



Toolkit Tijdig signaleren van psychosociale problemen bij vluchtelingenkinderen in de jeugdgezondheidszorg



Inhoud

Woord vooraf

Onderzoek

Direct naar
de Beslisboom



Direct naar
de Signalerings-
vragenlijsten



1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen

Aantallen	6
Vluchtervaring	6
Kwetsbaarheid en veerkracht	6
Traumagerelateerde symptomen	6
Risicofactoren	8
Beschermende factoren	8
Cultuursensitief werken	9
Voorbeeld casus Sam	10

2 In gesprek met ouders en kinderen

Vertrouwensrelatie	12
Anamnese	12
Taalbarrière	12
Tolken in de JGZ	12
Professionele versus informele tolk	13
Samenwerken met een tolk	13
Terugvraagmethode	13
Sleutelpersoon	13

3 Signaleren van psychosociale problemen

Het belang van signaleren	16
Informanten	16
Vragenlijsten voor vluchtelingenkinderen	16
Vragenlijst voor ouders	16
Gebruik en uitleg van vragenlijsten	16
Pen en papier, mondeling of digitaal	17
Moment van screenen	17
Aanbevolen vragenlijsten	18
Stressful Life Events (SLE)	18
Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8)	18
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	19
Refugee Health Screener (RHS-13)	20
Beslisboom	21

4 Zorg en doorverwijzen

Moment van doorverwijzen	23
Interventiepiramide	23
Psychosociale ondersteuning	24
Psychosociale interventies	24
Tips voor psycho-educatie	24
Specialistische interventies	25

Slotwoord

Bijlagen

Voorbeeldtekst introduceren vragenlijsten	29
Signaleringsvragenlijsten	30
Nuttige websites en documenten	31

Literatuur

Afkortingen en colofon

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Woord vooraf

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is verantwoordelijk voor de preventieve zorg aan alle kinderen en jongeren in Nederland, ook asielzoekers en vluchtelingen. Bij deze kinderen is speciale aandacht nodig voor hun psychische gezondheid. Vluchtelingenkinderen hebben namelijk over het algemeen meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt dan kinderen die in Nederland zijn opgegroeid. Daardoor komen psychische problemen zoals een posttraumatische stressstoornis (PTSS), angststoornis en depressie vaker voor bij hen. Bovendien hebben hun ouders een verhoogd risico op psychische klachten, dit kan ouderschapsvaardigheden, de ouder-kind relatie en een gezonde ontwikkeling van hun kinderen in de weg staan.

Deze toolkit biedt handvatten bij het tijdig signaleren van psychosociale problemen bij kinderen met een vluchtelingenachtergrond in de JGZ. Deze toolkit is bedoeld voor JGZ-professionals die werken met kinderen in asielzoekerscentra (AZC's) en vluchtelingenkinderen in de gemeente.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Onderzoek

De aanbevelingen in deze toolkit zijn gebaseerd op de resultaten van een literatuuronderzoek en een pilotonderzoek in de JGZ. Om te beginnen is er een uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd naar de betrouwbaarheid en validiteit van vragenlijsten voor het meten van PTSS, depressie, angst en algemeen psychosociaal welbevinden bij vluchtelingen, asielzoekers en ontheemde kinderen tot en met 18 jaar¹. Vervolgens zijn de meest geschikte vragenlijsten uit het literatuuronderzoek gekozen en toegepast tijdens een pilotonderzoek uitgevoerd bij GGD Flevoland, GGD Fryslân, GGD Gelderland-Zuid, GGD Hollands-Midden, GGD regio Utrecht en GGD Zuid-Limburg. Jeugdverpleegkundigen of jeugdartsen zagen kinderen in de asielprocedure en vluchtelingenkinderen met een status in de leeftijd van 3 tot en met 18 jaar en/of hun ouder(s) voor een psychosociale screening. Zij hebben, samen met onderzoeker Ilse Verhagen, meer dan 100 vragenlijsten digitaal afgenomen in het Arabisch, Dari, Farsi, Tigrinya en Turks. Verder zijn er interviews afgenomen met JGZ-professionals, ouders en kinderen. De ervaringen vanuit het pilotonderzoek zijn verwerkt in deze toolkit. De resultaten van het pilotonderzoek worden elders gepubliceerd.

“Je weet nooit wat er schuil gaat achter een glimlach”

Quote van een Syrische jeugdige die heeft deelgenomen aan het pilotonderzoek

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

1

Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen



Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Aantallen

Op dit moment zijn er wereldwijd ruim 100 miljoen mensen op de vlucht. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van 2010. Bijna de helft is een kind onder de 18 jaar. De grote meerderheid van de mensen op de vlucht worden opgevangen in buurlanden. In Nederland zijn er sinds 2016 rond de 20.000 eerste asielaanvragen per jaar, waarvan ongeveer 15 à 20 procent kinderen en jongeren. In 2020 en 2021 kwamen de meeste asielzoekers uit Syrië, Afghanistan, Eritrea en Turkije².

Vluchtervaring

De ervaringen van vluchtelingenkinderen kunnen onderscheiden worden in drie fases: voor de vlucht, tijdens de vlucht en na de vlucht.

Voor de vlucht zijn veel kinderen blootgesteld aan of slachtoffer geworden van geweld door oorlog of vervolging in het land van herkomst. Ook kan er sprake zijn geweest van marteling of verkrachting van henzelf of familieleden. Bovendien hebben veel vluchtelingenkinderen familie en vrienden verloren. Daarnaast is er een grote kans dat onstabiele omstandigheden in het land van herkomst ervoor hebben gezorgd dat kinderen niet langer toegang hadden tot onderwijs en dat er een gebrek was aan basisvoorzieningen zoals eten en drinken of medische zorg.

Ook tijdens de vlucht worden kinderen blootgesteld aan verschillende gevaren en ingrijpende gebeurtenissen. Sommige kinderen worden gescheiden van hun ouders. Dit kan per ongeluk gebeuren, maar het kan ook een manier zijn om de veiligheid van kinderen te beschermen. Soms kan de familie slechts de reis van het kind betalen, ook kan het zijn in de hoop dat een alleenstaand kind meer kans heeft op een status. Uitbuiting door mensensmokkelaars verhoogt het risico op mishandeling van deze alleenreizende kinderen. Daarnaast kunnen vluchtelingenkinderen tijdens de vlucht worden opgevangen in vluchtelingenkampen, waar vaak sprake is van een gebrek aan toegang tot water, eten en medische of psychische hulp.

In het land van hervestiging kan onzekerheid over de asielprocedure een grote bron van stress zijn. Verder moeten kinderen zich aanpassen aan een nieuwe omgeving met andere normen en waarden en een andere taal. Kinderen bevinden zich dan tussen twee culturen. Dit kan zorgen voor problemen in het gezin. Soms moeten vluchtelingenkinderen een belangrijke rol op zich nemen in de familie, als vertaler van taal en cultuur voor ouders³⁻⁵.

Kwetsbaarheid en veerkracht

Vluchtelingenkinderen zijn een kwetsbare doelgroep. Zij hebben een groter risico op psychosociale klachten door gebeurtenissen voor, tijdens en na de vlucht⁴⁻⁸. Psychische problemen kunnen hun ontwikkeling negatief beïnvloeden, ook op de lange termijn^{6,9}.

Met name posttraumatische stressstoornis (PTSS), depressie en angst komen vaker voor bij vluchtelingenkinderen dan bij hun leeftijdgenoten⁶. PTSS is vaak het gevolg van ingrijpende gebeurtenissen voor en tijdens de vlucht en klachten van depressie en angst zijn vaak het gevolg van stressoren in het land van hervestiging¹⁰.

Tegelijkertijd blijken vluchtelingenkinderen te beschikken over een grote mate van veerkracht. Deze veerkracht zorgt ervoor dat velen van hen zich goed ontwikkelen en beschikken over een goede fysieke en psychische gezondheid^{5,11}. Het is belangrijk om oog te hebben voor zowel kwetsbaarheid als veerkracht. Kwetsbaarheid en veerkracht worden beïnvloed door een complex geheel van risico- en beschermende factoren in het kind, de familie en de maatschappij¹². Meer hierover in de paragrafen risico- en beschermende factoren.

Traumagerelateerde symptomen

Ingrijpende gebeurtenissen kunnen een grote verscheidenheid aan traumagerelateerde klachten tot gevolg hebben, op jonge leeftijd en tot in de volwassenheid. Kinderen kunnen PTSS ontwikkelen na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Tevens is er een verhoogde kans op het ontstaan van andere trauma- en stressorgerelateerde stoornissen alsook op het ontwikkelen van angststoornissen, stemmingsstoornissen en gedragsstoornissen.

Hieronder staan verschillende reacties die zich kunnen voordoen bij kinderen na het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Bij vluchtelingenkinderen kan er sprake zijn van complexe psychische klachten als gevolg van langdurige blootstelling aan traumatische gebeurtenissen, dit kan naast onderstaande symptomen bijvoorbeeld tot uiting komen in de vorm van dissociatie, agressie richting anderen en zichzelf en automutilatie^{13,14}.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Reacties na een (of meer) traumatische gebeurtenis(sen) per leeftijdsgroep

Baby's (0-1 jaar)

- Slaapproblemen
- Overmatig huilen
- Eetproblemen

Peuters en kleuters (2-5 jaar)

- Slaapproblemen; angst voor slapen, problemen met inslapen, doorslapen, nachtmerries
- Meer of veel huilen
- Lichamelijke problemen zonder medische oorzaak, zoals buikpijn en hoofdpijn
- Aanhankelijker zijn; vastklampen aan ouder (uit angst dat het kind of de ouder iets ernstigs zal overkomen)
- Angstig; bang zijn voor dingen waar het kind voorheen niet bang voor was
- Schrikachtig gedrag
- Driftbuien
- Druk en opstandig gedrag
- Agressief of destructief gedrag
- Regressief gedrag; vaardigheden die het kind voorheen bezat weer (tijdelijk) verliezen (bijvoorbeeld opnieuw bedplassen)
- Vertraging of stagnatie in ontwikkeling
- Hulpeloosheid
- Herhaald naspelen, tekenen of vertellen van de ingrijpende gebeurtenis(sen) of varianten daarop (posttraumatisch spel)
- Zelfverwijten en onterechte schuldgevoelens met betrekking tot de gebeurtenis(sen)
- Piekeren
- Verwarring

Basisschoolkinderen (6-12 jaar)

- Slaapproblemen; angst voor slapen, problemen met inslapen, doorslapen, nachtmerries

- Lichamelijke klachten zonder medische oorzaak, zoals hartkloppingen, maag-, buik-, hoofdpijn en duizeligheid
- Indringende gedachten
- Herhaald naspelen, tekenen of vertellen van de ingrijpende gebeurtenis(sen) of varianten daarop (posttraumatisch spel)
- De gebeurtenis opnieuw beleven in spel, tekeningen of gedrag
- Traumagerelateerde angsten
- Teruggetrokken en stil gedrag
- Zelfverwijten en onterechte schuldgevoelens met betrekking tot de gebeurtenis(sen)
- Lastig, grensoverschrijdend gedrag
- Agressieve of angstige fantasieën
- Piekeren
- Bezorgdheid over veiligheid; bezorgdheid om anderen
- Concentratieproblemen
- Verslechtering schoolprestaties
- Beschadigd zelfvertrouwen
- Extreme gedragingen, zoals niet of nauwelijks spreken
- Dissociatie, derealisatie, depersonalisatie (een veranderd gevoel van realiteit van de omgeving of zichzelf, of zich een belangrijk onderdeel van de gebeurtenis niet meer kunnen herinneren)
- Omen-formatie; de gedachte hebben dat ze de ingrijpende gebeurtenis hadden kunnen voorkomen als ze de voortekenen hadden herkend

Adolescenten (13 – 18 jaar)

- Slaapproblemen; problemen met inslapen, doorslapen, nachtmerries
- Lichamelijke klachten zonder medische oorzaak, zoals hartkloppingen, maag-, buik-, hoofdpijn en duizeligheid
- Depressieve gevoelens
- Negatief zelfbeeld
- Schaamte voor gevoel van kwetsbaarheid
- Schaamte voor afhankelijkheid van ouders en/of minder snel onafhankelijk worden van ouders
- Behoeftte aan autonomie enerzijds en gevoelens van afhankelijkheid en angst anderzijds

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

- Toename van conflicten met ouders
- Terugtrekken uit sociale contacten met familie en vrienden
- Destructieve en agressieve fantasieën, zoals over wraak
- Angst om controle te verliezen over deze fantasieën
- Risicovol (seksueel) gedrag ("thrill-seeking")
- Drank- of drugsmisbruik
- Problemen of disfunctioneren op school
- Concentratieproblemen
- Verlies van interesse in school, spelen en hobby's
- Vermijden om te praten over klachten, doen alsof er niets aan de hand is
- Gedachten aan of pogingen tot suïcide
- Radicale gedragsverandering
- Radicalisering
- Veranderende opvattingen over de wereld en mensen (bijvoorbeeld 'niemand is te vertrouwen')
- Dissociatie, derealisatie, depersonalisatie (een veranderd gevoel van realiteit van de omgeving of zichzelf, of zich een belangrijk onderdeel van de gebeurtenis niet meer kunnen herinneren).

Risicofactoren

Het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis is een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van psychische problemen. Hoe meer ingrijpende gebeurtenissen een vluchtelingenkind heeft meegemaakt, hoe groter de kans op psychische problemen¹⁵. De dood van een familielid¹⁰, scheiding van ouders¹⁵ en blootstelling aan (seksueel) geweld³ zijn gebeurtenissen die het risico op traumagerelateerde klachten sterk vergroten. Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV) zijn daarom een zeer kwetsbare groep^{7, 11, 15}. Factoren na de vlucht hebben ook een grote impact op de psychische gezondheid van jonge vluchtelingen, waaronder onzekerheid over de verblijfsstatus¹⁰, een streng asielbeleid³, veel verplaatsingen tussen AZC's¹⁶, gebrek aan basisvoorzieningen³ en discriminatie of pesten¹⁷. Verder wordt de psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen sterk beïnvloed door de psychische gezondheid van hun ouder(s)*. Psychopathologie bij ouders kan een negatief effect hebben op ouderschapsvaardigheden, zoals het vermogen

om emotionele steun te bieden¹⁸⁻²¹. Dit heeft een negatieve invloed op de ouder-kind relatie en verhoogt het risico op het ontstaan van psychosociale problemen bij kinderen^{3, 22}. Ook kunnen er spanningen ontstaan in een gezin, omdat het acculturatieproces van kinderen vaak sneller en beter gaat dan die van ouders¹¹. Soms moeten vluchtelingenkinderen een belangrijke rol op zich nemen in het gezin, als vertaler van taal en cultuur voor ouders of bijdragen aan inkomstenwerving^{4, 11}.

Voor veel vluchtelingenkinderen kan het (tijdelijk) helpend zijn om het denken over ingrijpende gebeurtenissen te vermijden door druk te zijn met school, sport, vrienden en andere zaken. Anders kunnen zij zich overweldigd voelen door negatieve gedachten en emoties. Het is echter belangrijk dat dit er niet voor zorgt dat psychische problemen kunnen verergeren in de toekomst¹¹.

Beschermende factoren

Een belangrijke beschermende factor is de aanwezigheid van een ondersteunend sociaal netwerk. Steunbronnen zijn het gezin, familie, vrienden en professionals zoals maatschappelijk werkers, mentoren en schoolpsychologen¹¹.

Een veilige ouder-kind relatie en een sterke familieband is een belangrijke beschermende factor voor de psychosociale ontwikkeling van vluchtelingenkinderen. De nabijheid en steun van ouders kunnen ervoor zorgen dat kinderen het gevoel van veiligheid kunnen behouden, ondanks de ingrijpende gebeurtenissen en stressoren^{20, 22}.

Het is voor de psychosociale gezondheid van een vluchtelingengezin belangrijk om zich geaccepteerd te voelen door de samenleving, zoals warm worden ontvangen door buurtbewoners en een humanitair asiel- en migratiebeleid¹².

Vluchtelingenkinderen leven tussen twee culturen. Het is voor hen van belang dat ze de 'nieuwe' cultuur eigen maken zonder hun 'oude' cultuur te verliezen. Betrokkenheid bij beide culturen heeft een positief effect op de psychische gezondheid²³. Het is daarom belangrijk dat kinderen de Nederlandse taal en cultuur leren kennen en omgaan met vrienden uit Nederland, maar ook contact hebben met mensen met dezelfde culturele achtergrond^{11, 23}.

Een positieve schoolervaring is ook een belangrijke beschermende factor.

* Wanneer we de term ouders gebruiken, refereren we ook naar andere volwassen opvoeders, verzorgers en voogden.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Betrokkenheid van ouder(s) bij de school van hun kind kan hier aan bijdragen¹². Verder is financiële stabiliteit van het gezin een belangrijke beschermende factoren. Veel vluchtelingenkinderen hebben hoop voor de toekomst, wat zorgt voor veerkracht¹¹. In tabel 1 is een overzicht van risico- en beschermende factoren te zien³.

Cultuursensitief werken

Er zijn verschillende verklaringsmodellen en *idioms of distress*, die mensen hanteren wanneer ze ziek worden of klachten ervaren. Verklaringsmodel is een antropologisch begrip dat staat voor de verklaring die een persoon heeft voor de oorzaak van de psychische of lichamelijke problemen en de manier om deze te behandelen²⁴. *Idioms of distress* kan worden omschreven als de manier waarop een persoon (lichaams)taal gebruikt om zijn (mentale) problemen uit te drukken^{24, 25}. Verklaringsmodellen en *idioms of distress* worden gevormd door de sociaal-culturele context. In veel culturen worden psychische klachten bijvoorbeeld vooral ervaren en uitgedrukt in somatische klachten. Ook kunnen psychische klachten worden verklaard vanuit een religieus-spiritueel kader. Indien er geen aandacht is voor culturele verschillen in verklaringmodellen en *idioms of distress*, is de kans groter dat de zorg die wordt geboden niet aansluit²⁶. Het speelt ook een rol bij het opbouwen van een vertrouwensband²⁷. Verschillende verklaringmodellen kunnen naast elkaar bestaan en kunnen elkaar zelfs aanvullen²⁸. Voor cultuursensitieve hulpverlening is het van belang om als JGZ-professional over enige kennis te beschikken met betrekking tot de cultuur en religie van de ouders en kinderen²⁹. Tegelijkertijd is het belangrijk om niet uit te gaan van een statisch begrip van cultuur en religie en hierover open vragen te stellen aan kind en/of gezin³⁰. Daarom is niet alleen kennis over culturen en religies van belang, maar vooral een nieuwsgierige en open houding²⁹.

Een voorbeeld van *idioms of distress* is dat Syrische vluchtelingen somatische ervaringen kunnen gebruiken wanneer ze refereren aan psychische klachten. Bijvoorbeeld de uitdrukking “mijn hart is gebroken” kan duiden op pijn op de borst, stress, angst of verdriet. “Ik denk veel” kan betekenen dat iemand zich veel zorgen maakt, maar kan ook een aanwijzing zijn voor depressie of angstige gevoelens. Het is belangrijk om na te gaan wat iemand met een uitdrukking bedoelt³¹.

Tabel 1. Risico- en beschermende factoren voor psychosociale gezondheid

RISICOFACTOREN	BESCHERMENDE FACTOREN
Individueel/Kind	
Ingrijpende gebeurtenissen voor, tijdens en na de vlucht (verlies van dierbaren)	Beheersing Nederlandse taal
Voorgeschiedenis van lichamelijke of psychische klachten	Betekenisgeving
Gezin/Familie	
Alleenstaande minderjarige	Steun van ouders en sterke familieband
Psychische problemen ouders (met name moeder)	Psychisch welzijn ouders (met name moeder)
Financiële problemen	Financiële stabiliteit
Ingrijpende gebeurtenissen voor, tijdens en na de vlucht (verlies van dierbaren)	
Maatschappij/Cultuur	
Veel verhuizingen in land van hervestiging	Positieve schoolervaring
Discriminatie en pesten	Steun van vrienden
Beperkt sociaal netwerk	Sociaal netwerk (met mensen met overeenkomstige culturele afkomst én mensen uit land van hervestiging)
Lange en onzekere asielsprocedure	

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Sam van 8 droomt over hyena's

Sam is opgegroeid in Eritrea met zijn moeder en familie, nadat zijn vader naar Nederland was gevlucht toen hij baby was. Als Sam 6 jaar is moeten ook hij en zijn moeder vluchten vanwege het onderdrukkende regime. Sam en zijn moeder komen terecht in een vluchtelingenkamp in Ethiopië, waar Sam veel honger heeft geleden en geweld heeft gezien. Na enkele maanden in het kamp kunnen ze via gezinshereniging naar Nederland.

Sam is maar één jaar naar school gegaan in Eritrea en heeft moeite om zich Nederlands eigen te maken op school. Daardoor heeft hij weinig aansluiting met kinderen op school en wordt hij gepest. Na een half jaar begint hij met bijten, slaan en schoppen van klasgenoten. Sam praat alleen nog maar fluisterend op school. Thuis begint hij met bedplassen. Hij slaapt slecht en vertelt dat hij droomt over wilde dieren, zoals hyena's die hem achtervolgen. Sam praat vaak in zichzelf en toont weinig interesse meer in zijn hobby's.

De ouders van Sam zeggen eerst dat ze geen spirituele verklaring hebben voor de klachten van Sam. Later vertellen ze, dat ze denken dat hij is bezeten door een boze geest. Dit zou zijn begonnen toen Sam met zijn moeder door een bos moest vluchten en zij urenlang vast kwamen te zitten in een kuil.

De ouders van Sam halen veel steun uit de Eritrese orthodoxe kerkgemeenschap en hebben hulp gezocht bij de kerk voor de problemen van Sam. Ouders zeggen verbetering te zien, maar de klachten zijn tot nu toe gebleven. Ze staan open voor andere hulp. Ouders en Sam gaan in gesprek met een jeugdverpleegkundige, en aanvullend vullen ze de vragenlijsten in.

Naar aanleiding hiervan wordt Sam verwezen naar een traumabehandelaar voor verdere diagnostiek en behandeling.

De casus van Sam is gebaseerd op een waargebeurd verhaal³².

Inhoud

Woord vooraf

Onderzoek

1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen

2 In gesprek met ouders en kinderen

3 Signaleren van psychosociale problemen

4 Zorg en doorverwijzen

Slotwoord

Bijlagen

Literatuur

2

In gesprek met ouders en kinderen



Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Vertrouwensrelatie

Het opbouwen van een vertrouwensrelatie is belangrijk bij alle kinderen en ouders; bij vluchtelingenkinderen- en gezinnen is dit nog belangrijker. Veel vluchtelingenkinderen- en gezinnen hebben namelijk te maken gekregen met schending van mensenrechten, waardoor er sprake kan zijn van een gebrek aan vertrouwen in anderen³³. Daarnaast kan er een stigma bestaan op psychische problemen en het gebruik maken van psychische zorg, waardoor er terughoudendheid kan zijn om hierover te praten of er gebruik van te maken³⁴. Soms kan een zorgprofessional met dezelfde culturele achtergrond als de vluchteling zelf het gevoel van wantrouwen versterken, omdat zij in contact kunnen staan met familieleden of de culturele gemeenschap. Sommige jongeren zien gebrek aan culturele kennis of sensitiviteit van de zorgprofessional als een barrière. Het is belangrijk dat er gevoel is van vertrouwen in de zorgprofessional^{11, 34}. Tijd investeren in kennismaken is daarom van belang. Hierin staat niet alleen centraal om meer te weten te komen over het kind of het gezin, maar ook uitleg te geven over de jeugdgezondheidszorg, het Nederlandse gezondheidssysteem in het algemeen en over geheimhoudingsplicht^{34, 35}.

Anamnese

Geef in de anamnese aandacht aan de risico- en beschermende factoren voor psychosociale gezondheid (zie tabel 1 in hoofdstuk 1 voor een overzicht). De SLE vragenlijst helpt bij het in kaart brengen van ingrijpende gebeurtenissen (zie hoofdstuk 3). Vraag specifiek naar traumagerelateerde symptomen (zie voor een globaal overzicht per leeftijdscategorie hoofdstuk 1). Belangrijke en veelvoorkomende signalen zijn slaapproblemen (problemen met inslapen en/of doorslapen), nachtmerries, lichamelijke klachten zonder medische oorzaak, angstig, neerslachtig en/of opstandig gedrag.

Taalbarrière

Goede communicatie is van cruciaal belang voor het bieden van goede en veilige zorg en is daarnaast van belang voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie³⁶. Een taalbarrière kan dit lastiger maken³⁷. Zeker bij psychische gezondheid is taal een essentieel middel om informatie te

verstrekken en verkrijgen^{37, 38}. Taal blijkt ook invloed te hebben op de manier waarop symptomen worden gepresenteerd. Informatie verkregen vanuit de moedertaal levert een duidelijker en beter beeld op van de psychosociale gezondheid³⁸.

Tolken in de JGZ

Het inzetten van een tolk is een manier om de taalbarrière te overbruggen³⁹. Bij aanwezigheid van een tolk bij gesprekken voelen mensen zich veel meer geholpen en is er meer kennisoverdracht³⁷.

Er is in de JGZ grote behoefte aan het inzetten van professionele tolken, met name bij statushouders en asielzoekers. Uit onderzoek blijkt echter dat er in de JGZ slechts bij één op de drie contacten waar een tolk noodzakelijk werd bevonden, ook daadwerkelijk een tolk werd ingeschakeld. Dit komt in veel gevallen door het ontbreken van of onduidelijkheid over de financiering van tolken³⁶.

Op het moment van schrijven is er helaas geen landelijke tolkenvergoeding in de JGZ. Voor asielzoekers worden professionele tolken wel vergoed. Zij beschikken over een COA-zorgpas. Met het COA-zorgnummer wat hierop vermeld staat kan kosteloos een tolk worden ingeschakeld. Het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) betaalt direct de kosten. Indien een tolk nodig is voor statushouders is het belangrijk om binnen de eigen JGZ-organisatie na te gaan hoe een tolk kan worden ingeschakeld. In de "Kwaliteitsnorm Tolkgebruik bij Anderstaligen in de Zorg" staat beschreven dat je als zorgverlener te allen tijde de plicht hebt om goede zorg te verlenen, en daarmee ook het recht hebt om een tolk in te schakelen.

Tolk inschakelen voor asielzoekers met een COA-zorgpas kan via bureau Acolad (020-380 81 82)
Ga voor actuele informatie over tolken in de zorg naar de website [Zo schakelt u een tolk in.](#)

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Professionele versus informele tolk

Het is sterk aan te raden om een professionele tolk in te zetten bij gesprekken over psychische gezondheid. Sommige ouders en kinderen zullen een voorkeur hebben voor een informele tolk, zoals een familielid of kennis, omdat zij steun kunnen bieden^{39, 40}. Ook kan er sprake zijn van wantrouwen jegens een professionele tolk met eenzelfde culturele achtergrond, of juist gebrek aan begrip door onvoldoende kennis van de culturele waarden en normen bij een tolk met een andere (sub)culturele of religieuze achtergrond^{38, 41}. Er moet echter voorzichtig worden omgegaan met het inzetten van informele tolken. Ouders en kinderen met een vluchtelingenachtergrond delen over het algemeen meer informatie over ingrijpende gebeurtenissen en psychische klachten wanneer een professionele tolk wordt ingezet in plaats van een informele tolk^{42, 43}, omdat het vaak makkelijker is om gevoelige en vertrouwelijke informatie te delen met een onafhankelijk persoon^{37, 38}. Sommige ouders en kinderen zullen terughoudend zijn met het delen van gevoelige informatie in het bijzijn van vrienden of familieleden⁴¹. Daarnaast kunnen informele tolken soms onvoldoende kennis hebben over psychische gezondheid om informatie juist over te brengen⁴⁴. Tevens blijkt dat er bij het gebruik van professionele tolken meer naar de juiste vormen van psychische hulp wordt doorverwezen^{37, 42, 43} en dat het zorggebruik toeneemt⁴⁵. Kortom, inzetten van een professionele tolk bevordert de kwaliteit van zorg. Kinderen moeten nooit worden ingeschakeld als tolk, want dit is veel te emotioneel belastend voor hen⁴¹.

Samenwerken met een tolk

Tolken spelen een belangrijke rol bij het overbrengen van informatie en bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie⁴⁰. De aanwezigheid van een tolk zal het gesprek wel beïnvloeden. Het is van belang om in gedachten te houden dat een (intake)gesprek met een tolk ongeveer twee keer zo lang duurt als een gesprek zonder taalbarrière en tolk³⁸. Hieronder staan 10 tips voor het werken met een tolk^{38, 41}.

10 tips voor het werken met een tolk

1. Ga na in welke taal (en eventueel dialect) de patiënt een tolk wil
2. Spreek met de tolk voor het gesprek om uitleg te geven over de reden en het doel van het gesprek
3. Spreek langzaam en duidelijk en gebruik geen lange zinnen of vragen
4. Gebruik eenvoudige taal of 'lekentaal' waar mogelijk
5. Gebruik actieve taal
6. Praat direct met de patiënt niet over de patiënt in de derde persoon
7. Vraag om verheldering van onduidelijke antwoorden en vraag om een woord-voor-woord vertaling indien het antwoord onduidelijk blijft
8. Bij twijfel over een juiste vertaling kan je de boodschap herhalen of herformuleren
9. Let op non-verbaal gedrag en vermijd het opschrijven van notities zo veel mogelijk
10. Spreek kort met de tolk na om dingen uit het gesprek te verhelderen

Terugvraagmethode

Het is belangrijk om eenvoudige taal te gebruiken bij vluchtelingen wanneer er sprake is van een taalbarrière en/of beperkte gezondheidsvaardigheden. De terugvraagmethode kan ondersteunend zijn bij de communicatie. Met deze methode ga je na of informatie duidelijk is overgekomen door te vragen om in eigen woorden te vertellen wat zojuist is besproken. Bijvoorbeeld: "Ik wil graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Kan je/u mij in eigen woorden vertellen wat we hebben besproken?". De methode kan op meerdere momenten tijdens een gesprek worden toegepast⁴⁶.

Sleutelpersoon

Sleutelpersonen, ook wel interculturele mediator of trainer in eigen taal en cultuur genoemd, spelen een belangrijke rol bij het vertalen en overbruggen van culturele verschillen tussen zorg- en hulpverleners en vluchtelingen. Naast vertalen en verbinden kunnen sleutelpersonen ook de rol als voorlichter, activeerder, vertrouwenspersoon, adviseur of rolmodel op zich nemen.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Sleutelpersonen hebben zelf een achtergrond als migrant of vluchteling en weten daarom hoe het is om in Nederland een nieuw leven op te moeten bouwen. Daarnaast spreken zij naast hun moedertaal ook Nederlands en hebben ze kennis over de Nederlandse gezondheidszorg. Sleutelpersonen kunnen een grote bijdrage leveren aan het verkleinen van barrières met betrekking tot psychische zorg, zoals de taalbarrière, beperkte kennis over het Nederlandse zorgsysteem, schaamte om te praten over en hulp te zoeken bij psychische problemen en verschillen in culturele opvattingen en ideeën over psychische gezondheid⁴⁷.

Pharos biedt [informatie](#) over en [een overzicht](#) van sleutelpersonen op hun website.

Inhoud

Woord vooraf

Onderzoek

1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen

2 In gesprek met ouders en kinderen

3 Signaleren van psychosociale problemen

4 Zorg en doorverwijzen

Slotwoord

Bijlagen

Literatuur

3

Signaleren van psychosociale problemen



Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Het belang van signaleren

Hoewel psychosociale problemen vaker voorkomen bij vluchtelingenkinderen is het gebruik van zorg in Europa onder deze doelgroep beperkt³⁴. Terwijl psychosociale problemen de ontwikkeling van kinderen, ook op de lange termijn, negatief kunnen beïnvloeden⁶. Het is daarom van groot belang dat psychosociale problemen tijdig worden gesignaleerd, zodat de juiste vorm van ondersteuning of zorg kan worden ingezet^{1, 48, 49}.

Informanten

Hoewel ouders betrouwbare informatie kunnen geven over externaliserende problemen van hun kind, blijken zij minder betrouwbaar te kunnen aangeven of hun kind last heeft van internaliserende problemen.⁵⁰

Dit kwam ook uit het pilotonderzoek naar voren. Het heeft daarom de voorkeur om vragenlijsten over internaliserende problemen zoals PTSS, angst en depressie door kinderen zelf in te laten vullen wanneer een zelfrapportage beschikbaar is voor hun leeftijd.

Vragenlijsten voor vluchtelingenkinderen

Vragenlijsten kunnen helpen bij het herkennen van risicofactoren en symptomen van psychische problemen door hier gericht naar te vragen¹. Met vragenlijsten kunnen jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen op een gestructureerde wijze nuttige en uitgebreide informatie over de psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen verkrijgen⁵¹ en deze informatie kan een belangrijke bijdrage leveren aan gesprekken over psychosociale gezondheid³⁵. Vragenlijsten zijn daarom een goede aanvulling op observaties en expertise van de jeugdverpleegkundige of jeugdarts in het beoordelen van de psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen en hun gezin. In Zweden en de Verenigde Staten zijn positieve ervaringen met het gebruik van de vragenlijsten in de preventieve zorg aan vluchtelingenkinderen^{35, 51}. Ook de resultaten van ons pilotonderzoek in Nederland waren overwegend positief. Wel moet er rekening mee worden gehouden dat de vragenlijsten die in deze toolkit worden aangeraden nog niet volledig zijn onderzocht voor alle talen en culturen. Helaas is er nog weinig onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en (culturele) validiteit van vragenlijsten voor het meten van psychosociale

problemen bij vluchtelingenkinderen¹. Het kan zijn dat vragenlijsten leiden tot een overschatting of onderschatting van psychische problemen. Dit kan gebeuren omdat vragen bijvoorbeeld niet relevant zijn of niet op dezelfde manier geïnterpreteerd worden door de diverse groep vluchtelingenkinderen- en ouders. Het is daarom belangrijk om de uitkomsten voorzichtig te interpreteren. Dit vergt meer van de gespreksvaardigheden en perceptie³⁵. Desondanks zijn vragenlijsten een handig middel om een beter beeld te krijgen van psychosociale klachten bij vluchtelingenkinderen¹.

Vragenlijst voor ouders

Ook ouders hebben door hun ervaringen als vluchteling een verhoogd risico op psychische problemen. De psychische gezondheid van ouders heeft op zijn beurt weer een grote invloed op de psychische gezondheid van kinderen. Daarnaast zijn er weinig vragenlijsten beschikbaar voor jonge kinderen¹. Bij jonge kinderen kan er daarom voor worden gekozen om een vragenlijst af te nemen die de psychische klachten bij ouder(s) in kaart brengt^{12, 49}.

Gebruik en uitleg van vragenlijsten

Bij veel vluchtelingen is er onbekendheid met het invullen van vragenlijsten. Het is belangrijk om uitleg te geven over het doel van de vragenlijst en aandacht te besteden aan de vertrouwensrelatie⁵¹. Hieronder en in bijlage 1 staan voorbeeldteksten voor het introduceren van de verschillende vragenlijsten.

Introduceren vragenlijsten

SLE

“Ik heb een lijst met een aantal vragen over nare gebeurtenissen die in het leven kunnen gebeuren. Ik wil graag deze lijst met je doornemen om beter te weten wat je hebt meegemaakt, zonder dat we daar nu verder over gaan praten op dit moment. Je hoeft alleen maar ‘ja’ of ‘nee’ te zeggen. Als je iets hebt meegemaakt dat er niet bij staat, kun je dat zeggen. Als je een vraag niet begrijpt, kan ik het uitleggen. Vind je het goed dat we dat gaan invullen?”

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

SDQ en CRIES

“Ik wil je graag een paar vragen stellen over jouw gezondheid. Veel kinderen die gevlucht zijn, hebben nare gebeurtenissen meegemaakt en kunnen zich daardoor rot voelen. Jouw antwoorden kunnen mij helpen om beter te begrijpen hoe het met je gaat en hoe we je beter kunnen helpen. Er zijn geen goede of foute antwoorden op de vragen. Het is belangrijk dat je zo eerlijk en open mogelijk antwoord geeft. Na afloop kijken we samen wat er uitkomt.”

RHS

“Ik wil u graag een paar vragen stellen over uw eigen gezondheid. Veel mensen die gevlucht zijn, hebben nare gebeurtenissen meegemaakt en kunnen daardoor last hebben van stress. Ook is het voor veel ouders stressvol om hun kinderen op te voeden in een nieuwe omgeving. Uw antwoorden kunnen mij helpen om beter te begrijpen hoe het met u gaat en of we u ergens mee kunnen ondersteunen. Want wanneer u last heeft van stress, kan dit ook lastig zijn voor uw kind(eren). Wij willen u en uw kind(eren) op de beste manier helpen. Er zijn geen goede of foute antwoorden op de vragen. Het is belangrijk dat u zo eerlijk en open mogelijk antwoord geeft. Na afloop kijken we samen wat er uitkomt. Ik zal dit met niemand anders delen zonder uw toestemming.”

Pen en papier, mondeling of digitaal

De vragenlijsten kunnen met pen en papier, mondeling met behulp van een (telefonische) tolk of digitaal worden afgenomen. Op het moment van schrijven zijn er applicaties in ontwikkeling waarmee vragenlijsten digitaal kunnen worden afgenomen in verschillende talen met audio-ondersteuning. Vragenlijsten zijn door de audio-ondersteuning ook in te vullen door laaggeletterden⁵². Het gebruik van deze apps kan tijd- en kostenbesparend zijn, doordat de inzet van een tolk in veel gevallen niet nodig is. Verder kan een digitale afname de drempel verlagen om vragen in te vullen over gevoelige thema's, zoals psychische problemen. Uit het pilotonderzoek bleek dat niet alle laaggeletterden makkelijk uit de voet konden met deze digitale afname met audio-ondersteuning. Dit was vooral het geval

bij ouders uit specifieke gebieden waar digitale middelen nog minder algemeen gebruikelijk zijn. Het is goed om hiervoor oog te hebben en indien nodig de ondersteuning van een tolk aan te bieden.

Moment van screenen

Traumagerelateerde klachten worden over het algemeen gezien als een normale reactie in de eerste 4 tot 6 weken na een ingrijpende gebeurtenis. Bij vluchtelingen is er vaak een opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen zonder duidelijk begin of eind⁴⁹. Op dit moment is er nog geen consensus over het optimale moment om te screenen⁵³, maar enige tijd na aankomst in Nederland of na vestiging in de gemeente lijkt het aangewezen moment om in een intakegesprek bij de JGZ na te gaan of er sprake is van psychosociale problemen^{35, 49}. Na een periode van ingrijpende veranderingen is het belangrijk rekening te houden met daarbij passende emoties en de tijd die nodig is om te herstellen. Veel psychische klachten zullen vanzelf of met goede ondersteuning vanuit de omgeving afnemen. Tegelijkertijd is het belangrijk om geen kinderen te missen waarbij er sprake is van PTSS of andere psychische problematiek. Het kan enige tijd duren voordat problemen tot uiting komen⁴⁹.

Nadat vluchtelingen een verblijfsvergunning hebben gekregen of er sprake is geweest van gezinshereniging richten zij zich op een nieuwe start; ouders gaan bijvoorbeeld aan de slag met taal- en inburgeringscursussen en de kinderen gaan naar school. Ook krijgen vluchtelinggezinnen in de beginperiode vaak intensievere begeleiding vanuit hulporganisaties, zoals Vluchtelingenwerk. Deze transitiefase wordt daarom ook wel de honeymoon-fase genoemd. Wanneer de gezinnen na enige periode zijn 'geland' en wat meer tot rust zijn gekomen en/of wanneer er sprake kan zijn geweest van tegenslagen in de integratie, kunnen psychische klachten de kop opsteken en kunnen nare herinneringen zich opdringen. Symptomen van angst, depressie en trauma kunnen dan pas tot uiting komen bij ouders en kinderen. Het is daarom belangrijk om niet alleen na aankomst of vestiging in de gemeente naar de psychische gezondheid te vragen, maar dit ook met enige regelmaat te herhalen, bijvoorbeeld na 3 tot 6 maanden⁵⁴. Hierbij kunnen vragenlijsten behulpzaam zijn: door deze na 3 tot 6 maanden opnieuw af te nemen kan worden gekeken of klachten zijn verminderd, toegenomen of hetzelfde zijn gebleven³⁵.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Aanbevolen vragenlijsten

Hieronder bespreken we kort de vragenlijsten die uit het literatuur- en pilotonderzoek naar voren kwamen als betrouwbaar, bruikbaar en behulpzaam bij vluchtelingenkinderen. De vragenlijsten gaan na of er sprake is van ingrijpende gebeurtenissen (SLE), posttraumatische stresssymptomen (CRIES), sociaal-, emotionele- en gedragsproblemen (SDQ), of psychische problemen bij ouders (RHS). Bij de lijsten staat vermeld wie ze kunnen invullen (ouder of jeugdige) en hoe de uitkomst kan worden geïnterpreteerd. De beslisboom biedt een overzicht.

Stressful Life Events (SLE)

Er is een sterk verband tussen het aantal meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen en psychische problemen bij vluchtelingenkinderen^{3, 15}. De Stressful Life Events (SLE) vragenlijst brengt het aantal en type stressvolle en/of traumatische gebeurtenissen waaraan vluchtelingen zijn blootgesteld in kaart. De vragenlijst is ontwikkeld voor jongeren tussen 12 en 18 jaar, maar lijkt ook goed toepasbaar bij jongere kinderen en gezinnen. Door de SLE af te nemen kan in kaart worden gebracht welke vluchtelingenkinderen een verhoogd risico hebben op psychische problemen. De vragenlijst moet worden afgenomen door of in aanwezigheid van iemand die ervaring heeft met psychische screening bij jeugdigen, zoals een jeugdarts of -verpleegkundige. Het vragen naar ingrijpende gebeurtenissen kan als emotioneel belastend worden ervaren. Het is belangrijk om belangstelling te tonen, maar tegelijkertijd het gesprek te structureren en begrenzen en niet in te gaan op details van de ingrijpende gebeurtenis(sen). De vragenlijst bestaat uit 13 vragen waarvan één open vraag, de overige vragen kunnen met 'ja' of 'nee' worden beantwoord. Het duurt ongeveer 15 minuten om de vragenlijst af te nemen. Het kan nodig zijn om uitleg te geven over de vragen, op een duidelijke, neutrale en korte wijze. De vragenlijst is in 19 verschillende talen beschikbaar, op te vragen via de [website](#) van ARQ, maar kan goed worden afgenomen met behulp van een (telefonische) tolk. De vragenlijst is in het Nederlands zo kort en eenvoudig mogelijk verwoord. Het is aan te raden om eenvoudig taalgebruik te hanteren bij afname van de vragenlijst⁵⁵.

Scoring

Alle vragen (inclusief de open vraag 13) die met 'ja' zijn beantwoord krijgen een 1 en alle vragen die met 'nee' zijn beantwoord krijgen een 0. De totale score bestaat uit de optelsom van alle 'ja'-antwoorden met een maximum van 13. De totale score kan worden onderverdeeld in 4 verschillende categorieën⁵⁵:

- 1) 0 meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen
- 2) 1-3 meegemaakte gebeurtenissen
- 3) 4-7 meegemaakte gebeurtenissen
- 4) 8-13 meegemaakte gebeurtenissen.

Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8)

De Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8) is een korte vragenlijst voor het signaleren van trauma gerelateerde klachten en symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij kinderen en jongeren⁵⁶. De CRIES-8 bestaat uit 8 vragen. De vragenlijst wordt ingevuld met in gedachte de meest ingrijpende gebeurtenis die het kind heeft meegemaakt. Er wordt gevraagd naar klachten die zijn voorgekomen in de afgelopen 7 dagen. Er is een zelfrapportage voor kinderen in de leeftijd van 8 tot 18 jaar. Er is ook een ouderversie van de vragenlijst beschikbaar⁵⁷. De CRIES-8 is vrij beschikbaar op de [website](#) van de Children and War Foundation in verschillende talen. De vragenlijst kan met pen en papier worden afgenomen, mondeling met behulp van een (telefonische) tolk of indien mogelijk digitaal. Het duurt meestal tussen de 5 tot 10 minuten om de vragenlijst in te vullen.

Scoring

Het kind of de ouder kan kiezen uit vier antwoordmogelijkheden met een bijpassende score, namelijk 'helemaal niet' = 0, 'zelden' = 1, 'soms' = 3 of 'vaak' = 5. De totaalscore kan worden berekend door alles op te tellen. Hoe hoger de score op de CRIES-8 hoe meer last het kind heeft van posttraumatische stressklachten. Bij een score van 17 of hoger is er een verhoogd risico op PTSS⁵⁶.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Validiteit en betrouwbaarheid

Onderzoek heeft beginnend bewijs geleverd voor de CRIES-8 als een valide en betrouwbare vragenlijst bij vluchtelingenkinderen⁵⁸. De CRIES-8 kan vluchtelingenkinderen met traumatische stressklachten onderscheiden van kinderen zonder klachten en blijkt in verschillende culturen goed toepasbaar^{59, 60}. Ook in de jeugdgezondheidszorg in Zweden zijn er positieve ervaringen met de CRIES-8⁵⁸. Zoals eerder aangegeven is het aan te raden om de kindversie van de CRIES-8 te gebruiken, omdat de resultaten betrouwbaarder zijn dan de ouderversie.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is een korte vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren. De SDQ bestaat in totaal uit 25 vragen, onderverdeeld in 5 thema's: emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit-aandachtstekort, problemen met leeftijdsgenoten en prosociaal gedrag. De vragen hebben betrekking op de afgelopen 6 maanden⁶¹. Er is een vragenlijst voor ouders en leerkrachten van kinderen in de leeftijd van 2 tot 4 jaar en een vragenlijst voor ouders en leerkrachten van kinderen in de leeftijd van 4 tot 17 jaar. Verder is er een zelfrapportagelijst voor kinderen in de leeftijd van 11 tot 17 jaar en een zelfrapportagelijst voor 18 jaar en ouder. De SDQ is vrij beschikbaar in meer dan 80 talen op de [website](#) van de SDQ en wordt internationaal veel toegepast⁶². Het duurt meestal tussen de 5 tot 10 minuten om de vragenlijst in te vullen

Scoring

Elk item kan worden gescoord op een 3-puntsschaal met 'niet waar' = 0, 'een beetje waar' = 1 en 'zeker waar' = 2 als antwoordmogelijkheden. Er zijn een aantal items positief geformuleerd, deze moeten andersom worden gescoord, oftewel 'niet waar' = 2, 'een beetje waar' = 1 en 'zeker waar' = 0. De score van elk van de 5 thema's (subschalen) wordt berekend door de score op iedere vraag op te tellen, resulterend in een score tussen de 0 en 10. Het is echter aan te raden om alleen de totaalscore te gebruiken om een algemeen beeld te krijgen van psychosociale problemen bij vluchtelingenkinderen, aangezien de subschalen

minder betrouwbaar zijn en daarmee een onjuiste weergave kunnen zijn van de specifieke problematiek van een kind of jongere^{1, 62-64}. De subschalen kunnen wel aanwijzingen geven over de aard van de problematiek⁶⁴.

De SDQ-totaalscore wordt berekend door de scores op de schalen emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit-aandachtstekort en problemen met leeftijdsgenoten op te tellen, resulterend in een score tussen de 0 en 40. De schaal pro-sociaal gedrag wordt niet meegerekend in de totaalscore, omdat de afwezigheid van pro-sociaal gedrag niet hetzelfde weergeeft als de aanwezigheid van psychische problemen⁶¹.

We adviseren om de Nederlandse normen te gebruiken. Onderstaande afkapwaarden komen uit 'Handleiding voor het gebruik van de Strengths and Difficulties Questionnaire binnen de Jeugdgezondheidszorg' uit 2016 en 'Handleiding voor het gebruik van de Strengths and Difficulties Questionnaire bij adolescenten (12 – 17 jaar) binnen de Jeugdgezondheidszorg uit 2019^{65, 66}.

SDQ VERSIE	LEEFTIJD	NORMAAL	GRENSGEBIED	VERHOOGD
SDQ ouderversie	4-7 jaar	0-10	11-14	15 of hoger
SDQ ouderversie	7-11 jaar	0-10	11-13	14 of hoger
SDQ zelfrapportage	12-14 jaar	0-12	13-15	16 of hoger
SDQ zelfrapportage	15-17 jaar	0-12	13-15	16 of hoger

Validiteit en betrouwbaarheid

Uit onderzoek in Nederland blijkt dat de SDQ een betrouwbare en valide vragenlijst is om inzicht te krijgen in het psychosociaal functioneren van kinderen⁶⁷, ook bij kinderen met een migratieachtergrond⁶⁸. In de JGZ blijkt dat het gebruik van de SDQ een waardevolle aanvulling is op het signaleren van psychosociale problemen naast het voeren van gesprekken en in kaart brengen van risicofactoren⁶⁴. Ook bij vluchtelingenkinderen is de SDQ een goede aanvulling op het signaleren van psychosociale problemen^{51, 63, 69}.

Internationaal zijn er goede ervaringen met de inzet van de SDQ bij het signaleren van psychosociale klachten bij vluchtelingenkinderen in de

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

jeugdgezondheidszorg, zoals in Zweden⁵¹ en de Verenigde Staten³⁵. De SDQ kan een belangrijke bijdrage leveren aan de gesprekken over psychosociale gezondheid en geeft uitgebreidere en meer gestructureerde informatie over psychosociale problemen^{35, 51}. Ook de ervaringen tijdens het pilotonderzoek waren overwegend positief.

Het is wel noodzakelijk om de SDQ aan te vullen met de CRIES-8, omdat de SDQ niet goed in staat is om traumagerelateerde klachten in kaart te brengen⁶². Bovendien kunnen uitingen van psychosociale klachten meer culturele verschillen vertonen. Er zijn daarom kanttekeningen geplaatst bij de culturele sensitiviteit van de SDQ⁷⁰. In eerder onderzoek met de SDQ bij vluchtelingenkinderen werd er minder vaak hoog gescoord op de SDQ dan werd verwacht gezien de psychosociale klachten die eerder in kaart waren gebracht⁷¹. Ook in het pilotonderzoek waren er aanzienlijk meer kinderen die hoog scoorden op de CRIES-8 dan op de SDQ. De vragenlijsten zijn daarom een goede aanvulling op elkaar. Wederom is het advies waar mogelijk het kind zelf de SDQ te laten invullen, omdat dit een betrouwbaarder beeld geeft van de psychosociale klachten van kinderen dan wanneer ouders de vragenlijst invullen.

Refugee Health Screener-13

De Refugee Health Screener (RHS) is ontwikkeld om de meest voorkomende psychische stoornissen bij vluchtelingen ouder dan 14 jaar op een efficiënte en effectieve manier te signaleren, namelijk door het meten van klachten van angst, depressie en PTSS. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is rekening gehouden met hoe verschillende groepen vluchtelingen psychische problemen uiten en ervaren. De originele vragenlijst bestaat uit 15 vragen, maar kan worden afgenomen met alleen de eerste 13 vragen. De RHS is gratis aan te vragen in verschillende talen op de [website](#) van het War Survivors Institute. Het kost 5 tot 10 minuten om de vragenlijst af te nemen^{72, 73}.

Deze vragenlijst kan worden afgenomen indien er een vermoeden is van psychische klachten bij ouder(s).

Het is aan te raden om deze vragenlijst niet te combineren met een oudervragenlijst over de psychische gezondheid van het kind. Er kan daardoor

verwarring ontstaan over wie de vragenlijst ingevuld moet worden. Het is belangrijk om expliciet te vermelden dat de vragenlijst over de gezondheid van ouders gaat. Het is ook belangrijk om uitleg te geven over waarom deze vragenlijst wordt afgenomen, hoewel de JGZ zich richt op de zorg voor het kind. Dit kan door bijvoorbeeld te benadrukken dat ouders veel hebben meegemaakt en dat opvoeden in een nieuwe omgeving door veel ouders als stressvol kan worden ervaren. Als de uitkomst aanleiding geeft tot zorgen, kan met de ouder besproken worden of hij/zij hulp voor zichzelf zou willen hebben en hiervoor (met de uitkomst van de lijst) een afspraak bij de huisarts zou willen maken. Tegelijkertijd kan het aanleiding zijn voor een gesprek over de invloed van de ervaren eigen problemen op het ouderschap.

Scoring

De vragen krijgen een score van 'not at all' = 0 tot 'extremely' = 4. Deze worden bij elkaar opgeteld.

De volgende afkapwaarden zijn gebaseerd op onderzoek met de RHS-13 bij vluchtelingen in Zweden⁷⁴:

Milde symptomen: 11 en hoger

Klinisch significante symptomen: 18 en hoger

Acute behoefte aan psychische hulp: 25 en hoger

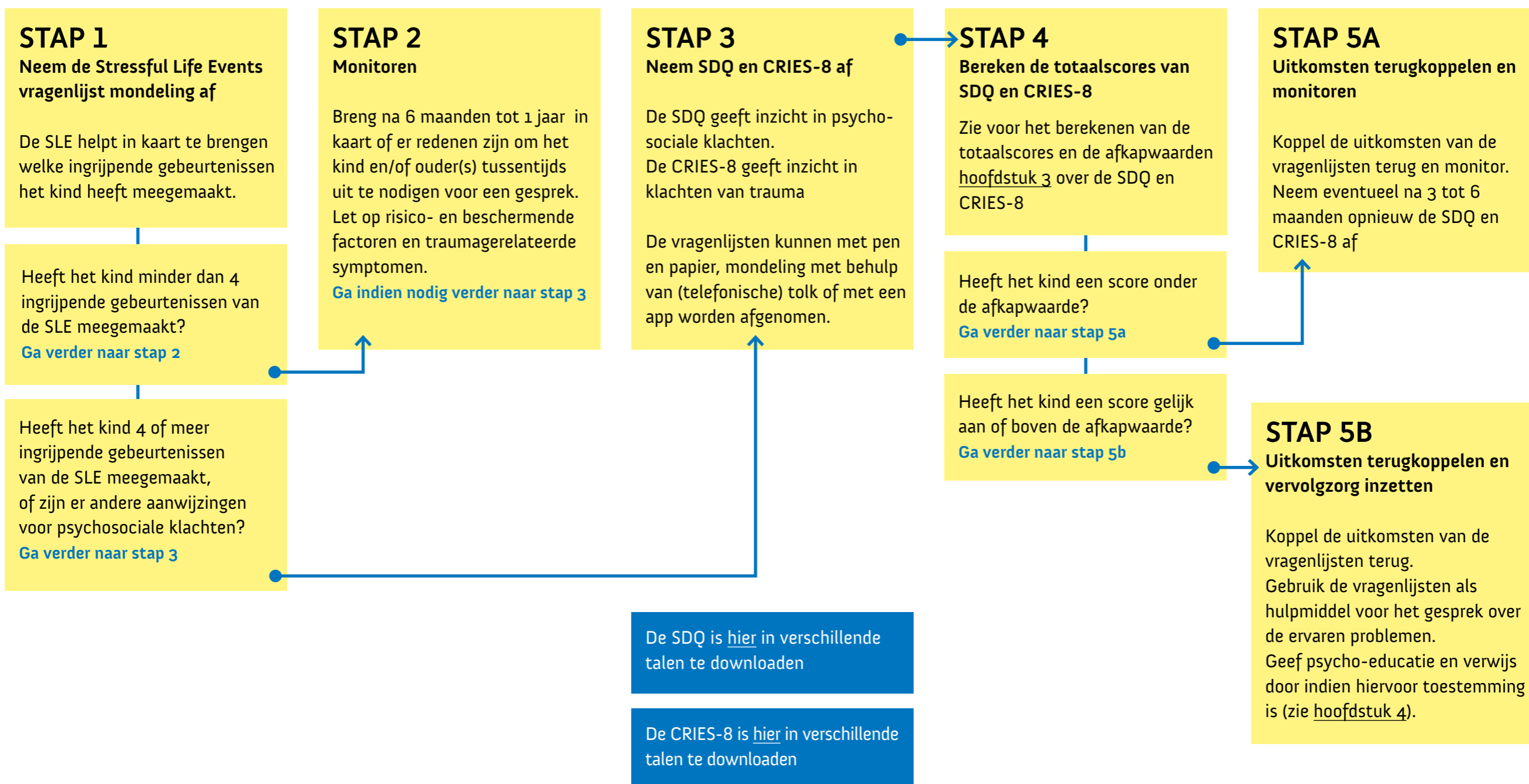
Validiteit en betrouwbaarheid

Uit onderzoek bij verschillende groepen vluchtelingen blijkt dat de vragenlijst valide en betrouwbaar is⁷²⁻⁷⁷.

LET OP: Vragenlijsten in het Arabische schrift (onder andere Arabisch, Koerdisch, Dari, Farsi en Urdu) worden van rechts naar links geschreven. De antwoordmogelijkheden kunnen daarom andersom staan vermeld. Let hier goed op bij het handmatig scoren van de vragenlijsten.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Beslisboom



Inhoud

Woord vooraf

Onderzoek

1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen

2 In gesprek met ouders en kinderen

3 Signaleren van psychosociale problemen

4 Zorg en doorverwijzen

Slotwoord

Bijlagen

Literatuur

4

Zorg en doorverwijzen



Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Moment van doorverwijzen

Het is belangrijk om met het kind en eventueel ouder(s) verder in gesprek te gaan over risico- en beschermende factoren en psychosociale problemen indien uit de vragenlijsten een verhoogd risico op psychosociale klachten of symptomen van PTSS naar voren komt. Ook kan in dit gesprek een vervolg worden besproken; dit kan gaan om monitoring, ondersteuning, psycho-educatie of doorverwijzing.

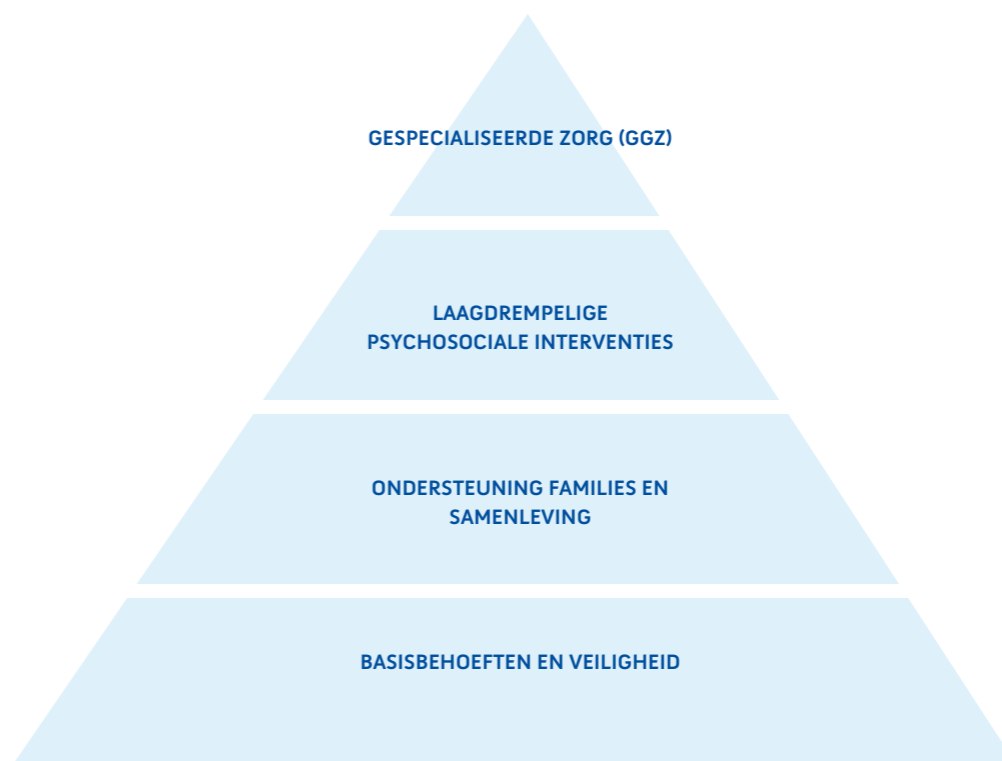
Het kan tijd nodig hebben om een vertrouwensrelatie op te bouwen en om een kind en/of ouder(s) het belang van psychosociale interventies uit te leggen. Bovendien hebben vluchtelingen tijd nodig hebben om te wennen aan de nieuwe omgeving. Daarom vinden de meeste doorverwijzingen naar interventies plaats na ongeveer 6 tot 12 maanden na aankomst in het land van hervestiging³⁵. Helaas kunnen de vele verhuizingen tussen AZC's een negatief effect hebben op zowel de psychische gezondheid van asielzoekerskinderen als op de continuïteit van zorg. Bovendien kan voortdurende stress na afloop van een interventie, bijvoorbeeld met betrekking tot de asielprocedure, een negatieve invloed hebben op de (lange termijn) uitkomsten van de behandeling⁷⁸. Hoewel een veilige en stabiele situatie wenselijk is voor de uitkomsten van een interventie of behandeling, is dit helaas niet in alle gevallen haalbaar. Bovendien kan een behandeling voor traumagerelateerde klachten ook effectief uitgevoerd worden indien het kind zich in een onstabiele of onveilige situatie bevindt^{79, 80}. Het is daarom aan te raden waar mogelijk wel (preventieve) interventies in te zetten indien er sprake is van psychosociale klachten.

Interventiepiramide

Psychosociale hulp aan vluchtelingenkinderen kan worden geboden op verschillende niveaus, weergegeven in de interventiepiramide (zie figuur 1)⁸¹, afhankelijk van de hulpbehoefte en de aard en ernst van de problematiek. Deze niveaus staan met elkaar in verbinding en in het optimale geval is er sprake van samenwerking tussen de vrijwilligers en professionals binnen de verschillende interventieniveaus. De piramide geeft een aanpak weer waarbij er een brede inzet is van (preventieve) psychosociale interventies. De specialistische zorg van de GGZ is alleen nodig voor een kleine groep kinderen met ernstige of specifieke

psychische klachten. Deze gelaagde vorm van hulp bieden blijkt effectief te werken bij vluchtelingenkinderen⁸².

De onderste laag van de piramide is gericht op basisvoorzieningen en veiligheid. Hierbij kan worden gedacht aan toegang tot gezondheidszorg, onderdak en voeding. De tweede laag van de piramide is gericht op ondersteuning van gezinnen en de gemeenschap, zoals opvoedingsondersteuning voor ouders, en ondersteuning bij dagelijkse bezigheden voor de jeugdige, zoals school, vrijetijdsbesteding en vriendschappen. Het gaat hierbij om het ontwikkelen van een maatschappelijke rol, het opbouwen van een sociaal netwerk en hulp bij het zoeken naar vermiste familieleden. De derde laag van de piramide richt zich op laagdrempelige psychosociale interventies en de vierde laag is gericht op de psychotherapeutische behandelingen⁸¹.



Figuur 1. Interventiepiramide

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Psychosociale ondersteuning

De psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen en gezinnen wordt beïnvloed door een complex geheel van factoren; van individuele factoren tot de politieke context¹². Om te beginnen moet bij het bieden van hulp de focus liggen op het versterken van de omgevingsfactoren van vluchtelingenkinderen en gezinnen, zoals het versterken van het sociale netwerk, ondersteuning bij het leren van de taal en activering voor bijvoorbeeld sport of iets creatiefs. Ook opvoedingsondersteuning kan belangrijk zijn om veiligheid en structuur in het gezin te herstellen, dit kan onder meer gericht zijn op dagelijkse routine, gezond slaappgedrag en het ondernemen van activiteiten samen met hun kind(eren)^{12, 49}.

Psychosociale interventies

De volgende laag van de interventiepiramide is het bieden van korte (groeps) interventies. Preventieve interventies hebben als doel het voorkomen van psychische problemen en het versterken van de emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling, alsook het werken aan een toekomstperspectief⁸². Groepsinterventies zijn aan te raden, omdat kinderen zich hierdoor in leeftijdsgenoten kunnen herkennen. De (groeps)interventies bestaan vaak uit psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, handvatten voor emotieregulatie en copingsstrategieën aanleren⁴⁹.

Op dit moment zijn er weinig preventieve interventies die effectief bewezen zijn voor vluchtelingenkinderen. Uit bestaand onderzoek is wel gebleken dat groepsinterventies voor vluchtelingenkinderen kunnen bijdragen aan de afname van depressieve klachten, maar er is geen bewijs voor het effect van preventieve interventies op afname van symptomen van PTSS¹².

Er kan ook een preventieve interventie worden ingezet die zich richt op het hele gezin, met het oog op de grote rol van het gezin op de psychische gezondheid van het kind. Het bieden van opvoedingsondersteuning kan helpend zijn voor ouders om hun rol als ouder in deze nieuwe context invulling te geven en uitleg te geven over hoe zij steun kunnen bieden aan hun kind(eren).

JGZ-professionals kunnen zelf ook ondersteuning bieden door psycho-educatie en het bieden van informatie over zorg. Bij veel mensen met een

vluchtelingenachtergrond is er een stigma op psychische problemen⁸³. Het is helpend om schaamte rondom dit thema te verminderen door reacties als gevolg van ingrijpende gebeurtenissen te normaliseren⁸². Dit kan door aan te geven dat veel andere kinderen vergelijkbare problemen hebben door de gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt. Psycho-educatie over ingrijpende gebeurtenissen en de mogelijke gevolgen ervan is helpend⁴⁹. Het is tevens goed om zicht te krijgen op culturele verklaringen modellen met betrekking tot psychische gezondheid door vragen te stellen over hoe problemen worden ervaren, welke ideeën er zijn over de oorzaak van deze problemen en welke ideeën er zijn om deze problemen te verminderen⁸².

Verder is het van belang om uitleg te geven over de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland, zoals welke vormen van hulp beschikbaar zijn. Veel vluchtelingenkinderen komen uit landen waar weinig tot geen geestelijke gezondheidszorg is. Het is mogelijk dat vluchtelingenkinderen en ouders niet op de hoogte zijn van het bestaan van psychische zorg. Het gebrek aan kennis over het Nederlandse zorgsysteem kan een barrière zijn voor vluchtelingenkinderen en -ouders om hulp te zoeken⁸³.

ARQ en Pharos hebben een overzicht gemaakt van goed onderbouwde beschikbare preventieve interventies en overige veelbelovende initiatieven in Nederland.

Tips voor psycho-educatie¹⁴

- Sluit in je taalgebruik aan bij de leeftijd en het niveau van de jeugdige en de ouder(s).
- Ga niet uitgebreid in op details van de ingrijpende gebeurtenissen of het uitdiepen van emoties, maar sluit aan bij de jeugdige en het gezin. Leg vooral uit welke gedachten en emoties door ingrijpende gebeurtenissen kunnen ontstaan, dat dit normale reacties zijn en dat er verschillende manieren zijn om hiermee om te gaan.
- Geef uitleg over normale, veelvoorkomende overlevingsreacties (bevriezen, vluchten, vechten, vrede bewaren of verlammen) na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen.
- Geef uitleg over veelvoorkomende stressreacties en geeft concrete voorbeelden, zoals nachtmerries, negatieve gedachten, prikkelbaarheid,

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

lichamelijke problemen en problemen met slapen, eten en concentratie. Leg uit dat dit normale reacties zijn op het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen.

- Normaliseer de emoties die ingrijpende gebeurtenissen kunnen opwekken, zoals boosheid, verdriet, schuld en schaamte. Erken de jeugdige en/of ouder(s), dit kan door bijvoorbeeld te zeggen *“het is oké dat je je verdrietig/bang/boos voelt”* en neem eventuele schuldgevoelens weg, bijvoorbeeld door te zeggen *“wat er gebeurd is, is niet jouw schuld”*.
- Leg uit aan de jeugdige en/of ouder(s) wat kan helpen om emoties op een andere manier te uitten, bijvoorbeeld door te praten, spelen, knutselen, tekenen, muziek luisteren of sporten.
- Benadruk ook de veerkracht van de jeugdige en/of ouders en praat over wat er goed gaat.
- Volg het tempo van de jeugdige en/of ouder(s) in het gesprek en dring niet aan om dingen te delen.
- Leg uit dat het belangrijk is om stressreacties te herkennen en dat het soms nodig kan zijn om hulp te krijgen om deze te verminderen. Wees bemoedigend en realistisch in de boodschap over een interventie of behandeling.
- Benoem voordelen en nadelen van een behandeling, bijvoorbeeld *“je zult je minder bang/somber/... voelen”*. *“je kunt met iemand je verhaal delen”*, *“het kan moeilijk of spannend zijn om te praten”* en *“het kost tijd”*.
- Indien er terughoudendheid is over het krijgen van hulp, breng in kaart wat de belemmeringen zijn.
- Maak eventueel gebruik van informatieve websites en filmpjes, bijvoorbeeld van beeldverhalen en animaties over trauma voor laaggeletterden en anderstaligen (zie [links](#) Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie)

Bij gevaar vertoont het lichaam overlevingsreacties. Deze overlevingsreacties zijn geen bewust gemaakte keuzes, maar automatische reacties van het lichaam op een stressvolle situatie. Deze lichamelijke reacties omschrijven we vaak als bevriezen (freeze), vluchten (flight), vechten (fight), vrede bewaren (fright) of verlammen (faint). Bij bevriezen staat iemand stil, is voorzichtig, alert en maakt een snelle inschatting van de situatie. Bij vluchten probeert iemand weg te

komen uit de gevaarlijke situatie. Bij vechten probeert iemand zich te verzetten, omdat vluchten geen optie meer is. Bij vrede bewaren probeert iemand de situatie minder erg te maken door zich klein en onderdanig op te stellen, omdat vluchten of vechten niet meer mogelijk is. De laatste overlevingsreactie is verlammen, waarbij iemand zijn spieren niet meer kan bewegen en niets meer kan zeggen, om de situatie te overleven.

Specialistische interventies

Wanneer vanuit de anamnese, observaties en vragenlijsten een sterk risico wordt waargenomen en/of wanneer psychosociale interventies geen effect lijken te hebben, dan is het nodig om door te verwijzen naar de jeugd-GGZ⁴⁹. Vluchtelingenkinderen en gezinnen zijn ondervertegenwoordigd in de geestelijke gezondheidszorg³⁴. Uit onderzoek is gebleken dat indien vluchtelingenkinderen de hulp krijgen die aansluit bij hun behoeften met betrekking tot taal en cultuur, er geen sprake is van een hogere drop-out in de zorg dan bij andere kinderen⁸². Het is daarom van belang dat de hulp die wordt geboden cultuursensitief is en dat er bij voorkeur kennis en ervaring is met betrekking tot trauma, comorbiditeit, transculturele zorg en systemisch werken⁴⁹.

ARQ heeft een [landelijk overzicht](#) gemaakt met interculturele GGZ en maatschappelijke ondersteuning.

Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) en Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) zijn traumabehandelingen die bewezen effectief zijn voor het behandelen van traumagerelateerde klachten bij kinderen en worden aangeraden in internationale richtlijnen. Uit onderzoek blijkt dat TF-CBT een cultuursensitieve behandeling is^{84, 85} en er is voorzichtig bewijs voor de effectiviteit van TF-CBT bij vluchtelingenkinderen^{78, 86}. Resultaten voor de effectiviteit van EMDR bij vluchtelingenkinderen zijn ook veelbelovend, zowel voor individuele- als groepstherapie⁸⁷⁻⁸⁹. Ook resultaten van de behandeling Narrative Exposure Therapy voor kinderen (KIDNET) zijn veelbelovend.^{12, 90} Er is geen bewijs voor het effect van medicamenteuze behandeling van traumagerelateerde klachten bij vluchtelingenkinderen⁴⁹.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

TF-CBT

Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) is een psychotherapeutische behandeling die bestaat uit verschillende modules gericht op psycho-educatie, opvoedingsvaardigheden, ontspanningsoefeningen, emotieregulatie en cognitieve copingstrategieën. Om te beginnen is de behandeling gericht op het beschrijven van de traumatische gebeurtenis(sen) en de klachten die zijn ontstaan na de gebeurtenis. Vervolgens is de behandeling gericht op exposure; omgaan met situaties die klachten kunnen opwekken. Verder is er aandacht voor de betrokkenheid en vaardigheden van ouders en voor het ontwikkelen van toekomstperspectief^{78, 82, 86}.

EMDR

EMDR is een psychotherapeutische behandeling waarbij de herinnering aan de traumatische gebeurtenis wordt geactiveerd en tegelijkertijd een afleidende taak wordt uitgevoerd, zoals oogbewegingen, luisteren naar klikjes of trommelen/tappen op handen. Door een afleidende taak toe te passen tijdens het opwekken van de traumatische herinnering, is er minder ruimte in het werkgeheugen om de traumatische gebeurtenis met alle bijhorende emoties en sensaties te ervaren, waardoor de emotionele lading van de herinnering kan verminderen^{82, 87}.

KIDNET

Narrative Exposure Therapy (NET) is een kortdurende behandeling die is ontwikkeld voor het behandelen van traumagerelateerde klachten bij vluchtelingen en kan worden aangeboden door niet-professionals die een training hebben gevolgd. KIDNET bestaat onder meer uit het maken van een levenslijn van geboorte tot heden, met een uitgebreide beschrijving van de traumatische gebeurtenis(sen) en helpende gebeurtenissen. Door de traumatische gebeurtenis(sen) te beschrijven en door deze te plaatsen in de tijd kan het gevoel van constante dreiging afnemen. Ook worden gebeurtenissen geplaatst in een culturele en historische context, waardoor gevoelens van schuld en schaamte met betrekking tot de traumatische gebeurtenis(sen) kunnen afnemen. Verder is er tijdens de behandeling aandacht voor het ontwikkelen van een toekomstperspectief^{82, 90}.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Slotwoord

Vragenlijsten zijn een waardevolle aanvulling op gesprekken over psychosociale gezondheid met ouders en kinderen. Ze kunnen helpen bij het tijdig in kaart brengen van psychosociale problemen en een aanleiding geven tot het inzetten van vroege interventies om verdere problemen te voorkomen, of het doorverwijzen naar passende vormen van zorg. We hopen met deze toolkit bij te dragen aan het inzetten van behulpzame vragenlijsten bij vluchtelingenkinderen en asielzoekerskinderen in de JGZ.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Bijlagen



Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			Bijlagen
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Literatuur

Bijlage 1

Voorbeeldtekst introduceren vragenlijsten

SLE

“Ik heb een lijst met een aantal vragen over nare gebeurtenissen die in het leven kunnen gebeuren. Ik wil graag deze lijst met je doornemen om beter te weten wat je hebt meegemaakt, zonder dat we daar nu verder over gaan praten op dit moment. Je hoeft alleen maar ‘ja’ of ‘nee’ te zeggen. Als je iets hebt meegemaakt dat er niet bij staat, kun je dat zeggen. Als je een vraag niet begrijpt kan ik het uitleggen. Vind je het goed dat we dat gaan invullen?”

SDQ en CRIES

“Ik wil je graag een paar vragen stellen over jouw gezondheid. Veel kinderen die gevlucht zijn, hebben nare gebeurtenissen meegemaakt en kunnen zich daardoor rot voelen. Jouw antwoorden kunnen mij helpen om beter te begrijpen hoe het met je gaat en hoe we jou beter kunnen helpen. Er zijn geen goede of foute antwoorden op de vragen. Het is belangrijk dat je zo eerlijk en open mogelijk antwoord geeft. Na afloop kijken we samen wat er uitkomt.”

RHS

“Ik wil u graag een paar vragen stellen over uw eigen gezondheid. Veel mensen die gevlucht zijn, hebben nare gebeurtenissen meegemaakt en kunnen daardoor last hebben van stress. Ook is het voor veel ouders stressvol om hun kinderen op te voeden in een nieuwe omgeving. Uw antwoorden kunnen mij helpen om beter te begrijpen hoe het met u gaat en of we u ergens mee kunnen ondersteunen. Want wanneer u last heeft van stress, kan dit ook lastig zijn voor uw kind(eren). Wij willen u en uw kinderen op de beste manier helpen. Er zijn geen goede of foute antwoorden op de vragen. Het is belangrijk dat u zo eerlijk en open mogelijk antwoord geeft. Na afloop kijken we samen wat er uitkomt. Ik zal dit met niemand anders delen zonder uw toestemming.”

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Bijlage 2

Vragenlijsten

[Vragenlijst Stressful Life Events \(SLE\)](#)

[Vragenlijst CRIES-8 kindversie \(vanaf 8 jaar\)](#)

[Vragenlijst Strengths and Difficulties Questionnaire: Vragenlijst voor jongeren \(vanaf 11 jaar\)](#)

[Vragenlijst Strengths and Difficulties Questionnaire: Vragenlijst voor ouders \(vanaf 2 jaar\)](#)

[Vragenlijst Refugee Health Screener-13](#)

De vragenlijsten zijn in verschillende talen te downloaden via de websites (zie links).

Om de SLE en de RHS-13 te kunnen downloaden is het noodzakelijk om te registreren op de website. Alle vragenlijsten zijn gratis beschikbaar.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Bijlage 3

Nuttige websites en documenten

Algemene websites

- [Website ARQ Nationaal psychotrauma centrum](#)
- [Website Pharos Expertisecentrum gezondheidsverschillen](#)
- [Website GGD GHOR Informatie publieke gezondheidszorg asielzoekers](#)
- [Website NCJ Nederlands Centrum Jeugdgezondheid](#)
- [Website Levvel Specialistische jeugdhulp](#)
- [Website Kennisplatform Integratie en Samenleving](#)
- [Website Vluchtelingenwerk Nederland](#)
- [Website Jeugdhulp aan Asielzoekerskinderen](#)
- [Website Nederlands Jeugdinstituut Kennisdossier Vluchtelingenkinderen](#)
- [Website Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#)

Specifieke links

- [Handreiking Intake Jeugdgezondheidszorg \(JGZ\) voor statushouderskinderen](#) (Pharos, oktober 2017)
- [Sociale kaart](#). Landelijk overzicht interculturele GGZ en maatschappelijke ondersteuning (ARQ, september 2021)
- [Inventarisatie preventie](#). Gids preventieve interventies voor het versterken van de psychische gezondheid en veerkracht van vluchtelingen (ARQ en Pharos, oktober 2021)
- [‘Leven na de vlucht is zwaar...’](#) Handreiking Begeleiding van Eritrese vluchtelingen met psychische klachten (Pharos, juli 2020)

- [Handreiking Vluchtelingengezinnen samen op weg helpen – tips voor gemeenten en JGZ](#) (Pharos, juli 2019)
- [Handreiking ‘Gezinshereniging, hoe dan?’](#) (GGD Gelderland Zuid, december 2019)
- [‘Als je stress hebt, veel denkt en slecht slaapt...’](#) Folder voor vluchtelingen over psychische klachten. Beschikbaar in Arabisch, Engels, Farsi, Nederlands en Tigrinya (Pharos, maart 2019)
- [Factsheet gezondheid jeugd in Afghanistan](#) (GGD GHOR, juni 2018)
- [Factsheet gezondheid jeugd in Syrië](#) (GGD GHOR, juni 2018)
- [Factsheet gezondheid jeugd in Eritrea](#) (GGD GHOR, juni 2018)
- [Cultureel Interview](#) (KIS)
- [Sleutelpersonen Pharos Informatie en interactieve kaart](#) (Pharos, juni 2021)
- [Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg](#) (KNMG, maart 2014)
- [Zo schakelt u een tolk in](#) Informatie over tolkgebruik in de JGZ
- [Richtlijn jeugdhulp en jeugdbescherming: Signaleren traumagerelateerde problemen](#)
- [Beeldverhalen en animaties over onder meer depressie en trauma in onder andere klassiek Arabisch, Tigrinya en Oekraïens](#) (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, maart 2021)
- [Moms Website met informatie en hulp voor moeders met een kind uit seksueel geweld, kinderen geboren uit seksueel geweld en hulpverleners](#)

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Literatuur

- Verhagen IL, Noom MJ, Lindaeur RJL, Daams JG, Hein IM. Mental health screening and assessment tools for forcibly displaced children: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(2):2126468. doi:10.1080/20008066.2022.2126468
- UNHCR. Global trends: Forced displacement in 2021 <https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/>
- Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):266-282. doi:10.1016/S0140-6736(11)60051-2
- 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(1):24-36. doi:10.1097/00004583-200401000-00012
- Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA*. 2005;294(5):602-612. doi:10.1001/jama.294.5.602
- Blackmore R, Gray KM, Boyle JA, et al. Systematic review and meta-analysis: The prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;59(6):705-714. doi:10.1016/j.jaac.2019.11.011
- Fazel M, Stein A. The mental health of refugee children. *Arch Dis Child*. 2002;87(5):366-370. doi:10.1136/adc.87.5.366
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365(9467):1309-1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(5):337-46. doi:10.1007/s00787-013-0463-1
- Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(6):373-80. doi:10.1007/s00787-004-0422-y
- Sleijpen M, Boeije HR, Kleber RJ, Mooren T. Between power and powerlessness: A meta-ethnography of sources of resilience in young refugees *Ethnic Health*. 2016;21(2):158-180. doi:10.1080/13557858.2015.1080484
- Fazel M, Betancourt TS. Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(2):121-132. doi:10.1016/S2352-4642(17)30147-5
- Beer R, Verlinden E, Lindaeur R. *Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde en dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten*. 2020. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2020/09/Diagnostieprotocol-Trauma-Kinderen-en-Adolescenten-2020.pdf>
- Hein I, Kooymans E, Oudenampsen J, Knipschild R, van den Berg G, van Minnen A. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk NIVP, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen., ed. *Richtlijn signaleren van traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. 2021. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/trauma>
- 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(6):1204-15. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.010
- Goosen S, Stronks K, Kunst AE. Frequent relocations between asylum-seeker centres are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medical record study. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):94-104. doi:10.1093/ije/dyt233
- Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011;14(1):44-56. doi:10.1007/s10567-010-0081-0
- van Ee E, Kleber RJ, Mooren TTM. War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Ment Health J*. 2012;33(5):459-468. doi:10.1002/imhj.21324
- van Ee E, Kleber RJ, Jongmans MJ, Mooren TTM, Out D. Parental PTSD, adverse parenting and child attachment in a refugee sample. *Attach Hum Dev*. 2016;18(3):273-291. doi:10.1080/14616734.2016.1148748
- Eltanamly H, Leijten P, Jak S, Overbeek G. Parenting in Times of War: A Meta-Analysis and Qualitative Synthesis of War Exposure, Parenting, and Child Adjustment. *Trauma Violence Abus*. 2021;22(1):147-160. doi:10.1177/1524838019833001
- Eltanamly H, Leijten P, van Rooij F, Overbeek G. Parenting in times of refuge: A qualitative investigation Palabras clave(sic)(sic)(sic). *Fam Process*. 2022;61(3):1248-1263. doi:10.1111/famp.12717
- De Haene L, Dalgaard NT, Montgomery E, Grietens H, Verschueren K. Attachment narratives in refugee children: Interrater reliability and qualitative analysis in pilot findings from a two-site study *Journal of Traumatic Stress*. 2013;26(3):413-417. doi:10.1002/jts.21820
- Knipscheer JW, Kleber RJ. The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees. *J Clin Psychol*. 2006;62(3):339-353. doi:10.1002/jclp.20233
- Borra R. Cultuurbewuste psychodiagnostiek: De regulatieve cyclus. In: Borra R, van Dijk R, Verboom R, eds. *Cultuur en psychodiagnostiek: Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
- Rohlof H, Beijers H. Het culturele interview en de toepassing daarvan bij kinderen en jeugdigen. In: te Poel Y, Geraci D, van Driel J, Termaat P, eds. *Interculturele diagnostiek bij kinderen en jongeren* NVO, ZonMw & NIP; 2012.
- Hoffer C. *Cultuur en religie in de GGZ: Interculturele consultaties in de praktijk*. Bavo Europaort; 2006.
- Acherratt-Stitou Z. Islam en psychiatrie in Nederland: Een verkenning *Psyche & Geloof* 2009;20(2): 110-118.
- Blom JD, Hoffer C. Djinns. In: Blom JD, Sommer IEC, eds. *Hallucinations: Research and practice* Springer; 2012.
- Boedjarath I. Cultuurbewust hulpverleners: Kennis, houding en vaardigheden combineren In: Borra R, van Dijk R, Verboom R, eds. *Cultuur en psychodiagnostiek: Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. Bohn Stafleu en Loghum; 2011.
- Hoffer C. Een dynamische benadering van cultuur en religie. In: Sarneel H, ed. *Interculturele jeugd- en opvoedhulp Een cultureel venster op de hulpverlening aan migrantenjongeren en hun gezinnen* Eburon; 2012:66-69.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

31. Hassan G, Kirmayer LJ, Mekki-Berrada A, et al. *Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: A review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict*. UNHCR; 2015.
32. Chartonas D, Bose R. Fighting with Spirits: Migration Trauma, Acculturative Stress, and New Sibling Transition-A Clinical Case Study of an 8-Year-Old Girl with Absence Epilepsy. *Cult Med Psychiatry*. Dec 2015;39(4):698-724. doi:10.1007/s11013-015-9438-7
33. Essex R, Kalocsanyiova E, Rummyantseva N, Jameson J. Trust amongst refugees in resettlement settings: A systematic scoping review and thematic analysis of the literature. *Journal of International Migration and Integration*. 2022;23:543-568. doi:10.1007/s12134-021-00850-0
34. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*. 2019;123(9):851-863. doi:10.1016/j.healthpol.2019.02.007
35. Green AE, Weinberger SJ, Harder VS. The Strengths and Difficulties Questionnaire as a Mental Health Screening Tool for Newly Arrived Pediatric Refugees. *J Immigr Minor Health*. 2021;23(3):494-501. doi:10.1007/s10903-020-01082-7
36. Triemstra M, Veenvliet C, Zuizewind C, van Kessel P, Bos N. *Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg: Een inventarisatie onder zorgverleners*. Nivel 2016.
37. Bauer AM, Alegria M. Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2010;61(8):765-73. doi:10.1176/ps.2010.61.8.765
38. Farooq S, Fear C. Working through interpreters. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003;9(2):104-109. doi:10.1192/apt.9.2.104
39. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 2013;91(2):131-140. doi:10.1016/j.pec.2012.11.008
40. Hsieh E, Hong SJ. Not all are desired: providers' views on interpreters' emotional support for patients. *Patient Educ Couns*. 2010;81(2):192-7. doi:10.1016/j.pec.2010.04.004
41. Fatahi N, Nordholm L, Mattsson B, Hellstrom M. Experiences of Kurdish war-wounded refugees in communication with Swedish authorities through interpreter. *Patient Educ Couns*. 2010;78(2):160-5. doi:10.1016/j.pec.2009.03.010
42. Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Francoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*. 2003;57(3):503-512. doi:10.1016/S0277-9536(02)00376-3
43. Eytan A, Bischoff A, Rrustemi I, et al. Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. *Aust Nz J Psychiat*. 2002;36(4):499-503. doi:10.1046/j.1440-1614.2002.01044.x
44. Kale E, Syed HR. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Educ Couns*. 2010;81(2):187-191. doi:10.1016/j.pec.2010.05.002
45. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. 2007;42(2):727-754. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x
46. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, et al. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. Second edition. Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
47. de Grijter M, Kahmann M, Yohannes R, Razenberg I. *De inzet van sleutelpersonen in de inburgering*. Verweij Jonker Instituut; 2020.
48. Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen HW, Norredam M. Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):439-446. doi:10.1093/eurpub/ckx034
49. Horlings A, Hein I. Psychiatric screening and interventions for minor refugees in Europe: an overview of approaches and tools. *Eur J Pediatr*. 2018;177(2):163-169. doi:10.1007/s00431-017-3027-4
50. Vugteveen J, De Bildt A, Hartman CA, Timmerman ME. Using the Dutch multi-informant Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to predict adolescent psychiatric diagnoses. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(10):1347-1359. doi:10.1007/s00787-018-1127-y
51. Fångström K, Dahlberg A, Ådahl K, et al. Is the Strengths and Difficulties Questionnaire with a trauma supplement a valuable tool in screening refugee children for mental health problems?. *Journal of Refugee Studies*. 2019;32(1):122-140. doi:10.1093/jrs/fey073
52. Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Heir T. Validity of screening for psychiatric disorders in unaccompanied minor asylum seekers: Use of computer-based assessment. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(5-6):611-625. doi:10.1177/1363461517722868
53. Magwood O, Kassam A, Mavedatnia D, et al. Mental Health Screening Approaches for Resettling Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review. *Int J Env Res Pub He*. 2022;19(6)doi:10.3390/ijerph19063549
54. Beckman A, O'Donnell Burrows K, Walter J. *Improving well-being for refugees in primary care: A toolkit for providers*. Center for Victims of Torture; 2019.
55. Bean T, Eurelings-Bontekoe EHM, Derluyn I, Spinhoven P. SLE handleiding. <https://www.arq.org/>
56. CWF. The Children's Revised Impact of Event Scale(8): CRIES-8. Children and War Foundation <https://www.childrenandwar.org/>
57. Verlinden E, van Laar YL, van Meijel EP, et al. A parental tool to screen for posttraumatic stress in children: first psychometric results. *J Trauma Stress*. 2014;27(4):492-5. doi:10.1002/jts.21929
58. Salari R, Malekian C, Linck L, Kristiansson R, Sarkadi A. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scand J Public Health*. 2017;45(6):605-611. doi:10.1177/1403494817715516
59. Sack WH, Seeley JR, Him C, Clarke GN. Psychometric properties of the Impact of Events Scale in traumatized Cambodian refugee youth. *Pers Individ Differ*. 1998;25(1):57-67. doi:10.1016/S0191-8869(98)00030-0
60. Mels C, Derluyn I, Broekaert E, Rosseel Y. Community-based cross-cultural adaptation of mental health measures in emergency settings: validating the IES-R and HSCL-37A in Eastern Democratic Republic of Congo. *Soc Psych Psych Epid*. 2010;45(9):899-910. doi:10.1007/s00127-009-0128-z
61. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
62. Stolk Y, Kaplan I, Szwarc J. Review of the strengths and difficulties questionnaire translated into languages spoken by children and adolescents of refugee background. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2017;26(4)doi:10.1002/mpr.1568
63. Essex R. The psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire for children from refugee backgrounds in Australia. *Clin Psychol-Uk*. 2019;23(3):261-270. doi:10.1111/cp.12178
64. Vogels AG, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC Public Health*. 2009;9:489. doi:10.1186/1471-2458-9-489
65. Theunissen MHC, de Wolff M, Vugteveen J, Timmerman ME, de Bildt A. *Handleiding voor het gebruik van de SDQ bij adolescenten (12-17 jaar) binnen de Jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen*. TNO; 2019.

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

66. Theunissen MHC, de Wolff MS, van Grieken A, Mieloo C. *Handleiding voor het gebruik van de Strengths and Difficulties Questionnaire binnen de Jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 3-17 jaar*. TNO; 2016.
67. Theunissen MHC, de Wolff MS, Reijneveld SA. The Strengths and Difficulties Questionnaire self-report: A valid instrument for the identification of emotional and behavioral problems. *Acad Pediatr*. 2019;19(4):471-476. doi:10.1016/j.acap.2018.12.008
68. Mieloo CL, Bevaart F, Donker MC, van Oort FV, Raat H, Jansen W. Validation of the SDQ in a multi-ethnic population of young children. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):26-32. doi:10.1093/eurpub/ckt100
69. McEwen FS, Moghames P, Bosqui T, et al. *Validating screening questionnaires for internalizing and externalizing disorders against clinical interviews in 8 to 17-year-old Syrian refugee children. Technical working paper*. Queen Mary University of London; 2020.
70. Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethn Health*. 2007;12(2):141-62. doi:10.1080/13557850601002296
71. Hanes G, Sung L, Mutch R, Cherian S. Adversity and resilience amongst resettling Western Australian paediatric refugees. *J Paediatr Child H*. 2017;53(9):882-888. doi:10.1111/jpc.13559
72. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(2):202-9. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002
73. Hollifield M, Toolson EC, Verbillis-Kolp S, et al. Effective Screening for Emotional Distress in Refugees: The Refugee Health Screener. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(4):247-53. doi:10.1097/NMD.0000000000000469
74. Bjarta A, Leiler A, Ekdahl J, Wasteson E. Assessing Severity of Psychological Distress Among Refugees With the Refugee Health Screener, 13-Item Version. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(11):834-839. doi:10.1097/NMD.0000000000000886
75. Kaltenbach E, Hardtner E, Hermenau K, Schauer M, Elbert T. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup2):1389-205. doi:10.1080/20008198.2017.1389205
76. Stingl M, Knipper M, Hetzger B, et al. Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany. *Ethn Health*. 2019;24(8):897-908. doi:10.1080/13557858.2017.1379598
77. Fellmeth G, Plugge E, Fazel M, et al. Validation of the Refugee Health Screener-15 for the assessment of perinatal depression among Karen and Burmese women on the Thai-Myanmar border. *PLoS One*. 2018;13(5):e0197403. doi:10.1371/journal.pone.0197403
78. Unterhitzberger J, Wintersohl S, Lang M, König J, Rosner R. Providing manualized individual trauma-focused CBT to unaccompanied refugee minors with uncertain residence status: a pilot study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2019;13:22. doi:10.1186/s13034-019-0282-3
79. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(4):414-30. doi:10.1016/j.jaac.2009.12.020
80. Zaghrou-Hodali M, Alissa F, Dodgson PW. Building Resilience and Dismantling Fear: EMDR Group Protocol With Children in an Area of Ongoing Trauma. *J Emdr Pract Res*. 2008;2(2):106-113. doi:10.1891/1933-3196.2.2.106
81. IASC. *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. 2007. http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
82. Pacione L, Measham T, Rousseau C. Refugee children: mental health and effective interventions. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(2):341. doi:10.1007/s11920-012-0341-4
83. Mitra R, Hodes M. Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. *Child Care Health Dev*. 2019;45(2):198-215. doi:10.1111/cch.12640
84. Murray LK, Skavenski S, Kane JC, et al. Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Trauma-Affected Children in Lusaka, Zambia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2015;169(8):761-9. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0580
85. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(4):359-69. doi:10.1016/j.jaac.2013.01.013
86. Unterhitzberger J, Eberle-Sejari R, Rassenhofer M, Sukale T, Rosner R, Goldbeck L. Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry*. 2015;15:260. doi:10.1186/s12888-015-0645-0
87. Oras R, de Ezpeleta SC, Ahmad A. Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nord J Psychiatry*. 2004;58(3):199-203. doi:10.1080/08039480410006232
88. Molero RJ, Jarero I, Givaudan M. Longitudinal multisite randomized controlled trial on the provision of the EMDR-IGTP-OTS to refugee minors in Valencia, Spain. *American Journal of Applied Psychology*. 2019;8(4):77-88. doi:10.11648/j.ajap.20190804.12
89. Smyth-Dent KL, Fitzgerald J, Hagos Y. A field study on the EMDR integrative group treatment protocol for ongoing traumatic stress provided to adolescent Eritrean refugees living in Ethiopia. *Psychology and Behavioral Science International Journal* 2019;12(4):1-12. doi:10.19080/PBSIJ.2019.12.555842
90. Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T. Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *J Trauma Stress*. 2010;23(4):437-45. doi:10.1002/jts.20548

Inhoud	1 Psychische gezondheid van vluchtelingenkinderen	3 Signaleren van psychosociale problemen	Slotwoord
Woord vooraf			
Onderzoek	2 In gesprek met ouders en kinderen	4 Zorg en doorverwijzen	Bijlagen
			Literatuur

Afkortingen

AMV	Alleenstaande minderjarige vreemdeling
AZC	Asielzoekerscentrum
EMDR	Eye-Movement Desensitization Reprocessing
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IASC	Inter-Agency Standing Committee
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
KIDNET	Narrative Exposure Therapy for Kids
TF-CBT	Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy
UMC	Universitair Medisch Centrum
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees

Colofon

Deze toolkit is tot stand gekomen in het project 'Vroege signalering en interventie bij psychische problemen vluchtelingenkinderen', een samenwerking binnen Amsterdam UMC tussen afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie en afdeling Public and Occupational Health / Academische Werkplaats Jeugd en Gezondheid.

Financier

Het project is gefinancierd door ZonMw (projectnummer 636601002)

Auteurs

Ilse Verhagen, Mariëtte Hoogsteder en Irma Hein

Medewerkenden

Met dank aan de kinderen, ouders, jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen die hebben deelgenomen aan het pilotonderzoek van de toolkit in de jeugdgezondheidszorg bij GGD regio Utrecht, GGD Fryslân, GGD Flevoland, GGD Hollands Midden, GGD Gelderland Zuid en GGD Zuid Limburg. Wij willen Petra de Jong in het bijzonder bedanken voor haar bijdrage aan de totstandkoming van het project en de toolkit.

Fotografie

Goedele Monnens

Vormgeving

Taluut Ontwerp

Datum publicatie

November 2022