

Asielkinderen tussen wal en schip?

Sjors van Beek

Het klinkt eenvoudig: een jeugdige asielzoeker krijgt een verblijfsvergunning, verhuist vanuit het asielzoekerscentrum (AZC) naar een gemeente, en gaat naar de dokter. De praktijk is weerbarstiger. Taalproblemen – en vooral het ontbreken van tolken – spelen de zorgverleners ernstig parten, het niet doorzenden van medische dossiers ook.

Eind 2014 verbleven er volgens een schatting van VluchtelingenWerk al zo'n 200.000 vluchtelingen in Nederlandse gemeenten. De taakstelling voor 2015 was 29.000, voor 2016 nog eens 43.000. Dat komt neer op 4,4 vergunninghouders per duizend inwoners. Een derde van hen is kind, in kleine gemeenten is dat aandeel nog groter. Een rondgang langs mensen in het veld leert dat de overgang van medische zorg onder de vleugels van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) naar de reguliere gezondheidszorg niet overal even vlekkeloos verloopt.

'Zonder professionele tolk kun je gewoon geen open gesprek hebben'

TAAL EN TOLKEN ALS STRUIKELBLOK

Met afstand het grootste knelpunt is het afschaffen van de vergoeding voor tolken, zo vertellen de geraadpleegde hulpverleners. Omdat het niet meer wordt betaald, zien veel huisartsen en jeugdartsen en -verpleegkundigen ervan af om een professioneel vertaler in te schakelen. Met als gevolg: 'handen- en voetenwerk', Google Translate en het inschakelen van familieleden of

bekenden. 'Geen ideale situatie', zegt Karin Kelly, jeugdarts bij GGD Noord- en Oost-Gelderland. 'Je weet nooit hoe betrouwbaar zo'n vertaling is. Zeker bij preciaire onderwerpen is het moeilijk. Neem meisjesbesnijdenis of menstruatieklachten. Zonder professionele tolk kun je gewoon geen open gesprek hebben, en dús de gewenste hulp niet inzetten'. Haar collega, jeugdverpleegkundige Maria Krabbenborg: 'Het is een heel gemis. Dan zie ik een klein meisje in groep 1 op school dat scheel kijkt, ik wil de ouders dan uitleggen dat het kind echt naar de oogarts moet en dat lukt dan niet. Soms hoop je dat er iemand is die een beetje Arabisch spreekt, maar je moet uitkijken wie je laat vertalen. Leerkrachten en huisartsen lopen hier ook tegenaan.'

Maria van den Muijsenbergh, huisarts in Nijmegen en in deeltijd verbonden aan Pharos (Expertisecentrum gezondheidsverschillen): 'Bij een verstuurde enkel red je je nog wel zonder tolk, maar niet bij complexe klachten. Een tolkend familielid kent bijvoorbeeld de term voor milt niet.' Huisartsen schakelen tolken nauwelijks nog in sinds ze het zelf moeten betalen, is bekend uit onderzoek. Van den Muijsenbergh: 'Een tolk kost ongeveer €40 voor twintig minuten, méér dus dan die huisarts van €18. Zes van die gesprekken per dag en dan ga je bij wijze van spreken failliet.' Ze vindt het onbegrijpelijk dat VWS de tolkenvergoeding heeft afgeschaft. 'De gedachte was: mensen moeten maar Nederlands spreken, dat is hun eigen verantwoordelijkheid. Maar het kán evident niet als je net in Nederland bent gearriveerd.'

Simone Goosen, epidemioloog en beleidsmedewerker bij GGD GHOR Nederland (de koepelorganisatie voor GGD'en en de Geneeskundige

Hulpverleningsorganisaties in de Regio), wijst op een passage in het bestuursakkoord Verhoogde Asielinstroom: 'Het is van belang om regelmatig verblijvende vreemdelingen op tijd in beeld te hebben en te signaleren wanneer zich gezondheidsrisico's voordoen. De JGZ moet in staat blijven deze taak (incl. de inzet van tolken) te kunnen verrichten.' Goosen: 'De tolkenvergoeding moet gewoon geregeld worden.'

'De tolkenvergoeding moet gewoon geregeld worden'

GGD GHOR Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) roepen in een onlangs uitgebrachte notitie 'De gezondheid van vluchtelingen in gemeenten: preventie centraal' het Rijk op met extra geld over de brug te komen. 'Met de huidige asielinstroom gaat het om zóveel extra kinderen en vraagt het zóveel extra, dat kun je er als GGD zonder extra middelen niet allemaal even bij doen', aldus Goosen.

'Dat vergunninghouders kwetsbaar zijn op het gebied van gezondheid is eigenlijk vanzelfsprekend', aldus de notitie. Daarbij wordt vooral gedacht aan psychische klachten en infectieziekten. 'Maar ook chronische ziekten zoals diabetes en hart- en vaatziekten, complicaties bij zwangerschap en bevalling en opvoedingsproblemen komen bij vluchtelingen vaker voor dan gemiddeld in Nederland.' Het extra geld is onder meer nodig voor 'het inrichten van informatiesystemen waarmee GGD'en en JGZ-instellingen op tijd weten waar en wanneer vergunning-



FOTO: RACHEL CORNER

Figuur Vader Isias (40) gevlucht uit Eritrea met zijn kinderen Simon (14), Eden (13), Lua (10, meisje), Bahabulum (6, jongen) en Milide (6, meisje) bij verpleegkundige Maria Krabbenborg van de GGD in het AZC van Winterswijk.

houders zich vestigen in gemeenten en gegevens kunnen worden overgedragen'. Ook monitoren is belangrijk.

DE OVERDRACHT VAN GEGEVENS HAPERT

De overdracht van dossiers vanuit de COA-locaties naar de reguliere zorg vormt een andere hobbel in de keten. Jeugdverpleegkundige Krabbenborg: 'We zitten heel vaak te wachten op dossiers. Bij "gewone" kinderen is het bij een verhuizing na één telefoontje naar een zuster-JGZ-organisatie geregeld, bij vluchtelingenkinderen niet. Ik heb géén idee waarom dat zo moeilijk is. Maar we hebben ze wel nodig om in kaart te brengen welke zorg het kind al heeft gehad.'

Ze is niet de enige met deze ervaring. Jeugdarts Karin Kelly werkt zowel in AZC's als – tot voor kort – in de reguliere JGZ. 'In de AZC's in onze regio sturen we de dossiers actief

naar de JGZ-organisatie in de gemeente waar een kind wordt ondergebracht. Maar vanuit mijn werkzaamheden aan de andere kant weet ik dat ik een nieuw kind lang niet altijd volledig krijg overgedragen vanuit de AZC's elders. Er zijn zóveel AZC's, zóveel verschillende werkwij-

'We zitten heel vaak te wachten op dossiers'

zen, het is absoluut niet uniform. Maar dus vallen er kinderen tussen wal en schip, ze verdwijnen uit ons gezichtsveld.'

Het probleem zit deels in de digitale systemen die niet aan elkaar zijn gekoppeld, legt Kelly uit. 'Dan moe-

ten de dossiers soms dus worden uitgeprint, ingescand en per e-mail verzonden. En die plakken we dan weer in ons eigen systeem.'

Ook de overdracht van de dossiers van het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A, de reguliere huisartsenzorg in de AZC's) naar de huisarts gaat het momenteel stroef, vertelt huisarts Van den Muijsenbergh. 'Je kunt het dossier opvragen met een speciaal formulier, maar er is een achterstand van ongeveer twee maanden.' Simone Goosen: 'Ik ken de zorgen binnen de curatieve zorg, en die zijn heel reëel. Het verdient urgent aandacht.'

SNELLE DOORSTROMING

Met de huidige snelle doorstroming zijn niet alle kinderen al gezien door de JGZ voordat ze naar gemeenten verhuizen. Normaliter krijgt een

ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN DE ZORG VOOR VLUCHTELINGENKINDEREN

Door redactie NTvG

ASIELZOEKERSKINDEREN IN OPVANGLOCATIES VAN HET COA

Asielzoekers die in de centrale opvang van het COA verblijven hebben vergelijkbare toegang tot de gezondheidszorg als ieder ander in Nederland. De eerstelijnszorg is geregeld via het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA). Dit is een landelijk gezondheidscentrum dat huisartsenzorg biedt aan asielzoekers vanuit de opvanglocaties. Via de GCA Praktijklijn is 24-uursbereikbaarheid geregeld. Verwijzing van asielzoekerskinderen verloopt via de huisarts van het GCA of via de jeugdarts.

De Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) in de opvanglocaties wordt uitgevoerd door GGD'en en JGZ-instellingen. De GGD screent asielzoekerskinderen, met uitzondering van Syrische, in de eerste dagen na aankomst in Nederland op tuberculose. Kinderen tot 12 jaar krijgen, als zij geen BCG-litteken hebben, een BCG-vaccinatie.

Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van GGD'en en JGZ-instellingen bieden asielzoekerskinderen jeugdzorg conform het Basistakenpakket JGZ met een specifieke aanvulling voor asielzoekerskinderen. Deze zorg omvat contactmomenten zoals de verpleegkundige intake (binnen 6 weken na aankomst in de opvang), het medisch onderzoek door de jeugdarts (maximaal 3 weken na intake) inclusief het opstellen van het vaccinatieplan volgens het Rijksvaccinatieprogramma, de periodieke gezondheidsonderzoeken, en de mogelijkheid voor extra contactmomenten. In geval van crisis of een vermoeden van kindermishandeling (Veilig Thuis) is de gemeente verantwoordelijk, ook voor asielzoekers.

Financiering

Het COA regelt de inkoop en financiering van de zorg voor asielzoekers middels contracten met de Menzis COA Administratie (voor curatieve zorg en jeugdzorg) en GGD GHOR Nederland (voor PGA). Het COA vergoedt de kosten voor het inzetten van professionele tolken voor alle zorgverleners.

VLUCHTELINGENKINDEREN MET EEN VERBLIJFSVERGUNNING IN GEMEENTEN

Vluchtelingen die met een verblijfsvergunning in een gemeente komen wonen, vallen onder de reguliere zorg. Zij moeten zich ook inschrijven bij een huisarts en een zorgverzekering afsluiten.

Wanneer een vluchtelingkind in een gemeente komt wonen, zal JGZ uitzoeken of het kind al is gezien in de COA-opvang. Zo ja, dan zal het eerste contact gebruikt worden als kennismaking, om uitleg te geven over de JGZ en wordt op maat bepaald of en welke ondersteuning nodig is. Als een kind nog niet of niet volledig is gezien in de COA-opvang, dan worden intake, medisch onderzoek en zo nodig het Rijksvaccinatieprogramma uitgevoerd. Dit contact kan plaatsvinden bij de mensen thuis, op een JGZ-locatie of op school. Daarna overlegt JGZ met ouders hoe het vervolcontact eruitziet. Door de hoge instroom, maar ook door gezinshereniging zijn er kinderen die niet of maar heel kort in COA-opvang zijn geweest. Het is belangrijk dat deze groep snel in beeld is bij JGZ. De mogelijkheden tot inzet van de JGZ is afhankelijk van afspraken met de gemeenten.

Financiering

De financiering van de curatieve zorg voor vluchtelingen loopt via de zorgverzekering. De verantwoordelijkheid voor en financiering van de JGZ voor vluchtelingenkinderen met een verblijfsvergunning ligt bij de gemeente. Kosten voor het inzetten van professionele tolken voor vergunninghouders worden niet door de rijksoverheid vergoed.

Er is overleg van verschillende beroepsgroepen met VWS over mogelijke oplossingen. Het zou kunnen helpen om asielzoekers al in AZC's taalcursussen te geven, maar ook tijdelijke verlening van de tolkenregeling vanuit het COA naar de gemeenten zou een oplossing kunnen zijn. Het kost op korte termijn weliswaar geld, maar kan op langere termijn geld besparen. Politiek is er echter gesteggel over wie dat dan moet betalen (VWS of Veiligheid en Justitie). Begin maart zou er volgens onze bronnen een besluit moeten zijn.

asielzoekerskind bij binnenkomst in de opvang binnen 6 weken een verpleegkundige intake, en 1 tot 3 weken daarna een medisch onderzoek door de arts PGA JGZ ('PGA' staat voor Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers). Daarbij wordt het JGZ-dossier en het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) opgestart, vertelt Marjolein van der Laan, stafarts JGZ bij GGD Noord- en Oost-Gelderland en lid van een werkgroep van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg (NCJ) en GGD GHOR Nederland. 'Maar sommige kinderen, met

name Syrische en Eritrese, krijgen vrijwel meteen een status, nog voordat ze zijn gezien door de PGA JGZ.' Momenteel bekijken GGD GHOR en NCJ gezamenlijk wat die kinderen kan worden geboden, hiervoor wordt landelijk ook een toolkit ontwikkeld. 'We denken aan intake en onderzoek à la PGA JGZ voor jeugdigen die nog niet door PGA JGZ gezien zijn', aldus Van der Laan. 'Het zijn toch kwetsbare kinderen met een rugzakje, ze hebben veel meegemaakt. We willen hen dus graag goed in beeld hebben. Maar daarbij lopen we wel tegen

capaciteitsproblemen aan omdat dit werk er extra bij komt.' Volgens Van der Laan zijn JGZ-organisaties om die reden momenteel druk aan het werven onder jeugdartsen en -verpleegkundigen en ontstaat er een heuse 'krapte op de personeelsmarkt'. Zeker de jonge kinderen komen uit de systemen van GGD en consultatiebureaus wel tevoorschijn, vertellen de mensen in de praktijk. Maar eventuele oudere kinderen in een vluchtelingengezin niet. 'En dat willen we eigenlijk wél, dus daar gaan we afspraken over maken met wethouders', zegt



Figuur Marlin (5) uit Albanië verblijft met zijn ouders in het AZC in Winterswijk. Hij wordt door GGD-arts Karin Kelly onderzocht en krijgt een gehoortest.

Simone Goosen. ‘We willen een omslag tot stand brengen, van “oproepen als ze in aanmerking komen voor een contactmoment” naar “alle kinderen een keer zien kort nadat ze in de gemeente zijn komen wonen”. Het NCJ ontwikkelt ook daar op dit moment een richtlijn voor’, aldus Goosen. Sommige GGD-regio’s als Twente en West-Brabant zijn, volgens Goosen, al erg actief op dit terrein.

ACHTERSTAND IN VACCINATIES

Hoeveel kinderen verlaten de AZC’s met achterstanden in de vaccinaties? Simone Goosen: ‘Harde cijfers hierover zijn er niet. Het is niet eenvoudig uit de registraties te halen. En nergens is vastgelegd hoeveel vaccinaties een kind al heeft gehad bij binnenkomst in Nederland. Maar ze hoeven natuurlijk niet te wachten tot ze gevaccineerd zijn vóórdat ze naar een gemeente kunnen.’

Het RIVM stuurt ouders van kinderen van wie 20 weken na bin-

nenkomst in Nederland nog geen vaccinatieplan is ontvangen, een standaard inhaalschema, met de oproep zich te melden bij de GGD.

Harald Wychgel, woordvoerder van het RIVM: ‘We hebben iedereen in het vizier en bij ons heerst niet het beeld dat kinderen niet of onvoldoende worden gevaccineerd. Alle

‘Er vallen kinderen tussen wal en schip, ze verdwijnen uit ons gezichtsveld’

asielkinderen zitten in het RVP, zelfs als ze illegaal zijn. Ons is ook niets bekend over kwetsbare regio’s waar infectieziekten zich méér voordoen.’ Wel zijn er ‘inhaalsprekuren’ voor kinderen die uit de asielopvang komen en andere nieuwkomerskinderen. ‘En die zitten behoorlijk vol’,

zegt JGZ-arts Van der Laan. ‘Het is veel werk om uit te zoeken of iemand alles uit het basis-vaccinatieschema heeft gehad. Ze komen binnenlopen met Arabische vaccinatieboekjes, het moet allemaal worden uitgezocht.’

Jeugdarts Kelly is stellig: ‘Er zijn vaaaak nog vaccinatieachterstanden als kinderen in gemeenten komen wonen. Ze stromen de laatste tijd soms zó snel door dat er nog geen plan is opgesteld. Of ze hebben 1 of 2 prikken DKTP/hepatitis B gehad, maar de laatste prik na 6 maanden nog niet. Meestal zijn ze voor die tijd al uit het AZC vertrokken. De GGD zegt: die mensen moeten zich zelf maar melden. Maar dat doen ze niet. Ik vind dat we ze actief zouden mogen opsporen.’

ONVOLDENDE AANDACHT VOOR PSYCHISCHE PROBLEMEN

Zeker ten aanzien van de psychische noden van asielkinderen ontbreekt een helder beeld. ‘We weten nog veel

GR ADVISEERT ACTIEF BELEID VOOR VLUCHTELINGEN

Door Joost Zaat

Maar liefst 13-25% van de vluchtelingen heeft een depressie of een post-traumatische stressstoornis (PTSS). Dat is aanzienlijk hoger dan de prevalentie van die aandoeningen onder de Nederlandse bevolking (respectievelijk 6 en 2,6%). Een actief beleid gericht op deze problemen is dus van groot belang, zo concludeert de Gezondheidsraad (GR) in een advies aan de minister van VWS op 24 februari.

Op verzoek van de GR deden Umar Ikram en Karien Stronks van de afdeling Public Health van het AMC een uitvoerig literatuuronderzoek naar de geestelijke gezondheid van vluchtelingen. Ze gingen na wat er internationaal bekend is over het vóórkomen van psychische problemen bij vluchtelingen, wat risicofactoren zijn en welke preventie maatregelen er te nemen zijn.

Bij vrouwen, alleenreizende kinderen, mensen met een trauma (marteling) en ouderen komen psychische klachten nóg vaker voor. Een aantal zaken lijkt bescherming te bieden, waarvan het praktiseren van een religie een belangrijke is. Verder is sociale steun van zowel familie als lotgenoten belangrijk. Er is bewijs dat zowel de mogelijkheid een geloof te belijden als snelle gezinshereniging leiden tot een betere geestelijke gezondheid. Het leren van een taal, dagelijkse bezigheden en werk zijn ook voorwaarden voor een betere gezondheid. De onderzoekers prijzen de gemeenten die op deze vlakken al een actief beleid voeren. Ook de Wetenschappelijke Raad

voor het Regeringsbeleid adviseerde in december 2015 om asielzoekers aan het werk te laten gaan of te laten studeren. Korte asielprocedures (< 6 maanden) leiden volgens de GR veel minder vaak tot psychopathologie en suïcide dan procedures langer dan 2 jaar. Veelvuldige verplaatsingen van asielzoekers leiden vooral bij kinderen met trauma's en kinderen van moeders met PTSS tot een slechtere psychische gezondheid.

De onderzoekers raden aan om kinderen met een verblijfsvergunning beter te volgen op school door bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie aan te bieden. Daarvoor is wel training van leerkrachten nodig. Ook de toegang tot de reguliere ggz kan veel beter: slechts 20% van de vluchtelingen met psychische problemen krijgt nu hulp.

Volgens Pim van Gool, de voorzitter van de GR, is er geen tijd te verliezen. 'Hoe eerder de problemen onderkend worden, hoe beter: een snelle toe- en doorgeleiding naar de juiste aanbieders met sociaal-cultureel competente professionals is essentieel voor een optimale zorgverlening.'

Het GR-rapport straalt uit dat het huidige kale ontmoedigingsbeleid – geen snelle procedures, veel verplaatsingen, geen gezinshereniging, en geen activiteiten als werk en studie – schadelijk is voor de mentale gezondheid van vluchtelingen en het risico dat zij later niet succesvol integreren alleen maar vergroot.

te weinig over hoeveel kinderen, én hun ouders, behandeling nodig hebben en wie bereid zijn hulp te zoeken en te aanvaarden', aldus Goosen. Met name de alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's) baren zorgen. Eind 2015 waren er zo'n 4000 kinderen in deze groep. Een zeer groot deel van de AMV's heeft psychosociale problemen, aldus Van den Muijsenbergh. 'Hier ligt een taak voor de huisarts, want deze kinderen komen na hun 18e niet meer bij de JGZ. Als ze 18 worden en geen verblijfsvergunning krijgen, verdwijnen ze vaak in de illegaliteit. De meisjes raken ongewenst zwanger, de jongens krijgen gedragsproblemen en raken verslaafd. Met name bij Eritrese jongens is de situatie zorgelijk.' Jeugdarts Kelly bevestigt het beeld. 'Met de alleenstaande pubers gaan we problemen krijgen. Ze zeggen weinig, hebben een schild opgebouwd. Ze kunnen niet vrolijk zijn, hebben een sombere blik, ze komen niet uit bed

en zijn ongemotiveerd. Ze zijn zó vaak overgeplaatst dat ze zich niet meer durven te hechten. Daar komt een grote vraag naar hulp.'

Psychische problemen zullen zich vooral aandienen als vluchtelingen-kinderen eenmaal zijn gesettled in een gemeente, denkt Kelly. 'In de AZC's staan ze nog in de overlevingsmodus. Maar daarna hebben ze eindelijk de rust om na te denken.'

Huisarts Van den Muijsenbergh werkt momenteel mee aan een rapport dat Pharos in opdracht van VWS maakt over de verwachtingen ten aanzien van gezondheid en benodigde zorg van vluchtelingen. 'Met het gros van de asielkinderen gaat het psychisch-sociaal gezien goed, in de zin van "lekker in hun vel zitten"', stelt Van den Muijsenbergh. 'En de meeste kinderen met traumatische ervaringen herstellen, mits de omstandigheden goed zijn. Een stabiele thuissituatie is belangrijk. Risicofactoren zijn psychiatrische pro-

blemen van met name de moeder, en heel veel verhuizingen binnen de asielprocedure. Het is belangrijk dat huisartsen wéten dat deze mensen vaak geen contact leggen. Het is dus goed om hen actief te benaderen en daarbij te letten op de risicofactoren. De problematische gezinnen verdwijnen onder de radar, daar moeten we echt op gaan letten.' Ze pleit er dan ook voor dat huisartsenpraktijken nieuwkomersgezinnen uitnodigen voor een kennismakingsgesprek, en wanneer er aanleiding voor zorgen is, zo nodig bij hen thuis op bezoek gaan, 'net als bij kraamvisites'.

- Op de website van GGD GHOR Kennisnet (www.ggdghorkennisnet.nl) staat een gratis e-learningmodule 'Publieke gezondheid vluchtelingen en asielzoekers'.
- In het *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* (TSG) staat een serie artikelen over de zorg voor vluchtelingen en asielzoekers (2016;94(1):1-40). De artikelen zijn via www.ntvg.nl/TSG2016 vrij toegankelijk.