

Handreiking-maart 2017

# Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren



Radboud Universiteit



PHAROS  
EXPERTISECENTRUM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

# Inhoudsopgave

SAMENVATTING HANDREIKING EN AFKORTINGEN	3
<b>INLEIDING</b>	<b>4</b>
<b>1. PSYCHISCHE GEZONDHEID VAN VLUCHTELINGKINDEREN EN -JONGEREN</b>	<b>6</b>
1.1 Veerkracht	7
1.2 Risico- en beschermende factoren	7
1.2.1 Het individuele domein	7
1.2.2 Het familie-/gezinsdomein	11
<b>2. HANDREIKING SIGNALEREN VAN EN BELEID BIJ PSYCHISCHE PROBLEMATIEK VAN VLUCHTELINGKINDEREN</b>	<b>14</b>
2.1 Psychologische zorg in een piramidemodel	14
2.2 Basisbeginselen in de benadering: voorbereiding, kennismaking, intakegesprek	15
2.3 Herkenning van en screening op psychische problematiek	16
2.4 Begeleiding in de eerste lijn: wat kan de huisarts en/of POH-GGZ doen?	18
2.5 Samenwerking binnen de nulde en eerste lijn	20
2.6 Behandelinterventies binnen de specialistische ggz	21
<b>REFERENTIES</b>	<b>23</b>
<b>BIJLAGE 1: Geraadpleegde professionals</b>	<b>27</b>
<b>BIJLAGE 2: Formulier opvragen medisch dossier asielzoekers</b>	<b>28</b>
<b>BIJLAGE 3: Vragen voor intakegesprek met vluchtelingen of migranten</b>	<b>29</b>
<b>BIJLAGE 4: CRIES-vragenlijst – Kindversie</b>	<b>31</b>
<b>BIJLAGE 5: CRIES-vragenlijst – Ouderversie</b>	<b>33</b>
<b>BIJLAGE 6: SDQ-vragenlijsten</b>	<b>35</b>
<b>BIJLAGE 7: SDQ-vragenlijst voor jongeren (11-17 jaar)</b>	<b>38</b>
<b>BIJLAGE 8: SDQ-vragenlijst voor ouders van kinderen (4-17 jaar)</b>	<b>40</b>
<b>BIJLAGE 9: SDQ-vragenlijst voor leerkrachten van kinderen (4-17 jaar)</b>	<b>42</b>
<b>BIJLAGE 10: PROTECT-vragenlijst</b>	<b>44</b>

## COLOFON

Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren. Handreiking voor herkenning, benadering en beleid in de eerste lijn is een uitgave van Pharos, in samenwerking met het RadboudUMC te Nijmegen.

## OVER DE AUTEURS

**Rosalin M. van Schie** is huisarts i.o. bij het RadboudUMC te Nijmegen en is voorheen werkzaam geweest als arts-assistent kindergeneeskunde en arts-assistent kinder- en jeugdpsychiatrie. Tevens is zij vanuit verschillende organisaties werkzaam geweest op het gebied van de vrouw-moeder-kind-zorg in Noordoost Kenia, Kameroen en Bangladesh.

**Maria E.T.C. van den Muijsenbergh** is huisarts, universitair docent en onderzoeker op de afdeling eerstelijns-geneeskunde van het RadboudUMC te Nijmegen en bij Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen.

**REDACTIE:** Nel van Beelen

**VORMGEVING:** Enof creatieve communicatie, Utrecht

## PHAROS

Arthur van Schendelstraat 620  
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)

 **@PHAROSKENNIS**

# Samenvatting handreiking

Vluchtelingkinderen en -jongeren hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problematiek door traumatische gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt of waarvan zij getuige zijn geweest. Niet alleen de gebeurtenissen in de fase vóór de vlucht (pre-migratiefase), ook de vlucht zelf (migratie) en het opbouwen van een leven in het gastland (post-migratiefase) kunnen leiden tot het ontwikkelen van psychische problematiek. Een bijzonder kwetsbare subgroep vormen de alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's). Naast kwetsbaarheid beschikken vluchtelingkinderen en -jongeren juist ook over een grote veerkracht.

Daarom is het belangrijk om niet alleen de risicofactoren, maar juist ook de beschermende factoren te signaleren en te versterken. De kern hiervan is het zich niet (te snel) richten op het traumatische verleden, maar eerder juist op het verkleinen van de huidige psychosociale nood en de contextgerelateerde problemen. Het creëren van veiligheid en stabiliteit heeft prioriteit en vormt de basis. Het verstevigen van gezinsbanden, voorkomen van

geweld, verkrijgen van een maatschappelijke positie en voorkomen van een sociaal isolement zijn hierin belangrijke elementen. Indien er sprake is van psychopathologie kan verwijzing naar de gespecialiseerde ggz natuurlijk noodzakelijk blijven. Verschillende specialistische interventies zijn effectief gebleken in de behandeling van psychotrauma en psychische problematiek van vluchtelingkinderen en -jongeren.

De huisarts is de zorgverlener met wie vluchtelingen waarschijnlijk het eerst en het meest te maken krijgen. Deze heeft daarom een belangrijke rol in de vroege signalering van psychische problemen. Huisarts-geneeskundige richtlijnen over het herkennen van signalen van psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren ontbreken echter. Dit document geeft een overzicht van de psychosociale problemen die bij deze kinderen en jongeren kunnen ontstaan, alsmede van de mogelijkheden voor herkenning, screening en behandeling binnen de eerste lijn.

## Afkortingen

<b>AMV</b>	Alleenstaande minderjarige vreemdeling	<b>KidNET</b>	Kinderen Narratieve Exposure Therapie
<b>CJG</b>	Centrum voor Jeugd en Gezin	<b>PTSS</b>	Posttraumatische-stressstoornis
<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	<b>POH-GGZ</b>	Praktijkondersteuner huisarts voor geestelijke gezondheidszorg
<b>GC A</b>	Gezondheidscentrum Asielzoekers	<b>SES</b>	Sociaal-economische status
<b>GGD</b>	Gemeentelijke Gezondheidsdienst	<b>TF-CBT</b>	Trauma-focused cognitieve gedragstherapie
<b>Ggz</b>	Geestelijke gezondheidszorg	<b>WES</b>	Werkgroep Europese Samenwerking
<b>IASC</b>	Inter-Agency Standing Committee		
<b>JGZ</b>	Jeugdgezondheidszorg		

# Inleiding

‘There is no way I can cope, no way I can turn over a new page. I have seen children slaughtered. I don’t think I’ll even be OK again.’

- Wael, 16 jaar, Syrische vluchteling (in: Save the Children, 2012)

## **Kinderen en adolescenten die zijn gevlucht uit hun thuisland hebben vaak weken of maanden lang in onzekere en gevaarlijke omstandigheden geleefd.**

Meestal zijn ze met hun ouders gevlucht, maar soms bereiken zij alleen het gastland (Feijen, 2008). Aangekomen op hun eindbestemming volgt de onzekere periode van het aanvragen van een verblijfsvergunning.

Sinds 2013 is het aantal minderjarige asielzoekers in Nederland verdrievoudigd. In 2015 kwamen 18.630 minderjarige asielzoekers naar ons land. Van hen arriveerde 20% zonder begeleiding van een volwassen familielid, zij worden alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's) genoemd. Binnen twee jaar is het aantal alleenstaande minderjarigen in Nederland vertwaalfvoudigd. Vooral 16- tot 18-jarigen ondernamen vaker de vlucht alleen. De voornaamste herkomstlanden van de alleenreizende minderjarige vluchtelingen zijn Syrië (38%), Eritrea (32%) en Afghanistan (14%). Kinderen die met hun ouders of andere familieleden zijn gevlucht, komen het vaakst uit Syrië (55%) en minder vaak uit Eritrea (7%) en Afghanistan (4%) (bron: CBS StatLine, [www.cbs.statline.nl](http://www.cbs.statline.nl)).

Vluchtelingkinderen en -jongeren vormen een kwetsbare, maar tegelijkertijd ook veerkrachtige groep. De meeste vluchtelingkinderen ontwikkelen zich goed (Pharos, 2016). Een deel van hen ontwikkelt echter psychische problemen. Steeds meer zorgverleners zullen betrokken raken bij deze bijzondere doelgroep. Door toewijzing van huisvesting zullen in veel Nederlandse gemeenten

vluchtelingkinderen en -jongeren terechtkomen (Rijksoverheid, 2014). Na vestiging in een gemeente kan iedere huisarts dus met deze kinderen te maken krijgen. De huisarts speelt een belangrijke rol 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 behoeft specialistische zorg. Toch bestaat er weinig eenduidigheid in signalering, screening en benadering van deze kinderen, richtlijnen voor de eerste lijn ontbreken (Arq Psychotrauma Expert Groep, 2016). Ook de vele instanties die betrokken zijn zoals gemeenten en (vrijwilligers)organisaties, maken de zorg voor deze doelgroep vaak tot een ondoorzichtig web. Financieel zijn de afschaffing van de tolkenvergoeding en de bezuinigingen in 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? Bestaat er een verhoogd risico op een afwijkende ontwikkeling? Hoe kunnen deze minderjarigen ondersteund worden? Is verwijzing noodzakelijk? Op deze vragen willen wij in dit document een antwoord geven.

## Methoden

Voor het opstellen van dit document zijn de volgende bronnen geraadpleegd: een search van de internationale wetenschappelijke literatuur (via PubMed, met zoektermen *child refugees AND trauma*) en raadpleging van internetbronnen zoals de IASC guidelines en Nederlandse rapporten van onder andere Pharos (expertisecentrum gezondheidsverschillen) en Arq Psychotrauma Expert Groep. Tevens vond consultatie plaats van deskundigen in de zorg voor vluchtelingen: adviseurs van Pharos, huisartsen werkzaam bij het GC A, het Nederlands Huisartsengenootschap of praktijken met veel vluchtelingen. Tot slot nam één van ons deel aan het

WES-symposium over vluchtelingenzorg in de huisartspraktijk (Utrecht, mei 2016) en het SCEM-congres over psychotraumatisering (Amsterdam, september 2016).

De inhoud van deze handreiking is becommentarieerd door verschillende huisartsen (met een reguliere praktijk, van het GC A en van het NHG), POH'ers-GGZ, adviseurs werkzaam bij Pharos, en psychotherapeuten werkzaam in de tweede lijn en bij Arq Psychotrauma Expert Groep. Zie bijlage 1 voor een overzicht van geraadpleegde professionals.

# 1. Psychische gezondheid van vluchtelingkinderen en -jongeren

‘War is not an individual, one-time experience’

- Derek Summerfield, psychiater

**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. Vluchtelingkinderen lopen echter wel het risico om psychische problematiek te ontwikkelen.

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

Resilience, oftewel veerkracht is het vermogen om een stabiel leven te leiden, in goede mentale en fysieke gezondheid ondanks de 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). Vluchtelingkinderen 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.

## 'I have a new life, now it is up to me'

- Najeebullah, 13 jaar, in The Guardian, januari 2016

### 1.2 Risico- en beschermende factoren

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

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

#### 1.2.1 HET INDIVIDUELE DOMEIN

##### Prevalentie

Ten tijde van oorlog worden kinderen en jongeren mogelijk blootgesteld aan geweld. Zij kunnen getuige of slachtoffer zijn geweest 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-

stresstoornis (zie tabel 2). Symptomen van een posttraumatische-stresstoornis (PTSS) worden in veel oorlogsgebieden en opvanglanden gevonden. Vergelijkbare symptomen worden gezien bij kinderen en adolescenten uit onder andere Cambodja, Libanon, Rwanda en Bosnië (Sack et al., 1997; Saigh, 1991; Dyregrov et al., 2000; Papageorgiou et al., 2000). De mate van geweld, het onderdeel zijn van geweld of marteling en een cumulatieve blootstelling aan traumatische gebeurtenissen zijn determinanten voor het ontwikkelen van PTSS

(Angel et al., 2001; Rothe et al., 2002; 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 et al., 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 (N=260) die inmiddels woonachtig waren in westerse landen PTSS vastgesteld. Bij alleenstaande minderjarige asielzoekers is de prevalentie 20-53% (Unterhitzberger et al., 2015).

**Tabel 2. Diagnostische criteria voor een posttraumatische-stressstoornis volgens de DSM-5. NB: Deze criteria zijn toepasbaar op kinderen ouder dan 6 jaar, adolescenten en volwassenen.**

### Symptomen PTSS:

**Men spreekt alleen van PTSS als de vier symptomen langer dan een maand voorkomen én de persoon er ernstig in zijn functioneren door wordt belemmerd.**

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

Behalve een posttraumatische-stressstoornis worden ook angststoornissen en depressiviteit veelvuldig beschreven. Prevalentiecijfers zijn ook hier afhankelijk van de bevolkingsgroep, het type en de ernst van de gebeurtenissen waaraan men is 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 of financiële problemen) eerder leiden tot een depressie (Heptinstall et al., 2004). 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).

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; Almqvist & Broberg 1999).

### Symptomen

Met welke symptomen kunnen vluchtelingkinderen zich in de spreekkamer presenteren en worden de hiervoor



## ‘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.’

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 3).

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).

**Tabel 3.** Leeftijdsspecifieke reacties na schokkende gebeurtenissen (Beer et al., 2007)

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

## 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 et al., 2012; Beer et al., 2007).

### Schoollleeftijd

Op de schoolleeftijd ziet men concentratieproblemen, verhoogde waakzaamheid en leerproblemen ontstaan. Kinderen kunnen in de war en gedesorïenteerd 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 emotieloos.

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.



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)

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

## ‘Er is een verschil tussen jongens en meisjes in de manier waarop ze met de gevolgen van traumatisering omgaan.’

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 et al., 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).

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 et al., 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 et al., 2008; Derluyn et al., 2009; Mels et al., 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, 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. 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 & Derluyn, 2007; Bean & Eurelings-Bontekoe, 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 & Derluyn, 2007; Bean & Eurelings-Bontekoe, 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. 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 HET MAATSCHAPPELIJKE DOMEIN**

#### **Positie**

Een lage sociaal-economische status (SES) van het vluchtelingengezin in de post-migratiefase door werkloosheid, 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). Juist bij vluchtelinggezinnen komt een lage SES frequent voor. 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 et al., 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).

## **‘Bij aankomst en vestiging in het gastland bevinden ze zich vaak opnieuw in een sociaal isolement.’**

#### **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.

## 2. Handreiking signaleren van en beleid bij psychische problematiek van vluchtelingkinderen

‘Hello, who are you? I am a refugee. I am me. I am through you. Connect me.’

- Pim Scholte, psychiater, op het WES-symposium ‘Vluchtelingen in de huisartsenzorg’

**Hiervoor beschreven we de problematiek en veerkracht van vluchtelingkinderen en -jongeren. Dit hoofdstuk beschrijft wat de huisartsenpraktijk voor hen kan betekenen.**

Zorg voor vluchtelingen is uitdagend, maar ook complex. De taal en cultuurbarrière, onbekendheid met het Nederlands zorgsysteem, achterdocht en schaamte vormen een aantal drempels voor vluchtelingen. Huisartsen benoemen de grote tijdsinvestering, problemen met de tolkenvergoedingen, en het geringe overzicht over de samenwerkingspartners als knelpunten in de zorg voor vluchtelingen (Pharos, 2016). Toch is de huisarts de zorgverlener met wie een vluchteling, als deze eenmaal in een gemeente is gevestigd, waarschijnlijk het meest te maken krijgt. De eerstelijnszorg kan door vroege signalering, screening en follow-up door de huisarts zelf of de POH-GGZ een waardevolle rol spelen in de zorg voor vluchtelinggezinnen. Samenwerking met andere ketenpartners is belangrijk.

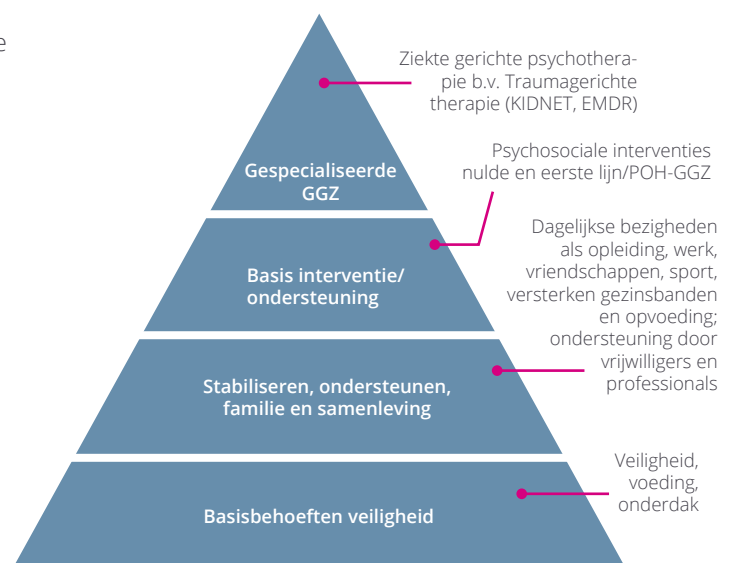
Hierna beschrijven we de elementen van een goede psychosociale zorg voor vluchtelingen en hoe deze in de eerste lijn voor vluchtelingkinderen en -jongeren kan worden ingericht.

### 2.1 Psychosociale zorg in een piramidemodel

Een bekend model voor psychosociale zorg voor vluchtelingen is de interventiepiramide (Inter-Agency Standing Committee, 2007; Pacione et al., 2013; Ellis

et al., 2013; Arq Psychotrauma Expert Groep, 2016).

De basis van deze piramide (zie figuur 2) wordt gevormd door veiligheid; de laag daarboven door het versterken van gezinscohesie, het voorkomen van geweld en het ondersteunen van maatschappelijke deelname. De laag daarboven bevat generalistische hulp/gesprekken en de top van de piramide is gereserveerd voor psychotherapie en/of systeemtherapie binnen de specialistische psychiatrische zorg. Deze hulp kan parallel aan elkaar verlopen.



Figuur 2. De interventiepiramide

Een groot deel van de zorg vindt dus plaats buiten de muren van de ggz en binnen de nulde (GGD, school) en eerste lijn. Ondersteuning, gericht op stabilisatie en het verkrijgen van een nieuwe maatschappelijke status, is de essentie van de benadering. Het reduceren van psychosociale nood en contextgerelateerde problemen, en het vergroten van de veerkracht, vormen de kern. Ook wanneer zich psychopathologie ontwikkelt, blijft aandacht nodig voor beïnvloedbare contextgerelateerde factoren die kunnen leiden tot meer stabiliteit. Hierdoor blijft de focus gericht op het versterken van de veerkracht en de omgeving in plaats van op de psychopathologie. Deze focus mag echter niet leiden tot het onthouden van specialistische psychotherapie indien de ontwikkeling van een kind stagneert of de problemen toenemen.

In de tweede en derde laag van de piramide spelen de huisarts en POH-GGZ een belangrijke rol. Hoe deze rol, zowel op het gebied van screening als behandeling, echter concreet moet worden vormgegeven is nog niet beschreven, ook niet in de internationale literatuur. In deze handreiking doen wij hiervoor aanbevelingen, op basis van de literatuur en expert opinies.

## **2.2 Basisbeginselen in de benadering: voorbereiding, kennismaking en intakegesprek**

### **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).

Om werkelijk te begrijpen wat de 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. Dit vormt een probleem voor huisartsen omdat er voor reguliere statushouders en andere migranten geen officiële regeling meer bestaat om de kosten van tolkinzet te vergoeden. Veel achterstandsfondsen of gemeenten hebben hiervoor echter wel een potje; uw huisartsenkring heeft hierover informatie.

### **OPVRAGEN MEDISCHE GEGEVENS**

- De overdracht van patiëntgegevens vanuit het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) 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. Als een vluchteling(gezin) zich bij de praktijk inschrijft, kunt u via de website van het GC A een formulier downloaden voor het opvragen van het GC A-dossier. Dit formulier is tevens toegevoegd bij dit document (bijlage 2).
- Screening op de groei en algehele gezondheid van het kind is al verricht op de opvanglocatie. Bovendien is het belangrijk om de vaccinatiestatus helder te krijgen. Deze gegevens zijn meestal te verkrijgen bij de lokale GGD. Voor adressen verwijzen wij naar de website van de GGD GHOR (zie tabel 4 in paragraaf 3.5).

**‘Zeker bij gevoelige onderwerpen kunnen familieleden niet tolken.’**

## KENNISMAKING EN INTAKEGESPREK

Na inschrijving in de praktijk adviseren wij de huisarts om zowel een kennismakingsgesprek als een intakegesprek te plannen. Mogelijk lijkt het omslachtig om twee aparte gesprekken te laten plaatsvinden. Toch zijn er goede redenen om dit juist wel te doen. De informatie die tijdens de kennismaking wordt gedeeld (zie hierna) en de informatie die in tweede instantie uit de voor-/vluchtgeschiedenis wordt verkregen, is veelomvattend en waarschijnlijk teveel om in één gesprek de revue te laten passeren. Daarnaast dient het plannen van meerdere gesprekken ook om een vertrouwensband op te bouwen. Deze vertrouwensband is bij iedere arts-patiëntrelatie essentieel, maar bij deze doelgroep heeft deze nog een andere betekenis. 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 voeren van meerdere kennismakingsgesprekken helpt om een vertrouwensband op te bouwen’

Bij het kennismakingsgesprek met de huisarts is het daarom niet zozeer belangrijk om zoveel mogelijk te weten te komen over de vluchteling, maar juist om vooral meer te vertellen over de eigen functie: uitleg over de rol van de huisarts, over het Nederlandse gezondheidssysteem en over het beroepsgeheim. 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 POH-GGZ vaak goed op de hoogte van de sociale kaart binnen de gemeente. In het kennismakingsgesprek kan

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 door-gemaakte 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.

Het intakegesprek met de ouders heeft als doel om aanvullende gegevens te verkrijgen over de kinderen en het gezin. Er wordt onderscheid gemaakt in vragen gericht op de context en vragen gericht op de medische conditie (zie bijlage 3, intake voor migranten en vluchtelingen, van Pharos). 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.

## 2.3 Herkenning van en screening op psychische problematiek

### HERKENNING EN DAN?

Gedurende de intake of follow-up kan er een verdenking ontstaan op psychische problematiek bij vluchtelingkinderen doordat het kind symptomen ontwikkelt zoals in paragraaf 2.2 omschreven, gaat disfunctioneren of doordat de ouders psychische problemen ontwikkelen. 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. Door eerst te vertellen dat negatieve fysieke, seksuele of psychische ervaringen vaak voorkomen bij vluchtelingen, 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.

‘Na gesprekken en/of lichamelijk onderzoek kunnen meer zorgen ontstaan.’

## SCREENINGSINSTRUMENTEN

Bij twijfel over de aanwezigheid van psychische problematiek kunnen de volgende screeningsinstrumenten voor psychische problematiek bij kinderen in de eerste lijn gebruikt worden. Voor afname is geen professionele training vereist. De tijdsduur per instrument is korter dan 15 minuten en deze instrumenten zijn beschikbaar in meerdere talen (bijlagen 4 tot en met 10).

Wij zullen deze screeningsinstrumenten hierna kort toelichten:

- *De Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ* (Goodman, 1997) is een algemeen screeningsinstrument voor psychische problematiek. De SDQ meet de aanwezigheid van psychosociale problemen, de sterke kanten van het kind en de invloed van psychosociale problemen op het dagelijkse functioneren. De vragenlijst bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op de subschalen hyperactiviteit/aandachtstekort, emotionele problemen, problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen en prosociaal gedrag. De totale probleemscore geeft een duidelijke indicatie van de aanwezigheid van psychosociale problematiek en is een belangrijke graadmeter om vervolgleid in de eerste dan wel tweede lijn in te zetten. De deelscores kunnen worden bekeken om te zien op welk gebied de problemen bestaan. Er is echter wel gebleken dat de uitkomsten van de subschalen minder betrouwbaar zijn en daarom met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden (GGD Nederland, 2006). De SDQ is in verschillende varianten beschikbaar. Zo zijn er versies voor kinderen (van 11 tot en met 16 jaar) en voor ouders en leerkrachten voor verschillende leeftijdsgroepen tussen 3 en 16 jaar. Het gebruik van meerdere versies van de SDQ leidt tot een betere signalering. De SDQ is vrij toegankelijk en kan worden gedownload via de website [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org) (Goodman et al., 2000).
- *De Children's Revised Impact of Event Scale, CRIES-13* (Children and War Foundation, 1998 – Nederlandse vertaling door M. Olff in 2005) is een korte vragenlijst en een valide instrument voor het screenen op PTSS bij kinderen vanaf 8 jaar. Met dit screeningsinstrument kunnen professionals PTSS herkennen en kinderen gericht doorverwijzen voor aanvullende diagnostiek

of een passende behandeling. Bij een score boven de afkapwaarde wordt verwijzing naar de specialistische zorg geadviseerd (Verlinden & Lindauer, 2015). De CRIES-13 is vrij toegankelijk en beschikbaar via de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie ([www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)).

- Voor adolescenten boven de 18 jaar zou de *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 ([www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)).

## **2.4 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 wijkteams 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.

Praktische adviezen voor het concreet vormgeven van deze hulp:

1. Beschik over de juiste, al aanwezige, informatie. Dit hebben wij reeds eerder beschreven. De overdracht van informatie vanuit het GC A (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 kennismakings- en intakegesprek 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 latenteperiode (zie paragraaf 2.2) 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.
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 kunnen 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 3.5).
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 2 gebruikt worden.

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	
<b>Maatschappij</b>	
Gaat graag naar school	Nauwelijks sociale contacten buiten school
	Moeder leeft geïsoleerd
	Financiële problemen

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 3.5) 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.

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, maar ook door verwachtingen van (achtergebleven) familie over succes, geld en gezinshereniging, of door de druk om geld te sturen naar familie of mensenhandelaren.
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 verduidelijkend bieden en een stuk controle teruggeven. Tevens kunnen ontspanningsoefeningen en mindfulness opties zijn om weer grip te krijgen op zichzelf. Gedrag in reactie op traumatriggers kan niet afgeleerd worden, maar kan wel voorkomen worden door herkenning van deze triggers en door het doen van ontspanningsoefeningen (Schipper, 2015).

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

## 2.5 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. Toch willen wij (in aanvulling op de gebruikelijke contacten als het sociale wijkteam) een aantal belangrijke landelijke samenwerkingspartners benoemen.

**Tabel 4. Overzicht van samenwerkingsmogelijkheden met partners binnen de nulde en eerste lijn**

Organisatie	Website
Gezondheidscentrum Asielzoekers	<a href="http://www.gcasielzoekers.nl">www.gcasielzoekers.nl</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.vluchtelingenwerk.nl">www.vluchtelingenwerk.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>

Zoals reeds benoemd bevelen wij aan het medisch dossier op te vragen bij het Gezondheidscentrum Asielzoekers. De (lokale) GGD jeugdgezondheidszorg 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. Het Rode Kruis heeft tevens de refugee buddy app ontwikkeld. Deze app voorziet vluchtelingen tijdens de eerste periode van hun verblijf in Nederland van informatie over hun verblijfplaats, faciliteiten in de buurt en relevant nieuws. 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.

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

**'Het Rode Kruis en de Rode Halve Maan helpen bij het opsporen van familieleden.'**

**Tabel 5. Landelijke kenniscentra**

Organisatie	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>

## 2.6 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 behandel aanbod per ggz-instelling kan wisselend zijn. Gezien de weergave hiervan nogal uitgebreid is, verwijzen wij u naar het recent verschenen rapport van Arq Psychotrauma Expert Groep (2016) waarin een helder overzicht beschreven staat. In Nederland zijn er vier gespecialiseerde derdelijns ggz-instellingen die u verder kunnen helpen bij vragen over of verwijzing voor psychotraumabehandeling van vluchtelingen. Dit zijn Centrum '45, Pro Persona, GGZ Drenthe en Reinier van Arkel.

### 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 6 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!

‘kijk naar het hele systeem, niet alleen naar het individuele kind.’

**Tabel 6.** Do's and don'ts, mede gebaseerd op de IASC guidelines (Inter-Agency Standing Committee, 2007)

Do's	Don'ts
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.
Verzamel voor het eerste consult al zoveel mogelijk informatie.	Voorkom dat een eerste consult een volledige herhaling van zetten wordt.
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.
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.
Monitor het hele gezin en volg de gezinsdynamiek en de ouders.	Voorkom dat er alleen wordt gekeken naar het individuele kind.
Alleenstaande minderjarige vluchtelingen vormen een belangrijke risicogroep voor het ontwikkelen van psychische problematiek. Een actieve benadering en follow-up is noodzakelijk.	Wacht bij een kwetsbare groep als de alleenstaande minderjarige vluchtelingen niet tot u om hulp wordt gevraagd.
De mate van veerkracht van kinderen varieert, evenals de respons op trauma's. Waar de één het redt met psychosociale ondersteuning heeft de ander specialistische psychiatrische behandeling nodig.	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.
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.

# 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 3 ½ years after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 38, 723-730.

Angel, B., Hjern, A. & Ingleby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 4-15.

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*. Duiwendrecht: De Bascule, Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie.

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.

Chang, J. & Rhee, B. (2008). Child abuse and neglect in Cambodian refugee families. Characteristics and implications for practice. *Child Welfare*, 87, 141-160.

Children and War Foundation (2005). *Children's Revised Impact of Event Scale*. CRIES-13.

Derluyn, I., Mels, C. & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 291-297.

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.

Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. & Mukanohele, E. (2000). Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 3-21.

Ehnholt, K.A. & Yule, W. (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.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., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.

Fazel, M., Reed, R., Panter-Breick, C. & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379, 266-282.

Feijen, L. (2009). The challenges of ensuring protection to unaccompanied and separated children in composite flows in Europe. *Refugee Survey Quarterly*, doi:10.1093/rsq/hdn049.

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.

GGD Nederland (2006). *Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: GGD Nederland.

Goodman, R. (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.

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.

Hjern, A. & Jeppson, O. (2005). Sociale steun adequater dan traumagerichte aanpak. *Geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingenkinderen in ballingschap*. Phaxx, 3&4.

James, K. (2010). Domestic violence within refugee families: intersecting patriarchal culture and refugee experience. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 275-284.

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. & Cunniff, 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.

Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.

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.



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.

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.

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.

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.

Pacione, L., Measham, T. & Rousseau, C. (2013). Refugee children: mental health and effective interventions. *Current Psychiatry Reports*, 2, 341.

Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P. & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 84-90.

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.

Plysier, S. (2003). *Kinderen met een tweede huid. Onthaal van kinderen op de vlucht*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Rijksoverheid (2014). *Leeswijzer Huisvestingswet 2014*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2014/11/11/leeswijzer-huisvestingswet-2014>

Robjant, K. & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1030-1039.

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.

Rothe, E.M., Lewis, J., Castillo-Matos, H., Martinez, O., Busquets, R. & Martinez, I. (2002). Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp. *Psychiatric Services*, 53, 970-976.

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.

Saigh, P.A. (1991). The development of posttraumatic stress disorder following four types of traumatization. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 213-216.

Sack, W.H., Seeley, J.R. & Clarke, G.N. (1997). Does PTSD transcend cultural barriers? A study from the Khmer adolescent refugee project. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 49-54.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2011). Rapport vluchtelingengroepen in Nederland. Rijswijk: SCP.

Schippers, M. (2015). Een interculturele pedagogische visie op de begeleiding van amv's. Presentatie Nidos, beschikbaar via [www.nidos.nl](http://www.nidos.nl).

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.

UNICEF (2016). Danger every step of the way. A harrowing journey to Europe for refugee and migrant children. Geneva: UNICEF.

Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2015). Trauma focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry*, 15, 260.

Verlinden, E. & Lindauer, R.J.L. (2015). Trauma bij kinderen en adolescenten; screening, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 912-916.

# Bijlage 1: Geraadpleegde professionals

**Mw. drs. O.G. Besancon**

jeugdarts i.o. GGD Amsterdam/TNO Leiden

**Dhr. drs. E. Bloemen**

arts, senior adviseur en trainer bij Pharos

**Mw. drs. B.A. Breekveldt**

huisarts (Helmond) en huisartsopleider RadboudUMC te Nijmegen

**Mw. drs. M.M.I.C.B. Gast**

huisarts (Helmond)

**Mw. drs. I.A.C. Giessen**

huisarts i.o. RadboudUMC te Nijmegen

**Mw. M. Mensinga**

sociaal psychiatrisch verpleegkundige, medisch antropoloog en adviseur bij Pharos

**Mw. dr. G.T.M Mooren**

klinisch psycholoog en coördinator kind, gezin en trauma bij stichting Centrum '45 en Arq Psychotrauma Expert Groep

**Mw. drs. E.H. Oosterberg**

huisarts en aandachtsfunctionaris migranten bij het Nederlands Huisartsen Genootschap

**Mw. drs. M.M. Otte-Pastoors**

huisarts i.o. RadboudUMC te Nijmegen

**Mw. drs. D.C.A. van Scheppingen-van Schie**

kinder- en jeugdpsychotherapeut en systeemtherapeut bij Triversum, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie (Alkmaar)

**Mw. dr. M. Schoevers**

huisarts (Nijmegen)

**Mw. drs. Y. Siebelink**

orthopedagoog en gedragswetenschapper Vervolgopleiding tot Huisarts RadboudUMC

**Mw. G. Tempelman**

POH-GGZ (Almere en Utrecht)

**Mw. drs. M.M. Timmers**

huisarts (Haarlem)

**Dhr. B. Tuk**

senior adviseur bij Pharos

# Bijlage 2: Formulier opvragen medisch dossier asielzoekers

**Ik,**

Voor- en achternaam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Email-adres

Telefoonnummer:

Verzoek Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) een afschrift van mijn medisch dossier naar mijn bovenstaande adres te sturen.

Tevens verzoek ik GC A de medisch dossiers van mijn hieronder genoemde kinderen (onder de 12 jaar) mee te sturen. Kinderen van 12 jaar en ouder dienen een eigen formulier in te vullen en te ondertekenen.

## **Kinderen**

Naam kind:

Geboortedatum:

Naam kind:

Geboortedatum:

Naam kind:

Geboortedatum:

Naam kind:

Geboortedatum:



**Ik heb een kopie van mijn identiteitsbewijs bijgesloten.**

Handtekening:

Plaats:

Datum:

# Bijlage 3: Vragen voor intakegesprek met vluchtelingen of migranten

## Contextuele gegevens

- **Land van herkomst**
  - Geboorteplaats
  - Behorend tot welke etnische groep
  - Hoe lang in Nederland
  - Reden van migratie
- **Woonomstandigheden**
  - Vast adres (asielzoekerscentrum, dakloos)
  - Inwonend
- **Familie/sociale steun**
  - Burgerlijke staat
  - Samenstelling woonverband
  - Kinderen
  - Familieomstandigheden in Nederland, in land van herkomst
  - Sociale omgeving, sociale steun (familie, vrienden)
  - Contactvrijwilligers, contactpersoon (naam)
- **Religie** (bijbehorende gebruiken)
- **Opleiding**
  - Huidig werk
  - Werk in land van herkomst
  - Scholingsachtergrond
  - Onderwijs
- **Taal**
  - Moedertaal
  - West-Europese talen
  - Tolk noodzakelijk
  - Lezen in welke taal/geschrift
- **Life events**
  - Migratiegeschiedenis/vluchtverhaal
  - Verhuizingen (hoeveel)
  - Verlies familie/vrienden
  - Fysiek/seksueel geweld
  - Detentie/opgepakt geweest

## Medische gegevens

- **Medische voorgeschiedenis**
  - Ziekenhuisopnames/operaties
  - Ernstige of langdurige ziekten
- **Chronische/recidiverende aandoeningen**
- **Infectieziekten**
  - Tbc-screening
  - Status hepatitis B en C
  - Hiv
  - Vaccinaties
- **Medicatie**
- **Allergie**
- **Intoxicatie**
  - Roken, alcohol, drugs
- **Familiäre belasting**

## TOELICHTING

De vragen hiervoor zijn bedoeld als leidraad bij het kennismakingsgesprek met migranten. Aandacht voor de geschiedenis en culturele achtergrond van de patiënt helpt om het, voor een therapeutische relatie noodzakelijke, vertrouwen van de patiënt te verkrijgen. Deze kennis vergemakkelijkt bovendien het herkennen van cultuurgebonden klachten en het afstemmen van uw behandeling op de patiënt. Meestal is het nodig om voor een nieuwe patiënt met een migratieachtergrond een dubbel consult uit te trekken. Vragen naar gevoelige informatie, zoals trauma's en vluchtgeschiedenis, kunnen over het algemeen beter gesteld worden wanneer er een basis voor vertrouwen is gelegd. Vaak is het beter om eerst in te gaan op de reden van komst, alvorens naar deze achtergrondinformatie te vragen. Rekening dient gehouden te worden met het taalniveau en de gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

## GEZONDHEIDSVAARDIGHEDEN

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden waarmee mensen informatie over hun gezondheid kunnen begrijpen en toepassen. Hoe geringer de gezondheidsvaardigheden, hoe groter de kans op misverstanden in het hulpverleningsproces.

Gezondheidsvaardigheden worden in de loop van het leven gevormd. Ze zijn niet statisch. Ze kunnen door omstandigheden voor- of achteruitgaan. Diverse factoren beïnvloeden de gezondheidsvaardigheden van patiënten:

- De *verbale vaardigheden*, in het geval van anderstalige klanten in het Nederlands. Iemand die in zijn moederland verbaal goed onderlegd is en daar de weg weet in de zorg, kan in Nederland zeer beperkt worden door een lage woordenschat.
- De mate van geletterdheid. Hoe beter iemand kan lezen en schrijven, hoe beter hij informatie uit folders, op het internet en in boeken kan vinden en toepassen (zie het kader hierna).
- De *cognitieve vaardigheden*. Om vragen duidelijk te kunnen formuleren en de gesprekken, aanwijzingen en informatie van professionals te kunnen begrijpen, is een bepaalde manier van denken nodig. Patiënten moeten kunnen plannen, overzicht houden, evalueren, bij kunnen sturen etc.
- De *opleidingsachtergrond*. Verbale, schriftelijke en cognitieve vaardigheden worden thuis, maar vooral ook op school aangeleerd en uitgebreid. Hoe hoger het onderwijsniveau, hoe beter deze vaardigheden ontwikkeld zijn.
- De *sociale omgeving*. Het maakt uit hoe de omgeving van een patiënt is, bijvoorbeeld of daar goede voorbeelden te vinden zijn op het gebied van gezondheid en opvoeding.

Door een geringe beheersing van het Nederlands en een gebrek aan kennis van het eigen lichaam en van ziekten, hebben veel migranten weinig gezondheidsvaardigheden. Bovendien zijn zij vaak laag geletterd, ook in hun eigen taal. Inschatting van het niveau van geletterdheid is nodig om uw informatie af te kunnen stemmen op de patiënt.

### Om het niveau van geletterdheid in te schatten bij uw patiënt, kunt u in het eerste contact het volgende doen:

- Laat de patiënt zelf zijn naam en zijn geboortedatum opschrijven, en zijn telefoonnummer noteren.
- Vraag naar het aantal jaren dat iemand naar school is gegaan.
- Om een indruk te krijgen van de gezondheidsvaardigheden van de patiënt, kunt u vragen of hij of zij moeite heeft met het invullen van medische formulieren.

Patiënten met geringe gezondheidsvaardigheden kunt u het beste helpen door:

- langzaam te spreken en de tijd te nemen voor het gesprek;
- medische terminologie te vermijden;
- het gesprek te ondersteunen met audiovisuele hulpmiddelen;
- niet teveel informatie in één keer te geven;
- de patiënt te vragen naar een samenvatting van hetgeen u verteld hebt.

# Bijlage 4: CRIES-vragenlijst – Kindversie

## Vragenlijst voor het screenen op posttraumatische stressklachten bij kinderen van 8 tot 18 jaar - Eva Verlinden en Ramón Lindauer, juni 2015

### Handleiding kinderversie

#### ACHTERGROND

De CRIES-13 (Children's Revised Impact of Event Scale) is een vragenlijst waarmee gescreend wordt op posttraumatische stressklachten bij kinderen. De vragenlijst bestaat uit 13 items en is geschikt voor kinderen van 8 tot 18 jaar. Er is een kind- en ouderversie beschikbaar.

#### INTRODUCTIE

Het wordt sterk aanbevolen om de vragenlijst door het kind te laten invullen in de aanwezigheid van een professional en/of hulpverlener. Laat kinderen de inleiding zelf lezen of lees deze voor indien het kind moeite heeft met begrijpend lezen. Benadruk dat het om de afgelopen 7 dagen gaat. De vragenlijst wordt ingevuld met de nare gebeurtenis in gedachten. Als kinderen meer nare gebeurtenissen hebben meegemaakt, laat dan de vragen invullen voor de gebeurtenis die het kind als meest vervelend heeft ervaren of waarvan het kind het meeste last heeft.

#### SCORE

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

Helemaal niet =	0	Soms =	3
Zelden =	1	Vaak =	5

#### Er zijn 3 subschalen, te weten:

Herbeleving (H) =	item 1+4+8+9
Vermijding (V) =	item 2+6+7+10
Verhoogde Prikkelbaarheid (P) =	item 3+5+11+12+13

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

#### BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

De score op de CRIES-13 kan worden gezien als een continue score, oftewel hoe hoger de score, hoe meer het kind last heeft van posttraumatische stressklachten. Bij een totaalscore van 30 of hoger is er een verhoogd risico op een posttraumatische stress stoornis (PTSS) en wordt verdere diagnostiek en/of behandeling aanbevolen. Onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de CRIES-13 heeft plaatsgevonden onder leiding van het AMC, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie en het Traumacentrum van de Bascule te Amsterdam. Resultaten staan beschreven in Verlinden et al. (2014). Characteristics of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) in a clinically referred Dutch sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 1-7. doi: 10.1002/jts.21910. Voor vragen kunt u contact opnemen met Eva Verlinden en/of Ramón Lindauer, tel.nr. 020-8901000.

# CRIES-13 kindversie

Hieronder staat een aantal uitspraken over dingen die je kunt doen als er iets schokkends of heel naars is gebeurd. Kruis het hokje aan dat aangeeft hoe vaak dit voor jou gold in de afgelopen 7 dagen. Als de uitspraak helemaal niet voor kwam in die tijd, kruis je het hokje "helemaal niet" aan.

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

Datum: \_\_\_\_\_

Vragen	Helemaal niet	Zelden	Soms	Vaak	Score		
					h	v	p
1. Denk je er aan zonder dat je het wilt?							
2. Probeer je het uit je hoofd te zetten?							
3. Vind je het moeilijk ergens met je aandacht bij te blijven of je te concentreren?							
4. Komen er plotseling hele sterke gevoelens bij je op?							
5. Schrik je sneller of voel je je zenuwachtiger dan voor het gebeurde?							
6. Blijf je uit de buurt van dingen die je eraan herinneren (bijv. plaatsen of situaties)?							
7. Probeer je er niet over te praten?							
8. Zie je er plotseling beelden van in je hoofd?							
9. Doen andere dingen je er steeds aan denken?							
10. Probeer je er niet aan te denken?							
11. Ben je snel geïrriteerd?							
12. Ben je over-voorzichtig of op je hoede ook als er geen duidelijke reden voor is?							
13. Heb je slaapproblemen?							
<b>TOTAAL:</b>							



# Bijlage 5: CRIES-vragenlijst – Ouderversie

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

### Handleiding ouderversie

#### ACHTERGROND

De CRIES-13 (Children's Revised Impact of Event Scale) is een vragenlijst waarmee gescreend wordt op posttraumatische stressklachten bij kinderen. De vragenlijst bestaat uit 13 items en is geschikt voor kinderen van 8 tot 18 jaar. Er is een kind- en ouderversie beschikbaar.

#### INTRODUCTIE

De vragenlijst kan zelfstandig door de ouder/verzorger worden ingevuld. De aanwezigheid van een professional en/of hulpverlener wordt aanbevolen om eventuele vragen van de ouder/verzorger direct te kunnen beantwoorden. Wijs ouders op het lezen van de inleiding en benadruk dat het om de afgelopen 7 dagen gaat. De vragenlijst wordt ingevuld met de nare gebeurtenis in gedachten. Als kinderen meer nare gebeurtenissen hebben meegemaakt, laat ouders de vragen dan invullen voor de gebeurtenis die het kind als meest vervelend heeft ervaren of waarvan het kind het meeste last heeft.

#### SCORE

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

Helemaal niet =	0	Soms =	3
Zelden =	1	Vaak =	5

#### Er zijn 3 subschalen, te weten:

Herbeleving (H) =	item 1+4+8+9
Vermijding (V) =	item 2+6+7+10
Verhoogde Prikkelbaarheid (P) =	item 3+5+11+12+13

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

#### BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

De score op de CRIES-13 kan worden gezien als een continue score, oftewel hoe hoger de score, hoe meer het kind last heeft van posttraumatische stressklachten. Bij een totaalscore van 31 of hoger is er een verhoogd risico op een posttraumatische stress stoornis (PTSS) en wordt verdere diagnostiek en/of behandeling aanbevolen. Onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de CRIES-13 heeft plaatsgevonden onder leiding van het AMC, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie en het Traumacentrum van de Bascule te Amsterdam. Resultaten staan beschreven in Verlinden et al. (2014). A Parental Tool to Screen for Posttraumatic Stress in Children: First Psychometric Results. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 1-4. Voor vragen kunt u contact opnemen met Eva Verlinden en/of Ramón Lindauer, tel.nr. 020-8901000.

# CRIES-13 Ouderversie

Hieronder staat een aantal uitspraken over dingen die je kunt doen als er iets schokkends of heel naars is gebeurd. Kruis het hokje aan dat aangeeft hoe vaak dit voor jou gold in de afgelopen 7 dagen. Als de uitspraak helemaal niet voor kwam in die tijd, kruis je het hokje "helemaal niet" aan.

Naam van uw kind:

Datum:

Vragen	Helemaal niet	Zelden	Soms	Vaak	Score		
					h	v	p
1. Heeft u de indruk dat uw kind er vaak aan moet denken?							
2. Probeert uw kind het uit zijn/haar hoofd te zetten?							
3. Vindt uw kind het moeilijk ergens met de aandacht bij te blijven of zich te concentreren?							
4. Komen er bij uw kind plotseling hele sterke gevoelens op?							
5. Schrikt uw kind sneller of is het zenuwachtiger dan voor het gebeurde?							
6. Blijft uw kind uit de buurt van dingen die herinneren aan de gebeurtenis (bijv. plaatsen of situaties)?							
7. Probeert uw kind er niet over te praten?							
8. Ziet uw kind er plotseling beelden van in het hoofd of heeft het akelige dromen?							
9. Doen andere dingen uw kind er steeds aan denken?							
10. Probeert uw kind er niet aan te denken?							
11. Is uw kind snel geïrriteerd of boos?							
12. Is het kind over-voorzichtig of op de hoede ook als er geen duidelijke reden voor is?							
13. Heeft uw kind slaapproblemen?							
<b>TOTAAL:</b>							

# Bijlage 6: SDQ-vragenlijsten

De SDQ is een vragenlijst om de sociaal-emotionele gezondheid van de jeugd te meten. De SDQ-totaalscore geeft aan in hoeverre een kind sociaal-emotionele problemen heeft. Aan de hand van 5 subschalen kan vervolgens gekeken worden op welk gebied de problemen zich voordoen en of er sterke kanten zijn. Een matig verhoogde SDQ-totaalscore betekent dat een kind/jongere een verhoogd risico heeft op sociaal-emotionele problemen. Bij een verhoogde SDQ-totaalscore zijn er vrijwel zeker sociaal-emotionele problemen aanwezig. Deze maat gaat ook op voor de 5 subschalen

## WAT MEET DE SDQ PRECIËS?

De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is een vragenlijst om de sociaal-emotionele gezondheid van kinderen en jongeren te meten.<sup>2</sup> Zowel sociaal-emotionele problemen als de sterke kanten van een kind worden in kaart gebracht. Hiervoor worden 5 subschalen en de SDQ-totaalscore gebruikt:

- Emotionele problemen
- Gedragsproblemen
- Hyperactiviteit/aandachtstekort
- Problemen met leeftijdgenoten
- Prosociaal gedrag (= hulp bieden, vriendelijk zijn, delen, etc.)
- SDQ-totaalscore (combinatie van subschaal 1 t/m 4)

De scores op de 5 subschalen en de SDQ-totaalscore worden onderverdeeld in 3 uitkomstmaten: een normale score, een matig verhoogde score en een verhoogde score. Kinderen en jongeren met een matig verhoogde score hebben een verhoogde kans op problemen. Als de score verhoogd is, is deze vergelijkbaar met de score van kinderen/jongeren die hulpverlening ontvangen. De kans dat deze kinderen/jongeren daadwerkelijk problemen hebben is dus groot.

## VERSCHILLENDE VERSIES VAN DE SDQ

De SDQ is in verschillende versies beschikbaar. Zo zijn er

versies voor ouders en leerkrachten van kinderen/jongeren in de leeftijd van 3 tot 16 jaar. Daarnaast is er een versie die jongeren van 11 tot 17 jaar zelf in kunnen vullen. Alle versies van de SDQ vragenlijst zijn in verschillende talen te vinden op [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)

## HOE IS DE SDQ OPGEBOUWD?

De SDQ bevat in totaal 25 items die geformuleerd zijn als stelling. Bijvoorbeeld: 'mijn kind houdt rekening met de gevoelens van anderen'. Elk van de 5 subschalen heeft 5 items. Sommige stellingen zijn tegengesteld geformuleerd. Impulsief handelen wordt bijvoorbeeld nagevraagd als: 'ik denk na voor iets te doen'. De subschalen zijn daardoor enigszins bipolair: een lage score betekent niet alleen dat er geen problemen zijn, maar ook dat er sterke kanten zijn.<sup>1</sup> De stellingen gaan allemaal over het gedrag van het kind in de laatste 6 maanden.

## HET BEREKENEN VAN DE SCORE OP DE 5 SUBSCHALEN EN DE SDQ-TOTAALSCORE

De 25 stellingen in de SDQ kunnen beantwoord worden met: 'niet waar', 'een beetje waar' of 'zeker waar'. Het antwoord 'een beetje waar' krijgt altijd de score 1. De score van de antwoorden 'niet waar' en 'zeker waar' varieert per item en is 0 of 2, afhankelijk van de subschaal en of een item positief of negatief geformuleerd is. De SDQ-score voor een subschaal wordt berekend door de scores van de 5 items die bij de subschaal horen bij elkaar op te tellen. De score voor een subschaal mag alleen berekend worden als tenminste 3 van de 5 items van de subschaal beantwoord zijn.

De SDQ-totaalscore wordt vervolgens berekend door de score van de subschalen emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort en problemen met leeftijdgenoten bij elkaar op te tellen. De SDQ-totaalscore mag niet berekend worden als een score op een van de subschalen ontbreekt. De score op de subschaal prosociaal gedrag telt hierbij dus niet mee.

## VALIDITEIT, BETROUWBAARHEID EN AFKAPPUNTEN VAN DE SDQ

Er is veel onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit van de SDQ, ook in Nederland.<sup>3,4,5</sup> Het onderscheidend vermogen van de SDQ is niet perfect. Dat is bij geen enkele vragenlijst het geval. Een zorgvuldige beoordeling door de arts of verpleegkundige blijft daarom belangrijk. Toch bleek in het onderzoek van TNO dat met de SDQ-totaalscore een betere signalering van sociaal-emotionele problemen mogelijk is dan op basis van aanwezige risicofactoren en een gesprek met de arts of verpleegkundige. De subschalen zijn wat minder betrouwbaar dan de SDQ-totaalscore. Wel kunnen deze aanwijzingen geven over de aard van de eventueel aanwezige problematiek. De interpretatie van de subschalen dient echter met de nodige voorzichtigheid te geschieden.<sup>4</sup>

Om te bepalen of er sprake is van een normale score, een matig verhoogde score of een verhoogde score worden afkappunten gebruikt. Als Nederlandse afkappunten bekend zijn worden deze gebruikt. Dit is alleen het geval voor de SDQ-totaalscore van de ouder vragenlijst.<sup>4</sup> Hoewel het afkappunt van de SDQ-totaalscore alleen gevalideerd is voor ouder vragenlijsten bij 7-12 jarigen wordt dit afkappunt door de Jeugdgezondheidsmonitor voor het hele basisonderwijs gebruikt. Voor de SDQ-totaalscore van de jongeren vragenlijst en de subschalen van de ouder vragenlijst en de jongeren vragenlijst gebruikt de Jeugdgezondheidsmonitor de afkappunten zoals bepaald door Goodman ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)).

LET OP: het Nederlandse afkappunt voor de SDQ-totaalscore is lager dan het originele afkappunt. Dit heeft invloed op het percentage kinderen met een (matig) verhoogde SDQ-totaalscore dat gevonden wordt op basis van de ouder vragenlijst. Dit is in verhouding wat hoger dan bij de subschalen van de ouder vragenlijst of bij de SDQ-totaalscore of subschalen van de vragenlijst die door jongeren zelf ingevuld wordt.

## Afkapwaarden SDQ-oudervragenlijst

	SDQ-score		
	normaal	Matig verhoogd	Verhoogd
SDQ-totaalscore	0 - 10	11 - 13	14 - 40
Emotionele problemen	0 - 3	4	5 - 10
Gedragsproblemen	0 - 2	3	4 - 10
Hyperactiviteit/aandachtstekort	0 - 2	3	4 - 10
Problemen met leeftijdgenoten	0 - 5	6	7 - 10
Prosociaal gedrag	6 - 10	5	0 - 4

\* Afkapwaarde op basis van Nederlands onderzoek

## Afkapwaarden SDQ-jongeren vragenlijst

	SDQ-score		
	normaal	Matig verhoogd	Verhoogd
SDQ-totaalscore	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Emotionele problemen	0 - 5	6	7 - 10
Gedragsproblemen	0 - 3	4	5 - 10
Hyperactiviteit/aandachtstekort	0 - 5	6	7 - 10
Problemen met leeftijdgenoten	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Prosociaal gedrag	6 - 10	5	0 - 4

## LITERATUUR

1. Goedhart A, Treffers F, Widenfelt van B. Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandbl Geestelijke Volksgezondh* 2003; 58:1018-1035.
2. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38(5):581-586.
3. Muris P, Meesters C, van den Berg F. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 12: 1-8.
4. Vogels AGC, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar. 1-116. 2005. Leiden, TNO. *Kwaliteit van leven*.
5. Widenfelt van BM, Goedhart AW, Treffers PD, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12(6):281-289.

# Bijlage 7: SDQ-vragenlijst voor jongeren (11-17 jaar)

Wil je alsjeblieft bij iedere vraag een kruisje zetten in het vierkantje voor 'Niet waar', 'Een beetje waar' of 'Zeker waar'. Het is belangrijk dat je alle vragen zo goed mogelijk beantwoordt, ook als je niet helemaal zeker bent of als je de vraag raar vindt. Wil je alsjeblieft bij je antwoorden denken hoe dat bij jou de laatste zes maanden is geweest.

Naam: \_\_\_\_\_ Jongen / Meisje

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

Sterke kanten	Niet waar	Beetje waar	Zeker waar
Ik probeer aardig te zijn tegen anderen. Ik houd rekening met hun gevoelens			
Ik ben rusteloos, ik kan niet lang stilzitten			
Ik heb vaak hoofdpijn, buikpijn, of ik ben misselijk			
Ik deel gemakkelijk met anderen (snoep, speelgoed, potloden, enz.)			
Ik word erg boos en ben vaak driftig			
Ik ben nogal op mijzelf. Ik speel meestal alleen of bemoei mij niet met anderen			
Ik doe meestal wat me wordt opgedragen			
Ik pieker veel			
Ik help iemand die zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt			
Ik zit constant te wiebelen of te friemelen			
Ik heb minstens één goede vriend of vriendin			
Ik vecht vaak. Het lukt mij andere mensen te laten doen wat ik wil			
Ik ben vaak ongelukkig, in de put of in tranen			
Andere jongeren van mijn leeftijd vinden mij over het algemeen aardig			
Ik ben snel afgeleid, ik vind het moeilijk om me te concentreren			
Ik ben zenuwachtig in nieuwe situaties. Ik verlies makkelijk mijn zelfvertrouwen			
Ik ben aardig tegen jongere kinderen			
Ik word er vaak van beschuldigd dat ik lieg of bedrieg			
Andere kinderen of jongeren pesten of treiteren mij			
Ik bied vaak anderen aan hun te helpen (ouders, leerkrachten, kinderen)			

**ER STAAN MEER VRAGEN OP DE VOLGENDE PAGINA**

Ik denk na voor ik iets doe			
Ik neem dingen weg die niet van mij zijn thuis, op school of op andere plaatsen			
Ik kan beter met volwassenen opschieten dan met jongeren van mijn leeftijd			
Ik ben voor heel veel dingen bang, ik ben snel angstig			
Ik maak af waar ik mee bezig ben. Ik kan mijn aandacht er goed bij houden			

Moeilijkheden	Nee	Ja, kleine	Ja, duidelijk	Ja, ernstig
Denk je over het geheel genomen dat je moeilijkheden hebt op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?				
Als je "JA" hebt geantwoord, wil je dan alsjeblieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?				
	< 1 mnd	1-5 mnd	1-12 mnd	> 1 jaar
Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?				
	Niet	Beetje	Tamelijk	Heel erg
Maken de moeilijkheden je overstuur of van slag?				
Belemmeren de moeilijkheden jouw dagelijks leven op de volgende gebieden?				
Thuis				
Vriendschappen				
Leren in de klas				
Activiteiten in de vrije tijd				
Maken de moeilijkheden het lastiger voor de mensen in jouw omgeving (je gezin, vrienden, leerkrachten, enz.) ?				

Heb je opmerkingen?

---



---



---



---

Handtekening:

Plaats:

Datum:

© Robert Goodman, 2005

# Bijlage 8: SDQ-vragenlijst voor ouders van kinderen (4-17 jaar)

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

Naam kind:

Jongen / Meisje

Geboortedatum kind:

Sterke kanten	Niet waar	Beetje waar	Zeker waar
Houdt rekening met gevoelens van anderen			
Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten			
Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid			
Deelt makkelijk met andere kinderen (bijv. speelgoed, snoep, potloden, enz.)			
Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen			
Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen			
Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen			
Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten			
Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt			
Constant aan het wiebelen of friemelen			
Heeft minstens één goede vriend of vriendin			
Vecht vaak met andere kinderen of pest ze			
Vaak ongelukkig, in de put of in tranen			
Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen			
Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren			
Zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen			
Aardig tegen jongere kinderen			
Liegt of bedriegt vaak			
Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen			
Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)			

**ER STAAN MEER VRAGEN OP DE VOLGENDE PAGINA**



Denkt na voor iets te doen			
Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen			
Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen			
Voor heel veel bang, is snel angstig			
Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden			

Moeilijkheden	Nee	Ja, kleine	Ja, duidelijk	Ja, ernstig
Denkt u over het geheel genomen dat uw kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?				
Als u <b>"JA"</b> heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?				
	< 1 mnd	1-5 mnd	1-12 mnd	> 1 jaar
Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?				
	Niet	Beetje	Tamelijk	Heel erg
Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?				
Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden?				
Thuis				
Vriendschappen				
Leren in de klas				
Activiteiten in de vrije tijd				
Belasten de moeilijkheden u of het gezin als geheel?				

Heb je opmerkingen?

---



---



---

Moeder / Vader / Anders, nl:

Handtekening:

Plaats:

Datum:

© Robert Goodman, 2005

# Bijlage 9: SDQ-vragenlijst voor leerkrachten van kinderen (4-17 jaar)

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

Naam kind: \_\_\_\_\_ Jongen / Meisje

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

Sterke kanten	Niet waar	Beetje waar	Zeker waar
Houdt rekening met gevoelens van anderen			
Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten			
Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid			
Deelt makkelijk met andere kinderen (bijv. speelgoed, snoep, potloden, enz.)			
Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen			
Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen			
Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen			
Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten			
Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt			
Constant aan het wiebelen of friemelen			
Heeft minstens één goede vriend of vriendin			
Vecht vaak met andere kinderen of pest ze			
Vaak ongelukkig, in de put of in tranen			
Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen			
Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren			
Zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen			
Aardig tegen jongere kinderen			
Liegt of bedriegt vaak			
Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen			
Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)			

**ER STAAN MEER VRAGEN OP DE VOLGENDE PAGINA**

Denkt na voor iets te doen			
Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen			
Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen			
Voor heel veel bang, is snel angstig			
Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden			

Moeilijkheden	Nee	Ja, kleine	Ja, duidelijk	Ja, ernstig
Denkt u over het geheel genomen dit uw kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?				
Als u <b>"JA"</b> heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?				
	< 1 mnd	1-5 mnd	1-12 mnd	> 1 jaar
Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?				
	Niet	Beetje	Tamelijk	Heel erg
Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?				
Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van het kind op de volgende gebieden?				
Contacten met leeftijdsgenoten				
Leren in de klas				
Belasten de moeilijkheden u of het gezin als geheel?				

Heb je opmerkingen?

---



---



---



---

Leerkracht / Anders, nl:

Handtekening:

Plaats:

Datum:

© Robert Goodman, 2005

# Bijlage 10: PROTECT-vragenlijst

## Protect vragenlijst voor signalering van psychische klachten bij asielzoekers en vluchtelingen

Naam:	Geboortedatum:
Land van herkomst:	Datum afname vragen:

<b>'Vaak' betekent: meer dan normaal en leed veroorzakend</b>	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 en gemakkelijk 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>TOTAAL AANTAL ANTWOORDEN MET 'JA' EN 'NEE'</b>		

### BEOORDELING

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

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

**ER STAAN MEER VRAGEN OP DE VOLGENDE PAGINA**

## Protect vragenlijst voor signalering van posttraumatische klachten bij asielzoekers en vluchtelingen

Dit Protect signaleringsinstrument is ontwikkeld door een aantal organisaties in Bulgarije, Duitsland, Frankrijk, Hongarije en Nederland in het kader van een Europees project (<sup>1</sup>). De vragenlijst is bedoeld om in een vroeg stadium asielzoekers en vluchtelingen op te sporen bij wie er aanwijzingen zijn voor psychisch kwetsbaarheid door de gevolgen van heftige en traumatische ervaringen. De vragen gaan over symptomen die asielzoekers en vluchtelingen vaker hebben dan de doorsnee populatie. De Protect vragenlijst is zowel door medische leken als zorgprofessionals te gebruiken. In de medische zorg in de asielzoekerscentra gebruiken praktijkverpleegkundigen deze vragenlijst in de medische intake om een eerste indruk te krijgen van de psychische klachten.

### WANNEER KAN DE VRAGENLIJST WORDEN GEBRUIKT?

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.

### HOE DE VRAGENLIJST TE GEBRUIKEN?

Introduceer de vragenlijst bij de asielzoeker of vluchteling. Onderstaande voorbeeldtekst kan u daarbij helpen. Hiermee krijgt hij of zij informatie over het gebruik van de vragenlijst. Het helpt om tot medewerking te motiveren.

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

### LET OOK OP OBSERVATIES

Het is van belang om gedrag en emoties waar te nemen. Naast de symptomen geven de observaties een indruk van de ernst van de klachten en in hoeverre de asielzoeker of vluchteling lijdt onder de klachten. Realiseer u dat het uiten van emoties en gedrag mede bepaald worden door de culturele bagage van iemand.

### WAT TE DOEN MET DE UITKOMST?

Een 'laag risico' betekent dat iemand weinig tot geen klachten heeft. Het houdt niet in dat de persoon geen traumatische ervaringen meegemaakt heeft. De klachten kunnen zich later aandienen. Een herhaling van de signalering kan dan nodig zijn. 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 ze het dagelijkse functioneren hinderen. Als er een 'hoog' risico uitkomt is een gericht onderzoek nodig om te beoordelen of er een ziektebeeld (ptss en/of depressie) aanwezig is en welke hulpbehoefte de asielzoeker of vluchteling heeft. Dit kan bij de huisarts en poh-ggz in de eerstelijns. Dit sluit aan bij de angst voor het negatieve stigma van de specialistische GGZ. Maar als de problematiek ernstig is en niet past bij de aanpak in de eerstelijns, dan is specialistische verwijzing nodig. Hierbij is uitleg over wat een behandeling inhoudt van belang om iemand hiervoor te motiveren.

<sup>1</sup> Meer informatie over het Europees PROTECT-project is te vinden op <http://protect-able.eu/> en <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/projectenoverzicht/24/protect-vroegsignalering-van-kwetsbare-asielzoekers-in-de-asielprocedure>