

Leidraad nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen door kinderartsen



INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

FINANCIERING

De ontwikkeling van deze leidraad is mede gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Colofon

Leidraad nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen door kinderartsen

© 2022

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Mercatorlaan 1200

3528 BL Utrecht

088 282 3306

richtlijnen@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

Samenvatting van de aanbevelingen	4
Algemene Inleiding	8
Inleiding	8
Aanleiding	10
Doelen en doelgroep	11
Werkwijze	12
Knelpuntenanalyse	13
Uitgangsvragen	15
Wetenschappelijke onderbouwing	15
Patiëntenperspectief	16
Implementatie	17
Juridische betekenis	17
Herziening	17
Literatuur	18
Hoofdstuk 1 Evidence-based medisch nieuwkomersonderzoek vluchtelingenkinderen	20
Inleiding	20
Bespreking van de literatuur	20
Conclusie	32
Overige overwegingen	33
Internationaal beleid	33
Aanbevelingen	34
Literatuur	36
Hoofdstuk 2 Psychosociaal functioneren van vluchtelingenkinderen	40
Psychische problemen bij vluchtelingenkinderen	40
Bespreking van de literatuur	41
Conclusie	48
Aanbevelingen	49
Literatuur	50
Hoofdstuk 3 Kwaliteit en continuïteit van zorg	53
Bespreking van de literatuur	53
Conclusie	57
Aanbevelingen	57
Literatuur	59
Bijlage 1 Personen betrokken bij eerdere versies	60
Bijlage 2 Afkortingen en definities	62
Bijlage 3 Anamnese checklist	64
Bijlage 4 Prevalenties infectieziekten	67
Bijlage 5 Intake en lichamelijk onderzoek door de JGZ	68
Bijlage 6 Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES)-13, kindversie	70
Bijlage 7 Voorlichting voor (ouders van) patiënten	72
Bijlage 8 Kennislacunes	74
Bijlage 9 Een onverzekerd kind op het spreekuur	75

Samenvatting van de aanbevelingen

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

Wees bewust van gezondheidsverschillen die kunnen bestaan tussen vluchtelingenkinderen en in Nederland geboren kinderen.

Het nieuwkomersonderzoek door kinderartsen voor vluchtelingenkinderen is op de volgende gebieden:

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

De kinderarts verricht bij vluchtelingenkinderen met verhoogde gezondheidsrisico's en op indicatie aanvullend onderzoek, afhankelijk van de regio van herkomst en de klachten.

Overweeg op basis van klachten bloedonderzoek voor	bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit		
	Afrika	Azië	Midden-Oosten
Hb, MCV en ferritine	✓	✓	✓
Hb-typering middels HPLC methode (sikkelcelziekte en bèta-thalassemie)	✓	✓	✓
hepatitis B virus Hbs-Ag, anti-Hbs en anti-HBc (vóór vaccinatie);	✓	✓	✓
hepatitis C-virus antistoffen, anti-HCV	✓	✓	
Treponema pallidum antistoffen (syfilis)	✓	✓	
hiv serologie	✓		
latente tuberculose: IGRA (interferon-gamma release assay)	✓	✓	✓
Schistosomiasis en Strongyloides stercoralis antistoffen	✓	✓	
Vitamine D 25-OH	✓	✓	✓

Andere onderzoeken (bloed, urine, feces) op indicatie	bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit		
	Afrika	Azië	Midden-Oosten
indien ijzerebreksanemie -> behandelen; na drie maanden opnieuw testen; indien laag MCV zonder ijzerebrek -> test op alfa thalassemie met DNA-diagnostiek (PCR-methode)	✓	✓	✓
G6PD-enzym activiteit: op indicatie (anamnese (geelzucht/bloedtransfusies) of positieve familie anamnese	✓	✓	✓
actieve tuberculose door de tuberculose bestrijding. Let op: indien IGRA negatief, dan geen X-thorax nodig; alleen kinderen uit hoogrisico landen worden gescreend; cave gezinshereniging; op indicatie op basis van klachtenpatroon	✓	✓	✓
bij koorts: screenen op malaria	✓	✓	✓
hepatitis C, anti-HCV			✓
chlamydia en gonococcen bij seksueel actieve jongeren	✓	✓	✓
hiv serologie bij seksueel actieve jongeren of bij 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 histolytica); Helicobacter pylori antigen en éénmaal 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 -> screen op MRSA volgens protocol van de zorginstelling. Screenen op MRSA van alle vluchtelingenkinderen is niet geïndiceerd (LCI draaiboek Asielzoekers)	✓	✓	✓

Wat moet de kinderarts weten over psychosociaal functioneren van een vluchtelingenkind?

De kinderarts heeft bij de anamnese aandacht voor gedrag en functioneren en vergewist zich of door de JGZ en/of andere betrokken jeugdprofessionals onderzoek is gedaan hiernaar. De kinderarts vraagt zonodig deze gegevens op en verwijst indien nodig naar een jeugdprofessional voor verdere diagnostiek.

- 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.
- Bij problemen met gedrag en functioneren is eerst *een gerichte anamnese* op zijn plaats. Hiervoor kan *een jeugdprofessional* worden ingeschakeld. Deze kan de problemen in kaart

brengen, en aanvullende vragenlijsten inzetten. 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 OBVL voor opvoedingsstress bij ouders en de SDQ voor breder psychosociaal functioneren en gedragsproblemen.

- Bij interventies en ondersteuning zijn de eerste stappen: psycho-educatie en acute stress verminderen.
- 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. Een volledig gestabiliseerde situatie is GEEN voorwaarde voor een traumabehandeling. Dezelfde behandelopties dienen te worden aangeboden als bij reguliere patiënten.

Hoe kan de kinderarts de kwaliteit en continuïteit van zorg het beste waarborgen als de patiënt een vluchtelingenkind is en wie kan de kinderarts daarbij betrekken?

Kinderartsen dienen op een cultuursensitieve wijze om te gaan met vluchtelingen-kinderen. Zij bejegenen hen en hun ouders respectvol, met interesse en belangstelling. Een kinderarts is zich bewust van de eigen cultuurbepaalde waarden en normen en in staat eigen communicatie aan te passen.

Het verdient aanbeveling een training te volgen op het gebied van cultuursensitief werken en communiceren.

Het is van belang om kindvriendelijk te werken. Kinderartsen betrekken een kind bij wat er gaat gebeuren en waarom, en vragen om toestemming. Kinderartsen communiceren voor zover mogelijk met beeldmateriaal en passend bij de leeftijd van het kind.

Maak bij een taalbarrière gebruik van een *professionele tolk* in de communicatie met vluchtelingenkinderen en hun ouders.

Voor de continuïteit van zorg is het belangrijk een onderscheid te maken tussen:

Subgroep vluchtelingenkinderen	Verantwoordelijke zorgverleners
1. kinderen in asielprocedure die verblijven op een COA-opvanglocatie / asielzoekerscentrum	- Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA) in opdracht van COA - JGZ in opdracht van COA
2. kinderen met een verblijfsstatus die niet (meer) in de asielprocedure zitten, verblijvend op een COA-opvanglocatie of in een gemeente. Inclusief nareizigers of uitgenodigde vluchtelingen	Reguliere zorg (JGZ, huisarts, 2 ^e en 3 ^e lijn)
3. ongedocumenteerde kinderen	Reguliere zorg (JGZ, huisarts, 2 ^e en 3 ^e lijn)

Overplaatsingen van kinderen van de ene naar de andere locatie in de asielopvang vormen een bedreiging voor de continuïteit en de kwaliteit van zorg.

Wanneer een kind met een complexe zorgbehoefte toch wordt overgeplaatst, neemt de behandelend kinderarts contact op met het Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland (via www.ekann.nl). Het EKANN team beoordeelt de complexiteit van de zorgbehoefte en neemt indien noodzakelijk contact op met het COA.

De kinderarts verwijst alle vluchtelingenkinderen die nog geen intake bij de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) hebben gehad, naar de JGZ voor deze intake. Deze bestaat uit een uitgebreide anamnese, volledig lichamelijk onderzoek, aanvullende vaccinaties en - op indicatie - doorverwijzing naar eerste of tweede lijn.

Dossievorming is een kwetsbare schakel in de zorg voor vluchtelingenkinderen. Bundel binnen het (GZA-) huisartsendossier alle beschikbare, relevante informatie van de JGZ en specialistische zorg.

Bij verwijzing van een kind naar de kinderarts, stuurt de jeugdarts of (GZA-)huisarts het dossier mee.
Indien het dossier bij de kinderarts onbekend is, vraagt de kinderarts gegevens van de JGZ en GZA op, en maakt een zorgplan op maat.

Praktische informatie

Tolken voor kinderen in de COA-opvang / asielzoekerscentra worden verzorgd door Acolad /Livewords, telefoon **020 380 81 82**.

Tolken voor kinderen die niet (meer) in de COA-opvang zitten, kunnen worden aangevraagd via Global Talk, telefoon **088 25 55 222**. Ga de regeling na in uw ziekenhuis.

Voor meer informatie over inzet van tolken in de zorg, zie zoschakeltueentolkin.nl, een website van de Johannes Wier Stichting.

Neem voor intercollegiaal overleg met de jeugdgezondheidszorg voor kinderen in de asielprocedure contact op met het landelijk PGA team van GGD GHOR Nederland pga@ggdghor.nl. Zij verwijzen naar de verantwoordelijke JGZ-organisatie.

Neem voor intercollegiaal overleglij met huisartsen contact op met de Praktijklijn GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA): **088 1122 113**. Dit nummer is 24 uur per dag bereikbaar.

Het digitale huisartsendossier van de GZA is beschikbaar voor kinderen die in asielzoekerscentra verblijven of daar hebben verbleven.

Kinderartsen kunnen met een [toestemmingsformulier](#) het GZA-huisartsen dossier (GezondheidsZorg Asielzoekers) opvragen.

Algemene Inleiding

Inleiding

Vluchtelingenkinderen hebben door hun herkomst en geschiedenis specifieke verhoogde gezondheidsrisico's, zoals anemie (Stellinga-Boelen, 2007), hemoglobinopathie (Stellinga-Boelen, 2007), hepatitis B (Sweitzer, 2015) en hepatitis 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

Sinds 2014 is de totale asielinstroom in Nederland - eerste asielaanvragen, herhaalde asielaanvragen en nareizigers - ongeveer 30.000 per jaar, met uitzondering van het piekjaar 2015 toen er bijna 59.000 asielverzoeken waren (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021; Vluchtelingenwerk Nederland 2021). In 2020 was de instroom lager.

Vluchtelingen uit Syrie vormen de grootste groep, gevolgd door burgers uit Eritrea, Irak, Somalië, Afghanistan en Iran, maar ook uit Algerije, Marokko en Turkije (CBS, 2021). Eén op de drie asielzoekers is kind, onder wie een aanzienlijk aantal alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv's). De amv's zijn met name afkomstig uit Eritrea, Afghanistan en Syrië (COA, 2018).

Tabel 1 Totaal aantal asielverzoeken, aantal kinderen (0-18 jaar) en amv's per jaar

Jaar	Totaal aantal asielverzoeken en nareizigers	Aantal kinderen (0 tot 18 jaar)	Aantal amv's
2020	19.132	2.950	986
2019	29.435	5.200	1.045
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

Bron: CBS, 2021; Vluchtelingenwerk Nederland, 2021.

Van 2014 tot en met 2018 kwamen jaarlijks gemiddeld zo'n 10.000 vluchtelingenkinderen naar Nederland, met in 2015 een record aantal van 19.000 kinderen, onder wie 3.859 reizend zonder een ouder (amv's). Het gaat om 6% tot 11% van het aantal kinderen dat jaarlijks in Nederland wordt geboren, zo'n 170.000. In 2019 en 2020 nam het aandeel kinderen af.

Publieke gezondheidszorg asielzoekers (PGA)

Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) en jeugdgezondheidszorgorganisaties (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 publieke gezondheidszorg omvat hiermee jeugdgezondheidszorg voor kinderen tussen 0 en 18 jaar, tuberculosebestrijding en gezondheidsbevordering voor alle

asielzoekers ongeacht leeftijd. 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.

Jeugdgezondheidszorg voor asielzoekerskinderen

De JGZ-organisatie waarvan het werkgebied de gemeente van de COA-opvanglocatie omvat, zijn verantwoordelijk voor de JGZ voor deze doelgroep.

Binnen 6 weken na aankomst in Nederland krijgen alle jeugdigen van 0-18 jaar een verpleegkundige intake aangeboden door de jeugdverpleegkundige met daaropvolgend binnen 3 weken een medisch onderzoek door de jeugdarts of verpleegkundig specialist. Met noodzakelijke aanvullende vaccinaties volgens het Rijksvaccinatieprogramma wordt uiterlijk binnen 4 weken na het medisch onderzoek gestart.

Het doel van de verpleegkundige intake is het verkrijgen van inzicht in de gezondheidssituatie, gezondheidsgeschiedenis, het opgroeien en de ontwikkeling van het kind in zijn of haar omgeving. De verpleegkundige intake is het startmoment voor het monitoren van de gezondheid, groei en ontwikkeling van het asielzoekerskind en van individuele gezondheidsvoorlichting. Tijdens de verpleegkundige intake wordt ook de groeimeting en de screening van visus en gehoor uitgevoerd.

Kinderen jonger dan 6 maanden krijgen neonatale screening - hielprik en gehoorscreening - aangeboden.

Tijdens de intake komen de volgende punten aan bod:

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

Deze intake vindt plaats met behulp van een (telefonische) tolk. Zie verder bijlage 5, tabel 1 voor de onderwerpen die aan bod komen.

Het medisch onderzoek is een verdieping van de verpleegkundige intake, inclusief psychisch welbevinden en psychiatrische problematiek. Daarnaast wordt een volledig lichamelijk onderzoek uitgevoerd, een vaccinatieplan opgesteld en bij voorkeur direct gestart met vaccineren (zie bijlage 5, tabel 2). Het Rijksvaccinatieprogramma kent een goed bereik en een hoge vaccinatieacceptatie in de groep asielzoekerskinderen. De DKTP vaccinatiegraad van in Nederland geboren kinderen in een AZC is 95%, van kinderen jonger dan 4 jaar bij aankomst in Nederland 72% en van kinderen ouder dan 4 jaar na aankomst is dit 57% (Nutma, 2019). Bij de intake van asielzoekerskinderen wordt niet standaard gebruik gemaakt van psychosociale screeningsvragenlijsten.

Na de intake voert de JGZ periodieke gezondheidsonderzoeken uit op basis van leeftijd en ontwikkeling zoals bij alle kinderen in Nederland. Ook biedt JGZ contactmomenten aan op indicatie. De JGZ is gericht op het normaliseren en voert korte preventieve interventies uit. Indien nodig betrekken zij andere zorgprofessionals bij de gezamenlijke zorg of verwijzen zij door.

Met de huidige werkwijze spoort de JGZ onder andere afwijkende groei op, visusproblemen (zoals strabisme, amblyopie), kno-problemen, huidafwijkingen, hart- en luchtweg problematiek, heupdysplasie, spraaktaalachterstand, voedingsproblemen, syndromen en ontwikkelingsachterstanden. De focus van de JGZ ligt op het gezonde kind in zijn ontwikkeling en met name op preventie, het vroegtijdig signaleren en voorkomen van problemen, veiligheid en lichte pedagogische problematiek, vooral gericht op normaliseren.

Huisartsenzorg voor asielzoekers

Gezondheidszorg Asielzoekers (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).

Nareizigers

Een statushouder is een persoon die een (tijdelijke) vergunning tot verblijf in Nederland heeft. Kinderen die in het kader van gezinshereniging naar Nederland komen, worden ook wel aangeduid als nareizigers. Zij moeten zich binnen drie dagen na aankomst 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 sprake is van 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 de eigen huisarts. De organisatie die de maatschappelijke begeleiding in de gemeente uitvoert, zoals de lokale vluchtelingenwerk of het wijkteam, 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

De voornaamste aanleiding tot het ontwikkelen van deze leidraad is om kinderartsen van de meest relevante en evidence-based kennis te voorzien om op maat nieuwkomersonderzoek uit te voeren voor een vluchtelingenkind.

In verschillende landen bestaat een standaard medische screening bij binnenkomst in het gastland, waaronder de Verenigde Staten (Centres for Disease Control and Prevention, 2017; Yun, 2016), Australië (Australian Society for Infectious Diseases, 2018) en Denemarken (Frederiksen, 2021). In deze landen zijn richtlijnen voor vluchtelingen(kinderen) ontwikkeld.

In Nederland gebeurt een intake en lichamelijk onderzoek door verpleegkundigen en jeugdartsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (JGZ), maar zonder eventuele afname van bloed, urine of feces. Daarom is onderzocht hoe kinderartsen op indicatie het aanvullend nieuwkomersonderzoek uitvoeren bij vluchtelingenkinderen.

Uitdagingen

De zorg voor vluchtelingenkinderen kent uitdagingen, zowel medisch, psychosociaal als voor wat betreft organisatie van de zorg. Er bestaan gezondheidsverschillen op medisch-somatisch en psychosociaal vlak tussen vluchtelingenkinderen en in Nederland geboren kinderen.

In Nederland wordt [prenataal](#) gescreend op enkele infectieziekten. Na de geboorte krijgen kinderen binnen een week een hielprik en een gehoorscreening; met het [hielprik](#) onderzoek worden enkele ernstige, zeldzame aangeboren ziekten opgespoord. Onderzoek naar deze ziekten vindt bij vluchtelingenkinderen niet plaats wanneer ze eenmaal in Nederland zijn, behalve aan kinderen die jonger zijn dan zes maanden bij binnenkomst. Bij hen wordt de hielprik uitgevoerd.

Vluchtelingenkinderen hebben verhoogde gezondheidsrisico's, bijvoorbeeld op bloedarmoede, infectieziekten, voedingsdeficiënties, onder- en overgewicht, en een incomplete vaccinatiestatus. Ook bepaalde syndromen en tandheelkundige problemen komen vaker voor, evenals grotere risico's op het gebied van seksuele gezondheid. Daarnaast hebben zij een verhoogde kans op psychische en psychosociale problemen door condities in het land van herkomst, tijdens de vlucht en na aankomst in Nederland.

Tot slot is de organisatie van de zorg voor hen een knelpunt, in het bijzonder de aansluiting van de publieke gezondheidszorg op de curatieve zorg.

Voor kinderartsen is vaak niet duidelijk welke route zij moeten bewandelen bij opvragen van gegevens over een vluchtelingenkind, verslaglegging en eventuele doorverwijzing. Dit is namelijk afhankelijk van de juridische verblijfsstatus van deze kinderen. We kunnen hierbij drie groepen onderscheiden. Hieronder die groepen en de verantwoordelijke zorgverleners of instanties:

Subgroep vluchtelingenkinderen	Verantwoordelijke zorgverleners
1. kinderen in asielprocedure die verblijven op een COA-opvanglocatie / asielzoekerscentrum	Gezondheidszorg Asielzoekers (GZA) in opdracht van COA JGZ in opdracht van COA
2. kinderen met een verblijfsstatus die niet (meer) in de asielprocedure zitten, verblijvend op een COA-opvanglocatie of in een gemeente. Inclusief nareizigers of uitgenodigde vluchtelingen	Reguliere zorg (JGZ, huisarts, 2 ^e en 3 ^e lijn)
3. ongedocumenteerde kinderen	Reguliere zorg (JGZ, huisarts, 2 ^e en 3 ^e lijn) Zie Hoofdstuk 7

Deze verschillende type uitdagingen leiden tot een laatste knelpunt: wie coördineert de zorg indien nodig? Op dit moment is dit bij niemand belegd. Vooral bij kinderen met complexe zorgvragen levert dit onnodige problemen op, omdat de zorg, de aansluiting tussen domeinen en de financiering van de zorg steeds anders geregeld en georganiseerd is.

Doelen en doelgroep

Het doel van deze leidraad is om de zorg voor vluchtelingenkinderen van 0 tot 18 jaar te verbeteren, korte- en langetermijneffecten van gezondheidsverschillen en gezondheidsproblemen bij hen zo veel mogelijk te voorkomen. De leidraad is bedoeld voor kinderartsen, zodat zij weten wat ze moeten doen en wat andere zorgprofessionals doen met vluchtelingenkinderen. Met de leidraad kan de samenwerking in de keten worden verbeterd en is gezondheidswinst voor vluchtelingenkinderen te behalen.

Deze leidraad geeft een indicatie van welke problemen zich kunnen voordoen op medisch-somatisch en psychosomatisch vlak bij vluchtelingenkinderen.

Meer specifiek is het doel om aanbevelingen te doen voor:

1. het optimale evidence-based nieuwkomersonderzoek voor opsporen van medisch-somatische problematiek bij vluchtelingenkinderen met specifieke gezondheidsrisico's;
2. adequate en efficiënte organisatie van de zorg voor vluchtelingenkinderen en waarborging van de kwaliteit en continuïteit.

Daarnaast bevat deze leidraad veel inhoudelijke kennis en praktische informatie, nodig voor kinderartsen in verband met samenwerking in de keten.

Werkwijze

Samenstelling werkgroep

Aanvankelijk was het de bedoeling een multidisciplinaire richtlijn te ontwikkelen. Daartoe zijn in de periode 2017-2019 een werkgroep en klankbordgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van belanghebbende beroepsgroepen, organisaties en cliëntenverenigingen die bij de zorg voor vluchtelingenkinderen betrokken zijn. Ook hebben enkele deskundigen op specifieke thema's hun advies gegeven. Alle betrokken werkgroep-, klankbord- en adviesgroepleden staan vermeld in bijlage 1.

Doel was het ontwikkelen van een richtlijn voor al deze zorgprofessionals die werken met vluchtelingenkinderen vanaf de nulde tot en met de derde lijn, met de JGZ als basis. In 2020 werd de eerste versie van de richtlijn opgeleverd. Deze had echter onvoldoende steun bij GGD GHOR en ActiZ. De Jeugdartsen Nederland (AJN) en de Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN) hebben vervolgens hun eerdere autorisatie ingetrokken. De ontwikkeling heeft toen enige tijd stilgelegen, inhoudelijke- en implementatiebezwaren waren onoverkomelijk ondanks overleg en aanpassingen.

In 2021 is na het formeel terugtrekken van vier belangrijke partijen besloten om het document om te vormen tot de voorliggende leidraad, uitsluitend bedoeld voor kinderartsen in de tweede en derde lijn, maar die niet zonder de input van alle personen vermeld in Bijlage 1 opgesteld had kunnen worden.

Methode richtlijnontwikkeling

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 leidraad 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 nog steeds de basis van deze leidraad.

De werkgroepleden schreven teksten voor de conceptrichtlijn of gaven feedback op de tekst. Tijdens vergaderingen lichtten werkgroepleden teksten toe en bespraken zij samen de tekst. De conceptrichtlijn is op 23 mei 2019 aan de (wetenschappelijke) beroepsverenigingen en klankbordgroep voorgelegd voor commentaar en op 24 december 2019 voor autorisatie. Begin 2020 hebben de AJN en de V&VN hun autorisatie ingetrokken. Dit heeft ervoor gezorgd dat de insteek van dit document is veranderd. Aanvankelijk was de opzet om alle kinderen die als vluchteling naar Nederland komen, een uitgebreide medische screening te laten ondergaan bij de JGZ in de vorm van een nieuwkomersonderzoek, inclusief bloed, urine en/of feces onderzoek. In de huidige leidraad wordt het nieuwkomersonderzoek door kinderartsen uitgevoerd, uitsluitend op indicatie van klachten, voor vluchtelingenkinderen die naar een kinderarts zijn verwezen. Drie uitgangsvragen vormen de basis van deze leidraad. De overige hoofdstukken bevatten kennis en achtergrondinformatie die noodzakelijk of nuttig zijn voor kinderartsen om te weten, in de samenwerking tussen hen en ketenpartners.

Knelpuntenanalyse

Bij het ontwikkelen van deze leidraad is begonnen met het in kaart brengen van de ervaren knelpunten in de zorg voor vluchtelingenkinderen. Voor de knelpuntenanalyse zijn verschillende methoden gebruikt: registraties van kinderartsen, enquêtes onder jeugdartsen van Jeugdartsen Nederland (AJN), individuele interviews met artsen en verpleegkundigen, en focusgroepinterviews met ouders van vluchtelingenkinderen en alleenstaande minderjarige vluchtelingen.

Knelpunten ervaren door kinderartsen, jeugdartsen en andere zorgverleners

Kinderartsen konden van 2015 tot begin 2020 problemen in de zorg voor vluchtelingenkinderen melden bij het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde. Dit is een online registratiesysteem. Voor de knelpuntenanalyse zijn de problemen geanalyseerd (Baauw, 2018; Kanis, 2021).

In deze periode waren de meest genoemde knelpunten:

- frequente verhuizingen van vluchtelingenkinderen tussen verschillende asielzoekerscentra;
- onbekende medische voorgeschiedenis;
- slechte overdracht/uitwisseling van medische gegevens;
- lage gezondheidsvaardigheden van ouders en vluchtelingenkinderen;
- culturele verschillen.

Frequente verhuizingen en een onbekende medische voorgeschiedenis zijn de meest 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 vervolgfafspraak 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. Ook 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.

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 jeugdgezondheidszorg voor vluchtelingenkinderen hadden te maken met voorzieningen, gezondheidsvaardigheden, communicatie tussen zorgverleners en tijdsgebrek:

- 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;
- ouders zijn vaak nog met hun eigen proces bezig en hebben geen oog voor wat hun kind nodig heeft;

Veel zorgprofessionals vonden dat de huidige structuur van de zorg adequaat was voor vluchtelingenkinderen in asielzoekerscentra, maar dat logistieke problemen de effectiviteit belemmeren (Slattery, 2018). Zorgprofessionals tonen zich bezorgd over vluchtelingenkinderen die rechtstreeks in de gemeenten 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.

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.

Voor zorgverleners is niet altijd duidelijk 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 focusgroepinterviews gehouden met ouders (N=23) van vluchtelingenkinderen en amv's (N=8) over de gezondheidszorg en de toegang tot de zorg. Het doel van deze studie 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. De vluchtelingenouders hadden in totaal 98 kinderen, variërend van één tot twaalf kinderen per gezin (Baauw et al., nog ongepubliceerd).

De ouders 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 wachtlijsten 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 deze ouders vaak onduidelijk waar zij de nodige informatie over hun zorgbehoefte kunnen vinden of bij wie ze hiervoor precies moeten zijn.

De ouders hebben vaak weinig vertrouwen in huisartsen en verpleegkundigen 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.

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

De ouders 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.

Amv's kunnen zich een intake bij de JGZ niet herinneren. Wel de aanvullende vaccinaties die zij kregen. Een enkeling dacht een oproep te hebben gehad, maar zei niet te weten hoe en waar te gaan en bovendien niet goed te durven. Amv's ervaren behoefte aan een uitgebreidere screening, zowel medisch als psychisch. Door de stress die zij voelen, zijn ze bang om een dokter te bezoeken, ook al ervaren ze klachten. Een persoon die hen zou kunnen begeleiden om de stap te nemen naar een dokter te gaan zou hen helpen.

Uitgangsvragen

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

1. Wat is voor de kinderarts het meest geschikte evidence-based medisch nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen?
2. Wat moet de kinderarts weten over psychosociaal functioneren van een vluchtelingenkind?
3. Hoe kan de kinderarts de kwaliteit en continuïteit van zorg het beste waarborgen als de patiënt een vluchtelingenkind is en wie kan de kinderarts daarbij betrekken?

Wetenschappelijke onderbouwing

De leidraad 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).

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).

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; Kanis, 2021). Diepte-interviews werden gehouden met jeugdartsen en kinderartsen naar hun visie over het nieuwkomersonderzoek (Slattery, 2017). Focusgroepinterviews met ouders van vluchtelingenkinderen en amv's werden gehouden in 2018 (Baauw, nog ongepubliceerd).

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), evenals de EU richtlijn [Health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA](#) (2015) zijn meegenomen in de overige overwegingen. Behalve in PubMed, is naar bestaande richtlijnen gezocht in de databases van het [National Institute for Health and Care Excellence](#) (NICE), [National Guideline Clearing House](#), [Center for Disease Control](#), [Cochrane library](#) en de Nederlandse [richtlijndatabase](#).

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 patiënten voorkeuren (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 leidraad 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 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, noch op de vraag wie het nieuwkomersonderzoek 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 was dat er grote kennislacunes bestaan op het gebied van fysieke en mentale gezondheid van vluchtelingenkinderen in Nederland. Alle adviezen en aanbevelingen in deze leidraad zijn derhalve gebaseerd op systematic reviews uit andere landen en expert opinions.

Continuïteit van zorg

Er is een aantal domeinen geïdentificeerd die de continuïteit van zorg beïnvloeden. Overplaatsingen van kinderen binnen 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 (leren) 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

Het perspectief van patiënten / cliënten is op meerdere manieren meegenomen in deze leidraad. Ten eerste door de samenstelling van de werkgroep en klankbordgroep. Eén lid van de werkgroep en enkele leden van de klankbordgroep zijn zelf in hun jeugd als vluchteling naar Nederland gekomen. Zij (hebben) ervaren waar een vluchteling tegenaan loopt in (de toegankelijkheid van) de gezondheidszorg. Sommigen van hen werken als sleutelpersoon gezondheid voor statushouders. Deze sleutelpersonen 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 en doen dat nu, na een training of opleiding, in Nederland; zij kunnen dus verschillende perspectieven innemen. Zij helpen gemeenten 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 focusgroepinterviews afgenomen met ouders van vluchtelingenkinderen in een asielprocedure en met alleenstaande minderjarige vluchtelingen, uit tien verschillende

herkomstlanden. Zij zijn bevestigd over hoe zij de zorg en de toegang tot de zorg in Nederland ervaren. De resultaten hiervan zijn meegenomen in de knelpuntenanalyse.

Implementatie

De volgende activiteiten zullen worden ondernomen om deze leidraad bekend te maken en te verspreiden.

- De leidraad zal na vaststelling worden opgenomen op de website van de [Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde NVK](#) en is daarmee beschikbaar voor kinderartsen.
- De leidraad zal na vaststelling worden gepubliceerd op de website van de [Expertisegroep Global Child Health](#), onderdeel van de NVK en van de Nederlandse Vereniging van Tropengeneeskunde (NVTG).
- Een nieuwsbericht over de leidraad zal verzonden worden aan alle betrokken organisaties van deze en eerdere versies.

Het Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland ([EKANN](#)) versterkt sinds begin 2022 samenwerking in de keten ten behoeve van de gezondheid van vluchtelingenkinderen en beoogt zorgprofessionals die werken met vluchtelingenkinderen en -jongeren geneeskundige expertise te bieden en hun deskundigheid te vergroten. Het EKANN heeft vier functies:

- Signaleren
- Adviseren
- Onderwijs en Wetenschap
- Netwerkfunctie

Artsen kunnen bij EKANN terecht voor advies omtrent de zorg voor vluchtelingenkinderen en het signaleren van knelpunten hierin. EKANN kan hierdoor een belangrijke signaleringsfunctie uitoefenen en verzamelt daarmee landelijk knelpunten in de zorg voor vluchtelingenkinderen centraal. Tevens faciliteert EKANN regionale netwerken om de samenwerking van ketenpartners in de zorg voor vluchtelingenkinderen (kinderarts, huisarts en jeugdarts) te versterken. Tot slot vervult EKANN een belangrijke functie als expertisecentrum door middel van de verspreiding van kennisdocumenten en de ontwikkeling van onderwijs en onderzoek.

Juridische betekenis

Deze leidraad is geen wettelijke voorschrift, maar biedt, waar mogelijk op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde, inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig gemotiveerd afwijken van de aanbevelingen in deze leidraad.

Financiering

Dit document heeft vooral een medische inhoud. Het is opgesteld onder verantwoordelijkheid van de beroepsgroep. Eventuele financiële consequenties zijn daarbij niet genegeerd, maar zijn bij het ontwikkelen van het document niet leidend. Het document beschrijft goede zorg en geldt daarmee in beginsel als norm voor het handelen.

Herziening

In 2027 wordt beoordeeld of de inhoud van deze leidraad nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de leidraad te herzien. De geldigheid van de leidraad 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 Pediatie*. 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.
- Frederiksen NW, Christoffersen NM, Haugaard AK, et al. Health screening among children newly granted asylum in Denmark. *Acta Paediatr*. 2021;110:2389-2395. <https://doi.org/10.1111/apa.15879>
- 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>.
- Kanis A. Barriers in healthcare of refugee children by pediatricians in the Netherlands. A surveillance cohort study. University of Amsterdam, Master Thesis Medicine / Amsterdam UMC, Department of Public and Occupational Health, January 2021.
- 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%20nieuwkomen%20de%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.
- RIVM. Wat verstaan we onder preventie? Bilthoven: RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidenzorginfo/wat-preventie#!node-wat-verstaan-we-onder-preventie> Geraadpleegd op september 2021.
- 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.
- Vermeulen G, Slinger K, Zonneberg I, Drijfhout I, Appels R. Het Rijksvaccinatieprogramma voor asielzoekers, 2018. <https://www.rivm.nl/rijksvaccinatieprogramma-voor-asielzoekers> Geraadpleegd oktober 2021.
- 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.

Hoofdstuk 1 Evidence-based medisch nieuwkomersonderzoek vluchtelingenkinderen

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de uitgangsvraag:

Wat is voor de kinderarts 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 gezondheidszorg-behoeften hebben (Yun, 2016). Ondanks het feit dat zij 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, kinderarts of andere medische specialist. De intake door de JGZ-professional is uitgebreid en biedt veel informatie, er blijft echter een achterstand ten opzichte van in Nederland geboren kinderen bij wie de antenatale screening en het hielprikonderzoek een groot aantal gezondheidsrisico's adresseert. Tevens is er een achterstand ten opzichte van het [medisch onderzoek](#) bij buitenlandse adoptiekinderen.

In Nederland kan het medische onderzoek van vluchtelingenkinderen worden afgestemd op de gezondheidstoestand van vluchtelingenkinderen uit verschillende regio's, voor zover bekend uit onderzoek in meerdere gastlanden. In dit hoofdstuk bespreken we kennis over de prevalentie van:

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

Bespreking van de 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 één van de negen gastlanden kwamen (Australië, Nieuw Zeeland, de VS, Canada, Duitsland, Malta, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Nederland). De meeste gegevens zijn beschikbaar over kinderen afkomstig uit landen in 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 zijn studies uitgesloten met data van huisartsenposten, ziekenhuizen of Travel Clinics. In totaal werden 53 studies geïncludeerd (zie tabel 1 en bijlage 4).

Tabel 1 Schattingen van wereldwijde prevalenties (%) and 95% betrouwbaarheidsintervallen van enkele aandoeningen bij vluchtelingen kinderen bij aankomst in receptielanden (Baauw, 2019)

	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 mol/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 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 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 2 Anemie en genetische aandoeningen van de rode bloedcellen (NVK sectie kinderhematologie)

Hemoglobinoopathiën 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.

Anemie komt vaak voor bij vluchtelingenkinderen. Kinderen jonger dan vijf jaar zijn het meest vatbaar voor anemie (Yun, 2016). Naarmate de leeftijd stijgt, komt anemie minder vaak voor (Marquardt, 2016; Theuring, 2016). Recidiverende infecties en ijzergebrek zijn veelvoorkomende oorzaken. Ook erfelijke rode bloedcelziekten, zoals hemoglobinoopathiën en enzymdeficiënties van de rode bloedcel kunnen leiden tot bloedarmoede. Gegevens over erfelijke rode bloedcelziekten waren schaars en vertegenwoordigden een breed scala zoals sikkelcelziekte, sikkelceldragerschap, 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 Sub-Sahara Afrika (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 3 Geschatte prevalenties (%) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (%) van anemie en hemoglobinoopathie bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit verschillende regio's (Baauw, 2019)

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	[8,7-19,7]		[0,5-32,0]	[5,4 - 10,8]	[4,2-28,5]	[0,7 -12,6]
Studies	14	1	2	2	4	4
N	14.632	83	3.385	396	5.060	2.170
Hemoglobinoopathie en G6PD deficiëntie	3,7%	7,3%			16,0%	0,1%
95% CI	[0,2 -10,5]				[8,0 -26,0]	
studies	4	1	0	0	2	1
N	5.400	41			68	4.899

Concluderend, vluchtelingenkinderen 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. Er moet gedacht worden aan een alfa thalassemie wanneer een microcytaire anemie niet verbetert na drie

maanden ijzersuppletie en de ijzerstatus goed is. Bij verdenking van een alfa thalassemie raden we aan DNA diagnostiek in te zetten. 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 analyse van een Hb-pathie worden verricht indien geen of onvoldoende response op ijzersuppletie.

G6PD-deficiëntie is een enzymdeficiëntie, erfelijke aandoening van de rode bloedcel (en behoort niet tot HbP). Het is X-gebonden, dus deficiëntie komt voornamelijk voor bij jongens/mannen. 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. Het advies is om alleen te testen als er familiale belasting is of een voorgeschiedenis met geelzucht of een bloedtransfusie.

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.

Informatie over chronische hepatitis-B-infectie bij vluchtelingenkinderen is gebaseerd op 16 studies van in totaal 19.196 kinderen (zie tabel 1 in bijlage 3). 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%). De prevalentie van hepatitis B onder Syrische en Irakese kinderen is dan ook laag (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).

Wereldwijd worden jonge kinderen vaker gevaccineerd, daarom is de prevalentie bij jonge kinderen lager dan bij oudere kinderen, vooral bij kinderen uit Zuid-Oost Azië (zie tabel 4).

Tabel 4 Prevalentie (%) van hepatitis B (HBsAg+) bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit Azië per leeftijdscategorie en betrouwbaarheidsinterval (%) (Baauw, 2019)

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

De hoogste endemiciteit van hepatitis C werd gevonden bij (Noord-)Afrikaanse kinderen, 2,1% onder 384 kinderen, waarvan 3% onder kinderen uit Egypte (Denburg, 2017; Lucas, 2010; Paxton, 2012; Rungan, 2013; Zwi, 2018). Amv's afkomstig uit Noord-Afrika hebben eveneens een verhoogde kans. De geschatte prevalentie onder Eritreeërs is 2,3%.

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

Antistoffen tegen andere ziekten waarvoor vaccinaties beschikbaar zijn, hoeven niet te worden bepaald. Aanvullend vaccineren is kosteneffectiever dan het doen van antistof-bepalingen.

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-geïnfekteerde 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.

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.

Gegevens over hiv onder vluchtelingen in Nederland zijn zeer summier. Uit een studie onder zwangere asielzoekers blijkt een hiv prevalentie van 2,3% onder vrouwen afkomstig uit Afrika (Goosen, 2009). Bij 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.

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 vluchtelingenkinderen 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 geïnfekteerd raken, omdat men in aanraking is gekomen met onbehandelde of niet ontdekte [tuberculosepatiënten](#).

In Nederland worden kinderen die afkomstig zijn uit landen waar tbc veel voorkomt bij binnenkomst in Ter Apel gescreend op tbc en/of latente tuberculose infectie (LTBI) volgens [de richtlijnen van de KNCV](#).

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, zie tabel 1 in bijlage 3. In Nederland werd bij 28 van de 32.444 gescreende kinderen <18 jaar [actieve tbc](#) gevonden, een prevalentie van 0,086%. Negentien 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. Wolters (2019) maakt melding van 34.000 kinderen die via een 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 (zie tabel 1 in bijlage 3). De prevalentie van LTBI nam toe met de leeftijd (Bennet, 2017, Lucas, 2010, Paxton, 2012, Yun, 2016).

In Nederland wordt bij elke asielzoeker uit een hoogrisicoland gescreend op actieve tuberculose. Uit deze systematic 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 LTBI middels een IGRA.

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 vaccinatieprogramma infectieziekte. Hieruit blijkt dat de vaccinatiegraad van Syrische kinderen sterk verminderd is de laatste tien jaar. Uit onderzoek onder asielzoekerskinderen geboren van 2008 tot en met 2013, die vóór februari 2015 geregistreerd waren door de COA, bleek een hoge DKTP vaccinatiegraad onder de kinderen geboren in Nederland (95%), maar een lagere onder de kinderen geboren in het buitenland (72% van de kinderen jonger dan 4 jaar bij aankomst, 57% van de kinderen ouder dan 4 jaar bij aankomst in Nederland). De vaccinatiegraad voor de in het buitenland geboren kinderen is waarschijnlijk een onderschatting, door onvolledige registratie van in het buitenland ontvangen vaccinaties in het landelijke vaccinatieregister Praeventis (Nutma, 2019).

Schistosomiasis was hoog-endemisch bij kinderen uit Afrika, met name kinderen uit SSA (positieve antistoffen bij 21,7%). De 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, zie tabel 1 in bijlage 3). Als kinderen behandeld zijn, kan de serologie nog positief blijven. Het is zinvol om op schistosomiasis 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.

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). Strongyloides is 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.

Vijftien 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.

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.

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). 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 van malaria veroorzaakt door andere plasmodium species die tot jaren na terugkomst kunnen opvlammen.

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 laag, 15% (Bottcher, 2015).

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).

Ontwikkeling

In de EU richtlijn [Health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA](#) uit 2015, is een hoofdstuk opgenomen om de ontwikkeling van vluchtelingenkinderen te evalueren. Het is vergelijkbaar met het Van Wiechenschema, dat de JGZ hanteert. Het blijft een uitdaging om de ontwikkeling van vluchtelingenkinderen te beoordelen, 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. Leeftijdsbepaling 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 uit 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 lichaamslengte beïnvloeden. Onder andere: erfelijkheid, 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 bekend dat chronische ziekten de groei beïnvloeden, maar ook emotionele, psychische en sociale factoren beïnvloeden de lengtegroei.

In Nederland worden kinderartsen regelmatig geconfronteerd met de vraag naar de actuele leeftijd van een vluchtelingenkind. De rol van de kinderarts is om risicokinderen te identificeren en om zorg af te stemmen op het individuele kind, niet om een leeftijd te bepalen.

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 allerlei factoren bij vluchtelingenkinderen 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.

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% had obesitas.

Vitame D-deficiëntie

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.

Risicofactoren voor vitamine D-deficiëntie zijn een donkere huidskleur, onvoldoende zonlichtexpositie (denk aan gesluisde tienermeisjes), nierinsufficiëntie en adipositas. Vitamine D-tekorten komen zeer frequent voor en zijn vaak ernstig tot zeer ernstig. Vitamine D wordt in sommige asielzoekerscentra 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. Indien toch besloten wordt een hoge dosering te geven (bij tekenen van rachitis, lage plasma waarde of vermoeden van therapie ontrouw) dan geldt het volgende advies: 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 vitamine D-streefwaarde hangt af van beoogde doel. De gezondheidsraad geeft als advies 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 fracturen ([Stichting Transmurale zorg](#), 2014; [Gezondheidsraad](#), 2012).

Niet-overdraagbare aandoeningen en chronische ziekten

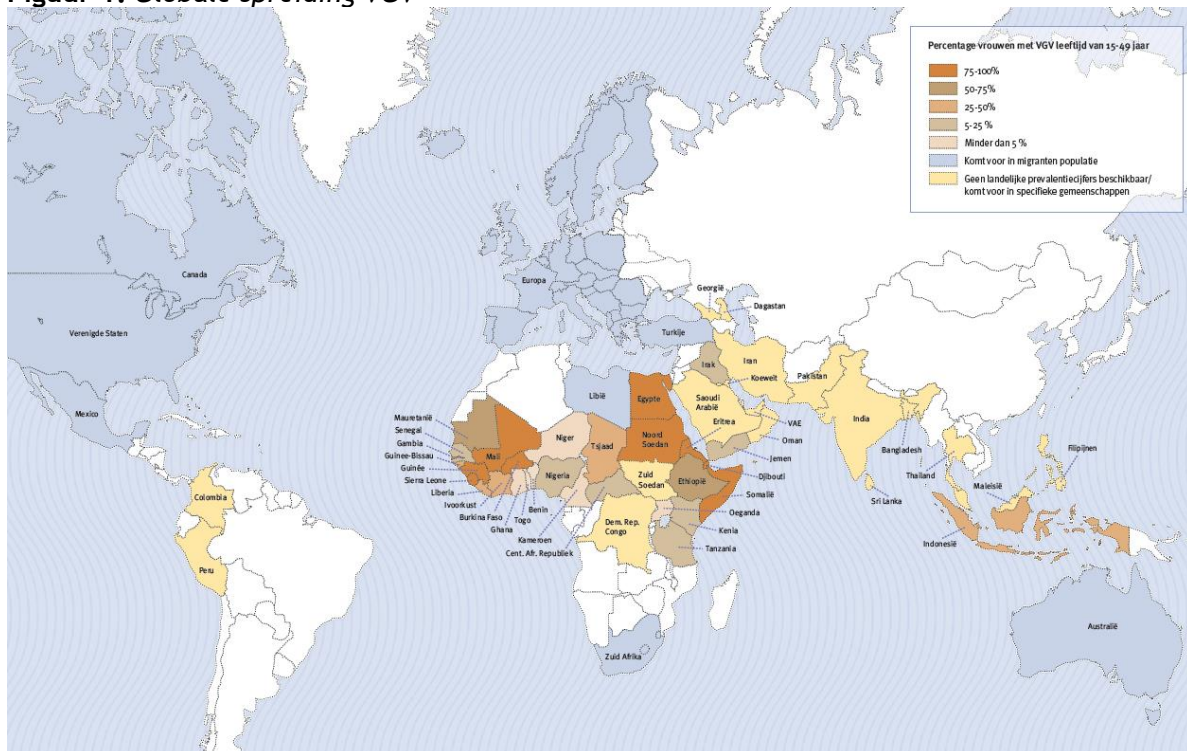
Chronische niet overdraagbare aandoeningen komen vaak voor bij vluchtelingen (Yun, 2012). Hieronder bespreken we enkele specifieke aandoeningen, ziekten en verminkingen.

Vrouwelijke genitale verminking (VGV)

VGV is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen zonder medische noodzaak. Sinds de jaren '90 wonen 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 zerotolerancebeleid; 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. Zie het [KNMG advies](#) en de leidraad van de [NVOG](#).

Naar schatting zijn meer dan 200 miljoen meisjes en vrouwen in de wereld besneden, zie ook figuur 1. 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. Globale spreiding VGV



Bron: [Pharos](#)

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.

In Nederland wonen ruim 95.000 vrouwen die afkomstig zijn uit landen waar VGV 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 is [hier](#) te vinden.

De laatste jaren is kennis over het vóórkomen en voorkómen van VGV bij de JGZ/GGD sterk toegenomen. Ook de strafbaarheid of melding via de meldcode Kindermishandeling is bekend. De 'milde vorm' (sunna) van VGV is niet met het blote, ongeoefende oog detecteerbaar. Aandacht voor kennisstroom over VGV blijft van belang. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen vragen nog te vaak wat VGV 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 VGV, om meisjes niet onnodig te belasten.

De volgende documenten kunnen worden geraadpleegd voor (juridische) achtergrondinformatie en consultvoering:

- [Leidraad medische zorg voor vrouwen en meisjes met VGV](#) (NVOG, 2019);
- [Signalering Kindermishandeling](#) (NVK, 2016);
- [Bulletin Vrouwelijke Genitale Verminking](#) (Inspectie Volksgezondheid, 2010);
- [Handelingsprotocol vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen](#) (Pharos, 2016).

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

Erfelijke ziektes en 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. Daarnaast speelt consanguiniteit vaker een rol.

Erfelijke ziektes en syndromen komen vaker voor onder vluchtelingen en migranten (Yanni, 2015). 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 geen hielprik. Voor een aantal aandoeningen is het, indien het kind zich goed ontwikkelt en gezond is, niet meer relevant om een hielprik geven. Maar voor andere aandoeningen is het wel degelijk [relevant](#) (RIVM). Een hielprik bij oudere kinderen kent echter andere afkapwaarden; voor alle aandoeningen zijn de afkapgrenzen 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 vaak anders met kinderen met beperkingen omgegaan; er is vaak geen extra zorg en er kan onderstimulatie in het spel zijn.

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 mondzorgprofessionals opgevallen dat de tandheelkundige verzorgingsgraad van deze kinderen erg laag is. Dit houdt in dat bij veel tanden en kiezen bij deze kinderen actieve, onbehandelde cariës aanwezig is. Exacte gegevens over mondgezondheid bij vluchtelingenkinderen in Nederland zijn niet beschikbaar.

Uit de internationale literatuur is bekend dat de mondgezondheid van kinderen van vluchtelingen over het algemeen slechter zijn dan die van kinderen uit het gastland. Vluchtelingenkinderen hebben 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 vluchtelingenkinderen. 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 in Duitsland, werd bij vijf van de 488 kinderen problemen gevonden met de mondgezondheid (Mockenhaupt, 2016).

Mondgezondheid is onderdeel van de JGZ; de JGZ licht vluchtelingenouders en kinderen hierover actief voor. Betrokkenheid van ouders bij tandheelkundige zorg vereist een actieve benadering, instructie en begeleiding (Moreau, 2018; Hoover, 2017).

Voor alle kinderen tot 18 jaar in de COA-opvang wordt 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 legt de nadruk op preventie van cariës. De tandarts wordt niet alleen geconsulteerd bij pijn. Ouders van vluchtelingenkinderen zijn hier meestal niet mee bekend, dus wordt geadviseerd om hen te vertellen dat tandziekten in de meeste gevallen goed zijn te voorkomen door een adequate mondhygiëne en niet meer dan zeven keer per dag iets te eten of te drinken waarin suikers of andere koolhydraten zitten.

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.

We bevelen aan om tijdens een consult anticonceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen, zorg rondom zwangerschap en negatieve seksuele ervaring (inclusief vermoeden van seksueel misbruik) te bespreken. Schaamte, angst en trauma spelen een rol, hou hiermee rekening.

[Zanzu](#), een initiatief van Rutgers, richt zich op professionals die werken met niet-westerse migranten of anderstaligen in de gezondheidszorg, welzijn, voorlichting, preventie of onderwijs. De website 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. 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](#). 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.

Chronische ziekten, ongelukken en andere risico's

Vluchtelingenkinderen 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

Vluchtelingenkinderen hebben verhoogde gezondheidsrisico's. In Nederland zijn nauwelijks tot geen data beschikbaar van de medische gezondheidsrisico's van vluchtelingenkinderen. Er zijn twee Nederlandse studies naar kleine aantallen kinderen in de asielprocedure over groei en ontwikkeling (n= 122, Stellinga-Boelen, Wiegersma e.a. 2007) en bloedarmoede (n=135, Stellinga-Boelen, Storm e.a. 2007).

Data uit de internationale literatuur over de gezondheidsrisico's van vluchtelingenkinderen uit Afrika, Azië en het Midden-Oosten kunnen waarschijnlijk niet één op één 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 kinderen gevlucht uit 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 vluchtelingenkinderen verhoogde gezondheidsrisico's hebben die in de huidige Nederlandse structuur waarschijnlijk onvoldoende worden geadresseerd.

Het bewijs is ingedeeld op het laagste niveau, omdat RCT's geen geschikte methode zijn voor prevalentievraagstukken. Alle studies gebruikt voor deze leidraad zijn beoordeeld op grond van Cochrane-criteria. De meeste studies waren van adequate kwaliteit, maar binnen de GRADE-systematiek worden populatie gebaseerde prevalentiestudies als laagste niveau gekwalificeerd.

Overige overwegingen

Kosteneffectiviteit

Over de kosteneffectiviteit van uitgebreid 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 toonde eveneens aan dat screenen kosteneffectief is (Hahne, 2013). Een studie van Jazwa (2015) komt met dezelfde aanbeveling.

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 grootste 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 hiepriek screening. 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 (preventieve) gezondheidsstatus op hetzelfde niveau te krijgen als in Nederland geboren kinderen die antenataal en op neonatale leeftijd gescreend zijn danwel via de adoptiescreening onderzocht zijn.

Vooralsnog is de aanbeveling dat kinderartsen op indicatie een op maat gemaakt nieuwkomersonderzoek uitvoeren na verwijzing vanuit de nulde of eerste lijn. Het betreft derhalve geen bevolkingsonderzoek en hoeft niet getoetst te worden bij de gezondheidsraad.

Er is nog weinig bekend over de gezondheidsstatus en risico's van in Nederland verblijvende vluchtelingenkinderen. Binnen Nederland is nauwelijks onderzoek beschikbaar. Amsterdam UMC voert een lopend onderzoek uit om een toolkit te ontwikkelen voor screening van psychosociale problemen bij vluchtelingekinderen in de JGZ, resultaten worden verwacht in 2022. Een dergelijke pilot is ook dringend nodig voor het onderzoeken van somatische 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 deze doelgroep.

Internationaal beleid

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

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. Hier staat precies in wat verwacht wordt van gezondheidszorgprofessionals. Er is geen formele afspraak wat verplichte testen zijn, behalve de tuberculosescreening. Een uitgebreide richtlijn voor volwassenen is gemaakt door Pottie et al (2011) met vier pijlers:

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

In Denemarken en Zweden worden vluchtelingenkinderen standaard getest (Frederiksen, 2021). Schrier et al (2019) maakten een overzicht van de strategieën betreffende de screening bij binnenkomst in Europa.

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

De Europese CDC heeft een migrant health [pagina](#) met rapporten en publicaties en deze [website](#) geeft een overzicht van beschikbare richtlijnen in verschillende Europese landen.

Aanbevelingen

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

Wees bewust van gezondheidsverschillen die kunnen bestaan tussen vluchtelingenkinderen en in Nederland geboren kinderen.

Het nieuwkomersonderzoek door kinderartsen voor vluchtelingenkinderen is op de volgende gebieden:

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

De kinderarts verricht bij vluchtelingenkinderen met verhoogde gezondheidsrisico's en op indicatie aanvullend onderzoek, afhankelijk van de regio van herkomst en de klachten.

Overweeg op basis van klachten bloedonderzoek voor	bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit		
	Afrika	Azië	Midden-Oosten
Hb, MCV en ferritine	✓	✓	✓
Hb-typering middels HPLC methode (sikkelcelziekte en bèta-thalassemie)	✓	✓	✓
hepatitis B virus Hbs-Ag, anti-Hbs en anti-HBc (vóór vaccinatie);	✓	✓	✓
hepatitis C-virus antistoffen, anti-HCV	✓	✓	
Treponema pallidum antistoffen (syfilis)	✓	✓	
hiv serologie	✓		
latente tuberculose: IGRA (interferon-gamma release assay)	✓	✓	✓
Schistosomiasis en Strongyloides stercoralis antistoffen	✓	✓	
Vitamine D 25-OH	✓	✓	✓

Andere onderzoeken (bloed, urine, feces) op indicatie	bij vluchtelingenkinderen afkomstig uit		
	Afrika	Azië	Midden-Oosten
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 door de tuberculose bestrijding. Let op: indien IGRA negatief, dan geen X-thorax nodig; alleen kinderen uit hoogrisico landen worden gescreend; cave gezinshereniging; op indicatie op basis van klachtenpatroon	✓	✓	✓
bij koorts: screenen op malaria	✓	✓	✓
hepatitis C, anti-HCV			✓
chlamydia en gonococci bij seksueel actieve jongeren	✓	✓	✓
hiv serologie bij seksueel actieve jongeren of bij 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 antigeen en éénmaal 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 -> screen op MRSA volgens protocol van de zorginstelling.	✓	✓	✓

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-García 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 = Releve 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. Luxembourg March. 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.
- Frederiksen NW, Christoffersen NM, Haugaard AK, et al. Health screening among children newly granted asylum in Denmark. *Acta Paediatr*. 2021;110:2389-2395. <https://doi.org/10.1111/apa.15879>
- 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/>.
- Harteveld 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* 2015; 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; 178(9):1449-1467.
- 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, Wiegiersma 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, Wiegiersma 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.

Hoofdstuk 2 Psychosociaal functioneren van vluchtelingenkinderen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de uitgangsvraag:

Wat moet de kinderarts weten over psychosociaal functioneren van een vluchtelingenkind?

Achtergrondkennis over psychosociaal functioneren en psychosociale problematiek, de uitingsvormen, interventies en ondersteuning zijn belangrijk voor kinderartsen. Deze bijlage geeft daarom op basis van de literatuur en expertise van deskundigen een narratief overzicht van de mogelijkheden en beperkingen voor screening op psychische klachten, de aangewezen interventies voor deze doelgroep, de timing van de zorg en transculturele aspecten bij het werken met vluchtelingen.

Psychische problemen bij 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% (Feldmand, 2011). Een recente studie bij amv's in Duitsland laat zien dat bij 17% van hen geestelijke gezondheidsproblemen spelen (Marquadt, 2016). In een eerder 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 (Lamkaddem, 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. Dit dient ter achtergrondinformatie voor de kinderarts, en opdat deze de jeugdprofessional kan inschakelen wanneer er aanwijzingen zijn voor psychosociale problemen.

Bespreking van de 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.

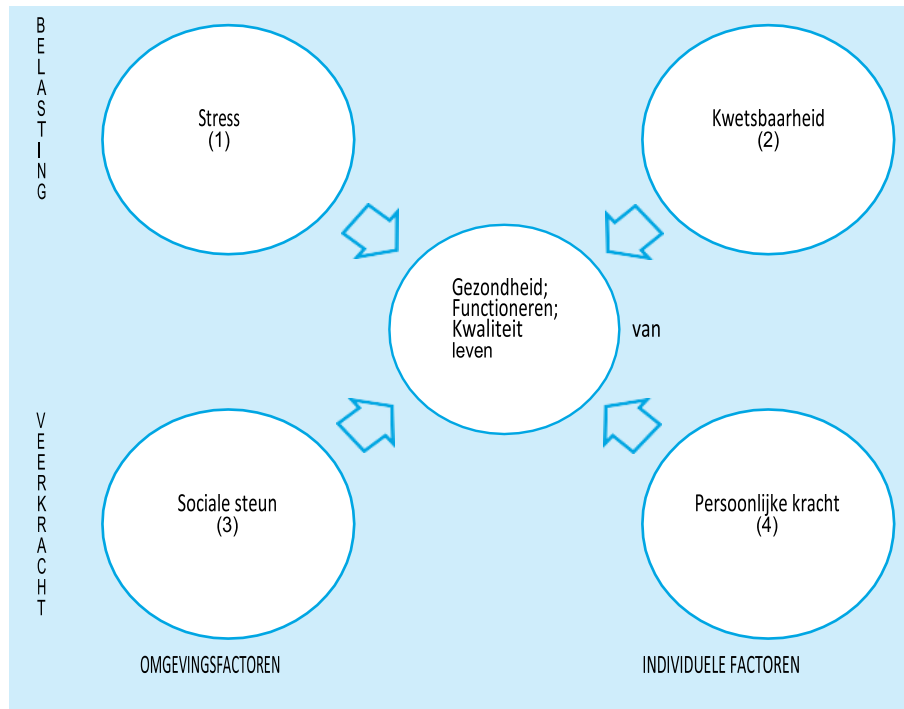
Het veerkrachtmodel beschrijft een cultuursensitieve aanpak voor het werken met vluchtelingen (Lamkaddem, 2015). Het is een model waarin patiënten hun kracht leren hervinden, zodat zij eigenaarschap over problemen terugwinnen en meer controle en grip op het eigen leven krijgen.

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

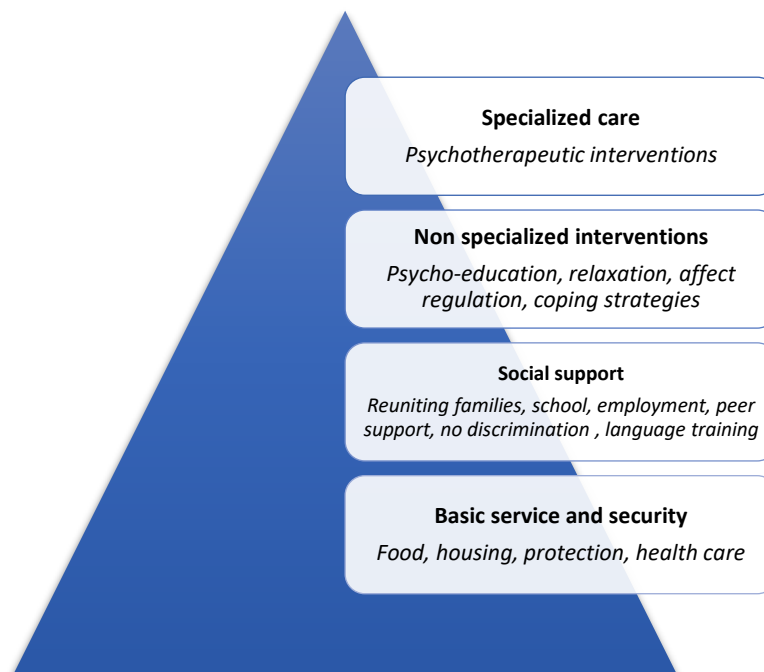


Vluchtelingengroepen uit verschillende landen laten overeenkomsten zien in hun bronnen van veerkracht. Hoewel jonge vluchtelingen meerdere verschillende uitdagingen onder ogen hebben moeten zien, zijn de basale behoeften (zoals zich veilig voelen, betekenisvolle relaties hebben, mogelijkheden voor persoonlijke 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 (Mc Carthy, 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).

Figuur 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 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 vermeld, speelt de omgeving een grote rol in het al dan niet ontwikkelen van psychopathologie, waarbij het gezin belangrijk is 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 (JGZ richtlijn psychosociale problemen, 2016; GGD GHOR Nederland, 2017; Van Schie, 2017 en 2018). 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).

Figuur 3 Beschermende en risicofactoren (GGD GHOR, 2017)

Beschermende factoren	Risicofactoren
Jeugdige	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • toegang tot onderwijs; • steunende religie; • toegang tot zorgvoorzieningen; • veilige en schone woonomgeving; • (eerlijke) toegang tot arbeidsmarkt; • beperkte gezondheidsverschillen tussen verschillende sociaal economische klassen. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

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 na registratie.

Daarna dienen de beschermende en risicofactoren in kaart te worden gebracht, op basis waarvan kan worden ingeschat of en waar behoefte is aan ondersteuning (zie figuur 3).

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).

Er bestaan verschillende vragenlijsten die gebruikt worden voor de screening op PTSS bij (vluchtelingen)kinderen. Echter, niet voor alle vragenlijsten is 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). Hieronder volgt een korte beschrijving van de meest gebruikte screeningsinstrumenten voor PTSS bij vluchtelingenkinderen (zie ook tabel 4 en 5).

Tabel 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 5 Leeftijdsspecifieke reacties na schokkende gebeurtenissen (Beer, 2007)

Peuters/kleuters	Schoolkinderen	Pubers/adolescenten
Angstig hechtgedrag (Separatie)angst	Concentratieproblemen Agressieve/angstige fantasieën	Verminderd functioneren op school 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

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 gericht 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](#) en in [vele talen](#) vertaald (zie bijlage 5).

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). Voor afname is geen professionele training vereist, de tijdsduur is korter dan 15 minuten. 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 vervolgsbeleid 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 www.sdqinfo.org (Goodman, 2000), in verschillende talen.

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 genoemd 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).

De Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL) kan worden toegepast om op een gestructureerde wijze meer inzicht te krijgen in de opvoedingsbelasting die ouders ervaren, en is gratis [beschikbaar](#) in meerdere talen.

Na het screenen op trauma gerelateerde problemen, kunnen verschillende interventies ingezet 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 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 over het beste moment 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). Er wordt echter 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). Een traumabehandeling kan al wel worden gestart wanneer nog geen volledige veiligheid en stabiliteit is bereikt.

Conclusie

Hoewel 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.

De beperkte literatuur wijst in de eerste plaats op het toepassen van een gefaseerde benadering. Hierbij is het allereerst nodig om bij de zorg voor vluchtelingenkinderen aandacht te hebben voor de context waarin zij zich bevinden en zo nodig 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 asielpprocedure 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) door de JGZ professional. Aan de hand van de beschermende en risicofactoren, wordt praktische ondersteuning geboden bij 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 hulpverlenersinstancies en de jeugd-GGZ in de vormgeving van deze interventies is aangewezen. Wanneer vluchtelingenkinderen enige duidelijkheid hebben over de verblijfslocatie, kan bij de aanwezigheid van psychopathologie een langduriger individueel traject worden ingezet met EMDR of TF-CBT voor PTSS, volgend uit de internationale richtlijnen. Het gefaseerde model mag er echter niet toe leiden dat in het geval van ernstige PTSS, kinderen en gezinnen te lang verstoken blijven van passende hulp.

Naar screening, timing en effectiviteit van interventies voor zorg bij vluchtelingenkinderen met psychopathologie zoals PTSS, is weinig onderzoek gedaan. Van interventies en programma's voor vluchtelingenkinderen zijn in veel gevallen slechts pilotstudies en gevalbeschrijvingen beschikbaar. Meer onderzoek naar de werkzaamheid van de therapieën bij vluchtelingenkinderen 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

De kinderarts heeft bij de anamnese aandacht voor gedrag en functioneren en vergewist zich of door de JGZ en/of andere betrokken jeugdprofessionals onderzoek is gedaan hiernaar. De kinderarts vraagt zonodig deze gegevens op en verwijst indien nodig naar een jeugdprofessional voor verdere diagnostiek.

- 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.
- Bij problemen met gedrag en functioneren is eerst *een gerichte anamnese* op zijn plaats. Hiervoor kan *een jeugdprofessional* worden ingeschakeld. Deze kan de problemen in kaart brengen, en aanvullende vragenlijsten inzetten. 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 OBVL voor opvoedingsstress bij ouders en de SDQ voor breder psychosociaal functioneren en gedragsproblemen.

- *Bij interventies en ondersteuning* zijn de eerste stappen: psycho-educatie en acute stress verminderen.
- 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. Een volledig gestabiliseerde situatie is GEEN voorwaarde voor een traumabehandeling. Dezelfde behandelopties dienen 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;6:274-14.
- 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. Luxemburg: 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.
- 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. *Internl Journal of Children's Rights.* 2017;25(1):114-139.
- 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 trust 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.
- 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, ZonMw & 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, ed. *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.hetwkz.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. [gecteerd 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: EUTOPIA. 2016.

Hoofdstuk 3 Kwaliteit en continuïteit van zorg

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de uitgangsvraag:

Hoe kan de kinderarts de kwaliteit en continuïteit van zorg het beste waarborgen als de patiënt een vluchtelingenkind is en wie kan de kinderarts daarbij betrekken?

Bespreking van de literatuur

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 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. 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 mee in het gevoel dat de conditie van hun kind een beproeving is van God. 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 hulpvrager inclusief 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 ontstaan in de GGZ en later door ontwikkeld voor allerlei specifieke beroepsgroepen, onder andere [Praktijkondersteuners Huisartsen](#) en voor gebruik met [kinderen en hun ouders](#).

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: 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 incalculeren 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 incalculeren.

Het is dus belangrijk voor de professionals om bij vluchtelingenkinderen of hun ouders cultuursensitief te werken. Het wordt dan ook aangeraden om professionals te stimuleren om trainingen op het gebied van cultuursensitief werken te volgen.

Werken met [sleutelpersonen](#) of intermediairs 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. Goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener is een basisvoorwaarde voor het leveren van veilige en effectieve zorg (Langendijk, 2014). Immers, een zorgverlener moet op basis van de juiste informatie een diagnose stellen en een behandelingsvoorstel doen volgens de eisen van de WGBO. 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. Over werken met tolken is meer [informatie](#) te vinden.

De inzet van tolken kost tijd, vraagt ervaring en aandacht. Cultuursensitieve communicatie in de opleiding van zorgprofessionals verdient aanbeveling. Goede communicatie kan veel extra zorgkosten voorkomen.

Continuïteit van zorg

In de knelpuntenanalyse kwamen de volgende punten naar voren wat betreft de continuïteit van zorg voor vluchtelingenkinderen:

1. overplaatsingen;
2. gezondheidsvaardigheden;
3. medische dossiers;
4. ongedocumenteerde kinderen.

Overplaatsingen

De overplaatsingen binnen de asielprocedure belemmeren de continuïteit van zorg voor asielzoekerskinderen. Het gaat zowel om overplaatsingen tussen de verschillende COA-opvanglocaties als om 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 meldden 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, 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. Onzekerheid over de procedure en het ontbreken van een stabiele woonplaats, vormen risicofactoren voor psychische problemen (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 / JGZ of het COA.

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 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 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; Baauw, nog ongepubliceerd). 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 hun weg kennen in het Nederlandse medische circuit, kunnen op een volgende plek makkelijker de multidisciplinaire zorg organiseren. Ouders die een taalbarrière

ervaren of over onvoldoende gezondheidsvaardigheden beschikken, hebben meer moeite om de zorg voor hun kind te organiseren. Hoe de continuïteit gewaarborgd kan worden, is sterk afhankelijk van de betrokken zorgverlener en de relatie met het kind en diens ouder(s).

Medische dossiers

Bij binnenkomst in Nederland krijgt elk kind in een COA-opvanglocatie een digitaal GZA-huisartsendossier aangemaakt. In dat dossier wordt alle externe correspondentie geïntegreerd. Bij verhuizing / overplaatsing naar een andere COA-opvanglocatie kan het dossier te allen tijde ingezien worden. Bij verhuizing buiten het COA naar de gemeente, wordt de zorg door een reguliere huisarts overgenomen, al is deze huisarts meestal nog niet bekend. 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.

Patiënten, maar ook huisartsen of kinderartsen, zijn vaak niet op de hoogte van het bestaan van het digitale GZA huisartsendossier. Dit is een kostbaar probleem; onderzoeken worden voor onnodig 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.

Enkele weken na binnenkomst in Nederland, krijgt elk kind ook JGZ aangeboden, zie hiervoor de algemene inleidingen bijlage 5.

Alle inhoudelijke dossiervoering vindt plaats in het digitaal dossier (DD) van de betreffende JGZ-organisatie. JGZ-organisaties werken met verschillende DD-JGZ systemen. Bij rechtstreekse verwijzing door de JGZ naar andere zorgprofessionals - zoals een kinderarts - of een contactmoment op indicatie, krijgt het GZA of huisarts een kopie van verwijzing. Het GZA of huisarts ontvangt niet standaard een verslag van de intake JGZ.

Omdat asielzoekerskinderen regelmatig verhuizen van de ene COA-opvanglocatie naar de andere is er voor de JGZ van de Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers een centrale registratieschil boven de verschillende DD-JGZ systemen. In deze centrale registratieschil is zichtbaar wanneer een kind binnenkomt of vertrekt en welke contactmomenten er hebben plaatsgevonden. Er bevindt zich geen inhoudelijke informatie in deze registratieschil. Daarnaast kan via de registratieschil dossieroverdracht JGZ plaatsvinden. De overdracht van het volledige JGZ dossier dient bij een verhuizing tussen COA-opvanglocaties binnen twee weken plaats te vinden. Bij een verhuizing naar de gemeente vindt dossieroverdracht binnen drie weken plaats op de reguliere manier naar de volgende JGZ-organisatie. Is er sprake van complexe problematiek dan vindt er een mondelinge overdracht plaats.

Vindbaarheid JGZ ten behoeve van ketensamenwerking

De JGZ kan een belangrijke rol spelen in de zorg en in de continuïteit van zorg van vluchtelingenkinderen. De JGZ heeft alle kinderen in beeld, kinderen waar het goed mee gaat en kinderen die zorg nodig hebben. Samenwerking en afstemming van zorg met andere (zorg)professionals draagt bij aan de kwaliteit van zorg voor deze kinderen.

De JGZ aan vluchtelingenkinderen wordt verzorgd door het JGZ-team vanuit een JGZ-organisatie, GGD of Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) behorend bij het woonadres van de kinderen, of ze nu op een COA-opvanglocatie wonen of zelfstandig gehuisvest zijn in een gemeente.

Op internet vindt u de juiste JGZ met de volgende zoekterm: [jeugdgezondheidszorg <woonplaats>](#). U kan contact zoeken met deze JGZ-organisatie en het verantwoordelijke JGZ-team.

Voor asielzoekerskinderen kan daarnaast ook contact worden opgenomen met het landelijk PGA team van GGD GHOR: pga@ggdghor.nl

Van verschillende kanten wordt geopperd dat het wenselijk is dat ouders van vluchtelingenkinderen zelf het dossier van hun kind beheren, op wat voor manier dan ook. Dit

zou een middel zijn om de continuïteit van zorg te verbeteren. De praktische uitvoering hiervan is belangrijk; losse papieren zoals vaccinatiekaarten raken al snel zoek.

Conclusie

Cultuursensitief werken bevordert de kwaliteit van zorg voor vluchtelingenkinderen. Communicatie met vluchtelingen vereist kennis en vaardigheden van professionals. Kennis van de verschillen in gezondheidsbehoeften van vluchtelingenkinderen helpt om deze behoeften 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 bijvoorbeeld kinderen met sikkelcelziekte, een neurologische aandoening of ernstig psychomotore retardatie. Deze kinderen werden in overleg met het COA niet overgeplaatst, zodat de continuïteit van zorg kon worden gewaarborgd.

Voor kinderen die vallen onder de Regeling Medische Zorg Asielzoekers (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 ziekenhuizen en andere zorginstellingen 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.

Tot 2012 was er een landelijke regeling voor de inzet van professionele tolken in de gezondheidszorg. Een landelijke campagne ‘Tolken terug in de zorg alstublieft’ (2021) beoogt om de overheid, zorgverleners en zorgverzekeraars te overtuigen dat het weer kunnen inschakelen van tolken bij een taalbarrière in het belang is van patiënten en zorgverleners. Tot die tijd is er een [overzicht](#) van de mogelijkheden per beroepsgroep.

Aanbevelingen

Cultuursensitief werken

Alle kinderartsen dienen op een cultuursensitieve wijze om te gaan met vluchtelingenkinderen. Zij bejegenen hen en hun ouders respectvol, met interesse en belangstelling. Een kinderarts is zich bewust van de eigen cultuurbepaalde waarden en normen en in staat eigen communicatie aan te passen. Het verdient aanbeveling een training te volgen op het gebied van cultuursensitief werken en communiceren.

Het is van belang om kindvriendelijk te werken. Kinderartsen betrekken een kind bij wat er gaat gebeuren en waarom, en vragen om toestemming. Kinderartsen communiceren voor zover mogelijk met beeldmateriaal en passend bij de leeftijd van het kind.

Taalbarrière en inzet van tolken

Maak bij een taalbarrière gebruik van een *professionele tolk* in de communicatie met vluchtelingenkinderen en hun ouders.

Tolken voor kinderen in de COA-opvang / asielzoekerscentra worden verzorgd door Acolad / Livewords, telefoon **020 380 81 81**

Tolken voor kinderen die niet (meer) in de COA-opvang zitten, kunnen worden aangevraagd via Global Talk, telefoon **088 25 55 222**. Ga de regeling na in uw ziekenhuis.
Voor meer informatie over inzet van tolken in de zorg, zie zoschakeltueentolkin.nl, een website van de Johannes Wier Stichting.

Continuïteit van zorg

Overplaatsingen van kinderen van de ene naar de andere locatie in de asielopvang vormen een bedreiging voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg.

Bij overplaatsing van een kind met een complexe zorgbehoefte waarbij de continuïteit van zorg in het gevaar komt, neemt de behandelend kinderarts contact op met het Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland (via www.ekann.nl). Het EKANN team beoordeelt de complexiteit van de zorgbehoefte en neemt indien noodzakelijk contact op met het COA.

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

De kinderarts verwijst alle vluchtelingenkinderen die nog geen intake bij de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) hebben gehad, naar de JGZ voor deze intake. Deze bestaat uit een uitgebreide anamnese, volledig lichamelijk onderzoek, aanvullende vaccinaties en - op indicatie - doorverwijzing naar eerste of tweede lijn.

Voor intercollegiaal overleg met de jeugdgezondheidszorg voor kinderen in de asielprocedure kan contact worden opgenomen met het landelijk PGA team van GGD GHOR: pga@ggdghor.nl. Zij verwijzen naar de verantwoordelijke JGZ-organisatie.

De intercollegiale overleglijn van de Praktijklijn GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA) is: **088 1122 113**. Dit nummer is 24 uur per dag bereikbaar.
Het digitale huisartsendossier van de GZA is beschikbaar voor kinderen die in asielzoekerscentra verblijven of daar hebben verbleven.

Dossiervoering

Kinderartsen buiten de asielketen kunnen met een [toestemmingsformulier](#) het GZA-dossier opvragen.

Dossiervorming blijft een kwetsbare schakel in de zorg voor vluchtelingenkinderen. Bundel binnen het (GZA-) huisartsendossier alle beschikbare, relevante informatie van de JGZ en specialistische zorg.

Bij verwijzing van een kind naar de kinderarts, stuurt de jeugdarts of (GZA-)huisarts het dossier mee.
Indien het dossier bij de kinderarts onbekend is, vraagt de kinderarts gegevens van de JGZ en GZA op, en maakt een zorgplan op maat.

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/Gebbruiker/Downloads/Handreiking%20intake%20jeugdgezondheidszorg%20voor%20statu%20shouders.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.
- Langendijk-van den Berg I, Verdonk P, Abma T. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. *NED TIJDSCHR GENEESKD*. 2014;158: A7702.
- 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://mighealth.net/nl/images/0/05/Proefschrift_Schoevers.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 Personen betrokken bij eerdere versies

Werkgroep (2017-2019)

- Albertine Baauw, kinderarts en Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde, voorzitter werkgroep Vluchtelingenkinderen, Sectie International Child Health, namens NVK (betrokken t/m versie 2022)
- Dr. Joana Kist-van Holthe, kinderarts, vicevoorzitter werkgroep tot 1 september 2018, namens NVK
- Daniëlle Kornet-van der Aa, ontwikkelingspsycholoog en onderzoeker, Amsterdam UMC, secretaris vanaf 1 september 2018 t/m december 2019, namens NVK
- Monique Suijker, kinderarts-hematoloog, namens NVK (betrokken t/m versie 2022)
- Bernice Samson/Marianne Begemann, jeugdartsen, namens AJN Jeugdartsen Nederland
- Said Hamed, huisarts, namens NHG
- Dr. Irma Hein, kinder- en jeugdpsychiater, namens NVvP (betrokken t/m versie 2022)
- Dr. Anna de Haan, psychologe, namens Pharos Expertise Centrum Gezondheidsverschillen
- Carina Tap / Ingrid Brokx, verpleegkundig specialisten, namens V&VN

Klankbord- en adviesgroep (2017-2019)

- 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 en 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, sleutelpersoon gezondheid statushouders, namens Platform Syriërs Gezond
- Hester Rippen, namens Stichting Kind en Ziekenhuis
- Ingrid Brokx, verpleegkundig specialist jeugd, namens V&VN (betrokken t/m versie 2022)
- 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, kinderarts uit Syrië, sleutelpersoon gezondheid statushouders, op persoonlijke titel
- Angela Bransen, namens Actiz
- Foekje Stelma, namens NVP
- 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

Overige adviseurs (2021-2022), op persoonlijke titel

- Petra de Jong, jeugdarts, voorzitter werkgroep vluchtelingen AJN Jeugdartsen Nederland
- Tom Wolfs, kinderinfectioloog
- Lilly Verhagen, kinderarts / epidemioloog
- Paulus Lips, huisarts, medisch directeur GZA

Redactie en eindredactie

Dr. Mariëtte Hoogsteder, psycholoog, senior onderzoeker Jeugd en Gezondheid, Amsterdam UMC.

Bijlage 2 Afkortingen en definities

Amv	Alleenstaande minderjarige vluchteling
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

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 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 vluchtelingenkinderen die zich bij een kinderarts presenteren. Op indicatie wordt aanvullende diagnostiek verricht in de vorm van bloed, urine en/of feces onderzoek.

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.

Vluchtelingenkinderen

In deze leidraad gebruiken we de term vluchtelingenkinderen voor alle kinderen en jongeren die asiel zoeken en/of in een asielszoekerscentrum wonen, die statushouder zijn of ongedocumenteerd.

Bijlage 3 Anamnese checklist

Nieuwkomersonderzoek algemeen
Identificatie
V nummer ter identificatie
COA-zorgnummer
Informatievoorziening
Uitleg nieuwkomersonderzoek
Benadrukken beroepsgeheim
Uitleg zorgsysteem: huisartsenzorg en specialistische 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?
Zijn de geboortegegevens juist? Klopt de 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 heeft u (ouders) gehad?
Welk beroep heeft u uitgeoefend (ouders)?
Is uw kind naar school geweest? Hoeveel jaar en niveau?
Zijn er financiële zorgen? Is er een uitkering?
Taal en geletterdheid
Met welke talen bent u/uw kind opgegroeid?
Welke talen spreekt u/uw kind?
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?

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 kinderarts
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
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, 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.
Gehoor en visus
De gehoortest binnen zes weken na de geboorte (OAE). Hierna alleen op indicatie, gedaan door Audiologische Centra.
Psychomotore ontwikkeling

Bronnen: NVK; NHG; GGD GHOR Nederland; Compendium Kindergeneeskunde

Bijlage 4 Prevalenties infectieziekten

Tabel 1 Geschatte prevalenties (%) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (%) van infectieziekten bij vluchtelingenkinderen per regio (Baauw, 2019)

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 - 3,7]	[0,8 - 10,8]	[0,0 - 6,9]	[4,5 - 11,6]	[2,5 - 4,1]	[0,0 - 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 - 1,2]				[0,0 - 0,8]	
studies	5	1	0	0	3	0
n	1.415	384			384	
hiv	0,03%				0,0%	
95% CI	[0,0 - 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 - 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 - 13,3]				[9,5 - 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	[11,04-29,3]				[8,4- 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 - 14,4]	[12,6-29,9]	[0,0- 24,8]	[16,8 - 27,1]	[1,0 - 4,5]	[0,3 - 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 - 17,7]	[0,0 - 18,0]	[0,8 - 27,5]	[1,6 - 41,7]	[2,2 - 17,4]	[4,0 - 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	[22,1-40,6]	[12,5-98,0]	[12,5-36,0]	[17,0 - 56,6]	[13,3-54,8]	[16,8 -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 - 5,4]	[2,0 - 12,3]			[0,0 - 2,1]	
studies	6	2	1	1	3	1
N	2.408	541	56	194	574	625
ESBL (carrier)	35,3%	15,8%			42,2%	28,6%
studies	1	1	0	0	1	1
n	119	21			83	14

Bijlage 5 Intake en lichamelijk onderzoek door de JGZ

Tabel 1 Verpleegkundige intake JGZ bij asielzoekerskinderen

Onderwerpen in het gesprek met het kind en/of ouder(s), afhankelijk van de leeftijd van het kind. Het kan wenselijk zijn sommige onderwerpen te bespreken in afwezigheid van het kind.	
Algemene informatie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persoonsgegevens: naam, geb datum, adres, telefoon, huisarts, school 2. Gezinsamenstelling en achtergebleven gezins-/familieleden
Medische voorgeschiedenis en familieanamnese	<ol style="list-style-type: none"> 3. Zwangerschap en bevalling, infectieziektes, ziekenhuisopnames, medicatie, allergiën en hulpverlening 4. Neonatale screening (tot 6 maanden): hiel prik en gehoorscreening 5. Erfelijke aandoeningen, consanguiniteit 6. Vaccinatiestatus, reactie op vaccinaties in verleden, vaccinatiebewijs, moment van laatste vaccinaties. Schriftelijke vaccinatie-informatie in eigen taal meegeven
Ontwikkelingsanamnese	<ol style="list-style-type: none"> 7. Motorische ontwikkeling (afh van leeftijd / mijlpalen) 8. Psychosociaal: interactie, huilen, spel 9. Cognitief: schoolgang land van herkomst 10. Spraaktaalontwikkeling en taalvaardigheid, eerste woordjes moedertaal 11. Zindelijkheid 12. Seksualiteit: puberteitsontwikkeling, menstruatie. Risicotaxatie VGV
Migratieanamnese	<ol style="list-style-type: none"> 13. Premigratie (voor de vlucht, situatie in land van herkomst): woonsituatie; peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, schoolgang; opleiding en werk ouders; sociale leven; onveiligheid, (seksuele) geweldservaringen, overlijden of andere stressfactoren. 14. Migratie (tijdens de vlucht): route en vervoer; verblijfsplaatsen / vluchtelingenkampen; tijdsfad; onveiligheid, (seksuele) geweldservaringen, overlijden of andere stressfactoren; gezondheidsproblemen en voeding. 15. Postmigratie (tijdens de COA-opvang): Aankomst in Nederland / verblijf in asielopvang; welke COA-locaties in NL gewoond, hoe is dit ervaren? Contactpersoon COA / Nidos
Huidige situatie	<ol style="list-style-type: none"> 16. Karakter / krachten van het kind 17. Coping, hoe zijn problemen overwonnen 18. Gezondheid: lichamelijke klachten; slapen; voeding en vitamine K en vitamine D (getinte, bedekte huid); zindelijkheid / ontlastingspatroon; psychisch welbevinden en actuele stressoren; middelengebruik en verslavingsrisico. 19. Wonen en dagbesteding: Huidige woonsituatie; peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, VVE, schoolgang; sociale contacten, sport, naschoolse activiteiten; spel: buitenspelen, beeldscherm, speelgoed; sociale media / gamen; veiligheid: fietsen en zwemmen. 20. Opvoeding: Visie op opvoeding ouders; belonen / straffen; draagkracht / draaglast; opvoeden in 2 culturen; rol van religie 21. Ouders: Huidige ervaren gezondheid; evt hulpverlening; relatie / gezinsdynamiek; geletterdheid; gezondheidsvaardigheden 22. Mondhygiene: Uitleg mondzorg Nederland en in COA-opvanglocatie; mondgezondheid: tandenpoetsen / flesgebruik / frequentie eetmomenten 23. Toekomstperspectief
Onderzoeken	Wegen, meten, hoofdomtrek (< 1 jaar); screening visus, screening gehoor
Afsluiting	<p>Overzicht beschermende en risicofactoren; inschatting of preventieve maatregelen, ondersteuning of informatie nodig is.</p> <p>Voorlichting en advies op indicatie</p> <p>Bespreken eventuele zorgen met ouders</p> <p>Uitleg over medisch onderzoek en vaccinaties</p> <p>Registratie in DD JGZ + kopie eventuele documenten</p> <p>Bevestiging afspraak in registratieschil</p>

Bron: GGD GHOR Nederland, Handreiking JGZ Asielzoekerskinderen (2020)

Tabel 2 Medisch onderzoek JGZ bij asielzoekerskinderen

Vooraf	Doornemen verpleegkundige intake met aandachtspunten Beoordelen groei, visusonderzoek en audiogram
Anamnese	Medische verdieping van de verpleegkundige anamnese Psychiatrische anamnese (op indicatie) Verdieping vaccinatieanamnese
Lichamelijk onderzoek	Algemene indruk Voedingstoestand, aangeboren afwijkingen, dysmorphe kenmerken Huid: bleekheid, geelzucht, huidafwijkingen en -ziekten, scabies en andere infectieziekten, BCG KNO: gebit, tonsillen, uvula, otoscopie Ogen: conjunctiva, cornea, pupil, VOV (tot 6 jaar) Lymfeklieren Thorax: hart en longen Abdomen: lever en milt, hernia umbilicalis, hernia inguinalis Genitaliën: testes, jongensbesnijdenis, SOA, VGV (op indicatie) Bewegingsapparaat: houding, rug, extremiteiten
Opstellen vaccinatiestatus- en opdracht	Uitgangspunt is dat er tijdens het medisch onderzoek gestart wordt met inhaalvaccinaties geven
Afsluiting	Resultaten anamnese en lichamelijk onderzoek bespreken met kind en/of ouder(s) Zorgpad opstellen en zonodig verwijzen Vervolgstappen bespreken (vervolg contactmomenten, verwijzingen) Registratie in DD JGZ Bevestiging afspraak in registratieschil + inplannen vervolgcontactmoment

Bron: GGD GHOR Nederland, Handreiking JGZ Asielzoekerskinderen (2020)

Op basis van signalen, klachten en problemen tijdens de verpleegkundige intake en het medisch onderzoek, stelt het JGZ-team een zorgpad op. Hierbij zijn de [JGZ-richtlijnen](#) uitgangspunt. Zo nodig wordt extra hulp, zorg of ondersteuning ingezet, hulp erbij gehaald en samengewerkt met en/of doorverwezen naar andere zorgprofessionals waaronder Gezondheidszorg Asielzoekers (huisartspraktijk), medisch specialisten (waaronder kinderartsen, KNO-artsen en oogartsen), logopedisten, fysiotherapeuten, orthopedagogen, jeugd-GGZ, jeugdhulp, sociale wijkteams, maatschappelijk werk, VluchtelingenWerk en sleutelfiguren. Het JGZ-team weegt af of de vastgestelde standaardcontactmomenten voldoen of dat extra contactmomenten op indicatie nodig zijn voor een intensievere begeleiding en follow up. De betreffende JGZ-organisatie beslist per contactmoment welke professional (jeugdarts / verpleegkundige specialist of jeugdverpleegkundige) dit contactmoment uitvoert.

Meestal is de JGZ aanwezig op de COA-opvanglocatie waardoor er een nauwe samenwerking is met het GZA in de zorg voor asielzoekerskinderen. Voor de zorg voor alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv) zijn vanwege de extra kwetsbaarheid van deze doelgroep formele samenwerkingsafspraken tussen het COA, Nidos (de voogdij-organisatie), GZA en de JGZ.

Literatuur

GGD GHOR Nederland. Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers. <https://ggdghor.nl/thema/publieke-gezondheid-asielzoekers/> Geraadpleegd oktober 2021.
GGD GHOR Nederland. Handreiking JGZ Asielzoekerskinderen. Utrecht, GGD GHOR Nederland, 2020.
Zand, J. van der. Handreiking Intake Jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor statushouderskinderen. GGD GHOR Nederland / Pharos / VNG, 2017. <https://www.pharos.nl/kennisbank/handreiking-intake-jeugdgezondheidszorg-jgz-voor-statushouderskinderen/> geraadpleegd november 2021

Bijlage 6 Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES)-13, kindversie

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. Er bestaat ook een verkorte versie, genaamd CRIES-8, bestaand 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 en 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 staat beschreven in Verlinden (2014).

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.

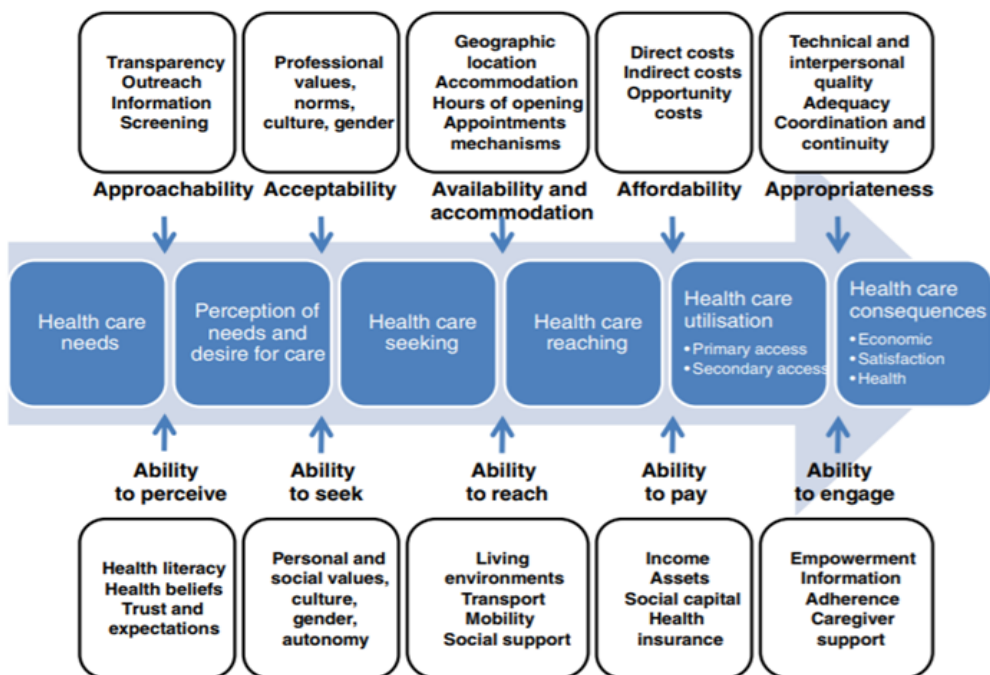
Naam:		Datum:						
		Helemaal niet	Zelden	Soms	Vaak	H	V	P
1.	Denk je er aan zonder dat je het wilt?							
2.	Probeer je het uit je hoofd te zetten?							
3.	Vind je het moeilijk ergens met je aandacht bij te blijven of je te concentreren?							
4.	Komen er plotseling hele sterke gevoelens bij je 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 7 Voorlichting voor (ouders van) patiënten

Levesque en collega's (2013) definiëren de toegang tot gezondheidszorg als “the opportunity to have health care needs fulfilled”, oftewel de gelegenheid om zorgbehoeften te vervullen. Ze onderscheiden vijf dimensies van toegankelijkheid aan de kant van zorgaanbieders en vijf corresponderende vaardigheden of bekwaamheden vanuit het patiëntenperspectief, zie figuur 1.

Figuur 1 Toegang tot de gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief



Bron afbeelding: ‘Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations’, J-F. Levesque, M.F. Harris, and G. Russell, 2013, International Journal for Equity in Health, 12 (1), p. 5.

Het perspectief van vluchtelingenkinderen en hun ouders op hun gezondheid en de gezondheidszorg hier in Nederland zijn dus van cruciaal belang om hun zorgbehoeften te kunnen vervullen. Dit perspectief op gezondheid en zorg in het algemeen of op screening in het bijzonder is echter nauwelijks onderzocht, zeker niet dat van kinderen en adolescenten. Een studie naar het perspectief van volwassen vluchtelingen in Zweden concludeerde dat de screening niet voldoet aan het recht op gezondheid, omdat er drempels zijn in de toegang en de informatie, procedures en voorzieningen niet aansluiten bij hun behoeften (Lobo Pacheco, 2016).

Ouders van vluchtelingenkinderen hebben onvoldoende zicht op de verschillende rollen en taken in de gezondheidszorg en kunnen de regie over afstemming zelden nemen. Focusgroepdiscussies met hen lieten zien dat zij en hun kinderen meer uitleg en voorlichting nodig hebben, zowel over wat normaal en niet meer normaal is bij klachten, waarvoor je bij wie moet zijn, als wanneer hun kind (ernstig) ziek is en is verwezen naar een kinderarts of andere specialist (Baauw, nog ongepubliceerd).

De huidige intake, medisch onderzoek en vaccinaties vanuit de JGZ en het nieuwkomersonderzoek op indicatie zoals aanbevolen in deze leidraad, zijn op vrijwillige basis.

Om tot een gezamenlijke beslissing te komen over aanvullend onderzoek en de eventuele gevolgen ervan, dient er goede en begrijpelijke uitleg te zijn voor kind en ouder, zowel op taal- als op belevingsniveau. Professionele tolken zijn hiervoor onontbeerlijk, anders kan niet worden voldaan aan de Wbgo. In het geval van amv's dient ook de via Nidos toegewezen voogd 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](#).

Bij aanvullend onderzoeken moet aandacht zijn voor pijn-, angst- en stressreductie, in het bijzonder bij het bloedprikken. Om pijn, angst en stress te voorkomen, is reductie vastgelegd in een uitvoeringsprotocol het streven, bijvoorbeeld door middel van afleiding, focustaal, medische hypnose of EMLA-crème.

Samenvatting voor (ouders van) patiënten

Recent bent u met uw kind in Nederland aangekomen. Dat heeft natuurlijk grote gevolgen voor u en uw gezin.

Gelukkig bestaat in Nederland de mogelijkheid om met uw kind naar een jeugdverpleegkundige of jeugdarts te gaan. Zij kijken en luisteren goed naar u en uw kind en bepalen wat er nodig is aan zorg. Uw kind krijgt daar aanvullende vaccinaties indien nodig.

Als uw kind ziek is, kunt u met uw kind naar de huisarts gaan, op de COA-opvanglocatie of in uw gemeente. Als het nodig is, verwijst de jeugdarts of huisarts uw kind door naar een kinderarts in het ziekenhuis of naar een andere specialist. De huisarts of kinderarts kan aanvullend onderzoek doen naar ziekten die in uw land van herkomst vaker voorkomen en die in Nederland niet zo vaak voorkomen.

Als u denkt dat uw kind erg veel last heeft van alles wat er gebeurd is in het land waar u woonde of tijdens de vlucht, dan kunt u aan de jeugdverpleegkundige of jeugdarts vragen of zij dit verder willen onderzoeken. Er zijn goede behandelingen voor.

Vervolg

Het Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland (EKANN) zal de informatie uit deze leidraad vanuit patiëntenperspectief in meerdere talen beschikbaar stellen.

Literatuur

Levesque, JF., Harris, M.F. & Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 12, 18 (2013).
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Lobo Pacheco L, Jonzon R, Hurtig A-K. Health Assessment and the Right to Health in Sweden: Asylum Seekers' Perspectives. *PLoS ONE*, 2016,11(9): e0161842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161842>

Bijlage 8 Kennislacunes

De voornaamste kennislacune is dat er in Nederland nauwelijks een beeld bestaat over de gezondheidsstatus van vluchtelingenkinderen. Er zijn data bekend uit andere landen, maar vanuit Nederland bestaat weinig onderzoek.

Versillende partijen die aan de eerdere versies van dit document hebben samengewerkt, stellen dat er behoefte is aan het uitvoeren van een pilot om de lichamelijke gezondheidsstatus van vluchtelingenkinderen in kaart te brengen.

Ook rond de psychosociale gezondheid van kinderen is nog weinig bekend. Een lopend onderzoek van Amsterdam UMC beoogt een eerste inzicht te geven in de psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen in asielzoekerscentra. De kinderen en hun ouders zijn met enkele (meertalige) vragenlijsten gescreend in samenwerking met vijf JGZ organisaties. De resultaten van dit onderzoek worden in 2022 verwacht.

Een derde kennislacune is de organisatie van zorg voor kinderen in de asielpcedure. De opstellers van deze leidraad zouden graag een groep kinderen volgen om zo het hele systeem in kaart te brengen, te zien welke knelpunten zich hierin voordoen en met ketenpartners tot een oplossing te komen.

Ten vierde ontbreekt een goed beeld van de kennisoverdracht tussen de verschillende zorgverleners.

Het meldpunt van het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde heeft ons inzicht gegeven waar kinderartsen in de praktijk tegenaan lopen (Baauw, 2018; Kanis, 2021). Het is echter geen systematische verzameling van gegevens, en het berust op toevallige persoonsgebonden interesse of kinderen wel of niet gerapporteerd werden. Een systematische inventarisatie van de aard van de problematiek zou meer inzicht geven in de zorgbehoeften van deze kinderen en knelpunten van kinderartsen en andere zorgverleners in de keten.

Tot slot is onbekend welke kennis en gezondheidsvaardigheden ouders met een vluchtelingenachtergrond hebben over de gezondheid van hun kind. Voor hulpverleners is dit een manco, omdat zij daardoor minder adequaat cultuursensitief kunnen handelen.

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.
- Kanis A. Barriers in healthcare of refugee children by pediatricians in the Netherlands. A surveillance cohort study. University of Amsterdam, Master Thesis Medicine / Amsterdam UMC, Department of Public and Occupational Health, January 2021.

Bijlage 9 Een onverzekerd kind op het spreekuur

Bron: Dokters van de Wereld

Ongedocumenteerde kinderen hebben geen (juridisch) verblijfsrecht en vormen een specifieke en zeer kwetsbare groep. Behalve alle kwetsbaarheids- en risicofactoren die ook andere vluchtelingenkinderen hebben, zoals vermeld in deze hele leidraad, verkeren zij vaak in een zeer instabiele leefsituatie (Dokters van de Wereld, 2018). Zij zijn niet altijd in beeld bij de JGZ en een vaste huisarts is niet vanzelfsprekend (Klok-Nentjes, 2018).

De Kruispost in Amsterdam deed onderzoek naar de situatie van ongedocumenteerde kinderen onder hun volwassen patiënten met kinderen (Klok-Nentjes, 2018). In totaal namen 267 bezoekers van de Kruispost deel, 30% van hen had minderjarige kinderen, 19% in Nederland, bij 15% waren deze kinderen ook ongedocumenteerd - net als hun ouders. Van deze kinderen van vijf jaar en ouder ging 11% niet naar school, was 17% niet gevaccineerd, 30% had geen vaste verblijfplaats en 83% had geen huisarts. De meeste ouders (83%) waren niet bekend met de regeling voor kinderen die al langdurig in Nederland verblijven, het kinderpardon (Klok-Nentjes, 2018).

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 gebitsklachten en vragen over fractures als meest voorkomend. Van de 20 kinderen van wie iets vermeld stond in het dossier, bleek dat acht kinderen bekend waren bij huisarts, JGZ of straatdokter, bij de overige 12 kinderen was dit niet het geval. Van drie van de 20 kinderen was bekend dat de kinderen uit beeld van zorgverleners raakten na vertrek uit de COA-opvanglocatie.

Recht op medisch noodzakelijke zorg

Onverzekerden hebben recht op zorg. De zorg moet medisch noodzakelijk zijn. 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.

Zoals vermeld hebben alle jeugdigen van 0 tot 18 jaar recht op jeugdgezondheidszorg, ook ongedocumenteerden. Hiervoor geldt geen enkele financiële of andere beperking. Ook toegang tot jeugdzorg is gegarandeerd voor ongedocumenteerden.

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 het CAK.

Jeugdgezondheidszorg

De JGZ is volledig en kosteloos toegankelijk voor alle kinderen en jeugdigen tot 18 jaar, ook voor ongedocumenteerde kinderen, verblijvend in een gemeente zonder verblijfsvergunning. Alle JGZ-organisaties hebben een inspanningsverplichting om samen met samenwerkingspartners (waaronder scholen) en gemeenten alle kinderen in hun postcodegebied in beeld te krijgen, ook als zij niet ingeschreven zijn in de Basisregistratie

Personen en geen burgerservicenummer (BSN) hebben. Vaccinaties worden door het RIVM betaald.

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 bij [het CAK](#) de lijst met gecontracteerde ziekenhuizen.
- 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 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](#), 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](#).
- 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](#) of bel 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 de Zorgverzekeringslijn voor verdere stappen. Volg verder de instructies zoals vermeld bij de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg [aan 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 de

[Zorgverzekeringslijn](#). Volg verder de instructies, zoals vermeld op de website van het CAK bij de Subsidieregeling medisch noodzakelijke [zorg aan 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 onverzekerde. 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 de website van [het CAK](#). 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.

Tolkenvergoeding

Voor huisartsenzorg kan voor de kosten van de inzet van professionele tolken in diverse regio's een beroep worden gedaan op de regionale Achterstandsfonds voor de ondersteuning van huisartsenzorg in achterstandswijken. Informatie hierover is te verkrijgen bij [het regionale Achterstandsfonds](#).

U bent vrij in het kiezen van een tolkenbureau. Maar de kosten voor de tolk moet u, samen met de andere zorgkosten, zelf declareren. Dat kan bij het CAK. Voor andere zorgverleners dan huisartsen, zie [zoschakeltueentolkin.nl](#), een website van de Johannes Wierstichting.

Als u vermoedt dat uw cliënt slachtoffer is van mensenhandel, kunt u kosten declareren bij [CoMensha](#).

Medisch noodzakelijke zorg

Het begrip medisch noodzakelijke zorg wordt veelvuldig genoemd rond 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. Voor ongedocumenteerden betreft het ook zorg uit de Wet langdurige zorg, 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. De beroepsgroepen vertegenwoordigd door de KNMG, LHV, Orde van Medisch Specialisten (nu FMS) en de NVvP hadden samen met Pharos zitting in deze commissie. Deze stelt dat de arts dient te beoordelen of zorg medisch noodzakelijk is. Volgens de commissie is dit 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 aanbevelingen 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.

CAK

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

Zorgverzekeringslijn

- Voor alle vragen rondom de zorgverzekering (bijvoorbeeld zorgverzekerings schulden of wat te doen als een vast woon- of verblijfadres ontbreekt): 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 de verzekeringsplicht onbekend is, kan men terecht bij de [Sociale Verzekeringsbank](#).

Tabel 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 . Binnen zeven kalenderdagen na de dag dat de zorg is verleend of gestart, moet zorgverlener melden via het centrale meldpunt
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 .
Onverzekerbare vreemdelingen met rechtmatig verblijf	Regeling onverzekerbare vreemdelingen	Vreemdelingen die: <ul style="list-style-type: none"> - 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	Subsidieregeling	Deze mensen hebben veelal een European Health Insurance Card (EHIC) of een ander geldig internationaal verzekeringsbewijs. In dat geval kunnen de kosten worden

andere landen waarmee Nederland een verdrag heeft over het verlenen van medische zorg bij tijdelijk verblijf.		gedeclareerd bij Zilveren Kruis. Zie voor de werkwijze en de lijst met landen waarmee een verdrag is. 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.
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.

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