

Alleenstaande minderjarige asielzoekers hebben een slechtere psychische gezondheid bij opvang op een besloten campus

We onderzochten het effect van een stringent opvangbeleid op de psychische gezondheid van alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's). We vergeleken daartoe de psychische gezondheid van AMA's op een gesloten campus (Vught: 69 AMA's, respons 93%) en in reguliere opvangsettings (53 AMA's, respons 69%). AMA's op de besloten campus rapporteerden meer emotionele problemen op de Hopkins Symptom Checklist dan de vergelijkingsgroep. Het belangrijkste effect betrof een toename in angst. De verschillen waren bij meisjes groter dan bij jongens. Een besloten opvang kan dus invloed hebben op de psychische gezondheid van AMA's. Zorgverleners en beleids-makers moeten zich hiervan bewust zijn.

Inleiding

Het aantal mensen uit niet-geïndustrialiseerde landen dat asiel zoekt in geïndustrialiseerde landen is de afgelopen tien jaar sterk gestegen, hoewel in sommige landen zoals Nederland dit aantal recent weer daalt. De toegenomen instroom heeft ertoe geleid dat de ontvangende landen sterke beperkingen hebben opgelegd aan asielzoekers met als doel deze instroom te beperken. De instroombeperkingen kunnen de psychische gezondheid van asielzoekers schaden en kunnen daardoor de prevalentie van psychische problemen, toch al hoog in deze groep, verder verhogen.^{1,2} Kinderen en jongvolwassenen die asiel zoeken zijn hiervoor waarschijnlijk extra gevoelig. Fazel en Stein stelden vast dat in 2002 de prevalentie van psychische problemen in deze groep in het Verenigd Koninkrijk driemaal zo hoog was als het landelijke cijfer.³ Voor alleenstaande kinderen en adolescenten is deze verhouding mogelijk nog ongunstiger² en bovendien zijn ze waarschijnlijk extra gevoelig voor de gevolgen van een stringenter opvangbeleid.

In de periode november 2002 tot januari 2005 werden alle alleenstaande adolescenten asielzoekers (verder adolescenten AMA's of kortweg AMA's) die vijftien jaar of ouder waren en Nederland binnenkwamen, geplaatst in een opvangcentrum met alleen AMA's, de campus in Vught. Het belangrijkste kenmerk van deze campus was dat er een zeer gestructureerd onderwijs- en activiteitenprogramma werd aangeboden, waarin het accent lag op terugkeer naar het land van herkomst. Verder werd regelmatig gesproken met de AMA's over terugkeer, mochten zij het campusterrein maar in beperkte mate af, mochten ze geen Nederlands leren en waren er continu volwassen begeleiders ('coaches') aanwezig (één coach per vijftien AMA's).

In de periode daarvoor werden AMA's opgevangen in verschillende centra, verspreid over Nederland, waarin ook volwassen asielzoekers werden opgevangen. Dit wordt verder de 'reguliere opvang' genoemd. AMA's mochten deze centra overdag verlaten, konden bezoek ontvangen, enzovoort. Verder konden ze contact maken met de Nederlandse samenleving; onderwijs, indien beschikbaar, was er primair op gericht Nederlands te leren, en continu toezicht ontbrak.

Het doel van dit onderzoek was na te gaan wat het effect was van deze stringenter opvang op de psychische gezondheid van minderjarigen door vergelijking van deze twee typen opvang.

Methode

We verzamelden overeenkomstige gegevens over de psychische gezondheid van AMA's op de campus en in de reguliere opvang. De campusgroep bestond uit 87 AMA's die in Nederland arriveerden tussen maart en juli 2003 en één van de twintig talen spraken waarin de vragenlijsten beschikbaar waren. Van deze groep vulden 81 AMA's (respons 93,1%) de vragenlijsten in, allen binnen zes maanden na aankomst in Nederland. De reguliere opvanggroep was afkomstig uit een landelijke steekproef van 56 AMA's die tussen juli en november 2002 in Nederland arriveerden,^{4,5} ook in één van de twintig beschikbare talen een vragenlijst konden invullen en dat deden in de eerste zes maanden na aankomst (respons 68,5%). De respondenten en non-respondenten uit beide groepen verschilden niet van elkaar wat betreft leeftijd, geslacht en land van herkomst.

De psychische gezondheid werd bepaald met de Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25),^{6,7} en de Reactions of Adolescents to Traumatic Stress Inventory (RATS) die vragen bevat over symptomen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS).⁵ Beide vragen-

Prof.dr. S.A. (Menno) Reijneveld sociaalgeneeskundige/epidemioloog, Universitair Medisch Centrum Groningen, Disciplinarygroep Gezondheidswetenschappen, Groningen, en TNO Kwaliteit van Leven, Leiden.

Dr. Josien B. de Boer psycholoog TNO Kwaliteit van Leven, Leiden.

Drs. Tammy Bean psycholoog, Centrum '45, Oegstgeest.

Drs. Dineke G. Korfker cultureel antropoloog/verloskundige, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden.

Correspondentieadres: prof.dr. S.A. Reijneveld, Universitair Medisch Centrum Groningen, Disciplinarygroep Gezondheidswetenschappen, Postbus 196, 9700 AD Groningen, tel. 050-3632860, fax 050-3636251, S.A.Reijneveld@med.umcg.nl.

Tabel 1

Achtergrondkenmerken van AMA's op de besloten campus en in de reguliere opvangcentra

	<i>besloten campus</i>	<i>reguliere opvang</i>	<i>p-waarde*</i>
aantal	69	53	
jongens (<i>n</i> , %)	38 (55,1)	44 (83,0)	0,001
leeftijd (gemiddeld, SD)	16,1 (0,7)	16,4 (1,1)	0,21
leeftijdsklasse	15-17	14-18	
gebied van herkomst (<i>n</i> , %)			0,88
– Europa	4 (5,8)	2 (3,8)	
– Azië	5 (7,2)	4 (7,5)	
– Afrika, waarvan	60 (87,0)	22 (88,7)	
– Angola	9 (13,0)	17 (32,1)	
– Sierra Leone	9 (13,0)	8 (15,1)	

* P-waarde voor verschillen tussen de groepen (chikwadratoets voor geslacht en gebied van herkomst, en t-toets voor leeftijd).

lijsten zijn gevalideerd in groepen adolescenten met verschillende culturele achtergronden. Om na te gaan of er een verstoring effect zou kunnen zijn vanwege etnische verschillen in de wijze waarop deze vragen worden beantwoord, gingen we de verschillen in het voorkomen van problemen na voor alle etnische groepen met $n > 10$. De resultaten hiervan lieten zien dat Chinese minderjarigen ($n = 15$) veel minder problemen rapporteerden op de HSCL-25 en de RATS ($p = 0,002$, F-toets, in beide gevallen). Zij werden daarom verder buiten beschouwing gelaten, zodat 69 AMA's overbleven in de campusgroep en 53 in de reguliere opvang. Ter ondersteuning van de interpretatie van de vragenlijstgegevens over de psychische gezondheid interviewden we ook 20 AMA's die langer dan vier weken op de campus verbleven. Daarbij gebruikten we een semigestructureerde vragenlijst over hun gezondheid en gevoel van veiligheid (respons 100%). Verder werden zowel op de campus als in een regulier opvangcentrum met een vergelijkbare AMA-capaciteit gedurende zes maanden alle incidenten (relletjes, vechtpartijen, enzovoort) geregistreerd.

Het onderzoek was goedgekeurd door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie van TNO. Alle AMA's gaven mondeling 'informed consent' en hun voogden (van NIDOS) gaven schriftelijk 'informed consent' voor het benaderen van hun pupillen.

Resultaten

In tabel 1 zijn de achtergrondkenmerken van de twee groepen samengevat. Op de campus verbleven meer meisjes en er was iets minder variatie in leeftijd. AMA's rapporteerden in het algemeen veel emotionele en post-traumatische stresssymptomen, maar in de campusgroep was dit nog sterker. Een deel van deze verschillen kon echter worden verklaard door verschillen in leeftijd en geslacht tussen de beide groepen. Meisjes rapporteerden meer problemen dan jongens. Wat betreft emotionele problemen en depressie waren de verschillen tussen de campus- en de reguliere opvanggroep groter voor meisjes dan voor jongens (p -waarden respectievelijk 0,023 en 0,016). Analyses naar geslacht lieten zien dat meisjes op de campus meer emotionele problemen, angst en depressie rapporteerden dan meisjes in de reguliere opvang. Voor jongens waren deze verschillen klein en niet significant.

In de interviews gaven AMA's aan dat hun gezondheid verslechterd was sinds hun komst op de campus. Ruim de helft gaf aan zich niet veilig te voelen op de campus vanwege het grote aantal incidenten. In de onderzochte periode vonden op de campus 44 incidenten plaats, tegen 13 in de reguliere opvangcentra ($p < 0,0001$, chikwadratoets).

Tabel 2

Emotionele problemen (gemeten met de HSCL-25) en posttraumatische stresssymptomen (gemeten met de RATS) van AMA's op de besloten campus en in de reguliere opvangcentra

	<i>aantal*</i>	<i>betrouw- baarheid†</i>	<i>campus gemiddeld (SD)</i>	<i>regulier gemiddeld (SD)</i>	<i>ruw verschil; p‡</i>		<i>Gecorrigeerd verschil; p§</i>	
HSCL-25 totale score	69/49	0,89	59,3 (13,1)	53,4 (10,5)	6,0	0,011	5,2	0,033
– HSCL-depressie	69/49	0,81	36,4 (8,2)	34,0 (7,2)	2,4	0,113	2,2	0,16
– HSCL-angst	69/51	0,84	22,9 (6,1)	19,4 (4,2)	3,5	0,001	2,9	0,008
RATS totale score	68/46	0,93	56,1 (10,4)	51,5 (11,6)	4,6	0,029	2,4	0,28
– RATS-intrusie	68/49	0,85	17,2 (4,2)	15,1 (4,0)	1,9	0,009	1,1	0,17
– RATS-vermijding	68/45	0,82	22,5 (4,6)	21,0 (5,3)	1,5	0,112	1,1	0,28
– RATS-hypergevoeligheid	68/47	0,84	16,4 (4,2)	15,7 (4,3)	0,7	0,393	0,1	0,90

* Aantal respondenten op de besloten campus en in de reguliere opvangcentra.

† Interne consistentie betrouwbaarheid (Cronbach's alfa).

‡ P-waarde voor verschillen tussen de besloten campus en in de reguliere opvangcentra.

§ Gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd (14-15/16/17-18 jaar) en geslacht.

Onze resultaten laten zien dat AMA's in een besloten opvang (campus) meer emotionele problemen rapporteren dan AMA's die worden opgevangen in een setting met meer vrijheden, en dat meisjes daar gevoeliger voor zijn dan jongens. Het grootste effect betreft angst, en niet PTSS. Dit komt overeen met de resultaten van een recent onderzoek van Laban et al. waaruit bleek dat een langer verblijf in een opvangcentrum wel leidt tot meer angst, maar niet tot meer PTSS.⁸ Dit effect wordt mogelijk versterkt door een besloten opvang, in het bijzonder bij meisjes. In andere onderzoeken, alle bij volwassenen, zag men bij detentie vergelijkbare effecten op asielzoekers, hoewel in dat geval zowel angst als PTSS lijken toe te nemen.^{1,2} Het grotere aantal incidenten op de campus heeft mogelijk bijgedragen aan de angst en onrust. Ook de resultaten van de gestructureerde interviews wijzen daarop. Het grotere aantal incidenten hangt vervolgens waarschijnlijk weer samen met het besloten karakter van de campus. Beperkingen van het onderzoek zijn dat we geen psychische diagnostische interviews afnamen maar alleen zelfrapportagevragenlijsten. De twee vragenlijsten die we gebruikten zijn echter uitgebreid gevalideerd;^{4,6} de HSCL-25-scores zijn ook vergeleken met klinische uitkomstmaten.^{6,7} In dit onderzoek werden systematisch lagere scores vastgesteld bij Chinese AMA's. De ongelijke verdeling van Chinezen over beide groepen zou de ruwe vergelijkingen hebben vertekend, maar na correctie voor land van herkomst waren de resultaten vergelijkbaar met de gepresenteerde. Desondanks is replicatie van ons onderzoek in andere groepen gewenst. Onze resultaten impliceren dat zorgverleners en beleidsmakers zich bewust moeten zijn van het effect dat een restrictief opvangbeleid heeft.^{1,2} Een dergelijk beleid kan ook de reacties versterken die een gevolg zijn van de veelvuldige traumata die asielzoekers ervaren en het herstel belemmeren, vooral in kwetsbare groepen zoals AMA's.² Een belangrijke

taak van zorgverleners is het geven van informatie hierover aan beleidsmakers en het geven van zorg aan degenen die die zorg het meest nodig hebben.

Dit artikel is eerder gepubliceerd als: Reijneveld SA, Boer JB de, Bean T, Korfker DG. Unaccompanied adolescents seeking asylum: poorer mental health under a restrictive reception. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193:759-61. Deze vertaalde versie wordt gepubliceerd met toestemming van Lippincott Williams & Wilkins. De redactie dankt de auteurs en de uitgever voor de verkregen toestemming tot dubbelpublicatie.

Literatuur

1. Keller AS, Rosenfield B, Trinh-Shevrin C, Meserve C, Sachs E, Leviss JA, et al. Mental health of detained asylum seekers. *Lancet.* 2003;362:1721-3.
2. Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA.* 2000;284:604-11.
3. Fazel M, Stein A. Mental health of refugee children: comparative study. *BMJ.* 2003;327:134.
4. Bean T, Eurelings-Bontekoe EHM, Derluyn I, Spinhoven Ph. Nederlandse versie van de HSCL-37A Handleiding (HSCL-37A). Oegstgeest: Centrum '45; 2004a (beschikbaar op: <http://www.centrum45.nl>).
5. Bean T, Eurelings-Bontekoe EH, Derluyn I, Spinhoven Ph. Nederlandse versie van de RATS Handleiding. Oegstgeest: Centrum '45; 2004b (beschikbaar op: <http://www.centrum45.nl>).
6. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, et al. Measuring trauma and health status in refugees. *JAMA.* 2002;288:611-21.
7. Mollica RF, Sarajlic N, Chernoff M, Lavelle J, Vukovic IS, Massagli MP. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA.* 2001;286:546-54.
8. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, Schreuders BA, Jong JT de. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192:843-51.

S. Külcü

Evaluatie cliëntgerichte buurtnetwerken

Om inzicht te verkrijgen in het functioneren van cliëntgerichte buurtnetwerken jeugdhulpverlening 0-12 jaar (bnw-jhv) in Rotterdam is de mening gevraagd van de coördinatoren, de deelnemers en de basisscholen die participeren in een bnw-jhv in 2001 met een vragenlijst. In totaal hebben 11 coördinatoren, 62 deelnemers en 112 medewerkers van basisscholen meegewerkt aan dit onderzoek.

De meeste coördinatoren zijn niet op hun taak voorbereid en niet ingewerkt. Meer dan de helft van de kinderen wordt zonder toestemming van ouders besproken. De meest voorkomende rede-

nen van aanmelden zijn gedragsproblemen en lichamelijke en emotionele verwaarlozing. De grootste ontevredenheid bij de deelnemers is de onduidelijkheid welke kinderen besproken gaan worden, de terugkoppeling van gemaakte afspraken en de efficiëntie van de tijdsbesteding. Als grootste succesfactor wordt genoemd: afstemming en samenwerking. 61% van de basisscholen in Rotterdam heeft helemaal geen kennis van bnw-jhv en van hun bestaan. Scholen die wel eens kinderen verwijzen naar het netwerk geven aan dat de wachttijd lang is.

Inleiding

Ondanks de verbetering in lichamelijke gezondheid bij jeugdigen wordt de jeugdgezondheidszorg steeds vaker

Mw. S. Külcü Stichting Interculturele Psychiatrie, Den Haag.
Correspondentieadres: Semahat Külcü, Gloriantstraat 34, 2531 EX
Den Haag, e-mail: s.kulcu@noagg.nl.