



Statushouders in Hollands Midden

Regionaal Gezondheidsprofiel
2015-2017

Samenstelling:

Stafbureau, GGD Hollands Midden
VNG/GGD-Gezondheidsprogramma Statushouders

Contact:

Annemarie van Dijk, Onderzoeker Publieke Gezondheid
djavandijk@ggdhm.nl
Margreet Bekedam, VNG/GGD-Gezondheid Statushouders
mbekedam@ggdhm.nl

Vormgeving:

Rosa van Dijk

Publicatienummer:

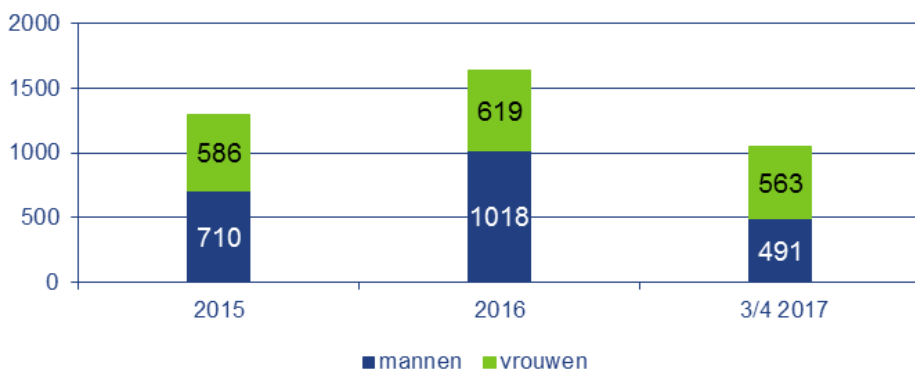
U17084

©November 2017

1. Statushouders in Hollands Midden

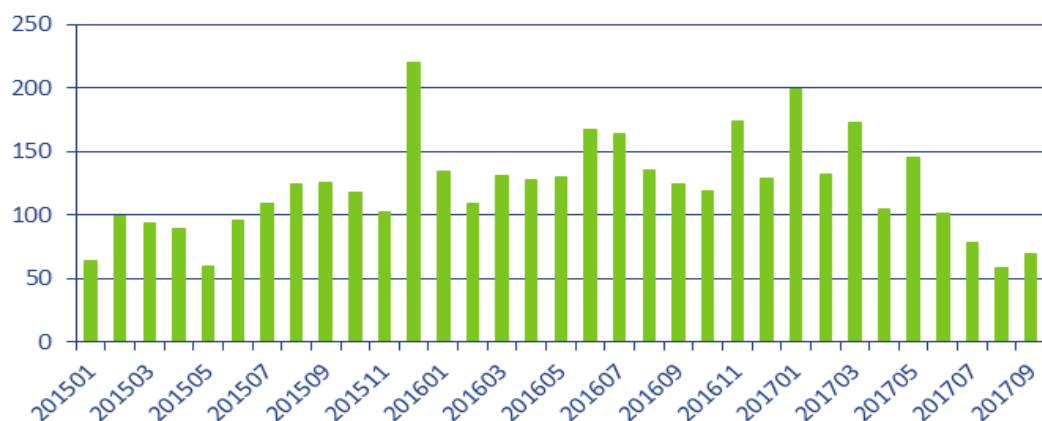
Vanaf 2015 tot en met september 2017 hebben zich bijna 4000 statushouders in de regio gevestigd, waarvan 56% mannen en 44% vrouwen. Dat is een half procent van de huidige bevolking van Hollands Midden. In deze factsheet beschrijven we de samenstelling van deze groep nieuwe inwoners, welke gezondheidsrisico's we bij hen kunnen verwachten en wat dat betekent voor de gezondheidszorg en het sociaal domein.

Grafiek 1: Aantal statushouders in Hollands Midden sinds begin 2015 naar geslacht



De komst in onze regio is geleidelijk gegaan. Per maand kregen gemiddeld 121 nieuwkomers in de regio woonruimte. In de periode januari 2015 tot en met september 2017 zijn een paar maanden waarin meer dan het gemiddelde aantal statushouders zich vestigden. Uitschieters zijn de maanden december 2015 (220) en januari 2017 (199).

Grafiek 2: Aantal gehuisveste statushouders in Hollands Midden per maand



Gezondheid

Gezondheid is een belangrijke determinant voor een goede integratie en participatie in de Nederlandse samenleving. Maar andersom geldt ook dat een optimale integratie en participatie van nieuwkomers bijdraagt aan een betere gezondheid. Vandaar dit gezondheidsprofiel van de statushouders.

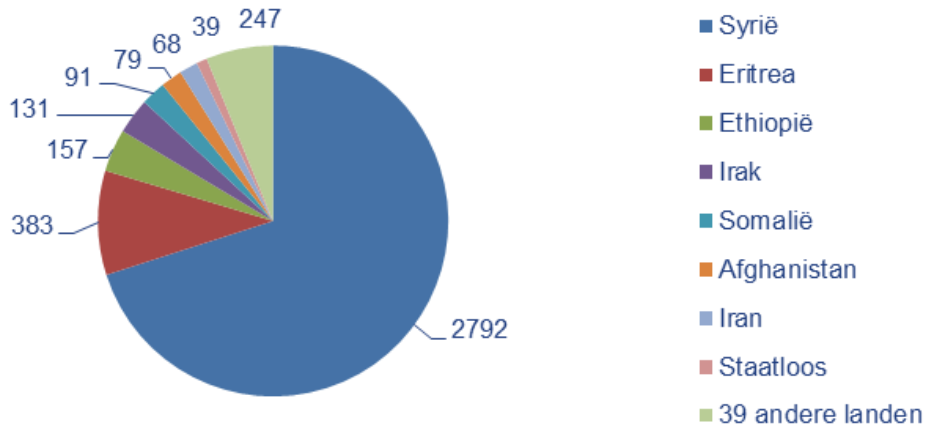
Tussen landen van herkomst van statushouders bestaan (grote) verschillen in het voorkomen van ziekten en in de kwaliteit van de gezondheidszorg. Dit leidt tot verschillen tussen groepen statushouders in gezondheidsproblemen zoals diabetes, overgewicht, tandheelkundige problemen, psychische problematiek, genotmiddelgebruik, specifieke infectieziekten, seksuele gezondheid en/of sociale problemen.

Het is daarom van belang om in beeld te hebben uit welke landen statushouders afkomstig zijn. Daarnaast spelen demografische factoren een rol, zoals leeftijd, gezinssituatie en opleidingsniveau. Het in kaart brengen van kenmerken van statushouders geeft richting aan de behoefte aan (preventieve) gezondheidszorg.

Land van herkomst

In 2016 vroegen ruim 31.600 mensen in Nederland asiel aan. Daarvan was een derde afkomstig uit Syrië¹. In onze regio komt het overgrote deel van de statushouders uit Syrië (70%), gevolgd door Eritrea (10%), Ethiopië (4%), Irak (3%), Somalië, Afghanistan en Iran (2%). De overige 247 nieuwe inwoners komen uit 39 andere landen (5%) of zijn staatloos (1%).

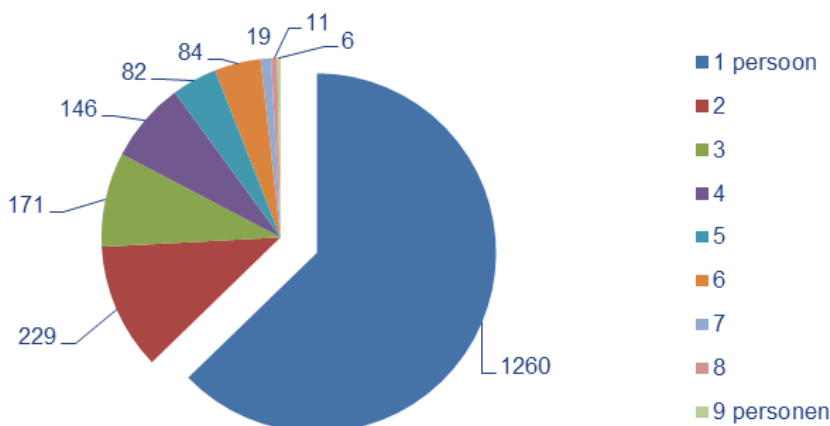
Figuur 1: Aantal statushouders in Hollands Midden naar land van herkomst



Gezinssituatie en Nareizen

Van de 3987 statushouders is bijna een derde (32%) alleenstaand. Acht op de tien alleenstaanden zijn mannen. Zes op de tien alleenstaanden zijn jonger dan 30 jaar. Het percentage alleenstaande huishoudens is 63% van het totaal aantal huishoudens (2008). In de overige 748 huishoudens wonen twee tot maximaal negen gezinsleden per huishouden. De helft van de statushouders is een nareiziger. Acht van de tien nareizigers komen uit Syrië. Zes van de tien zijn vrouw en twee derde van de nareizigers is jonger dan 20 jaar.

Figuur 2: Aantal huishoudens van statushouders Hollands Midden naar aantal bewoners



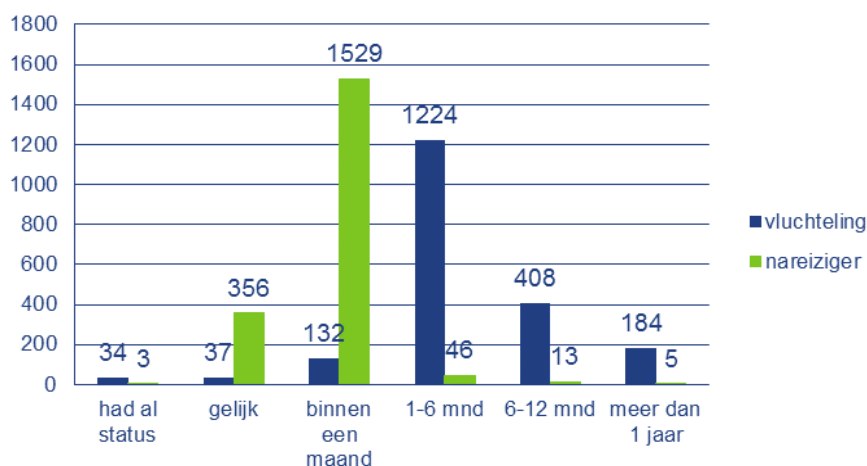
In algemene zin is een statushouder minder kwetsbaar als hij/zij niet alleenstaand is, maar de steun heeft van een gezin of ander sociaal netwerk. Alleenstaanden met een minder groot sociaal netwerk lopen grotere risico's op gezondheidsproblemen, met name psychische problematiek, waardoor zij minder goed zullen kunnen integreren. AMV-ers (alleenstaande minderjarige vluchtelingen) en jong volwassenen vormen een extra risicogroep. Ook al vallen AMV-ers in Nederland onder een voogdijregeling, zij ontberen immers een ouder gezinslid dat voor hen kan zorgen.

¹<https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2159181-feiten-en-cijfers-over-immigratie-in-nederland.html>

Tijdsperiode tot het verkrijgen van een status

Voor de nieuwkomers die zelf naar Nederland zijn gevlucht (2027) geldt dat van acht niet bekend is hoeveel tijd er verlopen is tussen het aankomen in Nederland en het verkrijgen van een status, 34 vluchtelingen hadden al een verblijfsstatus voordat zij in Nederland aankwamen en 37 kregen hun verblijfsstatus op het moment dat zij in Nederland aankwamen. Voor de overige 1948 vluchtelingen (blauw) geldt dat zij gemiddeld zeven maanden hebben moeten wachten tussen hun aankomst in Nederland en hun statushouderschap. 184 vluchtelingen hebben langer dan een jaar moeten wachten. De gemiddelde wachttijd voor vluchtelingen in 2015 was 7,4 maand. In 2016 was de wachttijd gemiddeld 6,1 maand en in 2017 bedroeg deze 7,0 maand.

Grafiek 3: Tijdsduur tussen aankomst in Nederland en het verkrijgen van verblijfsstatus voor vluchtelingen en nareizigers.

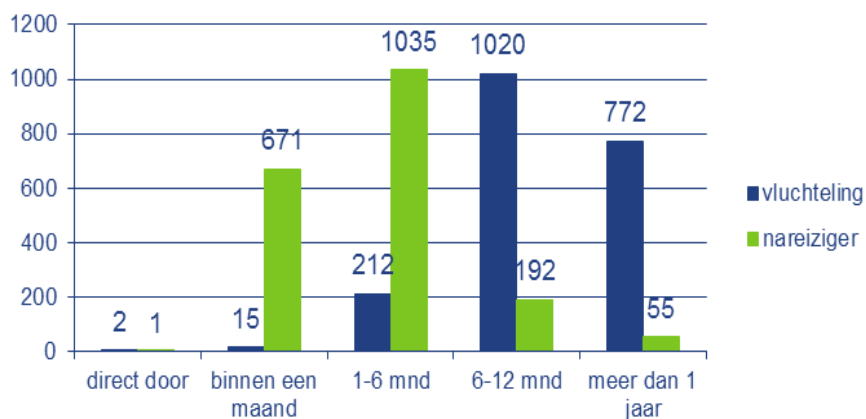


Hoe korter de verblijftijd in een AZC hoe hoger de kans op een optimale integratie en participatie en daarmee op een betere gezondheid. Het fenomeen zit 'm in de mentale veerkracht; het uitzicht op het opbouwen van een nieuw bestaan in Nederland werkt bevorderend op de gezondheid en verkleint het gezondheidsrisico voor de kinderen in dat gezin.

Tijdsperiode tot het verkrijgen van een woning

Vluchtelingen wachtten in de afgelopen jaren gemiddeld dertien maanden op woonruimte in de regio. Voor nareizigers is dit gemiddeld drie maanden. De gemiddelde wachttijd voor een woonruimte in de regio was in 2015 acht maanden, in 2016 negen maanden en in 2017 zeven maanden. Dit geldt voor vluchtelingen en nareizigers samen. Meer dan een derde van de vluchtelingen heeft langer dan een jaar in een AZC gewoond, maar ook onder nareizigers geldt dat 55 van hen langer dan een jaar op woonruimte hebben gewacht.

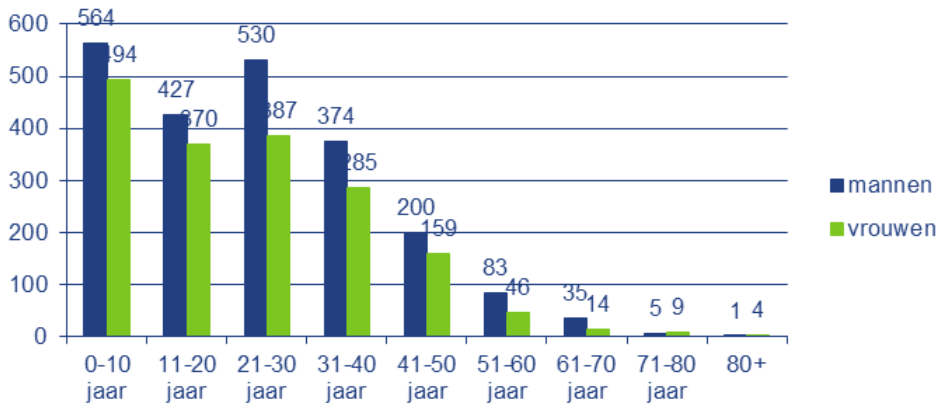
Grafiek 4: Verblijfsperiode in AZC voor vluchtelingen en nareizigers



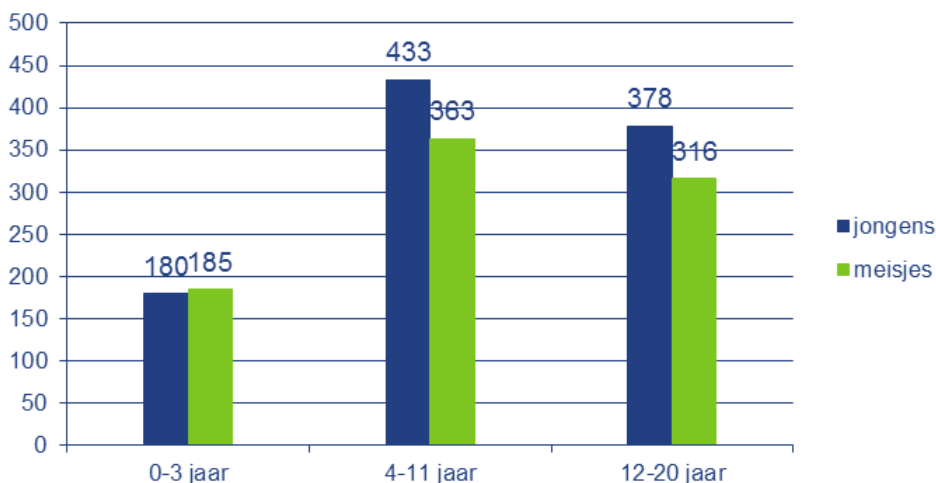
Leeftijdsopbouw

Bijna de helft van de statushouders in de regio is jonger dan 21 jaar. Vooral in de leeftijdsgroep 21-30 jaar zijn meer mannen dan vrouwen in de regio komen wonen, maar ook onder jongeren onder de 21 jaar zijn meer jongens dan meisjes.

Grafiek 5: Aantal statushouders in Hollands Midden naar leeftijd en geslacht.



Grafiek 6: Aantal kinderen met verblijfsstatus in Hollands Midden naar leeftijd en geslacht



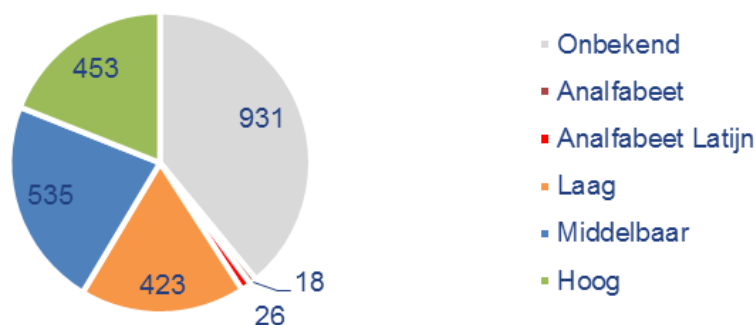
Een op de vijf kinderen gaat nog niet naar school omdat het jonger dan vier jaar is. Vier op de tien gaan naar het basisonderwijs. Twee derde van de kinderen van 20 jaar of jonger is nareiziger. Een kwart van de kinderen (0-20 jaar) heeft minder dan een maand in een AZC gewoond. De meesten wonen daar één tot zes maanden. Vooral onder 12-20 jarigen is de tijd die zij doorbrengen in een AZC lang; 45% woont daar langer dan een half jaar en één op de vijf langer dan een jaar.

De populatie nieuwkomers is relatief jong en dat is een bevorderende factor voor een goede integratie en daarmee op gezondheid. Jong volwassenen met een middelbare tot hoge opleiding hebben de beste vooruitzichten. Dat geldt echter in mindere mate voor AMV-ers, zij hebben het vaker extra moeilijk.

Opleidingsniveau

Vanaf 18 jaar wordt het opleidingsniveau geregistreerd. Van de groep (N=2386) is bij 39% het opleidingsniveau onbekend. Een kleine groep is analfabeet of is niet bekend met het Latijnse schrift. Van de 18+ inwoners van wie het opleidingsniveau bekend is, heeft bijna een derde een lage opleiding of is analfabeet (Latijnse schrift) (32%), ruim een derde heeft een middelbare opleiding (37%) en bijna een derde een hogere opleiding (31%).

Figuur 2: Aantal volwassen statushouders Hollands Midden naar opleidingsniveau



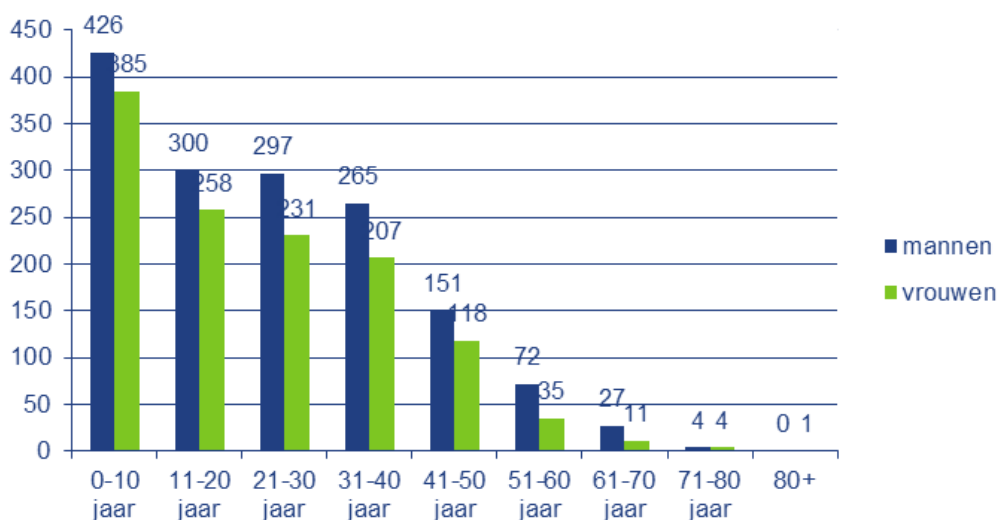
Het opleidingsniveau is een goede voorspeller voor integratie in de Nederlandse samenleving en daarmee voor gezondheid; hoe hoger de opleiding, hoe beter de kansen op een goede gezondheid.

2. Syrië

De grootste groep nieuwkomers komt uit Syrië. In 2015 was dat 68%, in 2016 was dat 70% en in 2017 is dit vooralsnog gestegen tot 73% van alle nieuwkomers. Ook voor Syrische nieuwkomers geldt een 55/45% man/vrouw verhouding.

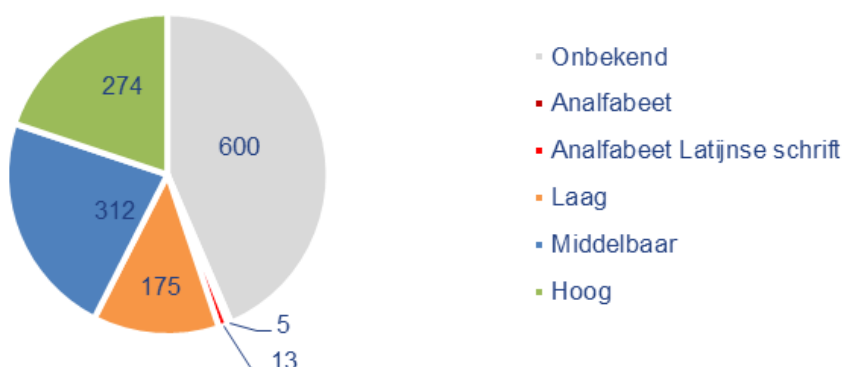
Syriërs zijn op de vlucht voor de burgeroorlog, het regime van president Assad en de strijd met de terreurgroep Islamitische Staat. Voorafgaand aan het conflict was Syrië een 'middle income country' met een redelijk goed onderwijs- en zorgsysteem. 97% van de kinderen ging naar de basisschool en 67% naar de middelbare school².

Grafiek 7: Aantal Syrische statushouders in Hollands Midden naar leeftijd en geslacht.



Onder de Syrische nieuwkomers zijn naar verhouding meer kinderen dan bij de nieuwkomers uit andere landen; 49% is 20 jaar of jonger. Ruim 600 kinderen uit Syrië hebben vanaf 2015 een plekje gekregen op een van de basisscholen in de regio. Onder de Syriërs zijn relatief veel nareizigers (55%). Van 43% van de 18+ Syriërs is het opleidingsniveau onbekend. Onder de Syrische nieuwkomers, waarvan het opleidingsniveau bekend is, zijn relatief weinig laag opgeleiden (25%) en veel middelbaar (38%) en hoog opgeleiden (36%). Onder de Syrische statushouders is 26% alleenstaand, ten opzichte van 45% bij de statushouders uit andere landen.

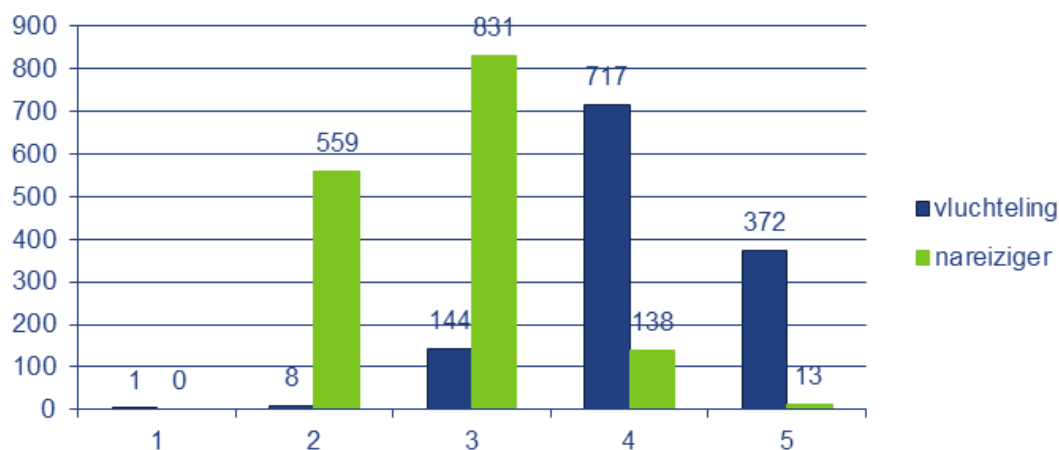
Figuur 3: Aantal volwassen Syrische statushouders in Hollands Midden naar opleidingsniveau



²Pharos

Van alle nieuwkomers maken Syriërs het vaakst gebruik van gezinshereniging, 55% is nareiziger ten opzichte van 35% van de andere statushouders. De gemiddelde wachttijd op een woonruimte voor Syrische vluchtelingen is tien maanden. Dat is zeven maanden minder dan de wachttijd voor vluchtelingen uit andere landen. De verklaring hiervoor is dat de meeste Syriërs in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning. De wachttijd op woonruimte voor nareizigers uit Syrië is tweeëneenhalve maand.

Grafiek 8: Verblijfsperiode in AZC voor Syrische vluchtelingen en nareizigers

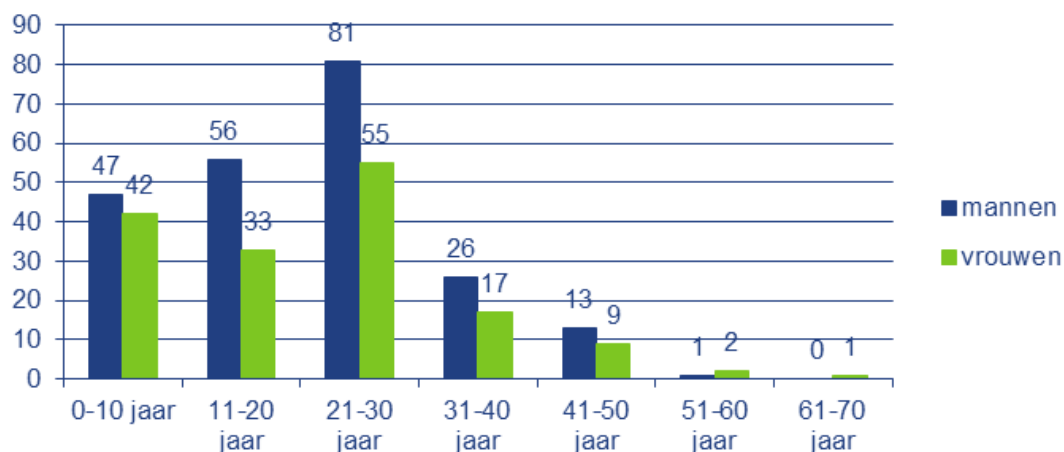


In algemene zin kan men zeggen dat de integratie en participatie van Syriërs een goede kans van slagen heeft. Dat geeft hen ook een goed perspectief op een betere gezondheid. Dat geldt zeker voor Syriërs met een hogere opleiding, die al een andere taal kennen met een Latijns schrift, en voor hen met een relatief stabiele gezinssituatie (nareizigers).

3. Eritrea

Een op de tien statushouders in Hollands Midden komt uit Eritrea, in totaal over de periode 2015 tot en met september 2017 betreft dat 383 statushouders. In 2015 kwam nog een op de acht uit Eritrea, maar het aandeel is gedaald door de toename van Syrische nieuwkomers. In 2017 zijn nog 80 Eritreeërs in de regio gehuisvest. Onder de Eritreeërs zijn meer mannen dan vrouwen; 58% versus 42%.

Grafiek 9: Aantal Eritrese statushouders in Hollands Midden naar leeftijd en geslacht.



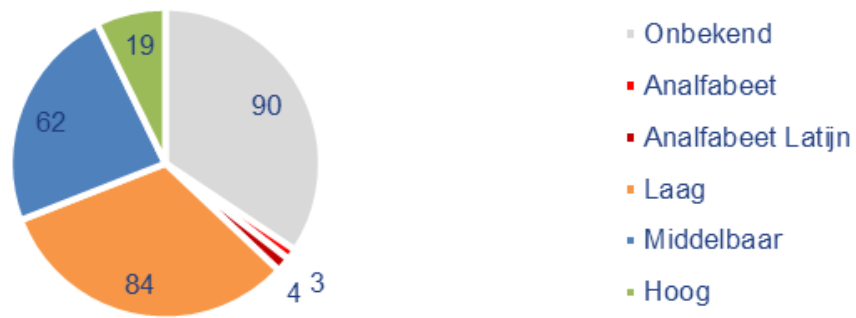
Ruim 40% van de Eritreeërs valt in de leeftijdsgroep 18 t/m 26 jaar. Onder de Eritrese statushouders is 54% alleenstaand, ten opzichte van 29% bij de statushouders uit andere landen. Onder Eritreeërs zijn met name meer mannen dan vrouwen bij de genoemde groep 'alleenstaande jong volwassenen' (72% versus 28%). Bijna 42% is nareiziger.

Ongeveer 66 kinderen uit Eritrea zijn vanaf begin 2015 op de basisschool terecht gekomen. Naar verhouding zijn Eritrese kinderen al wat ouder als ze in Nederland komen, 46% is 12 tot en met 20 jaar. Een groot deel van de volwassen Eritrese nieuwkomers heeft een lage opleiding. Van de groep waarvan het opleidingsniveau bekend is, is dat 53%. 36% heeft een middelbare opleiding en slechts 11% een hoge opleiding.

Het relatief lage opleidingsniveau heeft twee oorzaken. Veel alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV) hebben lange tijd doorgebracht in vluchtelingenkampen waardoor zij geen onderwijs hebben kunnen volgen. Ook is bekend dat het in Eritrea voor jongeren moeilijk is/was om toegang te krijgen tot het voortgezet onderwijs, mede door de slechte financiële situatie van gezinnen.

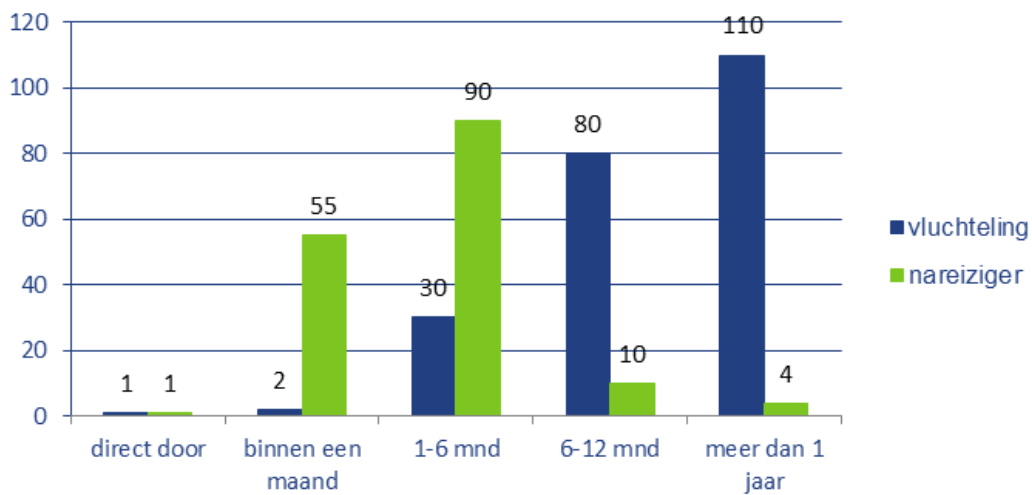
In algemene zin kan men zeggen dat Eritreeërs meer moeite zullen hebben met integratie en participatie dan vluchtelingen afkomstig uit Syrië. Eritrea heeft een grote afstand tot de Nederlandse samenleving wat betreft taal, opleiding, culturele aspecten, werkervaring. Zij zijn door hun ervaringen in het totalitaire regime vaak meer zorg mijdend en wantrouwend naar autoriteiten. Hierdoor is er een grotere kans dat zij ook bij zorgprofessionals niet in beeld komen. Dit alles maakt de groep Eritrese statushouders meer kwetsbaar dan anderen. Dat geldt in het bijzonder voor AMV-ers en jong volwassenen.

Figuur 4: Aantal volwassen Eritrese statushouders in Hollands Midden naar opleidingsniveau



91% van de Eritreeërs heeft direct of binnen een maand een verblijfsstatus. Dat is meer dan onder de overige nieuwkomers. Gemiddeld wachten Eritrese vluchtelingen dertien maanden op woonruimte en Eritrese nareizigers tweeënehalve maand.

Grafiek 10: Verblijfsperiode in AZC voor vluchtelingen en nareizigers



4. Aandachtspunten voor gezondheid, welzijn en zorg

Gezondheidszorgsysteem

Het Nederlandse systeem van gezondheidszorg is uniek. Vooral de huisarts als 'poortwachter' in de eerste lijn is een onbekend fenomeen. In de meeste landen gaat men direct naar een ziekenhuis of specialist. Nieuwkomers krijgen in het AZC hierover wel informatie om hen voor te bereiden op huisvesting in een gemeente, maar dat is vaak onvoldoende.

Huisarts en tandarts

Bij vestiging in een gemeente moet in het traject van maatschappelijke begeleiding er op toegezien worden dat elke statushouder wordt ingeschreven bij een 'eigen' huisarts en tandarts. Voor een goed onderling begrip tussen statushouder en huisarts zal vaak de inzet van een tolk noodzakelijk zijn. Huisartsen krijgen de inzet van een tolk voor een half jaar vergoed, gerekend vanaf het eerste consult. Inzet van (minderjarige) kinderen als vertaler is geen goed idee: zij dragen vaak op jonge leeftijd al veel verantwoordelijkheid en moeten niet extra belast worden met de zorgen van hun ouders.

Mentale veerkracht en psychische klachten

Vrijwel alle statushouders hebben een verhoogd risico op stress en psychische klachten. Dat komt deels door ervaringen in het land van herkomst en/of tijdens de vluchtroute. Maar ook stress door moeilijke integratie maakt hen mentaal minder veerkrachtig. Optimaliseren van de psychische gesteldheid kan laagdrempelig plaatsvinden door alle betrokkenen; neem hun verhaal serieus, blijf luisteren en aandacht geven, zorg voor sociale steun en optimale participatie. De reguliere hulp via sociaal team, maatschappelijk werk en eventueel via de huisarts naar POH-GGZ is voor statushouders vaak een brug te ver en zij moeten daarbij geholpen worden. Aanbieders van nulde en eerstelijnszorg worden zich langzaam bewust van de noodzaak om een cultuursensitief en laagdrempelig aanbod te ontwikkelen. Kinderen in een gezin zijn extra kwetsbaar als de mentale veerkracht van hun ouders/verzorgers te wensen overlaat. Zo'n 10% van de statushouders heeft vanwege ernstiger psychische problematiek niet genoeg aan nulde of eerstelijns hulp; voor hen is gespecialiseerde tweede of zelfs derdelijns GGZ noodzakelijk.

Sluitend netwerk van zorgaanbieders en sociaal domein

Een goed sluitend netwerk van zorgaanbieders en het sociaal domein is vooral voor statushouders onontbeerlijk; alleen op die manier zullen zij terecht komen bij de juiste hulp en ondersteuning en daar ook daadwerkelijk gebruik van kunnen maken.

Mondgezondheid

Nagenoeg alle statushouders hebben achterstallig onderhoud van hun gebit en voor hen is daarom extra mond-zorg nodig. Voor minima, waaronder statushouders, moet dit opgenomen zijn in de gemeentelijke collectieve zorgpolis. Statushouders moeten hierop attent gemaakt worden met uitleg over welke tandzorg wel en niet vergoed wordt. Tandartsen en mondhygiënist(en) zullen meer tijd moeten nemen voor voorlichting over mondgezondheid.

Infectieziekten, vaccinaties en TBC

Infectieziekten komen onder statushouders niet noemenswaardig veel vaker of anders voor dan onder de rest van de bevolking. Individuele casuïstiek wordt meestal via de reguliere kanalen, met name door huisartsen, behandeld. Syrië kent een goed vaccinatieprogramma gebaseerd op de aanbevelingen van de WHO. De meeste Syrische kinderen zijn dan ook conform het schema ingeënt ook al hebben ze geen vaccinatieboekje meer. Voor kinderen uit Eritrea en andere (Afrikaanse) landen kan dat anders liggen. De Jeugdgezondheidszorg verricht bij elk nieuwkomer gezin met kinderen een intake, waarbij een inschatting gemaakt wordt van de vaccinatiestatus.

Lichte alertheid is geboden voor TBC: In Syrië komt dit niet endemisch voor en Syriërs worden dan ook niet gescreend bij binnenkomst in Nederland. Vluchtelingen uit andere landen worden wel gescreend. Als zij een verblijfsstatus krijgen en in gemeenten worden gehuisvest, moeten vaak nog vervolgscreeningen plaatsvinden.

Seksuele gezondheid, Soa en Aids

Onder jonge Eritreeërs is kennisachterstand omtrent seksualiteit en geboortezorg. De afstand tot de Nederlandse cultuurspecifieke waarden en normen hieromtrent is bij deze groep relatief groot. Hiv en andere seksueel overdraagbare aandoeningen komen onder Eritreeërs vaker voor. Dat geldt ook voor tiener- en ongewenste zwangerschappen en abortus. Gerichte voorlichting over seksuele gezondheid is noodzakelijk.

Genotmiddelen; alcohol, roken en drugs

Er is nog niet veel bekend over het gebruik van genotmiddelen onder statushouders. Het aloude beeld dat alcoholgebruik onder hen matig is, lijkt niet langer reëel. De verwachting is helaas dat het genotmiddelengebruik toe zal nemen naarmate integratie en participatie moeizamer en langduriger verlopen. Bekend is dat relatief veel Syrische mannen roken. Algemene Stoppen-met-roken cursussen of begeleiding zijn vanwege de taalbarrière niet geschikt.

Overgewicht, hart- en vaatzieken en diabetes

Voor 'welvaartsziekten' geldt helaas een vergelijkbaar beeld. Nederland heeft een overvloedig aanbod van goedkoop ongezond voedsel. Ook voor statushouders geldt dat een relatief ongezondere leefstijl, waaronder ongezonde voeding en weinig beweging, een verhoogd gezondheidsrisico met zich mee brengt. Van Syriërs is bekend dat op lange termijn diabetes vaker voorkomt. Bij Syriërs en bij jeugdige statushouders zal ook overgewicht vaker voorkomen. Extra inzet op meer bewegen en gezonde voeding, zowel voor volwassenen als voor jeugdigen, is dus noodzakelijk.

Positieve Gezondheid

Het concept van Positieve Gezondheid onderscheidt zes dimensies van gezondheid, die alle bijdragen aan het ervaren van een goede of minder goede gezondheid; lichamelijk functioneren, mentale functies en –beleving, zingeving, kwaliteit van leven en welbevinden, sociaal maatschappelijke participatie en het dagelijks functioneren. Het verbeteren van een minder goed ervaren gezondheid kan dan ook op verschillende terreinen bereikt worden, afhankelijk van iemands persoonlijke situatie. Voor een optimale integratie en participatie wordt aangeraden (door middel van focusgroepen) in gesprek te gaan met statushouders. Hierdoor kan de zorgbehoefte specifiek in kaart worden gebracht.

Gelukkig beschikken de meeste vluchtelingen over een grote veerkracht en groot incasseringsvermogen. De relatief jonge groep is redelijk gezond en wil graag iets van zijn/haar leven maken. Belangrijk is dat statushouders zo snel mogelijk een perspectief voor ogen hebben en kunnen meedoen in onze maatschappij. Hierop is inzet nodig van alle betrokkenen: (zorg-)professionals, sociale wijkteams en vrijwilligers. Voor kinderen geldt dat een positieve schoolervaring een belangrijke bevorderende factor is voor gezondheid. En voor de ouders geldt dan weer dat als de kinderen het goed doen, dat een positieve weerslag heeft op hun ouders.

Al met al blijkt dus dat voor het bevorderen van gezondheid van de kwetsbare groep statushouders vaak aan andere 'knoppen' gedraaid moet worden dan aan die van de gezondheidszorg alleen; onderwijs, opleiding, sociale steun, beheersing van de Nederlandse taal, (werk)ervaring, sociaal domein zijn minstens net zo belangrijk!

5. Uit de praktijk

Medewerkers van de jeugdgezondheidszorg hebben contact met kinderen van 0-4 jaar en hun ouders en met oudere kinderen tot 19 jaar, meestal zonder ouders. Zo ook bij de kinderen die van ver komen, die in AZC's wonen of die statushouder zijn geworden en wonen in een van de gemeenten van de regio. Tijdens de contacten valt op dat deze kinderen relatief veel visuele en ook gebitsproblemen hebben, laatste vooral omdat hun land van herkomst geen preventieve tandzorg kent. Ook houding- en/of rugklachten worden veel gesignaleerd. Daarnaast zien zij kinderen met gehoorschade, mogelijk als gevolg van meegemaakte bombardementen. De meeste kinderen hebben geen zwemonderwijs gehad, waardoor verdrinking een serieus risico is.

Ouders van jonge kinderen geven aan behoefte te hebben aan opvoedondersteuning. Hun situatie heeft er voor gezorgd dat alle energie is gegaan naar overleven, wennen aan een nieuwe omgeving, de taal leren en zorgen voor een bestaan, waardoor aandacht voor het opvoeden van hun kinderen naar de achtergrond ging. De wat oudere kinderen geven aan slecht te slapen. Daarbij speelt het gebruik van de smartphone een grote rol. De smartphone is het lijntje met familie in het land van herkomst, maar ook een hulpmiddel om de Nederlandse taal te oefenen.

Medewerkers van de jeugdgezondheidszorg zien bij kinderen vanaf 12 jaar en ouder meer obesitas. Mogelijke oorzaken daarvan zijn ongezonde (zoete) eet- en drinkgewoonten, te weinig beweging of een combinatie daarvan. Voor deze kinderen is het moeilijk om een goede sport te vinden.

Veel jonge Afrikaanse meisjes, waaronder meisjes uit Eritrea, zijn besneden. De professionals merken dat het voor die meisjes moeilijk is om daar over te praten. Daarnaast bestaat het vermoeden dat velen onderweg, vaak via Soedan, zijn mishandeld of misbruikt. Maar ook dat zijn onderwerpen die vanzelfsprekend niet gemakkelijk bespreekbaar zijn, maar die wel veel impact hebben.

De consequentie van bovengenoemde gezondheidsrisico's is dat meer en intensiever contact nodig is voor deze kinderen. Zo zou bij statushouders een extra huisbezoek kunnen helpen met specifieke opvoedvragen in hun vertrouwde omgeving. Daarnaast is behoefte aan extra inzet op zwemlessen en sport via bijvoorbeeld minimabeleid van gemeenten. Psychische problematiek lijkt vooralsnog niet alarmerend, maar wordt mogelijk onderdrukt door de waan van de dag, het zoeken naar rust in een veilige omgeving en het taboe dat op sommige onderwerpen rust.