Wie is je vader, wie is je moeder?

Onderzoek naar mogelijkheden om vanuit het JGZ kennismakingshuisbezoek een aanzet te maken tot vroeg-signalering van psychosociale problemen bij Syrische vluchtelingkinderen tot 4 jaar.

Naam : Fatiha Abdessadki

Studentnummer : 1704302

E-mailadres : fatiha.abdessadki@student.hu.nl

Opleiding : MANP

Cohort : 2016

Specialisme : AGZ Preventieve Zorg

Module : Ontwerpgericht onderzoek

Versie : 1

Inleverdatum : 15 juni 2018

Docent : Dr. G. Holleman

Beoordelaar : Dr. J-J. Georges

Aantal woorden : 6980

**Samenvatting**

**Doel :** Met dit ontwerpgericht onderzoek is gezocht naar mogelijkheden om de JGZ professional 0-4 jaar vanuit een cultureel sensitief kennismakingshuisbezoek te ondersteunen bij de inventarisatie van zorgbehoeften van Syrische gezinnen met een vluchtverleden. Een juiste inventarisatie zet aan tot vroegsignalering van psychosociale problemen bij Syrische vluchtelingkinderen gevestigd in de wijk. Tijdige ondersteuning dan wel verwijzing kan ingezet worden waardoor het Syrische vluchtelingkind meer kans maakt op een leeftijdsgebonden ontwikkeling.

**Methoden :** Dit onderzoek, heeft naast een literatuuronderzoek en deskresearch, een beschrijvend kwalitatief design waarbij door middel van verschillende dataverzamelingstechnieken getracht is meerdere invalshoeken te interpreteren. Er zijn 4 experts op gebied van zorg aan vluchtelingen geïnterviewd en er is een benchmark uitgevoerd onder 2 GGD organisaties. Daarnaast is er een 3 daagse Interculturele Communicatie gevolgd teneinde de het concept Culturele Sensitiviteit binnen de JGZ te verhelderen.

**Resultaten :** Uit de literatuur werd duidelijk met welke risico-en beschermende factoren en leeftijdsspecifieke gedragingen de hulpverlener mogelijk rekening dient te houden in het contact met Syrische vluchtelinggezinnen. Experts en benchmarking benoemen het belang van de laagdrempeligheid vanuit de JGZ naar vluchtelinggezinnen toe en onderstrepen de culturele context in het contact met deze gezinnen. Uit benchmarking blijkt dat een werkwijze kennismakingshuisbezoek de JGZ professional handvatten biedt om zorgbehoeften te inventariseren. Deskresearch toont aan dat een enkele kennismakingshuisbezoek niet voldoende is om de draagkracht op te maken; vertrouwen, culturele sensitiviteit in een 2e intake gesprek hoort hierop te volgen. Daarnaast behoort men oog te hebben voor de beperkte gezondheidsvaardigheden van Syrische vluchtelingen.

**Discussie en innovatie :** Zoals verwacht is één kennismakingshuisbezoek niet voldoende om zorgbehoeften in kaart te brengen die vroeg-signalering van psychosociale problemen bij Syrische vluchtelingkinderen mogelijk maakt. Kennis, vaardigheden en attitude van de JGZ-er behoeven aandacht in het geheel. De resultaten bevatten componenten die als basis dienen voor een innovatie welke bestaat uit een digitale werkwijze kennismakingshuisbezoek bij gevestigde gezinnen met een vluchtverleden, een e-learning,lokale afspraken met samenwerkingspartners, verkleinen van de taalbarrière door inzetten van tolk en een training Culturele Sensitiviteit van de JGZ professional.

**Conclusie :** Het is aanbevolen een digitale format werkwijze kennismakingshuisbezoek te ontwikkelen waarbij de JGZ professional kennis heeft van risico-en beschermende factoren en leeftijdsspecifieke reacties bij kinderen tot 4 jaar. Een training culturele sensitiviteit is essentieel. De Verpleegkundig Specialist zal de implementatie volgens het model van Grol en Wensing ( 2015) coördineren.

**Summary**

**Aim** : With this design-oriented research we searched for possibilities to support the Youth Health Care (JGZ) professional 0-4 years from a culturally sensitive introductory home visit in the inventory of care needs of Syrian families with a refugee history. A correct inventory encourages early detection of psychosocial problems among Syrian refugee children located in the neighbourhood. Timely support or referral can be deployed so that the Syrian refugee child has a greater chance of age-related development.

**Methods** : In addition to a literature study and desk research, this research has a descriptive qualitative design in which an attempt has been made to interpret several angles by means of different data collection techniques. Four experts in the field of care for refugees were interviewed and a benchmark was carried out among 2 GGD organisations. In addition, a 3-day Intercultural Communication course was attended in order to clarify the concept of Cultural Sensitivity within the Youth Health Care.

**Results** : From the literature it became clear which risk and protective factors and age-specific behaviour the counsellor may have to take into account when contacting Syrian refugee families. Experts and benchmarking point out the importance of the approachability from the Asylum Seekers' Association to refugee families and underline the cultural context in the contact with these families. Benchmarking shows that a method of making acquaintance visits to the home provides the Youth Health Care professional tools to inventory care needs. Deskresearch shows that one single introductory visit to the home is not enough to determine the mental capacity; attention for trust, cultural sensitivity in a second intake interview should follow. Attention should also be paid to the limited health skills of Syrian refugees.

**Discussion and innovation**: As expected, one introductory home visit is not sufficient to identify care needs that allow early detection of psychosocial problems among Syrian refugee children.The knowledge, skills and attitude of the JGZ-er require attention as whole. Results contain components that serve as a basis for an innovation that consists of a digital working method for introductory home visits to establish families with a flight history, an e-learning, local agreements with cooperation partners, reducing the language barrier by deploying an interpreter and a Cultural Sensitivity training course for the Youth Health Care professional.

**Conclusion**: It is recommended to develop a digital format working method for introductory home visits in which the Youth Health Care professional has knowledge of risk and protective factors and age-specific reactions in children up to 4 years of age. Cultural sensitivity training is essential. The Nursing Specialist will coordinate the implementation processin accordance with the Grol and Wensing model ( 2015).

**Begrippen**

Vluchteling: Iemand die in zijn land gegronde vrees heeft voor vervolging.

Statushouder: Vluchteling met verblijfsvergunning voor bepaalde tijd

AZC: Asielzoekerscentrum

COA : Centraal orgaan Opvang Asielzoekers

VWN : Vluchteling Werk. Belangenbehartiging van vluchtelingen en

Asielzoekers in Nederland

DMO-P: Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling Protocol Samen Starten

Pharos: Landelijk Expertisecentrum Gezondheidsverschillen

Arq: Psychotrauma Expertgroep , internationaal onderzoeksinstituut, Psychosociaal ondersteuningspunt

Inhoud

[1.Inleiding 6](#_Toc520123424)

[1.1 Aanleiding 6](#_Toc520123425)

[1.2 Probleemstelling 9](#_Toc520123426)

[1.3 Doelstelling 9](#_Toc520123427)

[1.4 Vraagstelling 9](#_Toc520123428)

[2. Methode 10](#_Toc520123429)

[2.1 Literatuuronderzoek 10](#_Toc520123430)

[2.2 Benchmarkonderzoek 13](#_Toc520123431)

[2.3 Expert interviews 13](#_Toc520123432)

[2.4 Ethische aspecten. 14](#_Toc520123433)

[2.5 Data analyse , betrouwbaarheid en validiteit 14](#_Toc520123434)

[Literatuuronderzoek 14](#_Toc520123435)

[Interviews expert en benchmark. 14](#_Toc520123436)

[3.Resultaten. 15](#_Toc520123437)

[3.1 Deelvraag 1. 15](#_Toc520123438)

[Voorwaarden cultuursensitief kennismakingshuisbezoek 15](#_Toc520123439)

[Culturele sensitiviteit 16](#_Toc520123440)

[Risicofactoren. 17](#_Toc520123441)

[Beschermende factoren 17](#_Toc520123442)

[Leeftijdsspecifieke reacties. 18](#_Toc520123443)

[Resultaten interviews expert 22](#_Toc520123444)

[3.2 Deelvraag 2 24](#_Toc520123446)

[Hoe en wanneer brengen andere JGZ instellingen zorgbehoeften van Syrische vluchtelinggezinnen in kaart? 24](#_Toc520123447)

[Benchmarking 24](#_Toc520123448)

[3.3 Deelvraag 3. Welke interventies kunnen ingezet worden om de benodigde kennis, cultuur sensitieve attitude en vaardigheden van JGZ-professionals te verbeteren? 25](#_Toc520123449)

[Literatuur 25](#_Toc520123450)

[Resultaten Training interculturele communicatie 26](#_Toc520123451)

[Resultaten Benchmarking 26](#_Toc520123452)

[Resultaten Expert opinion 27](#_Toc520123453)

[4.Beschouwing Resultaten 27](#_Toc520123454)

[5.Beschrijving van de Innovatie 29](#_Toc520123455)

[6.Discussie 30](#_Toc520123456)

[6.1 Implementatie innovatie 31](#_Toc520123457)

[6.2 Conclusie 33](#_Toc520123458)

[6.3 Aanbevelingen 33](#_Toc520123459)

[Literatuurlijst 34](#_Toc520123460)

[Bijlagen 36](#_Toc520123461)

[A. Literatuurtabel 36](#_Toc520123462)

[B. Vragenlijst Interview experts 43](#_Toc520123463)

[C. Vragenlijst Benchmarking 45](#_Toc520123464)

# 1.Inleiding

In dit ontwerpgericht onderzoek is gekeken naar hoe de Jeugdgezondheidszorg de inventarisatie van zorgbehoeften tijdens een kennismakingshuisbezoek bij Syrische gezinnen met een vluchtelingachtergrond kan optimaliseren. Een verbeterde inventarisatie vergemakkelijkt de vroegsignalering van psychosociale problemen bij Syrische kinderen tussen 0-4 jaar oud.

## 1.1 Aanleiding

JGZ professionals in Almere leggen een kennismakingshuisbezoek af aan Syrische vluchtelinggezinnen om zorgbehoeften en daarmee de draaglast en draagkracht in kaart te brengen. Zorgbehoeften worden onvolledig in kaart gebracht tijdens een kennismakingshuisbezoek ( Abdessadki, probleemanalyse 2017). Het onvolledig in kaart brengen van de draaglast en draagkracht leidt tot niet tijdige vroegsignalering van psychosociale problemen bij vluchtelingkinderen tot 4 jaar.

*Een Syrische vader en zijn dochter van 1,5 jaar zijn uitgenodigd op het consultatiebureau : het betreft een consult waarin wordt gekeken naar de ontwikkeling van het meisje en hoe de verdere draaglast-draagkracht is binnen het gezin. Het meisje klampt zich vast aan vader. Ze gaat niet op onderzoek uit en is ook niet te verleiden tot spel (blokjes op tafel). Vader stelt in het gebrekkige Engels vragen over de vaccinaties van zijn zoon en de vergoeding voor een peuterspeelzaal terwijl de verpleegkundig specialist in opleiding ook graag het gedrag van zijn dochter wil bespreken. In het dossier staat summiere informatie over de voorgeschiedenis van het gezin: vader gevlucht uit Syrië en moeder en kinderen zijn op basis van visum nagereisd. De vaccinaties van het meisje zijn in het huisbezoek besproken. Deze informatie is een maand terug tijdens een kennismakingshuisbezoek door een collega jeugdverpleegkundige verkregen. Omdat er niemand was die in het huisbezoek kon tolken was het gesprek met ouders beknopt ( in gebrekkig Engels) gehouden. Vader geeft aan zich geen zorgen te maken om zijn dochter: “zo doet ze altijd”. De VioS wil graag een vervolgafspraak maar dan met iemand die kan tolken, anders blijven er veel zaken onbesproken. Vader geeft aan het druk te hebben, hij krijgt les in de Nederlandse taal en moeder durft dan niet alleen naar buiten.*

*Figuur 1 Casus*

Syrische gezinnen met een vluchtelingachtergrond vormen een kwetsbare groep in de Nederlandse samenleving. Door hun belaste voorgeschiedenis lopen ze meer risico op psychosociale problematiek zoals angst-, depressie-, of posttraumatische stress stoornis. Ouders hebben chronische stress door traumatische ervaringen, langdurige onzekerheid over de verblijfsprocedure, separatie en herenigingsprocessen (van Schie, & van den Muijsenbergh, 2017). Dit heeft een nadelige invloed op de ouder-kind interactie doordat chronische stress leidt tot een verstoorde emotionele nabijheid en beschikbaarheid van ouders. Het ontbreken van emotionele nabijheid en een verstoorde ouder-kind relatie leidt tot hechtingsproblematiek ( www.NCJ.nl). Kinderen van deze ouders vertonen angstig hechtgedrag, regressief gedrag en een vertraging in de ontwikkeling (Pharos, 2017). In de praktijk uit zich dit in slaap-en eetproblemen, zindelijkheids-problemen en extreme verlatingsangst.

Momenteel wordt een kennismakingshuisbezoek afgelegd om zorgbehoeften zoveel mogelijk in kaart te brengen. Op moment van onderzoek is er bij JGZ Almere geen werkwijze specifiek voor gezinnen met een vluchtverleden in tegenstelling tot andere organisaties. Geïnventariseerde problemen met betrekking tot de kennis over Syrische gezinnen met een vluchtelingachtergrond en culturele sensitiviteit van de JGZ professional zijn :

1. Onvoldoende herkenning van leeftijdsspecifieke reacties na meegemaakte trauma bij kinderen tot 4 jaar ,
2. Ontoereikende kennis over de gezondheid en gezondheidsvaardigheden van Syrische statushouders,
3. De JGZ-professional houdt te weinig rekening met een vertrouwensrelatie als voorwaarde voor het bespreken van gevoelige onderwerpen zoals meegemaakte trauma,
4. Gebrek aan kennis bij de JGZ-er over welke beschermende- en risicofactoren van belang zijn om de draaglast-draagkracht Syrische statushouders op te maken,
5. Communicatieproblemen vanwege een taalbarrière bij ouders. Er is te weinig samenwerking met de betrokken vrijwilliger die kan tolken ( bijv. vanuit Vluchteling Werk),
6. Te weinig besef van belang van cultuursensitief werken in het contact met statushouders.

Geïnventariseerde punten met betrekking tot de inhoud en doel van het kennismakings-huisbezoek zijn :

1. de huidige focus van het kennismakingshuisbezoek. JGZ Almere richt zich op inhaalzorg. Dit betreft het achterhalen van de vaccinatiestatus, aanmelding vroeg-voorschoolse educatie (VVE) en nagaan van verrichte medische onderzoeken,
2. Syrische statushouders zijn onbekend met de preventieve gezondheidszorg, de verwachtingen van een kennismakingshuisbezoek vanuit de JGZ komen niet geheel overeen met die van Syrische gezinnen. Ouders hechten meer waarde aan de onderwerpen vaccineren en kinderopvang.

Syrische ouders hebben t.a.v. het kennismakingshuisbezoek behoefte aan informatie over de preventieve gezondheidszorg, waarbij de JGZ professionals aangeven een werkwijze voor vluchtelingen te willen raadplegen. De JGZ professionals missen informatie over beschermende- en risicofactoren bij vluchtelinggezinnen en een beschrijving van mogelijk leeftijdsspecifieke reacties na trauma’s bij kinderen ( Abdessadki, 2017).

Vroegsignalering is één van de kerntaken van de JGZ. Dit is vastgelegd in het Basispakket JGZ, dat wettelijk verankerd is in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Het in kaart brengen van zorgbehoeften geldt als voorwaarde om de draaglast-draagkracht van het gezin juist in te kunnen schatten (www.NCJ.nl). Het adequaat signaleren van zorgbehoeften leidt tot een tijdige ondersteuning of verwijzing van deze gezinnen wat een verbetering van de psychosociale ontwikkeling en kwaliteit van leven van deze kinderen oplevert. De gemeente heeft baat bij vroegsignalering van psychosociale problemen binnen Syrische vluchtelinggezinnen. Vroegsignalering voorkomt zwaardere jeugdhulp op lange termijn waardoor verdere zorgkosten worden gedrukt ( Pharos, 2016).

JGZ Almere streeft naar een gezinsgerichte aanpak middels het toepassen van het DMO-P ( Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling protocol). Het DMO-P is een gespreksprotocol en volgsysteem waarbij kind-, gezin- en omgevingsfactoren in kaart worden gebracht en door de tijd heen worden gevolgd. De psychosociale ontwikkeling van het kind is zodoende beter in beeld te krijgen. Binnen het DMO-P komen de volgende domeinen aan bod, te weten competentie ouders, sociaal netwerk, obstakels en welbevinden van het kind. Cultuur sensitieve attitude en vaardigheden vormen voorwaarden in de zorg aan Syrische gezinnen met een vluchtelingverleden ( Pharos, 2017; van Schie, & van den Muijsenbergh, 2017).

Het Verdrag voor de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties (1995) wijst op het voorzien van verzorging, bescherming en respect voor ieder kind onder de achttien jaar. De term ‘ieder kind’ sluit ook de vluchtelingkinderen in. Deze kinderen zullen later deel uit gaan maken van de maatschappij. Het is dus ook in het belang van de samenleving dat deze kinderen zo gezond mogelijk kunnen opgroeien.

## 1.2 Probleemstelling

Syrische kinderen met een vluchtelingachtergrond hebben een groot risico op psychosociale problemen als gevolg van meegemaakte trauma en/of een verstoord hechtingsproces. Deze kinderen dreigen hierdoor psychosociale problemen te ontwikkelen. De JGZ professional dient ondersteund te worden in het contact met Syrische gezinnen. Er is behoefte aan relevante kennis, vaardigheden en attitude, welke gebaseerd zijn op culturele sensitiviteit.

## 1.3 Doelstelling

Doel van dit onderzoek is om te komen tot een duidelijke invulling van, een op cultuursensitief gebaseerde, kennismakingshuisbezoek aan Syrische gezinnen met een vluchtelingachtergrond. Hierdoor kan er aanzet worden gemaakt tot vroegsignalering van psychosociale problemen. Een verbeterde vroegsignalering zal de psychosociale ontwikkeling van het Syrische vluchtelingkind ten goede komen.

## 1.4 Vraagstelling

De volgende vraagstelling is hierop geformuleerd: hoe kunnen professionals van JGZ Almere ondersteund worden in het verbeteren van de inventarisatie van zorgbehoeften van Syrische gezinnen tijdens het kennismakingshuisbezoek, om een aanzet te maken tot vroeg- signalering van psychosociale problemen van Syrische vluchtelingkinderen van 0-4 jaar?

**Deelvragen:**

1. Welke voorwaarden en beïnvloedende factoren dienen tijdens een cultuursensitief kennismakingshuisbezoek aan bod te komen om de psychosociale gezondheid van Syrische vluchtelingkinderen tot 4 jaar in kaart te brengen?
2. Hoe en wanneer brengen andere (JGZ) instellingen en kenniscentra zorgbehoeften van Syrische vluchtelingen in kaart?
3. Welke interventies kunnen ingezet worden om de benodigde kennis, cultuur sensitieve attitude en vaardigheden van JGZ-professionals te verbeteren?

# 2. Methode

Dit ontwerpgericht onderzoek heeft een beschrijvend, kwalitatief design waarbij vanuit de literatuur en uit de praktijk getracht is meerdere invalshoeken te interpreteren. Er is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, deskresearch, semigestructureerde interviews met experts, benchmarking en informatie verkregen tijdens een 3 daagse training interculturele communicatie. In onderstaande paragrafen is per databron de verantwoording en wijze van dataverzamelingstechniek en data-analyse beschreven. In tabel 1 is een overzicht van alle deelvragen, databronnen, data-verzamelingstechnieken en analyses weergegeven.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Deelvraag | Databron | Dataverzamelingstechniek | Data analyse |
| *1.Welke voorwaarden en beïnvloedende factoren dienen tijdens een cultuursensitief kennismakings-huisbezoek aan bod te komen om de psychosociale gezondheid van Syrische vluchtelingkinderen tot 4 jaar in kaart te brengen?* | Literatuur  Desk--research  Expert | Doorzoeken van elektronische databanken Pubmed, CINAHL en HUGO,  Pharos, Arq, GGD-GHOR NL, NJI, NCJ  Semigestructureerd interview | Samenvatten / beoordelen van Dassen, Munten  Samenvatten  Samenvatten |
| *2. Hoe en wanneer brengen andere (JGZ) instellingen en kenniscentra zorgbehoeften van Syrische vluchtelingen in kaart?* | Benchmark  Desk-research | Vragenlijst: via mail, semi-  interview ( telefonisch/mail)  Doorzoeken websites Pharos, GGD-GHOR NL , NJI, Arq | Samenvatten, vergelijken  Samenvatten |
| *3. Welke interventies kunnen ingezet worden om de benodigde kennis, cultuur sensitieve attitude en vaardigheden van JGZ-professionals te verbeteren?* | Literatuur  en des-kresearch  Expert  Training | Databanken/ kennissites Pubmed, HUGO, Pharos, GGD-GHOR, NCJ.  Semigestructureerd interview  Onderzoeker volgt 3 daagse training interculturele communicatie Gemeente Almere | Samenvatten  Coderen en samenvatten  Interactief,  Samenvatten |

Tabel 1 Overzicht deelvragen en databron 1

## 2.1 Literatuuronderzoek

Gekeken is naar aanwezigheid van wetenschappelijke artikelen en documenten die bijdragen aan het (gedeeltelijk) beantwoorden van deelvragen 1 en 3. Gezocht werd naar informatie over voorwaarden kennismakingshuisbezoek en de beïnvloedende factoren als beschermende-en risicofactoren bij vluchtelingen, leeftijdsspecifieke reacties bij kinderen na vlucht en meegemaakte trauma. Er is in de periode van januari t/m maart 2018 met gebruikmaking van zoektermen gezocht in elektronische databanken als PubMed, CINAHL, HUGO. In PubMed en CINAHL werden de volgende MeSH termen in combinatie met de Boleaanse termen AND en OR ingezet: “Syrian” “Refugees”, “Needs Assessment”, “Prevention”, “Psychological trauma”, ”Child, preschool”, “Health literacy”, “quality of life”, “Mental Health”, ”Health issues”, ”Risk factors”, “Protective factors”, “Reactive attachment disorder”, “Sleep wake disorder”, “Intervention(s)”. Zoek- of MeSH termen gericht op culturele sensitiviteit van de professional werkzaam met vluchtelingen: “Refugees”, “Syrian”, “Culturally competent”, “Cultural sensitivity”, “Communication”, “Prevention”. Op HUGO zijn de zelfde zoektermen gebruikt, echter zonder toepassing van de Boleaanse termen AND en OR.

Een deskresearch is uitgevoerd door de kenniscentra Pharos, NCJ, GGD-GHOR Nl, Arq en NJI te bezoeken. In de zoekfuncties zijn de volgende zoektermen gebruikt “Syrische vluchtelingen”, “Syrische statushouders”, Vluchtelingkinderen”, “Culturele sensitiviteit”, “Preventie”, “Psychosociaal ”, “Hechting”, “Signaleren”, “Screenen”, “Interventies”.

De onderzoeker nam deel aan een driedaagse training Interculturele Communicatie aangeboden door de gemeente Almere.

Artikelen met een Nederlandse of Engelstalige samenvatting werden geïncludeerd. Artikelen dienden gepubliceerd te zijn tussen 2007 en 2017. De doelgroep betrof Syrische vluchtelingen en zorgverleners. Artikelen die de intramurale zorg, behandelmethoden of specifieke ziektes als onderwerp hadden werden uitgesloten ( zie tabel 2).Op basis van titel en abstract werden in Pubmed 3 reviews en 4 artikelen als potentieel bruikbaar geacht. De zoekopdrachten in HUGO leverde 4 reviews en 1 artikel op. Via CINAHL werden 2 artikelen bruikbaar geacht. Artikelen werden volgens van Dassen, Keuning, Jansen, en Jansen (2014) methodisch beoordeeld op validiteit/geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, bruikbaarheid en betrouwbaarheid. Figuur 1 en 2 betreft een flowschema van de zoekstrategie. Deskresearch leverde 6 Handreikingen en rapporten op.

|  |  |
| --- | --- |
| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
| * Publicatie artikelen periode 2007-2017 * Populatie ( Syrische ) vluchtelingen * Engelstalige en Nederlandstalige artikelen, reviews en meta-analyses | * Intramurale zorg * behandelingen, ziektes als onderwerp * verloskundige zorg |

Tabel 2 inclusie-en exclusiecriteria

*Figuur 2*: *Flowschema zoekstrategie elektronische databanken*

*Figuur 3*: *Flowschema zoekstrategie Deskresearch*

## 2.2 Benchmarkonderzoek

Er is benchmark verricht bij GGD Gelderland -Midden en GGD West Brabant. Focus was de wijze waarop zorgbehoeften van Syrische vluchtelinggezinnen tijdens het kennismakingshuisbezoek worden geïnventariseerd onderling te vergelijken. Een JGZ professional 0-4 jaar werkzaam bij GGD Gelderland-Midden werd telefonisch geïnterviewd. Deze JGZ professional is tevens trajectbegeleider Vroeghulp en trainer culturele sensitiviteit Op verzoek van GGD West Brabant werden de vragen per mail verstuurd. De interviewvragen en vragen via de mail ( zie bijlage 3) werden opgesteld op basis van literatuuronderzoek en uitkomsten van de probleemanalyse ( Abdessadki, 2017). Ten eerste werd nagegaan of de organisaties over een werkwijze beschikte met betrekking tot zorg aan vluchtelinggezinnen en hoe deze er inhoudelijk uitzag. Vervolgens vanuit welk concept of theoretisch kader contact werd gelegd met deze gezinnen. Verder werd gevraagd naar hoe en welke factoren geïnventariseerd werden om de draagkracht van vluchtelinggezinnen in kaart te brengen. Tot slot volgden er vragen over betrokken samenwerkingspartners, benodigde kennis, vaardigheden en attitude van de JGZ in het contact met vluchtelinggezinnen. Er werd een samenvatting van het gesprek verstuurd.

GGD West Brabant is geselecteerd op basis van uitkomsten van deskresearch. GGD West Brabant heeft een factsheet omtrent zorg aan vluchtelingen ontwikkeld. (www.NCJ.nl) GGD Gelderland-Midden werd op willekeurige basis geselecteerd.

## 2.3 Expert interviews

Om antwoord te krijgen op de deelvragen 1 en 3 werden er via de mail en telefonisch 4 experts op gebied van vluchtelingenzorg benaderd. De experts zijn, naar aanleiding van deskresearch en op advies van de praktijkbegeleiding, geselecteerd vanwege hun expertise en functie om zodoende verschillende invalshoeken te verkrijgen. Via Arq ( Psychosociaal Ondersteuningspunt Vluchtelingen) is een verpleegkundig specialist GGZ in opleiding, die psychotrauma bij gezinnen uit het Midden Oosten onderzoekt, als expert benaderd en geïnterviewd. Zij is werkzaam op de Dagbehandeling traumatische rouw & poli volwassenen en Poli kind en gezin bij Centrum ’45. De overige geïncludeerde experts, 2 verpleegkundig specialisten en 1 jeugdverpleegkundige hebben ervaring in het werken met vluchtelinggezinnen in het Centraal Opvang Asielzoekers in Almere. De interviewvragen werden opgesteld op basis van literatuuronderzoek ( bijlage 2). De semigestructureerde interviews vonden plaats met de experts afzonderlijk. Er werden vragen gesteld over de benodigde kennis, vaardigheden en attitude van de hulpverlener in het contact met vluchtelinggezinnen uit Syrië. Nagevraagd is welke factoren vanuit welk concept van belang waren te inventariseren tijdens het kennismakingshuisbezoek. Tot slot kwamen de typerende gedragingen bij deze kinderen als gevolg van trauma en/of psychosociale problematiek aan bod. De inhoud van de training Interculturele Communicatie is samengevat.

## 2.4 Ethische aspecten.

Binnen JGZ Almere ontbreekt een medisch-ethische toetsingscommissie, het afnemen van interviews valt niet onder de Wet Medisch Onderzoek (www.ccmo.nl). Aan alle experts en Benchmark-geïnterviewden werd toestemming gevraagd en door hen verleend. Zij werden geïnformeerd over de wijze en doel van het onderzoek. Deelname was vrijwillig.

## 2.5 Data analyse , betrouwbaarheid en validiteit

### Literatuuronderzoek

Uitkomsten van literatuuronderzoek zijn in een zoekplan overzichtelijk uitgeschreven en gegroepeerd. Van de relevante artikelen zijn samenvattingen gemaakt welke antwoord konden geven op de deelvragen.

### Interviews expert en benchmark.

Een semigestructureerd interview biedt de informant ruimte voor de eigen inbreng en ervaringen. Semigestructureerde vragenlijsten ten behoeve van de interviews met de experts en Benchmarkvragen zijn opgesteld na literatuuronderzoek en aan de hand van het stappenplan vragenlijstconstructie volgens Migchelbrink (2016) en Baarden en van der Hulst ( 2017). Om de mate van validiteit te verhogen zijn voor de vragen begrippen uit de gevonden literatuur geoperationaliseerd en is hierop een topiclijst ontworpen ( bijlage 2 en 3). Hierbij is uit literatuuronderzoek het concept Cultureel Sensitieve zorg en items welke van belang voor het kennismakingshuisbezoek gebruikt. Een deskundigheidscheck en peer check heeft plaatsgevonden door het voorleggen van deze vragen tijdens reviewbijeenkomsten aan de begeleiders en peers van de Hogeschool Utrecht en JGZ Almere. Vragen zijn aangepast na feedback van deze peers en begeleiders. Er is een proefinterview gehouden met een verpleegkundig specialist in opleiding. De interviews duurden gemiddeld 30 minuten.

Om de kwaliteit van de interviews te waarborgen is er gebruik gemaakt van geluidsopnames om zodoende eigen interpretaties te beperken. De geluidsopnames werden door de onderzoeker meerdere malen beluisterd en zijn tot transcripten uitgetypt en gelabeld waarna de inhoud is uitgewerkt tot thema’s. De thema’s zijn afgeleid van de belangrijkste begrippen welke overeenkwamen met de topics verkregen uit eerder literatuuronderzoek en probleemanalyse ( Abdessadki, 2017). Van de interviews zijn samenvattingen gemaakt welke per mail teruggekoppeld aan de betrokkenen ter goedkeuring ( membercheck). De thema’s worden in de resultaten paragraaf weergegeven ( figuur 2). Gegevens verkregen via Benchmarking zijn samengevat en als thema’s, welke uit literatuuronderzoek verkregen, in tabel 5 geplaatst. Vervolgens werden deze gegevens vergeleken met de huidige situatie binnen JGZ Almere om tot een best mogelijke interventie voor de praktijk te komen.

# 3.Resultaten.

In onderstaande paragrafen worden de resultaten per deelvraag weergegeven.

## 3.1 Deelvraag 1.

### Voorwaarden cultuursensitief kennismakingshuisbezoek

Deskresearch ( Pharos & GGD-GHOR NL, 2017) beschrijft het belang van een op zeer korte termijn plannen van een kennismakingshuisbezoek na vestiging van een vluchtelinggezin in de wijk. Het inventariseren van zorgbehoeften en volgen van de gezondheid van de vluchtelingkinderen wordt bereikt door in de JGZ volgens het volgsysteem van het DMO-P te werken. Met behulp van het DMO-gespreksprotocol worden kind-gezin en omgevingsfactoren in kaart gebracht en door de tijd heen gevolgd. Mulders en Tuk ( 2016) adviseren de hulpverlener om meerdere domeinen na te gaan om problemen te kunnen signaleren. Sullivan (2009) wijst op de behoefte van vluchtelingen aan informatie over de voorbereiding van het bezoek, gezondheidszorg en immunisatie van hun kinderen. GGD-GHOR NL ( 2017) beschrijft de voorwaarden van de inhaalzorg rondom immunisatie. Kawahja en Stein (2015) pleiten voor, meerdere sessies om vertrouwen te winnen en op gemeenschapsniveau het neerzetten van cultureel sensitief ondersteunende diensten. Measham, Guzder, Rousseau, Pacione, Blais-McPherson en Nadeau (2014) verwijzen naar de hoofdrol van de primary care in het signaleren en vaststellen van psychische problemen bij vluchtelingkinderen. De hulpverlener dient een holistische visie te hebben en betrekt het gehele systeem bij geboden hulp .

Van den Muijsenbergh en Van Schie (2017) wijzen op het belang een vertrouwensband op te bouwen met het gezin door eerst een kennismakingsgesprek te voeren alvorens een intakegesprek. Het kennismakingshuisbezoek dient om informatie te verstrekken over de rol en beroepsgeheim van de hulpverlener en het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Het intake gesprek heeft als doel om aanvullende gegevens te verkrijgen over het gezin door in het intakegesprek contextgerichte vragen en vragen t.a.v. de medische conditie te stellen. Henley en Robinson (2011) en Suurmond, Rupp, Seeleman, Goosen en Stronks ( 2013) benoemen hierin tevens de voorwaarde van het nemen van voldoende tijd waardoor gevoelige kwesties, zoals getuige zijn van geweld, makkelijker kunnen worden nagevraagd. Suurmond et al.( 2013) stellen in het kader van een eerste contact doelen op procesmatig en inhoudelijk gebied vast. Doel van een kennismaking is informatieverstrekking over de Nederlandse gezondheidszorg. Het gesprek daarop brengt de gezondheidstoestand van gezinsleden in kaart. Van Schie en Van den Muijsenbergh (2017) wijzen op het in kaart brengen en rekening houden met de gezondheidsvaardigheden van vluchtelingouders zodat er misverstanden in het hulpverleningsproces worden voorkomen. “*Gezondheidsvaardigheden is het geheel van vaardigheden of competenties van mensen om in verschillende situaties informatie over ziekte, gezondheid, zelfzorg en zorgvoorzieningen te kunnen ( en willen) zoeken, begrijpen en gebruiken*” ([www.gezondheidsvaardigheden.nl](http://www.gezondheidsvaardigheden.nl) ) . Het betreft verbale vaardigheden, mate van geletterdheid, cognitieve vaardigheden, opleidings-achtergrond, en bekendheid met het gezondheidszorgsysteem. In het eerste contactmoment is informatie geven over het gezondheidszorgsysteem een belangrijk onderdeel. Door beperkte gezondheidsvaardigheden wordt schriftelijke informatie zoals een bief, vaak niet begrepen. Langsgaan bij het gezin is een alternatief. Een vrijwilliger welke reeds betrokken is bij het gezin kan helpen bij het maken van afspraken en inzichtelijk maken van de gezondheidszorg in Nederland (Reavy, Hobbs , Hereford & Crosby, 2012).

### Culturele sensitiviteit

De preventieve gezondheidszorg behoort recht te doen aan verschillen tussen mensen op basis van gelijkwaardigheid ([www.ZonMw.nl](http://www.ZonMw.nl)). Volgens Pharos ( 2017) is er sprake van cultureel sensitief communiceren wanneer er aandacht en interesse is voor het persoonlijk verhaal van de vluchteling en statushouder en informatie tijdens de communicatie in een cultureel context wordt geplaatst. Cultuursensitiviteit gaat niet alleen over kennis, maar ook over houding en vaardigheden. Begrip hebben voor het feit dat gebruiken in de Nederlandse cultuur niet voor iedereen vanzelfsprekend zijn. De zorgverlener dient zich bewust te zijn van een mogelijke heersende taboe op psychische problemen en van de hoge verwachtingen die statushouders kunnen hebben t.a.v. gezondheidszorg. Aandoeningen van acute en psychische aard zijn vaak gerelateerd aan de vluchtelingenstatus door verhoogde stress en ervaren van culturele verschillen (Pfortmueller, Schwetlick, Mueller, Lehmann & Exadaktylos, 2016). Kennis hebben over de achtergrond van vluchtelingen en de meest voorkomende gezondheidsproblemen onder deze groep kan helpend zijn. Het betreft kennis over het effect van vluchten op de gezondheid, over de vooroorlogse en huidige situatie in Syrië met name met betrekking tot scholing en de gezondheidszorg ( Suurmond et al., 2013). Kennis hebben over andere culturen is niet een primaire voorwaarde in cultuur sensitief communiceren. Cultuur is namelijk niet statisch. Bewustwording hiervan voorkomt stereotypering en valt onder de cultuur sensitieve vaardigheden van de zorgverlener( Bouteh, 2017; Suurmond, Rupp , Seeleman, Goosen & Stronks, 2010 ; Pharos 2016) .

### Risicofactoren.

Wells, Steel, Abo-Hilal, Hassan en Lwasin ( 2016), Crowley ( 2009), Van den Muijsenbergh en Van Schie (2017) en Pharos (2017) beschrijven welke risico-en beschermende factoren geïnventariseerd dienen te worden om de draagkracht van vluchtelinggezinnen in kaart te krijgen. Factoren als sociale isolatie door achterlaten van familieleden, verdriet door verlies van dierbaren, financiële problemen als gevolg van afwezigheid van een baan en/of een onderbroken of lage opleiding, een laag sociaal economische status (SES) en lange onzekerheid over de verblijfstatus vormen een risico voor de draagkracht binnen het gezin. Verlies van eigendommen en een baan geeft verlies van status. Directe blootstelling aan geweld vormt een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van psychopathologie, waaronder een posttraumatische stres stoornis ( Anstiss de, Ziaian, Procter, Warland en Baghurst, 2009;Crowley, 2009; Suurmond et al., 2013; Slone en Mann ,2016; Möhle, Tuk, Wassink, Kooijman & Kleijweg , 2017; Mulders & Tuk , 2016; Almontaser & Baumans , 2017; Pharos ,2016 ; 2017)

De taalbarrière vormt een belemmering in het hulpverleningsproces, er dient hier aandacht voor te zijn alsmede voor de culturele sensitiviteit ( Molly, 2017; Crowley, 2009; Anstiss de et al., 2009; Sullivan, 2009; Henley & Robinson, 2011; Almontaser & Baumans, 2017; Pharos, 2016; Pharos & GGD GHOR NL, 2017; en Mulders & Tuk, ( 2016). Crowley ( 2009) stelt dat wanneer er sprake is geweest van onvrijwillige separatie tussen ouders en kinderen tijdens het vluchten, dit van invloed is op de hechting.

### Beschermende factoren

“*Veerkracht is het vermogen om een stabiel leven te leiden, in goede mentale en fysieke gezondheid ondanks de moeilijke situatie of eerdere traumatische gebeurtenissen”* ( Van den Muijsenbergh & Van Schie, 2017 p. 6). Sociale vaardigheid, sterke gezinscohesie, familieleden in Nederland, goed sociaal netwerk, peer support, gezinsleden aanwezig in alle fasen van migratie, hoop en een hoge sociaal economische status worden als beschermende factoren genoemd ( Van den Muijsenbergh& Van Schie, 2017; Suurmond et al. 2013; Anstiss et al., 2009; Khawaja & Stein, 2016; Betancourt & Khan, 2008). Pharos (2016) noemt daarnaast de religie, stabiliteit in wonen en participatie aan de samenleving als beschermende factoren. Crowley (2009) benadrukt dat de zelfredzaamheid van de Syrische vluchteling groter is wanneer deze de Engelse taal beheerst. Een hoge opleiding helpt om te beschikken over gezondheidsvaardigheden. Bij disbalans is het risico op psychosociale problematiek groot. De VS heeft een centrale rol in continuïteit en is in staat om psycho -educatie te geven (Crowley, 2009).

### Leeftijdsspecifieke reacties.

Psychosociale problemen komen bij vluchtelingkinderen vaak voor en hebben hun oorzaak veelal in een verstoorde hechting. Leeftijdsspecifieke reacties onder vluchtelingkinderen tot 4 jaar zijn goed te herkennen. Het betreft angstig hechtgedrag, separatieangst, regressief gedrag ( verlies van zindelijkheid/taalvaardigheden), destructief gedrag en een vertraging in de ontwikkelingsmijlpalen. Bij jonge kinderen uit zich dit in eetproblemen, agressie/drift, terugval zindelijkheid, somberheid en weigeren te eten en/of te praten Gedragsproblemen welke al aanwezig vóór de migratie kunnen verergerd worden na de vlucht ( Van den Muijsenbergh & Van Schie, 2017 ; Anstiss et al., 2009) .

Anstiss de et al. (2009), Slone en Mann ( 2016), ( Pharos ( 2017) en Van den Muijsenbergh en Van Schie (2017) benoemen daarnaast psychische problematiek bij hun ouders als verzwarende factor. Wanneer het kind zich echter veilig kan hechten aan een sensitieve, reactieve verzorger vermindert dit het risico op psychosociale problemen. Slone en Mann (2016) wijzen op het uitvoeren van een assessment van de gezondheid van de ouders. Zie tabel 3 voor een overzicht van de resultaten van het literatuuronderzoek en tabel 4 voor resultaten van de deskresearch. Een uitgebreide beschrijving van deze onderzoeken is te vinden in bijlage 1.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auteur, jaartal** | **Populatie** | | **Doel -en vraagstelling** | **Waardering:**  **1.Dataverzameling, 2.Data analyse**  **3.Validiteit, 4.Bruikbaarheid**  **++= uitstekend**  **+ = voldoende**  **+/-=matig/beperkt**  **- = onvoldoende**  **- - = afwezig.** |
| Wells, Steel,Abo-Hilal, Hassan en Lwasin. 2016.  Review | 157.200 Syrische vluchtelingen in 13 regio’s in Jordanië. Periode : mei 2012-juni 2015. Leeftijd van 6 tot 85 jaar 6 regio’s in Jordanië | | Wat zijn de psychosociale behoeften van Syrische vluchtelingen in Jordanië? | 1.++  2.++  3.++  4.+ |
| Crowley, 2009 | Vluchtelingkinderen uit meerdere landen (Iran, Somalia, sovjet unie en Burma) tijdens pre, tijdens en post migratie | | Vanuit literatuurbevindingen aanbevelingen doen aan clinici die met vluchtelingenkinderen en hun gezinnen werken.  Wat is hiervoor nodig en welke rol speelt de verpleegkundig specialist hierbij? | 1.++  2.+  3.++  4.++ |
| Pfortmueller, Schwetlick,Mueller, Lehmann ,Exadaktylos  2016. | Asielzoekers en vluchtelingen met nadruk op Syriërs > 16 jaar uit Midden Oosten in periode van 2011-2014 | | Overzicht van acute en chronische aandoeningen meest voorkomend bij vluchtelingen en asielzoekers uit Midden Oosten | 1.++  2.++  3.+  4.+ |
| Suurmond, Rupp, Seeleman, Goosen, Stronks, 2013. | Asielzoekers in Nederland en hun zorgverleners ( n=46) : 36 verpleegkundig specialisten en 10 publieke gezondheids-medewerkers | | Het doel van deze studie is inzicht te geven in de specifieke problematiek die zorgaanbieders moeten aanpakken in het eerste contact met een nieuw aangekomen asielzoeker. Wat is van belang te weten? | 1.++  2.++  3.+  4.++ |
| Anstiss de, Ziaian, Procter, Warland, Baghurst, 2009. | Vluchtelingen in Australië | | Wat is vanuit beleids- en praktijkperspectief de belangrijkste verklaring voor het geringe gebruik van psychische gezondheidszorg door vluchtelingengezinnen ? | 1.+/-  2.+/-  3.+  4.+ |
| Almontaser en Baumann, 2017 | Syrische vluchtelingen gevlucht na 2011 | | Verpleegkundigen dienen op de hoogte te zijn van kenmerken van vluchtelingen om misvattingen te voorkomen. Wat is er nodig voor verpleegkundigen om cultuur sensitieve zorg te verlenen en zorgbehoeften in te kunnen schatten? | 1.+/-  2.+/-  3.+  4.+ |
| Tabel 3: Literatuurtabel | |
| **Auteur, jaartal** | **Populatie** | | **Doel -en vraagstelling** | **Waardering:**  **1.Dataverzameling, 2.Data analyse**  **3.Validiteit, 4.Bruikbaarheid**  **++= uitstekend**  **+ = voldoende**  **+/-=matig/beperkt**  **- = onvoldoende**  **- - = afwezig.** |
| Reavy, Hobbs, Hereford, Crosby, 2012. | Vluchteling vrouwen, zorgverleners in VS die 227 vluchtelingekinderen zagen | | Beschrijving en definiëring van rollen van gezondheids-adviseurs in zorg aan vluchtelingen m.b.t. concept culturele veiligheid. | 1.++  2.++  3.+  4.+ |
| Khawaja, Stein, 2015. | 7 zorgverleners in multidisciplinair kliniek voor asielzoekers in de wijk Brisbane | | Verkennen en begrijpen van psychologische problematiek van asielzoekers in de gemeenschap. Hoe passen de (ggz) hulpverleners zich cultureel aan de behoeften van deze groep? | 1.++  2.++  3.+  4++ |
| Sullivan, 2009 | Vluchtelingen uit Rusland en Hmong in de VS in 2005 tot 2007, verpleegkunde studenten | | Beschrijven van leergerichte aanpak om preventieve zorg en gezondheidsbevordering te bieden aan recent geïmmigreerde vluchtelingen op een cultureel competente wijze. Doel: toegang tot gezondheidszorg verbeteren | 1.++  2.++  3.+/-  4.+ |
| Henley, Robinson, 2011 | Vluchtelingkinderen uit Afrika, Midden Oosten ,Azië 2009-2011 | | Kennis verschaffen over stressfactoren die voorkomen bij vluchtelingkinderen. Welke psychische factoren, passende interventies en belemmeringen zijn van invloed op de toegang tot zorg voor deze groep? Belang voor hulpverlener. | 1.++  2.+  3++  4+ |
| Betancourt, Khan, 2008 | Vluchtelingkinderen uit meerdere landen | | Sociaal ecologisch kader gebruikt om brede kijk te hebben op veerkracht bij kinderen die getroffen zijn door gewapende conflicten. Gekeken wordt naar de capaciteiten en middelen van het individuele kind en zijn sociale omgeving alsook de interactie | 1.+  2.+  3.+  4.+ |
| Measham,Guzder, Rousseau, Pacione, Blais-McPherson. Nadeau, 2014 | Vluchtelingkinderen, gekeken naar longitudinale studie in Denemarken, VS en Canada | | Beschrijven van mental health interventions voor vluchtelingkinderen – en jong volwassenen in samenwerking met de kinderartsen. | 1.+/-  2.+/-  3.+/-  4.+/- |
| Slone, Mann, 2016. | 4365 kinderen 0-6 jaar, blootgesteld aan geweld, tijdens oorlog, joodse, Arabische , Iranese, Bosnische en Kroatische kinderen | | Onderzoeken van effecten van blootstelling aan geweld, conflict en terrorisme op zeer jonge kinderen 0-6 jaar en de invloed van ouderlijke factoren op deze effecten. Welke gedragingen/ symptomen bij deze kinderen kunnen tot uiting komen als gevolg van trauma? | 1.++  2.++  3.+  4.++ |
| Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen, Stronks  2010. | Asielzoekers in AZC in Nederland en 89 nurse practitoners verspreid over meerdere centra in Nederland gedurende 4 maanden in 2007. | | Welke culturele competenties hebben zorgverleners nodig in het contact met asielzoekers om in hun zorgbehoeften te voorzien? | 1.++  2.++  3.++  4++ |

Tabel 3: Literatuurtabel

Tabel 4: Resultaten Deskresearch 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Auteur, jaartal** | **Populatie** | **Doel- en vraagstelling** | **Waardering**  **1.Dataverzameling, 2.Data analyse**  **3.Validiteit, 4.Bruikbaarheid**  **++= uitstekend**  **+ = voldoende**  **+/-=matig/beperkt**  **- = onvoldoende**  **- - = afwezig.** |
| Van Schie, Van den Muijsenbergh, 2017 | Vluchteling kinderen uit grotendeels Syrië, Eritrea en Afghanistan vanaf 2013 | Herkenning en overzicht van psychosociale problemen bij vluchtelingkinderen uit Syrië, Eritrea en Afghanistan | 1.++  2.++  3.++  4.++ |
| Pharos, 2016. | Vluchtelingen in Nederland | Hoe kan preventie, ondersteuning en zorg zo ingericht worden dat gezondheid  problemen bij vluchtelingen worden voorkomen en zorg en ondersteuning voor hen adequaat functioneren | 1.+/-  2.+  3.+  4.+ |
| Möhle, Tuk, Wassink, Kooijman & Kleijweg,2017 | Syrische en Eritrese vluchtelinggezinnen in Nederland | Wat is er nodig om bestaande interventies zichtbaar en inzetbaar te maken bij de ondersteuning aan vluchtelingen-gezinnen? Verbeteren van ondersteuning. | 1.+  2.++  3.+  4.+ |
| Mulders, Tuk, 2016. | Syrische vluchteling-gezinnen met kinderen in verschillende leeftijden en ontwikkelings-fasen. | Wat zijn ervaringen van Syrische vluchtelinggezinnen die nieuw zijn in de gemeente t.a.v. opvang, zorg en opvoeding? | 1.+/-  2.+  3+  4.+ |
| Pharos, GGD-GHOR Nl, 2017. | Statushouders-kinderen in Nederland | Waarom hebben statushouders extra aandacht nodig? Waar als JGZ medewerker rekening mee houden? Welke samenwerkingspartners betrokken? Focus intakegesprek: eerste face to face contact vanuit de JGZ. | 1+  2++  3.++  4.++ |
| Bouteh, Pharos 2017. | Hulpverleners, vluchtelingen, anderstaligen | Wat betekent interculturele communicatie voor professionals? Hoe kunnen professionals stereotypen en vooroordelen doorbreken? | 1.- -  2.- -  3.- -  4. + |

### Resultaten interviews expert

Bij alle experts (N=4) is nagegaan waar rekening mee te houden bij het inventariseren van zorgbehoeften van Syrische vluchtelinggezinnen met kinderen onder de 4 jaar. In figuur 2 zijn de kernpunten weergegeven. De experts benoemen allen de voorwaarde van cultureel sensitief communiceren in het gesprek met Syrische vluchtelinggezinnen. Interesse hebben en nieuwsgierig blijven naar het persoonlijk verhaal zonder hier forcerend naar te vragen vormt een facet van culturele communicatie. Stereotypering en vooroordelen dienen in het gesprek achterwege te blijven.

Citaat expert AZC

*”Maar met deze mensen hoef je ook niet de diepte in omdat ze het vanuit hun culturele achtergrond niet gewend zijn. Zo van : “hoe is het voor jou om moeder te zijn?” Dat vraag je niet, dat is net zoals je het mijn moeder zou vragen : kinderen krijgen hoort erbij. Dat is een hele lastige vraag”*

Om een beeld te krijgen van de draagkracht binnen een gezin is het op de hoogte zijn van de risico-en beschermende factoren van belang . Het herkennen van leeftijdsspecifieke gedragingen bij kinderen tot 4 jaar zorgt ervoor dat psychosociale problemen van het kind tijdig worden gesignaleerd ( figuur2). De belaste anamnese van vluchten, separatie, getuige zijn van geweld en een instabiele psychische gezondheid van de ouders kunnen tot deze gedragingen leiden. Binnen Arq is er aandacht voor de taboe op psychische aandoeningen die veelal onder vluchtelingen heerst.

Citaat expert Arq

“*Er is weinig open communicatie binnen het systeem bij sprake van een psychisch probleem of trauma. Mannelijke volwassenen houden het vaak voor zich en vertellen er thuis weinig tot niets over. Waarbij de vrouwen niet veel willen delen met hun kinderen. Bij kinderen is volgend gedrag als reactie op trauma te zien: angst, extreem vastklampen, plassen in bed, uitwerking van traumatiserende situaties in hun spel”*

Experts ervaren dat Syrische vluchtelingen grotendeels onbekend zijn met de Nederlandse gezondheidszorg. Velen gaan er van uit dat alle afgenomen zorg betaald dient te worden. Voorlichting over de gratis preventieve zorg van de JGZ is een aandachtspunt, laagdrempelig contact zoeken door langs te gaan i.p.v. te bellen of een brief te versturen, helpt hierbij.

*Figuur 4:Resultaten expert interviews :*

### 

*“Wanneer alles goed gaat dan hoeft er ook niet zwaar ingezet te worden. Maar ik denk dat al deze gezinnen gewoon aangemeld moeten worden als kwetsbaar gezin, met een rood balletje, een label. Die moeten gelabeld worden zodat er extra momenten ingelast kunnen worden om te evalueren”*

Citaat expert

Naast aandacht voor de psychosociale gezondheid blijft natuurlijk ook het in kaart brengen van de lichamelijke gezondheid een feit zoals de vaccinatiestatus, lichamelijke en cognitieve ontwikkeling en de aanmelding voor VVE. Immunisatie heeft spoed en valt onder de inhaalzorg tijdens het 1e contact.

## 3.2 Deelvraag 2

### Hoe en wanneer brengen andere JGZ instellingen zorgbehoeften van Syrische vluchtelinggezinnen in kaart?

### Benchmarking

GGD West Brabant heeft niet gereageerd op de toegestuurde vragen. Op de site van het NCJ is echter een factsheet van GGD West Brabant beschikbaar over hoe proactief in te zetten op inhaalzorg en aanbod JGZ aan vluchtelingen (Factsheet Vluchtelingen versterken met hulp van de JGZ, NCJ) . VWN wordt daarin neergezet als een goede samenwerkingspartner voor de JGZ, rolverdeling tussen VWN en JGZ , het gezamenlijke kennismakingshuisbezoek en het minimaal aantal benodigde contactmomenten worden beschreven. Een 2e huisbezoek ná het kennismakingshuisbezoek valt onder het standaard aanbod. Het bespreken van de draaglast-draagkracht en gezamenlijk inschatten van de zorgbehoeften worden beschreven.

Uit het interview met GGD Gelderland Midden blijkt dat zij werken volgens een werkwijze vluchtelingenzorg. Gezinnen worden via de Basisregistratie Personen, het AZC of VWN aangemeld of gezinnen lopen zelf binnen ( laagdrempeligheid JGZ). Er is altijd wel een contactpersoon van VWN betrokken. Een taalbarrière wordt gescoord als risicofactor. De Jeugdverpleegkundige legt standaard een huisbezoek af om het gezin in beeld te krijgen. Dit geldt gelijk voor alle gezinsleden, onder of boven de 4 jaar. Een ingevulde format kennismakingshuisbezoek wordt gekoppeld aan het digitale kinddossier. De gemeente financieert de extra benodigde tijd aan vluchtelinggezinnen. Zorgbehoeften worden in kaart gebracht door verschillende domeinen van het DMO na te gaan. In het format kennismakingshuisbezoek komen de volgende items aan bod: datum aankomst gezin, taalvaardigheid van ouders, de gezinssituatie. Onder de gezinssituatie wordt verstaan het familieverband, achtergelaten familieleden, contact met deze leden, familieleden onderweg. Het vluchtverhaal waarin het aantal opvangplekken en bijzonderheden tijdens de vlucht en gevoelige kwesties komen aan de orde. Immunisatie en gezondheidsvaardigheden worden nagegaan. Jeugdverpleegkundigen zijn cultureel sensitief geschoold door een extern bureau.

Tabel 5: Uitkomsten Benchmarking 1

|  |
| --- |
| GGD West Brabant |
| Items en voorwaarden zorg aan Syrische vluchtelingen:   * Samenwerking met ketenpartner zoals VWN * Ná intake huisbezoek, 2e huisbezoek inventarisatie zorgbehoeften gezin * Multidisciplinair overleg bij zorgen |

|  |
| --- |
| GGD Gelderland Midden |
| Items en voorwaarden zorg aan Syrische vluchtelingen:   * Z.s.m. kennismakingshuisbezoek om gezin in beeld te krijgen. * Gebruik format met daarin opgenomen: datum aankomst, taalvaardigheid, familieverband, netwerk, vluchtverhaal, vaccinatiestatus. * DMO 5 domeinen. * JGZ cultureel sensitief geschoold |

### 3.3 Deelvraag 3. Welke interventies kunnen ingezet worden om de benodigde kennis, cultuur sensitieve attitude en vaardigheden van JGZ-professionals te verbeteren?

### Literatuur

Uit de literatuur blijkt dat Crowley (2009) een culturele sensitieve screenings methode als essentieel benoemt om de psychische gezondheid van vluchtelingkinderen vast te stellen. Waakzaamheid geboden : dat het voor één cultuur toepasbaar blijkt wil niet zeggen dat dit voor alle culturen geldt. Samenwerking met andere samenwerkingspartners zoals het sociaal wijkteam zorgt voor participatie van het gezin in de samenleving wat ten goede komt aan het herstel en veerkracht van de kinderen en ouders. Daarnaast wijst de review van Crowley (2009) op de kennis die de hulpverlener dient te hebben over beschermende -en risicofactoren binnen het gezin. In de review van Almontaser en Baumann ( 2017)  behoren verpleegkundigen geschoold te zijn in de culturele sensitiviteit. Pharos en GGD-GHOR Nl (2017) en de experts stellen het gebruik van het DMO protocol op een cultuur sensitieve wijze als middel om zorgbehoeften in kaart te krijgen.

Reavy, Hobbs, Hereford en Crosby ( 2012) en Sullivan ( 2009) stellen dat culturele veiligheid meer is dan enkel cultureel competent zijn. De hulpverlener dient te beseffen dat er sprake is van een machtsverschil die inherent is aan de zorgverlening . Dit kan worden rechtgezet door toepassing van 2 concepten die specifiek zijn voor culturele veiligheid en die bijdragen aan het begrip van het conceptuele kader : empowerment en de infrastructuur waarin dit plaatsvindt. Empowerment motiveert de ouder tot zelfredzaamheid. Wat betreft de infrastructuur : culturele veiligheid wordt gedefinieerd door de ontvanger van de zorg, niet door de zorgverlener. Kawahja en Stein (2015) beschrijven het op gemeenschapsniveau neerzetten van holistische en cultureel sensitieve en bekwame diensten. Aanbevelingen om ondersteuning te verbeteren zijn de voorwaarden in een gesprek waarbij het accent ligt op de gezondheidsvaardigheden door het inzetten van een tolk en social media. Volgens Suurmond et al. (2010) is aandacht nodig voor de kennis, vaardigheden en attitude van de zorgverlener om goede zorg te verlenen aan vluchtelingen. Bewustwording van de juridische context, het cultuurverschil, een respectvolle houding, bewust zijn van eigen vooroordelen, de vaardigheid in voeren van gesprekken zijn belangrijke facetten binnen deze zorg. Bouteh ( 2017) benoemt het in staat zijn tot kritische zelfreflectie van de hulpverlener. Communiceer vanuit de ik-vorm en niet de ‘wij’ en ‘jullie’ richting.

### Resultaten Training interculturele communicatie

De onderzoeker heeft van januari t/m maart 2018 een 3 daagse training interculturele communicatie gevolgd. In deze training bleek dat de houding van de hulpverlener allesbepalend is. Respect hebben voor de ander en interesse tonen vallen onder een cultureel sensitief attitude. Vaardigheden die hiertoe leiden zijn het geïnteresseerd luisteren, het tonen van inlevingsvermogen, uitstellen van een oordeel en een relatie opbouwen. Kennis hebben over de achtergrond van de vluchteling en situatie in land van herkomst kan een welkome aanvulling zijn. Binnen een cultuur is er altijd dynamiek zodoende kan men niet uitgaan van “de Syrische vluchteling”.

### Resultaten Benchmarking

Jeugdverpleegkundigen behoren cultureel sensitief geschoold te zijn. Het bespreken van de vluchtgeschiedenis is van belang vanwege invloed op huidig functioneren van alle gezinsleden. Bedacht zijn op reacties van de gezinsleden op de situatie in het eigen land en de vlucht behoren tot de kennis van de jeugdverpleegkundige.

Resultaten Expert opinion

Het DMO-P is een goed toepasbaar instrument. Met name de domeinen sociale netwerk en obstakels behoren in het gesprek meer aandacht te krijgen.

*“Het gaat niet om trucjes die je zou kunnen inzetten. De taalbarrière kan een probleem zijn. Zij dienen om te gaan met een andere wijze van leven en opvolgen van adviezen*.”

Citaat expert AZC

Arq wijst op het belang van kennismaken. Leer het gezin eerst goed kennen en vertel duidelijk waar je voor staat. De volgende stap is het inventariseren van de zorgbehoeften. Hierbij is invoegen, beschikbaar zijn en voorlichten heel belangrijk. De JGZ heeft hier een belangrijke rol in. De Verpleegkundig Specialist betrokken bij de zorg aan vluchtelingen in het Asielzoekerscentrum verwijst naar de Handreiking van Pharos en GGD-GHOR NL van 2017 als basis voor het contact met vluchtelinggezinnen vanuit de JGZ. Praktische informatie over het inventariseren van de vaccinatiestatus tot een overzicht van risico-en beschermende factoren staan beschreven.

# 4.Beschouwing Resultaten

Om tot een innovatie te komen welke leidt tot een volledige werkwijze cultureel, sensitief kennismakingshuisbezoek vanuit de JGZ aan Syrische vluchtelingkinderen van 0-4 jaar in Almere, is een beschouwing van de resultaten nodig.

Zowel op basis van literatuuronderzoek, expert interview, benchmark maar met name uit deskresearch is duidelijk geworden dat de preventieve zorg vanuit de JGZ een centrale rol speelt in het tijdig signaleren van psychosociale problematiek bij Syrische vluchtelingkinderen. De visie van de JGZ waarin het belang van het kind centraal staat en zelfredzaamheid van vluchtelingouders getracht wordt te vergroten door gebruikmaking van het DMO, is hier uitgangspunt. Het betreft een minimale investering welke zwaardere jeugdzorg op langere termijn voorkomt. Benchmarking en expert interviews delen de mening dat het laagdrempelig contact in de wijk de kracht is van de JGZ waarbij persoonlijk contact de voorkeur heeft. Dit outreachende, laagdrempelig contact start met een kennismakingshuisbezoek. Opmerkelijk is dat benchmarking en uitkomsten uit de probleemanalyse ( Abdessadki, 2017) aantonen dat het kennismakingshuisbezoek ingezet wordt om kwesties als het vluchtverleden en de psychische gezondheid van ouders te inventariseren. Dit in tegenstrijd tot de aanbevelingen van Van den Muijsenbergh en Van Schie ( 2017), Pharos ( 2016), de review van Henley en Robinson ( 2011) en Crowley (2009) waarin gepleit wordt om een kennismakingshuisbezoek voorafgaand aan een intakegesprek te laten plaats vinden. Het inventariseren van de immunisatie van de vluchtelingkinderen vormt daarentegen wél een onderdeel van het kennismakingshuisbezoek. Deze doelstelling wordt gedeeld door de experts.

Als aanbeveling uit de literatuur, deskresearch en expert interviews wordt gewezen op aandacht voor de taalbarrière en (beperkte) gezondheidsvaardigheden bij vluchtelingouders. Dit kan ondervangen worden door middel van het inzetten van een tolk of vrijwilliger als samenwerkingspartner om doel en werkwijze van de JGZ bij de vluchtelingouders bekend te krijgen. Deskresearch en benchmarking tonen aan dat een digitale format kennismakingshuisbezoek gekoppeld aan het dossier de JGZ professional ondersteunt in de te bevragen items en opmaken van de draagkracht hierin vergemakkelijkt.

In de literatuur, expert interviews, benchmarking en tijdens de training interculturele communicatie wordt culturele sensitiviteit genoemd als zeer aanbevolen in het gesprek met vluchtelingen en statushouders. Opmerkelijk is wel dat in het onderzoek van Suurmond et al. ( 2013) kennis als belangrijke voorwaarde geldt in het cultuursensitief communiceren waar dit in tegenstelling tot Bouteh (2017) en als uitkomst uit de training als minder belangrijke factor moet worden gezien. De houding en vaardigheden van de hulpverlener in de communicatie is allesbepalend. Het perspectief van de zorgontvanger bepaalt wat onder culturele veiligheid verstaan wordt en de empowerment vanuit de hulpverlener kan bijdragen aan een grotere mate van zelfredzaamheid van Syrische vluchtelingouders. Uit de literatuur blijkt dat om de psychische gezondheid van ouders en kinderen in kaart te brengen, een cultuur sensitieve screeningsmethode essentieel is. Deskresearch, benchmarking en expert interviews hebben aangetoond dat de DMO-P op een cultuur-sensitieve wijze als gespreks-en volgprotocol kan worden ingezet binnen het kennismakingshuisbezoek en bevelen een aanvullende training culturele sensitiviteit aan. De training dient zich te richten op de benodigde kennis maar met name de vaardigheden en attitude op cultureel niveau.

Binnen de onderzochte literatuur en n.a.v. expert interviews en deskresearch werd helder dat kennis hebben van en het nagaan van risico-en beschermende factoren van belang is in het bepalen van de draagvlak van ouders. Systematisch nagaan van risico-en beschermende factoren en het tegen elkaar afwegen, helpt het in kaart brengen van de draagvlak en verduidelijkt de coping van ouders welke van invloed is op de ontwikkeling van het Syrisch vluchtelingkind. Het is enorm van belang om ook bij de ouder een assessment van de psychische gezondheid te verrichten. Kennis opdoen over risico-en beschermende factoren is aanbevolen door experts en deskresearch.

Deskresearch en literatuur tonen aan dat leeftijdsspecifieke gedragingen bij vluchtelingkinderen opvallend en goed herkenbaar zijn. In de review van Anstiss, de et al. (2009) kan bovendien een gedragsprobleem welke al aanwezig vóór de migratie verergerd worden na de vlucht. De hulpverlener behoort afwijkende gedragingen bij het kind als gevolg van trauma en een verstoorde hechting te herkennen. Deze resultaten worden gedeeld door de experts en benchmark-geïnterviewden.

# 5.Beschrijving van de Innovatie

Op basis van de beschouwing van de resultaten volgt nu een onderbouwing van de innovatie. Er is rekening gehouden met de visie van JGZ Almere waarin het belang van veilig en gezond opgroeien van alle kinderen centraal staat. De financiële, ethische, sociale, en technische factoren worden meegenomen in de onderbouwing. De innovatie omvat een op cultureel sensitieve gebaseerde werkwijze kennismakingshuisbezoek aan (Syrische) gezinnen met een vluchtverleden. De werkwijze ondersteunt de JGZ professional bij de inventarisatie van zorgbehoeften zodat er een vroegsignalering van psychosociale problemen bij Syrische vluchtelingkinderen gestart wordt. Het doel van deze werkwijze is een eerste kennismaking met het gezin, informatie verschaffen over het JGZ aanbod, medisch beroepsgeheim en start inventarisatie vaccinatiestatus van de kinderen. Voor de Jeugdverpleegkundigen en Verpleegkundig Specialisten die het kennismakingshuisbezoek afleggen is duidelijk wanneer ( z.s.m.) en hoe ( langsgaan) er contact dient te worden gelegd. Met het oog op beperkte gezondheidsvaardigheden van de Syrische ouders worden samenwerkingspartners zoals VWN of een sleutelfiguur betrokken bij het leggen van contact door het kennismakingshuisbezoek gezamenlijk te voeren. Lokale afspraken met samenwerkingspartners zijn van belang. Tijdens het kennismakingshuisbezoek kan gebruik worden gemaakt van visueel ondersteunende middelen zoals de online pagina van Pharos “Syriërs Gezond” ([www.Pharos.nl](http://www.Pharos.nl)) . Binnen 2 weken wordt hieruit voortvloeiend een intakegesprek afgesproken, thuis of op het consultatiebureau, met een duur van 45 minuten-60 minuten. Inhoud van het intake gesprek zal aan de hand van de evidence based uitkomsten van het onderzoek gevoerd worden. Het betreft de volgende items : het vluchtverleden, de beschermende- en risicofactoren, gezondheidsvaardigheden, psychische gezondheid van ouders en kinderen en leeftijdsspecifieke reacties van het Syrische kind.

Er is een deskundigheidsbevordering nodig van de JGZ professionals m.b.t. de beschermende-en risicofactoren binnen het gezin en leeftijdsspecifieke reacties bij het kind. Daarnaast is deze informatie online te raadplegen, door het aan het digitale format kennismakingshuisbezoek te hangen. Aandacht voor de benodigde culturele sensitiviteit gebeurt d.m.v. een training culturele sensitiviteit aan JGZ professionals waarvan de kosten reeds zijn geraamd. Het DMO-P kan dan op een cultureel sensitieve wijze als gesprek-en volgmodel ingezet worden.

Het ontwerp voor de innovatie is tijdens een validatiemoment voorgelegd aan jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen en verpleegkundig specialisten binnen JGZ Almere.

# 6.Discussie

Dit ontwerpgericht onderzoek focust zich op de vraag hoe JGZ professionals ondersteund kunnen worden in het verbeteren van de inventarisatie van zorgbehoeften van Syrische vluchtelinggezinnen tijdens het kennismakingshuisbezoek, om een aanzet te maken tot vroegsignalering van psychosociale problemen van Syrische vluchtelingkinderen van 0-4 jaar? Deze vraag werd beantwoord door het raadplegen van verschillende databronnen. De belangrijkste resultaten werden verkregen uit deskresearch, expert interviews en benchmarking vanwege de herkenbare preventieve zorg aan Syrische vluchtelinggezinnen, waarbij de focus tevens ligt op de ontwikkeling van het vluchtelingkind. Door gebruik van literatuuronderzoek, deskresearch, expert interviews, benchmarking en een 3 daagse training interculturele communicatie is er sprake van data-triangulatie wat de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komt. De onderzoeker hechtte veel waarde aan de kwalitatief goed opgezette rapporten en handreikingen, ontwikkeld in opdracht van de overheid. Met literatuuronderzoek is zoveel mogelijk getracht artikelen te treffen aangaande de preventieve zorg aan Syrische vluchtelingen. Ondanks dat er internationaal geen vergelijkbaar structuur bestaat wat de Jeugdgezondheidszorg betreft, waren er veel reviews beschikbaar over culturele sensitiviteit, risico-en beschermende factoren en gezondheidsvaardigheden onder Syrische vluchtelingen.

Een sterk punt van de vragenlijsten is dat de gebruikte begrippen geoperationaliseerd zijn op basis van eerder verricht literatuuronderzoek. Vragenlijsten werden goedgekeurd n.a.v. een deskundigheids- en peer check. Goedkeuring van de samenvattingen door de geïnterviewden verhoogde de geloofwaardigheid van het onderzoek. Helaas was de respons bij benchmarking niet 100%, waardoor bruikbare informatie mogelijk gemist is.

Zoals verwacht behoort het doel van het kennismakingshuisbezoek een andere invulling te krijgen dan momenteel in de praktijk beoogd wordt, nl. het kennismaken vooropgesteld i.p.v. alle zorgbehoeften en risico-en beschermende factoren in kaart te krijgen. Desondanks mag niet vergeten worden dat met het kennismakingshuisbezoek een *aanzet* gemaakt wordt tot inventarisatie en vroeg-signalering van psychosociale problemen van Syrische vluchtelingkinderen. Met behulp van de innovatie zal een betere aanzet van vroeg-signalering van psychosociale problemen bereikt worden, ( dreigende )problemen worden tijdig gesignaleerd door de JGZ . De gemeente zal minder zwaardere jeugd(zorg) hoeven indiceren wat naast kostenreductie ook een betere participatie in de maatschappij tot gevolg heeft. Het Syrische vluchtelingkind vertoont een gezonde leeftijdsgebonden ontwikkeling.

De urgentie van een werkwijze kennismakingshuisbezoek binnen de JGZ is tevens gebleken uit de invoering van een instructie Nieuwkomers door de Mahlergroep van JGZ Almere welke na de probleemanalyse van de onderzoeker werd verspreid. Voor de onderzoeker is dit een bevestiging van de behoefte binnen de organisatie echter is de verspreide instructie Nieuwkomers niet evidence based onderbouwd i.t.t. de innovatie voortvloeiend uit dit onderzoek.

## 6.1 Implementatie innovatie

Om de innovatie in de praktijk uit te voeren is een implementatie vereist ( Grol & Wensing, 2015). Volgens Fleuren, Paulussen, van Dommelen en van Buuren ( 2014) dienen beïnvloedende factoren op niveau van de innovatie, gebruiker (zorgverlener) organisatie, en omgeving ( externe partners) tijdens de verspreiding, adoptie, evaluatie en borging te worden nagegaan. Inzicht in het proces en de beïnvloedende factoren beïnvloedt het succes van de implementatie. Met behulp van het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) ( Fleuren et al., 2014) worden, vanuit het perspectief van de JGZ professional, factoren die de innovatie mogelijk beïnvloeden in kaart gebracht. De volgende factoren dienen bij deze innovatie te worden geïnventariseerd: procedurele helderheid en compleetheid van de werkwijze, kennis van de JGZ professionals, benodigde tijd.

In een validatiemoment is gestart met het verspreiden van de innovatie onder de zorgverleners. De jeugdverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten zijn betrokken bij de adoptie van de innovatie. De Handreiking jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor statushouders ( Pharos, 2017) en de Handreiking Psychische Problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren dienen als basis om kennis over risico-en beschermende factoren en leeftijdsspecifieke reacties bij vluchtelingkinderen over te brengen. Een (digitale) werkwijze Kennismakingshuisbezoek bij gezinnen met een vluchtverleden zal ontworpen moeten worden. De afdeling ICT zal betrokken worden bij het gebruiksgemak binnen het kinddossier zodat besproken items overzichtelijk kunnen worden weergegeven. Er zal extra tijd moeten worden vrijgemaakt om een 2e intake gesprek te kunnen plannen, hiertoe zal door de organisatie en externe context ( gemeente) akkoord gegeven moeten worden. De onderzoeker zet hier het zelf ontworpen Business Case Model voor in. In samenwerking met het Wijkteam waarin de meeste lokale partners vertegenwoordigd zijn, worden samenwerkingsafspraken gemaakt met als doel het gezin te bereiken en informeren over het doel van JGZ. Deze samenwerking dient zowel op micro( wijk)- als op macro (organisatie) niveau aandacht te krijgen. De taalbarrière blijft een enorme drempel, de praktijk zoekt naar mogelijkheden om dit te tackelen en benoemen het inzetten van een tolk waarbij met de gemeente onderhandeld zal worden daar financiering nodig is. Culturele sensitiviteit kan door middel van een training door een extern bureau (Pharos) en een online e-learning binnen Pharos worden aangeboden. De vraag rijst of het nodig is iedereen te scholen gezien de kleine omvang vluchtelinggezinnen binnen de gemeente en of er geen alternatief is hierin. Culturele sensitiviteit is een breed concept en toepasbaar bij meerdere doelgroepen .

Evaluatie van de volgende uitkomstmaten zal na een nulmeting na een periode van 1 jaar worden uitgevoerd:

* Aantal ingevulde formats kennismakingshuisbezoek.
* Aantal afgesproken intakegesprekken welke dienen te volgen op een kennismakingshuisbezoek.
* Aantal ingevulde DMO vragenlijsten.
* Aantal ingevulde items “signalering psychosociale problemen” welke reeds onderdeel vormt van het digitaal dossier.
* Notatie risico-en beschermende factoren in kindbeeld van digitale kinddossier.
* Tevredenheid ouders na een kennismakingshuisbezoek én intakegesprek.
* Tevredenheid JGZ professionals over compleetheid werkwijze opgedane cultureel sensitieve attitude en vaardigheden.
* Tevredenheid JGZ professional samenwerking met lokale partners.

Data zal worden verzameld via een systematische wijze namelijk dossieronderzoek waarbij de genoemde items in het digitaal dossier kunnen worden geturfd. Vragenlijsten worden verspreid onder professionals en met vluchtelingouders wordt het kennismakingshuisbezoek geëvalueerd waarbij aandacht dient te zijn voor een evt. taalbarrière (dan materiaal vertaald aanbieden).

De Verpleegkundig Specialist heeft volgens de CanMeds rollen een coördinerende taak m.b.t de implementatie van de innovatie binnen de organisatie, zij is gesprekspartner met interne en externe partners zoals de organisatie, gemeente Almere, ziektekostenverzekeraar en VWN om de randvoorwaarden zoals, tijd en financiën, gecreëerd te krijgen.

## 6.2 Conclusie

JGZ professionals kunnen vanuit het kennismakingshuisbezoek ondersteund worden in het verbeteren van de inventarisatie van zorgbehoeften zodat er een tijdige vroegsignalering van psychosociale problemen van het Syrisch vluchtelingkind tot 4 jaar gestart wordt. Als resultaat van dit ontwerpgericht onderzoek is hierop een innovatie ontworpen. De innovatie is tot stand gekomen na literatuuronderzoek, deskresearch, benchmarking, expert interviews en een 3 daagse training interculturele communicatie. Deze innovatie omvat een, op cultureel sensitief gebaseerde werkwijze kennismakingshuisbezoek, een training culturele sensitiviteit, een e-learning waarin aandacht zal zijn voor de benodigde vaardigheden en attitude van de JGZ professionals in contact met vluchtelinggezinnen. De innovatie omvat tevens de opzet tot het maken van lokale samenwerkingsafspraken met partners in het sociaal domein (zoals VWN) en een gesubsidieerde inzet van tolken.

## 6.3 Aanbevelingen

Aanbevolen wordt een werkgroep van jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen en de verpleegkundig specialist samen te stellen welke de taak tot het ontwikkelen van een format werkwijze kennismakingshuisbezoek op zich neemt. De innovatie is, vanwege het actuele karakter van het thema, landelijk goed in te passen in andere JGZ organisaties. Aanbevolen wordt om te onderzoeken of deze innovatie geldig is voor meerdere vluchtelingdoelgroepen. De verpleegkundig specialist kan hierin een ambassadeursfunctie op zich nemen. Om na te gaan of er knelpunten zijn m.b.t. de invoering van de innovatie is een validatiemoment in de praktijk aanbevolen. Deze zal plaatsvinden medio juli 2018 met JGZ professionals en een beleidsmedewerker Jeugd van JGZ Almere.

# Literatuurlijst

Almontaser, E., & Baumann, S. L. (2017). The syrian refugee crisis: What nurses need to know.. *Nursing Science Quarterly*, *30*(2), 168-173. doi:10.1177/0894318417693307

Baarda, B., & Van der Hulst, M. (2017). *Basisboek Interviewen* (4e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*, *20*(3), 317-328. doi:10.1080/09540260802090363

Bouteh, K. (z.d.). Je kunt niet niet communiceren. Geraadpleegd op 1 februari 2018, van www.pharos.nl

Crowley, C. (2009). The mental health needs of refugee children: A review of literature and implications for nurse practitioners.. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *21*(6), 322-331. doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00413.x

Dassen, T. W. N., Keuning, F. M. J., Jansen, G. J., & Jansen, W. S. (2014). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties, een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen.*. Amersfoort, Nederland: ThiemeMeulenhoff.

De Anstiss, H., Ziaian, T., Procter, N., Warland, J., & Baghurst, P. (2009). Helpseeking for mental health problems in young refugees: A review of the literature with implications for policy,practice and research.. *Transcultural Psychiatry*, *46*(4), 584-607. doi:10.1177/1363461509351363

Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2014). Towards a measurement intsrument for determinants of innovation. *International Journal for Quality in Health Care*, *26*(5), 501-510.

Grol, R., & Wensing, M. (2015). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg.* (6e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Henley, J., & Robinson, J. (2011). Mental health issues among refugee children and adolescents. *Clinical Psychologist*, *15*, 51-62. doi:10.111/j.1742-9552.2011.00024.x

Khawaja, N. G., & Stein, G. (2015). Psychological services for asylum seekersin the community. *Australian Psychologist*, *51*, 463-471. doi:10.1111/ap.12149

Measham, T., Guzder, J., Rousseau, C., Pacione, L., Blais-McPherson, M., & Nadeau, L. (2014). Refugee children and their families: supporting psychological well-being and positive adaptation following migration. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, *44*(7), 208-215. doi:10.1016/j.cppeds.2014.03.005

Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg,welzijn,wonen en werken.*. Amsterdam, Nederland: SWP.

Mulders, J., & Tuk, B. (2016). *Syrische nieuwkomers in de gemeente.*. Geraadpleegd van http://www.pharos.nl

Möhle, M., Tuk, B., Wassink, M., Kooijman, K., & Kleijweg, L. (2017). *Informele opvoedondersteuning vluchtelinggezinnen.*. Geraadpleegd van https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Handreiking-informele-opvoedondersteuning-vluchtelingengezinnen.pdf

Pfortmueller, C. A., Schwetlick, M., Mueller, T., Lehmann, B., & Exadaktylos, A. K. (2016). Adult asylum seekers from the middle east including Syria in Central Europ: What are their health care problems? *PLos One*, *11*(2), 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0148196

Pharos & GGD-GHOR NL. (2017). *Handreiking intake jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor statushouders*. Geraadpleegd van http://www.ggdghorkennisnet.nl

Pharos. (2016). *Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: Wat is er nodig?*. Geraadpleegd van http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/asielzoekers-en-vluchtelingen/aanbod-voor-gemeenten-en-wijkteams

Reavy, K., Hobbs, J., Hereford, M., & Crosby, K. (2012). A new clinical model for refugee health care: adaptation of cultural safety.. *Rural Remote Health*, *12*, 1-12. Geraadpleegd van http://www.rrh.org.au

Slone, M., & Mann, S. (2016). Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: A systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*, *47*, 950-965. doi:10.1007/s10578-016-0626-7

Sullivan, C. H. (2009). Partnering with community agencies to provide nursing students with cultural awareness experiences and refugee health promotion access. *Educational Innovations*, *48*(9), 519-522. doi:10.3928/01484834-20090610-06

Suurmond, J., Rupp, I., Seeleman, C., Goosen, S., & Stronks, K. (2013). The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about wich issues need to be adressed. *Public Health*, *127*(7), 668-673. doi:10.1016/j.puhe.2013.04.004

Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, *30*, 821-826. doi:10.1016/jnedt.2010.03.006

Van den Muijsenbergh, M. E. T. C., & Van Schie, R. M. (2017). *Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren.*. Geraadpleegd van http://www.pharos.nl/documents/doc/psychische\_problematiek\_bij\_vluchtelingkinderen\_en-jongeren-handreiking.pdf

Wells, R., Steel, Z., Abo-Hilal, M., Hassan, A. H., & Lawsin, C. (2016). Psychosocial concerns reported by Syrian refugees living in Jordan: systematic review of unpublished needs assessments.. *The British Journal of Psychiatry*, *209*, 99-106. doi:10.1192/bjp.bp.115.165084

## Bijlagen

## A. Literatuurtabel

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auteur, jaar, design** | **Titel** | | **Doel - en vraagstelling** | | **Populatie** | | **Dataverzameling** | **Data analyse** | | **Resultaten** | | **Conclusie** | **Opmerkingen** |
| Wells, Steel,Abo-Hilal, Hassan en Lwasin. 2016.  Review | **Psychosocial concerns reported by Syrian refugees living in Jordan: systematic review of unpublished needs assessment** | | Wat zijn de psychosociale behoeften van Syrische vluchtelingen in Jordanië? | | 157.200 Syrische vluchtelingen in 13 regio’s in Jordanië. Periode : mei 2012-juni 2015. Leeftijd van 6 tot 85 jaar. Over vanuit 6 regio’s in Jordanië. | | Literatuur uit databases: PsychInfo, Medline, Scopus, PILOTS, Science Directt en Proquest. United Nations Regional Response website en key humanitarian websites, Google,. 29 artikelen met kwantitatieve en kwalitatieve en mixed method design. | Kwalitatieve artikelen beoordeeld op credibility, transferability, dependability en confirmability. P-waardes genoemd: P(<0,05). methodologie om psychosociale behoeften te evalueren, T-toets gebruikt, ethische procedure beoordeeld. Triangulatie + | | Risicofactoren financieel: geen of beperking werk, onderbroken opleiding. Psychosocial impacts: frustratie , verveling, stress, verlies van status, sociale isolatie, boosheid, angst Combinatie van genoemde factoren geeft functionele beperking .Aanbevolen: in kaart brengen en aanbieden van gezondheids-vaardigheden op financieel gebied. | | Aanbeveling om verder kwalitatief onderzoek te doen. Ontwikkeling van psychosocial concerns model met aanbevelingen zoals in resultaten genoemd | Uitgebreide  beschrijving dataverzamelings  techniek, context komt niet overeen met preventieve zorg in Nl. |
| Crowley,2009.  Review | **The Mental health needs of refugee children: a review of literature and implications for nurse practitioners.** | | Vanuit literatuurbevindingen aanbevelingen doen aan clinici die met vluchtelingenkinderen en hun gezinnen werken.  Wat is hiervoor nodig en welke rol speelt de verpleegkundig specialist hierbij? | | Vluchtelingkinderen uit meerdere landen (Iran, Somalia, sovjet unie en Burma) tijdens pre, tijdens en post migratie | | Gekeken naar verschillende outcomes en psychopathologie in populatie in onderzoek artikelen uit V.S, Engeland, Australië, Nederland en Canada. | Literatuur studie | | Hechtingstoornis,items van belang om gezondheid bepalen: sociaal netwerk, slaappatroon, verlating-sangst, voedings-toestand, gezondheid ouders, pre en post migratie geschiedenis, duur aanvraag verblijf, nagaan of SES aanwezig, culturele sensitiviteit, np holistische visie, stigma psychische probleem | | Kennis hebben van risico en beschermende factoren . Bij disbalans risico op psychosociale problematiek groot. De VS heeft centrale rol in continuïteit en in staat om psycho -educatie te geven. Nagaan hoe ouders denken over psychische gezondheid. | Bruikbare review, items goed te gebruiken in gesprek met vluchtelingen |
| Pfortmueller, Schwetlick,Mueller, Lehmann ,Exadaktylos, 2016.  Kwantitatieve studie | **Adult Asylum seekers from the Middle East including Syria in Central Europe: What are their health care problems**? | | Overzicht van acute en chronische aandoeningen meest voorkomend bij vluchtelingen en asielzoekers uit Midden Oosten | | Asielzoekers en vluchtelingen met nadruk op Syriërs > 16 jaar uit Midden Oosten in periode van 2011-2014 | | Retrospectieve dataverzameling d.m.v records van eerste hulpposten | SPSS 20.0, beschrijvende statistiek, gemiddelden en SD, Chitest, Kruskal-Wallis en ANOVA, Mann Whitney U test, p-waardes | | Prevalentie en incidentie, acute en psychiatrische aandoeningen onder vluchtelingen verhoogd aanwezig | | aandoeningen van acute en psychische aard gerelateerd aan vluchtelingenstatus: leefcondities, stress of opvang factoren en culturele vesrchillen | Bruikbaar ivm weergave ernst en prevalentie psychische aandoeningen |
| **Auteur, jaar, design** | **Titel** | **Doel - en vraagstelling** | | **Populatie** | | **Dataverzameling** | | **Data analyse** | **Resultaten** | | **Conclusie** | | Opmerkingen |
| Suurmond, Rupp, Seeleman, Goosen, Stronks, 2013.  Kwalitatief onderzoek artikel | **The first contacts between healthcare providers and newly arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be adressed.** | Het doel van deze studie is inzicht te geven in de specifieke problematiek die zorgaanbieders moeten aanpakken in het eerste contact met een nieuw aangekomen asielzoeker. Wat is van belang te weten? | | Nederlandse zorgverleners ( n=46) : 36 verpleegkundig specialisten en 10 publieke gezondheid-smedewerkers | | Kwalitatieve studie met verschillende dataverzamelingstechnieken: Purposive sampling van 36 verpleegkundig specialisten met ong. 9 jaar ervaring en 10 publieke gezondheidshulpverleners werkzaam in verschillende asielzoekerscentra welke open vragen beantwoorden. Resultaten hieruit gebruikt voor de topiclijst voor de 7 groep interviews. Periode 2007-2008 | | Er is gewerkt met kaders en thema’s, kwalitatieve analyse, theorievorming | Doelen tijdens eerste contact met vluchtelingen: informatieverstrekking gezondheidszorgsysteem, bepalen huidige gezondheidstoestand, vaststellen risicofactoren t.b.v. gezondheid, verwachtingen uitspreken, privacy benadrukken tijd gunnen om gevoelige zaken te bespreken, wijze waarop vragen stellen door benoemen dat iets gevoelig kan zijn, gesloten vragen bij getuige geweld, voorkom stigmatisering, sociale netwerk? Werk? Continuïteit! | | Informatie verstrekking gezondheidszorgsysteem van belang, health literacy komt veel voor,bewustwording van taboe op psychische problemen, omgaan met hoge verwachtingen van vluchteling t.a.v. gezondheidszorg, neem voldoende tijd, vertrouwen kweken, verwijsmogelijkheden | | Geloofwaardigheid en bruikbaarheid ++ |
| Anstiss de, Ziaian, Procter, Warland, Baghurst, 2009.  Review | **Help seeking for mental health problems in young refugees : a review of the literature with implications for policy, practice and research** | Wat is vanuit beleids- en praktijkperspectief de belangrijkste verklaring voor het geringe gebruik van psychische gezondheidszorg door vluchtelingengezinnen ? | | Vluchtelingen in Australië | | Literatuuronderzoek, niet beschreven op welke wijze. Illustratief en verkennende review. | | Review van artikelen | Psychosociale problemen: eetproblemen, agressie/drift, terugval zindelijkheid, somberheid, weigeren te eten/praten. Bij gedragsprobleem premigratie, kan dit na vlucht verergeren. Riscofactoren: verlies/separatie van ouder, weinig familie, beschermende factoren  Voorwaarden gesprek , holistische visie, steun van familie voor opvoeding | | Gering gebruik gelegen in het feit dat de westerse geestelijke gezondheidszorgstelsels over het algemeen niet tegemoetkomt aan de behoeften van etnisch diverse bevolkingsgroepen in het algemeen en vluchtelingen in het bijzonder. Kennis hebben van risico en beschermende factoren | | +/- ( minpunt : geen beschrijving data verzameling) wel peer reviewed |
| Almontaser en Baumann, 2017.  Review | **The Syrian Refugee crises: what nurses need to know** | Verpleegkundigen dienen op de hoogte te zijn van kenmerken van vluchtelingen om misvattingen te voorkomen.  Wat is er nodig voor verpleegkundigen om cultuur sensitieve zorg te verlenen en zorgbehoeften in te kunnen schatten?? | | Syrische vluchtelingen gevlucht na 2011. | | Literatuuronderzoek, niet beschreven op welke wijze | | Review van artikelen | Kennis hebben over kenmerken Syrische vluchteling, religie als beschermende factor  Investeren in cultureel sensitieve zorg. Gebruik making van internet om gezondheidsvaardigheden van Syrische vluchtelingen te verbeteren. | | Voorwaarden om cultureel sensitieve zorg te verlenen : scholing nurses over culturele verschillen. Internet als infobron. Rekening houden met religie zoals voorkeur mannelijke/ vrouwelijke zorgverlener | | Methode niet beschreven -. Overige punten helder, relevant.  + |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auteur, jaar, design** | **Titel** | **Doel - en vraagstelling** | **Populatie** | **dataverzameling** | **Data analyse** | **Resultaten** | **conclusie** | **Opmerkingen** |
| Slone, Mann,, 2016.  Systematic review, kwantitatief | **Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review.** | Onderzoeken van effecten van blootstelling aan geweld, conflict en terrorisme op zeer jonge kinderen 0-6 jaar en de invloed van ouderlijke factoren op deze effecten. Welke gedragingen/ symptomen bij deze kinderen kunnen tot uiting komen als gevolg van trauma? | 4365 kinderen 0-6 jaar, welke blootgesteld aan geweld, oorlog ( Israëli – Palestina kwestie, Golf oorlog en 9/11 periode onder joodse en Arabische kinderen, Iranese, Bosnische en Kroatische kinderen) | Literatuuronderzoek via PubMed, Medline, PsycNet, PILOTS, Eric en Sociological abstracts. : 34 kwantitatieve studies en 1 kwalitatieve studie | Volgens de PRISMA standaard evidence based wijze om systematische reviews en meta analyses te analyseren. Quality (SAQR) assessment. Child Behaviour Checklist gebruikt om gedrags-en emotionele problemen in kaart te brengen | PTSS screening 37,1% aanwezig ( n= 13), gedrags-en emotionele problemen 57,1% ( n=20) overige symptomen: verlatingsangst, toename woedeaanvallen, verandering eetgedrag, slaapproblemen , nachtmerries, relatie met getuige geweld. Re -enacting aanwezig in spel. Depressie moeder van invloed gedragsprobleem kind. Beschermende factoren: stabiele woonsituatie, netwerk aanwezig, rol van ouders primaire factoren, hechting wanneer 1 van ouder aanwezig, assessment ouderlijke gezondheid belang, | Aanbeveling : holistische visie bij benadering vluchtelinggezin en signaleren van psychosociale problemen. Richten op mogelijke stress, ouderlijke reacties en internaliserende kind factoren. Invloed op begrip van kind komt door: cognitieve en verbale onrijpheid, magisch denken, afwezigheid van autonomie. | Uitgebreide beschrijving dataverzameling en analyse |
| Reavy, Hobbs, Hereford, Crosby, 2012.Kwalitatief onderzoek | **A new clinic model for refugee healthcare: adaptation of cultural safety** | Beschrijving en definiëring van rollen van gezondheids-adviseurs in zorg aan vluchtelingen. M.b.t. concept culturele veiligheid | Vluchteling vrouwen, zorgverleners in VS die 227 vluchtelingekinderen zagen | Interviews, focusgroepen met 7 peer health advisors, observaties, individuele interviews. Periode : mei 2009-april 2011. | Kwalitatieve analyse, fenomenologisch, beschrijvend. Kwantitatieve gegevens verzameld uit retrospectieve grafieken voor het valideren van de patiëntgezondheidszorg | Klinisch model aanbevolen in zorg aan vluchtelingen en kwetsbare groepen. Cultural safety is meer dan culturele competentie . begrijpen van de machtsverschillen die inherent zijn aan de zorgverlening, rechtzetten van deze ongelijkheid door onderwijsprocessen | Culturele veiligheid door empowerment en infrastructuur. Wordt gedefinieerd door zorgontvanger, rol van advisor : helpen culturele kennis en vaardigheden op te bouwen. | data analyse helder, doelgroep niet geheel overeen met OGO |
| Khawaja, Stein, 2015.  Kwalitatieve studie | **Psychological services for asylum seekers in the community: challenges and solutions** | Verkennen en begrijpen van psychologische problematiek van asielzoekers in de gemeenschap. Hoe passen de (ggz) hulpverleners zich cultureel aan de behoeften van deze groep? | Zeven beroepsbeoefenaars ( 3 psychologen, 2 psychiaters, 1 ergotherapeut en 1 maatschappelijk werker in multidisciplinair holistische kliniek in Brisbane | Purposive sampling. Semi gestructureerd interview. Probes richtten zich op problematiek van de cliënten, ervaringen ven hulpverlener met toepassen beoordeling strategieën, hoe deze cultureel aan te passen, beschermings-factoren, . Duur 2 mnd. | Deductieve en theoretische benadering. Thematische analyse om betekenis te identificeren. Transcriptieproces, NVivo (2012), softwareprogramma om te coderen. Na codering: themavorming | Meest voorkomende psychische problemen onder asielzoekers: depressie, angststoornissen,, ptss. Cultuur nauw verbonden met identiteit. | Gepleit wordt voor meerdere sessies om vertrouwen te winnen. In achtneming religie , netwerk beschermende factoren. Op gemeenschapsniveau holistische en cultureel gevoelige en bekwame diensten neerzetten ( vergelijkbaar met wijkteams) | Klein aantal deelnemers, uitgebreide beschrijving analyse |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auteur, jaar, design** | **Titel** | **Doel - en vraagstelling** | **Populatie** | **dataverzameling** | **Data analyse** | **Resultaten** | **Conclusie** | **Opmerkingen** |
| Sullivan, 2009.  Kwalitatief | **Partnering with community agencies to provide nursing students with cultural awareness experiences and refugee health promotion acces** | Beschrijven van leergerichte aanpak om preventieve zorg en gezondheidsbevordering te bieden aan recent geïmmigreerde vluchtelingen op een cultureel competente wijze. Doel: toegang tot gezondheidszorg verbeteren | Vluchtelingen uit Rusland en Hmong in de VS in 2005 tot 2007, verpleegkunde studenten | Verpleegkunde studenten die literatuurstudie deden, interviews met sleutelfiguren en focusgroepen met vluchtelingen om kennis op te doen over de achtergrond, situatie herkomstland en gezondheidssysteem . Duur 7 weken | Wekelijkse reflectieverslagen attitude en kennis omtrent achtergrond | Behoefte vluchtelingen in kaart gebracht ( kennis), info over ziekten , orale gezondheid, voeding en koorts kinderen, immunisatie, medicatieverstrekking, zorg voor vrouwen. | Gebruik tool Cross cultural interaction , aandacht voor cultureel bewustzijn, respect, nieuwsgrierig zijn in de ander, vooroordelen aan de kant. | Doelgroep niet geheel overeen, wel sprake van vluchten. |
| Henley, Robinson, 2011.  review | **Mental health issues among refugee children and adolescents**. | Kennis verschaffen over stressfactoren die voorkomen bij vluchtelingkinderen. Welke psychische factoren, passende interventies en belemmeringen zijn van invloed op de toegang tot zorg voor deze groep? Belang voor hulpverlener. | Vluchtelingkinderen uit Afrika, Midden Oosten en Azië gevlucht tussen 2009-2011 | Literatuurstudie, artikelen tussen 1998-2011 | Analyse van stressoren welke van belang om mental health problemen onder vluchtelingkinderen te signaleren. | Items van belang vanuit de pré, tijdens en post migratie periode : voedingsstatus kind, stress ouders/ emotionele beschikbaarheid, baan? ( status ouder) socio-economische status, veerkracht? Nagaan disorder kind via ouder : eten, drinken ,agressie/drift? Hyperactiviteit, zindelijkheid, doorgemaakte hersenvliesontsteking tijdens vlucht , familie? | Voorzichtigheid geboden in signaleren/vaststellen van trauma in verleden/bespreken ervan. Voorwaarde vertrouwen tussen beide partijen, niet ondervragen, privacy benadrukken, screening in cultureel sensitief context, Interventie behoort aandacht culturele context, flexibiliteit, zelfbewustzijn attitude. Tolk positief | Heldere studie, doelgroep overeenkomend met onderzoek |
| Betancourt, Khan, 2008.  review | **The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience** | Sociaal ecologisch kader gebruikt om brede kijk te hebben op veerkracht bij kinderen die getroffen zijn door gewapende conflicten. Gekeken wordt naar de capaciteiten en middelen van het individuele kind en zijn sociale omgeving alsook de interactie | Vluchtelingkinderen uit meerdere landen | Literatuurstudie naar welke beschermende factoren dragen bij aan de veerkracht van het kind | Literatuuronderzoek artikelen | Herkennen van beschermende factoren die veerkracht kunnen bevorderen: kijken naar 3 lagen volgens Bronferbrenner (975) : relatie kind-directe omgeving, in 2 of meer settings en met culturele context | Beschermend: religie biedt structuur en hoop, supportive adult, sociale netwerk, hechte relaties. Nabijheid van vaste hechting overstijgt traumaervaring. Veerkracht biedt perspectief in preventie en interventie programma’s. Diensten echter niet beperken door ernst van oorlog voor kinderen te minimaliseren | Wijze van verzameling niet helder, |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auteur, jaar, design** | **Titel** | **Doel - en vraagstelling** | **Populatie** | **dataverzameling** | **Data analyse** | **Resultaten** | **conclusie** | **Opmerkingen** |
| Measham,Guzder, Rousseau, Pacione, Blais-McPherson. Nadeau, 2014.  review | **Refugee children and their families : supporting psychologicalwellbeing and positive adaptationa following migration** | Beschrijven van mental health interventions voor vluchtelingkinderen – en jong volwassenen in samenwerking met de kinderartsen | Artikelen over vluchtelingkinderen, gekeken naar longitudinale studie in Denemarken, VS en Canada | Niet helder beschreven op welke wijze literatuuronderzoek | literatuuronderzoek | Gekeken moet worden naar bio psychosociale behoeften vanuit een holistische visie. Hulpverleners hebben baat bij een cultureel sensitieve training. Pas op voor heersende . stigma psychische aandoeningen. Factor psychische gezondheid van ouder van belang, problemen met acculturatie | Primary care heeft een hoofdrol in signaleren en vaststellen van psychische problemen bij vluchtelingkinderen. Holistische visie van belang, betrekken van geheel systeem. Veerkracht ontstaat wanneer er meer beschermende factoren dan risicofactoren zijn | Geen heldere beschrijving van verzameling literatuur-onderzoek, |
| Van den Muijsenbergh & Van Schie 2017  Handreiking | **Handreiking Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren** | Herkenning en overzicht van psychosociale problemen bij vluchtelingkinderen uit Syrië, Eritrea en Afghanistan | Vluchteling kinderen uit grotendeels Syrië, Eritrea en Afghanistan vanaf 2013 | Search internationale wetenschappelijke literatuur ( PubMed) raadpleging internet-bronnen IASC guidelines, Nederlandse rapporten van Pharos en Arq Psychotrauma Expert Groep. Consultatie deskundigen in zorg voor vluchtelingen,Nederlandse Huisartsengenoot-schap, deelname WES symposium over vluchtelingzorg in de huisartsenpraktijk. | literatuuronderzoek | Items: SES door werkloosheid, financiële problemen, sociaal netwerk, steun in post migratie fase. Kennis Nederlands zorgsysteem. Gezondheids-vaardigheden .Mate van geletterdheid? Vooropleiding?  Voorwaarden: tijd voor gesprek, terminologie vermijden, gesprek ondersteunen met audiovisuele middelen, cliënt laten samenvatten. | Voorwaarde: 1 kennismaking gesprek niet genoeg: plan een kennismaking gesprek én een intakegesprek. Doel kennismaking: info over je functie, uitleg Nl gezond-heidszorg, beroepsgeheim. trauma en vluchtgeschiedenis aan bod wanneer vertrouwen gelegd (na meerdere gesprekken)Vertrouwensband na meerdere gesprekken. In kaart brengen beschermende en risicofactoren, als bijlage in OGO toegevoegd | Zeer duidelijke verzamelings-techniek en analyse. Bruikbaar voor de JGZ |
| Pharos, 2016.  Rapport, kwalitatief onderzoek | **Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuw komende vluchtelingen** | Hoe kan preventie, ondersteuning en zorg zo ingericht worden dat gezondheids-  problemen bij vluchtelingen worden voorkomen en zorg en ondersteuning voor hen adequaat functioneren? | Vluchtelingen in Nederland | Wetenschappelijk literatuuronderzoek , rapporten en verslagen, interviews met 40 experts en diepte-interviews bij 80 vluchtelingen | Analyse literatuur , behoeftepeiling onder 100 huisartsen en verpleegkundigen, diepte  interviews .  Beperking : beperkte tijd , aantal weken | Doel huisbezoek vanuit JGZ beschreven: kennismaken met kind en gezin. hierna extra hb om zorgbehoeften in kaart te brengen. Voorwaarden huisbezoek: cultuur sensitieve vaardigheden, overdracht gegevens, kennis ,tolkenvergoeding. | Voldoende tijd nemen om vertrouwen te kweken, relatie hulpverlener-ouder van belang | Door beperkte tijd voor onderzoek mogelijk informatie gemist. Bruikbaarheid we gebleken. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auteur, jaar, design** | **Titel** | **Doel - en vraagstelling** | **Populatie** | **dataverzameling** | **Data analyse** | **Resultaten** | **conclusie** | **Opmerkingen** |
| Möhle, Tuk, Wassink, Kooijman & Kleijweg,2017.  Handreiking | **Handreiking informele opvoedondersteuning vluchteling gezinnen** | Wat is er nodig om bestaande interventies zichtbaar en inzetbaar te maken bij de ondersteuning aan vluchtelingen-gezinnen?  Verbeteren van ondersteuning | Syrische en Eritrese vluchtelinggezinnen in Nederland | Werkgroep heeft gebruik gemaakt van bestaande draaiboeken en methoden (Pharos, VWN, Nidos,steunouder). Geschreven vanuit perspectief van vluchtelingen | Analyse bestaande draaiboeken | Items : opvoeding vanuit “wij-cultuur”., aanwezigheid familie?, degradatie opleiding?, - migratie achtergrond.- voor- opleiding ( vaker hoogopgeleid dan andere vluchtelingen) Ervaringen met zorgvoorzieningen veerkracht .- Hoog risico psychosociale problemen ( getuige geweld kind en ouder). | Praktische aanbevelingen: hoe zicht te krijgen op vluchtelinggezinnen, samenwerking met partners , informatie over taalproblemen aandacht voor de klik tussen vluchteling en vrijwilliger | Oed opgezette Handreiking, opdracht van overheid |
| Mulders, Tuk, 2016.  Rapport, kwalitatief | **Syrische nieuwkomers in de gemeente, ervaringen van gezinnen met opvang, zorg en opvoeding** | Wat zijn ervaringen van Syrische vluchtelinggezinnen die nieuw zijn in de gemeente t.a.v. opvang, zorg en opvoeding? | Syrische vluchteling-gezinnen 1 à 2 jaar woonachtig in gemeente , snow-ball sampling via gezinnen die eerder deelnamen aan de focusgroep discussies. Gekozen voor gezinnen met woonduur van 1 à 2 jaar .Gezinnen met kinderen in verschillende leeftijden en ontwikkelingsfasen. | 7 diepte interviews thuis die 3 à 4 uur duurden. Reflectie van gezinnen op de ervaringen van de verhuizing van asielzoekerscentra naar de gemeente | Analyse focus-groeps-gesprekken en diepte-interviews. Literatuuronderzoek niet genoemd welke zoektermen. Wel uitgebreide literatuurlijst aanwezig | voorwaarden kennismakingsgesprek genoemd: nagaan gezondheidsvaardigheden, taalbarrière, religie centrale rol, familie eenheid van belang. centrale thema’s: verlies en rouw. Positieve coping door netwerk, religie ophalen positieve herinneringen. Negatieve coping uit zich door teruggetrokken gedrag, presentatie psychische problemen als lichamelijke klachten. | Nagaan meerdere domeinen problemen te kunnen signaleren. Aanbevelingen om ondersteuning te verbeteren. . Voorwaarden gesprek: accent op gezondheidsvaardigheden, tolk, social media gebruik , wie is regiehouder?, cultuurspecifieke communicatie, warme overdracht, kwaliteitsnorm tolkgebruik onder de aan | Perspectief van Syriërs meegenomen. Kwalitatief sterke weergave. Echter literatuuronderzoek niet beschreven. |
| Suurmond,  Seeleman,,  Rupp,  Goosen en Stronks., 2010  Kwalitatieve purposive sampling | **Cultural Competence among nurse practitioners working with asylum seekers.** | Welke culturele competenties hebben zorgverleners nodig in het contact met asielzoekers om in hun zorgbehoeften te voorzien | 89 nurse practitoners verspreid over meerdere centra in Nederland gedurende 4 maanden in 2007. | enquête anoniem ingevuld met als onderwerpen intake en culturele competenties  semi-gestructureerde interviews.  Triangulatie toegepast | Kwalitatieve analyse: codering, beschrijvend | Kennis politieke en humanitaire situatie, vluchtgeschiedenis essentieel.  Vertrouwensrelatie geeft openheid. Vaardigheden nodig om gevoelige info te bespreken.  Info zorgstructuur van belang. Verbetering culturele competenties nodig bij zorgverlener | Aandacht nodig voor : kennis, vaardigheden en attitude van de zorgverlener om goede zorg te verlenen aan vluchtelingen. Bewustwording juridische context, cultuurverschil, respectvol, open, bewust van eigen vooroordelen, vaardigheid vragen stellen, uitleg geven, scholing . Cultuur is dynamisch | Perspectief vanuit zorgverlener /verpleegkundig specialisten. Analyse duidelijk. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auteur, jaar, design** | **Titel** | **Doel - en vraagstelling** | **Populatie** | **dataverzameling** | **Data analyse** | **Resultaten** | **Conclusie** | **Opmerking** |
| Pharos,GGD-GHOR Nl, 2017.  Handreiking | Handreiking intake jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor statushouders | Waarom hebben statushouders extra aandacht nodig? Waar als JGZ medewerker rekening mee houden? Welke samenwerkingspartners betrokken? Focus intakegesprek: eerste face to face contact vanuit de JGZ. | Statushouders-kinderen in Nederland | Kennis Pharos, V&VN, AJN, NCJ,VNG, Taskforce Togetther GGD Zuid Limburg, Twente, Noord-en Oost-Gelder land, Zorggroep Almere, CJG Rijnmond | Kernpunten en aanbevelingen van andere organisaties en literatuur | Tips, achtergrond informatie Aandacht voor: gegevensoverdracht, cultuurspecifiek communiceren, gezondheids-vaardigheden, planning , items aan bod tijdens kennismaking, kennis van beschermende en risico factoren, gebruik DMO – P | Zelfmanagement bevorderen door gebruik DMO en aandacht voor cultuurspecifiek communiceren, samenwerkingspartners opzoeken | Recente Handreiking, transparante dataverzameling |
| Bouteh, 2017. Website Pharos | Je kunt niet niet communiceren | Wat betekent interculturele communicatie voor professionals? Hoe kunnen professionals stereotypen en vooroordelen doorbreken? | Hulpverleners, vluchtelingen, anderstaligen | Literatuur | n.v.t. | Kaveh Bputeh geeft training interculturele communicatie .Kennis alleen is niet genoeg. Contact is belangrijk. Bewustwording van eigen vooroordelen. Cultuur is niet statisch. Woorden in context plaatsen. | Elkaars belangen duidelijk krijgen, actief luisteren, open houding, niet de eigen cultuur als meetinstrument gebruiken. In staat zijn tot kritische zelfreflectie. Direct communiceren kan ook op beleefde manier. Elk cliënt is uniek. Praat in de ik-vorm en niet wij en jullie. Alle culturele info als hypothese gebruiken die elke keer getoetst moet worden. Open vragen stellen. Voorkom machtsstrijd. | Perspectief vanuit trainer |

## B. Vragenlijst Interview experts

Dit interview is een onderdeel van een praktijkonderzoek naar mogelijkheden voor een betere vroeg- signalering van psychosociale problemen bij Syrische vluchteling kinderen tijdens het kennismakingshuisbezoek door de Jeugdgezondheidszorg. Ik verricht dit onderzoek in het kader van mijn opleiding tot Verpleegkundig Specialist aan de Hogeschool Utrecht.

**Doel en opbouw interview**

Doel van dit semi gestructureerde interview is om verschillende invalshoeken te verkennen die kunnen bijdragen aan een betere inventarisatie van zorgbehoeften zodat vroeg signalering van psychosociale problemen tijdig start. Hiermee uiteindelijk als doel om te komen tot een cultuur- sensitieve werkwijze kennismakings-huisbezoek aan Syrische vluchteling gezinnen. Duur van het interview is ongeveer 30. minuten. Ik zal u ongeveer 14 vragen stellen aan de hand van een topiclijst en begrippen uit de literatuurstudie die ik hiervoor heb verricht. De antwoorden zullen vertrouwelijk worden verwerkt. Ik zal het interview opnemen waarna ik een verslag maak en ter goedkeuring naar u zal versturen. Het verslag kunt u over ongeveer na een week verwachten. Heeft u nog vragen?

Kennis achtergrond Syrische vluchtelingen

1. Wat is uw werk achtergrond?
2. Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot zorg vanuit de preventie aan (Syrische) vluchtelinggezinnen?
3. Welke kennis is voor de hulpverlener (binnen de JGZ) van belang om te hebben in het contact met Syrische vluchtelinggezinnen?
4. Welke items zijn van belang om te inventariseren om zodoende de psychosociale gezondheid en opvoeding van Syrische vluchtelingkinderen in te kunnen schatten?
5. Welke reacties ziet u bij vluchtelingkinderen van jonge kinderen tot 4 jaar als gevolg van trauma’s ( of ouders met psychische problemen als gevolg van vluchten)?
6. Welke reacties ziet u bij ouders die trauma’s hebben meegemaakt ?

Vaardigheden en attitude JGZ professional

1. Vindt u vroeg signalering van psychosociale problemen bij vluchtelingkinderen een taak van de JGZ? Waarom?
2. Over welke vaardigheden dient de JGZ professional te beschikken om een kennismakingsgesprek met Syrische vluchtelingen aan te gaan?
3. Heeft u een specifieke methode die u gebruikt in de communicatie met vluchtelingen? Welke ?
4. Wat heeft de JGZ professional nodig om cultuur-sensitieve vaardigheden en attitude te ontwikkelen? ( of op het niveau van de vluchteling te kunnen communiceren)

Werkwijze kennismakingshuisbezoek

1. Wat houdt voor u, in het kader van zorg aan vluchtelingen, een ideaal kennismakingshuisbezoek in?
2. Welke signaleringsinstrumenten kunnen worden ingezet om **zorgbehoeften** in kaart te brengen?
3. Kunt u mogelijke instrumenten noemen die kunnen bijdragen aan de signalering van **psychosociale problemen** bij vluchtelingkinderen tot 4 jaar?
4. Welke toekomstige ontwikkelingen zou u willen zien ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg aan vluchtelinggezinnen?

Dit was de laatste vraag van mijn interview. Heeft u zelf nog vragen of aanvullingen? Dan wil ik u graag bedanken voor uw medewerking.

Fatiha Abdessadki

Topiclijst:

* Kenmerken Syrische vluchtelingen: beperkte gezondheidsvaardigheden, gezondheidszorg systeem land van herkomst, preventieve zorg niet bekend, taalbarrière, wantrouwen overheid mogelijk, privacy benadrukken,
* Vertrouwen als voorwaarde om gevoelige kwesties te bespreken, religie, familie centraal.
* Stigma psychische aandoeningen, taboe, stress, onzekerheid, factoren pre- migratie, tijdens migratie en post- migratie.
* Reacties kinderen gedragsproblemen, beschermende en risico factoren
* PTSS en depressie ouders, frequentie verhuizingen opvang risicovol.
* Cultuur sensitiviteit, benadering, kennis, vaardigheden en attitude.
* Continuïteit van zorg.
* Behoefte vluchtelingen t.a.v. zorg.
* Interventies/ signalering instrumenten validiteit.

## C. Vragenlijst Benchmarking

In het kader van de opleiding tot Verpleegkundig specialist verricht ik een praktijkonderzoek naar mogelijkheden voor een betere vroeg- signalering van psychosociale problemen bij Syrische vluchteling kinderen. Om hier aanzet tot te maken legt JGZ Almere een kennismakingshuisbezoek af waarbij zorgbehoeften van Syrische vluchteling gezinnen zoveel mogelijk in kaart worden gebracht

Ik zou u graag wat vragen willen stellen over de zorg aan vluchtelingen binnen uw organisatie. De antwoorden worden verwerkt in mijn praktijkonderzoek. Ik zal u ter goedkeuring een kopie van het verslag met antwoorden naar u per mail versturen.

Doelen:

Hoe doen wij het, in vergelijking met anderen?

* Wat kunnen we leren van en aan anderen?
* Welke processen kunnen we verbeteren en hoe kunnen we dat doen?
* Welke alternatieven zijn er voor onze aanpak?
* Wat zijn nieuwe ontwikkelingen in ons vakgebied?

Vragen :

1. Welke ervaringen heeft jullie organisatie met vluchtelingenzorg?
2. Is er een best practice binnen jullie JGZ organisatie?
3. Hoe leggen jullie contact met een vluchtelinggezin binnen jullie werkgebied?
4. Welk zorg pad volgt hierop? ( huisbezoek? Uitnodigen consultatiebureau?)
5. Wie zijn er betrokken bij de organisatie van zorg m.b.t. vuchtelingen?
6. Hebben jullie een werkwijze ontwikkeld specifiek m.b.t. zorg aan vluchtelingen?
7. Hoe brengen jullie zorgbehoeften van vluchtelinggezinnen in kaart?
8. Maakt jullie JGZ organisatie gebruik van een signaleringsinstrument of interventie om de psychische gezondheid en opvoeding van vluchteling kinderen in kaart te brengen?
9. Wat heeft de JGZ professional nodig aan vaardigheden en attitude in het contact met vluchtelingen?
10. Wat heeft de JGZ professional nodig aan kennis over vluchtelingen om problemen te kunnen signaleren?

Dank voor uw tijd en antwoorden. Heeft u zelf nog vragen?

Topiclijst:

* Kenmerken Syrische vluchtelingen: beperkte gezondheidsvaardigheden, gezondheidszorg systeem land van herkomst, preventieve zorg niet bekend, taalbarrière, wantrouwen overheid mogelijk, privacy benadrukken,
* Vertrouwen als voorwaarde om gevoelige kwesties te bespreken, religie, familie centraal.
* Stigma psychische aandoeningen, taboe, stress, onzekerheid, factoren pre- migratie, tijdens migratie en post- migratie.
* Reacties kinderen gedragsproblemen, beschermende en risico factoren
* PTSS en depressie ouders, frequentie verhuizingen opvang risicovol.
* Cultuur sensitiviteit, benadering, kennis, vaardigheden en attitude.
* Continuïteit van zorg.
* Behoefte vluchtelingen t.a.v. zorg.
* Interventies/ signalering instrumenten validiteit.