

Handreiking

Intake jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor statushouderskinderen

Achtergrondinformatie en aandachtspunten voor de JGZ-professional om vluchtelingenkinderen in de gemeente goed en snel in beeld te krijgen.



Inhoud

1	Inleiding	3
2	Algemene informatie	5
2.1	Waarom heeft een statushouderskind extra aandacht nodig?	5
2.2	Van asielzoeker naar statushouder	6
2.3	DDJGZ en gegevensoverdracht	6
2.4	Cultuursensitief communiceren	7
2.5	Tolk	7
2.6	Brieven en niet verschenen zonder bericht (NVZB)	8
3	Contactmomenten voor statushouderskinderen	10
3.1	Planning contactmomenten	10
3.2	Uitvoering onderzoek	11
3.3	Adviezen en voorlichting	12
3.4	Vaccinaties	14
3.5	Follow up, monitoring en verwijzingen	14
4	Samenwerkingspartners	17
4.1	Geboortezorg	17
4.2	Kinderopvang & Voorschoolse en Vroegschoolse Educatie	17
4.3	School/onderwijs	18
4.4	Maatschappelijke begeleiding, vrijwilligers en sleutelpersonen	18
4.5	Nidos	19
4.6	Afdeling tuberculosebestrijding	20
4.7	Huisarts en kinderarts	20
4.8	Hulpverleners psychische gezondheid	20
4.9	(Sociale) Wijkteams en andere varianten	21
4.10	Veilig Thuis	21
5	Achtergrondinformatie	22
	Bijlagen	23
	Bijlage 1: Definitielijst	24
	Bijlage 2: Verpleegkundige intake	26
	Bijlage 3: Medisch onderzoek	28
	Bijlage 4: Overzicht risico- en beschermende factoren statushouders	29
	Bijlage 5: Vragenlijsten	30
	Colofon	31

1 Inleiding

Kinderen van statushouders ontwikkelen zich over het algemeen goed en hebben veel veerkracht. Toch is er bij een deel van hen sprake van een verhoogd risico op gezondheids- en gedragsproblemen voortkomend uit de omstandigheden in land van herkomst en tijdens vlucht(reis). (bron: [Kennissynthese Pharos](#)). Bij aankomst in Nederland verdwijnen deze gezondheidsrisico's niet.

Statushouderskinderen hebben, net als alle andere kinderen in Nederland, het recht om zo gezond en zo veilig mogelijk op te groeien in Nederland. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) speelt hier een belangrijke rol in. Door de kinderen zo snel mogelijk in beeld te hebben, zet de JGZ in op preventie. Hiermee wordt de kracht van ouders versterkt. Vanaf het moment dat de statushouderskinderen in de gemeente wonen is de reguliere JGZ hiervoor verantwoordelijk.

Omdat statushouderskinderen een verhoogde kans op bepaalde gezondheidsrisico's hebben, kan het nodig zijn om extra JGZ-activiteiten in te zetten. In deze handreiking staat meer informatie over wat deze activiteiten inhouden en hoe je deze in kunt zetten. De inhoud van deze handreiking vormt daarmee een aanvulling op de reguliere werkwijze, kennis en vaardigheden van de JGZ-professional.

Doel handreiking

De handreiking is een hulpmiddel om jeugdgezondheidszorg professionals te ondersteunen die in hun werk te maken hebben met de gezondheid en zorg voor statushouderkinderen die in de gemeente wonen. Het is geen evidence-based richtlijn, maar een bundeling van praktische tips van professionals met hierbij suggesties voor interessante achtergrondinformatie.

De focus ligt op het intakegesprek (het eerste face-to-face contact met het statushouderskind in de gemeente). Daarnaast is de handreiking ook bedoeld als naslagwerk en bruikbaar voor vervolcontactmomenten.

Definities

Asielzoeker

Iemand die een asielaanvraag in Nederland heeft gedaan vanwege vrees voor vervolging in het land van herkomst. Bij een asielzoeker is nog niet bepaald of de vrees gegrond is, dit bepaalt de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) tijdens de asielprocedure.

Alleenstaande minderjarige vreemdeling (amv)

Iemand die bij aankomst in Nederland minderjarig (jonger dan 18 jaar) is, afkomstig van buiten de Europese Unie (EU) en naar Nederland is gekomen zonder ouder(s) of een andere persoon die het gezag over de jongere heeft. Het betreft jongeren met én zonder verblijfsvergunning.

Statushouder

Een asielzoeker die de asielprocedure heeft doorlopen en een verblijfstatus heeft gekregen. Hierbij is de vrees

voor vervolging in land van herkomst gegrond bevonden en mogen zij, zoals beschreven in het [Vluchtelingenverdrag](#), niet worden teruggestuurd naar het land van herkomst. De termen vergunninghouder en vluchteling worden ook gebruikt voor deze groep.

Vluchteling

Volgens de definitie van het Vluchtelingenverdrag van de Verenigde Naties uit 1951 is een vluchteling iemand die vervolging te vrezen heeft vanwege zijn ras, godsdienst of politieke overtuiging, of omdat hij/zij tot een bepaalde sociale groep behoort of een bepaalde nationaliteit heeft. In dit document is gebruik gemaakt van de term statushouder in plaats van vluchteling.

In [bijlage 1](#) is een uitgebreide beschrijving van de definities te vinden.

2 Algemene informatie

Als jeugdgezondheidszorg (JGZ) professional voer je de publieke gezondheidszorg voor jeugd tussen 0 en 18 jaar uit. Het doel van de JGZ is het bevorderen, beschermen en bewaken van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van deze jeugdigen, zowel individueel als op populatieniveau. De JGZ voert voor alle kinderen preventieve screenings uit op lichamelijk, cognitief en psychosociaal gebied. Hierdoor vervult de JGZ een belangrijke rol in vroegsignalering van risico's, korte interventies en doorverwijzing (bron: [VNG](#)).

In dit hoofdstuk volgt relevante informatie om deze taken ook bij statushouders zo goed mogelijk uit te kunnen voeren.

2.1 Waarom heeft een statushouderskind extra aandacht nodig?

De ontwikkeling van een kind is een ingewikkeld proces waarbij het kind fasen doorloopt in opmaat naar volwassenheid. Risico- en beschermende factoren beïnvloeden de ontwikkeling, het geheel daarvan bepaalt de kwetsbaarheid van een kind. De omgeving heeft hierbij een grote invloed op de ontwikkeling van het kind (bron: [NJl](#)).

In het geval van statushouderskinderen kunnen risico- en beschermende factoren in alle fasen van de migratie (voor, tijdens en na de vlucht) aanwezig zijn. De meeste statushouderskinderen ontwikkelen zich goed. Met een deel van de statushouderskinderen gaat het minder goed. Zij hebben (gezondheids-) problemen zoals overgewicht, gebrek aan bewegen, sikkelcelziekte, tekorten aan vitamine D, ijzer en calcium, psychosociale problemen en het vaker voorkomen van kindermishandeling (bron: [kennisynthese Pharos](#)).

Diverse risicofactoren spelen hierbij een rol, waarbij de belangrijkste worden gevormd door psychische problemen van moeder en blootstelling aan geweld (Bron: [NCJ richtlijn psychosociale problemen](#)). Dit in combinatie met de vele verhuizingen, stress bij ouders, onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem en een taalbarrière maken statushouderskinderen kwetsbaar. Hierbij vormen alleenstaande minderjarige vreemdelingen een extra kwetsbare groep binnen de statushouders, mede door de afwezigheid van ouders, beperkte gezondheidsvaardigheden en verminderde zelfstandigheid. (bron: [factsheet Pharos amv's](#)).

De aanwezigheid van beschermende factoren zoals positieve schoolervaringen, het bezit van veerkracht en sociale gezinscohesie verlagen de kwetsbaarheid.

Bovenstaande informatie is gebaseerd op diverse bronnen, echter meer wetenschappelijk onderzoek is nodig voor verdieping van de huidige kennis omtrent risico- en beschermende factoren bij statushouderskinderen.

2.2 Van asielzoeker naar statushouder

Als iemand in Nederland asiel wil aanvragen, meldt hij/zij zich bij het aanmeldcentrum Ter Apel of Schiphol. Daar vindt de officiële aanmelding plaats en wordt de asielprocedure van de Immigratie en Naturalisatiedienst (IND) opgestart. De asielzoeker verblijft, afhankelijk van de fase van de procedure, op diverse [COA-locaties](#) (Centraal Orgaan Asielzoekers-locatie), zoals bijvoorbeeld een asielzoekerscentrum. GGD GHOR Nederland heeft met het COA een contract afgesloten voor de uitvoering van de Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA). De GGD'en en een aantal JGZ-instellingen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de taken publieke gezondheid in de COA-opvanglocaties. Een van deze taken is de jeugdgezondheidszorg PGA (meer informatie: [factsheet Gezondheidszorg Asielzoekers, landelijke zorginhoudelijke taken PGA - JGZ](#) en [Infographic PGA-taken](#)).

Binnen 6 weken na aankomst in de COA-opvanglocatie krijgen alle kinderen en jeugdigen tussen 0 en 19 jaar een verpleegkundige intake met daaropvolgend binnen 3 weken een medisch onderzoek aangeboden. De PGA JGZ voert deze taken uit. Hierbij wordt de gezondheidssituatie in beeld gebracht en wordt het Rijksvaccinatieprogramma opgestart. Als de asielaanvraag door de IND wordt goedgekeurd, krijgt een gezin of jongere zo spoedig mogelijk een woning toegewezen en verhuizen deze mensen als statushouders naar de gemeente. Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv) krijgen bij aanmelding een voogd toegewezen en verhuizen bij het verkrijgen van een status naar een Nidos-woonlocatie in de gemeente. Op het moment dat een amv 18 jaar wordt, stopt begeleiding van Nidos en gaat de amv zelfstandig wonen.

Soms verloopt de asielprocedure zo snel dat kinderen bij vestiging in de gemeente nog geen JGZ-intake hebben gehad. Dit kan het geval zijn bij nareizigers die op basis van [gezinshereniging](#) naar Nederland zijn gekomen.

TIPS

- Geef de kinderen met een korte asielprocedure prioriteit bij de planning omdat zij waarschijnlijk (nog) niet helemaal in beeld zijn bij de JGZ.
- Neem contact op met je collega die in het AZC werkt (indien aanwezig) om je te laten informeren over zijn of haar werkzaamheden. Wissel mobiele nummers uit. Hierdoor wordt kennis en ervaring gemakkelijker gedeeld.

2.3 DDJGZ en gegevensoverdracht

Voor elk asielzoekerskind waarbij de PGA-JGZ tijdens het COA verblijf is opgestart, is een Digitaal Dossier jeugdgezondheidszorg (DDJGZ) aangemaakt. Bij verhuizing naar de gemeente draagt de JGZ-professionaal, betrokken bij de PGA, het DDJGZ actief over aan de reguliere JGZ. Dit betekent dat binnen 3 weken na verhuizing het DDJGZ, naar de nieuwe GGD of JGZ-organisatie wordt verstuurd, zonder dat de JGZ het heeft opgevraagd.

Iedere JGZ-organisatie heeft toegang tot de mutaties van de gemeentelijke Basisregistratie Personen (BRP, voorheen: GBA), hierbij is niet duidelijk of het statushouders betreft.

Er wordt momenteel gewerkt aan een update van de BRP autorisatie om dit wel mogelijk te maken. Tot die tijd kan samenwerking met het kinderdagverblijf, school, vluchtelingenwerk, vrijwilligerswerk, wijkteam, Nidos of het CJG helpen om op de hoogte te zijn van nieuwe statushouderskinderen in de gemeente. Houd daarbij wel rekening met de privacywetgeving.

TIPS

- Voor een goede gegevensoverdracht van statushouders zijn heldere werkafspraken nodig. Evalueer de werkafspraken regelmatig en stel ze eventueel bij. [Voorbeeld overdrachtsbrief](#).
- Door het actieve overdrachtsbeleid (zoals hierboven beschreven), kan een JGZ-dossier onaangekondigd binnenkomen. Spreek binnen de JGZ-organisatie af welke handelingen volgen en welke professionals deze oppakken. Zorg als ontvangende partij ook dat bij andere JGZ-organisaties goed bekend is wie het aanspreekpunt is om de dossiers in ontvangst te nemen.
- Laat uitvoerende professionals en ICT samen het DDJGZ van de intake inrichten. Gebruik hier bijvoorbeeld een intakeformulier voor. Voorbeelden: [GGD Hart voor Brabant](#) en [GGD Friesland](#).
- Kies als JGZ-professional voor een telefonische overdracht naar de JGZ in de nieuwe gemeente bij extra kwetsbare gezinnen/jongere. Op deze manier kun je extra uitleg geven.

2.4 Cultuursensitief communiceren

Communicatie is cultuursensitief als informatie in de culturele context kan worden geplaatst en als er in het gesprek aandacht en interesse is voor het persoonlijke verhaal. Van de professional wordt niet verwacht van alle cultuurverschillen op de hoogte te zijn, maar dat er begrip is voor het feit dat gebruiken in de Nederlandse cultuur niet voor iedereen vanzelfsprekend zijn. Cultuursensitief communiceren betekent ook dat de dominante cultuur niet wordt beschouwd als de 'superieure' cultuur. Er wordt gecommuniceerd vanuit een gelijkwaardige basis en uitleg vindt plaats om de ander te ondersteunen, zonder dit op een belerende manier te doen. Cultuursensitiviteit gaat niet alleen over kennis, maar ook over houding. Beiden zijn nodig om vertrouwen op te bouwen.

Er zijn diverse theorieën ontwikkeld om verschillen in opvattingen tussen culturen te verklaren. Een voorbeeld hiervan is de wij- en ik-cultuur, ook wel

collectivisme en individualisme genoemd. Het risico bij dit soort theorieën is echter dat door het onderscheiden van culturen, denken in stereotypes wordt bevorderd. Dit kan cultuursensitieve communicatie in de weg staan.

TIPS

- Vermijd te spreken vanuit aannamen en wees nieuwsgierig naar het persoonlijke verhaal van het kind/gezin.
- Het feit dat ouders een andere aanpak of opvatting hebben hoeft goed hulpverlenerschap niet in de weg te staan. Wel is het belangrijk dat het verschil bespreekbaar is.
- Het [Cultureel Venster Jeugdhulp](#) bevat een aantal voorbeeldvragen om een beter inzicht in de culturele en levensbeschouwelijke waarden van de ander te krijgen.
- Enige kennis van etnische en culturele gezondheidsverschillen kan helpen in een gesprek. Diverse [Pharos factsheets](#) zijn al beschikbaar en jeugd factsheets worden momenteel ontwikkeld in het kader van het Kennisdelingsprogramma.
- Pharos en GGD GHOR Nederland ontwikkelen een E-learning over cultuursensitief communiceren.
- Het EIF-project biedt een gratis [online training](#) op het gebied van 'vroegsignalering geestelijke gezondheidszorg- en licht verstandelijke beperking-problematiek bij migranten jeugd en cultuursensitief handelen' aan.
- Lees het artikel ['Je kunt niet niet communiceren'](#) voor meer informatie en tips over cultuur en cultuursensitief communiceren.

2.5 Tolk

Om de juiste informatie in het consult te verkrijgen en adviezen duidelijk over te brengen kan een tolk worden ingezet. Meestal wordt een professionele telefonische tolk gebruikt, soms ook een fysieke, al dan niet een informele tolk (uit het eigen netwerk). Er is geen landelijke vergoeding voor de inzet van tolken, GGD'en en JGZ-organisaties moeten dan ook zelf financiering regelen voor deze dienst. Veel organisa-

ties hebben intern en/of met hun gemeente afspraken gemaakt over hoe en wanneer tolken ingezet kunnen worden. Het gebruik van een informele tolk kan de klachtpresentatie veranderen, mogelijk worden moeilijke onderwerpen, zoals psychische problemen, vermeden (bron: [Community Project, Erasmus MC](#)).

TIPS

- Zorg dat je op de hoogte bent van de interne afspraken rondom de inzet van professionele tolken.
- Om de juiste afwegingen te maken bij het inzetten van een tolk hebben medische beroepsorganisaties de '[Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg](#)' opgesteld. Deze geeft onder andere handvatten bij de keuze voor een informele tolk (familie, vrienden) of een professionele tolk.
- Belast kinderen niet met de rol van een tolk, ook als ouders aangeven dat het wel kan.
- Gebruik zo veel mogelijk een gekwalificeerde tolk via een erkend tolk- en vertaalcentrum, zoals [Livewords](#) of [TVcN](#).
- Informeer de tolk bij de start van het gesprek over de gesprekspartners (aantal personen, voornamen, leeftijd van minderjarigen en relatie). Benoemen van de achternaam kan gevoelig liggen en is ook niet nodig voor de tolk.
- De tolk is geen deelnemer in het gesprek, dus houd oogcontact met ouder en kind, ook als de tolk spreekt.
- Spreek in de ik-vorm en spreek ouder en/of kind direct aan. Vraag dus niet: 'kunt u aan de ouder vragen of het kind 's nachts zindelijk is?' maar: 'Is uw kind 's nachts zindelijk?'
- Maak je zinnen kort en ondersteun je uitleg eventueel met plaatjes.
- Het gebruik van een tolk kost extra tijd, houd hiermee rekening in de planning van het consult.
- Voor meer tips over het voeren van een gesprek met een tolk, bekijk het [videocollege](#) van de NSPOH.

2.6 Brieven en niet verschenen zonder bericht (NVZB)

Bij het versturen van een uitnodigingsbrief voor een afspraak kun je er niet altijd vanuit gaan dat deze gelezen en/of begrepen wordt. Bij statushouders spelen diverse factoren een rol: taalbarrière, overvraging in periode na verhuizing (inburgeringscursus, kennismakingsafspraken, huis inrichten), angst voor kosten en onbekendheid met de preventieve (jeugdgezondheids-)zorg. Daarnaast is het in het land van herkomst mogelijk niet gebruikelijk om met afspraken te werken. In veel herkomstlanden gaan mensen naar een dokter (in het ziekenhuis) en wachten tot ze aan de beurt zijn. Als het te druk is, gaan ze weer naar huis en hoeven pas te betalen als ze daadwerkelijk geholpen zijn.

TIPS

- Houd de uitnodigingsbrief eenvoudig, gebruik eventuele pictogrammen als aanvulling. Meer informatie is beschikbaar via [Pharos](#) en [Gezondheidsvaardigheden.nl](#). Voorbeeldbrieven: [GGD GHOR Kennisnet](#) en [Pharos](#).
- Er is een informatie filmpje over de JGZ beschikbaar in het [Nederlands](#) en [Arabisch](#), deze kan voorafgaand aan het bezoek al vertoond worden door bijvoorbeeld het wijkteam, vluchtelingenwerk vrijwilliger of voogd.
- Bij niet verschijnen zonder bericht kun je informatie inwinnen door te informeren bij peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, school, wijkteam, Nidos of woonbegeleiding. Ga hierbij discreet om met informatie en houd rekening met het medisch beroepsgeheim. Overgaan op huisbezoek is hierbij een alternatief.
- Door de taalbarrière kun je ouders vaak niet terugbellen, vraag daarom in het consult hoe dit het beste te regelen. Dit kan bijvoorbeeld via de vrijwilliger van Vluchtelingenwerk, een brief of een vervolgspraak. Ouders gebruiken soms vertaalapps waardoor sms-berichten ook bruikbaar kunnen zijn.

- De aankondiging van een huisbezoek door middel van een brief lijkt niet altijd voldoende, schakel eventueel vrijwilligers van Vluchtelingenwerk of andere vrijwilligersorganisaties die betrokken zijn bij vluchtelingen in om de ouders en/of jongeren te informeren.

3 Contactmomenten voor statushouderskinderen

In het [Landelijk Professioneel Kader](#) (LPK) is vastgelegd wanneer en hoe JGZ-professionals reguliere contacten kunnen inzetten, flexibel en op maat van de jeugdige. In dit hoofdstuk staat beschreven wat nodig is voor statushouderskinderen.

3.1 Planning contactmomenten

Voor statushouderskinderen zijn minstens een verpleegkundige intake en medisch onderzoek nodig om een gezin of jongere in beeld te krijgen. Daarna dient een vervolgspraak te worden gepland om het gezin of jongere te kunnen monitoren. Ook dient een vaccinatieplan te worden opgesteld, met eventueel een uitnodiging voor het vaccinatiespreekuur. Als je als JGZ-professional inschat dat boven beschreven onderzoeken onvoldoende zijn, dienen extra afspraken zoals een contactmoment op indicatie te worden gepland.

Het is belangrijk de kennismaking met het kind niet te laten wachten tot het reguliere JGZ-contactmoment, maar kort na vestiging in de gemeente te plannen. Hierdoor is een kind snel in beeld en kan, indien nodig, in een vroeg stadium ondersteuning worden ingeschakeld.

Een huisbezoek als eerste contact is waardevol, om kennis te maken met het gehele gezin en de verpleegkundige intake uit te voeren. Om uiteindelijk een goede indruk te krijgen van de gezondheidssituatie van het gezin is daarna ook nog een medisch onderzoek nodig (bron: [uitwerking pilot huisbezoek JGZ](#)).

De ervaring leert dat contactmomenten meer tijd nodig hebben door het gebruik van een tolk, voorlichting over de jeugdgezondheidszorg en het

opstellen van een vaccinatieplan. De verpleegkundige intake kost al gauw meer dan een uur en het medisch onderzoek kost minstens 45 minuten. Daarnaast dient minstens 30 minuten administratietijd beschikbaar te zijn voor een goede registratie. De onderzoeken kunnen door de arts en verpleegkundige in dezelfde ruimte, op hetzelfde moment of op andere dagen worden uitgevoerd. Dit is afhankelijk van beschikbaarheid van ruimten en werkdagen van professionals. Houdt bij een huisbezoek ook rekening met de extra reistijd.

TIPS

- Plan de nieuwe kinderen in de gemeente zo snel mogelijk in, geef prioriteit aan kinderen in de leeftijd van 0-15 maanden, kinderen waarover zorgelijke signalen zijn afgegeven, minderjarige zwangeren en aan kinderen waarbij er nog geen intake in de COA-opvang heeft plaatsgevonden.
- Zorg dat vrijwilligers, die betrokken zijn bij het gezin, ouders informeren over het doel en de werkwijze van de JGZ.
- Plan waar mogelijk een intake voor het gehele gezin, ondanks leeftijdsverschillen. Ouders hebben al met veel verschillende hulpverleners te maken.

- Door bevindingen in het lichamelijk onderzoek kunnen heftige verhalen naar voren komen, stel het lichamelijk onderzoek dus niet uit tot het einde van het consult.
- Klik [hier](#) voor voorbeelden van werkinstructies van diverse GGD'en.

3.2 Uitvoering onderzoek

De intake bestaat uit een kennismaking (indien deze nog niet is geweest), uitleg over de JGZ, toestemming ontvangen rondom gegevensoverdracht, anamnese en adviezen. Bij elk contactmoment is het belangrijk vertrouwen op te bouwen met de ouder en/of kind. Mogelijk zijn zij eerder teleurgesteld in mensen (zoals smokkelaars of (zorg-)professionals (bron: [kennissynthese Pharos](#))).

Om een indruk van alle aspecten van de gezondheid van het kind te krijgen, is een uitgebreide anamnese nodig. In [bijlage 2](#) is een overzicht terug te vinden.

In gesprek met ouder(s) en/of kind is het van belang inzicht te krijgen in de beschermende factoren en risicofactoren die een rol spelen in de kwaliteit van de opvoeding en ontwikkeling van het kind. Hierbij dient ook een inschatting van de draagkracht van het gezin te worden gemaakt.

Door het feit dat kinderen hun thuisland hebben verlaten zijn er een aantal risicofactoren geldend voor de gehele groep statushouderskinderen. Bekijk per kind of er ook sprake is van specifieke risicofactoren. Zie [bijlage 4](#) voor een overzicht.

Het geheel van de factoren biedt aangrijpingspunten voor de uitvoering van de taken van de JGZ (signaleren, normaliseren, voorlichten, adviseren, ondersteunen, begeleiden en toeleiding naar zorg) en in te zetten interventies. Raadpleeg voor de uitgangspunten de [JGZ-richtlijnen](#).

Het eerste lichamelijk onderzoek dient door een jeugdarts of verpleegkundig specialist¹ te worden uitgevoerd en is een aanvulling op de anamnese. Bekijk [bijlage 3](#) voor de onderdelen van het onderzoek. De beschrijving van de uitvoering van het onderzoek is een aanvulling op het [PGA protocol intake JGZ asielzoekerskinderen 0-19 jaar](#). Door culturele waarden en/of traumatische gebeurtenissen kan een kind weigeren zich uit te kleden. Vertel het kind daarom aan het begin van het gesprek of uitkleden wel of niet wordt verwacht. Vraag eventueel of het gewenst is dat mannen de onderzoekskamer verlaten. Door vertrouwen op te bouwen in een eerste gesprek, kan in een vervolgspraak eventueel wel het lichamelijk onderzoek plaatsvinden. Forceer het kind niet om zich uit te kleden als het kind dat aanhoudend weigert. Bevindingen bij het lichamelijk onderzoek van het kind, zoals littekens, kunnen aanleiding geven tot nieuwe gespreksonderwerpen of vragen. Houd hier in de tijdsplanning rekening mee.

¹ De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige met een BIG geregistreerde masteropleiding die werkzaamheden van het medisch domein combineert met die van het verpleegkundig domein binnen het eigen deskundigheidsgebied. Zij werkt op expertniveau en is binnen dit expertisegebied o.a. bevoegd om zelfstandig te werken, diagnoses te stellen en te verwijzen waar nodig is. De verpleegkundig specialist is lid van het JGZ-team, zij maakt net als de andere teamleden gebruik van de expertise van collega's en speciaal van de jeugdarts als het gaat om complexe medische problematiek.

TIPS

- Begin het eerste gesprek met uitleg wie je bent, wat je functie is en wat de JGZ doet in Nederland. Leg ook uit wat het doel is van het onderzoek en dat het onderzoek geen invloed heeft op het vervolg van de IND-procedure.
- Bekijk in het contactmoment wat nodig is om de beschermende factoren te ondersteunen en wat een kind en ouder(s) daar zelf in kunnen doen. Dit kan eventueel met behulp van het DMO-protocol.¹
- Ga na of gezinsleden gescheiden van elkaar zijn geweest en hoe het nu gaat. De gezinsdynamiek kan bij hereniging veranderd zijn.
- Zorg dragen voor familieleden is in meerdere culturen gebruikelijk, bekijk per kind of de mate van zorg past bij de leeftijd en wat de invloed is op de ontwikkeling om te beoordelen of er sprake is van [parentificatie](#).²
- Vragen naar gevoelige informatie, zoals trauma's en vluchtgeschiedenis, kunnen over het algemeen beter gesteld worden wanneer er een basis voor vertrouwen is gelegd. Vaak is het beter om eerst in te gaan op de reden van komst naar Nederland, alvorens naar deze achtergrondinformatie te vragen.
- Wees bedacht op sociaal wenselijke antwoorden die kunnen voortkomen uit schaamte.
- Op dit moment zijn er nog geen vragenlijsten gevalideerd en genormeerd voor vroegsignalering van psychische problemen bij schoolgaande statushouderskinderen. In praktijk worden deze vragenlijsten wel gebruikt. [Lees bijlage 5](#) voor meer informatie.

- Niet alle statushouders beschouwen een psychische aandoening als een gezondheidsprobleem waarmee je naar een arts gaat. Houd hier rekening mee in je manier van vragen (bron: [Integratie statushouders in de Nederlandse gezondheidszorg](#)).

3.3 Adviezen en voorlichting

De intake is ook een moment om advies en voorlichting te geven die zijn gericht op het behoud of vergroten van de veerkracht en gezondheid. Eventueel kan hier in een vervolgspraak of een groepsbijeenkomst dieper op worden ingegaan.

Statushouders zijn vaak onbekend met de voorlichting over reguliere onderwerpen zoals voeding, spel & speelgoed, (veilig) slapen, houding/bewegen, stimuleren spraak-taal ontwikkeling, zindelijkheid, vitamine D/K, seksualiteit, middelengebruik en mondzorg. De inhoud van deze voorlichting verschilt niet van Nederlandse kinderen, wel moet de professional zich realiseren dat bijvoorbeeld slaap- en zindelijkheidsproblemen vaker kunnen voorkomen bij statushouderskinderen. In gesprek met statushouders zijn er nog een aantal specifieke onderwerpen van belang:

- Adviseer gebruik van **vitamine D** bij een donkere huid, klik [hier](#) voor doseringsadviezen.
- Houd rekening met verschillende culturele opvattingen over **borstvoeding**. In de Koran staat bijvoorbeeld dat borstvoeding tot de leeftijd van twee jaar dient te worden gegeven. Ook kan een moeder vasten in de Ramadan tijdens de borstvoedingsperiode. Ga hierover een explorerend gesprek aan met de moeder en geef gepaste adviezen. Klik [hier](#) voor informatie en tips over borstvoeding en de Ramadan.

¹ Het DMO-protocol is een gespreksprotocol ontwikkeld in opdracht van Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling Amsterdam. Het is een volgsysteem waarbij kind- gezin- en omgevingsfactoren in kaart worden gebracht en door de tijd heen kunnen worden gevolgd. Ga voor een voorbeeld naar pagina 26 van het onderzoek [Vroegsignalering bij migrantenkinderen van Pharos](#)

² Parentificatie: Wanneer er te veel van een jeugdige gevraagd wordt en de jeugdige daar te weinig voor terugkrijgt van zijn ouders, kan in extreme gevallen sprake zijn van parentificatie. Parentificatie wil zeggen dat een jeugdige langdurig de rol van ouder op zich neemt met de bijbehorende taken en verantwoordelijkheden. Het gaat erom dat de zorg langdurig 'ongepast' is. Ongepast in de zin van niet passend bij de leeftijd en de cultuur van de jeugdige en schadelijk voor zijn ontwikkeling.

- Ondersteun het gesprek over **voeding** met plaatjes of folders. Ouders kennen niet altijd de producten van de schijf van vijf. Ongezonde voedingspatronen van ouders kunnen voortkomen uit schuldgevoel of stress naar aanleiding van de vlucht. Ouders hebben soms (tijdens de vlucht) hun kinderen bepaalde voeding moeten ontzeggen en gebruiken bijvoorbeeld snoep om de kinderen nu te verwennen (bron: [voeding en gezondheid bij asielzoekers- en vluchtelingenkinderen](#)).
- Raad **zwemles** aan en bespreek eventueel de gevaren van buitenwater. [Onderzoek](#) heeft aangetoond dat migranten een hoger risico op verdrinking hebben. De site [Veiligheid.nl](#) heeft meer tips over veiligheid rondom water.
- Geef **psycho-educatie**. Na het doorstaan van schokkende gebeurtenissen kunnen negatieve gevoelens of verwarrende emoties ontstaan. Hierbij is het niet aan te bevelen uitgebreid stil te staan bij de doorgemaakte gebeurtenissen. Het gaat er vooral om dat statushouders weten dat deze problemen kunnen ontstaan, dit niet vreemd is en dat er meerdere manieren zijn om daar mee om te gaan.
- Vertel dat iemand bij vragen over **seksualiteit** terecht kan bij de JGZ, GGD en huisarts. Licht kort iets toe over reproductieve rechten in Nederland, zoals het beslissen over wanneer men kinderen wil en het homohuwelijk. Ga voor achtergrondinformatie over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van diverse landen naar [GGD GHOR Kennisnet](#). Ook is een rapport met informatie over [seksualiteit van Syriërs](#) opgesteld door Rutgers.
- Stimuleer mensen afkomstig uit een risicoland op uitnodigingen voor een **tbc-screening** in te gaan. Na de verplichte longfoto en eventuele BCG-vaccinatie, bij binnenkomst in Nederland, zijn er voor mensen uit hoog-risicolanden nog 2 jaar lang halfjaarlijkse vrijwillige controles waarvoor ze worden opgeroepen door de lokale GGD. Meer informatie is te lezen in het [PGA protocol tbc-screening](#).
- Bespreek de uitdaging van het **opvoeden** in 2 culturen. Ouders willen graag zo snel mogelijk weer gewone ouders zijn, maar moeten opnieuw hun weg vinden in een voor hen vreemde omgeving

en vaak andere opvoedingsnormen. Dit kan voor extra spanningen zorgen. Wijs ouders bijvoorbeeld op de Nederlands-Arabisch facebookpagina '[Opgroeien in Nederland](#)'. Bespreek dat door een liefdevolle, steunende en emotioneel beschikbare houding van ouders kinderen al veel negatieve ervaringen kunnen verwerken. Geef ook voorbeelden van lokale mogelijkheden zoals koffi-ochtenden, CJG, [Home Start](#) enzovoorts.

Lees [hier](#) meer over opvoeddilemma's van een aantal Syrische ouders.

- Maak **vrouwelijke genitale verminking (VGV)** bespreekbaar met ouder(s) en meisjes afkomstig uit een risicoland. Door VGV bespreekbaar te maken kan een nieuwe VGV voorkomen worden. VGV is strafbaar in Nederland, ouders kunnen worden berecht voor een besnijdenis, ook als het meisje buiten Nederland wordt besneden. JGZ-professionals kunnen, als een meisje uit een risicoland naar thuisland reist, een '[Verklaring tegen meisjesbesnijdenis](#)' meegeven. Hiermee kunnen ouder(s) en meisjes zich beschermen tegen gezins- en groepsdruk. De [factsheet VGV](#) van Pharos geeft meer informatie over de Nederlandse ketenaanpak. Werk als JGZ samen met verloskundigen bij zwangere vrouwen met VGV, klik [hier](#) voor adviezen aan de verloskundigen.

TIPS

- Stimuleer ouders en jongeren vragen te stellen aan hulpverleners. Dit zet de mensen in hun kracht en bevordert zelfredzaamheid.
- Zoek contact met een gezondheidsbevorderaar of gemeente van jouw werkgebied en vraag na welke onderwerpen worden besproken in de groepsvoorlichting aan jeugdigen, amv en/of ouders. Lever eventueel zelf onderwerpen aan bij terugkomende vragen in de spreekkamer.
- Sluit als JGZ-professional een keer aan bij een groepsvoorlichting aan statushouders, de groepsdynamiek kan andere gesprekken en vragen opleveren.

- Doe de vernieuwde [e-learning over VGV](#) van GGD GHOR Nederland, deze is vanaf januari 2018 beschikbaar.
- Handige links met informatie over gezondheid en opvoeden voor het gebruik door statushouders zelf zijn: [Facebook pagina Syriërs Gezond](#), [Facebook pagina Eritreeërs Gezond](#), [Gezondinederland.info](#).

3.4 Vaccinaties

Alle kinderen hebben recht op deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Van alle asielzoekerskinderen dient een [vaccinatiestatus en -opdrachtformulier](#) te worden opgesteld door de jeugdarts en naar het RIVM te worden gestuurd.

De PGA jeugdarts stelt dit formulier op en maakt een (inhaal-)vaccinatieschema bij de intake van het kind tijdens het verblijf in de COA-opvang. Het komt voor dat kinderen de procedure zo snel doorlopen, dat ze al een verblijfsvergunning hebben en in een gemeente zijn gehuisvest, voordat er een vaccinatie-intake heeft plaatsgevonden en een vaccinatieplan is gemaakt. Dit geldt met name voor de kinderen van gezinsherenigers die kort of niet in de COA-opvang verbleven.

Bij deze kinderen moet de jeugdarts van de reguliere JGZ alsnog de vaccinatiestatus beoordelen en een vaccinatieplan maken. Daarvoor kan het vaccinatiestatus en -opdrachtformulier gebruikt worden.

Het kan ook voorkomen dat kinderen bij aankomst in Nederland al een verblijfsvergunning hebben. Dit zijn vestigers en voor hun geldt een andere procedure rondom de vaccinaties. [Klik hier](#) voor meer informatie.

Als het [vaccinatiestatus en -opdrachtformulier](#) nog niet binnen 20 weken na binnenkomst in Nederland is opgestuurd naar het RIVM, stuurt het RIVM-DVP tot de 13^e verjaardag een blanco RVP-vaccinatiebewijs en een volledige set vaccinatiekaarten naar de ouders, passend bij de leeftijd van het kind. De folder '[bescherm uw kind](#)' is beschikbaar in diverse talen.

De jeugdarts is eindverantwoordelijk voor het inventariseren van de vaccinatiestatus en het stellen van een indicatie voor (inhaal)vaccinaties. De jeugdarts dient het RIVM hierover te informeren. Hiervoor kan het [vaccinatiestatus- en -opdrachtformulier](#) worden gebruikt. Het RIVM vertaalt geen vaccinatiebewijzen van asielzoekers en statushouders.

Zolang de vaccinatieserie is gestart voor de 19^e verjaardag, mag deze na de 19^e verjaardag nog worden afgemaakt. Echter, vanaf 01-01-2018 wordt deze leeftijd verlaagd naar 18 jaar. Dit geldt voor vaccinatieplannen die na 1 januari 2018 worden opgesteld.

TIPS

- Klik [hier](#) voor de leidraad 'uitvoering RVP bij asielzoekerskinderen'. Dit bevat ook relevante informatie voor statushouderskinderen.
- Klik [hier](#) voor veelgestelde vragen, antwoorden én belangrijke tips over uitvoering van het RVP bij asielzoekerskinderen en statushouderskinderen.
- Klik [hier](#) voor de website van de WHO met vaccinatieschema's van verschillende landen
- Klik [hier](#) voor een overzicht van de vaccinatiegereguleerder van diverse landen.
- De afdeling tuberculosebestrijding van de lokale GGD geeft een BCG-vaccinatie aan asielzoekerskinderen <12 jaar uit risicolanden. Vooraf aan deze toediening krijgen de kinderen eerst een hiv onderzoek.

Op [pagina 16](#) vindt u een Stappenplan voor de beoordeling van een vaccinatiestatus.

3.5 Follow up, monitoring en verwijzingen

Nadat de intake heeft plaatsgevonden is het belangrijk een adequate monitoring te hanteren. Weeg af of een extra contactmoment nodig is. Of dat de kinderen kunnen 'meedraaien' in de reguliere contactmomenten zoals in het [Landelijk Professioneel Kader](#) beschreven.

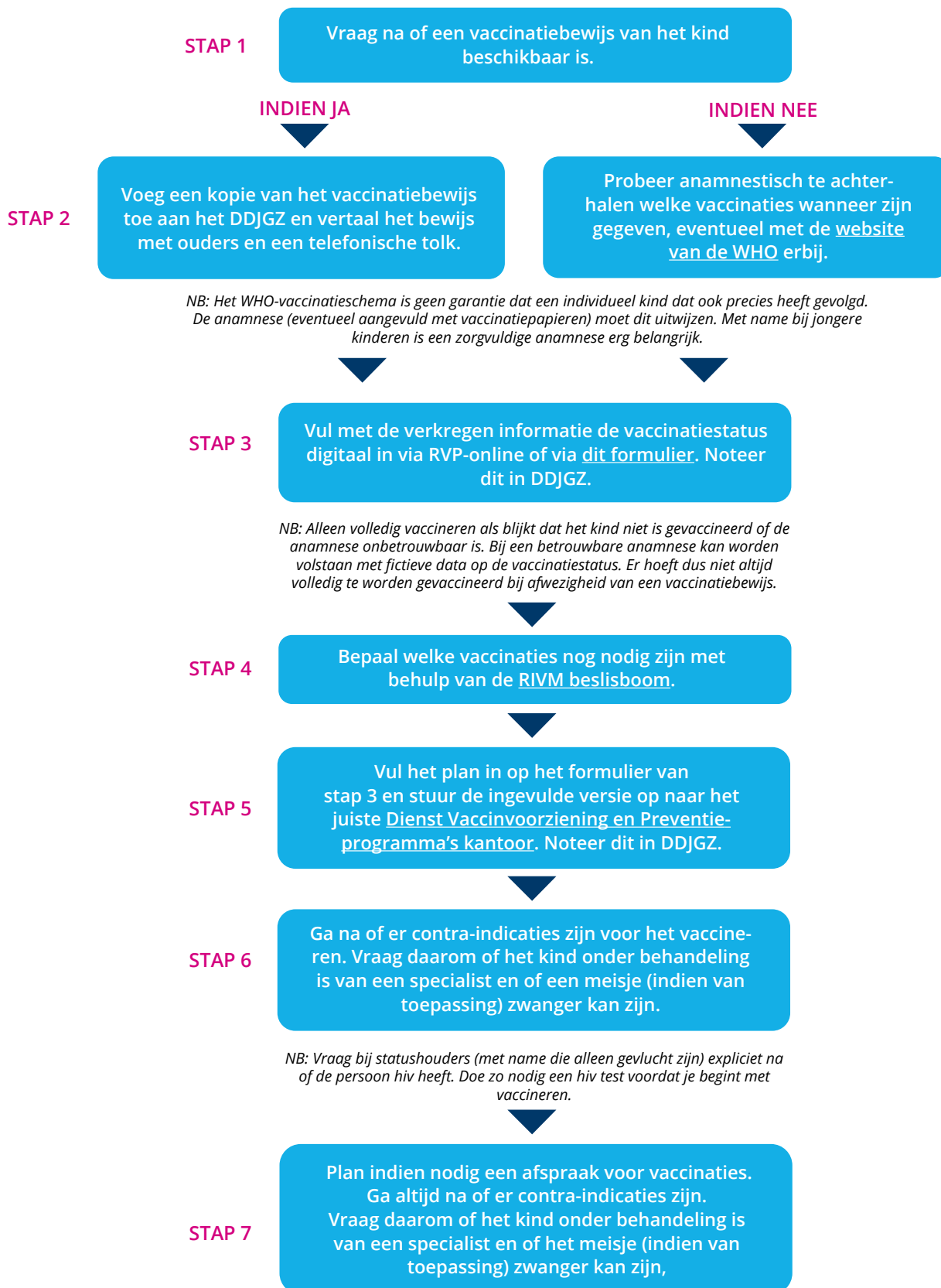
Het advies is om een vervolgspraak te maken ter monitoring van de groei. Het tijdsinterval is afhankelijk van de leeftijd. Wisselend van een maand tot uiterlijk een jaar. Vraag bij deze vervolgspraak ook hoe het gezin of de jongere de weg vindt in Nederlandse samenleving en hoe de opvoeding en gezinsdynamiek wordt ervaren. Met het krijgen van een verblijfsvergunning en huis is niet altijd de onzekerheid over de toekomst verdwenen.

Klik [hier](#) voor een voorbeeld uit Tilburg van JGZ-activiteiten die kunnen plaatsvinden na het uitvoeren van de intake.

TIPS

- Ga na wat de reden was als een verwijzing niet is opgevolgd. Taalbarrière en onbekendheid met het zorgsysteem kunnen hierin een rol spelen.
- In het geval van traumatische ervaringen kan zich een latente periode voordoen na aankomst in Nederland. Het kind is dan nog bezig met overleven en pas later komen de eventuele posttraumatische klachten naar voren. Houdt hier rekening mee in de monitoring (bron: [Handreiking voor huisartsen over vluchtelingen-kinderen- en jongeren](#)).
- Realiseer je dat bij een deel van de kinderen de verwerking van een traumatische gebeurtenis kan stagneren en langdurige klachten kunnen ontstaan. Maak afspraken met ketenpartners hoe deze stagnatie wordt opgemerkt zodat hulp tijdig kan worden ingezet.
- Sociale steun is belangrijk voor de veerkracht en integratie van statushouders, schat bij een vervolgspraak in of er voldoende sociale steun aanwezig is door bijvoorbeeld te vragen: 'Zijn er mensen die u kunt bellen als u hulp nodig heeft?' of 'Wat doet u als u onverwachts weg moet en de kinderen niet mee kunnen?'

Stappenplan voor de beoordeling van een vaccinatiestatus



4 Samenwerkingspartners

Hieronder volgt een beknopt overzicht van betrokken ketenpartners in de bevordering van gezondheid en veerkracht rondom statushouderskinderen. Na vestiging in de gemeente vallen de kinderen en gezinnen, net als Nederlandse burgers, onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Dit overzicht vormt een aanvulling op de reeds bestaande sociale kaart (voorbeeld: de sociale kaart van [GGD regio Utrecht](#)).

4.1 Geboortezorg

In de zorg rondom moeder en kind dient rekening te worden gehouden met het feit dat abortus, tienerzwangerschappen en moedersterfte vaker voorkomen bij vluchtelingen en zij een grotere kans hebben op doorgemaakt seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking (bronnen: '[A safe and healthy future?](#)', [Kennissynthese Pharos](#)). Hierbij vormen amv-meisjes nog een extra kwetsbare doelgroep, omdat zij vaak alleen zijn gevlucht en zonder ouder(s) in Nederland zijn. Deze meisjes goed in beeld hebben, en tijdig in de zorg krijgen, is daarom van grote waarde. Dit behoeft een goede samenwerking en uitwisseling tussen verloskundige, kraamzorg en JGZ.

TIPS

- Sommige verloskundige praktijken hebben een specifiek zorgpad voor statushouders, neem contact op met de lokale verloskundige praktijken om je hierover te laten informeren.
- Zwangeren die relatief nog kort in Nederland zijn lopen hoger risico op problemen rondom de zwangerschap. Onbekendheid met het gezondheidssysteem en een taalbarrière spelen hier mogelijk een rol. Maak afspraken in de keten over prenatale contactmomenten en voorlichting voor statushouders.

- In Nederland worden alle zwangeren getest op HIV. Lees op de site van [KNOV](#) welke onderzoeken plaatsvinden bij zwangeren.

4.2 Kinderopvang & Voorschoolse en Vroegschoolse Educatie

Kinderopvang is een verzamelterm voor diverse vormen van opvang van kinderen tussen 0 en 12 jaar. Voorschoolse – en Vroegschoolse Educatie (VVE) is onderwijs voor peuters en kleuters met een taalachterstand. Een voorschool is een peuterspeelzaal of een kinderdagverblijf met VVE. Een vroegschool bestaat uit de groepen 1 en 2 van een basisschool met VVE (bron: [Rijksoverheid](#)). Het doel van VVE is het voorkomen, vroegtijdig opsporen en aanpakken van taal- en onderwijsachterstanden bij jonge kinderen. Gemeenten hebben de taak een VVE-aanbod te doen voor peuters met een risico op taalachterstand. Niet iedere gemeente definieert de doelgroep voor dit aanbod op gelijke wijze.

TIPS

- De JGZ speelt een belangrijke rol in toeleiding naar VE. Houd rekening met verschillende doelgroepdefinities en informeer hiernaar bij de gemeente. Lees de [NCJ VE handreiking](#) voor meer achtergrondinformatie.
- Ouderbetrokkenheid bij VE is belangrijk, bespreek als JGZ-professional wat de ouder kan betekenen in de bevordering van de taalontwikkeling van het kind.
- Werk samen met peuterspeelzaal en kinderopvang door middel van bijvoorbeeld themabijeenkomsten, extra voorlichting en/of gesprekken.

4.3 School/onderwijs

Statushouderskinderen die naar Nederland komen in de leerplichtige leeftijd, komen terecht in het eerste-opvangonderwijs. In het voortgezet onderwijs wordt dit ook wel de internationale schakel klas (ISK) genoemd. Dit is onderwijs bedoeld voor leerlingen die de Nederlandse taal niet of nauwelijks machtig zijn en minder dan een jaar in Nederland verblijven. Leerlingen krijgen tijdelijk in een aparte groep of op een aparte school les en stromen vervolgens door naar het regulier onderwijs.

Er zijn geen landelijke richtlijnen over de organisatievorm, dit hangt af van lokale afspraken tussen bijvoorbeeld schoolbesturen en gemeenten. (bron: [Onderwijsraad](#)).

[LOWAN](#) ondersteunt de scholen die het Eerste Opvangonderwijs aan nieuwkomers verzorgen in zowel het Primair- als het Voortgezet Onderwijs.

Ook ondersteunen zij reguliere scholen met statushouderskinderen.

TIPS

- Er is een [E-learning](#) over ondersteuning van een vluchtelingenkind in de klas beschikbaar. Deze bevat informatie die ook interessant is voor JGZ-professionals.
- Zorg voor intensieve samenwerking tussen JGZ en school. De leerkracht heeft een belangrijke rol in vroegsignalering van problematiek.
- Op school wordt vaak ook een intake gedaan, het LOWAN heeft voor leraren een [factsheet](#) gemaakt.
- Leestips: [Tipsheet leerkracht basisonderwijs GGD Twente](#), [Handreiking vluchtelingen-kinderen op school](#).
- Autisme wordt minder snel herkend bij migrantenkinderen. Wees hierop alert bij aanhoudende taal- en communicatieproblemen. (bron: [NJI](#)).

4.4 Maatschappelijke begeleiding, vrijwilligers en sleutelpersonen

De gemeente heeft de wettelijke taak om maatschappelijke begeleiding te bieden aan statushouders en hun gezinsleden. Dit houdt in: wegwijzen maken in gemeente, praktische hulp, hulp bij start van inburgering en stimuleren van participatie. Voorbeelden hiervan zijn inschrijving bij tandarts en huisarts. De gemeente mag deze taak zelf invullen of uitbesteden. Hiervoor worden [Vluchtelingen Werk Nederland](#) (VWN) of andere organisaties die verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke begeleiding ingeschakeld. Voor de uitvoering van de taken worden met name vrijwilligers ingezet en vaak zijn ook lokale initiatieven beschikbaar van betrokken burgers of kerken.

Daarnaast kunnen ook sleutelpersonen worden ingeschakeld. Dit zijn mensen die gemakkelijk contact leggen met een culturele gemeenschap en meestal vanuit professionele of persoonlijke achtergrond ervaring hebben met mensen uit verschillende culturen.

Er zijn diverse initiatieven in Nederland die gebruik maken van sleutelpersonen. In 2017 hebben bijvoorbeeld Pharos en GGD GHOR Nederland in het kader van het Kennisdelingsprogramma Gezondheid Statushouders een pool sleutelpersonen opgeleid. In de [brochure](#) staat beschreven wie deze sleutelpersonen zijn en wat zij kunnen betekenen voor gemeenten. Een ander voorbeeld van het NJI is [Moeders informeren Moeders](#).

TIPS

- Zorg voor een goede samenwerking met vrijwilligers rondom statushouders, zorg dat vrijwilligers op de hoogte zijn van de taken van de JGZ en vice versa. Dit draagt bij aan een goede vroeg-signalering.
- JSO heeft een handreiking geschreven ter ondersteuning van ervaren vrijwilligers die opvoedondersteuning geven. Klik [hier](#) voor de handreiking.
- Vrijwilligers kunnen statushouders onder andere helpen bij de inschrijving bij een sportclub, begeleiden bij verwijzingen en uitleg geven over de JGZ.
- Bekijk de [factsheet](#) samenwerkingsmogelijkheden tussen VWN en JGZ en onderzoek welke VWN-projecten in jouw regio worden uitgevoerd. [VWN Nederland Oost](#) heeft bijvoorbeeld een opvoedondersteuningsproject opgestart.

4.5 Nidos

Alle minderjarigen in Nederland dienen onder gezag te staan. Dit kan ouderlijk gezag of voogdij zijn. De verantwoordelijkheid van de voogd is afgeleid van het ouderlijk gezag. De voogd is er verantwoordelijk voor dat de minderjarige goed wordt verzorgd en opgevoed, maar heeft niet de plicht dit zelf te doen. Voor kinderen die zonder ouder(s) in Nederland asiel aanvragen, de alleenstaande minderjarige vreemdelingen (amv) voorziet Nidos middels (tijdelijke) voogdij in het gezag tot de leeftijd van 18 jaar. Amv die in de leeftijd van 17 jaar en 6 maanden in Nederland komen krijgen geen voogd/jeugdbeschermer meer toegewezen.

De [factsheet amv](#) van de VNG geeft meer informatie. Amv vormen een kwetsbare doelgroep, de [factsheet van Pharos](#) vertelt er meer over.

Als JGZ-professional is het belangrijk te weten dat er bij een:

- De minderjarige amv **tot 12 jaar** toestemming van de voogd nodig is voor onderzoek en/of behandeling. De voogd heeft recht op informatie.
- De minderjarige amv van **12 tot 16 jaar** de minderjarige en de voogd in principe beiden toestemming moeten geven voor een behandeling. Er zijn situaties waarin de behandeling zonder toestemming van de voogd mag plaatsvinden en waarbij de voogd dus ook niet geïnformeerd hoeft te worden door de zorgverlener, namelijk bij: ernstig nadeel (bijvoorbeeld behandeling van een geslachtsziekte, het voorschrijven van de pil) en weloverwogen wens (bijvoorbeeld abortus of vaccinatie). De minderjarige geeft zelf toestemming voor het verstrekken van gegevens aan derden.
- De minderjarige amv van **16 of 17 jaar** geeft zelf toestemming voor het verstrekken van gegevens aan derden. De voogd heeft dus niet automatisch recht op informatie. De minderjarige kan zonder tussenkomst van voogd een behandelovereenkomst sluiten en toestemming voor een behandeling geven.

TIPS

- In de Publieke Gezondheid Asielzoekers JGZ dienstverlening met het COA rondom amv zijn [zorgketensamenwerkingsafspraken](#) gemaakt en vastgelegd. Deze kunnen als voorbeeld dienen voor de reguliere (zorg)ketensamenwerking.
- Gezien de extra kwetsbaarheid van amv is een goede samenwerking belangrijk. Zorg dat de voogd, woonbegeleiding en de leerkracht de JGZ kan vinden bij zorgen. Geef daarbij ook aan met welke zorgen ze bij de JGZ terecht kunnen en wanneer andere lokale partners zoals het wijkteam, POH GGZ meer geschikt zijn.

4.6 Afdeling tuberculosebestrijding

Alle asielzoekerskinderen afkomstig uit tuberculose (tbc) [risicolanden](#) ondergaan, binnen enkele weken na aankomst in Nederland, een verplichte tuberculose-screening. De GGD'en maken hiervoor een longfoto op een Centrale Opvang Locatie. Bij een statushouderskind jonger dan 12 jaar, afkomstig uit een land waar het risico op tbc hoog is wordt gekeken of het kind ooit een BCG-vaccinatie heeft ontvangen of besmet is geweest met tbc. Indien dit niet het geval is, wordt door de lokale GGD een BCG-vaccinatie toegediend. Hierna vindt bij mensen uit hoogrisicolanden ook nog tot twee jaar na aankomst in Nederland, een halfjaarlijkse vrijwillige screening plaats. Kinderen van statushouders die geboren zijn in Nederland, vallen niet onder de verplichte tbc-screening. Voor meer informatie over de tuberculose-screening klik [hier](#).

4.7 Huisarts en kinderarts

Huisartsen zijn net als bij andere kinderen verantwoordelijk voor de 1^e lijn curatieve zorg. Zij kunnen het medisch dossier bij de huisarts in de COA-opvang opvragen. Daarnaast voeren zij vaak ook een intakegesprek met de statushouders. Huisartsen worden voorzien van informatie via [Huisarts-migrant.nl](#). Voor hen is binnenkort via [Health\[e\]Foundation](#) een e-learning beschikbaar ter ondersteuning van hun kennis, vaardigheden en zorg voor vluchtelingen

TIPS

- Maak werkafspraken met de huisartsen in de regio in de samenwerking omtrent statushouders. Laat je inspireren door de algemene [samenvattingskaart](#) die de Landelijke Huisartsen Verenootschap en de Jeugdartsen Nederland samen hebben opgesteld.
- De huisartsen handreiking '[Psychische problematiek bij vluchtelingenkinderen en jongeren](#)' is ook informatief voor JGZ-professionals.
- De JGZ-professional kan door voorlichting over het Nederlands gezondheidssysteem de toegankelijkheid van de curatieve zorg voor statushouders verbeteren.
- Momenteel ontwikkelen [Kinderartsen](#) en [Jeugdartsen](#) een multidisciplinaire handreiking voor vluchtelingenkinderen.

4.8 Hulpverleners psychische gezondheid

Vroege opsporing en snelle behandeling van psychische (gezins-) problematiek voorkomt of beperkt de latere gevolgen hiervan. De jeugdarts kan, indien nodig, verwijzen naar de psycholoog van de basis of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Overigens kunnen welzijnsinstellingen, laagdrempelige opvoedondersteuning en sportverenigingen ook positief bijdragen aan de psychische gezondheid van kind en/of ouder. De instellingen en organisaties zijn zelf verantwoordelijk voor het regelen van een tolk. Exploreer de samenwerkingsmogelijkheden zo veel mogelijk op lokaal niveau.

TIPS

- Het kan handig zijn om bij een verwijzing naar de GGZ de taal van kind en/of ouder alvast te vermelden in de brief.
- In sommige culturen speelt schaamte en eer een rol en heerst een taboe op psychische problemen. Maak dit zo snel mogelijk bespreekbaar in de spreekkamer.

4.9 (Sociale) Wijkteams en andere varianten

De gemeente is verantwoordelijk voor toegankelijke en laagdrempelige opvoedingsondersteuning en jeugdhulp. Dit kan de gemeente regelen door taken van bestaande instanties, zoals het Centrum voor Jeugd en Gezin en welzijnsorganisaties uit te breiden. Ook kan de gemeente multidisciplinaire teams, met beroepskrachten uit verschillende instellingen, opzetten zoals (sociale) wijkteams, buurtteams of wijknetwerken. Zij houden zich bezig met preventie en ondersteuning en bieden vaak ook lichte hulp en toegang tot gespecialiseerde hulp. Het doel is door samenwerking tussen instellingen in de wijk de zorg dichterbij het kind en gezin te organiseren.

TIPS

- Statushouders kloppen vaak niet uit eigen beweging aan bij wijkteams, bespreek met het wijkteam of zij dit signaal herkennen en of een outreachende aanpak door hen mogelijk is.

Eergerelateerd geweld komt met name voor bij bevolkingsgroepen van rond de Middellandse Zee, het Midden-Oosten, Zuid- en Centraal-Azië. Zij hebben een sterke groeps cultuur en familie-eer speelt daar een grotere rol (bron: [Huiselijkgeweld.nl](https://huiselijkgeweld.nl)). Klik [hier](#) voor meer informatie van Movisie over eergerelateerd geweld.

TIPS

- Weglopen net voor de zomervakantie en onverwachte afwezigheid van een leerling in het nieuwe schooljaar kunnen een signaal zijn van gedwongen huwelijk of andere schadelijke traditionele praktijken. Klik [hier](#) voor de handreiking [kindhuwelijken en informele huwelijken](#) van Huiselijkgeweld.nl.
- Overleg met een ervaren professional in je eigen organisatie, [Veilig Thuis](#) of teamleden van het [project vluchtelingen bij Pharos](#) als je twijfels hebt over het duiden van signalen in de culturele context.

4.10 Veilig Thuis

Bij zorgen over de veiligheid van een minderjarige dient de JGZ-professional de [KNMG meldcode](#) kindermishandeling en huiselijk geweld te volgen, ongeacht de verblijfsstatus van een kind. In de [NCJ richtlijn kindermishandeling](#) is meer achtergrondinformatie te lezen.

Schadelijke traditionele praktijken zijn vormen van kindermishandeling die vaker voorkomen bij niet-Nederlandse kinderen (bronnen: [Defence For Children](#), [Huiselijkgeweld.nl](#)). Het betreft geweld, verminking en onderdrukking voortkomend uit orthodoxe of conservatieve tradities en opvattingen over seksualiteit en man-vrouwrollen. Denk hierbij aan [eergerelateerd geweld](#), [kindhuwelijken](#), [huwelijksdwang](#) en [gedwongen achterlating](#), [uvulectomie](#) en [genitale verminking](#) (bron: [Movisie](#)).

5 Achtergrondinformatie

Hier volgt een overzicht van kennisdossiers die specifiek aandacht besteden aan vluchtelingen of statushouders:

- [GGD GHOR Nederland Kennisdelingsprogramma Gezondheid Statushouders](#)
- [GGD GHOR Nederland Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers](#)
- [Pharos](#)
- [VNG Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders](#)
- [Het Nederlands Jeugdinstituut](#)
- [Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#)
- [Rutgers](#)
- [Verwey-Jonker instituut](#)
- [Kennisplatform Integratie & Samenleving](#)
- [Arq, Psychotrauma Expert Groep](#)

Leestip

GGD GHOR Nederland heeft een [notitie](#) geschreven waarin het belang van preventie bij statushouders wordt beschreven. Ook komt in november 2017 de handreiking "Bevorderen gezondheid en welzijn van kinderen van statushouders voor gemeenten" beschikbaar op GGD GHOR Kennisnet.

Bijlagen

Bijlage 1: Definitielijst

Alleenstaande minderjarige vreemdeling (amv)

Iemand die bij aankomst in Nederland minderjarig (jonger dan 18 jaar) is, afkomstig van buiten de Europese Unie (EU) en naar Nederland is gekomen zonder ouder(s) of een andere persoon die het gezag over de jongere heeft. Het betreft jongeren met én zonder verblijfsvergunning.

Asielzoeker

Iemand die een asielaanvraag in Nederland heeft gedaan vanwege vrees voor vervolging in het land van herkomst. Bij een asielzoeker is nog niet bepaald of de vrees gegrond is, dit bepaalt de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) tijdens de asielprocedure.

Hervestiger

Een vluchteling die naar Nederland is gekomen in het kader van een hervestigingsmissie. Nadat de Europese vluchtelingen organisatie (de UNHCR) de persoon heeft voorgedragen aan de IND, bezoekt de IND het vluchtelingen kamp om te besluiten welke personen naar Nederland mogen komen.

Migrant

Een algemene term voor iemand die verhuist van het ene land naar het andere.

Nareiziger

Een gezinslid die op basis van gezinshereniging een verblijfsvergunning heeft gekregen op basis van de reeds verkregen verblijfsvergunning van iemand anders. Het betreft een echtgenoot of partner, de ouder of het (pleeg)kind van een gezinslid. Nareizigers gaan na Ter Apel rechtstreeks naar de aanmeldlocatie in Veenhuizen en stromen daar na drie dagen weer uit.

Nieuwkomer

Een nieuwkomer is iemand die in Nederland verblijft en niet de Nederlandse nationaliteit bezit. De meeste nieuwkomers die voor langere tijd in Nederland verblijven zijn EU-burgers. Asielzoekers en statushouders vormen een onderdeel van de nieuwkomers. In de regelgeving wordt in plaats van de term nieuwkomer ook de term vreemdeling gebruikt.

Ontheemden

Vluchtelingen binnen de grenzen van hun eigen land. Ze zouden door hun eigen land beschermd moeten worden maar in de praktijk is dit vaak niet het geval. Er zijn meer ontheemden dan vluchtelingen.

TIPS

- Lees het werkprotocol in je eigen organisatie door en beoordeel of jullie de juiste definities hanteren.
- Het gebruik van de definities in gesprek met de mensen zelf wordt ervaren als een stempel en identiteitsverlies. Gebruik de definities dus alleen maar in overleg met professionals.

Referent

Een referent is een persoon, werkgever of organisatie die belang heeft bij de overkomst van een vreemdeling naar Nederland. Een referent heeft rechten, maar ook plichten ten opzichte van deze vreemdeling. De referent kan voor de vreemdeling vanuit Nederland de procedure opstarten.

Relocant

Asielzoekers die uit Griekenland en Italië herplaatst zijn naar Nederland.

Statushouder

Een asielzoeker die de asielprocedure heeft doorlopen en een verblijfstatus heeft gekregen. Hierbij is de vrees voor vervolging in land van herkomst gegrond bevonden en mogen zij zoals beschreven in het [Vluchtelingenverdrag](#) niet worden teruggestuurd naar het land van herkomst. De termen vergunninghouder en vluchteling worden ook gebruikt worden voor deze groep.

Staatloos

Iemand die door geen enkele Staat, krachtens diens wetgeving, als onderdaan wordt beschouwd.

Vergunninghouder

Zie statushouder of vluchteling.

Vluchteling

Volgens de definitie van het Vluchtelingenverdrag van de Verenigde Naties uit 1951 is een vluchteling iemand die gegronde vrees heeft voor vervolging vanwege zijn of haar ras, godsdienst of politieke overtuiging, of omdat hij/zij tot een bepaalde sociale groep behoort of een bepaalde nationaliteit heeft. In eigen land kan de vluchteling geen bescherming krijgen tegen deze vervolging. Op het moment dat vrees gegrond is, ontvangt de persoon een verblijfsvergunning.

Vreemdeling

Een persoon die niet de Nederlandse nationaliteit of een Nederlandse verblijfsvergunning bezit.

Bijlage 2: Verpleegkundige intake

Doel

Verkrijgen van inzicht in de gezondheidssituatie, gezondheidsgeschiedenis opgroeien en ontwikkeling van het kind in zijn of haar omgeving.

Introductie

Bel een tolk, tenzij het echt niet nodig is.

Begin met een uitleg over wie je bent, wat je functie is en wat de JGZ doet in Nederland. Leg vervolgens uit wat het doel is van het contact en hoe lang het duurt. Vertel het beroepsgeheim en dat het onderzoek geen invloed heeft op de visum/IND procedure. Vertel dat JGZ niet op de hoogte is van de persoonlijke asielprocedure en dat het niet van belang is voor de JGZ. Leg uit wat en waar je registreert en geef uitleg over [DDJGZ](#). Controleer of ouder(s)/voogd en/of jeugdige je uitleg hebben begrepen. Vraag toestemming¹ t.a.v. voor overdracht van het DDJGZ bij verhuizing en registreer dit.

Onderwerpen

Denk aan de onderstaande onderwerpen in het gesprek met ouder(s) of jongere:

Algemene informatie

1. Gegevens controleren; naam, geboortedatum, adres, telefoonnummer, huisarts.
2. Gezinsamenstelling, achtergebleven gezins-/familieleden.

Medische voorgeschiedenis, familie anamnese, allergieën

3. Zwangerschap en bevalling, infectieziektes (HIV), ziekenhuisopnames, medicatie, consanguiniteit en hulpverlening.
4. Neonatale screening: hielprik, gehoorscreening.
5. Vaccinatiestatus, reacties op vaccinatie in verleden, vaccinatie bewijs.
6. Allergieën.

Ontwikkelingsanamnese

7. Motorische ontwikkeling: mijlpaal lopen.
8. Psychosociaal: huilen, interactie met anderen.
9. Cognitief: schoolgang land van herkomst.
10. Spraaktaal ontwikkeling en taalvaardigheid: eerste woordjes moedertaal.
11. Seksualiteit: Puberteitsontwikkeling, menstruatie. Risicotaxatie Vrouwelijke genitale verminking.

Migratie anamnese

12. Premigratie (voor de vlucht/situatie in land van herkomst)
 - Woonsituatie.
 - Peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, schoolgang.
 - Opleiding & werkzaamheden ouders.
 - Sociale leven.
 - Onveiligheid, (seksuele) geweldservaringen, overlijden of andere stressfactoren.
 - Wat ging goed?

¹ Van wie toestemming moet worden verkregen is afhankelijk van de leeftijd van het kind.

13. Migratie (tijdens de vlucht)
- Route en vervoersmiddelen.
 - Verblijfsplaatsen (vluchtelingenkamp).
 - Tijdspad.
 - Onveiligheid, (seksuele) geweldservaringen, overlijden of andere stressfactoren.
 - Gezondheidsproblemen, voeding.
 - Coping, hoe zijn problemen overwonnen?
14. Postmigratie (tijdens COA-opvang/PGA-JGZ)
- Aankomst datum in Nederland.
 - Welke AZC's gewoond, hoe is dit ervaren?
 - TBC screening.
 - Intake PGA-JGZ al gehad? Toestemming vragen voor dossier opvragen.
 - Contactpersoon of vrijwilliger vluchtelingenwerk.
- Huidige situatie**
15. Karakter/krachten van het kind.
16. Gezondheid.
- Lichamelijke klachten.
 - Slapen.
 - Voeding, Vitamine K & D.
 - Zindelijkheid.
 - Psychisch welbevinden, actuele stressoren.
 - Middelengebruik en verslavingsrisico.
17. Wonen & dagbesteding.
- Woonsituatie.
 - Peuterspeelzaal, kinderdagverblijf, VVE, schoolgang.
 - Sociale leven, contact buurt, sportvereniging, scouting.
 - Zwemles.
 - Spel/buitenspelen.
 - Social Media & Gamers.
18. Toekomstperspectief.
19. Opvoeding.
- Visie opvoeden ouders.
 - Draagkracht/draaglast.
 - Opvoeden in 2 culturen.
20. Ouders.
- Huidige ervaren gezondheid.
 - Hulpverlening.
 - Verloop inburgeringscursus.
 - Relatie, gezinsdynamiek.
 - Geletterdheid, lees- en schrijfvaardigheden.
 - Gezondheidsvaardigheden.
21. Mondhygiëne.
- Aantal keer per dag poetsen gebit.
 - Halfjaarlijkse controle tandarts.

Afsluiting

Maak een overzicht van beschermende- en risicofactoren en schat in of ondersteuning nodig is. Geef voorlichting zoals beschreven in de handreiking, vul op indicatie eventueel aan. Maak zorgen bespreekbaar met ouder(s)/kind/voogd en doe een nabespreking met de jeugdarts of verpleegkundig specialist.

Bijlage 3: Medisch onderzoek

Doel

Medische verdieping verpleegkundige intake, vaccinatieplan opstellen

Introductie

Bel een tolk, tenzij het echt niet nodig is.

Stem zo nodig voorafgaand aan het onderzoek af met de jeugdverpleegkundige wat extra aandachtspunten zijn.

Begin met een uitleg over wie je bent en wat je functie is. Controleer of ze de uitleg van de verpleegkundige intake hebben begrepen en ga na of ouders vragen hebben. Geef een uitleg over het onderzoek van vandaag en verifieer of ouder(s) je uitleg hebben begrepen.

Activiteiten

Anamnese

1. Zo nodig verpleegkundige anamnese uitdiepen.

Lichamelijk onderzoek

2. Algemene indruk
 - Aangeboren afwijkingen
 - Voedingstoestand
 - Huid: littekens, hematomen, scabiës
3. Mond: cariës, uvula
4. Biometrie
 - Lengte, gewicht
 - Schedelomtrek: indien < 1 jaar
5. Gehoor¹, otoscopie op indicatie
6. Visusscreening¹, conjunctiva beoordelen op anemie
7. Hart en longen
8. Bij kinderen < 4 jaar: heup, testis
9. Ander onderzoek op indicatie bijv. rug, buik, ledematen

Afsluiting

Ga na of er aanvullingen zijn gekomen op de beschermende- en risicofactoren van de verpleegkundige intake. Geef voorlichting zo nodig. Bespreek met ouder(s)/kind/voogd de bevindingen, conclusie en vervolgplan. Bespreek zo nodig met de jeugdverpleegkundige en stem samen het vervolg af.

¹ kan eventueel ook door jeugdverpleegkundige worden uitgevoerd

Bijlage 4: Overzicht risico- en beschermende factoren statushouders

Beschermende factoren	Risicofactoren
Individueel/kind	
<ul style="list-style-type: none"> • Zelfbeschikking • Zelfvertrouwen/persoonlijke trots • Sociaal vaardig en empathisch • Gezond • Activiteiten in vrije tijd ondernemen • Ego-veerkracht • Probleem-oplossende vaardigheden • Makkelijk temperament • Normale tot hoge intelligentie • Goede beheersing Nederlandse taal 	<ul style="list-style-type: none"> • Laag zelfbeeld • Cumulatieve blootstelling aan schokkende gebeurtenissen (geweld, dood, onveiligheid, stress) • Rigide gedrag, moeilijk kunnen aanpassen • Pre-existente ziekten • Wantrouwen jegens anderen • Onvoldoende beheersing Nederlandse taal • Lage intelligentie of beperkt tot geen onderwijs genoten in land van herkomst • Alleenstaande minderjarige vreemdeling
Familie/gezin/sociale omgeving	
<ul style="list-style-type: none"> • Gezinsleden aanwezig in Nederland in alle fasen van migratie • Sterke gezinscohesie • Ouderlijke steun en betrokkenheid • Kalme en evenwichtige ouder • Gezonde ouders • Goed sociaal netwerk • Peer support • Positieve schoolervaring 	<ul style="list-style-type: none"> • Niet gelijktijdig reizen van gezin • Ontbreken emotionele nabijheid • Lichamelijke of psychische problematiek ouders (met name moeder) • Alleenstaande ouder • Onzekerheid en/of lange procedure gezinshereniging • Zorgen en/of geen contact met achtergebleven familieleden • Druk en verwachtingen van achtergebleven familieleden • Slechte relatie met voogd • Financiële problemen • Onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem • Regelmatig verhuizen
Maatschappij/cultuur	
<ul style="list-style-type: none"> • Toegang tot onderwijs • Steunende religie • Toegang tot zorgvoorzieningen • Veilige en schone woonomgeving • Beperkte gezondheidsverschillen tussen verschillende sociaal economische klassen • (Eerlijke) toegang tot arbeidsmarkt 	<ul style="list-style-type: none"> • Moeizame integratie/separatie • Discriminatie/pesten • Onveilige omgeving (oorlog, vluchtelingenkamp) • Taboe rondom hulp bij psychische problemen • Grote culturele verschillen tussen eigen cultuur en cultuur van gastland

Bronnen: [Handreiking huisartsen psychische problematiek bij vluchtelingenkinderen en jongeren](#) en [kennissynthese Pharos](#).

Bijlage 5: Vragenlijsten

In de jeugdgezondheidszorg wordt met name bij de schoolgaande kinderen gebruik gemaakt van signaleringsvragenlijsten om één van de kerntaken van de JGZ (vroeg-signalering) te verbeteren. Middels onderzoek wordt bekeken of de mensen snappen wat ze invullen (validiteit) en wat de afkapwaarden zijn (normering). (Bron: [handreiking vragenlijsten JGZ](#)) De onderzoeken naar vragenlijsten in Nederland hebben plaatsgevonden bij Nederlandssprekende kinderen en ouders.

Statushouders zijn op het moment van de intake vaak nog te kort in Nederland om de Nederlandse taal te beheersen hebben dus niet deelgenomen aan de uitgevoerde vragenlijst onderzoeken.

Daarom zijn er op dit moment nog geen gevalideerde en genormeerde vragenlijsten voor statushouderskinderen in Nederland beschikbaar.

De SDQ en CRIES-13 zijn signaleringsvragenlijsten die internationaal veel zijn onderzocht en daardoor in diverse talen zijn vertaald.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

De [SDQ](#) is een korte screeningslijst die de psychische problematiek en vaardigheden bij kinderen van 3 tot en met 16 jaar meet en hierbij ook kijkt naar de impact op het dagelijks functioneren. Er zijn voor de verschillende leeftijdsgroepen en voor ouder, kind en leerkracht versies beschikbaar. Bij een probleemscore boven de afkapwaarde dient vervolgebeld in de eerste of tweede lijn te worden ingezet.

CRIES-13 (Children's Revised Impact of Event Scale)

De [CRIES-13](#) is een vragenlijst voor kinderen tussen de 8 en 18 jaar. Het bevat 13 items waarmee gescreend wordt op posttraumatische stressklachten. Er zijn versies voor ouder en kind beschikbaar. Bij een score boven de afkapwaarde wordt verwijzing naar de specialistische zorg geadviseerd.

Bij het gebruik van deze vragenlijsten dienen afkapwaarden anders te worden geïnterpreteerd. De scores kunnen een overschatting of een onderschatting geven. Niet alleen de taalbarrière beïnvloedt de scores maar ook de migratieachtergrond is bepalend hierin.

Daarnaast houden beide vragenlijsten geen rekening met beschermende- en risicofactoren van ouder(s), die bepalend kunnen zijn in de veerkracht van het kind.

Kortom, meer onderzoek is nodig om de validiteit en normering van signaleringsvragenlijsten bij statushouders te bekijken. Daarnaast zouden ook items over ouderfactoren moeten worden meegenomen voor de bepaling van het vervolgebeld zoals de [Protect vragenlijst](#) of onderdelen van het [DMO-protocol](#). Zolang nog geen onderzoek heeft plaatsgevonden, kan worden volstaan met een anamnese van een JGZ-professional.

Colofon

Deze handreiking is een product van het [Kennisdelingsprogramma Gezondheid Statushouders](#). Het kennisdelingsprogramma wordt uitgevoerd onder regie van Pharos in samenwerking met GGD GHOR Nederland. Beide organisaties werken nauw samen met de VNG binnen het Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Binnenlandse Zaken en VNG zijn opdrachtgever van deze gezondheidsprogramma's.

Overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding.

Redactie: Janna van der Zand namens GGD GHOR Nederland.

Met bijdrage van: Pharos, V&VN, AJN, NCJ, VNG (Regiocoördinatoren Jeugd), Taskforce Together en diverse professionals van: GGD Zuid Limburg, GGD Twente, GGD Noord- en Oost-Gelderland, Zorggroep Almere, CJG Rijnmond.

Datum: oktober 2017