

Multidisciplinaire richtlijn Medisch en psychosociaal nieuwkomersonderzoek vluchtelingenkinderen

december 2019

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

IN SAMENWERKING MET

Actiz

Centraal Orgaan Asielzoekers

Dokters van de Wereld

GGD-GHOR Nederland

Jeugdbescherming voor vluchtelingen

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde

Kwaliteit & Zorg GezondheidsZorg Asielzoekers

LOWAN Primair onderwijs

LOWAN Voortgezet onderwijs

Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlands Instituut van Psychologen

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Nederlandse Vereniging voor Parasitologie

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg

Pharos Expertise Centrum Gezondheidsverschillen

Platform Syriërs Gezond

Stichting Kind en Ziekenhuis

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

VluchtelingenWerk Nederland

FINANCIERING

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Colofon

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN MEDISCH EN PSYCHOSOCIAAL NIEUWKOMERSONDERZOEK
VLUCHTELINGENKINDEREN
© 2019

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
088 282 3306
nvk@nvk.nl
www.nvk.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave

Samenstelling van de werkgroep	4
Samenvatting.....	6
Nieuwkomersonderzoek.....	9
1 Anamnese	9
2 Aanbevolen bloedonderzoeken per regio	11
3 Psychosociaal onderzoek	13
Algemene inleiding.....	14
Module 1 Medisch onderzoek.....	28
Module 2 Psychosociaal onderzoek.....	52
Bijlage 2.1 Betrokken organisaties	67
Module 3 Uitvoering nieuwkomersonderzoek.....	68
Module 4 Kwaliteit van zorg: cultuursensitief werken en continuïteit van zorg	78
Bijlage 1 Afkortingen	88
Bijlage 2 Definities.....	89
Bijlage 3 Een onverzekerd kind op uw spreekuur: het stappenplan	90
Bijlage 4 Tabel systematische review medische screening vluchtelingenkinderen.....	95
Bijlage 5 Quality table systematic review medical screening of refugee children	111
Bijlage 6 Criteria van Junger en Wilson.....	113
Bijlage 7 Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg voor asielzoekerskinderen 0 tot 18 jaar	114
Bijlage 8 Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES)-13, kindversie	117
Bijlage 9 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	119
Bijlage 10 Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL)	121

Samenstelling van de werkgroep

Werkgroep

- Albertine Baauw, kinderarts en Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde, voorzitter werkgroep Vluchtelingenkinderen, Sectie International Child Health, namens NVK
- Dr. Joana Kist-van Holthe, kinderarts, vicevoorzitter werkgroep tot 1 september 2018, namens NVK
- Daniëlle Kornet-van der Aa, ontwikkelingspsychologe en onderzoeker, Amsterdam UMC, locatie VUmc, vanaf 1 september 2018, namens NVK
- Monique Suijker, kinderarts-hematoloog, namens NVK
- Bernice Samson/Marianne Begemann, jeugdarts, namens AJN Jeugdartsen Nederland
- Said Hamed, huisarts, namens NHG
- Dr. Irma Hein, kinder- en jeugdpsychiater, namens NVvP
- Dr. Anna de Haan, psychologe, namens Pharos Expertise Centrum Gezondheidsverschillen
- Carina Tap, verpleegkundig specialist, namens V&VN

Klankbordgroep

- Joan Kooren, Beleidsregisseur gezondheidszorg, namens Centraal Orgaan Asielzoekers
- Gerrienne Smits, verpleegkundige, MSc Culturele antropologie, namens Dokters van de Wereld
- Prof. dr. Michael Boele van Hensbroek, kinderarts-infectioloog, namens Global Child Health
- Nannah Tak, epidemiologisch onderzoeker, namens GGD-GHOR Nederland
- Mathijs Hoogstad, NIDOS, namens Jeugdbescherming voor vluchtelingen
- Puck van Meurs, tandarts-pedodontoloog, namens KNMT
- Gré van Gelderen, huisarts, namens Kwaliteit & Zorg GezondheidsZorg Asielzoekers
- Boudien Bakker, namens LOWAN-PO
- Nettie Udo, namens LOWAN-VO
- Rob Jansen, huisarts, namens NHG
- Ada Korstanje, Psycholoog, namens NIP
- Marlies Mensen, longarts, namens NVALT
- Dr. Henriette Scherpbier, kinderarts (hiv), namens NVK
- Dr. Janneke Zant, namens NVKC
- Edmée Bowles, arts-microbioloog, namens NVMM
- Eveline Melman, AIOS, namens NVOG
- Yadira Roggeveen, AIOS, Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropische Geneeskunde (AIGT), onder supervisie van Marcus Rijken, gynaecoloog Amsterdam AMC, Assistant professor Julius Global Health UMC Utrecht, namens NVOG
- Prof. dr. Joop de Jong, psychiater, namens NVvP
- Dr. Katinka Haar, kinder- en jeugdpsychiater, namens NVvP
- Marjolein van Duijl, psychiater, namens NVvP
- Maher Abouzaid, kinderarts uit Syrië en sleutelpersoon gezondheid statushouders, namens Platform Syriërs Gezond
- Hester Rippen, namens Stichting Kind en Ziekenhuis
- Ingrid Brokx, verpleegkundig specialist jeugd, namens V&VN
- Wilbert Nuij, Verpleegkundig Specialist GGZ, namens V&VN
- Ariane den Uyl, namens VluchtelingenWerk Nederland
- Prof. dr. Geert Tom Heikens, emeritus hoogleraar Kindergeneeskunde & Jeugdgezondheidszorg, College of Medicine, University of Malawi, op persoonlijke titel
- Jean Kuzam, sleutelpersoon gezondheid statushouders, kinderarts uit Syrië, op persoonlijke titel

Overige partijen

- Angela Bransen, namens Actiz
- Foekje Stelma, namens NVP
- NVTG

Met ondersteuning van

- Diana Geraci, onderzoeker/senior projectleider Vrouwelijke Genitale Verminking, namens Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen
- Lina Khatib, sleutelpersoon gezondheid statushouders, kinderpsychologe uit Syrië, op persoonlijke titel als vertegenwoordiger van de doelgroep

Samenvatting

Wat is het meest geschikte evidence-based medisch nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen?

Artsen, verpleegkundigen en ketenpartners dienen zich ervan bewust te zijn dat er gezondheidsverschillen kunnen bestaan tussen vluchtelingenkinderen en in Nederland geboren kinderen.

Het nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen is gericht op vroeg signaleren, doorverwijzen en normaliseren op de volgende gebieden:

1. anemie en genetische aandoeningen van de rode bloedcellen;
2. infectieziekten en vaccinatiestatus;
3. ontwikkeling, groei, voeding en micronutriënt deficiënties;
4. niet overdraagbare aandoeningen en chronische ziekten.

Vluchtelingenkinderen hebben verhoogde gezondheidsrisico's, waardoor het verrichten van aanvullend onderzoek geïndiceerd is.

Laat alle vluchtelingenkinderen in het kader van het nieuwkomersonderzoek standaard een bloedonderzoek ondergaan afhankelijk van de regio van herkomst en standaard psychosociale testen doen.

Wat is het meest geschikte evidence-based psychosociaal nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen?

Psychosociale problemen: fasering

Vluchtelingenkinderen hebben een verhoogde prevalentie van psychosociale problemen.

Versterk de veerkracht van de vluchtelingenkinderen volgens de interventiepiramide. Hierin zijn de publieke gezondheidszorg, basale behoeften, sociaal-maatschappelijke steun, herstel van dagelijkse routine, schoolgang en zinvolle bezigheden van belang.

Psychosociale problemen: signaleren

Bij problemen met gedrag en functioneren is eerst een gerichte anamnese op zijn plaats. Bij uitvragen van meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen wordt de SLE aanbevolen. Beschermende en risicofactoren dienen in kaart te worden gebracht, waarna kan worden ingeschat op welke gebieden ondersteuning nodig is. De CRIES-13 wordt aanbevolen voor screening op PTSS-klachten, de OBV voor opvoedingsstress bij ouders en de SDQ voor breder psychosociaal functioneren en gedragsproblemen.

Psychosociale problemen: Interventies

Psycho-educatie en acute stress verminderen zijn de eerste stappen.

Als psychische klachten het functioneren belemmeren en na vier weken niet verminderen, dient verwezen te worden naar specialistische jeugdhulp voor diagnostiek en behandeling.

Evidence-based behandelingen voor trauma gerelateerde klachten (EMDR, TF-CBT, KidNET) en andere psychopathologie zijn beschikbaar bij (specialistische) jeugd-GGZ. Voorwaarde voor een traumabehandeling is niet dat de situatie volledig gestabiliseerd is, wel dienen dezelfde behandelopties te worden aangeboden als bij reguliere patiënten.

Wie kan het aanvullende nieuwkomersonderzoek het beste uitvoeren?

Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden, dient onderscheid gemaakt te worden tussen:

1. asielzoekerskinderen die verblijven op een COA-opvanglocatie (zij vallen onder de verantwoordelijkheid van het COA en het Ministerie van justitie en veiligheid (J&V));
2. vluchtelingenkinderen met een status die korter dan zes weken in een COA-opvanglocatie zijn geweest of direct zijn ingestroomd in de gemeente als gevolg van gezinshereniging, zij vallen onder de reguliere zorg;
3. ongedocumenteerde vluchtelingenkinderen, zij vallen onder de reguliere zorg.

Kinderen in de asielprocedure krijgen na aankomst in Nederland een intake door de JGZ. JGZ verwijst vluchtelingenkinderen naar de GZA-arts of specialist voor aanvullende diagnostiek. De GZA-arts wordt regievoerder.

Vluchtelingenkinderen die niet binnen de asielprocedure vallen, een deel van de nareizigers die direct de gemeente binnenstromen, uitgenodigde vluchtelingen en ongedocumenteerde kinderen krijgen niet allemaal standaard een nieuwkomersonderzoek.

Deze vluchtelingenkinderen worden verwezen naar de reguliere JGZ, zodat het nieuwkomersonderzoek kan worden opgestart.

Zolang het aanvullend onderzoek nog niet is vastgelegd in de werkafspraken, kan ook kinderarts het nieuwkomersonderzoek opstarten. Bijvoorbeeld als een kind al in kaart is bij de specialist.

Hoe, door wie en op welke wijze kan de kwaliteit van zorg voor vluchtelingenkinderen het beste worden gewaarborgd?

Subvragen:

- Hoe kan het cultuursensitief werken worden versterkt?
- Hoe kan de continuïteit van de zorg voor vluchtelingenkinderen het beste georganiseerd en gewaarborgd worden?

Transculturele aspecten: culturele sensitiviteit

Alle zorgverleners en jeugdprofessionals dienen op een cultuursensitieve wijze om te gaan met vluchtelingenkinderen. Dit houdt in dat er een bejegening en attitude is met respect, interesse en belangstelling, een zelfbewustzijn van de eigen cultuur en ervaring met omgaan van mensen met andere culturele achtergronden.

Culturele aspecten: opleiding (zorg)professionals

Cultuursensitief werken dient een onderdeel te zijn van de opleiding van (zorg)professionals. Cultuursensitief werken dient terug te komen in opleidingsplannen.

Taalbarrière en inzet van tolken

Alle zorgverleners en ketenpartners dienen in de communicatie met vluchtelingenkinderen en hun ouders zo veel mogelijk gebruik te maken van een tolk als een taalbarrière aanwezig is.

Overplaatsingen binnen de asielzoekerscentra

Overplaatsingen van kinderen in de asielopvang vormen een bedreiging voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg.

Plaats kinderen niet of zo min mogelijk over binnen de asielprocedure. Bij overplaatsing van een kind met een complexe zorgbehoefte waarbij de continuïteit van zorg in het gevaar komt, geeft de gezondheidszorgprofessional bij het COA aan dat overplaatsing niet gewenst is.

Artsen, verpleegkundigen en ketenpartners dienen zich ervan bewust te zijn dat er knelpunten zijn in de toegankelijkheid van zorg voor vluchtelingenkinderen.

Dossiervorming

Dossiervorming blijft een kwetsbare schakel in de zorg voor vluchtelingenkinderen. Bundel binnen het huisartsendossier alle beschikbare, relevante informatie van de JGZ en specialistische zorg. Alle JGZ-professionals sturen een kopie van de correspondentie naar de huisarts.

Maatwerk

Het gaat om een kwetsbare groep kinderen. Lever daarom maatwerk, oftewel meer contactmomenten en/of een huisbezoek, zodra daar aanleiding toe is.

Praktijklijn GZA

Het digitale huisartsendossier van de GZA is zeven maal 24 uur beschikbaar bij GZA voor kinderen die in Asielzoekerscentra verblijven (of daar hebben gezeten). Het vaste telefoonnummer van intercollegiale overleglijn van de Praktijklijn GZA is: **088-1122 113**. Dit nummer is 24 uur per dag bereikbaar.

Zorgverleners buiten de asielketen kunnen met een toestemmingsformulier eenvoudig het GZA-dossier opvragen, zie <https://www.gzasielzoekers.nl/ikbenprofessional/praktischeinformatie/medischegegevensopvragen>.

Nieuwkomersonderzoek

1 Anamnese

Anamnestic kan de gebruikelijke anamnese worden gevolgd. De JGZ heeft recent een handreiking gepubliceerd <https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/kennisdelingsprogramma-gezondheid-statushouders/nieuws/8568-handreiking-intake-jeugdgezondheidszorg-voor-statushouders>. Huisartsen maken gebruik van de volgende website <https://www.huisarts-migrant.nl/nieuwe-vluchteling-in-de-huisartsenpraktijk/>. Vaak is een vervolgesprek nodig, om alles te kunnen bespreken. De gevoelige onderwerpen kunnen dan aan bod komen als er een basis van vertrouwen is.

Nieuwkomersonderzoek
Informatievoorziening
Uitleg nieuwkomersonderzoek
Benadrukken beroepsgeheim
Uitleg zorgsysteem: publieke gezondheidszorg, huisartsenzorg en specialistische zorg
Uitleg preventie en curatieve zorg
Herkomst
Waar bent u/uw kind geboren/opgegroeid?
Waar zijn uw ouders geboren?
Wanneer bent u/is uw kind in Nederland aangekomen? Hoe oud was u/was uw kind toen?
Wat was de reden van uw verhuizing naar Nederland?
Komt uw kind in het kader van gezinshereniging?
Woonomstandigheden, familie en status
Hoe ziet uw gezin eruit? Met wie woont u samen? Wat is de gezinssamenstelling?
Wat is op dit moment de status van u en uw gezin (uitgenodigde vluchteling via UNHCR, in de asielprocedure, gezinshereniging, statushouder, ongedocumenteerd, ooit in asielzoekersopvang verbleven)
Reisde het kind samen met ouders/een van ouders of alleen?
Zijn er familieleden/dierbaren overleden?
Aandacht voor de leeftijd van het kind, kloppen de geboortegegevens? Geboortedatum?
Heeft u contact met uw overige familie? Waar wonen zij?
Reis naar Nederland
Wat is uw vluchtverhaal? Vluchtverhaal van uw kind?
Hoe lang heeft uw reis geduurd? Heeft u/uw gezin in een vluchtelingenkamp verbleven?
Hoe is de route verlopen? (met name van belang voor amv's)
Heeft u ooit te maken gehad met fysiek of seksueel geweld?
Bent u ooit opgepakt of heeft u ooit in de gevangenis gezeten?
Opleiding werk
Hoeveel jaar opleiding hebben ouders gehad?
Welk beroep hebben ouders gehad?
Is kind naar school geweest? Hoeveel jaar en niveau?
Zijn er financiële zorgen? Is er een uitkering?
Taal
Met welke talen bent u/uw kind opgegroeid?
Welke talen spreekt u?
Wat voor taal leest en schrijft u het makkelijkst?
Heeft u problemen met het invullen van formulieren?
Is een tolk nodig of gewenst?
Religie
Is er een religie die belangrijk voor u is?
Vrije tijd
Wat doet u/uw kind graag in vrije tijd? Waar krijgt u/uw kind energie van?
Cultuur
Wat vindt u het meest belangrijk aan uw cultuur?
Bij wie kunt u praten over uw zorgen of ziekte?
Bij wie zoekt u meestal hulp of vraagt u advies?
Integratie
Voelt u zich thuis in Nederland?
Heeft u Nederlandse vrienden/kennissen?
Voelt u/uw kind zich buitengesloten of gediscrimineerd? Wat doet dat met u?

Bronnen: <https://www.artsportaal.nl/wp-content/uploads/Persoonsgerichte-Intake.pdf/Adoptieprotocol> Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde/<https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=46249&m=1552550020&action=file.download>

Specifieke anamnese: gezondheid
Wat is uw indruk van de gezondheid van uw kind?
Heeft uw kind lichamelijke klachten?
Welke ziektes heeft uw kind doorgemaakt? Op welke leeftijd?
Doorgemaakte ziektes, ziekenhuisopnames en/of operaties
Specifiek vragen naar (doorgemaakte) tuberculose, hepatitis, sikkelcelziekte of thalassemie, malaria, episodes van geelzucht (G6PD, sikkelcelziekte, hepatitis), moeheid, bleekheid, koorts
Heeft uw kind een ziekenhuisopname gehad?
Heeft uw kind een operatie ondergaan? Op welke leeftijd?
Tractus anamnese
Conform structuur JGZ
Ontwikkeling
Wat is uw indruk van de ontwikkeling van uw kind?
Heeft u het idee dat uw kind ontwikkelt zoals andere kinderen van dezelfde leeftijd?
Vaccinaties en medische gegevens land van herkomst
Heeft uw kind een vaccinatieboekje? Groeiboekje?
Heeft uw kind papieren uit het land van herkomst?
Medicatie en allergieën
Gebruikt uw kind medicatie?
Familie anamnese
Ziektes, aangeboren afwijkingen
Specifiek vragen naar tuberculose, thalassemie, sikkelcelziekte
Voeding
Was er genoeg voedsel in land van het land van herkomst? Voedselschaarste?
Heeft uw kind honger gehad?
Is uw kind altijd goed gegroeid?
Vrouwelijke Genitale Verminking
Is het in uw land van herkomst gebruikelijk dat meisjes worden besneden? Wat weet u van uw eigen dochters?
Puberteit en seksualiteit
Hoever is uw kind met de puberteitsontwikkeling? Ongesteld?
Gebruik je (jongere) uw kind anticonceptie?
Ben je (jongere)/is uw kind seksueel actief?
Gebit
Heeft uw kind pijn aan het gebit? Ging uw kind naar de tandarts?
Syndromen, aangeboren afwijkingen
Is uw kind bekend met een syndroom of aangeboren afwijking

Bronnen: <https://www.artsportaal.nl/wp-content/uploads/Persoonsgerichte-Intake.pdf/Adoptieprotocol> Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde/<https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=46249&m=1552550020&action=file.download>.

Gedrag/psychosociaal functioneren
Wat is uw indruk van het psychosociaal welbevinden van uw kind?
Heeft uw kind vrienden en vriendinnen? Onderneemt uw kind activiteiten met andere kinderen?
Heeft uw kind plezier in dingen?
Bemerkt u gedragsveranderingen bij uw kind? Valt de leerkrachten iets op?
Is er verandering in het slaapgedrag? Het slaapritme?
Plast uw kind (weer) in bed?
Is uw kind teruggetrokken?
Is uw kind angstig?
Heeft uw kind vaak ruzie of problemen met anderen?

Lichamelijk onderzoek
Algemene indruk en vitale parameters, uiterlijke en syndromale kenmerken
Bleekheid, geelzucht
Voedingstoestand (lengte, gewicht, schedelomtrek, WHO groeicurve)
KNO, waaronder mondgezondheid
Lymfeklieren
Hart, longen
Abdomen: lever, milt (hepatosplenomegalie uitsluiten)
Huid: tekenen van scabiës, BCG litteken (normaal op linkerschouder/bovenarm), littekens (mishandeling, operaties, littekens rituele geneeswijzen), mycose, haren
Observeren gedrag
VGV: alleen op verzoek, bij klachten of vragen, of op indicatie van vermoeden uitgevoerde VGV. Indien nodig doorverwijzen naar een gynaecoloog met kindergynaecologie als aandachtsgebied.
Gehoör en visus
De gehoortest binnen zes weken na de geboorte (OAE). Na de leeftijd van 6 weken alleen op indicatie gedaan door Audiologische Centra.
Psychomotore ontwikkeling

2 Aanbevolen onderzoeken per regio

Vluchtelingenkinderen uit Afrika

Bloedonderzoek standaard

1. Hb, MCV en ferritine;
2. Hb-typering middels HPLC methode (sikkelcelziekte en bèta-thalassemie);
3. hepatitis B virus Hbs-Ag, anti-Hbs en anti-HBc (vóór vaccinatie);
4. hepatitis C-virus antistoffen, anti-HCV;
5. Treponema pallidum antistoffen (syfilis);
6. hiv serologie;
7. latente tuberculose: IGRA (interferon-gamma release assay);
8. Schistosomiasis en Strongyloides stercoralis antistoffen;
9. Vitamine D 25-OH.

Andere onderzoeken op indicatie

- indien ijzergebreksanemie → behandelen; na drie maanden opnieuw testen; indien laag MCV zonder ijzergebrek → test op alfa thalassemie met DNA diagnostiek (PCR methode);
- G6PD-enzym activiteit: op indicatie (anamnese (geelzucht/bloedtransfusies) of positieve familie anamnese);
- actieve tuberculose in principe door de tuberculose bestrijding. Let op: indien IGRA dan geen X-thorax nodig; alleen kinderen uit hoogrisico landen worden gescreend; cave gezinshereniging; op indicatie door de arts op basis van klachtenpatroon;
- bij koorts: screenen op malaria;
- alle kinderen die seksueel actief zijn chlamydia en gonococcen;
- bij diarree en buikpijn:
 - PCR feces (Shigella, Salmonella, Yershinia, Campylobacter, EHEC/STEC), parasieten pcr (Giardia Lamblia, Entamoeba histololytica) Helicobacter Pylori antigen en 1 maal feces wormen.
- zwangerschapstest op indicatie en altijd bij secundaire amenorrhoea;
- MRSA: Asielzoekers hebben een verhoogd risico op MRSA/BRMO dragerschap. Bij opname of behandeling in een zorginstelling zal daarom op MRSA gescreend worden volgens het protocol van de betreffende zorginstelling. Screenen op MRSA van de hele vluchtelingen populatie is niet geïndiceerd (LCI richtlijn asielzoekers).

Vluchtelingenkinderen uit Azië

Bloedonderzoek standaard

1. Hb, MCV en ferritine;
2. Hb-typering middels HPLC methode (sikkelcelziekte en bèta-thalassemie);
3. hepatitis B-virus Hbs-Ag, anti-Hbs en anti-Hbc (vóór vaccinatie);
4. hepatitis C-virus antistoffen, anti-HCV;
5. Treponema pallidum antistoffen (syfilis);
6. latente tuberculose: IGRA (interferon-gamma release assay);
7. schistosomiasis en strongyloides stercoralis antistoffen;
8. vitamine D 25-OH.

Andere onderzoeken op indicatie

- indien ijzergebreksanemie → behandelen; na drie maanden opnieuw testen; indien laag MCV zonder ijzergebrek → test op alfa thalassemie met DNA diagnostiek (PCR methode);
- G6PD-enzym activiteit: op indicatie (anamnese (geelzucht/bloedtransfusies) of positieve familie anamnese;
- hiv serologie bij seksueel actieve jongeren of verdenking seksueel misbruik;
- actieve tuberculose in principe door de tuberculose bestrijding. Let op: indien IGRA dan geen X-thorax nodig; alleen kinderen uit hoogrisico landen worden gescreend; cave gezinshereniging; op indicatie door de arts op basis van klachtenpatroon;
- bij koorts: screenen op malaria;
- alle kinderen die seksueel actief zijn chlamydia en gonococcen;
- bij diarree en buikpijn:
 - PCR feces (Shigella, Salmonella, Yershinia, Campylobacter, EHEC/STEC), parasieten pcr (Giardia Lamblia, Entamoeba histololytica) Helicobacter Pylori antigen en 1 maal feces wormen.
- zwangerschapstest op indicatie en altijd bij secundaire amenorrhoea;
- MRSA: Asielzoekers hebben een verhoogd risico op MRSA/BRMO dragerschap. Bij opname of behandeling in een zorginstelling zal daarom op MRSA gescreend worden volgens het protocol van de betreffende zorginstelling. Screenen op MRSA van de hele vluchtelingen populatie is niet geïndiceerd (LCI richtlijn asielzoekers).

Vluchtelingenkinderen uit het Midden-Oosten

Bloedonderzoek standaard

1. Hb, MCV en ferritine;
2. Hb-typering middels HPLC methode (sikkelcelziekte en bèta-thalassemie);
3. hepatitis B-virus Hbs-Ag, anti-Hbs en anti-HBc (vóór vaccinatie);
4. latente tuberculose: IGRA (interferon-gamma release assay);
5. vitamine D 25-OH.

Andere onderzoeken op indicatie

- indien ijzergebreksanemie → behandelen; na drie maanden opnieuw testen; indien laag MCV zonder ijzergebrek → test op alfa thalassemie met DNA-diagnostiek (PCR-methode);
- G6PD-enzym activiteit: op indicatie (anamnese (geelzucht/bloedtransfusies) of positieve familie anamnese;
- actieve tuberculose in principe door de tuberculose bestrijding. Let op: indien IGRA dan geen X-thorax nodig; alleen kinderen uit hoogrisico landen worden gescreend; cave gezinshereniging; op indicatie door de arts op basis van klachtenpatroon;
- bij koorts: screenen op malaria;
- hepatitis C, anti-HCV;
- hiv serologie bij seksueel actieve jongeren of verdenking seksueel misbruik;
- chlamydia en gonococcen bij seksueel actieve jongeren;

- HIV op indicatie (bij seksueel actieve kinderen en jongeren of verdenking seksueel misbruik);
- treponema pallidum (syfilis) antistoffen op indicatie verdenking verticale transmissie, altijd bij seksueel actieve kinderen of bij verdenking seksueel misbruik;
- bij diarree en buikpijn:
 - PCR feces (Shigella, Salmonella, Yersinia, Campylobacter, EHEC/STEC), parasieten pcr (Giardia Lamblia, Entamoeba histololytica) Helicobacter Pylori antigen en eenmaal feces wormen.
- zwangerschapstest op indicatie en altijd secundaire amenorrhoea;
- MRSA: Asielzoekers hebben een verhoogd risico op MRSA/BRMO dragerschap. Bij opname of behandeling in een zorginstelling zal daarom op MRSA gescreend worden volgens het protocol van de betreffende zorginstelling. Screenen op MRSA van de hele vluchtelingen populatie is niet geïndiceerd (LCI-richtlijn Asielzoekers).

3 Psychosociaal onderzoek

Bij elk kind de SLE (Stressful Life Events screeningsinstrument)
Navragen of kind of gezin ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt
Children's Revised Impact of Event Scale
In kaart brengen van mogelijke PTSS-symptomen indien de triage middels de SLE daartoe aanleiding geeft. Bij een verhoogde score: ondersteunen, monitoren en als de stressreacties niet afnemen, verwijzen voor nadere diagnostiek.
Bij elk kind de beschermende en risicofactoren in kaart brengen
In kaart brengen van beschermende en risicofactoren om ondersteuningsbehoefte in te schatten
Strengths and Difficulties Questionnaire
Bij twijfel over de aanwezigheid van bredere psychische problematiek en gedragsproblemen het screeningsinstrument SDQ afnemen.
Opvoedingsbelasting Vragenlijst
Om inzicht te krijgen in de opvoedbelasting die ouders ervaren kan de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OVBL) ingezet worden.

Algemene inleiding

Inleiding

Vluchtelingenkinderen zijn kwetsbaar. Zij hebben door hun herkomst en geschiedenis specifieke verhoogde gezondheidsrisico's, zoals anemie (Stellinga-Boelen, 2007), hemoglobinopathie (Stellinga-Boelen, 2007), hepatitis B (Sweitzer, 2015) en C (Greenaway, 2015), hiv (Goosen, 2015; MacPherson, 2006), (latente) tuberculose (MacPherson, 2006), parasitaire infecties, darminfecties, vitamine deficiënties, onder- en overvoeding (Hossain, 2016), en incomplete vaccinatiestatus (Yun, 2016; Schweitzer, 2015; Marquardt, 2015). Ook met betrekking tot hun psychische gezondheid lopen zij verhoogd risico door blootstelling aan traumatische gebeurtenissen en onveiligheid (Fazel, 2012; Van Os, 2016). Niet alleen in het land van herkomst kunnen zij traumatische ervaringen hebben opgedaan, maar ook het verlaten van het thuisland en de wisselingen van omgeving bij aankomst in Nederland kunnen bijdragen aan psychosociale problemen. Kinderen van ouders met psychiatrische klachten (PTSS, depressie, angststoornis) hebben een verhoogd risico op psychosociale problemen. De a priori kans op een posttraumatische stressstoornis bij vluchtelingenkinderen is hoger dan 25% (Fazel, 2012; Pharos, 2016). Daarom is preventie en vroegsignalering van medische en psychosociale problematiek nodig.

Omvang

In 2017 en 2018 is de totale asielinstroom (eerste asielaanvragen, herhaalde asielaanvragen en nareizigers) uitgekomen op ongeveer 31.000 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018). Daarmee was de instroom bijna de helft lager dan in het piekjaar 2015 (ongeveer 58.880). In een derde van de totale asielinstroom betrof het asielzoekers met een Syrische nationaliteit, gevolgd door Eritreeërs (9%), burgers uit de voormalige Sovjet-Unie, Irakezen, Marokkanen, Iraniërs, Algerijnen en Afghanen (Asieltrends, 2016). Eén op de drie asielzoekers is kind, onder wie een aanzienlijk aantal alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv's). In februari 2018 waren dit er 518 (Asieltrends, 2016; COA, 2018). De amv's zijn met name afkomstig uit Eritrea, Afghanistan en Syrië (COA, 2018).

Tabel 1 Aantal asielverzoeken, aantal in de leeftijd van 1 tot 18 jaar en aantal amv's per jaar

Jaar	Totaal aantal asielverzoeken en nareizigers	Aantal kinderen (0 tot 18 jaar)	Aantal amv's
2018	30.540	8.510	1.225
2017	32.755	11.615	1.181
2016	31.327	12.705	1.536
2015	58.880	19.010	3.859
2014	29.890	8.700	962

In de periode van 2013 tot 2018 kwamen jaarlijks gemiddeld 11.067 vluchtelingenkinderen naar Nederland. In 2015 kwam een record aantal vluchtelingenkinderen Nederland binnen, namelijk 19.010 kinderen onder wie 3.859 kinderen reizend zonder een ouder (amv). Dit is meer dan 11% van het aantal kinderen dat er in datzelfde jaar werd geboren in Nederland (rond de 170.000).

Na 2015 is het aantal vluchtelingenkinderen dat Nederland binnenkwam weer afgenomen. In 2018 kwamen 8.510 vluchtelingenkinderen het land binnen, onder wie 1.225 amv's.

Publieke gezondheidszorg asielzoekers (PGA)

Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) en Jeugd gezondheidszorgorganisaties (JGZ-organisaties) voeren PGA uit aan asielzoekers die verblijven in de opvanglocaties van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA). Dit gebeurt in het kader van een overeenkomst tussen GGD GHOR Nederland (GGD'en en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio) en het COA. De meeste vluchtelingenkinderen verblijven eerst in de asielzoekerscentra. Daar vindt direct na aankomst een screening door de GGD plaats op actieve tuberculose (X-thorax en eventueel een Mantouxtest).

Wanneer een vluchtelingenkind scabiës (schurft) heeft, wordt bij binnenkomst in aanmeldcentrum Ter Apel gestart met de behandeling. De JGZ verricht binnen zes weken een 'intake JGZ asielzoekerskinderen 0 tot 18 jaar' en geeft zo nodig aanvullende vaccinaties. Deze intake bestaat uit twee delen: de verpleegkundige intake en het medisch onderzoek.

Tijdens de intake komen de volgende punten aan bod:

1. het inventariseren van de somatische, sociale en psychische gezondheidssituatie met aandacht voor eventueel doorgemaakte infectieziekten en geweld;
2. uitvragen van de vaccinatiestatus en vaststellen van (inhaal)vaccinatieplan;
3. geven van informatie en adviezen naar aanleiding van signalen, klachten en problemen;
4. het geven van voorlichting gericht op het bevorderen van gezondheid en welzijn;
5. het opstellen van een zorgplan.

Na de intake voert de JGZ periodieke gezondheidsonderzoeken uit op basis van leeftijd en ontwikkeling, en biedt contactmomenten op indicatie. De JGZ is gericht op het normaliseren en voert korte preventieve interventies uit. Indien nodig verwijzen zij door. De vervolgspraken voor de vaccinaties leveren vaak goede aanknopingspunten om vervolgsprekken te houden over het welbevinden van het vluchtelingenkind.

Nareizigers

Een statushouder is een persoon die een (tijdelijke) vergunning tot verblijf in Nederland heeft. Voor kinderen die in het kader van gezinshereniging met een statushouder komen, deze kinderen worden ook wel aangeduid als nareizigers, geldt dat zij zich binnen drie dagen na aankomst moeten melden bij aanmeldcentrum Ter Apel. Zij verblijven daar drie dagen waarbij door de GGD screening plaatsvindt op actieve tuberculose. Indien er voor het gezin nog geen passende huisvesting beschikbaar is, worden de kinderen in een asielzoekerscentrum geplaatst en vindt daar de JGZ-intake plaats. Medische zorg verloopt gedurende de periode in de COA-opvanglocatie via GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA). Als er wel sprake is van direct beschikbare passende huisvesting bij de statushouder, dan gaan de kinderen daar wonen. Zij vallen nog enkele weken onder de Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA) van het COA, totdat het gezin beschikking heeft over een verblijfsdocument waarmee zij zelf een zorgverzekering kunnen afsluiten. Zolang de gezinsleden nog onder de RMA vallen, wordt ook het gebruik van de tolkentelefoon vergoed. De JGZ krijgt via de Basisregistratie Personen (BRP) melding van de huisvesting van de kinderen en zal hen binnen enkele weken oproepen voor de JGZ-intake. Alertheid is geboden: sommige kinderen die worden herenigd met hun gezin zijn niet in aanraking gekomen met de JGZ.

De statushouder schrijft de kinderen in bij een huisarts. De lokale organisatie die de maatschappelijke begeleiding in de betreffende gemeente uitvoert, kan hierin faciliteren. In het geval dat de kinderen direct bij de ouder kunnen wonen, is er geen informatie over de voorgeschiedenis beschikbaar bij GZA. Hetzelfde is het geval wanneer kinderen direct in de gemeente worden geplaatst. Een klein deel van de vluchtelingenkinderen komt via hervestiging naar Nederland. Jaarlijks nodigt Nederland 500 vluchtelingen uit die worden voorgedragen door de United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Deze uitgenodigde vluchtelingen doorlopen na binnenkomst een korte driedaagse aanmeldprocedure in Haarlemmermeer waarbij ook tb-screening door de GGD plaatsvindt. Van deze kinderen maakt Bureau Medische Advisering (BMA) van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) een dossier. Dit bevat de resultaten van de medische intake die BMA gedurende de selectiemissie in het land van opvang heeft uitgevoerd en informatie over de medische voorgeschiedenis, voor zover bekend. BMA draagt dit dossier over aan de huisarts. De organisatie die maatschappelijke begeleiding uitvoert, dient het kind voor binnenkomst in Nederland in te schrijven bij de huisarts.

Aanleiding

Het uitbreiden van de vroegsignalering met extra bloed- en fecesonderzoek om belangrijke specifiekere aandoeningen nog beter te detecteren, is de voornaamste aanleiding voor het ontwikkelen van deze richtlijn. In verschillende landen bestaat dit al, waaronder in Duitsland (Pfeil, 2016), Canada (Pottie, 2011), Verenigde Staten (VS) (Centres for Disease Control and Prevention, 2017) en Australië (Australian Society for Infectious Diseases, 2018), zijn richtlijnen voor vluchtelingen(kinderen) reeds ontwikkeld en krijgen alle vluchtelingenkinderen bij binnenkomst een nieuwkomersonderzoek (Yun, 2016).

In Nederland hebben wij een goed georganiseerde publieke zorg voor jeugd en de JGZ voert het nieuwkomersonderzoek uit in samenwerking met GZA-artsen en kinderartsen, maar de extra onderzoeken worden niet standaard uitgevoerd. Met de huidige werkwijzen spoort de JGZ visusproblemen, strabisme, ambliopie, kno-problemen, onvoldoende taal-spraakontwikkeling, afbuigende groeicurves, voedingsproblemen, huidproblemen, verdachte overmatige vlekken, hartafwijkingen, heupafwijkingen, syndromen, ontwikkelingsachterstand en nog vele andere zaken op.

GZA regelt de huisartsenzorg in asielzoekerscentra. De zorg voor asielzoekers sluit zoveel mogelijk aan op de reguliere huisartsenzorg. De huisartsenpraktijk op of bij een opvanglocatie van het COA bestaat uit de huisartsen samen met praktijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, praktijkassistenten en praktijkondersteuner huisartsen (POH)-GGZ. De POH-GGZ ondersteunt de huisarts en de praktijkverpleegkundige bij het verlenen van zorg aan asielzoekers die met psychische en/of psychosociale problemen een beroep doen op de huisarts.

Ook ongedocumenteerde kinderen hebben recht op medisch noodzakelijke zorg. Zorgverleners kunnen zorg uit het basispakket en Wlz-zorg declareren via de regeling Onverzekerbare vreemdelingen bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Uitdagingen

De medische en psychosociale zorg voor vluchtelingenkinderen kent een aantal uitdagingen. Er bestaan gezondheidsverschillen op medisch en psychosociaal vlak tussen vluchtelingenkinderen en in Nederland geboren kinderen. In Nederland wordt antenataal gescreend op een aantal aandoeningen. Na de geboorte krijgen kinderen een hielprik en een gehoorscreening. Hoewel vluchtelingenkinderen veerkrachtig zijn, hebben zij zowel medisch als psychisch een verhoogd gezondheidsrisico op bijvoorbeeld bloedarmoede, infectieziekten, voedingsdeficiënties, onder- en overgewicht, incomplete vaccinatiestatus. Ook niet overdraagbare aandoeningen, syndromen, tandheelkundige zorg en seksuele gezondheid vormen een aanzienlijk deel van de verhoogde gezondheidsrisico's. Daarnaast hebben vluchtelingenkinderen verhoogde kans op psychosociale problemen door condities in het land van herkomst, tijdens de vlucht en na aankomst in Nederland.

In deze richtlijn worden drie groepen kinderen besproken:

1. asielzoekerskinderen op de COA-opvanglocaties;
2. vluchtelingenkinderen met een status die niet (meer) in de asielprocedure zitten, nareizigers en uitgenodigde vluchtelingen;
3. ongedocumenteerde vluchtelingenkinderen.

1 Asielzoekerskinderen in de COA-opvanglocaties

Huidige situatie

De veldnorm van het COA is om vluchtelingenkinderen in de asielprocedure binnen zes weken na aankomst in Nederland te beoordelen door een JGZ-professional. Deze intake gebeurt door middel van een anamnese, een lichamelijk onderzoek en aanvullende vaccinaties indien de vaccinatiestatus incompleet is (bijlage 7). Kinderen bij wie problemen worden vastgesteld na anamnese of lichamelijk

onderzoek, worden doorverwezen, net als kinderen in Nederland. Indien er aanwijzingen zijn dat op grond van het land van herkomst een indicatie is voor aanvullend onderzoek, worden kinderen verwezen naar de eerste of tweede lijn. De JGZ-professionals vragen zelf geen standaard bloed- of ontlastingsonderzoek aan. In de eerste en tweede lijn worden beslissingen genomen op basis van klachten. Het aanvragen van aanvullend bloedonderzoek is afhankelijk van de deskundigheid van de gezondheidszorgprofessional. In Nederland zijn veel instanties betrokken bij nieuwkomers. Deze instanties zitten vaak niet allemaal op één locatie en werken niet allen in één dossier. Bovendien verhuizen de meeste vluchtelingenkinderen enkele malen. Het verkrijgen van een volledig medisch dossier is een uitdaging.

Wenselijke toekomstige situatie

Elk kind dat Nederland binnenkomt krijgt standaard een aanvullend bloed-, feces- en herhaaldelijk psychosociaalonderzoek naast het onderzoek van de JGZ, om het inzicht in de gezondheidsstatus van deze kinderen op hetzelfde niveau te brengen als in Nederland geboren kinderen. Er wordt vroegtijdig gesignaleerd om de primaire, secundaire en tertiaire preventie te verbeteren. Ketenafspraken zijn gemaakt om de continuïteit van zorg te verbeteren. Een belangrijk onderdeel hiervan is dat de huisarts standaard alle relevante informatie ontvangt van het onderzoek van de JGZ.

Het is wenselijk om de aanbevelingen (aanvullend bloed- en fecesonderzoek, en psychosociale testen) te onderzoeken middels een pilot.

Nieuwe punten

Nieuw is dat in deze richtlijn voor elk vluchtelingenkind een aanvullend bloed-, feces- en herhaaldelijk psychosociaalonderzoek wordt geadviseerd. Dit wordt verricht door de GZA-arts op de COA-locatie.

Verbeteringen waarvoor nieuwe werkafspraken moeten worden gemaakt

Met nieuwe werkafspraken is het mogelijk dit aanvullende onderzoek uit te laten voeren door huisartsen werkzaam voor GZA. Zij kunnen ook de dossiervorming en continuïteit van zorg waarborgen.

Verbeteringen die mogelijk zijn binnen de bestaande afspraken

Binnen de bestaande afspraken is het mogelijk dat de huisarts werkzaam voor het GZA en de plaatselijke huisarts (wanneer kinderen naar de gemeente gaan) informatie ontvangen van de JGZ-professional.

2 Vluchtelingenkinderen met een status die niet (meer) in de asielprocedure zitten, nareizigers en uitgenodigde vluchtelingen

Huidige situatie

Er zijn twee mogelijkheden:

1. Het kind heeft in een COA-opvanglocatie waar het nieuwkomersonderzoek is opgestart door de JGZ-professional.
2. Het kind heeft kort of niet in een COA-opvanglocatie gezeten en het nieuwkomersonderzoek is nog niet verricht voordat het kind de gemeente binnenkomt.

Wenselijke toekomstige situatie

Elk kind dat de gemeente binnenkomt krijgt standaard een aanvullend bloed-, feces- en herhaaldelijk psychosociaalonderzoek naast het onderzoek van de JGZ, om het inzicht in de gezondheidsstatus van deze kinderen op hetzelfde niveau te brengen als in Nederland geboren kinderen. Er wordt vroegtijdig gesignaleerd om de primaire, secundaire en tertiaire preventie te verbeteren. Ketenafspraken zijn gemaakt om de continuïteit van zorg te verbeteren. Een belangrijk onderdeel hiervan is dat de JGZ-professional en de huisarts alle informatie ontvangen van de zorg die is geboden binnen de COA-opvanglocaties.

Het is wenselijk om de aanbevelingen (aanvullend bloed- en fecesonderzoek, en psychosociale testen) te onderzoeken middels een pilot.

Nieuwe punten

In deze richtlijn wordt voor elk vluchtelingenkind een aanvullend bloed-, feces- en herhaaldelijk psychosociaalonderzoek geadviseerd. Bij deze groep kinderen wordt de kinderarts betrokken.

Verbeteringen waarvoor nieuwe werkafspraken moeten worden gemaakt

Er moeten nieuwe werkafspraken worden gemaakt met JGZ-professionals en kinderartsen. Indien er in het kader van het nieuwkomersonderzoek geen aanvullend onderzoek heeft plaatsgevonden binnen de COA-opvanglocaties, verwijst de JGZ-professional kinderen voor het aanvullend onderzoek door naar de kinderarts. De kinderarts en de JGZ-professional dragen zorg dat alle informatie wordt gedeeld met de huisarts. Deze informatie kan de dossiervorming en continuïteit van zorg waarborgen.

Verbeteringen die mogelijk zijn binnen de bestaande afspraken

Binnen de bestaande afspraken is het mogelijk dat de huisarts informatie ontvangt van de JGZ-professional en van de kinderarts.

3 Ongedocumenteerde kinderen

Huidige situatie

Een kwetsbare en diverse groep kinderen waarbij er verschillende mogelijkheden zijn:

1. Het kind heeft in een COA-opvanglocatie gezeten waar het nieuwkomersonderzoek is opgestart door de JGZ-professional.
2. Het kind is nog niet in aanraking geweest met een JGZ-professional en het nieuwkomersonderzoek is nog niet verricht.

Wenselijke toekomstige situatie

Elk ongedocumenteerd kind dat in Nederland verblijft, ondergaat het nieuwkomersonderzoek met standaard een aanvullend bloed-, feces- en herhaaldelijk psychosociaalonderzoek, uitgevoerd door een JGZ-professional. Dit wordt gedaan om het inzicht in de gezondheidsstatus van deze kinderen op hetzelfde niveau te brengen als in Nederland geboren kinderen die antenataal en postnataal gescreend zijn. Er wordt vroegtijdig gesignaleerd om de primaire, secundaire en tertiaire preventie te verbeteren. Ketenafspraken zijn gemaakt om de continuïteit van zorg te verbeteren.

Nieuwe punten

In deze richtlijn wordt voor elk ongedocumenteerd vluchtelingenkind een aanvullend bloed-, feces- en herhaaldelijk psychosociaalonderzoek geadviseerd. Bij deze groep wordt de kinderarts betrokken.

Verbeteringen waarvoor nieuwe werkafspraken moeten worden gemaakt

Er moeten nieuwe werkafspraken worden gemaakt met JGZ-professionals en kinderartsen. Indien de kinderen worden doorverwezen door de JGZ-professional, is het mogelijk dit aanvullende onderzoek door de kinderarts te laten uitvoeren.

Verbeteringen die mogelijk zijn binnen de bestaande afspraken

Binnen de bestaande afspraken is het mogelijk dat de huisarts informatie ontvangt van de JGZ-professional.

Doelen en doelgroep

Het doel is om door preventie en vroegsignalering ongunstige korte- en langetermijneffecten van medische en psychosociale problematiek zo veel mogelijk te voorkomen. De richtlijn is bedoeld voor kinderartsen, jeugdartsen, huisartsen, kinderpsychiaters, psychologen, jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, praktijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, jeugdhulpprofessionals, verloskundigen, (kinder-)gynaecologen, microbiologen en voor de betrokkenen rondom het kind (scholen, voogden, wijkteamleden, COA). Met deze multidisciplinaire richtlijn voor medische en psychosociale screening met aanbevelingen voor de ketenzorg, is een gezondheidswinst voor vluchtelingenkinderen te behalen.

Deze richtlijn geeft hulpverleners een indicatie van welke problemen zich kunnen voordoen op medisch en psychisch vlak bij recent aangekomen vluchtelingenkinderen. Met deze kennis kunnen zorgprofessionals doelgericht aanvullend onderzoek aanvragen en doorverwijzen bij gesignaleerde problemen.

Deze richtlijn wordt ontwikkeld in samenwerking met alle betrokken beroepsgroepen om de zorg voor vluchtelingenkinderen te verbeteren. Samenwerkingsafspraken tussen de verschillende disciplines vergroten de continuïteit en kwaliteit van zorg voor vluchtelingenkinderen.

Naast het verbeteren van de zorg voor vluchtelingenkinderen van 0 tot 18 jaar, is het doel van deze richtlijn aanbevelingen te doen voor:

1. het optimale evidence-based nieuwkomersonderzoek voor de vroegsignalering van medische en psychosociale problematiek bij vluchtelingenkinderen;
2. de uitvoering van het nieuwkomersonderzoek;
3. adequate en efficiënte organisatie van de zorg voor vluchtelingenkinderen en waarborging van de kwaliteit en continuïteit in samenwerking met alle betrokken beroepsgroepen.

Signaleren

In deze richtlijn wordt er voornamelijk aandacht besteed aan het vroegsignaleren van afwijkingen en/of aandoeningen en het doorverwijzen naar professionals. Het doel hiervan is preventie waardoor erger kan worden voorkomen.

Preventie bestaat in deze richtlijn uit verschillende niveaus:

- primaire preventie, bijvoorbeeld voorlichting over voeding en opvoeding;
- secundaire preventie, door vroegtijdig doorverwijzen en bloedprikken voor het detecteren van aandoeningen;
- tertiaire preventie, voorkomen dat de aandoening niet verergert.

Iedereen kan signaleren: zorgverleners, maar ook leerkrachten, vrijwilligers en ondersteuners.

Doelgroepen

1. Vluchtelingenkinderen binnen de COA-opvanglocaties wordt het nieuwkomersonderzoek aangeboden door de JGZ-professionals, inclusief het aanvullende psychosociale onderzoek. Voor bloedonderzoek verwijzen zij door naar de GZA-huisarts op de COA-opvanglocatie.
2. Vluchtelingenkinderen niet (meer) in de asielpprocedure, zoals nareizigers en uitgenodigde vluchtelingen, worden gezien door JGZ-professionals in de gemeente. Voor aanvullend bloedonderzoek verwijzen zij door naar de specialist kinderarts.
3. Ongedocumenteerde kinderen worden veelal niet primair gezien door de JGZ-professionals. Iedereen dient alert te zijn dat deze kinderen mogelijk buiten de publieke zorg vallen. Alle kinderen worden verwezen naar de JGZ-professional binnen de gemeente. De JGZ-professional verwijst naar de kinderarts voor aanvullend bloedonderzoek.

Cultuursensitief werken

Werken met deze doelgroep vergt kennis en vaardigheden van professionals om met culturele diversiteit om te gaan. Gezondheidsbehoeften en gezondheidsvaardigheden van vluchtelingenkinderen en hun families kunnen verschillen van die van Nederlandse gezinnen, bijvoorbeeld omdat in het land van herkomst veel zaken anders geregeld waren. Dat vraagt om kennis, cultuursensitieve vaardigheden, communicatie en inlevingsvermogen van professionals. Daarnaast is het werken met tolken en sleutelpersonen en/of cultural mediators van belang.

Werkwijze van de werkgroep

Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle professionals die bij de zorg voor vluchtelingenkinderen betrokken zijn. Bij het samenstellen van de werkgroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden en een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen en achtergronden. De werkgroepleden zijn door de beroepsverenigingen of expertisecentra gemandateerd voor deelname aan de werkgroep.

Daarnaast is een klankbordgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van belanghebbende beroepsgroepen en cliëntenverenigingen.

Onafhankelijkheid werkgroepleden

De werkgroep- en klankbordgroepleden hebben allen een belangenverklaring ingevuld, behorend bij de code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling. De verklaringen liggen ter inzage bij de NVK.

Methode richtlijnontwikkeling

De werkgroepleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de integrale tekst van de richtlijn. In 2017 en 2018 zijn knelpuntenanalyses verricht om inzicht te krijgen in de knelpunten binnen de zorg voor vluchtelingenkinderen. Op basis hiervan zijn uitgangsvragen opgesteld. De uitgangsvragen waarop in deze richtlijn antwoord wordt gegeven, zijn voorgelegd aan de klankbordgroep. Voor het beantwoorden van de uitgangsvragen zochten werkgroepleden in de literatuur systematisch naar relevant onderzoek en beoordeelden de kwaliteit en inhoud daarvan. De hieruit voortvloeiende conclusies en aanbevelingen vormen de basis van de richtlijn.

De werkgroepleden schreven teksten voor de conceptringrichtlijn of gaven feedback op de tekst. Tijdens vergaderingen lichtten werkgroepleden teksten toe en discussieerden zij samen over de tekst. De conceptringrichtlijn is op 23 mei 2019 aan de klankbordgroep voorgelegd voor commentaar.

Knelpuntenanalyse

Knelpuntenanalyse binnen de zorg voor vluchtelingenkinderen

Bij het ontwikkelen van deze richtlijn is begonnen met het in kaart brengen van de ervaren knelpunten binnen de zorg voor vluchtelingenkinderen. Voor de knelpuntenanalyse zijn verschillende methoden gebruikt: registraties van kinderartsen, enquêtes onder jeugdartsen van Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), individuele interviews met artsen en verpleegkundigen, en focusgroepinterviews met ouders van vluchtelingenkinderen en amv's. De knelpuntenanalyse voor de psychosociale problematiek wordt uitgevoerd en de analyse volgt in een later stadium.

Knelpunten gesignaleerd door kinderartsen

Kinderartsen kunnen logistieke problemen in de zorg voor vluchtelingenkinderen melden bij het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde. Dit is een online registratiesysteem. Voor de knelpuntenanalyse zijn de logistieke problemen die artsen van 1 november 2015 tot 1 januari 2017 gemeld hebben, geanalyseerd (Baauw, 2018).

In deze periode werd 68 keer één of meer knelpunten in de logistiek rondom een vluchtelingenkind gemeld. De meest genoemde knelpunten waren:

- frequente verhuizingen van vluchtelingenkinderen tussen verschillende asielzoekerscentra (28/68);
- onbekende medische voorgeschiedenis (21/68);
- slechte overdracht/uitwisseling van medische gegevens (17/68);
- lage gezondheidsvaardigheden van ouders en vluchtelingenkinderen (17/68);
- culturele verschillen (5/68).

Frequente verhuizingen en een onbekende medische voorgeschiedenis zijn de meest frequent gemelde knelpunten in de zorg voor vluchtelingenkinderen. Kinderartsen zeiden dat de verstoring van de continuïteit van de zorg tot ernstige gevolgen voor de gezondheid van het kind kan leiden, bijvoorbeeld door het missen van een vervolgspraak of levensreddende behandeling. Daarnaast werd het ontbreken van een medisch dossier als een veelvoorkomend probleem gemeld, aangezien de arts dan volledig afhankelijk is van de informatie die de ouder/verzorger of het kind zelf verstrekt. 17 keer werd uitwisseling van medische gegevens als knelpunt genoemd. Dit zorgt voor gebrek aan en verlies van essentiële informatie. Beperkte gezondheidsvaardigheden (of vaardigheden die beperkt geschikt zijn voor de Nederlandse samenleving) werden ook als een probleem gezien. Hieronder worden moeilijkheden met het begrijpen van adviezen en instructies, evenals het begrijpen van het Nederlandse gezondheidssysteem verstaan. Een verkeerd gebruik van medicatie werd als voorbeeld vaak gemeld. Een aantal kinderartsen meldde culturele verschillen als probleem. Mentale problemen, zoals een posttraumatische stressstoornis, kunnen zich als fysieke klachten uiten. Omdat deze vaak cultureel bepaald zijn, worden ze niet direct herkend.

Knelpunten gesignaleerd door leden van AJN-jeugdartsen

Onder AJN-jeugdartsen is in 2016 een enquête afgenomen over de zorg voor vluchtelingenkinderen. Deze enquête is gehouden ten tijde van de grote instroom.

AJN-jeugdartsen signaleerden vaker de volgende problemen onder vluchtelingenkinderen: psychische problemen, gedragsproblemen, opvoedingsproblemen, cariës, lengte- en gewichtsproblemen, gebrek aan kennis over gezonde voeding en onvoldoende kennis over verdrinking en zwemmen.

Knelpunten in de zorg voor vluchtelingenkinderen die AJN-jeugdartsen noemden, hadden te maken met voorzieningen, gezondheidsvaardigheden, communicatie tussen zorgverleners en tijdsgebrek:

- niet altijd beschikking hebben over geschikte vragenlijsten of voorlichtingsmateriaal voor vluchtelingenkinderen;
- slechte overdracht van PGA naar huisartsen en specialisten;
- vluchtelingen verschijnen vaak niet op het spreekuur zonder hierover bericht te sturen;
- hulpverleners hebben te weinig tijd hebben om alle onderzoeken te doen;
- een gebrek aan kennis onder de zorgverleners;
- de taalbarrière en het gebrek aan tolken bemoeilijkt het werk van de zorgverlener en maakt het soms onmogelijk;
- het beleid bij de organisatie wordt niet als duidelijk ervaren;
- ouders zijn vaak nog met hun eigen proces bezig en hebben geen oog voor wat hun kind nodig heeft;

- er bestaat veel onduidelijkheid over naar wie amv's overgedragen moeten worden als zij 18 jaar zijn;
- het vinden van goede verwijsmogelijkheden, zoals psychische hulp of tandartsen is lastig en wordt als tijdrovend ervaren.

Knelpunten gesignaleerd door artsen en verpleegkundigen

Om inzicht te krijgen in de problemen die zorgprofessionals ervaren in de huidige zorg die aan vluchtelingenkinderen in Nederland geleverd wordt, zijn 19 jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, huisartsen en kinderartsen geïnterviewd. De semigestructureerde interviews zijn tussen maart 2017 en mei 2017 afgenomen. Vervolgens is de tekst uitgeschreven en gecodeerd, gebruikmakend van thematische analyse (Slattery, 2017).

Uit de resultaten bleek dat de meeste zorgprofessionals vonden dat de huidige structuur van de zorg adequaat was voor vluchtelingenkinderen in asielzoekerscentra, maar dat logistieke problemen de effectiviteit belemmeren. Uit de interviews bleek tevens dat de zorgprofessionals meer bezorgd zijn over vluchtelingenkinderen die rechtstreeks in de gemeenten zijn komen wonen (nareizigers), omdat zij soms buiten beeld blijven. Ontbrekende medische informatie over vluchtelingenkinderen en onvoldoende communicatie tussen de verschillende onderdelen van het Nederlands zorgsysteem staan optimale zorg voor vluchtelingenkinderen in de weg.

Knelpunten gesignaleerd door huisartsen in de COA-opvanglocatie

Tussen januari 2019 en maart 2019 zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij drie GZA-zorgprofessionals over de toegankelijkheid van de zorg voor vluchtelingenkinderen en amv's. Het doel was om de knelpunten van GZA-zorgprofessionals inzichtelijk te krijgen die zij ervaren binnen de zorg die zij aan vluchtelingenkinderen en amv's verlenen.

Uit een analyse van de interviews kwamen de volgende knelpunten naar voren:

- Onvoldoende communicatie tussen zorginstanties bemoeilijkt het proces om optimale zorg te verlenen. Door verhuizingen van kinderen en amv's is het van belang dat een overdracht tijdig wordt geleverd. Zorginstanties zijn verantwoordelijk voor deze tijdige overdracht van informatie indien kinderen of amv's van locatie verhuizen, of wanneer zij een doorverwijzing nodig hebben naar een zorgspecialist/zorginstantie. Een vertraagde overdracht beperkt een adequate zorgverlening.
- De GZA-artsen benadrukken een hoge werkdruk, tekort aan personeel en te weinig spreekuren die de toegang tot de zorg beperken. Door een tekort aan personeel kunnen artsen niet aan alle zorgvragen voldoen. Er is behoefte aan meer spreekuren en meer ervaren personeel op locatie om hier wel aan te voldoen.
- Er werd gemeld dat niet altijd duidelijk is welke zorgrechten het kind heeft in verschillende fasen van het immigratieproces.

Knelpunten gesignaleerd door ouders van vluchtelingenkinderen en amv's

In november en december 2018 zijn vier focusgroepdiscussies gehouden met ouders (N=23) van vluchtelingenkinderen en amv's (N=8) over de gezondheidszorg en de toegang tot de zorg. Het doel van dit wetenschappelijk onderzoek was om inzicht te krijgen in de percepties van vluchtelingenkinderen en hun ouders over de Nederlandse gezondheidszorg, en de medische en psychosociale screening. In totaal waren er tien verschillende nationaliteiten onder de participanten. Het aantal kinderen van de vluchtelingenouders varieerde van een tot 12 kinderen.

Vluchtelingenouders zijn te spreken over de moderne en technische middelen in Nederland, maar ervaren de toegang tot de zorg, de medicijnen en behandelingen vaak niet als toegankelijk in vergelijking met het thuisland. Zij benoemen lange wachlijsten en de vele doorverwijzingen om de

uiteindelijke zorg te benutten in Nederland. Dit stelt de noodzakelijke zorg uit, waardoor eventuele ziekte of lichamelijke letsels verergerd kunnen worden bij hun kinderen. Dit werkt frustrerend en verhoogt de stress. Het is voor vluchtelingenouders vaak onduidelijk waar zij de nodige informatie over hun zorgbehoefte kunnen vinden of bij wie ze hiervoor precies moeten zijn.

Vluchtelingenouders hebben vaak weinig vertrouwen in huisartsen en verpleegkundigen door de verwachtingen in vergelijking met het land van herkomst. Veel vluchtelingenouders kennen in hun land van herkomst het concept van een huisarts of doktersassistente niet, omdat ze daar zonder een doorverwijzing een afspraak kunnen maken bij een specialist. Vluchtelingenouders zijn van mening dat huisartsen en verpleegkundigen minder ervaren zijn dan specialisten.

Ouders van vluchtelingenkinderen melden dat hun kinderen zich vaak gestrest voelen en zich onprettig voelen bij hun verblijf in de COA-opvanglocatie. Faciliteiten en activiteiten voor kinderen sluiten vaak niet aan bij hun behoefte. De kinderen zijn onrustig en behoeven vaak psychologische aandacht, omdat zij uit een oorlogsgebied komen.

Vluchtelingenouders benadrukken hun behoefte aan:

- meer aandacht voor het mentale welzijn van kinderen;
- gespecialiseerde zorg gericht op hun behoeften zonder wachtlijsten en meer spreekuren;
- een snelle verwijzing voor medicijnen.

Uitgangsvragen

Voor het ontwikkelen van deze richtlijn zijn vier uitgangsvragen geformuleerd. Deze uitgangsvragen zijn een zo goed mogelijke weergave van de belangrijkste knelpunten bij de initiële zorg voor vluchtelingenkinderen.

De volgende vier uitgangsvragen zijn voor deze richtlijn geformuleerd:

1. Wat is het meest geschikte evidence-based medisch nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen?
2. Wat is het meest geschikte evidence-based psychosociaal nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen?
3. Wie kan het aanvullende nieuwkomersonderzoek het beste uitvoeren?
Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden, dient onderscheid gemaakt te worden tussen:
 - asielzoekerskinderen die verblijven op een COA-opvanglocatie (zij vallen onder de verantwoordelijkheid van het COA en het Ministerie van justitie en veiligheid (J&V));
 - vluchtelingenkinderen met een status die korter dan zes weken in een COA-opvanglocatie zijn geweest of direct zijn ingestroomd in de gemeente als gevolg van gezinshereniging, zij vallen onder de reguliere zorg;
 - ongedocumenteerde vluchtelingenkinderen.
4. Hoe, door wie en op welke wijze kan de kwaliteit van zorg voor vluchtelingenkinderen het beste worden gewaarborgd?
 - Hoe kan het cultuursensitief werken worden versterkt?
 - Hoe kan de continuïteit van de zorg voor vluchtelingenkinderen het beste georganiseerd en gewaarborgd worden?

Wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeld volgens de EBRO (evidence-based richtlijnontwikkeling) -methodiek en Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (Advies Commissie Richtlijnen, 2011).

Literatuuronderzoek

Voor het systematisch literatuuronderzoek naar medische aandoeningen onder vluchtelingenkinderen is gezocht in de databases PubMed, EMBASE en Web of Science. Hiervoor zijn de zoektermen refugee, migrant, immigrant, unaccompanied minor, medical, health en screening gebruikt. De search is beperkt tot publicaties van 1 januari 2007 tot 1 april 2018 in de Engelse en Nederlandse taal. Een gedetailleerd overzicht van de gehanteerde zoekstrategieën is opgenomen in het artikel Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: a systematic review and meta-analysis (Baauw, 2019).

Voor het systematisch literatuuronderzoek naar psychosociale aandoeningen onder vluchtelingenkinderen is gezocht in de database PubMed. Hiervoor zijn de zoektermen child/adolescent, refugee/asylum seeker, PTSD, treatment, intervention en assessment gebruikt. Dit leverde een te beperkt aantal hits op. Om deze reden is een narratieve literatuurstudie gedaan, waarbij zoveel mogelijk relevante richtlijnen, handleidingen en (inter-)nationale publicaties zijn verzameld en op de literatuurlijsten is verder gezocht.

Systematische reviews werden beoordeeld op kwaliteit met behulp van de AMSTAR-criteria (Assess the Methodological Quality of Systematic Reviews) (Shea, 2007). De kwaliteit van individuele studies werd beoordeeld met behulp van criteria van Cochrane Netherlands (Higgins, 2008; Cochrane Netherlands, 2018). Waar mogelijk is gebruik gemaakt van gepoolde data. De literatuur is samengevat en vervolgens is een conclusie geformuleerd waarbij de kwaliteit van het bewijs waar mogelijk is aangegeven volgens de GRADE-methodologie (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (Andrews, 2013).

Knelpuntenanalyse

Voor de knelpuntenanalyse werd kwalitatief wetenschappelijk onderzoek verricht naar de meldingen die kinderartsen hebben gedaan over logistieke problemen die zij ervaren met vluchtelingenkinderen (Baauw, 2018).

Diepte-interviews werden gehouden met jeugdartsen en kinderartsen naar hun visie over het nieuwkomersonderzoek (Slattery, 2017). De tekst is woordelijk uitgeschreven en gecodeerd, gebruikmakend van thematische analyse.

Focusgroepdiscussies met ouders van vluchtelingenkinderen en amv's werden gehouden in 2018. De interviews zijn woordelijk uitgeschreven, gecodeerd en geanalyseerd.

Internationale richtlijnen

De richtlijnen voor medische en psychologische screening van vluchtelingenkinderen in Duitsland (Pfeil, 2016), Canada (Pottie, 2011), de VS (Centres for Disease Control and Prevention, 2017) en Australië (Australian Society for Infectious Diseases, 2018) zijn meegenomen in de overige overwegingen. Er is, naast in PubMed, naar bestaande richtlijnen gezocht in de databases van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (<https://www.nice.org.uk/guidance>), National Guideline Clearing House (<https://www.guideline.gov>), Center for Disease Control (<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/advising-travelers-with-specific-needs/newly-arrived-immigrants-refugees>), Cochrane library (<http://cochranelibrary-wiley.com/cochranelibrary/search>) en de Nederlandse richtlijndatabase (<https://www.richtlijndatabase.nl>).

Overige overwegingen

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast het wetenschappelijke bewijs vaak nog andere aspecten van belang, zoals kosten, beschikbaarheid van voorzieningen of organisatorische aspecten en patiëntenvoorkeuren (Andrews, 2013). Deze aspecten worden, voor zover niet wetenschappelijk

onderzocht, vermeld onder overige overwegingen. In de overige overwegingen spelen ook de ervaring en de mening van de werkgroepleden een rol. De aanbeveling is het resultaat van de integratie van het beschikbare bewijs met de weergegeven overige overwegingen.

Beoordeling artikelen

Voor de wetenschappelijke onderbouwing van deze richtlijn zijn uitgebreide literatuurstudies verricht. Op populatieniveau werd een groot aantal bruikbare studies gevonden die inzicht gaven in de geschatte prevalentie van aandoeningen onder vluchtelingenkinderen. Er werden geen vergelijkende interventiestudies gevonden. Gebruikelijk is om de GRADE-methodologie toe te passen voor richtlijnen die gericht zijn op interventies. De GRADE-methodologie is minder toepasbaar op diagnostische en prognostische vraagstellingen waarbij op basis van geschatte prevalentie aanbevelingen worden gedaan. Op basis van deze data kunnen echter geen wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen worden gedaan over de vraag of screening de juiste interventie is. Ook kon geen wetenschappelijk onderbouwd antwoord worden gegeven op de vraag wat de beste timing is voor het nieuwkomersonderzoek en ook niet op de vraag wie deze screening het beste zou kunnen uitvoeren. De GRADE-methodologie kon bijvoorbeeld wel worden toegepast op het effect van overplaatsingen op het welbevinden van kinderen.

Van bewijs naar aanbeveling

De conclusie van de werkgroep is dat er grote kennislacunes bestaan op het gebied van fysieke en mentale gezondheid van vluchtelingenkinderen in Nederland. Alle adviezen en aanbevelingen in deze richtlijn zijn derhalve gebaseerd op systematic reviews uit andere landen, uitgevoerd in het kader van de richtlijn, en expert opinions.

De werkgroep beveelt aan dat er een pilot komt. Er zijn vergelijkende studies nodig die antwoord geven op de vragen wat het beste nieuwkomersonderzoek is voor vluchtelingenkinderen, wat de beste timing is en wie dat onderzoek moet gaan uitvoeren.

Continuïteit van zorg

Er is een aantal domeinen geïdentificeerd die de continuïteit van zorg beïnvloeden. Overplaatsingen binnen bijvoorbeeld de COA-opvanglocaties brengen de continuïteit van zorg in gevaar, met name voor kinderen met complexe problematiek. Gezondheidsvaardigheden van ouders en jongeren zijn een belangrijke factor in hoe makkelijk vluchtelingen zich bewegen door het Nederlandse gezondheidssysteem. Het GZA heeft een landelijk patiëntendossier gerealiseerd voor deze groep kwetsbare kinderen. Daardoor zijn medische gegevens van de huisartsenzorg binnen de COA-opvanglocaties makkelijk te achterhalen.

Patiëntenperspectief

De huisarts in de werkgroep is zelf als vluchteling Nederland binnengekomen. Aan de klankbordgroep nemen enkele kinderartsen en kinderpsychologen deel die eveneens zelf als vluchteling naar Nederland gekomen zijn en nu hun kinderen in Nederland opvoeden. Zij hebben zelf ervaren waar een vluchteling tegenaan loopt daar waar het gaat om (de toegankelijkheid van) de gezondheidszorg. Zij werken alle drie als sleutelpersoon gezondheid statushouders en een van hen heeft tevens gewerkt bij het platform Syriërs Gezond. Sleutelpersonen gezondheid statushouders zijn mensen die zelf gevlucht zijn en in Nederland als nieuwkomer hun weg hebben gevonden. Vaak hebben zij in het land van herkomst als zorgprofessional gewerkt. Zij kunnen gemeenten helpen om statushouders te bereiken en te betrekken bij gemeentelijke activiteiten, maar ook bij beleidsontwikkeling of plannen van aanpak. Ook professionals in preventie, zorg en welzijn hebben baat bij de voorlichtende en adviserende rol van sleutelpersonen. De samenwerking met sleutelpersonen helpt vluchtelingen wegwijs te worden in het Nederlandse zorgsysteem.

Daarnaast zijn er focusgroepinterviews afgenomen met ouders van vluchtelingenkinderen en met amv's uit tien verschillende landen over hoe zij de zorg en de toegang tot de zorg in Nederland ervaren.

Implementatie en indicatorontwikkeling

Voor de implementatie van deze richtlijn wordt na acceptatie door de wetenschappelijke verenigingen een plan ontwikkeld door de betrokken partijen. Daarbij worden opnieuw alle betrokken partijen geconsulteerd. Indicatoren worden ontwikkeld met het implementatieplan.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op evidence gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op de gemiddelde patiënt, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, soms zelfs noodzakelijk. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

Herziening van richtlijn

In 2025 wordt beoordeeld of de inhoud van deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding tot een herzieningstraject geven.

Literatuur

- Advies Commissie Richtlijnen. Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0. 2011. <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Medisch%20specialistische%20richtlijnen%202-0.pdf>.
- Andrews JC, Schunemann HJ, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013;66:726-35.
- Australian Society for Infectious Diseases. Recommendations for comprehensive post-arrival health assessment for people from refugee-like backgrounds. <https://www.asid.net.au/documents/item/1225>.
- Baauw A, Kist-van Holthe J, Slattery B, et al. Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: a systematic review and meta-analysis. 2019;3(1):e000516.
- Baauw A, Rosiek S, Slattery B, et al. Pediatrician-experienced barriers in the medical care for refugee children in the Netherlands. *Eur J Pediatr*. 2018;177:995-1002.
- Baauw A, Slinger, K, Goosen, S. Komt een vluchtelingenkind op uw spreekuur. *Praktische Pediatr*. 2017;10-6.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. 2018. <https://statline.cbs.nl/statweb/>.
- Centraal Orgaan opvang Azielzoekers. Personen in de opvang uitgesplitst naar leeftijd en land van herkomst. 2018. <https://www.coa.nl/nl/over-coa/bezetting/personen-in-de-opvang-uitgesplitst-naar-leeftijd-en-land-van-herkomst>.
- Centres for Disease Control and Prevention. Technical Instructions for Panel Physicians and Civil Surgeons. <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/exams/ti/civil/technical-instructions-civil-surgeons.html>.
- Cochrane Netherlands. Beoordelingsformulieren en andere downloads. <http://netherlands.cochrane.org/beoordelingsformulieren-en-andere-downloads>.
- Dokters van de Wereld. De deur naar zorg. Het recht op gezondheid en zorg voor ongedocumenteerde migranten. 2018.
- Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, et al. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379:266-82.
- GGD GHOR Nederland. PGA Protocol intake Jeugdgezondheidszorg asielzoekerskinderen 0-18 jaar. <https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=46249&m=1552550020&action=file.download>.
- Goosen S, Hoebe CJ, Waldhober Q, et al. High HIV Prevalence among Asylum Seekers Who Gave Birth in the Netherlands: A Nationwide Study Based on Antenatal HIV Tests. *PLoS One*. 2015;10:e0134724.
- Greenaway C, Thu Ma A, Kloda LA, et al. The Seroprevalence of Hepatitis C Antibodies in Immigrants and Refugees from Intermediate and High Endemic Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10:e0141715.
- Higgins JPT ADe. Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.1. The Cochrane Collaboration. 2008.
- Hossain SM, Leidman E, Kingori J, et al. Nutritional situation among Syrian refugees hosted in Iraq, Jordan, and Lebanon: cross sectional surveys. *Confl Health*. 2016;10:26.
- Immigratie- en Naturalisatiedienst. Ministerie van Justitie en Veiligheid. Asieltrends 2016. <https://ind.nl/over-ind/Cijfers-publicaties/Paginas/Asieltrends-2016.aspx>.
- MacPherson DW, Gushulak BD. Balancing prevention and screening among international migrants with tuberculosis: population mobility as the major epidemiological influence in low-incidence nations. *Public Health*. 2006;120:712-23.
- MacPherson DW, Zencovich M, Gushulak BD. Emerging pediatric HIV epidemic related to migration. *Emerg Infect Dis*. 2006;12:612-7.
- Nutma N, Lier A, Drijfhout I, et al. Bereikt het Rijksvaccinatieprogramma asielzoekerskinderen? Een onderzoek naar de DKTP-vaccinatiegraad. *Tijdsch JGZ*. 2019;1-6.
- Pfeil J, Kobbe R, Trapp S, Kitz C, et al. [Recommendations for the diagnosis and prevention of infectious diseases in pediatric and adolescent refugees in Germany: Statement of the German Society of Pediatric Infectious Diseases, the Society of Tropical Pediatrics and International Child Health, and the Professional Association of Pediatricians]. *Internist (Berl)*. 2016;57:416-33.
- Pharos. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. 2016. <http://www.pharos.nl/documents/doc/kennissynthese%20gezondheid%20van%20nieuwkomende%20vluchtelingen%20en%20indicaties%20voor%20zorg%20preventie%20en%20ondersteuning.pdf>.
- Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011;183:E824-925.
- Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, et al. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. *Lancet*. 2015;386:1546-55.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
- Slattery B. Evaluation of initial health care for refugee children in the Netherlands. Master thesis. 2017. Amsterdam Public Health research institute, VUmc, Amsterdam.
- Stellinga-Boelen AA, Storm H, et al. Iron deficiency among children of asylum seekers in the Netherlands. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007;45:591-5.
- Van Os ECC, Kalverboer ME, Zijlstra AE, et al. Knowledge of the unknown child: A systematic review of the elements of the Best Interests of the Child Assessment for recently arrived refugee children. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2016;19(3):185-203. doi:10.1007/s10567-016-0209-y.
- Yun K, Matheson J, Payton C, et al. Health Profiles of Newly Arrived Refugee Children in the United States, 2006-2012. *Am J Public Health*. 2016;106:128-35.

Module 1 Medisch onderzoek

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de uitgangsvraag:

Wat is het meest geschikte evidence-based medisch nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen?

Het land van herkomst, etniciteit en omstandigheden voorafgaand aan de vlucht zijn factoren die bijdragen aan de specifieke gezondheidsrisico's van vluchtelingenkinderen. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat vluchtelingenkinderen vaak complexe gezondheidszorgbehoeften hebben (Yun, 2016). Ondanks het feit dat vluchtelingenkinderen een verhoogd risico hebben op medische problemen door een hogere prevalentie van bepaalde medische aandoeningen in deze populatie, wordt hier niet standaard op getest. Er vindt geen gestandaardiseerd routinematig aanvullende diagnostiek plaats. Op indicatie verwijst de JGZ-professional door naar een huisarts. De intake door de JGZ-professional is uitgebreid en biedt veel informatie, echter de volledige gezondheidsstatus van deze vluchtelingenkinderen blijft onbekend. Hiermee ontstaat er een achterstand ten opzichte van in Nederland geboren kinderen bij wie de antenatale screening en de hielprikscreening een groot aantal gezondheidsrisico's adresseert.

In de populatie vluchtelingenkinderen is sprake van een hogere prevalentie van anemie, hemoglobinopathieën, chronische infecties, een tekort aan micronutriënten (zoals vitaminen), afwijkingen in de groei en een onvolledige vaccinatiestatus.

Bij binnenkomst in Nederland kan het medische onderzoek van vluchtelingenkinderen worden afgestemd op het individuele kind. Om dit te kunnen doen dient eerst inzicht verkregen te worden in de gezondheidstoestand van vluchtelingenkinderen uit verschillende regio's. Specifiek is onderzocht wat bij binnenkomst in andere gastlanden de prevalentie is van:

- anemie en genetische aandoeningen van de rode bloedcellen;
- infectieziekten en vaccinatiestatus;
- ontwikkeling, groei, voeding en micronutriënten deficiënties;
- niet-overdraagbare aandoeningen en chronische ziekten.

In Nederland wordt hier nog geen onderzoek naar verricht.

Anemie en genetische aandoeningen van de rode bloedcellen

Anemie is wereldwijd een probleem voor de volksgezondheid. Volgens de Wereld GezondheidsOrganisatie (WHO) zijn kinderen vatbaar voor het ontwikkelen van anemie als ze in een land wonen waar veel infectieziekten heersen, voedingstekorten of hemoglobinopathieën zijn. Anemie verhoogt het risico op morbiditeit en draagt bij aan een slechte fysieke en cognitieve ontwikkeling en prestaties (Stevens, 2013). Aandoeningen van de rode bloedcellen, hemoglobinopathieën (sikkelcelanemie, thalassemie) en glucose-6-fosfaatdehydrogenasedeficiëntie zijn veel voorkomende genetische aandoeningen bij kinderen afkomstig uit Afrika, Azië en het Midden-Oosten (zie tabel 1.2). Deze stoornissen dragen niet alleen bij aan de ontwikkeling van anemie, maar kunnen ook leiden tot ongunstige geboorte uitkomsten, ernstige complicaties en een verlaagde levensverwachting (Harteveld, 2014).

Erfelijke en metabole stoornissen zijn verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de morbiditeit en mortaliteit bij kinderen in Arabische landen (Yanni, 2010).

Tabel 1.2 Anemie en genetische aandoeningen van de rode bloedcellen (NVK sectie kinderhematologie)

Hemoglobinopathiën komen voor bij:	
•	migranten of mensen met voorouders uit Afrika, Suriname of Caribisch gebied: prevalentie dragerschap 10 tot 24%;
•	migranten of mensen met voorouders uit China/Oost-Aziatische landen: prevalentie dragerschap 3 tot 26%;
•	migranten of mensen met voorouders uit Middellandse Zee gebied, Turkije, Marokko: prevalentie dragerschap 0,5 tot 8%.
Geografische distributie:	
•	alfa-thalassemie: vooral in Zuidoost-Azië en China;
•	bèta-thalassemie major: rond Middellandse Zee (vooral Italië, Griekenland en Turkije), Midden-Oosten, Zuidoost-Azië en enkele gebieden in Afrika;
•	sikkelcelziekte: Afrika, Caribisch gebied, Mediterrane gebied, Midden-Oosten en Azië.

Infectieziekten en vaccinatiestatus

Hepatitis

De ziekte hepatitis B is door vaccinatie te voorkomen, maar desondanks vormt het hepatitis B-virus (HBV) wereldwijd een bedreiging voor de volksgezondheid. Wereldwijd is de geschatte prevalentie 3%, maar er is een grote regionale variatie (Schweitzer, 2015). Perinatale infecties met HBV leiden in 90% van de gevallen tot een chronische HBV-infectie en 25% van deze kinderen zal op volwassen leeftijd primaire leverkanker of levercirrose ontwikkelen.

Humaan immunodeficiëntievirus (hiv)

Naar schatting leefden in 2017 wereldwijd 1,8 miljoen (1,3 miljoen tot 2,4 miljoen) kinderen onder de 15 jaar met het hiv (UNAIDS 2015). De incidentie van hiv is het hoogst in Sub-Sahara Afrika (SSA). Wereldwijd waren er 0,08 nieuwe hiv-infecties per 1.000 niet-geïnfecteerde mensen. Kinderen uit landen waar hiv endemisch is, hebben tijdens de perinatale periode een verhoogd risico op infectie als gevolg van verticale transmissie van moeder op kind. Ze lopen ook risico om het virus op te lopen door (hetero-) seksueel contact.

Tuberculose

Tuberculose (tbc) is wereldwijd een van de belangrijkste doodsoorzaken door infectieziekten (Varkey, 2007) en staat bovenaan als doodsoorzaak veroorzaakt door een enkele infectieuze bacterie. In westerse landen neemt tbc gestaag af, maar in de landen van herkomst van de vluchtelingen kinderen kan door armoede, oorlog en politieke instabiliteit de ziekte toenemen, zowel bij volwassenen als bij kinderen. Dit komt door een afname van hun immuniteit en/of verslechterde toegang tot de gezondheidszorg. Ook kunnen zij tijdens een lange vluchtweg of verblijf in vluchtelingenkampen geïnfecteerd raken, omdat men in aanraking is gekomen met onbehandelde of niet ontdekte tuberculosepatiënten (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>; <https://www.who.int/tb/childhoodtbfactsheet.pdf>).

In Nederland worden kinderen die afkomstig zijn uit landen waar tbc veel voorkomt bij binnenkomst gescreend op tbc en/of latente tuberculose infectie (LTBI) volgens de richtlijnen van de KNCV (https://www.kncvtbc.org/uploaded/2019/05/6.13_risicogroepenbeleid.pdf).

Overige ziekten waarvoor vaccinatie mogelijk is

Hoewel de vaccinatiegraad wereldwijd is toegenomen en de sterfte bij kinderen onder de vijf jaar is afgenomen, is er in oorlogsgebieden en andere instabiele gebieden een heropleving van ziekten waarvoor vaccinatie mogelijk is, zoals mazelen, polio en difterie (Raslan, 2017). De WHO heeft jaarlijks een update beschikbaar over de vaccinatiegraad per land per Rijksvaccinatieprogramma (RVP) infectieziekte. Hieruit blijkt dat de vaccinatiegraad van Syrische kinderen sterk verminderd is de laatste tien jaar (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276969/WHO-IVB-18.12-eng.pdf?ua=1>).

Ontwikkeling, groei, voeding en micronutriënt deficiënties

Wereldwijd lijden naar schatting 52 miljoen (7,7%) kinderen jonger dan vijf jaar aan acute ondervoeding volgens de door de WHO gedefinieerde normen voor groei (WHO, 2019). De zwaarst getroffen regio is Zuid-Azië, waar 15,4% van de kinderen jonger dan vijf jaar ondergewicht heeft. Aan de andere kant van het spectrum heeft een groeiend aantal kinderen overgewicht en obesitas. Achttien procent van de kinderen en adolescenten in de leeftijd van vijf tot 19 jaar hadden overgewicht en 6% was zwaarlijvig in 2016 (WHO Childgrowth, 2019).

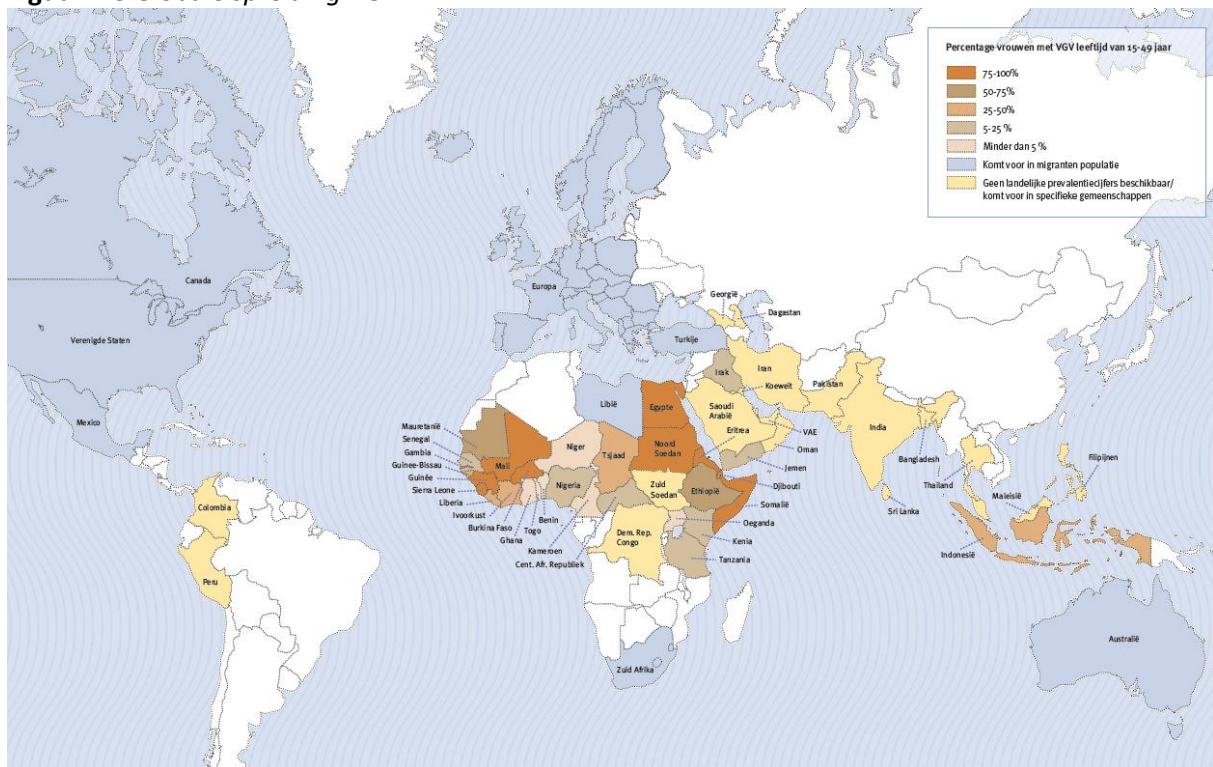
Niet-overdraagbare aandoeningen en chronische ziekten

Vrouwelijke genitale verminking (VGV)

VGV is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen zonder medische noodzaak. Sinds de jaren '90 wonen er in Nederland vrouwen en meisjes die geëmigreerd zijn uit landen waar VGV wordt toegepast. VGV is in Nederland strafbaar als vorm van (kinder-)mishandeling en huiselijk geweld (artikel 284, 285, 300 tot 304, 307 en 308 van het Wetboek van Strafrecht). Het beleid in Nederland is een zero-tolerancebeleid; alle vormen van VGV zijn verboden. De Nederlandse ketenaanpak bestaat uit een combinatie van preventie, wetshandhaving en aandacht voor goede zorg voor vrouwen die al besneden zijn.

Naar schatting zijn er meer dan 200 miljoen meisjes en vrouwen in de wereld besneden, zie ook figuur 1.3. Als de huidige trend van bevolkingsgroei zich voortzet dan lopen de komende jaren nog miljoenen meisjes het risico om besneden te worden (Unicef, 2016).

Figuur 1.3 Globale spreiding VGV



Bron: Pharos (<https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/folder-vgv-stand-van-zaken-in-Nederland-Pharos-2019.pdf>)

De WHO onderscheidt vier vormen van meisjesbesnijdenis:

- Type 1 gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en/of de voorhuid (clitoridectomie);
- Type 2 gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen (excisie);
- Type 3 vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen en/of de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris (infibulatie);
- Type 4 alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.

VGv vindt meestal plaats in de leeftijd van vier tot 12 jaar, maar in een aantal gemeenschappen wordt een paar dagen na de geboorte al besneden (Pharos, 2019). Ook tot vlak voor het huwelijk of na een bevalling kan VGv nog plaatsvinden. De leeftijd is afhankelijk van lokale tradities en omstandigheden. Migratie kan ook bijdragen aan besnijdenis op een andere leeftijd.

VGv kan lichamelijke, psychische en seksuele problemen veroorzaken, zowel tijdens de ingreep als daarna. Klachten zijn onder andere afhankelijk van het type besnijdenis, en door wie en hoe de besnijdenis uitgevoerd is. Bij type 3 (infibulatie) komen de meeste klachten voor. Vrouwen leggen bij eventuele klachten niet altijd het verband met de besnijdenis. Dit kan samengaan met onbekendheid van het menselijk lichaam.

Syndromen

Wereldwijd komen syndromen en aangeboren afwijkingen voor. Het vermoeden bestaat dat onder de vluchtelingenpopulatie meer aangeboren afwijkingen voorkomen, om verschillende redenen. De indruk bestaat dat mensen vaak met hun meest zieke kind vluchten, om hen een perspectief te bieden. Verder komen huwelijken binnen de familie vaker voor.

Mondgezondheid

In Nederland worden nagenoeg dagelijks vluchtelingenkinderen met pijnklachten in de mond met spoed gezien door een tandarts. Vaak is er sprake van veel tandbederf (cariës) en hebben kinderen pijn tijdens het dagelijks functioneren (eten, drinken, praten, slikken, tandenpoetsen), maar de klachten kunnen zich ook spontaan manifesteren en vaak wordt ook de slaap erdoor gehinderd.

Het is de mondzorgprofessionals opgevallen dat de tandheeskundige verzorgingsgraad van deze kinderen erg laag is. Dit houdt in dat bij veel tanden en kiezen bij deze kinderen actieve, onbehandelde cariës aanwezig is.

Bespreking literatuur

Een systematische review van de literatuur (Baauw, 2019) geeft een overzicht van wereldwijde geschatte prevalenties van aandoeningen onder 223.037 vluchtelingenkinderen uit Afrika, Azië en het Midden-Oosten, die naar een van de negen gastlanden kwamen (Australië, Nieuw Zeeland, de VS, Canada, Duitsland, Malta, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Nederland). De meeste gegevens zijn beschikbaar van kinderen uit Azië en Afrika. Alle hieronder gepresenteerde data zijn van kinderen die getest worden op het moment dat ze een van de ontvangende landen binnenkomen. Daarbij werden alle studies uitgesloten met data van huisartsenposten, ziekenhuizen of Travel Clinics. In totaal werden 53 studies geïnccludeerd.

Tabel 1.4 Schattingen van wereldwijde prevalenties (%) and 95% betrouwbaarheidsintervallen van bepaalde aandoeningen bij vluchtelingen kinderen bij aankomst in receptielanden

	Prevalence estimates in %	95 % CI	Number of studies	Number of participants
Anaemia and genetic disorders of the red blood cells				
Anaemia	13,7%	[8,7 to 19,7]	14	14.632
Haemoglobinopathy	3,7%	[0,2 to 10,5]	4	5.400
Infectious diseases				
Hepatitis B	2,6%	[1,6 to 3,7]	16	19.196
Hepatitis C	0,2%	[0,0 to 1,2]	5	1.415
HIV	0,03%	[0,00 to 0,25]	4	2.165
Active TB	0,2%	[0,0 to 0,5]	10	162.100
LTBI (IGRA)	11,3%	[9,4 to 13,3]	4	3.291
LTBI (Mantoux)	19,3%	[11,0 to 29,3]	8	33.317
Schistosomiasis	9,5%	[5,6 to 14,4]	10	3.292
Strongyloides	10,4%	[4,8 to 17,7]	8	3.793
Intestinal infections	31,0%	[22,1 to 40,6]	15	12.723
Malaria	2,58%	[0,7 to 5,4]	6	2.408
Growth, nutrition, and micronutrient deficiencies and lead poisoning				
Vitamin B deficiency	0,6%	[0,1 to 1,5]	3	752
Vitamin D deficiency	44,6%	[27,7 to 62,2]	7	3.715
Wasting	8,8%	[6,5 to 11,4]	15	9.167
Stunting	17,2%	[9,4 to 26,5]	7	2.293
Overweight	10,8%	[7,6 to 14,3]	6	7.838
Obesity	5,7%	[1,9 to 11,4]	4	8.538
Elevated Blood Lead Level	6,1%	[2,4 to 11,0]	8	5.898
Vaccine coverage				
Immunity for rubella	72,4%	[45,3 to 92,9]	2	256
Immunity for measles	70,2%	[30,7 to 97,2]	2	402
Immunity for hepatitis B	63,0%	[51,1 to 74,2]	3	1.802

Note: Anaemia was defined as a haemoglobin level below the age-and gender-specific cut points established by the World Health Organization or the US Centers for Disease Control and Prevention. Haemoglobinopathy included sickle cell disease, sickle cell trait, thalassemia and G6PD deficiency. Hepatitis B was defined as HBsAg seropositive. Hepatitis C infection (HCV) was defined by the presence of antibodies for hepatitis C. HIV test includes the pre-entry screening on HIV in the US. Active tuberculosis was defined as a positive chest X-ray and/or positive sputum. Latent tuberculosis infection (LTBI) was defined as a positive interferon- γ release assay (IGRA) or a Mantoux tuberculin skin test ≥ 10 mm. Schistosomiasis and Strongyloides were defined by the presence of antibodies against schistosomiasis and Strongyloides stercoralis. Intestinal infections: at least one positive stool sample: ova, parasite tests, or bacteriology tests. Vitamin D: insufficiency 26 to 50 nmol/L 25-hydroxyvitamin D; deficient 13 to 25 nmol/L and severely deficient <13 nmol/L. Growth Stunting: < 5th percentile of BMI for age, WHO. Stunting: height for age <5th. Lead intoxication is defined >10 μ g/dL.

Anemie en genetische aandoeningen van de rode bloedcellen

Anemie komt vaak voor bij vluchtelingen kinderen. Kinderen jonger dan vijf jaar zijn het meest vatbaar voor anemie (Yun, 2016). Naarmate de leeftijd stijgt, komt anemie minder vaak voor. Adolescenten uit Syrië werden het minst getroffen door anemie (Marquardt, 2016; Theuring, 2016). Recidiverende infecties en ijzergebrek zijn veelvoorkomende oorzaken. Ook erfelijke rode bloedcelziekten, zoals hemoglobinopathieën en enzymdeficiënties van de rode bloedcel kunnen leiden tot bloedarmoede. Gegevens over erfelijke rode bloedcelziekten waren schaars en vertegenwoordigden een breed scala (sikkelcelziekte, sikkelcel dragerschap, alfa en bèta thalassemie en glucose-6-fosfaatdehydrogenasedeficiëntie) (Denburg, 2007; Rungan, 2013; Stellinga, 2007; Yanni, 2013). In Spanje werd een prevalentie van 18% en 15% van sikkelceltrait en respectievelijk G6PD-deficiëntie gevonden onder vluchtelingen afkomstig uit SSA (Las Heras Manso, 2008).

Geschat wordt dat meer dan 400 miljoen mensen wereldwijd G6PD-deficiënt zijn, wat neerkomt op een prevalentie van 4,9%. De hoogste prevalenties worden gevonden in SSA, het Midden-Oosten en Zuidoost-Azië, waar 10 tot 26% van de bevolking G6PD-deficiënt is (Nkhoma, 2009; Cappellini, 2008). In deze regio's is daarnaast een op de zeven mensen drager van sikkelcelziekte (Piel, 2017). De prevalentie van bèta thalassemie wordt wereldwijd geschat op 5% (Erdem, 2019).

Tabel 1.6 Geschatte prevalenties (%) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (%) van anemie en hemoglobinopathie bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit verschillende regio's

Regio	Alle regio's	Afrika	Noord-Afrika	Sub-Sahara Afrika	Azië	Midden-Oosten
Anemie	13,7%	21,7%	11,3%	7,9%	14,1%	5,0%
95% CI	[8,7 to 19,7]		[0,5 to 32,0]	[5,4 to 10,8]	[4,2 to 28,5]	[0,7 to 12,6]
Studies	14	1	2	2	4	4
N	14.632	83	3.385	396	5.060	2.170
Hemoglobinopathie en G6PD deficiëntie	3,7%	7,3%			16,0%	0,1%
95% CI	[0,2 to 10,5]				[8,0 to 26,0]	
studies	4	1	0	0	2	1
n	5.400	41			68	4.899

Infectieziekten en vaccinatiestatus

Hepatitis

Informatie over chronische hepatitis-B-infectie bij vluchtelingenkinderen is gebaseerd op 16 studies van in totaal 19.196 kinderen. De hoogste HBsAg-seroprevalenties werden gevonden in Afrikaanse landen, met een hogere intermediaire endemiciteit (HBsAg-prevalentie 5 tot 7,99%) in SSA. Gemiddeld hadden kinderen uit Azië een lagere intermediaire endemiciteit (HBsAg-prevalentie 2 tot 4,99%). HBsAg-seroprevalenties in Azië nam toe met de leeftijd. Hogere endemische effecten werden gevonden bij kinderen uit Azië in de leeftijd van 12 tot ≤19 jaar. De laagste endemiciteit werd gevonden bij kinderen uit het Midden-Oosten (HBsAg-prevalentie ≤ 2%) (Denburg, 2007; Lucas, 2010; Marquardt, 2016; Mitchell, 2018; Ngo, 2018; Paxton, 2012; Ramos, 2010; Rungan, 2013; Salehi, 2015; Scott, 2015; Theuring, 2016; Ugwu, 2007; Walters, 2016; Yun, 2016; Yun, 2016; Zwi, 2018).

Tabel 1.7 Prevalentie (%) van hepatitis B (HBsAg+) bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit Azië per leeftijdscategorie en betrouwbaarheidsinterval (%)

Hepatitis B	Azië
Leeftijd <19 jaar	3,3%
95% CI	[2,5 tot 4,1]
Studies	7
n	3.941
Leeftijd <5 jaar	0,0%
95% CI	[0,0 tot 0,5]
Studies	2
N	302
Leeftijd 5 tot <12 jaar	1,8%
95% CI	[0,3 tot 4,4]
Studies	3
n	513
Leeftijd 12 tot 18 jaar	6,1%
95% CI	[1,9 tot 12,2]
Studies	4
n	708

De hoogste endemiciteit van hepatitis C werd gevonden in Afrikaanse kinderen, namelijk 2,1% onder 384 kinderen. (Denburg, 2017; Lucas, 2010; Paxton, 2012; Rungan, 2013; Zwi, 2018).

Hiv

In drie van de vier studies over hiv werden geen kinderen gevonden die hiv-positief waren (Denburg, 2017; Rungan, 2013; Salehi, 2015). In een Amerikaanse studie waren zeven van de 1.685 onderzochte kinderen hiv-positief (Stauffer, 2011). De gezondheidsbeoordeling van vluchtelingen wordt op grote schaal geïmplementeerd in de VS, echter wordt testen op hiv niet routinematig uitgevoerd bij kinderen jonger dan 15 jaar. Ook worden veel vluchtelingen al in het land van herkomst getest. Sinds 2010 worden hiv-tests alleen uitgevoerd bij vluchtelingen wanneer er een vermoeden van infectie bestaat.

Tabel 1.8 Geschatte prevalenties (%) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (%) van infectieziekten bij vluchtelingenkinderen per regio

Infectieziekten	Alle regio's	Afrika	Noord-Afrika	Sub-Sahara Afrika	Azië	Midden-Oosten
Hepatitis B	2,6%	4,5%	1,8%	7,7%	3,3%	0,1%
95% CI	[1,6 tot 3,7]	[0,8 tot 10,8]	[0,0 tot 6,9]	[4,5 tot 11,6]	[2,5 tot 4,1]	[0,0 tot 0,4]
studies	16	2	2	2	7	3
n	19.196	4.329	3.033	238	3.941	1.415
Hepatitis C	0,2%	2,1%			0,0%	
95 CI	[0,0 tot 1,2]				[0,0 tot 0,8]	
studies	5	1	0	0	3	0
n	1.415	384			384	
hiv	0,03%				0,0%	
95% CI	[0,0 tot 0,3]					
studies	4	0	0	0	1	0
n	2.165				36	
Actieve TB	0,2%	0,4%			0,0%	
95% CI	[0,0 tot 0,5]					
studies	10	1	0	0	1	0
n	162.100	277			36	
Latente TB, IGRA	11,3%	10,2%	13,9%	15,5%	12,4%	4,7%
95% CI	[9,4 tot 13,3]				[9,5 tot 15,6]	
studies	4	1	1	1	3	1
n	3.291	354	538	58	1.538	257
Latente TB, Mantoux	19,3%	21,6%	34,4%	19,5%	15,1%	5,9%
95% CI	[11,04 tot 29,3]				[8,4 tot 23,4]	
studies	8	1	1	1	2	1
n	33.317	225	3.375	205	3.738	696
Schistosomiasis	9,5%	20,6%	7,1%	21,7%	2,5%	0,9%
95% CI	[5,6 tot 14,4]	[12,6 tot 29,9]	[0,0 tot 24,8]	[16,8 tot 27,1]	[1,0 tot 4,5]	[0,3 tot 1,6]
studies	10	2	2	3	4	3
n	3.292	433	109	452	898	1.136
Strongyloides	10,4%	5,1%	10,3%	16,8%	8,3%	8,7%
95% CI	[4,8 tot 17,7]	[0,0 tot 18,0]	[0,8 tot 27,5]	[1,6 tot 41,7]	[2,2 tot 17,4]	[4,0 tot 14,7]
studies	8	2	3	2	5	2
n	3.798	431	873	261	1.855	120
Darminfecties	31,0%	60,6%	23,2%	35,6%	32,2%	20,8%
95% CI	[22,1 tot 40,6]	[12,5 tot 98,0]	[12,5 tot 36,0]	[17,0 tot 56,6]	[13,3 tot 54,8]	[16,8 tot 25,1]
studies	15	2	3	4	6	4
n	12.723	246	442	509	2.835	1.609
Malaria	2,6%	6,1%	0,0%	2,6%	0,5%	0,0%
95% CI	[0,7 tot 5,4]	[2,0 tot 12,3]			[0,0 tot 2,1]	
studies	6	2	1	1	3	1
N	2.408	541	56	194	574	625
ESBL	35,3%	15,8%			42,2%	28,6%
studies	1	1	0	0	1	1
n	119	21			83	14

Tuberculose

De data over actieve tuberculose bij vluchtelingenkinderen waren beschikbaar vanuit nationale screeningsprogramma's in de VS en het Verenigd Koninkrijk. In de meeste landen is het screenen op actieve tuberculose een wettelijke verplichting, aangezien de volksgezondheid in het geding is wanneer een migrant of een vluchteling actieve tuberculose heeft en mogelijk besmettelijk is. Van de 162.000 geteste kinderen in tien studies hadden 0,2% een actieve tuberculose-infectie. Vanuit deze data kon de regio vanwaar de kinderen afkomstig waren niet worden geëxtrapoleerd (Aldridge, 2016; Aldridge, 2016; Denburg, 2007; Gray, 2012; Liu, 2009; Marquardt, 2016; Pace-Asciak, 2013; Rungan, 2013; Varkey, 2007; Bennet, 2017). In Nederland werd bij 28 van de 32.444 gescreende kinderen <18 jaar actieve tbc gevonden, een prevalentie van 0,086% (<https://www.kncvtbc.org/uploaded/2018/02/Evaluatie-tuberculosescreening-asielzoekers-2011-2015.pdf>). Negen kinderen werden buiten de screening om gediagnosticeerd (0,11%; 0 tot 4 jaar 1/7718; 5 tot 11 jaar 8/11927; 12 tot 17 jaar 28/127990). De search voor de systematic review leverde geen Nederlandse data op. In het artikel van Erkens (2008) kunnen de data van de kinderen niet worden gedestilleerd en wordt geen onderscheid gemaakt tussen migranten en vluchtelingen. Er zijn geen prevalentiedata over latente tbc, omdat niet iedereen wordt gescreend. In een artikel van Wolters (2019) wordt melding gemaakt van 34.000 kinderen die middels X-thorax werden gescreend in Ter Apel.

Van de 3.291 kinderen getest op LTBI middels een Interferon Gamma Release Assay (IGRA), liet 11,3% een positieve testuitslag zien (Bennet, 2017; Lucas, 2010; Paxton, 2012; Yun, 2016). Kinderen afkomstig uit SSA hadden een prevalentie van 15,5%, maar dit was een kleine groep van 58 kinderen. Een positieve Mantoux liet bij 19% van de vluchtelingenkinderen een positieve testuitslag zien. Mantoux is minder specifiek dan de IGRA (meer fout positief), omdat de Mantoux ook positief kan zijn bij een eerdere Bacillus Calmette-Guérin (BCG) of kan kruisreageren met atypische mycobacteriën. De hoogste prevalentie van LTBI werd gezien bij kinderen afkomstig uit Noord-Afrika met 34,4% en SSA met 19,5 procent. De prevalentie van LTBI nam toe met de leeftijd (Bennet, 2017; Lucas, 2010; Paxton, 2012; Yun, 2016).

Overige infectieziekten en ziekten waarvoor vaccinatie mogelijk is

Schistosomiasis was hoog-endemisch bij kinderen uit Afrika, met name kinderen uit SSA (positieve antistoffen bij 21,7%). De overall prevalentie in de hele groep was 9,5% (Belhassen, 2017; Brodine, 2009; Dawson-Hahn, 2010; Lucas, 2010; Marquardt, 2016; Mockenhaupt, 2016; Paxton, 2012; Rungan, 2013; Theuring, 2016; Zwi, 2018). Als kinderen behandeld zijn, kan de serologie nog positief blijven.

Serologische aanwijzingen voor Strongyloides werden gevonden bij 10,4% van de vluchtelingenkinderen, waarbij de kinderen uit SSA de hoogste endemiciteit vertoonden: 16,8% (Belhassen, 2017; Brodine, 2009; Dawson-Hahn, 2010; Denburg, 2007; Lucas, 2010; Paxton, 2012; Yun, 2016; Theuring, 2016; Zwi, 2018).

15 studies met in totaal 12.723 kinderen, rapporteerden darminfecties waarbij tenminste een darmpathogeen werd gezien bij 31% van de kinderen (Ramos, 2010; Belhassen, 2017; Cherian, 2010; Heudorf, 2016; Marquardt, 2016; Mockenhaupt, 2016; Paxton, 2012; Rungan, 2013; Salehi, 2015; Theuring, 2016; Varkey, 2007; DeVetten, 2017; Kotey, 2018; Mitchel, 2018). Kinderen onder de vijf jaar waren het voornaamste reservoir van darminfecties. In de VS krijgen vluchtelingenkinderen behandeling voor darminfecties voordat zij het land binnenkomen. Daardoor werd een significante reductie van helmint-infecties gezien na aankomst in VS.

Kinderen afkomstig uit Afrika hadden de hoogste prevalenties van malaria. Van de 2.408 geteste kinderen had 2,6% malaria. Kinderen uit Afrika hadden een prevalentie van 6,1% (541 kinderen) (Cherian, 2010; Lucas, 2010; Marquardt, 2016; Paxton, 2012; Theuring, 2016; Zwi, 2018).

Nutma (2019) toonde aan dat 72% van de asielzoekerskinderen onder de vier jaar 18 maanden na aankomst in Nederland volledig was gevaccineerd en 57% van de kinderen boven de vier jaar. Rossum (2019) vond een hoge vaccinatiegraad van >95% onder asielzoekerskinderen in de regio Gelderland-Zuid waarbij Somalische en Eritrese kinderen vaker een incomplete vaccinatiestatus hadden. Yun (2016) toonde aan dat de immuniteit voor hepatitis B verdubbeld was over de afgelopen jaren voor vluchtelingenkinderen die de VS binnenkomen, parallel met de afnemende hepatitis B-prevalentie. Volgens data uit Zwitserland bleek dat maar 27% van de migrantenkinderen immuniteit tegen difteria-tetanus-pertussis heeft. De vaccinatiegraad voor polio onder Syrische kinderen is 15% (Bottcher, 2015).

Tabel 1.9 Geschatte prevalenties (%) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (%) van immuniteit tegen vaccine-preventable diseases bij vluchtelingenkinderen

Regio	Alle regio's	Afrika	Noord-Afrika	Sub-Sahara Afrika	Azië	Midden-Oosten
Immuniteit voor rubella	72,4%				84,6%	
95 CI	[45,3 tot 92,9]					
256	2	0	0	0	1	0
N	256				59	
Immuniteit voor mazelen	70,2%				86,8%	
95% CI	[30,7 tot 97,2]					
Studies	2	0	0	0	1	0
N	402				228	
Immuniteit hepatitis B	63,0%				50,2%	
95% CI	[51,1 tot 74,2]					
Studies	3	0	0	0	1	0
N	1.802				241	

Ontwikkeling, groei, voeding en micronutriënt deficiënties

Ontwikkeling

De Europese Commissie heeft een richtlijn ontwikkeld in 2015, Health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA, waarin ook een hoofdstuk is opgenomen om de ontwikkeling van vluchtelingenkinderen te evalueren. Het blijft een uitdaging, mede gezien taal en culturele verschillen (Kroenig, 2016; Huntington, 2016). In Nederland heeft het kenniscentrum Pharos een document uitgebracht over hoe cumulatieve stress kan interfereren met de ontwikkeling. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen (Essen, 2007).

Groei

Veel kinderen in de asielprocedure hebben geen officiële documentatie of bewijs omtrent accurate leeftijd. Onderzoek naar leeftijd is controversieel en onbetrouwbaar. Er is geen medische of psychologische test beschikbaar die met zekerheid de definitieve leeftijd kan bepalen. Leeftijdsoepaling is een holistisch proces waarbij sociale, emotionele en psychologische factoren een rol spelen. In het Verenigd Koninkrijk werd dit probleem actueel toen veel amv's arriveerden in de 'Jungle van Calais' in 2016.

In antwoord daarop bracht de British Medical Association in 2017 het rapport uit: Locked up, locked out: health and human rights in immigration detention. In dit rapport wordt de Merton compliant assessment beschreven.

Er zijn vele factoren die de lichaamshengte beïnvloeden. Onder andere: erfelijkheid en omgevingsfactoren, zoals voeding, voldoende slaap, lichaamsbeweging en hormonen (groeihormoon, schildklierhormoon). Lichaamsbeweging stimuleert de productie van botcellen die bijdragen aan de

groei van sterke, gezonde botten. Het is artsen wel bekend dat chronische ziekten de groei beïnvloeden. Maar ook emotionele, psychische en sociale factoren beïnvloeden de lengtegroei.

Ook in Nederland worden kinderartsen vaak geconfronteerd met de vraag naar de actuele leeftijd van een vluchtelingenkind. De rol van de jeugdprofessional is om risicokinderen te identificeren en om zorg af te stemmen op het individuele kind.

Voeding

Slechte voeding vertaalt zich zowel als onder- en als overgewicht bij vluchtelingenkinderen. De gepoolde data van 12 studies liet een prevalentie zien van 8,8% acute ondervoeding (Ramos, 2010; Dawson-Hahn, 2010 en 2016; Denberg, 2007; Lucas, 2010; Marquardt, 2016; Plotinsky, 2008; Salehi, 2015; Shah, 2014; Stellinga-Boelen, 2007; Yanni, 2013; Belhassen-Garcia, 2017). 11% van de vluchtelingenkinderen had overgewicht. 6% van de kinderen viel in de categorie van obesitas.

Vitamine D-deficiëntie bleek een groot probleem te zijn onder vluchtelingenkinderen. Tot wel 70% van de kinderen afkomstig uit het Midden-Oosten waren insufficiënt voor 25-hydroxy vitamine D. Adolescenten vormden de grootste risicogroep. Oorzaken hiervan zijn: gebrek aan zonlicht, insufficiënte voeding en dragen van bedekkende kleding (Aucoin, 2013; Gray, 2012; Paxton, 2012; Penrose, 2012; Rungan, 2013; Sheikh, 2011; Wishart, 2007).

Verhoogde concentraties van lood in het bloed werd gezien bij 6% van de vluchtelingenkinderen.

Tabel 1.9 Geschatte prevalenties (%) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (%) van micronutriënten deficiënties, groei en verhoogd lood gehalte bij vluchtelingenkinderen

Regio	Alle regio's	Afrika	Noord-Afrika	Sub-Sahara Afrika	Azië	Midden-Oosten
Micronutriënten deficiënties						
Vitamine B deficiëntie	0,6%				1,1%	
95% CI	[0,1 tot 1,5]					
Studies	3				1	
N	752				352	
Vitamine D deficiëntie	44,6%	54,1%			42,4%	70,1%
95% CI	[27,7 tot 62,2]	[40,8 tot 67,1]			[31,7 tot 53,4]	[60,6 tot 78,8]
Studies	7	2			3	2
N	3.715	395			726	100
Groei						
Acute ondervoeding	8,8%	17,2%	26,9%	9,7%	13,9%	10,8%
95% CI	[6,5 tot 11,4]	[2,1 tot 42,2]		[1,6 tot 22,9]	[6,4 tot 23,7]	[7,1 tot 15,1]
Studies	12	2	1	2	3	3
N	9.167	630	67	343	303	6.321
Chronische ondervoeding	17,2%	20,6%		48,4%	38,3%	5,7%
95% CI	[9,4 tot 26,5]				[31,5 tot 45,5]	[2,9 tot 9,4]
Studies	7	1	0	1	2	2
N	2.293	219		93	190	594
Overgewicht	10,76%	5,93%	19,40%	15,60%	7,14%	12,42%
95% CI	[7,64 tot 14,34]					[8,49 tot 16,96]
Studies	6	1	1	1	1	2
N	7.838	219	67	250	154	5.999
Obesitas	5,7%	5,9%			3,3%	7,1%
95% CI	[1,9 tot 11,4]					[1,8 tot 15,4]
Studies	4	1	0	0	1	3
N	8.538	219			154	7.686
Intoxicaties						

Verhoogd loodgehalte	6,1%	6,0%	1,5%	11,6%	3,7%	1,4%
95% CI	[2,4 tot 11,0]			[0,0 tot 37,8]	[0,2 tot 10,2]	[0,6 tot 2,5]
Studies	8	1	1	2	3	2
N	5.898	790	584	157	1.761	653

Niet-overdraagbare aandoeningen en chronische ziekten

Chronische niet overdraagbare aandoeningen komen vaak voor bij vluchtelingen (Yun, 2012). Erfelijke ziektes en syndromen komen vaker voor onder vluchtelingen en migranten (Yanni, 2015).

Visus- en gehoorproblemen

Visus en gehoorproblemen komen vaak voor (Yun, 2012). Late detectie van gehoorproblemen kan negatieve effecten hebben op de socio-economische status en de cognitieve ontwikkeling, en kan leiden tot een vertraagde spraak-taalontwikkeling en leerproblemen.

Huidproblemen

Scabiës is een veelvoorkomend huidprobleem onder vluchtelingenkinderen (Marquardt, 2016). Het gebrek aan hygiëne gedurende de reis of in het land van herkomst kan huidafwijkingen en huidinfecties veroorzaken. Cutane Leishmaniasis wordt met enige regelmaat gezien bij kinderen uit het Midden-Oosten. Cutane difterie is een zeer zeldzame aandoening, maar is potentieel levensbedreigend en wordt in toenemende mate gezien in Europa. De huid kan littekens vertonen van voorgaande operaties of tekenen van mishandeling.

Seksuele gezondheid

Vluchtelingenkinderen lopen meer kans op seksueel misbruik, tienerzwangerschappen en abortus (Goosen, 2009). Amv's zijn het meest kwetsbaar.

VGV

In Nederland wonen ruim 95.000 vrouwen die afkomstig zijn uit landen waar meisjesbesnijdenis een cultureel gebruik is, onder wie 38.000 meisjes in de leeftijd van 0 tot 19 jaar. Naar schatting is 43% van hen besneden: bijna 41.000 vrouwen. Het grootste deel van hen (82 procent) komt uit Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan en Irak. Zeven op de tien vrouwen die besneden zijn, bevinden zich in de reproductieve leeftijd van 15 tot 49 jaar. Ongeveer 15.000 vrouwen hebben naar schatting de meest ingrijpende vorm van VGV (infibulatie) ondergaan. Naar schatting lopen 4.200 meisjes het risico om in de komende 20 jaar besneden te worden. Zij lopen dat risico vooral als hun ouders de traditie voortzetten en preventieve maatregelen hen niet bereiken. Het risico wordt beïnvloed door de duur van het verblijf in Nederland, sociale druk, kennis over wetgeving en (gezondheids)risico's van VGV en houding ten opzichte van VGV. Hierbij moet worden opgemerkt dat het risico voor een deel van de meisjes pas echt reëel wordt wanneer zij het land van herkomst bezoeken. Er is geen aanwijzing dat besnijdenis van meisjes in Nederland zelf plaats heeft gevonden (Kawous, 2019). Een overzicht van de prevalentie wereldwijd en aantallen vrouwen in Nederland: <https://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/17/wereldkaart-met-prevalentie-vrouwelijke-genitale-verminking>).

Mondgezondheid

Exacte gegevens over mondgezondheid bij vluchtelingenkinderen in Nederland zijn niet beschikbaar. Uit de internationale literatuur zijn wel enkele onderzoeken bekend. Over het algemeen is de mondgezondheid van kinderen van vluchtelingen slecht in vergelijking met kinderen uit het gastland. Deze groep kinderen heeft meestal meer door cariës aangetaste, gevulde of getrokken tanden en kiezen in het melkgebit en in het blijvende gebit (hogere dmft/DMFT scores) (Moreau, 2018; Hoover, 2017), een slechtere mondhygiëne, en vaker ontstoken tandvlees (gingivitis). De meerderheid van deze kinderen heeft nog nooit een tandheelkundige behandeling gehad of door een professional uitleg

gekregen over preventie van cariës (Moreau, 2018). Het risico op de ontwikkeling van cariës is gerelateerd aan het land of het gebied waar de kinderen vandaan komen en of er tevens sprake is van gingivitis (Hoover, 2017).

Tussen december 2016 en juli 2017 heeft in Duitsland een uitgebreid onderzoek plaatsgevonden naar de mondgezondheid bij vluchtelingkinderen. Ook hieruit is gebleken dat het cariësniveau van deze groep kinderen aanmerkelijk hoger was dan dat van hun Duitse leeftijdsgenoten. Wat daarnaast opviel, was dat bij een derde deel van de kinderen in de leeftijdsgroep van zes tot zeven jaar sprake was van zeer diepe cariës met ulceratie, fistel of abcesvorming bij minstens één element in de melkdentitie of in het blijvende gebit (de zogenoemde 'pufa/PUFA-score' ≥ 1) (Splieth, 2018).

Onder een groep amv's uit Syrië die opgenomen werden in Duitsland, werd bij vijf van de 488 kinderen problemen gevonden met de mondgezondheid (Mockenhaupt, 2016).

Chronische ziekten

Vluchtelingkinderen lopen meer risico op verdrinking, kindermishandeling, diabetes, sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen dan Nederlandse kinderen (Goosen, 2015). Risicofactoren voor kindermishandeling bij asielzoekers zijn alleenstaande moeders (of vaders), psychische problemen bij de moeder en sociale isolatie.

Conclusie

Uit de voorgaande paragraaf blijkt dat vluchtelingkinderen verhoogde gezondheidsrisico's hebben. Er is voor Nederland nauwelijks tot geen data beschikbaar van de medische gezondheidsrisico's van vluchtelingkinderen. Er kwamen twee Nederlandse studies bij de search naar boven uit 2007 en beide van Stellinga-Boelen. De studies betreffen kleine aantallen (122 respectievelijk 135 kinderen in de asielprocedure). Eén studie betreft groei en ontwikkeling en de andere studie gaat over bloedarmoede.

De data uit de internationale literatuur over de gezondheidsrisico's van vluchtelingkinderen uit Afrika, Azië en het Midden-Oosten kunnen waarschijnlijk niet een op een worden vertaald naar de Nederlandse situatie. De onvoorspelbaarheid van de vluchtelingenstromen en de veranderlijke demografie in de landen van oorsprong beperken de voorspelbaarheid van gezondheidsrisico's. De data zijn waarschijnlijk geen afspiegeling van de huidige conflicten in het Midden-Oosten en Noord-Afrika waar de veranderingen elkaar snel opvolgen. Prevalenties zijn schattingen, sommige prevalenties worden overschat en andere onderschat. Groots opgezette vaccinatieprogramma's beïnvloeden de data. Anderzijds kunnen gebieden waar conflicten oplaaien verstoken blijven van vaccinatieprogramma's. Op basis van de beschikbare literatuur blijkt dat vluchtelingkinderen verhoogde gezondheidsrisico's hebben die in de huidige Nederlandse structuur onvoldoende worden geadresseerd.

Het niveau van het bewijs is ingedeeld in het laagste niveau, omdat er geen RCT's beschikbaar zijn voor dit onderwerp. Alle studies gebruikt voor deze richtlijn zijn beoordeeld op grond van Cochrane-criteria. De meerderheid van de studies waren van adequate kwaliteit, maar binnen de GRADE-systematiek worden population based prevalentie studies als laagste niveau gekwalificeerd. Er zijn geen RCT's beschikbaar voor de inschatting van prevalentie.

Anemie en genetische aandoeningen van de rode bloedcellen

Vluchtelingkinderen hebben een verhoogde kans op bloedarmoede en op genetische aandoeningen van de rode bloedcellen. High Performance Liquid Chromatography (HPLC) kan verricht worden voor sikkelcelziekte en bèta thalassemie major. Bij verdenking van een alfa thalassemie kan DNA diagnostiek

worden ingezet. Er moet gedacht worden aan een alfa thalassemie wanneer een microcytaire anemie niet verbetert na drie maanden ijzersuppletie en de ijzerstatus goed is. Icterus, acute pijn in de ledematen, rug of buik, of een ernstig verlopende pneumonie of meningitis, kan wijzen op een eventuele onderliggende Hb-pathie. Indien vluchtelingenkinderen een anemie hebben, moet altijd eerst analyse van een Hb-pathie worden verricht, alvorens gestart wordt met ijzersuppletie.

G6PD-deficiëntie is een enzymdeficiëntie, erfelijke aandoening van de rode bloedcel (behoort niet tot HbP). Het is X-gebonden, dus deficiëntie komt voornamelijk voor bij jongens/mannen. Kinderen met een G6PD-deficiëntie hebben in het dagelijks leven geen klachten. In een stabiele fase zijn er geen tekenen van anemie of hemolyse bij het grootste gedeelte van de patiënten met een G6PD-deficiëntie (WHO-klasse 2, 3 en 4). Bij de zeldzaam voorkomende klasse 1 is sprake van een chronische hemolytische anemie. Er wordt geadviseerd om alleen te testen als er familiale belasting is of een voorgeschiedenis met geelzucht of een bloedtransfusie.

Infectieziekten en vaccinatiestatus

De prevalentie van hepatitis B is het hoogst bij kinderen uit Afrika (met name West-Afrika en SSA) en Azië. De prevalentie van hepatitis B onder Syrische en Irakese kinderen is laag. In veel landen neemt de prevalentie toe met oplopende leeftijd. Enerzijds heeft dit te maken met de toenemende vaccinatiegraad voor hepatitis B (dus jonge kinderen die gevaccineerd zijn hebben een lagere prevalentie dan oudere kinderen die niet gevaccineerd zijn), anderzijds neemt de kans om de ziekte via seksueel contact of bloedtransfusie op te lopen toe.

Er wordt geadviseerd te testen op Hbs-Ag, het hepatitis B surface antigen, op de antistof tegen hepatitis surface antigen (anti-Hbs) en de antistof tegen het core antigen (anti-Hbc). Hiermee kan gedifferentieerd worden tussen acute, doorgemaakte of chronische hepatitis, en de respons op vaccinatie worden bekeken. Er wordt geadviseerd om eerst te testen of het kind hepatitis B heeft alvorens te vaccineren.

Antistoffen tegen andere vaccine preventable diseases hoeven niet te worden bepaald. Aanvullend vaccineren is kosteneffectiever dan het doen van antistof-bepalingen.

Kinderen afkomstig uit (Noord-) Afrika hebben een verhoogde kans op hepatitis C. Kinderen uit Egypte hebben de hoogste kans van rond de 3%. Vooral kinderen afkomstig uit Afrika hebben een verhoogde kans. Amv's afkomstig uit Noord-Afrika hebben een verhoogde kans. De geschatte prevalentie onder Eritreeërs is 2,3%.

Gegevens over hiv zijn zeer summier. Uit de studie van Goosen onder zwangere asielzoekers komt een percentage van 2,3% bij vrouwen afkomstig uit Afrika. De vrouwen afkomstig uit overige gebieden is de prevalentie laag. Syfilis komt weinig voor. Het wordt sporadisch gezien als congenitale syfilis, en als STD bij jongeren en met name bij de amv's. Er wordt geadviseerd om alle kinderen uit Afrika te testen op hiv en syfilis in verband met verticale transmissie en altijd te testen bij seksueel actieve kinderen en bij amv's, of wanneer seksueel misbruik wordt vermoed.

In Nederland wordt bij elke asielzoeker uit een hoogrisicoland gescreend op actieve tuberculose. Uit deze systematische review blijkt dat actieve tuberculose nauwelijks voorkomt bij kinderen tot en met 18 jaar. Latente tuberculose wordt veel vaker gezien. Het is zinvol om alle kinderen tot en met 18 jaar te screenen op LTCl middels een IGRA.

Schistosomiasis is endemisch in delen van Afrika. Het is zinvol daarop te testen. In veel delen van Afrika wordt niet getest, maar wordt periodiek, bijvoorbeeld elk half jaar, praziquantel toegediend aan kinderen die continu worden blootgesteld aan deze parasitaire infectie. Strongyloides is ook endemisch in Afrika en Azië. Het is met name belangrijk strongyloides uit te sluiten wanneer een kind

immuungecompromiteerd is, omdat deze ziekte dan fulminant kan verlopen. Op malaria kan getest worden bij klachten als kinderen uit een endemisch gebied komen. De gevaarlijkste vorm, de malaria tropica, wordt veroorzaakt door plasmodium falciparum. De incubatietijd van plasmodium falciparum is <30 dagen en kan dus niet voorkomen als het kind hier al langer is. Er zijn ook vormen die tot jaren na terugkomst opvlammen.

Veel vluchtelingenkinderen hebben een darminfectie. In de recent verschenen Europese richtlijn van de European Association of Pediatrics wordt geadviseerd om alle kinderen >2 jaar en >10 kg, die niet zwanger zijn, eenmalig 400 mg albendazol te geven en kinderen van 12 tot 23 maanden eenmalig 200 mg albendazol te geven (Schrier, 2019). Dat advies is gebaseerd op een artikel uit NEJM (2012) dat een duidelijke afname zag in meerdere intestinale parasitaire infecties. Het is duidelijk dat je daarmee een hoop infecties mist, maar in geval van klachten wordt dat ondervangen door de diagnostiek bij diarree en/of buikklachten. Bij diarree en/of buikpijn kan worden getest op: salmonella, shigella, yersinia, campylobacter, STEC, giardia en entamoeba histolytica, en fecesmicroscopie voor wormen, eieren en cysten.

Ontwikkeling, groei, voeding en micronutriënten

Bij twijfel over de leeftijd en de skeletrijping wordt van oudsher een foto van de hand gevraagd volgens de methode van Greulich en Pyle. Gezien de invloed van de omgevingsfactoren bij vluchtelingkinderen is de skeletleeftijd niet exact te voorspellen. Derhalve adviseert de werkgroep om geen handfoto te maken om de leeftijd vast te stellen, indien daar twijfel over bestaat.

Risicofactoren voor vitamine D-deficiëntie zijn een donkere huidskleur, onvoldoende zonlichtexpositie (denk aan gesluierde tienermeisjes), nierinsufficiëntie en adipositas. Vitamine D-tekorten komen zeer frequent voor en zijn vaak ernstig tot zeer ernstig. Vitamine D wordt in sommige centra uitgedeeld, maar de therapietrouw is laag. Er wordt geadviseerd blind te starten met suppletie conform de huidige richtlijn: leeftijd 0 tot 4 jaar 400 EH/dag = 10 mcg/dag ter preventie van rachitis en leeftijd 4 tot 18 jaar 400 tot 800 EH/dag = 10 tot 20 mcg/dag. Omdat vitamine D vetoplosbaar is, wordt geadviseerd het preparaat bij de avondmaaltijd in te nemen. Een blinde oplaaddosis van 25.000 EH wordt afgeraden vanwege beschreven complicaties bij patiënten met onderliggend nefropathie. Daar zijn complicaties van beschreven bij patiënten met onderliggende nieraandoeningen. Bepaal bij doseringen hoger dan 10.000 IE/dag de plasmawaarden van calcium, fosfaat, magnesium, creatinine en alkalische fosfatase. En daarnaast het calciumgehalte in de urine; dit dient niet hoger dan 7,5 mmol/etmaal (300 mg/etmaal) te zijn. Is het calciumgehalte wel hoger, dan dient de dosering verlaagd te worden of de behandeling (tijdelijk) te worden gestaakt. Bij kinderen met nierstenen in de voorgeschiedenis, dient men voorzichtig te zijn met hoge dosis vitamine D.

De 25D-streefwaarde hangt af van beoogde doel. Het advies van de gezondheidsraad noemt een minimale spiegel van 30 nmol/l voor het voorkomen van symptomatische osteomalacie en een spiegel van minimaal 50 nmol/l voor de preventie van fractures. (bronnen, <https://transmuralezorg.nl/kennisbank/vitamine-d/>; Gezondheidsraad).

Niet overdraagbare aandoeningen en chronische ziekten

Erfelijke ziekten

Onder vluchtelingenkinderen komen vaker erfelijke ziekten voor. In veel culturen zijn neef-nichthuwelijken volledig geaccepteerd. Ook vinden vaker huwelijken plaats binnen dezelfde etnische gemeenschap. De meeste kinderen hebben geen hielprik ondergaan, waardoor metabole aandoeningen niet in een vroeg stadium worden herkend.

Elk kind jonger dan zes maanden dat arriveert in een COA-opvanglocatie krijgt de hielprik aangeboden door de JGZ. Indien het kind ouder is dan zes maanden, krijgt het kind dat Nederland binnenkomt geen hielprik. Voor een aantal aandoeningen is het, indien het kind zich goed ontwikkelt en gezond is, ook

niet meer relevant om een hielprik geven. Maar voor een aantal aandoeningen is het wel degelijk relevant om aan aandoeningen te denken die de hielprik opspoort (<https://www.rivm.nl/hielprik/ziektes-die-hielprik-opspoort>). Echter, een hielprik bij oudere kinderen kent andere afkapwaarden. Voor alle aandoeningen uit de hielprik geldt dat de afkapgrenzen zijn gebaseerd op een hielprikafname binnen uiterlijk 168 uur na de geboorte. Uitslagen van hielprikken die later dan 168 uur na de geboorte zijn afgenomen, kunnen minder betrouwbaar zijn. Indien er vermoeden bestaat op een aandoening die met de hielprik kan worden gedetecteerd, is verwijzing naar een kinderarts geïndiceerd (denk hierbij aan metabole aandoeningen, congenitale hypothyreoïdie).

Kinderen met een beperking

In het land van herkomst wordt ook heel anders met kinderen met een beperking omgegaan; er is in het land van herkomst vaak geen extra zorg. Het kan zijn dat er onderstimulatie in het spel is.

Mondgezondheid

Mondgezondheid blijft een van de grootste problemen die door ouders van vluchtelingenkinderen wordt aangegeven. De JGZ speelt de grootste rol wat betreft preventie van tandheelkundige problemen. Voor alle kinderen tot 18 jaar in de COA-opvang wordt binnen het RM- verzekeringspakket de preventieve mondzorg vergoed. In Nederland worden vluchtelingenkinderen (zonder verblijfsvergunning) pas door een tandarts gezien wanneer er al (waarschijnlijk forse) pijnklachten zijn opgetreden. Bij een deel van deze kinderen is het gebit dermate aangetast dat meerdere elementen niet meer te behouden zijn en geëxtraheerd moeten worden. Vanuit het oogpunt van het kind, wordt geprefereerd mogelijke tandheelkundige problemen te signaleren voor er pijnklachten ontstaan. Er wordt geadviseerd om een mondonderzoek uit te voeren tijdens het nieuwkomersonderzoek en deze te beoordelen op de aanwezigheid van:

- dentine cariës ('een ICDAS-score 5 of 6');
- fistels;
- ulceraties;
- abcessen.

Hiermee kan de behandelbehoefte en het risico op pijnklachten worden bepaald. Verder moet tijdens dit consult worden bepaald in welke mate de tandoppervlakken zijn bedekt met tandplaque (bijvoorbeeld met de simplified oral hygiene index (OHI-s)) en te vragen of en zo ja, hoe de mond van het kind verzorgd wordt. De kinderen waarbij een open gat (dentine cariës ICDAS 5 of 6), een ulceratie, fistel of abces wordt geconstateerd in de mond, worden doorverwezen voor verdere tandheelkundige zorg.

Voor de uitvoering van het screeningsmondonderzoek dient meegenomen te worden dat kinderen veel hebben meegemaakt; veelal ook traumatiserende gebeurtenissen. Hierdoor kan het zijn dat het uitvoeren van een goed mondonderzoek geen sinecure is. Niet alleen tandheelkundig, als vooral ook qua benadering. De ervaring leert dat het kijken in mond door de betrokken kinderen vaak wordt ervaren als een situatie waarover zij geen controle hebben en dit dus als erg beangstigend kunnen ervaren. De uitvoerders van het voorgestelde onderzoek dienen derhalve zowel de tandheelkundige als psychologische aspecten goed te beheersen.

Voor kinderen onder de 18 jaar wordt in principe alle mondzorg vergoed vanuit de basiszorgverzekering (met uitzondering van kroon-en brugwerk, en orthodontie). Tandartsen kunnen zich aanmelden bij de zorgverzekeraar die de medische zorg voor asielzoekers vergoed (RMA Healthcare), indien zij mondzorg aan asielzoekers willen verlenen. Alleen tandartsen met een overeenkomst met RMA krijgen zorg vergoed die valt onder het verzekerde pakket.

De Nederlandse tandheelkunde heeft de nadruk liggen op preventie van cariës. De tandarts wordt niet alleen geconsulteerd bij pijn. Ouders van vluchtelingkinderen zijn hier meestal niet mee bekend, dus wordt geadviseerd om bij hen aan te geven dat tandziekten in de meeste gevallen goed zijn te voorkomen door een adequate mondhygiëne te hanteren en niet meer dan zeven keer per dag iets te eten of te drinken waarin suikers of andere koolhydraten zitten.

Betrokkenheid van de ouders bij de tandheelkundige zorg vereist een actieve benadering, instructie en begeleiding (Moreau, 2018; Hoover, 2017).

Seksuele gezondheid

Tijdens het consult dienen anticonceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen, zorg rondom zwangerschap en negatieve seksuele ervaring (inclusief vermoeden van seksueel misbruik) besproken te worden. Schaamte, angst en trauma spelen een rol tijdens het consult. Hiermee dient rekening te worden gehouden.

Zanzu, een initiatief van Rutgers (<https://www.rutgers.nl/>), richt zich op professionals die werken met niet-westerse migranten of anderstaligen in de gezondheidszorg, welzijn, voorlichting, preventie of onderwijs. De website www.zanzu.nl biedt diverse vertalingen in woord en beeld ten aanzien van lichaam en gezondheid, waaronder seksuele gezondheid en anticonceptie. Dit kan door patiënten zelf geraadpleegd worden.

De multidisciplinaire richtlijn SOA (2019) biedt een uitgebreid overzicht voor zorgverleners (<https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2019/03/Seksueel-Overdraagbare-Aandoeningen-Multidisciplinaire-richtlijnen-update-2019.pdf>). Er dienen lokale afspraken te worden gemaakt over verwijzing voor SOA-screening, zoals naar lokale GG&GD.

Indien er sprake is van een zwangerschap, dient verwezen te worden naar een obstetrisch hulpverlener. De KNOV en NVOG hebben, in samenwerking met andere partners, afspraken vastgelegd in de Ketenrichtlijn Geboortezorg Asielzoeksters (<https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/535-3/zorg-voor-zwangere-%202967%20asielzoekers/hoofdstuk/787/zorg-voor-zwangere-asielzoekers/>). Ook is via deze website de folder 'Ik ben zwanger. Wat kan ik doen om geen infecties te krijgen?' beschikbaar voor patiënten in verschillende talen.

VG

Er is de laatste jaren veel kennistoename ten aanzien van het vóórkomen en voorkómen van VG bij de JGZ/GGD, en de strafbaarheid of melding via de meldcode Kindermishandeling. De 'milde vorm' (suna) van VG is niet met het blote, ongeoefende oog detecteerbaar. Aandacht voor kennistoename over VG blijft van belang. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen vragen nog te vaak wat VG is.

Lichamelijk onderzoek van het genitaal en het labelen van een besneden genitaal als afwijkend, kunnen traumatische herinneringen benadrukken en kan tevens als nieuw trauma worden ervaren. Betrokken hulpverleners dienen zich hiervan bewust te zijn, waarbij wensen en vragen van de patiënte centraal dienen te staan. Lichamelijk onderzoek en een gesprek dienen in een veilige setting plaats te vinden. Het huidige beleid bij Veilig Thuis en JGZ is: artsen doen alleen genitaal onderzoek op indicatie van vermoeden van een uitgevoerde VG, om meisjes niet onnodig te belasten.

De volgende documenten kunnen worden geraadpleegd voor achtergrondinformatie, consultvoering en juridische achtergrond:

- modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met VG (<https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2017/12/Medische-zorg-voor-vrouwen-en-meisjes-met-vrouwelijke-gen-1.0-04-06-2010.pdf>). Deze is in revisie en zal in 2019 opnieuw gepubliceerd worden;

- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (<https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=12&rlpag=1643>);
- bulletin Vrouwelijke Genitale Verminking 2010 (<https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/11/Bulletin-Vrouwelijke-genitale-verminking.pdf>);
- handelingsprotocol vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen (<https://www.huiselijkgeweld.nl/interventies/aanpak/handelingsprotocol-vrouwelijke-genitale-verminking>).

Via de website van Pharos zijn diverse materialen voor voorlichting en preventie van VGV beschikbaar die ouders kunnen gebruiken om sociale druk vanuit familie te pareren, waaronder een verklaring tegen VGV (<https://www.pharos.nl/infosheets/meisjesbesnijdenis-preventiematerialen/>).

Bij vragen - en op verzoek van de patiënte - kan verwijzing naar een kindergynaecoloog plaatsvinden.

Overige overwegingen

Voor kinderen die vallen onder de RMA bestaat altijd de mogelijkheid om een telefonische tolk in te zetten. Voor kinderen die niet onder de RMA vallen, is deze mogelijkheid er ook, maar dit moeten instellingen zelf betalen. Er zijn verschillende lokale initiatieven. AOF in Amsterdam heeft bijvoorbeeld de beschikking over een fonds waardoor alle huisartsen de tolkentelefoon kunnen gebruiken voor migranten (<http://www.achterstandsondersteuningsfonds.nl/aanbod/tolkentelefoon-amsterdam>).

Financiering en kosteneffectiviteit

De zorg voor kinderen die onder verantwoordelijkheid van het COA vallen, wordt uitgevoerd in opdracht van het COA. Als de wens is dat het COA aanvullende taken uitvoert of laat uitvoeren, zoals een uitgebreidere intake voor alle kinderen, dan moet daar een formele opdracht en bijbehorende financiering aan ten grondslag liggen.

Over de kosteneffectiviteit van uitgebreider nieuwkomersonderzoek van vluchtelingenkinderen zijn geen studies bekend. Een Nederlandse studie onder volwassen vluchtelingen toonde aan dat het screenen van hepatitis B onder vluchtelingen kosteneffectief is (Veldhuijzen, 2010). Een systematische review van dezelfde groep toonde ook aan dat screenen kosteneffectief is (Hahne, 2013). Ook de studie van Jazwa uit 2015 komt met dezelfde aanbeveling.

Ongedocumenteerde kinderen

Dokters van de Wereld (DvdW) documenteerde van 2017 tot en met augustus 2018 de gegevens en hulpvragen van kinderen die in die periode DvdW bezochten. Opvallend was het hoge aandeel van kinderen uit Eritrea. Verder was het beeld divers met herkomst uit zowel typische arbeidsmigrantlanden als uit asiellanden. Ook de hulpvragen waren divers, met op een gedeelte nummer 1 gebitsklachten en vragen over facturen. Van de 20 kinderen van wie iets vermeld stond in het dossier, bleek dat acht kinderen bekend stonden bij huisarts, JGZ of straatdokter. Bij 12 kinderen was dit niet het geval. Van drie van deze 20 kinderen was bekend dat de kinderen uit beeld van zorgverleners raakten na vertrek uit de COA-opvanglocatie.

Ethiek

Volgens het kinderrechtenverdrag hebben kinderen recht op tijdige en passende preventie, gezondheidsbevordering, herstel en palliatieve zorg. Ook hebben zij het recht om te groeien en zich optimaal te ontwikkelen en te leven in omstandigheden die hen in staat stellen de grootst mogelijke mate van gezondheid te verkrijgen. Een groot deel van de kindersterfte, ziektes en handicaps van kinderen zijn te voorkomen. Zieke kinderen hebben het fundamentele recht op kindgerichte zorg, oftewel gezinsgerichte zorg en ontwikkelingsgerichte zorg (Handvest Kind & Zorg, 2014).

In Nederland geboren kinderen zijn (bijna) allemaal getest door middel van de antenatale screening en de hieprikscreening. Van al deze kinderen is bijvoorbeeld de hepatitis B-status, hiv-status van de moeder, lues en rubella, sikkelcelziekte en te traag werkende schildklier bekend. De meeste vluchtelingenkinderen hebben daarin een achterstand als ze Nederland binnenkomen. Volgens het VN-Kinderrechtenverdrag hebben alle kinderen een gelijk recht op een goede gezondheid en recht op gezondheidszorg. Vluchtelingenkinderen en kinderen zonder papieren moeten dezelfde gezondheidszorg krijgen als in Nederland geboren kinderen.

Nieuwkomersonderzoek

Idealiter moet voor alle vluchtelingenkinderen een inhaalslag gemaakt worden als zij Nederland binnenkomen, om de gezondheidsstatus op hetzelfde niveau te krijgen als in Nederland geboren kinderen die antenataal en op neonatale leeftijd al gescreend zijn.

De vraag is of het nieuwkomersonderzoek gezien wordt als noodzakelijke zorg of als een nieuw bevolkingsonderzoek.

Als het laatste het geval is, zal de Gezondheidsraad moeten adviseren of het in de rede ligt om een nieuw bevolkingsonderzoek aan te bieden van overheidswege. Dit zal vele jaren duren. Er is momenteel voldoende internationaal wetenschappelijk bewijs dat vluchtelingenkinderen verhoogde gezondheidsrisico's hebben die in Nederland momenteel niet worden geadresseerd. Ook zijn andere landen veel verder dan Nederland in het invoeren van een nieuwkomersonderzoek. De stand van de wetenschap is momenteel zodanig, dat er overwogen kan worden om van overheidswege het nieuwkomersonderzoek aan te bieden.

Indien de Gezondheidsraad positief adviseert, hoeft de introductie van het nieuwkomersonderzoek niet te worden getoetst aan de WBO (omdat die niet van toepassing is), maar aan de criteria van Wilson en Jungner en de aanvullende WHO-criteria voor verantwoorde screening. (<https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/screening-theorie/criteria-voor-verantwoorde-screening>).

Het opvullen van de kennislacunes blijft een kernvraag, want er is weinig bekend over de gezondheidsrisico's van in Nederland verblijvende vluchtelingenkinderen. Binnen Nederland is nauwelijks onderzoek beschikbaar. Recent (2019) is een ZonMw-subsidie toegekend aan de kinderpsychiatrie van het Amsterdam UMC, om in samenwerking met de kinderartsen betrokken bij deze richtlijn en de jeugdartsen een toolkit te ontwikkelen voor het screenen op psychosociale problemen. Een dergelijke pilot is ook dringend nodig voor het onderzoeken van medische problemen onder vluchtelingenkinderen. Tot die tijd is het zoeken naar compromissen en pragmatische oplossingen en zal de nulde, eerste en tweede lijn een grote rol spelen in het adresseren van gezondheidsproblemen bij vluchtelingenkinderen.

Om vast te kunnen stellen of een bevolkingsonderzoek verantwoord is, zijn door Wilson en Jungner in 1968 internationale criteria opgesteld (zie bijlage 6). In 2008 is door de WHO een lijst met aanvullende criteria opgesteld. De criteria van Wilson en Jungner zijn met name relevant voor overheden die overwegen om een medisch en psychosociaalonderzoek landelijk als grootschalig bevolkingsonderzoek aan te bieden. Hetzelfde geldt voor de WHO-criteria. Daarmee zijn de criteria niet direct van toepassing op andere medische en psychosociale onderzoeken.

Het nieuwkomersonderzoek moet nut hebben voor de deelnemers, vrijwillig zijn en wetenschappelijk onderbouwd.

Bij het Ministerie van VWS is getoetst of het nieuwkomersonderzoek van vluchtelingenkinderen valt onder de regels van een nationaal bevolkingsonderzoek. Het antwoord daarop was dat wetenschappelijke bewijs nodig is om te toetsen of een uitgebreid nieuwkomersonderzoek nuttig is.

Als vervolgstap kan deze richtlijn met al het wetenschappelijke bewijs worden voorgelegd aan de Gezondheidsraad.

Internationaal beleid

De European Association of Paediatricians heeft in 2019 een Europese richtlijn uitgebracht: *Providing medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation*. Deze richtlijn is gepubliceerd in *The European Journal of Paediatrics* (Schrier, 2019). De aanbevelingen in de Europese richtlijn zijn volledig in overeenstemming met deze richtlijn. Met de daarin genoemde term 'migrant' wordt hetzelfde bedoeld als de term 'vluchtelingenkinderen' in deze richtlijn.

De Internationale Organisatie van Migratie van de Europese Commissie heeft in 2015 een advies uitgebracht *Health Assessment of Refugees and Migrants in the EU/EEA* (European Commission, 2015). In dit advies komen kinderen ook aan bod: *Health assessment (HA) — A HA consists of an evaluation of the physical and mental health status of migrants made prior to departure or upon arrival in a country of transit or destination. HAs involve a medical examination and review of a migrant's medical history; related services may include preventive and/or curative treatment or referral for treatment, counselling, health education, preparation of migration health forms and travel health assistance. HAs also serve to identify any significant medical conditions so that appropriate plans can be made to ensure that assisted migrants travel in a safe and dignified manner, are fit to travel, receive appropriate health assistance when necessary and do not pose a health risk to other travellers or receiving communities.*

In de VS worden alle vluchtelingenkinderen getest bij binnenkomst. Een deel van de screening gebeurt voordat ze het land binnenkomen. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) heeft hier een checklist voor ontworpen (CDC, 2011). De zaken die specifiek zijn voor kinderen worden vermeld.

In Canada is een speciale website gemaakt voor gezondheidszorgprofessionals die werken met immigranten en vluchtelingenkinderen (<http://www.kidsnewtocanada.ca/care/assessment>). Hier staat precies in wat er verwacht wordt van gezondheidszorgprofessionals. Er is geen formele afspraak wat verplichte testen zijn, behalve de tuberculosescreening. Een uitgebreide richtlijn is gemaakt door Pottie met vier pijlers (volwassenen):

1. infectious diseases;
2. mental health and maltreatment;
3. chronic and non communicable diseases;
4. women's health.

In Denemarken en Zweden worden kinderen ook standaard getest. Een overzicht hiervan is te vinden in het artikel van Schrier (2019).

In Australië is de tuberculosescreening verplicht en wordt altijd een lichamelijk onderzoek verricht. Aanvullend onderzoek naar ijzergebreksanemie, malaria, schistosomiasis, strongyloides, hepatitis B en C, serum vitamine D, darmparasieten, seksueel overdraagbare aandoeningen, latente tuberculose en hiv-infectie, wordt getest door huisartsen verantwoordelijk voor de zorg voor vluchtelingenkinderen. Ook wordt onderzoek gedaan naar het psychosociale functioneren (Australian Gouvernement, Department of Health, 2014).

De ECDC heeft hier ook verschillende richtlijnen en artikelen over geschreven (<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/migrant-health/Pages/migrant-health.aspx> en ESCAP European society for child and adolescent psychiatry <http://www.escap.eu/care/position-statement-announcement/position-statement/>).

De volgende website geeft een overzicht van de beschikbare richtlijnen in verschillende landen: <http://www.evidenceaid.org/the-health-of-refugees-and-asylum-seekers-in-europe/>.

Aanbevelingen

De uiteindelijk geformuleerde aanbeveling voor wat het beste evidence-based nieuwkomersonderzoek is voor vluchtelingenkinderen, is het resultaat van de wetenschappelijke conclusie, waarbij de overige overwegingen in acht zijn genomen. De aanbevelingen zijn gebaseerd op consensus.

Artsen, verpleegkundigen en ketenpartners dienen zich ervan bewust te zijn dat er gezondheidsverschillen kunnen bestaan tussen vluchtelingenkinderen en in Nederland geboren kinderen.

Het nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen is gericht op vroeg signaleren, doorverwijzen en normaliseren op de volgende gebieden:

1. anemie en genetische aandoeningen van de rode bloedcellen;
2. infectieziekten en vaccinatiestatus;
3. ontwikkeling, groei, voeding en micronutriënt deficiënties;
4. niet overdraagbare aandoeningen en chronische ziekten.

Vluchtelingenkinderen hebben verhoogde gezondheidsrisico's, waardoor het verrichten van aanvullend onderzoek geïndiceerd is.

Laat alle vluchtelingenkinderen in het kader van het nieuwkomersonderzoek een bloedonderzoek ondergaan en standaard psychosociale testen doen. Aanvullende diagnostiek wordt ingezet afhankelijk van de regio van herkomst.

Literatuur

- Aldridge RW, Zenner D, White PJ, et al. Prevalence of and risk factors for active tuberculosis in migrants screened before entry to the UK: a population-based cross-sectional study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2016;16(8):962-70.
- Aldridge RW, Zenner D, White PJ, et al. Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. *The Lancet*. 2016;388(10059):2510-8.
- Aucoin M, Weaver R, Thomas R, et al. Vitamin D status of refugees arriving in Canada: Findings from the calgary refugee health program. *Canadian Family Physician*. 2013;59(4):e188-e94.
- Australian Government, Department of Health, 2014. Geraadpleegd van: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mbsprimarycare_mbsitem_refugees_qanda.
- Baauw A, Kist-van Holthe J, Slattery B, et al. Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatr Open*. 2019;11:3(1).
- Baauw A, Rosiek S, Slattery B, et al. Pediatrician-experienced barriers in the medical care for refugee children in the Netherlands. *Eur J Pediatr*. 2018.
- Belhassen-García M, Pardo-Lledías J, Pérez del Villar L, et al. Screening for parasite infections in immigrant children from low-income countries. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2016.
- Belhassen-Garcia M, Velasco-Tirado V, Lopez-Bernus A, et al. Nutritional status of children from low-income countries arriving in Spain. *Int Health*. 2017;9(5):294-300.
- Bennet R, Eriksson M. Tuberculosis infection and disease in the 2015 cohort of unaccompanied minors seeking asylum in Northern Stockholm, Sweden. *Infect Dis (Lond)*. 2017;49(7):501-6.
- Bennett RJ, Brodine S, Waalen J, et al. Prevalence and Treatment of Latent Tuberculosis Infection Among Newly Arrived Refugees in San Diego County, January 2010-October 2012. *American Journal of Public Health*. 2014;104(4):E95-E102.
- Bottcher S, Neubauer K, Baillot A, et al. Stool screening of Syrian refugees and asylum seekers in Germany, 2013/2014: Identification of Sabin like polioviruses. *International Journal of Medical Microbiology*. 2015;305(7):601-6.
- Bozorgmehr K, Wahedi K, Noest S, et al. Infectious disease screening in asylum seekers: range, coverage and economic evaluation in Germany, 2015. *Euro Surveill*. 2017;22(40).
- Brodine SK, Thomas A, Huang R, et al. Community Based Parasitic Screening and Treatment of Sudanese Refugees: Application and Assessment of Centers for Disease Control Guidelines. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2009;80(3):425-30.
- Cameron N. The European refugee crisis and biological age. Is it right to use skeletal maturity as an estimate of chronological age? *Ann Hum Biol*. 2016;43(5):415-6. doi: 10.3109/03014460.2016.1145738. Epub 2016 Feb 17.
- Cappellini MD, Fiorelli G. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. *Lancet*. 2008;371:64-74.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2011. Geraadpleegd van: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/checklist.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vitamin B12 deficiency in resettled Bhutanese refugees--United States, 2008-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60(11):343-6.
- Cherian S, Burgner DP, Cook AG, et al. Associations between *Helicobacter pylori* infection, co-morbid infections, gastrointestinal symptoms, and circulating cytokines in African children. *Helicobacter*. 2010;15(2):88-97.
- Condemi F, Rossi G, Lupiz M, et al. Screening of asymptomatic rheumatic heart disease among refugee/migrant children and youths in Italy. *Pediatric Rheumatology*. 2019;17:12.
- Dawson-Hahn E, Pak-Gorstein S, Matheson J, et al. Growth Trajectories of Refugee and Nonrefugee Children in the United States. *Pediatrics*. 2016;138(6).
- Dawson-Hahn EE, Greenberg SL, Domachowske JB, et al. Eosinophilia and the seroprevalence of schistosomiasis and strongyloidiasis in newly arrived pediatric refugees: an examination of Centers for Disease Control and Prevention screening guidelines. *The Journal of pediatrics*. 2010;156(6):1016-18.
- Dawson-Hahn EE, Pak-Gorstein S, Hoopes AJ, et al. Comparison of the Nutritional Status of Overseas Refugee Children with Low Income Children in Washington State. *Plos One*. 2016;11(1).
- Denburg A, Rashid M, Brophy J, et al. Initial health screening results for Karen refugees: a retrospective review. *Canada communicable disease report = Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2007;33(13):16-22.
- DeVetten G, Dirksen M, Weaver R, et al. Parasitic stool testing in newly arrived refugees in Calgary, Alta. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2017;63(12):e518-e25.
- Erdem AY, Yenigurbuz FD, Pekpak E, et al. Refugee children with beta-thalassemia in Turkey: Overview of demographic, socioeconomic, and medical characteristics. *Pediatr Blood Cancer*. 2019;66(5):27636.
- Erkens C, Slump E, Kamphorst M, et al. Coverage and yield of entry and follow-up screening for tuberculosis among new immigrants; *Eur Respir J*. 2008;32:153-161.
- Essen van J, Bala J. Als glas in lood: integratieve behandeling van vluchtelingenkinderen en -gezinnen. 2007;186.
- Eurostat. LuxembourgMarch. 2018. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics. Accessed: Jan 2019.
- Exterkate, M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants. *Pharos*. 2013.
- Goosen S, Uitenbroek D, Wijzen C, et al. Induced abortions and teenage births among asylum seekers in The Netherlands: analysis of national surveillance data. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:528-533.
- Gray K, Wood N, Gunasekera H, et al. Vitamin D and tuberculosis status in refugee children. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2012;31(5):521-3.

- Hahne SJ, Veldhuijzen IK, Wiessing L, et al. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. *BMC Infect Dis.* 2013;13:181.
- Handbook for health professionals. Health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA 2015. Brussel: European Commission. 2015.
- Handvest Kind en Zorg. 2014. Geraadpleegd van: <https://kindenziekenhuis.nl/handvest-kind-zorg/>.
- Hartevelt CL. Hemoglobinopathy in the Netherlands: an exotic species on clogs. *NTVH.* 2014;11:44-54.
- Health of resettled Iraqi refugees --- San Diego County, California, October 2007-September 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2010;59(49):1614-8.
- Heudorf U, Karathana M, Krackhardt B, et al. Surveillance for parasites in unaccompanied minor refugees migrating to Germany in 2015. *GMS Hyg Infect Control.* 2016;11:Doc05.
- Heudorf U, Krackhardt B, Karathana M, et al. Multidrug-resistant bacteria in unaccompanied refugee minors arriving in Frankfurt am Main, Germany, October to November 2015. *Euro Surveill.* 2016;21(2).
- Hoover J, Vatanparasth, Uswak G. Risk determinants of dental caries and oral hygiene status in 3-15 year-old recent immigrant and refugee children in Saskatchewan, Canada: a pilot study. *J Immigr Minor Health.* 2017;19:1315-1321.
- Huntington N, Horan K, Epee-Bouya A, et al. Developmental screening with Spanish speaking Families in a Primary Care setting. *Clin Pediatr (Phila).* 2016;55:347-355.
- International Organization for Migration, European Commission. 2015. Health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA.
- Jazwa A, Coleman MS, Gazmararian J, et al. Cost-benefit comparison of two proposed overseas programs for reducing chronic hepatitis B infection among refugees: is screening essential? *Vaccine.* 33:1393-1399.
- Kotey S, Carrico R, Wiemken TL, et al. Elevated Blood Lead Levels by Length of Time From Resettlement to Health Screening in Kentucky Refugee Children. *Am J Public Health.* 2018;108(2):270-6.
- Kroenig AL, Moore JA, Welch TR, et al. Developmental Screening of Refugees: a Qualitative Study. *Pediatrics.* 2016;138.
- Lane G, Nisbet C, Vatanparast H. Dietary habits of newcomer children in Canada. *Public Health Nutr.* 2019;1-12. doi: 10.1017/S1368980019001964. [Epub ahead of print].
- Las Heras Manso G, Junca Piera J, Feliu Frasnado E, et al. Hemoglobinopathies and glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in the sub-Saharan immigrant population of the Cneter and South Maresme region, Catalonia Spain. *Med Clin (Barc).* 2008;131:5-9.
- Lips P, de Jongh RT. Vitamin D deficiency in immigrants. *Bone Rep.* 2018;9:37-41. doi: 10.1016/j.bonr.2018.06.001. eCollection 2018 Dec.
- Liu Y, Weinberg MS, Ortega LS, et al. Overseas screening for tuberculosis in U.S.-bound immigrants and refugees. *The New England journal of medicine.* 2009;360(23):2406-15.
- Lo Re G, Zerbo S, Terranova MC, et al. Role of Imaging in the Assessment of Age Estimation. *Semin Ultrasound CT MR.* 2019;40(1):51-55. Epub 2018 Oct 28.
- Lucas M, Nicol P, McKinnon E, et al. A prospective large-scale study of methods for the detection of latent Mycobacterium tuberculosis infection in refugee children. *Thorax.* 2010;65(5):442-8.
- Marquardt L, Kramer A, Fischer F, et al. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health.* 2016;21(2):210-8.
- Mitchell T, Lee D, Weinberg M, et al. Impact of Enhanced Health Interventions for United States-Bound Refugees: Evaluating Best Practices in Migration Health. *The American journal of tropical medicine and hygiene.* 2018;98(3):920-8.
- Mockenhaupt FP, Barbre KA, Jensenius M, et al. Profile of illness in syrian refugees: A geosentinel analysis, 2013 to 2015. *Eurosurveillance.* 2016;21:10.
- Moreau AM, Hennous F, Dabbagh B, et al. Oral health status of refugee children in Montreal. *J Immigr Minor Health.* 2018;20:1-6.
- Ngo CC, Maidment C, Atkins L, et al. Blood screen findings in a 2-year cohort of newly arrived refugees to Sydney, Australia. *Public Health Res Pract.* 2018;28(1).
- Nkhoma ET, Poole C, Vannapagari V, et al. The global prevalence of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency: A systematic review and meta-analysis. *Blood Cells, Molecules and Diseases.* 2009;42:267-78.
- Pace-Asciak A, Mamo J, Calleja N. Tuberculosis among undocumented boat migrants to Malta: implications for a migrant tuberculosis policy. *The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease.* 2013;17(8):1065-70.
- Paxton GA, Sangster KJ, Maxwell EL, et al. Post-Arrival Health Screening in Karen Refugees in Australia. *Plos One.* 2012;7(5).
- Penrose K, Hunter Adams J, Nguyen T, et al. Vitamin D deficiency among newly resettled refugees in Massachusetts. *Journal of immigrant and minority health/Center for Minority Public Health.* 2012;14(6):941-8.
- Pharos. Vrouwelijke Genitale Verminking. Stand van zaken in Nederland. 2019. Geraadpleegd van: <https://www.pharos.nl/kennisbank/vrouwelijke-genitale-verminking-stand-van-zaken-in-nederland/>.
- Piel FB, Steinberg MH, Rees DC. Sick Cell Disease. *N Engl J Med.* 2017;376:1561-73.
- Plotinsky RN, Straetemans M, Wong LY, et al. Risk factors for elevated blood lead levels among African refugee children in New Hampshire, 2004. *Environmental Research.* 2008;108(3):404-12.
- Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ.* 2011;183(12):E824-925.

- Prevention CfDCA. Guidelines for the US domestic medical examination for newly arriving refugees. Immigrant and refugee health 2014. Available from: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/domestic-guidelines.html>. Accessed: Jan 2019.
- Proue M, Jones-Webb R, Oberg C. Blood lead screening among newly arrived refugees in Minnesota. *Minnesota medicine*. 2010;93(6):42-6.
- Raslan R, El Sayegh S, Chams S, et al. Re-Emerging Vaccine-Preventable Diseases in War-Affected Peoples of the Eastern Mediterranean Region-An Update. *Front Public Health*. 2017;5:283.
- Reeve AM, Grant CC. Vitamin D deficiency in a multinational refugee population. *Intern Med J*. 2007;37(12):792-7.
- RIVM. Criteria voor verantwoorde screening. 2012. <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/screening-theorie/criteria-voor-verantwoorde-screening>.
- Rossum C, Nutma N, Ruiter ELM, et al. BMR-vaccinatiegraad van asielzoekerskinderen in GGD-regio Gelderland-Zuid. *Tijdsch JGZ*. 2019:1-7.
- Rungan S, Reeve AM, Reed PW, et al. Health needs of refugee children younger than 5 years arriving in New Zealand. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2013;32(12):e432-e6.
- Salehi L, Lofters AK, Hoffmann SM, et al. Health and growth status of immigrant and refugee children in Toronto, Ontario: A retrospective chart review. *Paed Child Health-Can*. 2015;20(8):E38-E42.
- Schrier L, Wyder C, Torso S, et al. Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments. *EJP*. 2019.
- Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, et al. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. *Lancet*. 2015;386(10003):1546-55.
- Scott KC, Taylor EM, Mamo B, et al. Hepatitis B Screening and Prevalence Among Resettled Refugees - United States, 2006-2011. *Mmwr-Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015;64(21):570-3.
- Shah AY, Suchdev PS, Mitchell T, et al. Nutritional Status of Refugee Children Entering DeKalb County, Georgia. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2014;16(5):959-67.
- Sheikh M, Wang S, Pal A, et al. Vitamin D deficiency in refugee children from conflict zones. *J Immigr Minor Health*. 2011;13(1):87-93.
- Society CP. Canadian Paediatric Society. Caring for Kids new to Canada.
- Splieth Ch H, Takriti M, Alani A. Flüchtlinge in Deutschland- Mundgesundheits, Versorgungsbedarfe und deren Kosten. Universitätsmedizin Greifswald. https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Studie_Mundgesundheits_Fluechtlinge.pdf.
- Stauffer WM, Painter J, Mamo B, et al. Sexually transmitted infections in newly arrived refugees: is routine screening for *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infection indicated? *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2012;86(2):292-5.
- Stellinga-Boelen AA, Storm H, Wieggersma PA, et al. Iron deficiency among children of asylum seekers in the Netherlands. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007;45(5):591-5.
- Stellinga-Boelen AA, Wieggersma PA, Bijleveld CM, et al. Obesity in asylum seekers' children in The Netherlands--the use of national reference charts. *Eur J Public Health*. 2007;17(6):555-9.
- Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Glob Health*. 2013;1(1):e16-25.
- Taylor EM, Painter J, Posey DL, et al. Latent Tuberculosis Infection Among Immigrant and Refugee Children Arriving in the United States: 2010. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2016;18(5):966-70.
- Theuring S, Friedrich-Janicke B, Portner K, et al. Screening for infectious diseases among unaccompanied minor refugees in Berlin, 2014-2015. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(7):707-10.
- Trauer JM, Krause VL. Assessment and management of latent tuberculosis infection in a refugee population in the Northern Territory. *Medical Journal of Australia*. 2011;194(11):579-82.
- Ugwu C, Varkey P, Bagniewski S, et al. Sero-epidemiology of hepatitis B among new refugees to Minnesota. *J Immigr Minor Health*. 2008;10(5):469-74.
- UNAIDS. UNAIDS. Children and HIV: factsheet. 2015. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/FactSheet_Children_en.pdf. Accessed: Jan 2019.
- UNHCR. The 1951 convention relating to the status of refugees and its 1967 protocol: Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations Office at Geneva; 1951. Available from: <http://www.unhcr.org/about-us/background/4ec262df9/1951-convention-relating-status-refugees-its-1967-protocol.html>. Accessed: Jan 2019.
- Unicef. Female genital mutilation/cutting: a global concern. 2016. Beschikbaar via: http://www.unicef.org/media/files/FGMC2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf. Geraadpleegd op 2016-04-04.
- United Nations High Commissioners for Refugees 2018. Available from: <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>. Accessed: Jan 2019.
- Varkey P, Jerath AU, Bagniewski S, et al. Intestinal parasitic infection among new refugees to Minnesota, 1996-2001. *Travel medicine and infectious disease*. 2007;5(4):223-9.
- Varkey P, Jerath AU, Bagniewski SM, et al. The epidemiology of tuberculosis among primary refugee arrivals in Minnesota between 1997 and 2001. *Journal of Travel Medicine*. 2007;14(1):1-8.
- Veldhuijzen IK, Toy M, Hahne SJM, et al. Screening and Early Treatment of Migrants for Chronic Hepatitis B Virus Infection Is Cost-Effective. *Gastroenterology*. 2010;138(2):522-30.

- Walters J, Sullivan A. Early Identification and Linkage to Care of Foreign-Born People with Chronic Hepatitis B Virus Infection, Multnomah County, Oregon, 2012-2014. *Public Health Reports*. 2016;131:105-11.
- WHO. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112/en/>. Accessed March 2019.
- WHO. Soil-transmitted helminth infections 2018. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>. Accessed: Jan 2019.
- WHO. The WHO Child Growth Standards. Available from: <http://www.who.int/childgrowth/en/>. Accessed: Jan 2019.
- Wilson JM, Jungner YG. [Principles and practice of mass screening for disease]. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1968;65:281-393.
- Wishart HD, Stevens GA, Finucane MM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Glob Health*. 2013;1(1):e16-25.
- Yanni EA, Copeland G, Olney RS. Birth defects and genetic disorders among Arab Americans--Michigan, 1992-2003. *J Immigr Minor Health*. 2010;12(3):408-13.
- Yanni EA, Naoum M, Odeh N, et al. The Health Profile and Chronic Diseases Comorbidities of US-Bound Iraqi Refugees Screened by the International Organization for Migration in Jordan: 2007-2009. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2013;15(1):1-9.
- Yun K, Hebrank K, Graber LK, et al. High prevalence of chronic non-communicable conditions among adult refugees: implications for practice and policy. *J Community Health*. 2012;37:1110-1118.
- Yun K, Matheson J, Payton C, et al. Health Profiles of Newly Arrived Refugee Children in the United States, 2006-2012. *Am J Public Health*. 2016;106(1):128-35.
- Yun K, Urban K, Mamo B, et al. Increasing Hepatitis B Vaccine Prevalence Among Refugee Children Arriving in the United States, 2006-2012. *American Journal of Public Health*. 2016;106(8):1460-2.
- Zabel EW, Smith ME, O'Fallon A. Implementation of CDC refugee blood lead testing guidelines in Minnesota. *Public Health Reports*. 2008;123(2):111-6.
- Zeinalian M, Nobari RF, Moafi A, et al. Two decades of pre-marital screening for beta-thalassemia in central Iran. *J Community Genet*. 2013;4(4):517-22.
- Zwi K, Morton N, Woodland L, et al. Screening and Primary Care Access for Newly Arrived Paediatric Refugees in Regional Australia: A 5 year Cross-sectional Analysis (2007-12). *J Trop Pediatr*. 2017;63(2):109-17.

Module 2 Psychosociaal onderzoek

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de uitgangsvraag:

Wat is het meest geschikte evidence-based psychosociaal nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen?

Vluchtelingenkinderen zijn blootgesteld aan vele risicofactoren en stressoren, zowel in het land van herkomst, gedurende de vlucht, als in het land van hervestiging (Hebebrand, 2016). Ook doen zich gedurende deze periodes vele ingrijpende jeugdervaringen voor, zoals het verlies van dierbaren, gevangenschap van een familielid, emotionele en fysieke verwaarlozing, honger, nog los van de impact van het oorlogsgeweld. In de Adverse Childhood Experiences (ACE) study (Anda, 2006) is beschreven dat hoe meer ingrijpende jeugdervaringen zijn meegemaakt, des te groter de kans wordt op lichamelijke en psychische aandoeningen en zelfs mortaliteit (Jensen, 2015; Vervliet, 2014). Het is duidelijk dat jeugdige vluchtelingen en hun gezinnen verhoogde risico's op zowel lichamelijke als psychische problemen hebben in vergelijking tot andere inwoners van Nederland (Goosen, 2014). Vluchtelingenkinderen hebben dan ook regelmatig te maken met trauma gerelateerde problemen, waaronder posttraumatische stressstoornis (PTSS), angst, depressie en gedragsproblemen (Fazel, 2012; Van Os, 2016).

Literatuur over de prevalentie van psychische problemen bij vluchtelingenkinderen is beperkt. De verschillende onderzoeken zijn moeilijk te vergelijken vanwege het gebruik van uiteenlopende indicatoren en metingen in verschillende contexten (Lustig, 2004; Fazel, 2012). Een meta-analyse naar PTSS bij kinderen die interpersoonlijk trauma hebben meegemaakt, waartoe oorlog wordt gerekend, toont een prevalentie van meer dan 25% (Alisic, 2014). Drie studies over de prevalentie van PTSS bij kinderen na oorlogssituaties, beschrijven prevalenties van 9,1% (Ahmad, 2000), 48,1% (Catani, 2009) en 48,9% (Daud, 2008). Symptomen van posttraumatische stress worden gerapporteerd bij 50 tot 90% van de vluchtelingenkinderen (Lustig, 2004). Bij kinderen onder de vijf jaar, die blootgesteld zijn aan oorlog gerelateerd geweld, is PTSS beschreven bij 37,8% van de kinderen (Feldmand, 2011). Een recente studie bij amv's in Duitsland laat zien dat bij 17% geestelijke gezondheidsproblemen spelen (Marquadt, 2016). In een Nederlands follow-up onderzoek bij amv's werd een prevalentie van ernstige, chronische psychische problemen van 50% gevonden na zelfrapportage (Bean, 2007).

De omgeving waarin vluchtelingenkinderen zich bevinden is van invloed op hun psychisch welzijn. Het gezin is hier een belangrijke factor in. Het is bekend dat vluchtelingenkinderen, waarvan een of beide ouders PTSS of een depressie hebben, een grotere kans hebben op verschillende psychische problemen op het gebied van gedrag, emoties en hechting (Bryant, 2018; Van Ee, 2012; Goodman, 1999). Dit geldt ook voor kinderen die binnen een jaar meer dan eenmaal worden overgeplaatst tussen locaties (Goosen, 2014). Een deel van de vluchtelingenkinderen groeit op zonder de emotionele beschikbaarheid van ouder(s) of andere steunende relaties als buffer tegen chronische stress. Chronische stress is van negatieve invloed op de ontwikkeling van deze groep kinderen (Zurek, 2016). Vluchtelingenkinderen worden ook gezien als een kwetsbare groep als het om kindermishandeling, – verwaarlozing en seksueel misbruik gaat. Wanneer ouders psychosociale problemen hebben, wordt het risico op kindermishandeling en verwaarlozing groter (Hassan, 2011). Uit onderzoek onder ruim 17.000 vluchtelingenkinderen in Nederland blijkt dat deze groep kinderen een groter risico op fysieke mishandeling loopt wanneer er sprake is van PTSS of depressie bij de moeder, of wanneer de moeder is blootgesteld aan geweld. Vluchtelingenkinderen van alleenstaande moeders liepen daarbij een groter risico op fysieke mishandeling dan kinderen uit meeroudergezinnen (Goosen, 2014).

Het land van vestiging kan protectieve factoren nastreven of faciliteren om het risico op mentale problemen te verkleinen, waaronder een stabiele, vaste woonplaats en sociale steun (Fazel, 2012; Ikram, 2016). Daarnaast lijkt het behouden van de eigen culturele identiteit naast de integratie in de samenleving van het land van vestiging van protectieve invloed, net als steun van leeftijdsgenoten, de afwezigheid van discriminatie en een veilig gevoel op school (Fazel, 2012). Risicofactoren in het land van vestiging die het welzijn van vluchtelingenkinderen negatief kunnen beïnvloeden, zijn onder andere: onduidelijke regelgeving, onzekerheid over het asielproces (Entholt, 2006), het aantal overplaatsingen tussen asielzoekerscentra (Fazel, 2012), de ligging van asielzoekerscentra in perifere gebieden, verspreide plaatsing van gezinsleden en een gebrek aan privacy (Wiese, 2007).

Het belang van vroeg interveniëren bij kinderen met PTSS is bekend om chronische psychische problemen en stagnatie van ontwikkeling te voorkomen (Verlinden, 2014). Uit follow-uponderzoek naar het beloop van psychische klachten bij amv's bleek dat twee jaar na aankomst in het gastland de mate van PTSS, depressie, angst en gedragsproblemen niet was verminderd (Jensen, 2014). Ondanks de kennis over het voorkomen van psychiatrische problemen bij vluchtelingenkinderen en het belang van signalering en behandeling, is de kennis over psychiatrische problematiek bij vluchtelingenkinderen beperkt (Gezondheidsraad 2016) en gefragmenteerd onder professionals. Hoewel er gezien de prevalentiecijfers van uitgegaan kan worden dat er een grote behoefte is aan zorg onder vluchtelingenkinderen en -gezinnen, is het daadwerkelijke gebruik van zorg door de doelgroep nog beperkt (Lakaddem, 2013). De toename van het aantal vluchtelingenkinderen in Nederland de laatste jaren en de verhoogde gezondheidsrisico's bij deze groep, maken dat een goed onderbouwde benadering voor vroege signalering van psychische problemen en passende interventies vanuit de publieke gezondheidszorg en ketenzorg noodzakelijk zijn.

In dit literatuuroverzicht wordt ingegaan op specifieke factoren die van belang zijn bij het werken met kinderen en gezinnen met een vluchtelingenachtergrond, transculturele aspecten, de evidentie voor screening op trauma gerelateerde problematiek bij deze populatie, aangewezen interventies en de timing van deze interventies.

Bespreking literatuur

Culturele sensitiviteit

Uit de literatuurstudie komt een aantal aandachtsgebieden naar voren binnen de hulpverlening aan vluchtelingen. In de eerste plaats het belang van culturele sensitiviteit. Culturele sensitiviteit houdt in dat er een bejegening en attitude is met respect, interesse en belangstelling, een zelfbewustzijn van de eigen cultuur en ervaring met omgaan van mensen met andere culturele achtergronden (Bennett, 2004).

Om een zorgaanbod zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de gebruikers, wordt aangeraden dat professionals zich ruim voldoende kennis over de achtergrond van hun patiënten eigen maken en deze cultureel sensitief toepassen (de Vries, 2010). Daarnaast dient een cultureel medewerker (mediator) ingezet te worden om de brug tussen gebruiken, waarden en geloof van een bepaalde cultuur en de kennis van het gezondheidszorgsysteem in het gastland te overbruggen (Ventevogel, 2015).

Ook de taalbarrière speelt een rol in het bemoeilijken van de communicatie, waardoor subtiele nuances verloren kunnen gaan (Montgomery, 1998). Het gebruiken van een bekende of familielid als tolk moet zoveel mogelijk worden vermeden om de privacy van de patiënt te waarborgen (Gezondheidsraad, 2016). Wanneer een traumatherapie is geïndiceerd kan een tolk of bi-culturele therapeut van belang zijn (NICE, 2005).

Sommigen bepleiten dat niet vaststaat dat psychiatrische stoornissen universeel voorkomen bij alle culturen. Hiermee werpen zij de vraag op of een Westers behandelmodel kan worden toegepast op verschillende culturen waarin de validiteit hiervan niet is vastgesteld (Anstiss, 2009). Een gemeenschappelijk begrip van concepten over de ontwikkeling van kinderen en geestelijke gezondheid is wel nodig om met patiënten tot overeenstemming te komen over een diagnose en een behandeling. Verschillende auteurs waarschuwen dat Westerse classificatiesystemen kunnen leiden tot verkeerde diagnoses onder vluchtelingenkinderen die zich vestigen in hun nieuwe land (Lustig, 2003; Hjern, 2005; Majumder, 2015).

In de gezondheidszorg is het van belang dat behandelaar en patiënt tot elkaar komen, wat betreft de ziekteverklaring: oorzaak en behandeling van de stoornis. Zonder overeenstemming ontstaan er misverstanden, neemt de motivatie af en ontstaat er no-show. Teneinde het proces te verbeteren en te versnellen in transculturele ontmoetingen, zijn er diverse culturele interviews gemaakt. De laatste versie, het Cultural Formulation Interview, is internationaal getest en is door patiënten en behandelaars als acceptabel, toepasbaar en klinisch bruikbaar gekenschetst. Inmiddels is de Nederlandse vertaling gepubliceerd en zijn er ook vertalingen van de supplementaire modules beschikbaar, waaronder een voor jeugdigen en adolescenten (Rohlof, 2012; Rohlof, 2015; Lewis-Fernández, 2014).

Verder kunnen vluchtelingenkinderen en hun gezin andere verwachtingen hebben van de gezondheidszorg dan de zorgaanbieders (Fazel, 2012; Slobodin, 2015). In sommige plekken op de wereld is het gebruikelijk om actief te proberen om nare ervaringen te vergeten en er niet over te praten (Hjern, 2005). Farmacotherapie wordt soms een acceptabeler alternatief gevonden (Hjern, 2005; Majumder, 2015). In een onderzoek onder amv's in het Verenigd Koninkrijk bleek dat zij de GGZ wantrouwden, omdat het volgens de jongeren deel uitmaakte van de staat (Majumder, 2015). Om participatie en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verhogen is het van belang rekening te houden met de transculturele aspecten van de populatie en een cultuursensitieve aanpak na te streven.

In veel culturen wordt anders omgegaan met psychische klachten: soms leidt een psychisch probleem daar tot maatschappelijke uitsluiting, is psychiatrie als hulpverlening onbekend of er rust een taboe op. Er kan anders worden gedacht over de rol van man en vrouw, waar de standaard aanpak dan geen passende oplossing voor biedt. Het veerkracht- (resilience) model kan dan een belangrijke rol spelen (Lamkaddem, 2015). Uitgangspunt is het SSKK-model: stress, steun, kracht en kwetsbaarheid. Werken met dit model houdt in dat niet alleen aandacht wordt besteed aan de draaglast (bijvoorbeeld de (jeugd)trauma's), maar ook aan de draagkracht en de versterking daarvan.

Het veerkrachtmodel beschrijft een cultuursensitieve aanpak voor het werken met vluchtelingen (Lamkaddem, 2015). Het is een model waarin patiënten hun kracht leren hervinden, zodat zij eigenaarschap over problemen terugwinnen en meer controle en grip op het eigen leven krijgen.

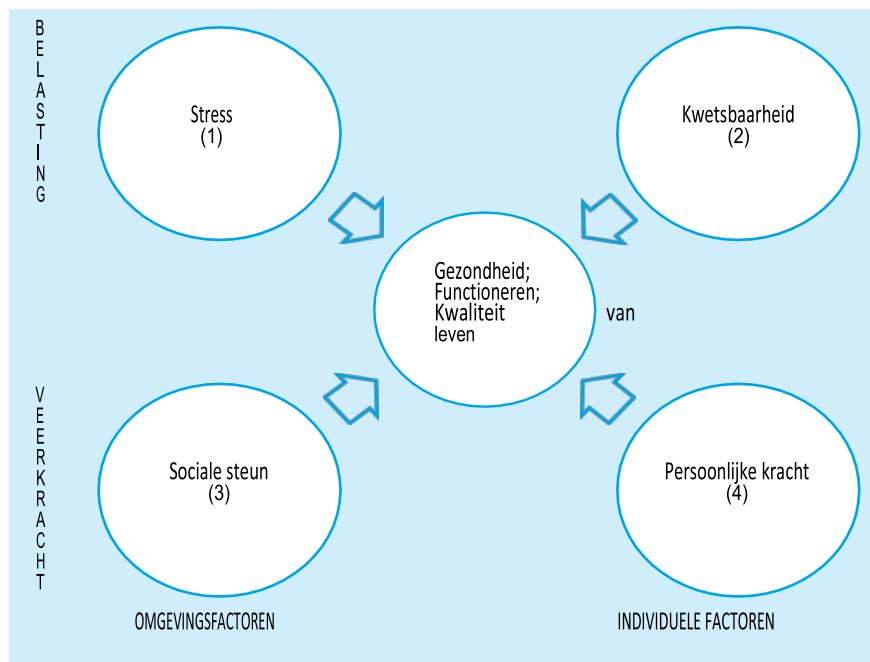
Veerkracht verklaart voor een belangrijk deel het fenomeen dat traumatische ervaringen lang niet altijd leiden tot psychiatrische problemen. Van groot belang is hoe iemands leven is na de traumatische ervaringen. Mensen herstellen zich na traumatische gebeurtenissen veel beter wanneer zij kans zien en kansen krijgen om hun persoonlijke, sociale en materiële bronnen van veerkracht te vinden of te hervinden (Hobfoll, 2011).

Bij het veerkrachtgericht SSKK-werkmodel worden de vroegere en huidige stresserende omstandigheden (1) in kaart worden gebracht. Ook de kwetsbaarheidsfactoren (2) worden geanalyseerd (bijvoorbeeld de genetische factoren, intelligentie, chronisch fysieke klachten). Vervolgens worden de sociale steun (3) en de persoonlijke kracht (4) onderzocht (zie figuur 2.1). De

laatste twee vormen samen de veerkrachtfactoren. Deze veerkrachtfactoren worden onderverdeeld in biologische, psychologische, sociale, culturele en existentiële of zingevingsfactoren.

Een behandeling vanuit dit veerkrachtmodel richt zich op het verbeteren van de gezondheid en het functioneren van jeugdigen en gezinnen middels het versterken van de veerkrachtfactoren en het leren omgaan met de kwetsbaarheids- en stressfactoren, naast de behandeling van de gezondheidsklachten.

Figuur 2.1 Het SSKK-model (Sleijpen, 2016; Lamkaddem 2015b; Bronstein, 2013; Laban, 2010, De Jonghe, 1999)

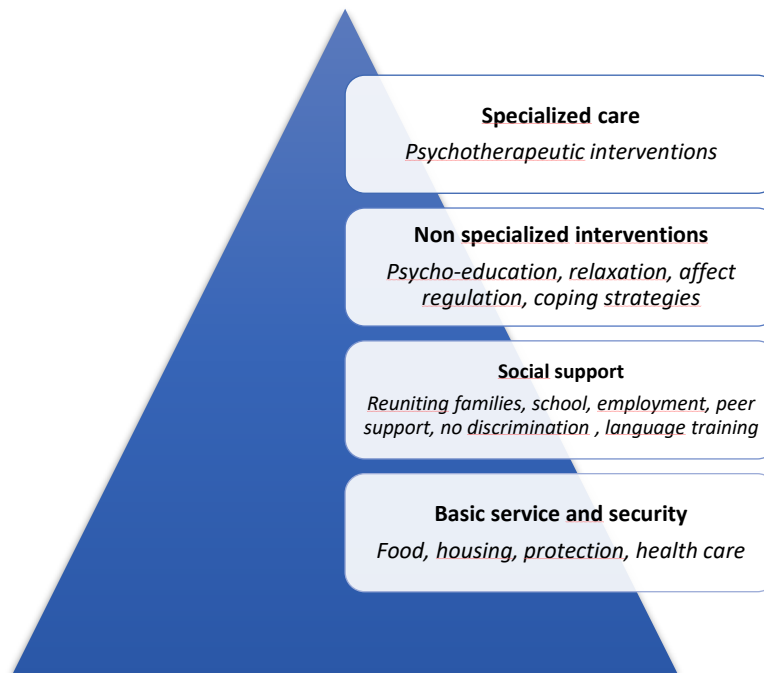


Vluchtelingengroepen uit verschillende landen laten overeenkomsten zien in hun bronnen van veerkracht. Hoewel jonge vluchtelingen meerdere verschillende uitdagingen onder ogen hebben moeten zien, zijn de basale behoeften (zoals zich veilig voelen, betekenisvolle relaties hebben, mogelijkheden voor persoonlijke groei) en fundamentele copingstrategieën (zoals steun zoeken bij anderen, hoop en betekenisvolle afleiding vinden) universeel voor de adolescentie. Ook de socio-culturele achtergrond van vluchtelingen kan een positieve bijdrage vormen aan hun veerkracht, zoals hun spiritualiteit en culturele tradities. Veerkracht heeft zowel universele, als specifieke en op de cultuur gebaseerde componenten (McCarthy, 2010).

Gefaseerd model van signalering en interventies

Bij het klinisch werken met vluchtelingen past het concept van een gefaseerde benadering. Hoewel hier geen effectiviteitsonderzoek naar is gedaan, volgt dit uit pragmatische overwegingen (NICE, 2005; Entholt, 2006). Een matched care-model is beschreven, waarbij interventies van verschillende intensiteit op verschillende niveaus worden aangeboden binnen een continuüm van zorg (McDermott, 2014). Hierbij past een benadering vanuit de publieke gezondheidszorg gericht op de interactie van het kind met zijn omgeving, waarbij individuele factoren, het gezin, de gemeenschap en de maatschappelijke context bijdragen aan de kwaliteit van leven (zie figuur 2.2).

Figuur 2.2 *Interventiepiramide voor geestelijke gezondheidszorg en psychosociale ondersteuning bij minderjarige vluchtelingen, aangepast vanuit IASC-richtlijnen over geestelijke gezondheid en psychosociale ondersteuning in noodsituaties*



Vanuit het gefaseerde model gezien, bestaan succesvolle interventies voor vluchtelingenkinderen niet in de eerste plaats alleen uit behandeling gericht op psychische symptomen, maar uit bijvoorbeeld ondersteuning bij het terugvinden van vermiste familieleden, het naar school kunnen gaan, psycho-educatie, integratie van traditionele gezondheidszorg, taalles en steun voor de ouders bij het vinden van werk en huisvesting (Lustig, 2003; Impact, 2007; Fazel, 2012; Pharos, 2018). Herstel van een dagelijkse routine en zinvolle bezigheden, het bieden van structuur en hanteren van gebruikelijke opvoedingsregels, geeft houvast en een gevoel van veiligheid. Ook het faciliteren van positieve ervaringen is belangrijk (Toolkit Kind en Trauma, 2016). Sociale steun wordt over het algemeen gezien als een beschermende factor tegen het ontwikkelen van PTSS na een schokkende gebeurtenis. Wederopbouw van sociale netwerken moet hierom gefaciliteerd worden (Entholt, 2006; Nakeyar, 2018).

Na ondersteuning bij praktische zaken en wederopbouw van sociale netwerken, zijn preventieprogramma's een belangrijke volgende stap in de zorg voor vluchtelingenkinderen. Preventieprogramma's hebben de potentie om een groot deel van de populatie te bereiken en de mogelijkheid om door paraprofessionals uitgevoerd te worden. Er kan hierbij gedacht worden aan interventies met aandacht voor het gezinsfunctioneren. Vroege psychosociale interventies zijn gericht op het bevorderen van het natuurlijk herstel en het voorkomen van psychopathologie (Fazel, 2012). Zoals eerder werd vermeld, speelt ook de omgeving een grote rol in het al dan niet ontwikkelen van psychopathologie, waarbij het gezin een belangrijke rol speelt bij het bufferen van de stress van kinderen (Van der Ploeg, 2013). Het bevorderen van gezinscohesie en aanpassingsvermogen van het gezin heeft een belangrijke invloed op het welzijn van getraumatiseerde kinderen (Entholt, 2006). Interventies gericht op psychosociale support van gezinnen (Entholt, 2006) kunnen hier een plaats in hebben. De JGZ kan hier bij uitstek een belangrijke rol in spelen, evenals wijkteams. Het is daarnaast van groot belang dat psychopathologie bij ouders gesignaleerd en behandeld wordt, zodat kinderen een veilige thuisbasis kunnen krijgen.

Een volgende stap is het signaleren van mogelijke psychopathologie bij vluchtelingenkinderen. Dit begint met een goede psychosociale anamnese door een jeugdprofessional (GGD GHOR Nederland, 2017; Van Schie, 2017 en 2018), <https://www.ncj.nl/actueel/nieuws/artikel/vernieuwde-jgz-richtlijn-psychosociale-problemen>. Vanzelfsprekend zijn algemene principes hierop van toepassing: het begint met een introductie van de jeugdprofessional over wie hij is, wat zijn functie is en wat de instelling doet, met daarna uitleg over het doel van het contact en hoe lang het duurt. Ook volgt uitleg over de regels voor geheimhouding van wat de patiënt vertelt, wat er wordt gerapporteerd en dat er toestemming nodig is voor overdracht van informatie uit het dossier naar andere hulpverleners. Voor een jeugdige kan het helpend zijn als er een steunend vertrouwensfiguur bij is en als de jeugdige controle ervaart in het gesprek over onderwerpen waar hij wel of niet over wil praten (Van Os, 2018).

In het gesprek is het van belang om te vragen of de jeugdige of het gezin ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt, zoals bedreiging, (seksuele) geweldservaringen, overlijden of andere stressfactoren. Er wordt aanbevolen om gebruik te maken van een lijst waarmee specifieke gebeurtenissen worden uitgevraagd, om gestructureerd een overzicht te verkrijgen. De Stressful Life Events (SLE) (Bean, 2004) is geschikt voor laagdrempelige zorgsettings, bevat items relevant voor jeugdigen en bestaat uit 12 ja/nee-vragen waardoor de lijst tijdsefficiënt is. Adolescenten kunnen de lijst zelf invullen, bij jonge kinderen kan de lijst worden gebruikt voor het gesprek met de ouder. Het aantal ingrijpende gebeurtenissen blijkt de belangrijkste voorspeller voor posttraumatische stresscores en algemene welzijnsscores (Bean, 2004). De SLE is in meerdere talen beschikbaar en gratis verkrijgbaar (<https://www.psychotraumadiagnostics.centrum45.nl/en/other/children-and-adolescents>).

Daarna dienen de beschermende en risicofactoren in kaart te worden gebracht, op basis waarvan kan worden ingeschat of en waar er behoefte is aan ondersteuning (zie figuur 2.3).

Figuur 2.3 Beschermende en risicofactoren (GGD GHOR, 2017)

Beschermende factoren	Risicofactoren
Jeugdige	
• activiteiten in vrije tijd ondernemen; • ego-veerkracht; • gezond; • goede beheersing Nederlandse taal; • makkelijk temperament; • normale tot hoge intelligentie; • probleem-oplossende vaardigheden; • sociaal vaardig en empathisch; • zelfbeschikking; • zelfvertrouwen/persoonlijke trots.	• alleenstaande minderjarige vreemdeling; • cumulatieve blootstelling aan schokkende gebeurtenissen (geweld, dood, onveiligheid, stress); • laag zelfbeeld; • lage intelligentie of beperkt tot geen onderwijs genoten in land van herkomst; • onvoldoende beheersing Nederlandse taal; • pre-existente ziekten; • rigide gedrag, moeilijk kunnen aanpassen; • wantrouwen jegens anderen.
Familie/gezin/sociale omgeving	
• gezinsleden aanwezig in Nederland in alle fasen van migratie; • gezonde ouders; • goed sociaal netwerk; • kalme en evenwichtige ouder; • ouderlijke steun en betrokkenheid; • peer support; • positieve schoolervaring. • sterke gezinscohesie;	• niet gelijktijdig reizen van gezin; • ontbreken emotionele nabijheid; • lichamelijke of psychische problematiek ouders (met name moeder); • alleenstaande ouder; • onzekerheid en/of lange procedure gezinshereniging; • zorgen en/of geen contact met achtergebleven familieleden; • druk en verwachtingen van achtergebleven familieleden; • slechte relatie met voogd; • financiële problemen; • onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem; • regelmatig verhuizen.
Maatschappij/cultuur	
• toegang tot onderwijs; • steunende religie; • toegang tot zorgvoorzieningen; • veilige en schone woonomgeving; • (eerlijke) toegang tot arbeidsmarkt; • beperkte gezondheidsverschillen tussen verschillende sociaal economische klassen.	• moeizame integratie/separatie; • discriminatie/pesten; • onveilige omgeving (oorlog, vluchtelingenkamp); • taboe rondom hulp bij psychische problemen; • grote culturele verschillen tussen eigen cultuur en cultuur van gastland.

Een korte screening één maand na de gebeurtenis wordt aanbevolen voor mensen die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt en een hoog risico hebben op PTSS (NICE, 2005). Voor vluchtelingen kan een routinematige screening op PTSS onderdeel uitmaken van het lichamelijke en geestelijke gezondheidsonderzoek bij inschrijving in het nieuwe land. Screening op PTSS bij jonge kinderen kan bemoeilijkt worden door nog beperkte taalvaardigheden en meer specifieke klachten, maar diagnostiek is mogelijk bij kinderen onder de vijf jaar (Feldman, 2011).

In de literatuur worden verschillende vragenlijsten genoemd die gebruikt worden voor de screening op PTSS bij (vluchtelingen)kinderen. Echter, er wordt niet voor alle vragenlijsten evidentie gevonden voor transculturele validiteit en in sommige gevallen ontbreekt onderzoek hiernaar volledig. Er is een gebrek aan gevalideerde screeningslijsten voor deze specifieke populatie en in het bijzonder voor kinderen onder de zes jaar oud (Gadeberg, 2017). In de Appendix wordt een overzicht gegeven van de meest gebruikte screeningsinstrumenten voor PTSS bij vluchtelingenkinderen, waarbij onder andere gekeken wordt naar de informant, duur van de vragenlijst en of er transcultureel onderzoek is uitgevoerd. Ook wordt een overzicht van de betrouwbaarheid en validiteit van de betreffende screeningsinstrumenten voor PTSS gegeven.

De Children's Revised Impact of Event Scale, CRIES-13 (Children and War Foundation, 1998 – Nederlandse vertaling door Olff in 2005) is een korte vragenlijst en een valide instrument voor het

screenen op PTSS bij kinderen vanaf acht jaar in de nulde en eerste lijn. Voor jongere kinderen is er een ouder-versie. Met dit screeningsinstrument kunnen professionals PTSS herkennen en kinderen gerichter doorverwijzen voor aanvullende diagnostiek of een passende behandeling. Bij een score boven de afkapwaarde wordt verwijzing naar de specialistische zorg geadviseerd (Verlinden, 2015). Het instrument blijkt goed toepasbaar en heeft een goede transculturele validiteit (Salari, 2017; Entholt, 2006). De CRIES-13 is vrij toegankelijk en beschikbaar via de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl) en in vele talen vertaald (<http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93cries-8/>), zie ook bijlage 8.

Tabel 2.4 *Diagnostische criteria voor een posttraumatische-stressstoornis volgens de DSM-5*

Trauma in de vorm van een levensbedreigende gebeurtenis, ernstige verwonding en/of (seksueel) geweld in de voorgeschiedenis
De gebeurtenis wordt door de persoon voortdurend herbeleefd (bijvoorbeeld in nachtmerries of flashbacks) én
Prikkels die bij het trauma hoorden worden vermeden (angstvermijding, vermijding van activiteiten, amnesie) én
Negatieve veranderingen in cognities en stemming (passiviteit, onthechting en vervreemding, affectarmoede en het verlies van hoop) én
Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (slapeloosheid, concentratieproblemen en overdreven schrikreacties).

NB: Deze criteria zijn toepasbaar op kinderen ouder dan 6 jaar, adolescenten en volwassenen.

Tabel 2.5 *Leeftijdsspecifieke reacties na schokkende gebeurtenissen (Beer, 2007)*

Peuters/kleuters	Schoolkinderen	Pubers/adolescenten
Angstig hechtgedrag	Concentratieproblemen	Verminderd functioneren op school
(Separatie)angst	Agressieve/angstige fantasieën	Schaamte voor gevoel van kwetsbaarheid
Regressief gedrag (verlies van zindelijkheid/taalvaardigheden)	Overdreven bezorgdheid over eigen veiligheid of die van anderen	Schaamte voor afhankelijkheid van ouders
Slaapproblemen	Re-enactment play	Radicale gedragsverandering
Agressief/destructief gedrag		Risicovol (thrill seeking) gedrag
Vertraging ontwikkelingsmijlpalen		Alcohol-/drugsgebruik
		Angst voor controleverlies over fantasieën, woede en wraakfantasieën

Bij twijfel over de aanwezigheid van bredere psychische problematiek bij kinderen in de eerste lijn kan de Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ (Goodman, 1997) worden gebruikt (Pharos, 2017), zie ook bijlage 9. Voor afname is geen professionele training vereist, de tijdsduur is korter dan 15 minuten en het is beschikbaar in meerdere talen. De SDQ is een algemeen screeningsinstrument voor psychische problematiek. De SDQ meet de aanwezigheid van psychosociale problemen, de sterke kanten van het kind en de invloed van psychosociale problemen op het dagelijkse functioneren, en kan gebruikt worden bij kinderen en ouders met een migratie-achtergrond. De vragenlijst bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op de subschalen hyperactiviteit/aandachtstekort, emotionele problemen, problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen en prosociaal gedrag. De totale probleemscore geeft een duidelijke indicatie van de aanwezigheid van psychosociale problematiek en is een belangrijke graadmeter om vervolgbeleid in de eerste c.q. tweede lijn in te zetten. De deelscores kunnen worden bekeken om te zien op welk gebied de problemen bestaan. Er is echter wel gebleken dat de uitkomsten van de subschalen minder betrouwbaar zijn en daarom met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden (GGD Nederland, 2006). De SDQ is in verschillende varianten beschikbaar. Zo zijn er versies voor kinderen (van 11 tot en met 16 jaar) en voor ouders en leerkrachten voor verschillende leeftijdsgroepen tussen drie en 16 jaar. Het gebruik van meerdere versies van de SDQ leidt tot een betere signalering. De SDQ is vrij toegankelijk en kan worden gedownload via de website www.sdqinfo.org (Goodman, 2000). Er zijn versies in verschillende talen beschikbaar.

De ongeboren en zeer jonge vluchtelingenkinderen moeten niet vergeten worden bij screening of noodzakelijke interventies. Wanneer het kind nog ongeboren is, zal de aandacht moeten uitgaan naar

de zwangere en de relatie die de aankomende moeder met het kind voelt en aangaat. Kinderen onder de vijf jaar zijn extra kwetsbaar voor negatieve levenservaringen (Walker, 2011) en ook psychologische ervaringen van angst gerelateerd aan gebrek aan ouderlijke steun, valt bij zeer jonge kinderen onder trauma (Schuder, 2004). Bij jonge kinderen is het relationele aspect extra belangrijk (Feldman, 2011) en dient zowel de diagnostiek als de interventie gericht te zijn op het kind in relatie tot de ouders/verzorgers.

Zoals eerder werd vermeld speelt ook de omgeving een grote rol in het al dan niet ontwikkelen van psychopathologie, waarbij het gezin een belangrijke rol speelt bij het bufferen van de stress van kinderen (Van der Ploeg, 2013). Het bevorderen van gezinscohesie en aanpassingsvermogen van het gezin heeft een belangrijke invloed op het welzijn van getraumatiseerde kinderen (Entholt, 2006). Het is daarnaast van groot belang dat psychopathologie bij ouders gesignaleerd en behandeld wordt, zodat kinderen een veilige thuisbasis kunnen krijgen (Kalverboer, 2017).

Een vragenlijst die kan worden toegepast om op een gestructureerde wijze meer inzicht te krijgen in de opvoedingsbelasting die ouders ervaren, is de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OVBL), beschikbaar in meerdere talen en gratis beschikbaar (<http://www.praktikon.nl/obvl/>).

Na het screenen op trauma gerelateerde problemen, zijn er verschillende interventies die ingezet kunnen worden, verschillend in mate van intensiteit. Enig herstel van veiligheid en vertrouwen is een eerste stap waar interventies op gericht moeten zijn, met bijvoorbeeld psycho-educatie en interventies gericht op het verminderen van symptomen van actuele stress (Entholt, 2006). Een manier om dit te doen is door kortdurende interventies te bieden, gericht op verschillende relevante probleemgebieden (McDermott, 2014). Psycho-educatieve interventies staan in de belangstelling ter secundaire preventie van trauma gerelateerde stoornissen (Zurek, 2016). Voor psycho-educatie aan het kind en zijn gezin is er een boekje beschikbaar in meerdere talen (Stein, 2015).

Traumagerichte interventies kunnen daarnaast aanvankelijk gericht zijn op het traumasensitief maken van de omgeving van vluchtelingenkinderen en kortdurende stabiliserende interventies. Traumasensitief wil zeggen dat er bewustzijn is over de gevolgen van traumatische gebeurtenissen, dat klachten herkend worden en kinderen met traumaklachten op een juiste manier ondersteund worden. De jeugd-GGZ kan een rol hebben bij advisering en consultatie over voorwaarden voor een trauma sensitieve en stabiliserende omgeving op de opvanglocaties en scholen van de kinderen. Coppens (2016) ontwikkelde een training voor lesgeven aan getraumatiseerde kinderen. Ook vertaalde hij de training 'Zorgen voor getraumatiseerde kinderen' naar de Nederlandse situatie. In een recent rapport van de Gezondheidsraad wordt trauma-focust cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) op scholen genoemd als een mogelijk effectieve secundaire preventieve interventie voor het verminderen van trauma gerelateerde en depressieve klachten van vluchtelingenkinderen (Ikram, 2016). Er zijn diverse draaiboeken voor leerkrachten ontwikkeld die kunnen worden aangeboden (KPC Groep, 2015; Pharos, 2015). Interventies gericht op psychosociale support van gezinnen (Entholt, 2006) en meergezinsgroepen (Mooren, 2016) kunnen ook een plaats hebben.

Wanneer uit signalering blijkt dat er sprake is van trauma gerelateerde problemen en de stressreacties die na vier weken niet afnemen, wordt diagnostiek naar PTSS door een gedragskundige aanbevolen. Voor individuele therapie schrijven de richtlijnen de evidence-based traumabehandeling TF-CBT voor bij kinderen vanaf acht jaar met PTSS, één maand na het trauma (NICE, 2005). De toepasbaarheid van TF-CBT bij amv's is in een serie gevalsbeschrijvingen aangetoond (Unterhitzenberger, 2015). EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) is aangetoond effectief bij volwassenen en is bij kinderen ook in steeds meer onderzoek effectief gebleken (De Roos, 2017; Diehle, 2015). Een seriebeschrijving suggereert dat EMDR effectief is bij vluchtelingenkinderen vanaf acht jaar (Oras, 2004). Dat EMDR minder beroep doet op de taalvaardigheden kan een voordeel zijn, ook voor zeer jonge kinderen, maar onderzoek hiernaar is schaars (Adler-Tapia, 2016). Narrative Exposure Therapy

(NET) voor kinderen vanaf acht jaar (kidNET) is een kortdurende behandeling voor PTSS, ontwikkeld voor deze doelgroep en gebaseerd op de neurocognitieve theorie van traumatische herinneringen. Initiële behandelstudies, inclusief gerandomiseerde gecontroleerde studies, laten veelbelovende resultaten zien bij kinderen en adolescenten in opvanglocaties na oorlogstrauma (Onyut, 2005). Er is geen bewijs voor effectiviteit van farmacologische behandeling voor PTSS bij (vluchtelingen)kinderen. Effectonderzoek naar individuele traumabehandeling bij vluchtelingenkinderen is nog zeer beperkt. Ook bij volwassen vluchtelingen is het onderzoek naar effectiviteit van traumabehandelingen zeer beperkt; er is klinische ervaring met groepsbehandeling en het fase-model (Robertson, 2013) en de toepassing van EMDR en stabilisatie in pilotstudies (Ter Heide, 2011; Acarturk, 2015).

Bij regionale basis- en gespecialiseerde jeugd-GGZ-instellingen kan consultatie worden gevraagd voor overleg of advies. Daar worden evidence-based traumabehandelingen aangeboden: kidNET, EMDR en TF-CBT. Verwijzingen kunnen, afhankelijk van de afspraken in de gemeente, door de huisarts of jeugdprofessional worden gedaan. Verder zijn er in Nederland vier derdelijns GGZ-instellingen die gespecialiseerd zijn in psychotraumabehandeling van volwassen vluchtelingen: Centrum '45, Pro Persona, GGZ Drenthe en Reinier van Arkel. Bij de gespecialiseerde kinder- en jeugdpsychiatrie-instellingen kunnen kinderen en gezinnen worden behandeld en consultatie en advies worden ingewonnen.

Er bestaat een dilemma wanneer zich het beste moment voordoet voor het inzetten van interventies en hulp voor vluchtelingenkinderen. Bij vluchtelingen is de acute fase van stress meestal geruime tijd geleden, waardoor het niet nodig is om te wachten met interventies (Yule, 2013). Echter, er wordt regelmatig niet aan de voorwaarden voor interventies voldaan door de inrichting van de asielprocedure. Er ontstaat opnieuw een stressvolle omgeving met meerdere herplaatsingen (Goosen, 2014; Ikram, 2016). Daarnaast vormt de onzekerheid over de verblijfsduur op een bepaalde locatie een belangrijke beperking voor het toepassen van evidence-based traumatherapie. Voor de therapie zijn meerdere sessies nodig die niet afgebroken moeten worden (Kramer, 2015). Echter, een traumabehandeling kan al worden gestart wanneer er nog geen volledige veiligheid en stabiliteit is bereikt.

Conclusie

Ondanks dat bekend is dat vluchtelingenkinderen in Nederland een kwetsbare groep vormen met een hoog risico op psychische klachten waaronder angst, depressiviteit en PTSS, blijkt onderzoek naar het psychisch welzijn en behandeling van vluchtelingenkinderen in Westerse landen schaars. Een systematische literatuurstudie was niet mogelijk, omdat er te weinig studies zijn gedaan.

Daarom is op basis van een narratieve review van literatuur en expert opinions in dit hoofdstuk aandacht voor de evidentie voor screening op psychische klachten, wordt gekeken naar aangewezen interventies voor deze doelgroep, de timing van de zorg en transculturele aspecten bij het werken met vluchtelingen.

De beperkte literatuur wijst er in de eerste plaats op dat een gefaseerde benadering wordt toegepast. Hierbij is het allereerst nodig om bij het invullen van de zorg voor vluchtelingenkinderen aandacht te hebben voor de context waarin zij zich bevinden en zo nodig ook zorg te dragen voor bredere, praktische ondersteuning van gezinnen en kinderen. Het is van belang om vluchtelingenkinderen een stabiele woonomgeving te bieden in het land van vestiging. Het is in veel gevallen niet nodig om te wachten met interventies, omdat de acute periode van stress vaak ruime tijd achter de rug is (Yule, 2013), hoewel de inrichting van de asielprocedure een negatieve invloedsfactor kan zijn (Laban, 2008; Goosen 2014; Ikram, 2016).

Het gefaseerde model kan als volgt worden vormgegeven. Na aankomst in Nederland wordt, gezien de hoge a priori kans, anamnestic gescreend op psychopathologie (waaronder problemen op het gebied van angst, gedrag, stemming en PTSS) bij het nieuwkomersonderzoek. Aan de hand van de beschermende en risicofactoren, wordt praktische ondersteuning geboden op gebieden als sociale netwerkversterking en dagbesteding. Ook kunnen kortdurende interventies ingezet worden, bijvoorbeeld psycho-educatie, het traumasensitief maken van de omgeving (ouders of school), waarbij de JGZ en het wijkteam een rol hebben en de jeugd-GGZ een adviserende en consultatieve functie kan innemen. Op school kunnen interventies ingezet worden door professionele hulpverleners, zoals TF-CBT. Bij kortdurend verblijf, maar met aanwezigheid van PTSS-klachten, kan er bij kinderen vanaf zeven jaar een groepsprotocol worden ingezet. Samenwerking tussen verschillende hulpverlenersinstanties en de jeugd-GGZ in de vormgeving van deze interventies is aangewezen. Wanneer vluchtelingen kinderen enige duidelijkheid hebben over de verblijfslocatie, kan bij de aanwezigheid van psychopathologie een langduriger individueel traject worden ingezet waarbij EMDR of TF-CBT voor PTSS kan worden ingezet, volgend uit de internationale richtlijnen. Echter, het gefaseerde model moet er niet toe leiden dat in het geval van ernstige PTSS, kinderen en gezinnen te lang verstoken blijven van passende hulp.

Naar de screening, timing en effectiviteit van interventies voor psychische zorg bij vluchtelingen kinderen met psychopathologie als PTSS, is weinig onderzoek gedaan. Van de interventies en programma's voor vluchtelingen kinderen zijn in veel gevallen slechts pilotstudies en gevalbeschrijvingen beschikbaar. Meer onderzoek naar de werkzaamheid van de therapieën bij vluchtelingen kinderen is nodig, waarbij rekening wordt gehouden met leeftijd, taalbarrière, culturele achtergrond en andere factoren die specifiek zijn voor de vluchtelingendoelgroep. (Kosten)effectiviteitsonderzoek heeft prioriteit om deze kwetsbare en groeiende groep kinderen te kunnen beschermen en tijdig passende en effectieve hulp te kunnen bieden.

Aanbevelingen

Psychosociale problemen: fasering

Vluchtelingen kinderen hebben een verhoogde prevalentie van psychosociale problemen.

Versterk de veerkracht van de vluchtelingen kinderen volgens de interventiepiramide. Hierin zijn de publieke gezondheidszorg, basale behoeften, sociaal-maatschappelijke steun, herstel van dagelijkse routine, schoolgang en zinvolle bezigheden van belang.

Psychosociale problemen: signaleren

Bij problemen met gedrag en functioneren is eerst een gerichte anamnese op zijn plaats. Bij uitvragen van meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen wordt de SLE aanbevolen. Beschermende en risicofactoren dienen in kaart te worden gebracht, waarna kan worden ingeschat op welke gebieden ondersteuning nodig is. De CRIES-13 wordt aanbevolen voor screening op PTSS-klachten, de OBV voor opvoedingsstress bij ouders en de SDQ voor breder psychosociaal functioneren en gedragsproblemen.

Psychosociale problemen: Interventies

Psycho-educatie en acute stress verminderen zijn de eerste stappen.

Als psychische klachten het functioneren belemmeren en na vier weken niet verminderen, dient verwezen te worden naar specialistische jeugdhulp voor diagnostiek en behandeling.

Evidence based behandelingen voor trauma gerelateerde klachten (EMDR, TF-CBT, KidNET) en andere psychopathologie zijn beschikbaar bij (specialistische) jeugd-GGZ. Voorwaarde voor een traumabehandeling is niet dat de situatie volledig gestabiliseerd is, wel dienen dezelfde behandelopties te worden aangeboden als bij reguliere patiënten.

Literatuur

- Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, et al. EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6:27414.
- Adler-Tapia R, Settle C. EMDR and the art of psychotherapy with children. Haarlem: Springer. 2016.
- Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V, Sofi MA, et al. Reliability and validity of a child-specific cross-cultural instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000;9:285-294.
- Alisic E, Zalta AK, van Wessel F, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;204:335-340.
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:174-186.
- Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Derluyn I, et al. Stressful Life Events (SLE) User's Manual. 2004.
- Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Soc Sci Med*. 2007;64:1204-1215.
- Bennett J, Bennett M. Developing intercultural sensitivity: An integrative approach to global and domestic diversity. *Handbook of intercultural training*. Thousand Oaks: Sage Publications. 2004:147-165.
- Bryant RA, Edwards B, Creamer M, et al. The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *The Lancet Public Health*. 2018;3(5):e249-e258.
- Catani C, Schauer E, Elbert T, et al. War trauma, child labor, and family violence: life adversities and PTSD in a sample of school children in Kabul. *J Trauma Stress*. 2009;22:163-171.
- CBS. Ruim 40 procent meer asielzoekers in EU. Den Haag: CBS. 2016.
- Children and War Foundation. CRIES-13. Verkregen van <http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/ies13/>. op 4 mei 2017.
- COA. Cijfers. Rijswijk: COA. 2016.
- Coppens L, Schneijderberg M, van Kregten. Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen. Amsterdam: SWP. 2016.
- Daud A, Af Klinteberg B, Rydelius PA. Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2:7-18.
- De Roos C, Van der Oord S, Zijlstra B, et al. EMDR versus cognitive behavioral writing therapy versus waitlist in pediatric PTSD following single-incident trauma: a multi-center randomized clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017.
- De Vries L. Gewoon bijzonder. Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ. *J Soc Int*. 2010;19:119-122.
- Diehle J, Opmeer BC, Boer F, et al. Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:227-236.
- Ehnholt KA, Yule W. Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:1197-1210.
- Eurostat. Asylum Statistics. Luxembourg: Eurostat. 2017.
- Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, et al. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379:266-282.
- Feldman R, Vengrober A. Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:645-658.
- Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen HW, et al. Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools, *European Journal of Public Health*. 2017;27(3):439-446. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx034>.
- Gezondheidsraad. Briefadvies geestelijke gezondheid van vluchtelingen: Gezondheidsraad. 2016. Verkregen van https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijke_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf.
- GGD GHOR Nederland. 2017. Intake jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor statushouderskinderen, Kennisdelingsprogramma gezondheid statushouders. Utrecht.
- Goodman S, Gotlib I. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transition. *Psychol Rev*. 1999;106(3):458-90. 39.
- Goosen S, Stronks K, Kunst AE. Frequent relocations between asylum-seeker centers are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medical record study. *Int J Epidemiol*. 2014;43:94-104.
- Goosen, ESM. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. University of Amsterdam 2014 [geciteerd 26-7-2017]. Verkregen van: <http://dare.uva.nl/search?identificer=92a87577-7d3a-472e-99bf-6222fd50704b>.
- Hassan G, Thombs BD, Rousseau C, et al. Child maltreatment: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. [Review]. Appendix to: Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011.
- Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Eliez S, et al. A. First assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: What mental health professionals need to know. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:1-6.
- Hjern A, Jeppsson O. Mental health care for refugee children in exile. In Ingleby D, editor. *Forced migration and mental health. Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Springer. 2005:115-127.
- IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_asc_mental_health_psychosocial_april_2008.pdf.

- Ikram U, Stronks, K. Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers. Gezondheidsraad: Den Haag. 2016.
- IMPACT. Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises. IMPACT: Diemen. 2014.
- IMPACT. Multidisciplinary guideline early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events. IMPACT: Diemen. 2007.
- Jensen TK, Bjørge Skårdalsmo, EM, Fjermestad KW. Development of mental health problems: A follow-up of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014;8:29-39.
- Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, et al. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2015;20(1):106-116. doi:10.1177/1359104513499356.
- Kalverboer M, Beltman D, Van Os C, et al. The Best Interests of the Child in cases of migration: Assessing and determining the Best Interests of the Child in migration procedures. *International Journal of Children's Rights*. 2017;25(1):114-139. doi:10.1163/15718182-02501005.
- Kenardy JA, Spence SH, Macleod AC. Screening for posttraumatic stress disorder in children after accidental injury. *Pediatrics*. 2006;118(3):1002-1009.
- KPC Groep. Draaiboek Vluchtelingenkinderen bij ons op school. 's Hertogenbosch: KPC Groep. 2015.
- Kramer SA, Hoogsteder MHH, Olsman E, et al. Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers. Johannes Wierstichting, Amsterdam. 2015. <https://www.johannes-wier.nl/wp/wp-content/uploads/2013/11/JWS-handreiking-rev.pdf>.
- Lamkaddem M, Essink-Bot ML, Stronks K. "Gevlucht-gezond?" – II, Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland, Eindrapport. Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, Afdeling Sociale Geneeskunde. 2013.
- Lamkaddem M, van den Muijsenbergh M, Laban K. Vluchtelingen in de praktijk, Persoonsgerichte zorg en veerkracht –gericht werken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2015;159:A9447.
- Lewis-Fernández R, Krishan Aggarwal N, Bäärnhielm S, et al. Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5 Psychiatry. 2014;77(2):130-154.
- Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:24-36.
- Majumder P, O'Reilly M, Karim K, et al. This doctor, I not trus him, I'm not safe: The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61:129-136.
- Marquardt L, Kramer A, Fischer F, et al. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health*. 2016;21:210-218.
- McDermott BM, Cobham VE. A stepped-care model of post-disaster child and adolescent mental health service provision. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5:24294.
- Montgomery E. Refugee children from the Middle East. *Scand J Soc Med Suppl*. 1998;54:1-152.
- Mooren T, Bala J. Goed ouderschap in moeilijke tijden. Handleiding voor meergezinsgroepen met vluchtelingen. Pharos: Utrecht. 2016.
- Nakeyar C, Esses V, Reid GJ. The psychosocial needs of refugee children and youth and best practices for filling these needs: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2018;23(2):186–208. <https://doi.org/10.1177/1359104517742188>.
- NCTSN Refugee Trauma Task Force. Mental health interventions for refugee children in resettlement. White Paper II. Los Angeles: NCTSN. 2005.
- NICE. Post-traumatic stress disorder: management. [CG26]. NICE Guidelines: London. 2005.
- Onyut LP, Neuner F, Schauer E, et al. Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*. 2005;5:7-16.
- Oras R, de Ezpeleta SC, Ahmad A. Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nord J Psychiatr*. 2004;58:199-203.
- Pharos. Handreiking vluchtelingenkinderen op school. Utrecht: Pharos; 2015. <https://www.pharos.nl/infosheets/welbevinden-op-school/>.
- Pharos. <https://www.pharos.nl/kennisbank/welzijn-en-gezondheid-van-gezinsherenigers-een-verkenning/>. 2018.
- Robertson ME, Blumberg JM, Gratton JL, et al. A group-based approach to stabilization and symptom management in a phased treatment model for refugees and asylum seekers. *Eur J Psychotraumatol*. 2013;4:22728.
- Rohloff H, Beijers H. Het culturele interview en de toepassing daarvan bij kinderen en jeugdigen. In: Yolanda te Poel, Diana Geraci, Jan van Driel & Paul Termaat: Interculturele Diagnostiek bij kinderen en jongeren. NVO, Zon-MW & Nip, Utrecht. 2012:211-243.
- Rohloff, Van Dijk R, Bäärnhielm S. Patient-Clinician Relationship. In: Roberto Lewis-Fernández, Neil Krishan Aggarwal, Ladson Hinton, Devon Hinton, Laurence Kirmayer. *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. 2015:145-155.
- Salari R, Malekian C, Linck L, et al. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(6):605–611. <https://doi.org/10.1177/1403494817715516>.
- Schuder MR, Lyons-Ruth K. Hidden trauma in infancy: Attachment, fearful arousal and early disfunctions in the stress response system. In: Osofsky J, editor. *Trauma in infancy and early childhood*. New York: Guilford Press. 2004:69–104.

- Slobodin O, de Jong JT. Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61:17-21.
- Stein S. Trauma picturebook for parents and their supporters. Hamburg: Children for Tomorrow/University Medical Center Hamburg-Eppendorf. 2015. <http://www.mind-spring.org/junior/index.php/nl/wat-is-mind-spring>.
- Ter Heide FJ, Mooren TM, Kleijn W, et al. EMDR versus stabilization in traumatized asylum seekers and refugees: Results of a pilot study. *Eur J Psychotraumatol*. 2011;2:5881.
- Toolkit Kind en Trauma [Internet]. Utrecht: Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren, UMC Utrecht. 2016. https://www.hetwkwz.nl/getmedia/2966c10e-9b28-4e30-9afd-dd88434e7bd0/Toolkit_Kind_en_Trauma.pdf.aspx?ext=.pdf.
- UNHCR. Asylum trends, first half 2014. Levels and trends in industrialized countries. Genève: UNCHR. 2015.
- Unterhitzberger J, Eberle-Sejari R, Rassenhofer M, et al. Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry*. 2015;15:260.
- Van der Ploeg J. Stress bij kinderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2013.
- Van Ee E, Kleber R, Mooren T. War trauma lingers on: associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Ment Health J*. 2012;33:459-468.
- Van Os ECC, Kalverboer ME, Zijlstra AE, et al. Knowledge of the unknown child: A systematic review of the elements of the Best Interests of the Child Assessment for recently arrived refugee children. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2016;19(3):185-203. doi:10.1007/s10567-016-0209-y.
- Van Os ECC, Zijlstra AE, Post WJ, et al. Finding keys: A systematic review of barriers and facilitators for refugee children's disclosure of their life stories. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2018.
- Van Schie R, Van den Muijsenbergh M. Psychische problemen bij een vluchtelingjongere, en nu? *Huisarts en Wetenschap* 2018, *Huisarts Wet*. 2018;61:DOI:10.1007/s12445-017-1018-3.
- Van Schie R, Van den Muijsenbergh METC. Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen-en jongeren. Handreiking. Radboudumc/Pharos, Utrecht 2017. https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/psychische_problematiek_bij_vluchtelingkinderen_en-jongeren-handreiking.pdf.
- Ventevogel P, Schinina G, Strang A, et al. Mental health and psychosocial support for refugees, asylum seekers and migrants on the move in Europe: a multi- agency guidance note. Genève: UNCHR. 2015.
- Verlinden E. Time does not heal all wounds. Universiteit van Amsterdam. 2014. [geciteerd 26-7-2017]. Verkregen van https://pure.uva.nl/ws/files/2207933/151802_08_1_.pdf.
- Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, et al. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country, *Scandinavian Journal of Psychology*. 2014;55(1):33-37.
- Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*. 2011;378:1325-1338.
- Wiese EB, Burhorst I. The mental health of asylum-seeking and refugee children attending a clinic in the Netherlands. *Transcult Psychiatry*. 2007;44:596-613.
- Yule W, Dyregrov A, Raundalen M, et al. Children and war: the work of the Children and War Foundation. *Eur J Psychotraumatol*. 2013;4:18424.
- Zurek G, Schedlich C, Bering R. Manual for trauma-based psychoeducation for victims of disasters. Köln: EUTOPA. 2016.

Bijlage 2.1 Betrokken organisaties

Kenniscentra

Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen
Website met informatie migrantenzorg
Nederlands Jeugdinstituut
Landelijk expertisecentrum psychotrauma

Kenniscentrum Kinderen Jeugdpsychiatrie
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Onderzoeks- en Expertisecentrum voor Kinderen en Vreemdelingenrecht

www.pharos.nl
www.huisarts-migrant.nl
www.nji.nl
www.arq.org, psychotraumanet.org/nl/gezinnen-gevlucht-voor-oorlog-en-geweld-diagnostiek-en-behandeling?bg=9
www.kenniscentrumkjp.nl
www.ncj.nl/actueel/nieuws/artikel/nieuw-handreiking-intake-jeugdgezondheidszorg-voor-statushouders
www.rug.nl/research/study-centre-for-children-migration-and-law/

Nulde lijn

De JGZ verricht periodiek lichamelijk onderzoek, kijkt en volgt het kind in zijn ontwikkeling, en in zijn omgeving. Dit wordt uitgevoerd door de jeugdarts/verpleegkundig specialist en jeugdverpleegkundige en dat begint bij het nieuwkomersonderzoek. Daarnaast biedt de JGZ systematisch voorlichting, begeleidt en ondersteunt ouders bij het ouderschap en gezond opgroeien, signaleert wanneer er problemen zijn op dit gebied, voert interventies uit gericht op normaliseren, gaat zo nodig op huisbezoek en indien nodig verwijzen zij door. Juist bij deze gezinnen doen zij dit praktisch altijd in samenwerking en/of afstemming met leden van het wijkteam. Ook is een JGZ-professional vaak onderdeel van het interne zorgteam van scholen. GGD-GHOR Nederland is overkoepelend en maakt de landelijke afspraken namens JGZ op het gebied van PGA (<https://www.ggdghor.nl/organisatie/over-ggd-ghor/>).

Gezondheidscentra Asielzoekers	GZA, medisch dossier vluchtelingenkind en –gezin. De overdracht van patiëntengegevens vanuit GZA en de JGZ kan waardevolle informatie bieden voor een inschatting van de beschermende en risicofactoren.
VluchtelingenWerk Nederland	Ondersteunen asielzoekers en statushouders met vrijwilligers in alle asielzoekerscentra en voeren maatschappelijke begeleiding uit in driekwart van de gemeenten.
COA	Organiseert opvang en begeleiding voor asielzoekers en heeft medische gidsfunctie voor asielzoekers en statushouders in de opvang; biedt op sommige locaties preventieve groepen voor kinderen.
Gemeenten	Verantwoordelijk voor jeugdzorg, ook in asielzoekerscentra en voor organisatie maatschappelijke begeleiding van statushouders jeugdigen.
Het Rode Kruis	Opsporen en contact familie leggen.
Stichting NIDOS	Voogdijinstelling minderjarige alleenstaande asielzoekers.

Eerste lijn

Huisarts	Centrale positie in informatie bij kinderen en gezinnen die al verwezen zijn voor psychische klachten, actieve monitoring (alleen van toepassing op de actuele, bij de huisarts bekende problemen in het medisch domein), beschermende en risico factoren in kaart brengen, traumatisering herkennen, verwijzen bij GGZ-indicatie (psychotherapie, farmacotherapie). In samenwerking met POH GGZ, verloskundig zorgverlener.
Wijkteams	Beschermende factoren vergroten, risico factoren verkleinen, interventies.

Tweede en derde lijn

GGZ Nederland	https://www.ggz nederland.nl/pagina/ggz-sector
Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht	https://www.ctpveldzicht.nl/
Stichting centrum 45	https://www.centrum45.nl/

Module 3 Uitvoering nieuwkomersonderzoek

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de uitgangsvraag:

Wie kan het aanvullende nieuwkomersonderzoek het beste uitvoeren?

Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden, dient onderscheid gemaakt te worden tussen:

4. asielzoekerskinderen die verblijven op een COA-opvanglocatie (zij vallen onder de verantwoordelijkheid van het COA en het Ministerie van justitie en veiligheid (J&V));
5. vluchtelingenkinderen met een status die korter dan zes weken in een COA-opvanglocatie zijn geweest of direct zijn ingestroomd in de gemeente als gevolg van gezinshereniging, zij vallen onder de reguliere zorg;
6. ongedocumenteerde vluchtelingenkinderen.

Bespreking literatuur

Uit een onderzoek van Baauw (2018) waarbij kinderartsen problemen rondom vluchtelingenkinderen konden melden bij het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde (NSCK), komt naar voren dat op logistiek vlak veel uitdagingen zijn.

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn interviews afgenomen bij kinderartsen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen over hun visie over de gezondheidszorg aan vluchtelingenkinderen in Nederland (Slattery, 2017). De conclusie was dat er in Nederland een goed systeem bestaat van jeugdgezondheidszorg. Om dit systeem uit te breiden met een bloedonderzoek en een standaard psychologische screening, is onder de kinderartsen groot draagvlak. De vraag wie dit onderzoek moet gaan uitvoeren werd wisselend beantwoord. Kinderartsen en huisartsen zijn van mening dat het hoort bij primaire preventie, dus in de publieke gezondheidszorg. Echter, het aanvragen en managen van bloedonderzoek ligt niet in het takenpakket van de jeugdartsen. Een ander deel van de kinderartsen is van mening dat het beoordelen van bloeduitslagen primair bij de kinderartsen hoort te liggen.

Een van de uitdagingen waar veel winst te behalen valt, zijn goede overdrachten van dossiers tussen JGZ-professionals, GZA-artsen, huisartsen en de specialisten. Veel cruciale informatie gaat verloren doordat dossiers niet op elkaar aansluiten. Knelpunten vanuit de psychosociale zorg zijn mogelijk minder goed in kaart gebracht.

De volgende stap was de uitvoering van twee systematische reviews: naar de gezondheidsbehoeften van vluchtelingenkinderen op fysiek vlak en naar de behoeften op mentaal vlak. De uitkomsten hiervan zijn beschreven in module 1 en 2. Uit de systematische reviews komt naar voren dat er wel degelijk verhoogde gezondheidsrisico's bestaan die bij de huidige intake van vluchtelingenkinderen in de asielprocedure niet worden geadresseerd.

Focusgroepdiscussies op een asielzoekerscentrum in het oosten van het land bij ouders van kinderen en onder amv's, liet zien dat er behoefte is aan meer training en uitleg aan vluchtelingenkinderen en hun ouders, en meer duidelijkheid over wat de verschillende rollen zijn binnen de publieke en de curatieve gezondheidszorg.

In Nederland is veel expertise onder kinderartsen met 'kinderen met een onbekende voorgeschiedenis', waaronder vluchtelingenkinderen en adoptiekinderen worden geschaard. Binnen de NVK is een protocol ontwikkeld door de werkgroep Adoptie die valt onder de Sectie International

Child Health van de NVK. In sommige richtlijnen (bijvoorbeeld het Kinderformularium van Rotterdam) worden adoptiekinderen en vluchtelingenkinderen op dezelfde manier benaderd.

In het buitenland is de zorg voor vluchtelingenkinderen vaak anders georganiseerd. Nederland is uniek in de wereld met de manier waarop de publieke gezondheidszorg voor kinderen is georganiseerd. Geen enkel ander land kent een dergelijk uitgebreid Jeugdgezondheidssysteem. In de VS wordt een uitgebreid nieuwkomersonderzoek gedaan bij vluchtelingenkinderen, waarbij binnen de publieke gezondheidszorg ook bloedonderzoek wordt verricht en fecesonderzoek wordt ingezet, maar waar de psychosociale testen niet in de publieke gezondheidszorg wordt verricht. In Australië spelen huisartsen een grotere rol in het onderzoek bij vluchtelingenkinderen (<http://refugeehealthguide.org.au/children/>). In Australië wordt tevens routinematig bloedonderzoek verricht. In Denemarken en Zweden worden ook standaard aanvullende bloedonderzoeken gedaan.

Het aanbieden van een standaard bloedonderzoek en standaard psychologische screening aan elke asielzoeker leidt aanvankelijk tot hogere kosten van het nieuwkomersonderzoek, maar de verwachting is dat het op den duur kosteneffectief is. Voor het screenen op hepatitis B is reeds aangetoond dat het kosteneffectief is om te screenen (Velthuisen, 2010). Een Canadese studie uit 2005 toonde aan dat de mortaliteit ten gevolge van virale hepatitis en hepatocellulair carcinoom onder immigranten twee tot vier keer hoger is dan in de Canada geboren populatie (Desmeules, 2005). Usemann heeft aangetoond dat de screening op LTBI kosteneffectief is in laag incidentiële landen met een migrantpopulatie waar de prevalentie van LTBI >14% is, met een progressie van latente naar actieve TB van meer dan >5% (Usemann, 2019). In Australië werd meer hepatocellulair carcinoom gezien sinds de toegenomen aantal vluchtelingen.

Aangenomen wordt dat uiteindelijk ook de andere testen leiden tot betere kosteneffectiviteit: een kind dat behandeld is voor anemie is minder moe en presteert beter op school. Een kind waarvan in een vroeg stadium de hepatitis wordt ontdekt, kan preventief worden gevolgd. Een pilot voor baseline-data en een goede follow-up van het programma helpt om de interventie te finetunen.

Huidige werkwijze in Nederland en de nieuwe voorstellen

Proces asielzoekerskinderen die verblijven op een COA-opvanglocatie

Het COA vangt alle asielzoekers op: volwassenen, kinderen en ook amv's. Kinderen in de COA-opvanglocaties worden gezien door de JGZ-professionals. Verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in PGA. De veldnorm van zes weken na binnenkomst, is afgesproken door de professionals en is geen wettelijke verplichting (<https://docplayer.nl/35907920-Samen-voor-de-jeugd-het-goud-van-de-jeugdgezondheidszorg-glanzend-houden.html>).

De JGZ-professional identificeert de gezondheidsbehoeften van het kind door middel van de 'intake asielzoekerskinderen 0 tot 18 jaar' en verwijst naar de eerste lijn of naar een specialist voor verdere diagnostiek en behandeling als daar aanleiding toe is.

De curatieve zorg eerste lijn voor vluchtelingen wordt uitgevoerd door GZA, ook aanwezig in de COA-opvanglocatie. De GZA heeft een landelijk gemeenschappelijk dossier dat 24 uur per dag beschikbaar is.

Per 1 januari 2019 zijn gemeenten (waar een COA-opvanglocatie staat) verantwoordelijk voor de jeugdhulp aan vluchtelingenkinderen. De verwijzing vanuit de JGZ naar jeugdhulp is daardoor wellicht eenvoudiger geworden, omdat de kinderen nu gebruik kunnen maken van het aanbod in de gemeente. Zie ook hier voor tips: <https://www.jeugdhulpasielzoekerskind.nl/transitie/suggesties-voor-jeugdhulpaanbieders/>.

Proces asielzoekerskinderen die verblijven op een COA-opvanglocatie: de huidige situatie en de nieuwe adviezen

Het normaliserende karakter van de intake blijft hetzelfde. Het advies om bij elk vluchtelingenkind standaard bloed te prikken en standaard psychosociale screeningslijsten af te nemen is nieuw. In de oude situatie gebeurde dat alleen op indicatie bij klachten.

Het advies bij elk asielzoekerskind in de COA-opvanglocatie:

1. geef ouders en kind uitleg over het nieuwkomersonderzoek en vraag toestemming, bij amv's gaat dit via het Nidos;
2. de JGZ-professional voert het nieuwkomersonderzoek uit;
3. de JGZ-professional stuurt elk kind naar het laboratorium voor bloedonderzoek volgens protocol, afhankelijk van de regio van herkomst;
4. de JGZ-professional verricht standaard een psychosociaal onderzoek;
5. elk kind wordt doorverwezen naar de GZA-arts als onderdeel van het nieuwkomersonderzoek om kennis te maken en om de resultaten van het bloedonderzoek te ontvangen;
6. de GZA-arts onderneemt actie indien er aanleiding toe is vanwege de uitslagen van het nieuwkomersonderzoek;
7. geef de ouders of de amv het verslag van het nieuwkomersonderzoek op papier mee.

De bestaande werkafspraken tussen COA, JGZ en GZA moeten worden aangepast om deze werkwijze te implementeren.

Proces vluchtelingenkinderen met een status die korter dan zes weken in een COA-opvanglocatie zijn geweest of direct zijn ingestroomd in de gemeente

Elk kind dat niet meer in de asielprocedure is, dat als nareiziger de gemeente binnenkomt of als uitgenodigde vluchteling Nederland binnenkomt, wordt aangemeld via de BRP. De JGZ-professional krijgt hiervan een bericht. Voor de JGZ-professional is het niet altijd inzichtelijk of iemand van de ene gemeente naar de andere verhuist, dat het een vluchtelingenkind betreft dat uit het buitenland komt of dat het iemand betreft met een migratieachtergrond. Ook als een kind van de ene gemeente naar de andere verhuist, wordt het opgeroepen door de JGZ. Knelpunten kunnen optreden indien er sprake is van no-show bij de JGZ en indien JGZ-professionals niet op huisbezoek gaan na no-shows. Bij no-show bij de JGZ lukt het, ondanks herhaalde pogingen, niet altijd om ouders en kind te bereiken, waarna het niet duidelijk is wie hen dan nog actief kan benaderen. De JGZ is niet verplicht hier dan verdere actie op te ondernemen. De vraag is of een andere instantie, zoals Veilig Thuis, ingeschakeld zou moeten worden. Vooral kinderen die nog niet leerplichtig zijn kunnen daardoor niet in beeld zijn.

Goede samenwerking tussen de JGZ-professional en de huisarts blijft een belangrijk punt. Mensen die in een gemeente komen wonen, zijn verplicht zich in te schrijven bij een huisarts. Knelpunten kunnen ontstaan als mensen zich niet inschrijven bij een huisarts of geen huisarts kunnen vinden. Dit wordt soms bemoeilijkt door patiëntenstops of vanwege andere redenen.

School speelt ook een rol in het herkennen van kinderen die nog niet binnen een zorgstructuur vallen. Dit is eenvoudiger in het basisonderwijs dan in het voortgezet onderwijs. Scholen hebben altijd een (bepaalde vorm van een) interne zorgstructuur waarbij een JGZ-professional onderdeel is van het interne zorgteam. Afhankelijk van hoe de zorgstructuur is ingericht, doet het zorgteam op school (bijvoorbeeld de JGZ-professional) de intake, onder andere omdat jongeren sowieso op school zijn (dit vermindert het risico van no-show) en ouders via school ook betrokken kunnen worden. De school werkt samen met externe zorgpartners, dus vanuit school kan vervolgens doorverwezen worden via de huisarts, en wanneer het kind bekend is bij de huisarts naar andere zorgpartijen. Ook in het geval van amv's is het onderwijs (de ISK's) een goede plek waar nauw wordt samengewerkt met de JGZ. Samenwerking met Nidos is daarbij noodzakelijk, zie ook <https://www.lowan.nl/wp-content/uploads/2019/02/LOWAN-organisatie-van-nabijheid.pdf>.

Alle kinderen die vanuit de COA-opvangcentra een status krijgen, zijn bekend bij Vluchtelingenwerk. Zij helpen ouders bij het vinden van/inschrijven bij een huisarts. Een aanbeveling voor Vluchtelingenwerk is om in de standaardprocedure ook de JGZ mee te nemen. In diverse gemeenten wordt deze procedure gevolgd.

Proces vluchtelingenkinderen met een status die korter dan zes weken in een COA-opvanglocatie zijn geweest of direct zijn ingestroomd in de gemeente: de huidige situatie en de nieuwe adviezen

Doe bij elk vluchtelingenkind met een status, dat nog geen intake heeft gehad bij de JGZ, het nieuwkomersonderzoek met standaard bloedafname en standaard psychosociale screeningslijsten. Het onderzoek wordt verricht door de JGZ-professional, maar het kan zijn dat een kind via een andere route in aanraking komt met de zorg, zonder eerder gezien te zijn door een JGZ-professional. Degene die het kind het eerst ziet, moet het kind aanmelden bij de JGZ.

Het advies voor ieder vluchtelingenkind met een status dat korter dan zes weken in een COA-opvanglocatie is geweest of direct is ingestroomd in de gemeente:

1. geef ouders en kind uitleg over het nieuwkomersonderzoek en vraag toestemming, bij amv's gaat dit via het Nidos;
2. vraag papieren van JGZ en GZA op.
3. indien er nog geen nieuwkomersonderzoek heeft plaatsgevonden, start dan het nieuwkomersonderzoek op via de JGZ;
4. de JGZ-professional stuurt elk kind naar het laboratorium voor bloedonderzoek volgens protocol, afhankelijk van de regio van herkomst;
5. de JGZ-professional verricht standaard een psychosociaal onderzoek;
6. het kind wordt altijd doorverwezen naar de kinderarts die eventueel aanvullend onderzoek doet op indicatie en overige actie onderneemt indien er aanleiding toe is vanwege de uitslagen van het nieuwkomersonderzoek.
7. elk kind krijgt een intake bij de nieuwe huisarts in de gemeente. De JGZ-professionals en kinderarts zorgen dat de brief met de uitslagen naar de huisarts gaat;
8. geef de ouders of de amv het verslag van het nieuwkomersonderzoek op papier mee;
9. indien er geen huisarts gevonden kan worden, dient er contact opgenomen te worden met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

De bestaande werkafspraken tussen COA, JGZ en GZA moeten worden aangepast om deze werkwijze te implementeren voor de standaardoverdracht van informatie tussen JGZ, GZA in de asielzoekerscentra en de nieuwe JGZ-professional en nieuwe reguliere huisarts, wanneer het gezin/kind een status krijgt.

Werkafspraken tussen JGZ en kinderartsen moeten worden gemaakt om het aanvullende onderzoek te verrichten en de uitslagen te interpreteren.

Werkafspraken tussen JGZ, huisartsen en kinderartsen moeten worden gemaakt om het psychosociaal onderzoek te interpreteren en indien nodig door te verwijzen.

Proces ongedocumenteerde kinderen

Ongedocumenteerde kinderen hebben recht op JGZ-zorg, maar het is niet vanzelfsprekend dat zij deze zorg krijgen. Het streven moet zijn om alle ongedocumenteerde kinderen in beeld te krijgen bij de JGZ en mogelijkheden te onderzoeken hoe dit bereikt kan worden.

Het beeld is dat de meeste ongedocumenteerde kinderen naar school gaan. JGZ en de scholen spelen een rol in het herkennen van kinderen die buiten de zorgstructuur vallen. Scholen zouden bijvoorbeeld standaard de JGZ kunnen informeren als er een kind zonder papieren op school komt. Scholen en JGZ hebben voor kwetsbare kinderen Zorg Advies Teams opgezet waar overleg mogelijk is met onderwijs

en JGZ. Ook zijn er warme contacten met peuterspeelzalen en kinderdagverblijven waar kinderen heen gaan als ouders naar de Nederlandse les moeten. Ook zij kunnen een rol spelen in het signaleren van kinderen die buiten de zorgstructuur van de JGZ vallen.

Proces ongedocumenteerde kinderen: de huidige situatie en de nieuwe adviezen

Elke zorgverlener die in aanraking komt met een ongedocumenteerd kind, inventariseert of het nieuwkomersonderzoek is verricht. Indien dit niet het geval is, dient het nieuwkomersonderzoek te worden opgestart door de JGZ in de gemeente. Het normaliserende karakter van de intake door de JGZ in de gemeente blijft hetzelfde. Het advies om bij elk ongedocumenteerd kind standaard bloed te prikken en standaard psychosociale screeningslijsten af te nemen, is nieuw. In de oude situatie gebeurde dat alleen op indicatie bij klachten.

Het advies bij ieder ongedocumenteerd kind is:

1. geef ouders en kind uitleg over het nieuwkomersonderzoek en vraag toestemming, bij amv's gaat dit via het Nidos indien het kind een voogd heeft;
2. vraag papieren van JGZ op, en van het GZA indien het kind in een asielprocedure heeft gezeten;
3. Indien er nog geen nieuwkomersonderzoek heeft plaatsgevonden bij de JGZ, start dan het onderzoek op via de JGZ;
4. de JGZ-professional stuurt elk kind naar het laboratorium voor bloedonderzoek volgens protocol, afhankelijk van de regio van herkomst;
5. de JGZ-professional verricht standaard een psychosociaal onderzoek;
6. het kind wordt altijd doorverwezen naar de kinderarts die eventueel aanvullend onderzoek doet op indicatie en overige actie onderneemt indien er aanleiding toe is vanwege de uitslagen van het nieuwkomersonderzoek.
7. elk kind moet een huisarts hebben in de gemeente. De JGZ-professionals en kinderarts zorgen dat de brief met de uitslagen naar de huisarts gaat;
8. geef de ouders of de amv het verslag van het nieuwkomersonderzoek op papier mee;
9. indien er geen huisarts gevonden kan worden, dient er contact opgenomen te worden met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Werkafspraken tussen JGZ en kinderartsen moeten worden gemaakt om het aanvullende onderzoek te verrichten en de uitslagen te interpreteren.

Werkafspraken tussen JGZ, huisartsen en kinderartsen moeten worden gemaakt om het psychosociaal onderzoek te interpreteren en indien nodig door te verwijzen.

Voor kinderen die eerder in een asielprocedure hebben gezeten, moeten de bestaande werkafspraken tussen COA, JGZ en GZA worden aangepast om deze werkwijze te implementeren voor de overdracht van informatie tussen JGZ en GZA in de asielzoekerscentra en de nieuwe JGZ-professional en nieuwe reguliere huisarts.

Doorverwijzingen

Jeugdprofessionals verwijzen op de gebruikelijke wijze door naar eerste, tweede en derde lijnszorg. Dit is onafhankelijk van de procedure waaronder het kind valt. Elk kind heeft recht op goede gezondheidszorg. JGZ-professionals bieden interventies bij het normaliseren en stimuleren van de gezonde ontwikkeling van kinderen en verwijzen bij ontwikkelings-, medische en psychische problematiek.

Conclusie

Deze richtlijn geeft adviezen over hoe de zorg voor vluchtelingenkinderen georganiseerd dient te worden. De richtlijn is nog niet bindend van aard. Wie het nieuwkomersonderzoek gaat uitvoeren, inclusief bloedtest en psychologisch onderzoek, hangt voorsnag af van de individuele beslissing van

de zorgprofessional die het nieuwkomersonderzoek verricht, in de meerderheid van de gevallen de JGZ-professional en GZA-arts. Aangezien bloedtesten en standaard psychologische onderzoeken nog niet plaatsvinden binnen de JGZ, wordt dit op individuele basis besloten door de zorgverlener in de eerste en tweede lijn.

Overige overwegingen

Patiëntenperspectief

De aangeboden programma's, het nieuwkomersonderzoek en de aanvullende testen en vaccinaties zijn op vrijwillige basis. Om tot een gezamenlijke beslissing te komen, dient er goede en begrijpelijke uitleg te zijn voor kind en ouder, zowel op taal- als op belevingsniveau van kind en ouder. Tolken zijn noodzakelijk om hierin te faciliteren. De rechten dienen in begrijpelijke taal te worden uitgelegd. Pas daarna kunnen ouder, kind en zorgprofessional een weloverwogen beslissing nemen. In het geval van amv's dient ook de voogd via het Nidos betrokken te zijn en akkoord te geven.

In het Handvest Kind & Zorg wordt benadrukt dat de voorkeur uitgaat naar een specifiek voor kinderen opgeleide zorgprofessional voor het uitvoeren van bloedonderzoek. Het uitvoeren van overbodige handelingen is niet wenselijk (<https://kindenziekenhuis.nl/handvest/>).

Voor aanvullende onderzoeken moet aandacht zijn voor pijn-, angst- en stressreductie, met name bij het bloedprikken. Om pijn, angst en stress te voorkomen, wordt gestreefd naar reductie vastgelegd in een uitvoeringsprotocol, zoals afleiding, focustaal, medische hypnose en EMLA-crème. Ook voor vluchtelingenkinderen geldt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Preventie

Preventieve gezondheidszorg voor ouders en kinderen en het belang van kennis over de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland, vormen een belangrijk onderdeel van het werk van de JGZ. In de asielzoekerscentra wordt preventieve gezondheidszorg door COA- en JGZ-instellingen verzorgd.

Voor alle vluchtelingenkinderen die rechtstreeks in de gemeente komen te wonen, wordt JGZ-zorg aangeboden. Het aanbod van de preventieve programma's verschilt per gemeente, denk bijvoorbeeld aan vETC'ers: voorlichters in eigen taal en cultuur. Hoe uitgebreid dit onderzoek is, kan per JGZ-aanbieder verschillend zijn en hangt samen met afspraken tussen gemeente en JGZ-aanbieder. Uitwisselingen van goodpractices blijft daarom belangrijk.

Organisatorische aspecten

In de COA-opvangcentra wordt het nieuwkomersonderzoek door de JGZ uitgevoerd. Vrijwel alle JGZ-organisaties hebben als werkwijze dat bij nieuwkomers een kennismakingshuisbezoek wordt gedaan. Indien er kinderen in het gezin zijn in de leeftijd van 0 tot 4 jaar, wordt altijd een huisbezoek afgelegd. De kerntaak van de JGZ is het preventief longitudinaal volgen van de ontwikkeling van kinderen en vroegtijdig signaleren waar kinderen of gezinnen extra zorg of ondersteuning nodig hebben. Zij werken in de wijk waar de gezinnen ook gaan integreren en zijn bekend met de lokale sociale kaart, wat bijdraagt aan de participatie van kinderen in het 'normale' leven. Daarnaast zijn zij onderdeel van de sociale wijkteams of CJG's, kunnen hulp opschalen en verwijzen waar nodig. Deze kwetsbare groep vraagt intensievere zorg, uitgebreidere consulten en meer tijd. Ook is het opbouwen van vertrouwen en goede uitleg van groot belang, extra huisbezoeken zijn een belangrijk middel hiervoor. Een prikplek moet in de directe omgeving zijn op een vaste dag in de COA-opvanglocatie of in Ter Apel, als het iedereen betreft. Hierover moeten werkafspraken worden gemaakt.

Samenwerking JGZ-professionals en kinderartsen in het nieuwkomersonderzoek

Kinderartsen hebben ruime ervaring met het nieuwkomersonderzoek van vluchtelingenkinderen en andere groepen kinderen met onbekende voorgeschiedenis (zoals adoptiekinderen). Bij adoptiekinderen wordt nauw samengewerkt tussen kinderartsen, JGZ-professionals en GGD (tuberculosebestrijding). Lokaal zijn er veel verschillen in aanpak, vaak zonder duidelijke werkafspraken.

Een voorbeeld van samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen voor deze kwetsbare groep kinderen (en volwassenen) is de geboortezorg, zoals vastgelegd in ketenrichtlijn Geboortezorg. De zorg voor prematuren is een voorbeeld hoe JGZ-professionals en kinderartsen nauw samenwerken. Alle prematuren komen bij de JGZ, maar de specifieke problematiek wordt gevolgd door de kinderarts.

Kinderartsen zijn toegerust om specifieke problemen bij vluchtelingenkinderen te volgen, maar niet alle vluchtelingenkinderen hebben specifieke problemen. Kinderartsen kunnen aanvullend bloedonderzoek inzetten.

In het buitenland worden vluchtelingenkinderen gezien door kinderartsen of huisartsen. Het systeem van de JGZ is echter uniek in de wereld en heeft zeker meerwaarde wat betreft de primaire preventie, normalisatie en participatie. In Nederland kan het bloedonderzoek niet binnen de JGZ worden uitgevoerd. Dit is een knelpunt en de voornaamste reden van stagnatie.

Voor een buitenlands adoptiekind werd de leidraad Medisch onderzoek buitenlands adoptiekind ontwikkeld op initiatief van de NVK expertisegroep Sectie International Child Health (NVK, 2015). Voor vluchtelingkinderen was er geen richtlijn beschikbaar (voor deze richtlijn), terwijl bekend is dat zij uit gebieden komen met een hoge prevalentie aan hematologische aandoeningen (Peters, 2010; Piel, 2016; Jablonka, 2018).

Voor asielzoekerskinderen in de COA-opvanglocaties is de zorg door het COA ingericht. Deze zorg sluit aan bij de reguliere zorg, maar is niet identiek. Het COA is een uitvoerende organisatie.

Vluchtelingenkinderen met een status die korter dan zes weken in een COA-opvanglocatie zijn geweest of direct zijn ingestroomd, hebben een reguliere ziektekostenverzekering en vallen onder de WMO. Voor kinderen tot 18 jaar geldt geen eigen risico.

Voor ongedocumenteerde kinderen

Voor ongedocumenteerde kinderen geldt dat als de kosten door de basisverzekering gedekt worden, zorgverleners de kosten bij betalingsonmacht van de ouder(s) kunnen declareren bij het CAK via de Regeling onverzekerbare vreemdelingen, zie bijlage 3.

Aanbevelingen

Kinderen in de asielprocedure krijgen na aankomst in Nederland een intake door de JGZ. JGZ verwijst vluchtelingenkinderen naar de GZA-arts of specialist voor aanvullende diagnostiek. De GZA-arts wordt regievoerder.

Vluchtelingenkinderen die niet binnen de asielprocedure vallen, een deel van de nareizigers die direct de gemeente binnenstromen, uitgenodigde vluchtelingen en ongedocumenteerde kinderen krijgen niet allemaal standaard een nieuwkomersonderzoek.

Deze vluchtelingenkinderen worden verwezen naar de reguliere JGZ, zodat het nieuwkomersonderzoek kan worden opgestart.

Zolang het aanvullend onderzoek nog niet is vastgelegd in de werkafspraken, kan ook kinderarts het nieuwkomersonderzoek opstarten. Bijvoorbeeld als een kind al in kaart is bij de specialist.

Literatuur

- Aanbieding advies Neonatale screening: nieuwe aanbevelingen gericht aan minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2015.
- Bouva MJ, Mohrmann K, Brinkman HB, et al. Implementing neonatal screening for haemoglobinopathies in the Netherlands. *J Med Screen*. 2010;17:58-65.
- DesMeules M, Gold J, McDermott S, et al. Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: results of a national cohort study. *J Immigr Health*. 2005;7:221-32.
- FB Piel. The Present and Future Global Burden of the Inherited Disorders of Hemoglobin. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2016;30(2):327-41.
- Jablonka A, Wetzke M, Sogkas G, et al. Prevalence and types of anemia in a large refugee cohort in western Europe in 2015. *J Immigrant and Minority Health*. 2018;20:1332-1338.
- NKV. De Sectieleidraad Medisch onderzoek buitenlands adoptiekind. NVK Sectie International Child Health. https://www.cdc.gov/ncbddd/sicklecell/documents/nbs_hemoglobinopathy-testing_122015.pdf.
- Peters M, Appel IM, Cnossen MH, et al. Sickle cell disease in heel injection screening. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2009;153(18):854-857.
- Peters M, Fijnvandraat K, van den Tweert XW, et al., One-third of the new paediatric patients with sickle cell disease in The Netherlands are immigrants and do not benefit from neonatal screening. *Arch Dis Child*. 2010;95(10):822-825.
- Slattery B. Evaluation of initial health care for refugee children in the Netherlands. Master thesis. 2017. Amsterdam Public Health research institute, VUmc, Amsterdam.
- Usemann J, Ledergerber M, Fink G, et al. Cost-Effectiveness of tuberculosis screening for migrant children in low-incidence country. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2019;23:579-86.
- Velthuisen IK, Toy M, Hahné SJM, et al. Screening and early treatment of migrants for chronic hepatitis B virus infection is cost-effective. *Gastroenterology*. 2010;138:522-30.

Module 4 Kwaliteit van zorg: cultuursensitief werken en continuïteit van zorg

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de uitgangsvraag:

Hoe, door wie en op welke wijze kan de kwaliteit van zorg voor vluchtelingenkinderen het beste worden gewaarborgd?

Subvragen:

- Hoe kan het cultuursensitief werken worden versterkt?
- Hoe kan de continuïteit van de zorg voor vluchtelingenkinderen het beste georganiseerd en gewaarborgd worden?

Bespreking en literatuur

Kwaliteit van zorg voor vluchtelingenkinderen

Rondom kwaliteit van zorg voor vluchtelingenkinderen is gekozen om twee onderdelen uit te werken voor deze richtlijn:

1. cultuursensitief werken;
2. continuïteit van zorg.

Cultuursensitief werken

De communicatie met vluchtelingen vergt kennis en vaardigheden van professionals om met culturele diversiteit om te gaan. Gezondheidsbehoeften van vluchtelingenkinderen en hun families verschillen van die van Nederlandse gezinnen. Dat vraagt om kennis en cultuursensitieve vaardigheden, communicatie en inlevingsvermogen. Daarnaast is het werken met tolken, sleutelpersonen en/of cultural mediators van belang.

Toegankelijkheid en kwaliteit van zorg hangen af van het vermogen van professionals om om te gaan met verschillen in achtergrond, opleiding, sekse, migratiegeschiedenis en andere relevante verschillen (Van Berkum, 2016). Daarnaast is het van belang om de zorg af te stemmen op de behoeften van ouders en kind (handvest Kind & Zorg, 2014). Verwachtingen die niet uitkomen en communicatieproblemen kunnen leiden tot wantrouwen en teleurstellingen van beide kanten. In het geval van vluchtelingen vraagt het, naast kennis, cultuursensitieve vaardigheden en communicatie, ook om inlevingsvermogen in wat het betekent om je land, werk en dierbaren te hebben moeten verlaten. En om lange tijd in angst, onzekerheid en oorlog te hebben geleefd en/of marteling, verkrachting en geweld te hebben ondergaan. Het opbouwen van vertrouwen is hierbij extra belangrijk.

Verschillende studies laten zien dat cultuurverschillen en taalbarrières kunnen leiden tot negatieve gezondheidsuitkomsten. Een pilot studie uit de VS toonde aan dat het wel of niet taalvaardig zijn, de uitkomsten positief respectievelijk negatief beïnvloedden (Divi, 2007). Een onderzoek uit 2008 op een eerste hulp in de VS naar het wel of niet gebruik maken van tolken, liet een verschil zien in patiënttevredenheid, verschil in uitvoeren van medische testen en verschil in patiënteninformatie. Er was een aanzienlijk nadeel voor de groep waarin geen gebruik werd gemaakt van professionele tolken (Ramirez, 2008). In 2002 werd een EU-breed initiatief gelanceerd onder de naam Migrant-Friendly Hospital. Adequate communicatie resulteert in minder doorverwijzingen door verpleegkundigen (Bischoff, 2003). Een gezondheidssysteem waar gemarginaliseerde groepen worden buitengesloten (zoals ongedocumenteerden), leidt volgens een onderzoek van Luchenski tot meer gebruik van acute

zorg en negatieve uitkomsten wat betreft trauma op de kinderleeftijd, en blootstelling aan geweld, misbruik, mentale problemen van ouders en middelengebruik (Luchenski, 2017).

Als vluchtelingenouders problemen ervaren in de opvoeding of wanneer het om een andere reden niet goed gaat, dan was er in de landen van herkomst vaak geen jeugdhulp, zoals in Nederland. Ouders met een migranten- of vluchtelingenachtergrond vragen daarom vaker bij hun informele netwerk om hulp, vooral bij familie (Pels, 2005). Ouders zijn terughoudend om problemen naar buiten te brengen en lossen problemen liever op in de kring van de familie. Op psychische problemen berusten bovendien taboes (Ferrier, 2017). De stigmatisering van psychische problemen vormt een bedreiging voor de familie-eer. Vaak uiten mensen psychische spanningen in lichamelijke klachten of verklaren ze de psychische klachten vanuit bovennatuurlijke oorzaken, zoals beheksing, geesten en het boze oog. Het beeld van welzijn, ziekte en beperking/handicap is dus niet in alle culturen hetzelfde. Bij kinderen met een fysieke of geestelijke ontwikkelingsachterstand zien behandelaars dat acceptatie van een van de beide ouders extra aandacht vraagt. Ouders verwachten vaak, tegen beter weten in, dat hun kind in Nederland beter wordt. Er is veel taboe en schaamte, en de rol van religie speelt ook mee in het gevoel dat de conditie van hun kind een straf van God is. Welke betekenis wordt er gegeven aan ziekte? Hoe gedraagt een cliënt/patiënt zich als hij ziek is en welke hulpverlening zoekt hij? Zicht hebben op de betekenis die de cliënt/patiënt geeft aan ziekte, hoe hij zich gedraagt en dit kunnen plaatsen binnen de culturele context, helpt professionals om hun werk beter uit te kunnen voeren. Verkennen van en interesse tonen in de achtergrond van patiënten, zoals vluchtgeschiedenis, familie, geloof en gewoonten, kan het contact verbeteren, waardoor klachten beter te begrijpen en te behandelen zijn en uitval minder voorkomt.

Een instrument om hierbij te gebruiken is Het Culturele Interview (CI). Het CI doet recht aan de sociale en culturele context van hulpvragers, oftewel aan de unieke persoonlijkheid van de hulpvragers inclusief zijn achtergronden. De kracht van het interview ligt in de dialoog: in het aangaan van een gesprek met hulpvragers. Het is een kompas in de zoektocht naar betekenisgeving, niet zozeer als rigide vragenlijst, maar als richtlijn, ruggensteun en prikkel tot reflectie. Het helpt zowel opvattingen als gedrag van de ander te duiden en te komen tot een gedeelde kijk op gezondheidsproblemen, genezing en herstel. Het CI biedt handvatten om tijdens het consult vragen te stellen, zoals: Waar bent u geboren? Met welke taal bent u opgegroeid? Hoe denkt u dat het komt dat u deze klachten heeft? Wat denkt uw familie? Bent u gelovig? Haalt u steun uit uw geloof? Het CI is onder andere doorontwikkeld voor POH's (<https://www.pharos.nl/infosheets/het-culturele-interview>) en voor het gebruik met kinderen en hun ouders (<https://www.wijkteamswerkenmetjeugd.nl/opvoeding/het-culturele-interview>).

Om communicatieproblemen te voorkomen is het bovendien handig om verschillen in communicatiepatronen te erkennen. Er zijn vier vormen van communicatie die bijna altijd samen gaan met elkaar: verbale communicatie, non-verbale communicatie, para-verbale communicatie en communicatiepatronen (Bouteh, 2017). Deze laatste vorm van communicatie heeft een sterke invloed op de inhoud en op het betrekkningsniveau van een interactie. Een voorbeeld ter illustratie: In de Nederlandse cultuur communiceert men over het algemeen direct. Dat betekent dat als iemand A zegt er in principe ook A wordt bedoeld. In niet-westerse culturen is er vaker sprake van indirecte communicatiestijlen. Wanneer men in die culturen A zegt, doet men dat met een dergelijke intonatie, toonhoogte en klemtoon of met een bepaalde mimiek (non-verbaal) dat iedereen begrijpt dat er eigenlijk B wordt bedoeld. Voor professionals is het handig om te weten dat er andere communicatiepatronen bestaan dan die zij zelf gewend zijn. Professionals moeten deze communicatiepatronen veel meer inrekenen wanneer zij zoeken naar datgene wat de cliënt met een andere culturele herkomst bedoelt. Ook om zeker te weten dat de cliënt begrepen heeft wat er bedoeld is, moet een professional deze communicatiepatronen inrekenen.

Bovenstaande geeft aan waarom het zo belangrijk is voor de professionals die betrokken zijn bij vluchtelingenkinderen om cultuursensitief (of cultuurcompetent) te kunnen werken. Het wordt dan ook aangeraden om professionals te stimuleren (en financieel de mogelijkheid te bieden) om zo nodig trainingen op het gebied van cultuursensitief werken te kunnen volgen.

Twee andere zaken die het aansluiten bij de patiënt kunnen bevorderen: het werken met tolken en het werken met sleutelpersonen en/of cultural mediators (zie bijvoorbeeld <https://www.pharos.nl/sleutelpersonen/>). Het werken met sleutelpersonen/cultural mediators levert zorgprofessionals tal van voordelen op: de aanpak sluit beter aan en door het advies over de gewoonten en cultuur van vluchtelingen, worden meer mensen bereikt en een groot aantal misverstanden voorkomen. Echter, sleutelfiguren zijn geen zorgprofessionals. Dat heeft een aantal consequenties. Sleutelfiguren kunnen niet ingezet worden wanneer privacy in het geding is. Ook kunnen zij niet worden aangesproken op professioneel gedrag, aangezien zij geen officiële opleiding hebben genoten. Wat betreft tolken is het van belang te beseffen dat goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener een van de basisvoorwaarden is voor het leveren van veilige en effectieve zorg. Immer, een zorgverlener moet op basis van de juiste informatie een diagnose stellen en een behandelingsvoorstel doen. De patiënt moet precies kunnen begrijpen wat deze behandeling inhoudt, wat eventuele risico's zijn en wat er van hem wordt verwacht. Wanneer de zorgverlener en patiënt niet dezelfde taal spreken, is het dus vrijwel onmogelijk het werk goed te doen zonder het inschakelen van een tolk. Een sleutelpersoon en/of cultural mediator kan tegelijkertijd of in een latere fase worden ingezet. Het gaat hierbij meer om de 'culturele vertaling', al werken sommige sleutelpersonen/cultural mediators ook als tolken. Zie voor meer informatie over tolken: <https://www.pharos.nl/infosheets/tolken-in-de-zorg/>

De inzet van tolken kost tijd, vraagt ervaring en aandacht. Cultuursensitieve communicatie in de opleiding van zorgprofessionals verdient aanbeveling, maar moet ook op de agenda van de verzekeringen blijven. Een goede communicatie kan veel extra zorgkosten voorkomen.

Continuïteit van zorg

In de knelpuntenanalyse uitgevoerd in het kader van deze richtlijn, kwamen de volgende punten naar voren wat betreft de continuïteit van zorg voor vluchtelingenkinderen:

1. overplaatsingen;
2. gezondheidsvaardigheden;
3. patiëntendossiers;
4. signaleren in de keten;
5. ongedocumenteerde kinderen.

Overplaatsingen

De overplaatsingen binnen de asielprocedure belemmeren de continuïteit van zorg voor asielzoekerskinderen.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen

1. overplaatsingen tussen de verschillende COA-opvanglocaties;
2. overplaatsingen vanuit de COA-opvanglocatie naar de gemeente.

Goosen (2013) vond een relatie tussen de frequentie van overplaatsingen binnen de COA-opvanglocaties en de hoeveelheid mentale stress bij vluchtelingenkinderen als er binnen een jaar meer dan eenmaal werd overgeplaatst. De meest kwetsbare kinderen hadden de grootste kans op mentale problemen. Ondanks dat de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie in 2017 beloofde dat schoolgaande kinderen in de asielopvang in principe niet meer hoeven te verhuizen zolang de procedure nog loopt, blijkt uit onderzoek dat kinderen en jongeren in de asielketen gemiddeld meer

dan een keer per jaar verhuisden (Leefomstandigheden van kinderen in asielzoekerscentra en gezinslocaties (2018).

Kinderartsen melden dat frequente overplaatsingen met name problemen opleveren voor de continuïteit van zorg bij hoogcomplexere zorgbehoefte (Baauw, 2018). Hierbij spelen meerdere factoren een rol, zoals gezondheidsvaardigheden van de vluchteling zelf, kennis van het systeem en taalvaardigheden. Helaas vinden nog steeds veel overplaatsingen naar de gezinslocaties plaats, zonder continuïteit van zorg. Op de nieuwe locatie moet de zorg opnieuw opgetuigd worden. Om dit soepel te laten verlopen, is een goede overdracht nodig tussen de verschillende zorgprofessionals. De groep van Fazel heeft in de Lancet in 2012 risico en beschermende factoren voor psychosociale problemen onderzocht. Onzekerheid over de procedure en het ontbreken van een stabiele woonplaats, zijn een van de risicofactoren (Fazel, 2012).

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden spelen een rol in toegankelijkheid van zorg en continuïteit van zorg. Op COA-opvanglocaties vindt voorlichting plaats aan bewoners, waarbij de voorlichting over het Nederlandse zorgsysteem wordt aangeboden door de GGD of het COA. Zie: <https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheidszorg-asielzoekers-pga/publicaties/publicatie/16699-factsheet-gezondheidszorg-voor-asielzoekers-in-nederland>.

Als mensen het zorgsysteem niet goed begrijpen, heeft dat mogelijk een negatieve invloed op de efficiëntie van de screening. De screening is zinvol als mensen begrijpen wat ze met de uitkomsten moeten en kunnen. Hiervoor moeten zij het Nederlandse zorgsysteem begrijpen en weten dat zij hiervan gebruik kunnen maken zonder angst om opgepakt te worden (bij uitgeprocedeerden/ongedocumenteerden) en zonder angst voor onbetaalbare rekeningen. Zij moeten ook op de hoogte zijn van het belang om de medische informatie mee te nemen naar een volgende zorgverlener.

Uit de focusgroepdiscussies met ouders van vluchtelingenkinderen komt naar voren dat zij vaak het Nederlandse systeem van publieke gezondheidszorg en curatieve zorg niet kennen en niet begrijpen (Brouwers, 2019). Ouders geven aan behoefte te hebben aan betere uitleg over het systeem. De 'intake JGZ' wordt door ouders niet ervaren als een doktersonderzoek. Zij ervaren het als een prikje halen.

Gezondheidsvaardigheden bepalen hoe de toegankelijkheid van zorg wordt ervaren door ouders van vluchtelingenkinderen (Baauw, 2018). Ouders van vluchtelingenkinderen met hoogcomplexere zorg die goed hun weg kennen in het Nederlandse medische circuit, kunnen op een volgende plek makkelijker de multidisciplinaire zorg organiseren. Ouders die een taalbarrière ervaren, hebben meer moeite om de zorg voor hun kind te organiseren. Zij ervaren een grotere afstand. Hoe de continuïteit gewaarborgd kan worden, blijkt af te hangen van de individueel betrokken persoon.

Medische dossiers

Bij het bespreken van de medische dossiers dient onderscheid gemaakt te worden naar de positie in de keten waar het kind zich bevindt:

1. dossiers asielzoekerskinderen in de COA-opvanglocaties;
2. dossiers vluchtelingenkinderen in de gemeente;
3. dossiers ongedocumenteerde kinderen.

Dossiers jeugdgezondheidszorg asielzoekers kinderen in de COA-opvanglocaties

De JGZ maakt van elk vluchtelingenkind in de asielprocedure een elektronisch patiëntendossier (EPD). Er bestaan verschillende EPD's binnen de JGZ. Bij het aanmaken van het patiëntendossier voor de JGZ, wordt toestemming aan ouders gevraagd voor uitwisseling van het dossier binnen de verschillende

JGZ-regio's. Bij uitwisseling van dossiers naar andere zorgprofessionals, moeten ouders/voogd toestemmingsformulieren tekenen, waarna de procedure van het opvragen van het EPD start.

Dossier huisartsen zorg (GZA) voor asielzoekerskinderen op de COA-opvanglocaties

Bij binnenkomst in Nederland wordt van elk asielzoekerskind in de COA-opvanglocaties een digitaal GZA-huisartsendossier aangemaakt. In dat dossier wordt alle externe correspondentie geïntegreerd. Bij verhuizing binnen het COA kan het dossier te allen tijde ingezien worden. Bij verhuizing buiten het COA naar de gemeente, is de reguliere huisarts meestal nog niet bekend. De zorg wordt door een reguliere huisarts overgenomen. Het overzetten van het digitaal dossier naar een reguliere huisarts is technisch gezien eenvoudig. Een goede communicatie tussen nieuwe huisarts en GZA (huisarts) komt de continuïteit van zorg ten goede.

Dossiers vluchtelingenkinderen in de gemeente

Indien kinderen in een COA opvanglocatie hebben gezeten, geldt hetzelfde als hierboven. Dan zijn de dossiers bekend bij JGZ en GZA. Verder wordt dossieropbouw gedaan, zoals in de reguliere zorg het geval is.

Dossiers ongedocumenteerde kinderen

Ongedocumenteerde kinderen kunnen een dossier hebben bij JGZ en GZA, indien zij eerder in de asielprocedure hebben gezeten. Ook kunnen zij een dossier hebben bij verschillende reguliere JGZ en de huisarts in de gemeente of gemeente waar zij verbleven of verblijven. Het kan ook zijn dat er geen dossier bestaat.

Het digitale huisartsendossier van de GZA is zeven maal 24 uur beschikbaar bij GZA voor kinderen die in Asielzoekerscentra verblijven (of daar hebben gezeten). Het vaste telefoonnummer van intercollegiale overleglijn van de Praktijklijn GZA is: **088-1122 113**. Dit nummer is 24 uur per dag bereikbaar.

Zorgverleners buiten de asielketen kunnen met een toestemmingsformulier eenvoudig het GZA-dossier opvragen, zie <https://www.gzasielzoekers.nl/ikbenprofessional/praktischeinformatie/medischegegevensopvragen>.

Informatie van de JGZ kan handmatig in het huisartseninformatiesysteem worden gezet of gescand worden en in het EPD worden verwerkt. Ook de tuberculosescreening is landelijk geregeld en alle dossiers zijn uiteindelijk terug te vinden.

Uitwisselbaarheid medische gegevens

Eind 2015 werd het meldpunt NSCK (Nederlandse Signalerings Centrum Kinderartsen), een digitaal meldpunt waar kinderartsen allerlei zaken melden, ook ingericht om logistieke problemen met vluchtelingenkinderen te melden (Baauw, 2018). De gebrekkige overdracht van medische gegevens kwam als een van de knelpunten naar voren. Bij overplaatsing naar bijvoorbeeld gezinslocaties, gaan nog steeds gegevens verloren. Processen zijn momenteel niet ingericht om snel (medische) informatie uit te wisselen tussen verschillende instanties.

De jeugdartsen hebben in hun landelijke enquête ook hun zorgen geuit over continuïteit van zorg (Slattery, 2017). Landelijk wordt er bij de JGZ gebruik gemaakt van verschillende EPD's, die niet uitwisselbaar zijn.

De organisatie van zorg bij GZA biedt mogelijkheden om continuïteit van zorg beter te garanderen, aangezien zij een landelijk systeem hebben. Via het COA-zorgnummer zijn alle dossiers terug te vinden.

Verpleegkundigen van de JGZ pleiten een beter samenwerking met de GZA-huisartsen. Indien een huisarts in de COA-opvanglocatie alle gegevens van de JGZ ontvangt, is alle informatie uiteindelijk te traceren. Idealiter komt er een landelijk dossier.

Vanaf verschillende kanten wordt melding gemaakt dat het wenselijk is dat ouders van vluchtelingenkinderen en statushouders hun eigen dossier beheren, op wat voor manier dan ook. Anderzijds is de ervaring dat vaak na een bezoek de vaccinatiekaarten al zoek zijn.

Patiënten, maar ook huisartsen, zijn vaak niet op de hoogte van het bestaan van het digitale huisartsendossier. Dit is een kostbaar probleem; onderzoeken worden voor niks herhaald en patiënten worden per ambulance in de nieuwe woonplaats opgehaald, omdat de medicatie niet is gecontinueerd. GZA-praktijkondersteuners kunnen hierin een belangrijke rol spelen door een protocol op te stellen.

Signalering in de keten

De signalerende functie ligt bij alle professionals die met vluchtelingenkinderen te maken hebben. De JGZ neemt een centrale plaats in, omdat zij de meeste kinderen zien.

Lokale afspraken zijn van belang (tussen JGZ, de artsen, scholen, de wijkagent, het wijkteam) bij het signaleren van afwijkingen (hetzij ziekte of gedragsproblematiek).

De JGZ heeft de leidende rol bij contacten met school, maatschappelijk werk, etc. Dit bevalt goed, omdat er veel overleg is onderling. Het voordeel van de JGZ is dat zij het hele gezin samen ziet. Zij kunnen mensen uitnodigen en adviseren, ook als er geen hulpvraag is (huisartsen werken gericht op hulpvraag). Vaak zijn er problemen op het gebied van opvoeding, stress, laaggeletterdheid van bijvoorbeeld de ouders en binnen de leefsituatie op de COA-opvanglocaties. Wanneer er echt sprake is van ziekte, dan zijn de GZA-huisartsen leidend, maar doen dit in overleg met de JGZ. Het is van groot belang dat hier lokale afspraken over worden gemaakt.

Wat betreft gedragsproblemen kan JGZ leidend zijn. Wanneer het kind een syndroom heeft of een erfelijke ziekte, is veelal de huisarts leidend. Praktijkruimten op een COA-locatie worden gedeeld, dus is het praktisch meestal niet mogelijk en niet wenselijk voor een huisarts en een jeugdarts om gelijktijdig of opeenvolgend gesprekken te plannen.

De JGZ neemt het initiatief om contact met de asielzoekers te zoeken. Vervolgens wordt screening gestart. Indien er geen afwijkingen zijn, wordt dit gemeld bij de huisarts (voor dossieropbouw). Bij afwijkingen (lichamelijke klachten, afwijkende labuitslagen, gedragsstoornissen etc.) wordt er doorverwezen naar de kinderarts (in overleg met de huisarts) of naar de huisarts voor verder beleid.

Het onderwijs heeft een belangrijke signalerende functie. School vraagt de JGZ-professionals vaak om een kind extra te volgen of te begeleiden. Op de COA-opvanglocaties vinden MDO's plaats tussen COA, school, JGZ en GZA, waar onder andere wordt afgestemd over zorgbehoefte.

Het opbouwen van een vertrouwensband is een belangrijk deel van het werken met vluchtelingenkinderen en hun ouders. JGZ-professionals en huisartsen nodigen nieuwkomers uit voor een kennismakingsbezoek. Praktisch in alle regio's gaan JGZ-professionals standaard op huisbezoek bij nieuwkomers (het landelijk professioneel kader biedt ook deze ruimte en vooral als het gaat om kwetsbare gezinnen, zie <https://assets.ncj.nl/docs/9c8aba38-2e8d-4fef-a346-ab7dab7f8bc3.pdf>). Werkdruk en instroom van nieuwkomers maakt het moeilijk bij personeelstekort. Kinderen uit asielzoekersgezinnen worden gezien als kwetsbare kinderen en worden als het ware 'gelabeld' met aandachtsdossier.

Gemeenten zijn per 2019 verantwoordelijk voor de jeugdhulp van vluchtelingenkinderen. Dit betekent dat de zorg die eventueel bij een jeugdhulpinstantie is opgestart, bij dezelfde instantie kan worden doorgezet als het vluchtelingenkind in de gemeente gaat wonen. Dit geldt alleen als de vluchtelingenkinderen in dezelfde gemeente geplaatst worden als waar de COA-opvanglocatie staat. Ook met betrekking tot het welbevinden is dit aan te raden, omdat het sociale netwerk (bijvoorbeeld de ISK of andere vormen van onderwijs) dan intact blijft, wat een positieve invloed heeft op het (psychisch) welbevinden.

Daarnaast is het belangrijk dat alle professionals die vluchtelingen zien ervan doordrongen zijn dat er al veel medische en psychische informatie kan zijn vanuit de partijen die eerder betrokken waren (zoals de zorgpartijen in de COA-opvanglocatie). De vluchtelingen denken hier zelf misschien niet aan of weten niet dat deze dossiers er zijn. Bovendien is de huisarts, specialist of andere zorgverlener bij het vertrek uit de COA-opvanglocaties vaak nog niet bekend, dus is het van belang dat de nieuwe arts hier actief naar vraagt en toestemming vraagt aan de vluchteling of hij de gegevens mag opvragen (of dat de patiënt wellicht een dossier heeft meegekregen).

Vergunninghouders die het COA verlaten en naar de gemeenten gaan, krijgen informatie mee dat ze een zorgverzekering af moeten sluiten en een huisarts moeten zoeken. Ze krijgen ook informatie mee over hun medische dossier en een formulier waarmee ze de nieuwe huisarts kunnen machtigen het dossier op te vragen.

Ongedocumenteerde kinderen

Ongedocumenteerde kinderen (kinderen zonder verblijfsrecht) vormen een specifieke doelgroep. Naast dat zij dezelfde kwetsbaarheidsfactoren hebben als (andere) vluchtelingenkinderen, verkeren zij vaak in een zeer instabiele leefsituatie (Dokters van de Wereld, 2018). Zij zijn niet altijd in beeld bij de JGZ en het hebben van een vaste huisarts is niet vanzelfsprekend (Klok-Nentjes, 2018).

Ongedocumenteerde kinderen kunnen gebruik maken van de voorzieningen van de JGZ, inclusief de vaccinaties.

De Kruispost in Amsterdam deed in 2016 onderzoek naar de situatie van ongedocumenteerde kinderen (Klok-Nentjes, 2018). Kinderen bezoeken Kruispost nauwelijks (3% van totaal bezoeken) en om deze reden deed Kruispost onderzoek naar hoeveel van de volwassen ongedocumenteerden kinderen in Nederland hebben en of deze de benodigde zorg krijgen. Daarnaast is onderzocht of vluchtelingen op de hoogte zijn van de regeling voor kinderen die al langdurig in Nederland verblijven (kinderpardon). In totaal hebben 267 bezoekers van de Kruispost deelgenomen aan het onderzoek. 81 bezoekers (30,3% van totaal aantal deelnemers) gaven aan minderjarige kinderen te hebben. Bij 50 (18,7%) van hen wonen deze kinderen in Nederland. Hiervan hebben 39 bezoekers ongedocumenteerde kinderen. Dit betreft 14,6% van het totaal aantal deelnemers aan het onderzoek. 11% van de ongedocumenteerde kinderen van vijf jaar en ouder ging niet naar school, 17% was niet gevaccineerd, 30% had geen vaste verblijfplaats en het merendeel van de kinderen, namelijk 83%, had geen huisarts. Ouders waren doorgaans niet bekend met het kinderpardon (83%).

Financiering ongedocumenteerde kinderen

Ook ongedocumenteerde kinderen hebben recht op zorg. Het maken van onderscheid in de toegang tot preventieve en curatieve zorg op grond van verblijfsstatus is verboden op grond van het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind (IVRK).

Indien zorgverleners kosten maken voor zorg aan ongedocumenteerde kinderen, kunnen zij in geval van betalingsonmacht van de ouders, de kosten declareren. Dit geldt voor zorg uit het basispakket en de Wet langdurige zorg (Wlz). De instantie waarmee contact kan worden gezocht is het CAK (<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>).

Stappenplan: een onverzekerd kind op uw spreekuur

Zorgverleners zijn niet altijd op de hoogte van het recht op zorg en de mogelijkheden voor financiering van zorg voor betalingsonmachtige ongedocumenteerden. Dit heeft tot gevolg dat ongedocumenteerden (waaronder ook kinderen) in een aantal gevallen weggestuurd worden als zij zorg zoeken of dat er een dusdanige financiële bijdrage wordt geëist dat mensen afzien van zorg of van een vervolgspraak.

De grootste knelpunten rond de logistiek en effectiviteit van het nieuwkomersonderzoek van ongedocumenteerde kinderen liggen op het gebied van continuïteit. Deze problematiek is inherent aan de ongedocumenteerde status. Overdrachten van medische dossiers kunnen niet plaatsvinden door de situatie. Denk aan het ontbreken van een (proactieve) overdracht naar een nieuwe zorgverlener vanuit een COA-opvanglocatie als mensen uitgeprocedeerd raken, de instabiele verblijfplaats van mensen en onbekendheid met het zorgsysteem. Het komt voor dat kinderen ineens uit beeld zijn, omdat zij verhuisd zijn.

Ook bij ongedocumenteerde vluchtelingenkinderen is vaak geen sprake van zorgcoördinatie en continuïteit van zorg. Zij hebben wel recht op JGZ en toegang tot jeugdzorg. De Jeugdwet sluit kinderen zonder rechtmatig verblijf in principe uit, maar biedt de mogelijkheid van toepassing van de Jeugdwet voor deze groep, indien hier een algemene bestuursmaatregel voor opgesteld wordt. In de uitvoeringsregels, het Besluit Jeugdwet, zijn er nadere regels vastgesteld, zodat toegang tot jeugdzorg voor ongedocumenteerden is gegarandeerd (Dokters van de Wereld, 2018), zie ook bijlage 3.

Conclusie

Cultuursensitief werken bevordert de kwaliteit van zorg voor vluchtelingenkinderen. Communicatie met vluchtelingen vereist kennis en vaardigheden van professionals om met culturele diversiteit om te gaan. Kennis van de verschillen in gezondheidsbehoeften van vluchtelingenkinderen helpt om deze behoefte te herkennen en ermee aan de slag te gaan.

Continuïteit van zorg wordt belemmerd door de vele overplaatsingen, het verloren gaan van medische dossiers en de gebrekkige naleving van bestaande protocollen rondom overdracht van medische gegevens. Signalering binnen de keten bevordert de kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid van zorg.

Overige overwegingen

De NVK heeft een mondelinge overeenkomst met het COA om extra kwetsbare vluchtelingenkinderen met een grote zorgbehoefte te kunnen melden. Het COA heeft tot nu toe alle verzoeken hiertoe gehonoreerd. Het betrof kinderen met een complexe sikkelcelziekte, maar ook kinderen met een neurologische aandoening en met een ernstig psychomotorische retardatie. Deze kinderen werden in overleg met het COA niet overplaatst, zodat de continuïteit van zorg kon worden gewaarborgd.

Aanbevelingen

Transculturele aspecten: culturele sensitiviteit

Alle zorgverleners en jeugdprofessionals dienen op een cultuursensitieve wijze om te gaan met vluchtelingenkinderen. Dit houdt in dat er een bejegening en attitude is met respect, interesse en belangstelling, een zelfbewustzijn van de eigen cultuur en ervaring met omgaan van mensen met andere culturele achtergronden.

Culturele aspecten: opleiding (zorg)professionals

Cultuursensitief werken dient een onderdeel te zijn van de opleiding van (zorg)professionals. Cultuursensitief werken dient terug te komen in opleidingsplannen.

Taalbarrière en inzet van tolken

Alle zorgverleners en ketenpartners dienen in de communicatie met vluchtelingenkinderen en hun ouders zo veel mogelijk gebruik te maken van een tolk als een taalbarrière aanwezig is.

Overplaatsingen binnen de asielzoekerscentra

Overplaatsingen van kinderen in de asielopvang vormen een bedreiging voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg.

Plaats kinderen niet of zo min mogelijk over binnen de asielprocedure. Bij overplaatsing van een kind met een complexe zorgbehoefte waarbij de continuïteit van zorg in het gevaar komt, geeft de gezondheidszorgprofessional bij het COA aan dat overplaatsing niet gewenst is.

Artsen, verpleegkundigen en ketenpartners dienen zich ervan bewust te zijn dat er knelpunten zijn in de toegankelijkheid van zorg voor vluchtelingenkinderen.

Dossiervorming

Dossiervorming blijft een kwetsbare schakel in de zorg voor vluchtelingenkinderen. Bundel binnen het huisartsendossier alle beschikbare, relevante informatie van de JGZ en specialistische zorg. Alle JGZ-professionals sturen een kopie van de correspondentie naar de huisarts.

Maatwerk

Het gaat om een kwetsbare groep kinderen. Lever daarom maatwerk, oftewel meer contactmomenten en/of een huisbezoek, zodra daar aanleiding toe is.

Literatuur

- Baauw A, Rosiek S, Slattery B, et al. Pediatrician-experienced barriers in the medical care for refugee children in the Netherlands. *Eur J Pediatr*. 2018;177:995-1002.
- Bischoff A, Bovier PA, Isah R, et al. Language barriers between nurses and asylum seekers and their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*. 2003;57:503-512.
- Bouteh K. Je kunt niet communiceren. Utrecht: Pharos. 2017. <https://www.pharos.nl/documents/doc/je%20kunt%20niet%20niet%20communiceren-pharos.pdf>.
- Divi C, Koss R, Schmaltz S, et al. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *BMC health services research*. 2013;13:389.
- Dokters van de Wereld. De deur naar zorg. Het recht op gezondheid en zorg voor ongedocumenteerde migranten. 2018. <https://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2018/08/De-deur-naar-zorg.-Rapport-Zorgrecht-DvdW-juli-2018.pdf>.
- Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, et al. Mental health of displaced children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379:266-82.
- Ferrier J, Kahman M, Massink L. Handreiking voor ondersteuning van Eritrese nieuwkomers bij hun integratie: Jullie Nederlanders hebben voor alles een systeem. Kennisplatform Integratie en Samenleving (KIS). 2017.
- Goosen S, Stronks K, Kunst AE. Frequent relocations between asylum-seeker centres are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medical record study. *Int J of Epidemiology*. 2014;43:94-104.
- Handreiking JGZ. <file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/Handreiking%20intake%20jeugdgezondheidszorg%20voor%20statushouders.pdf>.
- Handvest Kind en Zorg. 2014. Geraadpleegd van: <https://kindenziekenhuis.nl/handvest-kind-zorg/>.
- Ketenafspraken voor zwangere asielzoeksters. <https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/535-3/zorg-voor-zwangere-asielzoekers/hoofdstuk/787/zorg-voor-zwangere-asielzoekers/>.
- Klok-Nentjes S, Tramper-Stranders GA, Van Dam-Bakke EDM, et al. Undocumented children in the Amsterdam region: an analysis of health, school, and living circumstances. *European Journal of Pediatrics*. 2018;1432-1076.
- Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*. 2018;391:266-80.
- Pels T, de Gruijter M. Vluchtelingengezinnen: opvoeding en integratie: opvoeding en ondersteuning in gezinnen uit Iran, Irak, Somalië en Afghanistan in Nederland. 2005. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- Ramirez D, Engel K, Tang T. Language Interpreter Utilization in the Emergency Department Setting: a clinical review. *J of Health Care for the Poor and Underserved*. 2008;(19)2:352-362.
- Schoevers MA. "Hiding and Seeking". Health problems and problems in accessing health care of undocumented female immigrants in the Netherlands (Proefschrift). Geraadpleegd http://mighhealth.net/nl/images/0/05/Proefschrift_Schroevens.pdf pp. 2011;34-35.
- Van Berkum M, Smulders E, van den Muijsenbergh M, et al. Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: wat is er nodig? 2016. Utrecht: Pharos.
- Van der Heijden PGM, Cruyff M, Van Gils GHC. Schatting illegaal in Nederland verblijvende vluchtelingen. (Utrecht: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum). 2015. Geraadpleegd van https://www.wodc.nl/binaries/2402-volledige-tekst_tcm28-73349.pdf.

Bijlage 1 Afkortingen

amv	Alleenstaande minderjarige vreemdeling
CAK	Centraal Administratie Kantoor (oorspronkelijk, nu het CAK)
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
EBLL	Elevated blood lead level
G6PD	Glucose-6-phosfaatdehydrogenase deficiëntie
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GZA	GezondheidsZorg Asielzoekers
Hb	Hemoglobine
HbP	Hemoglobinopathie (alle vormen van sikkelcelziekte en thalassemie)
HBV	Hepatitis B-virus
HCV	Hepatitis C-virus
hiv	Human immunodeficiency virus
IGRA	Interferon gamma release assay
IVRK	Internationaal verdrag inzake de rechten van het kind
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LOWAN	Landelijke Ondersteuning Onderwijs aan Nieuwkomers
LTBI	Latente tuberculose infectie
MR	Minor refugee
NIDOS	Jeugdbescherming voor vluchtelingen
PGA	Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers
RMA	Regeling Medische zorg Asielzoekers
SSA	Sub-Sahara Afrika
U5s	Kinderen onder de leeftijd van 5 jaar
VGv	Vrouwelijke Genitale Verminking
VS	Verenigde Staten
Wlz	Wet langdurige zorg

Bijlage 2 Definities

Alleenstaande minderjarige vreemdeling	Een alleenstaande minderjarige vreemdeling (amv) is een bij aankomst in Nederland minderjarige persoon (jonger dan 18 jaar; afkomstig van buiten de Europese Unie (EU); en naar Nederland gekomen zonder ouder(s) of een andere persoon die het gezag over de jongere heeft.
Asielzoeker	Een asielzoeker is iemand die in afwachting is van een besluit op het asielverzoek.
Culturele sensitiviteit	Culturele sensitiviteit houdt in dat er een bejegening en attitude is met respect, interesse en belangstelling, een zelfbewustzijn van de eigen cultuur, en kennis over en ervaring met mensen met andere culturele achtergronden.
Migrant	Een migrant is een persoon die om bijvoorbeeld economische of familiale redenen uit eigen beweging zijn of haar land verlaat. Een arbeidsmigrant verhuist om elders werk te zoeken. In de regel kunnen ze veilig naar hun thuisland terugkeren.
Nieuwkomersonderzoek	Het nieuwkomersonderzoek is een medisch en psychosociale beoordeling bij recent aangekomen vluchtelingenkinderen, zowel binnen als buiten de COA-opvanglocatie met als doel om, door primaire, secundaire en tertiaire preventie en vroegsignalering, vermijdbare ongunstige korte- en langetermijneffecten van medische en psychosociale problematiek zoveel mogelijk te voorkomen en op deze manier te normaliseren.
Ongedocumenteerde	Een ongedocumenteerde is een persoon die zonder wettelijke verblijfstitel in Nederland verblijft.
Statushouder/vergunninghouder	Een statushouder of vergunninghouder is een persoon die een (tijdelijke) vergunning tot verblijf in Nederland heeft, hetzij op basis van een asielverzoek, hetzij vanwege gezinshereniging (nareiziger), of als uitgenodigde vluchteling. Er zijn vergunninghouders die nog bij het COA verblijven omdat er nog geen woning is voor hen. Het onderscheid is belangrijk omdat voor beiden de zorg anders is geregeld.
Vluchteling	Een vluchteling is een persoon die op de vlucht is voor geweld of vervolging in zijn of haar thuisland en op basis van het vluchtelingenverdrag als vluchteling erkend is. <i>*In deze richtlijn wordt de term vluchtelingenkinderen gebruikt om zowel asielzoekers, vergunninghouders als ongedocumenteerden aan te duiden.</i>

Bijlage 3 Een onverzekerd kind op uw spreekuur: het stappenplan

Recht op medisch noodzakelijke zorg

Onverzekerden hebben recht op zorg. De zorg moet medisch noodzakelijk zijn (meer over het begrip medisch noodzakelijk zie onderdeel Medisch noodzakelijke zorg op pagina 91). Een arts beoordeelt of daarvan sprake is. Medisch noodzakelijke zorg beperkt zich niet tot spoedzorg. Als iemand niet verzekerd is zijn er voor zorgaanbieders twee regelingen om de kosten voor zorg aan deze onverzekerde persoon te kunnen declareren. Het gaat hierbij om zorg uit het basispakket en –voor onverzekerbare vreemdelingen- om zorg uit de Wet langdurige zorg. Bij beide regelingen is het uitgangspunt dat de onverzekerde in beginsel de kosten zelf dient te betalen. Als hij/zij de kosten niet of slechts gedeeltelijk zelf kan betalen, kan door de zorgaanbieder bij het CAK een verzoek om financiering van de kosten worden gevraagd. Het betreft de:

- regeling onverzekerbare vreemdelingen (artikel 122a Zvw);
- subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.

Zie de website van CAK voor de voorwaarden van de regelingen (<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen>).

Daarnaast hebben alle jeugdigen van 0 tot 18 jaar inclusief ongedocumenteerden recht op Jeugdgezondheidszorg. Hiervoor geldt geen enkele financiële of andere beperking. Ook toegang tot jeugdzorg is gegarandeerd voor ongedocumenteerden. Ongedocumenteerden zijn mensen zonder verblijfspapieren, dus mensen zonder geldig BSN nummer en/of geldige identiteitskaart. Zij worden ook vaak aangeduid met de term ‘illegalen’, maar in deze bijlage is ervoor gekozen deze term niet te gebruiken.

Deze bijlage is afgestemd met de Directie Zorgverzekeringen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met uitzondering van de gedeelten over jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg. Aan onderstaande adviezen kunnen geen rechten worden ontleend. Bij twijfel dient contact opgenomen te worden met het Ministerie van VWS, de Zorgverzekeringslijn of –voor uitvoeringsvragen- het CAK.

Huisartsenzorg

Spoed

- 1) Verleen zorg volgens de medische richtlijnen.
- 2) Indien doorverwezen moet worden naar een ziekenhuis, verwijs altijd door naar een ziekenhuis dat een contract heeft met het CAK voor zorg aan onverzekerbare vreemdelingen aangezien zij ervaring met de regelingen hebben en patiënten en ziekenhuizen later niet met onbetaalbare rekeningen zitten. U vindt de lijst met gecontracteerde ziekenhuizen op: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen/informatie-per-beroepsgroep/ziekenhuis>.
- 3) Volg voor de financiële afhandeling de stappen genoemd onder Geen spoed.

Geen spoed

- 1) Bespreek met de patiënt of diens ouder(s) waarom er sprake is van onverzekerdheid. In tabel B3.1 staan de meest voorkomende situaties.
- 2) Bespreek of de patiënt de zorgkosten zelf kan betalen en zo niet, of er een gedeelte en welk gedeelte wel zelf betaald kan worden.
- 3) Verleen de medisch noodzakelijke zorg.
- 4) Indien de patiënt niet zelf kan betalen, beoordeel welke financieringsregeling van toepassing is op deze patiënt. Er zijn twee verschillende regelingen: een is bestemd voor onverzekerbare

- vreemdelingen, de andere regeling voor overige groepen onverzekerden met elk hun eigen voorwaarden. Neem bij twijfel contact op met de Zorgverzekeringslijn (<https://www.zorgverzekeringslijn.nl/>), 0800-6464 644 of het CAK, 088-7114 888 / 0800-5028.
- 5) Indien de patiënt valt onder de Regeling onverzekerbare vreemdelingen en er medicatie nodig is, verwijs altijd door naar een apotheek die gecontracteerd is bij het CAK. Zie hiervoor de website van het CAK (<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>).
 - 6) Voor doorverwijzing naar apotheek of de tweede en derde lijn geldt voor de Regeling onverzekerbare vreemdelingen, dat zij gecontracteerd dienen te zijn met het CAK. Verwijs altijd door naar reeds gecontracteerde instellingen, aangezien zij ervaring met de regelingen hebben en de patiënt en/of het ziekenhuis later niet met onbetaalbare rekeningen zitten. Zie hiervoor de website van het CAK (<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen/informatie-per-beroepsgroep/ziekenhuis>) of bel het CAK: 0800-5028.
 - 7) Bij onverzekerdheid terwijl de patiënt en/of de ouders wel verzekeringsplichtig zijn (als ouders werken of al langer hier wonen én rechtmatig verblijven): bel altijd met de Zorgverzekeringslijn voor verdere stappen. En volg verder de instructies, zoals vermeld op de website van het CAK bij de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden>) of bel het CAK op 088-711 4888.

Ziekenhuiszorg

Spoed

- 1) Verleen zorg volgens de medische richtlijnen.
- 2) Bespreek waarom er sprake is van onverzekerdheid. In het schema hieronder staan de meest voorkomende situaties.
- 3) Als het om een onverzekerbare vreemdeling gaat, controleer of uw ziekenhuis een contract met het CAK heeft. Zie de website van het CAK. Zo ja, dan weet de financiële administratie hoe de zorgkosten verder afgehandeld moeten worden. Het kind kan dan ook opgenomen worden in uw ziekenhuis.
- 4) Gaat het om een onverzekerbare vreemdeling en heeft uw ziekenhuis geen contract, dan kan het CAK verzocht worden het ziekenhuis te contracteren. Als geen contract wordt afgesloten, dan kan alleen voor spoedeisende hulp een bijdrage van 80% van hetgeen de patiënt niet zelf kan betalen aan het CAK gevraagd worden. Als het kind opgenomen moet worden, plaats het kind dan over naar een gecontracteerd ziekenhuis om te voorkomen dat patiënt en ziekenhuis later met onbetaalbare rekeningen zitten. Indien dit niet kan, dan moet met het CAK overlegd worden over het aangaan van een contract.
- 5) Bij onverzekerdheid terwijl de patiënt en/of de ouders wel verzekeringsplichtig zijn (als ouders werken of al langer hier wonen én rechtmatig verblijven): bel altijd met de Zorgverzekeringslijn voor verdere stappen (<https://www.zorgverzekeringslijn.nl/>). Volg verder de instructies, zoals vermeld op de website van het CAK bij de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden>) of bel het CAK op 088-711 4888.

Geen spoed

Gecontracteerd ziekenhuis

- 1) De inschrijfbalie en/of financiële administratie bespreken met de patiënt of diens ouder(s) waarom er sprake is van onverzekerdheid. In het schema hieronder staan de meest voorkomende situaties. Zij bespreken of de patiënt de zorgkosten zelf kan betalen en zo niet, of er een gedeelte en welk gedeelte wel zelf betaald kan worden.
- 2) Verleen de medisch noodzakelijke zorg.

Niet-gecontracteerd ziekenhuis

- 1) Gaat het om een onverzekerbare vreemdeling en is er een gecontracteerd ziekenhuis in de buurt? Dit kunt u vinden op: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen/informatie-per-beroepsgroep/ziekenhuis>. Verwijs dan altijd door naar het gecontracteerde ziekenhuis aangezien zij ervaring met de regelingen hebben en patiënt en ziekenhuis later niet met onbetaalbare rekeningen zitten.
- 2) Is dit niet het geval of zijn er andere redenen waarom doorverwijzing niet mogelijk is, overleg met het CAK, 0800 – 5028, over de mogelijkheden een contract af te sluiten.

Jeugdgezondheidszorg

- 1) Alle kinderen, ook onverzekerde kinderen waaronder ongedocumenteerde kinderen (dus kinderen zonder geldig BSN nummer en/of geldige identiteitskaart), hebben recht op jeugdgezondheidszorg. Dit is wettelijk vastgelegd.
- 2) Alle zorg gegeven door de uitvoerder van de jeugdgezondheidszorg kan ook aan ongedocumenteerde kinderen gegeven worden, inclusief vaccinaties.
- 3) Voor ongedocumenteerde kinderen zonder geldig BSN nummer kan te allen tijde direct handmatig een dossier aangemaakt worden en de zorg kan gelijk starten.
- 4) Informeer naar de werkinstructies binnen de eigen organisatie wat betreft registratie van ongedocumenteerde kinderen.
- 5) Indien er geen werkinstructies bestaan binnen de eigen organisatie, vraag dan JGZ-collega's uit de grote steden, aangezien daar vaak wel werkinstructies bestaan.
- 6) Indien er onduidelijkheid bestaat over de vaccinatiestatus van het kind, neem contact op met de regionale Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's (<https://rijksvaccinatieprogramma.nl/contact/dvp-dienst-vaccinvoorziening-en-preventieprogrammas>).
- 7) Zie voor doorverwijzing naar huisarts of ziekenhuis de informatie onder huisartsen en ziekenhuizen in dit stappenplan. Bij doorverwijzing van een ongedocumenteerd kind naar een ziekenhuis dient altijd naar een met het CAK gecontracteerd ziekenhuis te worden verwezen.
- 8) Indien doorverwijzing naar Jeugdzorg nodig is: ook onverzekerde kinderen, waaronder ongedocumenteerde kinderen, hebben recht op Jeugdzorg en zij kunnen altijd doorverwezen worden. Voor de uitvoering van jeugdzorg gelden wel enkele voorwaarden als het om ongedocumenteerde kinderen gaat (welke voor de doorverwijzing echter niet relevant zijn). De uitvoerder van jeugdzorg kan deze voorwaarden terugvinden in artikel 1.2 van het Besluit Jeugdwet.

Tolkenvergoeding

Voor huisartsenzorg kan voor de kosten van de inzet van tolken in diverse regio's een beroep worden gedaan op een van de regionale Achterstandsfondsen voor de ondersteuning van huisartsenzorg in achterstandswijken. Informatie hierover is te verkrijgen bij het regionale Achterstandsfonds, waarvan u de contactgegevens vindt op: <https://www.achterstandsfondsen.nl/pagina/2367>.

Voor alle overige sectoren in de zorg is er op dit moment helaas geen mogelijkheid om tolkkosten te declareren. VWS is al geruime tijd in overleg met diverse partijen voor tolkenkostenvergoeding in bijzondere gevallen.

Medisch noodzakelijke zorg

Het begrip medisch noodzakelijke zorg wordt veelvuldig genoemd met betrekking tot financiering van zorg aan onverzekerden en onverzekerbaren. Medisch noodzakelijke zorg beperkt zich NIET tot alleen spoedeisende zorg.

In de Zorgverzekeringswet wordt het omschreven als zorg uit het basispakket (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2019-07-01#Hoofdstuk9>). Voor ongedocumenteerden betreft het ook zorg uit de Wet langdurige zorg. En dit voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling, medisch noodzakelijk acht.

Na invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, bleek in de praktijk onduidelijkheid te bestaan over de reikwijdte van medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerden. Daarom bracht de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (Commissie Klazinga) in 2007 het rapport Arts en vreemdeling uit (<https://www.pharos.nl/kennisbank/arts-en-vreemdeling/>). De grote beroepsgroepen KNMG, LHV, Orde van Medisch Specialisten (nu FMS) en de NVvP hadden samen met Pharos zitting in deze commissie. De commissie was van oordeel dat de arts dient te beoordelen of zorg medisch noodzakelijk is. Medisch noodzakelijke zorg is volgens de commissie verantwoorde en passende medische zorg die:

- doeltreffend en doelmatig is;
- patiëntgericht is en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt;
- geïndiceerd is op basis van een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen;
- geïndiceerd is conform de normen van de beroepsgroep;
- kosteneffectief is.

Verdere richtlijnen vanuit de commissie Klazinga zijn:

- Bij zorg, die uitgesteld kan worden in combinatie met de verwachting van kort verblijf in Nederland, kunnen artsen de behandeling beperkt houden of afzien van behandeling.
- Als de duur van het verblijf in Nederland onduidelijk of langdurig is, is de continuïteit van adequate medische zorg belangrijker en dient de medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden,
- Artsen en zorginstellingen dienen zich bij zorgverlening primair te richten op medische en zorginhoudelijke aspecten en niet op financieringsregelingen. De mogelijke nadelige gevolgen van financieringsregelingen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg dienen nadrukkelijk te worden onderkend.

Informatie

CAK

- Voor vragen over de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden: 088-711 4888.
- Voor vragen over de Regeling onverzekerbare vreemdelingen: 0800-5028.

Zorgverzekeringslijn

- Voor alle vragen rondom de zorgverzekering (bijvoorbeeld zorgverzekeringsschulden, wat te doen als een vast woon- of verblijfadres ontbreekt etc.): 0800-6464 644.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Zorgverzekeringen: 070-340 7602.

Sociale Verzekeringsbank

Voor de verzekeringsplicht bij specifieke situaties en om een onderzoek verzekering Wlz aan te vragen indien onbekend is of iemand verzekeringsplichtig is, kan men terecht bij de Sociale Verzekeringsbank (<https://www.svb.nl/nl/wlz/uw-zaken-online-regelen/onderzoek-wlz-aanvragen>).

Tabel B3.1

Groep van onverzekerde	Regeling bij betalingsonmacht	Bijzonderheden
Verzekeringplichtige		
Verzekeringplichtige	Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (verder: Subsidieregeling)	Let op: het merendeel van deze groep is Nederlander en zal dak- of thuisloos zijn of is een persoon met verward gedrag. De subsidieregeling is primair bedoeld voor dak- of thuislozen en personen met verward gedrag en niet voor andere verzekeringsplichtigen. Zie voor de voorwaarden: Subsidieregeling: https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden/subsidie-aanvragen/aanvraag. Binnen zeven kalenderdagen na de dag dat de zorg is verleend of gestart, moet zorgverlener melden via het centrale meldpunt: https://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl/.
Niet-verzekeringplichtige		
Onverzekerbare vreemdelingen die onrechtmatig in Nederland verblijven	Regeling onverzekerbare vreemdelingen voortkomend uit art.122a Zvw (verder: Regeling onverzekerbare vreemdelingen)	Het gaat hierbij om niet-rechtmatig verblijf van mensen zonder visum of verblijfsvergunning, zoals: uitgeprocedeerde asielzoekers, mensen die hun partnerafhankelijke verblijfsvergunning zijn kwijtgeraakt door scheiding, mensen van wie de verblijfsvergunning is ingetrokken, toeristen zonder geldig visum of arbeidsmigranten zonder geldig verblijfsdocument. Zie voor de voorwaarden Regeling onverzekerbare vreemdelingen: https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen.
Onverzekerbare vreemdelingen met rechtmatig verblijf	Regeling onverzekerbare vreemdelingen	Vreemdelingen die: - een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend; - bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een reguliere verblijfsvergunning.
Onderdanen van EU of EER (Noorwegen, IJsland en Zwitserland) of andere landen waarmee Nederland een verdrag heeft over het verlenen van medische zorg bij tijdelijk verblijf.	Subsidieregeling	Deze mensen hebben veelal een European Health Insurance Card (EHIC) of een ander geldig internationaal verzekeringsbewijs. In dat geval kunnen de kosten worden gedeclareerd bij Zilveren Kruis. Zie voor de werkwijze en de lijst met landen waarmee een verdrag is: https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/declareren/medische-zorg-bij-tijdelijk-verblijf-in-nederland Europeanen hebben in beginsel verblijfsrecht. Pas als ze langer in Nederland zijn dan drie maanden en geen ziektekostenverzekering meer hebben en niet kunnen voorzien in hun bestaan, is sprake van onrechtmatig verblijf.
Onderdanen van overige landen die rechtmatig verblijven	Subsidieregeling	Let op: alleen bij verblijf <3 maanden. Let op: bij onduidelijkheid over de duur van het verblijf gebruik maken van de Regeling onverzekerbare vreemdelingen.
Studenten (zonder bijbaan of stage) uit EU of EER (Noorwegen, IJsland en Zwitserland) of andere landen waarmee Nederland een verdrag heeft over het verlenen van medische zorg bij tijdelijk verblijf.	Subsidieregeling	Deze studenten hebben veelal een European Health Insurance Card (EHIC) of een ander geldig internationaal verzekeringsbewijs. In dat geval kunnen de kosten worden gedeclareerd bij Zilveren Kruis. Zie voor de werkwijze en de lijst met landen waarmee een verdrag is: https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/declareren/medische-zorg-bij-tijdelijk-verblijf-in-nederland
Studenten zonder bijbaan of stage uit overige landen	Subsidieregeling	Mogelijk dat de (private) ziektekostenverzekering onvoldoende dekking biedt voor de kosten. De Subsidieregeling is dan aanvullend.

Deze bijlage is samengesteld door Dokters van de Wereld, sinds 2005 betrokken bij de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerde mensen.

Bijlage 4 Tabel systematische review medische screening vluchtelingenkinderen

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
1. Aldridge, 2016	Prevalence of and risk factors for active tuberculosis in migrants screened before entry to the UK: a population-based cross-sectional study	P/S Level of evidence: Strong	UK	15 High TB incidence countries, not specified per child	476,455 long-term visa applicants 18,729 age 11 to 15 year	1. Bacteriologically confirmed active cases in under 15 pop 37 per 100,000 2. Culture-positive active cases in under 15 pop 37 per 100,000 3. Smear positive active cases in under 15 pop 11 per 100,000	Does not report absolute number just rate
2. Aldridge, 2016	Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland	P/S Level of evidence	UK	15 high TB incidence countries (Bangladesh, Burkina Faso, Cambodia, Cote d'Ivoire, Eritrea, Ghana, Kenya, Laos, Niger, Pakistan, Somalia, Sudan, Tanzania, Thailand, and Togo)	519,955 long-term visa applicants who tested negative in pre-immigration TB screening 15,468 under 15 years	1. 101 active cases per 100,000 person years for 0-15 (all cases) 2. 37 per 100,000 person years for 0-15 (bacteriologically confirmed active cases)	Does not report actual numbers only rates
3. Aucoin, 2013	Vitamin D status of refugees arriving in Canada: Findings from the Calgary refugee health program	Prevalence or surveillance LE: S	Canada	Africa (412) Asia (334) Middle East (106) South America (309) Other (56)	1217 screened refugees 756/1217 between 0 to 19 years of age	- mean 24(OH)D level among refugee children was 55,5 nmol/L 42% of children were below the recommended level of 50 nmol/L - children from the middle east had lower level than other origins 73% of middle eastern children had less than 50 nmol/L (mean of 42,1 nmol/L)	Sub-groups of children also available
4.	Screening for parasite	P/S	Spain	Sub-Saharan	373 minors (under 18)	49% asymptomatic or with only	complete table with by

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
Belhassen-Garcia, 2016	infections in immigrant children from low-income countries	LE: S		Africa (250) North Africa (67) Latin America (56)		nonspecific symptoms - at least 1 parasite in 176/373 (47,1%) of cases - Sub-Sahara 57% - North African 27,9% - Latin American 28,5% 2+ parasites in 77/373 (20,6%) - Sub-Saharan 26,8% - North African 7,3% - Latin American 3,5% - higher number of parasites in children from urban areas compared to rural	country breakdown
5. Belhassen-Garcia, 2017	Nutritional status of children from low-income countries arriving in Spain	Prospective LE: M	Spain	250 = 67% from SSA 67 (18%) North Africa	373 under 18 years	-21/373 anemia -19/373 growth problem -13/250 SSA -18/67 North Africa - (WASTING?) -50/373 overweight -15,5% = 39/250 SSA -20% = 11/67 North Africa - Anemia 21/373 - Vitamine B12 3/373	Might be selection bias,
6 Bennett, 2014	Prevalence and Treatment of Latent Tuberculosis Infection Among Newly Arrived Refugees in San Diego County, January 2010-October 2012	Prevalence or surveillance	USA	Middle East 86,0% Asia 7,1% Sub-Saharan Africa 5,8% Other 17%	4365 primary refugees screened in San Francisco 548 between 13 to 18	53/548 positive for latent TB	
7. Bennet, 2017	Tuberculosis infection and disease in the 2015 cohort of unaccompanied minors seeking asylum in the Northern Stockholm,	Retrospective	Norwegen		2936 1996 Afghanistan Somalia 199 Eritrea 117 Ethiopia 88	2936. QFT += 212 2936 Mantoux + = 134 2936 active TB 24 1996 total Afghanistan (Asia) LTBI 136 404 total North Africa LTBI 123	

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
	Sweden						
8. Bottcher, 2015	Stool Screening of Syrian Refugees and asylum seekers in Germany 2013/2014 Identification of Sabin like poliovirus	Prevalence or surveillance	Germany	Syria	629 Syrian refugees and asylum seekers screened in Germany	74/445 positive in enterovirus specific PCR in 0 to 3 16/140 positive in enterovirus specific PCR in 3 to 18 12 EV-PCR positive for Sabin-like poliovirus in 0 to 2 0/12 positive for WPV	
9. Brodine, 2009 American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 9	Community Based Parasitic Screening and Treatment of Sudanese Refugees: Application and Assessment of Centers for Disease Control Guidelines	Cross-sectional prevalence	USA	Sudan	172 Sudanese refugees screened in California 63 under 18	Schistosomiasis 4/30 positive in 4 to 12 4/23 positive in 13 to 17 No schistosomiasis in under 4 pop Strongyloidiasis 11/30 positive in 4 to 12 years 3/23 positive in 13 to 17 years	
10. Cherian, 2010	Associations between Helicobacter pylori infection, co-morbid infections, gastrointestinal symptoms, and circulating cytokines in African children	prevalence or surveillance	Australia	Africa Sudan (54/163) Burundi (46/163) Liberian (22/163)	163 African children between 2 to 16 years screened at the Migrant Health Unit Voluntary screening but "majority" participate	137/163 (84,0%) positive for H. pylori 75/163 positive for helminth infection 15/163 (9,2%) positive for P. falciparum malaria	
11. Dawson-Hahn, 2016 Pediatrics 11	Growth Trajectories of Refugee and Nonrefugee Children in the United States	Prevalence or surveillance	USA	Bhutan (23,8%) Burma/Myanmar (21,7%) Iraq (18%) Somalia (22,7%) Other 13,8%	512 screened refugee children 2-16 years	At initial screening 5,3% wasting 86,9% healthy weight 7,8% overweight 9,2% stunting	
12. Dawson-Hahn, 2010 Pediatrics 12	Eosinophilia and the seroprevalence of schistosomiasis and strongyloidiasis in newly arrived pediatric refugees: an	Prevalence or surveillance	USA	Southeast Asia 59% Africa 27% Middle east 14%	163 consecutive refugees screened SUNY Upstate Medical University 8 months to 18 years	39/163 (24%) positive for strongyloidiasis 13/161 (8%) positive for schistosomiasis	Also give breakdown by region of origin

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
	examination of Centers for Disease Control and Prevention screening guidelines						
13. Dawson-Hahn, 2016 PLOS ONE 13	Comparison of the Nutritional Status of Overseas Refugee Children with Low Income Children in Washington State	Prevalence or surveillance	USA	Iraq (26,9%) Somalia (22,3%) Burma/Myanmar (15,6%) Other (35,2%)	982 refugee children age 0-10 screened overseas and resettled in USA	441/982 (44,9%) had at least 1 form of malnutrition in 0 to 10 Wasting 17,3% Stunting 20,1% Overweight 7,6% Obesity 5,9%	Have country breakdown for Iraq, Burma, and Somalia Have 0 to 5 and 5 to 10 numbers as well
14. Denburg, 2007 Canada Communicable Disease Report 14	Initial Health Screening for Karen refugees: A retrospective review	Prevalence or surveillance	Canada	Myanmar/Burma	68 karen refugees screened at resettlement 36 under 18s	2/13 (15,4%) blood lead level > 48 Um/L for under 8s 7/36 (19,4%) abnormal Hb electrophoresis for under 18s 5/23 negative for varicella serology 5 to 18 pop (no exposure to chickenpox vaccine or infection) 39% stunting in under 18s 28% wasting in under 18s No HIV, Hep C, or active TB found	Other results but not for children separately
15. DeVette n, 2017	Parasitic Stool testing in newly arrived refugees in Calgary, Alta	CS	Canada	DeVetten	359 children	127 with positive stool test ?	Retrospective, not available region breakdown for children
16. Gray, 2012	Vitamin D and tuberculosis status in refugee children	Prevalence or surveillance	Australia	Middle East (59) Africa (239) Asia (16) Australia/unknown (14)	328 children (0-18) whose blood was screened	81/328 (24,7%) latent TB 11/328 (3,3%) active TB 193/328 (58,8%) some vit D deficiency less than 50 nmol/L 123/328 (37,5%) Mild 26 to 50 nmol/L, 57/328 (17,4%) moderate as 12,5 to 25 nmol/L, 13/328 (3,9%) severe as less than 12.5 nmol/L. 132/236 (55,9%) of children without TB vit D deficient 52/81 (64,2%) of children with latent TB vit D deficient	

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
						9/11 (81,8%) of children with active TB vit D deficient (Mantoux 10 mm, changes on chest radiograph consistent with TB), LTBI (Mantoux 10 mm, no clinical signs, normal chest radiograph),	
17. Heudorf, 2016	Surveillance for parasites in unaccompanied minor refugees migrating to Germany in 2015	Prevalence or surveillance	Germany	Afghanistan (750) Eritrea (135) Somalia (118) Syria (75) Ethiopia (39) Maghreb (27) Sub-Saharan Africa (35) Middle East (21) Southeast Europe/Other (19) Asia (11)	1230 unaccompanied minors (under 18s) screened on arrival	165/1230 (13,4%) positive Giardia lamblia 17/1230 (1,4%) positive Entamoeba histolytica/dispar 23/1230 (1,9%) positive Hymenolepis nana 8/1230 (,7%) positive Trichuris trichiura 1/1230 (,1%) positive Blastocystis hominis	Country by country results in table
18. Heudorf, 2016 Euro Surveillance 19	Multidrug-resistant bacteria in unaccompanied refugee minors arriving in Frankfurt am Main, Germany, October to November 2015	Prevalence or surveillance	Germany	Afghanistan (80) Eritrea (9) Somalia (7) Syria (7) Ethiopia (5) Iraq (4) Pakistan (3) Yemen (1) Other (3)	119 unaccompanied minors (under 18s) screened on entry	42/119 (35%) positive for extended spectrum beta-lactamase-producing <i>Enterobacteriaceae</i> 9/119 (8%) positive for 3MDR GNB 0 (0%) positive for 4MDR GNB MDR= multidrug resistant GNB = gram negative bacteria	Country by country results in table
19. Kotey, 2018	Elevated blood lead levels by lengths of time from resettlement to health screening in Kentucky refugee		USA	All	1950 children <15 years	192/1722 EBLL elevated blood lead levels 5 mcg/dl (we actually had the cut of 10) Anemia 166/1669 Intestinal infestation 116/1089	Could be a confounder that there was a difference between the time of resettlement when children were tested

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
	children						
20. Liu, 2009	Overseas Screening for Tuberculosis in US-Bound Immigrants and Refugees	Prevalence or surveillance	USA	All refugee s to the US Ukraine 10% Vietnam 6,4% Somalia 8,6% Bosnia and Herzegovina 15% Sudan 4,9% Other 55,2%	117,752 refugees screened overseas aged 0-14 86,996 refugees screened overseas aged 15-24	86/117,752 (0,07%) positive for smear-negative TB aged 0 to 14 143/117,752 (3,52%) positive for inactive TB aged 0 to 14 445/86,996 (0,51%) positive for smear-negative TB aged 15 to 24 2127/86,996 (2,4%) positive for inactive TB aged 15 to 24 smear-negative tuberculosis = the chest radiograph was suggestive of active tuberculosis and sputum smears were negative for acid-fast bacilli on 3 consecutive days inactive tuberculosis = the chest radiograph was suggestive of tuberculosis that was not clinically active (e.g., showing fibrosis, scarring, pleural thickening, diaphragmatic tenting, or blunting of costophrenic angles)	Children younger than 15 years of age were required to undergo screening for tuberculosis only if they had a history of tuberculosis, signs or symptoms suggestive of tuberculosis, or close contact with someone who had tuberculosis.
21. Lucas, 2010 Thorax 21	A prospective large-scale study of methods for the detection of latent Mycobacterium tuberculosis infection in refugee children	Prospective comparison	Australia	Africa (411) Burma (113)	524 refugee children attending the Migrant Health Unit aged 3 months to 16 years	African children 33/411 (8%) underweight 5/101 (5%) Abnormal chest radiography 15/378 (4%) positive Malaria 6/288 (2%) positive Hep B 8/384 (2%) positive Hep C 70/389 (18%) positive Schistosomiasis 8/387 (2%) positive Strongyloides 275/411 (67%) had BCG (scar/history) Burmese children 14/113 (12%) underweight 1/34 (3%) Abnormal chest radiography 1/108 (1%) Malaria 2/68 (3%) Hep B	

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
						1/108 (1%) Hep C 0/42 (0%) Schistosomiasis 0/108 (0%) Strongyloides 86/112 (77%) Positive BCG (scar/history)	
22. Marquardt, 2016	Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study	Cross-sectional	Germany	South Asia 37% Sub-Saharan Africa 29% West-Asia 15% North-Africa 13%	102 unaccompanied minors (12-18 years) purposefully selected	18/102 (17,6%) anemia 6/102 (6%) underweight 8/102 (8%) overweight 21/102 (20,5%) Pathological dental status 6/83 (7,2%) Lamblia 6/96 (6,3%) Amoebiasis 8/44 (18,2%) Schistosomiasis† 6/79 (7,6%) Helminthic diseases 44/65 (69,2%) Helicobacter pylori 1/102 (1,0%) Tuberculosis 8/101 (7,9%) Chronic HBV infection 1/102 (1%) positive for extra-pulmonary TB 2,9% positive for scabies 1% positive for malaria	Sex stratified results available Number of infections by region also available
23. Mitchell, 2018	Impact of Enhanced Health Interventions for United States-Bound Refugees: Evaluating Best Practices in Migration Health		USA	Thailand-Burma	848 children <18 0 to 5 y = 224 5 to 11 y = 357 12 to 17 = 267	Anemia: 0 to 5 y = 83/224 5 to 11 y = 151/357 11 to 17 = 91/267 ALL = 325/848 Hep B ALL 30/848 0 to 5 0/224 5 to 11 y: 4/357 11 to 17 y: 26/267 Intestinal parasites (big mistake in art, 2 to 4y female, needs to be 56 and not 5 hundred something) 597/848	BIAS, voluntary testing in refugee camps
24. Mockenhaupt, 2016	Profile of Illnesses in Syrian refugees: A Geosentinel Analysis 2013-2015	Prevalence or surveillance	Germany	Syria	488 unaccompanied minors refugees screened	108/488 (22%) At least one intestinal parasite infection 58/488 (12%) Blastocystis 27/488 (6%) Giardia 27/488 (6%) Other non-pathogenic	

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
						protozoa 4/488 (<1%) Unspecified intestinal parasite 17/488 (3%) Eosinophilia 7/488 (1%) Abnormal urinalysis 7/488 (1%) Anaemia 7/488 (1%) Schistosomiasis (any species) 5/488 (1%) Dental problems 5/488 (1%) Fungal infections 3/488 (<1%) Scabies 2/488 (<1%) Upper respiratory tract infection	
Pace-Asciak, 2013 International Journal of Tb and Lung Disease 25	Tuberculosis among undocumented boat migrants to Malta: implications for a migrant tuberculosis policy	Retrospective population study	Malta	Africa and Asia	95 screened migrant 0 to 4 182 screened migrants 5 to 14 1516 screened migrants 15 to 24	1/95 positive for active or extrapulmonary TB aged 0 to 4 0/82 positive for active or extrapulmonary TB aged 5 to 14 13/1516 positive for active or extrapulmonary TB aged 15 to 24 All TB cases from African migrants (97% from Sub-Saharan africa, 3% from North-Africa, in all age groups)	
27. Paxton, 2012	Post-Arrival Health Screening in Karen Refugees in Australia	Prevalence or surveillance	Australia	Myanmar (Burma)	1136 karen refugees 134 under 6 202 6 to 11 years 168 12 to 17 632 18+	Under 18s Haematology and nutrition Low haemoglobin 58/495 (11%) Microcytosis 120/494 (24%) Macrocytosis 1/495 (0%) Neutropaenia 3/495 (,6%) Eosinophilia 65/494 (12%) Low ferritin 72/497 (14%) Low vitamin B12 4/395 (1,1%) Low folate 4/480 (,8%) Low vitamin A 8/406 (1,9%) Vitamin D <50 nmol/L 180/498 (36%) Vitamin D<25 nmol/L 21/498 (4,2%) High ALP 23/498 (4,6%) Hypocalcaemia 25/223 (11,2%) Other Low TSH 8/490 (1,6%)	Detailed breakdown by age group in article

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
						High TSH 2/490 (,4%) High ALT 20/498 (4,0%) Infectious diseases Hepatitis B sAg positive 12/243 (4,9%) Hepatitis B cAb positive 68/240 (28,3%) Hepatitis C positive 0/240 (0%) Schistosoma serology positive 22/504 (4,3%) Strongyloides serology positive 51/436 (11,7%) Malaria ICT positive 3/207 (1,4%) Malaria film positive 1/207 (,4%) Faecal specimen – any cysts/ova/parasites 242/479 (50,52%) Faecal pathogens 122/390 (31/3%) Urine Chlamydia DNA (12 to 17 years) 2/109 (1,8%) Quantiferon-goldH-positive 33/208 (15,8%) Vaccine preventable diseases Measles IgG positive 198/228 (86,8%) Mumps IgG positive 211/228 (92,5%) Rubella IgG positive (12-17) 50/59 (84,7%) Hepatitis B sAb positive 121/241 (50%) Hepatitis B cAb & sAb positive 43/121 (35,5) Hepatitis A IgG positive 159/239 (66,5%)	
28. Penrose, 2012	Vitamin D Deficiency Among Newly Resettled Refugees in Massachusetts	Prevalence or surveillance	USA	Iraq 28% Myanmar (Burma) 20% Bhutan 15% Other 37%	2610 resettled screened refugees 287 under 5 379 age 6 to 12 491 age 13 to 20	69% Vitamin D Deficient age 0 to 5 78% Vitamin D Deficient age 6 to 12 79% Vitamin D Deficient age 13 to 20	Estimated from Chart
29. Plotinsky, 2008 28	Risk factors for elevated bloodleadlevels among African refugeechildren in NewHampshire, 2004	Prevalence or surveillance	USA	Sub-Sahara Africa	93 African refugees screened	36/93 (39%) BLL2>10 mg/dL 14/93 (15%) BLL1 and BLL2 . 10 mg/dl Wasting 15/93 (16%) Stunting 45/93 (48%)	
30. Proue,	Blood Lead Screening	Prevalence or	USA	All	1256 screened children	72/1184 = 6,08% BLL>10 mg/dL	

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
2010	Among Newlay arrived refugee in Minnesota	surveillance			Under 6 years old		
31. Ramos, 2010	Health of resettled Iraqi refugees --- San Diego County, California, October 2007- September 2009	Prevalence or surveillance	USA	Iraq	5100 screened refugees 3047 adults 1876 children <18	1. Anemia in 9 month to 2 year old 9% (457/5100) Hgb <11,0 g/dL 2. Anemia in under 5 16,5% (89/540) Hgb <11,0 g/d 3. Glucosuria in age 4 to 18 1,5% (69/4755) ≥50 mg/dL 4. Elevated blood lead in under 5 pop 1,3% (5/372) ≥10 µg/dL 5. Acute malnutrition in under 5 pop 7,1% (23/322) Weight-for-height z-score <-2 6. Chronic malnutrition in over 5 pop 4,3% (14/329) Height-for-age z-score <-2 7. Obesity under 18 pop 2,5% (42/1687) 8. Hep B (HBsAg positive) 12 to 18 pop 0,7% (21/2957) 9. Intestinal parasite (all) in under 5 pop 22% (88/400) At least one positive sample from three stool ova and parasites tests 10. Syphilis in age 12 to 18 2,5% (8/323) Positive RPR and TP-PA or FTA-ABS	List with specific parasites available Syphilis only tested in those not tested abroad
32. Rungan, 2013 The Pediatric Infectious Disease Journal	Health Needs of Refugee Children Younger Than 5 Years Arriving in New Zealand	Retrospective	New Zealand	All countries Myanmar (135/343; 40%), Bhutan (n = 34/343; 10%), Afghanistan (n = 27/343; 8%), Congo (n = 22/343; 6%) and Eritrea (n = 14/343;	343 refugee children screened	0/343 Active TB 58/343 (17%) Positive TST test and referred to clinic 295/343 (86%) Latent TB (positive TST with no evidence of active disease) 38/343 (11%) positive for 1 or more stool parasites 22/38 giardia 6/38 ascaris 5/38 trichuris 2/38 Schistosomiasis 1% hep B	

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
				4%)Colombia (n = 44/343; 13%) Iraq (n = 24/343; 7%) Other 43/343		,06% hep c 50% Rubella serologic, immunity 59% Mesales serologic, immunity 68% immune to Heb B 33% iron deficiency (all countries) • ME (50%) and Africa (42%) (Asia 27%, Americas 20%) 2% hemoglobinopathies 15% (n = 41) vit D deficient • ME group (20%) • Asia group (19%) 7% in the Americas • 2% in the Africa groups	
33. Salehi, 2015	Health and growth status of immigrant and refugee children in Toronto, Ontario: A retrospective chart review	Retrospective chart review	Canada	Middle East, Central Asia 57 (27,1) Latin America and the Caribbean 48 (22,9) Sub-Saharan Africa 43 (20,5) South East Asia 26 (12,4) Eastern Europe 18 (8,6) Western Europe 10 (4,8) Indian sub-Continent 6 (2,9) United States 2 (1,0)	210 children 0 to 6	8,4% (n=14) height abnormalities 5,0% (n=9) weight abnormalities WHO Growth Standards 22,8% anemai 53,3% low ferritin 33,6% parasitic infection 2,5% hep B surface antigen present 4,9% lead levels above limit 0% HIV positive	
34. Scott, 2015 Morbidity and mortality	Hepatitis B screening and prevalence among resettled refugees- United States 2006-2011	Retrospective	USA	2,514 < 18 y Total = 6,175	39% Burma 10% Bhutan 13% Iraq 38% other	3,4 % chronic or acute Hep B inf 5,7% past infection 51,8 % no sign inf, but immune 0,4% past infection 33,3% no evidence of infection, no	

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
weekly report						immunity 9,5% current or past HBV infection	
35. Shah, 2014	Nutrition Status of Refugee Children Entering DeKalb County, Georgia	Surveillance	USA	555	Burma 48,3% Bhutan 30,0% Africa 15%	Anemia 99/555 = 17,7% African origin 22,6% Bhutan and Burma 20,1 to 14,2% 92/555 17,1% underweight <2SD 9/555 1,7 % underweight < 3 SD Stool parasites 127/555=23,7% African 34,6% Bhutan-Birma 20,9 to 24,4%	10 onths Bias du to
36. Sheikh, 2011	Vitamin D deficiency in refugee children from conflict zones	Retrospective	Australia	217 0 to 17 y	76 % Africa	Mild 25 to 50 40% (86/213) Moderate 13 to 25 19% (41/213) Severe <13 2% (5/213)	
37. Stauffer, 2012	Sexually transmitted infections in newly arrived refugees: is routine screening for Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis infection indicated?		USA	<5 years 2,882 children 15 to 25 years 8,836 children	Including adults: 1,4% middle east 4,3% eastern europe 27,9% Southeast Asia 66,4% SSA	<5; 5 to 15 Syphilis 0,2% to 0,6% Chlamydia 0% to 1% Gonorrhea 0% to 0,1% HIV 0,4% to 1,8%	145 persons known to be living with HIV were excluded, because they come on special waiver, this policy untill 2010, now has changed
38. Stellinga-Boelen, 2007	Iron deficiencie among children in Asylum seekers in The Netherlands	Cross-sectional study	Netherlands	122	44 Africa 36 central asia 42 Eastern Europe	16% iron deficity 10% anemia (4% due to iron deficiency and 6% due to thalassemia) Total of irondeficiency and IDA Africa 34% Central Asia 12% Eastern Europe 14% Sufficient dietary intake: 50% Thalassemia 7/122= 5,7% 4/32 Asia	Not upon entry Defintions of anemia and ferritin on page 592

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
						3/41 Afrika	
39. Stellinga-Boelen							
40. Taylor, 2016	Latent tuberculosis infection among immigrant and refugee children arriving in the United States 2010	Retrospective Surveillance	USA	Not known	13,395 refugee children 2 to 14 years	LTBI: 831 of 13,395 children = 6% 2 to 4 years: 77 of children 5 to 9 237 of 10 to 14 517 of children	May be we can not use? !Not known age distribution in the groups, not known: country of origin
41. Theuring, 2016	Screening for infectious diseases among unaccompanied minor refugees in Berlin, 2014-2015	Retrospective	Germany	Syria 40,1% SSA 15,5% Afganistan 13,1%	1248 UMR 0 to 17 years Median age 16 years	29,2 % intestinal parasites 5,2% schistosomiasis 1,7% hepatitis B (8,8% SSA) 0,4% malaria 1,4% anemia	Perfect table,
42. Trauer, 2011	Assessment and management of latent tuberculosis infection in a refugee population in the Northern Territory		Australia	Africa 59,2% Eastern Mediteranean 22,3% South East Asia 18,5%	471 458 tested 31,9% LTBI including adults	LTBI 0 to 5yrs 7/85 = 8,2% 5 to 14 29/151 = 19,2%	Mantoux > 10mm
43. Ugwu, 2007	Sero-epidemiology of hepatitis B among new refugees to Minnesota	Retrospective Surveillance	USA Minnesota	Africa Asia Europe	12,596 refugees	HbsAg+/HbsAb+/HBcAb+ Africa 0 to 10yrs 1,512 3,96%/20,5% 17,7% 11 to 20 4,261 8,45%/32,5% 41% Asia 0 to 10 y 110: 1,45%/20,9%/24% 11 to 20 y 140 5,77%/27,5%/40% Europe 0 to 10 y 707 1,12%/7,8%/2,4% 11 to 20 557 2,84%/11,6%/8,3%	HBsAg+ = Infection HBsAb+= Immunity HBcAb+` Past exposure
44. Varkey, 2007 Travel Medicine and Infectious Diseases	Intestinal parasitic infection among new refugees to Minnesota 1996-2001	Retrospective Surveillance	USA Minnesota	Africa, Asia, Europe	15,949 total group 0-5 yrs 1,585 6-18 yrs 5,998	Parasitic infection 0 to 5 years: 218/872 = 25% 6 to 18 years 1,023/4,185 = 24,4 Paragonimus 0,2% Clonorchis 0,4% Strongyloides 2,4%	Prevalence declines with the years The prevalence figures not specific about children but for the whole group

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
						Entamoeba histolytica 7,5% Schistosma 10,3% Hookworm 10,6% Ascaris 11,1% Giardia 30% Trichuris 37,6%	
45. Varkey, 2007 Journal of Travel Medicine	The epidemiology of Tuberculosis among primary refugee arrivals in Minnesota between 1997 and 2001	Retrospectiev surveillance	USA Minnesot a	13,866 refugees including children Africa 67,1% Europe 27% Asia 5,9% Southern/Cent ral America	4,699 < 19 years	Positive Mantoux >= 10mm 0 to 5 yrs: 149/879 = 17% 6 to 18 yrs 1,556/3,820 = 40,7% Including adults: Africa = 54,5% pos Mantoux Asia 39,8% Europe 43,1% Central America 50% Active tuberculosis 0 to 5 yrs: 4/1,272 = 0,3% 6 to 18 years= 41/5,371 = 0,8% Africa 1,1% Europe 0,2% Asia 0,6% South/central America 0%	Data on country of origin for the whole hgroup including adults
46. Walker, 2011	Vitamin B12 deficiency in resettled Bhutanese refugees--United States, 2008-2011	Prevalence or surveillance	USA	Bhutan	326 screened refugees 27 children	1. B12 deficient in under 15 0% (0/13) B12 <203 pg/mL 2. B12 deficient in under 15 7% (1/14) B12 <203 pg/mL	• SScreened at different locations
47. Walters, 2016	Early identification and linkage to care of foreign-born people with chronic hepatitis B virus infection, Multnomah county, Oregon 2012 to 2014	Retrospective, surveillance	USA	Origin not specified, Africa, East Asia, Middle East	407 children < 18 years	1,96% HBsAg	Limitations: unclear whether this result is refugee or foreign-born people reached through special campaigns
48. Wishart, 2007	Vitamin D deficiency in a multinational refugee population		New Zealand	Afghan	420	Insufficient Vit D 25-<50 nmol/l Deficient <25nmol/L Age 0 to 5: 26% insuff; 1% deficient	Calculations are not coorrect; in the introduction Total 869, but table 859; numebr of

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
						Age 6 to 10: 44% insufficient; 3% def Age 11 to 16: 46% insuff; 23% deficient 0 to 16 years: 41% Insufficient 0 to 16 years: 11% Deficient 148 afghan children 63% low vit D (see table)	children stated 433; in table 420??
49. Yanni, 2013	The Health Profile and Chronic Diseases Comorbidities of US-Bound Iraqi Refugees Screened by the International Organization for Migration in Jordan: 2007-2009	Retrospective, Surveillance	USA	Iraqi refugees	4,899 <15 years of age	Diabetes Age 0 to 2 0/867 Age 3 to 14 4/4,036 = 0,1% Overweight BMI 85 to <95% Age 2 to 19 820/5,734 = 14,3% Obesity 632/5,734 = 11% Underweight 572/5,734 = 10% G6PD 39,5/10,000 (all ages) Thalassemia (10,5/10,000) (carriers???)	I am not sure if this article is the right one to use
50. Yun, 2016	Increasing Hepatitis B Vaccine Prevalence among refugee children arriving in the United States, 2006-2012	Retrospective, surveillance	USA	Myanmar 55%; Somalia 21%, Iraq 9%, Bhutan 8%, Ethiopia 4%, Laos 2%	2,291	HBsAg, anti Hbs, antiHbC Pre-epi: 4,6%; post EPI 2,4%	I can't access the only table with the different prevalences per country
51. Yun, 2016	Health Profiles of Newly Arrived Refugee Children in the United States, 2006-2012	Retrospective observational	USA	Bhutan 12%, Burma via Thailand 30% , Burma via Malaysia 4%, DRC 3%, Ethiopia 7%, Iraq 9%, Somalia 35%	8,148 children	Bhutan: EBL ...; anemia 10,7%; hepB 0,7%; TB 16,1%; Strongyloides 1 to 6,2% Burma via Thailand: EBL....anemia 22,8%; HepB 4,6%; TB 10,4%; Strongyloides 1,5 to 8,7% Burma via Malaysia EBL...anemia 5,5%; HepB 0%; TB 17,9%; Strongyloides 2,5% DRC: EBL...anemia 14,4%; HepB 4,5%; TB 19,5%; Strongyloides 6,3% Ethiopia: EBL...anemia 16,3%; HepB 5,3%; TB 31,1%; Strongyloides 5,6% Iraq: EBL...anemia 5,6%; HepB 0,0%; TB 5,9%; Strongyloides 4,2-12,2% Somalia: EBL....anemia 21,4%; HepB 3,6%;	TB defined as positive Mantoux, or positive IGRA

Author Year	Title	Study Design and level of evidence (LE)	Reception country	Refugee Origin	Population	Results	Comments
						TB 28,5%; Strongyloides 0,5-4,9%	
52. Zabel, 2017	Implementation of CDC Refugee Blood lead testing guidelines in Minnesota	Prevalence or surveillance	USA	Somalia 30% Ethiopia 3%; Liberia 5%; Sierra Leone 1%; Laos 43%; Burma 18%	150 children <16 years	5 children = 3,3% with EBLL >10mcg/dl 3 from Somalia; 1 Sierra Leona; 1 Thailand Anemia: see table Of 150 children 9,3% Somalia 45/150= 13% Iron deficiency: 16/150 11% Low ferritine 29/150=19%	
53. Zwi, 2018	Journal of Tropical Pediatrics	Prevalence RS	Australai	45% African, SEE 29% Middle East 10%	376		Not all children tested??

Bijlage 5 Quality table systematic review medical screening of refugee children

No	Author, Year	Study type*	Study Population	Sample size**		Selection bias	Exposure	Outcome	Confounders	Score
1	Aldridge, 2016	p	+	+	18,729	+	+	+	+	S
2	Aldridge, 2016	P	+	+	15,468	+	+	+	+	S
3	Aucoin, 2013	CS	+	+	756	+	+	+	+	S
4	Belhassen, 2017	Pros	+	+	373	+	+	+	-	M
5	Belhassen, 2017	Pros	+	+	373	+	+	+	+	S
6	Bennet, 2014	P	+	+	546	+	+	+	+	S
7	Bennett, 2017	RS	+	+	2,422	+	+	+	+	S
8	Bottcher, 2015	CS	+	+	629	+	+	+	+	S
9	Brodine, 2009	CS	+	+	63	+	+	+	+	S
10	Cherian, 2010	CS	+	+	163	-	+	-	+	W
11	Dawson-Hahn, 2016	CS	+	+	512	+	+	+	+	S
12	Dawson-Hahn, 2010	CS	+	+	163	-	+	+	+	M
13	Dawson-Hahn, 2016	CS	+	+	982	+	+	+	+	S
14	Denburg, 2007	RS	-	-	36	+	+	+	+	M
15	DeVetten, 2017	RS	+	+	359	+	+	+	-	M
16	Gray, 2012	CS	+	+	328	-	+	+	+	M
17	Heudorf, 2016	CS	+	+	1,230	+	+	+	+	S
18	Heudorf, 2016	CS	+	+	119	+	+	+	+	S
19	Kotey, 2018	CS	+	+	1,950	+	+	+	-	M
20	Liu, 2009	CS	+	+	117,752	+	+	+	+	S
21	Lucas, 2010	Pros	+	+	524	+	+	+	+	S
22	Marquardt, 2016	CS	+	-	102	+	+	+	+	S
23	Mitchell, 2018	P	+	+	848	-	+	+	-	W
24	Mockenhaupt, 2016	CS	+	+	488	+	+	-	+	M
25	Ngo, 2018	CS	+	+	1,154	+	+	+	+	S
26	Pace-Asciak, 2013	RS	+	+	277	+	+	+	+	S
27	Paxton, 2012	RS	+	+	503	+	+	+	+	S
28	Penrose, 2012	CS	+	+	1,157	+	+	+	+	S
29	Plotinsky, 2008	RS	+	+	93	+	+	+	+	S
30	Proue, 2010	RS	+	+	1,256	+	+	+	+	S
31	Ramos, 2010	RS	+	+	1,876	+	+	+	+	S
32	Rungan, 2013	RS	+	+	343	+	+	+	+	S
33	Salehi, 2015	RS	+	+	210	+	+	+	+	S

No	Author, Year	Study type*	Study Population	Sample size**		Selection bias	Exposure	Outcome	Confounders	Score
34	Scott, 2015	RS	+	+	2,514	+	+	+	+	S
35	Shah, 2014	RS	+	+	555	+	+	+	+	S
36	Sheikh, 2011	RS	+	+	213	-	+	+	+	S
37	Stauffer, 2011	RS	+	+	1,685	+	+	+	+	S
38	Stellinga, 2007	RS	+	+	122	+	+	-	-	W
39	Stellinga, 2007	LS	+	+	135	+	+	-	-	W
40	Taylor, 2016	RS	+	+	13,395	+	+	+	+	S
41	Theuring, 2016	CS	+	+	1,248	+	+	+	+	S
42	Trauer, 2011	RS	+	+	236	+	+	+	+	S
43	Ugwu, 2007	RS	+	+	4,214	+	+	+	+	S
44	Varkey, 2007	RS	+	+	5,057	+	+	+	+	S
45	Varkey, 2007	RS	+	+	4,699	+	+	+	+	S
46	Walker, 2011	RS	+	+	27	-	+	+	-	M
47	Walters, 2016	RS	+	+	407	-	+	-	+	W
48	Wishart, 2007	RS	+	+	420	+	+	+	+	S
49	Yanni, 2013	RS	+	+	5,734	+	+	+	+	S
50	Yun, 2016	RS	+	+	2,291	+	+	+	+	S
51	Yun, 2016	RS	+	+	8,148	+	+	+	+	S
52	Zabel, 2017	RS	+	+	150	+	+	+	+	S
53	Zwi, 2018	CS	+	+	376	+	+	+	+	S

* study type: RS = retrospective; LC = longitudinal cohort study, CS = cross-sectional study, Pros = Prospective study

Explanation score: S = strong; no weak ratings (-/?), M = moderate; one weak rating, W = weak; two or more weak ratings

Bijlage 6 Criteria van Junger en Wilson

Criteria van Wilson en Jungner (1968)	
1	De op te sporen ziekte moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn.
2	Er moet een algemeen aanvaarde behandelingsmethode voor de ziekte zijn.
3	Er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn voor diagnose en behandeling.
4	Er moet een herkenbaar latent of vroeg symptomatisch stadium van de ziekte zijn.
5	Er moet een betrouwbare opsporingsmethode bestaan.
6	De opsporingsmethode moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
7	Het natuurlijke verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn.
8	Er moet overeenstemming bestaan over de vraag wie behandeld moet worden.
9	De kosten van opsporing, diagnostiek en behandeling moeten in een acceptabele verhouding staan tot de kosten van de gezondheidszorg als geheel.
10	Het proces van opsporing moet een continu proces zijn en niet een eenmalig project.

Aanvullende criteria opgesteld door de WHO (2008)	
1	Het screeningsprogramma moet inspelen op een erkende behoefte.
2	Het doel van de screening moet bij aanvang zijn vastgesteld.
3	De doelgroep van de screening moet zijn vastgesteld.
4	De effectiviteit van het screeningsprogramma moet wetenschappelijk bewezen zijn.
5	Het programma moet een samenhangend geheel zijn van opleiding, scholing, testpraktijk, zorg en programmamanagement.
6	De kwaliteit van het programma moet geborgd zijn om de potentiële risico's van screening te minimaliseren.
7	Het programma moet garanties bieden voor geïnformeerde keuze en de privacy en de autonomie van het individu respecteren.
8	De toegankelijkheid van de screening moet gewaarborgd zijn voor de hele doelgroep.
9	Het programma moet vanaf het begin geëvalueerd worden.
10	De voordelen van de screening moeten opwegen tegen de mogelijke nadelen van de screening.

Bijlage 7 Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg voor asielzoekerskinderen 0 tot 18 jaar

(<https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheidszorg-asielzoekers-pga/publicaties/publicatie/1506-basispakket-jeugdgezondheidszorg-voor-asielzoekerskinderen-0-18-jaar>)

Instroom contactmomenten asielzoekerskinderen

'Leeftijd' of moment voor contactmoment	Verantwoordelijke functie	Inhoud contactmomenten asielzoekerskinderen
Alle instromers 0 tot 18-jarigen binnen de centrale opvang	Jeugdarts Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Intake: jeugdverpleegkundige/verpleegkundig specialist. Medisch onderzoek: jeugdarts. Groei/ontwikkeling: motorisch, relaties, omgaan met andere kinderen. Voeding en verzorging. Functies: psychosociale ontwikkeling, emotioneel functioneren, sociaal functioneren. Opsporing stoornissen: visuele stoornissen, perceptief gehoorverlies, congenitale hartafwijkingen. Start vaccinatieprogramma: vaststellen (inhaal)programma. Inschatten zorgbehoefte: opvoeding, veiligheid, risicotaxatie (draagkracht/draaglast). Inschatten voorlichtingsbehoefte: voorlichting, advies Screeningen: visus- en gehoor test uitvoeren.
0 tot 18-jarigen	Jeugdarts Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	RVP: het vastgestelde (inhaal-) vaccinatieprogramma uitvoeren.

Contactmomentenschema asielzoekerskinderen

'Leeftijd' of moment voor contactmoment	Verantwoordelijke functie	Inhoud contactmomenten asielzoekerskinderen
1 ^e week	Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Screeningen Hielprik screening (HS) Neonatale gehoorscreening (NGS)
2 ^e week huisbezoek	Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Algemene anamnese Sociaal milieu Inschatten zorgbehoefte: opvoeding, veiligheid, risicotaxatie (draagkracht/draaglast) Inschatten voorlichtingsbehoefte: voorlichting, advies, instructie en begeleiding Bepalen risicogroepen Gehoorscreening: zo nodig herhaling Dossiervorming o Voorlichting, advies, instructie en begeleiding
4 ^e week	Jeugdarts Verpleegkundig specialist	Algemene anamnese, specifiek: • controle aangeboren/erfelijke afwijkingen; • uitdiepen anamnese; • medische achtergrond. Groei Autorisatie RVP
8 ^e week (6 tot 9 weken)	Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	RVP Groei
3 maanden	Jeugdarts Verpleegkundig specialist	RVP Groei Niet in NL geboren kinderen tot 6 maand HS en NGS

'Leeftijd' of moment voor contactmoment	Verantwoordelijke functie	Inhoud contactmomenten asielzoekerskinderen
4 maanden	Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	RVP Groei Ontwikkelingsonderzoek Niet in NL geboren kinderen tot 6 maand HS en NGS
6 maanden	Jeugdarts Verpleegkundig specialist	Functies , specifiek: • voedingsadviezen; • mondgedrag. Ontwikkeling , specifiek: • motoriek ontwikkeling; • spraak/taal ontwikkeling.
7,5 maanden	Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Groei Ontwikkelingsonderzoek Vroegtijdige onderkenning visusstoornissen
9 maanden	Jeugdarts Verpleegkundig specialist	RVP Groei
11 maanden	Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	RVP Groei
14 maanden	Jeugdarts Verpleegkundig specialist	RVP Groei Ontwikkelingsonderzoek Afsluiting zuigelingen periode Inschattingen zorg peuterperiode
18 maanden	Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Functies , specifiek: • opvoedingsvragen; • pedagogische observatie; • anticiperende voorlichting.
2 jaar	Jeugdarts Verpleegkundig specialist	Groei Ontwikkelingsonderzoek , specifiek: • spraak en taal. Functies , specifiek: • opvoedingsvragen
3 jaar	Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Ontwikkelingsonderzoek , specifiek: • spraak en taal. Functies , specifiek: • opvoedingsvragen; • pedagogische observatie. Opsporing visuele stoornissen
3,9 jaar	Jeugdarts Verpleegkundig specialist	RVP Groei Bepalen ontvangen zorg Opsporing visuele stoornissen
5 jaar PGO	Jeugdarts Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Groei/ontwikkeling : • motorisch; • relaties; • omgaan met andere kinderen; • spraak en taal. Functies : • psychosociale ontwikkeling; • emotioneel functioneren; • sociaal functioneren. Opsporing : • visuele stoornissen. Inschatten zorgbehoefte : • opvoeding; • veiligheid; • risicotaxatie (draagkracht/draaglast). Inschatten voorlichtingsbehoefte : • voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
7 jaar PGO	Jeugdarts Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	De jeugdverpleegkundige bepaalt het soort onderzoek, afhankelijk van de zorgvraag. Inschatten zorgbehoefte

'Leeftijd' of moment voor contactmoment	Verantwoordelijke functie	Inhoud contactmomenten asielzoekerskinderen
		Inschatten voorlichtingsbehoefte Voorlichting, advies, instructie en begeleiding
9 jaar	Jeugdarts Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	RVP
10 jaar PGO	Jeugdarts Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Groei , specifiek: • houdingsafwijking. Ontwikkeling , specifiek: • psychosociale ontwikkeling; • emotioneel functioneren; • sociaal functioneren. Gedrag , specifiek: • pesten/geweld. Inschatten zorgbehoefte: • opvoeding; • veiligheid; • risicotaxatie (draagkracht/draaglast). Inschatten voorlichtingsbehoefte: • voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
12 jaar	Jeugdarts Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	RVP meisjes
12/13 jaar PGO	Jeugdarts Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Groei , specifiek: • (lichamelijke) afwijkingen. Ontwikkeling , specifiek: • pubertijd. Gedrag , specifiek: • schoolverzuim; • vrijetijdsbesteding; • omgang met leeftijdsgenoten. Inschatten zorgbehoefte: • opvoeding; • veiligheid; • risicotaxatie (draagkracht/draaglast). Inschatten voorlichtingsbehoefte: • voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
15/16-jarigen PGO	Jeugdverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Groei , specifiek: • (lichamelijke) afwijkingen. Ontwikkeling , specifiek: • pubertijd. Gedrag , specifiek: • leefstijl; • schoolverzuim; • vrijetijdsbesteding; • omgang met leeftijdsgenoten; • seksualiteit; • weerbaarheid. Inschatten zorgbehoefte: • opvoeding; • veiligheid; • risicotaxatie (draagkracht/draaglast). Inschatten voorlichtingsbehoefte • voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
Contactmoment op indicatie	0 tot 4-jarigen: Jeugdarts en Verpleegkundig specialist 4 tot 18-jarigen: Jeugdarts, Jeugdverpleegkundige, Verpleegkundig specialist	Contactmoment op indicatie: • voorlichting, advies, instructie en begeleiding • Verhelderen problematiek/hulpvraag, kortdurende begeleiding; • verwijzing naar (zorg)ketenpartner/1e lijn zorgverlening/2e lijn zorgverlening.

GGD GHOR Nederland/PGA, november 2017

BP JGZ asielzoekerskinderen 0 tot 18 jaar

Bijlage 8 Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES)-13, kindversie

Vragenlijst voor het screenen op posttraumatische stressklachten bij kinderen van 8 tot 18 jaar

Achtergrond

De CRIES-13 is een vragenlijst waarmee gescreend wordt op posttraumatische stressklachten bij kinderen. De vragenlijst bestaat uit 13 items en is geschikt voor kinderen van 8 tot 18 jaar. Er is een kind- en ouderversie beschikbaar. LET OP! Er bestaat ook een verkorte versie, genaamd CRIES-8. De CRIES-8 bestaat uit acht items. De vijf items van de subschaal verhoogde prikkelbaarheid zijn weggelaten. Van de CRIES-8 is vooralsnog alleen een kindversie beschikbaar. De diagnostische efficiëntie van de CRIES-13 was enigszins beter dan van de CRIES-8. Om deze reden wordt het gebruik van de CRIES-13 aanbevolen ten opzichte van het gebruik van de CRIES-8. Bovendien kost de afname van de vijf extra vragen op de CRIES-13 weinig extra tijd en levert dit relevante klinische informatie op ten aanzien van de aanwezige verhoogde prikkelbaarheid.

Introductie

Het wordt sterk aanbevolen om de vragenlijst door het kind te laten invullen in de aanwezigheid van een professional en/of hulpverlener. Laat kinderen de inleiding zelf lezen of lees deze voor indien het kind moeite heeft met begrijpend lezen. Benadruk dat het om de afgelopen zeven dagen gaat. De vragenlijst wordt ingevuld met de nare gebeurtenis in gedachten. Als kinderen meer nare gebeurtenissen hebben meegemaakt, laat dan de vragen invullen voor de gebeurtenis die het kind als meest vervelend heeft ervaren of waarvan het kind het meeste last heeft.

Scoren

De lay-out van de vragenlijst is zo ingedeeld dat de score direct achter elke vraag kan worden ingevuld (in het witte vakje), waarbij:

- helemaal niet = 0
- zelden = 1
- soms = 3
- vaak = 5

Er zijn drie subschalen, te weten:

- herbeleving (H) = item 1 + 4 + 8 + 9
- vermijding (V) = item 2 + 6 + 7 + 10
- verhoogde prikkelbaarheid (P) = item 3 + 5 + 11 + 12 + 13

De score voor elke subschaal kan onderaan elke kolom worden opgeteld. De som van alle subschalen geeft de totaalscore.

Betrouwbaarheid en validiteit

De score op de CRIES-13 kan worden gezien als een continue score, oftewel hoe hoger de score, hoe meer het kind last heeft van posttraumatische stressklachten. Bij een totaalscore van 30 of hoger is er een verhoogd risico op een posttraumatische stress stoornis (PTSS) en wordt verdere diagnostiek en/of behandeling aanbevolen. Onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de CRIES-13 heeft

plaatsgevonden onder leiding van het AMC, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie en het Traumacentrum van de Bascule te Amsterdam. Resultaten staan beschreven in Verlinden (2014). Voor vragen kunt u contact opnemen met Eva Verlinden en/of Ramón Lindauer via verlinden.eva@gmail.com of 020-8901 000.

CRIES-13 kindversie

Hieronder staat een aantal uitspraken over dingen die je kunt doen als er iets schokkends of heel naars is gebeurd. Kruis het hokje aan dat aangeeft hoe vaak dit voor jou gold in de afgelopen zeven dagen. Als de uitspraak helemaal niet voor kwam in die tijd, kruis je het hokje "helemaal niet" aan.								
Naam:				Datum:				
		Helemaal niet	Zelden	Soms	Vaak	H	V	P
1.	Denk je er aan zonder dat je het wilt?							
2.	Probeer je het uit je hoofd te zetten?							
3.	Vind je het moeilijk ergens met je aandacht bij te blijven of je te concentreren?							
4.	Komen er plotseling hele sterke gevoelens bij je op?							
5.	Schrik je sneller of voel je je zenuwachtiger dan voor het gebeurde?							
6.	Blijf je uit de buurt van dingen die je eraan herinneren (bijv. plaatsen of situaties)?							
7.	Probeer je er niet over te praten?							
8.	Zie je er plotseling beelden van in je hoofd?							
9.	Doen andere dingen je er steeds aan denken?							
10.	Probeer je er niet aan te denken?							
11.	Ben je snel geïrriteerd?							
12.	Ben je over-voorzichtig of op je hoede ook als er geen duidelijke reden voor is?							
13.	Heb je slaapproblemen?							

© Children and War Foundation, 1998; vertaling M. Olff, 2005

Bijlage 9 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Strengths and Difficulties Questionnaire/Sterke Kanten en Moeilijkheden Vragenlijst voor Ouders

Wilt u alstublieft voor iedere vraag een kruisje zetten in het vierkantje voor "niet waar", "een beetje waar" of "zeker waar". Het is van belang dat u alle vragen zo goed mogelijk beantwoordt, ook als u niet helemaal zeker bent of als u de vraag raar vindt.
Wilt u alstublieft uw antwoorden baseren op het gedrag van uw kind in de laatste zes maanden.

Naam van uw kind: _____	☐ jongen ☐ meisje	Geboortedatum: ____/____/____ dag maand jaar
School: _____		
Datum: ____/____/____ dag maand jaar		

Mijn kind:	niet waar	een beetje waar	zeker waar
1. Houdt rekening met gevoelens van anderen	☐	☐	☐
2. Is rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten	☐	☐	☐
3. Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid	☐	☐	☐
4. Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld speelgoed, snoep, potloden, enz.)	☐	☐	☐
5. Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	☐	☐	☐
6. Is nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	☐	☐	☐
7. Is doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	☐	☐	☐
8. Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	☐	☐	☐
9. Is behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	☐	☐	☐
10. Is constant aan het wiebelen of wriemelen	☐	☐	☐
11. Heeft minstens één goede vriend of vriendin	☐	☐	☐
12. Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	☐	☐	☐
13. Is vaak ongelukkig, in de put of in tranen	☐	☐	☐
14. Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	☐	☐	☐
15. Is gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	☐	☐	☐
16. Is zenuwachtig of zich vastklappend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	☐	☐	☐
17. Is aardig tegen jongere kinderen	☐	☐	☐
18. Liegt of bedriegt vaak	☐	☐	☐
19. Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	☐	☐	☐
20. Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)	☐	☐	☐
21. Denkt na voor iets te doen	☐	☐	☐
22. Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen	☐	☐	☐
23. Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	☐	☐	☐
24. Is voor heel veel bang, is snel angstig	☐	☐	☐
25. Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	☐	☐	☐

Heeft u opmerkingen?

Hieronder niet schrijven

7835098774

ZOZ: Er staan nog een paar vragen aan de andere kant

Denkt u over het geheel genomen dat uw kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

Nee	Ja, kleine moeilijkheden	Ja, duidelijke moeilijkheden	Ja, ernstige moeilijkheden
☐	☐	☐	☐

Als u "Ja" heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?

- Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

korter dan een maand	één tot vijf maanden	zes tot 12 maanden	meer dan een jaar
☐	☐	☐	☐

- Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?

helemaal	een beetje	tamelijk	heel erg niet, maar
☐	☐	☐	☐

- Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden?

	helemaal	een beetje	tamelijk	heel erg niet, maar
thuis	☐	☐	☐	☐
vriendschappen	☐	☐	☐	☐
leren in de klas	☐	☐	☐	☐
activiteiten in de vrije tijd	☐	☐	☐	☐

- Belasten de moeilijkheden u of het gezin als geheel?

helemaal	een beetje	tamelijk	heel erg niet, maar
☐	☐	☐	☐

Dank u wel voor uw medewerking

In te vullen door de arts of verpleegkundige van de JGZ

Wit	=	Pro-sociaal gedrag	 pnt
Rood	=	Emotionele problemen	 pnt
Geel	=	Gedragsproblemen	 pnt
Groen	=	Probl. leeftijdsgenoten	 pnt
Blauw	=	Hyperactiviteit	 pnt

SDQ Totaalscore: pnt

Bijlage 10 Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL)

OPVOEDINGSBELASTING VRAGENLIJST

VERSIE VOOR OUDERS VAN JEUGDIGEN VAN 0 T/M 18 JAAR

☐ MAN

☐ VROUW

☐ MOEDER
☐ STIEFMOEDER
☐ ADOPTIEFMOEDER
☐ PLEEGMOEDER
☐ BEIDE OUDERS

☐ VADER
☐ STIEFVADER
☐ ADOPTIEFVADER
☐ PLEEGVADER
☐ ANDER



Naam jeugdige:				
Geboortedatum:				
Geslacht:				
Invuldatum:				
Meetmoment:				
Deze vragenlijst is ingevuld door:				
Toelichting Hierna volgen 34 uitspraken over hoe u uw kind ervaart, hoe u met uw kind omgaat, hoe u zichzelf voelt en over uw gezondheid. We vragen u per uitspraak aan te geven in hoeverre deze voor u geldt door een van de cijfers 1 tot en met 4 te omcirkelen.				
Voorbeeld	Geldt niet helemaal	Geldt een beetje	Geldt	Geldt behoorlijk
Het opvoeden van mijn kind is een lastige taak	1	2	③	4
Deze cijfers hebben de volgende betekenis: 1. De uitspraak geldt niet voor mij. 2. De uitspraak geldt een beetje voor mij. 3. De uitspraak geldt behoorlijk voor mij. 4. De uitspraak geldt helemaal voor mij.				
Omcirkel voor elke uitspraak het antwoord dat volgens u het meest van toepassing is. Denk niet te lang na, uw eerste indruk is meestal de beste. Er zijn geen goede of foute antwoorden mogelijk. Als u denkt een vergissing gemaakt te hebben, dan zet u een kruis door dat antwoord en omcirkelt u alsnog het juiste antwoord. Vergeet niet dat uw antwoord steeds betrekking heeft op een en hetzelfde kind. Wilt u alle uitspraken beantwoorden?				

	Uitspraak	Geldt niet helemaal	Geldt een beetje	Geldt	Geldt behoorlijk
1	Ik voel me gelukkig met mijn kind.	1	2	3	4
2	Mijn kind luistert naar mij.	1	2	3	4
3	Ik heb plezier in het leven.	1	2	3	4
4	Door de opvoeding van mijn kind kom ik te weinig aan mezelf toe.	1	2	3	4
5	Ik voel me vrolijk als mijn kind bij mij is.	1	2	3	4
6	Als mijn kind boos wordt dan kan ik het kalmeren.	1	2	3	4
7	Ik voel me gelukkig.	1	2	3	4
8	Door mijn kind kom ik weinig toe aan andere dingen.	1	2	3	4
9	Ik heb een tevreden gevoel over mijn kind.	1	2	3	4
10	Ik heb controle over mijn kind.	1	2	3	4
11	Soms zie ik het nut van het leven niet in.	1	2	3	4
12	Ik zou vaker vrienden en kennissen willen bezoeken maar dat gaat niet vanwege mijn kind.	1	2	3	4
13	Met mijn kind voel ik me prettig.	1	2	3	4
14	Ik ben geduldig met mijn kind.	1	2	3	4
15	Ik voel me vaak prettig.	1	2	3	4
16	Ik heb vanwege mijn kind minder contact met mijn vrienden dan vroeger.	1	2	3	4
17	Als mijn kind bij mij is voel ik me rustig.	1	2	3	4
18	Ik ga gemakkelijk met mijn kind om.	1	2	3	4
19	Ik heb vaak een slechte bui.	1	2	3	4
20	Ik kan door mijn kind heel weinig van huis weg.	1	2	3	4
21	Ik geniet van mijn kind.	1	2	3	4
22	Ik weet dat ik het als opvoeder goed doe.	1	2	3	4
23	Ik heb een hekel aan mezelf.	1	2	3	4
24	Ik heb door mijn kind weinig contacten met andere mensen.	1	2	3	4
25	Ik kan mijn kind goed corrigeren als dat nodig is.	1	2	3	4
26	Ik heb een positief gevoel over mijn toekomst.	1	2	3	4
27	Ik heb een opgezet of drukkend gevoel in mijn maagstreek.	1	2	3	4
28	Ik heb het gevoel dat ik moe ben.	1	2	3	4
29	Ik heb pijn in mijn borst of hartstreek.	1	2	3	4
30	Ik heb pijn in mijn maagstreek.	1	2	3	4
31	Ik voel me slaperig of suffig.	1	2	3	4
32	Ik heb benauwdheid op mijn borst.	1	2	3	4
33	Mijn maag is van streek.	1	2	3	4
34	Als ik 's morgens opsta dan ben ik moe en niet uitgerust.	1	2	3	4

DIT IS HET EINDE VAN DE VRAGENLIJST. HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN!