

ERITRESE AMV'S IN DEN HAAG

NAAR **INTEGRALE KETENSAMENWERKING**
VOOR EEN GOEDE TRANSITIE VAN **18-** NAAR **18+**

TNO for life

Eritrese alleenstaande minderjarige vergunninghouders (AMV's) hebben te maken met psychosociale problemen en trauma's en lopen grote risico's om geïsoleerd te raken, afhankelijk te worden van bijstand, in de schulden te belanden of zelfs af te glijden naar het criminele circuit.

Volgens zorgprofessionals en de Jeugdbondsman uit Den Haag is een belangrijke oorzaak een gebrek aan continuïteit in de psychosociale hulpverlening (PSH) rondom de transitie van 18- naar 18+¹.

TNO voerde, in samenwerking met Jeugdformaat, participatief evaluatieonderzoek uit naar de bevorderende en belemmerende factoren bij de transitie van 18- naar 18+ voor Eritrese AMV's in Den Haag en naar de wijze waarop deze kan worden geoptimaliseerd. Deze factsheet beschrijft de resultaten.

PARTICIPATIEF EVALUATIEONDERZOEK

In nauwe samenwerking met de jongeren zelf en ketenpartners onderzochten we wat bevorderende en belemmerende factoren zijn voor een integrale samenwerking om continue PSH van 18- naar 18+ voor Eritrese AMV's te garanderen.

Voor dit onderzoek hebben we individuele en groepsinterviews afgenomen met 12 Eritrese AMV's in de leeftijd van 17 tot 18 jaar² en acht Eritrese jongeren vanaf 18 jaar oud. Tevens hebben we interviews afgenomen met 12 professionals van relevante welzijns- en zorgorganisaties³.

Daarnaast werden er drie ketenpartnerbijeenkomsten georganiseerd. Doel van deze bijeenkomsten was het verkrijgen van inzicht in de perspectieven, ervaringen en uitdagingen rondom de PSH voor Eritrese AMVs bij de transitie van 18- naar 18+ volgens de ketenpartners, alsook aanbevelingen voor optimalisatie.

Uit de interviews en de bijeenkomsten zijn knelpunten en succesfactoren in de transitie van 18- naar 18+ naar voren gekomen. Deze zijn terug te vinden in tabel 1 en 2.

OPVANG EN BEGELEIDING VAN ERITRESE AMV'S IN DEN HAAG

Den Haag heeft de afgelopen jaren ongeveer 343 Eritrese AMV's opgevangen. Dit zijn voornamelijk jongens in de leeftijd van 15 tot 18 jaar.

AMV's zijn gevlucht uit een land buiten de Europese Unie zonder ouders of een ander persoon met gezag over hen, zijn minderjarig (onder 18 jaar) en beschikken over een (voorwaardelijke) vergunning tot verblijf. AMV's krijgen in Nederland een voogd toegewezen van Stichting Nidos (verantwoordelijke voogdorganisatie). In Den Haag heeft Stichting Nidos de begeleiding van Eritrese AMV's uitbesteed aan Jeugdformaats.

WAT VERSTAAN WE ONDER PSH?

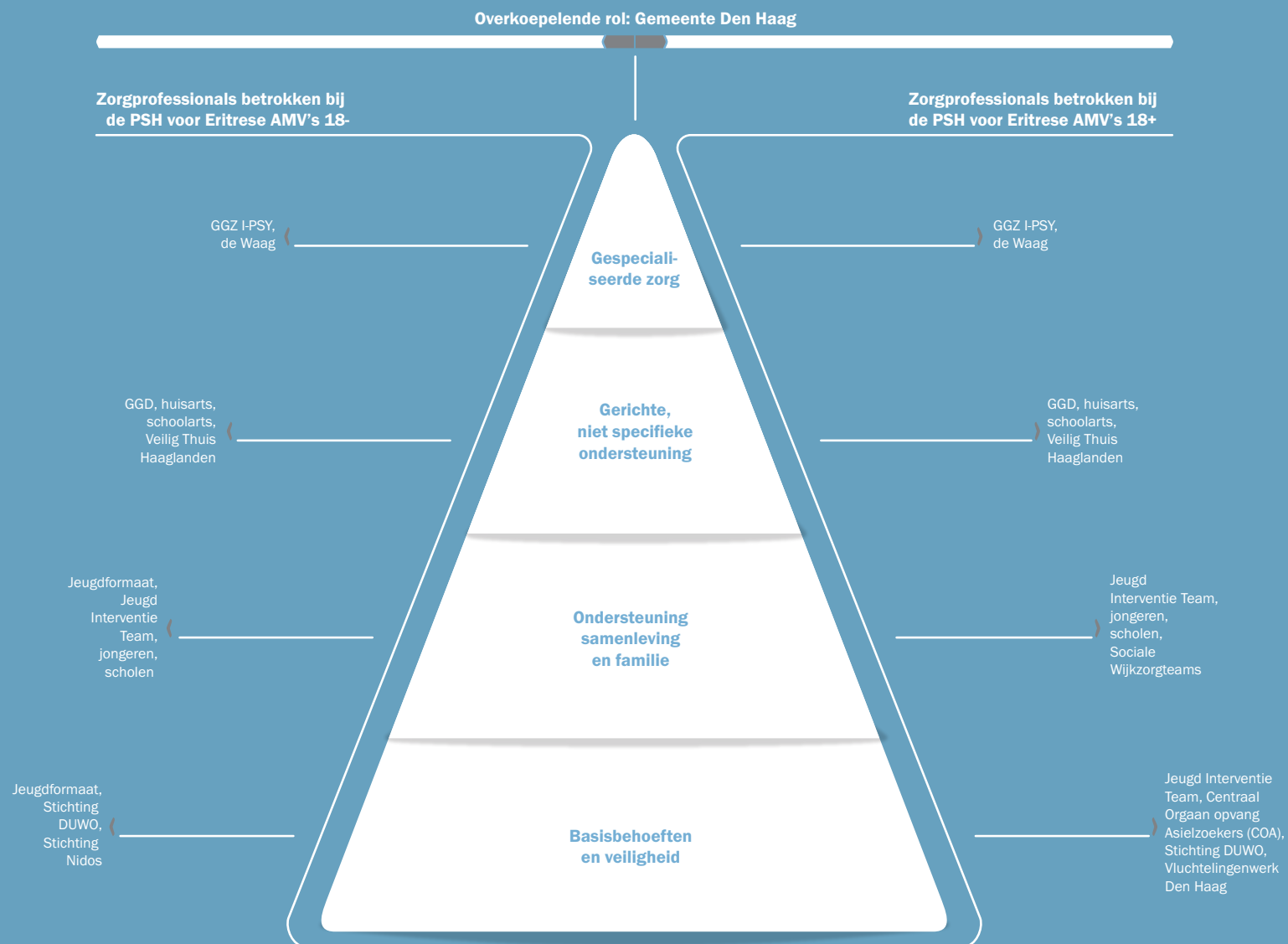
De term PSH verwijst naar "alle ondersteuning en zorg die door betrokken organisaties gegeven wordt ten aanzien van het psychisch welbevinden en de gezondheid van vluchtelingen"⁴. Het centrale uitgangspunt bij PSH voor vluchtelingen, en ook Eritrese AMV's, is aansluiten op de verschillende ondersteuningsbehoeften en zorgvragen die zij hebben. Vaak zijn deze meervoudig en verschillen in aard en ernst. Uit de literatuur is bekend dat complexe en meervoudige problematiek vraagt om een integrale, multidisciplinaire aanpak⁵. Samenwerken met andere ketenpartners is hierbij de sleutel, zeker in de overgang van 18- naar 18+.

Voor het realiseren van een betere samenhang tussen de vele activiteiten die in het kader van PSH voor vluchtelingen georganiseerd worden, is in dit project uitgegaan van de zogenaamde

interventie-piramide (ook wel Stepped Care Model genoemd)⁶. De interventie-piramide veronderstelt dat relevante en goede psychosociale hulpverlening voor vluchtelingen bestaat uit vier niveaus van ondersteuning en zorg, die complementair aan elkaar zijn:

1. Basisechelon: basisvoorzieningen op het gebied van PSH en ondersteuning, onder andere op het gebied van onderdak, voedsel, communicatie en veiligheid.
2. Tweede echelon: ondersteuning als het gaat om onder andere het versterken van gezinsverbanden en dagelijkse bezigheden.
3. Derde echelon: gerichte, niet gespecialiseerde ondersteuning en behandeling, onder andere laagdrempelige psychosociale interventies.
4. Vierde echelon: gespecialiseerde zorg, onder andere specialistische traumagerichte interventies.

In figuur 1 is de interventie-piramide terug te vinden, met een overzicht van verschillende ketenpartners betrokken bij de transitie van 18- naar 18+ van Eritrese AMV's in Den Haag.



FIGUUR 1: INTERVENTIE-PIRAMIDE VOOR ERITRESE AMV'S IN DEN HAAG*

* De interventie-piramide pretendeert niet volledig te zijn, wel hebben we voorbeelden opgenomen van ketenpartners die betrokken zijn bij de PSH rondom de transitie van 18- naar 18+ van Eritrese AMV's.

KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN IN DE TRANSITIE VAN 18- NAAR 18+ VOLGENS ERITRESE AMV'S

TABEL 1. ERITRESE AMV'S: KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN IN DE TRANSITIE VAN 18- NAAR 18+

KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN

Stress en onvervulde behoefte aan PSH

Gebrek aan kennis over en een overgesimplificeerde perceptie van de transitie van 18- naar 18+

TOELICHTING

Jongeren ervaren veel stress ten gevolge van traumatische ervaringen, voor, tijdens en na de vlucht naar Nederland. Een belangrijke bron van stress voor de jongeren is het proces van gezinshereniging.

“Wat ik nodig heb is dat mijn gezin naar Nederland komt. (...) Ik vind het gewoon fijn om met mijn familie te wonen om mij heen, familie om me heen. Dat is heel belangrijk voor mij.” (jongere 18-)

Jongeren benoemen aanvullend de volgende psychosociale omstandigheden als uitdaging: 1) aanpassen aan het leven in Nederland; 2) nieuwe taal leren; en 3) contact leggen met Nederlanders.

“We wonen nu in Nederland. Het is heel moeilijk voor ons om aan te passen, maar met de tijd mee denk ik wel dat wij gaan aanpassen.” (jongere 18-)

Sommige jongeren geven aan behoefte te hebben aan psychosociale ondersteuning en behandeling, maar dat deze niet standaard wordt aangeboden. Andere jongeren zeggen dat stress iets is waar zij zelf mee om moeten kunnen gaan.

“Ja, dan ga je buiten met jezelf praten, waarom heb ik stress? Dan wordt het vanzelf opgelost.” (jongere 18-)

Jongeren weten weinig over de transitie van 18- naar 18+ en wat er door deze transitie voor hen zal veranderen. In het bijzonder geven ze aan niet te weten waar ze komen te wonen als ze 18+ zijn, hoe ze deze huisvesting moeten betalen en of ze een bijstandsuitkering krijgen. Bovendien weten sommige jongeren niet wie hun contactpersoon wordt.

“Bijvoorbeeld de huisarts moet ik zelf bellen, maar voor de rest weet ik niet. Heel veel dingen veranderen, maar ik weet niet wat.” (jongere 18-)

Dit gebrek aan kennis kan leiden tot een overgesimplificeerde perceptie van de transitie. Sommige jongeren denken dat de transitie makkelijk zal zijn; zij denken goed met de veranderingen om te kunnen gaan en zelfstandig te wonen.

“Voor mij is het makkelijk. Persoonlijk vind ik het wel dat ik het kan en ik weet dat ik het kan.” (jongere 18-)

Andere jongeren zien de transitie als een zorg voor de toekomst en stellen nadenken hierover uit. Sommigen zijn de mening toegedaan dat de transitie onnodig moeilijk wordt voorgesteld door mentoren.

“Ik denk alleen maar aan het moment, ik ga niet denken wat er morgen gaan gebeuren. Over de toekomst. Zij praten meer over de toekomst, wat er gaat gebeuren. Maar ja toekomst, ik weet niet wat er gaat gebeuren eigenlijk. Jullie maken het moeilijk.” (jongere 18-)

TABEL 1. **ERITRESE AMV'S: KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN IN DE TRANSITIE VAN 18- NAAR 18+**

KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN

TOELICHTING

Steunbronnen: mentor, docenten en AMV's die de transitie al hebben meegemaakt

De meeste jongeren geven aan een goede relatie te hebben met hun mentor. Jongeren geven aan dat de mentoren het goed bedoelen en het beste met hun voor hebben. Ook ervaren jongeren dat zij altijd met (hulp)vragen bij hun terecht kunnen.

"Voor mij, de mentoren zijn liefde." (jongere 18-)

Toch is er soms sprake van conflicten. Oorzaken betreffen onder andere onduidelijkheid over regels en verwachtingen, het gevoel dat er onderscheid gemaakt wordt tussen jongeren en een slechte communicatie.

"Bij binnenkomst moet heel duidelijk verteld worden wat er wordt verwacht, wat de regels zijn. Want als dat niet gebeurt... je hebt ergens anders een andere regel en dan kom je hier en dan word je iets anders verteld. Daardoor heb je dan, ja, conflicten." (jongere 18-)

"Ze maken wel onderscheid, de mentoren. Ze maken onderscheid tussen de jongeren. Degene die 18 jaar wordt, wordt goed geholpen. Sommige jongeren worden goed geholpen en sommige jongeren niet. Dus het gaat niet even makkelijk voor iedereen." (jongere 18-)

"... maar ik was zo dom, ik begreep hem niet. Maar nu, ja ik begrijp hem, ja ja." (jongere 18-)

Jongeren geven aan dat vertrouwen in de mentor moet groeien. Het begin is moeilijk omdat ze de mentor dan nog niet kennen en nog niet aan hem of haar gewend zijn, maar dit verbetert op termijn.

"In het begin vond ik eigenlijk lastig om vragen te stellen omdat ik hem ook niet kende. Ik kende mijn mentor niet. Maar op een gegeven moment leer je elkaar kennen en dan ga je ook durven vragen te stellen." (jongere 18-)

Andere steunbronnen die jongeren noemen zijn docenten en Eritrese jongeren die de transitie van 18- naar 18+ al mee hebben gemaakt. Echter, informatie afkomstig van deze laatste groep wordt niet altijd als betrouwbaar gezien.

Beperkingen in autonomie

Jongeren geven aan dat zij voor verschillende zaken afhankelijk zijn van hun mentor. Voorbeelden betreffen dat jongeren, wanneer zij hun voogd van Stichting Nidos om ondersteuning willen vragen of een afspraak willen maken met de huisarts, dit eerst dienen af te stemmen met hun mentor. Redenen hiervoor zijn een taalbarrière of niet weten hoe zij de huisarts kunnen bereiken.

"Tot nu toe als ik ziek ben en ik wil een afspraak bij de huisarts dan vertel ik dat aan de mentor. En de mentor die maakt dan de afspraak. Hoe je zelf naar de huisarts moet bellen om een afspraak te maken of om je klachten te bespreken, die training hebben we niet gehad. We weten niet hoe dat werkt. Als ik nu vandaag ziek zou worden, zou ik de mentor benaderen." (jongere 18-)

Hoewel zij de hulp van de mentor op prijs stellen, betekent dit vaak ook dat zij open moeten zijn over waarom zij hun voogd willen bereiken of welke gezondheidsklachten zij hebben. Jongeren ervaren dat soms als een aantasting van hun autonomie.

Gebrek aan begeleiding na de overgang van 18- naar 18+

Jongeren die ouder zijn dan 18 geven aan dat de overgang van 18- naar 18+ ertoe leidde dat zij veel dingen moesten regelen, wat moeilijk was.

"Zelf dingen regelen is moeilijk en veel." (jongere 18+)

Tevens geven deze jongeren aan dat zij graag hadden gewild dat zij meer begeleiding hadden gehad, bijvoorbeeld doordat hun mentor of Nidos (langer) betrokken was gebleven nadat zij 18 werden.

"Ik zou willen dat ik na de achttiende meer begeleiding krijg." (jongere 18+)

KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN IN DE TRANSITIE VAN 18- NAAR 18+ VOLGENS ZORGPROFESSIONALS

TABEL 2. **ZORGPROFESSIONALS:** KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN IN DE TRANSITIE VAN 18- NAAR 18+

KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN

Uitdagingen om te verbinden en te motiveren. Informeel contact helpt

Transitie van 18- naar 18+ komt te vroeg

TOELICHTING

Zorgprofessionals vinden het een uitdaging om contact te maken en te verbinden met de Eritrese AMV's, met name in het begin van het zorgverleningsproces. Sommige zorgprofessionals beschrijven Eritrese AMV's als gesloten, timide en beleefd. Bovendien geven sommige zorgprofessionals aan dat Eritrese AMV's vaak achterdochtig zijn ten opzichte van autoriteiten en de gemeente.

“Want ze vertrouwen de gemeente niet en wij hebben wel een hele duidelijke boodschap: we hebben overleg met de gemeente maar wij zijn niet de gemeente. Wij zijn gewoon maatschappelijk begeleiders voor jullie hier.”

Ook vinden zorgprofessionals het over het algemeen moeilijk om Eritrese AMV's te motiveren. Bijvoorbeeld om deel te nemen aan activiteiten in de buurt, maar ook om naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te gaan indien nodig.

“En ik heb ook wel de ervaring dat Eritreeërs vaak zeggen ja maar ik hoef niet naar de GGZ want ik ben niet gek. Dus dat GGZ en gek zijn dat dat één ding is. Dus dat daar ook wel vaak in uit te leggen is aan ze enzo. Ja dat je echt niet gek hoeft te zijn, wil je naar de GGZ moeten.”

Informeel contact is volgens de zorgprofessionals een belangrijke strategie in het opbouwen van vertrouwen met de jongeren (bij voorkeur één op één). Voorbeelden van informeel contact zijn: samen een spelletje spelen, wat drinken of de stad ontdekken. Andere strategieën zijn: eerlijk zijn, fysiek aanwezig zijn en interesse tonen in dingen die voor de jongeren belangrijk zijn, zoals de kerk.

“Maar ja, het is toch wel een beetje een kwestie van vertrouwen, ze moeten je zien. Er moet wel een klik zijn. Ja, je gaat dan een beetje over hun leven in Eritrea ook hebben en als ze dat niet willen ook goed hoor. Maar ook over de kerk, wat zijn de belangrijke dingen voor die pupil daar sluit je een beetje op aan.”

Zorgprofessionals zijn van mening dat de transitie van 18- naar 18+ te vroeg komt. Eritrese AMV's zijn nog maar kort in Nederland en hebben weinig tijd gehad om zich aan te passen en vertrouwd te raken met de Nederlandse samenleving. Zorgprofessionals noemen een aantal moeilijkheden in de transitie van 18- naar 18+. Eén daarvan betreft het niet beheersen van de taal.

“En denk ik ja, waarom zouden juist al die AMV's, die ook nog in een vreemd land zitten waarvan ze vaak de taal ook gewoon nog helemaal niet machtig zijn en niet weten hoe alles in zijn werk gaat. Ja, waarom zou je daarvan verwachten dat ze het allemaal zelf kunnen? Ik vind dat eigenlijk gewoon niet kunnen. Eigenlijk zouden ze gewoon langer, veel meer begeleiding moeten hebben.”

Ook een gebrek aan kennis over financiële kwesties is een knelpunt. Eritrese AMV's twijfelen vaak of ze een toelage zullen ontvangen, wat stress veroorzaakt. Tevens zijn zij vaak niet op de hoogte van hun inkomsten en uitgaven, wat soms tot schulden leidt. Ook ervaren sommige Eritrese AMV's veel druk om geld naar hun familie te sturen.

“En later kom je er dan achter dat er toch wel een hoop niet goed gaat. Dat er veel schuldenproblematiek is, omdat er nog geld vaak naar Eritrea wordt gestuurd.”

Tenslotte geven zorgprofessionals aan dat Eritrese AMV's vaak niet weten wie de zorg zal overnemen wanneer ze 18 worden. Bovendien zijn vaak meerdere zorgprofessionals betrokken bij één Eritrese AMV. Het is voor de minderjarige moeilijk te begrijpen wie wat doet.

TABEL 2. **ZORGPROFESSIONALS**: KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN IN DE TRANSITIE VAN 18- NAAR 18+

KNELPUNTEN EN SUCCESFACTOREN

Overdracht en samenwerking tussen organisaties verloopt vaak moeizaam. Persoonlijk contact en vergaderingen op regelmatige basis helpen

Gebrek aan financiering voor gespecialiseerde PSH wanneer Eritrese AMV's 18+ zijn

TOELICHTING

Ondanks dat zorgprofessionals streven naar een vlotte overdracht van de ene organisatie naar de andere, verloopt dit vaak moeizaam. Zo zijn er soms onduidelijkheden in de overdracht, bijvoorbeeld of sociale voorzieningen al dan niet zijn aangevraagd. Een bijkomende oorzaak betreft onduidelijkheid over de privacywetgeving; zorgprofessionals weten niet altijd welke informatie over Eritrese AMV's al dan niet mag worden gedeeld.

"[...] ik kan niet in detail gaan vertellen of deze jongen heel veel blowt of dat deze jongen heel veel schulden heeft. Dat kan niet bij een jongen van 18. Dus dat is wel een dingetje wat anders moet en dat heb ik ook teruggelegd bij mijn leidinggevende, van ja, we zitten wel met een jongere die ook gewoon privacy heeft."

Strategieën om een vlotte overdracht te bevorderen betreffen: persoonlijk contact met en regelmatige vergaderingen (wekelijks tot maandelijks) tussen organisaties. Hiermee kunnen onderlinge afspraken worden gemaakt en verduidelijkt. Eveneens kan dit dubbel werk voorkomen.

"Bij [een 18+ organisatie] zie ik nog wel, wat ik net al zei, veel wisselingen. Dus ik heb nog niet echt een vast gezicht. Dat was toch een paar jaar geleden wat beter heb ik het idee. Toen had je gewoon één dossier. Voor één kind had je gewoon één vast persoon en ik merk dat het nu te wisselend is."

Het blijkt een uitdaging om financiering te regelen voor follow-up in PSH wanneer Eritrese AMV's 18+ zijn. Dit betreft specifiek meer gespecialiseerde PSH. Bovendien zijn de wachttijden lang.

"Maar dat betekent wel dat sommige jongeren die bij Jeugdfomaat wonen, die dan net wat meer ondersteuning nodig hebben, en misschien wat moeilijker in hun gedrag zijn, die er dan niet kunnen wonen. En dan is de vraag waar gaan ze dan heen?"

AANBEVELINGEN

Op basis van de benoemde knelpunten en succesfactoren kunnen de volgende aanbevelingen gegeven worden:

1. SLUIT DE TRANSITIEZORG ZO GOED MOGELIJK AAN BIJ DE BEHOEFTE VAN JONGEREN ZELF

Aansluiten bij de behoeften van de Eritrese AMV's is van groot belang om hun zelfredzaamheid te bevorderen. Daarom dient de transitiezorg er rekening mee te houden dat het kennisniveau van de jongeren over het algemeen laag is. Jongeren weten bijvoorbeeld niet waar ze komen te wonen als ze 18+ zijn, hoe hun financiën geregeld zijn en wie hun contactpersoon wordt.

Tevens zien Eritrese AMV's de transitie van 18- naar 18+ niet persé als uitdaging of problematisch. Sommige jongeren ervaren (zelfs) weerstand tegen een dergelijke beeldvorming. Een positieve benadering waarbij ruimte is voor de autonomie van de jongeren en waarbij de aandacht eveneens uitgaat naar het leren van vaardigheden om zelfstandig te worden en optimaal te kunnen participeren in de Nederlandse samenleving is aan te bevelen⁷. Voor jongeren met een chronische

aandoening of lichamelijke beperking zijn met een dergelijke aanpak goede resultaten bereikt, zie bijvoorbeeld:

www.opeigenbenen.nu

2. VERGROOT HET KENNISNIVEAU RONDOM DE TRANSITIE VAN DE ERITRESE AMV'S

Het verdient aanbeveling om het kennisniveau van Eritrese AMV's rondom de transitie en hun rechten en plichten en organisaties bij wie ze terecht kunnen voor PSH te vergroten. Daarbij kan gedacht worden aan een sociale kaart die zowel schriftelijk als digitaal beschikbaar wordt gesteld, bij voorkeur in het Nederlands en in Tigrinya.

Om de begrijpelijkheid van dergelijk materiaal te vergroten, zie hiervoor de Factsheet Lage Gezondheidsvaardigheden van TNO. In het kader van dit onderzoek zijn - in nauwe samenwerking met Eritrese jongeren en mentoren - informatiekaarten ontworpen over donorschap, huisarts, taal, werk en zorg.

3. BOUW EEN VERTROUWENSBAND OP MET ERITRESE AMV'S

Het opbouwen van een vertrouwensband met Eritrese AMV's is een belangrijke voorwaarde om goede PSH te kunnen leveren bij de

transitie van 18- naar 18+. Uit onderzoek blijkt dat een culturele mediator de kwaliteit van de communicatie tussen zorgprofessionals en cliënten met een migratieachtergrond verbetert, alsook de mate waarin de zorg aansluit bij de socio-culturele context en behoeften van de cliëntengroep^{7,8}. Het werken met een culturele mediator wordt door verschillende instanties aanbevolen, waaronder COA, Stichting Nidos, TVCN en Pharos.

4. BETREK STEUNBRONNEN RONDOM DE TRANSITIE

Het is aan te bevelen om bij de PSH rondom de transitie van 18- naar 18+ voor Eritrese AMV's steunbronnen te betrekken, waaronder docenten en Eritrese AMV's die de transitie al hebben meegemaakt. Internationaal zijn hier positieve resultaten mee bereikt⁹. Ervaringsdeskundigen, zoals Eritrese AMV's die de transitie al hebben meegemaakt, kunnen worden ingezet om problemen (bijvoorbeeld, problemen thuis, te veel geld uitgeven, schulden en naar een psycholoog) te normaliseren en te helpen bij het bevorderen van vertrouwen in mentoren en andere zorgprofessionals. Belangrijk is wel dat dit onder begeleiding gebeurt⁷, ook omdat de informatie die zij verschaffen niet altijd als betrouwbaar wordt gezien.

5. HOUD REKENING MET ANGST EN WANTROUWEN IN DEZE GROEP

Angst en wantrouwen onder Eritrese AMV's zijn groot. Dit kan gericht zijn op personen, maar ook tegen organisaties en instanties. Dit kan contacten binnen en buiten de gemeenschap belemmeren, alsook met zorgprofessionals. Het is aan te bevelen hier rekening mee te houden^{10,11}. Onderzoek suggereert dat participatie in activiteiten, maar ook het hebben van een sociaal netwerk het vertrouwen van AMV's in anderen, waaronder mentoren, positief kan beïnvloeden^{12,13}.

‘VOOR JONGEREN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING OF BEPERKING ZIJN MET EEN DERGELIJKE AANPAK GOEDE RESULTATEN BEREIKT, ZIE BIJVOORBEELD WWW.OPEIGENBENEN.NU’

6. BIED ZORGPROFESSIONALS HANDVATTEN IN INTERCULTURELE COMMUNICATIE

Het is aan te bevelen zorgprofessionals betere handvatten te bieden op het gebied van interculturele communicatie, zodat zij Eritrese AMV's optimaal kunnen ondersteunen. Zorgprofessionals dienen te beschikken over interculturele competenties. Dit vereist naast een specifieke houding van zorgprofessionals ook vaardigheden, waarbij het ontwikkelen van de motivatie van cliënten een onmisbaar element is¹⁴. Dit kan door deelname aan (bestaande) interculturele trainingen en workshops. Ook kan intervisie een belangrijke rol spelen.

7. VERLAAG DE DREMPELS TOT DE GGZ

Het is aan te bevelen drempels tot GGZ te verlagen. Onderzoek toont aan dat er sprake is van relatief ondergebruik van de GGZ ten opzichte van de psychische ziektelast onder Eritreërs die in Nederland verblijven¹⁵. Een deel van het probleem wordt veroorzaakt doordat dat de behoeften van Eritrese AMV's vaak niet worden herkend door hun voogden, mentoren en leraren¹⁶. In aanvulling hierop is er vaak een gebrek aan cultureel sensitieve zorg voor AMV's en andere vluchtelingen¹⁵.

8. OPTIMALISEER DE OVERDRACHT TUSSEN BETROKKEN ORGANISATIES

Het is aan te bevelen om de transitie van 18- naar 18+ beter te laten verlopen door de overdracht tussen betrokken organisaties te optimaliseren. Ten eerste kan een individueel transitieplan, opgesteld in samenwerking met verschillende zorgprofessionals, helpen de transitie van 18- naar 18+ te verbeteren^{17,18}. Een dergelijk plan kan bijdragen aan: a) het vergroten van de kennis van Eritrese AMV's rondom de transitie; b) het voorbereiden van de Eritrese AMV's op de transitie door zorgprofessionals; en c) het delen van kennis en informatieoverdracht tussen zorgprofessionals. Een individueel transitieplan kan uit verschillende elementen bestaan, bijvoorbeeld:

- Praktische zaken, bijvoorbeeld of een ziektekostenverzekering is afgesloten;
- Persoonlijke doelen met betrekking tot school of werk;
- Identificatie van mogelijke psychosociale problemen;
- Kennis van aspecten van onafhankelijkheid en zelfredzaamheid.

Een tweede mogelijkheid betreft een multidisciplinaire overgangsvergadering^{19,20}. Deze

vergadering zou idealiter moeten bestaan uit zorgprofessionals die betrokken zijn bij 18- zorg, 18+ zorg en de Eritrese AMV zelf. Dit biedt de mogelijkheid om het transitieproces te bespreken, vertrouwen te bevorderen onder Eritrese AMV's en te zorgen voor korte communicatielijnen tussen zorgprofessionals. Ten derde kan een transitiecoördinator helpen om de transitie van 18- naar 18+ beter te laten verlopen. Deze transitiecoördinator is een zorgprofessionals die de Eritrese AMV's ondersteunt vóór, tijdens en na de transitie naar volwassenheid. Ervaringen binnen de zorg laten zien dat een transitiecoördinator een veelbelovende interventie is om de overgang van jongeren naar volwassenzorg te verbeteren^{21,22}.

Tenslotte, is het aan te bevelen dat er - zoals NIDOS nu regievoerder is voor Eritrese AMV's onder de 18 - eveneens een regievoerder wordt aangesteld voor Eritrese AMV's die 18+ zijn.

9. ZORG DAT DE TRANSITIE RANDVOORWAARDELIJK GOED GEREGELD IS

Een basisvoorwaarde voor de PSH aan Eritrese AMV's is dat er voldoende financiering beschikbaar is¹². Bovendien is het voor het opbouwen van een vertrouwensband met de jongeren van

belang dat er, zowel bij 18- als bij 18+, voldoende tijd beschikbaar is voor zorgprofessionals om dit vertrouwen ook daadwerkelijk op te kunnen bouwen. Een overlappende periode is bijvoorbeeld aan te bevelen tussen de 18- en 18+ zorgprofessionals, bijvoorbeeld van Jeugdformaat of school naar de woonbegeleiding bij 18+ projecten.

Tevens is het van belang dat er voldoende tijd beschikbaar is om op regelmatige basis persoonlijk contact te onderhouden en deel te nemen aan vergaderingen met andere organisaties.

‘ERVARINGEN BINNEN DE ZORG LATEN ZIEN DAT EEN TRANSITIECOÖRDINATOR EEN VEELBELOVENDE INTERVENTIE IS’

PRAKTIJK- VOORBEELDEN

ERITRESE AMV'S

- **Stichting Lemat**, biedt empowermenttrainingen aan Eritrese statushouders.
- **Stichting Nieuwlander**, heeft de optie voor groepsbegeleiding.
- **Stichting Gave**, organiseert geloof georiënteerde projecten en festivals.

ZORGPROFESSIONALS

- **Stichting Lemat**, biedt de workshop 'cultuursensitief werken met Eritrese nieuwkomers' aan.
- **Stichting Nieuwlander**, biedt de workshop 'Land Inzicht' en de training 'Toekomst Visie' aan.
- **Pharos**, biedt trainingen aan voor docenten om effectiever te communiceren met laagopgeleiden, migranten en vluchtelingen. Ook bieden zij een e-learning aan voor kinderopvangorganisaties en pedagogisch medewerkers.
- **COA**, biedt zijn medewerkers workshops op dit vlak aan.

DANKBETUIGING

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMw (projectnummer 636601012). We bedanken de Eritrese jongeren, (zorg)professionals die de ketenpartners vertegenwoordigden en de stagiaires Lieselot van Hoorn, Samira Musse en Valerie Roeg voor hun inzet en betrokkenheid bij dit onderzoek.

TNO.NL

AUTEURS

Nicole van Kesteren¹
Suzanne Koeman²
Fieke Pannebakker¹

¹TNO

²Jeugdformaat

CONTACTPERSOON

Nicole van Kesteren
T: 088 866 62 15
E: nicole.vankesteren@tno.nl

Jeugdformaat



REFERENTIES

1 De Vries Lentsch, S. (2017). AMV's in Den Haag. Een oriënterend onderzoek naar de opvang van Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen in Den Haag. Den Haag: Jeugd-ombudsman.

2 Musse, S. (2019). Factors influencing Eritrean Unaccompanied Youth's access to Psychosocial Support. Internship Report. VU University Amsterdam: Amsterdam.

3 Van Hoorn, L. (2019). The road to adulthood... Integrated social care in the transition to adulthood for Eritrean Unaccompanied Minors in The Hague. Internship Report. VU University Amsterdam: Amsterdam.

4 Drogendijk, A., Mooren, T., Pannekoek, P. De la Rie, S. & Schouten, M., & Soydas, S. (2016). Veerkracht en vertrouwen. De bouwstenen voor psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen (p. 13). Diemen: Arq Psychotrauma Expert Groep.

5 Boer, C. (2010). Fasen van ketenaanpak en facetten van preventie, een model. Een werkmethode bij de integrale aanpak depressiepreventie (IAD) ouderen. Versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut.

6 Drogendijk, A., Mooren, T., Pannekoek, P. De la Rie, S. & Schouten, M., & Soydas, S. (2016). Veerkracht en vertrouwen. De bouwstenen voor psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen. Diemen: Arq Psychotrauma Expert Groep.

7 Sleijpen, M. J. T., van Es, C. M., Te Brake, H., & Mooren, G. T. M. (2017). Alleenstaande minderjarigen uit Eritrea in Nederland: Kansen en bedreigingen aan het begin van een nieuw leven.

8 Verrept, H. (2008). Intercultural mediation. An answer to health care disparities? Valero-Garcés, C., & Martin, A. (Eds.). Crossing borders in community interpreting: Definitions and dilemmas (Vol. 76, p. 187-201). John Benjamins Publishing.

9 Barrett, P. M., Sonderegger, R., & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 241-260.

10 Van Beelen, N. (2016). 'Van ver gekomen...' Een verkenning naar het welzijn en de gezondheid van Eritrese vluchtelingen. Utrecht: Pharos.

11 Rijken, C., & Horbach, D. (2017). Veiligheid en welzijn van Eritreeërs in het geding: Onderzoek naar zorgen rondom veiligheid en welzijn van Eritrese vluchtelingen en asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Veiligheid*, 16, 41-54.

12 Robertshaw, L., Dhesi, S., & Jones, L. L. (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income

countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ open*, 7, e015981.

13 DuBois, D. L., Portillo, N., Rhodes, J. E., Silverthorn, N., & Valentine, J. C. (2011). How effective are mentoring programs for youth? A systematic assessment of the evidence. *Psychological Science in the Public Interest*, 12, 57-91.

14 Shadid, W. (2010). Interculturele competenties: een vak apart. <https://interculturelecommunicatie.com/shadid/interculturele-competentie-een-vak-apart/>

15 Pharos. (2020). Factsheet: Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen (amv's). <https://www.pharos.nl/factsheets/alleenstaande-minderjarige-vreemdelingen-amvs/>

16 Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A., & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 342-355.

17 Ellis, B. H., Miller, A. B., Baldwin, H., & Abdi, S. (2011). New directions in refugee youth mental health services: Overcoming barriers to engagement. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 69-85.

18 Bronner, M., Peeters, M., Sattoe, J., & Van Staa, A. (2017). Factsheet. Ervaringen met transitiezorg bij jongeren met Diabetes Mellitus Type 1. <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/79ac99bca8eb4ef6a483e-ec3fbc59aa9/factsheet-ervaringen-met-transitiezorg-bij-jongeren-met-dm1.pdf>

19 FNO. (2018). Tien punten programma betere transitie in medische zorg. Van kindertzorg naar volwassenenzorg voor jongeren met een chronische aandoening. <https://www.opeigenbenen.nu/wp-content/uploads/2018/06/Tien-punten-programma-Betere-Transitie-in-Medische-Zorg-vs-6.pdf>

20 Annunziato, R. A., Baisley, M. C., Arrato, N., Barton, C., Henderling, F., Arnon, R., & Kerkar, N. (2013). Strangers headed to a strange land? A pilot study of using a transition coordinator to improve transfer from pediatric to adult services. *The Journal of pediatrics*, 163, 1628-1633.

21 Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychological medicine*, 47, 1893-1905.

22 Schultz, A. T., & Smaldone, A. (2017). Components of interventions that improve transitions to adult care for adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Adolescent Health*, 60, 133-146