

Preventieactiviteiten voor vluchtelingenkinderen

Achtergronden en mogelijkheden

Bram Tuk

Dit artikel gaat over vluchtelingenkinderen in Nederland en de mogelijkheden van preventieactiviteiten. Het eerste gedeelte is een algemene beschrijving over de instroom van vluchtelingen¹; aantallen en nationaliteiten worden genoemd. Na een opsomming van stressfactoren worden kort de resultaten weergegeven van enkele studies naar de gezondheid en het welzijn van vluchtelingenkinderen en ook worden de effecten van deze stressfactoren op langere termijn beschreven.

Theoretische modellen over GGZ-preventie worden verkend om de mogelijkheden ervan voor vluchtelingenkinderen te onderzoeken. Afsluitend volgt een overzicht van preventieactiviteiten die bij Pharos worden ontwikkeld voor jeugdige vluchtelingen.

Toenemende aantallen vluchtelingen in Nederland

Door de eeuwen heen hebben grote groepen vluchtelingen in Nederland hun toevlucht gezocht. Rond 1600 waren het joden uit Spanje en Midden en Oost Europa, aan het eind van de 17e eeuw de Hugenoten uit Frankrijk, tijdens de Eerste Wereldoorlog meer dan een miljoen vluchtelingen uit het buurland België. Minder gastvrij was Nederland voor joodse vluchtelingen uit Nazi-Duitsland. Zij werden maar mondjesmaat toegelaten (Leenders, 1993). Na de Tweede Wereldoorlog zijn het in eerste instantie relatief kleine groepen die in Nederland als vluchteling toegelaten worden. Hongaren, Latijns-Amerikaanse ballingen, Turkse christenen, steeds gaat het om groepen van een paar duizend. Pas met de komst van de Vietnamese bootvluchtelingen, die verspreid over een aantal jaren naar Nederland komen, wordt het aantal groter. Er worden in de jaren tachtig 8660 Vietnamezen opgenomen (Bronkhorst, 1994). Door gezinsherenigingen en geboorten is dit aantal gegroeid naar 14.280 (Tillaart, e.a. 2000).

Eind jaren tachtig, begin jaren negentig komen er ieder jaar meer vluch-

telingen naar ons land. In 1983 vragen 2.015 mensen asiel aan, vijf jaar later zijn dit er 7.486 (Van den Bedem, 1994), in 1998 zijn het er 45.220 (IND, 1998). Niet alle asielzoekers vestigen zich definitief in Nederland. Ongeveer de helft van de tussen 1992 en 1997 afgehandelde asielaanvragen resulteert in een verblijfsvergunning (Tesser, 1999). Dat percentage ligt vermoedelijk wat hoger omdat asielzoekers die in eerste instantie worden afgewezen soms op veel langere termijn alsnog een verblijfsvergunning krijgen. Hoewel er meer dan zeventig verschillende herkomstlanden zijn geregistreerd, zijn het de laatste jaren met name de volgende landen waar de meeste vluchtelingen vandaan komen: Somalië, Bosnië-Herzegovina, voormalig Joegoslavië, Iran, Afghanistan, Irak en Sri Lanka (ministerie van Justitie, 1999). Ruim eenderde van de vluchtelingen is minderjarig.

Er komen ook heel veel minderjarige vluchtelingen zonder ouders naar Nederland. Anno 2000 staan er meer dan 15.000 geregistreerd.² Aan deze alleenstaande minderjarige asielzoekers (ama's) wordt in vergelijking met andere vluchtelingenjongeren extra zorg geboden. Zorg in de vorm van een voogdijvoorziening, een apart opvangtraject en begeleid wonen projecten. Hun asielprocedure lijkt op die van volwassenen, maar is humaner. Hij duurt korter en ama's worden zolang zij minderjarig zijn niet uitgezet. Deze relatief gunstige asielprocedure staat wel onder druk.

De vraag is hoe lang en op welke manier er aan vluchtelingenkinderen en de gezinnen waaruit zij afkomstig zijn extra aandacht gegeven moet worden. Ervaringen met oorlogskinderen uit de Tweede Wereldoorlog en kinderen die na de oorlog in getraumatiseerde gezinnen werden geboren, leren ons dat bij hen op latere leeftijd vaak sprake is van psychische problematiek. Daarom kunnen we niet om de vraag heen hoe het de kinderen zal vergaan die heden ten dage in gezinnen van bijvoorbeeld Afghaanse, Somalische en Bosnische vluchtelingen geboren worden.

Stress in het bestaan van vluchtelingenkinderen

Er is in feite nog weinig bekend over de mate waarin vluchtelingenkinderen en jongeren 'beschadigd' zijn geraakt door oorlogsgeweld en vervolging. Hun welzijn is sterk gekoppeld aan dat van de ouders.

Ouders en kinderen hebben te maken met een reeks van stressvolle gebeurtenissen. Deze kunnen in de tijd onderverdeeld worden (Kavelaars e.a., 1999):

1. Periode voor de vlucht.

Voorafgaand aan de vlucht heeft het kind een situatie meegemaakt die aanleiding vormde het land van herkomst te verlaten. Vervolging en oorlogsgeweld in het herkomstland kunnen een onuitwisbare indruk gemaakt hebben.

2. De vlucht.

De reis van de vluchteling is vaak risicovol. Tussen het moment van vertrek uit het land van herkomst en de aankomst in Nederland verblijven vluchtelingen regelmatig in kampen en doorgangslanden. De levensomstandigheden daar zijn vaak heel slecht. Ook kan het voor kinderen een erg onveilige periode zijn. Bovendien worden alleenreizende minderjarigen soms seksueel misbruikt.

3. Eerste opvang in Nederland.

Vaak is er bij vluchtelingen en hun kinderen een eerste periode van opluchting en blijdschap dat men in een veilig land is aangekomen. Die periode gaat meestal voorbij als duidelijk wordt dat de asielprocedure lang kan duren en de uitkomst ervan ongewis is. Regelmatig verplaatst worden, een povere behuizing, beperkte mogelijkheden voor studie en werk vormen een reeks van sociale factoren die het welzijn van de vluchteling in die periode bedreigen. De zorg en opvoeding staan daardoor onder druk.

4. Integratie.

Het moment dat vluchtelingen een verblijfsvergunning krijgen is ook het moment waarop het proces van verwerking van nare gebeurtenissen in het verleden een nieuwe fase ingaat. De omringende samenleving verwacht een actieve integratiegerichte houding, terwijl vluchtelingen daar lang niet altijd aan toe zijn. De maatschappelijke positie van vluchtelingen is slecht. De werkeloosheid onder vluchtelingen is aanmerkelijk groter dan die onder migrantengroepen die langer in Nederland verblijven (Van den Tillaart e.a. 2000). Cultuur- en communicatieproblemen en ervaringen met discriminatie kunnen een volwaardige deelname aan de Nederlandse samenleving belem-

meren. Ama's bijvoorbeeld hebben relatief weinig tijd om op eigen benen te leren staan. Organisaties die betrokken zijn bij onderwijs en opvang van ama's melden veel uitval.

Onderzoek naar de gezondheid van vluchtelingenkinderen

Er is in Nederland maar zeer beperkt onderzoek gedaan naar de gezondheid en het welzijn van vluchtelingenkinderen. Het onderzoek 'Vluchtelingenkinderen in Nederland, een onderzoek naar knelpunten in de opvang en hulpverlening' (Mooren e.a., 1993) biedt informatie over de gezondheidssituatie van kinderen die in de opvangcentra verblijven. Het baseert zich niet op gegevens van de totale populatie van vluchtelingenkinderen, maar voornamelijk op de gegevens van de medische dienst in de opvangcentra en is daarmee niet geheel representatief voor alle vluchtelingenkinderen.

Bijna de helft van de onderzochte kinderen is geconfronteerd geweest met ernstig geweld. Zeventig procent is tijdelijk gescheiden geweest van de ouders. Tien procent heeft gezien hoe het eigen huis vernietigd werd (Mooren e.a., 1993). Deze kinderen vertonen vele klachten. Lichamelijke klachten zoals eetproblemen, hoofdpijn en buikpijn. Ook hebben zij vaak psychische problemen zoals regressie, slaapproblemen gedragsmoeilijkheden en allerlei angsten voor bijvoorbeeld uniformen, vliegtuigen en harde geluiden. Bij grootschalig onderzoek naar prestaties van vluchtelingenkinderen op de basisschool (L. Mulder, 2000) is nagegaan hoe zij sociaal functioneren in de klas. Opvallend is dat er grote onderlinge verschillen zijn tussen groepen vluchtelingenkinderen. Kinderen uit voormalig Joegoslavië en de Sovjet Unie doen het goed op de basisschool. Afrikaanse kinderen integreren niet goed, hebben weinig zelfvertrouwen, hun werkhouding is slechter en ook hun welbevinden is minder dan bij vluchtelingenkinderen uit andere werelddelen.

Op school worden problemen van vluchtelingenkinderen zichtbaar

Vluchtelingenkinderen zijn in bepaalde opzichten te vergelijken met mishandelde en verwaarloosde kinderen (Melzak, 1993). Er is kortere of langere tijd niet voldaan aan een aantal basisbehoeften van deze kinderen. Zij kunnen tijdelijk slecht gevoed zijn en geconfronteerd geweest

zijn met geweld. Ze hebben vaak geen afscheid kunnen nemen van vrienden en familie en hebben ook tijdens de vlucht en in de opvangperiode in moeilijke omstandigheden geleefd. De ouders kunnen tijdelijk niet in staat zijn geweest om adequate zorg te bieden.

Dit impliceert dat relatief veel kinderen problematisch gedrag vertonen of zelf aangeven problemen te hebben. Deze problemen worden met name zichtbaar op de scholen die de eerste onderwijsopvang bieden. Docenten van die scholen voelen zich vaak onzeker over de begeleiding van vluchtelingenleerlingen. Zij realiseren zich dat deze leerlingen veel hebben meegemaakt en signaleren problemen als concentratiestoornissen en gedragsproblemen. Leerlingen in het voortgezet onderwijs komen vaak te laat op school en geven regelmatig aan slaapproblemen te hebben.

In Den Haag is in 1997 de situatie van vluchtelingenjongeren van 12 tot 17 jaar onderzocht. Dit onderzoek inventariseert de psychische, lichamelijke en gedragsproblemen van 105 van de 131 vluchtelingenleerlingen, die in dat jaar in de eerste (onderwijs-)opvang zaten (Vervuurt & Kleijn, 1997). De onderzoekers veronderstellen dat vluchtelingenjongeren een verhoogd risico hebben om psychische problemen te ontwikkelen, omdat traumatische of verlieservaringen interfereren met de ontwikkelingsproblematiek die hoort bij de adolescentiefase. De gegevens uit de interviews met deze 105 jongeren bevestigen die opvatting. Er is sprake van 'veelomvattende, vooral psychische, problematiek'.

De jongeren hebben klachten als angst, eenzaamheid en slaapproblemen. In vergelijking met Nederlandse kinderen doen zij vaker een suïcidepoging. Een opvallend gegeven is verder dat de docenten van de betrokken scholen in beperkte mate wel gedragsproblemen signaleren, maar nauwelijks weet hebben van de psychische problemen van hun leerlingen.

Deze gegevens zijn hoogstwaarschijnlijk redelijk representatief voor de landelijke situatie, omdat de populatie vluchtelingen in Den Haag vergelijkbaar is met die in Nederland als geheel.

Ook onderzoek onder vluchtelingenjongeren die lang in een opvangcentrum verblijven, wijst uit dat velen van hen gezondheidsklachten hebben. Hun welbevinden is in vergelijking met Nederlandse jongeren zeer laag (Hullegie & Van Ravenswaay, 1999).

Van de ama's hebben jongens vergeleken met Nederlandse leeftijdgenoten meer gezondheidsklachten; voor de meisjes geldt dit niet (Thomeer-Bouwens & Smit, 1998).

Effecten op langere termijn

Niettemin vindt er, zoals gezegd, in Nederland weinig onderzoek plaats naar het welzijn en de (geestelijke) gezondheid van vluchtelingenkinderen die momenteel in ons land opgevangen worden. Ook is er nog weinig bekend over de Vietnamese, Latijns-Amerikaanse en andere vluchtelingen die jaren geleden als kind naar Nederland kwamen. Dat is jammer omdat het ons veel zou kunnen leren over de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen door vluchtelingenkinderen.

Er heeft wel wetenschappelijk onderzoek plaatsgevonden naar de effecten van oorlog, geweld en gedwongen migratie op de gezondheid op langere termijn bij de oorlogsgetroffenen die als kind kort na de Tweede Wereldoorlog uit Indonesië naar Nederland kwamen (Mooren & Kleber, 1996). De belangrijkste conclusies uit dit onderzoek zijn de volgende:

- de jeugdige Indische oorlogsgetroffenen beschikken over aanzienlijke verwerkingscapaciteiten en doen ook op latere leeftijd niet of nauwelijks een beroep op de hulpverlening;
- zij hebben zich in Nederland genegeerd en miskend gevoeld;
- een kwart van hen slaagt er niet in om de traumatische ervaringen adequaat te verwerken en heeft op latere leeftijd ernstige verwerkingsreacties.

Nader onderzoek toont aan dat onverwerkte ingrijpende ervaringen bij kinderen op langere termijn hun ontwikkeling kan bedreigen. Daarom is een belangrijke vraag of het mogelijk is om bij vluchtelingenkinderen psychische problemen op korte en lange termijn te voorkomen. Een lastig probleem hierbij is dat er in feite nog weinig bekend is welke factoren bepalen of vluchtelingenkinderen al of niet problematiek zullen gaan ontwikkelen. Het onderzoek naar de Indische jeugdige oorlogsgetroffenen geeft aan dat een kwart van hen ernstige problemen heeft, maar helaas wordt er niet ingegaan op de mechanismen die bepalend zijn voor het al of niet ontstaan ervan.

In de onderzoeksliteratuur over kinderen, die na de oorlog geboren werden in gezinnen met getraumatiseerde ouders, bestaat wel een zekere 'consensus' over het gegeven dat de traumatisering van ouders niet automatisch leidt tot grotere psychische problemen bij de kinderen (Feenstra, 1994).

Preventieprogramma's voor jongeren

In het veld van gezondheidsbevordering en GGZ-preventie is het gebruikelijk om preventieprogramma's te ontwerpen voor groepen die geestelijke gezondheidsrisico's lopen. In Nederland hebben organisaties als de preventieafdelingen van GGZ-instellingen daar een belangrijke rol in. Behalve programma's voor volwassenen zijn er specifieke programma's voor jongeren. Voorbeelden daarvan zijn: het omgaan met depressieve klachten, faalangsttrainingen en antipestprogramma's. Een jeugdpreventieprogramma dat in Nederland op grote schaal wordt geïmplementeerd, is het project voor kinderen van ouders met ernstige psychiatrische problemen: het zogenoemde KOPP-programma. Doel hiervan is te voorkomen dat deze kinderen op langere termijn, evenals hun ouders, psychiatrische problemen ontwikkelen.

Als vluchtelingenkinderen een risicogroep zijn voor het krijgen van ernstige psychische problematiek, dan is de ontwikkeling van een dergelijk programma voor hen eveneens noodzakelijk.

Het integratieve stressmodel

In programma's voor jeugdpreventie wordt uitgegaan van het model van een weegschaal. De factoren die bedreigend zijn voor de ontwikkeling van een kind drukken zwaar, maar kunnen door het gewicht van beschermende - ofwel compenserende - factoren in evenwicht gehouden worden (Rispen s e.a., 1994). Er wordt dus uitgegaan van een (fictieve) balans tussen stressvolle en beschermende factoren.

Voor preventie van psychische problemen bij vluchtelingen levert dit de volgende vragen op:

- Moet de activiteit gericht zijn op het verwerken van de problemen of het versterken van compenserende factoren?
- Welke risicofactoren kunnen beïnvloed worden en welke beschermende factoren kunnen versterkt worden?
- Welke kinderen lopen de meeste risico's en verdienen daarom extra aandacht?
- Welke criteria moeten gebruikt worden om groepen vluchtelingenkinderen voor een preventieaanbod te selecteren?

Om antwoord te geven op deze vragen gebruiken we het door Hosman ontworpen integratieve stressmodel (Bosma, 1990).

Het integratieve stressmodel is een gecompliceerd model, het is een schema van een aantal reeksen elkaar beïnvloedende factoren en hun onderlinge afhankelijkheid. Zoals geldt voor veel op het eerste gezicht ingewikkelde modellen, helpt het om een ingewikkelde werkelijkheid overzichtelijk weer te geven. Het schema is vooral interessant om de volgende redenen:

- het is bruikbaar als groepsdiagnostisch instrument, ter voorbereiding van eventuele preventieve acties;
- het benoemt de interactie van psychologische processen in samenhang met de maatschappelijke omgeving. (De situatie van vluchtelingen(kinderen) beschrijven kan immers niet zonder de maatschappelijke situatie te benoemen);
- het medicaliseert of stigmatiseert niet. Het benadert vluchtelingen niet als slachtoffer. Het model benadrukt de invloed van de sociale omgeving en stimuleert de activering ervan. In de situatie van vluchtelingenkinderen legitimeert dit model ook mogelijkheden om de doelgroep zelf in te schakelen voor de ontwikkeling van preventieve activiteiten;
- het geeft mogelijkheden om gerichte keuzes te maken, die meer of minder veelomvattend zijn. In de situatie van vluchtelingenkinderen in een asielzoekerscentrum kan het model gebruikt worden om met alle betrokkenen (medewerkers, ouders, leerkrachten, hulpverleners, vluchtelingenjongeren) te onderzoeken op welke wijze het welzijn van de daar verblijvende kinderen vergroot kan worden. Voorbeelden van mogelijke preventie activiteiten in asielzoekerscentra zijn:
 - deskundigheidsbevordering van de medewerkers;
 - het bieden van consultatiemogelijkheden;
 - opvoedingsondersteuning (bij voorkeur georganiseerd samen met vluchtelingenorganisaties);
 - het verbeteren van de samenwerking tussen bijvoorbeeld scholen, ouders en centrummedewerkers.

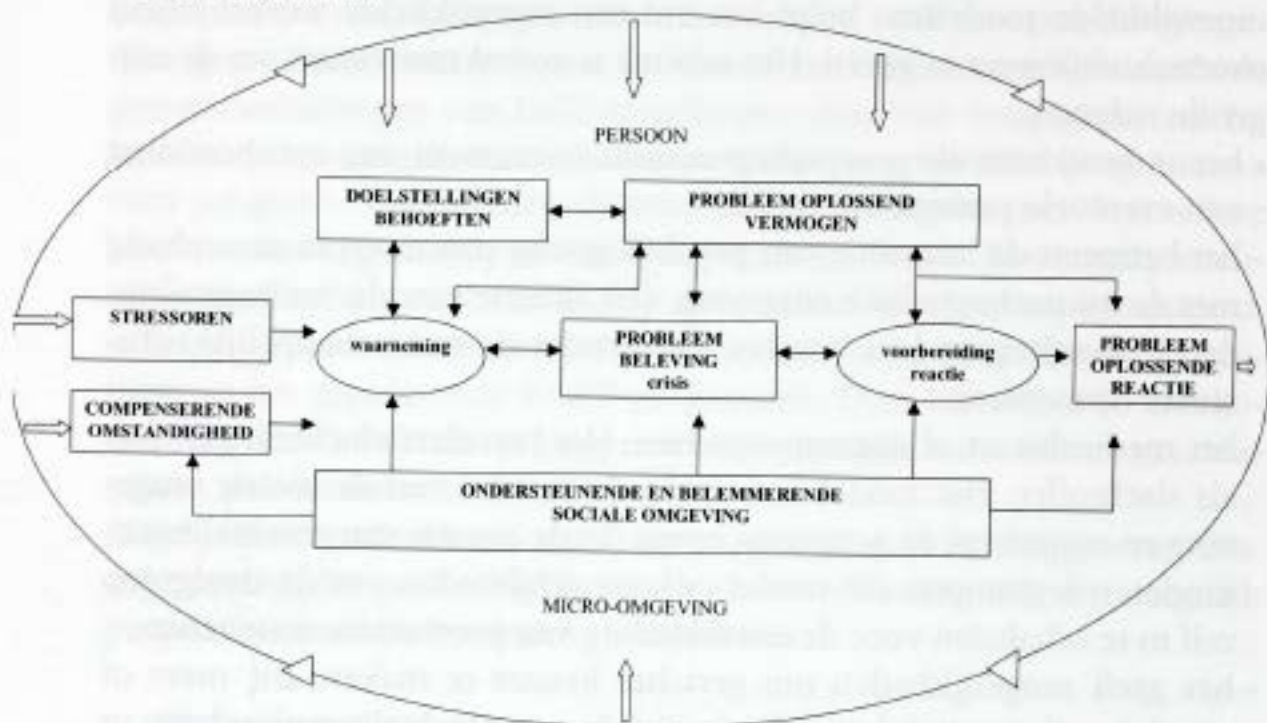
Het model is dynamisch is en het maakt duidelijk dat het versterken van positieve aspecten (netwerken, positieve eigenschappen, belang eigen gemeenschap) van groot belang is.

Het model ziet er geheel ingevuld als volgt uit:

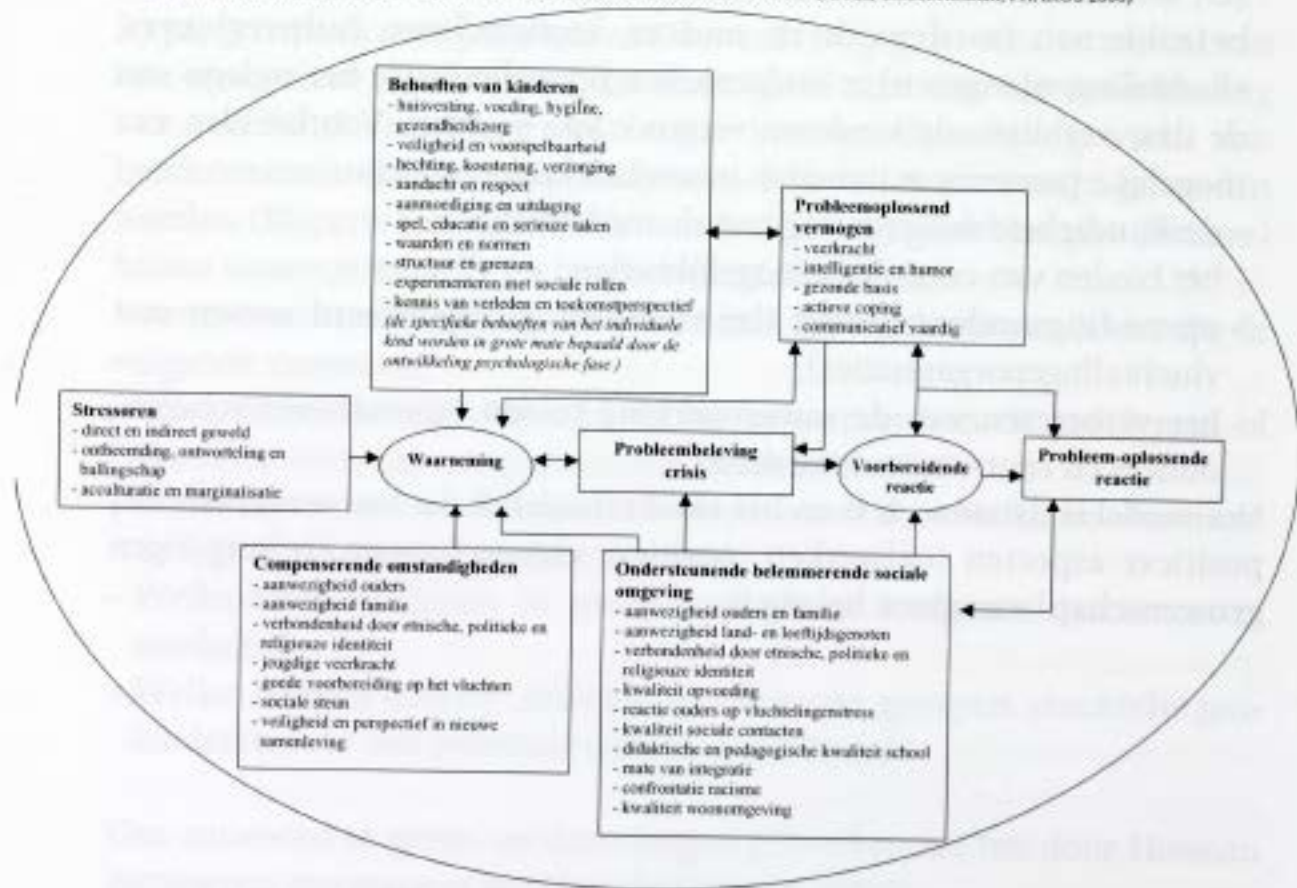
Integratief Stress model (C.M.H. Hosman)

Tijd- en ontwikkelingsdimensie

- A. fasen van probleemtoornis ontwikkeling
- B. socialisatie geschiedenis



INTEGRATIEF STRESS MODEL VLUCHTELINGENKINDEREN IN NEDERLAND (A.Tuk, C.M.H.Hosman, PHAROS 2000)



De complexe realiteit van het vluchtelingenkind wordt door het model goed zichtbaar gemaakt. Duidelijk wordt dat er een reeks van factoren is die welzijn en gezondheid kunnen bedreigen. Gebeurtenissen in het verleden die veel stress opgeleverd hebben kunnen niet beïnvloed worden, wel kunnen de effecten ervan gecompenseerd worden door het versterken van beschermende factoren. Dit geldt ook voor gezondheidsbedreigende factoren ten gevolge van ontworteling, acculturatie en marginalisatie.

De waarde van het model neemt toe als we precieser zouden kunnen aangeven welk gewicht we aan bepaalde bedreigende en beschermende factoren moeten geven. Dit blijkt in de praktijk nagenoeg onmogelijk. Het ontbreekt aan voldoende onderzoeksgegevens om een dergelijke analyse te kunnen maken. Loopt een ama bijvoorbeeld vanwege de afwezigheid van ouders en een sociaal netwerk meer gezondheidsrisico's dan de jongere die hier met ouders is?

Omdat in het model veel actuele psychologische kennis is verwerkt, dwingt het wel om veel beïnvloedende factoren in ogenschouw te nemen. Het geeft daarmee ook houvast voor de wijze waarop beschermende factoren kunnen worden versterkt.

Preventieprogramma's bij Pharos

De ontwikkeling van preventieprogramma's is bij Pharos in 1993 gestart toen grote groepen Bosnische kinderen naar Nederlandse scholen gingen. Scholen signaleerden psychosociale problemen en vroegen om ondersteuning voor de kinderen en deskundigheidsbevordering van leerkrachten. Beschermende factoren die genoemd worden in het integratieve stressmodel zijn goed via de school te beïnvloeden, bijvoorbeeld het versterken van competenties en sociale steun. Vanuit dat gegeven heeft Pharos een aantal jaren geleden het initiatief genomen om in samenwerking met scholen, onderwijs- en GGZ-instellingen lessenseries te ontwikkelen voor vluchtelingenkinderen en training voor docenten. De in de loop der jaren ontwikkelde activiteiten voor vluchtelingen zijn samengevoegd in twee preventieprogramma's: een voor het voortgezet onderwijs en een voor het basisonderwijs.

In 1996 werd gestart met het ontwikkelen van een lessenserie voor het voortgezet onderwijs onder de titel 'De Vluchtelingenles' in de vorm van een boek. Centraal daarin staat de sociaal-emotionele begeleiding aan

vluchtelingenjongeren. Er wordt vanuit gegaan dat vluchtelingleerlingen scholen en leraren voor nieuwe uitdagingen stellen. De leerling heeft behoefte aan opvang, zorg en onderwijs en de school weet niet altijd hoe ze die hulp doeltreffend kan geven, en tegen welke achtergrond de hulpvraag gesteld wordt. Het boek is ontwikkeld op basis van concrete vragen van docenten. In acht lessen wordt niet alleen stilgestaan bij wat vluchtelingenkinderen allemaal hebben moeten opgeven, maar ook is er veel aandacht voor wat steunend en helend voor hen is.

Doel van deze lessenserie is om een beschermende omgeving op school te creëren waardoor vluchtelingenjongeren beter in staat zijn om hun gewelds- en vluchtelingervaringen te verwerken. Het resultaat is in eerste instantie gericht op preventie, op het voorkomen van ernstige problemen voor de geestelijke gezondheid.

Door naast de lessenserie voor jongeren ook een training voor de docenten te gebruiken worden docenten deskundiger in de begeleiding van deze jongeren (Tuk en Van der Veen, 1998). Inmiddels is er een methode ontwikkeld voor mentoren van klassen met nieuwkomers, namelijk: 'Welkom op school' (Tuk en De la Rive Box, 2000). Deze methode heeft als doel het welzijn van de nieuwkomers in het algemeen en van de vluchtelingenjongeren in het bijzonder te verbeteren en psychosociale problemen te voorkomen.

Aangezien ook leerkrachten in het basisonderwijs in toenemende mate te maken krijgen met vluchtelingenkinderen is op initiatief van Pharos voor deze leeftijdsgroep eveneens een lesboek ontwikkeld. Dit boek, getiteld 'FC De Wereld', biedt leerkrachten een handvat om het contact met de vluchtelingenleerlingen te verbeteren. De opbouw van het boek is zodanig dat vluchtelingenkinderen gestimuleerd worden hun verhaal te vertellen in de hoop dat zij zich op die manier (h)erkend voelen. Voor leerkrachten geldt dat het hen in staat stelt inzicht te krijgen in de achtergronden van deze kinderen. De titel 'FC De Wereld' refereert aan de zeer verschillende achtergronden van de vluchtelingenkinderen die afkomstig zijn uit alle werelddelen, maar die in Nederland een betere wereld voor zichzelf moeten zien op te bouwen. Ook dit project bestaat uit acht lessen. Elke les stelt een belangrijk aspect van de belevingswereld van vluchtelingenkinderen aan de orde. Tevens bevat het lesboek veel achtergrondinformatie over deze groep. Ook 'FC De Wereld' is een preventief project dat enerzijds leerkrachten in staat stelt het contact met deze specifieke groep te verbeteren en anderzijds vluchtelingenkinderen zelf de kans biedt hun zelfvertrouwen te vergroten. 'FC De Wereld' kent

een bijbehorende docentenhandleiding onder de titel 'De school als heelmeester' (Baan, 1999). Onderwijsbegeleidingsdiensten kunnen deze gebruiken om docenten in het basisonderwijs te scholen in de begeleiding van vluchtelingenkinderen die zij in hun klas hebben.

In de loop der jaren is bij Pharos steeds meer nadruk komen te liggen op preventieactiviteiten. In juni 1998 is een zelfstandige afdeling preventie en GVO (gezondheidsvoorlichting en opvoeding) gestart. Behalve ontwikkeling en uitvoering ondersteunt Pharos preventie- en GVO-functionarissen in andere organisaties.

De afdeling die dat doet, ontwikkelt en voert preventieprogramma's uit voor jongeren en volwassenen. Aangezien er veel vraag is naar activiteiten voor vluchtelingenjeugd, wordt er op dat terrein relatief veel ontwikkeld. Voorbeelden daarvan zijn de programma's 'Voorkoming vrouwenbesnijdenis' en 'Seksuele voorlichting vluchtelingenjongeren'. Omdat Pharos zich veelal laat leiden door vragen van intermediairen zal er in de toekomst gericht onderzoek gaan plaatsvinden naar de wensen van de doelgroep zelf.

In aanvulling op de formele van overheidswege georganiseerde sobere opvang worden er door verschillende organisaties in Nederland belangrijke preventieve activiteiten aangeboden.

Pharos probeert het overzicht hierop te houden en adviseert desgevraagd andere organisaties die zich hiermee bezighouden.

Een actueel thema is bijvoorbeeld het vergroten van sociale steun. Organisaties als VluchtelingenWerk en het Rode Kruis organiseren veel activiteiten die als doel hebben om het ontbreken van sociale steun te compenseren met specifieke opvang en allerlei gerichte programma's.

Ten slotte

Preventieactiviteiten binnen het veld van de geestelijke gezondheidszorg zijn in Nederland rond 1970 gestart. Er is tot nu nog weinig aandacht geweest voor vluchtelingen.

In dit artikel heb ik de mogelijkheden van GGZ-preventie verkend voor de doelgroep vluchtelingenkinderen. Het integratief stressmodel blijkt in de praktijk nuttig als algemeen diagnostisch kader. Om een nauwkeurigere analyse te kunnen maken van de doelgroep vluchtelingen(jeugd) onder andere bestaand uit een weging van bedreigende en beschermen-

de factoren, zijn zoals eerder opgemerkt meer onderzoeksgegevens noodzakelijk. Een stevige wetenschappelijke fundering kan leiden tot de ontwikkeling van activiteiten voor de groepen die binnen de vluchtelingenpopulatie de meeste risico's lopen.

Daarnaast leert de ervaring dat er meer implementatiedeskundigheid ontwikkeld moet worden. Preventieactiviteiten die na evaluatie aantoonbare gezondheidswinst opleveren, zoals de Vluchtelingenles, vinden niet vanzelfsprekend hun weg naar de jongeren. Daarvoor is een reeks van geplande activiteiten verspreid over een lange termijn noodzakelijk.

Vluchtelingen, volwassenen en kinderen, maken een reeks van stressvolle gebeurtenissen mee. Een uitsluitend curatief georiënteerde GGZ heeft in dat kader te weinig te bieden. Preventie als volwaardige nevenactiviteit biedt ons mogelijkheden om op grote schaal effectief te werken aan verbetering van de geestelijke gezondheid van vluchtelingen.

Preventiewerkers kunnen daarbij niet zonder de ervaringen uit de klinische praktijk van hun curatiecollega's. Zowel bij de ontwikkeling als bij de uitvoering van preventieactiviteiten is die samenwerking noodzakelijk. In de praktijk blijkt dit voor beide partijen verrijkend. Een volgende noodzakelijke stap is om een belangrijk uitgangspunt van de GGZ-preventie, het vanaf het begin bij de ontwikkeling betrekken van de doelgroep, waar te maken.

Noten

1. De term vluchtelingen wordt in dit artikel gebruikt voor wat in juridische termen asielzoekers, statushouders en vluchtelingen heten.
2. Organisaties die betrokken zijn bij de opvang en begeleiding van deze groep benadrukken dat de leeftijd van een niet onaanzienlijk deel van deze groep in werkelijkheid hoger is dan de leeftijd die zij zelf bij binnenkomst opgaven. Hierover bestaan geen feitelijke gegevens, alleen elkaar tegensprekende schattingen.

Literatuur

Asperen, E. van en J. Baan, *FC de wereld: Vluchtelingen in het basisonderwijs*. Utrecht: Pharos, 1998.

Baan, J., *De school als heelmeeester - vluchtelingenkinderen in het basisonderwijs; Docentenhandleiding voor een cursus voor leerkrachten in het basisonderwijs en begeleiders van het project FC de Wereld*. Utrecht: Stichting Pharos, 1999.

Bedem, R.F.A. van den (et al.), *Toelating en opvang van ama's*. 's-Gravenhage: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie centrum, 1994.

Bronkhorst, D. (et al.), *Vluchtelingen: achtergronden en feiten*. 's-Hertogenbosch: Katholiek Pedagogisch Centrum, 1994.

Bosma, M.W.A. en C.M.H. Hosman, *Preventie op waarde geschat: een studie naar beïnvloedbaarheid van determinanten van psychische gezondheid*. Nijmegen: Beta Boeken, 1990.

Feenstra, W., 'De psychische gezondheid van naoorlogse kinderen van oorlogsgetroffenen. Resultaten van tien jaar onderzoek', in: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, vol. 49 (1994) 5, pp. 541- 553.

Hullegie, S. en I. van Ravenswaay, 'Als een blinde zonder stok.' *Visies van asielzoekersjongeren op hun situatie in Nederland*. Utrecht: Vakgroep Jeugd, gezin en levensloop, Universiteit van Utrecht, 1999.

Kavelaars, M., B. Tuk, J. Baan en P. Schell, 'Preventieprogramma 6. Vluchtelingen en adolescenten', in: H. Verburg en G. Lenders (red.), *Preventie en programma's. Een programmatische beschrijving van de GGZ-preventiepraktijk rond een aantal belangrijke thema's*. Utrecht: Trimbos Instituut, 1999, pp.116 - 133.

Ministerie van Justitie, *Allochtonen in Nederland. Nieuwe asielverzoeken*. Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1988.

Mulder, L., *Kinderen van asielzoekers in het basisonderwijs*. Nijmegen: ITS, 2000.

Mateman, S., *Ik dacht dat ik een eenling was. Een onderzoek naar de effecten van De Vluchtelingenles*. Utrecht: Stichting Pharos, 1999.

Melzak, S., 'You can't see your reflection when the water is always full of soapsuds', in: *Health hazards of organised violence in children*. Utrecht: Pharos, 1993.

Mooren, G.T.M., W.H.G. Wolters, R.J. Kleber en L.H.M. van Willigen, *Vluchtelingenkinderen in Nederland*. Utrecht: PSA WKZ, 1993.

Mooren, G.T.M. en R.J. Kleber, *Gezondheid en herinneringen aan de oorlogsjaren van Indische jeugdige oorlogsgetroffenen; een empirisch onderzoek*. Utrecht: Universiteit Utrecht, faculteit sociale wetenschappen, 1996.

Rispens, J., P.P. Goudena en J.J.M. Groenendaal, *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1994.

Tesser, P.T.M., J.G.F. Merens en C.S. van Praag, *Rapportage Minderheden 1999*. Den Haag: Sociaal Cultureel Plan Bureau, 1999.

Thomeer-Bouwens, M. en M. Smit, *Alleenstaande minderjarige asielzoekers op eigen benen*. Leiden: Vakgroep Pedagogiek, 1998.

Tillaart, H. van den, M. Olde Monnikhof, S. van den Berg en J. Warmerdam, *Nieuwe etnische groepen in Nederland. Een onderzoek onder vluchtelingen en statushouders uit Afghanistan, Ethiopië en Eritrea, Iran, Somalië en Vietnam*. Ubbergen: Tandem Felix, 2000.

Tuk, B., *De Vluchtelingenles: een project voor vluchtelingen in het voortgezet onderwijs*. Utrecht: Stichting Pharos, 1997.

Tuk, B. en O.S. van der Veen, *Vluchtelingenjongeren op school. Handleiding voor trainers*. Utrecht: Stichting Pharos, 1998.

Tuk, B., 'Stand van zaken preventieactiviteiten voor vluchtelingenkinderen in Nederland', in: *Sociale steun, medicijn tegen stress bij vluchtelingenjongeren*. Utrecht: Trimbo Instituut, 1998.

Tuk, B. en A. de la Rive Box (red.), *Welkom op school: een mentormethode voor nieuwkomers in het voortgezet onderwijs*. Utrecht: Stichting Pharos, 2000.

Verburg H. en G. Lenders (red.), *Preventie in programma's. Een programmatische beschrijving van de GGZ-preventiepraktijk rond een aantal belangrijke thema's*. Utrecht: Trimbo Instituut, 1999.

Vervuurt, C. en W. Kleijn, *Vluchtelingen in het voortgezet onderwijs: psychische, lichamelijke en gedragsproblemen bij vluchtelingenadolescenten*. Den Haag: Project Neveninstromers, 1997.