

# Aanbevelingendocument voor Kinderartsen

## Vluchtelingenkinderen afkomstig uit Oekraïne

Versie: april 2022 | Dit document is bedoeld voor kinderartsen in Nederland.

Dit aanbevelingendocument is opgesteld in naam van de Expertisegroep Global Child Health van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NvK).

Correspondentieadres: Albertine Baauw, MD, DTM&H, MScPH, kinderarts en Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde, [albertine.baauw@xs4all.nl](mailto:albertine.baauw@xs4all.nl)

Met dank aan Nicole Ritz, kinderarts Zwitsers Tropical and Public Health Institute Basel, Universiteit Basel

Namens de Expertisegroep Global Child Health van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Namens Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland

Namens AJN Jeugdartsen Nederland

Namens Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Centrum voor Infectieziektebestrijding, landelijke coördinatie tuberculosebestrijding

Namens Afdeling Kinderinfectiologie Universitair Medisch Centrum Utrecht, Radboud Universitair Medisch Centrum

Namens Afdeling Kindermetabole ziekten Universitair Medisch Centrum Utrecht

Namens Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie Amsterdam UMC

### Afkortingen

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| BRMO | Bijzonder resistente micro-organisme   | JGZ | Jeugdgezondheidszorg                   |
| MRSA | Multi-resistente staphylococcus aureus | HPV | Humaan Papilloma Virus                 |
| BMR  | Bof, mazelen, rodehond                 | HIV | Humaan Immunodeficiëntie Virus         |
| TBC  | Tuberculose                            | AMV | Alleenstaande Minderjarige Vluchteling |
| BCG  | Bacillus Calmette-Guérin               | COA | Centraal Opvangorgaan Asielzoekers     |
| IDP  | Internally Displaced People            | RMA | Regeling Medische zorg Asielzoekers    |
| CAK  | Centraal Administratiekantoor          |     |  |

### Aandachtspunten

1. Oekraïense vluchtelingenkinderen die geen asiel aanvragen vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente en hebben recht op zorg via de Regeling voor Onverzekerbare Vreemdelingen. Declaratie van zorgkosten vindt hierbij plaats via het CAK.
2. Laat BRMO en MRSA kweken afnemen indien een Oekraïens vluchtelingkind wordt opgenomen in een zorginstelling, niet bij een poliklinisch bezoek.
3. De JGZ ziet alle vluchtelingenkinderen uit Oekraïne voor een intake na registratie bij de gemeente. De JGZ is verantwoordelijk voor een screening van de gezondheid, vaccinatiestatus, hielprik bij zuigelingen <6 maanden en een gehoor- en visustest.
4. Kinderen worden automatisch opgeroepen door de JGZ voor beoordeling van de vaccinatiestatus. Verwijs kinderen zonder een BSN nummer zo snel mogelijk door naar de gemeente. Indien kinderen zonder BSN nummer nog geen JGZ intake hebben gehad, hoeven zij niet eerst ingeschreven te worden maar kan direct naar de regionale JGZ verwezen worden.
5. Wees u bewust van verschillen in het vaccinatieschema van Oekraïense kinderen en de lagere vaccinatiegraad. Wees alert op mindere bescherming voor bepaalde infectieziekten bij deze kinderen.
6. De hielprik screening in Oekraïne screent op slechts 4 aandoeningen. Alle kinderen <6 maanden oud krijgen opnieuw een hielprik via de JGZ, ook als het kind in Oekraïne al een hielprik gehad heeft. Indien u de eerste bent die het kind ziet, kunt u ook de hielprik afnemen in het bij uw ziekenhuis aangesloten laboratorium of u kunt (met spoed) verwijzen naar de regionale JGZ. Wees bij kinderen >6 maanden oud alert op aandoeningen waarop niet gescreend is.
7. Er is een hogere prevalentie van tuberculose onder personen uit Oekraïne vergeleken met Nederland. Vluchtelingenkinderen uit Oekraïne worden niet standaard gescreend op tuberculose. Verricht laagdrempelig diagnostiek naar tuberculose bij die zich presenteren met klachten die kunnen passen bij tuberculose.
8. De kinderen van Oekraïense ouders die nu in Nederland worden geboren, worden opgeroepen voor een BCG-vaccinatie via de GGD.
9. Er is een hogere prevalentie van hepatitis C onder personen uit Oekraïne. Verricht laagdrempelig diagnostiek naar hepatitis C bij aanwijzingen in de anamnese of voorgeschiedenis.
10. Er is een hogere prevalentie van HIV onder personen uit Oekraïne. Verricht laagdrempelig diagnostiek naar HIV indien er geen prenatale screening is verricht of bij aanwezigheid van risicofactoren. Standaard worden kinderen met TBC of een indicatie voor een BCG-vaccinatie gescreend op HIV door de GGD.
11. Bied hulp conform de interventiepiramide voor geestelijke gezondheidszorg en psychosociale ondersteuning bij minderjarige vluchtelingen. De JGZ start hiermee bij de intake.

## **Introductie (VS)**

Sinds de inval van het Russische leger in de Oekraïne op 24 februari 2022, heeft de vluchtelingenstroom die op gang is gekomen ook Nederland bereikt. Kenmerkend is dat voornamelijk vrouwen en kinderen Oekraïne ontvluchten, aangezien de mannen het land niet willen of mogen verlaten. De meeste kinderen zijn gescheiden van hun vaders en sommige kinderen hebben luchtaanvallen, bombardementen en een lange onveilige lange tocht doorgemaakt.

In sommige delen van de Oekraïne is de oorlog al veel langer aan de gang en heeft geleid tot *Internal Displacement* van meer dan 200,000 kinderen<sup>1</sup>. Deze vluchtelingenkinderen zijn extra kwetsbaar voor gezondheidsproblemen door de condities in het land van herkomst, de ervaringen tijdens de vlucht en de gebeurtenissen en onzekerheid tijdens het settelen in de ontvangende landen.

#### Indicatoren van het gezondheidssysteem

Oekraïne heeft rond 43,2 miljoen inwoners, waarvan 10,7 miljoen (25%) kinderen. Hoewel de indicatoren zoals maternale sterfte, neonatale sterfte en *under five mortality* in de afgelopen decennia zijn verbeterd, kent Oekraïne een hoge prevalentie van tuberculose, HIV, hepatitis C en een relatief lage percentage volledig gevaccineerde kinderen (<sup>2</sup>). Het nationale gezondheidssysteem in Oekraïne is in principe voor iedereen toegankelijk. De uitdagingen liggen in de kwaliteit van zorg en toegankelijkheid van zorg met name in de afgelegen gebieden (<sup>2</sup>). Out-of pocket-payments in Oekraïne behoren tot de hoogste in Europa. Bijna 50% van alle uitgaven van gezondheidszorg worden out of pocket betaald, waarbij slechts 5% van de populatie een vrijwillige gezondheidsverzekering heeft (<sup>2</sup>).

Met name voor de groep van *Internally Displaced People (IDPs)* is de gezondheidszorg onbetaalbaar geworden, omdat er geen financiële middelen vanuit de overheid toegewezen zijn aan hen en uniform en gecentraliseerd registratiesysteem ontbreekt (<sup>3</sup>).

## 1. Opvang

In Nederland kunnen mensen uit Oekraïne, waaronder Oekraïense vluchtelingen van Russische komaf, momenteel tot 180 dagen legaal visumvrij verblijven en hoeven geen asiel aan te vragen<sup>4</sup>. Indien zij geen asiel aanvragen, vallen zij onder andere regelingen. Gemeentes zijn dan verantwoordelijk voor de opvang en registratie van Oekraïense vluchtelingen. Door de gemeente worden zij opgevangen worden op speciale opvanglocaties, buiten COA-locaties (asielzoekerscentra) om. De uitvoerende instanties zijn de gemeente en de GGD-GHOR, defensie en maatschappelijke organisaties. Indien gewenst kan de duur van visumvrije verblijf na 180 dagen verlengd worden bij de gemeente.

Indien Oekraïense vluchtelingen wél asiel aanvragen, vallen zij onder regelgeving van het Centraal Orgaan Asielzoekers (COA) en worden zij ondergebracht binnen asielzoekerscentra.

Vluchtelingen uit Rusland (die niet legaal in Oekraïne verbleven) moeten wel asiel aanvragen omdat zij niet legaal visumvrij in Nederland kunnen verblijven.

*Zie voor meer informatie over opvang van vluchtelingen uit Oekraïne:*

[Opvang vluchtelingen uit Oekraïne | Rijksoverheid.nl](#)

[Handreiking Gemeentelijke Opvang Oekraïners \(GOO\) | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

<https://www.refugeehelp.com>

## 2. Registratie

Registratie in de gemeentes vindt plaats op basis van de identiteit en verblijfsgegevens. De precieze route van registratie in de gemeentes staat vermeld op de [volgende pagina van de Rijksdienst voor Identiteitsgegevens](#). Indien u een kind treft op het spreekuur welke nog niet is ingeschreven, is het zaak om deze zo snel mogelijk te verwijzen naar de gemeente voor registratie in het personenregister en toewijzing van een BSN-nummer. Dit is belangrijk zodat een intake door de JGZ kan plaatsvinden. Zie voor aanvullende informatie over de intake van de JGZ onderdeel 5 Vaccinaties in dit document.

## 3. Financiering van zorg

In de bijlage is een stappenplan te vinden over de administratieve procedures rondom declareren van de zorg voor een onverzekerd kind ([Module 10 Stappenplan: een onverzekerd kind op uw spreekuur](#)), afkomstig uit de Richtlijn Vluchtelingenkinderen van de NVK.

### Declaratie van zorgkosten

Oekraïense vluchtelingenkinderen die géén asiel aanvragen hebben recht hebben op zorg via de

regeling voor onverzekerbare vreemdelingen van het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Zij hebben namelijk geen Nederlands BSN nummer en derhalve geen mogelijkheid om een Nederlandse verzekering af te sluiten. Vluchtelingen, waaronder onverzekerden die niet in een asielprocedure zitten, hebben recht op zorg die volgens een arts medisch noodzakelijk is. Medisch noodzakelijke zorg beperkt zich niet tot spoedzorg. Het gaat hierbij ook om zorg uit het [basispakket](#) en –voor onverzekerbare vreemdelingen - om zorg uit de [Wet langdurige zorg](#). De kosten voor zorg kunnen dan (achteraf) worden gedeclareerd bij het CAK. Voor meer informatie over declareren bij het CAK en het declaratieformulier zie de volgende [pagina van het CAK](#).

Indien een Oekraïens vluchtelingenkind wél asiel aanvraagt, valt het kind onder de regeling voor asielzoekers. Vluchtelingen die asiel hebben aangevraagd hebben recht op zorg via de Regeling Medische Zorg Asielzoekers (RMA), hiervoor is het zorgnummer op de COA-pas van de patiënt noodzakelijk. De kosten voor zorg voor deze kinderen kunnen (achteraf) worden gedeclareerd bij het RMA. Voor meer informatie over declareren bij het RMA zie de volgende [pagina van het RMA](#).

*Zie voor meer informatie:*

[Bijlage 2 Module 10 Een onverzekerd kind op uw spreekuur: een stappenplan](#). Afkomstig uit Richtlijn Nieuwkomersonderzoek Vluchtelingenkinderen NvK (volledige richtlijn binnenkort beschikbaar na autorisatie door NvK)

#### 4. BRMO en MRSA screening

LCI-richtlijnen van RIVM adviseren zorginstellingen voorzorgsmaatregelen te nemen en en BRMO en MRSA-dragerschap bij vluchtelingen uit Oekraïne uit te sluiten als zij opgenomen worden in een ziekenhuis.

*Zie voor meer informatie:*

Vluchtelingen Oekraïne en infectieziekten | [LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#)

#### 5. Vaccinatiestatus

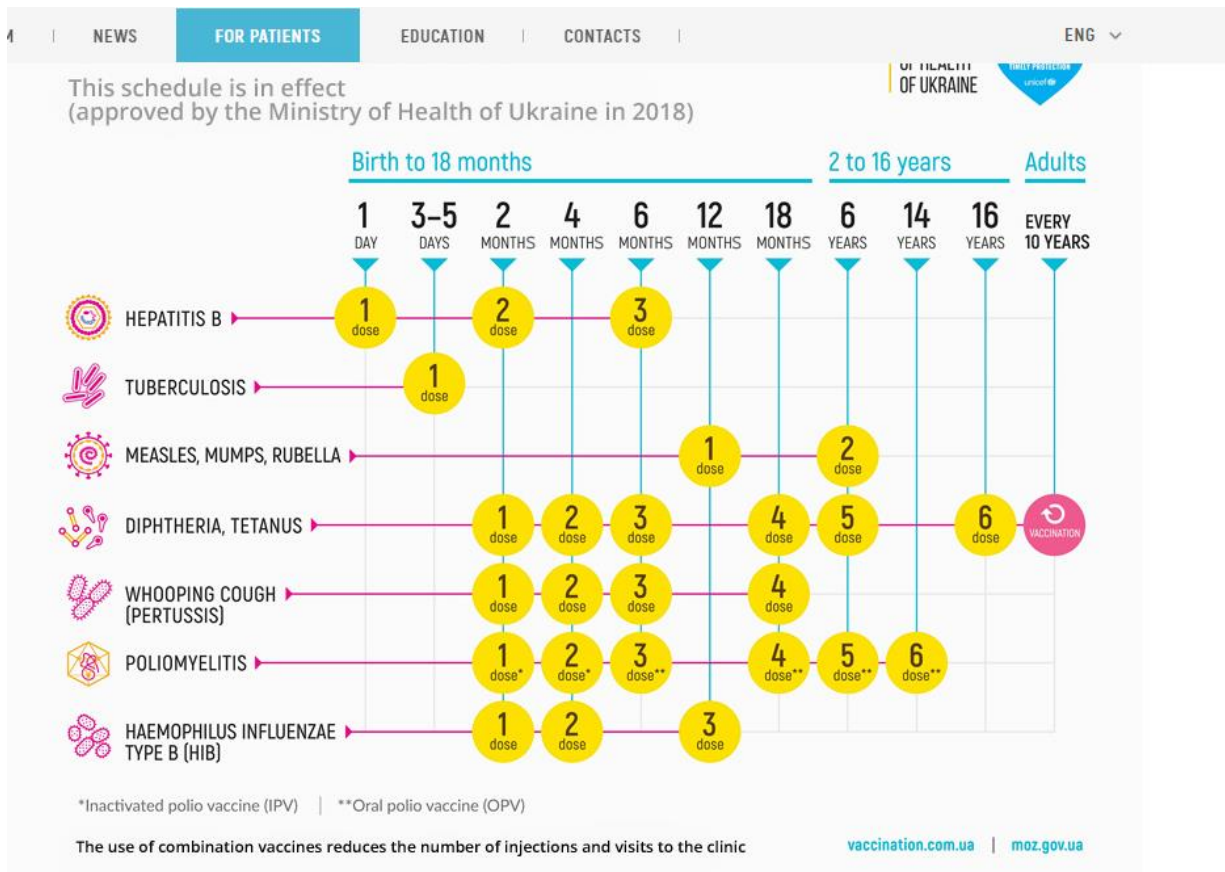
##### Vaccinaties algemeen

De vaccinatiegraad van Oekraïense kinderen is lager dan die in Nederland en dat beïnvloedt de groepsimmunitet. De vaccinatiegraad is 80-90% voor mazelen, maar lag in sommige jaren veel lager <sup>(5)</sup>. De vaccinatiegraad voor polio wisselt regionaal tussen 50%-85% <sup>(5)</sup>. In 2019 werden twee polio uitbraken gerapporteerd <sup>(6)</sup>.

Er zijn verschillen tussen de vaccinatieschema's van Oekraïne en Nederland. Sommige vaccins worden op een iets ander tijdstip gegeven. Enkele verschillen van het vaccinatie schema in Oekraïne met het vaccinatieschema in Nederland zijn:

- Tweede dosis bof, mazelen en rode hond (BMR) wordt bij 6 jaar gegeven
- Geen vaccinatie tegen pneumokken, meningococcen en HPV
- Geen maternale kinkhoestvaccinatie
- Iedereen een BCG vaccinatie

Afbeelding 1 – Vaccinatieschema Oekraïne Bron: Ministerie van Gezondheidszorg Oekraïne 2018<sup>7</sup>



Zodra kinderen geregistreerd zijn door de gemeente, worden zij automatisch opgeroepen voor een JGZ intake. De JGZ brengt dan de vaccinatiestatus in kaart.

**Advies:**

- Wees u bewust van de verschillen in het vaccinatieschema en de lagere vaccinatiegraad bij Oekraïense vluchtelingenkinderen.
- Check eventueel of de vaccinatiestatus al in kaart is gebracht en verwijst indien noodzakelijk kinderen door naar de [regionale JGZ](#) voor aanvullende vaccinaties. Heeft u een kind op uw spreekuur welke nog niet ingeschreven staat bij de gemeente en niet bij de JGZ is geweest, verwijst dan direct door naar de JGZ. Een beslisboom voor doorverwijzen is te vinden op [de volgende pagina van het RIVM](#).

Registratie van vaccinaties loopt via de gebruikelijke route van het RIVM, echter wees erop beducht dat wegens frequente verplaatsingen documentatie op schrift de voorkeur heeft. De JGZ werkt hieraan.

*Zie voor meer informatie:*

[LCI Richtlijnen Vluchtelingen en Oekraïne, kopje vaccinaties](#)

[Oplegger Oekraïense vluchtelingenkinderen bij de Handreiking Intake Jeugdgezondheidszorg \(JGZ\) voor statushouderskinderen – AJN april 2022](#)

## 6. Wat doet de Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

Bij de JGZ hebben jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen alle kinderen in beeld. De JGZ heeft als taak de groei, gezondheid en ontwikkeling van alle kinderen te screenen en te monitoren, dichtbij het gezin in de wijk. Zo nodig wordt er follow-up (medisch) onderzoek gedaan. Daarnaast valt het geven van vaccinaties volgens het Rijksvaccinatieprogramma in het takenpakket.

JGZ zorg is gratis. De JGZ is verantwoordelijk voor alle kinderen, ook voor Oekraïense kinderen. En ook bij deze kinderen heeft de JGZ de opdracht en inspanningsverplichting alle kinderen in beeld te krijgen met aandacht voor specifieke gezondheidsrisico's en vaccinaties.

Nieuwkomers krijgen standaard een verpleegkundige intake. Hierbij worden de groei, lichamelijke en psychosociale gezondheid en brede ontwikkeling het in kaart gebracht. De vaccinatiestatus wordt bepaald en er worden aanvullende vaccinaties aangeboden. Een visustest wordt uitgevoerd en gehoorscreening (tot leeftijd 3 maanden) en de hiepriek (tot leeftijd 6 maanden) aangeboden. Als aanvullend hulp nodig is bij medische problematiek wordt doorverwezen naar de huisarts, kinderarts en andere medisch specialisten.

Maak als kinderarts gebruiken het opstellen van vaccinatie inhaalschema's van de gegevens die bij de JGZ bekend zijn als een kind op het spreekuur komt.

*Zie voor meer informatie:*

[Handreiking Intake JGZ voor Statushouderskinderen](#)

[Oplegger Oekraïense vluchtelingenkinderen bij de Handreiking Intake Jeugdgezondheidszorg \(JGZ\) voor statushouderskinderen – AJN april 2022](#)

Voor actuele updates en ontwikkelingen binnen de JGZ-zorg verwijzen we u naar de [volgende pagina van AJN](#).

## 7. Antenatale- en neonatale screening

### Antenatale screening

Vluchtelingen uit Oekraïne die zwanger zijn bij aankomst in Nederland komen in aanmerking voor antenatale screening. Een zwangere uit Oekraïne kan kiezen voor de NIPT (niet-invasieve prenatale test), het eerste trimester SEO (structureel echoscopisch onderzoek) en het tweede trimester SEO als zij onder controle is bij een verloskundig zorgverlener in Nederland. De bestaande exclusiecriteria voor de NIPT en eerste trimester SEO en de eigen bijdrage voor de NIPT blijven gelden. Tevens komen zij in aanmerking voor de screening op infectieziekten en erythrocytenimmunisatie tijdens de zwangerschap.

*Zie voor meer informatie:*

[Informatie over screening voor zwangere Oekraïense vluchtelingen](#)

[RIVM Prenatale screening](#)

[RIVM Screening op infectieziekten en erythrocytenimmunisatie](#)

### Hielprik/Neonatale screening

In Oekraïne wordt in de hielprikscreening op 4 aandoeningen getest: phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyreoidie (CHT), adrenogenitaalsyndroom (AGS) en cystic fibrosis (CF). In Nederland wordt inmiddels op 25 aandoeningen gescreend. Voor een volledig overzicht van de 25 aandoeningen in de Nederlandse hielprik verwijzen we naar de het volgende [pagina van het RIVM](#). Er zullen dus Oekraïense kinderen met een behandelbare aandoening zijn die niet presymptomatisch worden opgespoord.

In Nederland wordt bij alle vluchtelingenkinderen met een leeftijd jonger dan 6 maanden een hielprikscreening afgenomen, zie voor meer informatie [deze pagina van het RIVM](#). De hielprik wordt in principe altijd afgenomen door de JGZ als onderdeel van de JGZ intake. De hielprik is gratis, ook voor kinderen uit Oekraïne, ook als zij maar tijdelijk in Nederland zouden blijven. Als een vluchteling uit Oekraïne zich inschrijft in een gemeente volgt de oproep voor een intake bij de JGZ automatisch. Mocht het kind niet zijn ingeschreven in een gemeente is het belangrijk te realiseren dat de hielprik mogelijk niet is afgenomen. Indien u het kind als eerste ziet bent u degene die dat wel kan doen: neem de hielprik af / laat het laboratorium dat doen.

### **Adviezen ten aanzien van hielprik screening:**

#### *Kinderen jonger dan 6 maanden*

Laat **altijd** een hielprik afnemen, ook als het kind in Oekraïne al een hielprik gehad heeft. Dit kan via het eigen laboratorium of via de regionale JGZ. Zorg dat er een huisarts vermeld wordt die het kind kan doorverwijzen als de hielprik afwijkend is. Indien u twijfelt of de hielprik is afgenomen, overweeg



laagdrempelig met de [regionale JGZ](#).

Bij kinderen > 6 maanden oud wordt het afnemen van de hielprik niet zinvol geacht.

#### *Alle kinderen*

Wees alert op de aandoeningen waarop niet gescreend wordt:

- Hemoglobinopathieën (alfa- en bèta thalassemie, sikkelcelziekte): overweeg bij klachten van anemie en/of hemolyse (donkere urine, icterische sclerae), botpijn (vaso-occlusieve crisis) of andere klachten van sikkelcelziekte.
- SCID: overweeg bij aanwijzingen voor immuundeficientie, failure to thrive, ernstig eczeem etc.
- Metabole ziekten (vetzuuroxidatiestoornissen, aminozuur metabolisme): in het algemeen geldt dat de kinderarts alert moet zijn op metabole aandoeningen bij kinderen met mentale retardatie of andere achteruitgang in ontwikkeling. Een aantal aandoeningen uit zich met name tijdens periodes van katabolisme. Opvallende kenmerken tijdens ziekte (verminderd bewustzijn, hypoglycemie, acidose, rhabdomyolyse) kunnen een eerste aanwijzing zijn. Bij verdenking dient de koolhydraatintake gewaarborgd te worden en aanvullend onderzoek gestart (bloed + urine voor metabole diagnostiek).
- Metabole ziekten (biotinidasedeficientie, galactosemie, aminozuur metabolisme, MPS1): deze stoornissen uiten zich door ontwikkelingsvertraging / -achteruitgang, failure to thrive, orgaanfunctie (leverfalen). Start bij verdenking laagdrempelig aanvullend onderzoek (bloed en urine voor metabole diagnostiek).

Overleg zeer laagdrempelig met de specialist kindermetabole ziekten bij verdachte symptomen of vragen over diagnostiek.

#### Zie voor meer informatie:

Rol van de JGZ | [Oplegger Oekraïense vluchtelingenkinderen bij de Handreiking Intake](#)

[Jeugdgezondheidszorg \(JGZ\) voor statushouderskinderen – AJN april 2022](#)

Neem contact op met het RIVM bij vragen | RIVM locaties:

<https://draaiboekhielprikscreening.rivm.nl/over-nhs/adressen/rivm-dvp-en-screeningslaboratoria>

[Draaiboek hielprikscreening RIVM](#)

## 8. Tuberculose

De incidentie van tuberculose (TB) in Oekraïne in de algemene populatie wordt geschat op 73 per 100.000<sup>(8)</sup>. De incidentie onder kinderen van 0-14 jaar in Oekraïne wordt geschat op 0.02% (20 per 100.000<sup>(9)</sup>). In Nederland ligt de incidentie bij kinderen (0-14 jaar) rond 1,5 per- 100.000<sup>(10)</sup>. In Oekraïne

komt veel resistente tuberculose voor; ongeveer een derde van alle patiënten met tuberculose heeft een rifampicine en/of multidrug resistente tuberculose <sup>(9,11)</sup>.

De Oekraïense vluchtelingen die momenteel Nederland binnenkomen worden niet gescreend op tuberculose. Het is wel belangrijk om rekening te houden met de mogelijkheid van tuberculose als een kind zich presenteert met klachten die daar bij kunnen passen en dan laagdrempelig diagnostiek in te zetten, zeker gezien de hogere prevalentie van tuberculose onder Oekraïense vluchtelingen in het algemeen. Personen uit Oekraïne die al onder behandeling waren voor tuberculose bij aankomst in Nederland, wordt aangeraden om zo snel mogelijk contact op te nemen met de afdeling tuberculosebestrijding van de GGD voor continuering van de behandeling. Via de GGD en het RIVM kan zo nodig ook contact gelegd worden met Oekraïne om het specifieke behandelingschema voor deze patiënt te achterhalen.

Oekraïense kinderen ontvangen na de geboorte een BCG als standaard onderdeel van het nationale vaccinatie programma. De vaccinatiegraad voor BCG is hoog in Oekraïne namelijk 92,7% <sup>(12)</sup>. Oekraïense vluchtelingen tot 12 jaar die geen aanwijzingen hebben van een eerdere BCG-vaccinatie (geen vaccinatiebewijs of BCG-litteken op de linkerbovenarm) kunnen deze alsnog krijgen bij de afdeling tuberculosebestrijding van de GGD. Vooraf zal dan door de GGD eerst een tuberculinehuidtest worden gedaan om een tbc-infectie uit te sluiten en een hiv-test om een hiv-infectie uit te sluiten. Voor BCG vaccinatie krijgen de kinderen in de eerste maanden een uitnodiging van de GGD. De JGZ checkt in principe of dit is gebeurd en verwijst eventueel opnieuw door.

#### **Advies ten aanzien van tuberculosescreening en BCG vaccinatie:**

- Zet laagdrempelig diagnostiek op tuberculose in (bij het eigen laboratorium dan wel via de GGD) bij:
  - o Alle kinderen die recente expositie hebben gehad aan een index casus
  - o Kinderen met hoestklachten > 2 weken, gewichtsverlies, nachtzweeten en koorts
- De kinderen van Oekraïense ouders die nu in Nederland worden geboren, komen in aanmerking voor een BCG-vaccinatie en kunnen daarvoor doorverwezen worden naar de afdeling tuberculosebestrijding van de GGD.
- Kinderen jonger dan 12 jaar, die met hun ouders naar Nederland komen en geen aanwijzingen hebben van een BCG vaccinatie in het verleden (vaccinatiebewijs, BCG-litteken), kunnen doorverwezen worden naar de tuberculoseafdeling van de GGD voor een BCG-vaccinatie. Vooraf zal dan eerst door de GGD een tuberculinehuidtest worden gedaan om een tbc-infectie uit te sluiten en een hiv-test om een hiv-infectie uit te sluiten.

- Twijfelt u of een kind een BCG vaccinatie heeft gehad, moet hebben of gescreend moet worden op tuberculose? Neem laagdrempelig contact op met de tuberculoseafdeling van de [regionale GGD](#).

Alle kinderen met een bewezen tuberculose infectie moeten worden verwezen naar een gespecialiseerd kinderinfectioloog.

In ieder ziekenhuis bestaat er een tbc-coördinator onder de longartsen, die tuberculose als aandachtsgebied heeft en geconsulteerd kan worden. Verder zijn Dekkerswald (Radboud UMC) en Beatrixoord (UMCG) de twee topklinische centra aangaande tuberculose, met veel ervaring en expertise. Bij vragen omtrent de BCG-vaccinatie of screening op tuberculose kan tevens contact opgenomen worden met de tuberculoseafdeling van de [regionale GGD](#).

*Zie voor meer informatie:*

[LCI Richtlijn Infectieziekten Vluchtelingen Oekraïne](#)

## 9. Hepatitis B en C

De prevalentie van hepatitis B is laag en 1.3% van de bevolking is HbsAg positief<sup>(6)</sup>. Hepatitis B is sinds 2002 opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma van Oekraïne.

Oekraïne kent een hoge prevalentie van hepatitis C. In de algehele populatie heeft 5% positieve antistoffen, waarvan 3.6% patiënten een chronische hepatitis C heeft <sup>(13)</sup>. Ter vergelijking: in Nederland ligt de incidentie van hepatitis C (HCV) in de algemene bevolking op 0,06-0,27% <sup>(6)</sup>. De LCI richtlijn beschrijft dat mede door de hoge hiv-prevalentie en een grote groep kwetsbare intraveneuze drugsgebruikers de prevalentie van Oekraïners met hepatitis C hoog is. In 2019 leefden 1.2 miljoen Oekraïners met hepatitis C. Vluchtelingenkinderen uit Oekraïne worden niet standaard gescreend op hepatitis B of C.

### **Advies:**

- Gezien de hoge prevalentie van hepatitis C dient een HCV test laagdrempelig overwogen te worden bij kinderen met aanwijzingen in de anamnese zoals bloedtransfusies in de voorgeschiedenis of (in het verleden) IV drugsgebruik bij ouders.
- Verricht een screening naar HCV bij alle kinderen met een bewezen HIV infectie.

*Zie voor meer informatie:*

[Vluchtelingen Oekraïne en infectieziekten | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#)

## 10. Humaan Immunodeficiëntievirus

Oekraïne kent, na Rusland, de hoogste incidentie van HIV in Europa. In Oekraïne wordt HIV nieuw gediagnosticeerd bij 37.5 per 100.000 mensen en de prevalentie ligt rond de 1% (<sup>14,15</sup>). Moeder-kind transmissie van HIV is in 2019 geschat op 1.6%. In 2019 werd >90% van de zwangere vrouwen met HIV behandeld met antiretrovirale therapie (ART) (<sup>15,16</sup>). Het is belangrijk dat de ART voor deze groep ononderbroken wordt gecontinueerd. Bij kinderen met perinatale HIV infecties vindt er in 15.5% van de gevallen snelle progressie (AIDS of overlijden) binnen het eerste levensjaar plaats, zoals blijkt uit een studie in Oekraïne naar kinderen met perinatale HIV (<sup>17</sup>). Alle zwangeren in Oekraïne krijgen een antenatale HIV screening aangeboden(<sup>18</sup>). De JGZ verwijst door indien er aanwijzingen worden gevonden voor een HIV infectie tijdens de JGZ intake (<sup>19</sup>). Tevens komen zwangere vluchtelingen uit Oekraïne in aanmerking voor een prenatale screening op infectieziekten in Nederland, dit vindt plaats via de verloskundige.

### **Advies:**

- Verricht HIV screening (pre- of postnataal) indien geen screening is verricht of er anamnestiche risicofactoren zijn voor HIV infectie: IV drugsgebruik bij (een van de) ouders, onveilige seksuele contacten bij (een van de) ouders, homoseksueel seksueel contact bij (een van de) ouders.
- Verwijs kinderen gediagnosticeerd met HIV met urgentie naar specialistische centra in Nederland.

*Zie voor meer informatie:*

[Vluchtelingen Oekraïne en infectieziekten | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#)

## 11. Vector borne diseases (LD)

Lyme borreliose en tekenencefalitis zijns endemisch in centraal Europa; alle subtypes van tekenencefalitis (Europese – en Siberische subtype en Far Eastern subtype) komen voor in Oekraïne (<sup>6,20</sup>) Transmissie vindt meestal plaats tussen maart en oktober. Sinds 2003 hebben er geen vaccinatiedcampagnes meer plaatsgevonden in Oekraïne (<sup>21</sup>).

West-Nijlvirus komt zelden voor in Oekraïne, wel zijn er af en toe uitbraken in o.a. Hongarije en Roemenië (<sup>22</sup>). Er is een nagenoeg verwaarloosbaar risico op andere tekenziektes zoals babesiose en Krim-Congo hemorragische koorts (<sup>20</sup>).

### **Advies:**

- Wees alert op aanwijzingen voor Lyme borreliose en tekenencefalitis bij Oekraïense vluchtelingenkinderen.

*Voor meer informatie zie:*

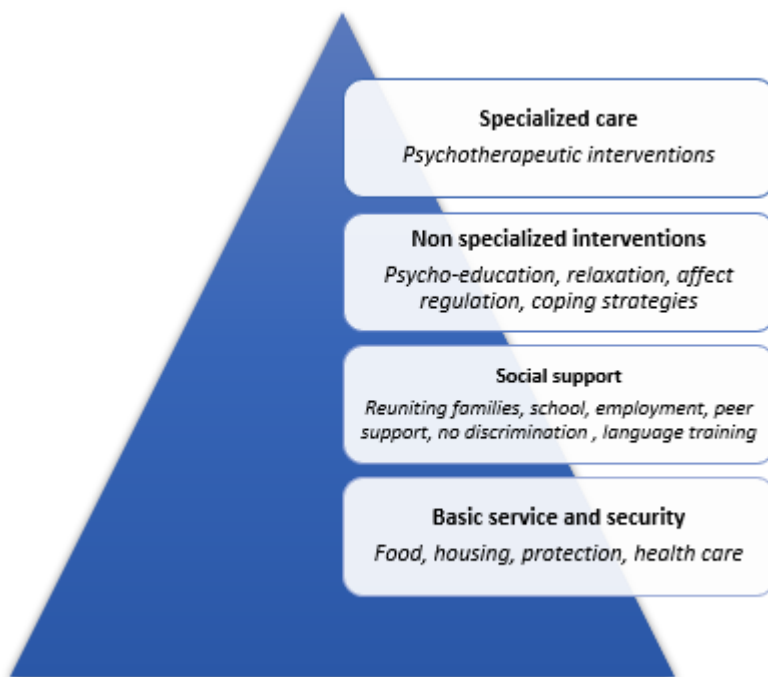
## 12. Psychosociale gezondheid

Vluchtelingen bevinden zich in een kwetsbare positie. Er zijn signalen van mensenhandel, geweld en misbruik. Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV'ers) vormen een zeer kwetsbare groep binnen de vluchtelingen. Het is belangrijk alert te blijven op signalen van uitbuiting of misbruik onder vluchtelingen en AMV'ers in het specifiek.

Voor meer informatie over signalen die kunnen wijzen op uitbuiting en wat te doen bij een vermoeden op uitbuiting verwijzen we naar de [volgende informatiepagina en flyer van Comensha](#) (coördinatiecentrum tegen mensenhandel).

### Trauma bij vluchtelingenkinderen

Vluchtelingenkinderen kunnen getraumatiseerd zijn. In de benadering van vluchtelingenkinderen met trauma's past het concept van een gefaseerde benadering. Hierbij is de publieke gezondheidszorg gericht op de interactie van het kind met zijn omgeving, waarbij individuele factoren, het gezin, de gemeenschap en de maatschappelijke context bijdragen aan de kwaliteit van leven en normalisatie van de nieuwe situatie (zie figuur 2.2).



*Figuur 2.2 Interventiepiramide voor geestelijke gezondheidszorg en psychosociale ondersteuning bij minderjarige vluchtelingen, aangepast vanuit IASC-richtlijnen over geestelijke gezondheid en psychosociale ondersteuning in noodsituaties*

Het belangrijk ondersteuning te bieden bij het terugvinden van vermiste familieleden, het naar school kunnen gaan, psycho-educatie, integratie van traditionele gezondheidszorg, taalles en steun voor de ouders bij het vinden van werk en huisvesting (<sup>23-26</sup>). Herstel van een dagelijkse routine en zinvolle bezigheden, het bieden van structuur en hanteren van gebruikelijke opvoedingsregels, geeft houvast en een gevoel van veiligheid. Ook het faciliteren van positieve ervaringen is belangrijk (<sup>27</sup>). Sociale steun wordt over het algemeen gezien als een beschermende factor tegen het ontwikkelen van PTSS na een schokkende gebeurtenis. Wederopbouw van sociale netwerken moet hierom gefaciliteerd worden (<sup>28,29</sup>). Het is daarnaast van groot belang dat psychopathologie bij ouders gesignaleerd en behandeld wordt, zodat kinderen een veilige thuisbasis kunnen krijgen. Meer informatie over de gefaseerde benadering is te vinden in [Bijlage 3 – Module 2 Psychosociale zorg](#), afkomstig uit de richtlijn Nieuwkomersonderzoek Vluchtelingen Kinderen van de NvK.

**Advies:**

- Wees alert op signalen van uitbuiting, misbruik of mishandeling. Bij AMV'ers in het bijzonder.
- Vluchtelingenkinderen kunnen getraumatiseerd zijn. In de benadering van deze kinderen dient gefaseerd psychosociale ondersteuning geboden te worden volgen de interventiepiramide voor geestelijke gezondheidszorg en psychosociale ondersteuning bij kinderen. Normalisatie van de nieuwe situatie, focus op het gezin en de omgeving van het kind en sociale steun zijn belangrijke onderdelen van deze benadering. De JGZ speelt hierin een belangrijke rol.

Zie voor meer informatie:

[Bijlage 3: Module 2 Psychosociale zorg](#) uit de richtlijn Nieuwkomersonderzoek Vluchtelingenkinderen - NvK (*volledige richtlijn binnenkort beschikbaar na autorisatie door NvK*)  
Psychische problematiek bij vluchtelingenkinderen, signalering en beleid – [Handreiking maart 2017 PHAROS](#)

## **Auteurslijst**

Sara Sahba (SS)<sup>1</sup>, Lianne Denneman (LD)<sup>2</sup>, Victoria von Salmuth (VS)<sup>3</sup>, Klaas Koop (KK)<sup>4</sup>, Tineke Beirens<sup>5</sup> (TB), Petra de Jong (PdJ)<sup>6</sup>, Henrike ter Horst (HtH)<sup>7</sup>, Jossy van den Boogaard (JvdB)<sup>8</sup>, Nynke Nutma (NN)<sup>9</sup>, Helma Ruijs (HR)<sup>10</sup>, Tom Wolfs (TW)<sup>11</sup>, Lilly Verhagen (LV)<sup>12</sup>, Irma Hein (IH)<sup>13</sup>, Albertine Baauw(AB)<sup>14</sup>

<sup>1</sup> ANIOS Kindergeneeskunde, Adjunct-directeur EKANN

<sup>2</sup> ANIOS Kindergeneeskunde St Canissius Ziekenhuis Nijmegen, Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde (AIGT), Secretaris EKANN

<sup>3</sup> AIOS AIGT, Projectteamlid EKANN

<sup>4</sup> Kinderarts metabole ziekten Wilhelmina Kinderziekenhuis Universitair Medisch Centrum Utrecht

<sup>5</sup> Beleidsmedewerker AJN Jeugdartsen Nederland

<sup>6</sup> Jeugdarts KNMG, Voorzitter Werkgroep Vluchtelingen AJN Jeugdartsen Nederland

<sup>7</sup> Jeugdarts KNMG, Medisch adviseur RIVM (Rijksvaccinatieprogramma, hielprikscreening en zwangerenscreening)

<sup>8</sup> Arts Maatschappij en Gezondheid / epidemioloog, Landelijke Coördinator Tuberculosebestrijding Centrum voor Infectieziektebestrijding RIVM

<sup>9</sup> Arts Maatschappij en Gezondheid, Profiel infectieziektebestrijding Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding RIVM

<sup>10</sup> Arts Maatschappij en Gezondheid, Profiel infectieziektebestrijding Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding RIVM

<sup>11</sup> Kinderarts-infectioloog Wilhelmina Kinderziekenhuis Universitair Medisch Centrum Utrecht

<sup>12</sup> Kinderarts-infectioloog Radboud Universitair Centrum Nijmegen

<sup>13</sup> Kinder- en jeugdpsychiater / postdoc onderzoeker Levvel / Amsterdam UMC afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie

<sup>14</sup> Directeur EKANN, Voorzitter Expertisegroep Global Child Health NvK, Directeur Opleidingsinstituut Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde OIGT Utrecht, AIGT en Kinderarts

## Bijlage 1 - Referenties

1. Jaroszewicz, M. Years After Crimea's Annexation, Integration of Ukraine's Internally Displaced Population Remains Uneven. 16.
2. Loboda, A. *et al.* Child health care system in Ukraine. *Turk. Arch. Pediatr. Pediatr. Arş.* **55**, 98–104 (2020).
3. Digital Situation Report Ukraine Oct 2021, The United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.  
<https://reports.unocha.org/en/country/ukraine/card/2bMBM0ECTo/>.
4. Naturalisatiedienst, I. Coullance voor Oekraïners in Nederland.  
<http://ind.nl:80/nieuws/Paginas/Coullance-voor-Oekraïners-in-Nederland.aspx>.
5. WHO Immunization Data portal. <https://immunizationdata.who.int/pages/profiles/ukr.html>.
6. Vluchtelingen Oekraïne en infectieziekten | LCI richtlijnen.  
<https://lci.rivm.nl/richtlijnen/vluchtelingenoekraïne>.
7. Vaccination. <http://en.moz.gov.ua/vaccinations>.
8. Testing for tuberculosis infection and screening for tuberculosis disease among refugees arriving in European countries from Ukraine. 6.
9. Tuberculosis in Ukraine Analytical and Statistical Reference Book 2017, Public of Health Centre of the Ministry of Health of Ukraine.
10. Slump, E., van Beurden, K. & Bogaard, J. van den. *Tuberculose in Nederland 2020. Surveillancerapport inclusief rapportage monitoring van interventie*.  
<https://rivm.openrepository.com/handle/10029/625391> (2021) doi:10.21945/RIVM-2021-0192.
11. Afrika | BCG | TBC | MDR. <https://www.tbc-online.nl/bcg/index.php?w=189&c=europa&p=242,85>.
12. Operational public health considerations for the prevention and control of infectious diseases in the context of Russia's aggression towards Ukraine. *European Centre for Disease Prevention and Control* <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-public-health-considerations-prevention-and-control-infectious> (2022).



13. Ukraine: Public Health Situation Analysis (PHSA) - Short-form (Last Update: 3 March 2022) - Ukraine. *ReliefWeb* <https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-public-health-situation-analysis-phsa-short-form-last-update-3-march-2022>.
14. HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 (2020 data). *European Centre for Disease Prevention and Control* <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2021-2020-data> (2021).
15. Global AIDS Monitoring 2019: Ukraine Summary, UNAIDS.org. [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR\\_2020\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR_2020_countryreport.pdf)
16. Malyuta, R., Newell, M.-L., Ostergren, M., Thorne, C. & Zhilka, N. Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection: Ukraine experience to date. *Eur. J. Public Health* **16**, 123–127 (2006).
17. Mahdavi, S. *et al.* Treatment and disease progression in a birth cohort of vertically HIV-1 infected children in Ukraine. *BMC Pediatr.* **10**, 85 (2010).
18. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Report on 2018–2019 pre-validation assessment of elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Ukraine.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336180> (2020).
19. Intake jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor statushouderskinderen. *Pharos* <https://www.pharos.nl/kennisbank/handreiking-intake-jeugdgezondheidszorg-jgz-voor-statushouderskinderen/>.
20. Report looks at vector-borne disease risk in Ukraine | RSTMH. <https://rstmh.org/news-blog/news/report-looks-at-vector-borne-disease-risk-in-ukraine>.
21. Yurchenko, O. O., Dubyna, D. O., Vynograd, N. O. & Rogovskyy, A. S. Tick-borne encephalitis cases recorded in Ukraine over 1990–2018. *J. Travel Med.* **27**, taaa075 (2020).
22. Factsheet about West Nile virus infection. *European Centre for Disease Prevention and Control* <https://www.ecdc.europa.eu/en/west-nile-fever/facts>.
23. Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises. *Impact* <https://www.impact-kenniscentrum.nl/nl/producten/multidisciplinaire-richtlijn-psychosociale-hulp-bij-rampen-en-crises> (2014).

24. Welzijn en gezondheid van gezinsherenigers - Een verkenning. *Pharos*  
<https://www.pharos.nl/kennisbank/welzijn-en-gezondheid-van-gezinsherenigers-ee-verkenning/>.
25. Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C. & Stein, A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet Lond. Engl.* **379**, 266–282 (2012).
26. Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, Keane T, Saxe GN. Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004 Jan;43(1):24-36. doi: 10.1097/00004583-200401000-00012. PMID: 14691358. - PubMed.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14691358/>.
27. Toolkit kind en trauma - Het WKZ. <https://www.hetwkz.nl/nl/toolkit-kind-en-trauma>.
28. Ehntholt, K. A. & Yule, W. Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J. Child Psychol. Psychiatry* **47**, 1197–1210 (2006).
29. Cisse Nakeyar, Victoria Esses, Graham J Reid, The psychosocial needs of refugee children and youth and best practices for filling these needs: A systematic review, *Clin Child Psychol Psychiatry*, 2018. [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104517742188?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104517742188?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed).

## Bijlage 2 - Module 10 Een onverzekerd kind op uw spreekuur: het stappenplan

### Recht op medisch noodzakelijke zorg

Onverzekerden hebben recht op zorg. De zorg moet medisch noodzakelijk zijn. Een arts beoordeelt of daarvan sprake is. Medisch noodzakelijke zorg beperkt zich niet tot spoedzorg. Als iemand niet verzekerd is, zijn er voor zorgaanbieders twee regelingen om de kosten voor zorg aan deze onverzekerde persoon te kunnen declareren. Het gaat hierbij om zorg uit het basispakket en –voor onverzekerbare vreemdelingen- om zorg uit de Wet langdurige zorg. Bij beide regelingen is het uitgangspunt dat de onverzekerde in beginsel de kosten zelf dient te betalen. Als hij/zij de kosten niet of slechts gedeeltelijk zelf kan betalen, kan door de zorgaanbieder bij het CAK een verzoek om financiering van de kosten worden gevraagd. Het betreft de:

- regeling onverzekerbare vreemdelingen (artikel 122a Zvw);
- subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.

Zie de [website van CAK](#) voor de voorwaarden van de regelingen.

Zoals vermeld in module 6 hebben alle jeugdigen van 0 tot 18 jaar recht op jeugdgezondheidszorg, ook ongedocumenteerden. Hiervoor geldt geen enkele financiële of andere beperking. Ook toegang tot jeugdzorg is gegarandeerd voor ongedocumenteerden.

Deze Module is afgestemd met de Directie Zorgverzekeringen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met uitzondering van de gedeelten over jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg. Aan onderstaande adviezen kunnen geen rechten worden ontleend. Bij twijfel dient contact opgenomen te worden met het Ministerie van VWS, de Zorgverzekeringlijn of het CAK.

### Huisartsenzorg

#### Spoed

- 1) Verleen zorg volgens de medische richtlijnen.
- 2) Indien doorverwezen moet worden naar een ziekenhuis, verwijs altijd door naar een ziekenhuis dat een contract heeft met het CAK voor zorg aan onverzekerbare vreemdelingen, aangezien zij ervaring met de regelingen hebben en patiënten en ziekenhuizen later niet met onbetaalbare rekeningen zitten. U vindt bij [het CAK](#) de lijst met gecontracteerde ziekenhuizen.
- 3) Volg voor de financiële afhandeling de stappen genoemd onder Geen spoed.

#### Geen spoed

- 1) Bespreek met de patiënt of diens ouder(s) waarom er sprake is van onverzekerdeheid. In tabel B3.1 staan de meest voorkomende situaties.
- 2) Bespreek of de patiënt de zorgkosten zelf kan betalen en zo niet, of er een gedeelte en welk gedeelte wel zelf betaald kan worden.
- 3) Verleen de medisch noodzakelijke zorg.
- 4) Indien de patiënt niet zelf kan betalen, beoordeel welke financieringsregeling van toepassing is op deze patiënt. Er zijn twee verschillende regelingen: een is bestemd voor onverzekerbare vreemdelingen, de andere regeling voor overige groepen onverzekerden met elk hun eigen voorwaarden. Neem bij twijfel contact op met de [Zorgverzekeringlijn](#), 0800-6464 644 of het CAK, 088-7114 888 / 0800-5028.
- 5) Indien de patiënt valt onder de Regeling onverzekerbare vreemdelingen en er medicatie nodig is, verwijs altijd door naar een apotheek die gecontracteerd is bij het CAK. Zie hiervoor de website van [het CAK](#).
- 6) Voor doorverwijzing naar apotheek of de tweede en derde lijn geldt voor de Regeling onverzekerbare vreemdelingen, dat zij gecontracteerd dienen te zijn met het CAK. Verwijs altijd door naar reeds gecontracteerde instellingen, aangezien zij ervaring met de regelingen

hebben en de patiënt en/of het ziekenhuis later niet met onbetaalbare rekeningen zitten. Zie hiervoor de website van [het CAK](#) of bel 0800–5028.

- 7) Bij onverzekerdeheid terwijl de patiënt en/of de ouders wel verzekeringsplichtig zijn (als ouders werken of al langer hier wonen én rechtmatig verblijven): bel altijd met de Zorgverzekeringslijn voor verdere stappen. En volg verder de instructies, zoals vermeld op de website van het CAK bij de Subsidierегeling medisch noodzakelijke zorg [aan onverzekerden](#) of bel het CAK op 088-711 4888.

## Ziekenhuiszorg

### Spoed

- 1) Verleen zorg volgens de medische richtlijnen.
- 2) Bespreek waarom er sprake is van onverzekerdeheid. In het schema hieronder staan de meest voorkomende situaties.
- 3) Als het om een onverzekerbare vreemdeling gaat, controleer of uw ziekenhuis een contract met het CAK heeft. Zie de website van het CAK. Zo ja, dan weet de financiële administratie hoe de zorgkosten verder afgehandeld moeten worden. Het kind kan dan ook opgenomen worden in uw ziekenhuis.
- 4) Gaat het om een onverzekerbare vreemdeling en heeft uw ziekenhuis geen contract, dan kan het CAK verzocht worden het ziekenhuis te contracteren. Als geen contract wordt afgesloten, dan kan alleen voor spoedeisende hulp een bijdrage van 80% van hetgeen de patiënt niet zelf kan betalen aan het CAK gevraagd worden. Als het kind opgenomen moet worden, plaats het kind dan over naar een gecontracteerd ziekenhuis om te voorkomen dat patiënt en ziekenhuis later met onbetaalbare rekeningen zitten. Indien dit niet kan, dan moet met het CAK overlegd worden over het aangaan van een contract.
- 5) Bij onverzekerdeheid terwijl de patiënt en/of de ouders wel verzekeringsplichtig zijn (als ouders werken of al langer hier wonen én rechtmatig verblijven): bel altijd met de [Zorgverzekeringslijn](#) voor verdere stappen. Volg verder de instructies, zoals vermeld op de website van het CAK bij de Subsidierегeling medisch noodzakelijke [zorg aan onverzekerden](#) of bel het CAK op 088-711 4888.

### Geen spoed

#### Gecontracteerd ziekenhuis

- 1) De inschrijfbalie en/of financiële administratie bespreken met de patiënt of diens ouder(s) waarom er sprake is van onverzekerdeheid. In het schema hieronder staan de meest voorkomende situaties. Zij bespreken of de patiënt de zorgkosten zelf kan betalen en zo niet, of er een gedeelte en welk gedeelte wel zelf betaald kan worden.
- 2) Verleen de medisch noodzakelijke zorg.

#### Niet-gecontracteerd ziekenhuis

- 1) Gaat het om een onverzekerbare vreemdeling en is er een gecontracteerd ziekenhuis in de buurt? Dit kunt u vinden op de website van [het CAK](#). Verwijs dan altijd door naar het gecontracteerde ziekenhuis aangezien zij ervaring met de regelingen hebben en patiënt en ziekenhuis later niet met onbetaalbare rekeningen zitten.
- 2) Is dit niet het geval of zijn er andere redenen waarom doorverwijzing niet mogelijk is, overleg met het CAK, 0800 – 5028, over de mogelijkheden een contract af te sluiten.

## Tolkenvergoeding

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

Voor overige sectoren, zie [zoschakeltueentolkin.nl](#), een website van de Johannes Wierstichting. Of, als u vermoedt dat uw zorgvrager slachtoffer is van mensenhandel, bij CoMensha.

## Medisch noodzakelijke zorg

Het begrip medisch noodzakelijke zorg wordt veelvuldig genoemd rond zorg aan onverzekerden en onverzekerbaren. Medisch noodzakelijke zorg beperkt zich NIET tot alleen spoedeisende zorg. In de [Zorgverzekeringswet](#) wordt het omschreven als zorg uit het basispakket. Voor ongedocumenteerden betreft het ook zorg uit de Wet langdurige zorg, voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling, medisch noodzakelijk acht.

Na invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, bleek in de praktijk onduidelijkheid te bestaan over de reikwijdte van medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerden. Daarom bracht de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (Commissie Klazinga) in 2007 het rapport [Arts en vreemdeling](#) uit. De beroepsgroepen vertegenwoordigd door de KNMG, LHV, Orde van Medisch Specialisten (nu FMS) en de NVvP hadden samen met Pharos zitting in deze commissie. De commissie was van oordeel dat de arts dient te beoordelen of zorg medisch noodzakelijk is. Medisch noodzakelijke zorg is volgens de commissie verantwoorde en passende medische zorg die:

- doeltreffend en doelmatig is;
- patiëntgericht is en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt;
- geïndiceerd is op basis van een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen;
- geïndiceerd is conform de normen van de beroepsgroep;
- kosteneffectief is.

Verdere richtlijnen vanuit de commissie Klazinga zijn:

- Bij zorg, die uitgesteld kan worden in combinatie met de verwachting van kort verblijf in Nederland, kunnen artsen de behandeling beperkt houden of afzien van behandeling.
- Als de duur van het verblijf in Nederland onduidelijk of langdurig is, is de continuïteit van adequate medische zorg belangrijker en dient de medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden,
- Artsen en zorginstellingen dienen zich bij zorgverlening primair te richten op medische en zorginhoudelijke aspecten en niet op financieringsregelingen. De mogelijke nadelige gevolgen van financieringsregelingen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg dienen nadrukkelijk te worden onderkend.

## Informatie

### CAK

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

## Zorgverzekeringslijn

- Voor alle vragen rondom de zorgverzekering (bijvoorbeeld zorgverzekeringsschulden of wat te doen als een vast woon- of verblijfadres ontbreekt): 0800-6464 644.

## Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en

Sport Directie Zorgverzekeringen: 070-340

7602.

## Sociale Verzekeringsbank

Voor de verzekeringsplicht bij specifieke situaties en om een onderzoek verzekering Wlz aan te vragen indien onbekend is of iemand verzekeringsplichtig is, kan men terecht bij de [Sociale Verzekeringsbank](#).

**Tabel 10.1**

| Groep van onverzekerde  | Regeling bij betalingsonmacht   | Bijzonderheden  |
|---|---|---|
| <b>Verzekeringplichtige</b>   |   |   |
| Verzekeringplichtige  | Subsidierегeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (verder: Subsidierегeling)                          | Let op: het merendeel van deze groep is Nederlander en zal dak- of thuisloos zijn of is een persoon met verward gedrag. De subsidierегeling is primair bedoeld voor dak- of thuislozen en personen met verward gedrag en niet voor andere verzekeringsplichtigen.<br><br>Zie voor de voorwaarden: Subsidierегeling: <a href="https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden/subsidie-aanvragen/aanvraag">https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden/subsidie-aanvragen/aanvraag</a> .<br>Binnen zeven kalenderdagen na de dag dat de zorg is verleend of gestart, moet zorgverlener melden via het centrale meldpunt: <a href="https://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl/">https://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl/</a> . |
| <b>Niet-verzekeringplichtige</b>  |   |   |
| Onverzekerbare vreemdelingen die onrechtmatig in Nederland verblijven   | Regeling onverzekerbare vreemdelingen voortkomend uit art.122a Zw (verder: Regeling onverzekerbare vreemdelingen) | Het gaat hierbij om niet-rechtmatig verblijf van mensen zonder visum of verblijfsvergunning, zoals: uitgeprocedeerde asielzoekers, mensen die hun partnerafhankelijke verblijfsvergunning zijn kwijtgeraakt door scheiding, mensen van wie de verblijfsvergunning is ingetrokken, toeristen zonder geldig visum of arbeidsmigranten zonder geldig verblijfsdocument.<br><br>Zie voor de voorwaarden Regeling onverzekerbare vreemdelingen: <a href="https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen">https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen</a> .  |
| Onverzekerbare vreemdelingen met rechtmatig verblijf  | Regeling onverzekerbare vreemdelingen   | Vreemdelingen die: <ul style="list-style-type: none"> <li>- een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend;</li> <li>- bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een reguliere verblijfsvergunning.</li> </ul>  |
| Onderdanen van EU of EER (Noorwegen, IJsland en Zwitserland) of andere landen waarmee Nederland een verdrag heeft over het verlenen van medische zorg bij tijdelijk verblijf. | Subsidierегeling  | Deze mensen hebben veelal een European Health Insurance Card (EHIC) of een ander geldig internationaal verzekeringsbewijs. In dat geval kunnen de kosten worden gedeclareerd bij Zilveren Kruis. Zie voor de werkwijze en de lijst met landen waarmee een verdrag is: <a href="https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/declareren/medische-zorg-bij-tijdelijk-verblijf-in-nederland">https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/declareren/medische-zorg-bij-tijdelijk-verblijf-in-nederland</a><br><br>Europeanen hebben in beginsel verblijfsrecht. Pas als ze langer in Nederland zijn dan drie maanden en geen ziektekostenverzekering meer hebben en niet kunnen voorzien in hun bestaan, is sprake van onrechtmatig verblijf.                          |
| Onderdanen van overige landen die rechtmatig verblijven   | Subsidierегeling  | Let op: alleen bij verblijf <3 maanden.<br>Let op: bij onduidelijkheid over de duur van het verblijf gebruik maken van de Regeling onverzekerbare vreemdelingen.  |

|   |                  |  |
|---|------------------|--|
| Studenten (zonder bijbaan of stage) uit EU of EER Noorwegen, IJsland en Zwitserland) of andere landen waarmee Nederland een verdrag heeft over het verlenen van medische zorg bij tijdelijk verblijf. | Subsidieregeling | Deze studenten hebben veelal een European Health Insurance Card (EHIC) of een ander geldig internationaal verzekeringsbewijs. In dat geval kunnen de kosten worden gedeclareerd bij Zilveren Kruis. Zie voor de werkwijze en de lijst met landen waarmee een verdrag is: <a href="https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/declareren/medische-zorg-bij-tijdelijk-verblijf-in-nederland">https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/declareren/medische-zorg-bij-tijdelijk-verblijf-in-nederland</a> . |
| Studenten zonder bijbaan of stage uit overige landen  | Subsidieregeling | Mogelijk dat de (private) ziektekostenverzekering onvoldoende dekking biedt voor de kosten. De Subsidieregeling is dan aanvullend.   |

*Deze tabel is samengesteld door Dokters van de Wereld, sinds 2005 betrokken bij de toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerde mensen.*

**NB afkomstig uit NvK Richtlijn Nieuwkomersonderzoek Vluchtelingenkinderen**

## Bijlage 3 - Module 2 Psychosociaal onderzoek

### Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de uitgangsvraag:

*Wat is het meest geschikte evidence-based psychosociaal nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen?*

Vluchtelingenkinderen zijn blootgesteld aan vele risicofactoren en stressoren, zowel in het land van herkomst, gedurende de vlucht, als in het land van hervestiging (Hebebrand, 2016). Ook doen zich gedurende deze periodes vele ingrijpende jeugdervaringen voor, zoals het verlies van dierbaren, gevangenschap van een familielid, emotionele en fysieke verwaarlozing, honger, nog los van de impact van het oorlogsgeweld. In de Adverse Childhood Experiences (ACE) study (Anda, 2006) is beschreven dat hoe meer ingrijpende jeugdervaringen zijn meegemaakt, des te groter de kans wordt op lichamelijke en psychische aandoeningen en zelfs mortaliteit (Jensen, 2015; Vervliet, 2014). Het is duidelijk dat jeugdige vluchtelingen en hun gezinnen verhoogde risico's op zowel lichamelijke als psychische problemen hebben in vergelijking tot andere inwoners van Nederland (Goosen, 2014). Vluchtelingenkinderen hebben dan ook regelmatig te maken met trauma gerelateerde problemen, waaronder posttraumatische stressstoornis (PTSS), angst, depressie en gedragsproblemen (Fazel, 2012; Van Os, 2016).

Literatuur over de prevalentie van psychische problemen bij vluchtelingenkinderen is beperkt. De verschillende onderzoeken zijn moeilijk te vergelijken vanwege het gebruik van uiteenlopende indicatoren en metingen in verschillende contexten (Lustig, 2004; Fazel, 2012). Een meta-analyse naar PTSS bij kinderen die interpersoonlijk trauma hebben meegemaakt, waartoe oorlog wordt gerekend, toont een prevalentie van meer dan 25% (Alisic, 2014). Drie studies over de prevalentie van PTSS bij kinderen na oorlogssituaties, beschrijven prevalenties van 9,1% (Ahmad, 2000), 48,1% (Catani, 2009) en 48,9% (Daud, 2008). Symptomen van posttraumatische stress worden gerapporteerd bij 50 tot 90% van de vluchtelingenkinderen (Lustig, 2004). Bij kinderen onder de vijf jaar, die blootgesteld zijn aan oorlog gerelateerd geweld, is PTSS beschreven bij 37,8% van de kinderen (Feldmand, 2011). Een recente studie bij amv's in Duitsland laat zien dat bij 17% geestelijke gezondheidsproblemen spelen (Marquadt, 2016). In een Nederlands follow-up onderzoek bij amv's werd een prevalentie van ernstige, chronische psychische problemen van 50% gevonden na zelfrapportage (Bean, 2007).

De omgeving waarin vluchtelingenkinderen zich bevinden is van invloed op hun psychisch welzijn. Het gezin is hier een belangrijke factor in. Het is bekend dat vluchtelingenkinderen, waarvan een of beide ouders PTSS of een depressie hebben, een grotere kans hebben op verschillende psychische problemen op het gebied van gedrag, emoties en hechting (Bryant, 2018; Van Ee, 2012; Goodman, 1999). Dit geldt ook voor kinderen die binnen een jaar meer dan eenmaal worden overgeplaatst tussen locaties (Goosen, 2014). Een deel van de vluchtelingenkinderen groeit op zonder de emotionele beschikbaarheid van ouder(s) of andere steunende relaties als buffer tegen chronische stress. Chronische stress is van negatieve invloed op de ontwikkeling van deze groep kinderen (Zurek, 2016). Vluchtelingenkinderen worden ook gezien als een kwetsbare groep als het om kindermishandeling, – verwaarlozing en seksueel misbruik gaat. Wanneer ouders psychosociale problemen hebben, wordt het risico op kindermishandeling en verwaarlozing groter (Hassan, 2011). Uit onderzoek onder ruim 17.000 vluchtelingenkinderen in Nederland blijkt dat deze groep kinderen een groter risico op fysieke mishandeling loopt wanneer er sprake is van PTSS of depressie bij de moeder, of wanneer de moeder is blootgesteld aan geweld. Vluchtelingenkinderen van alleenstaande moeders liepen daarbij een groter risico op fysieke mishandeling dan kinderen uit meeroudergezinnen (Goosen, 2014).

Het land van vestiging kan protectieve factoren nastreven of faciliteren om het risico op mentale problemen te verkleinen, waaronder een stabiele, vaste woonplaats en sociale steun (Fazel, 2012;



Ikram, 2016). Daarnaast lijkt het behouden van de eigen culturele identiteit naast de integratie in de samenleving van het land van vestiging van protectieve invloed, net als steun van leeftijdsgenoten, de afwezigheid van discriminatie en een veilig gevoel op school (Fazel, 2012). Risicofactoren in het land van vestiging die het welzijn van vluchtelingenkinderen negatief kunnen beïnvloeden, zijn onder andere: onduidelijke regelgeving, onzekerheid over het asielproces (Entholt, 2006), het aantal overplaatsingen tussen asielzoekerscentra (Fazel, 2012), de ligging van asielzoekerscentra in perifere gebieden, verspreide plaatsing van gezinsleden en een gebrek aan privacy (Wiese, 2007).

Het belang van vroeg interveniëren bij kinderen met PTSS is bekend om chronische psychische problemen en stagnatie van ontwikkeling te voorkomen (Verlinden, 2014). Uit follow-uponderzoek naar het beloop van psychische klachten bij amv's bleek dat twee jaar na aankomst in het gastland de mate van PTSS, depressie, angst en gedragsproblemen niet was verminderd (Jensen, 2014). Ondanks de kennis over het voorkomen van psychiatrische problemen bij vluchtelingenkinderen en het belang van signalering en behandeling, is de kennis over psychiatrische problematiek bij vluchtelingenkinderen beperkt (Gezondheidsraad 2016) en gefragmenteerd onder professionals. Hoewel er gezien de prevalentiecijfers van uitgegaan kan worden dat er een grote behoefte is aan zorg onder vluchtelingenkinderen en -gezinnen, is het daadwerkelijke gebruik van zorg door de doelgroep nog beperkt (Lakaddem, 2013). De toename van het aantal vluchtelingenkinderen in Nederland de laatste jaren en de verhoogde gezondheidsrisico's bij deze groep, maken dat een goed onderbouwde benadering voor vroege signalering van psychische problemen en passende interventies vanuit de publieke gezondheidszorg en ketenzorg noodzakelijk zijn.

In dit literatuuroverzicht wordt ingegaan op specifieke factoren die van belang zijn bij het werken met kinderen en gezinnen met een vluchtelingenachtergrond, transculturele aspecten, de evidentie voor screening op trauma gerelateerde problematiek bij deze populatie, aangewezen interventies en de timing van deze interventies.

## Bespreking literatuur

### Culturele sensitiviteit

Uit de literatuurstudie komt een aantal aandachtsgebieden naar voren binnen de hulpverlening aan vluchtelingen. In de eerste plaats het belang van culturele sensitiviteit. Culturele sensitiviteit houdt in dat er een bejegening en attitude is met respect, interesse en belangstelling, een zelfbewustzijn van de eigen cultuur en ervaring met omgaan van mensen met andere culturele achtergronden (Bennett, 2004).

Om een zorgaanbod zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de gebruikers, wordt aangeraden dat professionals zich ruim voldoende kennis over de achtergrond van hun patiënten eigen maken en deze cultureel sensitief toepassen (de Vries, 2010). Daarnaast dient een cultureel medewerker (mediator) ingezet te worden om de brug tussen gebruiken, waarden en geloof van een bepaalde cultuur en de kennis van het gezondheidszorgsysteem in het gastland te overbruggen (Ventevogel, 2015).

Ook de taalbarrière speelt een rol in het bemoeilijken van de communicatie, waardoor subtiele nuances verloren kunnen gaan (Montgomery, 1998). Het gebruiken van een bekende of familielid als tolk moet zoveel mogelijk worden vermeden om de privacy van de patiënt te waarborgen (Gezondheidsraad, 2016). Wanneer een traumatherapie is geïndiceerd kan een tolk of bi-culturele therapeut van belang zijn (NICE, 2005).

Sommigen bepleiten dat niet vaststaat dat psychiatrische stoornissen universeel voorkomen bij alle culturen. Hiermee werpen zij de vraag op of een Westers behandelmodel kan worden toegepast op verschillende culturen waarin de validiteit hiervan niet is vastgesteld (Anstiss, 2009). Een

gemeenschappelijk begrip van concepten over de ontwikkeling van kinderen en geestelijke gezondheid is wel nodig om met patiënten tot overeenstemming te komen over een diagnose en een behandeling. Verschillende auteurs waarschuwen dat Westerse classificatiesystemen kunnen leiden tot verkeerde diagnoses onder vluchtelingenkinderen die zich vestigen in hun nieuwe land (Lustig, 2003; Hjern, 2005; Majumder, 2015).

In de gezondheidszorg is het van belang dat behandelaar en patiënt tot elkaar komen, wat betreft de ziekteverklaring: oorzaak en behandeling van de stoornis. Zonder overeenstemming ontstaan er misverstanden, neemt de motivatie af en ontstaat er no-show. Teneinde het proces te verbeteren en te versnellen in transculturele ontmoetingen, zijn er diverse culturele interviews gemaakt. De laatste versie, het Cultural Formulation Interview, is internationaal getest en is door patiënten en behandelaars als acceptabel, toepasbaar en klinisch bruikbaar gekenschetst. Inmiddels is de Nederlandse vertaling gepubliceerd en zijn er ook vertalingen van de supplementaire modules beschikbaar, waaronder een voor jeugdigen en adolescenten (Rohlof, 2012; Rohlof, 2015; Lewis-Fernández, 2014).

Verder kunnen vluchtelingenkinderen en hun gezin andere verwachtingen hebben van de gezondheidszorg dan de zorgaanbieders (Fazel, 2012; Slobodin, 2015). In sommige plekken op de wereld is het gebruikelijk om actief te proberen om nare ervaringen te vergeten en er niet over te praten (Hjern, 2005). Farmacotherapie wordt soms een acceptabeler alternatief gevonden (Hjern, 2005; Majumder, 2015). In een onderzoek onder amv's in het Verenigd Koninkrijk bleek dat zij de GGZ wantrouwen, omdat het volgens de jongeren deel uitmaakte van de staat (Majumder, 2015). Om participatie en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verhogen is het van belang rekening te houden met de transculturele aspecten van de populatie en een cultuursensitieve aanpak na te streven.

In veel culturen wordt anders omgegaan met psychische klachten: soms leidt een psychisch probleem daar tot maatschappelijke uitsluiting, is psychiatrie als hulpverlening onbekend of er rust een taboe op. Er kan anders worden gedacht over de rol van man en vrouw, waar de standaard aanpak dan geen passende oplossing voor biedt. Het veerkracht- (resilience) model kan dan een belangrijke rol spelen (Lamkaddem, 2015). Uitgangspunt is het SSKK-model: stress, steun, kracht en kwetsbaarheid. Werken met dit model houdt in dat niet alleen aandacht wordt besteed aan de draaglast (bijvoorbeeld de (jeugd)trauma's), maar ook aan de draagkracht en de versterking daarvan.

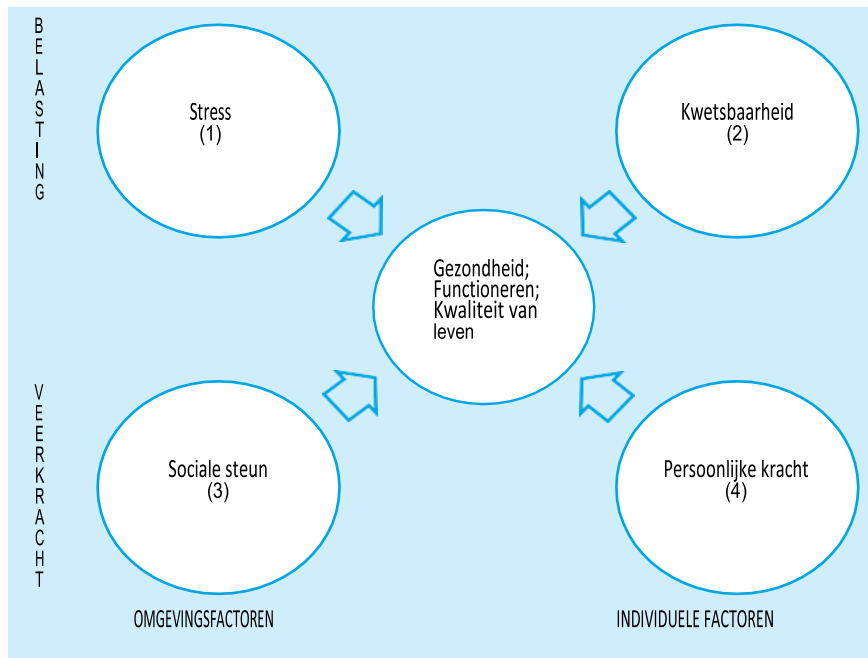
Het veerkrachtmodel beschrijft een cultuursensitieve aanpak voor het werken met vluchtelingen (Lamkaddem, 2015). Het is een model waarin patiënten hun kracht leren hervinden, zodat zij eigenaarschap over problemen terugwinnen en meer controle en grip op het eigen leven krijgen.

Veerkracht verklaart voor een belangrijk deel het fenomeen dat traumatische ervaringen lang niet altijd leiden tot psychiatrische problemen. Van groot belang is hoe iemands leven is na de traumatische ervaringen. Mensen herstellen zich na traumatische gebeurtenissen veel beter wanneer zij kans zien en kansen krijgen om hun persoonlijke, sociale en materiële bronnen van veerkracht te vinden of te hervinden (Hobfoll, 2011).

Bij het veerkrachtgericht SSKK-werkmodel worden de vroegere en huidige stresserende omstandigheden (1) in kaart worden gebracht. Ook de kwetsbaarheidsfactoren (2) worden geanalyseerd (bijvoorbeeld de genetische factoren, intelligentie, chronisch fysieke klachten). Vervolgens worden de sociale steun (3) en de persoonlijke kracht (4) onderzocht (zie figuur 2.1). De laatste twee vormen samen de veerkrachtfactoren. Deze veerkrachtfactoren worden onderverdeeld in biologische, psychologische, sociale, culturele en existentiële of zingevingfactoren.

Een behandeling vanuit dit veerkrachtmodel richt zich op het verbeteren van de gezondheid en het functioneren van jeugdigen en gezinnen middels het versterken van de veerkrachtfactoren en het leren omgaan met de kwetsbaarheids- en stressfactoren, naast de behandeling van de gezondheidsklachten.

**Figuur 2.1** Het SSKK-model (Sleijpen, 2016; Lamkaddem 2015b; Bronstein, 2013; Laban, 2010, De Jonghe, 1999)

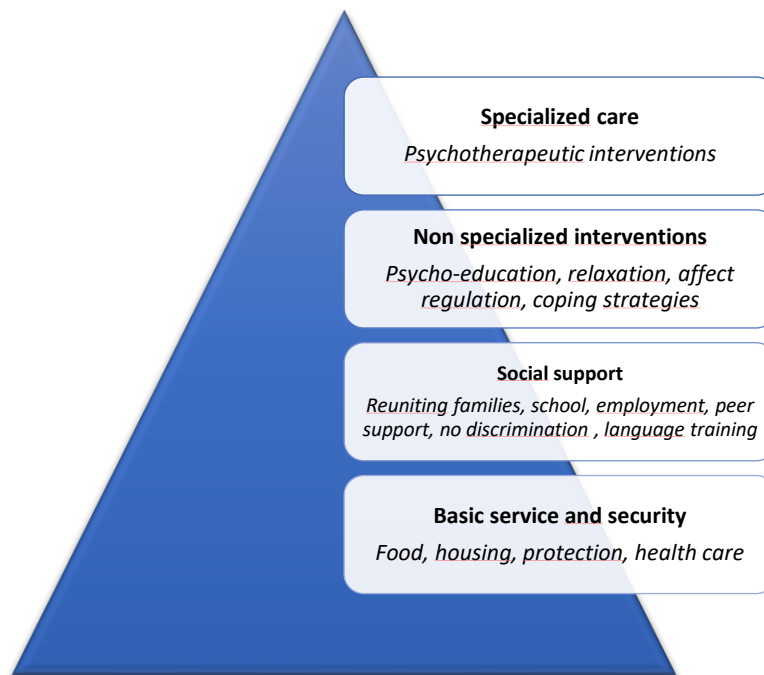


Vluchtelingengroepen uit verschillende landen laten overeenkomsten zien in hun bronnen van veerkracht. Hoewel jonge vluchtelingen meerdere verschillende uitdagingen onder ogen hebben moeten zien, zijn de basale behoeften (zoals zich veilig voelen, betekenisvolle relaties hebben, mogelijkheden voor persoonlijke groei) en fundamentele copingstrategieën (zoals steun zoeken bij anderen, hoop en betekenisvolle afleiding vinden) universeel voor de adolescentie. Ook de socio-culturele achtergrond van vluchtelingen kan een positieve bijdrage vormen aan hun veerkracht, zoals hun spiritualiteit en culturele tradities. Veerkracht heeft zowel universele, als specifieke en op de cultuur gebaseerde componenten (McCarthy, 2010).

#### Gefaseerd model van signalering en interventies

Bij het klinisch werken met vluchtelingen past het concept van een gefaseerde benadering. Hoewel hier geen effectiviteitsonderzoek naar is gedaan, volgt dit uit pragmatische overwegingen (NICE, 2005; Entholt, 2006). Een matched care-model is beschreven, waarbij interventies van verschillende intensiteit op verschillende niveaus worden aangeboden binnen een continuüm van zorg (McDermott, 2014). Hierbij past een benadering vanuit de publieke gezondheidszorg gericht op de interactie van het kind met zijn omgeving, waarbij individuele factoren, het gezin, de gemeenschap en de maatschappelijke context bijdragen aan de kwaliteit van leven (zie figuur 2.2).

**Figuur 2.2** *Interventiepiramide voor geestelijke gezondheidszorg en psychosociale ondersteuning bij minderjarige vluchtelingen, aangepast vanuit IASC-richtlijnen over geestelijke gezondheid en*



#### *psychosociale ondersteuning in noodsituaties*

Vanuit het gefaseerde model gezien, bestaan succesvolle interventies voor vluchtelingenkinderen niet in de eerste plaats alleen uit behandeling gericht op psychische symptomen, maar uit bijvoorbeeld ondersteuning bij het terugvinden van vermiste familieleden, het naar school kunnen gaan, psycho-educatie, integratie van traditionele gezondheidszorg, taalles en steun voor de ouders bij het vinden van werk en huisvesting (Lustig, 2003; Impact, 2007; Fazel, 2012; Pharos, 2018). Herstel van een dagelijkse routine en zinvolle bezigheden, het bieden van structuur en hanteren van gebruikelijke opvoedingsregels, geeft houvast en een gevoel van veiligheid. Ook het faciliteren van positieve ervaringen is belangrijk (Toolkit Kind en Trauma, 2016). Sociale steun wordt over het algemeen gezien als een beschermende factor tegen het ontwikkelen van PTSS na een schokkende gebeurtenis. Wederopbouw van sociale netwerken moet hierom gefaciliteerd worden (Entholt, 2006; Nakeyar, 2018).

Na ondersteuning bij praktische zaken en wederopbouw van sociale netwerken, zijn preventieprogramma's een belangrijke volgende stap in de zorg voor vluchtelingenkinderen. Preventieprogramma's hebben de potentie om een groot deel van de populatie te bereiken en de mogelijkheid om door paraprofessionals uitgevoerd te worden. Er kan hierbij gedacht worden aan interventies met aandacht voor het gezinsfunctioneren. Vroege psychosociale interventies zijn gericht op het bevorderen van het natuurlijk herstel en het voorkomen van psychopathologie (Fazel, 2012). Zoals eerder werd vermeld, speelt ook de omgeving een grote rol in het al dan niet ontwikkelen van psychopathologie, waarbij het gezin een belangrijke rol speelt bij het bufferen van de stress van kinderen (Van der Ploeg, 2013). Het bevorderen van gezinscohesie en aanpassingsvermogen van het gezin heeft een belangrijke invloed op het welzijn van getraumatiseerde kinderen (Entholt, 2006). Interventies gericht op psychosociale support van gezinnen (Entholt, 2006) kunnen hier een plaats in hebben. De JGZ kan hier bij uitstek een belangrijke rol in spelen, evenals wijkteams. Het is daarnaast van groot belang dat psychopathologie bij ouders gesignaleerd en behandeld wordt, zodat kinderen een veilige thuisbasis kunnen krijgen.

Een volgende stap is het signaleren van mogelijke psychopathologie bij vluchtelingenkinderen. Dit begint met een goede psychosociale anamnese door een jeugdprofessional (GGD GHOR Nederland, 2017; Van Schie, 2017 en 2018), <https://www.ncj.nl/actueel/nieuws/artikel/vernieuwde-jgz-richtlijn-psychosociale-problemen>. Vanzelfsprekend zijn algemene principes hierop van toepassing: het begint met een introductie van de jeugdprofessional over wie hij is, wat zijn functie is en wat de instelling doet, met daarna uitleg over het doel van het contact en hoe lang het duurt. Ook volgt uitleg over de regels voor geheimhouding van wat de patiënt vertelt, wat er wordt gerapporteerd en dat er toestemming nodig is voor overdracht van informatie uit het dossier naar andere hulpverleners. Voor een jeugdige kan het helpend zijn als er een steunend vertrouwensfiguur bij is en als de jeugdige controle ervaart in het gesprek over onderwerpen waar hij wel of niet over wil praten (Van Os, 2018).

In het gesprek is het van belang om te vragen of de jeugdige of het gezin ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt, zoals bedreiging, (seksuele) geweldservaringen, overlijden of andere stressfactoren. Er wordt aanbevolen om gebruik te maken van een lijst waarmee specifieke gebeurtenissen worden uitgevraagd, om gestructureerd een overzicht te verkrijgen. De Stressful Life Events (SLE) (Bean, 2004) is geschikt voor laagdrempelige zorgsettings, bevat items relevant voor jeugdigen en bestaat uit 12 ja/nee-vragen waardoor de lijst tijdsefficiënt is. Adolescenten kunnen de lijst zelf invullen, bij jonge kinderen kan de lijst worden gebruikt voor het gesprek met de ouder. Het aantal ingrijpende gebeurtenissen blijkt de belangrijkste voorspeller voor posttraumatische stresscores en algemene welzijnsscores (Bean, 2004). De SLE is in meerdere talen beschikbaar en gratis verkrijgbaar (<https://www.psychotraumadiagnostics.centrum45.nl/en/other/children-and-adoloscents>).

Daarna dienen de beschermende en risicofactoren in kaart te worden gebracht, op basis waarvan kan worden ingeschat of en waar er behoefte is aan ondersteuning (zie figuur 2.3).

**Figuur 2.3 Beschermende en risicofactoren (GGD GHOR, 2017)**

| Beschermende factoren  | Risicofactoren  |
|--|---|
| <b>Jeugdige</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• activiteiten in vrije tijd ondernemen;</li> <li>• ego-veerkracht;</li> <li>• gezond;</li> <li>• goede beheersing Nederlandse taal;</li> <li>• makkelijk temperament;</li> <li>• normale tot hoge intelligentie;</li> <li>• probleem-oplossende vaardigheden;</li> <li>• sociaal vaardig en empathisch;</li> <li>• zelfbeschikking;</li> <li>• zelfvertrouwen/persoonlijke trots.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• alleenstaande minderjarige vreemdeling;</li> <li>• cumulatieve blootstelling aan schokkende gebeurtenissen (geweld, dood, onveiligheid, stress);</li> <li>• laag zelfbeeld;</li> <li>• lage intelligentie of beperkt tot geen onderwijs genoten in land van herkomst;</li> <li>• onvoldoende beheersing Nederlandse taal;</li> <li>• pre-existente ziekten;</li> <li>• rigide gedrag, moeilijk kunnen aanpassen;</li> <li>• wantrouwen jegens anderen.</li> </ul>  |
| <b>Familie/gezin/sociale omgeving</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• gezinsleden aanwezig in Nederland in alle fasen van migratie;</li> <li>• gezonde ouders;</li> <li>• goed sociaal netwerk;</li> <li>• kalme en evenwichtige ouder;</li> <li>• ouderlijke steun en betrokkenheid;</li> <li>• peer support;</li> <li>• positieve schoolervaring.</li> <li>• sterke gezinscohesie;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• niet gelijktijdig reizen van gezin;</li> <li>• ontbreken emotionele nabijheid;</li> <li>• lichamelijke of psychische problematiek ouders (met name moeder);</li> <li>• alleenstaande ouder;</li> <li>• onzekerheid en/of lange procedure gezinshereniging;</li> <li>• zorgen en/of geen contact met achtergebleven familieleden;</li> <li>• druk en verwachtingen van achtergebleven familieleden;</li> <li>• slechte relatie met voogd;</li> <li>• financiële problemen;</li> <li>• onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem;</li> <li>• regelmatig verhuizen.</li> </ul> |
| <b>Maatschappij/cultuur</b>  |   |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• toegang tot onderwijs;</li> <li>• steunende religie;</li> <li>• toegang tot zorgvoorzieningen;</li> <li>• veilige en schone woonomgeving;</li> <li>• (eerlijke) toegang tot arbeidsmarkt;</li> <li>• beperkte gezondheidsverschillen tussen verschillende sociaal economische klassen.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• moeizame integratie/separatie;</li> <li>• discriminatie/pesten;</li> <li>• onveilige omgeving (oorlog, vluchtelingenkamp);</li> <li>• taboe rondom hulp bij psychische problemen;</li> <li>• grote culturele verschillen tussen eigen cultuur en cultuur van gastland.</li> </ul> |
|--|--|

Een korte screening één maand na de gebeurtenis wordt aanbevolen voor mensen die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt en een hoog risico hebben op PTSS (NICE, 2005). Voor vluchtelingen kan een routinematige screening op PTSS onderdeel uitmaken van het lichamelijke en geestelijke gezondheidsonderzoek bij inschrijving in het nieuwe land. Screening op PTSS bij jonge kinderen kan bemoeilijkt worden door nog beperkte taalvaardigheden en meer specifieke klachten, maar diagnostiek is mogelijk bij kinderen onder de vijf jaar (Feldman, 2011).

In de literatuur worden verschillende vragenlijsten genoemd die gebruikt worden voor de screening op PTSS bij (vluchtelingen)kinderen. Echter, er wordt niet voor alle vragenlijsten evidentie gevonden voor transculturele validiteit en in sommige gevallen ontbreekt onderzoek hiernaar volledig. Er is een gebrek aan gevalideerde screeningslijsten voor deze specifieke populatie en in het bijzonder voor kinderen onder de zes jaar oud (Gadeberg, 2017). In de Appendix wordt een overzicht gegeven van de meest gebruikte screeningsinstrumenten voor PTSS bij vluchtelingenkinderen, waarbij onder andere gekeken wordt naar de informant, duur van de vragenlijst en of er transcultureel onderzoek is uitgevoerd. Ook wordt een overzicht van de betrouwbaarheid en validiteit van de betreffende screeningsinstrumenten voor PTSS gegeven.

De Children's Revised Impact of Event Scale, CRIES-13 (Children and War Foundation, 1998 – Nederlandse vertaling door Olf in 2005) is een korte vragenlijst en een valide instrument voor het screenen op PTSS bij kinderen vanaf acht jaar in de nulde en eerste lijn. Voor jongere kinderen is er een ouder-versie. Met dit screeningsinstrument kunnen professionals PTSS herkennen en kinderen gericht doorverwijzen voor aanvullende diagnostiek of een passende behandeling. Bij een score boven de afkapwaarde wordt verwijzing naar de specialistische zorg geadviseerd (Verlinden, 2015). Het instrument blijkt goed toepasbaar en heeft een goede transculturele validiteit (Salari, 2017; Entholt, 2006). De CRIES-13 is vrij toegankelijk en beschikbaar via de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie ([www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)) en in vele talen vertaald (<http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/>), zie ook bijlage 8.

**Tabel 2.4** Diagnostische criteria voor een posttraumatische-stressstoornis volgens de DSM-5

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

NB: Deze criteria zijn toepasbaar op kinderen ouder dan 6 jaar, adolescenten en volwassenen.

**Tabel 2.5** Leeftijdsspecifieke reacties na schokkende gebeurtenissen (Beer, 2007)

| Peuters/kleuters   | Schoolkinderen  | Pubers/adolescenten                      |
|--|---|--|
| Angstig hechtgedrag (Separatie)angst                           | Concentratieproblemen   | Verminderd functioneren op school        |
| Regressief gedrag (verlies van zindelijkheid/taalvaardigheden) | Agressieve/angstige fantasieën                                  | Schaamte voor gevoel van kwetsbaarheid   |
|  | Overdreven bezorgdheid over eigen veiligheid of die van anderen | Schaamte voor afhankelijkheid van ouders |

|                                   |                   |  |
|-----------------------------------|-------------------|--|
| Slaapproblemen                    | Re-enactment play | Radicale gedragsverandering  |
| Agressief/destructief gedrag      |                   | Risicovol (thrill seeking) gedrag                                    |
| Vertraging ontwikkelingsmijlpalen |                   | Alcohol-/drugsgebruik  |
|                                   |                   | Angst voor controleverlies over fantasieën, woede en wraakfantasieën |

Bij twijfel over de aanwezigheid van bredere psychische problematiek bij kinderen in de eerste lijn kan de Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ (Goodman, 1997) worden gebruikt (Pharos, 2017), zie ook bijlage 9. Voor afname is geen professionele training vereist, de tijdsduur is korter dan 15 minuten en het is beschikbaar in meerdere talen. De SDQ is een algemeen screeningsinstrument voor psychische problematiek. De SDQ meet de aanwezigheid van psychosociale problemen, de sterke kanten van het kind en de invloed van psychosociale problemen op het dagelijkse functioneren, en kan gebruikt worden bij kinderen en ouders met een migratie-achtergrond. De vragenlijst bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op de subschalen hyperactiviteit/aandachtstekort, emotionele problemen, problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen en prosociaal gedrag. De totale probleemscore geeft een duidelijke indicatie van de aanwezigheid van psychosociale problematiek en is een belangrijke graadmeter om vervolgsbeleid in de eerste c.q. tweede lijn in te zetten. De deelscores kunnen worden bekeken om te zien op welk gebied de problemen bestaan. Er is echter wel gebleken dat de uitkomsten van de subschalen minder betrouwbaar zijn en daarom met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden (GGD Nederland, 2006). De SDQ is in verschillende varianten beschikbaar. Zo zijn er versies voor kinderen (van 11 tot en met 16 jaar) en voor ouders en leerkrachten voor verschillende leeftijdsgroepen tussen drie en 16 jaar. Het gebruik van meerdere versies van de SDQ leidt tot een betere signalering. De SDQ is vrij toegankelijk en kan worden gedownload via de website [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org) (Goodman, 2000). Er zijn versies in verschillende talen beschikbaar.

De ongeboren en zeer jonge vluchtelingenkinderen moeten niet vergeten worden bij screening of noodzakelijke interventies. Wanneer het kind nog ongeboren is, zal de aandacht moeten uitgaan naar de zwangere en de relatie die de aankomende moeder met het kind voelt en aangaat. Kinderen onder de vijf jaar zijn extra kwetsbaar voor negatieve levenservaringen (Walker, 2011) en ook psychologische ervaringen van angst gerelateerd aan gebrek aan ouderlijke steun, valt bij zeer jonge kinderen onder trauma (Schuder, 2004). Bij jonge kinderen is het relationele aspect extra belangrijk (Feldman, 2011) en dient zowel de diagnostiek als de interventie gericht te zijn op het kind in relatie tot de ouders/verzorgers.

Zoals eerder werd vermeld speelt ook de omgeving een grote rol in het al dan niet ontwikkelen van psychopathologie, waarbij het gezin een belangrijke rol speelt bij het bufferen van de stress van kinderen (Van der Ploeg, 2013). Het bevorderen van gezinscohesie en aanpassingsvermogen van het gezin heeft een belangrijke invloed op het welzijn van getraumatiseerde kinderen (Entholt, 2006). Het is daarnaast van groot belang dat psychopathologie bij ouders gesignaleerd en behandeld wordt, zodat kinderen een veilige thuisbasis kunnen krijgen (Kalverboer, 2017).

Een vragenlijst die kan worden toegepast om op een gestructureerde wijze meer inzicht te krijgen in de opvoedingsbelasting die ouders ervaren, is de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OVBL), beschikbaar in meerdere talen en gratis beschikbaar (<http://www.praktikon.nl/obvl/>).

Na het screenen op trauma gerelateerde problemen, zijn er verschillende interventies die ingezet kunnen worden, verschillend in mate van intensiteit. Enig herstel van veiligheid en vertrouwen is een eerste stap waar interventies op gericht moeten zijn, met bijvoorbeeld psycho-educatie en interventies gericht op het verminderen van symptomen van actuele stress (Entholt, 2006). Een manier om dit te doen is door kortdurende interventies te bieden, gericht op verschillende relevante probleemgebieden (McDermott, 2014). Psycho-educatieve interventies staan in de belangstelling ter secundaire preventie

van trauma gerelateerde stoornissen (Zurek, 2016). Voor psycho-educatie aan het kind en zijn gezin is er een boekje beschikbaar in meerdere talen (Stein, 2015).

Traumagerichte interventies kunnen daarnaast aanvankelijk gericht zijn op het traumasensitief maken van de omgeving van vluchtelingenkinderen en kortdurende stabiliserende interventies. Traumasensitief wil zeggen dat er bewustzijn is over de gevolgen van traumatische gebeurtenissen, dat klachten herkend worden en kinderen met traumaklachten op een juiste manier ondersteund worden. De jeugd-GGZ kan een rol hebben bij advisering en consultatie over voorwaarden voor een trauma sensitieve en stabiliserende omgeving op de opvanglocaties en scholen van de kinderen. Coppens (2016) ontwikkelde een training voor lesgeven aan getraumatiseerde kinderen. Ook vertaalde hij de training 'Zorgen voor getraumatiseerde kinderen' naar de Nederlandse situatie. In een recent rapport van de Gezondheidsraad wordt trauma-focust cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) op scholen genoemd als een mogelijk effectieve secundaire preventieve interventie voor het verminderen van trauma gerelateerde en depressieve klachten van vluchtelingenkinderen (Ikram, 2016). Er zijn diverse draaiboeken voor leerkrachten ontwikkeld die kunnen worden aangeboden (KPC Groep, 2015; Pharos, 2015). Interventies gericht op psychosociale support van gezinnen (Entholt, 2006) en meergezinsgroepen (Mooren, 2016) kunnen ook een plaats hebben.

Wanneer uit signalering blijkt dat er sprake is van trauma gerelateerde problemen en de stressreacties die na vier weken niet afnemen, wordt diagnostiek naar PTSS door een gedragskundige aanbevolen. Voor individuele therapie schrijven de richtlijnen de evidence-based traumabehandeling TF-CBT voor bij kinderen vanaf acht jaar met PTSS, één maand na het trauma (NICE, 2005). De toepasbaarheid van TF-CBT bij amv's is in een serie gevalbeschrijvingen aangetoond (Unterhitzberger, 2015). EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) is aangetoond effectief bij volwassenen en is bij kinderen ook in steeds meer onderzoek effectief gebleken (De Roos, 2017; Diehle, 2015). Een seriebeschrijving suggereert dat EMDR effectief is bij vluchtelingenkinderen vanaf acht jaar (Oras, 2004). Dat EMDR minder beroep doet op de taalvaardigheden kan een voordeel zijn, ook voor zeer jonge kinderen, maar onderzoek hiernaar is schaars (Adler-Tapia, 2016). Narrative Exposure Therapy (NET) voor kinderen vanaf acht jaar (kidNET) is een kortdurende behandeling voor PTSS, ontwikkeld voor deze doelgroep en gebaseerd op de neurocognitieve theorie van traumatische herinneringen. Initiële behandelstudies, inclusief gerandomiseerde gecontroleerde studies, laten veelbelovende resultaten zien bij kinderen en adolescenten in opvanglocaties na oorlogstrauma (Onyut, 2005). Er is geen bewijs voor effectiviteit van farmacologische behandeling voor PTSS bij (vluchtelingen)kinderen. Effectonderzoek naar individuele traumabehandeling bij vluchtelingenkinderen is nog zeer beperkt. Ook bij volwassen vluchtelingen is het onderzoek naar effectiviteit van traumabehandelingen zeer beperkt; er is klinische ervaring met groepsbehandeling en het fase-model (Robertson, 2013) en de toepassing van EMDR en stabilisatie in pilotstudies (Ter Heide, 2011; Acarturk, 2015).

Bij regionale basis- en gespecialiseerde jeugd-GGZ-instellingen kan consultatie worden gevraagd voor overleg of advies. Daar worden evidence-based traumabehandelingen aangeboden: kidNET, EMDR en TF-CBT. Verwijzingen kunnen, afhankelijk van de afspraken in de gemeente, door de huisarts of jeugdprofessional worden gedaan. Verder zijn er in Nederland vier derdelijns GGZ-instellingen die gespecialiseerd zijn in psychotraumabehandeling van volwassen vluchtelingen: Centrum '45, Pro Persona, GGZ Drenthe en Reinier van Arkel. Bij de gespecialiseerde kinder- en jeugdpsychiatrie-instellingen kunnen kinderen en gezinnen worden behandeld en consultatie en advies worden ingewonnen.

Er bestaat een dilemma wanneer zich het beste moment voordoet voor het inzetten van interventies en hulp voor vluchtelingenkinderen. Bij vluchtelingen is de acute fase van stress meestal geruime tijd geleden, waardoor het niet nodig is om te wachten met interventies (Yule, 2013). Echter, er wordt regelmatig niet aan de voorwaarden voor interventies voldaan door de inrichting van de asielprocedure. Er ontstaat opnieuw een stressvolle omgeving met meerdere herplaatsingen (Goosen,



2014; Ikram, 2016). Daarnaast vormt de onzekerheid over de verblijfsduur op een bepaalde locatie een belangrijke beperking voor het toepassen van evidence-based traumatherapie. Voor de therapie zijn meerdere sessies nodig die niet afgebroken moeten worden (Kramer, 2015). Echter, een traumabehandeling kan al worden gestart wanneer er nog geen volledige veiligheid en stabiliteit is bereikt.

## Conclusie

Ondanks dat bekend is dat vluchtelingenkinderen in Nederland een kwetsbare groep vormen met een hoog risico op psychische klachten waaronder angst, depressiviteit en PTSS, blijkt onderzoek naar het psychisch welzijn en behandeling van vluchtelingenkinderen in Westerse landen schaars. Een systematische literatuurstudie was niet mogelijk, omdat er te weinig studies zijn gedaan.

Daarom is op basis van een narratieve review van literatuur en expert opinions in dit hoofdstuk aandacht voor de evidentie voor screening op psychische klachten, wordt gekeken naar aangewezen interventies voor deze doelgroep, de timing van de zorg en transculturele aspecten bij het werken met vluchtelingen.

De beperkte literatuur wijst er in de eerste plaats op dat een gefaseerde benadering wordt toegepast. Hierbij is het allereerst nodig om bij het invullen van de zorg voor vluchtelingenkinderen aandacht te hebben voor de context waarin zij zich bevinden en zo nodig ook zorg te dragen voor bredere, praktische ondersteuning van gezinnen en kinderen. Het is van belang om vluchtelingenkinderen een stabiele woonomgeving te bieden in het land van vestiging. Het is in veel gevallen niet nodig om te wachten met interventies, omdat de acute periode van stress vaak ruime tijd achter de rug is (Yule, 2013), hoewel de inrichting van de asielpcedure een negatieve invloedsfactor kan zijn (Laban, 2008; Goosen 2014; Ikram, 2016).

Het gefaseerde model kan als volgt worden vormgegeven. Na aankomst in Nederland wordt, gezien de hoge a priori kans, anamnestic gescreend op psychopathologie (waaronder problemen op het gebied van angst, gedrag, stemming en PTSS) bij het nieuwkomersonderzoek. Aan de hand van de beschermende en risicofactoren, wordt praktische ondersteuning geboden op gebieden als sociale netwerkversterking en dagbesteding. Ook kunnen kortdurende interventies ingezet worden, bijvoorbeeld psycho-educatie, het traumasensitief maken van de omgeving (ouders of school), waarbij de JGZ en het wijkteam een rol hebben en de jeugd-GGZ een adviserende en consultatieve functie kan innemen. Op school kunnen interventies ingezet worden door professionele hulpverleners, zoals TF-CBT. Bij kortdurend verblijf, maar met aanwezigheid van PTSS-klachten, kan er bij kinderen vanaf zeven jaar een groepsprotocol worden ingezet. Samenwerking tussen verschillende hulpverlenersinstanties en de jeugd-GGZ in de vormgeving van deze interventies is aangewezen. Wanneer vluchtelingenkinderen enige duidelijkheid hebben over de verblijfslocatie, kan bij de aanwezigheid van psychopathologie een langduriger individueel traject worden ingezet waarbij EMDR of TF-CBT voor PTSS kan worden ingezet, volgend uit de internationale richtlijnen. Echter, het gefaseerde model moet er niet toe leiden dat in het geval van ernstige PTSS, kinderen en gezinnen te lang verstoken blijven van passende hulp.

Naar de screening, timing en effectiviteit van interventies voor psychische zorg bij vluchtelingenkinderen met psychopathologie als PTSS, is weinig onderzoek gedaan. Van de interventies en programma's voor vluchtelingenkinderen zijn in veel gevallen slechts pilotstudies en gevalsbeschrijvingen beschikbaar. Meer onderzoek naar de werkzaamheid van de therapieën bij vluchtelingenkinderen is nodig, waarbij rekening wordt gehouden met leeftijd, taalbarrière, culturele achtergrond en andere factoren die specifiek zijn voor de vluchtelingendoelgroep.

(Kosten)effectiviteitsonderzoek heeft prioriteit om deze kwetsbare en groeiende groep kinderen te kunnen beschermen en tijdig passende en effectieve hulp te kunnen bieden.

## Aanbevelingen

### **Psychosociale problemen: fasering**

Vluchtelingenkinderen hebben een verhoogde prevalentie van psychosociale problemen.

Versterk de veerkracht van de vluchtelingenkinderen volgens de interventiepiramide. Hierin zijn de publieke gezondheidszorg, basale behoeften, sociaal-maatschappelijke steun, herstel van dagelijkse routine, schoolgang en zinvolle bezigheden van belang.

### **Psychosociale problemen: signaleren**

Bij problemen met gedrag en functioneren is eerst een gerichte anamnese op zijn plaats. Bij uitvragen van meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen wordt de SLE aanbevolen. Beschermende en risicofactoren dienen in kaart te worden gebracht, waarna kan worden ingeschat op welke gebieden ondersteuning nodig is. De CRIES-13 wordt aanbevolen voor screening op PTSS-klachten, de OBV voor opvoedingsstress bij ouders en de SDQ voor breder psychosociaal functioneren en gedragsproblemen.

## Psychosociale problemen: Interventies

Psycho-educatie en acute stress verminderen zijn de eerste stappen.

Als psychische klachten het functioneren belemmeren en na vier weken niet verminderen, dient verwezen te worden naar specialistische jeugdhulp voor diagnostiek en behandeling.

Evidence based behandelingen voor trauma gerelateerde klachten (EMDR, TF-CBT, KidNET) en andere psychopathologie zijn beschikbaar bij (specialistische) jeugd-GGZ. Voorwaarde voor een traumabehandeling is niet dat de situatie volledig gestabiliseerd is, wel dienen dezelfde behandelopties te worden aangeboden als bij reguliere patiënten.

NB afkomstig uit Richtlijn Nieuwkomersonderzoek Vluchtelingenkinderen NvK (binnenkort beschikbaar na autorisatie door NvK)

## Literatuur

- Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, et al. EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6:274-14.
- Adler-Tapia R, Settle C. EMDR and the art of psychotherapy with children. Haarlem: Springer. 2016.
- Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V, Sofi MA, et al. Reliability and validity of a child-specific cross-cultural instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000;9:285-294.
- Alisic E, Zalta AK, van Wessel F, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;204:335-340.
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:174-186.
- Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Derluyn I, et al. Stressful Life Events (SLE) User's Manual. 2004.
- Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Soc Sci Med*. 2007;64:1204-1215.
- Bennett J, Bennett M. Developing intercultural sensitivity: An integrative approach to global and domestic diversity. *Handbook of intercultural training*. Thousand Oaks: Sage Publications. 2004:147-165.
- Bryant RA, Edwards B, Creamer M, et al. The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *The Lancet Public Health*. 2018;3(5):e249-e258.
- Catani C, Schauer E, Elbert T, et al. War trauma, child labor, and family violence: life adversities and PTSD in a sample of school children in Kabul. *J Trauma Stress*. 2009;22:163-171.
- CBS. Ruim 40 procent meer asielzoekers in EU. Den Haag: CBS. 2016.
- Children and War Foundation. CRIES-13. Verkregen van <http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/ies13/>. op 4 mei 2017.
- COA. Cijfers. Rijswijk: COA. 2016.
- Coppens L, Schneijderberg M, van Kregten. Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen. Amsterdam: SWP. 2016.
- Daud A, Af Klinteberg B, Rydelius PA. Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2:7-18.
- De Roos C, Van der Oord S, Zijlstra B, et al. EMDR versus cognitive behavioral writing therapy versus waitlist in pediatric PTSD following single-incident trauma: a multi-center randomized clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017.
- De Vries L. Gewoon bijzonder. Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ. *J Soc Int*. 2010;19:119-122.
- Diehle J, Opmeer BC, Boer F, et al. Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:227-236.
- Ehnholt KA, Yule W. Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:1197-1210.
- Eurostat. Asylum Statistics. Luxemburg: Eurostat. 2017.
- Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, et al. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379:266-282.
- Feldman R, Vengrober A. Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:645-658.
- Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen HW, et al. Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools, *European Journal of Public Health*. 2017;27(3):439-446. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx034>.
- Gezondheidsraad. Briefadvies geestelijke gezondheid van vluchtelingen: Gezondheidsraad. 2016. Verkregen van [https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies\\_geestelijke\\_gezondheid\\_van\\_vluchtelingen.pdf](https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijke_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf).

- GGD GHOR Nederland. 2017. Intake jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor statushouderskinderen, Kennisdelingsprogramma gezondheid statushouders. Utrecht.
- Goodman S, Gotlib I. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transition. *Psychol Rev.* 1999;106(3):458–90. 39.
- Goosen S, Stronks K, Kunst AE. Frequent relocations between asylum-seeker centers are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medical record study. *Int J Epidemiol.* 2014;43:94-104.
- Goosen, ESM. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. University of Amsterdam 2014 [geciteerd 26-7-2017]. Verkregen van: <http://dare.uva.nl/search?identifier=92a87577-7d3a-472e-99bf-6222fd50704b>.
- Hassan G, Thombs BD, Rousseau C, et al. Child maltreatment: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. [Review]. Appendix to: Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ.* 2011.
- Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Eliez S, et al. A. First assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: What mental health professionals need to know. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25:1-6.
- Hjern A, Jeppsson O. Mental health care for refugee children in exile. In Ingleby D, editor. *Forced migration and mental health. Rethinking the care of refugees and displaced persons.* New York: Springer. 2005:115-127.
- IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_asc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_april\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_asc_mental_health_psychosocial_april_2008.pdf).
- Ikram U, Stronks, K. Preserving and improving the mental health of refugees and asylum seekers. *Gezondheidsraad: Den Haag.* 2016.
- IMPACT. Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises. IMPACT: Diemen. 2014.
- IMPACT. Multidisciplinary guideline early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events. IMPACT: Diemen. 2007.
- Jensen TK, Bjørge Skårdalsmo, EM, Fjermestad KW. Development of mental health problems: A follow-up of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2014;8:29-39.
- Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, et al. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 2015;20(1):106-116. doi:10.1177/1359104513499356.
- Kalverboer M, Beltman D, Van Os C, et al. The Best Interests of the Child in cases of migration: Assessing and determining the Best Interests of the Child in migration procedures. *International Journal of Children's Rights.* 2017;25(1):114-139. doi:10.1163/15718182-02501005.
- Kenardy JA, Spence SH, Macleod AC. Screening for posttraumatic stress disorder in children after accidental injury. *Pediatrics.* 2006;118(3):1002-1009.
- KPC Groep. *Draaiboek Vluchtelingenkinderen bij ons op school.* 's Hertogenbosch: KPC Groep. 2015.
- Kramer SA, Hoogsteder MHH, Olsman E, et al. Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers. Johannes Wierstichting, Amsterdam. 2015. <https://www.johannes-wier.nl/wp/wp-content/uploads/2013/11/JWS-handreiking-rev.pdf>.
- Lamkaddem M, Essink-Bot ML, Stronks K. "Gevlucht-gezond?" – II, Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland, Eindrapport. *Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, Afdeling Sociale Geneeskunde.* 2013.
- Lamkaddem M, van den Muijsenbergh M, Laban K. Vluchtelingen in de praktijk, Persoonsgerichte zorg en veerkracht –gericht werken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.* 2015;159:A9447.
- Lewis-Fernández R, Krishan Aggarwal N, Bäärnhielm S, et al. Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5 Psychiatry. 2014;77(2):130-154.
- Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43:24-36.
- Majumder P, O'Reilly M, Karim K, et al. This doctor, I not trust him, I'm not safe: The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *Int J Soc Psychiatry.* 2015;61:129-136.
- Marquardt L, Kramer A, Fischer F, et al. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health.* 2016;21:210-218.
- McDermott BM, Cobham VE. A stepped-care model of post-disaster child and adolescent mental health service provision. *Eur J Psychotraumatol.* 2014;5:24294.
- Montgomery E. Refugee children from the Middle East. *Scand J Soc Med Suppl.* 1998;54:1-152.
- Mooren T, Bala J. Goed ouderschap in moeilijke tijden. Handleiding voor meergezinsgroepen met vluchtelingen. *Pharos: Utrecht.* 2016.
- Nakeyar C, Esses V, Reid GJ. The psychosocial needs of refugee children and youth and best practices for filling these needs: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 2018;23(2):186–208. <https://doi.org/10.1177/1359104517742188>.
- NCTSN Refugee Trauma Task Force. Mental health interventions for refugee children in resettlement. White Paper II. Los Angeles: NCTSN. 2005.
- NICE. Post-traumatic stress disorder: management. [CG26]. NICE Guidelines: London. 2005.
- Onyut LP, Neuner F, Schauer E, et al. Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry.* 2005;5:7-16.

- Oras R, de Ezpeleta SC, Ahmad A. Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nord J Psychiatr.* 2004;58:199-203.
- Pharos. Handreiking vluchtelingenkinderen op school. Utrecht: Pharos; 2015. <https://www.pharos.nl/infosheets/welbevinden-op-school/>.
- Pharos. <https://www.pharos.nl/kennisbank/welzijn-en-gezondheid-van-gezinsherenigers-eeen-verkenning/>. 2018.
- Robertson ME, Blumberg JM, Gratton JL, et al. A group-based approach to stabilization and symptom management in a phased treatment model for refugees and asylum seekers. *Eur J Psychotraumatol.* 2013;4:22728.
- Rohlof H, Beijers H. Het culturele interview en de toepassing daarvan bij kinderen en jeugdigen. In: Yolanda te Poel, Diana Geraci, Jan van Driel & Paul Termaat: *Interculturele Diagnostiek bij kinderen en jongeren.* NVO, Zon-MW & Nip, Utrecht. 2012:211-243.
- Rohlof, Van Dijk R, Bäärnhielm S. Patient-Clinician Relationship. In: Roberto Lewis-Fernández, Neil Krishan Aggarwal, Ladson Hinton, Devon Hinton, Laurence Kirmayer. *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview.* 2015:145-155.
- Salari R, Malekian C, Linck L, et al. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2017;45(6):605–611. <https://doi.org/10.1177/1403494817715516>.
- Schuder MR, Lyons-Ruth K. Hidden trauma in infancy: Attachment, fearful arousal and early disfunctions in the stress response system. In: Osofsky J, editor. *Trauma in infancy and early childhood.* New York: Guilford Press. 2004:69–104.
- Slobodin O, de Jong JT. Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *Int J Soc Psychiatry.* 2015;61:17-21.
- Stein S. Trauma picturebook for parents and their supporters. Hamburg: Children for Tomorrow/University Medical Center Hamburg-Eppendorf. 2015. <http://www.mind-spring.org/junior/index.php/nl/wat-is-mind-spring>.
- Ter Heide FJ, Mooren TM, Kleijn W, et al. EMDR versus stabilization in traumatized asylum seekers and refugees: Results of a pilot study. *Eur J Psychotraumatol.* 2011;2:5881.
- Toolkit Kind en Trauma [Internet]. Utrecht: Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren, UMC Utrecht. 2016. [https://www.hetwkz.nl/getmedia/2966c10e-9b28-4e30-9afd-dd88434e7bd0/Toolkit\\_Kind\\_en\\_Trauma.pdf.aspx?ext=.pdf](https://www.hetwkz.nl/getmedia/2966c10e-9b28-4e30-9afd-dd88434e7bd0/Toolkit_Kind_en_Trauma.pdf.aspx?ext=.pdf).
- UNHCR. Asylum trends, first half 2014. Levels and trends in industrialized countries. Genève: UNCHR. 2015.
- Unterhitzberger J, Eberle-Sejari R, Rassenhofer M, et al. Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry.* 2015;15:260.
- Van der Ploeg J. Stress bij kinderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2013.
- Van Ee E, Kleber R, Mooren T. War trauma lingers on: associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Ment Health J.* 2012;33:459-468.
- Van Os ECC, Kalverboer ME, Zijlstra AE, et al. Knowledge of the unknown child: A systematic review of the elements of the Best Interests of the Child Assessment for recently arrived refugee children. *Clinical Child and Family Psychology Review.* 2016;19(3):185-203. doi:10.1007/s10567-016-0209-y.
- Van Os ECC, Zijlstra AE, Post WJ, et al. Finding keys: A systematic review of barriers and facilitators for refugee children's disclosure of their life stories. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2018.
- Van Schie R, Van den Muijsenbergh M. Psychische problemen bij een vluchtelingjongere, en nu? *Huisarts en Wetenschap* 2018, *Huisarts Wet.* 2018;61:DOI:10.1007/s12445-017-1018-3.
- Van Schie R, Van den Muijsenbergh METC. Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen-en jongeren. Handreiking. Radboudumc/Pharos, Utrecht 2017. [https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/psychische\\_problematiek\\_bij\\_vluchtelingkinderen\\_en-jongeren-handreiking.pdf](https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/psychische_problematiek_bij_vluchtelingkinderen_en-jongeren-handreiking.pdf).
- Ventevogel P, Schinina G, Strang A, et al. Mental health and psychosocial support for refugees, asylum seekers and migrants on the move in Europe: a multi- agency guidance note. Genève: UNCHR. 2015.
- Verlinden E. Time does not heal all wounds. Universiteit van Amsterdam. 2014. [gecteerd 26-7-2017]. Verkregen van [https://pure.uva.nl/ws/files/2207933/151802\\_08\\_1\\_.pdf](https://pure.uva.nl/ws/files/2207933/151802_08_1_.pdf).
- Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, et al. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country, *Scandinavian Journal of Psychology.* 2014;55(1):33-37.
- Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet.* 2011;378:1325-1338.
- Wiese EB, Burhorst I. The mental health of asylum-seeking and refugee children attending a clinic in the Netherlands. *Transcult Psychiatry.* 2007;44:596-613.
- Yule W, Dyregrov A, Raundalen M, et al. Children and war: the work of the Children and War Foundation. *Eur J Psychotraumatol.* 2013;4:18424.
- Zurek G, Schedlich C, Bering R. Manual for trauma-based psychoeducation for victims of disasters. Köln: EUTOPA. 2016.