

Jeugdgezondheidszorg voor nieuwkomers in Nederland

Drie innovatieve praktijken in beeld; wat leren we ervan?

Frouke Sondeijker
Merel Kahmann
Esther Horrevorts

Jeugdgezondheidszorg voor nieuwkomers in Nederland

Drie innovatieve praktijken in beeld; wat leren we ervan?

Frouke Sondeijker

Merel Kahmann

Esther Horrevorts

Utrecht, juli 2019

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	4
2 Methode	6
3 De drie innovatieve praktijken in beeld	7
3.1 Het ISK in Tilburg; zorg binnen de school	7
3.2 GGD Gelderland-Midden; huisbezoeken	8
3.3 JGZ Almere; ketensamenwerking binnen gezondheidscentra	10
4 Wat vinden ouders en jeugdigen?	12
5 Werkzame elementen uit de praktijk	14
5.1 Werkzame elementen volgens de JGZ-professionals	14
5.2 Werkzame elementen volgens de belangrijkste samenwerkingspartners	15
6 Werkzame elementen uit de literatuur	17
7 En nu verder...maar hoe?	19
7.1 Hoe te beginnen?	19
7.2 Hoe te borgen?	20
7.3 Hoe te verspreiden?	21
8 Literatuur	22

Samenvatting

Juist op dit moment, nu gemeenten steeds vaker geconfronteerd worden met grote aantallen nieuwkomers met een vluchtelingenachtergrond en overal dezelfde vragen opkomen, is het van groot belang best practices, geleerde lessen, potentieel werkzame elementen en ervaringen van vluchtelingengezinnen met jeugdgezondheidszorg en hun lokale samenwerkingspartners te delen. Dit rapport is precies daarvoor bedoeld.

Het wil inspireren door drie innovatieve praktijken in beeld te brengen. Jeugdigen, hun ouders, professionals uit de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en lokale jeugdprofessionals die samenwerken met de JGZ zijn geïnterviewd over hun ervaringen. De werkzame elementen die daaruit naar voren kwamen zijn getoetst aan de literatuur. En in het slothoofdstuk wordt ingegaan op hoe je zelf als gemeente, organisatie of professional hiermee aan de slag kunt.

1 Inleiding

Het aantal vluchtelingenkinderen dat in gemeenten instroomt, is hoog. In 2016 ging het naar schatting om ca. 10.000 kinderen jonger dan 18 jaar. Hoewel het aantal asielaanvragen afneemt, komt er wel nog een groot aantal nareizigers naar gemeenten; kinderen die in het kader van gezinshereniging, vaak samen met een van de ouders, (bijna) direct in gemeenten gehuisvest worden. Prognoses van aantallen jeugdige asielzoekers dat in gemeenten gevestigd wordt, zijn moeilijk te maken. Begin september 2018 verblijven er in de opvangcentra 6.900 kinderen <18 jaar (www.coa.nl). Die zullen voor het grootste deel in gemeenten terecht komen.

Kinderen uit vluchtelingengezinnen kennen specifieke gezondheidsrisico's. Dit heeft deels te maken met slechte levensomstandigheden, vluchtelingenstress en achterstallige zorg in de periode voorafgaand aan hun komst naar Nederland. Het gaat dan bijvoorbeeld om problemen met het gehoor, het gezichtsvermogen, afwijkingen in de groei, een achterstand in de spraakontwikkeling of overgewicht (Haker e.a., 2016). Bovendien hebben zij meer psychische en gedragsproblemen, problemen die naast bovengenoemde oorzaken ook bijvoorbeeld kunnen voortvloeien uit het meemaken van (huise-lijk) geweld en onvolledige vaccinaties.

Bijna alle vluchtelingenouders, zowel de statushouders als de nareizigers, spreken bij aankomst in de gemeente beperkt of helemaal geen Nederlands. In de AZC's probeert de JGZ al contact te hebben met de vluchtelingengezinnen, maar soms lukt dit niet doordat gezinnen daar slechts kort verblijven. Ook speelt er in de periode dat gezinnen in een AZC verblijven een veelheid aan zaken waardoor lang niet alle informatie die gezinnen ontvangen beklijft. Velen zullen bij vestiging in de gemeente nog niet of nauwelijks voorlichting hebben gehad - of hebben onthouden - over de gezondheidsrisico's van hun kinderen en over de preventieve jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Nederland. Dat terwijl er bij deze kinderen dus wel een aantal specifieke kwetsbaarheden zijn, die juist om een preventieve aanpak vragen.

Het tijdig signaleren van gezondheidsrisico's en het bieden van zorg en ondersteuning aan ouders en kinderen vergroot de ontwikkelingskansen van kinderen, en daarmee hun kansen op een goede opleiding en participatie in de maatschappij (Kamerbrief Publieke Gezondheid 2014). Voor kinderen die in Nederland geboren worden is de zorg en preventie goed geregeld. Waar je wieg ook staat, de JGZ zorgt er via de consultatiebureaus en bezoeken aan school voor dat de gezondheid van kinderen goed in beeld is en gemonitord wordt. Indien nodig krijgen ouders advies en worden kinderen doorverwezen naar specialistische hulp. Dat is anders voor kinderen die op latere leeftijd als vluchteling naar Nederland komen. Vluchtelingenkinderen zijn niet, zoals de kinderen die in Nederland geboren zijn, vanaf hun geboorte tot hun 18e automatisch in beeld bij de JGZ. Daarbij kunnen niet alle vluchtelingenouders hun kinderen voldoende ondersteunen en gezondheidsproblemen signaleren vanwege eigen (gezondheids)problemen, beperkte gezondheidsvaardigheden en verschil in taal en cultuur (Goosen, 2014; Gezondheidsraad, 2016). Deze ouders staan vaak ver af van het (preventieve) aanbod en weten niet goed waar ze terecht kunnen in Nederland. Daardoor bestaat het risico dat veel van de genoemde problemen onvoldoende in beeld zijn en onvoldoende in beeld blijven, waardoor ondersteuning, behandeling en (indien nodig) verdere verwijzing uitblijven. Voor deze groep vluchtelingenkinderen vraagt dit om een vernieuwende aanpak in de JGZ. Een aanpak die, omdat deze bedoeld is voor alle kinderen in Nederland, door ouders niet als stigmatiserend ervaren wordt. Door hen snel en 'dichtbij' in contact te laten komen met de JGZ en cultuursensitieve zorg te bieden, kunnen zij op tijd in beeld komen en indien noodzakelijk tijdig doorverwezen worden voor verdere ondersteuning en/of zorg.

Een laagdrempelige JGZ voor deze vluchtelingengezinnen vraagt wel om innovatieve werkwijzen. Te verwachten gevolgen van achterstallige zorg dienen snel en goed in beeld te komen. En de preventieve zorg dient ook cultuursensitief en dichtbij de leefwereld van deze gezinnen aangeboden te worden. Dat vraagt onder andere een JGZ die

meer dan gebruikelijk buiten de spreekkamers opereert en vooral integraal, in nauwe samenwerking met andere jeugdvoorzieningen haar werk doet. Bijvoorbeeld intensief samenwerkt met de eerste opvangschool, huisbezoeken doet en aansluiting vindt bij lokale teams in gemeenten. Een innovatieve aanpak die ook past in de huidige transformatie van het jeugdbeleid, die zorg dichterbij gezinnen en jeugdigen wil brengen, o.a. via school.

Leeswijzer

In het huidige onderzoek zijn drie innovatieve JGZ-praktijken in Nederland, die erop gericht zijn om vluchtelingenouders en hun kinderen eerder en beter te bereiken en te ondersteunen, nader bekeken. In hoofdstuk 2 wordt de methode van het onderzoek beschreven. Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de drie praktijken, waarna vervolgens in Hoofdstuk 4 de ervaringen van ouders en jeugdigen worden weergegeven. In Hoofdstuk 5 en 6 wordt respectievelijk ingegaan op de werkzame elementen uit de praktijk en literatuur. Tenslotte worden in Hoofdstuk 7 tips gegeven voor andere gemeenten, organisaties of jeugdprofessionals die met een innovatieve praktijk willen starten, een dergelijke praktijk willen borgen of verder willen brengen.

2 Methode

Doel van dit onderzoek is het in beeld brengen van 3 praktijken, waarbij de jeugdgezondheidszorg een centrale rol speelt in het vroegtijdig in beeld krijgen en passende hulp organiseren voor vluchtelingenkinderen. Het betreft GGD Hart van Brabant, JGZ Almere en GGD Gelderland-Midden. Voor dit onderzoek zijn interviews en groeps gesprekken gehouden en is een literatuurstudie uitgevoerd. Interviews en groeps gesprekken zijn gehouden met professionals en belangrijke samenwerkingspartners van de drie JGZ-praktijken. In deze gesprekken werd met name ingegaan op de werkzame elementen van de praktijken. Daarnaast zijn interviews en groeps gesprekken gehouden met ouders en jongeren die de zorg ontvingen. Hiervoor werden in de meeste gevallen tolken ingezet.

In Tilburg spraken we met de regiomanager GGD Hart van Brabant (waar de JGZ onder valt), een jeugdverpleegkundige, een jeugdarts en basisarts, twee leerlingenbegeleiders, een schoolmaatschappelijk werker, vier externe begeleiders (waaronder vanuit expertisecentrum De Kracht), en de trajectbegeleider van het Regionaal Meld en Coördinatiepunt. Ook zijn er focusgroepen gehouden met 11 leerlingen van het ISK, 2 ouders van leerlingen, en 6 begeleiders van Sterk Huis (opvang en begeleiding voor jonge vluchtelingen).

In GGD Gelderland-Midden werden drie jeugdverpleegkundigen, de teammanager van de JGZ en een jeugdarts geïnterviewd. Ook is er gesproken met 6 vertegenwoordigers van Vluchtelingenwerk over hun samenwerking met de JGZ. Verder is er gesproken met een Syrisch gezin, vader, moeder, twee dochters en twee inmiddels volwassen zonen. Ook spraken we de vader en moeder van een Eritrees gezin. Zij hadden twee kinderen en moeder was in verwachting van de derde.

In Almere is gesproken met vier jeugdverpleegkundigen, waarvan twee verpleegkundig-specialist zijn. Verder is er gesproken met belangrijke samenwerkingspartners. Dit waren een logopediste, een medewerker van de vrijwilligerscentrale en een maatschappelijk werker. In Almere is een focusgroep gehouden met ouders uit Jemen (vader), Syrië (moeder, vader en moeder) en Somalië (vader en moeder). Daarnaast is nog gesproken met een moeder uit Afghanistan en een moeder uit Eritrea.

3 De drie innovatieve praktijken in beeld

Voor dit project zijn drie JGZ-praktijken die op een innovatieve manier de jeugdgezondheidszorg voor vluchtelingen invulling hebben gegeven, in beeld gebracht. Het betreft GGD Hart van Brabant binnen het ISK in Tilburg, de GGD Gelderland-Midden en de JGZ binnen Zorggroep Almere. Het doel van deze praktijken is het eerder in beeld krijgen van en tijdig signaleren wat er nodig is in deze gezinnen. Hun manier van werken wordt in dit hoofdstuk beschreven.

3.1 Het ISK in Tilburg; zorg binnen de school

Het ISK Tilburg is een school voor leerlingen in de leeftijd van 12-18 jaar die minder dan twee jaar in Nederland zijn. Iedere 6 weken stromen er nieuwe leerlingen in. Zij starten, als het niveau nog onbekend is, in de verlengde intake-klas. Na 6 weken worden zij ingedeeld op 1 van 4 niveaus. Wanneer leerlingen aan bepaalde voorwaarden voldoen, stromen ze door naar de uitstroomgroep. Uitstroom kan vervolgens zijn naar: VMBO, HAVO, VWO, MBO, of speciale trajecten.

Het GGD-team is aanwezig op het ISK voor geplande en ongeplande activiteiten. In de regel is de jeugdverpleegkundige 2 dagen in de week aanwezig, en de jeugdarts 1 dag in de week.

Alle leerlingen krijgen een intake bij de jeugdverpleegkundige van een uur (meer dan bij reguliere JGZ). Ouders en kinderen worden hiervoor uitgenodigd door middel van een brief, welke in meerdere talen wordt aangeboden. Bij de intake weet de jeugdverpleegkundige vaak nog heel weinig over de leerling. De jeugdverpleegkundige werkt niet met de standaard vragenlijst. Ouders mogen bij de intake aanwezig zijn, maar zijn dit vaak niet. Wanneer tijdens de intake niet alle belangrijke punten aan de orde zijn gekomen, of er na de intake zorgen zijn (bijv. na binnengekomen signalen van een van de samenwerkingspartners), wordt er een extra afspraak gepland bij de jeugdverpleegkundige of jeugdarts, of wordt een leerling doorverwezen naar andere zorg. Wanneer een leerling

meerdere keren niet bij een afspraak komt opdagen, doet de jeugdverpleegkundige een huisbezoek. Om zorg te bieden of informatie te delen met andere zorgverleners, wordt er toestemming gevraagd aan ouder(s)/voogd (leeftijd 12 tot 15 jaar) of de jongere zelf (vanaf 15 jaar).

Ook krijgen alle leerlingen een lichamelijk onderzoek bij de jeugdarts. Indien nodig wordt er een vaccinatieplan opgesteld. Elke maand is er een vaccinatiespreekuur. Leerlingen met een vaccinatieplan worden dan uit de klas gehaald voor vaccinaties bij de jeugdarts. Tevens kunnen leerlingen zonder afspraak langskomen bij de jeugdverpleegkundige en jeugdarts wanneer zij aanwezig zijn.

Indien nodig wordt er tijdens een afspraak telefonisch een tolk ingeschakeld.

De JGZ speelt, samen met andere partners in de school, ook een rol in de verdere toeleiding naar begeleiding en zorg. Elke 2 weken vindt er een intern zorgoverleg plaats. Er worden zorgvragen besproken die zijn gesignaleerd (vaak door de mentor). Naar aanleiding hiervan wordt er een casemanager aangesteld, die verder gaat met de zorgvraag. Aan het intern zorgoverleg nemen deel:

- Zorgcoördinator
- Schoolmaatschappelijk werker
- Schoolpsycholoog
- Ambulant begeleider
- Teamleider

Daarnaast is er het ZAT (Zorg Advies Team); dit overleg vindt vijf keer per jaar plaats. Hier bespreken de teamleden zorgvragen die het intern zorgoverleg overstijgen. Aan het ZAT nemen deel:

- Zorgcoördinator.
- Schoolmaatschappelijk werker (1 dag per week op school).
- Schoolpsycholoog (anderhalve dag per week op school).
- Jeugdverpleegkundige (2 dagen per week op school) of jeugdarts (halve dag per week op school).
- Ambulant begeleiders: een gespecialiseerde docent en begeleiders vanuit De Kracht (samen 3 dagen per week op school).
- Verzuimcoördinator.
- Leerplichtambtenaar (gaat over verzuim leerlingen 18-).
- Directie en/of teamleider.
- Teamleider Nidos.
- Teamleider Sterk Huis.

GGD Hart van Brabant ontvangt extra financiering voor de zorg die zij bieden op scholen. In de toekomst wil de GGD graag meer inzetten op, en aansluiten bij, collectieve preventie en voorzorg, zoals voorlichting op school over (gezondheids)thema's die relevant zijn voor de doelgroep. Dit in samenwerking met organisaties zoals Eigen Taal en Cultuur of Sterk Huis. Vraag is echter in hoeverre hier financiering voor is.

3.2 GGD Gelderland-Midden; huisbezoeken

Tijdens de hoge instroom kwam het vaak voor dat kinderen direct in de gemeenten terecht kwamen. Bij een directe doorstroom kan het gebeuren dat kinderen lang niet in beeld komen bij de JGZ. Dit komt omdat de JGZ een aantal vaste leeftijdsgebonden contactmomenten heeft. Afhankelijk van de leeftijd, kan het voor nieuwkomers een tijd duren voordat zij via een van deze contactmomenten opgeroepen worden door de JGZ. In deze periode kunnen kinderen tussen de wal en het schip raken. Het huisbezoek biedt de mogelijkheid de kinderen, ongeacht hun leeftijd, direct in beeld te krijgen waarna zij door kunnen stromen naar het reguliere JGZ-traject.

Elke pasgeborene in Nederland krijgt een huisbezoek van een jeugdverpleegkundige en daarmee start de JGZ. Voor statushouders in Midden-Gelderland vormt het huisbezoek het begin van de ondersteuning vanuit de JGZ¹.

“Er is eindelijk meer aandacht voor de groep. Voor de vluchtelingenstroom was er geen gerichte aanpak voor deze groep. Dat was een gemis. [...] Er waren geen standaard momenten. Er kwam alleen screening wanneer er problemen waren” – Jeugdverpleegkundige JGZ

Het doel van de ‘statushouders Intake jeugdverpleegkundige’ is inzicht krijgen in de gezondheidssituatie en gezondheidsgeschiedenis van statushouders tussen 0 en 18 jaar bij binnenkomst in de gemeente. Hierbij wordt aandacht besteed aan de vaccinatie-status, de lichamelijke gezondheid in brede zin, psychosociaal functioneren en, indien van toepassing, de puberteitsontwikkeling. Het is een startmoment voor het monitoren van de gezondheid, groei en ontwikkeling van de jonge statushouder.

¹ In Barneveld doen de jeugdverpleegkundigen geen huisbezoeken, maar een uitgebreide intake op het consultatiebureau.

Het intake proces bestaat uit vier stappen:

- Aanmelding en Inschrijving; dit is het moment dat de gezinnen/kinderen in beeld komen.
- Dossieranalyse; alle aanwezige documentatie wordt bekeken.
- Intake; het huisbezoek of brede intake op kantoor wordt georganiseerd en uitgevoerd.
- Vervolg contact plannen: indien noodzakelijk medische intake bij de jeugdarts, instroom in Rijksvaccinatieplan en, wanneer dit niet nodig is, reguliere instroom in JGZ.

De drie geïnterviewde jeugdverpleegkundigen werken alle in een andere gemeente in Gelderland-Midden. Een van de verpleegkundigen werkt in een gemeente waar ze niet op huisbezoek gaan, maar wel alle nieuwe gezinnen uitnodigen voor een uitgebreide intake op het consultatiebureau. Omdat deze intake dezelfde doelen heeft als het huisbezoek hebben we de ervaringen van deze jeugdverpleegkundige meegenomen in het onderzoek. Jeugdverpleegkundigen gaan tijdens het huisbezoek of de intake aan de hand van een protocol met de ouders in gesprek. In eerste instantie over de gehele familiesituatie, opleiding van de ouders, de vluchtgeschiedenis. Daarna worden de kinderen individueel besproken. Hoe ging de zwangerschap, zijn ze gevaccineerd, zijn ze geopeerd, en hoe vindt u dat het gaat? Wanneer een gezin meerdere kinderen heeft, kan tijdens één huisbezoek informatie over allemaal verzameld worden.

Tijdens de huisbezoeken zien jeugdverpleegkundigen de ouders en ook de leefomstandigheden van de kinderen. Verpleegkundigen geven aan hierdoor bepaalde informatie boven water krijgen, die anders niet of lastiger zichtbaar was geworden.

“Wat me wel opviel tijdens huisbezoeken; er wordt veel gerookt in woonruimte waar ook kinderen zitten. [...] Nieuwkomers hebben dat [de gezondheidsrisico's van roken] soms nooit gehoord.” “Het is wel een mooi aanbod om gezinnen in beeld te krijgen. Soms ben ik in de veronderstelling dat er drie kinderen zijn, bij huisbezoek zijn er dan vijf of zes kinderen aanwezig waar wij geen weet van hadden.”

Wanneer nodig, worden de jongeren na het gesprek doorverwezen voor vaccinaties en/of een medische keuring bij de jeugdarts. De jeugdarts heeft via een digitaal systeem de informatie van het huisbezoek tot zijn beschikking.

Zowel voor als na het huisbezoek of de intake is interne en externe samenwerking met partners belangrijk. De externe partners verschillen per gemeente en zijn ook afhankelijk van de zorg die gemeenten hebben ingekocht. Intern is er volgens de verpleegkundigen een nauwe samenwerking nodig tussen de mensen van de verschillende afdelingen van de JGZ; de Front Office, het Dossierbeheer, de Planning, uitvoerenden van de JGZ 0-4 en de 4-18 en de afdeling Epidemiologie.

Dit aanbod, statushouders Intake huisbezoek wordt door gemeenten ingekocht bij de GGD. De JGZ heeft protocollen ontwikkeld over de gehele intake van statushouders waar het huisbezoek een onderdeel van is. Gericht op de toekomst beoordelen de geïnterviewde jeugdverpleegkundigen de protocollen als positief. Zij vinden continuering van de aanpak belangrijk, ook om opgedane kennis en ervaringen niet kwijt te raken. Een van hen zegt:

“Het is van belang om wat we nu weten daarvan te leren. Wat we nu ontwikkeld en ervaren hebben, dat we dat vasthouden voor de toekomst. Dan hoeft je niet het wiel opnieuw uit te vinden en ga je dan gewoon verder.

3.3 JGZ Almere; ketensamenwerking binnen gezondheidscentra

Almere kent een grote groep statushouders. Wel zijn er verschillen per wijk. De ene wijk is meer multi-etnisch dan de andere wijk. Dit zorgt ervoor dat ook op het gebied van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Almere verschillen zijn per wijk. Het onderzochte aanbod wordt met name uitgevoerd en is met name van toepassing op gemengde wijken, waaronder Stedenwijk en Staatsliedenwijk. Het aanbod betreft ketensamenwerking rond vluchtelingengezinnen met kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar.

Er werken drie verpleegkundig-specialisten preventieve zorg (voorheen nurse practitioners genoemd) die veel ervaring hebben met het bieden van cultuursensitieve zorg. Zij zijn niet specifiek getraind op het bereiken van vluchtelingengezinnen, maar breder op het bereiken en ondersteunen van moeilijk bereikbare doelgroepen/ kwetsbare gezinnen. De verpleegkundig-specialisten kunnen alle taken in het basispakket doen, dus zowel de verpleegkundige- als de arts consulten. Hierdoor zijn zij een vast gezicht voor de gezinnen en kunnen ze continuïteit bieden. Dit is belangrijk, helemaal voor een kwetsbare groep als deze. Inmiddels werken alle verpleegkundigen, specialist of niet), in principe op deze manier indien ze in een gemengde wijk werken.

De verpleegkundig-specialisten en jeugdverpleegkundigen worden geïnformeerd vanuit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) over nieuwe gezinnen in de wijk. Er wordt extra gelet op buitenlandse achternamen om die vrij snel te bezoeken. Een buitenlandse achternaam houdt echter niet in dat dit ook een statushouder betreft, waarmee het af en toe puzzelen is voor de verpleegkundigen. Een uitdaging waar meer gemeenten mee te maken hebben overigens (zie ook Horst & Paalman, 2016). Ieder nieuw gezin wordt standaard uitgenodigd door middel van een brief. Een enkele professional brengt deze persoonlijk onaangekondigd langs om direct kennis te maken en uitleg te geven over de brief. Er wordt standaard een kennismakingshuisbezoek aange-

boden om ouders te informeren over de rol van de JGZ. Daarbij vraagt de verpleegkundige naar gezondheid en welzijn van het gezin en brengt deze in kaart wat er nodig is.

Elementen waarmee de jeugdverpleegkundigen rekening houden in de ondersteuning aan vluchtelingengezinnen, zijn:

- Het culturele interview: dit is een hulpmiddel om met kinderen, jongeren en opvoeders het gesprek aan te gaan over hun leefwereld en culturele achtergrond. Door gericht vragen te stellen leer je hun behoeften en wensen kennen. Het afnemen van het interview helpt je cultureel bepaalde opvattingen en gedrag beter te begrijpen waardoor je een duidelijk beeld krijgt van de hulpvraag.
- Ondersteuning in kleine stukjes hakken, de tijd nemen om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Bijvoorbeeld door bij afspraken op het consultatiebureau (bijv. vanwege vaccinaties) eerst het kind te laten spelen en met ouders te praten, en pas later de vaccinatie.
- Een aantal keren per week een inloopsprekkuur. Dit is een laagdrempelige manier om ouders, speciaal uit kwetsbare milieus (waaronder vluchtelingengezinnen), gelegenheid te geven om langs te komen als zij vragen hebben of twijfels over de gezondheid van hun kindje.

Deze aanpak biedt de JGZ veel informatie over het gezin, waardoor ze snel passende hulp en ondersteuning kunnen organiseren. Hiertoe wordt wijkgebonden gewerkt. In alle wijken werken multidisciplinaire teams. Zo werken de verpleegkundig-specialisten, jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen onderling goed samen, en wordt er ook goed samengewerkt met de wijkteams, met zogeheten “linking pins”, waarbij een jeugdverpleegkundige deelneemt aan het overleg van de wijkteams. Zodoende kan er snel geschakeld worden en informatie met elkaar uitgewisseld. De voornaamste samenwerkingspartners in de ondersteuning van vluchtelingengezinnen (0e en 1e lijn) zijn naast bovengenoemde partijen: peuterspeelzalen, taalcentrum en logopedie.

Men is in Almere tevreden over de samenwerking in de 0de en 1ste lijn, echter wordt er niet door iedereen even cultuursensitief gewerkt en dat is, zeker als er meer nodig is dan JGZ wel eens lastig. De flexibiliteit die de samenwerking geeft in de ondersteuning voor deze gezinnen is de meest genoemde succesfactor. Ook hier vraagt borging nog de nodige aandacht: men zou het waardevol vinden als de geleerde lessen worden vastgelegd in samenwerkingsafspraken voor de toekomst.

4 Wat vinden ouders en jeugdigen?

Zoals gezegd zijn ouders en jeugdigen in dit onderzoek bevraagd over hoe zij het ontvangen aanbod hebben ervaren. Dit gebeurde met tolken, omdat mensen dan in hun moedertaal konden antwoorden. Op die manier is getracht het voor de respondenten zo laagdrempelig mogelijk te maken om mee te doen.

Hieronder een verzameling van de meest typerende uitspraken die zij hebben gedaan:

Waardering voor de JGZ

Ouders gaven aan het leuk te vinden dat jeugdverpleegkundigen bij hen thuis kwamen.

“Het geeft het gevoel dat zij betrokken zijn bij de kinderen en zij er goed voor zorgen.”

“Wij zijn blij met het feit dat we met medische vragen ergens terecht kunnen en dat lengte en gewicht van de kinderen in de gaten wordt gehouden. We weten wat de gevolgen van ziekten zijn en willen dat graag voorkomen, dus als er vaccinaties nodig zijn staan we daarvoor open.”

“De aandacht die er is voor cultuurverschillen in de opvoeding is prettig.”

Toegankelijkheid

“Voor mij persoonlijk is het [de JGZ] belangrijk. Vooral als het je eerste kind is, heb je meer informatie nodig. Ik kan hier naartoe komen voor alle vragen die ik heb. Als ik thuis ben weet ik niet altijd hoe ik met hem moet omgaan. Dus ik vind het belangrijk om hier naartoe te komen.”

“Het is fijn dat gesprekken op school of thuis zijn, want we willen mensen niet het idee geven dat er problemen zijn bij ons thuis.”

“Het is fijn als er gezocht wordt naar mogelijkheden om in de moedertaal te kunnen spreken, zodat we ons beter kunnen uitdrukken. Hiervoor is de tolkentelefoon handig, maar soms kan ook een vriend of familielid of google translate behulpzaam zijn.”

Snelle info/hulp

“Ja, de uitnodigingsbrief is in het Nederlands. Maar ik snap wel dat het in het Nederlands is. Een brief kun je vertalen in Google. Je kan niet voor iedereen een aangepaste brief maken.” Wij kunnen niet elke dag op school terecht, systeem is anders, wij moeten daaraan wennen.”

Ouders moeten wennen aan het idee dat je voor alles een afspraak moet maken. Wanneer je kind ziek is, wil je onmiddellijk naar een dokter kunnen gaan. Ouder:

“Als je kind erg ziek is, dat je dan zonder afspraak niet naar een dokter kunt gaan, dat vind ik erg.”

Ouders geven aan dat zij niet gewend zijn lang op afspraken en uitslagen te moeten wachten. In Syrië en Eritrea kun je direct naar een dokter en krijg je de uitslagen van onderzoek eerder.

“We krijgen soms informatie van school te laat, bijvoorbeeld over spijbelen van ons kind.”

Aanbevelingen

Ouders willen graag meer informatie krijgen. Vooral omdat er een cultuurverschil is, voor de kinderen is het soms ook nieuw en anders. Een kind moet een andere cultuur leren en dat duurt even. Ouders kunnen het wel vragen, maar weten soms niet dat hun kind anders doet dan Nederlandse kinderen.

“Het zou handig zijn als de arts vertelt wat we hiertegen zullen komen.”

Ouders zouden willen dat er minstens in de eerste periode een tolk bij de afspraak is:

“Als je zorgen hebt over je kind wil je precies weten wat er mis is. Sommige woorden zijn dan te moeilijk of kunnen niet goed worden vertaald.”

“Ik vind het belangrijk dat mijn kind goed wordt voorbereid op wat komen gaat, zoals examens en wat zij moeten doen.”

Jeugdigen zeggen:

“We weten dat iedereen die bij ons op school zit minstens 1x op gesprek moet bij de dokter, dat hoort erbij. Er wordt met jou gepraat over je gezondheid.”

“De dokters snappen wat het is om vluchteling te zijn in Nederland en doen hun best, zodat wij hen kunnen begrijpen. Dat gaat goed. Soms met foto's of filmpjes, de tolkentelefoon of in het Engels bijvoorbeeld.”

“Er worden tips gegeven over gezond eten en drinken, stoppen met roken, wat je kunt doen in je vrije tijd en je krijgt soms prikjes.”

“Fijn dat er ook op school aandacht is voor je gezondheid, je bent niet alleen een leerling maar men geeft om jou.”

“Het zou goed zijn als er op school ook kookles is, dan kunnen we adviezen over gezond eten direct gebruiken.”

“Ik zou als ik ziek ben naar de huisarts gaan als ik thuis ben. Als ik op school ziek ben ga ik naar de dokter daar.”

5 Werkzame elementen uit de praktijk

Naast gesprekken met ouders en jeugdigen zijn er ook gesprekken en groepsinterviews gehouden met professionals uit de JGZ en hun samenwerkingspartners betrokken bij de drie verschillende initiatieven. Leg je de verslagen van de gesprekken naast elkaar dan zijn er elementen die eruit springen, omdat ze veel genoemd worden of essentieel geacht worden voor het slagen van het initiatief en dus het zo snel mogelijk in beeld krijgen van de vluchtelingengezinnen en hun gezondheidssituatie. Hieronder volgt een opsomming van deze werkzame elementen.

5.1 Werkzame elementen volgens de JGZ-professionals

De randvoorwaarden moeten op orde zijn: Denk hierbij aan geld vanuit de gemeenten voor de JGZ/GGD, zodat jeugdverpleegkundigen daadwerkelijk meer tijd hebben om deze gezinnen te bereiken. Ook samenwerkingsafspraken op papier zijn van belang. En niet te vergeten genoeg professionals die opgeleid zijn om met deze gezinnen te werken en bekend zijn met de meest voorkomende risico's bij deze groepen. Ten slotte is toegankelijk cultuursensitief vervolgaanbod nodig.

Zo snel mogelijk contact leggen: De professionals uit Almere en Gelderland-Midden geven aan dat het met name belangrijk is dat je ouders zo snel mogelijk (het liefst binnen twee weken) spreekt. Om hen te informeren over wat de JGZ inhoudt en waarvoor ze bij hen terecht kunnen. En ook voor de professionals om zelf zo snel mogelijk een beeld te krijgen van het gezin en wat er nodig is. De overdracht van het digitaal dossier naar een volgende JGZ-organisatie wordt momenteel nog als belemmering ervaren in het zo snel mogelijk contact leggen. En ook het aandragen van nieuwe gezinnen vanuit het GBA werkt nog niet helemaal goed. De jeugdverpleegkundigen zouden graag de statushouders gezinnen apart aangedragen krijgen, in plaats van nu op achternaam te moeten selecteren.

Outreaching werken: De professionals gaan naar gezinnen en jeugdigen toe. Ze doen huisbezoeken of hebben spreekuur op school. Dit werkt prettig. De vluchtelingengezinnen weten vaak nog niet waar ze met welke vragen terecht kunnen. Dat er iemand bij hen thuis of op school komt die laat merken om hun gezondheid te geven, geeft vertrouwen. Veel plekken waar je terecht kunt met vragen, zoals het wijkteam of de GGZ hebben al snel een stigmatiserend effect. Je gaat er heen, dus er zullen wel problemen zijn. Dat voorkomt je op deze outreachende manier van werken. Tevens zie je andere dingen en sommige dingen ook sneller als je mensen in hun eigen omgeving ontmoet: "Zo kan iemand tijdens een spreekuur liefdevol met zijn kind omgaan, maar ben je bij hen thuis dan hoor je opeens dat er veel tegen elkaar geschreeuwd wordt".

Neem de tijd: Houd er rekening mee dat een contactmoment met deze gezinnen of jeugdigen meer tijd kost en dat er wellicht ook meer contactmomenten nodig zijn. Deze mensen kennen ons Nederlandse systeem niet. Ze hebben veel meegemaakt en zijn vaak niet gewend daar direct heel open over te zijn. Daarbij zijn ze vaak de taal nog niet machtig en moet er gewerkt worden met een tolk, wat ook extra tijd kost. Kinderen zijn verlegen en werken daardoor niet altijd mee. Soms moeten professionals in het eerste contactmoment alleen spelen om het vertrouwen van het kind te winnen. Dan hebben ze in feite nog niets kunnen doen. Of ouders komen juist met allerlei medische vragen, waardoor je als professional ook niet altijd direct toekomt aan het preventieve opvoedingsdeel waar de JGZ ook voor is.

Systeemgericht werken: kijk niet alleen naar het individu, maar naar het hele systeem. Betrek ouders bijvoorbeeld bij de gezondheid van hun kinderen, ook al zijn de gesprekken op school.

Verdeel informatie in stukjes: Het kan handig zijn om informatie in stapjes aan te bieden. Als professional moet je ervoor waken dat je niet te veel informatie in één keer vertelt aan de ouder of jeugdige. Dat kunnen ze niet allemaal onthouden. Een voorbeeld is dat

je met de jeugdige wel spreekt over gezond eten en drinken, niet roken en vrijetijdsbesteding, maar dat je voor de seksuele ontwikkeling of het medisch onderzoek en de vaccinaties een tweede contactmoment afspreekt.

Autonomie van de professional: Uiteraard is er altijd een grens aan beschikbare tijd en middelen. Maar daarbinnen moeten professionals kunnen doen wat nodig is. Een protocol is handig als richtinggevend document, maar er moet flexibel mee kunnen worden omgegaan.

Korte lijntjes met samenwerkingspartners: De professionals geven aan dat korte lijnen met samenwerkingspartners goed werken. Daarbij is het dus van belang om te weten wie de belangrijkste samenwerkingspartners zijn voor jouw initiatief en daar afspraken mee te maken.

Almere heeft een gezondheidscentrum waar de huisarts, het wijkteam en maatschappelijk werk ook ondergebracht zijn. Ze hebben inmiddels een heel netwerk opgebouwd waarin makkelijk contact en informatie is uit te wisselen. Ook sluit één jeugdverpleegkundige standaard aan – als linking pin – bij het overleg van het wijkteam. Op die manier wisselen ze elke week informatie met elkaar uit, ook over hoe de samenwerking beter kan verlopen. Indien ouders bij de JGZ komen met problemen die buiten het eigen werkterrein vallen (bijvoorbeeld een brief van de belastingdienst), kan makkelijk en snel worden doorverwezen naar de juiste hulp (bijv. het wijkteam of de POH-GGZ). Op het *ISK in Tilburg* zien we ook de korte lijnen terug bij het intern zorgoverleg en het ZAT. Voor de jeugdverpleegkundigen in *Gelderland-Midden* zijn VluchtelingenWerk en jeugdartsen samenwerkingspartners. Via VluchtelingenWerk krijgt de JGZ in sommige gemeenten al gegevens door van nieuwe gezinnen. Dit gaat alleen om gegevens die de JGZ ook via het GBA kan verkrijgen, maar de informatie via het GBA komt vaak later bij de JGZ terecht. VluchtelingenWerk is ook een partner door de ondersteuning van de gezinnen bij het lezen van hun post, waaronder de Nederlandstalige uitnodigings-

brief van de JGZ. Wanneer kinderen na het huisbezoek worden doorverwezen voor bijvoorbeeld het halen van vaccinaties, begeleidt VluchtelingenWerk hen in sommige gevallen met het vervoer. De jeugdarts geeft aan tevreden te zijn over de samenwerking met verpleegkundigen: de samenwerking is laagdrempelig en verloopt makkelijk via het digitale systeem.

Cultuursensitief werken: Aandacht hebben voor mogelijke verschillen in opvoeding, verschillen in het systeem en verschillen in normen, waarden en gewoontes is belangrijk om aan te sluiten bij deze gezinnen en jeugdigen. Als ouders en kinderen in hun eigen taal kunnen spreken is dat een pre. Ze kunnen zich dan beter uitdrukken. De tolkentelefoon, google translate, plaatjes en filmpjes kunnen hierbij ondersteunend zijn. Bij veel van de geschetste initiatieven zijn dit soort mogelijkheden er.

5.2 Werkzame elementen volgens de belangrijkste samenwerkingspartners

De samenwerkingspartners van de JGZ bij het bereiken en ondersteunen van vluchteling gezinnen zijn heel divers. Denk aan: VluchtelingenWerk, Geboortezorg, voor-schoolse educatie/peuterspeelzaal, onderwijs, maatschappelijk begeleiders, vrijwilligers, huisarts, kinderarts, lokaal team, NIDOS, GGZ, andere zorgaanbieders op het vlak van psychische gezondheid en veilig thuis. Binnen de praktijken die wij in beeld hebben gebracht zijn nooit alle mogelijke partners betrokken; ook de organisatie van de samenwerking kan verschillen (zie hoofdstuk 3).

De samenwerkingspartners zijn over het algemeen tevreden over de JGZ-professionals en wat zij doen om deze gezinnen te bereiken en ondersteunen. Ze onderschrijven bovenstaande werkzame elementen en voegen daar de volgende elementen aan toe:

Een vast gezicht: Het is fijn als er voor deze gezinnen een vast gezicht is vanuit de JGZ. Iemand die naast ze kan staan en ze wegwijs kan maken in onze systeemwereld. Iemand die ze altijd kunnen bellen, waar ze met vragen terecht kunnen en waarin ze vertrouwen hebben dat diegene hen verder helpt of de juiste weg wijst. Ook voor de samenwerkingspartner is zo'n vast gezicht handig.

Samenwerkingsafspraken vastleggen: Het is belangrijk dat samenwerkingsafspraken die gezamenlijk zijn gemaakt ook worden vastgelegd.

Vaste vergoeding tolkentelefoon: Er zou een vaste vergoeding moeten zijn voor de tolkentelefoon binnen de JGZ. Nu moet er elke keer opnieuw gezocht worden naar oplossingen hiervoor; dat kost tijd en energie die men veel beter zou kunnen inzetten voor de gezinnen.

Laagdrempelig en persoonlijk contact: “Het belangrijkste van JGZ is dat er een klik is, dat er vertrouwen is”, komt in de gesprekken naar voren. Het moet laagdrempelig en persoonlijk zijn. Dit dreigen we kwijt te raken door bezuinigingen, terwijl dat de kracht en meerwaarde van de JGZ is ten opzichte van bijvoorbeeld ziekenhuizen. Een specialist doet geen huisbezoeken. De kracht van de JGZ is haar laagdrempeligheid en dat zit voor een groot deel in huisbezoeken. En op die gegevens uit het huisbezoek kunnen wij, specialisten of jeugdartsen, dan tijdens een spreekuur voortborduren. De informatie die uit het huisbezoek beschikbaar is, zorgt dat de vervolgspraak op het consultatiebureau prettiger verloopt. Dit komt doordat de afspraken beter voorbereid kunnen worden. “Je weet bijvoorbeeld dat ze Engels spreken en dat het vaccinatie schema al klaarligt.”

Tijdsbesparing specialisten: Ten slotte geven partners aan dat bij de in beeld gebrachte praktijken het werk van de JGZ, waarbij deze werkzame elementen gehanteerd worden, een flinke tijdsbesparing kan opleveren voor jeugdartsen en specialisten. Een van de jeugdartsen geeft aan dat het ook voor hen tijd scheelt wanneer de kinderen voor het spreekuur al uitgebreid gezien zijn door een jeugdverpleegkundige: “Sommige kinderen

hebben nog geen huisbezoek gehad wanneer ze bij mij komen en dan loop je sneller uit. Dan moet je heel creatief zijn. Het liefst zet ik vluchtelingengezinnen aan het eind van mijn spreekuur, dan is het alleen voor jezelf een probleem, anders loopt het spreekuur op een consultatiebureau uit, dat wordt door de andere ouders niet gewaardeerd. Soms plant de assistent een dubbel contact moment in, maar zelfs dan is het lastig binnen de tijd te blijven.”

6 Werkzame elementen uit de literatuur

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de onderbouwing uit de literatuur voor de werkzame elementen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen en in Hoofdstuk 5 uitgebreid staan beschreven.

Mechanisme	Auteurs	Werkzame elementen
Toegankelijkheid van de zorg vergroten en het verminderen van beperkingen die toegang belemmeren.	Davidson, Skull, Burgner et al., (2004); Fazel, et al., (2012); Feldman (2006); Woodland et al., (2010).	Outreachend werken. Laagdrempelig en persoonlijk contact. Cultuursensitief werken. Een vast gezicht.
Financiële beperkingen wegnemen; bekendheid met het systeem vergroten door betere informatievoorziening.	Murray & Skull (2005); Sheikh-Mohammed et al., (2006); Feldman (2006); Woodland et al., (2010).	Randvoorwaarden zoals tijd, geld, goed opgeleide mensen en cultuursensitief vervolgaanbod op orde. Tijd nemen. Informatie in stukjes aanbieden. Tolkentelefoon vergoeden.
Culturele competentie in de zorg, waaronder gespecialiseerd personeel.	Murray & Skull (2005); Anstiss et al., (2009); Ehntholt & Yule (2006); Carrillo et al., (1999); Woodland et al., (2010); Kirmayer et al., (2011).	Cultuursensitief werken. Cultuursensitief vervolg aanbod.
Moeilijkheden met taal en communicatie verbeteren; gebruik van professionele tolken.	Murray & Skull (2005); Anstiss et al., (2009); Putsch III (1985); Kirmayer et al., (2011); Feldman (2006); Woodland et al., (2010);	Tolkentelefoon vergoeden.
Werken met gezinnen; naast het individu, ook gezinsleden betrekken bij de (primaire) zorg.	Kirmayer et al., (2011); Woodland et al., (2010); Burnett & Peel (2001).	Outreachend werken. Systeemgericht werken. Laagdrempelig en persoonlijk contact.
Standaard gezondheidsscreening na aankomst, ter preventie van het voortbestaan of verergeren van problemen. Inclusief vaccinaties.	Woodland et al., (2010); Davidson, Skull, Chaney et al., (2004).	Zo snel mogelijk contact.

Mechanisme	Auteurs	Werkzame elementen
Integreren van fysieke, ontwikkelings- en psychologische zorg, geen gefragmenteerde zorg.	Woodland et al., (2010); Davidson, Skull, Chaney et al., (2004); Burnett & Peel (2001); Feldman (2006); Woodland et al., (2016).	Beslissing over wat nodig is bij professionals. Tijd nemen.
Intersectorale samenwerking tussen lokale huisvestingsdiensten en gezondheidszorg diensten, mogelijke samenwerking tussen school en gezondheidszorg.	Woodland et al., (2010); Woodland et al., (2016).	Investeren in (communicatie t.b.v.) samenwerking. Samenwerkingsafspraken vastleggen. Zorgen voor korte lijnen.

Zoals te zien is in bovenstaande tabel komen alle door professionals genoemde elementen terug in de literatuur. Ouders en jeugdigen waarderen met name het cultuursensitief en outreachend werken.

Er zijn specifiek voor de Nederlandse situatie allerlei handreikingen en instrumenten ontwikkeld die het werken met vluchtelingengezinnen en kinderen kunnen vergemakkelijken. Ook daarin komen bovengenoemde werkzame elementen allemaal terug.

Hieronder een overzicht van een aantal belangrijke stukken die tot september 2018 zijn verschenen en behulpzaam kunnen zijn als je met vluchtelingengezinnen te maken krijgt als JGZ-professional, gemeente of samenwerkingspartner.

Overzicht producten jeugd

Producten KDP Jeugd

- Handreiking voor JGZ-professionals '[Intake JGZ voor statushouderskinderen](#)'
- Handreiking leerkrachten basisschool '[Vluchtelingenkind op school](#)'
- Handreiking voor gemeente '[Bevorderen gezondheid en welzijn kinderen van statushouders](#)'
- Drietal factsheets '[Gezondheid Jeugd in Syrië, Eritrea of Afghanistan](#)'
- Budgetbeheertraining "Eurowijzer" wordt in samenwerking met Vluchtelingenwerk ontwikkeld voor jongeren. *Publicatie in 2019.*
- '[Overzicht voorlichtingsmateriaal in diverse talen](#)'

Producten KDP buiten hoofdstuk Jeugd

- Extra modules informele opvoedondersteuning online cursus '[werken met mensen met een vluchtelingenachtergrond](#)'
- Facebook pagina's: Syriërs Gezond, Eritreeërs gezond, Gezond in Nederland (opvoeden).
- [Zanzu.nl](#), website over seksualiteit in 14 talen.
- [Inventarisatie psychische preventieve interventies](#) volwassenen en kinderen, asielzoekers en statushouders.
- Zwemveiligheid [Handreiking 'Zwemveiligheid Nieuwkomers, wat kunt u als gemeente doen?' en vlogs](#)
- Voorlichtingsfilmpje en [infosheet](#) door Trimbos n.a.v. onderzoek over middelengebruik bij Syrische en Eritrese statushouders (waaronder ook klein deel adolescenten).
- Herziening folder [mondzorg](#)
- Herziening voorlichtingsmethode 'Wijzer in de Liefde'. *Publicatie volgt.*
- Folders [Zwangerschap & infectieziekten](#) en [MRSA](#).
- Wegwijzer voor begeleiders '[SupermarktSafari](#)'

Relevante informatie buiten KDP

- Handleiding JSO: '[Informele opvoedondersteuning vluchtelinggezinnen](#)'
- Handreiking huisarts en POH-GGZ '[Psychische problematiek bij vluchtelingenkinderen en – jongeren](#)' met [praktijkaart](#).
- Vluchtelingenwerk NL Oost '[Preventieve Ouderschapsondersteuning vluchtelingengezinnen](#)'
- Augéo Traumasensitief lesgeven in [Primair Onderwijs](#) en [Voortgezet Onderwijs](#)
- [Platform Jeugd preventie van Extremisme en Polarisatie](#)
- Nidos en VNG '[Overdracht van amv's die 18 jaar worden](#)'
- Pharos Sociaal Emotionele Ondersteuning op school '[Wereldreizigers](#)'
- Rapport Pharos '[Geboortezorg in Nederland bij Eritrese vrouwen](#)'
- Rapport Pharos '[Welzijn en gezondheid gezinsherenigers](#)'.
- Rapport Pharos 'zorgstructuren op school amv' *publicatie volgt.*
- Opvoeden.nl onderzoeksrapport '[Superdivers opvoeden](#)'.
- Module Pharos '[Gezond Inburgeren](#)'.
- Toolkit Nidos '[Eritrese amv](#)'.
- Vrienden van SAMAH over amv '[Volg je dromen tot je niet langer kunt leven](#)'
- Vernieuwde E-learning '[VGv](#)'
- ZonMw onderzoeksprojecten '[Begeleiding van vluchtelingenkinderen](#)'

7 En nu verder...maar hoe?

Zoals zichtbaar wordt in de vorige hoofdstukken is er heel veel informatie over vluchtelingengezinnen en hoe de signalering, preventie, ondersteuning en zorg rondom deze gezinnen goed te organiseren. De JGZ is daarbij een onmisbare speler die veel kan betekenen en ook gewaardeerd wordt om zijn inzet. Nu zijn dit de koplopers, en zelfs daar, maar zeker in de rest van het land zien we nog veel handelingsverlegenheid. Ook is er weinig uitwisseling tussen gemeenten of JGZ-organisaties over nieuw ontwikkelde initiatieven waardoor er niet of nauwelijks van elkaar en met elkaar geleerd wordt.

Bij alle drie de initiatieven geeft men aan dat het lastig was om het van de grond te krijgen, de samenwerkingspartners te vinden en houden. “Veel is toch afhankelijk van individuele professionals”, zo zei men in een van de gesprekken. Extra belangrijk dus dat als het eenmaal gelukt is om een innovatieve praktijk neer te zetten of nieuwe werkwijze te ontplooiën de kennis en ervaring die hier is opgedaan te behouden en misschien zelfs te delen met anderen. Dat is echter makkelijker gezegd dan gedaan. In dit hoofdstuk geven we tips over hoe gestart kan worden met zo’n nieuw initiatief, en hoe het te borgen als het er eenmaal is. En wat gedaan kan worden t.b.v. de verspreiding van de opgedane kennis en ervaring.

7.1 Hoe te beginnen?

Om te beginnen moet er een noodzaak zijn. Iemand moet urgentie ervaren om actie te ondernemen. Dit kan ontstaan uit een persoonlijke drijfveer, maar soms ook een organisatiebelang of maatschappelijke noodzaak.

In het geval van dit onderzoek is er een maatschappelijke noodzaak om deze steeds groter wordende groep vluchtelingengezinnen goed in beeld te krijgen, omdat men weet dat ze een risicogroep zijn en de kans op het ontwikkelen van allerlei problemen (reeds beschreven in hoofdstuk 1) groot is. De gemeente is verantwoordelijk voor de zorg aan deze gezinnen, wil graag optimale participatie en zo min mogelijk kosten. De

JGZ lijkt in deze vanuit haar takenpakket de eerste aangewezen partij om hiermee aan de slag te gaan. Vervolgens moet er bij een of enkele professionals intrinsieke motivatie zijn, de wil om iets te betekenen voor deze gezinnen en met de gemeente en wellicht ook een vertegenwoordiging vanuit deze gezinnen in gesprek te gaan.

Vaak ontstaat er langzaamaan een groepje dat aan de slag gaat met de vernieuwing. Een werkgroep waarin praktijk, beleid, cliënten en soms ook onderzoek of onderwijs vertegenwoordigd zijn. Zo’n groepje maakt meestal een *plan*. Hierin staat het initiatief beschreven, er wordt gestart met de probleemstelling, een beschrijving van de doelgroep, de manier waarop men deze groep wil bereiken en hoe men het probleem wil aanpakken, onderbouwing over waarom dit gaat werken en wat men verwacht of hoopt dat het resultaat zal zijn. Op basis van een dergelijk plan zijn er vervolgens middelen te organiseren (denk aan geld, tijd, professionalisering, ruimte, bemensing etc.). Soms is het ook nodig om nog andere dan de oorspronkelijke samenwerkingspartners aan te haken. Ook daarbij kan een dergelijk plan behulpzaam zijn.

De behaalde resultaten kunnen *anderen motiveren*. Als men begrijpt waarom iets werkt of beter werkt dan hetgeen men eerst deed zal dat gevoel van urgentie zich verspreiden. Meer mensen zullen het willen proberen. Er wordt over gesproken en ook op die manier kunnen er middelen beschikbaar komen om het initiatief door te ontwikkelen, te beschrijven, verbreden of verdiepen.

Het is bij vernieuwing of innovatie altijd belangrijk dat er *goed zicht is op het verschil dat gemaakt wordt*. Er zijn immers extra middelen (tijd, geld, professionalisering, bemensing etc.) nodig en meestal wil de financier inzicht in wat de inzet van die middelen heeft opgeleverd. Goed dus om daar vanaf het begin al rekening mee te houden. Bovendien heeft het laten zien van resultaten vaak een aanzuigende werking op anderen (om mee te denken, om aan te sluiten, het ook te proberen, mensen, tijd, ruimte of geld beschikbaar te stellen etc.) en zo kan het initiatief verbreed of verdiept worden.

Vragen die in deze fase helpend kunnen zijn:

1. Wat is de urgentie of het maatschappelijk belang?
2. Wat willen we veranderen?
3. Hoe willen we dat aanpakken?
4. Wie of wat hebben we daarvoor nodig?
5. Wanneer zijn we tevreden? Wat moet de innovatie minimaal opleveren?

7.2 Hoe te borgen?

Het vasthouden van een mooi initiatief, zoals een nieuwe samenwerking rondom vluchtelingen gezinnen, is een uitdaging, zeker binnen een sociaal domein dat zo enorm in beweging is als dat in Nederland. Hierbij kunnen de 12 werkzame elementen voor lokale samenwerking rond jeugd, voortgekomen uit een literatuurstudie van NCJ samen met de Jeugdzaak (Samen=beter, 2014) helpend zijn:

1. Randvoorwaarden om te investeren in samenwerking op orde.
2. Werk aan een gezamenlijke visie en doelen.
3. Bouw aan een werkrelatie gebaseerd op vertrouwen en respect.
4. Rollen en verantwoordelijkheden op 3 niveaus (uitvoering, management, bestuurlijk) helder.
5. Leiderschap en management aanwezig om proces van verandering goed te sturen en mensen te motiveren.
6. Werk planmatig: zorg voor planning, structuren en procedures om verwachtingen te managen en te weten wat er wanneer van wie verwacht kan worden.

7. Communiceer effectief: Kenmerken van effectieve communicatie zijn onder meer toegankelijkheid, openheid, flexibiliteit en wederkerigheid. Het is belangrijk dat je elkaar en anderen meeneemt in het veranderingsproces.
8. Ken elkaars richtlijnen voor informatiedelen.
9. Betrek degenen die moeten veranderen of met de verandering te maken krijgen is essentieel.
10. Ken elkaars vaardigheden en expertise en weet die te benutten.
11. Zie innovaties die samenwerking vragen als een proces, het is nooit af!
12. Zorg dat je zicht krijgt op de effecten.

Is er een nieuwe initiatief gestart maar zijn er hobbels onderweg, dan kunnen bovenstaande 12 elementen nagelopen worden om te kijken waar mogelijkheden liggen om verder te komen met elkaar. Wordt het initiatief groter, dan worden ook de belangen groter en dat maakt de samenwerking niet altijd per se makkelijker. Bij het verankeren of borgen van een initiatief, innovatie of nieuwe werkwijze is het van belang kennis te hebben van de verschillende sturingselementen (o.a. Hood, 1983; Ven den Heuvel, 1998; Gilsing, de Gruijter & Pels, 2005) te weten:

- Communicatieve sturing: door informatieoverdracht.
- Economische sturing: door financiële prikkels.
- Juridische sturing: door regels en voorschriften.

Al deze sturingselementen kunnen ten gunste of ten nadele van het initiatief werken, dus probeer hier rekening mee te houden, deze elementen te benutten. Communicatieve, economische en juridische sturing kan worden ingezet t.b.v.:

- Bewustwording/agendering
- Ontwikkeling/uitvoering
- Uitkomsten/resultaten.

7.3 Hoe te verspreiden?

Als een innovatie, nieuwe werkwijze of initiatief tot samenwerking is neergezet binnen een afdeling, organisatie, gemeente of regio, dan is dat niet voor niets. Het heeft meerwaarde en anderen zien dat. Hoe mooi is het als ook andere afdelingen, organisaties, gemeenten of regio's daarvan kunnen leren en profiteren. Dit vraagt echter dat hetgeen gedaan wordt, of de *bouwstenen/werkzame elementen ervan overdraagbaar* gemaakt worden. Het is raadzaam hier expertise bij te halen. Omdat in dit onderzoek specifiek is gekeken naar de JGZ in verschillende lokale samenwerkingsverbanden leggen we daar nu de focus op.

Binnen de JGZ is men gewend om met protocollen en richtlijnen te werken, dat is nu eenmaal de cultuur en de wijze waarop verandering wordt doorgevoerd. Zolang innovaties niet zijn vervat in dergelijke stukken, zal de verspreiding naar verwachting beperkt blijven. Zo zien we dat de vele handreikingen genoemd in hoofdstuk 6, slechts heel beperkt gebruikt worden en die kennis en ervaring niet of nauwelijks benut wordt. *Je verdiepen in de cultuur en het mechanisme om tot ontwikkelen en leren te komen* van de organisatie, gemeente of het samenwerkingsverband waarmee je een aanpak verder wil brengen is dus heel belangrijk.

Is er binnen de JGZ wel een protocol of richtlijn, dan wordt er vaak ook geïnvesteerd in professionalisering van medewerkers. Deze moeten immers leren hoe ze volgens een protocol of richtlijn kunnen werken. Door de werkwijze van de drie onderzochte praktijken te beschrijven en *vervatten in richtlijnen of protocollen*, worden ze naar alle waarschijnlijkheid minder kwetsbaar, gaan ze steeds minder gezien worden als iets nieuws of iets extra's, maar gaat het behoren tot het reguliere werk. Als dat punt wordt bereikt, dan is ook de financiering minder onzeker en de kans dat het aanbod, de werkwijze of de samenwerking blijft bestaan optimaal. Continue aandacht voor het doorvoeren van verbeteringen, inspelen op nieuwe ontwikkelingen en blijvend behalen van resultaten blijft echter nodig.

8 Literatuur

- Anstiss, H., Ziaian, T., Procter, N., Warland, J., & Baghurst, P. (2009). Help-seeking for mental health problems in young refugees: A review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcultural psychiatry*, 584-607.
- Burnett, A., & Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7285), 544.
- Carrillo, J. E., Green, A. R., & Betancourt, J. R. (1999). Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Annals of Internal Medicine*, 130(10), 829-834.
- Davidson, N., Skull, S., Burgner, D., Kelly, P., Raman, S., Silove, D., ... & Smith, M. (2004). An issue of access: delivering equitable health care for newly arrived refugee children in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40(9-10), 569-575.
- Davidson, N., Skull, S., Chaney, G., Frydenberg, A., Isaacs, D., Kelly, P., ... & Smith, M. (2004). Comprehensive health assessment for newly arrived refugee children in Australia. *Journal of paediatrics and child health*, 40(9-10), 562-568.
- Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1197-1210.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 266-282.
- Feldman, R. (2006). Primary health care for refugees and asylum seekers: a review of the literature and a framework for services. *Public health*, 120(9), 809-816.
- Gilsing, R. Gruijter, M.J. de., Pels, T.V.M. (2005). *Divers gestuurd. Advies tot verankering van maatwerk in zorg voor jeugd*. Utrecht: Verwey Jonker instituut.
- Heuvel, J.H.J. van den (1998). *Beleidsinstrumentatie. Sturingselementen voor het overheidsbeleid*. Utrecht: Lemma.
- Hood, C.C. (1983). *The tools of government*. Chatham, New Jersey: Chatham House Publishers.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967.
- Murray, S. B., & Skull, S. A. (2005). Hurdles to health: immigrant and refugee health care in Australia. *Australian Health Review*, 29(1), 25-29.
- Putsch III, R. W. (1985). The Special Case of Interpreters in Health Care. *Jama*, 254(23).
- Sheikh-Mohammed, M., MacIntyre, C. R., Wood, N. J., Leask, J., & Isaacs, D. (2006). Barriers to access to health care for newly resettled sub-Saharan refugees in Australia. *Med J Aust*, 185(11-12), 594-7.
- Woodland, L., Burgner, D., Paxton, G., & Zwi, K. (2010). Health service delivery for newly arrived refugee children: a framework for good practice. *Journal of paediatrics and child health*, 46(10), 560-567.
- Woodland, L., Kang, M., Elliot, C., Perry, A., Eagar, S., & Zwi, K. (2016). Evaluation of a school screening programme for young people from refugee backgrounds. *Journal of paediatrics and child health*, 52(1), 72-79.

Colofon

Opdrachtgever
Auteurs

ZonMw
Dr. F. Sondeijker
Dr. M. Kahmann
E. Horrevorts, MSc

Omslag
Uitgave

Ontwerppartners, Breda
Verwey-Jonker Instituut
Kromme Nieuwegracht 6
3512 HG Utrecht
T (030) 230 07 99
E secr@verwey-jonker.nl
I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>.

ISBN 978-90-5830-962-4

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2019.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.

In opdracht van ZonMw voerde het Verwey-Jonker Instituut in nauwe samenwerking met een drietal JGZ-organisaties kwalitatief onderzoek uit teneinde goede voorbeelden van lokale werkwijzen naar vroegtijdige signalering, preventie en ondersteuning van vluchtelingengezinnen in beeld te brengen en hieruit werkzame elementen te destilleren. Dit rapport beschrijft de drie praktijken. Ook worden de werkzame elementen toegelicht en onderbouwd. Het slothoofdstuk gaat in op hoe nieuwe werkwijzen, zoals de drie beschreven praktijken, gestart, geborgd en gedeeld kunnen worden.