

Kwaliteit van JGZ preventie en zorg voor kinderen met migratieachtergrond

Bram Tuk



Pharos, kennis en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid, www.pharos.nl b.tuk@pharos.nl

- Informatie, advies, methodiekontwikkeling en onderzoek, standaarden, richtlijnen en kwaliteitscriteria voor zorg
- (Bij)scholing, training, congressen
- Publicaties: boeken, tijdschriften en voorlichtingsmateriaal;
- Beleidssignalering en -advisering;
- Meer weten? S.v.p. interesse-lijst invullen

Verzoek lezing :

- Andere culturen: hoe zien zij opvoeden en ontwikkeling?
- Heeft een andere culturele afkomst invloed op gezondheid en ontwikkeling, opvoeding en advisering?

Titel programma vanavond:

Kwaliteit van JGZ preventie en zorg voor kinderen met migratieachtergrond

Programma

- 19.30 Presentatie over diversiteit bij JGZ
- 20.30 Casusbespreking in 4 groepen
- 21.30 Terugkoppelen en reflectie plenair
- 21.50 Einde

Stelling

- Onze JGZ afdeling biedt aan (de ouders van) autochtone en migrantenjeugd dezelfde kwaliteit preventie (en zorg)
- Wat heeft u daar voor nodig?

Opmerkingen vooraf

- Interculturalisatie van (jeugd-) gezondheidszorg moet geen ideologisch beladen krachtsinspanning zijn maar een vanzelfsprekende kwestie van goede klantgerichtheid en en effectieve zorg.
- Zijn zij “moeilijk bereikbare groepen” of zijn wij moeilijk bereikbaar voor hen.
- JGZ voor iedereen, maar vooral voor risicokinderen?

Invloed cultuur aanwezig,

- Incidentie specifieke gezondheidsproblemen
- Opvattingen over ziekte, preventie en eigen rol
- Stigma en taboe
- Beleving van ziekte (en opvoedingsprobleem)
- Verwachtingen van hulp en formulering hulpvraag
- Presentatie van klachten
- Op tijd komen
- Communicatie
- Gezins- en familie-invloed

Invloed cultuur is aanwezig, maar ook.....

- Lage SES
- Slechte woon- en leefsituatie: wijk, huis, school, verblijfsvergunning, migratiestress, relatie enz.
- Lage opleiding en health literacy
- Beperkt wederzijds vertrouwen van patient en JGZ
- Organisaties die “wit” zijn?

Voorbeeld Health Literacy/Onvoldoende gezondheids-vaardigheden: “Uw kind moet meer bewegen”

Ouders zijn 0- 5 jaar naar school geweest	Ouders zijn 5- 10 jaar naar school geweest	Ouders zijn meer dan 10 jaar naar school geweest
De ouder heeft zeer concrete informatie en begeleiding nodig. Abstractievermogen en cognitieve vaardigheden zijn zeer laag	Abstractievermogen en cognitieve vaardigheden zijn matig tot laag. Professional moet informatie eenvoudig en beperkt houden.	Het abstractieniveau en de cognitieve vaardigheden van de cliënt en van uzelf lopen niet - al te ver uit elkaar

Migrantenjeugd of lage SES jeugd?

- Migrantenjeugd is vaak lage SES jeugdmaar problemen vragen desalniettemin vaak om een cultuursensitieve aanpak
- Migrantenjeugd heeft soms ernstiger problemen als lage SES jeugd
- We zijn allemaal Nederlanders en de migrantenjeugd moet zich aanpassen.....maar ontkenning is een boomerang
- Stigma; geen enkel kind wil anders zijn maar etnische identificatie en segregatie neemt toe
- Migrantenproblemen verdwijnen vanzelf.....maar achterstanden kunnen generaties lang doorgegeven worden

**Visie op migratie in Nederland wijzigt
drastisch en beïnvloedt onze
beroepspraktijk, maar ook de manier
waarop migranten naar u als
professional kijken**

**Je woont in Gouda, je bent jong en je wilt wat:
Google hits; Marokkaanse jongeren in Gouda:
“Ongeveer 42.300 resultaten (0,08 seconden)”**



Je bent een kind in een asielzoekerscentrum en je wilt wat ...



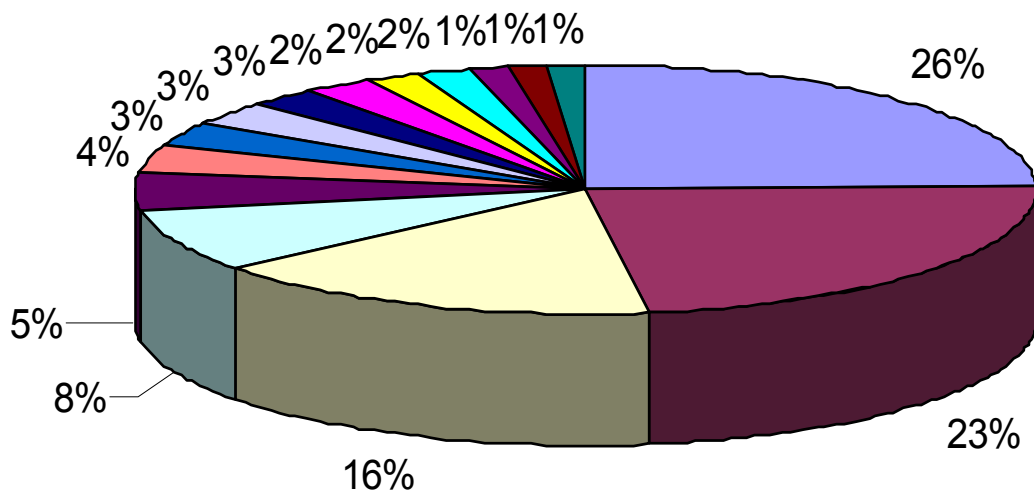
**Je bent een kind van een
ongedocumenteerde ex-ama en je moeder
wil dat je goed opgroeit ...**



Migranten jeugd in Nederland

- Allochtone jeugd, een van beide ouders afkomstig uit
- ‘Niet-westerse’ landen zoals Suriname , Turkije, Marokko, Somalië, China, maar ook de kinderen afkomstig uit Oost Europa, zoals Polen en Roemenie. (MOE-kinderen)
- Eerste, tweede generatie. Ook derde generatie?
- Nieuwkomers (80.000) als gezinsvormer, gezinshereniger, asielzoeker, vluchteling, ongedocumenteerd “illegaal”

CBS 2010 Niet westerse 0-20 jarigen (Formeel vallen Polen en Indonesië niet binnen de definitie “niet westerse”)



Marokko	Turkije	Suriname	Nederlandse Antillen
Indonesië	Joegoslavië	Irak	Polen
Afghanistan	China	Somalie	Sovjet Unie
Egypte	Ghana	Iran	

Migranten in Limburg

- In de grotere Limburgse plaatsen varieert het aantal (volwassen) allochtonen van 7% (Maastricht, Heerlen) tot 12% Roermond
- Iets meer dan 6000 Polen (volwassenen) in Limburg

Afghaans gezin (DVD Fragment Afghaanse familie)

- Wat betekent adequate JGZ als deze mensen nog in het asielzoekerscentrum wonen? (PGO, zorgteam school, signalering)
- Wat betekent adequate JGZ als deze mensen in Venlo wonen?

Risicogroepen: asielzoekersjeugd;

Onderzoek Denemarken (met gebruik van SDQ)

- **4-10 jarigen 35%, psychische problemen**
- **11-16 jarigen 58%, psychische problemen**
- **Europese kinderen 10%, psychische problemen**

**Conclusies uit onderzoek:
Langer verblijf en meer
overplaatsingen leiden tot
evident meer psychische
problemen**

Mental health among children seeking asylum in Denmark- the effect of stay and number of relocations: a cross sectional study. S. Nielsen a.o. BMC Public Health, 2008

Zie: <http://www.pharos.nl/programma/jeugd>
o.a. [Kennisdocument](#)
gezondheid veiligheid
ontwikkelingscondities van
jonge asielzoekers
“Asielzoekerscentra zijn
nieuwe
achterstandswijken”

Trauma en de lange termijn reacties van vluchtelingenkinderen

- 99 schoolgaande Bosnische kinderen in Zweden
- Vier jaar na een eerste onderzoek is er maar een enkel kind wat nog de volledige PTSD-klachten vertoont. Ook kinderen die etnische zuiveringen en soms kampervaringen meemaakten in de regio Prijedor.

Hjern, A. & Jeppsson, O. (2005). Sociale steun adequater dan traumagerichte aanpak: geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingenkinderen in ballingschap. Phaxx 3-4, p. 15-17. Utrecht, Pharos.

Trauma en de lange termijn reacties van vluchtelingenkinderen

- 63 vluchtelingenkinderen uit Chili en het Midden-Oosten, bijna de helft heeft psychische problemen
- Zeven jaar later nog enkele kinderen met PTSD-symptomen maar geen kind waarvoor de volledige diagnose gesteld kan worden.
- Wel veel eenzaamheid en neer-slachtingheid.

Leefwereld de wijk

- Stedelijke gebieden
- Achterstandswijken; overlast
- Meer criminaliteit bijvoorbeeld drugs en geweld
- Onveilig, weinig speelruimte, slechte woningen
- Minder sporten
- Meer ongelukken, bijvoorbeeld verdrinking en verkeersongelukken

Wat is waar?

1. In allochtone gezinnen komt kindermishandeling 4,7 keer zo veel voor in vergelijking met autochtone gezinnen
2. In allochtone gezinnen komt kindermishandeling 2,6 keer zo veel voor in.....
3. In allochtone gezinnen komt kindermishandeling 1,2 keer zo veel voor in ...

Leefwereld het gezin; kindermishandeling

- In allochtone gezinnen komt kindermishandeling 3,5 keer zo veel voor, maar “gecorrigeerd” op sociaal economische status 1,2 keer zo veel.
- Bij nieuwe etnisch-culturele minderheden nog steeds 2,6 keer zoveel. (Afrikaans, Oost Europees) (IJendoorn e.a, 2007, WODC)
- Huiselijk geweld is voorspeller van kindermishandeling en vorm van kindermishandeling
- Verwaarlozing in Oost Europese gezinnen?

Leefwereld school en werk

- Niet westerse allochtone jeugd een kwart is begin 2010 werkeloos

B.O	V.O	20-24
2 jaar achterstand	20% haakt af	60% geen startkwalificatie

Leefwereld de school

- De groei van zwarte scholen gaat door en belemmeren integratie en beperken onderwijskansen
Karsten, J. (2005) De witte en de zwarte school.
(www.kennislink.nl, geraadpleegd 12-9-2008)
- Negatieve wederzijdse beelden en verwachtingen verhinderen samenwerken ouders en docenten.
- Ouderparticipatie beleidsmatig vaak slecht geregeld

Problematiek “illegale” kinderen (schatting 2004 10 tot 20.000)

- Het ontbreken van een toekomstperspectief, minimale financiële middelen en marginalisering
- Voortdurend veranderende huisvesting en schoolsituatie
- Een grotere risico op opvoedingsproblematiek door complexe omstandigheden van “illegale” gezinnen
- Een groter risico op mishandeling, verwaarlozing, misbruik en direct en indirect geweld
- Relatief grote psychische- en of verslavingsproblematiek onder “illegale” ouders

Voor “Illegale” jeugd is meer mogelijk dan verondersteld:

- Toegang tot onderwijs voor kinderen tot 18 jaar
- Toegang tot medisch noodzakelijke zorg
- Gratis rechtsbijstand
- Toegang tot Jeugdzorg voor kinderen onder 18 jaar (onder bepaalde voorwaarden)

www.lampion.info

- Landelijk
Advies- en informatiepunt
Medisch
Procedure
Illegalen
Ongedocumenteerden
Niet-toegelaten
asielzoekers



Casusbespreking

- Casus voorlezen, daarna in tweetallen bespreken, bespreken in subgroep en plenaire leerpunten benoemen en “meenemen” plenair
- Motto: JGZ is soms vallen en opstaan en vooral creatief blijven zoeken naar oplossingen.
- Ter afsluiting bij iedere casus consensus inventariseren wat de belangrijkste leerpunten zijn.

Wat kan verbeteren in de zorg?

- de bereikbaarheid
- de toegankelijkheid
- de aansluiting van het aanbod op de behoefte

Bereikbaarheid voor allochtone ouders en kinderen

- Ouders en kinderen onvoldoende bekend met of onjuist beeld van zorg.
- Gemeenten en zorg niet op de hoogte van gezondheidsachterstanden, risicofactoren en gebrekkig zorggebruik van allochtone doelgroep
- Voorlichtingsmiddelen en activiteiten vaak onvoldoende effectief.
- Gebrek aan vertrouwen in de Nederlandse zorg en zorgverleners.
- Een cultureel bepaald afwijkend perspectief op klachten, oorzaken en behandeling

Toegankelijkheid voor allochtone ouders en kinderen

- Belemmeringen niet algemeen bekend. Geen beleid voor vergroting toegankelijkheid.
- “Witte” organisaties; Gebouwen, ruimtes, ontvangst en gastvrijheid en ‘Witte’ hulpverleners
- Interculturele competenties niet altijd aanwezig. Professionals ervaren onvoldoende draagvlak en ondersteuning vanuit de organisatie om extra te investeren in deze doelgroep.
- Onoverzichtelijkheid en bureaucratie

Aansluiting van aanbod bij problemen en hulpvragen

- Instrumenten niet altijd toepasbaar
- Tolken geen gemeengoed.
- Bestaande interventies zelfs als zij evidence based zijn sluiten niet altijd aan op allochtone groepen. Soms niet uitgetest

N.a.v. casus depressieve meisjes 1

- Schizofrenie komt twee tot zes keer vaker voor onder Marokkaanse dan onder Nederlandse families. Ook bij Surinamers en Antillianen komt het vaker voor.
- Vaker psychosociale problemen, zoals slaapproblemen en hoofdpijn. Jongeren zijn vaker extreem teruggetrokken, depressief en angstig.
- Minder drankgebruik

N.a.v. casus depressieve meisjes 2

- Ernstig klem tussen de dwingende cultuurbepaalde rolopvattingen van thuis en hun persoonlijke wensen en aspiraties.
- Zelfbeschadiging en suïcides kunnen het gevolg zijn van deze emotionele spagaat.
- Zelfmoordpogingen worden vaker gedaan door meisjes en jonge vrouwen van Turkse en Hindoestaanse afkomst (Burger, 2005)

N.a.v. casus obesitas

- Een laag opleidingsniveau van ouders, laag inkomen, werkloosheid
- Grotere gezinnen en soms grote invloed grootfamilie
- Meer eenoudergezinnen met name in Surinaamse en Antilliaanse, maar ook ex-ama gezinnen
- Vaak autoritaire manier van opvoeden; grote afstand tussen ouders en kinderen, maar ook vaak hechte en warme relatie ouders
- Kleine kinderen verwend.

Fragment Nima, een besneden meisje uit NCRV documentaire. Lesmap meisjesbesnijdenis

Vraagt u standaard aan meisjes uit Egypte, Somalie, Sudan, Ethiopie en Ghana de vraag of zij besneden zijn?

Meisjesbesnijdenis

Het geheel of gedeeltelijk verwijderen van de externe vrouwelijke geslachtsorganen en ander letsel aan deze organen, zonder medische noodzaak.

- Vrouwenbesnijdenis
- VGV, vrouwelijke genitale verminking
- FGM/C, female genital mutilation/cutting

Welke leeftijd?

Leeftijd is afhankelijk van lokale tradities en omstandigheden:

- Meestal bij meisjes tussen 4-12 jaar
- In aantal culturen een paar dagen na geboorte
- Soms getrouwde en volwassenen vrouwen

Migratie of verandering in beleid kan ook bijdragen aan besnijdenis op een andere leeftijd.

Redenen voor meisjesbesnijdenis

- Collectieve druk
- Het is de sociale norm
- Het vergroot huwelijkskansen

- Het beschermt de maagdelijkheid
- Het geeft sociale status
- Religieuze overtuiging
- Het vergroot hygiëne en schoonheid

Gezondheidsrisico's

Directie gevolgen tijdens en na de ingreep

- Extreme pijn (wanneer de ingreep zonder verdoving plaatsvindt)
- Klachten van de urinewegen (pijn bij plassen)
- Overmatig bloedverlies
- Kans op infectie (ook tetanus)
- Shock
- Kans op overlijden van het meisje

Prevalentie in Nederland

Onbekend

Schatting Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005):
jaarlijks minimaal 50 in Nederland woonachtige
meisjes ondergaan een besnijdenis

Schatting TNO (2008): 4 op de 10 zwangere vrouwen uit
risicolanden die bevallen in Nederland, zijn besneden.
Is lager dan verwacht, want in de landen van herkomst
is dat vaak 9 op de 10 vrouwen

Instrumenten uit de pilot

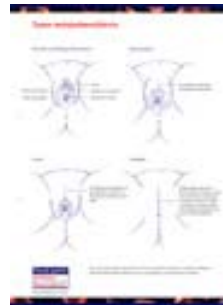
- Gespreksprotocol voor JGZ -> wordt Standpunt Preventie VGV (dec 2010)
- Waarschuwingsbrief voor ouders -> wordt Verklaring (feb 2011)
- Handelingsprotocol
- Trainingen
- Lespakket meisjesbesnijdenis
- Signaalwijzer voor leerkrachten
- Brochures en Dvd's
- Boeken: Zware Dingen, Versluierde Pijn

Voorlichtingsmaterialen



Meisjesbesnijdenis wordt al te vaak beschouwd als een 'ouderwetse gewoonte'. Het is dat, maar het is ook een schadelijke praktijk die veel schade aanricht. Het is niet alleen een vorm van seksuele intimidatie, maar ook een vorm van geweld tegen vrouwen. Het is een praktijk die vaak wordt uitgevoerd door vrouwen, maar het kan ook door mannen worden uitgevoerd. Het is een praktijk die vaak wordt uitgevoerd in het geheim, maar het kan ook openbaar worden uitgevoerd. Het is een praktijk die vaak wordt uitgevoerd in het geheim, maar het kan ook openbaar worden uitgevoerd.

Meisjesbesnijdenis
Mijn ouders zeggen Nee



Wanneer moet je melden?

Bij (een vermoeden van) een dreigende besnijdenis
of een recent uitgevoerde besnijdenis:
altijd melden bij:

Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)
0900-1231230

Adviesaanvragen kan ook altijd! (ook anoniem)



**De goede dingen doen
en de dingen goed doen**

Hoe pakken we het aan?