

# Psychosociale problemen bij vluchtelingen en hun kinderen

## Handreiking voor de huisartspraktijk



# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>1. Psychische gezondheid van vluchtelingkinderen en -jongeren</b>	<b>6</b>
1.1 Veerkracht	6
1.2 Risico- en beschermende factoren	7
1.2.1 Het individuele domein	7
1.2.2 Het familie-/gezinsdomein	11
1.2.3 Sociale omgeving en school	12
<b>2. Handreiking signaleren van en beleid bij psychosociale problematiek van vluchtelingkinderen</b>	<b>14</b>
2.1 Basisbeginselen in de benadering: voorbereiding, kennismaking, intakegesprek	14
2.2 Herkenning van en screening op psychische problematiek	16
2.3 Begeleiding in de eerste lijn: wat kan de huisarts en/of POH-GGZ doen?	17
2.4 Samenwerking binnen de nulde en eerste lijn	19
2.5 Behandelinterventies binnen de specialistische ggz	21
<b>Referenties</b>	<b>24</b>
<b>Gebruikte bronnen</b>	
Bijlage 1: Praktijkposter Zorg voor vluchtelingen	29
Bijlage 2: Overdracht medisch dossier nieuwe huisarts GZA	31
Bijlage 3: Persoonsgerichte intake	33
Bijlage 4: Pharos Protect vragenlijst	36

## Colofon

*Renkens J & van den Muijsenbergh METC. Psychosociale problemen bij vluchtelingen en hun kinderen. Handreiking voor de huisartsenpraktijk. In het kader van het project Empowerment. Radboudumc / Pharos, Nijmegen 2022.*

*Dit is een geheel herziene versie van Van Schie R & van den Muijsenbergh METC "Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren. Handreiking voor herkenning, benadering en beleid in de huisartsenpraktijk", een uitgave van Pharos en het RadboudUMC te Nijmegen uit 2017.*

## Over de auteurs

- José Renkens is cultuurpsycholoog en hoofdonderzoeker bij het Empowerment project als onderdeel van haar promotie-onderzoek bij het RadboudUMC en Gender & Diversity Studies van de Radboud Universiteit, te Nijmegen. Ook werkt zij als docent op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en als onderzoeker bij de Werkplaats Sociaal Domein aldaar.
- Maria E.T.C. van den Muijsenbergh is huisarts en hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg bij de afdeling eerstelijns geneeskunde van het RadboudUMC te Nijmegen en bij Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen.
- Rosalin M. van Schie schreef in 2017 de handreiking. Zij is huisarts en docent bij het RadboudUMC te Nijmegen waar zij ook promotieonderzoek doet. Eerder was zij werkzaam als arts-assistent kindergeneeskunde en kinder- en jeugdpsychiatrie.

## Voorwoord

Door aanhoudende politieke onrust, geweld en ongelijkheid wereldwijd ontvluchten mensen hun land en moeten zich vestigen in voor hen vaak onbekende landen. Moeilijke omstandigheden en stress van ouders hebben hun weerslag op kinderen. Vluchtelingkinderen blijken veerkrachtig maar lopen verhoogd risico op ontwikkeling van psychische problemen. Huisartsen en praktijkondersteuners (POH)-GGZ kunnen een grote rol spelen in herkenning, begeleiding en verwijzing van (minderjarige) vluchtelingen met psychosociale problemen, maar huisartsen ervaren de zorg als moeilijk en vluchtelingen praten niet makkelijk met de huisarts over psychische problemen. Om huisartsen en POH te ondersteunen in hun herkenning en begeleiding van minderjarige vluchtelingen met psychosociale problemen verscheen in 2017 de Handreiking Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren. Sindsdien zijn, met name in het Empowerment project (2019 –2022) nieuwe kennis en ervaringen opgedaan in de huisartsenpraktijk die leidden tot deze actualisering van de handreiking.

Het Empowerment onderzoeksproject had tot doel om de herkenning en begeleiding van minderjarige vluchtelingen met psychosociale problemen vanuit de huisartsenpraktijk te verbeteren. Dit deden we door samen met alle betrokkenen - huisartsen, POH, vluchtelingen, jeugdgezondheidszorg, GGZ, sociaal werk en gemeente - persoonsgerichte cultuursensitieve, integrale zorg en samenwerking rond (minderjarige) vluchtelingen te ontwikkelen, en in de vier deelnemende huisartsenpraktijken te implementeren. Hiervoor zijn een groot aantal vluchtelingen en professionals bevroegd op hun ervaringen, wensen en behoeften. Deze kennis heeft geresulteerd in een training en handleiding voor de praktijken, waarmee deze praktijken aan de slag gingen om actief vluchtelingen uit te nodigen voor een kennismakingsgesprek, om signalen van stress te herkennen en te bespreken. Na afloop van het project bleek inderdaad dat in de deelnemende praktijken veel vaker psychosociale problemen bij minderjarige vluchtelingen werden herkend en besproken.

Daarnaast namen de deelnemende huisartsen en praktijkondersteuners deel aan lokale projectgroepen met andere sociale, onderwijs- en beleidsprofessionals waarin zij elkaars activiteiten en ondersteuning voor minderjarige vluchtelingen leerden kennen en de samenwerking verbeterde.

De lessen uit het Empowerment project zijn verwerkt in deze nieuwe versie van de Handreiking. Het eerste deel uit de editie van 2017 is grotendeels hetzelfde gebleven, de belangrijkste aanpassingen zitten in hoofdstuk 2.

Alle onderzoeksresultaten uit het Empowerment project zijn terug te vinden op [Empowerment - Radboud University Network on Migrant Inclusion \(ru.nl\)](https://www.ru.nl/en/network-on-migrant-inclusion)

## Samenvatting

Net als in de Handreiking van 2017 ligt ook hier de focus op herkennen, bespreekbaar maken en begeleiden van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren met een vluchtelingachtergrond. Belangrijke kennis en ervaringen uit het Empowerment project hebben geleid tot meer inzicht in de stappen die een huisartspraktijk idealiter doorloopt met een nieuwe patiënt met een vluchtelingachtergrond. Deze 'Zorgjourney' is op een poster gezet die elke praktijk verder kan personaliseren. De poster beschrijft o.m. gebruik van tolken, hoe men eerdere medische informatie uit het AZC kan verkrijgen en de vragen voor een persoonsgerichte intake over de sociale achtergrond en omstandigheden van de patiënt en diens gezin. Bij die intake is van belang uitleg te geven over de gezondheidszorg in Nederland, de rol van huisarts, assistente en POH. Bij aanwijzingen voor risicofactoren voor het ontwikkelen van psychische problemen, bv middels de Protect-vragenlijst, is het van belang hoe dan ook een nieuwe afspraak over bijvoorbeeld 2 maanden te maken om na te gaan hoe het met het gezin gaat. Wanneer een minderjarige vluchteling met mogelijk stressgebonden klachten op het spreekuur komt, is tijdens het eerste consult vertrouwen te wekken het meest belangrijke, door actieve aandacht voor de klacht en de context te tonen en lichamelijk onderzoek te doen. Bij een vervolg consult kan de relatie gelegd worden tussen klacht en stress, waarbij huisarts (of POH-GGZ) psycho-educatie geeft over deze relatie en besproken wordt of en zo ja welke ondersteuning de vluchteling wil of nodig heeft. Adressen van relevante samenwerkingspartners kunnen op de poster gezet worden, zodat iedere praktijkmedewerker die snel kan vinden.

In de begeleiding is het belangrijk aandacht te hebben voor stabilisatie thuis, ritme van school of werk, het systeem om de patiënt heen, ondersteuning van eigen verantwoordelijkheid en onafhankelijkheid. Daarbij is het belangrijk om een slachtoffergerichte benadering te voorkomen, en te focussen op veerkracht en eigen mogelijkheden.

## Inleiding

*'ik heb vanuit thuis geleerd je moet sterk zijn, in je schoenen staan, niet huilen, niet probleem uitpraten, niet zielig doen. Ik weet nog dat ik paar nachtmerries heb gehad, wakker liggen, gewoon de hele nacht en niet slapen. Nooit naar een arts geweest, ik dacht ik moet dat zelf redden en ja ik heb veel nachtmerries gehad over dingen die ik had meegemaakt.. en nog dacht ik dit gaat vanzelf over, je moet daar niet over praten, als je dat doet dan ben je zielig dus'*  
(Somalische vluchteling, 46 jaar, in Empowerment project)

Het aantal minderjarige asielzoekers neemt de laatste jaren sterk toe. In 2020 vroegen 17.585 mensen asiel aan in Nederland, hiervan waren 4940 jonger dan 18 jaar en van deze minderjarigen reisden 985 jongeren alleen. Deze laatsten worden alleenstaande minderjarige vreemdeling (AMV) genoemd. In 2021 waren er in totaal 34.860 mensen die asiel aanvroegen, waarvan 12.190 in de leeftijd 0 tot 18 jaar (CBS 2021).

Vluchtelingkinderen en -jongeren vormen een kwetsbare, maar tegelijkertijd ook veerkrachtige groep. Traumatische ervaringen voor, tijdens en na de vlucht alsmede ongunstige leefomstandigheden na vestiging in Nederland leiden tot stress bij vluchtelingen en hun kinderen. De meeste vluchtelingkinderen ontwikkelen zich goed (Pharos, 2016). Een deel van hen ontwikkelt echter psychische problemen. Aangezien vluchtelingen verspreid over heel Nederland worden gehuisvest en elk vluchtelingengezin in beginsel wordt ingeschreven bij een huisarts, krijgt bijna iedere huisarts met deze kinderen te maken. Omdat vaak stress zich vertaalt in lichamelijke klachten, en de huisarts de eerste persoon is tot wie men zich wendt bij gezondheidsgerelateerde klachten, kan de huisarts een belangrijke rol spelen bij de vroege signalering van psychosociale problematiek, de screening daarop en de begeleiding van kinderen en hun ouders. Het fundament van de psychosociale zorg voor deze groep wordt gevormd door de nulde en eerste

lijn; slechts een klein deel van deze kinderen heeft specialistische zorg. Evenwel blijkt uit onderzoek in de huisartsenpraktijk in het Empowermentproject (Rieff 2019) dat huisartsen veel minder vaak psychosociale problemen bij kinderen van vluchtelingen herkennen of bespreken dan bij andere kinderen. Huisartsen en POH voelen zich ook slecht toegerust hiervoor. Bovendien blijken veel vluchtelingen niet de relatie te leggen tussen lichamelijke klachten en psychosociale problemen, de huisarts niet als uitnodigend te ervaren om over hun problemen te praten of überhaupt liever niet liever over psychosociale problemen te praten met een huisarts (Mursal 2019). Al eerder bleek dat er weinig eenduidigheid bestond in signalering, screening en benadering van deze kinderen in de eerste lijn (Arq Psychotrauma Expert Groep, 2016). Ook de vele instanties die betrokken zijn zoals gemeenten en (vrijwilligers)organisaties, maken het onduidelijk voor huisartsenpraktijken tot wie men zich kan richten voor welke ondersteuning. Financieel zijn het ontbreken van een vergoeding voor de inzet van tolken en de slechte algemene toegankelijkheid van de GGZ complicerende factoren.

Dit document biedt huisartsen en praktijkondersteuners voor ggz-problematiek (POH-GGZ) een handreiking voor de signalering, screening en benadering van de psychosociale problematiek van vluchtelingkinderen. Wie zijn deze kinderen? Wat zijn de gevolgen van trauma en verlieservaringen? Wanneer bestaat er een verhoogd risico op een ongunstige ontwikkeling of op ernstige psychische problemen? Hoe kunnen deze minderjarigen ondersteund worden? Wanneer is verwijzing en naar wie noodzakelijk? Op deze vragen willen wij in dit document een antwoord geven.

# 1. Psychische gezondheid van vluchtelingkinderen en -jongeren

Het verkrijgen en behouden van een goede psychische gezondheid wordt door meerdere factoren bepaald. Sommige factoren werken beschermend, terwijl andere het risico op het ontstaan van psychische problemen juist vergroten. De combinatie van factoren leidt ertoe dat een deel van de groep vluchtelingkinderen niet goed functioneert en psychopathologie ontwikkelt, terwijl een ander deel van de groep in staat is zich goed te ontwikkelen ondanks een cumulatie van traumatische ervaringen. Het merendeel van de vluchtelingkinderen behoort tot deze laatste groep. Door hun grote veerkracht en de aanwezigheid van beschermende factoren zijn zij vaak in staat psychisch gezond te blijven.

In dit hoofdstuk zullen wij eerst ingaan op het concept veerkracht en op welke factoren bijdragen aan de veerkracht van vluchtelingkinderen. Vervolgens bespreken we de beschermende en risicofactoren die voor hen gelden in elk van de domeinen Individueel, Familie/gezin en Maatschappij (zie tabel 1).

## 1.1 Veerkracht

*"I have a new life, now it is up to me"*  
(Najeebullah, 13 jaar, the Guardian januari 2016)

*Resilience* oftewel veerkracht is het vermogen om een stabiel leven te leiden, in goede psychische en fysieke gezondheid ondanks een moeilijke situatie of eerdere traumatische gebeurtenissen (Fernando & Ferrari, 2013; Pacione et al., 2013; Groark et al., 2010; Ehntholt & Yule, 2006; Fazel et al., 2012; Ellis et al., 2013; Summerfield et al., 2000). Vluchtelingenkinderen

beschikken vaak over veel veerkracht. Ondanks de heftige gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt, is het merendeel van hen in staat zich goed te ontwikkelen (Pharos, 2016).

Waardoor wordt de veerkracht van kinderen bepaald? Factoren die bijdragen aan hun veerkracht zijn:

- 1 Een hoge mate van zelfbewustzijn.  
Kinderen die zelfvertrouwen hebben, creatief en vindingrijk zijn, hebben meer controle over hun situatie.
- 2 Sociale intelligentie, empathie.  
Kinderen die sociaal vaardig zijn, sociale codes gemakkelijk kunnen lezen en goede communicatieve vaardigheden bezitten, zijn meer weerbaar. Ook het kunnen hanteren van eigen emoties en een goede impulscontrole is helpend.
- 3 Geloof en hoop voor de toekomst.  
Hoop voor de toekomst behouden, nog kunnen dromen en deze dromen kunnen nastreven, zijn belangrijke elementen die iemands veerkracht bepalen en onderhouden. Voor kinderen zijn persoonlijke trots en betekenisvol kunnen zijn van grote waarde om het vertrouwen en geloof in zichzelf te herwinnen.
- 4 Sociale steun.  
Veerkracht is niet alleen een individueel proces, maar juist ook een sociaal proces. Aanwezigheid van ouderlijke steun en warme gezinsbanden vergroten de veerkracht van het kind. Indien een vluchteling zonder ouders naar Nederland is gekomen kan ook steun van andere naasten (familie of vrienden) het vermogen tot herstel en de opbouw van veerkracht versterken.

## 1.2 Risico- en beschermende factoren

Beschermende factoren	Risicofactoren
<b>Individueel</b>	
Zelfbeschikking	Directe blootstelling aan geweld
Zelfvertrouwen/persoonlijke trots	Cumulatieve blootstelling aan schokkende gebeurtenissen
Sociaal vaardig en empathisch	Slechte levensomstandigheden voorafgaand, tijdens en na de vlucht
Gezond en normale intelligentie	Pre-existente ziekten
<b>Familie/gezin</b>	
Gezinsleden aanwezig in alle fasen van migratie	Niet gelijktijdig reizen, familieleden elders, onderweg of omgekomen Alleenstaande minderjarige vreemdeling
Sterke gezinscohesie	Ontbreken van emotionele nabijheid
Familieleden in Nederland	Psychische problematiek ouders (met name moeder)
Ouderlijke steun en betrokkenheid	Kindermishandeling
<b>Maatschappij</b>	
Goed sociaal netwerk	Moeizame integratie
Peer support	Sociaal isolement
Toegang tot school/positieve schoolervaring	Discriminatie/pesten
Hoge sociaal-economische status	Financiële problemen

**Tabel 1.** *Risico- en beschermende factoren voor het ontwikkelen van psychische problemen*

### 1.2.1 Het individuele domein

#### Prevalentie van PTSS en ander psychische problemen

Ten tijde van oorlog worden kinderen en jongeren mogelijk blootgesteld aan geweld. Zij zijn soms getuige of slachtoffer van marteling of seksueel geweld of hebben een verlies of scheiding van familieleden ervaren. Vaak wordt het schoolgaande leven onderbroken. Samen met familie of alleen zijn zij op de vlucht geslagen. Directe blootstelling aan geweld vormt een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van psychopathologie,

waaronder een posttraumatische-stressstoornis. De mate van geweld en een cumulatieve blootstelling aan traumatische gebeurtenissen zijn determinanten voor het ontwikkelen van PTSS (Fazel et al., 2012; Bean et al., 2006; Ellis et al., 2013). Niet alleen traumatische gebeurtenissen vóór de vlucht hebben een grote invloed op de psychische gezondheid, maar ook blootstelling aan geweld tijdens de vlucht, in het asielzoekerscentrum of na huisvesting in een nieuw land bepaalt de kans op het ontwikkelen van PTSS (Montgomery et al., 2008; Sujoldzic, Peternel, Kulenovic & Terzic, 2006). Prevalentiecijfers van PTSS wisselen per

studie en zijn afhankelijk van de bestudeerde etnische groep en oorlogssituatie. Volgens de review van Fazel et al. (2005) werd bij 11% van de vluchtelingkinderen die inmiddels woonachtig waren in westerse landen PTSS vastgesteld. Bij alleenstaande minderjarige asielzoekers is de prevalentie 20-53% (Unterhitzberger et al., 2015).

Behalve PTSS komen ook angststoornissen en depressiviteit vaker voor bij minderjarige vluchtelingen dan bij andere kinderen. Prevalentiecijfers zijn ook hier afhankelijk van de bevolkingsgroep, het type en de ernst van de gebeurtenissen waaraan iemand heeft blootgestaan. Het ontwikkelen van PTSS lijkt meer gerelateerd aan het oorlogsverleden en de opgelopen psychotrauma's, terwijl problemen in het land van bestemming (zoals een moeilijke integratie, discriminatie of financiële problemen) eerder leiden tot een depressie (Heptinstall, Sethna & Taylor, 2004, Ikram et al 2015). Dit kan worden verklaard doordat PTSS een stoornis is van het verwerken van herinneringen, terwijl depressie te maken heeft met het gevoel van eenzaamheid en verlies van hoop. Wanneer zich echter in Nederland opnieuw geweldservaringen voordoen, vergroot dit de kans op het ontwikkelen van PTSS. Daarnaast komen ook aanpassingsstoornissen, slaapstoornissen, concentratiestoornissen, somatoforme stoornissen, dissociatieve stoornissen, secundaire enuresis, depressie en gedragsstoornissen voor (Pacione et al., 2013; Ehnholt & Yule, 2006). Vaak is sprake van somatisatie waarbij de mentale stress wordt uitgedrukt als algehele malaise of gegeneraliseerde pijn, of van regressief gedrag zoals bedplassen (Heptinstall et al., 2004, Ehnholt & Yule, 2006, Pacione, Measham & Rousseau, 2013, Bronstein & Montgomery, 2011, De Haene et al., 2012). Van de volwassen Syrische vluchtelingen voelt 40% zich psychisch ongezond (Dagevos 2018), terwijl de psychische gezondheid van de moeder een belangrijke voorspeller is voor psychische problemen bij minderjarige vluchtelingen is (Wiersma 2011). De omgeving van minderjarige vluchtelingen is ook op andere wijze van invloed op hun psychische gezondheid: werkloosheid of financiële problemen in vluchtelingen gezinnen leiden tot stress bij kinderen (Goosen 2014). Daarbij komt dat vluchtelingen vaak (lang) verblijven op plekken waar de omgeving weinig mogelijkheden biedt om te spelen en te bewegen (Bhimji, 2016; Lewek & Naber, 2017): AZC's liggen vaak in slecht bereikbare gebieden en eenmaal een status, hebben

vluchtelingen vaak beperkt invloed op hun woonomgeving en wonen vaker in achterstandswijken (Dunkerley et al., 2006). Hierdoor hebben vluchtelingkinderen minder vanzelfsprekend toegang tot bewegen en spelen terwijl dit beschermend werkt tegen gezondheidsrisico's (Chen et al., 2021).

In het algemeen geldt dat pre-existente ziekten of stoornissen de kans vergroten op het ontwikkelen van psychische problematiek in de post-migratiefase. Zieke kinderen zijn doorgaans minder weerbaar en hun vermogen tot integreren in een nieuwe omgeving is lager ten opzichte van kinderen die in de pre-migratiefase gezond waren (Almqvist & Wang, 1999 en Almqvist & Broberg 1999).

### **Symptomen**

Met welke symptomen kunnen vluchtelingkinderen zich in de spreekkamer presenteren en worden de hiervoor beschreven stoornissen eigenlijk zichtbaar? In het algemeen kunnen symptomen op vrijwel alle ontwikkelingsgebieden ontstaan (Struik, 2010). Er bestaat geen duidelijke relatie tussen de leeftijd van een kind en de kans op het ontwikkelen van psychische problemen. Zo blijken jongere kinderen die jarenlang in een onzekere situatie hebben geleefd niet kwetsbaarder dan adolescenten die hun vroege jeugd in vrede en voorspoed hebben doorgebracht (Fazel et al., 2012). De manier waarop het kind de nare gebeurtenis heeft ervaren, zijn interpretatie ervan en verklaring daarvoor, maken een gebeurtenis wel of niet traumatisch voor het kind (Struik, 2010). Het proces van betekenisgeving wordt in belangrijke mate bepaald door het ontwikkelingsniveau van het kind en de reactie van zijn ouders (zie tabel 2). Belangrijk is te benoemen dat de gevolgen van traumatisering ook niet zichtbaar kunnen zijn. Na een traumatische ervaring kan er een zogeheten *latentieperiode* optreden, waarin het kind ogenschijnlijk klachtenvrij is. Het kind is dan slechts bezig met overleven en kan zich niet permitteren heftige reacties te vertonen. Het voortbestaan van een onveilige situatie kan mede de afwezigheid van reacties bepalen. Deze kinderen overleven vaak door zich heel wijs en competent te gedragen. Hun ontwikkeling wordt echter wel ernstig bedreigd. Ze zijn chronisch gestrest en alert, durven niemand te vertrouwen en zich niet te hechten. Ze zijn eenzaam, durven geen troost te zoeken, maar kunnen ook zichzelf niet geruststellen (Struik, 2010).



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

**Tabel 2.** Leeftijdsspecifieke reacties na schokkende gebeurtenissen (Beer et al., 2007)

## Symptomatologie per ontwikkelingsfase

### Peuters en kleuters

Bij peuters en kleuters uit traumatisering zich vaak in separatieangst en een extreme angst voor vreemden. Tevens kunnen zij rusteloos, waakzaam of schrikachtig zijn of slecht luisteren, onrustig slapen of huilend wakker worden. Doordat kleuters zich nog niet kunnen verplaatsen in het perspectief van een ander en nog niet in oorzaak-gevolg kunnen denken, overzien zij een doorgemaakte gebeurtenis moeilijk. Magisch denken kan leiden tot verwarring, wat zich kan uiten in bijvoorbeeld driftbuien. Daarnaast wordt regressief gedrag waargenomen, waardoor een kind aangeleerde vaardigheden als taal of zindelijkheid verliest. Ook kan een vertraging in het bereiken van ontwikkelingsmijlpalen ontstaan (De Haene, Rober, Adriaenssens & Verschueren, 2012; Beer, Verlinden, Boer & Lindauer, 2007).

### Schoolleeftijd

Op de schoolleeftijd ziet men concentratieproblemen, verhoogde waakzaamheid en leerproblemen ontstaan. Kinderen kunnen in de war en gedesoriënteerd zijn, gefragmenteerd waarnemen, vergeetachtig en chaotisch zijn, dromerig of 'er niet bij' zijn (Struik, 2010). Dit zijn

symptomen die lijken te passen bij ADHD, maar een uiting zijn van traumatisering. Ook kunnen herbelevingen, nachtmerries of dissociatie ontstaan. Het herhaald naspelen van bedreigende gebeurtenissen (*re-enactment play*) wordt ook regelmatig gezien (De Haene et al., 2012; Beer et al., 2007).

Bij re-enactment play spelen kinderen na wat hen is overkomen, nu echter niet als slachtoffer, maar als regisseur. Kenmerkend van dit spel is dat kinderen zich niet realiseren dat zij bezig zijn met de herhaling van hun traumatische ervaring. Andere kinderen reageren nogal eens afwijzend hierop. Het is belangrijk om bij dit gedrag te denken aan traumatisering.

*'Het maken van tekeningen over doorgemaakte nare herinneringen hoeft niet zorgwekkend te zijn.'*

De emotie- en impulsregulatie raakt verstoord. Kinderen kunnen bijvoorbeeld heel boos worden of in paniek raken en zichzelf niet reguleren. Ze kunnen impulsief zijn en dingen doen zonder eerst na te denken. Of ze lijken juist vlak en emotioneel.



**Figuur 1.** Hassun (9 jaar), Syrische vluchteling. Tekening over een moeder die haar overleden dochter naar het graf draagt (bron: International Business Times, januari 2016)

Het maken van tekeningen over doorgemaakte nare herinneringen hoeft niet zorgwekkend te zijn. Dit is wel het geval als continu hetzelfde beeld wordt getekend alsof 'de naald van de plaat in de groef blijft hangen'; er komt geen verandering in de tekeningen en niet de fantasie maar vooral de herhaling voert de boventoon.

Ook ziet men bij deze kinderen een bezorgdheid om anderen, de angst dat familieleden of vriendjes iets overkomt. Kinderen vanaf zes jaar kunnen zich wel al verplaatsen in anderen, en vaak ontstaat er een behoefte aan een verklaring voor wat hen is overkomen. Het vermogen om daadwerkelijk te begrijpen wat er is gebeurd ontbreekt echter nog. Hierdoor ontstaan fantasieën en kunnen soms schuldgevoelens ontstaan (De Haene et al., 2012).

#### Adolescenten

Bij adolescenten kan de identiteitsontwikkeling gestoord raken. Zij moeten waarden en normen uit twee totaal verschillende culturen integreren. Het doormaken van een migratieproces interfereert vaak met de identiteitsvorming. Adolescenten twijfelen of ze wel een toekomst kunnen opbouwen in het gastland. Ze zoeken ook naar een identiteit die balanceert tussen

een gebroken verleden en een open toekomst, ervaren ambivalentie rond culturele waarden en tasten de mogelijkheden af van nieuwe genderrollen (Rousseau, Drapeau & Plat, 2004). Herkennen van psychische problematiek bij adolescenten is niet eenvoudig (Groark et al., 2010). Vaak wordt geen onderscheid gemaakt tussen fysieke en mentale symptomen. In interviews gehouden met AMV's beschrijven de adolescenten zich 'ziek' te voelen. Het ervaren van mentale stress wordt dus nogal eens uitgedrukt als algehele malaise of gegeneraliseerde pijn. Daarnaast is het belangrijk te benadrukken dat deze groep van alleenstaande minderjarige vluchtelingen slachtoffer kan zijn geweest van ernstig seksueel geweld. Zowel in de oorlogsetting, tijdens de vlucht als in opvangcentra zijn zij extra kwetsbaar voor seksueel geweld zoals verkrachting of gedwongen prostitutie (UNICEF, 2016).

*'Er is een verschil tussen jongens en meisjes in de manier waarop ze met de gevolgen van traumatisering omgaan.'*

Jongeren kunnen zich schamen voor hun kwetsbaarheid en hun heftige emoties onderdrukken. Ze kunnen zichzelf veroordelen en zich schuldig voelen. Er is een verschil tussen jongens en meisjes in de manier waarop ze met de gevolgen van traumatisering omgaan. Zo leggen meisjes dikwijls de schuld bij zichzelf en ontstaan er meer internaliserende problemen, zoals depressie, angst en schuldgevoelens, met bijvoorbeeld leerproblemen, automutilatie en middelenmisbruik als gevolg (Hodes, Jagdey, Chandra & Cunnif, 2008; Bronstein & Montgomery, 2011). Jongens maskeren hun nare gevoelens vaker door externaliserende gedragsproblemen en proberen de schuld buiten zichzelf te leggen. Dit kan zich uiten door lastig gedrag op school, overmatig alcohol- en/of druggebruik en veelvuldige conflicten. Net als jonge kinderen hebben jongeren vaak de neiging de traumatiserende gebeurtenissen in hun gedrag te herhalen (Montgomery, 2008; Derluyn, Mels & Broeckaert, 2009; Mels, Derluyn, Broeckaert & Rosseel, 2010). Adolescente vluchtelingen hebben tevens een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychose (Kane et al., 2014).

## 1.2.2 Het familie-/gezinsdomein

### Familieband

Een sterke familieband en ouderlijke steun zijn cruciale beschermende factoren en verlagen de kans op psychische problematiek bij kinderen (Kovacev & Shute, 2004; Rousseau et al., 2004). Toch heeft een deel van de ouders van vluchtelingkinderen meerdere traumatische gebeurtenissen doorgemaakt en ervaren zij in het gastland opnieuw onzekerheid en problemen. Psychische problemen bij ouders (vooral bij de moeders) van vluchtelingkinderen vormen een risicofactor voor het ontstaan van psychosociale problemen bij de kinderen (Fazel et al 2012; Ehntholt & Yule, 2006). Het ontbreken van emotionele nabijheid, beschikbaarheid en bescherming heeft een negatieve invloed op de ouder-kind-interactie en hechting (De Haene et al., 2013). Gezinsconflicten en huiselijk geweld komen veel voor in gevluchte families (Chang & Rhee, 2008; GGD Nederland, 2012). Traumatische ervaringen, langdurige onzekerheid over de verblijfsprocedure, sociale marginalisatie, separatie en herenigingsprocessen vormen voor ouders een bron van chronische stress, wat zich soms uit in mishandeling. Ook verlies van vaderlijke autoriteit, bijvoorbeeld door verlies van inkomen of verandering van genderrollen, kan bijdragen aan het ontstaan van geweld als poging om de patriarchale verhoudingen te herstellen (GGD Nederland, 2012; James, 2010). In een GGD-rapport (GGD Nederland, 2012) over kindermishandeling bij asielzoekerskinderen in de periode van de asielopvang wordt aangegeven dat verwaarlozing en emotionele mishandeling bij asielzoekerskinderen minder vaak, en fysieke mishandeling juist vaker voorkomen dan bij andere mishandelde kinderen in Nederland. Het vermogen om zich aan te passen aan de nieuwe cultuur kan tussen gezinsleden verschillen. Jonge vluchtelingen integreren vaak sneller. Dit kan leiden tot familiaal geweld omdat de verschillende normen, waarden en genderrollen met elkaar botsen, met als gevolg een verzwakking van de interne cohesie van het vluchtelinggezin (Rousseau et al., 2004). Ook hebben jonge vluchtelingen frequent te maken met hoge verwachtingen van hun ouders; zij zijn immers hun toekomst.

In vluchtelinggezinnen wordt regelmatig parentificatie gezien, het opnemen van een deel van de ouderlijke

verantwoordelijkheid door het kind (Plysier, 2003).

Voorbeelden hiervan zijn de zorg voor het huishouden of voor broertjes en zusjes. Doordat kinderen sneller de nieuwe taal leren worden zij makkelijk ingezet in het helpen vertalen; niet alleen bij brieven maar soms ook als vertolker van klachten en problemen bij de huisarts (Möhlmann 2020). In sommige gevallen kan dit de normale ontwikkeling naar volwassenheid verstoren, en daarmee het risico op mentale problemen vergroten (Hooper 2007). Soms is het onderscheid tussen parentificatie en het gewoonweg bieden van hulp aan ouders moeilijk te maken. Voor vluchtelingkinderen kan het helpen van hun ouders ook leiden tot gevoelens van trots en een bron zijn van veerkracht. Wanneer kinderen echter niet meer toekomen aan hun eigen taken en activiteiten wordt er gesproken van parentificatie en kan dit leiden tot verstoring van hun eigen ontwikkeling.

### Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's)

Alleenstaande minderjarige vreemdelingen vormen een extra kwetsbare groep en worden daarom hier apart beschreven. Zij hebben vaker traumatische ervaringen opgedaan dan kinderen die samen met hun ouders of familieleden zijn gevlucht (Derluyn et al., 2009; Groark et al., 2010). De kans op het ontwikkelen van psychische stoornissen, waaronder PTSS, depressieve stoornissen, angststoornissen en gedragsproblemen, is daarmee groter (Hodes et al., 2008; Groark et al., 2010). Ook kinderen die na de vlucht gescheiden worden van hun ouders, en voor wie het moeilijk is om in contact te blijven met hun gezinsleden, hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische symptomatologie. AMV's van wie al een familielid aanwezig is in het gastland, hebben juist minder internaliserende gedragsproblemen en minder vaak last van PTSS (Bean et al.(1), 2007, Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2007).

Na aankomst in het land waar asiel wordt aangevraagd, blijven de AMV's at risk. Stress in de post-migratiefase wordt veroorzaakt door onzekerheid over het verkrijgen van een verblijfsvergunning, onduidelijkheid bij welke instantie om hulp gevraagd kan worden, zich genegeerd voelen, niet mogen studeren of werken, de taalbarrière of financiële problematiek. Er kunnen, zoals reeds beschreven, identiteitsproblemen ontstaan (Heptinstall et al., 2004; Hodes et al., 2008; Bean (1), 2007, Bean (2), 2007, Kia-Keating & Ellis, 2007). Het ontbreken

van een ouder of verzorger om de adolescent in deze complexe processen te ondersteunen, het überhaupt geheel ontbreken van fysieke of mentale geborgenheid, maakt deze groep jongeren erg kwetsbaar. Daarbij zoeken zij minder snel (psychische) hulp (Naber & Uzozie 2016; Oppedal & Idsoe 2015) en lopen meer risico op het ontwikkelen van psychische stoornissen dan leeftijdgenoten die in een gezin wonen (Ikram & Stronks 2016). Zij vinden de overgang naar 18 jaar en bijkomende verwachte zelfstandigheid moeilijk (Tijssen 2020), en dit heeft grote impact op hun psychische welzijn (UNHCR 2014). Vaker dan andere vluchtelingen raken zij ongedocumenteerd (dus zonder verblijfsvergunning) en dit kan tot meer en ernstigere psychische problemen leiden (Pharos 2019).

Het opbouwen van vriendschappen en het verkrijgen van een goed sociaal netwerk van peers en professionals is van grote waarde. Sociale contacten en afleiding verminderen psychische problematiek en verbeteren het vermogen om te gaan met verlies en leiden tot meer succesvolle aanpassing en integratie (Ajdukovic & Ajdukovic, 1993; Groark et al., 2010).

### 1.2.3 Sociale omgeving en school

#### Het maatschappelijke domein

##### *Sociaal economische Positie*

Veel vluchtelingengezinnen hebben in Nederland een lagere sociaal-economische status (SES) dan in hun land van herkomst. Het is uiterst moeilijk voor hoog opgeleide vluchtelingen een baan op hetzelfde niveau als voorheen te vinden door o.a. moeilijke erkenning van diploma's en een taalbarrière. Vluchtelingen zijn sterk oververtegenwoordigd in de groep laagste inkomens in Nederland: Bijna 40 procent van de huishoudens van wie de hoofdkostwinner een dergelijke vluchtelingachtergrond heeft, liep risico op armoede in 2020. Dat was bijna 6 keer zo vaak als gemiddeld in Nederland. Bij huishoudens met een hoofdkostwinner van Syrische komaf was het armoederisico met 54 procent het hoogst. Financiële problemen, de taalbarrière, een beperkt sociaal netwerk of beperkte steun verhoogt de kans op psychische stoornissen. Niet alleen kort nadat men zich gevestigd heeft, maar zelfs

tot jaren daarna blijft dit risico bij een lage SES aanwezig (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011). Het ontwikkelen van een psychische stoornis en een lage SES kunnen elkaar in stand houden en verergeren. Een lage SES vormt daarmee een complexe risicofactor (Bogic, Njoku & Priebe, 2015; Hollander, 2013).

Hoger opgeleide ouders zijn meer weerbaar tegen het ontwikkelen van psychosociale problematiek. Dit komt waarschijnlijk deels doordat de scholing die zij in de pre-migratiefase hebben genoten heeft geleid tot een hoger inkomen en ook in de post-migratiefase hun kans op een baan vergroot (Fazel et al., 2012).

##### *Het acculturatieproces*

Vluchtelingen dragen op het moment van hun vlucht al vaak een hele geschiedenis van sociale isolatie met zich mee. Ze behoorden mogelijk tot een culturele of religieuze minderheid, verloren de banden met de eigen culturele gemeenschap, die verbrokkelden door politieke destabilisering, of waren zelf betrokken in etnische conflicten. Bij aankomst en vestiging in het gastland bevinden ze zich vaak opnieuw in een sociaal isolement. Ze behoren nu in Nederland tot een etnische minderheid en staan voor de complexe taak zich te integreren. Wanneer de opbouw van een sociaal netwerk goed verloopt, heeft dit een duidelijk beschermend effect. Het kunnen aangaan van vriendschappen, het naar school gaan of een opleiding volgen en het ondernemen van sociale activiteiten verminderen de kans op het ontwikkelen van psychische problematiek (Kia-Keating & Ellis, 2007). Negatieve beeldvorming, racisme, moeizame instroom op de arbeidsmarkt na toekenning van een verblijfstatus en sociaal isolement verhogen het risico op disfunctioneren (Sujoldzic et al., 2006; Miller et al., 2002; Rousseau et al., 2004; Montgomery, 2008). In een Zweedse studie rapporteerde 41% van de Iraanse vluchtelingkinderen dat zij gepest werden of uitgesloten, tegenover 8,5% van de autochtone kinderen (Almqvist & Broberg, 1999). Kinderen die weinig vrienden hadden om mee te spelen integreerden slechter. Peer support is daarmee een belangrijke factor voor het sociale welbevinden van kinderen en adolescenten. Een andere belangrijke factor is de wachttijd op een verblijfsvergunning. In een studie onder 16 Nederlandse vluchtelingjongeren tussen 13 en 21 jaar oud die psychische hulp zochten, werden

vier strategieën van veerkracht duidelijk: autonomie, naar school gaan, support ervaren van peers en ouders, en meedoen in de nieuwe maatschappij (Sleijpen et al 2017). Het lange wachten op een verblijfsvergunning en de onzekerheid hierover die voelbaar is in het hele gezin is een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van psychische problemen. Ook het gedwongen verhuizen tussen AZC's heeft vooral bij adolescenten een negatief effect op hun welzijn.

In Nederland is weinig support en begeleiding bij de ontwikkeling van een bi-culturele identiteit, zowel bij de jongeren die in dit proces zitten, als de voor ouders die moeilijk begrijpen wat er speelt in het leven van hun tienerkind(eren) (Fazel 2018, Weine 2008).

De toenemende islamofobie treft grote groepen vluchtelingen die zich de laatste jaren hebben gesetteld in Nederland (Rousseau et al 2011, Hankir, Carrick & Zaman 2017; Stuart & Ward 2018; Ghorashi 2014). Dit bemoeilijkt het acculturatie proces en heeft een negatieve invloed op het opbouwen van een sociaal steunend netwerk.

## 2. Handreiking signaleren en beleid bij psychosociale problemen van vluchtelingkinderen

*Hello, who are you?*

*I am a refugee*

*I am me*

*I am through you*

*Connect me*

(Uit: voordracht door Pim Scholte, psychiater, op het WES-symposium 'Vluchtelingen in de huisartsenzorg')

### 2.1 Basisbeginselen in de benadering: voorbereiding, kennismaking en intakegesprek

In de zorg voor (nieuwe) vluchtelingpatiënten is het verstandig om een aantal stappen te doorlopen die faciliterend werken in het realiseren van een vertrouwensband tussen vluchtelingpatiënt en de huisarts (en diens collega's). Deze stappen vormen samen een zgn. *zorgjourney*. Hieronder wordt deze stapsgewijs uitgelegd en toegelicht.

#### Cultuursensitief werken en inschakelen van tolken

Zorg voor vluchtelingen is alleen effectief als deze 'cultuursensitief' is. Dit betekent niet dat u als huisarts of praktijkondersteuner volledig op de hoogte moet zijn van alle culturele waarden van vluchtelingen en van de gebeurtenissen in de verschillende landen waar zij vandaan komen. Enige kennis van etnische en culturele gezondheidsverschillen is wel gewenst, maar het gaat hierbij met name om het op maat kunnen communiceren en om het oprecht tonen van empathie, belangstelling en respect (Arq Psychotrauma Expert Groep, 2016; Inter-Agency Standing Committee, 2007; Van den Muijsenbergh & Oosterberg, 2013).

Gewaakt moet juist worden voor eenzijdige kennis van culturen daar het kan leiden tot culturalisering: het uitsluitend cultureel duiden van verschillen, terwijl andere aspecten minstens zo belangrijk zijn. Denk hierbij aan

zaken zoals sociaal-economische status, gender en seksualiteit, religie, of iemand uit een stad komt of van het platteland. Ook de vluchtreden, het wel of niet hebben van kinderen, de verblijfsduur in Nederland, en of kinderen hier (deels) zijn opgegroeid kunnen invloed hebben op het (ervaren van) problemen en mogelijke oplossingen, op hoe mensen (on)gelijkheid en empowerment ervaren.

Om werkelijk te begrijpen wat een anderstalige patiënt bedoelt en nodig heeft, en om uit te leggen wat u bedoelt, is bij bijna alle nieuwkomende vluchtelingen de inzet van een professionele tolk noodzakelijk. De KNMG, het NHG en de LHV hebben samen met het NIP en Pharos richtlijnen opgesteld om te bepalen of een professionele tolk nodig is (KNMG, 2014). Zeker gevoelige onderwerpen als psychische klachten, geweldservaringen en gezinsrelaties kunnen niet vertolkt worden door een familielid of kennis. Onder alle omstandigheden, dus ook bij "kleine kwalen" wordt ten sterkste afgeraden om kinderen in te zetten als tolk: los van de grote kans op vertaalproblemen, schaamte om problemen van ouders te horen en schoolverzuim kan dit leiden tot een ongewenst gevoel van verantwoordelijkheid (parentificatie). Voor de inzet van professionele tolken bestaat anno 2022 nog altijd geen reguliere financiële vergoeding; wel hebben veel achterstandsfondsen en gemeenten hiervoor wel een potje; uw huisartsenkring heeft hierover informatie – deze informatie is handig om toe te voegen aan de praktijkposter "zorg voor vluchtelingen" (zie bijlage 1).

#### Vooraf: opvragen medische gegevens

- De overdracht van patiëntengegevens vanuit de GZA die de gezondheidszorg voor asielzoekers verzorgt (<https://www.gzasielzoekers.nl/ikbenprofessional/praktischeinformatie/medischegegevensopvragen>) kan waardevolle informatie bieden voor een inschatting van de beschermende en risicofactoren. Het is daarom zinvol deze gegevens al op te vragen zodra een gezin zich bij u in de praktijk meldt. Houdt daartoe altijd een stapeltje uitgedrukte GZA formulieren bij de hand, zodat

u wanneer een vluchteling(gezin) zich bij de praktijk inschrijft, hen meteen kunt vragen het formulier te ondertekenen waarmee zij instemmen met het opvragen van de gegevens bij de GZA. Dit formulier is tevens toegevoegd bij dit document (bijlage 2). Overigens komen anno 2022 veel Oekraïense vluchtelingen rechtstreeks in gemeenten, zonder dat zij eerst in een AZC hebben gewoond.

- Screening op de groei en algehele gezondheid van het kind is vaak verricht door de GGD in een AZC of zal worden verricht zodra de GGD geïnformeerd is over vestiging van een kind in uw gemeente. Informatie hierover en over de vaccinatiestatus is te verkrijgen via de afdeling Jeugdgezondheidszorg van uw lokale GGD.

### **Uitgebreid Kennismakingsgesprek**

Na inschrijving in de praktijk adviseren wij om een uitgebreid kennismakingsgesprek in te plannen. Het doel van dit gesprek (en soms is er aanleiding hier twee dubbele consulten aan te wijden) is drieërlei: 1- inzicht krijgen in medische voorgeschiedenis en sociale context en leefomstandigheden van het gezin; 2- informatie verschaffen over de Nederlandse gezondheidszorg, de rol van de huisarts en assistente, beroepsgeheim etc. want in de meeste andere landen bestaat de functie van huisarts niet en heeft men andere gewoonten in de gezondheidszorg; en 3- en dat is mogelijk het belangrijkste: het bouwen aan de vertrouwensband die noodzakelijk is voor effectieve zorg, en zeker voor het bespreekbaar maken van psychosociale problemen. Deze vertrouwensband is bij iedere arts-patiëntrelatie essentieel, maar kost bij vluchtelingen vaak nog meer inspanning. Vluchtelingen kunnen immers eerder te maken hebben gehad met hulpverleners die hun vertrouwen ernstig hebben geschonden, door bijvoorbeeld betrokkenheid bij verdwijning van familieleden of bij martelpraktijken. Een relatief grote tijdsinvestering zal noodzakelijk zijn om het vertrouwen te winnen van (jonge) vluchtelingen (Pharos, 2016). Het wordt aanbevolen om voor dit gesprek het hele gezin uit te nodigen (Ehnholt & Yule, 2006). Bij AMV's kan men overwegen om hun gastouder of een ander vertrouwenspersoon mee te laten komen. Het valt te overwegen het kennismakingsgesprek alvast samen met de POH-GGZ te laten plaatsvinden. De rol van de POH-GGZ kan dan worden uitgelegd. Hiermee wordt

mogelijk de drempel richting de praktijkondersteuner verlaagd en duidelijk gemaakt wie in de huisartsenpraktijk geraadpleegd kan worden bij het ontstaan van psychosociale problemen. Daarnaast is de kennis van de POH-GGZ van de sociale kaart binnen de gemeente onmisbaar. De praktijkondersteuner kan heel gericht meedenken over mogelijkheden en oplossingen voor mogelijke problemen. In het kennismakingsgesprek kan al worden besproken dat het regelmatig voorkomt dat vluchtelingkinderen en -jongeren of hun ouders meer ondersteuning nodig hebben om hun plek in onze maatschappij te vinden en om zich mentaal gezond te voelen. Het is belangrijk om te benoemen dat er na het doorstaan van traumatische gebeurtenissen negatieve gevoelens of verwarrende emoties kunnen ontstaan. Hierbij hoeft u niet uitgebreid stil te staan bij de doorgemaakte gebeurtenissen. Het gaat er vooral om dat vluchtelingen weten dat deze problemen kunnen ontstaan, dit niet vreemd is en dat de deur openstaat om hierover te komen praten.

Belangrijk aandachtspunt waar het gaat om de Nederlandse gezondheidszorg is uitleg over onze terughoudende medische cultuur in Nederland: vaker dan in andere landen wordt geen nader medisch-technische onderzoek (lab of röntgen) aangevraagd of een afwachtend beleid zonder medicatie gekozen. Dit leidt vaak tot onbegrip en ontevredenheid over de huisartsenzorg, waarbij soms het misverstand bestaat dat de huisarts alleen bij vluchtelingen dit beleid voert van "neem maar paracetamol." De rol van de assistente en haar beroepsgeheim is bij veel nieuwkomers onbekend, en maakt dat zij terughoudend zijn met precies vertellen waarom zij bijvoorbeeld een afspraak met de huisarts willen. Het is dus belangrijk om toe te lichten dat de assistente niet een secretaresse is zonder verstand van zaken, maar iemand die telefonisch al een eerste triage doet en een onmisbare schakel is in het krijgen van de zorg die nodig is. Veel vluchtelingen zijn niet gewend lang te moeten wachten op een afspraak met de huisarts. Vooral bij mensen die eigenlijk te lang wachten met het inschakelen van hulp leidt dit tot ontevredenheid en stress. Bij sommigen kan ook het korte consult van 10 minuten ertoe leiden dat ze dan maar helemaal niet komen. De rol van tijd is dus belangrijk om uit te leggen; tegelijk is het aanbevelenswaardig om extra tijd in te plannen, zeker de eerste jaren van iemands verblijf hier.

Voor het in kaart brengen van de medische voorgeschiedenis en de sociale context adviseren we gebruik te maken van de door NHG en Pharos ontwikkelde persoonsgerichte intake (zie bijlage 3). Contextgerichte vragen omvatten gegevens over land van herkomst, woonsituatie, familie/sociale steun, religie, taal, school of opleiding, life events (migratieverhaal, verhuizingen, verlies van familie of vrienden, fysiek of seksueel geweld, detentie). Vragen over de medische conditie betreffen de medische voorgeschiedenis, infectieziekten met specifieke aandacht voor tbc, hiv, hepatitis B en C, vaccinaties, en verder over medicatiegebruik, allergieën, intoxicaties en de familieanamnese. Bij dit alles is het belangrijk in beeld te krijgen hoe de verhoudingen binnen de (groot) familie liggen: mocht er bijvoorbeeld een medische ingreep of verwijzing naar psychische zorg nodig zijn, wie beslist dan mee of dit ook gaat gebeuren, of dat iemand therapietrouw is? Het is belangrijk om altijd oog te hebben voor het systeem rondom een patiënt, zeker bij kinderen en jongeren (Latify 2019). Bij volwassenen is een (sterke) beslissende rol van anderen niet altijd vanzelfsprekend; vraag dit dus goed na. Om een goed beeld te krijgen van de sociale en familie context kan het letterlijk in beeld brengen helpend zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan tekenen op papier, of werk met andere materialen zoals de Yucelmethode met blokken.

## 2.2 Herkenning van en screening op psychische problematiek

### Herkenning en dan?

Gedurende de intake of tijdens een consult kan er een verdenking ontstaan op psychische problematiek bij vluchtelingkinderen doordat het kind symptomen ontwikkelt zoals in paragraaf 1.2 omschreven, gaat disfunctioneren of doordat de ouders psychische problemen ontwikkelen. Vaak presenteert een kind zich met stress-gerelateerde klachten waarvoor u geen somatische oorzaak vindt. Ook bij het lichamelijke onderzoek zijn soms afwijkingen zichtbaar. Een belangrijk voorbeeld zijn opvallende littekens, die een aanwijzing kunnen zijn van doorgemaakt geweld. Juist deze littekens kunnen een aanleiding zijn om naar dit doorgemaakte geweld te vragen.

Wanneer een kind komt met fysieke klachten, is allereerst gerichte aandacht hiervoor nodig. Dit betekent uitgebreide anamnese en altijd lichamelijk onderzoek en soms ook aanvullend onderzoek, ook al bent u ervan overtuigd dat het stressgebonden klachten betreft. In een tweede consult kunt u dan de verbinding leggen tussen deze klachten en stress. Door eerst te vertellen dat negatieve fysieke, seksuele of psychische ervaringen vaak voorkomen bij vluchtelingen, en vaak resulteren in lichamelijke klachten, kunt u het gesprek hierover openen en vragen of dit bij dit kind ook het geval is geweest. Praten en doorvragen naar traumata mag, mits ook de grens wordt geaccepteerd van een vluchteling om er niet over te willen praten (Inter-Agency Standing Committee, 2007). Vragen naar trauma's heeft overigens alleen zin als u duidelijk weet wat u daarna te bieden heeft aan ondersteuning of verwijzing. Wanneer praten leidt tot herbelevingen, toename van angst of dissociatie moet het gesprek hierover worden gestaakt. In dat geval is het belangrijk om te zorgen dat de patiënt zich weer veilig en rustig voelt voordat u het consult beëindigt. Het kan daarbij helpen om in een rustig tempo te praten, met duidelijke bewoordingen, en door het heden te benadrukken door bijvoorbeeld de directe omgeving te beschrijven. Voorkom dat u ten tijde van hyperarousal of dissociatie de patiënt aanraakt, omdat dit de angst kan versterken.

Na gesprekken en/of lichamelijk onderzoek kunnen meer zorgen ontstaan over de psychische gezondheid. Hoe kunnen de problemen van vluchtelingkinderen en/of -jongeren dan verder in kaart gebracht worden en wanneer is nu daadwerkelijk specialistische diagnostiek en behandeling noodzakelijk? Bij het in kaart brengen van psychische problematiek is het belangrijk om over de volgende gegevens te beschikken:

- de ontwikkeling van het kind, vanaf zijn geboorte tot de huidige (stagnatie in de) ontwikkeling;
- de eventuele traumatische gebeurtenissen die het kind heeft meegemaakt;
- actuele stressoren/leefsituatie;
- symptomen van het kind en het beloop in de tijd;
- de mate waarin de reacties of het gedrag blijven bestaan of veranderen in de tijd;
- reacties van ouders/verzorgers op de emoties en/of het gedrag van het kind;
- invloed van de symptomatologie op het dagelijkse leven en het functioneren thuis en op school;
- beschermende en risicofactoren.



## Screening

Bij twijfel over de aanwezigheid van psychische problematiek kan de huisarts of de praktijkondersteuner gebruik maken van de Protect-vragenlijst (zie bijlage 4). Voor afname is geen professionele training vereist. De benodigde tijdsduur is korter dan 15 minuten. Voor adolescenten boven de 16 jaar zou deze Protect-vragenlijst als eerste screeningsinstrument kunnen worden ingezet. Deze bevat tien ja/nee-vragen waarmee de psychologische kwetsbaarheid in kaart wordt gebracht. De items omvatten de drie symptoomcategorieën van PTSS (herbeleving van de traumatische gebeurtenis, vermijding of emotionele afstomping, en verhoogde prikkelbaarheid) en de symptomen van depressie en lichamelijke klachten die vaak bij traumatisering worden gezien. Als de betrokkene een 'medium' of een 'hoge' score op de Protect-vragenlijst heeft, is nader onderzoek geïndiceerd en kan verwijzing noodzakelijk zijn (Pharos, 2011). De Protect-vragenlijst kan via de website van Pharos gratis worden gedownload ([Protect vragen - Pharos](#)).

In de vorige editie van deze Handreiking werden ook een aantal andere screeningsinstrumenten aanbevolen. Deze blijken in de praktijk maar weinig gebruikt te worden en worden daarom hier niet meer uitgelegd. Ze zijn allemaal online te vinden. Het gaat om de *Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ* (Goodman, 1997, Goodman et al., 2000) en de *Children's Revised Impact of Event Scale, (CRIES-13)* (Children and War Foundation, 1998, Nederlandse vertaling door Olf 2005).

### 2.3 Begeleiding in de eerste lijn: wat kan de huisarts en/of poh-ggz doen?

Als huisarts en/of POH-GGZ kunt u juist veel doen en dit hoeft ook niet altijd ingewikkeld te zijn. De goede toegankelijkheid, centrale positie in de (lokale) gezondheidszorg, contacten met het sociaal domein en andere lokale organisaties maakt de positie van de huisarts uniek en sluit aan bij de belangrijkste behoeften van vluchtelingkinderen/-jongeren: vertrouwen en verbinden! Voorkomen moet worden dat de focus alleen of vooral wordt gelegd op nare en traumatische gebeurtenissen in het verleden. Het gaat in eerste instantie om het optimaliseren van het huidige functioneren, en het zorgen

voor een veilige en steunende leefomgeving waarin nieuwe trauma's zoals bijvoorbeeld gezinsgeweld worden voorkomen. Waarin ruimte is om te kunnen dromen, een toekomstperspectief te kunnen vormen en hieraan te bouwen. Juist dit zijn, zoals reeds beschreven, belangrijke beschermende factoren tegen het ontwikkelen van psychische problematiek. In moeilijke omstandigheden hebben mensen soms geen energie of mogelijkheden om uit deze situatie te ontsnappen; in dat geval is ondersteuning bij het louter overleven, geduld oefenen en ook lijden gewenst. Hierin is een niet-medicaliserende benadering en dus samenwerking met andere, lokale partijen belangrijk.

Praktische adviezen voor het concreet vormgeven van deze hulp:

1. Beschik over de juiste, al aanwezige, informatie zoals hierboven beschreven. De overdracht van informatie vanuit het GZA (opvragen dossier) en de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD kan belangrijke aanvullende informatie bieden over de fysieke en mentale gezondheid van het kind en soms van andere gezinsleden.
2. Zorg voor een actieve follow-up van vluchtelingkinderen en hun gezin. Na het voeren van een kennismakinggesprek adviseren wij u om te zorgen voor een laagdrempelige follow-up van de vluchtelingkinderen (en hun gezin). Dit geldt in het bijzonder voor de alleenstaande minderjarige vluchtelingen. De actieve follow-up dient voor het opbouwen van een vertrouwensband en het bieden van de mogelijkheid om laagdrempelig vragen te stellen over hun eigen gezondheid of over sociaal-maatschappelijke onderwerpen. Deze monitoring is ook belangrijk om de kinderen en hun gedrag beter te leren kennen. Soms vertonen kinderen en jongeren, na een latentieperiode (zie paragraaf 1.2.1) waarin lijkt alsof er niets aan de hand is en zij (uitzonderlijk) goed presteren, toch opeens ander gedrag of krijgen zij symptomen die wijzen op psychische problemen. Als u deze kinderen of jongeren nauwelijks kent is het én moeilijk om dit gedrag te herkennen én moeilijk om te interveniëren als er nauwelijks een vertrouwensband is. Ouders zien vaak snel dat hun kind ander gedrag vertoont maar herkennen dit niet altijd als indicator van een psychosociaal probleem.

3. Overweeg of u als huisarts de vluchtelingkinderen zelf wilt monitoren of dit gezamenlijk doet met uw POH-GGZ. U kunt overwegen om dit af te wisselen met uw POH-GGZ, zodat praktische vragen en hulpvragen ook met de praktijkondersteuner worden besproken. Van belang hierbij zijn kennis van de sociale kaart en samenwerking met andere organisaties op het gebied van de ondersteuning van vluchtelingen (zie paragraaf 2.4).
4. Breng bij het inzetten van de follow-up de risico- en beschermende factoren in kaart, zodat de situatie van het kind meer inzichtelijk wordt gemaakt. Het is belangrijk om niet alleen te kijken naar de individuele factoren van het vluchtelingkind, maar juist ook naar de kansen en kwetsbaarheden binnen het gezin en de sociale omgeving van het kind. Door deze factoren in kaart te brengen, kan duidelijk worden welke beschermende factoren behouden of versterkt moeten worden en welke risico's verkleind kunnen worden. Daarvoor kan tabel 1 in hoofdstuk 1 gebruikt worden.

De volgende interventies zouden onder andere kunnen worden toegepast:

- Als versterking van de beschermende factoren in het individuele domein (Emmanuel is een sociaal en sportief ingesteld kind) kan worden voorgesteld om Emmanuel aan te melden bij een atletiekclub, om zowel zijn fysieke ontwikkeling te stimuleren als om sociale contacten op te bouwen. Sporten kan zo op meerdere fronten een belangrijke rol spelen.
- Om het isolement van zijn moeder te verminderen, kan bijvoorbeeld deelname aan een kookproject via VluchtelingenWerk (zie paragraaf 2.4) worden overwogen.

Uit dit voorbeeld blijkt dat interventies dus juist niet ingewikkeld hoeven te zijn, het gaat voor een groot deel om het wijzen van de weg en vluchtelingen in contact te brengen met lokale initiatieven en (sport) clubs.

Hierna volgt het voorbeeld van Emmanuel, 13 jaar, afkomstig uit Sierra Leone:

Beschermende factoren	Risicofactoren
<b>Individueel</b>	
Gezond en sportief kind	Vader doodgeschoten voor zijn ogen
Leergierig	Kindsoldaat geweest in Sierra Leone
Sociaal vaardig	Voelt zich eenzaam
	Kan plotseling agressief worden
<b>Familie/gezin</b>	
Samen met zijn moeder	Vader is overleden
Goede band met zijn moeder	Moeder heeft een depressie
Familieleden in gastland	Familie in thuisland is onveilig
<b>Maatschappij</b>	
Gaat graag naar school	Nauwelijks sociale contacten buiten school
	Moeder leeft geïsoleerd
	Financiële problemen

5. Wees u bewust van het verhoogde risico op doorgemaakt seksueel geweld (UNICEF, 2016). Dit kan invloed hebben op onder andere de benadering in het uitvoeren van lichamelijk (gynaecologisch/urologisch) onderzoek. Een kind en/of adolescent zal mogelijk niet snel zelf benoemen dat hij of zij een verkrachting heeft doorgemaakt, vaak heerst er schaamte. Daarom is het van belang dat u als huisarts hier toch bij stilstaat, het durft te benoemen – bijvoorbeeld door aan te geven dat seksueel geweld regelmatig voorkomt bij vluchtelingen – en te vragen of dit bij dit kind het geval is geweest.
6. Vraag actief naar financiële stress in het gezin en zet zo nodig hiervoor ondersteuning in. Deze stress kan ontstaan door werkloosheid en onderwaardering van diploma's, maar ook door verwachtingen van (achtergebleven) familie over succes, geld en gezinshereniging, of door de druk om geld te sturen naar familie of mensenhandelaren. In veel gemeenten zijn er ondersteuningsmogelijkheden om bijvoorbeeld ouders te ontlasten bij de contributie van een (sport) club voor kinderen en jongeren.
7. Help kinderen en jongeren grip te krijgen op hun emoties. Geef psycho-educatie over emoties en reacties na heftige gebeurtenissen of die ontstaan in de huidige stressvolle omstandigheden. Uitleg over het feit dat lichamelijke klachten kunnen ontstaan door, en een uiting kunnen zijn van mentale stress,

kan verduidelijking bieden en een stuk controle teruggeven. Tevens kunnen ontspanningsoefeningen en mindfulness opties zijn om weer grip te krijgen op zichzelf. Gedrag in reactie op traumatriggeren kan niet afgeleerd worden, maar kan wel voorkomen worden door herkenning van deze triggers en door het doen van ontspanningsoefeningen (Schippers, 2015).

8. Tot slot: Het geven van cognitieve gedragstherapie of psychofarmaca aan vluchtelingkinderen en -jongeren behoort thuis in de tweede lijn.

## 2.4 Samenwerking binnen de nulde en eerste lijn

Welke organisaties zijn voor u als huisarts en/of POH-GGZ belangrijk om te benaderen voor meer informatie of voor het verkrijgen van extra hulp? Het is niet eenvoudig om hiervan een overzicht te geven. Dit komt mede door de decentralisatie van de psychosociale zorg sinds 2015, waardoor gemeenten hiervoor verantwoordelijk zijn geworden en ontwikkelingen op dit gebied nog volop gaande zijn. Hierdoor zijn er ook interregionale verschillen. Uit onderzoek blijkt dat sociaal werkers regelmatig te maken krijgen met psychosociale problemen bij vluchtelingen en hun kinderen (Meijer et al 2020). Zij verwijzen vaker vluchtelingen naar de GGZ dan de huisarts (Howard & Hodes 2000; Vaage et

Organisatie	Website
GZA	<a href="https://www.gzasielzoekers.nl/ikbeneenprofessional/overgza/praktijklijn">https://www.gzasielzoekers.nl/ikbeneenprofessional/overgza/praktijklijn</a>
GGD GHOR	<a href="http://www.ggdghor.nl">www.ggdghor.nl</a>
Centrum voor Jeugd en Gezin	<a href="http://www.opvoeden.nl/cjg">www.opvoeden.nl/cjg</a>
VluchtelingenWerk	<a href="http://www.vluchtelingenwerknederland.nl">www.vluchtelingenwerknederland.nl</a>
Rode Kruis	<a href="http://www.rodekruis.nl">www.rodekruis.nl</a>
Kerk in Actie	<a href="http://www.kerkinactie.nl">www.kerkinactie.nl</a>
Stichting NIDOS	<a href="http://www.nidos.nl">www.nidos.nl</a>
Yalla Foundation	<a href="https://yallafoundation.nl/nl/">https://yallafoundation.nl/nl/</a> <a href="https://www.facebook.com/yallafoundationNL/">https://www.facebook.com/yallafoundationNL/</a>

**Tabel 3.** Overzicht van samenwerkingsmogelijkheden met partners binnen de nulde en eerste lijn

al 2007). Ook jeugdartsen en -verpleegkundigen zien vluchtelingjongeren, en kunnen doorverwijzen. Wanneer men elkaar hierover niet informeert kunnen professionals langs elkaar heen werken; samenwerking met verschillende disciplines op dit vlak is dus gewenst (Sow 2021). In aanvulling op de gebruikelijke contacten (zoals het sociale wijkteam) willen we een aantal belangrijke landelijke samenwerkingspartners benoemen.

Zoals reeds benoemd bevelen wij aan het medisch dossier op te vragen bij GZA. De (lokale) *GGD jeugd-gezondheidszorg* is een belangrijke samenwerkingspartner die al over medische en ontwikkelingsgegevens beschikt van het vluchtelingkind en het gezin.

Het *Centrum voor Jeugd en Gezin* (CJG) kan een rol vervullen in de opvoedondersteuning en de inzet van wijkteams. Huisartsen kunnen te maken krijgen met vrijwilligers van *VluchtelingenWerk*, omdat deze vrijwilligers een belangrijke rol spelen in de ondersteuning van vluchtelingen en bij praktische zaken als bijvoorbeeld het aanvragen van een BSN-nummer, contacten met de gemeente, bemiddeling bij huisvesting en de inschrijving in de huisartsenpraktijk. *VluchtelingenWerk* biedt daarnaast trainingen voor vluchtelingen. Een voorbeeld is de training 'Mindfit', waarin vluchtelingen informatie krijgen over opvoeding, participatie en zelfredzaamheid. Daarnaast biedt deze organisatie concrete projecten aan, zoals kindervakantieweken en kookprojecten.

Het *Rode Kruis* heeft meerdere programma's om hulp te bieden aan vluchtelingen. Een belangrijk onderdeel is *tracing*. Het Rode Kruis en de Rode Halve Maan helpen bij het opsporen van familieleden en het herstel van de contacten. Daarnaast zijn er verschillende programma's waaronder *Ready2help*, waarbij vluchtelingen kunnen worden bijgestaan door vrijwilligers.

*Kerk in Actie* heeft brede lokale initiatieven zoals taallessen en activiteiten die variëren van stadswandelingen en sinterklaasvieringen tot koffie en thee-uurtjes.

*Stichting NIDOS* is een onafhankelijke voogdij-instelling, die de voogdijtaak uitvoert voor alleenstaande minderjarige vluchtelingen. Daarnaast is deze organisatie ook een expertisecentrum.

*Yalla Foundation* is ten tijde van de grote vluchtelingenstroom in 2015 ontstaan en biedt een open platform voor burgers om hulp, contact, spullen, en dergelijke te bieden aan vluchtelingen. Daarnaast neemt Yalla als stichting zelf

ook grotere initiatieven op zich zoals inzamelingsacties, en richt zich niet uitsluitend op Nijmegen.

Lokale buddy- of maatjes projecten vormen waardevolle contacten, en op veel plekken bevindt zich wel een internationaal vrouwen centrum waar speciale activiteiten worden georganiseerd. Hier kunnen vrouwen sociale contacten en steun vinden, maar taalondersteuning of fietslessen komen ook voor.

In verschillende gemeenten bevinden zich inmiddels door Pharos getrainde sleutelpersonen: mensen met vluchtelingervaring die al langere tijd in Nederland verblijven. Zij hebben kennis van beide culturen, een groot netwerk onder vluchtelingen en begrip van allerlei Nederlandse systemen en bureaucratie waardoor ze fungeren als cultureel mediators. Op de website van Pharos zijn ze te vinden per regio: [Sleutelpersonen - Pharos](#).

Door het soms lange wachten op een verblijfsstatus kan er veel stress ontstaan bij ouders en dus ook hun kinderen. Hierdoor hebben ouders niet altijd (genoeg) aandacht voor hun kinderen, bijvoorbeeld voor hoe het gaat op school. De onbekendheid van ouders met het schoolsysteem en dan met name de overgang van primair naar voortgezet onderwijs, en de stap naar (hoger) beroepsonderwijs kan voor problemen zorgen door gebrek aan kennis en ondersteuning. Daarnaast ervaren sommige vluchtelingjongeren in hun tienertijd een duidelijke worsteling met betrekking tot hun identiteit, en vinden zij het lastig hier met iemand over te praten – ook omdat zij denken dat zij hierin alleen staan.

Een intern begeleider (primair onderwijs) of een vertrouwenspersoon (voortgezet onderwijs) kan hierin een waardevol contact zijn. Hoewel de AVG het uitwisselen van concrete patiëntinformatie soms belemmert, kan uitwisseling over hoe dit soort vluchtelingkinderen ondersteund kunnen worden erg waardevol zijn (Fazel et al 2012; Ellis et al 2010). Het elkaar leren kennen blijkt een vruchtbare basis voor samenwerking en laagdrempelige communicatie (De Been & Hosper 2018; Karam et al., 2018; Sangaleti et al., 2017; Scheffer & Van den Muijsenbergh, 2019; Supper et al., 2015).

Andere organisaties en kenniscentra die informatie voorhanden hebben, zowel medisch inhoudelijk als over (lokale) netwerken en steunpunten staan in de volgende tabel benoemd.

Organisatie/kenniscentrum	Website
Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen	<a href="http://www.pharos.nl">www.pharos.nl</a>
Website over informatie migrantenzorg	<a href="http://www.huisarts-migrant.nl">www.huisarts-migrant.nl</a>
Nederlands Jeugdinstituut	<a href="http://www.nji.nl">www.nji.nl</a>
Landelijk expertisecentrum psychotrauma	<a href="http://www.arq.org">www.arq.org</a>
Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie	<a href="http://www.kenniscentrumkjp.nl">www.kenniscentrumkjp.nl</a>
VluchtelingenWerk Nederland	<a href="#">VWN Nieuws en kennis</a>
Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS)	<a href="#">Vluchtelingen   Kennisplatform Inclusief Samenleven (kis.nl)</a>

**Tabel 4.** Landelijke kenniscentra

## 2.5 Behandelinterventies binnen de specialistische ggz

Criteria voor verwijzing naar de specialistische zorg (Beer et al., 2007):

- Het kind of de jongere heeft of ontwikkelt ernstige symptomen van psychopathologie die continu interfereren met het dagelijkse leven.
- De ontwikkeling is verstoord geraakt.
- Er zijn verslavingsproblemen ontstaan.
- Het kind of de adolescent kan niet functioneren op school of is niet in staat nieuwe sociale contacten op te bouwen en raakt in een isolement.
- De ouders zijn niet goed in staat hun kind te ondersteunen.

### Behandelaanbod per ggz-instelling

Het behandelaanbod per ggz-instelling kan wisselend zijn. Bij doorverwijzing naar psychosociale hulp in de tweede lijn verdient het aanbeveling om te zoeken naar professionals die expliciet ervaring en expertise hebben op het gebied van werken met mensen met een niet-Nederlandse achtergrond. Daarbij leidt een 'culturele match' tussen hulpvrager en zorgverlener voor meer openheid over problemen en minder kans op drop-out (Sue, 1998). Dit hoeft geen etnische overeenkomst te zijn, maar kan vertaald worden in overeenkomsten in wereldbeeld en overtuigingen, maar ook in probleemdefinitie en oplossingsrichtingen (Zane et al., 2005). Op de website

van ARQ Kenniscentrum Migratie is de meeste recente landelijke sociale kaart voor cultuursensitieve zorg te vinden: Update cultuursensitieve zorg.

In Nederland zijn er vijf gespecialiseerde derdelijns ggz-instellingen die u verder kunnen helpen bij vragen over of verwijzing voor psychotraumabehandeling van vluchtelingen. Dit zijn ARQ Centrum '45, De Evenaar (voor Noord-Nederland, GGNet (voor Oost-Nederland), Sinai Centrum (Midden-Nederland), en Reinier van Arkelgroep (voor Zuid-Nederland).

### Behandelinterventies bij psychotrauma

Zonder uitpuittend te willen zijn, noemen we hier kort enkele veel bij vluchtelingkinderen/-jongeren toegepaste, evidence-based behandelinterventies:

- KidNET staat voor Narratieve Exposure Therapie (NET) bij kinderen. Het doel van NET is de patiënt overzicht te geven over zijn gehele leven en de traumatiserende gebeurtenissen te integreren in zijn levensverhaal. Vaak is er namelijk sprake van een gestoord geheugenproces bij het opslaan van traumatische gebeurtenissen. Traumatische herinneringen worden gemakkelijk geactiveerd, zonder dat deze in de juiste context worden geplaatst. Daarbij worden bepaalde facetten onthouden en zijn herinneringen vaak inconsistent (Robjant & Fazel, 2010; Ruf et al., 2010; Neuner et al., 2008). Het weer verbinden van de traumatische herinneringen en de contextuele herinneringen zorgt voor een integratie van deze herinneringen in het biografische geheugen.

- *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) is ook bij kinderen effectief gebleken (Diehle et al., 2015). Bij EMDR wordt aan het kind een repeterende beweging of een repeterend geluid aangeboden, terwijl het terugdenkt aan de traumatische ervaring. Door de afleiding van de repeterende beweging vermindert de emotionele spanning die aanvankelijk was gekoppeld aan het oproepen van de gedachte aan het trauma. Voorbeelden van repeterende bewegingen of geluiden zijn een vinger voor de ogen heen en weer bewegen of afwisselend met de linker- of rechterhand tegen de hand van de therapeut slaan.
- *Trauma-focused* cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) bestaat uit psycho-educatie waarbij wordt uitgelegd welke klachten kunnen ontstaan doordat het kind een traumatische gebeurtenis heeft doorgemaakt. Hierdoor kan voor het kind duidelijker worden welke situaties kunnen leiden tot verhoging van zijn angstgevoelens. In deze therapie leert het kind vaardigheden om beter om te gaan met de ontstane klachten. Er vindt exposure plaats door verbeelding van het trauma of door daadwerkelijk de plaats van het trauma te bezoeken. Door hieraan rustgevende gevoelens te koppelen kan een andere beleving ontstaan, waardoor de reactie op de traumatische gebeurtenis kan veranderen.

Andere interventies zijn het aanleren van stabiliserende technieken, het geven van psychofarmaca, en het volgen van systeemtherapie en groepsbehandelingen (Pacione et al., 2013).

### **Tot slot**

In tabel 5 staan in het kort de *do's and don'ts* in de psychosociale benadering van vluchtelingkinderen en -jongeren samengevat. Wij hopen dat deze handreiking u ondersteunt en motiveert voor de zorg aan deze uitdagende, maar ook complexe doelgroep!

Do's	Don'ts
Verzamel voor het eerste consult al zoveel mogelijk informatie.	Voorkom dat een eerste consult het vormen van een vertrouwensband eerder in de weg staat dan bevordert.
Schakel altijd een professionele tolk in.	Schakel in geen geval kinderen in als tolk.
Doe bij lichamelijke klachten altijd lichamelijk onderzoek, ook als u vermoedt dat stress de oorzaak is.	Leg niet uw interpretatie van de (oorzaak van) klachten op aan de patiënt, maar zoek naar een gezamenlijk gedragen verklaring en beleid.
Werk samen met de POH-GGZ voor monitoring van de vluchtelingkinderen en gezinnen.	Voorkom gezien de complexiteit en veelzijdigheid van mogelijke problemen dat u alleen werkt.
Zorg de eerste tijd standaard voor meer tijd in uw consult, maak een aantekening in uw administratie zodat de assistente een dubbel consult inplant.	
Richt u in uw benadering op het verbinden en op het voorkomen van isolement, stabilisatie en het gezamenlijk waarborgen van een veilige omgeving waarin een kind of jongere naar school kan.	Richt u niet meteen op de traumata die in het verleden, voor en tijdens de vlucht, zijn voorgevallen. Richt u op de stabilisatie van het kind en het voorkomen van nieuwe traumata in de post-migratiefase.
Werk samen met andere partners in de eerste en nulde lijn.	Voorkom dat iedereen zijn eigen plan opstelt en niet weet van elkaars inzet en kunde.
Monitor het hele gezin en volg de gezinsdynamiek en de ouders.	Voorkom dat er alleen wordt gekeken naar het individuele kind.
Benader alleenstaande minderjarige vluchtelingen actief, want zij vormen een belangrijke risicogroep voor het ontwikkelen van psychische problematiek.	Wacht bij een kwetsbare groep als de alleenstaande minderjarige vluchtelingen niet tot u om hulp wordt gevraagd.
Benader een alleenstaande vluchteling actief als deze 18 jaar is geworden. Als de overgang naar volwassenheid te groot blijkt, schakel dan lokale sociale partners in.	Voorkom dat de net volwassen vluchteling in een gat valt. Ga er niet zonder meer van uit dat iemand voldoende kennis en toegang heeft tot uw zorg.
Geef kinderen de kans om te praten over traumatische gebeurtenissen. Vragen naar traumatische gebeurtenissen mag, maar respecteer de wens om niet te willen praten.	Stel geen vragen over doorgemaakte trauma's als een veilige setting of follow-up in de eerste of tweede lijn niet gewaarborgd is.
Stimuleer de eigen verantwoordelijkheid en onafhankelijkheid, en ondersteun de veerkracht van kinderen.	Voorkom een slachtoffergerichte benadering.
Onderzoek samen met kind en ouder of en zo ja welke ondersteuning gewenst is.	Neem niet zomaar aan dat ieder vluchtelingkind of -jongere die traumatische gebeurtenissen heeft doorgemaakt ook getraumatiseerd is. Of dat vluchtelingen die veel veerkracht tonen geen ondersteuning nodig hebben.

**Tabel 5.** Do's and don'ts, mede gebaseerd op de IASC guidelines (Inter-Agency Standing Committee, 2007)

## Referenties

- Ajdukovic, M. & Ajdukovic, D. (1993). Psychological well-being of refugee children. *Child Abuse and Neglect*, 17, 843-854.
- Almqvist, C. & Hwang, S. (1999). Iranian refugees in Sweden: coping processes in children and their families. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 6, 167-188.
- Almqvist, C. & Broberg, A.G. (1999). Mental health and social adjustment in young refugee children 3½ years after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 38, 723-730.
- Arq Psychotrauma Expert Groep (2016). *Veerkracht en vertrouwen: de bouwstenen van psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen*. Diemen: Arq.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 288-297.
- Bean, T.M., Eurelings-Bontekoe, E. & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Social Science & Medicine*, 64, 1204-1215.
- Beer, R., Verlinden, E., Boer, F. & Lindauer, R. (2007). *Protocol classificatie en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek*. Duivendrecht: De Bascule, Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Bhimji F. (2016). Visibilities and the politics of space: refugee activism in Berlin. *J Immigr Refug Stud.*;14(4):432-50. <https://doi.org/10.1080/15562948.2016.1145777>
- Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, 29.
- Bronstein, I. & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 44-56.
- CBS (2021) *Armoede en sociale uitsluiting 2021*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2021). *Asielverzoeken en nareizigers; nationaliteit, geslacht en leeftijd*. Retrieved May 18, 2021, from <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83102NED/table>
- Chang, J. & Rhee, B. (2008). Child abuse and neglect in Cambodian refugee families. Characteristics and implications for practice. *Child Welfare*, 87, 141-160.
- Chen, S., Carver, A., Sugiyama, T. et al. Built-environment attributes associated with refugee children's physical activity: a narrative review and research agenda. *Confl Health* 15, 55 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00393-2>
- Children and War Foundation (2005). *Children's Revised Impact of Event Scale*. CRIES-13.
- Dagevos, J.; Huijnk, W.; Maliapaard, M.; Miltenburg, E. (2018). *Syriërs in Nederland: Een Studie over de Eerste Jaren van hun Leven in Nederland*; Sociaal En Cultureel Planbureau: Den Haag. Available from <https://repository.scp.nl/handle/publications/193>
- Derluyn, I., Mels, C. & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 291-297.
- De Been, M., & Hoesper, K. (2018). Goede voorbeelden van samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein. *Bijblijven*, 34(3), 309-319. doi:10.1007/s12414-018-0304-8
- De Haene, L., Rober, P., Adriaenssens, P. & Verschueren, K. (2012). Voices and directivity in family therapy with refugees. Evolving ideas about dialogical refugee care. *Family Process*, 51, 391-403.
- De Haene, L., Montgomery, E., Dalgaard, N., Grietens, H. & Verschueren, K. (2013). Attachment narratives in refugee children: inter-rater reliability and qualitative analysis in pilot findings from two-site study. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 413-417.
- Diehle, J., Opmeer, B.C., Boer, F., Mannarino, A.P. & Lindauer, R.J. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227-223.



- Dunkerley, D., Scourfield, J., Maegusuku-Hewett, T. & Smalley N. Children Seeking Asylum in Wales. *Journal of Refugee Studies*, Volume 19, Issue 4; 2006:488–508. <https://doi.org/10.1093/refuge/fel019>
- Ehntholt, K.A. & Yule . (2006). Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1197-1210.
- Ellis B, Lincoln A, Charney M, Ford-Paz R, Benson M, Strunin L. (2010). Mental Health Service Utilization of Somali Adolescents: Religion, Community, and School as Gateways to Healing. *Transcultural psychiatry*. 2010;47:789-811.
- Ellis, B.H., Miller, A.B., Abdi, S., Barret, C., Blood, E.A. & Betancourt, T.S. (2013). Multi-tier mental health program for refugee health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 129-140.
- Fazel, M., Reed, R., Panter-Brick, C. & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379, 266-282. Fazel, M. (2018). Refugees and the post-migration environment. *BMC Med* 16, 164 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1155-y>
- Fernando, C. & Ferrari, M. (2013). *Handbook of Resilience in Children of War*. Springer.
- GGD Nederland (2012). *Kindermishandeling bij asielzoekers in Nederland. Epidemiologisch onderzoek op basis van de gegevens van de medische opvang asielzoekers 2000-2008*. Utrecht: GGD Nederland.
- Ghorashi H. *De Nederlandse emancipatiemythe*. Nijmegen: In: Dudink, S., & Plate, L.; 2015.
- Goodman (1997) The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534-539.
- Goosen, S. (2014). *A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands*. Diss. Amsterdam Amc / Utrecht GGD-GHOR.
- Groark, C., Sclare, I. & Raval, H. (2010). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylum-seeking adolescents in the UK. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 412-442.
- Hankir, A, Carrick, F.R. & Zaman, R. (2017) Part I: Muslims, social inclusion and the West. Exploring challenges faced by stigmatized groups. *Psychiatr Danub*. 2017;29(Suppl 3):164-72. Retrieved 03-16-2022 from [Dnb-29\\_S-3\\_151\\_718\\_All.pdf\(srce.hr\)](Dnb-29_S-3_151_718_All.pdf(srce.hr)
- Heptinstall, E., Sethna, V. & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 373-380.
- Hodes, M., Jagdey, D., Chandra, N. & Cunliffe, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 723-732.
- Hollander, A.C. (2013). Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden – Epidemiological studies of register data. *Global Health Action*, 6, 21059.
- Hooper L. (2007). Expanding the Discussion Regarding Parentification and Its Varied Outcomes: Implications for Mental Health Research and Practice. *Journal of Mental Health Counseling*. 2007;29.
- Howard, M. & Hodes, M. (2000). Psychopathology, adversity, and service utilization of young refugees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39, 368-377 (2000).
- Ikram, U.Z., Snijder, M.B., Fassaert, T.J., Schene, A.H., Kunst, A.E. & Stronks, K. (2015). Discrimination and depression in ethnic minority youth. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2015;159:A8828.
- Ikram, U., Stronks, K. (2016). Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers. A Literature Review for the Health Council of the Netherlands. *Department of Public Health, Academic Medical Center, University of Amsterdam*.
- Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
- James, K. (2010). Domestic violence within refugees families: intersecting patriarchal culture and refugee experience. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 275-284.

- Kane, J.C., Ventevogel, P., Spiegel, P., Bass, J.K., Ommeren, M. van & Tol, W.A. (2014). Mental, neurological, and substance use problems among refugees in primary health care: analysis of the Health Information System in 90 refugee camps. *BMC Medicine*, 12, 228.
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70-83. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002
- Kia-Keating, M. & Ellis, B.H. (2007). Belonging and connection to school in resettlement: young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 29-43.
- KNMG (2014). *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg*. Utrecht: KNMG.
- Kovacev, L. & Shute, R. (2004). Acculturation and social support in relation to psychosocial adjustment of adolescent refugees resettled in Australia. *International Journal of Behavioral Development*, 28(3), 259-267.
- Latify, M. (2019). *Psychosocial problems in refugee children. Experience and recognition by refugees and their needs with regard to the general practitioner*. Master thesis Medische Wetenschappen, Radboudumc Nijmegen. Available from [The results - Radboud University Network on Migrant Inclusion \(ru.nl\)](#)
- Lewek M, Naber A. (2017). *Kindheit im Wartezustand*. UNICEF. <https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/2017/studie-fluechtlingskinder-in-deutschland/137440>
- Meijer, J., Van Der Maas-Vos, G., Bakker, L. & Blom, M. (2020). *Hoe, wat en waarom. De maatschappelijke begeleiding van vluchtelingen*. Significant Public (2020).
- Mels, C., Derluyn, I., Broekaert, E. & Rosseel, Y. (2010). The psychological impact of forced displacement and related risk factors on Eastern Congolese adolescents by war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1096-1104.
- Miller, K.E., Worthington, G.J., Muzurovic, J., Tipping, S. & Goldman, A. (2002). Bosnian refugees and the stressors of exile: a narrative study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 341-354.
- Möhlmann, S. (2020). *Views and experiences of young refugees regarding bi-cultural identity building and empowerment in relation to healthcare, after their migration to the Netherlands*. Master thesis Medische Wetenschappen, Radboudumc Nijmegen. Available from [The results - Radboud University Network on Migrant Inclusion \(ru.nl\)](#)
- Montgomery, E. (2008). Long-term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees mental health. *Social Science & Medicine*, 67, 1596-1603.
- Muijsenbergh, M.E.T.C. van den & Oosterberg, E.H. (2013). Patiënt gericht en cultureel competent; goede zorg voor allochtone patiënten vereist specifieke competenties. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A5612p.
- Naber, P., Uzozie, A. (2016). *Match voor de toekomst? Een verkennend onderzoek naar de bijdrage van maatjesprojecten aan de maatschappelijke participatie van jonge alleenstaande asielzoekers*. [cited 11 August 2020]. Available from: <https://www.st-alexander.nl/wp-content/uploads/2016/09/Rapportage-AMA-13juli2016.pdf>
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 641-664.
- Oppedal, B., Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scand J Psychol.* 2015;56(2):203-11.
- Pacione, L., Measham, T. & Rousseau, C. (2013). Refugee children: mental health and effective interventions. *Current Psychiatry Reports*, 2, 341.
- Pharos (2011). *PROTECT. Herkenning en opsporing van slachtoffers van martelingen ten behoeve van zorg in Europese landen*. Utrecht: Pharos.
- Pharos (2016). *Kennissynthese Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: Wat is er nodig?* Utrecht: Pharos.
- Pharos (2019). *Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen (amv's)*. [cited 2 June 2020]. Available from: <https://www.pharos.nl/factsheets/alleenstaande-minderjarige-vreemdelingen-amvs/>

- Plysier, S. (2003). *Kinderen met een tweede huid. Onthaal van kinderen op de vlucht*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Rieff, K. (2019). *General practitioners' care for refugee minors compared to other minors, with a focus on mental health, a retrospective survey of patient records*. Master thesis Medische Wetenschappen, Radboudumc Nijmegen. Available from [The results - Radboud University Network on Migrant Inclusion \(ru.nl\)](#)
- Robjant, K. & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1030-1039.
- Rode kruis [Zoeken naar vermiste familieleden - Restoring Family Links Rode Kruis](#) Bekeken op 5 april '22
- Rousseau, C., Drapeau, A. & Platt, R. (2004). Family environment and emotional and behavioural symptoms in adolescent Cambodian Refugees: influence of time, gender and acculturation. *Medicine, Conflict, and Survival*, 20, 151-165.
- Rousseau, C., Hassan, G., Moreau, N. & Thombs, B.D. (2011). Perceived discrimination and its association with psychological distress among newly arrived immigrants before and after September 11, 2001. *Am J Public Health*. 2011;101(5):909-15. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.173062>
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E. & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4):437-445.
- Sangaleti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P., & Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 15(11), 2723-2788. doi:10.11124/JBISIR-2016-003016
- Scheffer, R. D., & Van den Muijsenbergh, M. E. (2019). Integrale zorg: ervaringen en opvattingen van huisartsen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97(1), 48-54. doi:doi.org/10.1007/s12508-019-0214-x
- Schippers, M. (2015). *Een interculturele pedagogische visie op de begeleiding van amv's*. Presentatie Nidos, beschikbaar via [www.nidos.nl](http://www.nidos.nl).
- Sleijpen, M., Mooren, T., Kleber, R.J. & Boeije, H.R. (2017). *Lives on hold: A qualitative study of young refugees' resilience strategies*. Sage Publications; 2017. p. 348-65
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2011). *Rapport vluchtelingengroepen in Nederland*. Rijswijk: SCP.
- Sow, J. (2021). *Building common ground in working with refugees and in interprofessional collaboration. Experiences of Dutch social and healthcare professionals*. Medische Wetenschappen, Radboudumc Nijmegen. Available from [The results - Radboud University Network on Migrant Inclusion \(ru.nl\)](#)
- Spee, V. (2021). *"Do not wash your dirty linen in public". Elements that hinder the help-seeking process for psychosocial problems among Somali refugees in the Netherlands*. Master thesis Pedagogische Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen. Available from [The results - Radboud University Network on Migrant Inclusion \(ru.nl\)](#)
- Stuart, J. & Ward, C. (2018). The relationships between religiosity, stress, and mental health for Muslim immigrant youth. *Mental Health, Religion & Culture*. 2018;21(3):246-61. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1462781>
- Struik, A. (2010). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson Benelux Medical.
- Sujoldzic, A., Peternel, L., Kulenovic, T. & Terzic, R. (2006). Social determinants of health. A comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. *Collegium antropologicum*, 30, 703-711.
- Summerfield, D. (2000). Childhood, war, refugeedom and trauma: three core questions for mental health professionals. *Journal of Transcultural Psychiatry*, 3, 417-433.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53, 440-448. doi:10.1037/0003-066X.53.4.440
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716-727. doi:10.1093/pubmed/dfu102
- Tijssen, I. (2020). *Help-seeking behaviour and healthcare experiences and needs of unaccompanied minors, as remembered in retrospect*. Master thesis Medische Wetenschappen, Radboudumc Nijmegen. Available from [The results - Radboud University Network on Migrant Inclusion \(ru.nl\)](#)

- UNHCR (2014). *Unaccompanied and Separated Asylum-seeking and Refugee Children Turning Eighteen: What to Celebrate?* [cited 11 August 2020]. Available from: <https://www.refworld.org/docid/53281A864.html>
- UNICEF (2016). *Danger every step of the way. A harrowing journey to Europe for refugee and migrant children*. Geneva: UNICEF.
- Vaage, A.B., Garlov, I., Hauff, E. & Thomsen, P.H. (2007). Psychiatric symptoms and service utilization among refugee children referred to a child psychiatry department: a retrospective comparative case note study. *Transcult Psychiatry* 44, 440-458 (2007).
- Weine S. (2008). Family roles in refugee youth resettlement from a prevention perspective. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17(3):515-viii <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.02.006>.
- Zane, N., Sue, S., Chang, J., Huang, L., Huang, J., Lowe, S., . . . Lee, E. (2005). Beyond ethnic match: Effects of client-therapist cognitive match in problem perception, coping orientation, and therapy goals on treatment outcomes. *Journal of Community Psychology*, 33, 569-585. doi: <https://doi.org/10.1002/jcop.20067>

### Praktijkposter Zorg voor vluchtelingen

Op de volgende pagina vindt u een in te personaliseren Empowerment poster Zorg voor vluchtelingen met de te doorlopen 'zorg journey' als nieuwe patiënten met vluchtelingen achtergrond zich aanmelden.

## EmpowerMENT EWBOMGLIEMEN

## Persoonsgerichte, integrale zorg voor vluchteling kinderen en jongeren

► Zoek actief **contact** met vluchtelingen

► Plan voldoende **tijd** in

### Vorbereiding:

- Medische info GZA (GezondheidsZorg Asielzoekers): opvragen bij aanmelding → assistente
- Hoe maak ik optimaal gebruik van een tolk/tolktelefoon?
  - ✓ Tel.nr.: **088 255 52 22**
  - ✓ Bij de hand houden: naam huisarts, postcode + huisnr. praktijk
  - ✓ Vraag lokale achterstandsfonds voor vergoeding

### Kennismaking HA/POH-GGZ

#### Info vragen

- Aanvullen info op dossier GZA: *persoonsgerichte intake*
- Vragen naar trauma's mag. grenzen respecteren moet

#### Info geven

- Gezondheidsroute: naar wie ga je voor welk probleem/vraag?
- Functie + werkwijze → huisarts en POH-GGZ
- Beroepsgeheim, ook naar autoriteiten

### 1<sup>e</sup> consult

- Persoonsgerichte intake, eventueel Cultureel interview
- Psycho-educatie: mogelijke fysieke klachten na heftige gebeurtenissen

Wensen patiënt  
zijn leidend!

#### Aanwijzing psychisch probleem? →

Onderzoek - bijvoorbeeld bijlages uit Handreiking Psychische problemen bij vluchtelingkinderen en -jongeren:

- SDQ Strengths & Difficulties Questionaire
- CRIES-13 Children's Rev. Impact of Event Sc.
- **Altijd:** *betrek* systeem om kind; *bespreek* altijd belang systeem met volwassene

#### Risicofactoren aanwezig?

→ Nieuwe afspraak na twee maanden

\* Check: is informatie uit kennismaking begrepen?  
→ bijvoorbeeld terugvraag methode

#### Geen risicofactoren?

Gesprek POH 12 maanden

\* Check: is informatie uit kennismaking begrepen?

#### Behandeling:

- Ondersteuning bij POH-GGZ
  - Verwijzing naar basis GGZ
  - Verwijzing naar specialistische GGZ →  
*Let op ervaring mensen migratie achtergrond*
- Richt je op psychosociale factoren: stabilisatie thuis, ritme school/werk; systeem om patiënt; eigen verantwoordelijkheid & onafhankelijkheid
- \* Voorkom slachtoffergerichte benadering
  - \* Focus op (veer)kracht en mogelijkheden

#### Partijen om mee samen te werken of te raadplegen:

- VluchtelingenWerk [www.vluchtelingenwerk.nl/nl/over-ons](http://www.vluchtelingenwerk.nl/nl/over-ons)
- Pharos: voorlichting in eigen taal
- Kennisplatform Inclusief Samenleven: [www.kis.nl](http://www.kis.nl)
- Facebook Syriërs gezond: [www.facebook.com/syriersgezond](http://www.facebook.com/syriersgezond)
- Facebook Eritreeërs gezond: [www.facebook.com/eritreersgezond](http://www.facebook.com/eritreersgezond)
- Stichting Los: [www.stichtinglos.nl](http://www.stichtinglos.nl)
- Centrum voor Jeugd en Gezin
- Buurtinitiatieven
- Sporten, taal, fietsen, spelen

**Overdracht medisch dossier naar nieuwe huisarts**

Toestemmingsformulier voor overdracht medisch dossier naar nieuwe huisarts

**Ik geef aan GZA toestemming mijn medisch dossier over te dragen aan mijn nieuwe huisarts:**

**\*GZA: plak hier sticker met NAW gegevens patiënt**  
(naam, geboortedatum, adres, BSN, mailadres, tel.)

**Tevens wil ik GZA verzoeken de medische dossiers van mijn hieronder genoemde kind(eren) over te dragen:** (Kinderen van 12 jaar en ouder dienen een eigen formulier in te vullen en te ondertekenen.)

**\*GZA: plak hier sticker(s) met NAW gegevens kind(eren)**  
(naam, geboortedatum, BSN)

➤ Tweede pagina aanwezig met gegevens extra kind(eren)?: **JA / NEE**

**Handtekening patiënt:**

**Plaats:  
Datum:**

**Gegevens nieuwe huisarts:**

**\*Plaats (stempel met) gegevens praktijk**  
(naam, adres, zorgmailadres, tel.)

Aan de nieuwe praktijk:

- Het dossier dat bij deze patiënt hoort kan worden opgevraagd via Inschrijving Op Naam (ION).
- Betreft het een patiënt zonder BSN of werkt ION niet, dan kunt u dit formulier sturen naar de Praktijklijn (het 24/7 medisch contactcentrum van GZA). Dit kan via Zorgmail Filetransfer (**Arts en Zorg GZA ( te Utrecht) AGB code : 01008265**).
- Voor spoedaanvragen kunt u een e-mail sturen naar [praktijklijngza@zorgmail.nl](mailto:praktijklijngza@zorgmail.nl) o.v.v. 'Spoedaanvraag dossier'

## Overdracht medisch dossier naar nieuwe huisarts (VERVOLG)

Toestemmingsformulier voor overdracht medisch dossier naar nieuwe huisarts

Tevens wil ik GZA verzoeken de medische dossiers van mijn hieronder genoemde kind(eren) over te dragen: (Kinderen van 12 jaar en ouder dienen een eigen formulier in te vullen en te ondertekenen.)

**\*GZA: plak hier sticker(s) met NAW gegevens kind(eren)**  
(naam, geboortedatum, BSN)

**Handtekening ouder/verzorger:**

**Plaats:**  
**Datum**



## Persoonsgerichte Intake

De vragen op de eerste pagina zijn bedoeld als leidraad bij het kennismakingsgesprek.

Aandacht voor de geletterdheid, geschiedenis en achtergrond van de patiënt helpt om het, voor een therapeutische relatie noodzakelijke, vertrouwen van de patiënt te verkrijgen. Persoonlijke kennismaking met de nieuwe huisarts is belangrijk; deze vragen kunnen eventueel ook door de patiënt thuis, of samen met de assistente worden ingevuld en vervolgens besproken met de huisarts.

Bij nieuwkomers in Nederland kan het belangrijk zijn om het beroepsgeheim van u en de assistente/ POH expliciet te benoemen. Geef ook uitleg over de organisatie van de praktijk: afspraak maken e.d.

Gespreksonderwerpen
<b>Taal (bij migranten)</b>
Wat is uw moedertaal?
Welke andere talen spreekt u?
In welke taal kunt u lezen?
Is een tolk noodzakelijk of gewenst?
<b>Herkomst</b>
Waar bent u geboren en opgegroeid?
Waar komen uw ouders vandaan?
Bij verhuizing/migratie:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe lang bent u in deze regio/Nederland?</li> <li>• Met wie bent u hiernaar toe gekomen?</li> <li>• Wat was de reden van verhuizing/ migratie?</li> </ul>
<b>Woonomstandigheden en familie</b>
Hoe woont u? (Met wie? vaste woonplek? zorgen huisvesting?)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien geen vaste woonplek (dak – of thuisloosheid): waar slaapt u meestal?</li> </ul>
Heeft u kinderen?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zo ja: waar wonen zij?</li> </ul>
Leven uw ouders / broers zusters nog?
Zo ja, Heeft u contact met hen?
Wie wilt u dat ik als contactpersoon opschrijf?
Met wie bespreekt u uw gezondheid of zorgen?
Bij wie zoekt u hulp of advies?

### Gespreksonderwerpen

#### Opleiding en werk

Welke opleiding heeft u afgemaakt?

- Als geen opleiding afgemaakt: Hoeveel jaar bent u naar school geweest?
- Hoe vaak heeft u moeite met het invullen van formulieren?
- Heeft u moeite met lezen / schrijven / rekenen?

Wat is uw beroep?

- Heeft u een betaalde baan? Zo ja, wat voor werk doet u?
- Zo nee, is dat uw eigen keuze?

Heeft u financiële zorgen?

#### Religie

Is er een religie die belangrijk voor u is?

### Medische gegevens

#### Algemeen

Allergieën

Intoxicaties: roken, alcohol, drugs

Familiaire ziektes/belasting

Vaccinaties

#### Voorgeschiedenis

Ziekenhuisopnames en/of eventuele operaties

Ernstige en/of langdurige ziekten / klachten

Psychische problemen

Chronische/recidiverende ziektes?

Wat voor medicijnen gebruikt u? (denk daarbij ook aan alternatieve geneesmiddelen)

#### Bij migranten ook vragen naar:

TBC-screening

Status hepatitis B en C

### Life events\*

Heeft u ooit familie of vrienden verloren? Hoe was dat voor u?

Heeft u ooit te maken gehad met fysiek of seksueel geweld of verwaarlozing?

Bent u ooit opgepakt geweest of heeft u gevangen gezeten?

Voelt u zich vaak uitgesloten of gediscrimineerd?

Voelt u zich vaak eenzaam?

*\* Vragen naar gevoelige informatie, zoals trauma's en geweldservaringen in de voorgeschiedenis, kunnen over het algemeen beter gesteld worden wanneer er een basis voor vertrouwen is gelegd. Wanneer iemand voor de eerste keer op het spreekuur komt, en nog geen kennismakingsgesprek heeft plaatsgevonden, is het vaak beter om eerst in te gaan op de reden van komst en daarna pas om deze achtergrondinformatie te vragen.*

### Pharos Protect vragenlijst

Pharos Protect vragenlijst, van <https://www.pharos.nl/kennisbank/protect-vragen/>  
Zie volgende pagina's.

Engelse versie:  
[https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Protect-Questionnaire\\_and\\_observations\\_for\\_early\\_identification.pdf](https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Protect-Questionnaire_and_observations_for_early_identification.pdf)

## Protect vragen

# Signalering van psychische klachten bij vluchtelingen

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Land van herkomst: \_\_\_\_\_

Datum afname vragen: \_\_\_\_\_

	VRAGEN 'Vaak' betekent: meer dan normaal en leed veroorzakend	JA	NEE
1	Val je vaak moeilijk in slaap?		
2	Heb je vaak last van nachtmerries?		
3	Heb je vaak hoofdpijn?		
4	Heb je vaak last van lichamelijke pijnklachten?		
5	Word je snel boos?		
6	Denk je vaak terug aan pijnlijke ervaringen uit het verleden?		
7	Voel je je vaak bang of angstig?		
8	Vergeet je vaak gewone dagelijkse dingen?		
9	Valt je op dat je steeds minder interesse hebt in dingen?		
10	Heb je vaak moeite om je te concentreren?		
	<b>Aantal antwoorden met 'JA' en 'NEE'</b>		

### Beoordeling

Het aantal maal dat 'ja' is geantwoord geeft een indicatie over het risico op psychische problematiek.



0 - 3	4 - 7	8 - 10
Laag risico	Medium risico	Hoog risico

## Signalering van psychische klachten bij vluchtelingen

### Achtergrond en gebruik

Het is bekend dat vluchtelingen meer dan gemiddeld kans hebben op het ontstaan van psychische problematiek<sup>1</sup>. De lijst met Protect vragen is ontwikkeld door organisaties in een aantal Europese landen<sup>2</sup>. Deze lijst is bedoeld om in een vroeg stadium de juiste vragen te stellen aan vluchtelingen over mogelijk aanwezige psychische klachten. De vragen gaan over klachten die vluchtelingen vaker hebben dan de doorsnee populatie. Dit kunnen symptomen zijn die mogelijk duiden op een posttraumatische stress stoornis (ptss) of een depressie. Dit zijn ziektebeelden die bij vluchtelingen vaker voorkomen dan bij anderen. De vragen zijn vooral ook een middel om in gesprek te gaan met een vluchteling over dit deel van hun gezondheid waar ze vaak niet makkelijk spontaan over spreken. Praten over gezondheid is in principe niet belastend. De associatie met ervaringen in het verleden is dit wel. Vermijding hiervan helpt niet op de langere termijn. Het is belangrijk niet in detail te treden over traumatische ervaringen en de vragen als leidraad te nemen, die gaan over klachten van dit moment. Dit geeft de vluchteling controle over de situatie.

### DOOR WIE?

De lijst met Protect vragen is zowel door medische leken als door zorgprofessionals te gebruiken. Mensen die veel contact hebben met vluchtelingen spelen een belangrijke rol in het vroeg signaleren van psychische klachten. Denk aan vrijwilligers die maatschappelijke begeleiding verzorgen, klantmanagers van gemeenten of docenten in inburgering en taal.

### WANNEER?

Als er aanwijzingen zijn om te denken aan psychische klachten bij volwassen asielzoekers en vluchtelingen. Ook is de lijst gebruikt bij adolescenten vanaf 16 jaar. Voorbeelden van een aanwijzing zijn o.a. verzuim op school, tot niets komen, gedragsproblemen, snel boos zijn.

### HOE?

De vragen helpen om op een gestructureerde manier de belangrijkste psychische klachten langs te lopen. Als er een taalbarrière is, dan is een tolk onmisbaar. De vragen zijn goed in de passen in een gewoon gesprek, maar het is ook goed om het als een lijst van tien vragen te presenteren. Het zal soms gebeuren dat iemand de vraag niet goed begrijpt. Dan zal uitleg in andere bewoordingen nodig zijn. Onderstaande voorbeeldtekst kan helpen om de vragen te introduceren en uit te leggen. Dit motiveert een vluchteling om mee te werken.

*"Ik wil u graag een paar vragen stellen over uw gezondheid. Deze vragen helpen mij om meer te weten over hoe het met u gaat. We weten namelijk dat vluchtelingen dit soort klachten meer dan gemiddeld hebben. Vaak komt dat door de ervaringen voor en tijdens de vlucht. De antwoorden kunnen helpen om u beter te begrijpen en meer aandacht te krijgen voor dingen waar u last van heeft. Er zijn geen goede of slechte antwoorden op de vragen. Het is belangrijk dat u zo eerlijk en open mogelijk antwoord geeft.*

<sup>1</sup> [Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, Pharos 2016.](#)

<sup>2</sup> [Meer informatie over het Europees PROTECT-project is te vinden op http://protect-able.eu/](http://protect-able.eu/) en <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/projectenoverzicht/24/protect-vroegsignalering-van-kwetsbare-asielzoekers-in-de-asielprocedure>. Vragen hierover kunt u stellen aan Evert Bloemen, arts en adviseur: [e.bloemen@pharos.nl](mailto:e.bloemen@pharos.nl)

### LET OOK OP OBSERVATIES

Het is van belang om naast de antwoorden ook te letten op dingen die je ziet, zoals trillende handen, veel huilen, in zich zelf gekeerd zijn, weinig contacten hebben, en dergelijke. Deze observaties geven samen met de antwoorden een indruk van de ernst van de klachten en in hoeverre de vluchteling lijdt onder de klachten. Daarbij is het goed om te realiseren dat mensen met een andere culturele achtergrond hun emoties soms niet of op een andere manier laten zien dan in Nederland gebruikelijk is. Zo is niet aankijken in veel culturen normaal, net als het aangeven van pijnklachten als iemand zich psychisch niet goed voelt.

### WAT TE DOEN MET DE UITKOMST?

Bij het langslopen van alle vragen komt er een 'score' uit, die iets zegt over de mogelijke ernst van problematiek en soms vervolgstappen nodig maakt. Het gaat om deze uitkomsten:

#### • Laag risico

Een 'laag risico' betekent dat iemand weinig tot geen klachten heeft. Directe actie is niet nodig. Het houdt niet in dat de persoon geen traumatische ervaringen meegemaakt heeft. De klachten kunnen zich later aandienen. Een herhaling van de signalering is dan nodig.

#### • Medium risico

In het geval van een 'medium risico' is het goed de persoon verder te volgen en te bekijken of symptomen verergeren of verminderen en in welke mate deze klachten het dagelijkse functioneren hinderen. Het is goed om contact van de vluchteling met de huisarts te stimuleren, zodat de huisarts op de hoogte is en de psychische aspecten mee in de gaten kan houden als de vluchteling op het spreekuur komt.

#### • Hoog risico

Als er een 'hoog risico' uitkomt is verder onderzoek nodig om te beoordelen hoe ernstig de problematiek is, of er sprake is van een ziektebeeld (ptss en/of depressie) en welke hulpbehoefte de vluchteling heeft. Dit kan bij de huisarts en/of praktijkondersteuner-ggz (poh-ggz) in de eerste lijn.

### VERVOLGSTAPPEN

Bij het adviseren over vervolgstappen kunnen de volgende dingen belangrijk zijn:

- Hulpverlening voor psychische problemen is vaak onbekend bij vluchtelingen. Ook rust er een negatief stigma op dit soort klachten. Daarom is het goed om in te zetten op hulp van de huisarts en poh-ggz. Deze hulp wordt minder geassocieerd met psychiatrische zorg en wordt als minder bedreigend ervaren.
- De vluchteling kan de ingevulde lijst met Protect vragen meenemen naar de huisarts.
- Als de huisarts en poh-ggz een professionele tolk nodig hebben kunnen de kosten voor die tolk meestal worden betaald door het betreffende regionale Achterstandsfonds. Zie <https://www.achterstandsfonds.nl/>
- Veel vluchtelingen zijn ondanks de klachten veerkrachtig genoeg om met ondersteuning en activering (bewegen, sport, vrijwilligerswerk) hun klachten te doen verminderen.
- Vluchtelingen aarzelen regelmatig om hulp te vragen, zij denken dan dat zwijgen beter is dan praten. Respecteer dit en leg niet teveel druk op hulp zoeken. Wijs dan weer op dingen die zij zelf kunnen doen (actief zijn, sport en bewegen, sociale steun opzoeken).
- Benoem dat vluchtelingen ook later hulp kunnen krijgen en dat hij of zij zelf kan aangeven wanneer hulp nodig is.
- Als de problematiek ernstig is en niet past bij de aanpak in de eerste lijn, dan is verwijzing naar een specialist (ggz) nodig. Dit is iets wat de huisarts doet. Hierbij is uitleg over wat een behandeling inhoudt van belang om iemand hiervoor te motiveren. Dat betekent onder andere uitleg over het belang van praten over pijnlijke zaken, en het feit dat dit in het begin moeilijk is omdat dit allerlei herinneringen oprakelt, maar ook dat dit vaak na enige tijd minder wordt. Begeleiders kunnen bij deze uitleg een rol spelen en de vluchtelingen motiveren voor een behandeling.

**Pharos**, Expertisecentrum gezondheidsverschillen  
Arthur van Schendelstraat 600  
Postbus 13318  
3507 LH Utrecht  
Telefoon 030 234 98 00  
E-mail [info@pharos.nl](mailto:info@pharos.nl)  
[www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

