

Psychische beoordeling asielzoekerskind deugt niet

Publicatie	Nr. 50 - 10 december 2015
Jaargang	2015
Rubriek	Artikelen
Auteur	Evert Bloemen, Irma Hein, Julia Bala, Jellly van Essen
Pagina's	2456-2459

MAATSCHAPPIJ

Immigratiedienst hanteert criteria voor volwassenen

De criteria op basis waarvan de IND beoordeelt of een asielzoeker op medische gronden in Nederland mag blijven, zijn niet geschikt voor kinderen. Om ernstige beschadiging bij asielzoekerskinderen te voorkomen zijn nieuwe parameters nodig voor het beoordelen van een medisch-psychiatrische noodsituatie.



© Hollandse Hoogte

Bij de beoordeling of een zieke asielzoeker vanwege zijn medische behandeling in Nederland mag blijven weegt de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) mee wat het effect is van het stopzetten van een medische behandeling. Medisch adviseurs van de IND, werkzaam bij het Bureau Medische Advisering (BMA), maken gebruik van het concept 'medische noodsituatie op korte termijn', dat door hen is ontwikkeld specifiek voor gebruik in het vreemdelingenrecht. Bij het opstellen van de criteria is uitgegaan van volwassen vluchtelingen. Hoe toepasbaar zijn deze criteria eigenlijk bij kinderen? Kinderen vormen een speciale en extra kwetsbare groep asielzoekers. Als bij een kind alleen naar individuele parameters van ziekte wordt gekeken, wordt voorbijgegaan aan de afhankelijkheid van een kind van zijn context om te overleven en zich te ontwikkelen. Wij pleiten ervoor dat er naast de individuele medische nood die leidt tot overlijden, bij deze groep kinderen verder en breder wordt gekeken vanwege het risico op ernstige beschadiging met levenslange gevolgen.

**Psychiatrische problematiek
uit zich bij jonge kinderen
anders dan bij volwassenen**

Casus

A. is een jongen van 11 jaar die bijna vijf jaar als asielzoeker in Nederland verblijft, samen met zijn ouders en zusje van 4. Ze zijn hun land ontvlucht na een ontvoering waarbij vader werd gemarteld. A. is onder behandeling bij de ggz vanwege depressieve symptomen en een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De vader van A. heeft ernstige PTSS-klachten, die een forse wissel trekken op het gezinsleven: hij slaapt 's nachts niet, is snel geagiteerd en heeft woedeaanvallen. Moeder staat alleen voor de opvoeding van de kinderen, maar ze is depressief, kampt met onverwerkte rouw, en ligt bijna de hele dag op bed. Zij deed al enkele suïcidepogingen. Een afwijzing van de asielaanvraag zorgt voor extra spanning en psychische klachten bij de ouders. A. heeft al een aantal uitzettingen van vrienden meegemaakt en de afwijzing versterkt zijn angsten en suïcidale uitingen. De advocaat van het gezin vraagt verblijf aan vanwege de behandeling van A. en zijn behandelaren verstrekken medische informatie aan het BMA. De behandelaar van A. is zich ervan bewust dat de verblijfsstatus van het gezin nu afhangt van de psychische klachten van A. Ondanks gezinsbehandeling en individuele behandeling van de ouders is het niet gelukt om de ouderschapscompetenties voldoende te versterken en zijn A.'s ouders niet bij machte om hem de ondersteuning te bieden die hij nodig heeft. Zowel ouders als A. stemmen ermee in dat A. voorlopig bij kennissen zal gaan logeren. Onderwijl wordt geïnstitutionaliseerde mantelzorg aangevraagd. In de behandeling van A. wordt meegenomen dat suïcidale gestes geen oplossing kunnen bieden voor zijn situatie. De behandelaar benadrukt in haar brief met medische informatie dat de psychische problemen van A. sterk samenhangen met de moeilijke gezinssituatie waarbij de ouders hem onvoldoende kunnen begeleiden, waardoor een steunend systeem en mantelzorg noodzakelijke voorwaarden voor de behandeling van A. zijn. Ook schrijft zij dat de psychiatrische problematiek de ontwikkeling van A. bedreigt en dat zich een risico op suïcidaliteit voordoet dat afgewogen moet worden. Het gezin moet nu weer afwachten hoe de IND gaat beslissen op basis van het advies van het BMA.

**) De casus is een gefingeerd voorbeeld gebaseerd op situaties uit de praktijk.*

Medische noodsituatie

Nederland staat verblijf om medische redenen toe als de medische behandeling noodzakelijk is, als zonder behandeling binnen de termijn van drie maanden een medische noodsituatie ontstaat, als er geen behandelmogelijkheden zijn in het land van herkomst of als de asielzoeker niet in staat is om te reizen.¹ De definitie van een medische noodsituatie is door de IND opgesteld en besproken met de KNMG: 'Het achterwege blijven van de medische behandeling zal naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn leiden tot overlijden, dan wel een vrijwel volledig verlies van ADL-zelfstandigheid of gedwongen opname in een psychiatrische kliniek in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).'² In sommige gevallen is de nood duidelijk, bijvoorbeeld bij een kind van 6 jaar met acute leukemie waarvoor zo snel mogelijk behandeling met chemotherapie geïndiceerd is en dit niet realiseerbaar is in het land van herkomst. Maar regelmatig lopen medici in de praktijk tegen een aantal dilemma's aan en wordt er kritiek geuit op de criteria en ook worden in dit verband herhaaldelijk tuchtzaken aangespannen door vreemdelingen, zowel met betrekking tot de beoordeling van de medische noodsituatie als de twijfel over de daadwerkelijke behandelmogelijkheden in het land van herkomst.^{3 4 5 6} Voor een psychiatrische noodsituatie zijn de criteria vertaald in de parameters suïcidaliteit, psychose en (gedwongen) opname, en is een objectieve inschatting van een te verwachten medische nood-situatie lastig.^{3 7 8}

Parameters

Het lijkt erop dat bij het vaststellen van deze parameters geen rekening is gehouden met de specifieke perspectieven van minderjarige asielzoekers met kinderpsychiatrische aandoeningen of gezinsproblemen.

Ten eerste het criterium suïcidaliteit. Tussen 1999 en 2009 kwamen in Nederland gemiddeld jaartijks bij jongeren onder de 19 jaar 32 suïcides bij jongens voor en dertien bij meisjes. Suïcide onder de 15 jaar was zeldzaam: jaartijks gemiddeld vijf bij jongens en twee bij meisjes.⁹ Onder de 10 jaar kwam suïcide niet voor. Suïcidepogingen waren gerelateerd aan tegenspoed waaronder psychiatrische problemen bij de ouders, verwaarlozing, en conflicten binnen het gezin.¹⁰ Voor wat betreft het criterium psychose geldt dat de leeftijd waarop jongeren een verhoogd risico op een psychose kunnen hebben, in de meeste studies 14-30 jaar is. De incidentie van psychose op vroege leeftijd is zeer laag^{11 12}; ongeveer een 1/2 procent van de jongeren tussen 13 en 19 jaar maakt een psychose door. Schizofrenie bij kinderen onder de 12 jaar is uiterst zeldzaam (prevalentie wordt geschat op één op de 40.000). Tot slot het criterium (gedwongen) opname. In Nederland kan gedwongen opname pas vanaf 12-jarige leeftijd toegepast worden, waarmee dit geen goed criterium is voor medische nood bij een kind onder deze leeftijd.

Het voorafgaande laat zien dat suïcide, suïcidaliteit, psychosen en (gedwongen) opnames geen goede criteria zijn om een medische noodsituatie vast te stellen bij asielzoekerskinderen.

Verhoogde risico's

Psychiatrische problematiek uit zich bij jonge kinderen anders dan bij volwassenen. Wel is duidelijk dat asielzoekersgezinnen verhoogde risico's op gezondheidsproblemen en psychische problemen hebben in vergelijking tot andere inwoners van Nederland.¹³ Asielzoekerskinderen waarvan een of beide ouders PTSS of een depressie hebben of die in korte tijd vaak zijn overgeplaatst, hebben een grotere kans op psychische en gedragsproblemen. Bij deze groep kinderen is er naast de kwetsbaarheid, vaak invloed van chronische stress op de ontwikkeling en van opgroeien onder bedreigde omstandigheden, waarbij de bufferende inbedding in steunende relaties juist vaker tekortschiet.¹⁴

Stressreacties bij kinderen worden gereguleerd binnen de hechtingsrelatie met volwassenen.¹⁵ Het vermogen tot goed genoeg ouderschap, zoals emotioneel beschikbaar zijn voor het kind, komt ernstig onder druk te staan als ouders zelf veel stress ervaren.¹⁶ Een medisch psychiatrische noodsituatie kan daarom bij kinderen alleen ingeschat worden in combinatie met het te verwachten vermogen van de ouders om probleemgedrag van hun kind op te vangen in stressvolle omstandigheden. Voortdurende verhoogde stress bij kinderen die niet gereguleerd wordt, wordt toxische stress genoemd en leidt tot blijvende veranderingen in de hersenstructuren waar de emotieregulatie plaatsvindt met levenslange negatieve fysieke en psychische consequenties.^{17 18} Bij volwassenen die in hun kindertijd stressvolle levenservaringen hadden meegemaakt, toonde neurobiologisch onderzoek verstoringen in de stress-hormoonrespons en in functioneren van de amygdala, hippocampus en prefrontale cortex.^{17 19 20} Hoe jonger het kind, hoe langduriger en groter de stress en hoe minder het bufferende vermogen van de ouders, hoe schadelijker het effect op de ontwikkeling en het psychisch functioneren van het kind.¹⁸ In uitzonderlijke situaties is er bij asielzoekerskinderen sprake geweest van uitval van lichamelijke functies, zoals in Zweden waar verschillende asielzoekerskinderen op de intensive care opgenomen moesten worden. De toedracht van de ernstige somatische problemen van deze kinderen kon niet medisch worden verklaard, maar duidelijk was wel de relatie met de uitzichtloze asielprocedure en de druk op deze kinderen waar het ging om veiligstellen van hun gezin.²¹

Aanbevelingen

De huidige parameters voor een medische noodsituatie die het Bureau Medische Advisering hanteert, zijn toepasbaar op ernstig somatisch zieke kinderen die onbehandeld op korte termijn komen te overlijden, maar lijken in het geval van kinderen met psychische problemen niet op te gaan. De Raad van State heeft als hoogste rechter in het vreemdelingenrecht dit in een recente uitspraak onderkend.²² Het hoger beroep werd gegrond verklaard omdat de IND het BMA om een nadere reactie had moeten vragen naar aanleiding van de bezwaren van het zonder meer hanteren van de door hen opgestelde criteria bij jonge vreemdelingen.

Het opstellen van betere parameters voor het beoordelen van een medisch-psychiatrische noodsituatie voor asielzoekerskinderen is van groot belang voor de zorg voor deze kwetsbare groep. Hierbij zouden in samenspraak met deskundigen de huidige parameters suïcidaliteit, psychose en opname aangevuld moeten worden met voor kinderen relevante parameters en een andere termijn dan drie maanden. Bij kinderen is het net als bij volwassenen van belang om de kindeigen psychopathologie en kwetsbaarheden te inventariseren. Aanvullend moet worden gedacht aan meewegen van toxische stress en de schadelijke invloed op de hersenen en ontwikkeling, met levenslange neurobiologische en psychologische consequenties. Daarnaast is van belang om mee te nemen welke mate van externe stress wordt veroorzaakt door de bedreigende leefsituatie en hoe het staat met de ouderschapscompetenties binnen de opvoed- en hechtingsrelatie inclusief het effect hiervan op het kind. Door deze zaken goed in beeld te krijgen, kan er sprake zijn van een zorgvuldige individuele, op het kind gerichte medische advisering in het vreemdelingenbeleid.

auteurs

dr. Irma Hein
kinder- en jeugdpsychiater, de Bascule, en onderzoeker, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

drs. Evert Bloemen
arts Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Utrecht

dr. Julia Bala
klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog, psycho-therapeut, Stichting Centrum 45, Diemen

drs. Jelly van Essen
arts, psychotherapeut Stichting Centrum 45, Diemen

contact

i.hein@debascule.com

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

voetnoten

- Art. 64 Vreemdelingenwet 2000, art. 3.46 Vreemdelingenbesluit 2000 en art. A3.7 Vreemdelingencirculaire 2000
- Immigratie- en Naturalisatiedienst. Protocol Bureau Medische Advisering. Oktober 2010. <https://dqlfj76apacd.sec.amc.nl/Documents/Protocol%20BMA%202010.pdf>
- Gilhuis HJ, Bloemen EJM, de Boo M, Legemaate J (2010). Kritiek op artsen IND. Medisch Contact, 65 (48): 2596-2598.
- Cruel BVM, Meersbergen DYA (2009). Uitzetting met hiv. Uitspraak Tuchtcollege. Medisch Contact, 64 (38): 1586-1589
- Cruel BVM, Rijkse WP (2010). Tsjetsjeen met PSSS naar Moskou. Uitspraak Tuchtcollege. Medisch Contact, 65 (15): 682-684
- Broersen S, Drewes Y (2014). Twee artsen, twee zeer verschillende meningen. Uitspraak Tuchtcollege. Medisch Contact, 69(41): 1965
- Nyst E (2013). Psychische nood asielzoekers hoog. Medisch Contact, 68 (17): 882-883
- Wijnbergen L van (2014). Het Bureau medische Advisering: de stand van zaken. Journaal Vreemdelingenrecht, 16(2): 98-110
- Hemert AM van & Kruijff M de (2009). Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 153, 1102-1107.
- Beautrais AL (2003). Life course factors associated with suicidal behavior in young people. American Behavioral Scientist, 46, 1137.
- Fleischaker WW, Rabinowitz J, Kemmler G, Eerdeken M & Mehnert A (2005) Perceived functioning, well-being and psychiatric symptoms in patients with stable schizophrenia treated with long-acting risperidone for 1 year. British Journal of Psychiatry, 187: 131-136; doi:10.1192/bjp.187.2.131
- Gillberg C, Wahlström J, Forsman A, Hellgren L & Gillberg IC (1986). Teenage psychoses - epidemiology, classification and reduced optimality in the pre-, peri- and neonatal periods. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27: 87-98. doi: 10.1111/j.1469-7610.1986.tb00624.
- Goosen ESM (2014). A safe and healthy future? Dissertatie, Universiteit van Amsterdam.
- Van Ee E, Kleber R, Mooren T (2012). War Trauma Lingers On: Associations Between Maternal Posttraumatic Stress Disorder, Parent-Child Interaction, and Child Development. Infant Mental Health Journal, 33(5): 459-468.
- Gunnar M, & Quevedo K (2007). The neurobiology of stress and development. Annual Review of Psychology, 58: 145-173.
- Fonagy P, Bateman AW (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. Journal of clinical psychology, 62: 411-430; zie ook noot 14
- Kim P, Evans GW, Angstadt M, Shaun Ho S, Sripada CS, Swain JE, Liberzon I, Phan KL (2013). Effects of childhood poverty and chronic stress on emotion regulatory brain function in adulthood. PNAS 110 (46): 18442-18447; published ahead of print October 21, 2013, doi:10.1073/pnas.1308240110
- Harvard Center of the Developing Child, Harvard University, www.developingchild.harvard.edu
- Lanius RL, Vermetten E, Pain C (2010). The impact of early life trauma on health and disease, the hidden epidemic. United Kingdom, Cambridge University Press.
- Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM, & Douglas Bremner J (2003). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. Psychiatry Research, 122 (3), 193-198.
- Bodegard G (2005) Life-threatening loss of functions in refugee children: another expression of pervasive refusal syndrome. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10 (3): 337-350.
- Raad van State. Uitspraak 201500065/1/V3. 21 juli 2015.

Er zijn nog geen reacties bij dit bericht. Ziet u geen reactieformulier? Log in.

Geef uw reactie

Naam*

Plaatsnaam

Beroep*

E-mailadres*

Uw reactie*

Nog 2000 tekens over

Toelichting: Uw naam en woonplaats worden bij plaatsing van uw reactie getoond. Uw e-mailadres wordt niet getoond. NB: Reacties mogen geen URL's bevatten. Reacties met URL's worden automatisch verwijderd.



[Tijdschriftoverzicht](#) | [Nieuwsbrief](#)

© 2015 Medisch Contact