



B67

Divisie Jeugd  
Gorter gebouw  
Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T 071 518 18 18

F 071 518 19 15

[info-jeugd@pg.tno.nl](mailto:info-jeugd@pg.tno.nl)

**TNO-rapport**

**PG/JGD 2004.010**

**Effecten van campusopvang op de gezondheid en  
zorg voor AMA's**

**TNO Preventie en Gezondheid  
Gorter Bibliotheek**

**18 MEI 2004**

Datum                      Januari 2004  
  
Auteur(s)                J.B. de Boer  
                                 D.G. Korfker  
                                 S.A. Reijneveld

Postbus 2215  
2301 CE LEIDEN

Aantal pagina's        75  
Aantal bijlagen        4

Stamboeknummer

18.950

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksovereenkomsten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2004 TNO

**Auteurs:**  
**J.B. de Boer**  
**D.G. Korfker**  
**S.A. Reijneveld**

**Projectnummer:**  
**60353**

**ISBN-nummer:**  
**90-5986057-8**

**Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 16,= (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/JGD 2004.010.**

## Samenvatting

### Inleiding en onderzoeksvragen

AMA's zijn kinderen jonger dan 18 jaar die bij binnenkomst in Nederland niet worden begeleid en/of verzorgd door een van hun ouders en/of meerderjarige bloed- of aanverwanten. Tussen 1997 en 2000 nam het aantal AMA's dat asiel zocht in Nederland toe van 2660 naar 6705. Procentueel nam in deze periode het aantal AMA's toe van 8% naar 15% van het totale aantal asielzoekers. Vanaf 2001 begon het aantal asielzoekers te dalen. Echter, procentueel nam het aandeel van de AMA's nog steeds toe. In 2002 kwamen 3232 AMA's Nederland binnen, 17% van de totale instroom. Vanwege de toename in AMA's heeft de Nederlandse regering in 2001 besloten tot een ontmoedigingsbeleid (Ministerie van Justitie, 2001).

In april 2001 werd een nieuw AMA-beleid van kracht. Alle AMA's die bij binnenkomst in Nederland ouder dan 15 jaar zijn, en niet als vluchteling worden erkend, moeten uiterlijk op hun 18e weer terug naar hun land van herkomst. Met het nieuwe beleid werd ook een splitsing in opvangfaciliteiten doorgevoerd. Vanaf dat moment was er opvang gericht op terugkeer (terugkeervariant) en opvang gericht op integratie in de Nederlandse samenleving (integratievariant). Alle nieuw gearriveerde AMA's worden tijdens de eerste 6-9 maanden in Nederland opgevangen in een besloten opvangcentrum, de AMA-campus. Deze opvangmodaliteit is een experiment.

Dit onderzoek richt zich op de eerste AMA-campus, in Vught. Als referentiecentrum dient het asielzoekerscentrum in Middelburg. De AMA-campus in Vught heeft een capaciteit van 180 AMA's. De campus wordt beheerd door Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA). De gezondheidszorg is uitbesteed aan de Medische Opvang Asielzoekers (MOA). De campus als experimentele vorm van opvang van AMA's wordt geëvalueerd door het ministerie van Justitie. Vanwege het experimentele karakter van de campus en het feit dat gezondheid en zorg beperkt deel uit zou maken van de evaluatie van Justitie, hebben GGD Nederland en zorgverzekeraar VGZ, hoofdaanemers van de gezondheidszorg voor asielzoekers, aan TNO Preventie en Gezondheid gevraagd een aantal aspecten van de gezondheidszorg te evalueren. De centrale vragen waar het onderzoek zich op richtte waren:

- 1) De effecten van de opvangmodaliteit op het gedrag en de ontwikkeling van de AMA's.
- 2) De (sociale) veiligheidsbeleving van de jongeren.
- 3) De mate en aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan.
- 4) De mate waarin dit beroep terecht of onterecht is in relatie tot de professionele verantwoordelijkheden van de zorgpartijen.
- 5) De mate van waarborging van de toegankelijkheid van de zorg.
- 6) De aard en het functioneren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, intern en extern en het functioneren van de samenwerking tussen hen, begeleiders van o.a. COA en voogden.
- 7) De wijze waarop de signalering van risicojongeren gestalte krijgt en de wijze waarop signalen worden opgepakt.
- 8) Incidenten, crisissituaties, (ongewenste) zwangerschappen.

### Onderzoeksmethoden

Teneinde de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van vijf bronnen van informatie:

- 1) *Vragenlijsten ingevuld door AMA's*; aan een groep van 80 AMA's is gevraagd een tweetal vragenlijsten in te vullen. Tevens is gebruik gemaakt van vragenlijstgegevens uit een landelijk, longitudinaal onderzoek onder ruim 1100 AMA's van Centrum '45 in samenwerking met de Universiteit van Leiden.
  - 2) *Persoonlijke interviews met 20 AMA's*
  - 3) *De bij de zorg voor AMA's betrokken zorgverleners en de coaches*; aan hen is een aantal vragen voorgelegd over de toegankelijkheid van de medische zorg in een groepsinterview.
  - 4) *De registratie van zorgcontacten*; op de campus in Vught registreerden de huisartsen en de praktijkverpleegkundigen een aantal gegevens over alle contacten die zij hadden met AMA's. Dezelfde gegevens werden ook door de praktijkverpleegkundigen en huisartsen, verbonden aan het asielzoekerscentrum in Middelburg, geregistreerd.
  - 5) *De registratie van incidenten op de campus in Vught en in Middelburg*.
- Bij de beantwoording van de acht onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van een wisselend aantal van de genoemde bronnen. In het algemeen is geprobeerd indien mogelijk voor de beantwoording van een vraag steeds minstens twee bronnen te hebben.

### Resultaten

De belangrijkste resultaten, gerangschikt per onderzoeksvraag, worden hieronder weergegeven. In hoofdstuk 4 van dit rapport wordt aan deze weergave ook steeds een interpretatie door de onderzoekers gekoppeld.

#### *De effecten van de opvangmodaliteit op gedrag en ontwikkeling van de AMA's (vraag 1)*

- De AMA's die in de campus in Vught worden opgevangen rapporteren meer angst en herbeleving van traumatische gebeurtenissen in schriftelijke vragenlijsten dan vergelijkbare AMA's uit het landelijke onderzoek die in andere settings worden opgevangen (OC, AZC, wooneenheden) en een vergelijkbare periode in Nederland verblijven.
- Uit de persoonlijke interviews met AMA's blijkt dat bijna de helft van deze AMA's hun gezondheid als slecht ervaart. Een kwart omschrijft de eigen gezondheid als goed en een kwart als redelijk.
- De zorgverleners zijn van mening dat de campusopvang zowel positieve als negatieve effecten op de ontwikkeling en het gedrag van de AMA heeft. Positief aspect vinden zij dat de campus meer veiligheid, bescherming en structuur biedt dan een OC of AZC. Dit beschouwen zij als waardevolle aspecten voor met name getraumatiseerde AMA's, die ontbreken in de OC's en AZC's. Negatief aan de opvang in een campussetting vinden de zorgverleners in Vught dat de AMA's niet in contact mogen komen met de Nederlandse samenleving en dat het accent vanaf het begin sterk op terugkeer ligt. Zij noemen hierbij de dubbelrol van de coaches die enerzijds de AMA's regelmatig confronteren met het terugkeerbeleid en anderzijds de dagelijkse begeleiding van de AMA's verzorgen. Het relatief grote aantal (medische) incidenten op de campus beschouwen zij tenslotte eveneens als een negatief aspect van de campus.

#### *De (sociale) veiligheidsbeleving van de jongeren (vraag 2)*

- Uit de persoonlijke interviews met de AMA's blijkt dat meer dan de helft van de meisjes en jongens zich op de campus over het algemeen niet op hun gemak voelt en een kwart zich soms bedreigd voelt. Incidenten waarbij de politie moet worden ingeschakeld verstoren het gevoel van veiligheid in ernstige mate. De meisjes die

persoonlijk geïnterviewd zijn, geven aan geen last van seksuele intimidatie of ongewenste intimiteiten te hebben.

- De bij de zorg voor AMA's betrokkenen beoordelen de fysieke veiligheid van AMA's op de campus als beter dan in andere settings.

*De mate en aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan (vraag 3)*

- Uit de persoonlijke interviews met AMA's komt naar voren dat de meeste AMA's éénmaal per maand de MOA-praktijkverpleegkundige of de huisarts bezoeken. Een kleine groep gaat twee keer omdat zij hun probleem niet naar tevredenheid zien opgelost. De belangrijkste klachten waarmee de groep persoonlijk geïnterviewde AMA's naar de MOA-praktijkverpleegkundige of huisarts gaan, zijn hoofdpijn, buikpijn/ maagpijn en slaapproblemen. Uit de interviews met AMA's komt verder regelmatig naar voren dat men zich niet serieus genomen voelt door de medische zorg. Het beleid is vaak afwachtend, terwijl de AMA actief ingrijpen verwacht in de vorm van doorverwijzen of medicatie. Het voorschrijven van paracetamol wordt bijna als beledigend ervaren en is reden om niet terug te gaan naar de praktijkverpleegkundige of huisarts.
- In het interview met de coaches komt het laatste ook naar voren als signaal dat zij opvangen van de AMA's.
- Uit de interview met de zorgverleners en het JGZ-team komt naar voren dat, na de 'doorstart' in maart 2003 en de versoepeling van het regime, het aantal AMA's met klachten van vermoeidheid en overbelasting is afgenomen.
- De registratie van zorgcontacten laat een hoge zorgconsumptie zien van AMA's in Vught en Middelburg. Er gaan (procentueel) meer AMA's in Vught naar de huisarts en bovendien gaan ze ook vaker twee keer of meer naar de huisarts dan de AMA's in Middelburg. In Vught gaan de meisjes en jongens even vaak naar de huisarts, in Middelburg de meisjes echter vaker dan de jongens. De MOA-praktijkverpleegkundige wordt op beide locaties in de onderzoeksperiode door 60% van de AMA's bezocht. en tijdens het consult zijn de AMA's op beide locaties even vaak alleen. In Vught worden de AMA's tijdens de consulten bij de MOA-praktijkverpleegkundige vaker vergezeld van een coach, in Middelburg vaker van een tolk of iemand die fungeert als tolk. Het percentage AMA's dat de huisarts consulteert na toeleiding door de praktijkverpleegkundige is op beide locaties vergelijkbaar.
- In de zorgcontacten registratie worden hoofdpijn, buikpijn/maagpijn en slaapproblemen het vaakst genoteerd, evenals in de persoonlijke interviews. In Middelburg worden daarnaast ook huidproblemen als veel voorkomende klacht geregistreerd.

*De mate waarin dit beroep terecht of onterecht is in relatie tot de professionele verantwoordelijkheden van de zorgpartijen (vraag 4)*

- De zorgverleners klagen niet over een onterecht beroep wat op hen wordt gedaan. In het zorgverleners interview geven de hulpverleners aan dat AMA's geen misbruik maken van het spreekuur om deelname aan activiteiten te ontlopen.
- Ook uit de registratie van zorgcontacten blijkt dat AMA's nauwelijks met vragen bij de verpleegkundige of huisarts komen die oneigenlijk zijn.
- Bij het onderwijs heeft men niet de indruk dat AMA's de lessen proberen te ontduiken door ziekte te simuleren. Regelmatig worden leerlingen door docenten naar de MOA gestuurd omdat ze zich niet goed voelen en toch aanwezig zijn bij de lessen.

*De mate van waarborging van de toegankelijkheid van de zorg (vraag 5)*

- Uit de persoonlijke interviews blijkt dat AMA's die naar de MOA-praktijkverpleegkundige of huisarts willen, dat zonder problemen kunnen doen. Ze krijgen gemakkelijk toestemming van de coaches en velen gaan ook uit zichzelf. De AMA's geven ook geen problemen aan wat betreft bereikbaarheid van de medische zorg buiten de tijden van de spreekuren. De AMA's die naar de GGZ gaan zijn zonder uitzondering zeer tevreden over deze zorg.
- Zorgverleners en betrokkenen bij de zorg zijn tevreden over de toegankelijkheid van de medische zorg op de campus (MOA-praktijkverpleegkundige en huisarts). De coaches van de meisjes zijn minder tevreden over de toegankelijkheid van de medische opvang op de campus.
- De coaches zijn ontevreden over de bereikbaarheid van de ANW-dienst. In één situatie duurde het anderhalf uur voordat de dienst bereikbaar was. In een andere situatie was de ANW ook slecht bereikbaar en reageerde de ANW-dienst volgens de coaches niet adequaat.
- Het JGZ-team, de MOA-praktijkverpleegkundige en de huisarts zijn zeer tevreden over de toegankelijkheid van GGZ.
- De toegankelijkheid van GVO is tot begin oktober 2003 beperkt geweest.

*De aard en het functioneren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, intern en extern en het functioneren van de samenwerking tussen hen, begeleiders van o.a. COA en voogden (vraag 6)*

Er zijn vele vormen van samenwerking binnen de campus. Eén voor één passeren ze hier de revue; bron van informatie zijn vrijwel steeds de interviews met betrokkenen bij de zorg en soms het interview met de COA-medewerkers (coaches meisjesgebouw).

- *Samenwerking binnen MOA:* De zorgverleners binnen MOA zijn tevreden over hun samenwerking en overlegstructuren. Het JGZ-team geeft aan zich gehoord te voelen door het management.
- *Samenwerking MOA en huisartsen:* Het overleg tussen de huisarts en de MOA-praktijkverpleegkundige verloopt naar tevredenheid. Een regulier overleg tussen het JGZ-team en de huisarts moet nog worden ingesteld.
- *MDO:* Het multidisciplinair overleg (MDO) functioneerde aanvankelijk niet goed. MOA verweet de coaches dat zij niet of te laat aanwezig waren. De eerbiediging van de privacy van de AMA maakte discussies over een individueel geval in het MDO moeilijk. Toetreding van GGZ-medewerker tot het MDO wordt als zeer positief ervaren. Alle partijen geven aan dat het MDO na een moeilijke start beter gaat functioneren.
- *Samenwerking MOA en GGZ:* De samenwerking tussen MOA en GGZ wordt door beide partijen als uitstekend ervaren.
- *Samenwerking MOA en Onderwijs:* Omdat onderwijs in het MDO is vertegenwoordigd is er een regulier contact. Wanneer een leerling een ernstig medisch probleem heeft wordt het onderwijs daarvan op de hoogte gebracht.
- *Samenwerking MOA en COA:* De samenwerking tussen MOA en COA wordt gekenmerkt door wederzijds wantrouwen. Van beide kanten worden slechte persoonlijke verhoudingen genoemd, maar er zijn ook structurele redenen voor aan te wijzen. COA-medewerkers, met name de coaches, hebben problemen met de manier waarop MOA met het medisch beroepsgeheim omgaat. Coaches krijgen daardoor geen informatie over de medische toestand en behandeling van een AMA. Van de kant van MOA is er veel kritiek op de coaches omdat zij verkeerde verwachtingen zouden hebben van de medische opvang en zich zouden opdringen bij de AMA door mee te willen naar het spreekuur.

- *Samenwerking tussen MOA en Nidos*: De samenwerking tussen Nidos en MOA is goed. Zowel in het formele MDO overleg als in de informele contacten is er veel overleg en uitwisseling over individuele gevallen.

*De wijze waarop de signalering van risicojongeren gestalte krijgt en de wijze waarop signalen worden opgepakt (vraag 7)*

- De JGZ-medewerkers vinden dat de intake voldoet om risicojongeren te signaleren. Wat er vervolgens met hun verwijzing gebeurt is hen niet altijd duidelijk, vooral bij lichamelijke klachten. Ze kunnen dit eventueel zelf later nalezen in het dossier van de AMA maar krijgen geen andere terugkoppeling omdat hun bemoeienis na verwijzing feitelijk stopt. Wel krijgen ze signalen dat een verwijzing soms niet opgepakt wordt, met name door de huisarts. Zij zouden een structureel overleg met de huisartsen willen instellen om over verwijzingen te praten.
- De psycholoog van GGZ zou een intake door GGZ willen instellen waardoor ook zij in een vroeg stadium risicojongeren kunnen identificeren. Dit zou hen in de gelegenheid stellen om in een vroeg stadium met de behandeling te beginnen. Bovendien zou dit kunnen voorkomen dat risicojongeren voor overlast binnen de AMA gemeenschap zorgen.
- Het MDO is een andere mogelijkheid om risicojongeren te identificeren. Dit overleg gaat volgens betrokkenen na een moeizame start steeds beter functioneren.

*Incidenten, crisissituaties, (ongewenste) zwangerschappen (vraag 8)*

- In Vught vinden veel meer incidenten plaats dan in Middelburg, zo blijkt uit de COA-registratie. De MOA-registratie, die is ondergebracht bij de stafarts en een medewerker Personeelszaken van de MOA stichting, vermeldt één incident in Middelburg.
- In Vught kwam enkele malen een crisissituatie voor waarbij een groot deel van de bewoners van de campus betrokken was. Een medisch probleem vormde de aanleiding voor de crisissituaties. Door de bewaking werd de hulp van de politie ingeroepen. Deze informatie is afkomstig uit de COA-registratie, interviews met onderwijzend personeel en Nidos medewerkers, en eigen observatie door de onderzoekers.
- In Vught worden buiten de interviews om door de coaches van de meisjes en MOA-praktijkverpleegkundige vijf (ongewenste) zwangerschappen gemeld. Gelet op de duur van de zwangerschap, waren drie meisjes waarschijnlijk al zwanger bij aankomst op de campus. Twee meisjes zijn waarschijnlijk in Nederland zwanger geraakt.

## **Discussie, conclusies en aanbevelingen**

### *De gehanteerde onderzoeksmethoden*

Beschouwing van de gehanteerde onderzoeksmethoden laat enkele beperkingen zien. Ten eerste zijn er geen AMA's persoonlijk geïnterviewd in andere settings dan de campus; hetzelfde geldt voor betrokkenen bij de zorg voor AMA's. Ten tweede zijn medewerkers van de ANW-dienst niet zelf geïnterviewd. Tot slot vonden de schriftelijke en persoonlijke interviews met AMA's plaats na een slechts korte kennismaking. Verlenging van de contacten had waarschijnlijk geleid tot verdieping van de verkregen informatie, maar was praktisch niet mogelijk. De geschetste beperkingen in de gehanteerde onderzoeksmethoden vormen echter geen belangrijke bedreiging voor de validiteit en betrouwbaarheid van de bevindingen.

De bevindingen leiden tot een aantal conclusies en aanbevelingen. Deze worden hieronder integraal weergegeven, zoals zij ook worden vermeld in hoofdstuk 4:

#### *Conclusies over de onderzoeksvragen*

- Opvang op de campus heeft positieve en negatieve effecten op de gezondheid van AMA's. Positief is dat het een vorm van opvang is die de AMA structuur biedt. Dit kan de verwerking van trauma's bevorderen en maakt het mogelijk de zorg gericht aan te bieden. Negatief is met name het sterke accent dat van meet af aan wordt gelegd op terugkeer en het beperkte contact met de buitenwereld, wat extra traumatiserend kan werken c.q. het herstel in de weg kan staan.
- De organisatie van opvang in een campussetting lijkt geen negatief effect te hebben op de toegang tot zorg van AMA's, mogelijk zelfs een licht positief effect. De toegang zou kunnen worden verbeterd door de communicatie tussen COA en MOA te verbeteren en de bereikbaarheid van de ANW-dienst te waarborgen.

#### *Aanbevelingen aan de opdrachtgevers*

- De vaak moeizame samenwerking tussen MOA- en COA-medewerkers is een belangrijk knelpunt voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het verdient aanbeveling te zoeken naar mogelijkheden om de samenwerking en communicatie te verbeteren. Te denken valt aan meer sturing van de samenwerking vanuit het management. Tevens is er ruimte voor verbetering in de communicatie tussen COA en MOA over de (nasleep van) medische incidenten of incidenten die in ANW-tijd hebben plaatsgevonden.
- GVO wordt pas recentelijk aangeboden op de campus. Het verdient aanbeveling om meer GVO-activiteiten te ontplooiën en prioriteit te geven aan het geven van voorlichting over werking van de gezondheidszorg voor AMA's in Nederland en over anticonceptie/ seksualiteit. In samenwerking met het onderwijs kan gekeken worden hoe bijvoorbeeld tijdens bepaalde lessen aangesloten kan worden bij deze voorlichtingsactiviteiten, bijvoorbeeld door bepaalde termen tijdens de Engelse les te introduceren of tijdens de biologische informatie te geven over de werking van het menselijk lichaam.
- Bij de consulten met de praktijkverpleegkundige en huisarts in Vught worden nauwelijks (telefonische) tolken ingeschakeld. Het vaker inzetten daarvan kan de kwaliteit van de zorg verbeteren doordat de communicatie dan beter verloopt.
- Voor de signalering van risicojongeren is het belangrijk dat de JGZ-intake zo vroeg mogelijk plaatsvindt en dat zo min mogelijk van de termijn van drie à vier weken wordt afgeweken. Dit is niet alleen om in een vroeg stadium medische problemen te signaleren en te verwijzen naar de eerste lijn maar ook om risicojongeren op te sporen en door te verwijzen naar de GGZ. Het MDO speelt eveneens een belangrijke rol in de signalering van risicojongeren. Het verdient aanbeveling het functioneren van het MDO te evalueren en verbeteren. Na signalering van risicojongeren moet beleid uitgezet worden ter begeleiding van deze groep jongeren. Het instellen van overleg tussen de huisartsen en het JGZ-team kan hier een positieve bijdrage aan leveren.
- De resultaten van dit onderzoek kunnen dienen als basis voor verbetering van de gezondheid en toegang tot zorg van AMA's, zowel door de opdrachtgevers als door COA en andere betrokken partijen. Actieve verspreiding van deze resultaten is daarom gewenst.
- De gezondheid en toegang tot zorg van AMA's op de campus in Vught lijkt te verbeteren tijdens de onderzoeksperiode; nagegaan moet worden in hoeverre deze gunstige ontwikkeling zich in de komende periode voortzet.

## Inhoudsopgave

|          |                                                                                                                                                                                                             |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inleiding.....</b>                                                                                                                                                                                       | <b>11</b> |
| 1.1      | Overheidsbeleid ten aanzien van alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) ....                                                                                                                        | 11        |
| 1.2      | Campusopvang van AMA's .....                                                                                                                                                                                | 11        |
| 1.3      | Gezondheidszorg op de campus .....                                                                                                                                                                          | 12        |
| 1.4      | Evaluatie.....                                                                                                                                                                                              | 12        |
| <b>2</b> | <b>Methode.....</b>                                                                                                                                                                                         | <b>15</b> |
| 2.1      | Inleiding .....                                                                                                                                                                                             | 15        |
| 2.2      | Schets van de periode waarin het onderzoek plaatsvond.....                                                                                                                                                  | 15        |
| 2.3      | Vragenlijsten ingevuld door AMA's .....                                                                                                                                                                     | 16        |
| 2.4      | Persoonlijke interviews met AMA's .....                                                                                                                                                                     | 18        |
| 2.5      | Interviews met betrokkenen voor de zorg bij AMA's.....                                                                                                                                                      | 19        |
| 2.6      | Registratie van zorgcontacten.....                                                                                                                                                                          | 20        |
| 2.7      | Registratie van incidenten .....                                                                                                                                                                            | 21        |
| <b>3</b> | <b>Resultaten.....</b>                                                                                                                                                                                      | <b>23</b> |
| 3.1      | Vragenlijsten ingevuld door AMA's .....                                                                                                                                                                     | 23        |
| 3.1.1    | Verschillen in psychisch welbevinden tussen de AMA's in Vught en de subgroep van AMA's uit het landelijke onderzoek .....                                                                                   | 25        |
| 3.2      | Persoonlijke interviews met 20 AMA's (> 4 weken op de campus) .....                                                                                                                                         | 27        |
| 3.2.1    | Achtergrond van de geïnterviewde AMA's.....                                                                                                                                                                 | 27        |
| 3.2.2    | De effecten van de opvangmodaliteit op gedrag en ontwikkeling van de AMA's (vraag 1) .....                                                                                                                  | 27        |
| 3.2.3    | De (sociale) veiligheidsbeleving van de jongeren (vraag 2) .....                                                                                                                                            | 28        |
| 3.2.4    | De mate en de aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan (vraag 3) .....                                                                                                                         | 29        |
| 3.2.5    | Mate van waarborging van toegankelijkheid van de zorg (vraag 5).....                                                                                                                                        | 33        |
| 3.3      | Interviews met betrokkenen bij de zorg voor AMA's.....                                                                                                                                                      | 33        |
| 3.3.1    | De effecten van de opvangmodaliteit op gedrag en ontwikkeling van de AMA's (vraag 1) .....                                                                                                                  | 33        |
| 3.3.2    | De mate en aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan (vraag 3).....                                                                                                                             | 35        |
| 3.3.3    | De mate waarin dit beroep terecht of onterecht is in relatie tot de professionele verantwoordelijkheden van de zorgpartijen (vraag 4).....                                                                  | 35        |
| 3.3.4    | De mate van waarborging van de toegankelijkheid van de zorg (vraag 5).....                                                                                                                                  | 36        |
| 3.3.5    | De aard en het functioneren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, intern en extern en het functioneren van de samenwerking tussen hen, begeleiders van o.a. COA en voogden (vraag 6)..... | 37        |
| 3.3.6    | De wijze waarop de signalering van risicojongeren gestalte krijgt en de wijze waarop signalen worden opgepakt (vraag 7).....                                                                                | 38        |
| 3.4      | Registratie van zorgcontacten.....                                                                                                                                                                          | 39        |
| 3.5      | Incidenten .....                                                                                                                                                                                            | 44        |
| <b>4</b> | <b>Conclusies en aanbevelingen .....</b>                                                                                                                                                                    | <b>47</b> |
| 4.1      | Belangrijkste bevindingen per onderzoeksvraag.....                                                                                                                                                          | 47        |
| 4.1.1    | De effecten van de opvangmodaliteit op gedrag en ontwikkeling van de AMA's (vraag 1) .....                                                                                                                  | 47        |
| 4.1.2    | De (sociale) veiligheidsbeleving van de jongeren (vraag 2) .....                                                                                                                                            | 49        |
| 4.1.3    | De mate en aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan (vraag 3).....                                                                                                                             | 49        |
| 4.1.4    | De mate waarin dit beroep terecht of onterecht is in relatie tot de professionele verantwoordelijkheden van de zorgpartijen (vraag 4).....                                                                  | 51        |

|          |                                                                                                                                                                                                             |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.1.5    | De mate van waarborging van de toegankelijkheid van de zorg (vraag 5).....                                                                                                                                  | 51        |
| 4.1.6    | De aard en het functioneren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, intern en extern en het functioneren van de samenwerking tussen hen, begeleiders van o.a. COA en voogden (vraag 6)..... | 52        |
| 4.1.7    | De wijze waarop de signalering van risicojongeren gestalte krijgt en de wijze waarop signalen worden opgepakt (vraag 7).....                                                                                | 53        |
| 4.1.8    | Incidenten, crisissituaties, (ongewenste) zwangerschappen (vraag 8) .....                                                                                                                                   | 54        |
| 4.2      | Bespreking van de onderzoeksmethoden .....                                                                                                                                                                  | 55        |
| 4.2.1    | Vragenlijsten ingevuld door AMA's .....                                                                                                                                                                     | 55        |
| 4.2.2    | Persoonlijke interviews .....                                                                                                                                                                               | 56        |
| 4.2.3    | Interviews met betrokkenen bij de zorg .....                                                                                                                                                                | 57        |
| 4.2.4    | Registratie zorgcontacten .....                                                                                                                                                                             | 57        |
| 4.2.5    | Incidenten .....                                                                                                                                                                                            | 58        |
| 4.3      | Conclusies en aanbevelingen.....                                                                                                                                                                            | 58        |
| 4.3.1    | Conclusies over de onderzoeksvragen.....                                                                                                                                                                    | 58        |
| 4.3.2    | Aanbevelingen aan de opdrachtgevers .....                                                                                                                                                                   | 59        |
| <b>5</b> | <b>Referenties.....</b>                                                                                                                                                                                     | <b>61</b> |

#### **Bijlage(n)**

A Vragenlijsten die zijn gebruikt in het onderzoek (ZIL-A c.q. PTSS-A en HSCL25-A)

B Vragenlijst AMA interview

C Ontevredenheid over gezondheidszorg

D Verdeling van AMA's naar nationaliteit en geslacht

# 1 Inleiding

Dit rapport gaat over de effecten van opvang van AMA's in een campussetting op hun gezondheid en toegang tot zorg. In hoofdstuk 1 beschrijven we de achtergrond van dit onderzoek. Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de gehanteerde onderzoeksmethoden waarna in hoofdstuk 3 de resultaten volgen. Afgesloten wordt met een bespreking van de resultaten en aanbevelingen, in hoofdstuk 4.

## 1.1 Overheidsbeleid ten aanzien van alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's)

AMA's zijn kinderen jonger dan 18 jaar die bij binnenkomst in Nederland niet worden begeleid en/of verzorgd door een van hun ouders en/of meerderjarige bloed of aanverwanten. Tussen 1997 en 2000 nam het aantal AMA's dat asiel zocht in Nederland toe van 2660 naar 6705. Procentueel nam in deze periode het aantal AMA's toe van 8% naar 15% van het totale aantal asielzoekers. Vanaf 2001 begon het aantal asielzoekers te dalen. Echter, procentueel nam het aandeel van de AMA's nog steeds toe. In 2002 kwamen 3232 AMA's Nederland binnen, 17% van de totale instroom. Vanwege de toename in AMA's heeft de Nederlandse regering in 2001 besloten tot een ontmoedigingsbeleid (Ministerie van Justitie, 2001).

In april 2001 werd een nieuw AMA-beleid van kracht. Alle AMA's die bij binnenkomst in Nederland ouder dan 15 jaar zijn, en niet als vluchteling worden erkend, moeten uiterlijk op hun 18e weer terug naar hun land van herkomst. Naar verwachting zal ongeveer 20% van de AMA's in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning (Ministerie van Justitie, 2001). Een groot deel van de AMA's zal dus gedurende enige tijd in de centrale opvang verblijven.

Het in mei 2001 van kracht geworden beleid gaat er van uit dat AMA's die niet in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning op asielgronden, zo snel mogelijk terug dienen te keren naar het land van herkomst. Andere doelstellingen van het beleid zijn de beperking van de instroom van AMA's en het tegengaan van mensensmokkel en mensenhandel (Ministerie van Justitie, 2001).

## 1.2 Campusopvang van AMA's

Met het nieuwe beleid werd ook een splitsing in opvangfaciliteiten doorgevoerd. Vanaf dat moment was er opvang gericht op terugkeer (terugkeervariant) en opvang gericht op integratie in de Nederlandse samenleving (integratievariant). Alle nieuw gearriveerde AMA's van 15 jaar of ouder worden tijdens de eerste 6-9 maanden in Nederland opgevangen in de terugkeervariant. Sinds november 2002 worden zij opgevangen in een nieuwe opvangmodaliteit, de AMA-campus in Vught. In maart 2003 werd een tweede campus in Deelen geopend. De opvang in een campus, een besloten opvangcentrum, is een experiment. In Vught worden jongens en meisjes opgevangen, in Deelen uitsluitend jongens; de laatstgenoemde campus sluit weer op 1 januari 2004. Naar verwachting zal circa 80% van de AMA's worden opgevangen in de terugkeervariant (Ministerie van Justitie, 2001).

De AMA-campus in Vught heeft een capaciteit van 180 AMA's. De campus wordt beheerd door Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA). De meisjes (lady tigers) en jongens (dragons, bears) worden in aparte gebouwen opgevangen. De dagelijkse begeleiding (24-uurs) wordt door coaches gegeven. De AMA's volgen een intensief

dagprogramma bestaande uit onderwijs en een activiteitenprogramma van 9 uur tot 17:30. In de oorspronkelijke opzet van de campus was dit langer. De voertaal op de campus is Engels. De AMA's mogen alleen onder bepaalde voorwaarden van het terrein af. Het opvangprogramma wordt intern verzorgd vanuit de gedachte dat integratie in de Nederlandse samenleving niet goed is met het oog op de geplande terugkeer.

### **1.3 Gezondheidszorg op de campus**

Op de campus in Vught wordt de preventieve zorg verleend door de Stichting MOA Brabant en Zeeland, een samenwerkingsverband tussen de GGD'en in Noord-Brabant en Zeeland. MOA heeft als taak preventieve gezondheidszorg aan asielzoekers te verlenen. Dit betekent dat zij verantwoordelijk zijn voor de Jeugdgezondheidszorg en gezondheidsvoorlichting, alsmede voor de intake van nieuw binnengekomen asielzoekers en de toegeleiding naar de curatieve zorg, inclusief de GGZ. De curatieve zorg valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar VGZ. Alle AMA's zijn verzekerd voor ziektekosten en hebben toegang tot de reguliere gezondheidszorg, zoals de huisarts, specialist en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De bezetting van het MOA-personeel op de campus in Vught bestaat uit: een praktijkverpleegkundige (32 uur per week), een JGZ verpleegkundige (16 uur per week), een JGZ arts (8 uur per week), een sociaal geneeskundige (6 uur per week), een sociaal verpleegkundige (5 uur per week) administratieve ondersteuning (31 uur per week), en een GVO-medewerker (8 uur per week). De formatie kan variëren en wordt berekend op basis van de bezetting en instroom van AMA's. De bovenstaande gegevens golden in oktober 2003.

De dienstverlening door de MOA wordt verleend tussen 8:30 en 17:00 uur.

De huisartsenzorg maakt geen deel uit van de MOA-zorg en wordt apart ingekocht door de zorgverzekeraar. De huisartsenzorg wordt gegeven door twee huisartsenpraktijken uit Vught. Zij houden 2 uur per week spreekuur maar zijn ook buiten deze spreekuren te bereiken. Afhankelijk van de bezetting van de campus en het beroep op de gezondheidszorg voor AMA's kunnen zij meer spreekuren draaien. In de avonden en in het weekend wordt toegang tot spoedeisende medische zorg verzorgd door de Avond-Nacht-Weekend dienst (ANW-dienst) van de meldkamer in Amsterdam.

De GGZ is op indicatie beschikbaar en wordt in Vught verzorgd door een psychotherapeute en psycholoog van de GGZ-instelling Herlaarhof (Kinder- en Jeugdpsychiatrie: poli minderjarige asielzoekers). De tandarts, verloskundige, fysiotherapeut, specialisten, en andere (para-)medische zorgverleners zijn op indicatie beschikbaar.

De praktijkverpleegkundige en de huisarts houden elk twee keer per week spreekuur op de campus. De praktijkverpleegkundige heeft een inloopsprekkuur op dinsdag en donderdag. De huisartsen hebben op woensdag en vrijdag één uur spreekuur. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) arts en -verpleegkundige zijn verantwoordelijk voor de intake van de AMA, die meestal na drie weken plaats vindt, en voor periodieke onderzoeken (bijvoorbeeld gehoor, visus).

### **1.4 Evaluatie**

De campus als nieuwe opvangmodaliteit voor AMA's zal geëvalueerd worden door het ministerie van Justitie. Gezondheid en zorg maken geen deel uit van deze evaluatie. De

zorgpartijen, die verantwoordelijk zijn voor de medische zorg aan AMA's, hadden behoefte aan een gedegen evaluatie van de effecten op de gezondheid en toegang tot de gezondheidszorg voor AMA's in deze experimentele setting. Zij vroegen zich daarbij af of de overeengekomen dienstverlening met betrekking tot de gezondheidszorg, zoals vastgelegd in de Standaard Level Agreement (SLA) en convenanten met VGZ, voldoende was en in deze besloten opvangmodaliteit goed kon worden uitgevoerd. Om die reden hebben GGD Nederland en zorgverzekeraar VGZ aan TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) gevraagd deze aspecten te evalueren. De centrale vragen die in dit onderzoek beantwoord moesten worden, zijn geformuleerd door de opdrachtgevers in overleg met de zorgpartijen die betrokken zijn bij de campus. Deze hebben een achttal hoofdaspecten naar voren gebracht waar het onderzoek zich op dient te richten:

- 1) De effecten van de opvangmodaliteit op gedrag en ontwikkeling van de AMA's.
- 2) De (sociale) veiligheidsbeleving van de jongeren.
- 3) De mate en aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan.
- 4) De mate waarin dit beroep terecht of onterecht is in relatie tot de professionele verantwoordelijkheden van de zorgpartijen.
- 5) De mate van waarborging van de toegankelijkheid van de zorg.
- 6) De aard en het functioneren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, intern en extern en het functioneren van de samenwerking tussen hen, begeleiders van o.a. COA en voogden.
- 7) De wijze waarop de signalering van risicojongeren gestalte krijgt en de wijze waarop signalen worden opgepakt.
- 8) Incidenten, crisissituaties, (ongewenste) zwangerschappen.



## 2 Methode

### 2.1 Inleiding

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de campus in Vught in de periode van 1 maart tot eind september 2003. Tevens werden in het asielzoekerscentrum Middelburg in de periode van begin juni tot half juli gegevens verzameld over de AMA's die daar verbleven. Na een aantal kennismakingsgesprekken met de diverse betrokkenen (clustermanagers MOA, directeur Nidos, directeur van de campus, praktijkverpleegkundigen MOA en huisartsen in Vught en Middelburg), is de dataverzameling in mei van start gegaan (zie ook paragraaf 2.2).

Teneinde de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van vijf bronnen van informatie:

- 1) *vragenlijsten ingevuld door AMA's*; aan een groep van 80 AMA's is gevraagd een tweetal vragenlijsten in te vullen. Tevens is gebruik gemaakt van vragenlijstgegevens uit een landelijk, longitudinaal onderzoek onder ruim 1100 AMA's van Centrum '45 in samenwerking met de Universiteit van Leiden.
- 2) *persoonlijke interviews* met 20 AMA's
- 3) de bij de zorg voor AMA's betrokken *zorgverleners en de coaches*; aan hen is een aantal vragen voorgelegd over de toegankelijkheid van de medische zorg in aparte groepsinterviews.
- 4) de *registratie van zorgcontacten*; op de campus in Vught registreerden de huisartsen en de praktijkverpleegkundigen een aantal gegevens over alle contacten die zij hadden met AMA's. Dezelfde gegevens werden ook door de praktijkverpleegkundigen en huisartsen, verbonden aan het asielzoekerscentrum in Middelburg, geregistreerd.
- 5) de *registratie van incidenten* op de campus in Vught en in Middelburg.

In de paragrafen 2.3 t/m 2.7 wordt nader op deze bronnen ingegaan; in de volgende paragraaf wordt een schets gegeven van de periode waarin het onderzoek plaatsvond.

### 2.2 Schets van de periode waarin het onderzoek plaatsvond

In de maanden januari en februari 2003 waren er diverse opstanden op de campus. Alle AMA's die toen op de campus verbleven, werden begin maart uitgeplaatst. Kort daarvoor trad er een nieuwe directeur aan. In diezelfde periode maakte de VPRO een tweetal TV-uitzendingen over het leven op de campus. De Inspectie voor de Gezondheidszorg bezocht de campus medio februari en maakte haar eigen rapport op. De belangrijkste aanbeveling in dit rapport was dat COA en MOA met elkaar afspraken zouden maken om de toegankelijkheid van de medische hulpverlening te waarborgen. COA werd aanbevolen het regiem op de campus zodanig aan te passen dat vrije toegang tot de medische zorg gegarandeerd was en uitvoering van gezondheidsadviezen zonder beperkingen mogelijk zou zijn. MOA werd aanbevolen COA duidelijk te maken dat het binnen het heersende regiem op de campus niet mogelijk is medische hulpverlening te realiseren op de manier die overeenkomt met de wijze waarop MOA moet en kan werken (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003). Mede naar aanleiding van het inspectierapport is door COA een protocol opgesteld waaruit blijkt dat de aanbevelingen zijn opgevolgd.

In dezelfde periode vonden veel personeelswisselingen plaats bij COA, Nidos en MOA. Door deze onrustige situatie was het onmogelijk om het onderzoek op de geplande datum van 1 februari te beginnen. In de praktijk was dat pas mogelijk vanaf eind mei.

Vanaf half maart 2003 stroomden nieuwe AMA's in op de campus in Vught, resulterend in een aantal van 13 AMA's eind maart en 43 AMA's eind april. Een periode van betrekkelijke rust brak aan waarin begonnen kon worden met het onderzoek op de campus. In mei werd het weer onrustiger, culminerend in een oproer begin juni naar aanleiding van een conflict met de AMA's over het uitblijven van medische zorg 's nachts voor een meisje uit Eritrea. In periodes dat er onrust heerste onder de AMA's lag het onderzoek vrijwel stil omdat er in deze situaties geen gelegenheid was te interviewen of vragenlijsten af te nemen. Dit gebeurde namelijk vrijwel steeds tijdens het onderwijs aan AMA's. Tijdens de periodes van onrust kwamen AMA's massaal niet naar het onderwijs uit protest.

Het regime op de campus is tijdens de onderzoeksperiode regelmatig aangepast. De belangrijkste veranderingen waren:

- AMA's kregen de mogelijkheid om vaker van het terrein af te gaan.
- Coaches hoeven AMA's niet meer overal naar toe te begeleiden, bv naar het ziekenhuis of de moskee.
- AMA's krijgen zakgeld waarvan zij een deel kunnen verdienen door deel te nemen aan het onderwijs of de activiteiten.
- Het dragen van rode of groene kleren was niet meer verplicht.

Andere elementen van het regime, het verplichte dagprogramma, de Engelse voertaal, en de voorbereiding op terugkeer, werden wel gehandhaafd. Naar aanleiding van een kort geding heeft COA speciaal voor de AMA-campus een klachtenregeling opgesteld. Het werd voor bewoners en niet-bewoners mogelijk te klagen over gedragingen van COA of medewerkers van COA (COA klachtenregeling voor de ama-campussen, 2003).

## 2.3 Vragenlijsten ingevuld door AMA's

### *Inleiding*

In het onderzoek werden twee vragenlijsten gebruikt: de Hopkins Symptom Checklist-37A (HSCL-37A) en de Zelfinventarisatie Lijst voor adolescenten (ZIL-A). De keuze voor de HSCL-37A en de ZIL-A komt voort uit het feit dat dezelfde vragenlijsten zijn afgenomen in een landelijk, longitudinaal onderzoek van Centrum '45 en de Universiteit van Leiden getiteld "Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (AMA's) en de GGZ". Aan dit landelijke onderzoek doen ruim 1100 AMA's mee die in diverse settings worden opgevangen, echter niet in de campussetting. Hierdoor wordt het mogelijk de scores op de vragenlijsten van de AMA's op de campus en de AMA's die in andere settings worden opgevangen met elkaar te vergelijken. Daarbij is alleen vergeleken met AMA's die kortdurend in Nederland waren. In het vervolg van dit verslag zal naar het onderzoek van Centrum '45 en de Universiteit van Leiden "AMA's en de GGZ" verwezen worden als '(de subgroep van) het landelijke AMA-onderzoek'.

### *Populatie*

AMA's die minimaal twee weken op de campus verbleven, werden gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. In Vught zijn 87 AMA's benaderd om de vragenlijsten in te vullen. Drie AMA's weigerden de vragenlijst in te vullen en drie AMA's, allen Vietnamezen, konden vanwege taalproblemen de vragenlijsten niet invullen. De vragenlijsten zijn derhalve door 81 adolescenten ingevuld.

De scores van deze 81 AMA's zijn vergeleken met de scores van 56 AMA's die deelnamen aan het landelijke AMA-onderzoek. Zij werden geselecteerd uit een groep van 1100 AMA's op basis van hun verblijfsduur in Nederland. We hadden voor het landelijke onderzoek de beschikking over vragenlijstgegevens van AMA's die kort (0-6 maanden) of iets langer (7-12 maanden) in Nederland verbleven. Om de vergelijkbaarheid tussen de onderzoekspopulaties zo groot mogelijk te houden, is de groep die maximaal 6 maanden in Nederland verbleef (n=56), gekozen als referentiegroep.

### *Vragenlijsten*

In het onderzoek werden de HSCL-37A en de ZIL-A gebruikt. Voor beide vragenlijsten is de adolescentenversie afgenomen. Tevens werd informatie over een aantal achtergrondkenmerken verzameld: sexe, leeftijd en land van herkomst.

De HSCL-37A bestaat uit de HSCL-25 waaraan 12 items over externaliserend gedrag (alcohol gebruiken, ruzie maken, etc) zijn toegevoegd. De HSCL-25 is afkomstig uit de VS waar hij gebruikt is om bij Cambodjaanse vluchtelingen klachten van angst en depressie te inventariseren (Mollica et al., 1987). De vragenlijst is aangepast voor gebruik bij verschillende culturele groepen en is beschikbaar in de volgende 19 talen: Engels, Chinees (Mandarijn), Frans, Portugees, Spaans, Russisch, Somalisch, Arabisch, Servo-Kroatisch, Albanees, Koerdisch (Soerani en Badini), Farsi, Amhaars, Dari, Duits, Mongools, Nederlands en Turks.

In het landelijke AMA-onderzoek zijn 12 items over externaliserend gedrag toegevoegd aan de HSCL-25. De reden hiervoor is dat jongeren vaak externaliserend gedrag vertonen. Derhalve bevat de schaal 37 items, ondergebracht in drie subschalen: angst (10 items), depressie (15 items), en externaliserend gedrag (12 items). De HSCL-37A is een zelf-rapportage vragenlijst waarvan de items beantwoord kunnen worden op een 4-puntsschaal: '1 niet', '2 soms', '3 vaak', '4 altijd'. De totaalscore op deze vragenlijst kan bepaald worden door de scores op de 37 items bij elkaar op te tellen. De score bedraagt minimaal 37 (best) en maximaal 148 (slechtst). De Nederlandse versies van de vragenlijsten zijn weergegeven in bijlage A.

De ZIL-A is een zelf-rapportage vragenlijst die post-traumatische stressreacties meet. Het is een verkorte versie van de ZIL (Hovens et al., 1994) die is aangepast voor gebruik bij multiculturele adolescenten (Bean, 2000). De ZIL-A bevat 22 items die overeenkomen met de criteria voor een Post-traumatische stress stoornis in de DSM-IV, een wereldwijd toegepaste diagnostische indeling van psychiatrische stoornissen (APA, 1994). De vragen van de ZIL-A kunnen op een 4-puntsschaal worden ingevuld '1 niet', '2 een beetje', '3 vaak', '4 erg vaak'. Er zijn drie schalen: intrusie/herbeleving (6 items), afstomping/vermijding (9 items), en hyperarousal (7 items). Naast de score van de drie subschalen kan ook een totaalscore bepaald worden. Deze totaalscore kan uiteen lopen van 22 (best) – 88 (slechtst). De ZIL-A is in dezelfde talen beschikbaar als de HSCL-37A.

### *Procedure*

De vragenlijsten werden afgenomen tijdens onderwijsbijeenkomsten in de periode van 20 mei tot en met 20 september 2003. Bij analfabeten (n=10) werd de vragenlijst mondeling afgenomen of met behulp van een andere AMA die de vragen voorlas in de taal van de AMA.

### *Analyse*

Allereerst zijn de sociaal-demografische kenmerken van de onderzoekspopulaties uit Vught en (de subgroep van) het landelijke AMA-onderzoek vergeleken en getoetst met t-toetsen en Chi-kwadraat toetsen. Alvorens de verschillen tussen de twee populaties te onderzoeken, is de interne consistentie van de subschalen van de HSCL-37A en de ZIL-A berekend, uitgedrukt als Cronbach's alfa.

Vervolgens is gekeken naar het aantal ontbrekende antwoorden. Het percentage ontbrekende antwoorden geeft een indicatie of een vragenlijst zelfstandig kan worden ingevuld. Wanneer het percentage ontbrekende antwoorden hoog is, kan dit betekenen dat de vragenlijst minder geschikt is om schriftelijk en zonder begeleiding te worden afgenomen.

De statistische significantie van verschillen in vragenlijstcores tussen de twee populaties en tussen de jongens en de meisjes is onderzocht met onafhankelijke t-toetsen, chi-kwadraat toetsen, en variantie-analyses. Met een variantie-analyse is eveneens getoetst of er verschillen zijn in psychosociaal welbevinden tussen AMA's uit drie verschillende continenten/landen: Afrika, China en de overige landen (Europa, Azië). Vanwege het geringe aantal Chinezen in de onderzochte subgroep van het landelijke AMA-onderzoek is voor dit onderzoek een vergelijking tussen Afrikaanse en niet-Afrikaanse AMA's gemaakt, die is getoetst met een t-toets.

## **2.4 Persoonlijke interviews met AMA's**

### *Populatie*

Twintig AMA's zijn gevraagd voor een persoonlijk interview. Allen stemden hierin toe, waarvan enkelen na enig aandringen. De groep bestond uit 9 meisjes en 11 jongens; de gemiddelde leeftijd was 16 jaar. De geïnterviewde AMA's kwamen uit de volgende landen: Liberia, Ethiopië, Sierra Leone, Eritrea, Afghanistan, Congo, Guinée, Kongo Kinshasa, Angola, Nigeria, China, Burundi. De selectie geschiedde volgens volgorde van binnenkomst op de campus, waarbij zoveel mogelijk rekening werd gehouden met een verdeling tussen jongens en meisjes en nationaliteiten in de totale groep.

Op het moment van interviewen waren de AMA's tussen de 32 en 121 dagen op de campus, met een gemiddelde van 78 dagen. De verblijfsduur in Nederland voorafgaande aan binnenkomst op de campus varieerde van 2 tot 4 weken.

### *Vragen en procedure*

Onderwerpen die in het interview werden aangesneden waren de gezondheid van de AMA en de ervaringen van de AMA met de gezondheidszorg op de campus, de veiligheidsbeleving op de campus en de contacten buiten de campus. Het interview was semi-gestructureerd en omvatte 30 vragen over de gezondheidsklachten waarvoor de AMA eventueel medische hulp had gezocht, 15 vragen over de veiligheidsbeleving op de campus, 8 vragen over contacten buiten de campus en 2 vragen over positieve en negatieve ervaringen op de campus. Het interview werd afgesloten met enkele vragen over persoonsgegevens (zie bijlage B). Het interview kon worden afgenomen in het Engels, Frans of Portugees. Er werd niet met tolken gewerkt. Dat betekende dat de meeste AMA's niet werden geïnterviewd in hun moedertaal. Hiervoor werd gekozen omdat inschakeling van een tolk tijdrovend was en het Engels, Frans of Portugees van de meeste AMA's toereikend was. In sommige gevallen heeft de taal invloed gehad op de diepgang van het interview, maar nooit op het verkrijgen van de benodigde informatie. De interviews werden afgenomen door twee interviewers, waarbij één interviewer 18 van de 20 interviews deed. De duur van het interview was afhankelijk van de ervaring die de AMA met de medische zorg had en varieerde van 25 minuten tot

ruim een uur. De antwoorden werden direct opgeschreven, het interview werd niet opgenomen.

### *Analyse*

Bij de weergave van de resultaten worden aantallen vermeld en geen percentages om een pseudo-exactheid te vermijden die bij een populatie van 20 AMA's niet realistisch is. De open vragen werden gecodeerd of gerubriceerd. De resultaten van de interviews werden vergeleken met de vragenlijsten, maar vanwege de andere vraagstelling kan geen kwantitatieve vergelijking worden gemaakt tussen beide gegevensbronnen.

## **2.5 Interviews met betrokkenen voor de zorg bij AMA's**

### *Populatie*

Om inzicht te krijgen in de beoordeling door zorgverleners van het effect van de campusopvang op de gezondheid van de AMA en hun mening over de toegankelijkheid van de medische zorg op de campus werden drie groepsinterviews en twee individuele interviews met zorgverleners gehouden. Allereerst werd een groepsinterview georganiseerd met de medewerkers van MOA en GGZ, huisartsen en de voogden van Nidos. Alle aanwezigen bij het groepsinterview beschikten over een aantal jaren ervaring met het verlenen van zorg aan AMA's. Een aantal van hen heeft hiervoor op het voormalige AZC in Vught gewerkt.

Vanwege de specificiteit van het onderwerp werden aan de JGZ arts en -verpleegkundige in een apart interview een aantal vragen over de intakeprocedure voorgelegd. Het derde interview betrof de coaches van het meisjesgebouw waarin vooral werd ingegaan op hun ervaringen met de medische zorg op de campus en hun mening over de toegankelijkheid van de medische zorg. Tot slot werden telefonisch individuele interviews gehouden met de psycholoog van de Herlaarhof (GGZ) en de GVO-medewerker van MOA.

### *Vragen en procedure*

Op 1 juli 2003 vond het eerste groepsinterview plaats met de JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige, twee huisartsen, twee voogden van Nidos, twee MOA-praktijkverpleegkundigen, drie psychologen van de Herlaarhof/ GGZ. Door een misverstand was de GVO-functionaris niet uitgenodigd; daarmee is later gesproken.

Aan de aanwezige zorgverleners werden de volgende vijf vragen voorgelegd:

- 1 Wat is het effect van de campusopvang op de gezondheid van de AMA? Onder gezondheid verstaan we zowel de lichamelijke als de psychosociale gezondheid van de AMA.
- 2 Hoe functioneert de huidige zorgverlening aan AMA's op de campus. Hoe beoordeelt u de toegankelijkheid en toereikendheid van de zorg op de campus? Welke knelpunten signaleert u?
- 3 Wat is het effect van de campusopvang op uw eigen functioneren? Kunt u uw werk naar uw eigen tevredenheid uitvoeren op deze campus?
- 4 Voor degenen die ervaring hebben met zorgverlening aan AMA's in andere opvangsettings, bijvoorbeeld AZC: gaan er dingen anders op de campus?
- 5 Hebt u suggesties voor verbetering?

Het tweede gesprek met de JGZ-arts en -verpleegkundige vond plaats op 28 augustus 2003. Vijf vragen werden gesteld over de intakeprocedure:

- 1 Wat is de procedure en inhoud van de JGZ intake: wanneer, waar, met wie (tolk?), onderwerpen/ protocol, duur, aantal contacten, verslag, wie heeft toegang tot het verslag?
- 2 Voldoet de intake om een eerste beeld van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van AMA's te krijgen?
- 3 Kunnen risicojongeren (bijvoorbeeld HIV-geïnfecteerden, zwangeren, lichamelijk/ seksueel mishandelde kinderen, psychotische/depressieve kinderen) gesignaleerd worden **tijdens** de intake en wat gebeurt er daarna met hen?
- 4 Kunnen risicojongeren (bijvoorbeeld HIV-geïnfecteerden, zwangeren, lichamelijk/sexueel mishandelde kinderen, psychotische/depressieve kinderen) gesignaleerd worden **voor of na** de intake en wat gebeurt er daarna met hen?
- 5 Hoe verloopt de communicatie over de bevindingen uit de intake naar de andere hulpverleners en betrokkenen (Nidos, coaches, huisarts)?

Het derde en laatste groepsinterview op 18 september 2003 met de coaches van het meisjesgebouw over hun ervaringen met de medische opvang op de campus. De volgende vragen kwamen aan de orde:

- 1 Wat doen de coaches bij gezondheidsproblemen van de AMA's?
- 2 Wat zijn de ervaringen van de coaches met de zorg op de campus?
- 3 Wat is er veranderd na het conflict/opstand in juni 2003?

Alle interviews werden op de campus afgenomen. De telefonische interviews met de GVO-medewerker en de psycholoog van de Herlaarhof werden respectievelijk gehouden op 2 en 3 oktober 2003.

#### *Analyse en rapportage*

Het groepsinterview met de zorgverleners werd op band opgenomen en na afloop uitgeschreven. Van het interview werd een verslag gemaakt dat aan alle aanwezigen werd toegestuurd. Men kreeg twee weken om te reageren op het verslag. Na het verwerken van de reacties werd een definitief verslag opgesteld. De interviews interviews met het JGZ-team, de coaches van het meisjesgebouw, de GGZ psycholoog en de GVO-functionaris werden niet opgenomen. Voor het overige werd dezelfde werkwijze gehanteerd.

## **2.6 Registratie van zorgcontacten**

### *Populatie*

Belangrijk was om inzicht te krijgen in de mate waarin de AMA's op de campus een beroep doen op de gezondheidszorg. Aan de twee MOA-praktijkverpleegkundigen en de twee huisartsen werd gevraagd een aantal aspecten van de consulten op een formulier te registreren. Ook de zorgcontacten die buiten het spreekuur plaats vonden werden geregistreerd.

Teneinde het gebruik van de gezondheidszorg van de AMA's op de campus te kunnen vergelijken met het gebruik van AMA's die in een andere setting worden opgevangen is gezocht naar centra in de regio Brabant/Zeeland waar AMA's worden opgevangen. Het enige centrum dat voor vergelijking in aanmerking kwam was het asielzoekerscentrum in Middelburg. In Middelburg verblijven maximaal 100 AMA's in een apart gebouw op het terrein van een regulier asielzoekerscentrum. De drie MOA- praktijkverpleegkundigen en de huisarts aldaar zijn gevraagd in dezelfde periode dezelfde aspecten van de consulten te registreren. De registratie van de zorgcontacten heeft in beide centra plaats gevonden in de periode van 2 juni 2003 tot 17 juli 2003 (6 weken).

### *Procedure*

De praktijkverpleegkundigen en de huisartsen registreerden vlak na elk consult de volgende aspecten:

- met wie het consult gevoerd was: sexe/leeftijd/land van herkomst/aantal maanden in Nederland/eerste drie letters van de achternaam;
- wie het initiatief tot het consult had genomen;
- wie er bij het consult aanwezig waren;
- met welke klachten de AMA zich presenteerde;
- wat de evaluatie van de verpleegkundige of huisarts was;
- wat het resultaat van het consult was (toegeleiding huisarts, verwijzing naar specialist, zelfzorgadvies etc).

### *Analyse*

Allereerst werd een aantal achtergrondkenmerken van de AMA's en kenmerken van de consulten bij de praktijkverpleegkundige en huisarts nagegaan. Tevens werden gegevens over de bezetting in beide centra verzameld. Met Chi-kwadraat toetsen en t-toetsen is nagegaan of verschillen tussen de beide locaties in achtergrondkenmerken en in consultvoering statistisch significant waren. Daarnaast is er gekeken naar verschillen tussen beide locaties in de contactredenen bij de praktijkverpleegkundige en de huisarts.

## **2.7 Registratie van incidenten**

De laatste onderzoeksvraag heeft betrekking op de incidenten die zich op de campus voordoen. Onder incidenten worden diverse zaken verstaan: vechtpartijen, agressie naar medewerkers, maar ook medische incidenten zoals zwangerschappen, ongevallen, en suïcidepogingen. Daarnaast wordt het feit dat een AMA met onbekende bestemming vertrekt (MOB) ook als een incident beschouwd.

Nagegaan is of het aantal en het soort incidenten dat zich in Vught voordoet, verschilt van andere opvangsituaties voor AMA's. Teneinde hier meer inzicht in te krijgen, zijn de frequentie en het soort incidenten in de periode van 1 maart 2003 tot 1 september 2003 vergeleken tussen de campus in Vught en het AZC in Middelburg.

### *Procedure*

De volgende drie bronnen werden gebruikt om te achterhalen hoe vaak en wat voor soort incidenten er zich voordeden op de campus in Vught en op het AZC in Middelburg:

- 1 De registratie van de stafarts van de Stichting MOA die incidenten waarbij MOA betrokken is, bijhoudt voor de regio Brabant/Zeeland. Medewerkers van MOA kunnen daar incidenten melden zoals: hongerstakingen, suïcidepogingen, en overlijden van asielzoekers. Geweld tegen MOA medewerkers en vernielingen van eigendommen en locaties van MOA worden gemeld bij een medewerker van Personeelszaken van de stichting MOA.
- 2 De registratie van COA van de incidenten die plaatsvinden op de campus in Vught en in het AMA gebouw in Middelburg. Incidenten die geregistreerd worden zijn: vechtpartijen, vernielingen, diefstal etc.
- 3 De registratie van incidenten door de onderzoekers in een logboek.

### *Analyse*

Het aantal en soort incidenten werd geteld en in een tabel weergegeven. Twee medische incidenten werden door de onderzoekers in een logboek genoteerd. Er werd nagegaan wat er volgens de betrokkenen was gebeurd en wat de gevolgen van deze twee

incidenten waren, als illustratie bij de bespreking van de veiligheidsbeleving van de AMA's in paragraaf 3.2.3.

## 3 Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van het onderzoek, per gegevensbron. Binnen een gegevensbron zijn de resultaten zoveel mogelijk gerangschikt naar onderzoeksvraag (voor zover de betreffende bron informatie opleverde over een bepaalde vraag).

### 3.1 Vragenlijsten ingevuld door AMA's

#### *De populaties*

In Vught zijn 87 AMA's benaderd om de vragenlijsten in te vullen. Drie AMA's weigerden de vragenlijst in te vullen en drie AMA's, allen Vietnamezen, konden vanwege taalproblemen de vragenlijsten niet invullen. De HSCL-37A en de ZIL-A zijn door 81 AMA's ingevuld. De scores van deze 81 AMA's zijn vergeleken met de scores van een subgroep van 56 AMA's die deelnamen aan het landelijke AMA-onderzoek. Zij werden geselecteerd uit een groep van 1100 AMA's op basis van hun verblijfsduur in Nederland. We hadden voor het landelijke onderzoek de beschikking over vragenlijstgegevens van AMA's die kort (0-6 maanden) of iets langer (7-12 maanden) in Nederland verbleven. Om de vergelijkbaarheid tussen de onderzoekspopulaties zo groot mogelijk te houden, is de groep die maximaal 6 maanden in Nederland verbleef, gekozen als referentiegroep.

In tabel 3.1.1. wordt een aantal sociaal-demografische kenmerken van de beide groepen AMA's weergegeven. De groep AMA's in Vught bestaat voor iets meer dan de helft uit jongens (56%). De gemiddelde leeftijd is 16 jaar. De meeste jongeren zijn afkomstig uit Afrika, met name uit landen als Angola (11%), Sierra Leone (11%), en Nigeria (9%). Daarnaast valt op dat een relatief groot deel (15%) van de AMA's uit China komt.

De subgroep AMA's uit het landelijke AMA-onderzoek bestaat overwegend uit jongens (80%) in de leeftijd van 13 tot en met 18 jaar. Het merendeel is afkomstig uit Afrikaanse landen zoals Angola (30%), Sierra Leone (14%) en Guinee (13%). De verschillen in geslachtsverdeling tussen de groep uit Vught en de subgroep uit het landelijke onderzoek zijn statistisch significant.

Tabel 3.1.1. Vergelijking van de sociaal-demografische kenmerken van AMA's in Vught en van de subgroep uit het landelijke onderzoek

|                                        | Onderzoek Vught |       | Landelijk onderzoek |       | P-waarde <sup>1</sup> |
|----------------------------------------|-----------------|-------|---------------------|-------|-----------------------|
| Aantal AMA's                           | 81              |       | 56                  |       |                       |
| Aantal jongens/meisjes                 | 46 / 35         |       | 45 / 11             |       | .004 a                |
| Gem. leeftijd (sd) in jaren            | 16.1 (.74)      |       | 16.3 (1.01)         |       | .431 b                |
| Range                                  | 15-17           |       | 13-18               |       |                       |
| Range verblijf in Nederland in maanden | 0-4             |       | 0-6                 |       |                       |
| Taal vragenlijst; n (%)                |                 |       |                     |       |                       |
| Engels                                 | 27              | (33%) | 14                  | (25%) |                       |
| Frans                                  | 22              | (27%) | 11                  | (20%) |                       |
| Portugees                              | 8               | (10%) | 17                  | (30%) |                       |
| Chinees                                | 12              | (15%) | 3                   | ( 5%) |                       |
| Overige talen                          | 12              | (15%) | 11                  | (20%) |                       |
| Land van herkomst; n (%)               |                 |       |                     |       | .219 a                |
| Afrika (totaal)                        | 60              | (74%) | 46                  | (82%) |                       |
| China                                  | 12              | (15%) | 3                   | ( 5%) |                       |
| Overige landen                         | 9               | (11%) | 7                   | (13%) |                       |

<sup>1</sup> P-waarde van verschil tussen Vught en landelijk onderzoek wat betreft dit kenmerk: a Chi-kwadraat toets; b Student t-toets.

*Interne consistentie en percentage ontbrekende items.*

De interne consistentie van de subschalen van de HSCL-37A is voor de subschalen angst en depressie in beide populaties goed tot uitstekend (tabel 3.1.2.). Uitzondering is de schaal externaliserend die het bij de groep in Vught matig doet. De interne consistentie van de subschalen van de ZIL-A is goed te noemen.

Tabel 3.1.2. Interne consistentie (Cronbach's alfa) van de subschalen van de HSCL-37A en de ZIL-A.

| Vragenlijst     | Aantal items | Vught<br>N=81 | Landelijk onderzoek<br>N=56 | Landelijk onderzoek<br>N=948* |
|-----------------|--------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>HSCL-37A</b> |              |               |                             |                               |
| Angst           | 10           | .88           | .73                         | .84                           |
| Depressie       | 15           | .88           | .75                         | .87                           |
| Externaliseren  | 12           | .58           | .75                         | .69                           |
| <b>ZIL-A</b>    |              |               |                             |                               |
| Intrusie        | 6            | .84           | .80                         | .85                           |
| Vermijding      | 7            | .70           | .72                         | .69                           |
| Hyperarousal    | 9            | .77           | .70                         | .75                           |

\* Het aantal respondenten varieerde per subschaal van 879 (HSCL37-A: depressie) tot 948 (HSCL-37A: externaliseren).

In Vught is het aantal ontbrekende antwoorden beperkt gebleven omdat de onderzoekers meestal in de gelegenheid waren om de ontbrekende vragen meteen na te vragen en tijdens het invullen, vragen over de betekenis van de vragen te beantwoorden. In de subgroep van het landelijke AMA-onderzoek zijn relatief veel missende waarden op de vragen van de HSCL en ZIL-A. In dat onderzoek is bij 15 van de 37 items van de HSCL-37A 10% of meer niet ingevuld, het item over libidoverlies kent het hoogste

aantal ontbrekende antwoorden, namelijk 23%. Voor de ZIL-A geldt dat 17 van de 22 items meer dan 10% missende waarden hebben. Blijkbaar hebben de AMA's die korter dan 6 maanden in Nederland verblijven problemen met het zelfstandig invullen van de vragenlijsten, ook al waren de vragen veelal gesteld in een taal die zij in principe konden lezen.

### 3.1.1 *Verschillen in psychisch welbevinden tussen de AMA's in Vught en de subgroep van AMA's uit het landelijke onderzoek*

De AMA's op de campus in Vught scoren hoger (dus ongunstiger) op alle subschalen van de HSCL-37A en de ZIL-A (tabel 3.1.3.) dan de subgroep van deelnemers aan het landelijke onderzoek. Dit betekent dat zij meer angst en depressie rapporteren en meer post-traumatische stressreacties. Significante verschillen tussen de beide groepen worden gevonden op de HSCL-37A schaal internaliseren en de subschaal hiervan angst, en op de ZIL-A subschaal intrusie/herbeleving. De AMA's in Vught rapporteren meer angst en intrusie/herbeleving dan de subgroep AMA's uit het landelijke onderzoek.

Tabel 3.1.3. Gemiddelde scores op de HSCL-37A en ZIL-A van AMA's in Vught en in de subgroep van het landelijke AMA-onderzoek

| Vragenlijsten               | Vught |      |        | Landelijk onderzoek |      |        | p-waarde <sup>1</sup> | p-waarde <sup>2</sup> |
|-----------------------------|-------|------|--------|---------------------|------|--------|-----------------------|-----------------------|
|                             | N     | Gem  | (sd)   | N                   | Gem  | (sd)   |                       |                       |
| <b>HSCL-37A</b>             |       |      |        |                     |      |        |                       |                       |
| Internaliseren <sup>3</sup> | 81    | 58.0 | (15.5) | 33                  | 53.2 | (9.6)  | .047*                 | .002*                 |
| Angst                       | 81    | 22.3 | (6.5)  | 42                  | 19.2 | (4.3)  | .002*                 | .000*                 |
| Depressie                   | 81    | 35.7 | (10.1) | 36                  | 33.7 | (6.5)  | .201                  | .010*                 |
| Externaliseren              | 81    | 15.7 | (3.6)  | 40                  | 15.3 | (3.5)  | .572                  | .314                  |
| Totaalscore                 | 81    | 73.7 | (17.5) | 32                  | 69.0 | (11.1) | .091                  | .015*                 |
| <b>ZIL-A</b>                |       |      |        |                     |      |        |                       |                       |
| Intrusie                    | 76    | 16.3 | (4.5)  | 46                  | 14.7 | (4.0)  | .043*                 | .003*                 |
| Vermijding                  | 75    | 21.8 | (5.1)  | 41                  | 21.7 | (5.3)  | .920                  | .334                  |
| Hyperarousal                | 79    | 15.7 | (4.4)  | 45                  | 15.5 | (4.0)  | .760                  | .352                  |
| Totaalscore                 | 71    | 54.0 | (12.2) | 40                  | 52.7 | (10.6) | .580                  | .103                  |

<sup>1</sup> T-toets: verschil in gemiddelde tussen de AMA's in Vught versus de subgroep van het landelijke onderzoek

<sup>2</sup> T-toets: verschil in gemiddelde tussen de AMA's in Vught versus de subgroep van het landelijke onderzoek, waarbij de Chinezen buiten beschouwing zijn gelaten

<sup>3</sup> De schaal Internaliseren bestaat uit twee subschalen: angst en depressie

Aangezien er voor het landelijke onderzoek ook vragenlijstgegevens beschikbaar waren van AMA's die 7-12 maanden in Nederland verbleven, zijn de scores op de vragenlijsten van de groepen met een korte (0-6 mnd) versus een langere verblijfsduur (7-12 mnd) met elkaar vergeleken (geen tabel). Het blijkt dat de AMA's met een korte verblijfsduur significant lager scoorden op vragen over angst op de HSCL-37A ( $p=.02$ ). Dit bevestigt de juistheid van de beslissing om de AMA's in Vught alleen te vergelijken met de AMA's uit het landelijke onderzoek die pas kort in Nederland verbleven. Er werden geen significante verschillen gevonden op de schalen van de ZIL-A.

Daarnaast is onderzocht of er verschillen tussen jongens en meisjes waren. Wat betreft de verschillen tussen jongens en meisjes in Vught valt op dat de meisjes significant hoger scoren op de HSCL-37A schalen depressie en angst en een hogere totaalscore

hebben op de HSCL-37A. Ook op de ZIL-A schalen 'intrusie' en 'hyperarousal' en de ZIL-A totaalscore scoren de meisjes significant hoger dan de jongens.

Tussen de jongens en meisjes uit de subgroep van het landelijke onderzoek werden nauwelijks verschillen gevonden. De meisjes scoorden alleen significant hoger op de HSCL-37A totaalscore. Naar aanleiding van deze resultaten is er een variantie-analyse gedaan om de verschillen tussen de populaties te toetsen (Vught versus landelijk onderzoek) waarbij gecorrigeerd wordt voor geslacht. Uit deze analyses blijkt dat er dan nog alleen op de subschaal 'Angst' van de HSCL-37A verschil is tussen de populaties. De AMA's in Vught geven significant meer angst aan dan de subgroep AMA's in het landelijke onderzoek. De andere significante verschillen die gevonden worden, zijn te wijten aan het feit dat er in Vught meer meisjes deelnamen.

De onderzoekers constateerden tijdens het afnemen van de vragenlijsten dat de Chinezen in het algemeen erg snel de vragenlijsten invulden en weinig problemen aangaven. Om deze observatie te objectiveren is er voor de AMA's in Vught een driedeling gemaakt wat betreft de landen waaruit de AMA's afkomstig waren: China, Afrika, en Europa/ Rusland/ Midden-Oosten. Verschillen tussen deze drie groepen wat betreft de scores op de twee vragenlijsten werden met een variantie-analyse onderzocht voor de AMA's in Vught. Aangezien er aan het landelijke onderzoek slechts drie Chinezen deelnamen, zijn deze drie aan de niet-Afrikanen toegevoegd.

Wanneer de scores van de Chinese AMA's in Vught vergeleken worden met de scores van de Afrikaanse AMA's en de overige landen, valt op dat de Chinezen op alle subschalen van de twee vragenlijsten lager scoren. Zij geven minder psychische problemen aan en minder post-traumatische stress symptomen dan de AMA's uit Afrika en uit de overige landen. De jongeren uit Afrika en de overige landen verschilden niet van elkaar. In de subgroep van het landelijke onderzoek worden geen verschillen gevonden tussen de Afrikanen versus de niet-Afrikanen met uitzondering van de HSCL-schaal angst. Hierop scoren de Afrikanen significant hoger ( $p=.041$ ).

Naar aanleiding van deze resultaten, is er een subgroepanalyse gedaan waarbij de vragenlijstgegevens van de Chinezen uit beide onderzoeken buiten beschouwing werden gelaten. Uit deze analyse bleek dat de verschillen tussen de subgroep van het landelijke AMA-onderzoek en het onderzoek in Vught groter werden (zie tabel 3.1.3., laatste kolom). De AMA's in Vught, exclusief de Chinezen, geven dan niet alleen significant meer angst, maar ook meer depressie aan op de HSCL-37A. Bovendien hebben zij een hogere totaalscore op de HSCL (meer problemen). Het verschil tussen de AMA's Vught versus de subgroep van AMA's uit het landelijke onderzoek in intrusie (ZIL-A) wordt dus groter wanneer AMA's uit dezelfde gebieden worden vergeleken.

Tenslotte is er een variantie-analyse gedaan waarbij de Chinezen in beide onderzoeken buiten beschouwing werden gelaten en er eveneens gecorrigeerd werd voor geslacht. Uit deze analyse blijkt dat de AMA's in Vught significant meer herbeleving van traumatische gebeurtenissen op de ZIL-A ( $p=.026$ ) en meer angst op de HSCL-37A ( $p=.003$ ) aangeven dan de subgroep van AMA's uit het landelijke onderzoek. Daarnaast is er een trend dat de AMA's in Vught meer internaliserende problemen hebben dan de subgroep AMA's uit het landelijke onderzoek ( $p=.056$ ).

### 3.2 Persoonlijke interviews met 20 AMA's (> 4 weken op de campus)

#### 3.2.1 *Achtergrond van de geïnterviewde AMA's*

Aan deze groep AMA's werden enkele vragen gesteld over hun achtergrond. Sommigen beantwoorden deze vragen met veel moeite. Er werd niet sterk aangedrongen op beantwoording wanneer bleek dat het veel emoties losmaakte. Vooral de vraag of de beide ouders nog in leven zijn leverde problemen op. Niemand antwoordt dat beide ouders in leven zijn, vier antwoorden "alleen mijn vader" waarvan drie niet zeker weten of hij nog leeft; één antwoordt dat alleen haar moeder nog in leven is en 13 antwoorden dat beide ouders dood zijn. Bij twee blijkt de vraag te veel emoties op te roepen om een goed antwoord te kunnen geven. Op de vraag of ze hulp krijgen bij het leggen van contact met familieleden in hun land van herkomst antwoorden drie bevestigend, acht antwoorden ontkennend en acht zeggen dat ze geen familieleden meer hebben. Van de acht die geen hulp krijgen tot nu toe zouden vijf wel hulp willen hebben bij het zoeken naar familieleden.

Eenderde van de geïnterviewde AMA's is analfabeet (7), bijna de helft heeft de basisschool geheel of gedeeltelijk doorlopen (9) en slechts vier hebben enkele jaren vervolgonderwijs gevolgd.

Alle geïnterviewde AMA's geven aan dat zij geen landgenoten kenden in Nederland voordat ze hierheen kwamen.

#### 3.2.2 *De effecten van de opvangmodaliteit op gedrag en ontwikkeling van de AMA's (vraag 1)*

##### *Gezondheidsbeleving*

Om een indicatie te krijgen van de gezondheidsontwikkeling in de opvangmodaliteit werd in de persoonlijke interviews gevraagd hoe de gezondheid was voor de problemen die aanleiding gaven tot de vlucht uit het land van herkomst begonnen, of er gezondheidsproblemen waren bij aankomst in Nederland en bij aankomst op de campus en hoe de gezondheid was op het moment van het interview. Tabel 3.2.1. laat de verandering in de gezondheidsbeleving van deze groep AMA's zien.

Tabel 3.2.1. Gezondheidsbeleving van de geïnterviewde AMA's tijdens het interview (n=20)

| Hoe was je gezondheid<br>(n=20) | voordat de problemen in je land<br>van herkomst begonnen | op het moment van<br>interviewen |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Heel erg goed                   | 0                                                        | 0                                |
| Erg goed                        | 2                                                        | 0                                |
| Goed                            | 13                                                       | 5                                |
| Redelijk                        | 3                                                        | 6                                |
| Slecht                          | 2                                                        | 9                                |

De cijfers laten een verslechtering van de door de AMA ervaren gezondheid zien. Op het moment van interviewen ervaren negen AMA's hun gezondheid als slecht en zes als redelijk. Dat betekent een toename van 10 (de helft) in de categorieën redelijk en slecht. Deze verslechtering kan niet uitsluitend worden toegeschreven aan de situatie op de campus. Al bij aankomst in Nederland en bij aankomst op de campus ervaren veel AMA's gezondheidsproblemen. Tabel 3.2.2. laat zien dat bij aankomst in Nederland en op de campus velen al kampen met gezondheidsproblemen.

Tabel 3.2.2. Gezondheidsproblemen bij aankomst in Nederland en op de campus

| Had je bij aankomst in Nederland<br>gezondheidsproblemen? |     | Had je bij aankomst op de campus<br>gezondheidsproblemen? |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------|-----|
| Ja                                                        | Nee | Ja                                                        | Nee |
| 11                                                        | 9   | 15                                                        | 5   |

Jongens gaven vaker aan dat er gezondheidsproblemen waren dan meisjes. Zeven jongens hadden bij aankomst in Nederland al gezondheidsproblemen en 10 jongens bij aankomst op de campus.

#### *Moeilijke en leuke momenten op de campus*

Aan de groep AMA's werd gevraagd om iets te vertellen over moeilijke ervaringen op de campus en over leuke momenten op de campus.

Er werden diverse ervaringen per AMA genoteerd, zowel negatieve als positieve.

De AMA's gaven zeer uiteenlopende voorbeelden van zaken die zij als negatief ervaren. Het vaakste wordt het voedsel als een probleem ervaren (5x), gevolgd door het zakgeld waarmee ze alles zelf moeten kopen (4x). Door vier AMA's wordt de campus omschreven als een gevangenis. Bij het zien van het hek rond de campus komen negatieve ervaringen uit het verleden naar boven bij deze AMA's. Het vele onderlinge vechten en het met veel verschillende nationaliteiten samenwonen worden beide door drie AMA's genoemd als moeilijkste onderdeel van het leven op de campus. Voor sommigen is het moeilijk dat ze tussen de middag geen tijd hebben voor een siësta, de vele regels waar ze zich aan moeten houden en het korten van het zakgeld als ze zich niet aan de regels houden. Voor enkelen 'is alles moeilijk'. De medische zorg wordt door één AMA genoemd als groot probleem en door een ander dat hij zijn eigen zelfzorggeneesmiddelen moet betalen.

Bij de positieve ervaringen komt de school zeer positief naar voren. De schoolgang wordt door een ruime meerderheid als meest positieve ervaring op de campus omschreven (13). De computerlessen en Engels zijn daarbij favoriet. Het activiteitenprogramma wordt door zes AMA's als positief genoemd. 'Er is niets wat ik leuk vind' wordt tweemaal genoemd, maar als tegenhanger daarvan ook tweemaal 'soms hebben we lol'. Voetballen, tennissen en tafeltennis wordt door sommigen als positief genoemd. Dat de directeur wel eens mee voetbalt valt in goede aarde.

#### 3.2.3

##### *De (sociale) veiligheidsbeleving van de jongeren (vraag 2)*

Over de veiligheidsbeleving van de jongeren werden enkele vragen gesteld. De mate waarin de AMA zich op zijn gemak voelt, het hebben van vrienden of vriendinnen en het hebben van een vertrouwenpersoon op de campus zijn belangrijke indicatoren voor het welbevinden en de veiligheidsbeleving. Ook werd gevraagd naar de betrokkenheid bij ruzies en of iemand zich wel eens bedreigd voelde. Veiligheidsbeleving op seksueel gebied werd getoetst door de vraag of iemand van binnen of buiten de campus had geprobeerd een intieme relatie met de AMA aan te gaan en of de AMA tegen zijn of haar wil was aangeraakt door iemand.

Meer dan de helft (12) van de 20 geïnterviewde AMA's voelt zich niet op zijn gemak op de campus. Jongens en meisjes denken daar hetzelfde over. Slechts zes AMA's antwoorden dat zij zich op hun gemak voelen (2 meisjes, 4 jongens). Enkele malen wordt onderscheid gemaakt tussen zich veilig voelen vóór en ná het incident begin juni 2003. Bij de groep die al op de campus aanwezig was vóór 6 juni is het gevoel van veiligheid afgenomen na het politieoptreden.

Op de vraag of ze al vrienden of vriendinnen hebben op de campus antwoordt bijna de helft (8) 'iedereen is mijn vriend'. Dit kan worden geïnterpreteerd als het ontbreken van binding met mede AMA's. Eveneens bijna de helft heeft die binding wel en antwoordt dat zij één of twee goede vrienden hebben (9). Verreweg de meerderheid heeft een vertrouwenspersoon gevonden binnen de campus (14). Dit betreft meestal iemand binnen de eigen groep (10), veelal een landgenoot. Behalve een mede AMA wordt driemaal de voogd als vertrouwenspersoon genoemd en éénmaal de leerlingenbegeleider van de school. Niemand antwoordt dat een coach de rol van vertrouwenspersoon speelt.

Een kwart van de AMA's geeft aan zich bedreigd te voelen; driemaal een meisje en tweemaal een jongen. De ervaren bedreigingen kwamen van coaches (2), de politie (1), een mede-AMA (1) en een andere AMA's door gebrek aan respect (1). Overigens voelt het merendeel van de meisjes zich met voldoende respect behandeld door de jongens.

De geïnterviewde AMA's geven in meerderheid aan zelf geen ruzie of verschil van mening te hebben gehad met iemand op de campus, echter uit de incidentenlijst is bekend dat er wel regelmatig gevochten wordt. Slechts twee antwoorden met ja en vijf zeggen soms. In alle gevallen betrof het een conflict met een mede-AMA. De ruzies spelen zich in de geïnterviewde groep iets vaker af tussen de meisjes dan tussen de jongens (4 meisjes, 3 jongens).

Niemand maakt melding van ongewenste aanraking door iemand op de campus of van buiten de campus. Wel komt éénmaal een verkrachting in het land van herkomst ter sprake. Als er sprake is van aanraking dan gebeurt dat volgens de AMA in een sfeer van spel (kietelen bijvoorbeeld).

#### *Veiligheidsbeleving en incidenten*

Een aantal incidenten op de campus heeft consequenties voor de veiligheidsbeleving van de AMA's gehad. We beschrijven hier kort twee incidenten waarbij de aanleiding van het conflict een gezondheidsprobleem was. In beide gevallen maakten enkele geïnterviewde AMA's melding dat er na het incident onzekerheid heerste onder de AMA's. Hoe zou er worden opgetreden als zijzelf in een dergelijke situatie zouden verkeren? Een aantal AMA's gaf aan dat zij hierdoor bang waren geworden. In de interviews werd herhaalde malen gesproken over vóór en ná het incident van begin juni 2003. Het incident waaraan wordt gerefereerd vond als volgt plaats:

*Tijdens een discofeestje op de campus raakt een meisje buiten bewustzijn. De ANW-dienst is niet te bereiken. Hierdoor ontstaat er onrust onder de AMA's die medische hulp eisen. In de ontstane situatie wordt de politie gebeld die eerder ter plekke is dan een uiteindelijk gebelde ambulance. Gevolg hiervan is grote woede omdat de indruk ontstaat is dat veiligheid belangrijker is dan gezondheid omdat ze "maar" buitenlanders zijn.*

Ruim drie maanden later, eind september ontstaat er opnieuw onrust naar aanleiding van een gezondheidsincident. Een meisje eet en spreekt niet meer na een aanval van hyperventilatie. De groep AMA's eist medische hulp voor haar en opnieuw wordt er bedreigd met de politie. Uiteindelijk wordt het meisje in het weekend op een gesloten afdeling van een psychiatrische inrichting opgenomen. Dit voorval leidt tot grote onzekerheid, vooral in de groep meisjes, omdat men bang is dat dit hun allemaal te wachten kan staan. "Ze kunnen je zo maar opsluiten bij gekken" zei een meisje snikkend tegen een lerares.

#### 3.2.4 *De mate en de aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan (vraag 3)*

De mate en de aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan is onderzocht door de volgende vragen aan de 20 AMA's te stellen: of ze hulp vroegen voor hun

problemen, of ze naar tevredenheid waren geholpen en of ze uiteindelijk de hulp hadden gekregen die ze verwachtten. Bij deze groep werd ook geïnventariseerd hoeveel consulten er waren, wat de reden was voor het consult en of ze waren doorgestuurd naar een ander specialisme.

#### *Beroep op de zorg bij aankomst*

Van de 15 AMA's die bij aankomst op de campus een gezondheidsprobleem hadden hebben 12 op dat moment hulp gezocht en drie niet. Eén jongen deed dat niet omdat hij nog medicijnen had, één meisje zocht geen hulp op dat moment omdat ze niet wist waar ze heen moest; later zocht ze wel hulp. Een ander meisje was in het centrum waar ze vandaan kwam al behandeld. Van de 12 AMA's die direct na aankomst hulp zochten zegt 2/3 (n=8) niet de hulp gekregen te hebben die ze naar hun idee nodig hadden. Enkele redenen daarvoor waren:

- "het is zinloos een dokter te zien; ik kan toch niet worden geholpen"
- "slaappillen helpen niet voor je problemen"
- "toen mijn slaappillen op waren kreeg ik geen nieuwe omdat dat niet goed zou zijn"
- "ik kreeg slaappillen, maar ze hielpen niet"
- "de dokter probeert alleen maar gerust te stellen en hij doet niets"
- "ik kreeg alleen maar paracetamol"

#### *Aard van de klachten omschreven door de AMA*

Tabel 3.2.4. geeft een opsomming van de klachten waarmee de AMA's naar de praktijkverpleegkundige en de huisarts gaan en hoe vaak de klachten door de AMA's worden genoemd.

Tabel 3.2.4: Lijst met gezondheidsproblemen waarmee AMA's naar de praktijkverpleegkundige en de huisarts gaan (gegevens betreffen 20 AMA's; een AMA kon meerdere problemen noemen).

| Gezondheidsprobleem | Aantal malen genoemd |
|---------------------|----------------------|
| Hoofdpijn           | 8                    |
| Buikpijn/maagpijn   | 7                    |
| Slaapproblemen      | 5                    |
| Oogproblemen        | 4                    |
| Huidproblemen       | 3                    |
| Nachtmerries        | 3                    |
| Rugpijn/nekpijn     | 2                    |
| Kiespijn            | 2                    |
| Keelpijn/verkouden  | 2                    |
| Hartkloppingen      | 2                    |
| Griep/koorts        | 1                    |
| Infectie            | 1                    |
| Aangezichtspijn     | 1                    |
| Algemene zwakte     | 1                    |

In de geïnterviewde groep is hoofdpijn de meest voorkomende klacht (8x). Een kwart van de 20 geïnterviewde AMA's geeft aan slaapmiddelen te gebruiken. In de interviews is er niet specifiek naar gevraagd, het is genoteerd als het genoemd werd.

*Aantal consulten bij de praktijkverpleegkundige en de huisarts (exclusief de intake door JGZ)*

Op de vraag "hoeveel keer ben je naar praktijkverpleegkundige en de huisarts geweest" varieert het antwoord van 0 – 8 maal. Het gemiddelde aantal bezoeken is 3,3, voor meisjes 3,1 en voor jongens 3,5. Eén AMA was nooit naar de praktijkverpleegkundige of de huisarts geweest omdat ze nooit problemen had gehad en één AMA was niet in staat een schatting te maken van het aantal consulten.

Het is te verwachten dat de hoeveelheid consulten in sterke mate afhankelijk is van de periode dat de AMA op de campus verblijft. Daartoe is gekeken naar de relatie tussen de hoeveelheid dagen dat de AMA op de campus verblijft op het moment van interviewen en het aantal consulten tot dat moment. Tabel 3.2.5. toont die relatie tussen de verblijfsduur op de campus en het aantal consulten.

Tabel 3.2.5. Relatie verblijfsduur – consulten (aantallen AMA's)

|                 | 32 - 61 dagen<br>(n= 7) | 62 – 91 dagen<br>(n= 4) | 92 – 121 dagen<br>(n= 8) | Totaal<br>(n= 19) |
|-----------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| 0 consulten     | 0                       | 0                       | 1                        | 1                 |
| 1 - 2 consulten | 5                       | 1                       | 1                        | 7                 |
| 3 - 4 consulten | 0                       | 1                       | 4                        | 5                 |
| ≥ 5 consulten   | 2                       | 2                       | 2                        | 6                 |

Uit bovenstaande tabel blijkt een relatie tussen het aantal consulten en de verblijfsduur. Het is logisch dat hoe langer een AMA op de campus verblijft des te meer consulten deze zal hebben. Uitzondering daarop is echter de groep met meer dan vijf consulten. Deze zes AMA's bezoeken de MOA- praktijkverpleegkundige en de huisarts vaak, onafhankelijk van hun verblijfsduur. Zij komen éénmaal per twee weken bij hen terwijl de andere 13 AMA's hen éénmaal per maand bezoeken.

De groep met meer dan vijf consulten heeft veel bezoeken nodig om hun gezondheidsproblemen op een bevredigende manier opgelost te zien. Tabel 3.2.6 laat in detail zien wat de problemen bij deze groep waren.

Tabel 3.2.6. AMA's die de MOA- praktijkverpleegkundige of de huisarts  $\geq 5$  keer bezoeken

|                      | Gezondheidspro-<br>bleem bij<br>aankomst op de<br>campus in Vught | Gezondheidsproble-<br>men bij<br>latere consulten                           | Totaal<br>aantal<br>consulten | Tevredenheid over<br>medische hulp                                                                  |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AMA1<br>(105 dagen)  | Nachtmerries;<br>buikpijn                                         | Nachtmerries; buikpijn                                                      | 6                             | Uiteindelijk tevreden<br>na doorverwijzing                                                          |
| AMA 2<br>(86 dagen)  | Slaapproblemen                                                    | Slaapproblemen; griep;<br>pijn aan litteken (oude<br>operatie)              | 5                             | Tevreden na<br>doorverwijzing                                                                       |
| AMA 3<br>(32 dagen)  | Algemene<br>zwakte                                                | Algemene zwakte;<br>hoofdpijn; buikpijn;<br>oogproblemen                    | 5                             | Uiteindelijk is alles wel<br>opgelost, maar 'de<br>dokter hier begrijpt<br>onze problemen niet'     |
| AMA 4<br>(121 dagen) | Geen problemen                                                    | Onverklaarde pijn in zijn wang<br>die werd toegeschreven aan<br>ogen, oren. | 5                             | Zeer ontevreden<br>omdat hij alleen<br>paracetamol kreeg en<br>niet werd doorgestuurd               |
| AMA 5<br>(82 dagen)  | Slaapproblemen<br>; hoofdpijn                                     | Slaapproblemen; hoofdpijn;<br>buikpijn; huidproblemen;<br>hartkloppingen    | 8                             | Doorgestuurd naar<br>GGZ; is daar zeer over<br>te spreken                                           |
| AMA 6<br>(52 dagen)  | Pijn linkerkant<br>hoofd; blind aan<br>één oog                    | Pijn linkerkant hoofd; angst dat<br>andere oog ook verloren gaat            | 6                             | Zeer ontevreden<br>omdat hij het gevoel<br>heeft dat zijn probleem<br>niet serieus wordt<br>genomen |

Bij nadere analyse van de klachten van de zes AMA's die vijf of meer keren de MOA-praktijkverpleegkundige of de huisarts bezochten valt een aantal bijzonderheden op. De klacht waarmee zij direct na aankomst op de campus komen blijft bestaan en wordt in de loop van de bezoeken aangevuld met een aantal andere klachten. In deze groep zijn de AMA's die werden doorverwezen na veel consulten uiteindelijk wel tevreden over hun behandeling (3). Degenen die niet werden doorverwezen zijn niet tevreden over hun behandeling.

#### *Waar en aan wie presenteert de AMA een gezondheidsprobleem*

De groep AMA's die persoonlijk werden geïnterviewd ging allereerst met het probleem naar de coach (9x). Een aantal ging zonder tussenkomst van de coach naar de verpleegkundige (5x) of de huisarts (1x). Voor drie AMA's was de voogd het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen

Bij de vraag van wie ze de hulp hadden gekregen bleken vier AMA's geen onderscheid te maken tussen de verpleegkundige en de huisarts. Elf kregen de hulp van de dokter, één van de tandarts, één van de psycholoog, twee gaven geen antwoord.

Meer dan de helft kon zelf beslissen naar de medische opvang te gaan (11). De overigen moesten eerst toestemming aan de coach vragen om naar MOA te gaan (8). Van deze groep had niemand problemen om die toestemming te krijgen; ze kregen dat altijd

direct. Slechts éénmaal ging de coach mee naar het consult. Dat was op verzoek van de AMA zelf.

### **3.2.5** *Mate van waarborging van toegankelijkheid van de zorg (vraag 5)*

De mate van tevredenheid over de medische zorg is een belangrijke indicator voor de toegankelijkheid van de zorg. Wanneer een AMA ontevreden is over de zorg is aannemelijk dat hij of zij eerder besluit er geen beroep op te doen wat de toegang kan belemmeren.

In paragraaf 3.2.3 werd de mate van tevredenheid van de groep AMA's die veel medische consulten maakten, besproken. Voor de hele groep geldt het volgende. Van de 19 AMA's in de geïnterviewde groep die naar de MOA-praktijkverpleegkundige of de huisarts zijn geweest geeft de helft aan dat zij tevreden zijn over de behandeling (10). Twee antwoorden 'ja en nee' en zeven geven aan ontevreden te zijn. Deze negen gevallen worden beschreven in bijlage C.

De belangrijkste klacht is dat er te lang met concrete behandeling wordt gewacht. Men krijgt het advies water te drinken of paracetamol te slikken en later terug te komen. Enkele keren was er onduidelijkheid over de manier waarop men aan zelfzorg(genees)middelen moest komen. Bij drie AMA's leidde bovenstaande ontevredenheid ertoe dat zij met sommige gezondheidsproblemen niet naar de praktijkverpleegkundige of de huisarts gingen.

## **3.3** Interviews met betrokkenen bij de zorg voor AMA's

Er zijn verschillende interviews met zorgverleners gehouden:

- 1 een groepsinterview met alle bij de zorg van AMA's betrokken hulpverleners: huisartsen, MOA-medewerkers, GGZ, Nidos (1 juli 2003);
- 2 een interview met de JGZ-arts en -verpleegkundige (28 augustus 2003);
- 3 een interview met de psycholoog van de GGZ/Herlaarhof (3 oktober 2003);
- 4 een interview met de GVO medewerker (2 oktober 2003).

Daarnaast is er een interview met de coaches van het meisjesgebouw gehouden (18 september 2003).

In de interviews is een aantal van de onderzoeksvragen aan bod gekomen. Hieronder wordt per besproken vraag de reactie van de diverse geïnterviewden samengevat.

### **3.3.1** *De effecten van de opvangmodaliteit op gedrag en ontwikkeling van de AMA's (vraag 1)*

Uit het groepsinterview met de bij de zorg betrokken hulpverleners komt naar voren dat zij zowel positieve als negatieve effecten van de campusopvang zien op het gedrag en de ontwikkeling van de AMA's. Volgens de psycholoog van de GGZ en een aantal van de andere zorgverleners biedt deze vorm van opvang veel AMA's veiligheid en bescherming. Dit geldt met name voor de AMA's die getraumatiseerd zijn. Zij hebben op de campus meer de mogelijkheid om te herstellen van de traumatische gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt dan in andere, meer open opvangsettings. Daarnaast biedt de campus met zijn dagprogramma en onderwijsprogramma meer structuur dan een AZC of OC. Dat is wat veel AMA's nodig hebben, niet alleen om te herstellen van alles wat zij hebben meegemaakt in het land van herkomst of onderweg naar Nederland, maar ook om een nieuwe routine te krijgen. Voor minder getraumatiseerde AMA's werkt de campus niet zo goed omdat deze hen beknot in hun mogelijkheden een nieuw bestaan op te bouwen.

De zorgverleners noemen ook een aantal aspecten van de campusopvang die een negatief effect hebben op het gedrag en de ontwikkeling van de AMA's. Het besloten karakter van de campus geeft veel AMA's het gevoel in een gevangenis te verkeren. Het hek om de campus versterkt dit gevoel en kan hen angstig of opstandig maken. Voor een aantal AMA's is de campusroutine een enorme verandering in vergelijking met hun dagelijkse routine in het thuisland. Zij zijn niet gewend om naar school te gaan, te sporten en de hele dag bezig te zijn zonder siësta. Voor deze AMA's is dit een enorme overgang, die veel energie van hen vergt waardoor zij langzamer herstellen van de gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt.

Het feit dat de voertaal op de campus Engels is, maakt volgens de deelnemers aan het groepsinterview dat AMA's moeilijker contact kunnen leggen met de Nederlandse bevolking. Volgens de psycholoog van de GGZ belemmert dit het vormen van een nieuwe identiteit. Het leren van Nederlands is belangrijk voor het gevoel weer ergens bij te horen. Tenslotte wordt de dubbelrol van de coaches genoemd. Enerzijds fungeert de coach als dagelijks begeleider van de AMA's in wie de AMA vertrouwen moet hebben en die 'zorgt' voor de AMA. Anderzijds is de coach degene die de AMA moet confronteren met het feit dat terugkeer onvermijdelijk is en doet deze dat ook regelmatig. Deze dubbelrol geeft een voortdurende spanning.

Een aantal van de bovengenoemde elementen is een gevolg van AMA-beleid dat in Nederland gevoerd wordt. In de campus wordt het nieuwe AMA-beleid van de Nederlandse overheid uitgevoerd. Twee elementen uit dit beleid worden door de hulpverleners aangewezen als niet bevorderlijk voor de ontwikkeling en het gedrag van de AMA. Het eerste element betreft het feit dat elke AMA meteen geconfronteerd wordt met het feit dat hij/zij zeer waarschijnlijk terug zal moeten keren naar het land van herkomst. Omdat vanaf het begin het accent op terugkeer ligt en de AMA's hier herhaaldelijk op gewezen worden, wordt de AMA alle hoop ontnomen. Voor de meeste asielzoekers is het moeilijk te begrijpen dat zij weer moeten terugkeren naar hun land waar ze naar hun mening zeker vervolgd en wellicht gedood zullen worden. De nadruk op terugkeer bevordert het herstel van de traumatische gebeurtenissen niet en houdt mogelijk de klachten in stand of doet hun gezondheid verslechteren. Dit geldt voor alle asielzoekers, maar volgens de hulpverleners voor kinderen en jongeren in versterkte mate. Het slechte nieuws dat zij weer terug moeten naar hun eigen land is een nieuw trauma dat verwerkt moet worden en dat soms bovenop de andere trauma's komt. Dit veroorzaakt volgens de GGZ medewerker veel verwarring en angst. De voogden van Nidos signaleren dat in vergelijking met de AMA's die onder het 'oude' beleid vielen, en die pas later te horen kregen dat ze terug moesten, het opvalt dat de AMA's op de campus in Vught meteen alle hoop ontnomen wordt en dat de AMA's daar veel moeite mee hebben.

Het tweede element uit het AMA-beleid dat genoemd wordt en hiermee samenhangt is dat de AMA niet mag integreren in de Nederlandse samenleving totdat een beslissing is genomen over terugkeer of intergratie/overgang integratievariant. De campusopvang frustreert een 'natuurlijke' behoefte van deze jongeren om een nieuw bestaan in een ander land op te bouwen.

Eén van de zorgverleners concludeert dan ook dat de campusopvang primair is opgezet vanuit de gedachte dat AMA's zeker weer terug moeten naar hun land en niet mogen integreren in de Nederlandse samenleving. De campus is niet opgezet vanuit de vraag hoe getraumatiseerde kinderen het beste kunnen worden opgevangen.

### 3.3.2 *De mate en aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan (vraag 3)*

#### *Mate van het beroep dat op medische zorg wordt gedaan*

Volgens de huisarts en de praktijkverpleegkundige is er op de campus sprake van een hogere medische consumptie dan in een regulier AZC. Zij stellen dat 10% van de AMA's op de campus wekelijks de dokter bezoekt, terwijl dit in het voormalig AZC slechts 3 % was. Hierbij wordt door de voogden van Nidos en de huisarts de kanttekening gemaakt dat de groep AMA's in Vught meer getraumatiseerd lijkt te zijn.

#### *Aard van de klachten*

De algemene indruk van de bij het groepsinterview aanwezige zorgverleners was dat de AMA's een breed scala aan klachten rapporteren op zowel lichamelijk als psychosomatisch terrein. Klachten die vaak gerapporteerd worden zijn: hoofdpijn, problemen met slapen, gebrek aan eetlust, moeheid, maar ook 'gewone' lichamelijke klachten zoals slecht zien of buikpijn.

Aanvankelijk rapporteerden de AMA's veel lichamelijke klachten die samenhangen met het volle dagprogramma en het gebrek aan rust. Nadat het dagprogramma was aangepast, signaleren de zorgverleners dat de AMA's minder klagen over vermoeidheid en overbelasting. De voogden van Nidos hebben de wel indruk dat, in vergelijking met AMA's in andere opvangsettings, de klachten van de AMA's in Vught minder snel overgaan.

Daarnaast signaleren een huisarts en een psycholoog van de GGZ dat veel AMA's getraumatiseerd zijn. De huisarts valt op dat de AMA's veel functionele lichamelijke klachten presenteren en klachten die gerelateerd zijn aan de verwerking van hetgeen ze hebben meegemaakt in het land van herkomst of onderweg. Hoewel de psycholoog zich bewust is dat zij, ten tijde van het interview in juli, een selecte groep van ongeveer 13 AMA's ziet, heeft zij de indruk dat deze AMA's ernstig getraumatiseerd zijn en veel angsten hebben. Door het regime op de campus (vol dagprogramma, nadruk op terugkeer naar eigen land, ander voedsel etc) kunnen zij niet herstellen van de traumatische gebeurtenissen die ze hebben meegemaakt.

Drie maanden daarna, in oktober, vertelt de psycholoog van de Herlaarhof dat zij inmiddels 18 AMA's ziet (11 meisjes en 7 jongens) met ernstige PTSS. Zij hebben meestal zeer recent traumatische gebeurtenissen meegemaakt zoals het verlies van geliefden of zijn getuige van geweld geweest. Bij de meisjes is er vaak sprake van seksueel misbruik gepaard met geweld.

In het groepsinterview merkt een huisarts op dat de presentatie van de klachten hetzelfde is als op een gewoon asielzoekerscentrum. Uit het interview met de JGZ-arts en -verpleegkundige komt naar voren dat zij de problematiek op de campus minstens even zwaar vinden als de problematiek op een AZC.

### 3.3.3 *De mate waarin dit beroep terecht of onterecht is in relatie tot de professionele verantwoordelijkheden van de zorgpartijen (vraag 4)*

De bij de zorg voor AMA's betrokken hulpverleners hebben niet de indruk dat de AMA's misbruik maken van de medische opvang om activiteiten of onderwijs te ontlopen. De docenten bij het onderwijs hebben ook niet de indruk dat de AMA's de lessen ontduiken door ziekte voor te wenden. Ook de coaches van de meisjes geven aan dat naar hun idee de AMA's geen ziekte simuleren, maar er meestal echt iets aan de hand is.

### 3.3.4 *De mate van waarborging van de toegankelijkheid van de zorg (vraag 5)*

In de interviews met de zorgverleners en de coaches is gevraagd naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg op de campus. De MOA-zorgverleners waren ten tijde van het interview tevreden over de toegankelijkheid van de MOA-zorg. Zij wezen erop dat er voldoende formatie voor de campus is. De MOA-praktijkverpleegkundige en de huisarts hebben weliswaar slechts twee keer per week één uur spreekuur, maar buiten deze spreekuren zijn zij goed telefonisch bereikbaar en ook bereid om AMA's zo nodig buiten deze tijden te zien.

Alle zorgverleners zijn tevreden over de toegankelijkheid van de GGZ/Herlaarhof. De MOA-praktijkverpleegkundigen kaarten aan dat de toegankelijkheid van de tandartsenzorg een probleem was. Ten tijde van het interview, begin juli, blijken er twee tandartsen bereid één uur per week tandartsenzorg aan de AMA's te verlenen.

De coaches van het meisjesgebouw blijken minder tevreden over de toegankelijkheid van de zorg. Hun voornaamste kritiek betreft de ANW-dienst die in twee gevallen slecht bereikbaar bleek te zijn en naar hun mening inadequaat reageerde (bij een meisje dat flauwviel tijdens een disco-avond begin juni 2003; en bij een meisje met buikpijn en heftige menstruatie dat een miskraam bleek te hebben in augustus 2003). COA heeft volgens de coördinator van de meisjescoaches naar aanleiding van één van deze medische incidenten een klacht ingediend.

Ook over de MOA-zorg zijn de coaches ontevreden. Hierbij moet vermeld worden dat de coaches in het interview niet altijd onderscheid maken tussen de praktijkverpleegkundige, het JGZ-team en de huisarts. De coaches brengen naar voren dat de MOA-praktijkverpleegkundige tijdens kantooruren slecht bereikbaar is en geven hier een paar voorbeelden van. Tevens zeggen de coaches om redenen van privacy geen informatie van MOA over de klachten of behandeling van de AMA's te krijgen. Dit belemmert hen bij het begeleiden van de AMA's. De coaches geven hierbij het voorbeeld van een meisje dat in het weekend heftige buikpijn kreeg en waarvoor zij contact hadden met de ANW-dienst. Het meisje bleek een miskraam te hebben terwijl de coaches niet wisten dat zij zwanger was (zie ook de vorige alinea). Een ander voorbeeld betreft het geven van medicatie. De coaches weten niet welke medicijnen de AMA gebruikt en of het gedrag of de klachten die zij waarnemen een gevolg zijn van de medicatie, de ziekte of van iets anders.

Een apart onderdeel van de MOA-dienstverlening is gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). De coaches zijn eveneens niet tevreden over de activiteiten van de GVO-medewerker. Volgens de coaches is er sinds de start van de campus pas één keer GVO geweest omdat de GVO-medewerker alleen voorlichting geeft aan gemotiveerde AMA's die zich hiervoor hebben ingeschreven. Bovendien wordt de voorlichting alleen in het Engels gegeven. Het resultaat is dat slechts zes meisjes een voorlichtings-bijeenkomst over stress hebben bijgewoond. Volgens de coaches is er wel behoefte aan voorlichting, met name over seksualiteit, zeker nu er een paar AMA's zwanger zijn.

De GVO-functionaris bevestigt dit, in het interview dat met haar gehouden is, ten dele. Haar uitgangspunt is dat voorlichting alleen effectief is wanneer het een bestaande vraag beantwoordt. Aangezien bij de meisjes seksualiteit niet als eerste naar voren kwam in de behoeftepeiling, heeft zij ervoor gekozen om eerst voorlichting over stress te geven. In samenwerking met de biologieleerler heeft de GVO-medewerker in september tijdens de biologieles voorlichting gegeven over seksualiteit. De reden dat zij pas 6 maanden na de start van de campus GVO-activiteiten is gaan ontplooiën heeft volgens haar veel te maken met het feit dat het lange tijd bijzonder onrustig was op de campus en het aanvankelijk, vanwege het strakke dagprogramma, moeilijk was de GVO

in te plannen. Daarnaast geeft de GVO-medewerker aan dat de communicatie met de coaches moeizaam verliep.

**3.3.5** *De aard en het functioneren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, intern en extern en het functioneren van de samenwerking tussen hen, begeleiders van o.a. COA en voogden (vraag 6)*

Bij de zorgverlening aan AMA's zijn verschillende partijen betrokken. Op de campus zijn dat: COA (de coaches en activiteitenbegeleiders), MOA (de praktijk-verpleegkundigen, het JGZ-team en de GVO-medewerker), de huisartsen en het onderwijs. Externe partijen zijn: Nidos (de voogden van de AMA's), en de GGZ/Herlaarhof. Tussen deze interne en externe partijen zijn verschillende overlegsituaties.

Het belangrijkste overleg is het multidisciplinaire overleg (MDO) dat elke week gehouden wordt tussen vertegenwoordigers van: de jongens- en meisjescoaches, MOA, het onderwijs, en Nidos. Sinds augustus 2003 is ook een vertegenwoordiger van de GGZ aanwezig bij het MDO. Tijdens het MDO worden nieuwe AMA's en AMA's waarbij zich problemen voordoen, besproken.

Uit de interviews met de deelnemers aan het MDO komt naar voren dat het MDO, na een moeizame start, in de loop van de tijd beter is gaan functioneren. Begin juli komt in het interview met de zorgverleners (exclusief vertegenwoordigers van de coaches en het onderwijs), naar voren dat het MDO nog niet zo goed functioneert. Volgens de aanwezige hulpverleners is een belemmerende factor dat de coaches aanvankelijk niet of te laat kwamen voor dit overleg. Daarnaast blijkt het soms moeilijk om de privacy van de AMA te waarborgen. Vanwege het medisch beroepsgeheim kunnen de hulpverleners bepaalde informatie niet aan de coaches verstrekken. In september blijkt in het interview met de coaches van de meisjes dat zij niet erg te spreken zijn over het MDO. De coaches brengen in het overleg AMA's met gedragsmatige of lichamelijke problemen naar voren, maar naar hun mening wordt hier niet altijd voldoende aandacht aan besteed.

In oktober 2003 blijkt in het interview met de GGZ psycholoog dat zij vindt dat het MDO steeds beter gaat lopen, hoewel het volgens haar nog steeds voor verbetering vatbaar is.

Naast het MDO is er een overleg tussen MOA en de coördinatoren van de coaches (COA). Ten tijde van het zorgverlenersinterview in juli waren de medewerkers van MOA redelijk tevreden over dit overleg. Een aantal MOA-medewerkers signaleert dat de coaches soms verkeerde verwachtingen van de MOA-zorg hebben en niet op de hoogte zijn van de afspraken die gemaakt zijn. Een medewerker van MOA heeft de coaches in juni voorgelicht over de werkwijze van MOA. Eén van de huisartsen heeft de directie voorgesteld een overleg tussen MOA, de huisartsen en coördinatoren van de coaches in te stellen over algemene (anonieme) aspecten van invloed op hulpvragen en gedrag van AMA's en van beleid op hulpvragen en gedrag van AMA's.

Uit het interview met de coaches, dat anderhalve maand later plaatsvond, blijkt dat de coaches vinden dat het overleg met MOA tot dan toe alleen maar frustraties heeft opgeleverd. De coördinator van de coaches heeft toen haar nood geklaagd en er is recentelijk een gesprek geweest met de clustermanager van MOA. Na dit gesprek is er wel het een en ander veranderd maar het gesprek heeft te kort geleden plaatsgevonden om het effect te kunnen beoordelen.

Binnen MOA zijn er eveneens overlegsituaties. Wekelijks is er overleg tussen de praktijkverpleegkundige, de JGZ-verpleegkundige, en de administratieve medewerkers. Daarnaast hebben de praktijkverpleegkundige en de huisarts wekelijks overleg en heeft de praktijkverpleegkundige incidenteel overleg de JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige. De MOA-hulpverleners en de huisartsen zijn tevreden over deze overlegsituaties.

De JGZ-arts en -verpleegkundige geven in het interview eveneens aan dat er goede interne communicatie en overleg is. De enige overlegsituatie die nog ontbreekt, is een structureel overleg tussen het JGZ-team en de huisarts. Het JGZ-team wil dit overleg binnenkort gaan opstarten.

MOA communiceert daarnaast met school over individuele AMA's die vanwege hun gezondheid aan bepaalde activiteiten niet kunnen meedoen of aangepaste activiteiten nodig hebben. De MOA-medewerkers zijn allen zeer tevreden over de samenwerking met de GGZ/ Herlaarhof die zij laagdrempelig en prettig noemen.

Concluderend kan gesteld worden dat er tussen vrijwel alle bij de zorg betrokken hulpverleners een vorm van overleg is. Het interne overleg van MOA verloopt naar tevredenheid, en de communicatie met externe partners als de huisartsen, GGZ en Nidos verloopt eveneens naar wens. Het MDO gaat steeds beter functioneren, maar het overleg tussen MOA en COA verloopt nog steeds niet optimaal.

### 3.3.6 *De wijze waarop de signalering van risicojongeren gestalte krijgt en de wijze waarop signalen worden opgepakt (vraag 7)*

De signalering van risicojongeren kan op verschillende manieren gebeuren. Het belangrijkste middel om risicojongeren te signaleren is de JGZ-intake. Daarnaast kunnen individuele zorgverleners signaleren dat een AMA een verhoogd risico op problemen heeft en deze inbrengen in de verschillende overlegsituaties. Één mogelijkheid daarvoor is het wekelijkse multidisciplinaire overleg (MDO) waarin de JGZ-verpleegkundige, de voogden, de coaches en het onderwijs vertegenwoordigd zijn. Een ander mogelijkheid is via het wekelijkse interne MOA-overleg tussen de praktijkverpleegkundige, JGZ-verpleegkundige en medewerkers van de administratie.

Onder risicojongeren worden door de JGZ-arts en -verpleegkundige de volgende jongeren verstaan:

- jongeren die gewelds- of oorlogservaringen hebben;
- jongeren die ervaring met seksueel geweld hebben;
- zwangere meisjes;
- jongeren met bepaalde lichamelijke klachten (visus- of auditieve stoornissen, SOA-klachten);
- jongeren met psychische klachten (post-traumatische stress, depressie, angststoornis);
- jongeren die in het land van herkomst medisch verkeerd behandeld zijn;
- jongeren uit een ruraal gebied, die niet eerder onderwijs hebben gevolgd (zij hebben meer last van een cultuurschok en meer moeite met naar school gaan op de campus en met de communicatie);
- jongeren die op seksueel gebied weinig kennis hebben en in hun cultuur geen nee mogen zeggen;
- jongeren met afwijkend gedrag.

De JGZ-intake vindt meestal 3-4 weken nadat de AMA op de campus is gearriveerd plaats. Het kan gebeuren dat de intake later wordt gedaan wanneer het moeilijk is een

tolk te vinden. Alle AMA's worden opgeroepen voor een gesprek. Wanneer de JGZ-arts en -verpleegkundige signalen krijgen, bijvoorbeeld via de MOA-praktijkverpleegkundige of coaches, dat een jongere vanwege zijn/haar problematiek eerder gezien moet worden, wordt deze jongere eerder benaderd. Vaak gaat het hierbij om zogeheten risicojongeren, met name jongeren met psychische klachten en zwangere meisjes.

Wanneer uit de JGZ-intake problematiek naar voren komt die directe actie vereist, wordt de AMA meteen doorverwezen naar de GGZ of de huisarts. Verwijzing naar de GGZ wordt snel opgepakt. De jongere kan daar meestal binnen een paar weken terecht. Verwijzing naar de huisarts kan meestal ook snel geregeld worden. Aangezien er geen structureel overleg is tussen het JGZ-team en de huisartsen, is het de JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige niet altijd duidelijk wat er met hun verwijzing gebeurt.

De informatie uit de JGZ-intake wordt opgenomen in het medische dossier van de AMA. Dit dossier is alleen toegankelijk voor de huisartsen en de MOA-praktijkverpleegkundige. Voogden (Nidos) en coaches hebben vanwege het medisch beroepsgeheim geen toegang tot de medische dossiers tenzij de AMA daar expliciet toestemming voor geeft. Vaak wordt een AMA bij doorverwijzing naar een specialist of verloskundige gevraagd de voogd of een van de coaches in te lichten. Deze kan de AMA dan vergezellen naar het ziekenhuis. De bemoeienis van de JGZ houdt na de verwijzing in principe op, met name bij lichamelijke klachten. Het resultaat van de verwijzing kunnen zij te weten komen via het medische dossier, maar het duurt meestal een tijdje voordat de gegevens daarin verwerkt zijn.

Naar de mening van de JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige voldoet de intake om een eerste beeld van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de AMA te krijgen. De intake voldoet naar hun mening ook om risicojongeren eruit te halen. Het JGZ-team is erg tevreden over de samenwerking met de GGZ/Herlaarhof. De samenwerking met de huisartsen zou door het instellen van structureel overleg verbeterd kunnen worden.

Uit het interview met de meisjescoaches komt naar voren dat zij niet altijd tevreden zijn over de wijze waarop de signalen van coaches over risicojongeren worden opgepakt. Zij noemen het voorbeeld van twee meisjes die zij hebben ingebracht in het MDO. Bij het ene meisje werd het wel nodig gevonden dat zij doorgestuurd werd naar de GGZ maar bij het andere meisje werd het niet nodig gevonden. Om redenen van privacy zijn de namen van deze AMA's niet genoemd.

Daarnaast blijkt uit de COA-registratie van incidenten op de campus dat een aantal jongeren herhaalde malen bij incidenten betrokken zijn. Eén van deze jongeren was vanaf begin mei, vijf keer betrokken bij incidenten. De betrokkenheid bij incidenten begon na een medisch incident waarbij deze AMA niet reageerde op de omgeving en pas na toediening van een sterke pijnprikkel door ambulancebroeders terugkwam in de werkelijkheid. De AMA werd begin augustus doorverwezen naar de GGZ.

### **3.4 Registratie van zorgcontacten**

#### *Mate van het beroep dat op de medische zorg wordt gedaan*

Uit de registratie van zorgcontacten komt naar voren in welke mate de AMA's een beroep doen op de praktijkverpleegkundige en de huisarts. Daartoe zijn gedurende vijf weken (van 3 juni tot 11 juli 2003) alle consulten bij de praktijkverpleegkundigen geregistreerd. De registratie van de consulten bij de huisarts vond gedurende 6 weken

plaats (van 2 juni tot 17 juli 2003). Een vergelijking van de medische consumptie in Middelburg en Vught wordt getoond in tabel 3.4.1 en 2.

Ten tijde van de registratie verblijven in Vught gemiddeld 75 AMA's en in Middelburg gemiddeld 80 AMA's. De gemiddelde leeftijd van de AMA's is 16 jaar. De AMA's in Middelburg zijn even oud, maar verblijven wel langer in Nederland. In Vught vindt bijna eenderde van de consulten plaats met AMA's die minder dan een maand op de campus verblijven.

De consumptie van verpleegkundige zorg is in beide settings even hoog zowel wat betreft het gemiddelde aantal contacten als wat betreft het percentage AMA's dat contact heeft. In Vught worden 66 consulten met 45 AMA's gehouden en in Middelburg 77 consulten met 51 AMA's. Dit betekent dat zowel in Middelburg als in Vught ongeveer 60% van de AMA's in de periode van 5 weken de praktijkverpleegkundige consulteert. Zowel in Vught als in Middelburg brengen de meisjes vaker een bezoek aan de praktijkverpleegkundige dan de jongens. Opmerkelijk is dat alle vrouwelijke AMA's uit Middelburg de praktijkverpleegkundige consulteren in de registratieperiode van 5 weken.

Wat betreft de consumptie van huisartsenzorg, liggen de percentages lager en is er verschil tussen de locaties. De AMA's in Vught bezoeken vaker de huisarts dan de AMA's in Middelburg. Verder is in Vught het percentage jongens en meisjes dat de huisarts bezoekt vergelijkbaar, maar in Middelburg gaan de meisjes vaker naar de huisarts dan de jongens.

Ook het percentage AMA's dat in deze periode meer dan 1 keer bij de huisarts komt, verschilt. In Vught gaat 26% van de AMA's meer dan één keer naar de huisarts versus 14% in Middelburg.

Tevens is gekeken naar inhoudelijke verschillen in kenmerken van het consult tussen de beide locaties. Voor de contacten met de praktijkverpleegkundige ligt in Middelburg het initiatief voor het consult vaker bij de AMA dan in Vught. In Vught ligt het initiatief voor het consult vaker bij de coach dan bij de mentor in Middelburg.

Het percentage AMA's dat alleen, d.w.z. zonder begeleider, bij de praktijkverpleegkundige komt, verschilt niet tussen de locaties. Wel gaat in Vught de coach vaker mee dan de mentor in Middelburg. De AMA's in Middelburg worden juist vaker vergezeld van een tolk of iemand die als een tolk fungeert. In Vught wordt tijdens de consulten bij de MOA-praktijkverpleegkundige en de huisarts geen gebruik gemaakt van (telefonische) tolken.

Uit de registratie van de huisartscontacten blijkt dat in beide locaties bijna een kwart van de AMA's zelf het initiatief genomen heeft om naar de huisarts te gaan. Het percentage AMA's dat door de verpleegkundige toegeleid wordt naar de huisarts verschilt niet voor beide locaties. Bijna altijd (Middelburg 88%; Vught 94%) komt de AMA alleen naar het spreekuur van de huisarts. Op beide locaties wordt de AMA in 4% van de consulten vergezeld door een coach of mentor.

Tabel 3.4.1. Vergelijking van de zorgcontacten met praktijkverpleegkundigen tussen Vught en Middelburg in de periode 3 juni tot 11 juli 2003\*

|                                      | Vught                  | Middelburg  | p-waarde <sup>1</sup> |
|--------------------------------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Gemiddelde bezetting (j/m)           | 75 (41/34m)            | 80 (57/23m) |                       |
| Aantal contacten                     | N= 66                  | N= 77       |                       |
| Aantal AMA's met contact (%)         | 45 (60%)               | 51 ( 63%)   | .631 a                |
| waarvan jongens                      | 20 (49%)               | 28 ( 49%)   |                       |
| waarvan meisjes                      | 25 (74% <sup>1</sup> ) | 23 (100%)   |                       |
| Aantal contacten per AMA (%)         |                        |             | .531 a                |
| Eén contact                          | 30 (67%)               | 37 (73%)    |                       |
| w.v. jongens                         | 15 (75%)               | 22 (79%)    |                       |
| w.v. meisjes                         | 15 (60%)               | 15 (65%)    |                       |
| Meer contacten                       | 15 (33%)               | 14 (27%)    |                       |
| w.v. jongens                         | 5 (25%)                | 6 (21%)     |                       |
| w.v. meisjes                         | 10 (40%)               | 8 (35%)     |                       |
| Gemiddelde leeftijd (jaren) AMA (sd) | 16.1 (0.8)             | 16.3 (2.1)  | .59 b                 |
| Gemiddelde duur in NL (mnd) (range)  | 1.3 (0-4)              | 7.9 (0-30)  | .000 b                |
| < 1 maand (%)                        | 20 (30%)               | 3 ( 4%)     |                       |
| Initiatief tot consult               |                        |             | .003 a                |
| AMA (%)                              | 40 (61%)               | 64 (83%)    |                       |
| Coach/mentor                         | 10 (15%)               | 2 ( 3%)     |                       |
| Voogd                                | 1 ( 1%)                | -           |                       |
| AMA en coach/mentor                  | 3 ( 5%)                | -           |                       |
| MOA                                  | 7 (11%)                | 11 (14%)    |                       |
| Ander                                | 5 ( 7%)                | -           |                       |
| Aanwezig bij consult                 |                        |             | .022 a                |
| AMA alleen                           | 53 (80%)               | 62 (81%)    |                       |
| AMA en coach/mentor                  | 7 (11%)                | 1 ( 1%)     |                       |
| AMA en ander                         | 6 ( 9%)                | 7 ( 9%)     |                       |
| AMA en tolk                          | -                      | 7 ( 9%)     |                       |

\* Door afronding tellen niet alle percentages op tot 100%

<sup>1</sup> p-waarde van verschil tussen Middelburg en Vught wat betreft dit kenmerk: a Chi-kwadraat toets; b Student t-toets.

Tabel 3.4.2. Vergelijking van zorgcontacten met huisarts tussen Vught en Middelburg in de periode 2 juni tot 17 juli 2003\*

|                                     | Vught                 | Middelburg            | p-waarde <sup>1</sup> |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gemiddelde bezetting (j/m)          | 75 (41/34m)           | 80 (57/23m)           |                       |
| Aantal contacten                    | N=47                  | N=27                  |                       |
| Aantal AMA's met contact (%)        | 34 (45%) <sup>1</sup> | 23 (29%) <sup>2</sup> | .032 a                |
| waarvan jongens                     | 18 (44%)              | 11 (19%)              |                       |
| waarvan meisjes                     | 16 (47%)              | 10 (43%)              |                       |
| geslacht onbekend                   |                       | 2                     |                       |
| Aantal contacten per AMA (%)        |                       |                       | .223 a                |
| Een contact                         | 25 (74%)              | 20 (87%)              |                       |
| w.v. jongens                        | 16 (89%)              | 11 (100%)             |                       |
| w.v. meisjes                        | 9 (56%)               | 7 (70%)               |                       |
| Meer contacten                      | 9 (26%)               | 3 (14%)               |                       |
| w.v. jongens                        | 2 (11%)               | - (0 %)               |                       |
| w.v. meisjes                        | 7 (44%)               | 3 (30%)               |                       |
| Gemiddelde leeftijd (jaar) AMA (sd) | 16.1 (0.7)            | 16.6 (0.8)            | .032 b                |
| Gemiddelde duur (mnd) in NL (sd)    | 1.8 (0.9)             | 12.8 (12.0)           | .000 b                |
| Initiatief consult (%)              |                       |                       | .938 a                |
| AMA direct                          | 11 (23%)              | 6 (22%)               |                       |
| Toegeleiding door praktijkverpl.    | 24 (51%)              | 12 (44%)              |                       |
| Coach/mentor                        | 1 ( 2%)               | 1 ( 4%)               |                       |
| Arts JGZ                            | 5 (11%)               | 1 ( 4%)               |                       |
| Ander                               | 11 (23%)              | 1 ( 4%)               |                       |
| Aanwezig bij consult                |                       |                       | .552 a                |
| AMA alleen                          | 44 (94%)              | 24 (88%)              |                       |
| AMA en coach/mentor                 | 2 ( 4%)               | 1 ( 4%)               |                       |
| AMA en ander                        | 1 ( 2%)               | 1 ( 4%)               |                       |
| AMA en tolk                         | -                     | 1 ( 4%)               |                       |

\* Door afronding tellen niet alle percentages op tot 100%

<sup>1</sup> p-waarde van verschil tussen Middelburg en Vught wat betreft dit kenmerk: a Chi-kwadraat toets; b Student t-toets.

<sup>2</sup> Bij twee contacten was geslacht onbekend

#### Aard van de klachten

In de tabellen 3.4.3 en 4 wordt een overzicht gegeven van de klachten waarmee de AMA's zich presenteren bij de praktijkverpleegkundige en huisarts. In één consult werden maximaal 3 verschillende klachten gepresenteerd.

In Vught worden tijdens de 66 consulten van de praktijkverpleegkundigen 87 klachten gepresenteerd. Gemiddeld is dit 1,3 klachten per consult. De meest gerapporteerde klachten in Vught zijn hoofdpijn (ICPC-zenuwstelsel) en buik- of maagpijn (ICPC-spijsverteringsorganen). In Middelburg worden 93 klachten tijdens 77 consulten gerapporteerd: gemiddeld 1,2 klachten per consult. Het gaat hier met name om buik- of maagpijn (ICPC-spijsverteringsorganen) en jeuk en andere huidproblemen (ICPC-huid en subcutis).

In tabel 3.4.4 valt op dat in Middelburg in 27 huisartsconsulten 27 klachten gepresenteerd worden, terwijl in Vught in 47 consulten 62 klachten gepresenteerd worden. Het aanbod van contactredenen in de ICPC-classificatie is gevarieerder in

Vught. De meest voorkomende redenen voor contact in Vught zijn buikklachten (ICPC-spijsverteringsorganen) en gynaecologische klachten (ICPC-geslachtsorganen vrouw). In Middelburg worden relatief veel symptomen of klachten uit de ICPC-hoofdstukken 'bewegingsapparaat' en 'zwangerschap/anticonceptie' gepresenteerd.

Tabel 3.4.3. Vergelijking van redenen voor contact met de praktijkverpleegkundige per ICPC-hoofdstuk in Vught en Middelburg

|                                                 | Vught     |                           | Middelburg |                           |
|-------------------------------------------------|-----------|---------------------------|------------|---------------------------|
| <b>ICPC hoofdstuk</b>                           |           |                           |            |                           |
| A Algemeen en niet gespecificeerd               | 3         | ( 3%)                     | 6          | ( 6%)                     |
| B Bloed en bloedvormende organen                | -         |                           | -          |                           |
| D Spijsverteringsorganen                        | 17        | (20%)                     | 16         | (17%)                     |
| F Oog                                           | 5         | ( 6%)                     | 6          | ( 6%)                     |
| H Oor                                           | -         |                           | 1          | ( 1%)                     |
| K Hartvaatstelsel                               | 2         | ( 2%)                     | 4          | ( 4%)                     |
| L Bewegingsapparaat                             | 10        | (11%)                     | 11         | (12%)                     |
| N Zenuwstelsel                                  | 15        | (17%)                     | 8          | ( 9%)                     |
| P Psychische problemen                          | 5         | ( 6%)                     | 7          | ( 7%)                     |
| R Luchtwegen                                    | 10        | (11%)                     | 6          | ( 6%)                     |
| S Huid en subcutis                              | 10        | (11%)                     | 16         | (17%)                     |
| T Stofwisseling                                 | 1         | ( 1%)                     | -          |                           |
| U Urinewegen                                    | 2         | ( 2%)                     | 1          | ( 1%)                     |
| W Zwangerschap/bevalling/<br>Anticonceptie      | 3         | ( 3%)                     | 8          | ( 9%)                     |
| X Geslachtsorganen en borsten vrouw             | 4         | ( 5%)                     | 3          | ( 3%)                     |
| Y Geslachtsorganen man                          | -         |                           | -          |                           |
| Z Sociale problemen                             | -         |                           | -          |                           |
| <b>Totaal aantal ICPC-klachten/diagnoses</b>    | <b>87</b> | <b>(100%)<sup>1</sup></b> | <b>93</b>  | <b>(100%)<sup>1</sup></b> |
| <i>Overige ICPC-redenen voor contact</i>        |           |                           |            |                           |
| Anders (krukken terugbrengen, afspr. verzetten) | 5         |                           | 9          |                           |
| Verrichtingen                                   | 2         |                           | -          |                           |
| Ontbrekende gegevens                            |           |                           | 3          |                           |

<sup>1</sup> Percentage is berekend op basis van het totale aantal gepresenteerde klachten; aantal contacten is resp. 66 en 77. Door afronding tellen percentages niet steeds op tot 100%.

Tabel 3.4.4. Vergelijking van redenen voor contact met de huisarts per ICPC-hoofdstuk: Vught en Middelburg

| ICPC-hoofdstuk                         |                        | Vught                  | Middelburg |
|----------------------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| A Algemeen en niet gespecificeerd      | -                      | 1 ( 4%)                |            |
| B Bloed en bloedvormende organen       | 1 ( 2%)                | -                      |            |
| D Spijsverteringsorganen               | 13 (21%)               | 1 ( 4%)                |            |
| F Oog                                  | 5 ( 8%)                | 1 ( 4%)                |            |
| H Oor                                  | 3 ( 5%)                | -                      |            |
| K Hartvaatstelsel                      | -                      | -                      |            |
| L Bewegingsapparaat                    | 5 ( 8%)                | 8 (30%)                |            |
| N Zenuwstelsel                         | 5 ( 8%)                | -                      |            |
| P Psychische problemen                 | 7 (11%)                | 3 (11%) <sup>1</sup>   |            |
| R Luchtwegen                           | 2 ( 3%)                | 2 ( 7%)                |            |
| S Huid en subcutis                     | 7 (11%)                | 4 (15%)                |            |
| T Stofwisseling                        | 1 ( 2%)                | -                      |            |
| U Urinewegen                           | 1 ( 2%)                | 2 ( 7%)                |            |
| W Zwangerschap/bevalling/anticonceptie | 3 ( 5%)                | 8 (30%)                |            |
| X Geslachtorganen en borsten vrouw     | 8 (13%)                | -                      |            |
| Y Geslachtorganen man                  | 1 ( 2%)                | -                      |            |
| Z Sociale problemen                    | -                      | -                      |            |
| Totaal aantal ICPC-klachten/diagnoses  | 62 (100%) <sup>1</sup> | 27 (100%) <sup>2</sup> |            |
| Overige ICPC-redenen voor contact      |                        |                        |            |
| Verrichtingen                          | 3                      | 3                      |            |
| Missing                                | 1                      | -                      |            |

<sup>1</sup> Dit betrof één AMA.<sup>2</sup> Percentage is berekend op basis van het totale aantal gepresenteerde klachten; aantal contacten is resp. 47 en 27. Door afronding tellen percentages niet steeds op tot 100%.

### 3.5

#### Incidenten

Incidenten worden zowel door MOA als door COA geregistreerd. Uit de registratie van de stafarts en medewerker Personeelszaken van MOA, waar incidenten gemeld kunnen worden door MOA medewerkers betreffende de gezondheid van AMA's en de zorg van MOA, blijkt dat er door de medewerkers uit Vught geen incidenten gemeld zijn en door de medewerkers uit Middelburg één incident.

De tweede bron van informatie is de registratie van COA. Zowel in Middelburg als in Vught worden incidenten waar AMA's bij betrokken zijn, op het terrein en daarbuiten, geregistreerd. Uit deze registratie blijkt dat er zich in Middelburg beduidend minder incidenten hebben voorgedaan dan in Vught. COA registreerde in Middelburg in de periode van 1 april 2003 tot 1 september 2003 13 incidenten. Onder deze 13 incidenten was één grote vechtpartij waarbij 20 AMA's betrokken waren, drie keer was er sprake van diefstal en twee keer werd er mishandeling gemeld (zie tabel 3.5.1).

In Vught werden in dezelfde periode 44 incidenten gemeld, waaronder 12 vechtpartijen waarbij meerdere AMA's betrokken waren (zie tabel 3.5.1). Ook was er elf keer sprake van ordeverstoring, variërend van het houden van een demonstratie tot het ingooien van ruiten en aanrichten van vernielingen.

Opvallend aan de registratie van incidenten is dat het eerste incident dat in Vught gemeld wordt (op 28 april 2003), een medisch incident is. Eén van de AMA's krijgt 's nachts een ongeval en raakt bewusteloos. De dag erna komt de eerste melding van

ordeverstoring. Vanaf half mei wordt er bijna dagelijks melding gemaakt van ordeverstoringen, vechtpartijen en andere incidenten.

Op 6 juni breekt er naar aanleiding van een medisch incident, onrust uit waarbij zo'n twintig AMA's betrokken zijn. Een vrouwelijke AMA viel flauw tijdens een disco-avond op de campus. Omdat de ANW-meldkamer anderhalf uur onbereikbaar was, duurde het lang voordat de AMA medische hulp kreeg. De gemoederen van de AMA's waren intussen verhit geraakt wat zich uitte in het aanrichten van vernielingen op de campus. Deze informatie is afkomstig uit de COA-registratie en geverifieerd op basis van e-mail correspondentie tussen medewerkers van MOA.

De COA-registratie vermeldt op 11 juni eveneens een ziekenhuisopname van een AMA. Op dezelfde dag wordt gemeld dat 18 AMA's de orde verstoren, één AMA twee keer bedreigingen uit naar medewerkers en een andere AMA verbaal geweld gebruikt naar een medewerker. Uit de registratie wordt niet duidelijk of er een verband is tussen de ziekenhuisopname en de onrust die dag.

In juli en augustus zijn er regelmatig vechtpartijen. Bij de twee grootste vechtpartijen, op 4 juli en 10 augustus, is een aantal Chinezen betrokken die slaags zijn geraakt met een aantal Afrikanen.

Tabel 3.5.1. Incidenten volgens de registratie van COA in Vught en Middelburg in de periode maart-september 2003.

| Vught                                        |                  | Middelburg                                   |                  |
|----------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------|------------------|
| Gemiddelde bezetting <sup>1</sup> : 75 AMA's |                  | Gemiddelde bezetting <sup>1</sup> : 80 AMA's |                  |
| Soort incident                               | aantal meldingen | Soort incident                               | aantal meldingen |
| Ordeverstoring/onrust                        | 11               | Diefstal                                     | 3                |
| Vechtpartij                                  | 12               | Vechtpartij                                  | 2                |
| Bedreiging medewerker                        | 4                | Aanranding (buiten OC)                       | 1                |
| Verbaal geweld                               | 4                | Vernieling                                   | 1                |
| Suicidedreiging                              | 2                | Mishandeling                                 | 2                |
| Zelfverwonding                               | 1                | MOB meisje ontvoerd                          | 1                |
| Ongeval                                      | 1                | Gas ontploffing                              | 1                |
| Ziekenhuisopname                             | 3                | Onaangenaam bezoek                           |                  |
| Brand                                        | 1                | meiden unit                                  | 1                |
| (seksuele) intimidatie                       | 2                | IBS                                          | 1                |
| Anders                                       | 3                |                                              |                  |
| Totaal                                       | 44               | Totaal                                       | 13               |

<sup>1</sup> Als uitgangspunt is de gemiddelde bezetting in juni/juli genomen.

In Vught worden (informeel) door de coaches van de meisjes en MOA-praktijkverpleegkundige vijf (ongewenste) zwangerschappen gemeld. Gelet op de duur van de zwangerschap, waren drie meisjes waarschijnlijk al zwanger bij aankomst op de campus. Twee meisjes zijn waarschijnlijk in Nederland zwanger geraakt. Gegevens uit Middelburg hierover ontbreken.



## 4 Conclusies en aanbevelingen

Doel van dit onderzoek was na te gaan wat het effect is van opvang van AMA's in een campussetting op de gezondheid van en de zorg voor AMA's. Referentiekader is daarbij de gemiddelde AMA in Nederland. In dit onderzoek stonden acht hiervan afgeleide onderzoeksvragen centraal. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit de verschillende bronnen per vraag samengevat en kort besproken. Waar mogelijk zal een vergelijking gemaakt worden met de beschikbare literatuur over de gezondheidstoestand en toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor AMA's. De tweede paragraaf bevat een meer algemene bespreking van de opzet en uitvoering van het onderzoek. Afgesloten wordt met conclusies en aanbevelingen in de laatste paragraaf.

### 4.1 Belangrijkste bevindingen per onderzoeksvraag

#### 4.1.1 *De effecten van de opvangmodaliteit op gedrag en ontwikkeling van de AMA's (vraag 1)*

##### *Belangrijke bevindingen*

- De AMA's die in de campus in Vught worden opgevangen rapporteren meer angst en herbeleving van traumatische gebeurtenissen in schriftelijke vragenlijsten dan vergelijkbare AMA's uit het landelijke onderzoek die in andere settings worden opgevangen (OC, AZC, wooneenheden) en een vergelijkbare periode in Nederland verblijven.
- Uit de persoonlijke interviews met AMA's blijkt dat bijna de helft van deze AMA's hun gezondheid als slecht ervaart. Een kwart omschrijft de eigen gezondheid als goed en een kwart als redelijk.
- De zorgverleners zijn van mening dat de campusopvang zowel positieve als negatieve effecten op de ontwikkeling en het gedrag van de AMA heeft. Positief aspect vinden zij dat de campus meer veiligheid, bescherming en structuur biedt dan een OC of AZC. Dit beschouwen zij als waardevolle aspecten voor met name getraumatiseerde AMA's, die ontbreken in OC's. Negatief aan de opvang in een campussetting vinden de zorgverleners in Vught dat de AMA's niet in contact mogen komen met de Nederlandse samenleving en dat het accent vanaf het begin sterk op terugkeer ligt. Zij noemen hierbij de dubbelrol van de coaches die enerzijds de AMA's regelmatig confronteren met het terugkeerbeleid en anderzijds de dagelijkse begeleiding van de AMA's verzorgen. Het relatief grote aantal incidenten op de campus beschouwen zij tenslotte eveneens als een negatief aspect van de campus.

##### *Interpretatie van de bevindingen*

De onderzochte AMA's rapporteren een relatief slechte gezondheid. Ook eerder onderzoek laat zien dat AMA's een relatief slechte gezondheid rapporteren (Van Willigen, 2003). Echter, de AMA's op de campus rapporteren ook in vergelijking met andere AMA's relatief veel angst en herbeleving van traumatische gebeurtenissen. Vraag is of dit is toe te schrijven aan de opvang op de campus of dat andere factoren een rol spelen.

Een eerste verklaring voor deze verschillen kan zijn dat de AMA's in Vught een afwijkende groep zijn. De AMA's in Vught en de AMA's uit de subgroep van het

landelijke onderzoek verbleven ongeveer even lang in Nederland, maar verschilden wel van elkaar wat betreft het aantal meisjes en het aantal Chinezen dat aan het onderzoek deelnam. Aan het onderzoek op de campus in Vught deden relatief meer meisjes, meer Chinezen en minder Angolezen mee dan aan het landelijke onderzoek. De analyse van de vragenlijsten waarbij de Chinezen buiten beschouwing werden gelaten en werd gecorrigeerd voor het verschil in geslachtsverdeling laat zien dat de verschillen tussen de AMA's in Vught en de onderzochte subgroep van het landelijk onderzoek kleiner worden. Het verschil in angst en herbeleving van traumatische gebeurtenissen blijft echter bestaan. Een andere samenstelling van de groep AMA's in Vught biedt dan ook geen afdoende verklaring voor de gevonden verschillen met andere AMA's.

Een andere verklaring voor de verschillen in angst en herbeleving kan gezocht worden in het beleid op de campus. Dit beleid houdt in dat de AMA direct en herhaaldelijk door de coaches wordt geconfronteerd met het feit dat hij/zij terug moet keren naar het land van herkomst. Deze boodschap geldt ook voor andere asielzoekers, maar volgens de zorgverleners gaat het meer om de manier waarop deze boodschap op de campus wordt gebracht. Volgens de voogden van Nidos worden de AMA's op de campus in vergelijking met AMA's in andere opvangsettings hiermee vaker en in een eerder stadium geconfronteerd. Dit kan verschillende gevolgen hebben. De actieve rol die de coaches van meet af aan hierin vervullen belemmert het opbouwen van een vertrouwensband tussen de coach en de AMA. De GGZ wijst erop dat de confrontatie met de terugkeerboodschap een nieuw trauma kan zijn dat komt boven op de trauma's waarvan de AMA nog niet de kans heeft gehad zich te herstellen. De GVO-medewerker geeft aan dat de AMA's tijdens de bijeenkomst over stress aangaven dat het weten dat je weer terug moet naar je land van herkomst veel stress veroorzaakt. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het effect van de terugkeer-boodschap. Een onderzoek onder Latijns-Amerikaanse vluchtelingen toont aan dat dit veel angst en onrust met zich meebrengt. Uit het onderzoek van Engelhard naar de mening van hulpverleners over het nieuwe terugkeerbeleid blijkt dat hulpverleners vaak een kentering in het functioneren en de gezondheid van AMA's observeren na de mededeling dat geen verblijfsstatus verleend zal worden (Engelhard, 2003).

Ten tweede is specifiek voor de campusopvang dat AMA's nog minder in contact mogen komen met de Nederlandse samenleving dan de AMA's die in andere settings worden opgevangen. Door de beperkte mogelijkheden om van het terrein af te mogen voelen veel AMA's zich opgesloten op de campus. Dit gevoel wordt versterkt door het hek dat eromheen staat. Voor diegenen die ervaring hebben met opsluiting kan dit vervelende herinneringen aan het verleden oproepen.

Tot slot zou de angst en herbeleving van traumatische gebeurtenissen te maken kunnen hebben met de vele incidenten die plaatsvonden in Vught en de wijze waarop incidenten werden opgelost (zie ook 4.). De AMA's in Vught geven in de persoonlijke interviews aan dat de incidenten op de campus bij hen veel onrust en een gevoel van onveiligheid veroorzaken. Volgens de GGZ-hulpverleners kunnen dergelijke incidenten, waarbij de politie wordt ingeschakeld, de traumatische ervaringen bij de AMA's doen herleven.

Samenvattend lijken enkele factoren die specifiek zijn voor de campusopvang zoals die was ingericht in de periode waarin het onderzoek plaats vond, bij te dragen aan het rapporteren van meer angst en herbeleving door AMA's in Vught.

#### 4.1.2 *De (sociale) veiligheidsbeleving van de jongeren (vraag 2)*

##### *Belangrijke bevindingen*

- Uit de persoonlijke interviews met de AMA's blijkt dat meer dan de helft van de meisjes en jongens zich op de campus over het algemeen niet op hun gemak voelt en een kwart zich soms bedreigd voelt. Incidenten waarbij de politie wordt ingeschakeld verstoren het gevoel van veiligheid in ernstige mate. De meisjes die persoonlijk geïnterviewd zijn, geven aan geen last van seksuele intimidatie of ongewenste intimiteiten te hebben.
- De bij de zorg voor AMA's betrokkenen beoordelen de fysieke veiligheid van AMA's op de campus als beter dan in andere settings.

##### *Interpretatie van de bevindingen*

Uit de persoonlijke interviews komt naar voren dat het gevoel van veiligheid van de AMA's vooral bepaald wordt door de incidenten die zich afspelen op de campus. De AMA's voelen zich met name bedreigd wanneer deze incidenten gepaard gingen met politieoptreden. Voor jongeren met geweldervaringen in het verleden kunnen dergelijke gebeurtenissen werken als trigger en eerdere trauma's reactiveren (van der Veer, 1998). Bij anderen veroorzaakt de aanwezigheid van politie angst en paniek. Het inschakelen van de politie heeft volgens de coaches ook het vertrouwen tussen de coaches en de AMA's geschaad. Het uitblijven van medische zorg bij het incident in juni 2003 heeft een aantal AMA's zeer verontrust en het vertrouwen in de medische zorg aangetast (citaat AMA naar aanleiding van dit incident: "je kan dus zomaar doodgaan").

Het sociale klimaat op de campus wordt enerzijds gekenmerkt door ruzies en vechtpartijen, vooral tussen verschillende culturen zoals Chinezen en Afrikanen. Anderzijds ontstaan er hechte vriendschappen. De meerderheid in de groep die persoonlijk is geïnterviewd heeft een vertrouwenspersoon gevonden onder de AMA's. In de studie van Rots onder AMA's in west Brabant (in andere opvangmodaliteiten dan de campus) was de 'eenzaamheid' van AMA's een probleem (Rots, 2002). Dit lijkt op de campus in Vught in mindere mate een probleem.

Uit onderzoek onder vrouwen in AZC's en OC's blijkt dat vrouwelijke AMA's een kwetsbare groep zijn wanneer het gaat om (seksueel) geweld (Brouns et al., 2003). De negen persoonlijk geïnterviewde meisjes gaven echter aan geen last te hebben van ongewenste intimiteiten door mannen/jongens zowel op de campus als daarbuiten. De gescheiden huisvesting van jongens en meisjes op de campus draagt daar waarschijnlijk aan bij.

De relatieve beslotenheid van de campus draagt ertoe bij dat qua fysieke veiligheid zorgverleners over deze setting een relatief positief oordeel hebben.

#### 4.1.3 *De mate en aard van het beroep dat op zorgverleners wordt gedaan (vraag 3)*

##### *Belangrijke bevindingen*

- Uit de persoonlijke interviews met AMA's komt naar voren dat de meeste AMA's éénmaal per maand de MOA-praktijkverpleegkundige of de huisarts bezoeken. Een kleine groep gaat twee keer omdat zij hun probleem niet naar tevredenheid zien opgelost. De belangrijkste klachten waarmee de groep persoonlijk geïnterviewde AMA's naar de MOA-praktijkverpleegkundige of huisarts gaan, zijn hoofdpijn, buikpijn/ maagpijn en slaapproblemen. Uit de interviews met AMA's komt verder

regelmatig naar voren dat men zich niet serieus genomen voelt door de medische zorg. Het beleid is vaak afwachtend, terwijl de AMA actief ingrijpen verwacht in de vorm van doorverwijzen of medicatie. Het voorschrijven van paracetamol wordt bijna als beledigend ervaren en is reden om niet terug te gaan naar de praktijkverpleegkundige of huisarts.

- In het interview met de coaches komt het laatste ook naar voren als signaal dat zij opvangen van de AMA's.
- Uit de interview met de zorgverleners en het JGZ-team komt naar voren dat, na de 'doorstart' in maart 2003 en de versoepeling van het regime, het aantal AMA's met klachten van vermoeidheid en overbelasting is afgenomen.
- De registratie van zorgcontacten laat een hoge zorgconsumptie zien van AMA's in Vught en Middelburg. Er gaan (procentueel) meer AMA's in Vught naar de huisarts en bovendien gaan ze ook vaker twee keer of meer naar de huisarts dan de AMA's in Middelburg. In Vught gaan de meisjes en jongens even vaak naar de huisarts, in Middelburg de meisjes echter vaker dan de jongens. De MOA-praktijkverpleegkundige wordt op beide locaties in de onderzoeksperiode door 60% van de AMA's bezocht, en tijdens het consult zijn de AMA's op beide locaties even vaak alleen. In Vught worden de AMA's tijdens de consulten bij de MOA-praktijkverpleegkundige vaker vergezeld van een coach, in Middelburg vaker van een tolk of iemand die fungeert als tolk. Het percentage AMA's dat de huisarts consulteert na toegeleiding door de praktijkverpleegkundige is op beide locaties vergelijkbaar.
- In de zorgcontacten registratie worden hoofdpijn, buikpijn/maagpijn en slaapproblemen het vaakst genoteerd, evenals in de persoonlijke interviews. In Middelburg worden daarnaast ook huidproblemen als veel voorkomende klacht geregistreerd.

#### *Interpretatie van de bevindingen*

AMA's in Vught bezoeken vaker de huisarts dan AMA's in Middelburg, maar wel met een zelfde klachtenpatroon. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de AMA's in Middelburg al langer (gemiddeld 10 maanden langer) in Nederland verblijven en mogelijk beter op de hoogte zijn van hoe de gezondheidszorg in Nederland werkt. Onderzoeken onder volwassen asielzoekers laten zien dat naarmate men langer in de opvang verblijft het aantal contacten met de huisarts vermindert (Harms, 1994; Flipse, 1996). Vooral in het begin van hun verblijf in Nederland hebben AMA's veelal andere verwachtingen van de gezondheidszorg dan autochtone Nederlanders. Daardoor voelen ze zich in de Nederlandse gezondheidszorg niet serieus genomen, zoals naar voren komt in de persoonlijke interviews. Het begrip 'zelfzorgadvies' dat vaak wordt gegeven door de praktijkverpleegkundige is onbekend en wordt ervaren als falen van de medische zorg. Dit probleem is vaker geconstateerd in onderzoek bij asielzoekers (Broecheler en Raadgers, 2002). Daarbij komt misprijzen naar voren over de afwachtende houding van de huisarts en het niet onmiddellijk voorschrijven van medicijnen. Hetzelfde probleem speelt ook meer in het algemeen bij niet-westerse allochtonen in Nederland (Reijneveld, 1998; Van Herten en Bruin, 2002). GVO zou een belangrijke rol kunnen vervullen in de voorlichting over hoe de Nederlandse gezondheidszorg in elkaar steekt. Omdat de AMA's in Vught korter in Nederland verblijven dan de vergelijkingsgroep is aannemelijk dat dit probleem bij hen extra speelt.

Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat huisartsen gemiddeld 3,5 tot 3,7 contacten per asielzoeker per jaar hebben (van Oort et al. 2003; de Bakker et al. 2000). Dit is aanzienlijk minder dan in dit onderzoek, maar bedacht moet worden dat het Nivel

onderzoek niet alleen jongeren betreft. Het klachtenpatroon van de AMA's in Vught is vergelijkbaar met de klachten van andere AMA's (Broecheler en Raadgers, 2001). De klachten die het meest worden gepresenteerd, slaapproblemen, hoofdpijn en buikklachten wijzen veelal in de richting van posttraumatische klachten. De buikklachten bij meisjes kunnen te maken hebben met seksueel geweld ervaringen in het verleden (van der Veer 1998; Begemann 1995). Een andere verklaring voor de buikklachten is het veranderde eetpatroon en voedsel. Veel AMA's klaagden tijdens het onderzoek over het eten op de campus dat zo anders was dan zij gewend waren. Ook de zorgverleners wezen op het eten.

Een relatief grote groep AMA's in Vught wordt uiteindelijk naar GGZ verwezen. In de periode begin april – eind september 2003 worden 11 meisjes en 7 jongens doorverwezen naar de GGZ; dat is 15% van het totaal aantal AMA's dat gemiddeld aanwezig was. In Middelburg zijn in dezelfde periode 7 AMA's (4 jongens en 3 meisjes) naar de GGZ aldaar verwezen, 9% van het totale aantal AMA's.

#### 4.1.4 *De mate waarin dit beroep terecht of onterecht is in relatie tot de professionele verantwoordelijkheden van de zorgpartijen (vraag 4)*

##### *Belangrijke bevindingen*

- De zorgverleners rapporteren niet dat een onterecht beroep op hen wordt gedaan. In het zorgverlenerinterview geven de hulpverleners aan dat AMA's geen misbruik maken van het spreekuur om deelname aan activiteiten te ontlopen.
- Ook uit de registratie van zorgcontacten blijkt dat AMA's nauwelijks met vragen bij de verpleegkundige of huisarts komen die oneigenlijk zijn.
- Bij het onderwijs heeft men niet de indruk dat AMA's de lessen proberen te ontduiken door ziekte te simuleren. Regelmatig worden leerlingen door docenten naar MOA gestuurd omdat ze zich niet goed voelen en toch aanwezig zijn bij de lessen.

##### *Interpretatie van de bevindingen*

In het algemeen zijn er geen aanwijzingen dat de AMA's op de campus onterecht een beroep doen op de medische zorg. Uit de persoonlijke interviews blijkt dat een aantal AMA's beseft dat hun klachten te maken hebben met hun situatie en dat de medische opvang op de campus niets kan doen aan het feit dat ze niet in Nederland kunnen blijven.

#### 4.1.5 *De mate van waarborging van de toegankelijkheid van de zorg (vraag 5)*

##### *Belangrijke bevindingen*

- Uit de persoonlijke interviews blijkt dat AMA's die naar de MOA-praktijkverpleegkundige of huisarts willen, dat zonder problemen kunnen doen. Ze krijgen gemakkelijk toestemming van de coaches en velen gaan ook uit zichzelf. De AMA's geven ook geen problemen aan wat betreft bereikbaarheid van de medische zorg buiten de tijden van de spreekuren. De AMA's die naar de GGZ gaan zijn zonder uitzondering zeer tevreden over deze zorg.
- Zorgverleners en betrokkenen bij de zorg zijn tevreden over de toegankelijkheid van de medische zorg op de campus (MOA-praktijkverpleegkundige en huisarts). De coaches van de meisjes zijn minder tevreden over de toegankelijkheid van de medische opvang op de campus.
- De coaches zijn ontevreden over de bereikbaarheid van de ANW-dienst. In één situatie duurde het anderhalf uur voordat de dienst bereikbaar was, in een andere

situatie was deze ook slecht bereikbaar en reageerde de ANW volgens de coaches niet adequaat.

- Het JGZ-team, de MOA-praktijkverpleegkundige en de huisarts zijn zeer tevreden over de toegankelijkheid van GGZ.
- De toegankelijkheid van GVO is tot begin oktober 2003 beperkt geweest.

#### *Interpretatie van de bevindingen*

Zorgverleners zien de medische zorg op de campus als goed toegankelijk terwijl de coaches erover klagen dat de toegang van AMA's tot deze zorg moeizaam is. Een verklaring kan zijn dat zorgverleners en coaches verschillende verwachtingen hebben. Coaches vinden dat zorgverleners, met name MOA, niet snel genoeg reageren wanneer een coach de zorg met een acuut probleem van een AMA benadert. Zorgverleners zijn anderzijds gehouden aan een medisch beroepsgeheim en vinden dat de coaches hier geen begrip voor hebben.

Bij navraag bij de zorgverzekeraar bleek dat in de periode van het eerste medische incident de meldkamer van de ANW-dienst inderdaad tijdelijk slecht bereikbaar was. Later is er een centralist aan de meldkamer toegevoegd waardoor de bereikbaarheid verbeterd is. Er lijkt bij sommige COA-medewerkers onduidelijkheid te bestaan over de afspraken omtrent het invoeren van spoedeisende medisch hulp.

Wat betreft de beperkte toegankelijkheid van de GVO kan een verklaring liggen in de strategie van de GVO-functionaris om vraaggestuurde voorlichting te geven. Het heeft er mede toe geleid dat slechts een klein groepje meisjes (n=6-9) participeerde in voorlichting over stress en dat er bij de jongens nog geen GVO-activiteiten hebben plaatsgevonden. De door alle partijen als urgent ervaren voorlichting over seksualiteit heeft pas in september plaats gevonden. De moeizame communicatie tussen de coaches en de GVO-functionaris heeft de voortgang geen goed gedaan. Een exploratief onderzoek onder 50 AMA's en jonge asielzoekers ondersteunt de gedachte om uit te gaan van de wensen en behoeften van de doelgroep maar geeft eveneens aan dat het essentieel is jongeren actief te werven voor GVO (Broecheler en Raadgers, 2001). In dat onderzoek komt uit focusgroepinterviews met de betreffende jongeren verder naar voren dat zij in eerste instantie weinig behoefte hebben aan GVO maar dat vanwege het onbegrip over hoe de medische opvang is georganiseerd en het gebrek aan basale kennis over gezondheid het belangrijk is hen toch GVO aan te bieden.

#### **4.1.6** *De aard en het functioneren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, intern en extern en het functioneren van de samenwerking tussen hen, begeleiders van o.a. COA en voogden (vraag 6)*

##### *Belangrijke bevindingen*

Er zijn vele vormen van samenwerking binnen de campus. Eén voor één passeren ze hier de revue; bron van informatie zijn vrijwel steeds de interviews met betrokkenen bij de zorg.

- *Samenwerking binnen MOA:* De zorgverleners binnen MOA zijn tevreden over hun samenwerking en overlegstructuren. Het JGZ-team geeft aan zich gehoord te voelen door het management.
- *Samenwerking MOA en huisartsen:* Het overleg tussen de huisarts en de MOA-praktijkverpleegkundige verloopt naar tevredenheid. Een regulier overleg tussen het JGZ-team en de huisarts moet nog worden ingesteld.
- *MDO:* Het multidisciplinair overleg (MDO) functioneerde aanvankelijk niet goed. MOA verweet de coaches dat zij niet of te laat aanwezig waren. De eerbiediging van de privacy van de AMA maakte discussies over een individueel geval in het MDO

moeilijk. Toetreding van GGZ-medewerker tot het MDO wordt als zeer positief ervaren. Alle partijen geven aan dat het MDO na een moeilijke start beter gaat functioneren.

- *Samenwerking MOA en GGZ:* De samenwerking tussen MOA en GGZ wordt door beide partijen als uitstekend ervaren.
- *Samenwerking MOA en Onderwijs:* Omdat onderwijs in het MDO is vertegenwoordigd is er een regulier contact. Wanneer een leerling een ernstig medisch probleem heeft wordt het onderwijs daarvan op de hoogte gebracht.
- *Samenwerking MOA en COA:* De samenwerking tussen MOA en COA wordt gekenmerkt door wederzijds wantrouwen. Van beide kanten worden slechte persoonlijke verhoudingen genoemd, maar er zijn ook structurele redenen voor aan te wijzen. COA-medewerkers, met name de coaches, hebben problemen met de manier waarop MOA met het beroepsgeheim omgaat. Coaches krijgen daardoor geen informatie over de medische toestand en behandeling van een AMA. Van de kant van MOA is er veel kritiek op de coaches omdat zij verkeerde verwachtingen zouden hebben van de medische opvang en zich zouden opdringen bij de AMA door mee te willen naar het spreekuur.
- *Samenwerking tussen MOA en Nidos:* De samenwerking tussen Nidos en MOA is goed. Zowel in het formele MDO overleg als in de informele contacten is er veel overleg en uitwisseling over individuele gevallen.

#### *Interpretatie van de bevindingen*

Voor de relatie MOA – COA verloopt stroef. De afgelopen maanden zijn er echter in de samenwerking tussen MOA en COA een aantal hoopgevende signalen te zien.

Het feit dat AMA's soms willen dat coaches meegaan naar consulten kan samenhangen met het niet inzetten van tolken tijdens consulten van de MOA-praktijkverpleegkundige en huisarts in Vught.

Daarnaast is er veel kritiek op de ANW-dienst. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat de onderzoekers niet zelf spraken met medewerkers van de ANW-dienst en daardoor niet hun kant van de zaak konden verdisconteren in de rapportage. Bovendien is de mening over de ANW-dienst sterk gekleurd door de twee incidenten

#### *4.1.7 De wijze waarop de signalering van risicojongeren gestalte krijgt en de wijze waarop signalen worden opgepakt (vraag 7)*

##### *Belangrijke bevindingen*

- De JGZ-medewerkers vinden dat de intake voldoet om risicojongeren te signaleren. Wat er vervolgens met hun verwijzing gebeurt is hen niet altijd duidelijk, vooral bij lichamelijke klachten. Ze kunnen dit eventueel zelf later nalezen in het dossier van de AMA maar krijgen geen andere terugkoppeling omdat hun bemoeienis na verwijzing feitelijk stopt. Wel krijgen ze signalen dat een verwijzing soms niet opgepakt wordt, met name door de huisarts. Zij zouden een structureel overleg met de huisartsen willen instellen om over verwijzingen te praten.
- De psycholoog van GGZ zou een intake door GGZ willen instellen waardoor ook zij in een vroeg stadium risicojongeren kunnen identificeren. Dit zou hen in de gelegenheid stellen om in een vroeg stadium met de behandeling te beginnen. Bovendien zou dit kunnen voorkomen dat risicojongeren voor overlast binnen de AMA gemeenschap zorgen.
- Het MDO is een andere mogelijkheid om risicojongeren te identificeren. Dit overleg gaat volgens betrokkenen na een moeizame start steeds beter functioneren.

*Interpretatie van de bevindingen*

De signalering van risicojongeren vindt plaats, maar de begeleiding na signalering lijkt soms nog te wensen over te laten, met name bij lichamelijke klachten. Men is voornemens om dit spoedig op te lossen door instellen van een structureel overleg tussen het JGZ-team en de huisarts, en het lijkt dan ook vooral een startprobleem. Door de korte contactlijnen en de duidelijke structuur biedt de campusopvang in principe de geschikte randvoorwaarden voor een goede begeleiding van risicojongeren.

De JGZ-intake vindt in principe na ongeveer 3-4 weken plaats, maar in de praktijk soms pas na 6 weken vanwege de schaarste aan tolken in bepaalde talen.

Risico-jongeren met psychische problemen kunnen volgens het JGZ-team snel doorverwezen worden naar de GGZ. De wens van de GGZ om zelf een intake te doen lijkt derhalve niet zo noodzakelijk. Bovendien is de GGZ, nu zij ook deelnemen aan het MDO, in staat om AMA's met psychische problemen vroegtijdig te identificeren.

#### 4.1.8 Incidenten, crisissituaties, (ongewenste) zwangerschappen (vraag 8)

*Belangrijke bevindingen*

- In Vught vinden veel meer incidenten plaats dan in Middelburg, zo blijkt uit de COA-registratie. De MOA-registratie, vermeldt één incident in Middelburg.
- In Vught kwam enkele malen een crisissituatie voor waarbij een groot deel van de bewoners van de campus betrokken was, naar aanleiding van een medisch probleem. Door de bewaking werd de hulp van de politie ingeroepen. Deze informatie is afkomstig uit de COA-registratie, interviews met onderwijzend personeel en Nidos medewerkers, en eigen observatie door de onderzoekers.
- In Vught worden (informeel) door de coaches van de meisjes en MOA-praktijkverpleegkundige vier (ongewenste) zwangerschappen gemeld. Gelet op de duur van de zwangerschap, waren de meisjes waarschijnlijk al zwanger bij aankomst op de campus.

*Interpretatie van de bevindingen*

Een mogelijke verklaring voor de vele incidenten op de campus in Vught is de beslotenheid van de campus. Veel jongeren zitten bij elkaar met grote individuele problemen en met een beperkte mate van bewegingsvrijheid. De tegenstellingen tussen AMA's met verschillende culturele achtergronden komen dan extra naar voren. Bijvoorbeeld staan Chinezen en Afrikanen soms plotseling tegenover elkaar vanwege een simpele aanleiding. De incidenten begonnen pas toen er meer dan 50 AMA's op de campus aanwezig waren. Een verklaring daarvoor kan zijn dat men dan steeds minder mogelijkheid heeft om elkaar te ontlopen. Bovendien ontbreken volwassen asielzoekers met dezelfde culturele achtergrond die anders een dempende werking zouden kunnen hebben op conflicten. In Middelburg wonen de AMA's op een terrein met oudere en jongere asielzoekers samen. Dat creëert mogelijk een evenwichtiger situatie omdat ouderen een kalmerende invloed kunnen hebben op problemen tussen jongeren.

In Vught is enkele malen een crisissituatie ontstaan naar aanleiding van een medisch probleem. Door de aanwezigheid van veel onderhuidse grieven groeide een medisch incident uit tot een opstand. De AMA's kwamen primair in opstand omdat het algemene gevoel was dat er geen adequate medische hulp werd geboden. Opvallend is dat geen van deze incidenten gemeld is door de MOA-medewerkers.

Er zijn naar aanleiding van twee incidenten klachten van COA medewerkers over de bereikbaarheid van de ANW dienst. Opvallend hierbij is dat bij een van de incidenten,

waarbij de ANW inderdaad slecht bereikbaar was, pas heel laat ervoor gekozen is 112 te bellen.

In het interview met de betrokkenen bij de zorg geven de GGZ medewerkers aan dat zij graag betrokken zouden willen worden bij het omgaan met conflicten op de campus. In situaties van rellen en opstand zouden zij de partijen nader tot elkaar kunnen brengen.

## 4.2 Bespreking van de onderzoeksmethoden

In de vorige paragraaf zijn de belangrijkste onderzoeksbevindingen samengevat. Een belangrijke vraag bij de interpretatie daarvan is wat de kwaliteit van de verzamelde gegevens is. In deze paragraaf wordt ingegaan op deze vraag, per gegevensbron zoals beschreven in hoofdstuk 2. Steeds wordt met name ingegaan op de representativiteit van de informanten per gegevensbron, op de kwaliteit van de gegevensverzameling bij deze informanten en op de kwaliteit van de analyse en rapportage.

### 4.2.1 *Vragenlijsten ingevuld door AMA's*

De respons van AMA's op de schriftelijke vragenlijsten was hoog en in samenhang daarmee was de geslachtsverdeling van de groep geïnterviewden vrijwel identiek aan die van de totale groep op de campus, zie bijlage D. Omdat de vragenlijst in veel talen beschikbaar was en ook mondeling kon worden afgenomen, heeft dit nauwelijks tot beperkingen geleid. Hetzelfde geldt voor het landelijk onderzoek waarmee werd vergeleken, hoewel daar de respons iets lager was. Bovendien werd dit landelijk onderzoek eerder uitgevoerd, wat kan hebben geleid tot verschillen als de problematiek van AMA's in een bepaalde periode sterk is veranderd. Hiervoor zijn echter geen aanwijzingen.

Wat betreft de betrouwbaarheid en validiteit van de verzamelde gegevens in dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een goed onderzocht instrumentarium, de HSCL-37A en de ZIL-A die eveneens in een groot landelijk onderzoek onder 1100 AMA's zijn afgenomen. De ZIL-A is eveneens toegepast in een onderzoek onder 75 AMA's die in AZC's in Brabant werden opgevangen (Rots, 2001). Dit maakt het mogelijk niet alleen de scores maar ook een aantal psychometrische eigenschappen van de vragenlijsten te vergelijken. De interne consistentie van de schalen van beide vragenlijsten is goed te noemen, met uitzondering van de schaal externaliseren van de HSCL-37A (Cronbach's  $\alpha=0.58$ ). Een Cronbach's  $\alpha$  van 0.70 of hoger wordt meestal beschouwd als voldoende. Echter, ook in het landelijke onderzoek blijft de interne consistentie van deze schaal iets achter bij de andere schalen (Cronbach's  $\alpha=0.69$ ,  $n=966$ ) al benadert hij in dit onderzoek wel het criterium van 0.70. Voorts viel het op dat er geen verschil tussen jongens en meisjes werd gevonden in de scores op deze schaal, hoewel op voorhand verwacht zou kunnen worden dat jongens hoger zouden scoren op externaliserend gedrag dan de meisjes. In het landelijke onderzoek werden overigens ook geen verschillen tussen jongens en meisjes op deze schaal gevonden.

Het invullen van de vragenlijsten varieerde van 10 minuten tot bijna een uur, afhankelijk van de taalvaardigheid van de adolescent. Ongeveer 10% van de AMA's was analfabeet en bij hen werden de vragen voorgelezen door de onderzoeker of door een AMA die dezelfde taal sprak en die de vragen kon toelichten. Tevens speelde mee dat de meeste AMA's de vragenlijst invulden in een taal die zij minder machtig waren dan hun moedertaal. Hierdoor duurde het invullen van de vragenlijsten langer en hadden de respondenten meer toelichting nodig bij de vragen.

Door de individuele benadering van de onderzoekers kon het aantal ontbrekende antwoorden beperkt blijven, met name op de HSCL-37A. De vraag of de adolescenten betrouwbare antwoorden geven op de vragen is hiermee niet volledig beantwoord. Hoewel de vragenlijsten beschikbaar waren in veel talen gold dit niet voor een aantal veelvoorkomende Afrikaanse talen. De betreffende AMA's vulden daarom de lijst in in een tweede taal die zij beheersten. Daarbij bleek dat voor sommigen bepaalde woorden of zinnen moeilijk waren. De woorden of vragen die de meeste toelichting behoefden waren de woorden 'interest in' of 'sexual interest' (HSCL37A). Ook dubbele ontkenningen bleken moeilijk te zijn (net als in elke taal). Bij de analyses bleek dat in het landelijke onderzoek er ook veel antwoorden op items ontbraken, met name op de ZIL-A. Dit geeft aan dat de vragenlijst niet goed zelfstandig kan worden ingevuld. Samenvattend kan worden gesproken van een valide en betrouwbaar onderzoeksinstrumentarium, dat echter soms moeilijk is voor afzonderlijke AMA's.

Wat betreft analyse is gebruik gemaakt van de geëigende methoden, zoals variantie-analyses. Opvallend daarbij is dat de verschillende samenstelling van de groepen uit Vught en landelijk soms leidde tot verschillen in uitkomsten. In het onderzoek in Vught waren meer meisjes en meer Chinezen en minder Angolezen vertegenwoordigd dan in de subgroep van het landelijke onderzoek. Om een goed beeld te krijgen van het effect van de campusopvang moet (en is) hiervoor gecorrigeerd. De individuele zorgverlener op de campus ziet echter de AMA's zoals ze zijn op de campus, d.w.z. het 'ongecorrigeerde' beeld. Dit is belangrijk bij de interpretatie van onze bevindingen. (De zorgverlener kan terecht de indruk hebben dat er relatief veel problemen zijn, terwijl dit geen gevolg is van de campusopvang).

#### 4.2.2 *Persoonlijke interviews*

Persoonlijke interviews vonden plaats met 20 AMA's, die in volgorde van binnenkomst werden gevraagd om deel te nemen. De respons onder deze groep was 100%, vooral dankzij de steun van onderwijspersoneel dat door de AMA's werd vertrouwd. De geslachtsverdeling van de geïnterviewde groep was ook een goede afspiegeling van de totale groep op de campus, zie bijlage D. AMA's werden alleen gevraagd voor een interview als ze Engels, Frans of Portugees spraken. Dit kan enige selectie hebben veroorzaakt. Immers, hoewel de voertaal op de campus Engels is spreken niet alle AMA's bij binnenkomst Engels of één van de twee andere talen. AMA's die deze talen niet machtig zijn zullen meer communicatieproblemen hebben op de campus en daardoor mogelijk een slechtere toegang tot de zorg hebben. De interviews geven daardoor mogelijk een lichte onderschatting van de problemen op dit gebied. Een punt van kritiek kan verder zijn dat AMA's in andere opvangmodaliteiten niet zijn geïnterviewd. Daardoor is niet altijd duidelijk in hoeverre een probleem samenhangt met AMA zijn in het algemeen of specifiek op de campus. Dit was echter ook niet het primaire doel van deze interviews, ze waren primair bedoeld als verdieping van informatie uit de vragenlijsten voor AMA's. Om die reden (en vanwege kostenoverwegingen) werd ook een relatief kleine groep geïnterviewd.

De informatie in de interviews werd verzameld op basis van een voorgestructureerde lijst waarvan zo nodig kon worden afgeweken. Daardoor kwamen wel alle gewenste onderwerpen aan bod, maar was er ook voldoende ruimte om in te spelen op wat de AMA inbracht. Dit was belangrijk, de interviews rakelden regelmatig herinneringen op waardoor de AMA werd overmand. Een obstakel was verder de taal. Een aantal AMA's werden geïnterviewd in een taal die ze wel enigszins beheersten maar niet tot in de finesses omdat het hun tweede taal was. Dat had consequenties voor de diepgang van

het interview. Tot slot had een aantal AMA's eerst argwaan dat het gesprek iets te maken had met hun procedure en van invloed zou zijn op de procedure. Daarom is steeds gesproken van gesprekken en niet van interviews omdat dit laatste te veel deed denken aan de IND-interviews. Het onderwijzend personeel vervulde een belangrijke rol bij verheldering op dit punt omdat zij het vertrouwen van de AMA's genoten. Tot slot werden alle interviews door vrouwen gevoerd. Mogelijk hebben mannelijke AMA's dit enigszins als beperking ervaren, maar waarschijnlijk had inzet van mannelijke interviewers een veel groter probleem opgeleverd bij vrouwelijke AMA's.

De betrouwbaarheid en validiteit van de interviews konden in beperkte mate worden getoetst aan andere informatiebronnen. Zo konden enkele uitkomsten worden vergeleken met vragen uit de HSCL-37A en de ZIL-A zoals het regelmatig voorkomen van hoofdpijn en het gebruik van slaapmiddelen. Er bleek een hoge mate van overeenkomst in deze gegevens. Daarnaast kon het aantal consulten gemeld door de AMA's in het persoonlijk interview worden vergeleken met de registratie van de zorgcontacten. Ook daar bleken gegevens uit beide bronnen overeen te komen. Samenvattend lijken de verzamelde gegevens een valide en betrouwbaar beeld te leveren van de beleving van AMA's. In vervolggesprekken zou sommige problematiek meer uitgediept kunnen worden.

Wat betreft de rapportage zijn alle antwoorden per vraag direct in een tabel weergegeven. Open vragen zijn gecodeerd of als codering niet mogelijk was op papier samengevat, met gebruikmaking van de semi-gestructureerde vragenlijst. Vervolgens is een samenvatting gemaakt per onderwerp. Deze methode is algemeen geaccepteerd bij dergelijke interviews.

#### 4.2.3 *Interviews met betrokkenen bij de zorg*

Bij het groepsinterview waren alle MOA-zorgverleners en huisartsen die werkzaam waren op de campus, aanwezig, met uitzondering van de GVO-functionaris. Met haar heeft later een telefonisch interview plaatsgevonden, waardoor haar mening en ervaringen toch meegenomen konden worden. Met de ANW-dienst heeft geen apart interview plaatsgevonden. Hierdoor kan de informatie over deze dienst eenzijdig zijn.

Om niet een eenzijdig beeld te schetsen van de toegankelijkheid van de medische zorg is ook aan de directe en indirecte gebruikers van deze zorg, AMA's en coaches, gevraagd naar hun mening over de toegankelijkheid van de medische zorg op de campus. Hierdoor kon een representatief beeld van de toegankelijkheid van de zorg door alle betrokkenen worden geschetst. Via verzameling van informatie bij andere zorgverleners en via andere informatiebronnen zoals AMA's is getracht de validiteit van de verzamelde gegevens zo goed mogelijk na te gaan. In het algemeen lijkt dit gelukt.

Wat betreft analyse en rapportage zijn de interviews direct uitgeschreven en vervolgens ter correctie aangeboden aan de deelnemers. Fouten in weergave zijn daardoor voorkomen. Bij de verwerking van de opmerkingen van de geïnterviewden, bleek dat zij ook de gelegenheid namen hun uitspraken te nuanceren.

#### 4.2.4 *Registratie zorgcontacten*

De keuzemogelijkheden voor een centrum waarmee de medische consumptie van de AMA's in Vught kon worden vergeleken waren beperkt. Desalniettemin is de populatie in Middelburg qua aantal en samenstelling van de populatie een vergelijkbare groep

gebleken. De onderzoekers hebben een aantal keren aan de betreffende zorgverleners gevraagd of zij volledig registreerden. Het formulier was daarbij zo ontworpen dat voor registratie zeer weinig tijd nodig was. Ze hebben de indruk dat ook inderdaad alle consulten geregistreerd zijn, maar volledige zekerheid hebben zij niet. De registratieformulieren over zorgcontacten waren over het algemeen nauwkeurig ingevuld. Ze werden achteraf gecodeerd door één persoon met controle door een tweede.

#### 4.2.5 Incidenten

Voor de beschrijving van het aantal en soort incidenten op de campus en het AZC Middelburg is gebruik gemaakt van twee registraties: de registratie van COA en de registratie van MOA. De registratie van MOA geeft een beeld van incidenten die MOA-medewerkers gemeld hebben. Deze moeten volgens protocol alleen incidenten melden die betrekking hebben op ernstige gezondheidsproblemen of waar MOA bij betrokken is. In de onderzoeksperiode registreerden zij zeer weinig van dergelijke incidenten. Bij navraag bij een van de MOA medewerkers in Middelburg, bleek dat zij zich één incident kon herinneren waar MOA bij betrokken was. De datum en inhoud kwamen overeen met de COA-registratie. Wat betreft de MOA-medewerkers van de campus lijkt het erop dat zij het niet nodig vonden om een aantal (medische) incidenten bij de MOA stafarts te melden.

Uit de COA-registratie blijkt dat zich in Vught drie keer zoveel incidenten voordoen als in Middelburg in dezelfde periode. Dit kan ook te wijten zijn aan het feit dat het leven zich in Vught vrijwel uitsluitend op de campus afspeelt in tegenstelling tot Middelburg waar de AMA's overdag van het terrein kunnen. Daarnaast worden de AMA's in Vught door de coaches intensiever begeleid. Wellicht weten de coaches daardoor meer wat er zich afspeelt en registreren zij meer incidenten. Mogelijk zijn de COA-registraties van beide locaties daarom niet geheel vergelijkbaar.

Bij rapportage en analyse van de incidenten werd behalve van de MOA- en COA-registratie ook gebruik gemaakt van andere bronnen. Belangrijke daarbij was het logboek van de onderzoekers waarin dagelijkse gebeurtenissen op de campus werden bijgehouden. Daarnaast werd informatie over incidenten verkregen van andere betrokkenen op de campus zoals Nidos medewerkers, onderwijzend personeel en van de AMA's zelf in de persoonlijke interviews.

### 4.3 Conclusies en aanbevelingen

Het zoeken van asiel is een moeilijke periode voor AMA's; dit geldt voor alle AMA's, onafhankelijk van de wijze waarop deze worden opgevangen. In de conclusies en aanbevelingen zoals hieronder weergegeven wordt alleen ingegaan op de verschillen tussen AMA's die op de campus in Vught worden opgevangen en andere AMA's in Nederland.

#### 4.3.1 Conclusies over de onderzoeksvragen

- Opvang op de campus heeft positieve en negatieve effecten op de gezondheid van AMA's. Positief is dat het een gestructureerde vorm van opvang is die de AMA steun biedt. Dit kan de verwerking van trauma's bevorderen en maakt het mogelijk de zorg gericht aan te bieden. Negatief is met name het sterke accent dat van meet af aan wordt gelegd op terugkeer en de wijze waarop dit soms gebeurt, en het beperkte

contact met de buitenwereld, wat extra traumatiserend kan werken c.q. het herstel in de weg kan staan.

- De organisatie van opvang in een campussetting lijkt geen negatief effect te hebben op de toegang tot zorg van AMA's, mogelijk zelfs een licht positief effect. De toegang zou kunnen worden verbeterd door de communicatie tussen COA en MOA te verbeteren en de bereikbaarheid van de ANW-dienst te waarborgen.

#### 4.3.2 *Aanbevelingen aan de opdrachtgevers*

- De vaak moeizame samenwerking tussen MOA- en COA-medewerkers is een belangrijk knelpunt voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het verdient aanbeveling te zoeken naar mogelijkheden om de samenwerking en communicatie te verbeteren. Te denken valt aan meer sturing van de samenwerking vanuit het management. Tevens is er ruimte voor verbetering in de communicatie tussen COA en MOA over de (nasleep van) medische incidenten of incidenten die in ANW-tijd hebben plaatsgevonden.
- GVO wordt pas recentelijk aangeboden op de campus. Het verdient aanbeveling om meer GVO-activiteiten te ontplooiën en prioriteit te geven aan het geven van voorlichting over werking van de gezondheidszorg voor AMA's in Nederland en over anticonceptie/ seksualiteit. In samenwerking met het onderwijs kan gekeken worden hoe bijvoorbeeld tijdens bepaalde lessen aangesloten kan worden bij deze voorlichtingsactiviteiten, bijvoorbeeld door bepaalde termen tijdens de Engelse les te introduceren of tijdens de biologische informatie te geven over de werking van het menselijk lichaam.
- Bij de consulten met de praktijkverpleegkundige en huisarts in Vught worden nauwelijks (telefonische) tolken ingeschakeld. Het vaker inzetten daarvan kan de kwaliteit van de zorg verbeteren doordat de communicatie dan beter verloopt.
- Voor de signalering van risicojongeren is het belangrijk dat de JGZ-intake zo vroeg mogelijk plaatsvindt en dat zo min mogelijk van de termijn van drie à vier weken wordt afgeweken. Dit is niet alleen om in een vroeg stadium medische problemen te signaleren en te verwijzen naar de eerste lijn maar ook om risicojongeren op te sporen en door te verwijzen naar de GGZ. Het MDO speelt eveneens een belangrijke rol in de signalering van risicojongeren. Het verdient aanbeveling het functioneren van het MDO te evalueren en te verbeteren. Na signalering van risicojongeren moet beleid uitgezet worden ter begeleiding van deze groep jongeren. Het instellen van overleg tussen de huisartsen en het JGZ-team kan hier een positieve bijdrage aan leveren.
- De resultaten van dit onderzoek kunnen dienen als basis voor verbetering van de gezondheid en toegang tot zorg van AMA's, zowel door de opdrachtgevers als door COA en andere betrokken partijen. Actieve verspreiding van deze resultaten is daarom gewenst.

De opdrachtgevers wordt aangeraden een aantal bevindingen uit dit onderzoek onder de aandacht van COA te brengen.

- De gezondheid van de AMA's en de toegang tot de gezondheidszorg voor AMA's is gebaat bij een goede communicatie tussen COA en MOA. Beide partijen worden aangeraden actief naar mogelijkheden te zoeken om de communicatie en samenwerking te verbeteren.
- Het beleid dat de AMA van meet af aan door de coaches geconfronteerd wordt met de terugkeerboodschap kan een negatieve invloed hebben op de gezondheid van de AMA en diens herstel na traumatische gebeurtenissen in de weg staan. De dubbelrol

van de coach (brenger slechte nieuws en dagelijks begeleider) geeft bovendien spanning in de relatie tussen AMA en coach. Mogelijk is het ook een factor die het ontstaan van incidenten in de hand speelt, omdat de AMA het gevoel heeft dat hij-zij toch niets te verliezen heeft. Aangeraden wordt te heroverwegen of de coach degene moet zijn die de AMA frequent met de terugkeerboodschap confronteert en op welke wijze het slechte nieuws het best kan worden gebracht.

- Gezorgd moet worden dat medewerkers van COA en van de beveiligingsdienst van de campus beter zijn geïnformeerd over de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg en de wijze waarop spoedeisende hulp kan worden ingeroepen. Een protocol over hoe te handelen bij verschillende soorten incidenten zou moeten worden ontwikkeld. De COA-medewerkers dienen ook beter geïnformeerd te worden over de werkwijze en organisatie van de medische opvang op de campus.
- Het gevoel van onveiligheid bij de AMA's wordt vooral bepaald door de incidenten die zich op de campus afspelen, met name wanneer daarbij politie betrokken is.

Tenslotte:

- De gezondheid en toegang tot zorg van AMA's op de campus in Vught lijkt te verbeteren tijdens de onderzoeksperiode; nagegaan moet worden in hoeverre deze gunstige ontwikkeling zich in de komende periode voortzet.

## 5 Referenties

American Psychiatry Association (APA). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatry Association, 1994.

Bean TM. Screeningsinstrument voor psychosociale problemen bij vluchtelingen adolescenten. Concept handleiding van de HSCL-37A en de ZIL-A. Leiden: Centrum '45, 2003.

Broecheler, C., Raadgers, F. "Paracetamol en veel drinken" GVO behoeftepeiling onder jongere asielzoekers in de centra van de MOA Regio Utrecht. Utrecht: Stichting MOA-Utrecht, 2001.

Brouns, M. van Burik, A., Kramer, S., Cense, M. Het lange wachten op een veilige toekomst. 2003.

COA klachtenregeling voor de ama-campussen. COA, juli 2003.

De Bakker, D., Weide, M., Delnoij. Huisartsenzorg aan asielzoekers: naar een monitoringsysteem. Utrecht: NIVEL, 2000.

Engelhard, D. Angst voor terugkeer: quick scan naar het psychosociale welzijn van AMA's in relatie tot het terugkeerbeleid. Stichting Pharos, 2003.

Flipse, W. Tussen preventief en curatief werken: een studie in het asielzoekerscentrum in Middelburg, Utrecht: NSHP scriptie, 1996.

Harms, H.A. De vraag naar medische zorg van asielzoekers in het asielzoekerscentrum Helmond. Utrecht: NSHP scriptie, 1994.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verslag bezoek aan campus voor Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (AMA) te Vught d.d. 18 februari 2003. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003.

Ministerie van Justitie. AMA-beleidsnota. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2001.

Reijneveld, S.A. Reported health, lifestyles and use of health care of first-generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 298-304.

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

Van Herten, L.M., de Bruin, S.R. Zorg voor asielzoekers: een literatuurstudie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.

Van der Veer G. Gevluchte adolescenten: ontwikkeling, begeleiding en hulpverlening. Stichting Pharos, 1998.

Van Oort M, Devillé W, de Bakker D. Monitoring Gezondheidszorg aan asielzoekers. Utrecht: Nivel, 2003.

Van Willigen, L.H.M. Gevluchte kinderen –preventie van ziekte en bevordering van de gezondheid. MOA Oost Nederland, 2003.

• ••

## Verklarende woordenlijst

|          |                                                 |
|----------|-------------------------------------------------|
| AMA      | Alleenstaande minderjarige asielzoeker          |
| ANW      | Avond Nacht Weekend dienst                      |
| AZC      | Asielzoekerscentrum                             |
| COA      | Centraal orgaan opvang asielzoekers             |
| GGZ      | Geestelijke gezondheidszorg                     |
| GVO      | Gezondheidsvoorlichting en opvoeding            |
| HSCL-37A | Hopkins Symptom Checklist- 37 voor adolescenten |
| IND      | Immigratie en naturalisatie dienst              |
| JGZ      | Jeugd Gezondheidszorg                           |
| MOA      | Medische opvang asielzoekers                    |
| Nidos    | Voogdij-instelling voor ama's                   |
| OC       | Opvang centrum                                  |
| PTSS     | Posttraumatische stress stoornis                |
| ZIL-A    | Zelfinventarisatie lijst voor adolescenten      |



## A Vragenlijsten die zijn gebruikt in het onderzoek (ZIL-A c.q. PTSS-A en HSCL25-A)



Centrum '45

Nederlands

PTSS-A

**Instructie** Soms hebben jonge mensen bepaalde klachten nadat ze ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt. De volgende zinnen gaan over deze soort van klachten. Geef bij elke zin (klacht) aan hoeveel last je tijdens **de afgelopen vier weken** van deze klacht hebt gehad (door het rondje in de kolom die van toepassing is zwart te maken).

● = geen last

● = een beetje last

● = veel last

● = heel veel last

●    ●    ●    ●  
geen    beetje    veel    heel veel

|    |                                                                                                                                | geen                  | beetje                | veel                  | heel veel             |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1  | Ik denk aan de gebeurtenissen ook als ik het niet wil. ( Bijvoorbeeld: beelden van de gebeurtenis schieten me te binnen).      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2  | Ik heb enge dromen of nachtmerries over de gebeurtenissen.                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3  | Ik heb het gevoel dat de gebeurtenissen weer opnieuw gebeuren.                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4  | Ik voel me bang of verdrietig (raak overstuur) als ik aan de gebeurtenissen denk.                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5  | Ik vind dat ik de dingen op dezelfde manier doe als tijdens de gebeurtenissen.                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6  | Als ik aan de gebeurtenissen denk, roept het gevoelens in mijn lichaam op (bijvoorbeeld: hoofdpijn, buikpijn, hartkloppingen). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7  | Ik probeer niet over die gebeurtenissen te denken of praat erover.                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8  | Ik probeer mijn gevoelens over de gebeurtenissen weg te stoppen.                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9  | Ik probeer weg te blijven van mensen of plaatsen die me doen denken aan de gebeurtenissen.                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | Ik ben belangrijke dingen vergeten over de gebeurtenissen.                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | Ik voel me alleen.                                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | Ik voel dat ik geen contact met de mensen om me heen heb.                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | Ik heb moeite mijn gevoelens te uiten.                                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | Ik ben niet geïnteresseerd in dingen zoals sport, vrienden, school.                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | Ik ben niet positief over mijn toekomst. (Bijvoorbeeld: dat ik geen partner zal vinden, geen goede baan krijg )                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 | Ik heb problemen om in slaap te vallen.                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 | Ik word 's nachts vaak wakker of te vroeg wakker.                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 | Ik heb moeite met opletten, of mijn aandacht bij iets houden (op school, thuis).                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 | Ik ben waakzaam (ik kijk altijd uit voor dingen waar ik bang voor ben, of ik ben op mijn hoede).                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 | Ik ben schrikachtig (bijvoorbeeld als ik harde geluiden hoor, of als er iets onverwachts gebeurt).                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21 | Ik krijg vaak ruzie met anderen (bijvoorbeeld met familie, vrienden, leerkrachten).                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22 | Ik heb woede uitbarstingen (ik word soms zo boos dat ik met dingen ga gooien, ga slaan, ga schoppen of ga schreeuwen).         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hieronder staan voorbeelden van gedrag en gevoelens. Geef aan hoe vaak je vandaag of de afgelopen maand deze gevoelens hebt gehad of je op deze manieren gedragen hebt. Maak het rondje zwart wat hierbij past.

● = **nooit**● = **soms**● = **vaak**● = **altijd**

|                                                           |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | nooit                                                                               | soms                                                                                | vaak                                                                                | altijd                                                                              |
| 1 Zomaar bang worden                                      | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 2 Rusteloos voelen, niet stil kan zitten                  | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 3 Snel boos worden                                        | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 4 Alcohol drinken als ik uitga in het weekend             | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 5 Angstig zijn                                            | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 6 Mezelf de schuld geven voor dingen                      | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 7 Anderen pesten of bedriegen                             | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 8 Sigaretten roken                                        | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 9 Duizeligheid of zwakte                                  | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 10 Snel gaan huilen                                       | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 11 Dingen van anderen vernielen of stuk maken             | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 12 Zenuwachtig of van binnen trillen                      | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 13 Verlies van seksuele interesse                         | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 14 Beginnen van vechtpartijen                             | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 15 Weinig energie hebben                                  | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 16 Hartkloppingen                                         | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 17 Weinig zin hebben om te eten                           | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 18 Iemand opzettelijk pijn doen                           | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 19 Trillen                                                | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 20 Problemen om in slaap te vallen, of vaak wakker worden | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 21 Vaak ruzie maken                                       | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 22 Gespannen voelen                                       | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 23 Hopeloos voelen over de toekomst                       | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 24 Geen interesse in dingen hebben                        | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 25 Alcohol drinken door de week                           | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 26 Hoofdpijn                                              | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 27 Verdrietig voelen                                      | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 28 Slaapmiddelen of kalmeermiddelen gebruiken             | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 29 Aanvallen van angst of paniek                          | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 30 Eenzaam voelen                                         | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 31 Gedachten over een eind aan mijn leven te maken        | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 32 Verstrikt of gevangen voelen                           | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 33 Te veel over dingen piekeren                           | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 34 Dingen stelen                                          | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 35 Het gevoel hebben dat alles zo moeilijk is             | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 36 Gevoelens dat ik niks waard ben                        | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |
| 37 Drugs gebruiken (hasj, XTC, speed, coke, LSD)          | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               | <input type="radio"/>                                                               |

## B Vragenlijst AMA interview

|                                                                                                                                                  |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Datum.....                                                                                                                                       | Naam interviewer.....     |
| Tijd aanvang interview.....                                                                                                                      | Tijd einde interview..... |
| Taal interview.....                                                                                                                              | Land van herkomst.....    |
| Aankomst in Nederland.....                                                                                                                       | Aankomst op campus.....   |
| Tolk <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> aanwezig <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> telefonisch <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> geen |                           |

Het interview begint met een inleidend praatje over het doel van dit interview, en de verzekering dat alles wat wordt besproken anoniem zal blijven

*Gezondheidsbeleving en toegankelijkheid van de zorg*

*We stellen eerst een paar vragen over je gezondheid in het verleden*

1. Hoe was je gezondheid voordat de problemen in je land begonnen?

- ☐ <sup>1</sup> heel erg goed  
☐ <sup>2</sup> erg goed  
☐ <sup>3</sup> goed  
☐ <sup>4</sup> redelijk  
☐ <sup>5</sup> slecht

2. Ben je in je leven wel eens ernstig ziek geweest?

- ☐ <sup>1</sup> ja → vraag 3  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 4

3. Welke ziekte had je toen?

.....

*In geval van vaak terugkerende ziekte ga door naar vraag 3a, anders vraag 4*

3a. Was je voor deze ziekte onder medische behandeling in je land van herkomst?

- ☐ <sup>1</sup> ja → vraag 3b  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 4

3b. Heb je voor deze ziekte nog steeds behandeling nodig?

- ☐ <sup>1</sup> ja → vraag 3c  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 4

3c. Krijg je deze behandeling op dit moment?

- ☐ <sup>1</sup> ja → vraag 4  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 4

*Nu gaan we over naar je gezondheid zoals die was bij je aankomst in Nederland en op de campus in Vught*

4. Had je bij aankomst in Nederland gezondheidsproblemen?

- ☐ <sup>1</sup> ja → vraag 4a  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 5

4a. Beschrijf wat voor gezondheidsproblemen je toen had

.....

5. Had je bij aankomst op de campus in Vught gezondheidsproblemen?  
☐ <sup>1</sup> ja → vraag 5a  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 10
- 5a. Beschrijf wat voor gezondheidsproblemen je toen had  
 .....
6. Heb je op dat moment hulp gevraagd voor deze problemen of dit probleem?  
☐ <sup>1</sup> ja → vraag 7  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 6a
- 6a. Wat was de reden dat je die hulp niet hebt gevraagd?.....  
 .....  
*ga naar vraag 9*
7. Welke hulp heb je gekregen?  
 .....
8. Heb je de hulp gekregen die je nodig had?  
☐ <sup>1</sup> ja → vraag 10  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 9
9. Welke hulp had je dan willen hebben?  
 .....

***Nu wil ik graag weten hoe je gezondheid is geweest gedurende de periode dat je op de campus in Vught woont. Daarna stel ik een aantal vragen over de toegankelijkheid van de zorg***

10. Hoe is je gezondheid op dit moment?  
☐ <sup>1</sup> heel erg goed  
☐ <sup>2</sup> erg goed  
☐ <sup>3</sup> goed  
☐ <sup>4</sup> redelijk  
☐ <sup>5</sup> slecht
11. Weet je wat je moet doen als je gezondheidsproblemen hebt?  
☐ <sup>1</sup> ja → zo ja, wat.....  
☐ <sup>2</sup> nee
12. Hoeveel keer ben je naar de MOA geweest sinds je hier op de campus in Vught woont?  
 ..... keer
- 12a. Wat voor gezondheidsprobleem had je toen?  
<sup>1</sup>° keer.....  
<sup>2</sup>° keer.....  
<sup>3</sup>° keer.....  
<sup>4</sup>° keer.....
13. Heb je gezondheidsproblemen (gehad) waarmee je niet naar de MOA gaat (ging)?  
☐ <sup>1</sup> ja → vraag 13a  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 14
- 13a. Wat is de reden dat je er niet heen gaat (ging) met dat probleem?  
 .....

**per gezondheidsprobleem een ander papier invullen**

14. Bij wie heb je het eerst hulp gezocht?  
☐ <sup>1</sup> mijn voogd, naam.....  
☐ <sup>2</sup> mijn coach, naam.....  
☐ <sup>3</sup> de verpleegkundige, naam.....  
☐ <sup>4</sup> de arts  
☐ <sup>5</sup> anders, namelijk.....

15. Van wie heb je de hulp gekregen?
  - ☐ <sup>1</sup> mijn voogd, naam .....
  - ☐ <sup>2</sup> mijn coach, naam.....
  - ☐ <sup>3</sup> de verpleegkundige, naam.....
  - ☐ <sup>4</sup> de huisarts.....
  - ☐ <sup>5</sup> anders, namelijk.....
16. Hoe heb je de hulp ervaren?  
.....
17. Mocht je zelf beslissen om naar de medische opvang te gaan?
  - ☐ <sup>1</sup> ja → vraag 21
  - ☐ <sup>2</sup> nee → vraag 18
18. Wie moest jou toestemming geven om naar de medische opvang te gaan?  
.....
19. Kreeg je gemakkelijk toestemming om naar de medische opvang te gaan?
  - ☐ <sup>1</sup> zonder problemen → vraag 21
  - ☐ <sup>2</sup> het kostte moeite maar ik kreeg het wel
  - ☐ <sup>3</sup> het heeft lang geduurd voor ik toestemming kreeg
  - ☐ <sup>4</sup> anders.....
20. Hoe kwam het dat je die toestemming niet direct kreeg?  
.....
21. Ging je alleen naar de dokter / verpleegkundige / tandarts
  - ☐ <sup>1</sup> ja → vraag 24
  - ☐ <sup>2</sup> nee
22. Wie ging er met je mee?
  - ☐ <sup>1</sup> voogd
  - ☐ <sup>2</sup> coach
  - ☐ <sup>3</sup> tolk
  - ☐ <sup>4</sup> anders, namelijk.....
23. Was die persoon bij het gesprek aanwezig?
  - ☐ <sup>1</sup> ja → vraag 23a
  - ☐ <sup>2</sup> nee → vraag 24
- 23a. Zo ja, waarom was die persoon erbij aanwezig?
  - ☐ <sup>1</sup> dat wilde ik zelf
  - ☐ <sup>2</sup> dat moest, maar ik wilde het liever niet/ ik vond het vervelend
  - ☐ <sup>3</sup> dat moest, maar ik vond het niet erg
  - ☐ <sup>4</sup> het was nodig vanwege de vertaling
  - ☐ <sup>5</sup> anders, namelijk.....
24. Kon je de adviezen of de voorgeschreven behandeling van de medische opvang uitvoeren?
  - ☐ <sup>1</sup> ja
  - ☐ <sup>2</sup> nee; zo nee, waarom niet.....
25. Heb je die adviezen of de behandeling met iemand op de campus besproken?
  - ☐ <sup>1</sup> ja
  - ☐ <sup>2</sup> nee
26. Werd je voor behandeling doorverwezen naar het ziekenhuis of een andere instelling?
  - ☐ <sup>1</sup> ja → vraag 27
  - ☐ <sup>2</sup> nee → vraag 29

27. Ging je alleen naar het ziekenhuis of andere instelling of ging er iemand mee?  
☐ <sup>1</sup> alleen  
☐ <sup>2</sup> mijn coach ging mee  
☐ <sup>3</sup> mijn voogd ging mee  
☐ <sup>4</sup> een tolk ging mee  
☐ <sup>4</sup> anders, namelijk.....
28. Hoe vond je dat?  
 .....
29. Hoe tevreden of ontevreden ben je over de zorg die je gekregen hebt?  
☐ <sup>1</sup> ontevreden, omdat.....  
☐ <sup>2</sup> tevreden, omdat.....  
 → ga door naar vraag 30

### *Veiligheidsbeleving en vertrouwenspersoon*

***Dan ga ik je nu een aantal vragen stellen over een ander onderwerp, namelijk hoe veilig je je hier op de campus voelt en of er iemand is die je helemaal vertrouwt. Ik wil nog een keer zeggen dat alles wat we samen bespreken tussen ons blijft***

30. Voel je je hier al op je gemak (comfortable)?  
☐ <sup>1</sup> ja  
☐ <sup>2</sup> nee  
☐ <sup>3</sup> een beetje
31. Verlang je naar je familie of naar je land van herkomst?  
☐ <sup>1</sup> ja, heel vaak  
☐ <sup>2</sup> nee, bijna nooit  
☐ <sup>3</sup> soms
32. Heb je hier al vrienden / vriendinnen op de campus?  
☐ <sup>1</sup> ja, een heleboel goede vrienden  
☐ <sup>2</sup> ja, een paar  
☐ <sup>3</sup> iedereen is mijn vriend  
☐ <sup>4</sup> nee, niemand
33. Heb je wel eens ruzie of een verschil van mening gehad met iemand op de campus?  
☐ <sup>1</sup> ja → vraag 34  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 36  
☐ <sup>3</sup> soms → vraag 34
34. Zo ja of soms, met wie had je dat meningsverschil?  
 .....
35. Waarover ging het?  
 .....
36. Voel je je hier wel eens bedreigd door iets of iemand?  
☐ <sup>1</sup> ja → vraag 37  
☐ <sup>2</sup> nee → vraag 38  
☐ <sup>3</sup> soms → vraag 37
37. Zo ja of soms, door wie of door wat?  
 .....
38. Is er iemand die je vertrouwt en met wie je over je problemen kunt praten?  
☐ <sup>1</sup> ja; zo ja.....  
☐ <sup>2</sup> nee

*Voor meisjes:*

39. Hoe word je door de jongens / mannen hier op de campus behandeld?

.....

*Voor jongens en meisjes:*

40. Heeft iemand hier in op de campus wel eens geprobeerd een intieme relatie met je te beginnen?

☐ <sup>1</sup> ja, namelijk.....

☐ <sup>2</sup> nee

☐ <sup>3</sup> daar wil ik niet over praten

41. Heeft iemand van buiten de campus dat wel eens geprobeerd?

☐ <sup>1</sup> ja, namelijk.....

☐ <sup>2</sup> nee

☐ <sup>3</sup> daar wil ik niet over praten

42. Ben je sinds je op de campus bent wel eens tegen je wil aangeraakt door iemand?

☐ <sup>1</sup> ja, namelijk.....

☐ <sup>2</sup> nee → vraag 44

☐ <sup>3</sup> daar wil ik niet over praten → vraag 44

43. Zo ja, wat heb je toen gedaan?

.....

44. Ben je wel eens tegen je wil aangeraakt door iemand van buiten de campus?

☐ <sup>1</sup> ja, namelijk.....

☐ <sup>2</sup> nee → vraag 46

☐ <sup>3</sup> daar wil ik niet over praten → vraag 46

45. Zo ja, wat heb je toen gedaan?

.....

*Contacten met anderen: landgenoten; familieleden; bekenden buiten de campus*

*Dan wilde ik je nu een paar vragen stellen over je contacten of ontmoetingen met mensen uit.....(land van herkomst AMA), familieleden of landgenoten*

46. Kende je mensen uit jouw land van herkomst in Nederland voordat je hierheen kwam?

☐ <sup>1</sup> ja → vraag 47

☐ <sup>2</sup> nee → vraag 52

47. Wat is je relatie tot die persoon of personen?

.....

48. Heb je al contact gehad met iemand van die bekenden?

☐ <sup>1</sup> ja → vraag 50

☐ <sup>2</sup> nee

49. Wat is de reden dat je nog geen contact gehad hebt?

.....

50. Krijg je hulp bij het leggen van contacten met bekenden in Nederland?

☐ <sup>1</sup> ja → vraag 52

☐ <sup>2</sup> nee

51. Zou je dat wel willen?

☐ <sup>1</sup> ja

☐ <sup>2</sup> nee

☐ <sup>3</sup> weet niet

52. Krijg je hulp bij het leggen van contact met je familie in je land van herkomst?

☐ <sup>1</sup> ja → vraag 54

☐ <sup>2</sup> nee

☐ <sup>3</sup> n.v.t.

53. Zou je dat wel willen?

☐ <sup>1</sup> ja

☐ <sup>2</sup> nee

☐ <sup>3</sup> weet niet

#### *Positieve en negatieve ervaringen op de campus*

#### *Tenslotte ben ik benieuwd naar je leuke en minder leuke ervaringen op de campus in Vught*

54. Vertel eens was over moeilijke of vervelende dingen die je hebt meegemaakt sinds je op de campus bent?

.....

55. Vertel ook eens wat over leuke momenten op de campus in Vught of grappige dingen die je hier hebt meegemaakt?

.....

*Voor diegenen die voor de opvang in Vught in een andere opvang hebben gezeten. Voor diegenen die niet in andere opvang hebben gezeten ga door naar vraag 57*

56. Als je de vorige opvang vergelijkt met de opvang in op de campus in Vught wat valt je dan op?

.....

#### *Persoonsgegevens*

#### *Tot slot wil ik je nog een paar persoonlijke vragen stellen over je achtergrond*

57. Zijn je ouders nog in leven?

☐ <sup>1</sup> ja

☐ <sup>2</sup> alleen mijn vader

☐ <sup>3</sup> alleen mijn moeder

☐ <sup>4</sup> geen van beiden

58. Heb je broers en zussen?

☐ <sup>1</sup> ja

☐ <sup>2</sup> nee

59. Zo ja, hoeveel broers ☐☐

60. En hoeveel zussen ☐☐

61. Hoeveel jaren heb je op school gezeten? ☐☐

62. Heb je een opleiding of opleidingen afgerond?

☐ <sup>1</sup> ja; zo ja welke.....

☐ <sup>2</sup> nee

#### *Afsluiting*

*Zijn er nog dingen over de medische opvang die niet aan de orde zijn gekomen, maar die je toch kwijt wilt. Dan kunnen we daar nu over praten*

## C Ontevredenheid over gezondheidszorg

Redenen voor ontevredenheid over gezondheidszorg bij groep van persoonlijk geïnterviewde AMA's (n=20)

| AMA       | Aard van de klacht                                               | Reden ontevredenheid                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Meisje | Griep en verkoudheid                                             | "In mijn land onderzoekt de dokter je met een stethoscoop"<br>Ze voelt zich medisch niet goed behandeld. Het advies 'water drinken' valt slecht                                                                                                                                              |
| 2. Meisje | Hoofdpijn en maagklachten                                        | Ging 3x naar dokter; dokter deed niets. Ze sprak met Nidos; Nidos sprak met dokter, toen pas kreeg ze medicijnen. Had eerder hulp willen hebben                                                                                                                                              |
| 3. Jongen | Slaapproblemen, hoofdpijn, hele lichaam doet pijn; kiespijn      | Bij MOA is het antwoord altijd "tomorrow help you but they don't help".<br>Tandarts trekt alleen kiezen.<br>Tevreden over ziekenhuis en zeer tevreden over GGZ (Herlaarhof)                                                                                                                  |
| 4. Meisje | Algemeen gevoel van zwakte: hoofdpijn, buikpijn, oogproblemen    | Min of meer tevreden. Alles is wel opgelost maar met moeite<br>Kreeg advies water te drinken. "De dokter hier begrijpt onze problemen niet, zoals b.v. malaria."                                                                                                                             |
| 5. Jongen | Pijn in de wang                                                  | Heeft onverklaarde pijn in wang maar wordt telkens voor iets anders behandeld. Eerst oogarts, daarna zouden oren uitgespoten worden, maar dat is niet gedaan. Hij krijgt alleen paracetamol. Hij heeft geen vertrouwen meer en wil niet meer naar MOA. "Iedereen krijgt altijd paracetamol." |
| 6. Meisje | Keelpijn                                                         | Kreeg bij eerste bezoek advies water te drinken. Hielp niet. Bij tweede bezoek doorgestuurd. Daardoor paar dagen erge keelpijn gehad.                                                                                                                                                        |
| 7. Jongen | Hoofdpijn, nekpijn                                               | Verschillende malen naar MOA geweest, maar voelt zich niet gehoord. Kreeg medicijnen voorgeschreven die hij nog niet heeft kunnen krijgen tengevolge van communicatieprobleem                                                                                                                |
| 8. Jongen | Pijn aan een oog                                                 | De dokter beloofde medicijnen te sturen maar ze kwamen nooit. Over zijn oog: "Ze zeggen dat het normaal is, maar het doet veel pijn."                                                                                                                                                        |
| 9. Jongen | Blind aan één oog en pijn aan andere oog; pijn linker kant hoofd | Dokter probeert gerust te stellen, maar AMA is bang dat andere oog ook verloren gaat. Wil nader onderzoek.                                                                                                                                                                                   |



## D Verdeling van AMA's naar nationaliteit en geslacht

| Nationaliteit (n)        | Verblijvende<br>AMA's per 1-8-2003 | AMA's die<br>vragenlijst invulden | AMA's die werden<br>geïnterviewd |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Mauretanië               | 1                                  | 1                                 |                                  |
| Sierra Leone             | 11                                 | 9                                 | 3                                |
| Nigeria                  | 8                                  | 7                                 | 1                                |
| Eritrea                  | 3                                  | 4                                 | 2                                |
| Angola                   | 10                                 | 8                                 | 4                                |
| Ethiopië                 | 1                                  | 1                                 | 1                                |
| Ivoorkust                | 6                                  | 6                                 |                                  |
| Niger                    | 1                                  | 1                                 |                                  |
| Burundi                  | 3                                  | 3                                 | 2                                |
| China                    | 12                                 | 11                                | 2                                |
| Guinee                   | 8                                  | 4                                 | 1                                |
| Bakongo                  | 1                                  | 1                                 | 1                                |
| Togo                     | 3                                  | 3                                 |                                  |
| Rwanda                   | 2                                  | 1                                 |                                  |
| Somalië                  | 5                                  | 5                                 |                                  |
| Kongo Kinshasa           | 3                                  | 2                                 | 1                                |
| Mongolië                 | 3                                  | 3                                 |                                  |
| Irak                     |                                    | 1                                 |                                  |
| Albanië                  |                                    | 1                                 |                                  |
| Armenië                  | 1                                  | 1                                 |                                  |
| Sovjet Unie              |                                    | 2                                 |                                  |
| Liberia                  | 5                                  | 4                                 | 1                                |
| Jemen                    |                                    | 1                                 |                                  |
| Zaire                    | 1                                  | 1                                 |                                  |
| Afghanistan              | 2                                  |                                   | 1                                |
| Iran                     | 1                                  |                                   |                                  |
| Vietnam                  | 2                                  |                                   |                                  |
| Roemenië                 | 1                                  |                                   |                                  |
| Wit Rusland              | 1                                  |                                   |                                  |
| Benin                    | 2                                  |                                   |                                  |
| <b>Geslacht (n; (%))</b> |                                    |                                   |                                  |
| Jongens                  | 52 (54%)                           | 46 (57%)                          | 11 (55%)                         |
| Meisjes                  | 45 (46%)                           | 35 (43%)                          | 9 (45%)                          |
| <b>Totaal</b>            | <b>97</b>                          | <b>81</b>                         | <b>20</b>                        |