



Extra beschermd

of extra beschadigd?

**Onderzoek naar de leefomstandigheden
van kinderen met een handicap
in asielzoekerscentra in Nederland**

mr. Sander Schuitemaker
mr. Martine Goeman



Alle rechten voorbehouden. Behoudens de door de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd (waaronder het opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand) of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, aanvaarden de auteur(s), redacteur(en) en uitgever geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten of onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding en methodiek	9
2. Juridisch kader	13
3. Verblijfsprocedures en analyse zaken	18
3.1 De verblijfsprocedures.....	18
3.2 Resultaten juridische analyse van de 57 zaken	25
3.3 Deelconclusie en aanbevelingen	29
4. Resultaten veldonderzoek naar opvangomstandigheden	32
4.1 Angst ouders voor de gezondheid van hun kind bij terugkeer	33
4.2 Angst voor uitzetting.....	34
4.3 Huisvestingsproblemen	35
4.4 Tekortschietende faciliteiten	39
4.5 Lawaai en ongeschikte omgeving	40
4.6 Hygiëne.....	41
4.7 Strikte huisregels van COA	44
4.8 Continuïteit van zorg.....	45
4.9 Onmacht van hulpverleners	47
4.10 Contact met medewerkers van COA.....	50
4.11 Geen goede behandeling als gevolg van verblijf in de gezinslocatie.....	51
4.12 Tijdens het wachten op een verblijfsvergunning overleden	52
4.13 Doorstroming naar een reguliere woning	52
4.14 Deelconclusie en aanbevelingen	53
Literatuurlijst	56
Colofon	



Samenvatting

Aan de juristen van de Kinderrechtenhelpdesk van Defence for Children worden de afgelopen jaren steeds meer vragen gesteld over gehandicapte kinderen in asielzoekerscentra. Naar aanleiding van de stijgende hoeveelheid vragen en signalen, heeft Defence for Children door middel van dossieranalyse en een veldonderzoek de volgende hoofdvraag onderzocht:

Worden het Internationaal Verdrag inzake de rechten van het kind (VN-Kinderrechtenverdrag) en het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VN-Gehandicaptenverdrag) nageleefd binnen de verblijfsrechtelijke procedure van kinderen met een handicap en bij de opvang van deze kinderen in asielzoekerscentra (AZC's) in Nederland?

Helaas hebben we deze hoofdvraag negatief moeten beantwoorden.

Als uitgangspunt voor dit onderzoek zijn de 57 zaken die in 2017 binnenkwamen op de Kinderrechtenhelpdesk van Defence for Children geanalyseerd. Bij deze analyse is gekeken of in de verblijfsrechtelijke procedure naar de rechten van kinderen met een handicap wordt gekeken. Vanaf de tweede helft van 2017 tot en met oktober 2018 hebben wij in aanvulling op de analyse van de dossiers veldonderzoek uitgevoerd met als doel de leefomstandigheden van gehandicapte kinderen in asielzoekerscentra in kaart te brengen.

Bij het veldonderzoek waren twaalf kinderen en jongeren betrokken in de leeftijd van 7 maanden tot en met 21 jaar. Er zijn zestien ouders geïnterviewd waaronder tien moeders en zes vaders, twee professionals en een vrijwilliger.

De belangrijkste knelpunten uit de dossieranalyse zijn dat er vrijwel nooit een verblijfsvergunning aan kinderen met een handicap wordt toegekend vanwege medische redenen en er geen speciaal toetsingskader is voor kinderen om te bepalen of er voor hen een medische noodtoestand ontstaat bij terugkeer. Het Bureau Medische Advisering (het BMA) acht behandeling in het land van herkomst bijna altijd aanwezig. Er wordt niet gekeken of de zorg daadwerkelijk beschikbaar is voor kinderen. Er wordt alleen gekeken naar de theoretische beschikbaarheid, gebaseerd op informatie van

grote verzekeraars. De werkelijke beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor het betreffende kind in het land van herkomst wordt niet onderzocht. Zo wordt niet gekeken of ouders de zorg of medicijnen kunnen betalen. Er wordt ook niet gekeken of er een sociaal- of familienetwerk in het herkomstland aanwezig is en naar de afstand die het kind moet afleggen om de noodzakelijke medische behandeling te krijgen.

Ook wordt het hebben van een handicap niet als reden gezien om een asielvergunning te verlenen.

Defence for Children constateert dat de medische procedure voor kinderen grote gebreken kent. Er wordt vrijwel nooit aanvaard dat deze kinderen in Nederland behandeling behoeven. Hierdoor blijven zij onnodig lang in een voor hun ontwikkeling schadelijke omgeving zitten en wordt hen een volwaardig leven ontnomen. Dit is een schending van het belang van het kind (artikel 3 van het VN-Kinderrechtenverdrag), het recht op leven en ontwikkeling (artikel 6 van het VN-Kinderrechtenverdrag) en het recht op een volwaardig en behoorlijk leven voor kinderen met een handicap en hun recht op bijzondere zorg (artikel 23 van het VN-Kinderrechtenverdrag).

Als kinderen al een vergunning krijgen, is dit een vergunning op basis van de discretionaire bevoegdheid van de staatssecretaris om in schrijnende zaken een vergunning te geven. Aan een dergelijke vergunning, verleend in een individuele zaak, kunnen andere kinderen geen rechten ontleen.

Tijdens het veldonderzoek zijn bij een aantal gezinnen problemen geconstateerd met de hygiëne. De gezondheid van kinderen lijdt onder het verblijf in een asielzoekerscentrum of vrijheidsbeperkende gezinslocatie. De locaties zijn te druk en lawaaiig. Bij een aantal kinderen heeft Defence for Children ernstige gezondheidsgevolgen geconstateerd. Sommige kinderen kunnen als gevolg van hun verblijf in een vrijheidsbeperkende locatie niet de zorg krijgen die behandelaars nodig vinden of de leefsituatie wordt zorgelijk geacht voor hun gezondheid. De woonruimte is vaak niet bemeten op kinderen met een beperking en moet worden gedeeld met andere gezinnen. Dit leidt tot gezondheidsklachten, stress en problemen met betrekking tot de privacy. Bij geen van de gezinnen die wij hebben onderzocht wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheden om te zorgen voor opvang buiten het AZC. Op grond van artikel 24 van het VN-Kinderrechtenverdrag hebben kinderen recht op de grootst mogelijke mate van gezondheid

en op voorzieningen voor de behandeling van ziekte en het herstel van de gezondheid. Er moet worden gewaarborgd dat geen enkel kind zijn of haar recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden. Kinderen met een handicap hebben recht op bijzondere zorg. Bovendien dient de overheid ervoor te zorgen dat geestelijk of lichamelijk gehandicapte kinderen een volwaardig en behoorlijk leven hebben, in omstandigheden die de waardigheid van het kind verzekeren (artikel 23 van het VN-Kinderrechtenverdrag). De situatie die wij aantreffen in vrijheidsbeperkende gezinslocaties en in het AZC is hiermee in strijd.

Als kinderen na lang wachten wel verblijfsrecht krijgen, duurt het lang voordat zij het AZC kunnen verlaten en een geschikte woning kunnen betrekken. De weg naar een verblijfsvergunning is soms zelfs zo lang dat verblijfsrecht en een woning in de gemeente voor een aantal terminaal zieke kinderen te laat kwam.



1. Inleiding en methodiek

Aan de juristen van de Kinderrechtenhelpdesk van Defence for Children worden steeds meer vragen gesteld over gehandicapte kinderen in asielzoekerscentra. In 2015 werd in 28 zaken waarbij gehandicapte kinderen betrokken waren ondersteuning geboden, in 2016 ging het om 33 zaken en in 2017 is dit aantal gestegen tot 57 zaken.

Naast vragen die gaan over het verblijfsrecht van deze kinderen en het recht op een medische behandeling in Nederland, komen er ook signalen binnen over de woon- en leefomstandigheden van gehandicapte kinderen in asielzoekerscentra.

Naar aanleiding van de stijgende hoeveelheid vragen en signalen, heeft Defence for Children door middel van dossieranalyse en een veldonderzoek de volgende hoofdvraag onderzocht:

Worden het Internationaal Verdrag inzake de rechten van het kind (VN-Kinderrechtenverdrag) en het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VN-Gehandicaptenverdrag) nageleefd binnen de verblijfsrechtelijke procedure van kinderen met een handicap en bij de opvang van deze kinderen in asielzoekerscentra (AZC's) in Nederland?

Wat is een handicap?

Voor de definitie van het begrip 'handicap' is in dit onderzoek aangesloten bij de definitie uit artikel 1 van het VN-Gehandicaptenverdrag:

“Personen met een handicap omvat personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.”

De kinderen met wie de medewerkers van Defence for Children in het kader van dit onderzoek hebben gesproken en van wie de dossiers zijn geanalyseerd, vallen onder de definitie van een handicap in de zin van artikel 1 van het VN-Gehandicaptenverdrag.

Al in 1983, nog vóór de aanneming van het VN-Kinderrechtenverdrag in 1989, benadrukte het VN-Kinderrechtencomité al dat kinderen met een handicap recht hebben op bijzondere bescherming.¹ Deze kinderen hebben het recht om de zorg te ontvangen die zij nodig hebben. Ze hebben dus recht op extra bescherming. Op basis van de signalen op onze Kinderrechtenhelpdesk vroegen wij ons af of dit in de praktijk ook zo is of dat de kinderen in Nederland extra worden beschadigd.

Onderzoeksmethode

Als uitgangspunt voor dit onderzoek zijn de 57 zaken die in 2017 binnenkwamen op de Kinderrechtenhelpdesk van Defence for Children geanalyseerd.

Vanaf de tweede helft van 2017 tot en met oktober 2018 hebben wij in aanvulling op de analyse van de dossiers een veldonderzoek uitgevoerd met als doel de leefomstandigheden van gehandicapte kinderen in asielzoekerscentra in kaart te brengen.

Voorafgaand aan de gesprekken die plaatsgevonden hebben in het kader van het veldonderzoek, is een vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst was alleen een leidraad voor de gesprekken die met de ouders, de kinderen en de professionals zijn gevoerd. Van ieder gesprek is een verslag gemaakt waarvan de uitkomsten zijn gelabeld. In dit rapport worden de bevindingen geanonimiseerd weergegeven.

Bij het onderzoek waren twaalf kinderen en jongeren betrokken in de leeftijd van 7 maanden tot en met 21 jaar. Er zijn zestien ouders geïnterviewd waaronder tien moeders en zes vaders, twee professionals en een vrijwilliger.

Kinderen betrokken bij het veldonderzoek hadden de volgende eigenschappen:

- 7 jongens en 5 meisjes.
- 5 in het noorden van het land.
- 6 in het zuiden en 1 in het midden van het land.
- 3 in de categorie 0-5 jaar, 4 in de categorie 6-10 jaar, 2 van 10-15 jaar en 3 van 15-18 jaar.

¹ VN-Kinderrechtencomité 1983, par. 58.

De kinderen waren afkomstig uit Afghanistan, Albanië, Armenië, Azerbeidzjan, Congo, Irak en Rusland.

Het was in het kader van dit onderzoek helaas niet mogelijk om met alle betrokken kinderen te spreken. Er is daarom een afweging gemaakt vanuit het belang van het kind waarbij de kwetsbaarheid van kinderen en hun families de doorslag heeft gegeven. Omdat de focus van dit onderzoek op de leefomstandigheden ligt van kinderen die worden opgevangen door de overheid, hebben wij geen kinderen gesproken die buiten opvangcentra wonen.

In het kader van ons onderzoek is gesproken met kinderen in opvanglocaties in het noorden, midden en zuiden van het land. In totaal zijn vier opvanglocaties bezocht. Het merendeel van de kinderen die we hebben gesproken verblijft in een gezinslocatie. Een gezinslocatie is een locatie waar gezinnen worden opgevangen die asielrechtelijk zijn uitgeprocedeerd. Daarnaast hebben wij gesproken met kinderen die in een regulier asielzoekerscentrum verblijven. De bevindingen zijn met elkaar vergeleken om zo te kunnen beoordelen of er verschillen bestaan tussen de opvanglocaties.

Voorbeelden van handicaps waar kinderen in asielzoekerscentra aan leiden zijn spierdystrofie (ziekte van Duchenne), cerebrale parese (hersenschadiging waardoor er geen juiste aansturing naar de spieren gaat), epilepsie die niet met medicijnen behandeld kan worden, stofwisselingsziekten, groeistoornissen, scoliose, zeer ernstige neurologische aandoeningen, sikkelcelanemie met complicaties en het syndroom van Down.



2. Juridisch kader

Gehandicapte kinderen in asielzoekerscentra zijn driedubbel kwetsbaar: ze zijn kind, zoeken bescherming in Nederland en hebben een handicap. Op grond van het VN-Kinderrechtenverdrag en het VN-Gehandicaptenverdrag hebben deze kinderen recht op extra bescherming.

Het belang van het kind

Artikel 3 van het VN-Kinderrechtenverdrag stelt het belang van het kind centraal. Uit dit artikel volgt dat de belangen van het kind de eerste overweging moeten vormen.

Het belang van het kind moet kenbaar worden meegewogen in de besluitvorming en slechts in uitzonderlijke situaties mag aangenomen worden dat een ander belang dan dat van het kind meer gewicht in de schaal legt en dat moet dan uitdrukkelijk worden gemotiveerd.² Ook uit de rechtspraak is duidelijk af te leiden dat het bestuursorgaan bij besluiten waarbij kinderen zijn betrokken, de belangen van die kinderen in de besluitvorming dient te betrekken.³

Op 19 september 2016 is een initiatiefwetsvoorstel tot wijziging van de Vreemdelingenwet 2000 ingediend.⁴ Dit wetsvoorstel heeft tot doel om het belang van het kind (art. 3 van het VN-Kinderrechtenverdrag) te verankeren en nader uit te werken in de Vreemdelingenwet 2000. Ten tijde van het verschijnen van dit onderzoek, werken de indieners aan het verwerken van het advies van de Raad van State over het wetsvoorstel.

Op de politieke agenda

Op 7 november 2018 is door GroenLinks een motie ingediend waarin de regering wordt verzocht om de zorg en voorzieningen voor ernstig zieke mensen en personen met een beperking die in asielzoekerscentra verblijven in lijn te brengen met de verplichtingen die voortvloeien uit het VN-Gehandicaptenverdrag, en de Kamer te informeren over de voortgang. Deze motie werd verworpen door de Tweede Kamer. Tijdens de begrotings-

² Un Document CRC/C/GC/14, par. 97. Zie ook: Detrick, 1999, p. 91.

³ Zie bijvoorbeeld: ABRvS, 5 april 2017, 201605973/1/V1 JV 2017/121 m.nt. P Boeles [ECLI:NL:RVS:2017:964], ABRvS 16 april 2013, JV 2013/229 m. nt. Beltman en ABRvS 7 februari 2012, JV 2012/152, r.o. 2.3.8.

⁴ *Kamerstukken II* 2015/16, 34541, 6.

behandeling op 20 november 2018 van het Ministerie van Justitie en Veiligheid vroeg GroenLinks wederom aandacht voor de positie van gehandicapte kinderen in asielzoekerscentra.

Vaststelling van het belang van het kind

Zoals eerder beschreven, dient het belang van het kind de eerste overweging te vormen. Maar hoe bepaal je wat het belang van het kind is? Het belang van het kind zoals verwoord in het VN-Kinderrechtenverdrag moet worden ingevuld aan de hand van andere rechten uit dit verdrag. Daarnaast dient ook gekeken te worden naar rechten uit andere verdragen zoals het VN-Gehandicaptenverdrag.⁵ Het VN-Gehandicaptenverdrag is op 13 december 2006 aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties.⁶ Nederland heeft het verdrag ondertekend en geratificeerd.⁷

Het feit dat het belang van het kind ingevuld moet worden aan de hand van de andere rechten uit het VN-Kinderrechtenverdrag en andere mensenrechtenverdragen volgt uit een *General Comment* van het VN-Kinderrechtencomité. Om Staten te helpen bij de implementatie van het VN-Kinderrechtenverdrag publiceert het VN-Kinderrechtencomité regelmatig een *General Comment* waarin een nadere uitleg wordt gegeven van één of meer artikelen van het VN-Kinderrechtenverdrag. Deze uitleg wordt beschouwd als een gezaghebbende interpretatie van de rechten die in het VN-Kinderrechtenverdrag beschreven staan. De inhoud van de *General Comments* is mede gebaseerd op de jarenlange ervaring van het VN-Kinderrechtencomité met het volgen en beoordelen van de wijze waarop het VN-Kinderrechtenverdrag wordt uitgevoerd in de verschillende verdragslanden.

Kinderen met een handicap

Voor gehandicapte kinderen zonder verblijfsvergunning zijn artikel 6, 23, 24 en 39 van het VN-Kinderrechtenverdrag en artikel 7 van het VN-gehandicaptenverdrag van belang. Deze artikelen zullen wij kort uiteenzetten.

In **artikel 6 van het VN-Kinderrechtenverdrag** is het recht van het kind om zich in de ruimst mogelijke mate te kunnen ontwikkelen neergelegd.

5 UN Document CRC/C/GC/14, para. 75-76.

6 UN Document A/61/611.

7 Het verdrag werd op 14 juli 2016 geratificeerd en trad daarmee voor Nederland in werking.

Dit recht dient volgens het VN-Kinderrechtencomité nadrukkelijk te worden betrokken bij de positie van gehandicapte kinderen:

“Het Comité benadrukt dat de belemmering niet de handicap zelf is, maar eerder een combinatie van sociale, culturele, fysieke obstakels tezamen met de bejegening waarmee kinderen met een handicap in hun dagelijks leven worden geconfronteerd.”⁸

Het VN-Kinderrechtencomité vraagt daarbij extra aandacht voor de kwetsbaarheid van gehandicapte kinderen zonder verblijfsvergunning:

“Vluchtelingen en intern ontheemden met een handicap moeten hoge prioriteit krijgen bij het verkrijgen van speciale hulp, inclusief preventieve hulp en toegang tot adequate gezondheids- en sociale voorzieningen, waaronder psychosociale hulpverlening en sociale re-integratie.”⁹

In **artikel 23 van het VN-Kinderrechtenverdrag** is het recht van het gehandicapte kind op bijzondere zorg neergelegd. Het kind dient een volwaardig leven te kunnen leiden in omstandigheden die de waardigheid van het kind verzekeren, de zelfstandigheid bevorderen en de actieve participatie in de maatschappij vergemakkelijken.

In **artikel 24 van het VN-Kinderrechtenverdrag** staat dat elk kind het recht heeft op de best mogelijke gezondheid. Dit betekent dat kinderen toegang moeten hebben tot gezondheidszorg. De overheid dient ervoor te zorgen dat geen enkel kind de toegang tot deze voorzieningen wordt onthouden.

Er zijn ook kinderen die een handicap (psychisch of lichamelijk) hebben omdat zij slachtoffer zijn van oorlogsgeweld of van uitbuiting, kindermishandeling, seksueel misbruik, foltering of een andere wrede, onmenselijke of ontterende behandeling. Deze kinderen hebben recht op bijzondere zorg, zo blijkt uit **artikel 39 van het VN-Kinderrechtenverdrag**. Deze kinderen moeten worden opgevangen in een omgeving die goed is voor

⁸ The Committee emphasizes that the barrier is not the disability itself but rather a combination of social, cultural, attitudinal and physical obstacles which children with disabilities encounter in their daily lives, Idem, para. 5.

⁹ Refugee and internally displaced children with disabilities should be given high priority for special assistance, including preventative assistance, access to adequate health and social services, including psychosocial recovery and social reintegration, Idem, para. 79.

hun gezondheid, zelfrespect, en eigenwaarde. Er moet sprake zijn van een omgeving waarin het kind zich veilig verder kan ontwikkelen. Een proces van herstel en re-integratie vraagt om een gezonde leefomgeving, met voldoende en adequate voeding, onderdak en passende medische zorg, waardoor het kind lichamelijk kan herstellen en zich kan focussen op zijn geestelijk herstel en re-integratie in de maatschappij.

Artikel 7 van het VN-gehandicaptenverdrag is speciaal gewijd aan kinderen met een handicap en stelt dat bij alle beslissingen betreffende kinderen met een beperking de belangen van het kind de eerste overweging moeten zijn.

Het VN-Kinderrechtencomité benadrukt dat het belangrijk is dat kinderen met een handicap niet worden gediscrimineerd vanwege hun handicap, ook niet op indirecte wijze. Zij hebben dezelfde rechten als alle andere kinderen. Zo zijn ook kinderen met een handicap het meest gebaat bij het opgroeien in een gezinsomgeving en moeten zij ondersteund worden om deel te kunnen nemen aan het reguliere onderwijs. Staten moeten er volgens het VN-Kinderrechtencomité voor zorgen dat kinderen met een beperking een volwaardig en behoorlijk leven kunnen leiden in omstandigheden die de waardigheid van het kind verzekeren en zijn zelfstandigheid in de samenleving bevorderen. De mensen om het kind heen en de bredere gemeenschap waarin het kind leeft, dienen eveneens oog te hebben voor de rechten, talenten, mogelijkheden en (ondersteunings)behoeften van gehandicapte kinderen.¹⁰

¹⁰ Un Document CRC/C/GC/9, p. 1.



3. Verblijfsprocedures en analyse zaken

Uit de analyse van de 57 helpdeskkzaken blijkt dat kinderen met een handicap verschillende verblijfsrechtelijke procedures volgen. Gehandicapte kinderen zoeken bescherming via een medische procedure, een asielprocedure, of via een procedure waarin een beroep kan worden gedaan op hun schrijnende situatie.

In dit hoofdstuk wordt eerst een nadere omschrijving gegeven van deze verschillende procedures. Vervolgens zal worden ingegaan op de belangrijkste knelpunten die naar voren zijn gekomen uit de dossieranalyse.

3.1 De verblijfsprocedures

3.1.1 Uitstel van vertrek

Op grond van artikel 64 van de Vreemdelingenwet mag een gezin niet worden uitgezet als het vanwege de gezondheidstoestand van de vreemdeling of van één van de gezinsleden niet verantwoord is om te reizen. Dit wordt ook wel uitstel van vertrek genoemd. Uitstel van vertrek levert rechtmatig verblijf op (iemand wordt niet uitgezet), maar betekent geen verblijfsvergunning en brengt geen recht op een normale woning met zich mee. Wanneer uitstel van vertrek wordt verleend, blijven kinderen dus in asielzoekerscentra of vrijheidsbeperkende locaties wonen met een sober regime. Onder bepaalde voorwaarden kan na een jaar uitstel van vertrek een reguliere vergunning voor medische behandeling worden gevraagd.¹¹ Het kind en gezin moeten dan actief hebben meegewerkt aan het krijgen van garanties voor toegang tot medische zorg in het land van herkomst en het regelen van het vertrek uit Nederland.

3.1.2 Verblijfsvergunning op grond van medische redenen

Naast uitstel van vertrek, kan een verblijfsvergunning op grond van medische redenen worden verleend als een medische behandeling noodzakelijk is. De Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) laat zich hiervoor adviseren door het Bureau Medische Advisering (BMA). De medische behandeling moet in Nederland worden voortgezet wanneer het BMA concludeert dat:

- In het herkomstland geen of onvoldoende behandelmogelijkheden zijn.

¹¹ B8/9 Vc 2000.

- Het herkomstland onderbrekingen in de medicijnvoorraden voorkomen, die een maand of langer duren.
- Het vanwege de situatie in het herkomstland niet in staat is om te adviseren over de aanwezigheid van behandelmogelijkheden.
- Mantelzorg noodzakelijk is voor het slagen van de medische behandeling en in het herkomstland geen gezins- of familieleden aanwezig zijn die in staat zijn de medisch noodzakelijke mantelzorg te verlenen.

Een medische behandeling wordt als noodzakelijk beschouwd wanneer er zonder behandeling binnen drie maanden een medische noodsituatie zal ontstaan, als er geen behandelmogelijkheden zijn in het land van herkomst of als een vreemdeling niet in staat is om te reizen.¹²

Volgens het Nederlandse beleid wordt onder een medische noodsituatie verstaan:

“De situatie waarbij betrokkene lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vast staat dat het achterwege blijven van behandeling op korte termijn zal leiden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade.”¹³

Wanneer geen medische noodsituatie wordt aangenomen, wordt geen nader onderzoek verricht naar de behandelmogelijkheden in het land van herkomst en kunnen kinderen en hun ouders geen geslaagd beroep doen op hun medische situatie. Er moet sprake zijn van een noodzakelijke medische behandeling, én Nederland dient naar het oordeel van de minister het meest aangewezen land te zijn voor de medische behandeling.

De aanvraag voor een vergunning op medische gronden is relatief duur.¹⁴

¹² Art. 64 Vreemdelingenwet 2000, art. 3.46 Vreemdelingenbesluit 2000 en art. A3/7 Vreemdelingencirculaire 2000.

¹³ A3/7.1.3. Vreemdelingencirculaire 2000.

¹⁴ Het aanvragen van een verblijfsvergunning wegens een medische behandeling kost € 1.016, maar is gratis als de aanvraag volgt op een jaar lang uitstel van vertrek wegens medische redenen (art. 64 van de Vreemdelingenwet). Een aanvraag voor medische behandeling wordt alleen gehonoreerd als aan alle voorwaarden wordt voldaan.

Bureau Medische Advisering

Om de vraag te kunnen beantwoorden of er op korte termijn een medische noodsituatie moet worden verwacht en of een kind in staat moet worden geacht te reizen, wint de IND advies in bij het Bureau Medische Advisering (BMA). Dit advies kan volgens de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) niet worden gegeven door de behandelend arts van de betrokkene, maar dient te worden opgesteld door een onafhankelijk arts.¹⁵ Het BMA, dat onderdeel is van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, vervult voor de IND de rol van een onafhankelijke arts. De BMA-adviseur vormt een eigen oordeel waarbij hij of zij gebruik maakt van informatie van de behandelend arts.¹⁶ Hoewel de medisch adviseurs die werken bij het BMA niet in dienst zijn bij het Ministerie van Justitie en Veiligheid, dienen zij wel aanwijzingen van de minister op te volgen.¹⁷ De medisch adviseur dient, volgens het door de IND opgestelde protocol over medische advisering, slechts te oordelen over de vraag of er volgens de regels van het migratierecht een medische noodsituatie bestaat.¹⁸ De BMA-adviseur beslist op basis van medische gegevens zoals brieven of diagnoses van behandelaars van de betreffende kinderen en eventueel spreekuurcontact. In bijna alle gevallen loopt de procedure helemaal schriftelijk en ziet de betreffende arts het kind niet zelf.¹⁹ Bij twijfel kan de BMA-adviseur een onafhankelijke deskundige om advies vragen.²⁰ Ook de rechter heeft een mogelijkheid om een onafhankelijke expert te benoemen.²¹ Sinds april 2014 moeten de migranten in veel gevallen zelf bij behandelaar(s) de medische gegevens opvragen en deze aan de IND geven.²² Hiervoor moeten brieven worden gebruikt die zijn voorgeschreven door het BMA.

15 De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is een federatie van beroepsverenigingen van artsen en behartigt de belangen van artsen in Nederland. Artsen die lid zijn van de KNMG hebben de mogelijkheid een klacht in te dienen tegen een andere arts die lid is, bij een verschil van mening over de wijze waarop zij professioneel met elkaar zijn omgegaan. De klacht wordt behandeld door de Raad voor de tuchtspraak KNMG.

16 Bloemen e.a. 2010.

17 Rechtbank 's-Gravenhage, zp. Amsterdam 20 februari 2009, Awb 09/26419, JV 2009/192; Berg, ten 2017.

18 Protocol Bureau Medische Advisering 2016, p. 14.

19 De ABRvS heeft geoordeeld dat het aan de BMA-arts is om te beoordelen of hij de patiënt ziet of niet; ABRvS 6 april 2009, nr. 200807465/1/V1, JV 2009/211, ve09000563. Vgl. M. Peeters, 2010.

20 Protocol Bureau Medische Advisering, p. 7.

21 EHRM 8 oktober 2015, 77212/12 (Korošec tegen Slovenië). Zie ook: Rechtbank Den Haag 11 oktober 2016, ECLI:NL:RBDHA:2016:14921 en ABRvS 7 februari 2017, 201608140/1.

22 A3/7.1 Vc 2000.

De afgelopen jaren hebben medici regelmatig kritiek geuit op de werkwijze van het BMA.²³ De belangrijkste kritiek ziet op de medische onafhankelijkheid van het BMA. Dit beeld wordt versterkt doordat het BMA zelf vaak geen patiënten ziet. Het begrip ‘medische noodsituatie op korte termijn’ is onbekend bij medici en sluit niet aan bij de praktijk. Het oordeel over de behandel mogelijkheden in het land van herkomst roept veel vragen op.²⁴ Het BMA kijkt alleen naar de algemene beschikbaarheid van een behandeling, en niet naar de feitelijke toegankelijkheid, kwaliteit en mogelijkheid van overdracht van medische zorg.

Wanneer geen medische noodsituatie binnen drie maanden wordt aangenomen, wordt ook geen verder onderzoek naar de behandel mogelijkheden in het land van herkomst gedaan. Het kind waar het om gaat, kan dan geen geslaagd beroep doen op zijn medische situatie. Als wel een medische noodsituatie wordt aangenomen moet worden gekeken of het kind kan worden behandeld in het land van herkomst. Voor die beoordeling maakt het BMA gebruik van (anonieme) informatie van International SOS, Allianz Global Assistance en vertrouwensartsen in het land van herkomst.²⁵ Het BMA kijkt alleen of de medische zorg die de patiënt nodig heeft beschikbaar is in het land van herkomst. Het BMA onderzoekt niet of de zorg (medicijnen of behandeling) in het land van herkomst daadwerkelijk toegankelijk is. Er wordt dus niet onderzocht of iemand de zorg kan betalen en of er bijvoorbeeld plek is. Het is dus mogelijk dat de IND zegt dat medische zorg beschikbaar is in het land van herkomst, terwijl de vreemdeling die zorg niet kan betalen of niet fysiek kan bereiken.²⁶ De Ombudsman heeft zich kritisch uitgelaten over het gebrek aan controleerbaarheid van informatie van vertrouwensartsen en de weinig kritische houding van de IND ten opzichte van deze informatie. De Ombudsman stelde voor om in BMA-adviezen standaard een feitelijk verslag op te nemen van de door alle betrokken partijen verrichte handelingen: *“In dit verslag wordt in ieder geval vermeld:*

23 Bloemen e.a. 2010. Zie ook: Nationale Ombudsman 2015.

24 Bloemen e.a. 2010. Zie ook: Nationale Ombudsman 2015.

25 Protocol Bureau Medische Advisering, paragraaf 3.2. International SOS is een grote internationale organisatie op het gebied van assistentie voor medische zorg en security en op het gebied van het managen van internationale medische risico's, Allianz Global Assistance is een wereldwijd opererende hulpverlener en reisverzekeraar met eigen alarmcentrales in vele landen en een wereldwijd netwerk van gecontracteerde hulpverleners. Vertrouwensartsen oefenen verschillende functies uit en hebben verschillende achtergronden in meerdere vakgebieden. Vragen van het BMA aan de vertrouwensarts kunnen elk medisch specialisme betreffen. Als het de vertrouwensarts uit eigen kennis bekend is welke specifieke gevraagde behandel mogelijkheden aanwezig zijn in het land, kan deze arts de vragen zelf beantwoorden, anders raadpleegt hij of zij zijn professionele contacten.

26 Zie ook Mag Nederland ernstig zieke vreemdelingen uitzetten?, www.verblifblog.nl.

– met welke instantie contact is opgenomen; – hoe vaak en wanneer er contact is gelegd; – wat is gevraagd aan de instantie; – welke informatie is verkregen van de instantie; – of de vertrouwensarts op basis van zijn eigen kennis de vragen heeft beantwoord of dat de arts hiervoor een derde heeft geraadpleegd; – welke relevante opleiding(en) en werkervaring de vertrouwensarts/geraadpleegde persoon heeft.”²⁷ Met dit advies is weinig gedaan.²⁸

Uit het beleid van de IND volgt dat de bewijslast dat de vreemdeling geen toegang zal hebben tot de vereiste medische zorg volledig op de vreemdeling rust.²⁹ In het beleid van de IND staat dat de omstandigheid dat een vreemdeling enkel aangeeft dat de kosten voor een medische behandeling hoog zijn of dat de plek van de medische behandeling ver weg is van de woonplaats van de vreemdeling, onvoldoende reden vormt.³⁰

Psychische problematiek bij kinderen

Kinderartsen, kinderpsychologen en deskundigen hebben gewezen op het gevaar dat kinderen schade zullen oplopen omdat de criteria die door de IND worden gehanteerd om te spreken van een medisch psychische noodsituatie ongeschikt zijn voor kinderen, als gevolg waarvan ernstige schade te verwachten is.³¹ In een uitspraak van 25 februari 2016 heeft de hoogste bestuursrechter, de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State, geoordeeld dat met betrekking tot het vaststellen van een medische noodsituatie bij kinderen vragen zijn gerezen over de bruikbaarheid van de beoordelingscriteria van het BMA.³² Psychiatrische problematiek uit zich bij jonge kinderen anders dan bij volwassenen; pas in de adolescentie gaat psychopathologie meer lijken op dat van volwassenen. Suïcide, suïcidaliteit, psychosen en (gedwongen) opnames komen veel minder voor bij kinderen en dit kader geeft ten onrechte de suggestie dat er minder vaak sprake is van een medisch-psychiatrische noodsituatie bij kinderen.³³ Het BMA gaat met het toepassen van criteria die gelden voor volwassenen op kinderen,

²⁷ Nationale ombudsman 2015.

²⁸ Wegelin en Lisman leveren hierop kritiek in hun noot bij ABRvS, 15 augustus 2018, 201706613/1/V1, JV 2018/171 m.nt B. Wegelin en J. Lisman.

²⁹ A3/7.1.5 Vc 2000.

³⁰ In paragraaf A3/7.1.5 Vc 2000 staat ‘de omstandigheid dat een vreemdeling enkel aangeeft dat de kosten voor een medische behandeling hoog zijn of dat de plek, waar de medische behandeling kan plaatsvinden, ver weg is van de woonplaats, vormt onvoldoende reden om een reëel risico op schending van artikel 3 EVRM aan te nemen.’

³¹ Bloemen e.a. 2015.

³² Idem.

³³ Bloemen e.a. 2015.

voorbij aan andere factoren die ernstige schade voor de psychische en lichamelijke ontwikkeling van kinderen met zich meebrengen. Kinderen verkeren vanwege hun jonge leeftijd in een kwetsbare positie. Sterke, frequente en voortdurende tegenslag bij jonge kinderen, zonder adequate steun van de volwassene vormt een ernstig risico voor de directe ontwikkeling van de kinderen. De ontwikkelingsschade die dit oplevert kan op de korte maar ook op de lange termijn voor problemen zorgen.

Stressreacties bij kinderen kunnen worden opgevangen door een veilige omgeving met volwassenen bij wie de kinderen vertrouwd gehecht zijn.³⁴ Het vermogen van ouders tot goed genoeg ouderschap komt ernstig onder druk te staan als zijzelf veel stress ervaren.³⁵ Volgens verschillende medisch deskundigen kan een medisch psychiatrische noodsituatie daarom bij kinderen alleen worden ingeschat in combinatie met het te verwachten vermogen van de ouders om probleemgedrag van hun kind te kunnen opvangen in stressvolle omstandigheden.³⁶

Blijkens het protocol houden de medisch adviseurs van het BMA bij de beoordeling expliciet rekening met het gegeven dat psychotische klachten en suïcidepogingen bij minderjarigen (die de leeftijd van 12 jaren nog niet hebben bereikt) niet of nauwelijks voorkomen.³⁷ In de zaken die wij onderzochten zien we de weging van het belang van het kind niet kenbaar terug.

Internationale rechtspraak: het *Paposhvili*-arrest

In bijzondere gevallen mogen mensen met medische klachten die geen verblijfsrecht hebben niet worden uitgezet omdat zij anders in een situatie worden gebracht die onmenselijk is of die afbreuk doet aan hun menselijke waardigheid. Een dergelijke situatie doet zich alleen voor als de medische omstandigheden zeer ernstig zijn en er geen medische voorzieningen en sociale opvang aanwezig zijn in het land waarnaar wordt uitgezet. Dit volgt uit artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en uit vaste rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM).

34 Bateman & Fonagy 2006; Centrum 45 2014 zoals genoemd in ABRvS, 21 juli 2015, 201500065/1/V3, r.o. 2.3; ABRvS 25 februari 2016, 201505462/1/V3 ro. 6.3.

35 Idem.

36 201500065/1/V3, 21 juni 2015 en Bloemen e.a. 2015.

37 Protocol Bureau Medische Advisering 2016, p. 14.

Lange tijd werd aangenomen dat van uitzonderlijke omstandigheden alleen sprake was als de betrokken vreemdeling leed aan een ziekte in een vergevorderd stadium waaraan hij of zij bij uitzetting direct zou overlijden. Op 13 december 2016 heeft het EHRM in de zaak *Paposhvili* tegen België aangegeven dat ook andere uitzonderlijke omstandigheden in de weg kunnen staan aan de uitzetting van een ernstig zieke of gehandicapte vreemdeling.³⁸ Het is niet langer vereist dat een zieke of gehandicapte vreemdeling bijna dood gaat. Er moet echter wel sprake zijn van een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang in de gezondheid wanneer een vreemdeling zal worden uitgezet. Daarnaast dient er een toename te zijn van het lijden vanwege de afwezigheid van – of het gebrek aan toegang tot – een adequate medische behandeling in het land van herkomst.³⁹

Volgens de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State vallen alleen ziektes die naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn leiden tot het overlijden van de betrokkene, een (vrijwel) volledig verlies van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingenzelfstandigheid of een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis, onder de reikwijdte van artikel 3 EVRM. Andere ziektes waarbij sprake is van een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidssituatie, resulterend in intens lijden of een significante vermindering van de levensverwachting, vallen niet binnen het toepassingsbereik van artikel 3 EVRM. De termijn van drie maanden waarbinnen een snelle achteruitgang in de gezondheidssituatie moet worden aangenomen blijft behouden.⁴⁰

Voor de uitspraak in de zaak *Paposhvili* liet de Immigratie-en Naturalisatiedienst (IND) alleen onderzoeken of iemand toegang tot een bepaalde behandeling zou kunnen krijgen. Het was voor de IND niet van belang of iemand deze behandeling ook zou kunnen betalen. Sinds het *Paposhvili*-arrest moet de toegang tot een medische behandeling worden betrokken bij de beoordeling van de vraag of iemand in Nederland mag blijven. Het is aan de vreemdeling om te bewijzen dat hij/zij geen toegang kan krijgen tot de medische behandeling, bijvoorbeeld omdat er onvoldoende behandel-mogelijkheden zijn; omdat de behandeling te duur is; omdat de geografische afstand tot het ziekenhuis te groot is, etc.

38 EHRM 13 december 2016, 41738/10, ECLI:CE:ECHR: 2016:1213JUD004173810, NJB 2017/467 en JV 2017/22 m.nt prof. mr. B. Myjer.

39 Idem.

40 ABRvS 28 september 2017, 201702168/1/V3, r.o. 6.3.

Er is kritiek vanuit de wetenschap dat de Nederlandse Staat onvoldoende het beleid heeft aangepast na de *Paposhvili* uitspraak.⁴¹

3.1.3 Bijzondere omstandigheden/schrijnendheid

Een derde vergunning waar gehandicapte kinderen een beroep op kunnen doen, is de verblijfsvergunning op grond van ‘bijzondere omstandigheden’, ook wel een vergunning op basis van schrijnendheid genoemd. De kosten voor een aanvraag bedragen € 1.016, - per persoon. Voor veel mensen is een aanvraag voor een dergelijke verblijfsvergunning niet te betalen. Sinds september 2017 hoeven er voor een aanvraag schrijnendheid niet langer leges te worden betaald wanneer een vreemdeling een jaar lang rechtmatig in Nederland heeft verbleven op grond van artikel 64 van de Vreemdelingewet.⁴²

3.1.4 Asiel

Volgens de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State is verlening van een asielvergunning wegens medische omstandigheden niet mogelijk omdat deze voorwaarde niet is opgenomen in de Europese richtlijn waar de voorwaarden voor een asielvergunning in staan (de Kwalificatierichtlijn).⁴³ Als er gevaar op onmenselijke behandeling dreigt wegens medische omstandigheden kan niet langer een asielvergunning worden verstrekt maar slechts uitstel van vertrek.⁴⁴ Zoals eerder aangegeven, geeft uitstel van vertrek geen recht op een verblijfsvergunning noch op een woning buiten het AZC.

3.2 Resultaten juridische analyse van de 57 zaken

Geschillen tussen gezinnen met een gehandicapt kind en de overheid gaan vaak over de vraag of er sprake is van een medische noodsituatie en wanneer daarvan sprake is of behandeling in het land van herkomst kan plaatsvinden. Uit de zaken die bij onze Kinderrechtenhelpdesk binnenkomen, blijkt dat het Bureau Medische Advisering (BMA) zelden een medische noodsituatie aanneemt. Als het BMA een medische noodsituatie aanneemt, dan neemt het BMA vaak aan dat behandeling in het land van

41 Migratieonderzoeker Karin Zwaan meent dat de staatssecretaris en de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State ‘het omgooien van het roer door het Hof hebben gereduceerd tot een flauwe bocht’: ABRvS 28 september 2017, ECLI:NL:RVS:2017:2629, 201702470/1/V3, JV 2017/234 m.nt. K.M. Zwaan.

42 Regeling van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 27 september 2017, nummer 2130549, houdende wijziging van het Voorschrift Vreemdelingen 2000 (honderddrieënvijftigste wijziging).

43 ABRvS 30 juni 2017, 201703671/1/V2.

44 WBV 2018/7.

herkomst kan plaatsvinden. Daarbij valt een groot verschil waar te nemen tussen wat medische behandelaars van kinderen noodzakelijk achten en de juridische kwalificatie van die situatie door de medisch adviseurs van het BMA.

Bij verschillende zaken uit onze analyse wordt aangenomen dat behandeling in het land van herkomst mogelijk is, terwijl dit door specialistische behandelaars ernstig in twijfel wordt getrokken. Het gaat dan vaak om kinderen met meervoudige en ernstige handicaps in combinatie met verschillende vormen van orgaanfalen.⁴⁵ Een aantal kinderen is afhankelijk van beademing of sondevoeding.

Behandeling kan vaak in een privékliniek plaatsvinden volgens het BMA-advies. Als het gaat om landen waar geen systeem van algemene zorgverzekeringen bestaat, is van toegankelijke zorg wat Defence for Children betreft geen sprake. Een behandeling in een privékliniek is vaak onbetaalbaar. Het is niet duidelijk hoe onder het nieuwe beleid van de IND moet worden aangetoond dat de behandeling niet kan worden bekostigd. Kinderen met een meervoudige beperking ontvangen in Nederland meestal een integrale medische behandeling van meerdere medisch specialisten in een gespecialiseerd kinderziekenhuis. In veel landen waar gehandicapte kinderen naar uitgezet dreigen te worden, is de juiste medische zorg bijvoorbeeld alleen beschikbaar in de hoofdstad. Vaak is het niet realistisch gezien het prijspeil ter plaatse om te verwachten dat mensen zich dichtbij de behandellocatie vestigen waar mensen verder niemand kennen. Ook honderden kilometers reizen is onmogelijk.

Omdat het verkrijgen van medisch advies vaak lang duurt en de medische situatie van kinderen met een handicap ook onderhevig is aan verandering kan het lang duren voordat er een beslissing wordt genomen. Een advies van het BMA geldt als een deskundigenadvies en wordt gevolgd door de IND behalve als uit tegenbewijs blijkt dat er concrete aanknopingspunten zijn voor twijfel aan de juistheid of volledigheid van het rapport van het BMA. Een officiële contra-expertise is voor veel mensen onbetaalbaar.⁴⁶

45 Enkele van de voorkomende handicaps zijn spierdystrofie (Duchenne), cerebrale parese (hersenschadiging waardoor er geen juiste aansturing naar de spieren gaat), epilepsie die niet met medicijnen behandeld kan worden, stofwisselingsziekten, groeistoornissen, scoliose, neurologische aandoeningen, sikkelcelanemie met complicaties en het syndroom van Down.

46 Een contra-expertise kost al gauw tussen de 1800 en 2500 euro. Berg, ten & Peeters 2017.

In veel van de onderzochte zaken is sprake van gehandicapte kinderen die lang moeten wachten op de finale beslissing in hun de zaak. Het duurt over het algemeen lang om de nodige medische bewijsstukken te vergaren, de medische situatie van kinderen die in de groei zijn, ontwikkelt zich nog. Dit zorgt er voor dat er vaak nieuw onderzoek nodig is door artsen en door de adviseur. Ook komt het voor dat de staatssecretaris tot in hoogste instantie doorprocedeert of dat een besluit wordt ingetrokken zonder dat een verblijfsvergunning wordt verstrekt.⁴⁷ De onzekerheid die gepaard gaat met dit lange wachten is funest voor zowel de kinderen als hun ouders. Vaak is het alleen mogelijk om uitstel van vertrek te krijgen. De kinderen worden dan niet uitgezet maar zij krijgen ook geen verblijfsvergunning.

In de praktijk zien wij dat het vrijwel onmogelijk is om te bewijzen dat Nederland het meest aangewezen land is voor de medische behandeling. Voor het antwoord op deze vraag wordt bovendien geen waarde gehecht aan de omstandigheid dat de kwaliteit van de gezondheidszorg hier in Nederland beter is, dat de behandelmogelijkheden in het land van herkomst door financiële omstandigheden worden beïnvloed, dat er sprake is van aanzienlijke geografische afstanden, dat er sprake is van asielgerelateerde aspecten, zoals onveiligheid in het land van herkomst of dat er sprake is van lange wachttijden aldaar.

Volgens het protocol van het BMA moet rekening worden gehouden met de leeftijd van het kind bij de beoordeling van de medische noodsituatie. In de praktijk is echter niet waarneembaar hoe het BMA de leeftijd van het kind betreft bij zijn oordeel. In beschikkingen zien wij dat de IND overweegt dat de ouders primair verantwoordelijk zijn voor het welzijn van hun kinderen, dat aan de ouders geen verblijfrecht wordt toegekend en dat het gezin samen kan terugkeren. Er wordt dus geen kenbaar belang toegekend aan de rechten van het kind, zoals verzekerd door het VN-Kinderrechtenverdrag.

Bovendien staat in het beleid dat geen vergunning wordt verleend voor medische behandeling als onvoldoende is meegewerkt (door ouders) aan het verkrijgen van garanties voor toegang tot medische zorg in het land van herkomst en het realiseren van vertrek.⁴⁸ De mogelijkheid van verblijf en daarmee een reguliere woning voor gehandicapte kinderen wordt zo

47 In een substantieel aantal zaken werd het besluit van de IND vlak voor de zitting ingetrokken waarna nieuw advies werd gevraagd aan het BMA. Een nieuw besluit duurt vaak erg lang; zie ook ABRvS, 15 augustus 2018, 201706613/1/V1, JV 2018/171 m.nt B. Wegelin en J. Lisman.

48 B8/9 Vc 2000.

afhankelijk gemaakt van de medewerking van de ouders aan vertrek naar het land van herkomst. Veel ouders zijn doodsbang om terug te keren naar het land van herkomst, ze hebben daar vaak nare ervaringen met de zorg meegemaakt of al te horen gekregen dat artsen niets voor hun kind kunnen doen. Mensen met een handicap worden in veel landen gezien als minderwaardig. Kinderen kunnen niet deelnemen aan het maatschappelijk leven en kunnen in veel landen niet naar school.

Kinderen met de meest ernstige handicaps die hun leven lang medische behandeling nodig hebben, komen niet door de procedure voor een medische vergunning. In veel gevallen hebben deze kinderen wel verschillende periodes rechtmatig verblijf gehad omdat er bij uitzetting een ernstig gevaar voor hun gezondheid zou ontstaan. Deze periodes van rechtmatig verblijf betekenen echter geen verblijfsvergunning, zodat deze kinderen ook geen recht hebben op een reguliere woning. Tijdens de periode van uitstel van vertrek wordt niet doorgetoetst of de situatie zo schrijnend is dat het kind in aanmerking zou moeten komen voor een verblijfsvergunning.

Volgens Defence for Children is deze praktijk strijdig met het belang van het kind, het recht op leven en ontwikkeling en het recht op bijzondere bescherming van kinderen met een handicap.

Bij de kinderen die Defence for Children ziet op de Kinderrechtenhelpdesk valt op dat kinderen vrijwel nooit een vergunning op medische gronden krijgen. Als kinderen al een vergunning krijgen, is dit een vergunning op basis van de discretionaire bevoegdheid van de staatssecretaris om in schrijnende zaken een vergunning te geven. Aan een dergelijke vergunning, verleend in een individuele zaak, kunnen andere kinderen geen rechten ontleen. De kinderen die een discretionaire vergunning krijgen, hebben hier vaak vele jaren op moeten wachten. Veel kinderen hebben voorafgaand aan het verkrijgen van de discretionaire vergunning een of meerdere periodes uitstel van vertrek gehad en in sommige gevallen rechtmatig verblijf in afwachting van een beslissing op hun aanvraag. Bij anderen duurde een beslissing op hun verblijfsaanvraag zo lang dat het betreffende kind al overleden was, voordat überhaupt aan vergunningverlening werd toegekomen.

3.3 Deelconclusie en aanbevelingen

De belangrijkste knelpunten uit de dossieranalyse zijn dat er vrijwel nooit een verblijfsvergunning aan kinderen met een handicap wordt toegekend vanwege medische redenen. Er is geen speciaal toetsingskader voor kinderen om te bepalen of er voor hen een medische noodtoestand ontstaat bij terugkeer. Het Bureau Medische Advisering (het BMA) acht behandeling in het land van herkomst bijna altijd aanwezig. Er wordt niet gekeken of de zorg daadwerkelijk beschikbaar is voor kinderen. Slechts wordt gekeken naar theoretische beschikbaarheid gebaseerd op informatie van grote verzekeraars. De werkelijke beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor het betreffende kind wordt niet onderzocht, zo wordt niet gekeken of ouders de zorg of medicijnen kunnen betalen of er een sociaal of familie-netwerk in het herkomstland aanwezig is of naar de afstand die het kind moet afleggen om de noodzakelijke medische behandeling te krijgen.

Defence for Children constateert dat de medische procedure voor kinderen grote gebreken kent. Omdat vrijwel nooit wordt aanvaard dat deze kinderen in Nederland behandeling behoeven, lopen kinderen met ernstige handicaps het risico om jaren in een situatie van juridisch limbo te verkeren. Hierdoor blijven kinderen onnodig lang in een voor hun ontwikkeling schadelijke omgeving zitten. Dit is een schending van het belang van het kind (artikel 3 van het VN-Kinderrechtenverdrag), het recht op leven en ontwikkeling (artikel 6 van het VN-Kinderrechtenverdrag) en het recht op een volwaardig en behoorlijk leven voor kinderen met een handicap en hun recht op bijzondere zorg (artikel 23 van het VN-Kinderrechtenverdrag).

Als kinderen al een vergunning krijgen, is dit een vergunning op basis van de discretionaire bevoegdheid van de staatssecretaris om in schrijnende zaken een vergunning te geven. Aan een dergelijke vergunning verleend in een individuele zaak kunnen andere kinderen geen rechten ontlenen.

Aanbevelingen

- Creëer binnen de medische procedure een mogelijkheid om op grond van het belang van het kind (artikel 3 VN-Kinderrechtenverdrag), het recht op ontwikkeling (artikel 6 VN-Kinderrechtenverdrag) en het recht voor kinderen met een handicap om een volwaardig en behoorlijk leven te kunnen leiden in omstandigheden die de waardigheid van het kind verzekeren (artikel 23 VN-Kinderrechtenverdrag) een verblijfsvergunning te verlenen. Maak het verwezenlijken van de rechten van gehandicapte kinderen niet afhankelijk van de discretionaire bevoegdheid van de staatssecretaris in schrijnende zaken.
- Maak het mogelijk dat tijdens een periode van uitstel van vertrek ook wordt doorgetoetst of de situatie zo schrijnend is dat het kind in aanmerking zou moeten komen voor een verblijfsvergunning op deze grond.
- Zorg dat medische procedures van kinderen met voorrang worden afgehandeld zodat kinderen snel duidelijkheid krijgen.
- Stel het belang van het kind voorop in de procedure en de beoordeling van het medisch dossier. Laat de beoordeling van het belang van het kind kenbaar terugkomen in het besluit.
- Ontwikkel een toetsingskader voor het BMA specifiek gericht op gehandicapte kinderen. Neem toxische stress en de schadelijke invloed daarvan op kinderen mee in de beoordeling van een medische noodtoestand en het te verwachten vermogen van de ouders om hun kind te kunnen opvangen in stressvolle omstandigheden.



4. Resultaten veldonderzoek naar opvangomstandigheden

Kinderen met een handicap moeten een volwaardig en behoorlijk leven kunnen leiden. Een leven dat hun waardigheid verzekert en daarnaast hun zelfstandigheid en deelneming aan de maatschappij bevordert. Een gehandicapt kind heeft recht op bijzondere zorg van de overheid (artikel 23 VN-Kinderrechtenverdrag).

De meeste gezinnen die betrokken zijn bij het veldonderzoek verblijven in een vrijheidsbeperkende gezinslocatie. Dit is een locatie voor gezinnen waarvan de autoriteiten vinden dat zij terug moeten keren naar het land van herkomst. De kinderen en ouders ervaren deze plek niet als een veilige plek. Op de locaties geldt een sober regime. Er zijn veel verschillen tussen opvanglocaties. Sommige bewoners wonen in oude gebouwen, andere in lage flats of prefab huisjes of caravans. In sommige locaties hebben gezinnen een eigen woonruimte met keuken, douche en toilet. Elders delen gezinnen hun woonruimte en/of voorzieningen met niet-gezinsleden. In al onze gesprekken kwamen problemen met de huisvesting aan de orde.

De gezinnen in een gezinslocatie krijgen minder leefgeld dan in een regulier asielzoekerscentrum, ze mogen niet buiten de gemeentegrenzen komen en voor de ouders (en meerderjarige broers en zussen) geldt een meldplicht bij het Centraal Orgaan opvang asielzoekers. Wanneer gehandicapte kinderen geen verblijfsvergunning krijgen maar wel uitstel van vertrek op basis van hun medische situatie, krijgen de gezinnen hetzelfde bedrag aan leefgeld dat wordt toegekend aan gezinnen die in reguliere asielzoekerscentra verblijven. Ouders van kinderen die in de gezinslocatie verblijven, hoeven zich gedurende de periode waarin uitstel van vertrek is toegekend ook niet meer dagelijks te melden.

In 2014 deed de Werkgroep Kind in azc⁴⁹ onderzoek naar de situatie van kinderen op de gezinslocatie. In het onderzoeksrapport vertellen de kinderen dat zij bang zijn voor uitzetting, om te gaan slapen en om gescheiden te worden van ouders, broertjes en zusjes. De Werkgroep Kind

⁴⁹ De Werkgroep Kind in azc bestaat in 2018 uit: UNICEF Nederland, Vluchtelingenwerk Nederland, WarChild, Kerk in Actie, Stichting de Vrolijkheid en Defence for Children.

in azc stelt in het onderzoeksrapport dat de continue angst de kinderen beschadigt, ook omdat zij het gevoel hebben dat ze in Nederland niet gewenst zijn en een vaak traumatiserende voorgeschiedenis hebben. De vele verhuizingen die voorafgingen aan het verblijf in de gezinslocatie zijn voor veel kinderen ook schadelijk.⁵⁰

In 2018 verscheen het onderzoek 'Leefomstandigheden van kinderen in asielzoekerscentra en gezinslocaties'. Uit dit onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) en de Werkgroep Kind in azc blijkt dat kinderen en ouders zich in gezinslocaties onveiliger voelen dan in azc's. Kinderen en jongeren in gezinslocaties spreken ook meer over pesten dan jonge deelnemers in azc's.⁵¹

Voortbouwend op de hierboven beschreven publicaties, hebben wij tijdens de gesprekken die in het kader van het veldonderzoek zijn gevoerd de ouders gevraagd hoe het met hen gaat en hoe zij het leven in het asielzoekerscentrum of in de gezinslocatie ervaren.

4.1 Angst ouders voor de gezondheid van hun kind bij terugkeer

Sommige ouders kwamen specifiek voor de zorg van hun kind naar Nederland. Hun kind was bijvoorbeeld uitbehandeld in het land van herkomst gezien de stand van de medische wetenschap daar en in Nederland zou behandeling wel mogelijk zijn. In andere gevallen werd in Nederland ontdekt dat het kind aan een bepaalde ziekte leed. Na verblijf in Nederland met de daarbij horende zorg, willen de ouders niet meer dat hun kind (opnieuw) bloot wordt gesteld aan de gezondheidsrisico's bij terugkeer.

Ouders die zijn vertrokken omdat behandeling in het land van herkomst niet mogelijk was, hebben vaak veel opgegeven voor de behandeling van hun kinderen in Nederland. Veel ouders geven aan dat hun kind in het land van herkomst geen goede zorg kan krijgen. Bij terugkeer is de dood of een serieuze achteruitgang in de levenskwaliteit van hun kinderen een reële vooruitzicht. Veel ouders vertellen ons dat ze zouden willen terugkeren naar het land van herkomst, maar dat deze keuze gezien de gezondheid van hun kind geen optie is.

50 Werkgroep Kind in azc 2014.

51 Werkgroep Kind in azc 2018.

“We hebben alles achter gelaten voor de gezondheid van mijn kind: ons huis en een goede baan. Ik schaam mij dat ik zoveel moet klagen om zoveel kleine dingen. Als het leven van mijn kind niet in gevaar was, zou ik hier geen dag blijven. Ik wil niks liever dan terug, maar het leven van mijn zoon is dan in gevaar. Ik heb alles opgegeven voor mijn kind. Alle ouders zouden dat begrijpen. Ik had daar controle over mijn eigen leven, nu heb ik over niks controle en wordt er voor mij beslist.” Vader.

4.2 Angst voor uitzetting

De kinderen die wij spraken, hebben gezien dat gezinnen ‘s ochtends vroeg werden opgehaald door busjes van de vreemdelingenpolitie om uitgezet te worden. De kinderen lijdten erg onder die spanningen.

“Mijn zusje is bang, ze kan niet slapen en heeft pillen gekregen.”
Oudere zus.

Een meisje vertelt over haar zusje:

“Wanneer een deur hard dicht klapt is ze direct gespannen. Het gaat vaak een hele tijd goed met mijn zusje, totdat er weer een trigger is die voor veel stress zorgt. Dat kan kamercontrole zijn of iemand die wordt uitgezet.”

Een meervoudig lichamelijk gehandicapte jongen vertelt hoe hij samen met zijn moeder twee weken in detentie heeft gezeten. Hij kon niet goed slapen in het detentiecentrum want er waren geen aangepaste bedden. Omdat de arts hem toen niet ‘fit to fly’ verklaarde, werden ze vrijgelaten. De jongen had daarna veel nachtmerries. Als gevolg van de detentie is hij heel lang bang geweest voor de politie.

Een hulpverlener vertelt aan Defence for Children dat alle kinderen op het AZC slaapproblemen hebben. De hulpverlener vertelt dat het een tijd beter ging toen er geen gezinnen met kinderen in detentie werden gezet. Dat beleid is afgeschaft en nu worden kinderen wel weer opgepakt om in detentie gezet te worden. Over de wijze van oppakken hoort de hulpverlener van de kinderen dat de ouders in de boeien worden geslagen.

Uit de formulieren, die de school gebruikt en die de kinderen met klachten over het COA kunnen invullen, blijkt ook dat de kinderen de politie het meest vervelend vinden. Ook hebben de kinderen moeite met het idee dat zij en/of hun ouders bij uitzetting als criminelen behandeld worden.

4.3 Huisvestingsproblemen

In al onze gesprekken kwamen problemen met de huisvesting aan de orde.

Kamervragen over opvangvoorzieningen

In antwoord op vragen van Kamerlid Buitenweg (GroenLinks) naar de geschiktheid van azc's voor de opvang van ernstig zieken en mensen met een beperking antwoordt staatssecretaris Harbers van Justitie en Veiligheid dat de opvangvoorzieningen van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) er op zijn ingericht om asielzoekers zo goed mogelijk op te vangen. Het COA kent volgens de staatssecretaris speciale woonunits die geschikt en ingericht zijn voor mindervaliden. Verder hebben vluchtelingen- en migrantenkinderen recht op vergelijkbare medische zorg als ingezetenen van Nederland. Net als in de reguliere gezondheidszorg kunnen asielzoekers in bepaalde situaties gebruik maken van thuiszorg, verpleging, verzorging, of aanspraak maken op hulpmiddelen en gelden de volledige aanspraken zoals opgenomen in de Regeling Zorg Asielzoekers.⁵²

Motie verworpen

Op 7 november 2018 is door GroenLinks, de PvdA en de SP een motie ingediend, waarin de regering werd gevraagd de zorg en voorzieningen voor ernstig zieken en personen met een beperking binnen asielzoekerscentra in lijn te brengen met de verplichtingen die voortvloeien uit het VN-Gehandicaptenverdrag, en de Kamer te informeren over de voortgang. De SGP, 50Plus, PvdD en DENK stemden voor de motie. De regeringspartijen VVD, CDA, D66 en ChristenUnie stemden tegen. Ook PVV en Forum voor Democratie waren tegen. Deze motie werd daarmee verworpen door de Tweede Kamer.⁵³ De staatssecretaris gaf aan de motie te ontraden omdat hij van mening is dat de opvang al in lijn is met het VN-Gehandicaptenverdrag.⁵⁴

⁵² *Kamerstukken II 2017/18, 2017D28274.*

⁵³ *Kamerstukken II 2017/18, 19637, 2435.*

⁵⁴ *Kamerstukken II 2018/19, Handelingen 20.*

De staatssecretaris van Justitie en Veiligheid geeft in antwoord op Kamervragen aan:

“Het COA is echter geen zorginstelling. Daar waar de zorgvraag het niet toelaat dat een asielzoeker (nog langer) op een asielzoekerscentrum verblijft, wordt gezocht naar een zorginstelling, zoals een verzorgingshuis of een verpleeghuis, waar de zorg geboden kan worden die nodig is.

De voorzieningen voor personen met een beperking binnen azc's zijn in lijn met het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.”⁵⁵

Uitkomsten veldonderzoek

Defence for Children is zowel bij mensen geweest die in een speciale woonunit voor mindervaliden zaten, als bij mensen die niet in een speciale woonunit verbleven. Het belangrijkste criterium voor de toewijzing van een speciale woning lijkt vooral de lichamelijke mindervaliditeit en de grootte van het gezin te zijn. Bij een aantal kinderen hebben we zelf kunnen waarnemen dat de woning niet voldoet. Bijvoorbeeld gezien de krapte, zeer verouderde omstandigheden of gezien de mogelijk gevaarlijke situaties die zich kunnen voordoen.

Voor kinderen in het algemeen geldt dat zij moeilijk gevaren kunnen inschatten. Bij kinderen met een geestelijke handicap doet dit zich in voorkomende gevallen nog sterker voor. Zo verblijft een gehandicapt kind in een gezinslocatie waarbij het gebouw oud is. Het gebouw ziet er van buiten mooi uit. Aan de binnenkant oogt het gebouw verouderd, de gangen zijn vol en druk. Een moeder en twee kinderen verblijven samen in een klein kamertje van twaalf vierkante meter. De muren zijn kaal en er zit afgebladderd behang op de muren. De kamer is voor een groot gedeelte gevuld. De moeder en de kinderen slapen in stapelbedden. De moeder vertelt Defence for Children dat de spanning tussen de kinderen onderling soms bijzonder hoog oploopt omdat ze zo op elkaars lip zitten. Het oudste kind heeft geen enkele plek om zich af te zonderen aangezien moeder en kinderen met zijn drieën de kleine kamer bewonen. Opmerkelijk is dat betrokkenen rond dit gezin, maatschappelijk werk en zelfs Veilig

⁵⁵ Kamerstukken II 2017/18, Aanhangsel 136.

Thuis herhaaldelijk aan de bel hebben getrokken, maar dat dit niet tot aanpassing van de woning heeft geleid. Het oudste kind is door de gespannen situatie in het kamertje tijdelijk noodgedwongen in een crisisopvang geplaatst.

In gezinslocaties moeten de gezinnen de leefruimte vaak delen met een ander gezin. Volgens de voorwaarden van het COA wordt vooral gekeken naar de grootte van een gezin bij de toewijzing van een kamer, grotere gezinnen krijgen een kamer die zij niet hoeven te delen. De medische indicaties lijken vaak niet doorslaggevend voor de grootte van de kamer, zo blijkt uit ons veldonderzoek. Tijdens onze bezoeken aan opvanglocaties, stonden de kamers vaak vol met spullen als tilliften en rolstoelen. De ruimtes zijn overduidelijk te klein. Behandelaars geven bij het COA aan dat de ruimtes waarin de kinderen verblijven medisch onverantwoord zijn.

Een moeder vertelt dat het gezin eerst in een caravan op een AZC verbleef. Ze vertelt dat ze verschillende stukken van artsen over de beperking van haar zoon heeft aangedragen. De woonruimte was ongeschikt voor haar zwaar lichamelijk en geestelijk gehandicapt kind. Er werd niets met de verzoeken om een andere woonruimte gedaan. Uiteindelijk heeft moeder een video gemaakt van de leefomstandigheden in de caravan en toen meegenomen naar de behandelend arts van haar zoon, die was heel verbaasd over de situatie. De behandelaars hebben toen verklaringen opgesteld waarin stond dat een dergelijke woonomgeving absoluut niet geschikt was voor het kind.

Op 10 april 2018 besteedt RTL Nieuws aandacht aan de leefsituatie van Qiyas en Zuzu in Amersfoort

Behandelaars en hulpverleners van Veilig Thuis en zorginstelling de Amerpoort dringen aan op een betere plek voor Zuzu (met het syndroom van Down), zijn moeder en zijn broer. Zijn broer is door de gespannen situatie op het kamertje tijdelijk noodgedwongen in een crisisopvang geplaatst. *“Het klopt dat de woonsituatie van de familie niet voldoet aan wat Zuzu nodig heeft om zich te ontwikkelen. Om tot een oplossing te komen is een veilige plek van belang”*, zegt Veilig Thuis Utrecht in een schriftelijke toelichting aan RTL Nieuws.

Kinderen van asielzoekers met een ernstige ziekte of handicap hebben

zwaar te lijden onder de woonomstandigheden in asielzoekerscentra. Dat zeggen hulpverleners, artsen en vertrouwenspersonen, zo blijkt uit onderzoek van RTL Nieuws.

Burgemeester Bolsius van Amersfoort is betrokken bij de zaak en heeft staatssecretaris Harbers gevraagd gebruik te maken van zijn discretionaire bevoegdheid. Ook dringt de burgemeester aan op verbetering van de woonomstandigheden van Zuzu, zijn broer en zijn moeder en Qiyas (een jongen met epilepsi en een zusje met het syndroom van Down) en zijn gezin. Na de uitzending van RTL wordt een andere woning aangeboden die nog slechter is dan de huidige woning. Pas nadat de burgemeester een overleg bijeen roept met professionals en zorgdeskundigen over de twee kinderen Zuzu en Qiyas komt er andere huisvesting voor hen, een appartement op het azc-terrein met meer ruimte.

Op 17 juli 2018 heeft de rechtbank Utrecht bepaald dat Zuzu (6), zijn broer en moeder niet mogen worden uitgezet. Volgens de rechter is niet duidelijk hoe de ouders tot gespecialiseerde begeleiding in staat moeten worden geacht. De rechtbank heeft daarbij ook betrokken dat er door het tijdelijk wegvallen van de gespecialiseerde zorg na een verhuizing binnen Nederland bij Zuzu sprake was van een terugval. Volgens de rechter heeft de staatssecretaris ten onrechte deze gevolgen van de verhuizing niet betrokken bij zijn standpunt dat er geen medische noodsituatie zal ontstaan bij uitzetting naar Irak.

In oktober 2018 wordt Qiyas, mede door de spanning die de verblijfsprocedure met zich meebrengt, met spoed opgenomen in het ziekenhuis en moet een zware operatie ondergaan. Artsen raden dringend rust aan en adviseren psychische ondersteuning.



Een behandelend arts van een ander gezin schrijft:

“Pas na een televisie-uitzending over andere vergelijkbare uitgeprocedeerde families met medische problematiek, en daaropvolgend de bemoeienis van de burgemeester, komt er een andere woning beschikbaar.

Helaas durft moeder deze niet te accepteren vanwege haar zoon. Die zou namelijk in het nieuwe huis bij hun op de kamer moeten wonen, maar hij verdraagt de drukte niet door zijn psychische problemen. Na deze beslissing word ik gemaild door het COA met de vraag of we Veilig Thuis kunnen inschakelen, omdat moeder de nieuwe woonsituatie weigert. Ik ontplaf en de onmacht kruipt opnieuw door mijn ziel.”

Het is opvallend dat een aantal gezinnen een betere kamer heeft gekregen na het item van RTL Nieuws waarin wordt gesuggereerd dat de opvang zorgde voor een verslechtering van de medische toestand van de kinderen.

“Mevrouw geeft aan dat de kamer waar ze nu met haar kind woont veel ruimer en beter is dan de vorige kamer. Ze is naar deze kamer verhuisd nadat RTL Nieuws aandacht heeft besteedt aan de slechte situatie van twee kinderen in het AZC in Amersfoort. Moeder geeft aan dat de nieuwe kamer groter is en de gang veel rustiger omdat er minder jonge mensen alleen op de gang zitten. Omdat aanvallen vaak worden geïndiceerd door harde omgevingsgeluiden heeft hij nu een stuk minder vaak aanvallen, aldus moeder”

In een asielzoekerscentrum hebben gezinnen wel een eigen kamer. Ook hier is de ruimte een probleem. We treffen een kamer aan die overvol staat met alle hulpmiddelen zoals een tillift, rolstoel en speciale apparatuur.

4.4 Tekortschietende faciliteiten

Een jongen met een geestelijke en lichamelijke handicap maakt gebruik van een badstoel en een verhoogd toilet. Zijn badstoel is van plastic en is kapot. Wanneer de medewerkers van Defence for Children de badstoel bekijken, blijken de handvatten inderdaad te zijn ingescheurd. De jongen is zwaar voor zijn leeftijd.⁵⁶ Als hij zich vasthoudt aan de stoel om op te staan, kan de stoel dit niet aan. Beide ouders moeten hem helpen bij het douchen.

⁵⁶ Een gemiddeld kind van zijn leeftijd weegt tussen de 30 en 40 kilo. De jongen weegt aanzienlijk meer.

Het gezin wacht al meer dan een jaar op een aanpassing en verbetering. Ze hebben gevraagd om metalen beugels, zo vertelt de aanwezige gezinscoach maar hier hebben ze nog niks op gehoord.

Een moeder vertelt dat er sinds de verhuizing naar een ander AZC geen ruimte is in de slaapkamer voor een speciaal bed, dat eigenlijk was besteld voor haar dochter. De moeder geeft bovendien aan dat haar dochter te zwaar wordt voor haar, waardoor ze rugproblemen krijgt. Er is ook geen speciale stoel voor haar dochter om mee gedoucht te worden. Nu moet dat met een gewone stoel. Dat is onveilig, want daar zou ze zomaar vanaf kunnen glijden. In het vorige AZC was een speciale stoel aangevraagd maar die laat nu op zich wachten.

4.5 Lawaai en ongeschikte omgeving

Gezien de gemengde populatie en vaak drukte zijn veel AZC's lawaaiig. Voor een aantal kinderen die wij hebben bezocht levert dit schade aan hun gezondheid op. Bij een aantal kinderen met epilepsie worden deze aanvallen getriggerd door harde geluiden of onrust. Behandelaars van deze kinderen geven aan dat de leefomstandigheden van kinderen goede behandeling of herstel na operaties in de weg staan.

Een behandelend arts stelt: *“Stress in huiselijke omgeving kan van grote invloed zijn op de aandoening epilepsie en op de frequentie van aanvallen. Dat vraagt om een huiselijke, rustige omgeving, met mensen die weten om te gaan met de symptomen van de ziekte.”*

Een moeder vertelt: *“Van het ziekenhuis hebben we een verklaring gekregen over de situatie van ons kind en zijn behoefte aan rust, COA kijkt hier niet naar.”* Eerder had moeder hierover contact met een medewerker van het COA maar deze medewerker is vertrokken. Nu zegt de nieuwe contactpersoon: *“Het maakt niet uit met hoeveel papieren je komt, je krijgt geen andere kamer.”*

Een moeder vertelt dat haar zoon last heeft van aanvallen die worden getriggerd door lawaai. Ze vertelt dat ze met haar kind stille plekken in de gang of in het trappenhuis opzoekt.

“In het AZC is het altijd druk, mijn zoon wordt daar ziek van. Ik wil een rustige plek zonder mensen.”

Een andere moeder vertelt dat het gezin lang heeft moeten wachten op een zelfstandige woonunit op de begane grond. Voor haar dochter die een hersenafwijking heeft en geestelijk gehandicapt is, was het noodzakelijk dat de familie een eigen ruimte had en deze niet hoeft te delen met een ander gezin. De school en de kinderarts hebben druk uitgeoefend om hiervoor te zorgen. *“Toen wij nog een kamer deelden met een ander gezin was mijn dochter vaak 's nachts wakker. Als ze wakker wordt dan kan ze niet meer slapen. Het andere gezin had een baby en was erg luidruchtig, dus het kwam erg vaak voor dat zij niet kon slapen.”*

Bij de gezinnen die in een gezinslocatie verblijven, bezoeken we een aantal gezinnen die een kamer moeten delen met een ander gezin. Het valt op dat het in deze woningen erg druk en gehorig is. In een aantal gevallen is sprake van veel in en uitloop en drukte op de gang. Een moeder vertelt:

“Wanneer mijn zoon moet douchen, moet hij eerst op bed worden uitgetkleed en daarna in de douchestoel worden gezet. Hij moet dan naakt door de kamer. Wanneer het andere gezin [in de gedeelde woning] met visite zat, is dat heel ongemakkelijk. Dan moest ik vragen of zij allemaal even naar de andere kamer wilden gaan.”

4.6 Hygiëne

De kamers in AZC's zijn geregeld onhygiënisch. Vaak komen kinderen met veel mensen in aanraking, voor kinderen die als gevolg van hun conditie gevoelig zijn voor infecties brengt dit extra gevaren met zich mee. Ook het delen van toiletten, waar sprake van is bij veel gezinnen die in een asielpcedure zitten, is medisch gezien onverantwoord en behandelaars geven dit in voorkomende gevallen aan. Een moeder geeft aan dat haar zoon bevattelijk is voor ziekten met grote gevolgen voor zijn lichamelijke gesteldheid en een toename van epileptische aanvallen die hij als gevolg van een hersenaandoening heeft.

“Het leven in het AZC zorgt ervoor dat ons kind veel virussen oploopt en relatief vaak een epileptische toeval heeft. In een ‘normaal’ huis zou dit aanzienlijk minder zijn. Ook zou ons kind meer kunnen spelen, nu de kamer in het AZC beperkt qua ruimte is.”

Met deze zorgen van behandelaars wordt weinig gedaan of pas na lang aandringen. Een kinderarts uit hierover zijn zorgen in een artikel in het tijdschrift voor artsen Medisch contact:

“Ongekend voor Nederland zou je zeggen, maar hygiëne is hier een groot probleem. Het hele gebouw maakt gebruik van hetzelfde toilet en dezelfde douche, die veel bewoners niet schoon achterlaten. Voor het meisje vormt dit vanwege haar afweeronderdrukkende medicatie een substantieel risico. Naast het infectierisico door de gebrekkige hygiëne blijkt dat ze in het huis ook gepest wordt vanwege haar uiterlijk.”⁵⁷

Een ouder vertelt over problemen met de hygiëne omdat ze een kamer moeten delen met andere mensen die geen rekening houden met de allergieën van haar kinderen. Omdat die aparte kamer er niet was, kregen de kinderen een heftige allergie door de vele mensen en smerigheid. De moeder blijft maar schoonmaken en heeft daar conflicten over met de andere bewoners.

Een zusje van een meisje met nier- en blaasproblemen vertelt dat het door de klachten van haar zusje extra belangrijk is om een schone wc te hebben.

“In het AZC hadden we één voor twintig gezinnen. Dat ging echt niet daarom ging mijn zusje bijna anderhalf jaar op emmer in kamer. We hebben wel vijf keer gevraagd of we een eigen wc konden krijgen maar dat mocht niet. De uroloog schrok ontzettend toen hij dit hoorde.”

57 Jansen 2018, p. 32.



4.7 Strikte huisregels van COA

Het COA hanteert zeer strikte huisregels in het AZC en voert kamercontroles uit. De voornaamste reden om bepaalde artikelen te verbieden is brandgevaar. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de bijzondere behoeften van kinderen met een beperking. We komen een aantal keer tegen dat een gezin zelf een stoel heeft aangeschaft waar hun kind prettig op kan zitten of zich prettig kan bewegen, omdat het kind op een standaard stoel niet zelfstandig kon zitten. Van het COA krijgen mensen te horen dat deze meubelen in strijd zijn met de voorschriften. Ook wordt kookgerei zoals magnetrons en blenders die nodig zijn om speciaal voedsel voor de kinderen te bereiden, verboden. De gezinnen krijgen te maken met sancties en worden gekort op hun leefgeld als dergelijke gebruiksvoorwerpen worden aangetroffen.

Een moeder die wij spraken, vertelt dat de huisregels van het COA streng zijn. Geen tapijt op de grond, geen blender, geen magnetron – vanwege de brandveiligheid. Haar zoon met zware geestelijke en lichamelijke beperkingen heeft echter een tapijt nodig om op te kunnen liggen en spelen en mevrouw heeft een blender nodig om het eten van haar zoon te kunnen pureren. Moeder geeft aan zo wanhopig te zijn geworden van alle verboden dat ze heeft gezegd niet meer verder te willen leven. Moeder heeft toen psychologische zorg gekregen en antidepressiva. Moeder wil stoppen met deze medicijnen omdat ze niet helpen en niet goed zijn voor haar bloeddruk. Daarnaast moet zij 24 uur per dag beschikbaar zijn voor haar zoon. Sinds een aantal maanden is er een uitzondering voor mevrouw en haar zoon gemaakt en sindsdien mogen zij deze items weer op hun kamer. Een aantal gezinnen geeft aan dat de standaarddekens die door het COA worden uitgedeeld voor huidirritatie zorgen bij de kinderen omdat het gaat om synthetische dekens, dekens die de ouders zelf aanschaffen worden afgepakt of het wordt de mensen verboden om andere dekens aan te schaffen.

Een moeder verblijft met haar twee kinderen in een enkele kamer van drie bij vier meter op de tweede verdieping. Het jongste kind heeft het syndroom van Down. Het andere kind heeft de nodige gedragsproblemen. Dit leidt tot veel spanning door het gebrek aan privacy. Het COA geeft geen toestemming om de waterkoker hoog op te hangen. Het jongetje klimt op kasten waar hij van af valt. Bovendien zijn er allerlei voor kinderen gevaarlijke dingen in de kamer. Zo kan het jongetje bij de hete waterkraan die hij opendraait.

Defence for Children stelt vast dat het water echt gloeiend heet is. Moeder heeft bij het COA gevraagd om een veiligheidskraan maar dat kan niet volgens hen. Als moeder gaat koken in de gezamenlijke keuken dan moet ze haar kind alleen achterlaten in de kamer. Ze draait dan de deur op slot, maar is erg bezorgd dat haar kind ergens aan zit of ergens op klimt en zich bezeert. Moeder heeft aan het COA gevraagd of ze binnen mag koken. Ze had zelf een elektrisch kooktoestel aangeschaft maar dit is haar afgenomen. Een boete van 15 euro werd hierbij opgelegd, voor mensen die moeten rondkomen van leefgeld is dit een flink bedrag.

Een andere moeder vertelt dat ze voor haar zoon een tweedehands bureaustoel op wielen heeft gekocht. Haar zoon heeft verschillende verstandelijke en mobiliteitsproblemen. Hij probeert zich op zijn eigen manier te bewegen maar kan niet zitten op een gewone stoel en hij kan gezien zijn handicap niet goed aan tafel eten. Het COA heeft gezegd dat de stoel weg moet, tenzij er een doktersadvies komt waaruit blijft dat de stoel noodzakelijk is.

“We hebben ook rechten, we zijn ook mensen”, zegt moeder.

4.8 Continuïteit van zorg

Door verhuizingen gaat kostbare informatie over de zorg verloren, ook moet opnieuw een vertrouwensrelatie met een nieuwe arts worden opgebouwd. De overdracht van zorg gaat vaak niet goed waardoor het langer duurt voordat de behandeling weer verder kan gaan. Al in 2012 heeft toenmalig minister Leers toegezegd dat oud-asielzoekers met kinderen alleen zullen worden overgeplaatst naar gezinslocaties als zeker is dat er binnen twee weken een school voor de kinderen beschikbaar is.⁵⁸ Ook moeten lopende medische behandelingen worden voortgezet indien artsen dat noodzakelijk vinden.

In een in 2018 verschenen onderzoek van de Vrije Universiteit en VN-Vluchtelingenorganisatie UNHCR staat dat verhuizingen bijzonder ernstige gevolgen hebben voor gezinnen met kinderen:

⁵⁸ *Kamerstukken II 2011/12, 29 344, 85.*; Zie ook Rodrigues & Spronk-van der Meer 2012.

“Volgens veel organisaties en experts zijn de verhuizingen een (extra) risico voor de ontwikkeling van kinderen en moet daarom zoveel mogelijk worden beperkt. Onderzoek in Nederland en Denemarken laat zien dat asielzoekende kinderen zich minder veilig voelen, problemen hebben met het maken van nieuwe vrienden, presteren minder op school en een hoger risico op mentale stress hebben. Dit komt omdat de families de ondersteunende omgeving verliezen en hiermee de veerkracht, vertrouwen en flexibiliteit afneemt om met een verhuizing om te gaan. Een onderzoek toonde aan dat kinderen die zijn blootgesteld aan geweld en kinderen van wie de moeders zijn gediagnosticeerd met PTSS of depressie een verhoogd risico hebben op nieuwe psychische klachten. Regelmatig verplaatste kinderen hebben mogelijk een grotere behoefte aan ouderlijke ondersteuning in een nieuwe omgeving. Echter, ouders met PTSS en depressie kunnen emotioneel en functioneel niet beschikbaar zijn voor hun kinderen. Bovendien kunnen verhuizingen de continuïteit van de opvoeding van de kinderen verhinderen.”⁵⁹

In het kader van ons onderzoek spraken wij verschillende gezinnen bij wie de overdracht van zorg nog niet goed was geregeld na een verhuizing.⁶⁰ Ook spraken wij een gezin met een kind met meervoudig geestelijke en lichamelijke handicaps waarvoor een speciale fiets was ingemeten, zodat vader zijn kind mee naar buiten kon nemen.⁶¹ Het proces van aanvragen heeft bijna twee jaar geduurd. Ze hebben nu bericht gekregen dat de fiets klaarstaat bij school maar toen alles eenmaal was afgerond zei het COA dat ze niet ervoor wilden betalen. Er is geen reden gegeven waarom het nu niet doorgaat. Het kind keek er erg naar uit. Een aantal keer is er iemand langs geweest om de fiets in te meten en de fiets staat nu helemaal afgemon-teerd klaar maar niemand wil de factuur voldoen. Ze hebben geen vervoer en hij kan niet achterop om even naar het centrum te gaan. Het kind kan nu nergens naartoe afgezien van school en het AZC.

In de gezinslocatie waar het gezin eerder zat was ook een fiets aangevraagd, toen het inmeten eenmaal klaar was, moesten ze verhuizen. Ook communiceerde de instanties in de verschillende gemeentes niet goed met elkaar en moest alles, zoals bijvoorbeeld het inmeten en een deel van

59 Reneman 2018, p. 132.

60 Dit blijkt uit drie interviews. Zie ook: Rodrigues & Spronk-van der Meer 2012 en Defence for Children en UNICEF 2013, p. 22-23 en Defence for Children en UNICEF 2011.

61 Interview met moeder.

het aanvraagproces, weer opnieuw worden gedaan. De gezinscoach heeft geprobeerd navraag te doen, maar instanties verwijzen naar elkaar.

Een ander meisje zou in de locatie waar zij zat een elektrische rolstoel en een soort spraakcomputer krijgen. Nu zij in een andere gemeente zitten, moeten deze dingen opnieuw geregeld worden. Ook de toelating tot de mytyschool komend schooljaar was al rond. Toen moesten zij ineens naar een andere gezinslocatie verhuizen, omdat het AZC waar zij verbleven dicht ging.

Een vrijwilliger vertelt:

“Er is bij de overdracht van fysiotherapie een fout gemaakt, er was een therapeut die er geen vergoeding voor kreeg, toen werd hij weggestuurd. Hij moest weer brieven meenemen om te bewijzen dat hij recht had op een andere fysiotherapeut. Er is toen contact met de huisarts geweest waarna er wel iets geregeld kon worden. Gevolg is dat hij drie keer geen fysiotherapie heeft gehad op een moment vlak na de behandeling toen de situatie kritiek was.”

Tijdens het onderzoek bezoeken we ook een moeder met een meervoudig gehandicapt kind, hij kan niet lopen of staan, maar (ondertussen) wel zelfstandig zitten. Hij kan eveneens niet praten. Hij wordt rustig van ritme en herkenning; iedere dag hetzelfde zien, in dezelfde volgorde handelingen verrichten, in dezelfde ruimtes zijn. Binnen het ACZ is de jongen desondanks vaak verhuisd.

4.9 Onmacht van hulpverleners

Naast de gezinnen spraken we met hulpverleners en vertrouwenspersonen. Deze mensen voelen veel onmacht over de bejegening van de gezinnen waarbij zij betrokken zijn en ervaren soms regelrechte tegenwerking.

Een hulpverlener vertelt:

“Vanuit mijn positie moet ik wel iets doen. Wij moeten schade aan kinderen voorkomen maar de situatie in de gezinslocaties staat hieraan in de weg.”

Een vrijwilliger vertelt:

“Het is mensonterend en ik ben er zo boos over. Walgelijk dat het in Nederland zo moet gaan. Het gezin woont nu samen met een heel drukke familie in de woning. Hij krijgt verdere klachten door de drukte. COA vindt het niet nodig dat ze een woning alleen moeten krijgen omdat volgens hen de noodzaak er niet is. Dit terwijl er gewoon brieven (van artsen) zijn waarin staat dat hij een rustige omgeving voor herstel nodig heeft.”

Een vrijwilliger vertelt:

“We hebben al zoveel informatie overgelegd, laatst ook een verklaring van de coördinerend kinderarts, die aangeeft dat er binnen korte tijd medische zorg moet kunnen worden geboden en bovendien ook hebben aangegeven, dat er continu ingrepen moeten worden verricht dat ik deze discussies onderhand moe begin te worden. Er is nu wederom voorlopig uitstel van vertrek verleend of zo veel korter wanneer kan worden beslist. De finale beslissing op de zaak laat te lang wachten. De onzekerheid is funest voor alle betrokkenen, niet in de laatste plaats de ouders!”

Uit verschillende medische dossiers die Defence for Children ter beschikking gesteld heeft gekregen van de geïnterviewden blijkt dat artsen zich grote zorgen maken over de situatie van de betrokken kinderen. Het gaat om problemen met de hygiëne op asielzoekerscentra die voor deze kwetsbare kinderen gevaarlijke situaties oplevert, problemen in verband met de drukte en stress, te kleine kamers of het feit dat de gezinslocatie een ongeschikte behandelomgeving is.

Een hulpverlener, betrokken bij een kind met PTSS, geeft aan dat er ernstige zorgen zijn over de ontwikkeling van een kind. Er zijn veel overleggen geweest met verschillende jeugdzorginstanties en betrokken docenten en zorgcoördinatoren. Ambulante GGZ zorg leidde niet tot verbetering. Uiteindelijk is de zorg gestaakt omdat werd vastgesteld dat verder behandelen gezien de onveilige behandelomgeving in de gezinslocatie niet mogelijk was.



4.10 Contact met medewerkers van COA

Ouders vinden het vaak moeilijk om aan te geven als ze problemen ervaren. Dit komt doordat zij in een afhankelijke positie zitten en geen problemen met het COA willen. Ze hebben het gevoel dat, dat tegen hen gebruikt wordt en ervaren pesterijen. Ook horen we van een aantal mensen dat er niets met hun klachten wordt gedaan en dat ze daarom maar gestopt zijn met klagen. Een vader vertelt ons dat hij uit onmacht over de situatie van zijn zoon een keer erg boos is geworden op een COA medewerker bij de receptie, hier heeft hij vervolgens veel last mee gekregen.

Een aantal families geeft aan geen problemen met het COA te ondervinden. Een aantal gezinnen geeft aan dat ze het gevoel hebben dat het beter is om niet negatief op te vallen en *“Alle goede mensen van COA gaan weg. We willen alleen zekerheid en rust. Een kleine plek om te leven. We houden ons rustig en vragen niet veel, dat helpt.”*

Een aantal ouders die wij spraken gaf aan moeite te hebben met de afhankelijkheid die ze hebben ten opzichte van het COA. Omdat ze de dagelijkse zorg hebben voor hun eigen kind en intensieve zorgtaken hebben, weten ze goed waar hun kind zich prettig bij voelt en hoe ze moeten handelen in noodgevallen. Het maakt het voor hen extra lastig zo afhankelijk te moeten zijn van het COA. Ze willen niet steeds dingen aan het COA moeten vragen, maar zelf hun zaken regelen. Met name het gebrek aan zelfredzaamheid wordt erg gevonden.

Ouders mogen niet werken en moeten voor de aanschaf van dagelijkse hulpmiddelen toestemming vragen. Er zijn kamercontroles waarbij verschillende voorwerpen in beslag worden genomen of waarbij wordt bedreigd met inbeslagname. Als mensen spullen op de kamer hebben die in strijd zijn met de reglementen kan een strafkorting op het daggeld worden opgelegd. Enkele keren wordt aan ons verteld dat COA medewerkers dreigen met verplaatsing van een aparte woonunit naar een gezamenlijke unit als er niet wordt geluisterd. Bij een kamercontrole heeft, volgens een geïnterviewde ouder, een COA medewerker een moeder heel erg beledigd. De moeder is toen huilend gaan klagen over de behandeling. De medewerker heeft alles overhoop gehaald en van alles geopend. Vader was er erg emotioneel over en heeft zich zo opgewonden dat er een ambulance gebeld moest worden. De casemanager van het COA heeft later wel excuses aangeboden en een waarschuwing gegeven aan de betreffende medewerker.

De ouders in de gezinslocatie moeten zich bovendien vaak dagelijks melden. Tijdens periodes van uitstel van vertrek hoeft melden niet meer dagelijks maar volstaat wekelijks melden. Het is gelukkig ook zo dat individuele medewerkers aardig zijn voor gezinnen, wel blijkt steeds dat individuele COA medewerkers weinig ruimte hebben om maatwerk te bieden.

4.11 Geen goede behandeling als gevolg van verblijf in de gezinslocatie

Van kinderen met Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) is bekend dat behandeling alleen mogelijk is als er een veilige behandelomgeving voor het kind kan worden gecreëerd. Een gezinslocatie, waar de dreiging van uitzetting reëel is en waar veel angst heerst onder zowel de volwassen bewoners als onder de kinderen, is hiervoor niet geschikt. Met zorgen van hulpverleners wordt volgens hen niets gedaan, dit tot frustratie van deze mensen:

“Het kan niet dat wij zo'n kind langzaam kapot zien gaan en dat geen enkele overheidsinstantie zijn verantwoordelijkheid neemt en alles probeert af te schuiven op de ouders.”

Een moeder vertelt over een ander kind waarvoor in een AZC alles goed geregeld was, maar na verhuizing naar een gezinslocatie niet meer. Hij kreeg speciale hulp en er is een rapport gemaakt over de gedragsproblemen van de jongen met beperkte verstandelijke vermogens. In het andere AZC deelde moeder en kind een appartement, met twee landgenoten, een man en vrouw. Deze medebewoners gingen goed met haar zoon om en ze boden moeder veel hulp. Hier in de gezinslocatie zitten ze in een kleine kamer zonder hulp.

Tijdens het onderzoek spraken wij met een gezin waarvan het kind niet zelfstandig kon eten en daarom voedsel met een maagsonde kreeg toegediend. Ondanks dat vader herhaaldelijk bij het COA had verzocht om hulp werd er niet naar hem geluisterd volgens het gezin. Uiteindelijk bleek dat het kind een lekkende maagsonde had en er werd geconstateerd dat dit al enige dagen het geval was. Pas na sterk aandringen van een vrijwilliger met een medische achtergrond, om de situatie te komen bekijken teneinde betere zorg te bewerkstelligen, werd gehandeld door de medewerkers van het AZC.

Weigering verlening zorg

Een doof meisje zonder verblijfsvergunning werd het recht op een Cochleair Implantaat geweigerd waarmee zij mogelijk weer zou kunnen horen. Dit gehoorimplantaat werd geweigerd omdat het meisje geen verblijfsvergunning had. De procedure over het recht op gezondheidszorg duurde jaren. Kostbare jaren waarmee haar mogelijkheden om te kunnen horen steeds minder werden omdat een implantaat bij voorkeur op zo'n jong mogelijke leeftijd wordt geplaatst. Het meisje heeft inmiddels een verblijfsvergunning gekregen waardoor de behandeling gestart kan worden. Defence for Children heeft haar zaak ondersteund. Het recht op zorg mag nooit afhankelijk worden gemaakt van het hebben van een verblijfsvergunning.

4.12 Tijdens het wachten op een verblijfsvergunning overleden

Medische procedures van kinderen duren helaas vele jaren.

Defence for Children is bekend met een aantal zaken op de Kinderrechtenhelpdesk waar het kind gedurende de procedure is overleden. Zelfs als vanuit de IND een kind wordt voorgedragen voor discretionaire vergunningverlening door de staatssecretaris duurt het bijzonder lang voordat hierop een antwoord komt. Juist deze kwetsbare kinderen hebben behoefte aan snelle en zorgvuldige afhandeling van procedures. Op dit moment overlijden er letterlijk kinderen terwijl zij wachten op een besluit van de overheid. Van een aantal kinderen die wij kennen op de Kinderrechtenhelpdesk kan worden gezegd dat het niet realistisch is om te verwachten dat zij terug zullen gaan naar het land van herkomst gezien de ernst van hun handicap en de te verwachten tijd dat deze kinderen nog zullen kunnen leven. Defence for Children constateert dat dergelijk ernstig zieke kinderen onnodig in een situatie van onzekerheid en grote spanning worden gehouden, hetgeen inhumain is ten opzichte van henzelf en hun familieleden.

4.13 Doorstroming naar een reguliere woning

De kinderen die wel een verblijfsvergunning krijgen, moeten vaak lang wachten op een woning nadat de verblijfsstatus is verleend. In antwoord op Kamervragen geeft de staatssecretaris aan dat de streeftermijn voor uitplaatsing drieënhalve maand is. Deze periode wordt echter lang niet altijd gehaald.⁶² Er kunnen diverse redenen zijn, zoals omvang van het gezin of

⁶² Kamerstukken II 2017/18, 2017Z12688. Kamerstukken II 2017/18, 2017D28274.

specifieke voorzieningen in een huis, waardoor het vinden van passende huisvesting meer tijd kost. Zolang geen passende woning is gevonden blijft het gezin in de gezinslocatie of in het AZC. Voor kinderen die op grond van een zeer ernstig ziektebeeld of een zeer ernstige beperking een verblijfsvergunning krijgen en die een lage levensverwachting hebben, duurt dit veel te lang. Defence for Children dringt erop aan dat de doorstroming naar een woning voor deze groep veel sneller moet, zodat de kinderen de zorg en leefomgeving kunnen ontvangen waar zij recht op hebben. Meer nog dan andere kinderen kunnen zij zich simpelweg niet permitteren om zo lang te wachten.

Zo kent Defence for Children een zaak van een gehandicapt kind dat na jaren verblijf in een gezinslocatie eindelijk een verblijfsvergunning kreeg. Het wachten op een woning duurde meer dan een jaar. De woningen die het gezin zijn aangeboden, waren niet geschikt voor een gehandicapt kind. Zo was er bijvoorbeeld geen lift of was de ruimte te klein om met een rolstoel te kunnen draaien. Uiteindelijk kwam de woning te laat en is het kind tijdens het wachten op een huis overleden.

4.14 Deelconclusie en aanbevelingen

Defence for Children heeft geconstateerd dat gehandicapte kinderen en hun ouders leven met angst voor uitzetting. Bij een aantal gezinnen zijn problemen geconstateerd met de hygiëne. De gezondheid van kinderen lijdt onder het verblijf in een AZC of vrijheidsbeperkende gezinslocatie. Deze locaties zijn te druk en lawaaiig. Defence for Children constateerde ernstige gezondheidsgevolgen bij een aantal kinderen. Sommige kinderen krijgen als gevolg van hun verblijf in een vrijheidsbeperkende locatie niet de zorg die behandelaars nodig vinden. De woonruimte is vaak niet bemeten op kinderen met een handicap. Zij moeten de ruimte vaak delen met andere gezinnen. Dit leidt tot gezondheidsklachten, stress en problemen met betrekking tot de privacy van kinderen. Bij geen van de gezinnen die wij hebben gesproken, wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheden om te zorgen voor opvang buiten het AZC.

Op grond van artikel 24 van het VN-Kinderrechtenverdrag hebben kinderen recht op de grootst mogelijke mate van gezondheid. Er moet worden gewaarborgd dat geen enkel kind zijn of haar recht op toegang tot voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden. Kinderen met een handicap hebben recht op bijzondere zorg. Bovendien dient de overheid

ervoor te zorgen dat geestelijk of lichamelijk gehandicapte kinderen een volwaardig en behoorlijk leven hebben, in omstandigheden die de waardigheid van het kind verzekeren (artikel 23 van het VN-Kinderrechtenverdrag). De situatie die wij aantreffen op de vrijheidsbepalende gezinslocaties en in het AZC is hiermee in strijd.

Als kinderen na lang wachten wel verblijfsrecht krijgen, duurt het lang voordat zij het AZC kunnen verlaten en een geschikte woning kunnen betrekken. De weg naar een verblijfsvergunning is soms zelfs zo lang dat verblijfsrecht voor een aantal terminaal zieke kinderen te laat kwam.

Aanbevelingen:

- Weiger nooit zorg omdat een kind geen verblijfsvergunning heeft. Wanneer een behandeling medisch noodzakelijk is, dient deze te worden uitgevoerd.
- Creëer mogelijkheden om gezinnen met kinderen met een handicap vaker tijdens de procedure passende woonruimte aan te bieden of benut de bestaande mogelijkheden om mensen buiten een AZC te plaatsen.
- Volg indicaties van behandelend artsen op en zorg ervoor dat kinderen de juiste (psychische) behandeling kunnen krijgen.
- Zorg dat gezinnen binnen een AZC een eigen woonruimte krijgen die is aangepast aan de behoeften van de kinderen met een handicap.
- Zorg voor ruimte in de huisregels van opvanglocaties, om een uitzondering te maken om kinderen met een handicap te faciliteren. Zorg ervoor dat de medewerkers in de locaties hier sensitief op zijn en faciliteer training op dit gebied.
- Stop met het verhuizen van gezinnen. Als onverhoopt toch moet worden verhuisd, bijvoorbeeld door sluiting van opvanglocaties, zorg dan voor woonruimte in de buurt van behandelend artsen, zodat de continuïteit van zorg en onderwijs verzekerd is.
- Zorg ervoor dat gezinnen met kinderen met een handicap aan wie een status is verleend voorrang krijgen bij de toewijzing van een woning.



Literatuurlijst

Bateman & Fonagy 2006

Fonagy P, Bateman, A., *Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD*, Journal of clinical psychology 2006.

Berg, ten & Peeters 2017

Berg, ten, J. & Peeters, M., *Kroniek Medische aspecten bij verblijfsvergunningaanvragen*, M.J.M., A&MR 2017 Nr. 5, 222.

Bes & Hillary 2017

Bes, D. & Hillary, L., *Ernstige kinderziektes bij de interpretatie van Paphosvili*, A&MR 2017, nr. 10.

Blaak e.a. 2012

Blaak, M. e.a., *Handboek Internationaal Jeugdrecht. Een toelichting voor rechtspraak en jeugdbeleid op het Verdrag inzake de Rechten van het Kind en andere internationale regelgeving over de rechtspositie van minderjarigen*, Leiden: Defence for Children 2012.

Bloemen e.a. 2010

Bloemen, M. e.a., *Kritiek op artsen IND*, Medisch contact 2010.

Bloemen e.a. 2015

Bloemen, E. e.a., *Psychische beoordeling asielzoekerskind deugt niet*, Medisch Contact 2015 nr. 50.

Centrum 45, 2014

Centrum 45, *Brief Centrum '45 van 24 juli 2014*, 2014.

Defence for Children & UNICEF Nederland 2011

Defence for Children & UNICEF Nederland, *De gezinslocaties in Gilze Rijen en Katwijk: geen plek voor een kind*, 2011.

Defence for Children & UNICEF Nederland 2013

Defence for Children en UNICEF Nederland, *Jaarbericht Kinderrechten 2013*.

Detrick 1999

Detrick, S., *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child*, Den Haag: Kluwer Law International and Martinus Nijhoff Publishers 1999.

IND 2016

IND, *Protocol Bureau Medische Advisering*, 2016.

INLIA 2017

INLIA, *DT&V laat vreemdelingen dubieuze verklaring tekenen*, 2017.

Jansen 2018

Jansen, M., *Uitgeprocedeerd en ziek: persona non grata*, Medisch contact 2018 nr. 38.

Nationale Ombudsman 2015

Nationale Ombudsman, *Zorg over de grenzen. Rapport naar aanleiding van een klacht over het Bureau Medische Advisering*, Nationale ombudsman 2015.

Peeters 2010

Peeters, M., *Medisch advies in reguliere zaken*, A&MR 2010, nr. 7, 335.

Reneman 2014

Reneman, A., *Mag Nederland ernstig zieke vreemdelingen uitzetten?*, Verblijfblog 2014.

Reneman 2018

Reneman, A., *Identification of asylum seekers with special reception and procedural needs in the Dutch asylum procedure*, VU Migration Law Series 2018 No 16.

Rodrigues & Spronk-van der Meer 2012

Rodrigues, P., Spronk-van der Meer, S., *Gezinslocaties en het recht op gezondheid van minderjarige vreemdelingen*, A&MR 2012, nr. 10.

VN-Kinderrechtencomité 1983

VN-Kinderrechtencomité, *Report of the 1983 open-ended Working group on the Question of a Convention of the Right of a Child*, UN Doc. E CN.4/1983/62.

Werkgroep Kind in azc 2014

Werkgroep Kind in azc, *'Het is hier in één woord gewoon...STOM!'*, 2014.

Werkgroep Kind in azc en het COA 2018

Werkgroep Kind in azc en het COA, *Leefomstandigheden van kinderen in asielzoekerscentra en gezinslocaties*, 2018.

Kamerstukken

Kamerstukken II 2011/12, 29344, 85.

Kamerstukken II 2017/18, 19637, 2435, gewijzigde motie 19637, 2444.

Kamerstukken II 2015/16, 34541, 6.

Kamerstukken II 2017/18, Handelingen 20.

Kamerstukken II 2017/18, Aanhangsel 136.



Colofon

Extra beschermd of extra beschadigd?

Onderzoek naar de leefomstandigheden van kinderen met een handicap in asielzoekerscentra in Nederland

mr. Sander Schuitemaker

mr. Martine Goeman

ISBN 978-90-74270-41-0

Uitgave

Defence for Children

Disclaimer

Aan de informatie en afbeeldingen, zoals die in deze publicatie worden weergegeven, kunnen geen rechten worden ontleend. Ondanks de voortdurende zorg en aandacht die zijn besteed aan de samenstelling van de publicatie en de daarin opgenomen gegevens, geeft de uitgever geen garanties op de volledigheid, juistheid of voortdurende actualiteit van de gegevens, noch van websites die op enigerlei wijze met de publicatie zijn verbonden.

Beeldmateriaal

Shutterstock

Contact

Defence for Children

Postbus 11103

2301 EC Leiden Nederland

Telefoon: +31 (0)71 516 09 80

E-mail: info@defenceforchildren.nl

www.defenceforchildren.nl

Dankwoord

Onze dank gaat uit naar de ouders, kinderen en hulpverleners die hebben meegewerkt aan dit onderzoek en ons zo hartelijk hebben verwelkomd. Onze waardering gaat uit naar artsen die het recht op zorg centraal stellen, ongeacht de verblijfsstatus van de kinderen. Het is indrukwekkend om te zien hoe hulpverleners en de vele vrijwilligers zich ondanks tegenwerkingen blijven inzetten voor kinderen en opkomen voor hun rechten.

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door NSGK. Met steun van NSGK zet de Kinderrechtenhelpdesk zich in voor de rechten van kinderen met een handicap in Nederland.

“Het kan niet dat wij zo’n kind langzaam kapot zien gaan en dat geen enkele overheidsinstantie zijn verantwoordelijkheid neemt en alles probeert af te schuiven op de ouders.” (hulpverlener)

ISBN 978-90-74270-41-0



9 789074 270410 >

