



Jeugdgezondheidszorg voor asielzoekerskinderen: uitdagingen voor de praktijk

D. H. ter Horst · R. Paalman

© Bohn Stafleu van Loghum 2016

Samenvatting Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zijn betrokken bij de publieke gezondheidszorg aan asielzoekers. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt ook aan deze groep kinderen en jeugdigen actief aangeboden. De auteurs beschrijven in dit artikel uitdagingen en knelpunten uit de dagelijkse praktijk vanuit hun werk op een (pre) procesopvang locatie (POL) en asielzoekerscentrum (AZC) locatie.

Trefwoorden asielzoekerskinderen · jeugdgezondheidszorg · praktijk

Inleiding

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor asielzoekerskinderen vindt plaats op verschillende plekken. In dit artikel wordt gesproken over de JGZ uitgevoerd in een pre-Proces Opvang Locatie (pre-POL) en een asielzoekerscentrum (AZC). De pre-POL is ingericht voor noodopvang. In principe stromen mensen binnen enkele weken tot maanden door. In een AZC verblijven mensen voor korte of mogelijk ook voor langere tijd. Beide vormen van opvang worden georganiseerd door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) [1]. De taken van de JGZ voor asielzoekerskinderen staan beschreven in het document 'Basistakenpakket JGZ asielzoekerskinderen 0-19 jaar' [2].

Uitvoering JGZ

Intake

De praktische uitvoering van de JGZ voor asielzoekerskinderen begint met de verpleegkundige intake. Deze staat beschreven in het protocol 'PGA Intake JGZ asielzoekerskinderen 0-19 jaar' [3]. Volgens protocol moeten nieuwe asielzoekerskinderen binnen zes weken een intake krijgen door de jeugdverpleegkundige. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de gezondheidssituatie en de voorgeschiedenis inclusief het vluchtverhaal en eventueel doorgemaakte trauma's. Drie weken later volgt de medische intake door de jeugdarts. De jeugdarts beoordeelt de gezondheidstoestand en eventuele zorgachterstand. De jeugdverpleegkundige en jeugdarts geven beide advies en voorlichting over gezondheid en het stimuleren van een gezonde leefstijl. Binnen negen weken moet er een JGZ-dossier zijn ingevuld, met de nodige (medische) informatie.

Op plekken waar de toestroom groot is (geweest), is het niet altijd haalbaar om bovenstaande waar te maken binnen de gevraagde termijnen [4]. Door onder andere een tekort aan personeel ontstaat er vertraging. Echter, op veel plekken worden de gewenste tijdslimieten wel gehaald. Ook werd in de pre-POL tot 1 oktober 2015 sowieso geen JGZ geboden, daarna wel. De bedoeling was immers dat kinderen vlot zouden doorstromen naar een AZC.

Vaccinaties voor asielzoekerskinderen

Na binnenkomst in Nederland dienen asielzoekerskinderen zo spoedig mogelijk (binnen drie maanden) een vaccinatieplan te hebben. Met behulp van een anamnese en eventueel aanwezig vaccinatiebewijs uit land van herkomst wordt nagegaan of en welke vaccinaties de kinderen hebben gehad. Op basis hiervan

D. H. ter Horst (✉)
GGD Gelderland Midden, Arnhem, Nederland
henrike.horst@vggm.nl

R. Paalman
GGD Twente, Enschede en GGD IJsselland, AZC Schalkhaar,
Enschede, Nederland



vult de jeugdarts een vaccinatiestatus en -opdrachtformulier in. Hierbij maken jeugdartsen gebruik van de vaccinatieschema's uit de landen van herkomst die te vinden zijn op de WHO website [5]. Indien mogelijk worden direct de eerste vaccinaties gegeven. De jongste kinderen worden het eerst gezien. Zij hebben immers de grootste kans niet (volledig) geïmmuniseerd te zijn.

Het opdrachtformulier wordt in het digitaal dossier JGZ (DD-JGZ) gezet en opgestuurd naar het RIVM. Het RIVM verwerkt dit in Praeventis en stuurt de benodigde vaccinatiekaarten op naar de ouders. Aan asielzoekerskinderen wordt bij het vaccineren een internationaal vaccinatiebewijs (het gele boekje) uitgeleend. In de praktijk blijkt dit hele maatwerkproces een tijdrovende, maar essentiële exercitie.

Overdracht DD-JGZ

Een tweede grote uitdaging is de overdracht van het digitaal dossier (DD-JGZ) naar een volgende JGZ-organisatie bij verhuizing van een asielzoekerskind. De uitstroom van asielzoekerskinderen dient actief opgezocht te worden door de JGZ-administratie. De gegevens over in- en uitstroom zijn bekend bij het Integraal Bewoners Informatie Systeem (IBIS), gebruikt door het COA. Ook de JGZ-administratie heeft toegang tot IBIS. De JGZ heeft de taak de dossiers actief te versturen. Een probleem is dat deze dossiers vaak lang op zich laten wachten. Oorzaken hiervan zijn gebrek aan uniformiteit in administratie en de diverse DD-JGZ die gebruikt worden. Het gevolg is dat asielzoekerskinderen uit beeld raken. De zorg-/hulpverlening kan hierdoor vertraagd worden en het vaccinatieschema wordt niet op tijd uitgevoerd of vaccinaties worden juist dubbel gegeven. Het zou helpen als het verzenden van de JGZ-dossiers op een uniforme werkwijze wordt nageleefd, zoals beschreven in het hoofdstuk 'Routing JGZ-dossier' van het 'Basistakenpakket JGZ asielzoekerkinderen 0-19 jaar' [2] en in het 'Werkdocument Routing JGZ-dossiers asielzoekerkinderen' [6].

Verdere diagnostiek en/of hulp na signalering

Het inzetten van verdere diagnostiek en/of hulp is een ander dilemma in het werken met asielzoekerskinderen. Enkele voorbeelden daarvan worden besproken.

Een groot probleem en daarmee een belangrijk aandachtspunt is het voedingspatroon van de kinderen. In de (pre) POL kunnen ouders niet zelf koken en wordt het eten aangeboden door het COA. Veel ouders klagen over de kwaliteit van het eten en eten zelf nauwelijks. Daarom eten hun kinderen ook weinig. Hier komt bij dat de kinderen veel zoete dranken drinken en ouders hen chocolade en snoep geven, al dan niet zelf gekocht. In de AZC's koken ouders wel zelf, maar ook hier zijn moeilijk etende kinderen. Voor de JGZ is het lastig om dergelijke problematiek snel en kordaat aan te pakken. Dit is nog moeilijker

als er voor de ouders geen mogelijkheid is tot het zelf doen van boodschappen en koken. Als asielzoekerskinderen statushouders worden en dus in een gemeente verblijven, wordt het makkelijker deze zorg op te pakken.

Een ander dilemma is het inzetten van opvoedkundige hulp. Volgens ouders en woonbegeleiders van het COA bestaat hieraan grote behoefte. Opvoedkundige begeleiding is een investering van tijd en energie. Het opstarten hiervan moet serieus worden afgewogen. Het is vaak niet bekend hoe lang een kind op een opvanglocatie zal blijven. Ook doorverwijzen naar andere (zorg)professionals is iedere keer een afweging. Hierin spelen ook logistiek, vervoer en financiering van zorg mee.

Conclusie

De JGZ 0-19 jaar kan in haar volledigheid geboden worden aan asielzoekerskinderen. In de praktijk levert dit nog veel uitdagingen op. Voor een volledige uitvoering van de JGZ zijn verschillende voorwaarden nodig: voldoende JGZ-personeel, professionals met affiniteit voor het werken met deze doelgroep, actieve en eenduidige overdracht van DD-JGZ en betere onderlinge samenwerking tussen JGZ-organisaties. Dit betekent dat er financiële middelen moeten zijn (en blijven) om alle activiteiten uit te voeren. Rekening houdend met het feit dat de zorg voor asielzoekerskinderen hoe dan ook méér tijd kost dan reguliere JGZ.

Het zou goed zijn als JGZ-professionals met ervaring hun best practices zouden delen via GGDGHOR (Kennisnet) of koepelorganisaties zoals Actiz en NCJ.

Literatuur

1. COA (NL). Taken wet COA 2015.
2. GGD GHOR Nederland. Basistakenpakket JGZ asielzoekerskinderen 0-19 jaar, werkdocument 2014.
3. GGD GHOR Nederland. Protocol intake JGZ asielzoekerskinderen 0-19 jaar 2016.
4. Inspectie voor de Gezondheidszorg Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Medische zorg aan asielzoekers onder druk door grote toestroom 2016. <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/medische-zorg-aan-asielzoekers-onder-druk-doo.aspx>.
5. WHO (Zwitserland). WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system, 2016 global summary 2016. http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary.
6. GGD GHOR NL, GGD GHOR kennisnet, themasite PGA, werkdocument routing JGZ dossiers asielzoekerskinderen. <http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheidszorg-asielzoekers-pga/publicaties/publicatie/3514-routing-jgz-dossiers-asielzoekerkinderen>.

D. H. ter Horst, jeugdarts

R. Paalman, jeugdarts KNMG