complexere hulpvraag. Er bestaat geen landelijk voorgeschreven pakket opvoedingsondersteuning. Gemeenten zijn vrij om dit zelf samen te stellen. De opvoedondersteuning kan samen met de JGZ en gezondheidsvoorlichters van de GGD gegeven worden, of de JGZ kan verwijzen.

Thema's kunnen zijn omgaan met stress, mentale gezondheid en vaccinaties maar ook seksuele voorlichting, roken, drugs en leefstijlvoorlichting. Een van de professionals geeft aan: 'Door de opvoedondersteuning in groepsverband aan te bieden plaats je kinderen en ouders niet in een uitzonderingspositie. In relatie tot elkaar kunnen ze veel leren, ze kunnen spiegelen en ervaren dat ze niet alleen zijn. Het stigma gaat omlaag, er komt meer begrip en ouders worden weer gesterkt in hun eigen bezigheden en helpen elkaar' (Onderwijs-professional). Echter moet hierbij opgemerkt worden dat de vele verhuizingen niet bijdragen aan groepsvorming.

Psycho-educatie kan een onderdeel zijn van opvoedondersteuning. Bij psycho-educatie wordt uitleg gegeven over bijvoorbeeld trauma, wat klachten zijn die je kan hebben bij een trauma, hoe deze te herkennen, wat kan je doen en wanneer meer hulp nodig is. Met de goede ondersteuning kunnen veel kinderen goed functioneren. Belangrijk is om de gezinsstructuur eerst de kans te geven weer vanuit zichzelf te herstellen. Veel van de professionals geven aan dat zij het onderwerp trauma heel belangrijk vinden maar voelen zich niet voldoende bekwaam om goede psycho-educatie hierover te geven. Zij geven aan hier meer scholing over te willen volgen.

De AMV'ers vormen een aparte groep. Zij krijgen een jeugdbeschermer via Nidos toegewezen. Verschillende partijen voeren de uitvoering voor de woonbegeleiding voor de AMV'ers uit. Kinderen jonger dan 15 jaar komen in principe in een opvanggezin terecht onder verantwoordelijkheid van Nidos. Kinderen ouder dan 15 jaar zonder status worden geplaatst in kleinschalige opvanglocaties van het COA. Kinderen ouder dan 15 jaar met status worden opgevangen door Nidos in een kleinschalige woongroep (KWG) of kleinschalige wooneenheid (KWE). In de literatuur komt naar voren dat door een tekort aan pleeggezinnen een deel van de 13 en 14-jarige AMV'ers terecht komt in kleinschalige woongroepen die eigenlijk bedoeld zijn voor AMV'ers van 15 jaar en ouder (46). In een van de GGD-regio's wordt aangegeven dat Nidos steeds vaker de AMV'ers en haar verantwoordelijkheden overdraagt aan de begeleiders op een KWG. Ook worden jongeren voor het 18e jaar al overgeplaatst naar de reguliere AZC locaties vanwege plaatsgebrek en verliest Nidos ze hierdoor sneller uit het oog. De praktijk laat zien dat de AMV'ers hun voogd soms maar 1x per 4-6 weken zien vanwege de hoge caseload en

vele verhuizingen. Hierdoor weten de AMV'ers vaak niet goed wat de functie van hun voogd is. Ook ontbreekt het soms aan begeleiding in de dagelijkse zaken, terwijl juist bij deze groep het belangrijk is dat er toezicht wordt gehouden. Op tijd naar bed gaan, opstaan voor school en vragen hoe school is geweest zijn essentieel. Aandacht hebben voor de jongere en onderzoeken welke specifieke behoefte zij hebben. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat er een motiverend gesprek met de AMV'er wordt gevoerd om zelf weer grip te krijgen op zijn aandeel in specifieke situaties. Door woonbegeleiding hier specifiek op te trainen, wat bij bepaalde organisaties gebeurt, kan veel opgepakt worden in de eerste begeleiding van AMV'ers, met versterkend effect op hun veerkracht.

De inzet van cultureel mediators vanuit Nidos of het COA om uitleg te geven over hoe dingen georganiseerd zijn in Nederland en wat je kan doen als je je niet prettig voelt wordt als zeer waardevol ervaren bij de opvoedondersteuning. Zij kunnen de vertaling van taal en cultuur maken. Ook de rol van sleutelpersonen, die onder andere door Pharos en GGD'en worden geworven en getraind, wordt als zeer waardevol omschreven. Sleutelpersonen worden ingezet in de gemeente waar ze werken, maar hier wordt nog maar relatief weinig gebruik van gemaakt.

## 4.2.2 Omgeving

Voor dit onderzoek kijken we wat betreft omgeving voor kinderen in de asielopvang met name naar vrijetijdsbesteding en onderwijs.

### 4.2.2.1 Vrijetijdsbesteding

#### IVRK Artikel 31 - Vrije tijd, spel en recreatie

Kinderen zijn voor de invulling van hun vrije tijd sterk afhankelijk van het aanbod aan activiteiten op een opvanglocatie (50). Time4You (VluchtelingenWerk Nederland), Stichting de Vrolijkheid, TeamUp (Save the Children en War Child) en sinds kort ook CliniClowns, verzorgen sport- en spelactiviteiten die het sociaal en emotioneel functioneren van kinderen ondersteunen. Daarnaast verzorgt VluchtelingenWerk kindervakantie- weken voor kinderen in de asielopvang.

Een recente TeamUp evaluatie (61) laat zien dat al deze spelmomenten bijdragen aan het versterken van een gevoel van ontspanning, geborgenheid en sociale verbondenheid. Kinderen vergroten hun cultureel bewustzijn door te spelen met kinderen van verschillende culturele achtergronden. Hierin moeten ze samenwerken, samen spelen en leren ze hoe ze met elkaar kunnen omgaan over culturen heen. Het biedt een veilige plek waar ze plezier hebben, kunnen ontspannen en ze terugkomen in hun venster van tolerantie. Vooral wanneer er ondersteunende begeleiders en goede vrienden zijn en ze spelletjes spelen die ze leuk vinden (bijlage 4).

---

*'We sluiten aan bij de leefwereld van kinderen. Zingend, spelend, dansend stimuleren wij hun veerkracht. Zo zorgen we dat zij zelf de touwtjes in handen nemen.'*

*- Activiteitenbegeleider*

---

*'Het ontstaat in de activiteiten, het gewoon weer kind zijn, even iets anders doen en niet aan de problemen denken.'*

*- Activiteitenbegeleider*

---

*'Op een natuurlijke manier signaleren we. Maar de meeste kinderen die niet meer komen zijn gewoon weg. Dan voelt het eigenlijk echt dat je geen grip erop hebt.'*

---

*- Activiteitenbegeleider*

Naast de ondersteunende functie hebben de activiteitenbegeleiders ook een signalerende functie. Zodra er signalen zijn dat een kind meer begeleiding nodig heeft wordt dit direct teruggekoppeld aan het COA. De signalen kunnen vanuit gesprekken met de kinderen komen, maar ook vanuit de gedragsveranderingen die tijdens de activiteiten worden waargenomen. Door de vele wisselingen tussen het COA personeel en de verhuizingen van de kinderen is het niet altijd duidelijk of de signalen geregistreerd en opgepakt worden.

De wens van de activiteitenbegeleiders is om meer tijd te hebben voor de ouders zodat zij beter kunnen uitleggen wat er gedaan wordt en waarom het zo fijn is als hun kind meedoet.

Activiteiten op de noodlocaties zijn moeilijk te organiseren mede door de afhankelijkheid van vrijwilligers en de onduidelijkheid over de openingsduur van de noodlocaties. Er zijn initiatieven op noodlocaties, zoals Blow Up vanuit Stichting de Vrolijkheid, maar deze worden niet altijd wekelijks aangeboden. Opmerkelijk is dat uit de gesprekken blijkt dat het GZA of de JGZ vaak niet op hoogte is welke organisatie activiteiten biedt in de verschillende vormen van asielopvang.

De professionals geven in de gesprekken aan dat het aanbod na schooltijd en in vakanties niet altijd toereikend is. Gebrek aan activiteiten leidt tot verveling, spanningen en houdt slaapproblemen in stand door een gebrek aan structuur en vermoeidheid. Het dag- en nachtritme raakt verstoord.

Een van de professionals opperde het inrichten van een kinderraad. Hiermee kan er samen met de kinderen en jongeren besproken worden waar zij behoeften aan hebben in de middagen en vakanties (48).

Meedoen met activiteiten buiten de AZC locaties is voor kinderen en jongeren belangrijk om Nederlandse kinderen te ontmoeten en de taal te leren (50). Helaas wordt dit vaak beperkt door een gebrek aan financiële middelen. Er ontstaan soms lokale initiatieven voor activiteiten vanuit een wijk of verenigingsleven, maar dit is geen uniform aanbod, wat tot grote verschillen tussen locaties leidt.

De gemeente kan een verbindende rol hebben en de samenwerking met de wijkteams en andere netwerkpartners in de gemeente versterken zodat initiatieven breed gedragen worden door iedereen (17). In een gesprek is naar voren gekomen dat de inzet van studenten van relevante opleidingen als positief worden ervaren.

#### 4.2.2.2 Onderwijs

**IVRK Artikel 28 - Onderwijs**

**IVRK Artikel 29 - Doel onderwijs**

Het is belangrijk dat er binnen het onderwijs aandacht is voor traumasensitief en intercultureel lesgeven. Leerkrachten geven aan niet altijd voldoende op de hoogte te zijn van (mogelijk) trauma en hoe om te gaan met heftige emoties van kinderen. Zij herkennen niet altijd wanneer kinderen iets als positief en wanneer als negatief ervaren. Zij hebben graag meer kennis over hoe je ervoor zorgt dat leerlingen zich weer veilig voelen, mensen weer gaan vertrouwen en wanneer een doorverwijzing nodig is. Pharos heeft hiervoor samen met LOWAN een factsheet gemaakt; Traumasensitief werken op school (62). Deze factsheet is ook interessant voor het reguliere onderwijs. Veel SEL methodes die nu aangeboden worden gaan uit van een westerse blik en sluiten niet altijd aan bij de doelgroep.

---

*'Bouwen aan veerkracht, vullen van de onzichtbare koffer met positieve ervaringen met volwassenen, met het nieuwe land. Daarmee kunnen heel veel kinderen ook geholpen worden. Ze hebben heftige ervaringen, maar dat hoeft niet altijd tot ernstige klachten en behandeling te leiden. Dat stukje zie ik weggelegd voor het onderwijs, door er juist gewoon te zijn.'*

---

- *Onderwijsprofessional*

Het primair onderwijs is over het algemeen goed toegankelijk voor kinderen uit de asielopvang. Kinderen kunnen vaak snel terecht bij een school op het AZC of in de buurt. In het voortgezet onderwijs is dit niet altijd vanzelfsprekend. Er zijn lange wachtlijsten voor de ISK. Dit is gerelateerd aan de vele verhuizingen en personeelstekorten. In nauwelijks twee tot drie jaar tijd zijn de meeste ISK's verdriedubbeld in leerlingaantallen, mede door het grote aantal Oekraïense kinderen dat sinds het uitbreken van de oorlog naar Nederland is gekomen. 'Tot 2, 3 jaar geleden zag het er goed uit bij de ISK's, dat was voor de instroom van de Oekraïners' (Onderwijsprofessional). Door de tijdelijkheid van de noodlocaties zijn gemeentes niet altijd in staat tijdig een school op te starten omdat een locatie soms alweer sluit voordat een school op heeft kunnen starten. Als oplossing is er de Wet tijdelijke nieuwkomersvoorzieningen in het onderwijs aangenomen. Echter blijkt dat door tekort aan personeel en ruimte hier vooralsnog weinig gebruik van wordt gemaakt. De kwaliteitseisen van onderwijs onder deze regeling zijn beduidend lager. Dit leidt er toe dat jongeren maanden en in sommige gevallen meer dan een jaar niet naar school gaan, aldus professionals. Terwijl het naar school gaan een van de vier strategieën is die een rol speelt bij de mate van veerkracht en het kunnen participeren in de samenleving (26). 'Jongeren zeggen letterlijk: als ik iets goeds van mijn leven kan maken dan is het de reis waard geweest' (Onderwijsprofessional). Hoe langer de jongeren uit het schoolsysteem zijn hoe moeilijker het is hen weer te motiveren (46). Hierdoor zijn er gevallen van jongeren die kampen met verzuim- en gedragsproblemen op het moment zij weer toegang tot school krijgen. Leerkrachten merken dat kinderen zich niet meer openstellen op school, zich niet veilig voelen en niet kunnen hechten. Andere belemmerende factoren zijn locaties op grote afstand van de school waardoor de jongeren een te lange reistijd hebben of te ver moeten fietsen. Ook de langdurige procedure

zorgt ervoor dat jongeren meer stress ervaren, uitgeblust raken en de motivatie verliezen. Daarnaast wordt er veel zelfstandigheid van de jongeren gevraagd. Sommige professionals geven aan dat de mate waarin zelfstandigheid gevraagd wordt niet altijd aansluit bij de ontwikkeling van deze jongeren: 'Het zijn nog maar pubers en ze hebben soms echt 2 jaar stilgestaan in hun ontwikkeling' (Onderwijsprofessional). 'Of ze zijn juist heel erg volwassen geworden door wat ze hebben meegemaakt en de benadering vanuit het onderwijs niet meer aansluit bij de leeftijd' (JGZ-professional).

In gesprekken met professionals komt geregeld terug dat jongeren vanuit het ISK naar praktijkonderwijs gaan terwijl ze daar qua intelligentie niet thuishoren. Er wordt te weinig gekeken naar potentie, kwaliteit en intelligentie van de jongeren. De jongeren hebben vaak meer tijd nodig om de taal te leren, maar krijgen hier de kans niet voor. Of jongeren de extra begeleiding die zij soms nodig hebben kunnen krijgen hangt af van de omvang en expertise van de school.

---

*'Dat maakt het werk op een AZC school ook zo mooi, daar kan je dus dagelijks het verschil maken voor de kinderen. Dat je dus dagelijks gaat bouwen aan die rust en regelmaat en die positieve ervaringen, dat ze echt kind mogen zijn. Ja, Dat is fantastisch.'*

---

- *Onderwijsprofessional*



Het speciaal onderwijs wordt gekenmerkt door lange wachttijden. Dit geldt niet alleen voor kinderen woonachtig op een opvanglocatie maar voor alle kinderen in Nederland. Voor kinderen in de asielpcedure is het extra lastig. Doordat de kinderen op verschillende leeftijden instromen is onderzoek vaak lastig omdat de faciliteiten niet toegerust zijn voor oudere kinderen. Ook is voor deze kinderen vaak weinig geregeld ter overbrugging. Kinderen worden opgevoed door ouders/verzorgers die soms zelf met psychiatrische problematiek te maken hebben. Ook komt het voor dat kinderen op een medisch kinderdagverblijf of kinderdagcentrum zitten maar noodgedwongen moeten verhuizen. Dan belanden zij weer onderaan de wachtlijst en ontstaat de vraag wie welke verantwoordelijkheid heeft en neemt.

Peuterspeelzalen zijn op weinig locaties aanwezig. In de meeste gevallen koopt het COA een aantal plekken in bij lokale peuterspeelzalen in de buurt. Professionals geven aan dat door gebruik te maken van de plekken in de buurt je ervoor zorgt dat ouders en kinderen meer integreren en met de Nederlandse taal oefenen. Echter door het beperkt aantal plekken kunnen niet alle kinderen hiervan gebruik maken, terwijl dit voor de ontwikkeling van kinderen juist goed is. De JGZ maakt hierin de keuze welk kind recht heeft op een ingekochte plek bij de peuterspeelzaal. Op een opvanglocatie waar wel een peuterspeelzaal aanwezig is verteld de jeugdarts die daar werkzaam is: *'Kinderen kunnen hier 5 ochtenden per week heen. Het is mijn verlengde arm qua diagnostiek/ signaleren van ontwikkelingsproblematiek en problemen bij de ouders. Kinderen worden gestimuleerd in de ontwikkeling en ouders worden tijdelijk ontlast. School is hier ook heel blij mee omdat kinderen qua ontwikkeling beter in beeld zijn, maar ook al veel meer hebben geleerd'* (JGZ-professional).

### 4.2.3 Samenleving, cultuur en maatschappij

#### **IVRK Artikel 3 – Belang van het kind**

#### **IVRK Artikel 31 – Vrije tijd, spel en recreatie**

Hierbij gaat het om de laag waarbij omgevingen of organisaties betrokken zijn die niet altijd in direct contact met de kinderen staan, maar die wel invloed hebben op hun ontwikkeling. In elk AZC waar kinderen verblijven is tenminste één COA-medewerker aangesteld als 'contactpersoon kinderen'. Deze persoon heeft een coördinerende rol bij het organiseren van activiteiten en voorlichting voor kinderen. Het gaat dan voornamelijk om activiteiten op een opvanglocatie. Er wordt niet altijd ingezet op activiteiten gericht op kennismaking met en participatie in vrijetijdsbesteding buiten de opvanglocatie. Denk hierbij aan kennismaking met buurtbewoners, deelname aan sport en cultuur of wegwijs raken in de Nederlandse samenleving. Hier ligt een taak voor de gemeentes volgens de professionals. Zij geven aan dat veel van de georganiseerde activiteiten en voorzieningen afhangt van de welwillendheid van gemeentelijke ambtenaren. Dit geldt voor zowel structurele locaties als (crisis)noodopvanglocaties (48). Hierdoor zijn er wat betreft activiteiten aanbod grote verschillen tussen locaties onderling. In de gesprekken met professionals zijn voorbeelden naar voren gekomen waarin gemeentes hun rol pakken in de zorg voor het welzijn van kinderen. Er wordt bijvoorbeeld gewerkt met vanuit de gemeente aangestelde sportcoaches, zorgcoördinatoren, jongerenwerkers of jeugdhulpverleners. De sportcoach verbindt de jongeren met de buurt door middel van diverse sportactiviteiten. De zorgcoördinator, die op niet alle locaties aanwezig is, helpt bewoners van het AZC met allerlei zorg gerelateerde zaken, zoals bijvoorbeeld het maken van ziekenhuisafspraken. De jongerenwerker kan de jongeren helpen wegwijs te raken in de gemeente, maar ook ondersteunende gesprekken voeren. De jeugdhulpverlener werkt vanuit het gemeentelijke jeugdteam van waaruit ook opvoedondersteuning geboden kan worden. Daarnaast zijn er thuiszorgorganisaties die als een buddy werken om bewoners van het AZC te helpen. Uit gesprekken blijkt dat niet alle gemeentes hiervan de meerwaarde inzien en dat deze vormen van hulpverlening niet altijd worden ingezet. Ook zijn er welzijnsinstellingen en buurthuizen die activiteiten organiseren waarbij wijkbewoners in aanraking komen met bewoners van een opvanglocatie, waarbij kennismaking en verkleinen van de afstand tussen leefwerelden centraal staat. Incidenteel zijn

er initiatieven waarbij wijkbewoners zelfstandig activiteiten voor ontmoeting met en hulp aan bewoners van een AZC organiseren.

#### 4.2.4 **Beleid en systemen**

In deze cirkel bevinden zich organisaties of betrokken partijen die niet in direct contact met de kinderen staan, maar wel invloed hebben op hun ontwikkeling. Het gaat om systemen die op hoofdlijnen landelijk worden ingericht, vaak met wettelijke verplichtingen, maar die lokaal worden uitgevoerd. Het GZA, COA en de GGD-GHOR voeren bijvoorbeeld landelijke overleggen om de hoofdlijnen voor de zorgverlening te bespreken.

Vanwege het gedecentraliseerd jeugdzorgstelsel bepalen gemeentes vervolgens welke verschillende soorten zorg zij inkopen en aanbieden. Hierdoor kunnen er per regio grote verschillen in ingekochte en aangeboden zorg ontstaan. In de gesprekken kwam geregeld naar voren dat dit er op papier goed uit ziet, maar dat vanwege taalbarrières, beperkte personele capaciteit en lange wachttijden deze systemen onder druk komen te staan.

#### 4.2.5 **Vertrouwenspersoon**

Naast het gebruik van het sociaal ecologisch model in de tweede laag van de MHPSS-piramide speelt ook de rol van een vertrouwenspersoon mee in de ondersteuning van de kinderen en families.

Het is belangrijk dat kinderen de vrijheid voelen om in vertrouwen bij iemand hun zorgen te kunnen uiten. Over hoe de rol van vertrouwenspersoon ingevuld dient te worden, verschillen de professionals van mening. Een deel van de professionals is van mening dat deze rol bij de 'contactpersoon kinderen' van het COA hoort. Het COA is van mening dat de kinderen zelf hun vertrouwenspersoon mogen uitzoeken als zij daar behoefte aan hebben en dat in principe elke COA medewerker vertrouwenspersoon kan zijn. Ook zijn er verschillende professionals die het een passende rol vinden voor leerkrachten omdat zij de kinderen dagelijks zien. Daarnaast zijn er goede ervaringen met jongerenwerkers vanuit de gemeentes. Een van de professionals geeft aan dat 'jongeren vooral iemand zoeken die ze kan leren hoe het moet. Een ouderlijke met een opvoedrol' (Woonbegeleider). Een eenduidig antwoord op wie deze rol het beste kan invullen is hierop niet te geven. Wel geeft een van de professionals aan dat ervoor gewaakt moet worden dat niet teveel personen aan een kind gekoppeld worden waardoor de regie verdwijnt.

#### 4.2.6 **Signalerende rol in de tweede laag van de MHPSS piramide**

In de tweede laag bevinden zich professionals die een aandeel hebben in de vrijetijdsbesteding van kinderen in de opvang en zodoende als eerste signalen van stress, afwijkend spel en dergelijke signaleren. Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie heeft hier een overzichtelijke flowchart van gemaakt (bijlage 5), waarbij gebruik gemaakt wordt van vijf signalerende groepen: school, COA, GZA, JGZ en Nidos. De signalerende rol is een belangrijke maar ook ingewikkelde rol, vinden veel professionals.

Vanuit de JGZ wordt aangegeven dat zij niet altijd een goed beeld hebben van de kinderen. Terwijl de JGZ veel kan betekenen op het gebied van preventie, psychosociale hulp en voorlichting. De kinderen moeten voor een intake binnen zes weken gezien worden. Door personeelstekort, verhuizing van de kinderen en gebrek aan een fysieke onderzoeksruimte voor de zorgverleners wordt deze termijn niet altijd gehaald. Op het moment dat het goed gaat met de kinderen bestaat het risico dat ze weer uit beeld verdwijnen. Dit komt wederom door de verhuizingen maar ook door de onbekendheid van de JGZ bij ouders. De JGZ mist dan de grip op de kinderen. Daarnaast is het praten over psychische klachten voor ouders en kinderen lastig. Kinderen leren van hun omgeving om zich vooral op de toekomst te richten. De JGZ toolkit Tijdig signaleren van psychosociale problemen bij vluchtelingenkinderen in de jeugdgezondheidszorg kan voor de signalering en de vervolgstappen gebruikt worden (39).

Bij lichamelijke of psychische klachten gaan kinderen meestal naar het GZA. Het COA kan kinderen en ouders ook naar het GZA verwijzen. Het blijft een vrije keuze voor ouders of ze ook daadwerkelijk een afspraak maken met het GZA. De samenwerking tussen de professionals die gesproken zijn vanuit het GZA en het COA verloopt goed, met name door aanwezige overlegstructuren.

Vanuit school zit de signalering in het observeren van gedrag, leercurve en aanwezigheid in de klas. Traumasensitief lesgeven speelt een grote rol hierin. Ouders moeten voldoende betrokken worden in wat de kinderen leren op school en er moet ruimte zijn om signalen vanuit school of ouders samen te bespreken. Ouders hebben uitleg nodig over het belang van samenwerken. Ouders zijn dit niet altijd gewend vanuit hun eigen schoolervaringen of vanuit de structuur in het land van herkomst.

De uitvoerende organisaties zien en signaleren veel. Meldingen vanuit de activiteitenbegeleiding worden gedaan bij het COA. Bij zorgen zal het COA vervolgstappen moeten ondernemen. Door de vele wisselingen van COA personeel en de verhuizingen van kinderen is het niet altijd duidelijk of de signalen geregistreerd en opgepakt worden. De activiteitenbegeleiding neemt hierin zelf een actieve rol door terugkoppeling te vragen aan het COA nadat zij iets gesignaleerd hebben, maar er ontbreekt een vast protocol.

Andere uitvoerende partijen geven aan dat het vaak lang duurt voordat er hulp gevraagd wordt door jongeren of voor kinderen. 'De nood is dan al hoog, soms zo hoog dat een jongere letterlijk uit het leven stapt. Of een jongere stopt met een traject in verband met te lange wachttijd' (Gedragsdeskundige). Belangrijk in de signalerende rol is om het gesprek met ouders en kinderen/jongeren aan te gaan, ruimte te geven aan wat zij nodig hebben en samen de situatie bekijken. Ook de verbinding met school, JGZ en COA hierin zoeken is belangrijk. Echt grip krijgen is lastig doordat het contact vaak vluchtig is en, vooral in het geval van de AMV'ers, kinderen vaak weer verhuisd zijn.

#### 4.2.7 Samenvatting

Activiteiten gericht op het versterken van gezinsverbanden en opvoedondersteuning versterken veerkracht en coping mechanismen. Samen met een gestructureerde dagbesteding met daarin onderwijs en vrijetijdsbesteding dragen zij bij aan preventie van eventuele mentale problematiek. Hiervoor zijn opvoedondersteuning en psycho-educatie met een cultuur sensitieve blik nodig. Zorgverleners geven aan zich niet altijd voldoende bekwaam te voelen om met culturele verschillen om te gaan. Onderwijs en peuterspeelzalen spelen een ook belangrijke rol bij de ontwikkeling van kinderen, de toegang hiervoor is niet voor elk kind of jongere gelijk. Over hoe de rol van vertrouwenspersoon ingevuld dient te worden, verschillen de professionals van mening, maar dit wordt wel als kansrijk gezien. De tweede laag van de MHPSS-piramide bevat een belangrijke maar ook ingewikkelde signalerende rol, waarbij herkenning van gedrag en een goede samenwerking belangrijk is.

### 4.3 Gerichte niet specifieke ondersteuning.

#### IVRK Artikel 24 – Gezondheid en gezondheidszorg

De derde laag van de MHPSS piramide bestaat uit meer gerichte individuele, gezins- of groeps-ondersteuning voor een kleiner aantal kinderen en jongeren. Deze geïndiceerde preventie is voor kinderen en jongeren met lichte klachten of een geconstateerde kwetsbaarheid (23). De interventies worden vanuit de 0e en 1ste lijn aangeboden via school, de JGZ, GZA en lokale gemeentes. De JGZ biedt onder andere opvoedondersteuning, psycho-educatie en verstrekt informatie over de zorg en het zorgsysteem in Nederland.

Pharos heeft hiervoor de gids Preventieve interventies voor het versterken van de psychische gezondheid en veerkracht van vluchtelingen ontwikkeld. Deze gids bevat een sociale kaart met interventies gericht op preventie van psychische klachten en het versterken van mentale veerkracht (63). De eerder getoonde signalerings-flowchart (bijlage 5) laat zien dat de signalering voor psychische problematiek bij Nidos, school, COA, GZA en JGZ ligt.

Zodra bijvoorbeeld school of COA signaleert dat er extra hulp nodig is kunnen zij ouders en kinderen verwijzen naar de JGZ of het GZA. Vanuit het GZA kan de POH-GGZ ingeschakeld worden. Met de POH-GGZ kunnen ondersteunende gesprekken plaatsvinden. De praktijk laat zien dat niet elke POH-GGZ zich bekwaam genoeg voelt om ook kinderen en jongeren te ondersteunen. POH-GGZ medewerkers zijn vaak opgeleid om alleen volwassenen te begeleiden/behandelen en de speciaal opgeleide POH-GGZ Jeugd medewerker is niet op alle locaties aanwezig.

Daarnaast heeft GZA een preventieprogramma ontwikkeld, Bamboe (64). Verwijzing hiervoor loopt via het GZA, COA, JGZ of school. Het programma bestaat uit een training van vijf groepsbijeenkomsten die elk twee uur duren. Thema's rond veerkracht, emoties, doelen stellen, dankbaarheid en je sterke kanten worden besproken. Tijdens de gesprekken is een tolk aanwezig. Het programma kan gegeven worden vanaf 6 jaar. Vanuit de gesprekken is naar voren gekomen dat Bamboe niet op alle locaties gegeven wordt of niet voor alle leeftijdsgroepen. Dit heeft te maken met de ervaring en beschikbaarheid van de Bamboe trainers. Niet alle trainers hebben ervaring met de doelgroep kinderen en jongeren. De beschikbaarheid van Bamboe is ook niet bij alle hulpverleners in de JGZ en het COA bekend. Ook wordt door professionals aangegeven dat Bamboe te licht wordt bevonden voor de groep AMV'ers.

Als lokaal initiatief heeft GGNet een eigen preventie programma ontwikkeld, speciaal voor AMV'ers, om de veerkracht van kinderen en jongeren te versterken. Er wordt gestart met sessies gericht op het versterken van de psychosociale veerkracht en vroegsignalering. De combinatie met sleutelpersonen/ ervaringsdeskundige motiveert jongeren in de sessies, het geeft herkenning wat bij een tolk gemist wordt. Wordt er gesignaleerd dat een kind of jongere meer hulp nodig heeft, dan bestaat de mogelijkheid om individuele gesprekken te voeren. Een recent rapport van Verwey en Jonker heeft laten zien dat deze interventie het algeheel psychisch welbevinden van deelnemers significant verbeterd (65). De interventie vanuit GGNet kan alleen ingezet worden als de gemeente een contract heeft afgesloten met GGNet.

Hoe cultuursensitief en traumasensitief een interventie is, is niet alleen bepalend voor het slagen van de behandeling, maar ook voor de therapietrouw. Als eerste moet er verbinding gemaakt worden. De start met intakevragenlijsten werkt niet zonder eerst een relatie aan te gaan, aldus een gedragsdeskundige. De tijd nemen om samen met ouders en kinderen te bespreken wat er nodig is en in welke vorm, is essentieel.

Zoals ook al bij het sociaal ecologisch model is besproken zijn de gemeentes verantwoordelijk voor de jeugdhulp aan kinderen die in een AZC wonen en aan AMV'ers. Gemeentes krijgen hiervoor een vergoeding op basis van de aantallen kinderen in de COA-opvang. Doordat gemeentes hun eigen invulling aan het jeugdzorgbeleid mogen geven is er veel versnippering in aanbod. De verwijzing naar jeugdhulpverlening loopt via verschillende routes. Nidos, JGZ en GZA kunnen direct een doorverwijzing maken. Er zijn ook gemeentes waarbij de verwijzingen alleen via het gemeentelijk jeugdteam lopen.

In een aantal gesprekken is benoemd dat het interessant is om te kijken naar evidence-based MHPSS programma's en interventies die zijn ontwikkeld voor inzet in crisis-settings. Deze programma's kunnen van toegevoegde waarde zijn voor kinderen in de asielopvang. Ondanks dat dit eigenlijk buiten de reikwijdte van dit onderzoek ligt willen we toch drie van deze programma's uitlichten als voorbeeld.



Onder leiding van de WHO (World Health Organisation) heeft War Child het Early Adolescent Skills for Emotions (EASE) programma medeontwikkeld. Dit is een programma voor jongeren tussen de 10 en 15 jaar en hun ouders/verzorgers, waarbinnen mensen in gemeenschappen met beperkte middelen worden opgeleid in het verlenen van geestelijke gezondheidszorg. De interventie zorgt ervoor dat niet-gespecialiseerde aanbieders geestelijke gezondheidszorgondersteuning bieden in omgevingen met weinig middelen. Het ontwerp van dit programma maakt een snelle opschaling mogelijk – en zou hoogwaardige geestelijke gezondheidszorg breder beschikbaar kunnen maken voor kwetsbare jongeren.

---

*‘Het is eigenlijk helpend voor alle kinderen maar noodzakelijk voor sommigen kinderen om het te volgen.’*

---

- Ease medewerker

Een tweede mogelijk kansrijk programma is Problem Management Plus. Ook Problem Management Plus is een laag-intensieve interventie die is ontwikkeld door de World Health Organization (WHO). De programma's zijn kort en worden gegeven door opgeleide assistenten die geen geestelijke gezondheidsprofessional zijn. De interventies richten zich op symptomen van veelvoorkomende klachten zoals angst, depressie en post-traumatische stressstoornis (66).

Een derde programma is I Support My Friends, ontwikkeld door UNICEF, Save the Children, MHPSS Collaborative en de WHO. I Support My Friends bouwt voort op de principes van Psychological First Aid (PFA) (67) om oudere kinderen en adolescenten uit te rusten met de vaardigheden en kennis om hun vrienden in nood te ondersteunen, onder begeleiding van vertrouwde volwassenen (68).

#### 4.3.1 Samenvatting

Er zijn vele partijen betrokken bij de mentale zorgverlening voor de kinderen in de asielopvang. Het aanbod is vanwege het gedecentraliseerde zorglandschap versnipperd. Goede samenwerking, overlegstructuren en communicatie tussen hulpverleners is cruciaal. Tevens is het belangrijk dat een interventie voldoende cultuur en traumasensitief is voor het slagen van de behandeling. Er zijn in de loop van tijd verschillende MHPSS programma's en interventies ontwikkeld die ingezet worden in crisis-settings wereldwijd, zoals bijvoorbeeld EASE, PM+ en I Support My Friends. Het biedt mogelijk kansen te onderzoeken welke van deze inzetbaar zijn in de context van het asielopvangsysteem in Nederland.

---

*‘Er is veel aandacht voor trauma en wat mensen hebben meegemaakt, maar er is weinig aandacht voor wat wij aan problemen veroorzaken vanwege de crisis in het opvangsysteem. Dat laatste is wel iets dat wij kunnen oplossen.’*

---

- Woonbegeleider

## 4.4 Gespecialiseerde zorg

### IVRK Artikel 24 – Gezondheid en gezondheidszorg

De bovenste laag van de MHPSS piramide bestaat uit de zorgverlening die nodig is voor het kleine percentage van de kinderen en jongeren waarbij de persoonlijke ontwikkeling dusdanig schade oploopt dat het aanzienlijke problemen kan ondervinden bij het dagelijks basis-functioneren. Doorverwijzing naar de specialistische GGZ is dan nodig. Arq heeft hiervoor een overzichtelijke sociale kaart opgesteld per regio in Nederland met daarin het aanbod aan interculturele GGZ zorgverlening. Hierin komt naar voren dat er geen goede landelijke dekking is. Er kunnen lange reistijden nodig zijn om bij de juist behandelaar terecht te komen. Dit speelt een rol in de therapietrouw van de patiënten (69).

Traumabehandelingen zijn behandeltrajecten die lang duren. Het opbouwen van een vertrouwensband vormt de basis voor het slagen van de therapie. Door de vele verhuizingen kan deze band niet goed opgebouwd worden. Behandelaren geven aan hierdoor voorzichtig te zijn met het opstarten van een behandeltraject. Door het niet af kunnen maken van behandeltrajecten als gevolg van verhuizingen, en weer onderaan geplaatst worden op de wachtlijst van een nieuwe GGZ instelling, verdwijnt het vertrouwen, de hoop en motivatie voor de behandeling bij kinderen en jongeren. Meestal worden kinderen tot de leeftijd van 18 jaar in het Kind en Jeugd Team van een GGZ instelling behandeld, maar er zijn ook instellingen die ervoor kiezen om behandelingen bij het Kind en Jeugd Team plaats te laten vinden tot de leeftijd van 25 jaar.

---

*‘We zien ook veel schuldgevoelens over je eigen leven verkiezen boven dat van een ander. Letterlijk vertellen sommige kinderen dat ze iemand moesten achterlaten in de woestijn die bijna dood was, maar ze konden hem niet meer dragen.’*

---

*- Gedragsdeskundige*

---

*‘Naast de trauma’s die zijn opgelopen op de vlucht hebben we nu ook te maken met trauma’s die zijn ontstaan in Nederland door het gebrek aan perspectief, uitzichtloosheid en geen vertrouwensband op kunnen bouwen.’*

---

*- GGZ professional*

Bewezen effectieve behandelingen binnen de GGZ zijn KIDNET, EMDR en CGT (70).

Binnen de GGZ wordt veel gebruik gemaakt van vaktherapeuten. Vaktherapeuten behandelen kinderen en jongeren met psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornissen. Bij vaktherapie ligt de nadruk meer op het doen en ervaren en minder op het praten. Juist bij kinderen met een vluchtachtergrond is vaktherapie werkzaam, omdat zij de Nederlandse taal niet altijd even machtig zijn, obstakels ervaren in het bespreken van psychische thema’s vanwege taboe en angst voor stigma of omdat het gesprek een westerse vorm van behandeling is en niet aansluit bij de behoefte van het kind. De therapievormen kunnen met muziek, beeldend, dans, drama, psychomotorisch en spel zijn. Professionals geven aan dat er positieve ervaringen met deze behandelvormen zijn.

---

*'Je ziet een verschil in de traumabehandeling van Nederlandse kinderen en de kinderen die gevlucht zijn en dan met name in de gehechtheid van de kinderen. De kinderen die gevlucht zijn, zijn over het algemeen in de basis veilig gehechte kinderen. Dan zie je na behandeling een heel gezond kind boven komen.'*

---

*- GGZ professional*

De toegang voor de crisiszorg maar ook de jeugdzorg voor jongeren is moeilijk. Een van de professionals verteld: 'Als er echt grote zorgen zijn en de crisisdienst is nodig dan loop je tegen culturele verschillen en taal aan. Als jongeren opgenomen worden zien we op de crisisgroepen dat ze er niks mee kunnen. De crisisdienst stuurt de jongeren dan soms ook weer terug naar het COA met de mededeling 'wij kunnen er niks mee, laat maar opnemen in een gesloten jeugdinstelling'. Maar hiermee breng je de jongere nog veel meer schade mee toe. De echt goede zorg voor jongeren is moeilijk, dit heeft toch te maken met de vele verhuizingen en het gebrek aan culturele kennis' (Gedragsdeskundige, Woonbegeleider).

Op de COA-locaties waar een interculturele GGZ werkzaam is werkt de samenwerking goed. De kinderen en jongeren kunnen over het algemeen snel terecht. Binnen de GGZ zijn de interculturele GGZ afdelingen belangrijk in de begeleiding van deze specifieke kwetsbare doelgroep. Hier kan de verbinding tussen taal en cultuur goed gemaakt worden door de inzet van cultureel mediators. De overdracht binnen de GGZ verloopt niet altijd goed. Door de vele verhuizingen wordt de zorg vaak niet goed gecontinueerd. Ook zijn er professionals die aangeven dat de taal als probleem kan worden gezien bij de behandeling. Daardoor worden behandelingen niet altijd opgestart terwijl getraumatiseerde vluchtelingenkinderen en -jongeren steeds vaker worden geïdentificeerd als een specifieke groep binnen de geestelijke gezondheidszorg en hun aantal groeit (26).

#### **4.4.1 Samenvatting**

Traumabehandelingen zijn behandeltrajecten die lang duren en het opbouwen van een vertrouwensband is essentieel. Er zijn goede ervaringen met interculturele GGZ instellingen op locatie, maar er is geen goede landelijke dekking. Culturele verschillen vormen soms een obstakel in toegang tot crisiszorg. De vele verhuizingen belemmeren de continuering van zorg. De problemen in de jeugdzorg gelden ook voor deze groep kinderen. KIDNET, EMDR en CGT zijn bewezen effectieve behandeling. Ook spelen de vaktherapeuten een belangrijke rol in de behandeling.





## 5. CONCLUSIE

Dit onderzoek betreft een verkenning naar de organisatie van mentale zorgverlening voor kinderen in de asielopvang in Nederland. Hiervoor hebben we een literatuurstudie gedaan en hebben we 51 netwerkpartners in de zorg voor kinderen in de asielopvang gesproken. De resultaten van de interviews bevestigen het beeld uit de literatuurstudie.

Vanuit de vraag in hoeverre psychosociale steun en geestelijke gezondheidszorg voor kinderen in de asielopvang voldoen aan de verplichtingen voortvloeiend uit de relevante artikelen van het IVRK, concluderen we dat dit onvoldoende nageleefd wordt en dat meerdere rechten van kinderen structureel geschonden worden. Dit heeft een negatief effect op hun fysieke en mentale gezondheid en hun ontwikkeling.

Het aandeel kinderen in de asielopvang is groot en de leefomstandigheden zijn met name in de noodopvang onder de maat. De situatie in de noodopvang heeft een permanent karakter aangenomen, gekenmerkt door een constante cyclus van sluiting en opening. Dit resulteert in frequente overplaatsingen van deze kinderen naar andere tijdelijke locaties, waardoor het hen ontbreekt aan de stabiliteit en veiligheid die essentieel zijn voor hun welzijn en ontwikkeling. Het aandeel kinderen in de noodopvang is in de laatste twee jaar gestegen. Ondanks de vele onderzoeken, brandbrieven, aanbevelingen van onder andere het VN-Kinderrechtencomité en het dalen van Nederland op de wereldwijde ranglijst van kinderrechten blijft adequate politieke actie uit. Uit alle gesprekken kwam naar voren dat de belangrijkste prioriteit het stoppen van de verhuizingen is. De vele verhuizingen hebben niet alleen gevolgen voor het welzijn van het kind, maar ook voor de toegang tot zorg.

Alle professionals die we voor dit onderzoek gesproken hebben geven aan dat structuur en stabiliteit de basis vormen voor het goed op kunnen groeien van kinderen en dat juist deze structuur en basis ontbreekt in de asielopvang. De vele verhuizingen, lange procedures, gebrek aan veiligheid, gebrekkige leefomstandigheden en onvoldoende toegang tot zorg en onderwijs zijn keer op keer terugkerende signalen zowel in voorgaande onderzoeksrapporten als in de gesprekken die we voor dit onderzoek hebben gevoerd. Deze ontoereikende leefomstandigheden zijn schadelijk voor de ontwikkeling van kinderen en leiden tot mentale klachten zoals slaapproblemen en prikkelbaarheid. De vele verhuizingen zorgen er daarnaast voor dat kinderen te laat de juiste zorg krijgen. Hierdoor wordt onnodig schade toegebracht aan kinderen in de asielopvang.

Ook blijkt dat de lange looptijd bij IND schadelijke gevolgen kan hebben. Het lange verblijf in opvanglocaties, zorgen om de toekomst, de ervaren druk rondom het horen en de grote consequenties daarvan hebben allen hun weerslag op het mentaal welzijn. Ook blijven de zelfstandige asielmotieven van kinderen in de procedure onderbelicht.



Uit alle gesprekken kwam een sterke voorkeur voor kleinschalige woonomgevingen naar voren. Het voordeel van kleine locaties is dat bewoners gemakkelijker aansluiten bij de gemeenschap en het zorgt voor lokaal meer draagvlak. De accommodatie waar kinderen, alleen of met hun gezinsleden, verblijven moeten voldoen niet altijd de wettelijke eisen m.b.t. veiligheid, hygiëne, privacy en toegankelijkheid, met name de noodopvang voldoet niet aan de kwaliteitseisen van het COA zelf. Daarnaast is er niet op elke locatie waar kinderen verblijven een kindvriendelijke ruimte.

Als we bekijken hoe de zorgverlening voor het mentaal welbevinden van vluchtelingenkinderen is ingericht valt direct de grote versnippering binnen de zorg op. Doordat er onvoldoende stabiliteit is binnen de asielopvang hebben het COA, GZA, JGZ, School en stichting Nidos een belangrijke signalerende functie als het gaat om het mentaal welbevinden voor de kinderen. Deze zorgverleners/begeleiders kunnen met ouders en kinderen in gesprek gaan om te bekijken waar ouders en kinderen behoefte aan hebben bij oplopende stress en (beginnende) mentale problemen. Er zijn twijfels over hoe deze signaalfunctie wordt ingevuld. Aan de ene kant zijn er aanwijzingen dat niet al het COA personeel dat werkzaam is op een locatie voldoende op de hoogte is van signalen waarop gelet kan worden. Aan de andere

zijde is signaalfunctie rondom de vrijetijdsbesteding in opvanglocaties onvoldoende geformaliseerd. Het is niet altijd duidelijk of een signaal opgepakt wordt en er wordt niet altijd terugkoppeling gegeven.

Kinderen en verzorgers zijn niet altijd goed op de hoogte van de aanwezigheid en mogelijkheden voor hulp. De familiestructuur waarbinnen problemen worden besproken ontbreekt, of er ontstaat de neiging elkaar te ontzorgen. Door de onwetendheid over het Nederlandse zorgsysteem voelen ouders zich vaak niet goed gehoord. Hierin ligt niet alleen de taak voor het COA om de gidsfunctie goed uit te voeren, maar ook voor de andere betrokken partijen om bewoners goed te informeren over hun aanbod en tijdig te signaleren wanneer er zich problemen ontwikkelen. Deze problemen kunnen zich in lichamelijke klachten, gedragsmatige uitingen of het is terug te zien in schoolresultaten of schoolverzuim.

In de gesprekken is meerdere malen naar voren gekomen dat er een verschil is tussen het (landelijk) beleid voor de mentale zorgverlening en de uitvoering in de praktijk. Als er gekeken wordt naar de preventieve zorg, eerstelijnszorg en tweedelijnszorg kan er geconcludeerd worden dat in alle lagen van de MHPSS piramide goede programma's en behandeling aanwezig zijn. Echter de versnippering binnen de jeugdzorg is groot. Dit komt doordat de zorg is gedecentraliseerd en is ondergebracht bij de gemeentes. Hierdoor is er per gemeente of regio verschil in het aanwezige zorgaanbod. Gemeentes mogen zelf de inhoud van het pakket aan jeugdzorg bepalen. Door deze versnippering en de relatief kleine en specifieke doelgroep hebben kinderen geen gelijke toegang tot een gelijk zorgaanbod. Preventieve programma's zoals Bamboe zijn soms onvoldoende

beschikbaar. De aanwezigheid van interculturele GGZ instellingen op COA-locaties en reisafstanden tot de GGZ instellingen spelen ook een rol bij de toegang tot zorg. Een goede landelijke dekking waarmee alle kinderen gelijkwaardig een passende vorm van hulp krijgen ontbreekt.

Bij de zorg voor kinderen in de asielopvang zijn veel verschillende partijen betrokken. Door de grote diversiteit tussen gemeentes en de vele programma's die lokaal of kleinschalig georganiseerd zijn wordt gespecialiseerde kennis en kunde rondom de zorg voor vluchtelingen in regulier beleid van zorginstellingen bemoeilijkt. Uit de gesprekken bleek dat onderling niet geleerd wordt van successen en goede voorbeelden uit de verschillende regio's. Dit komt niet alleen door de hoge druk op het opvangsysteem, maar ook omdat in het decentrale zorgsysteem de infrastructuur om te kunnen leren van elkaar ontbreekt.

Bij het openen van nieuwe locaties is het belangrijk dat alle partijen van tevoren met elkaar in gesprek gaan om te zorgen dat de goede zorg, ondersteuning en onderwijs geboden kan worden. Dit wordt op dit moment gemist. Locaties worden geopend voordat er afspraken voor onderwijs gemaakt zijn of voordat er voldoende ruimtes beschikbaar om goede zorg te kunnen leveren. Ook worden locaties alweer gesloten nog voordat deze afspraken gemaakt zijn of ruimtes opgeleverd zijn.

Voor kinderen en hun ouders/verzorgers geldt dat een goed vangnet belangrijk is. Het versterken van veerkracht en coping biedt preventie voor eventuele mentale problematiek later in het leven. In de literatuurverkenning kwam naar voren dat kinderen met een vlucht- en migratieachtergrond een verhoogd risico op mentale problemen hebben, maar ook dat zij veerkrachtig zijn. Veerkracht is een belangrijk onderdeel van mentale gezondheid. Het is een dynamisch proces wat continue in ontwikkeling is door de ervaring die een kind meemaakt. Kinderen zijn vanwege hun veerkracht vaak in staat psychisch gezond te blijven en zich te ontwikkelen, ondanks nare ervaringen en tegenslagen. Deze veerkracht wordt versterkt door een gericht activiteitenaanbod op de opvanglocaties, zoals de activiteiten

van Time4You, Stichting De Vrolijkheid, TeamUp en CliniClowns. Maar veerkracht wordt ook versterkt door het geven van kennis, regie en participatie.

We weten dat de mate van cultuursensitiviteit en traumasensitiviteit niet alleen bepalend is voor het slagen van de behandeling, maar ook voor de therapietrouw. Toegankelijkheid en verbinding tussen patiënt en behandelaar is essentieel. Vanwege de vele verschillende culturele achtergronden van kinderen in de opvang is het belangrijk dat er voldoende kennis en vaardigheid is onder zorgprofessionals om deze kinderen goed te kunnen begeleiden. Het overbruggen van de culturele verschillen is moeilijk, blijkt zowel uit de literatuur als uit de interviews. Zorgprofessionals voelen zich niet allemaal voldoende bekwaam hierin. Zij geven aan hier graag meer kennis van te willen.

Ook is het voor ouders/verzorgers en kinderen soms ongebruikelijk om over psychische klachten te spreken door stigma's en taboes die er heersen vanuit de culturele achtergrond. Door gebruik te maken van opvoedondersteuning en (mentale) gezondheidsvoorlichting kunnen ouders/verzorgers en kinderen hierin begeleid worden. De inzet van cultureel mediators en ervaringsdeskundigen hierbij kan de culturele afstand verkleinen. Met deze inzet wordt er niet alleen letterlijk vertaald maar wordt ook een vertaalslag gemaakt in de cultuur en (h)erkenning van doorgemaakte omstandigheden van kinderen en hun ouders/verzorgers.

Het aantal kinderen dat in de asielopvang verblijft is een heel klein percentage van het totaal aantal kinderen in Nederland. Daarentegen is het wel een van de meest kwetsbare groep kinderen in Nederland. De Wet verbetering beschikbaarheid jeugdzorg biedt een kans om tot een landelijk dekkend, eensgezind zorgaanbod voor specifiek deze groep kinderen te komen.

## 6. AANBEVELINGEN

Naar aanleiding van het in kaart brengen van de inrichting van psychosociale steun en mentale zorg voor kinderen in de asielopvang in Nederland kunnen we aanbevelingen doen voor elke laag van de MHPSS piramide. De aanbeveling zijn onderverdeeld in aanbevelingen gericht aan lokale overheden, landelijke overheden en zorgverleners.

### 1 Aanbeveling voor basisbehoeften en veiligheid

De aanbevelingen die uit eerdere rapporten, maar ook in de gesprekken die wij hebben gevoerd, naar voren zijn gekomen over verhuizingen, hygiëne, veiligheid, privacy, toegankelijkheid, kleinschalige opvang omarmen wij, maar omwille van de ruimte herhalen wij die hier niet.

#### Gemeentes en overheid

- Herplaats kinderen zo snel mogelijk van de noodopvang naar reguliere opvanglocaties.
- Voorkom het overplaatsen van AMV'ers voor hun 18e levensjaar naar reguliere azc's.
- Besteed in de asielpcedure specifiek aandacht aan kindvriendelijke horen en het signaleren van zelfstandige asielmotiveerders van de meegevoerde kinderen. Maak hierbij gebruik van de kindvriendelijke toolkits en/of stripboeken die diverse organisaties reeds beschikbaar hebben.
- Vergroot de regie en participatie door het oprichten van medezeggenschapsraden, kinderraden en, onder voorwaarden, de mogelijkheid tot het nemen van een bijbaan ter vergroting van zelfstandigheid en financiële geletterdheid.

### 2 Aanbeveling ter ondersteuning van families en samenleving

#### Versterken van het vangnet rondom kinderen en hun ouders

- Zorg voor een kindvriendelijke ruimte op elke opvanglocatie.
- Zorg voor de aanwezigheid van een contactpersoon kind op elke locatie.
- Investeer in een structureel activiteiten aanbod gericht op het versterken van veerkracht.
- Organiseer eigen kookgelegenheden voor ouders/verzorgers.
- Maak de peuterspeelzaal en BSO voor iedereen toegankelijk.
- Versterk de ouders, het gezin en kind door voldoende mogelijkheid aan te bieden voor opvoedondersteuning, met aandacht voor culturele verschillen.

#### Signalerende functie

- Biedt doorlopend scholing aan personeel over signalen van psychische problemen zoals verwarring, teruggetrokken gedrag, etc. bij kinderen in de asielopvang.
- Formaliseer de signalerende functie van activiteitenbegeleiders in de vrijetijdsbesteding; zorg voor een gedegen protocol inclusief verslaglegging en terugkoppeling.
- Geef zorgverleners de mogelijkheid om extra scholingen te volgen over het geven van psycho-educatie bij trauma-gerelateerde klachten.
- Veranker cultuur sensitieve en trauma sensitieve begeleiding in zowel het onderwijs als de woonbegeleiding.

#### Gemeentes en overheid

- Veranker voorwaarden voor kindvriendelijke en veilige opvang in het kwaliteitskader waar een opvanglocatie aan moet voldoen. Gebruik hiervoor de uitgangspunten kindvriendelijke en veilige asielopvang van Werkgroep Kind in AZC.
- Faciliteer lokale initiatieven voor kinderen in opvanglocaties die ontstaan vanuit de gemeenschap.
- Stel gemeentes in staat te leren van elkaars best practices, waaronder activiteiten, programma's, interventies en samenwerkingsverbanden op het gebied van vrijetijdsbesteding van kinderen in de opvang. Verken hiervoor de mogelijkheid tot een landelijk platform of dashboard.



### 3 Gerichte psychosociale ondersteuning

#### Zorgverleners

- Maak gebruik van het aanbod overzicht uit de gids Preventieve interventies voor het versterken van de psychische gezondheid en veerkracht van vluchtelingen ontwikkeld opgesteld door Pharos.
- Zorg voor een multidisciplinair overleg (MDO) op elke locatie met gezinnen en kinderen, waarbij ook school, peuterspeelzaal, COA en activiteitenbegeleiders betrokken worden.

#### Gemeentes en overheid

- Onderzoek welke bewezen programma's uit internationale crisis-settings toepasbaar zijn in de asielopvang voor psychosociale steun en mentale zorg.

### 4 Gespecialiseerde GGZ

- Verleng de maximale leeftijd waarop jongeren in de asielopvang onder behandeling kunnen blijven bij het GGZ Kinder- en Jeugdteam tot 25 jaar.
- Maak binnen B-GGZ gebruik van laagdrempelige inzet van vaktherapeuten.
- Onderzoek of deze doelgroep specifiek aangemerkt kan worden als hoog specialistische GGZ bijzondere kwetsbare groep in de Wet verbetering beschikbaarheid jeugdzorg.
- Laat doorverwijzers naar de S-GGZ gebruik maken van de sociale kaart opgesteld door Arq.

### 5 Overkoepelend

- Maak gebruik van de inzet van zorgprofessionals met een specifieke culturele achtergrond, cultureel mediators, intermediairs, sleutelpersonen en ervaringsdeskundigen om uitleg te geven over het zorgstelsel in Nederland, maar ook om een culturele vertaalslag te kunnen maken bij begeleiding en behandeling.
- Betrek gezondheidszorgorganisaties, onderwijsorganisaties, welzijnsorganisaties, sport- en verenigingsleven en overige lokale maatschappelijke organisaties in een vroeg stadium bij het openen van een nieuwe opvanglocatie. Want zoals het oud Afrikaans gezegde luid: *"it takes a village to raise a child"*.



# BRONVERMELDING

1. FACTSHEET versie 2019 Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland. COA, GGD-GHOR, GZA
2. Rapport Dweilen met de kraan open. De bedreigde ontwikkeling van kinderen in gezinslocaties en de drempel tot adequate (jeugd)hulp. April 2023
3. Brief Kinderen in de noodopvang en crisisnoodopvang Inspectie Justitie en Veiligheid. Sept 2023 ([inspectie-jenv.nl](https://inspectie-jenv.nl))
4. UNHCR's aanbevelingen voor het verbeteren van de opvang van asielzoekers en vluchtelingen in Nederland Jan 2024 ([unhcr.org](https://unhcr.org))
5. Rapport Pharos, rode kruis, dokters van de wereld. Zorgen in tijden van crisis gezondheidszorg in de crisisnoodopvang. Juni 2023
6. Rapport VluchtelingenWerk: Gevlucht en vergeten? Leefomstandigheden in de (crisis)noodopvang voor asielzoekers. Augustus 2023
7. Monitor: leefomstandigheden van kinderen in de asielopvang. Werkgroep kind in AZC 2021
8. Inspecties: Veiligheid en ontwikkeling van kinderen in asielopvang nog steeds in gevaar. Nieuwsbericht | 03-05-2023 | 13:00
9. <https://jeugdjournaal.nl/artikel/2528591-baseer-woont-al-maanden-in-de-noodopvang-kan-niet-naar-school>
10. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/asielbeleid/aanpak-crisis-opvang-asielzoekers/spreidingswet>
11. Is dit een gecreëerde crisis of een échte, vraagt de voorzitter van de gemeentelijke asielcommissie zich af. De Volkskrant 27 september 2024
12. COA: Stand van de uitvoering 2024
13. Rapport Pharos, Save the Children Gevlucht en geland Psychosociale steun en mentale zorg in Nederland voor jongeren met een vluchtachtergrond. Maart 2023
14. AJN signaalbrief staatssecretaris Justitie en Veiligheid m.b.t. schadelijke verplaatsingen asielkinderen. Maart 2023
15. Rapport kinderombudsman, de crisis voorbij naar een menswaardige opvang van asielzoekers vanuit mensen- en kinderrechtelijk perspectief. Juni 2023
16. Rapport Dweilen met de kraan open. De bedreigde ontwikkeling van kinderen in gezinslocaties en de drempel tot adequate (jeugd)hulp. April 2023
17. Trimbos, Pharos Handreiking bevordering mentale gezondheid jeugd. (2021)
18. [www.jeugdzorgnederland.nl](https://www.jeugdzorgnederland.nl)
19. Rapport Jeugdautoriteit, Stand van de jeugdzorg 2023, juni 2023
20. Nota van toelichting, Wet verbetering beschikbaarheid jeugdzorg (concept), juli 2024
21. [Kinderrechten.nl](https://kinderrechten.nl)
22. <https://www.kidsrights.org/nl/onderzoek/kids-rights-index/>
23. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings
24. Handreiking maart 2017, Pharos, Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren
25. [www.Warchild.nl](https://www.Warchild.nl)
26. Slijpen et al. Lives on hold: A qualitative study of young refugees' resilience strategies Childhood 2017, Vol. 24(3)
27. Unicef, THE SOCIAL ECOLOGICAL MODEL
28. SCI Mental Health and Psychosocial Support Technical Guidance
29. Sloover et al. Parent-Child Communication About Potentially Traumatic Events: A Systematic Review. TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE 1-13 (2023)
30. NCJ onderzoek Stress bij kinderen: hoe houden we het gezond? Stress bezien vanuit de Jeugdgezondheidszorg 2019
31. <https://www.mentalhealth.org.uk>
32. Mental Health and Psychosocial Support Brief, KIT, 2020
33. Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) for Children, Adolescents and their Families, Save the Children, 2021
34. [www.Unhcr.org](https://www.Unhcr.org)
35. Save the Children, HIDDEN IN PLAIN SIGHT Migrant children travelling to and through Europe 2022
36. Unicef, A Child is a Child: Protecting Children on the Move from Violence, Abuse and Exploitation, mei 2017
37. Nickerson, A., Kashyap, S., Keegan, D., Edwards, B., Forrest, W., Bryant, R. A., O'Donnell, M., Felmingham, K., McFarlane, A. C., Tol, W. A., Lenferink, L., Hoffman, J., & Liddell, B. J. (2021). Impact of displacement context on psychological distress in refugees resettled in Australia: A longitudinal population-based study, Epidemiology and psychiatric sciences, 31, e51. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000324>

38. ESCAP. Communication of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Eur Child Adolesc Psychiatry (2018) 27:253–257  
<https://doi.org/10.1007/s00787-017-1064->
39. Toolkit tijdig signaleren van psychosociale problemen bij vluchtelingkinderen in de jeugdgezondheidszorg. Nov 2022
40. Jonker en Verweij. Opschaling van passende zorg voor vluchtelingen (december 2023)
41. Pharos, Arq, ZonMw. Notitie: Update rapport “Veerkracht en vertrouwen: bouwstenen voor psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen” Aangevuld met een verkenning naar de rol van psychische gezondheid bij arbeidstoeleiding van stathouders. (dec 2017)
42. Schippers, Bastiaens, Verstegen. Veerkracht en Versterken van Vluchtelingenkinderen de nidosmethode voor interculturele jeugdbescherming (2019)
43. [www.gave.nl/bibliotheek/interculturele-communicatie](http://www.gave.nl/bibliotheek/interculturele-communicatie)
44. Lebesque, C., Latuheru, J., Schippers, M., & De Haan, A. (2020). Jeugdhulp voor vluchtelingen: De succesfactoren volgens aanbieders, begeleiders en verwijzers. Nidos/Pharos/Jeugdzorg Nederland
45. [www.jeugdzorgnederland.nl](http://www.jeugdzorgnederland.nl)
46. E. Klooster. Zorg voor amv's op de ISK over trauma sensitief lesgeven. AMV'ers, LOWAN (2024)
47. Pharos, Arq, ZonMw. Notitie: Update rapport “Veerkracht en vertrouwen: bouwstenen voor psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen” Aangevuld met een verkenning naar de rol van psychische gezondheid bij arbeidstoeleiding van stathouders. (dec 2017)
48. Magazine Unicef Samenwerken aan kindvriendelijke opvang. Febr 2024.
49. Werkgroep Kind In AZC. Uitgangspunten kindvriendelijke en veilige asielopvang.
50. Avance. Leefomstandigheden van kinderen in asielzoekerscentra en gezinslocaties Rapportage I: Conclusies en aanbevelingen. Febr 2018.
51. Unicef. HOE GAAT HET MET DE KINDEREN? 100 bezoeken aan de (nood)opvang voor Oekraïners en asielzoekers. Mei 2023
52. <https://www.nwo.nl/stephanie-rap-kinderen-en-jongeren-kunnen-zelf-keuzes-maken-in-hun-asielprocedure>
53. Technical Guidance: Child Friendly Procedures | Refworld
54. Jeugdjournaal 12 juli 2024 Baseer woont al maanden in de noodopvang: 'Kan niet naar school'
55. Unicef. HOE GAAT HET MET DE KINDEREN? 100 bezoeken aan de (nood)opvang voor Oekraïners en asielzoekers. Mei 2023
56. <https://onderzoeksraad.nl/verkenning-onderzoek-naar-veiligheid-van-kinderen-in-asielketen/>
57. Rapport Werkgroep Kind In AZC, Leefomstandigheden van kinderen in asielzoekerscentra en gezinslocaties (2018)
58. S. Rap et al. 'A Test that is about Your Life\*': The Involvement of Refugee Children in Asylum Application Proceedings in the Netherlands. Refugee Survey Quarterly, 2022, 41, 298–319
59. UNHCR, TECHNICAL GUIDANCE CHILD-FRIENDLY PROCEDURES, 2021
60. Initiatiefnota Meedoen vanaf dag één. D66 Oktober 2022
61. Save the Children, M. Snijder and M. Apgar, Institute of Development. Psychosocial wellbeing for children in Dutch asylum reception centres TeamUp Impact evaluation. April 2024
62. Factsheet Pharos, Traumasensitief werken op school
63. Gids- Preventieve interventies voor het versterken van de psychische gezondheid en veerkracht van vluchtelingen, Pharos, Arq. 2021
64. <https://www.gzasielzoekers.nl/ikbenasielzoeker/bamboe>
65. Rapport Verwey en Jonker: Evaluatie van een preventieve ggz-interventie voor amv's. Jonge vluchtelingen veerkrachtig. April 2023
66. <https://arq.org/projecten/problem-management-plus>
67. <https://www.who.int/publications/i/item/psychological-first-aid>
68. <https://www.unicef.org/documents/i-support-my-friends>
69. ARQ Kenniscentrum Migratie. Sociale kaart landelijk overzicht interculturele GGZ en maatschappelijke ondersteuning. Juli 2023
70. Kenniscentrum Kinder en Jeugd psychiatrie, dossier Jeugd-ggz voor vluchtelingenkinderen
71. <https://www.kinderrechten.nl/assets/2022/03/Eind-observaties-VN-Kinderrechtencomite-2022.pdf>
72. [Kinderrechteninbeweging.nl](http://Kinderrechteninbeweging.nl)



## **BIJLAGEN**

## Bijlage 1



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Type opvang	Verantwoordelijke	Toelichting
<b>Asielzoekerscentrum</b> <b>Noodopvang</b>	Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA)	<b>Zorg op COA-locaties</b> <b>GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA)</b> heeft op vrijwel elke COA-opvanglocatie een gezondheidscentrum waar de asielzoeker terecht kan voor een afspraak met een zorgprofessional zoals de doktersassistent, verpleegkundige, POH-GGZ of huisarts.
<b>Crisisnoodopvang</b>	Gemeenten / veiligheidsregio's	<b>Zorg in de crisisnoodopvang</b> <b>Gemeenten/veiligheidsregio's</b> zijn momenteel zelf verantwoordelijk voor het regelen van zorg. Gemeenten kunnen GZA inschakelen, een beroep doen op lokale zorgverleners of een organisatie inhuren voor de zorg. Ook de <b>Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD)</b> kan een rol spelen.
<b>Opvang voor amv's</b>	Stichting Nidos	<b>Opvang, hulp en begeleiding</b> Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv's) – kinderen van buiten de EU, die zonder ouder(s) in Nederland zijn – vallen onder de verantwoordelijkheid van <b>Stichting Nidos</b> . Zij regelen opvang, hulp en begeleiding. Amv's kunnen tijdens hun asielprocedure zowel in locaties van het <b>COA</b> verblijven, als in locaties of opvang in beheer van Nidos.
<b>Asielprocedure</b> Na een asielaanvraag, identificatie en registratie van de aanvrager, volgt een medische intake door <b>GZA</b> . Asielzoekers uit landen met een risico op tuberculose krijgen een tbc-check van de <b>GGD</b> .		<b>Leefomstandigheden en zorg</b> Asielzoekers verblijven in een centrale ontvangstlocatie. Ze krijgen hier maaltijden, onderdak en toegang tot noodzakelijke medische zorg. <b>COA-medewerkers</b> kijken of asielzoekers speciale aandacht of begeleiding nodig hebben.

Bron: Zorg voor asielzoekers | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl)

## Bijlage 2

### PUBLIEKE GEZONDHEIDSZORG VOOR ASIELZOEKERS (PGA) EN VERGUNNINGHOUDERS



**TAKEN  
GGD GHOR  
NEDERLAND**

**Signaleren & monitoren**  
Vertalen van signalen, onderzoeks- en monitorgegevens naar beleid en praktijk.

**Adviseren**  
Over beleid en praktijk aan organisaties die betrokken zijn bij zorg aan asielzoekers.

**Contractmanagement**  
Afsluiten, onderhouden en aanpassen van contracten met COA, GGD'en en JGZ-instellingen.

**Helpdesk professionals**  
Ondersteunen van GGD'en en JGZ-instellingen bij uitvoering PGA-dienstverlening.

**Verbinden**  
Van uitvoerders, managers en beleidsmakers van organisaties betrokken bij zorg aan asielzoekers.

**TAKEN  
GGD'EN**

Tuberculosescreening, zo nodig onderzoek en behandeling



1

BIJ AANKOMST ASIELZOEKER



2

TIJDENS VERBLIJF  
IN COA-OPVANGLOCATIE



3

TIJDENS VERBLIJF IN GEMEENTE  
(VERGUNNINGHOUDER)

BELANGRIJKE STAKEHOLDERS: COA | GCA | MCA | OVERHEID | KENNISINSTITUTEN | BELANGEN- EN BEROEPSORGANISATIES

Bron: GGD-GHOR Nederland



## Bijlage 3

DEELNEMERS			
Groep	Aandachtsgebied	Aantal	
1	JeugdGezondheidsZorg (JGZ)	8	Jeugdarts Jeugdverpleegkundige GGD-GHOR
2	GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA)	4	Huisarts Praktijkverpleegkundige Physician assistant
3	Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ)	4	Arq traumacentrum GGZ Centraal Karakter kinder en jeugd psychiatrie GGNet
4	Onderwijs	4	Docent nieuwkomers onderwijs LOWAN PO, LOWAN VO
5	Activiteitenbegeleiding	4	Team-up, Stichting de Vrolijkheid VluchtelingenWerk Nederland Dokters van de Wereld Cliniclowns War Child
6	Maatschappelijke organisaties, kinderrechtenorganisaties en vluchtelingen NGO's	8	Pharos Unicef Defence for children EKANN Kinderombudsman UNHCR Save the Children, VluchtelingenWerk Nederland
7	Uitvoerende instanties	11	Samah Nidos Yoin, COA Rode kruis Inlia Foundations
8	Beleidsvoerende organisaties	4	Inspectie IGJ VNG ministerie J&V



# THEORY OF CHANGE

## OUR IMPACT

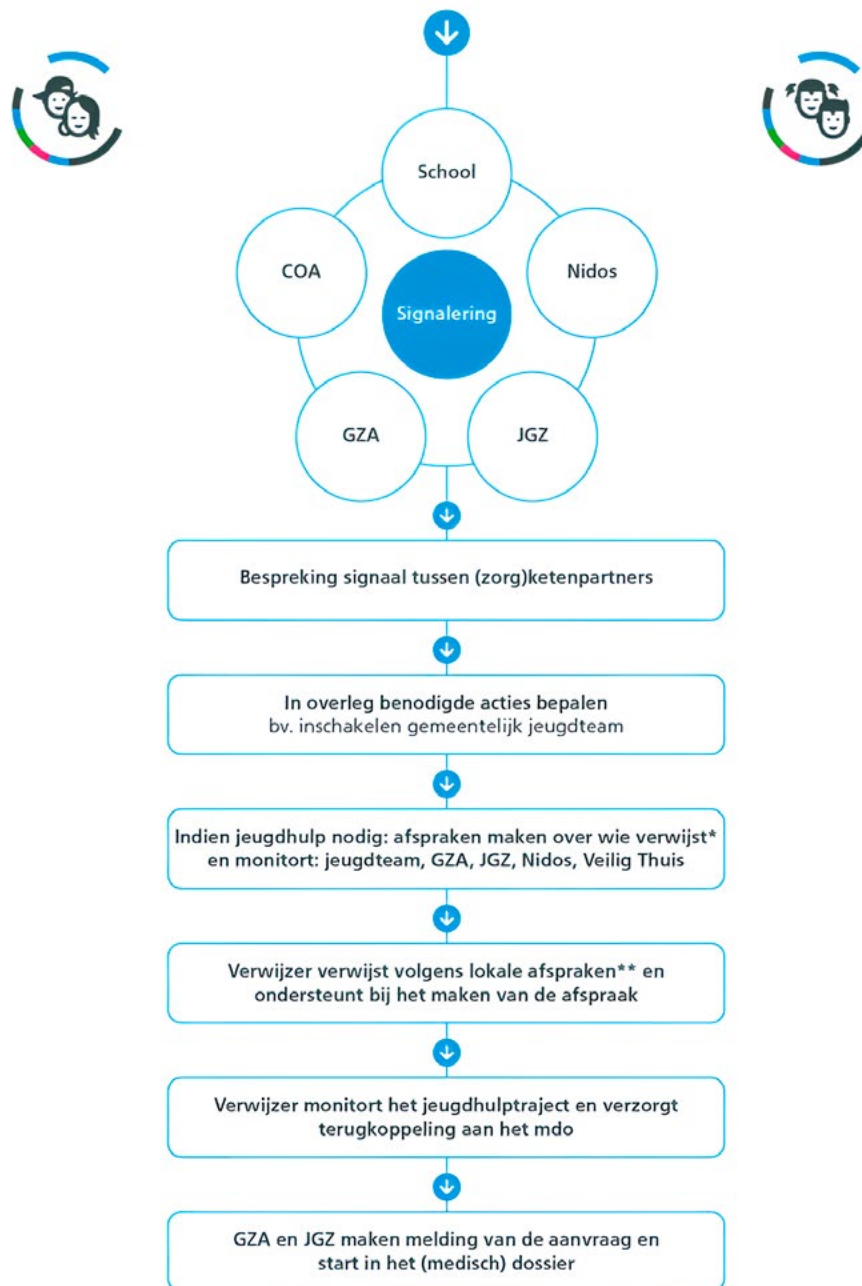
line of accountability **RESILIENCE IS INCREASED** **PSYCHOSOCIAL WELLBEING IS IMPROVED**



Bron: TeamUp

## Bijlage 5

### Flowchart signalering



\* Het jeugdteam kan ofwel zelf interventies inzetten, ofwel doorverwijzen naar (gecontracteerde) jeugdhulp. Indien er sprake is van vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling, wordt Veilig Thuis ingeschakeld.

\*\* Nidos maakt afspraken met de gemeente over gebruik bepaling jeugdhulp.

Bron:kenniscentrum kinder en jeugdpsychiatrie





Werkgroep  **Kind in azc**

Defence for Children  
Save the Children  
Stichting de Vrolijkheid  
VluchtelingenWerk Nederland  
INLIA Foundations  
UNHCR