



Universiteit Utrecht

Eerste contactmoment JGZ voor Syrische nieuwkomers

Van barrières naar kansen en het meten van tevredenheid van Syrische ouders omtrent JGZ

Jesse E. Westenenk (6042783)

Utrecht, 22 juni 2018

Master Thesis

Universiteit Utrecht

Master Youth, Education and Society

Opdrachtgever: GGD GHOR Nederland, Utrecht Lunetten

Begeleiders GGD GHOR Nederland: drs. ing.. A.J. Krähe & dr. S. Goosen

Begeleider universiteit: dr. M. Van Londen-Barentsen

Tweede beoordelaar: dr. P. Slot

### Abstract

Providing healthcare for Syrian refugees in The Netherlands is, due to their circumstances, challenging. For children, this care is monitored by the Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Present research contains of an exploratory and qualitative study to which barriers and chances Syrian parents and JGZ-professionals face during their first moment of contact. Results show four remarkable barriers: (1) knowledge from the system, (2) language barrier, (3) time and (4) gaining trust. Pertinent facility and cultural competence from professionals offer a chance to deal with those barriers. Furthermore, the measurement of satisfaction can be accomplished through an implicit measurement on microlevel during the contact between Syrian parents and the professional. This will lead to a better connection to the health needs and therefore healthier children.

*Keywords:* Jeugdgezondheidszorg, Syrische gezinnen, barrières, kansen, tevredenheid

### Samenvatting

De gezondheidszorg van Syrische nieuwkomers in Nederland wordt voor de jeugd gemonitord door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Omdat deze doelgroep complexere zorgbehoeften hebben, is het een uitdaging om kwaliteit van zorg te waarborgen. Huidig onderzoek bevat een explorerend en kwalitatief onderzoek naar welke barrières en kansen Syrische ouders en JGZ-professionals ervaren tijdens het eerste contactmoment en hoe tevredenheid gemeten kan worden. Resultaten laten zien dat een combinatie van (1) de kennis van het systeem, (2) de taalbarrière, (3) de tijd en (4) het winnen van vertrouwen een barrière vormen. Inhoudelijke voorzieningen en culturele competentie van professionals een kans bieden om de barrières aan te pakken. Daarnaast is een impliciete vorm van het meten van tevredenheid op microniveau een doeltreffende methode om tevredenheid te meten. Dit leidt tot een betere aansluiting op zorgbehoefte van Syrische gezinnen en uiteindelijk gezondere kinderen.

*Sleutelwoorden:* Jeugdgezondheidszorg, Syrische gezinnen, barrières, kansen, tevredenheid

## Eerste contactmoment JGZ voor Syrische nieuwkomers

Syrische nieuwkomers zijn een bijzondere doelgroep binnen de Nederlandse gezondheidszorg, omdat zij uit een andere cultuur komen en vaak complexere zorgbehoeften hebben (Grove & Zwi, 2006; Robertshaw, Dhesi & Jones, 2017). Daarom is het belangrijk is om ze goed in beeld te krijgen en de juiste zorg te bieden wat voor vluchtelingen jeugd gemonitord wordt door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De JGZ stimuleert een gezonde en veilige leefomgeving voor jeugd tussen 0 en 18 jaar door het bevorderen, beschermen en bewaken van de gezondheid en lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling (VNG, 2018). De JGZ voor stathouders wordt aangeboden volgens het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg (BP JGZ) en voor asielzoekerskinderen wordt dit aangevuld met extra zorg (Handreiking intake, 2017). Voor zorginstellingen, waaronder de JGZ, is het vanwege de complexe zorgbehoeften een uitdaging om de kwaliteit van zorg aan deze doelgroep te waarborgen (Hunter, 2016). Een eerste contactmoment is een belangrijk moment, want het is de start is van de monitoring van de gezondheid, groei en ontwikkeling van nieuwkomers (GGD GHOR Nederland, 2018). Huidig onderzoek betreft een exploratie naar barrières die zich specifiek aandienen tijdens het eerste contactmoment in de JGZ met Syrische gezinnen en op welke wijze professionals deze barrières aan kunnen pakken. Daarnaast wordt onderzocht hoe de vertaalslag gemaakt kan worden naar het meten van tevredenheid omtrent het eerste contactmoment. Door het meten van tevredenheid kunnen professionals toetsen of zowel ouders als professionals op een lijn liggen qua communicatie. Dit zorgt voor een betere aansluiting op de zorgbehoefte van Syrische gezinnen en de empowerment van ouders (De Winter, 2014; NCJ, 2013).

De vraag die centraal staat in huidig onderzoek, is welke aspecten tijdens het eerste contactmoment met Syrische ouders volgens ouders en professionals een barrière vormen, welke kansen professionals hebben om hiermee om te gaan om tot een optimaal contact te komen tussen ouders en professionals. Tevens staat centraal hoe tevredenheid over het eerste contactmoment het beste gemeten kan worden.

## **Theoretisch kader**

### **Achtergrondinformatie Syrische nieuwkomers in NL**

Sinds 2011 is er oorlog in Syrië, omdat de burgers in opstand zijn gekomen tegen de Syrische president (Rodgers et al., 2016). Vanaf dat moment vluchten veel Syriërs naar buurlanden of Europa, waaronder Nederland (UNHCR, 2014). In totaal zijn er ongeveer 44,000 Syriërs in Nederland statushouder, waarvan 57% jonger is dan 25 jaar (SCP, 2018).

Syrische nieuwkomers (gezinnen) die Nederland bereikt hebben komen terecht in asielzoekerscentra (AZC) waar zij in afwachting zijn van een verblijfsvergunning of worden, vaak in het kader van gezinshereniging, als statushouders ondergebracht in gemeenten. In 2015 heeft er in het kader van gezinshereniging een grote migratiestroom plaatsgevonden. Ruim 20% bestond uit vrouwen en ruim 30% uit minderjarigen (SCP, 2018). Syriërs wonen verspreid door heel Nederland en het hoogste percentage bevindt zich in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht (CBS, 2016). De meeste Syriërs in Nederland zijn Arabieren, spreken Arabisch en zijn Soennitisch moslim (Hassan et al., 2015).

Syrische nieuwkomers in Nederland hebben weinig tot geen kennis van de JGZ in Nederland. In Syrië is er geen aparte zorg voor kinderen en wordt er alleen onderscheid gemaakt tussen publieke gezondheidszorg en particuliere gezondheidszorg (Mulders & Tuk, 2016). De publieke gezondheidszorg wordt gesubsidieerd door de overheid en dit bestaat uit de meest essentiële zorg, zoals medische hulp, ziekenhuisbezoeken en medicijnen (Van Wieringen & Roelants, 2016). Het huisartsensysteem zoals bekend in Nederland, is niet bekend bij Syriërs. In Syrië gaan kinderen direct naar een specialist wanneer zij ziek zijn. Syrische ouders in Nederland kunnen zich moeilijk een voorstelling maken van de zorg die zij nodig hebben en zij weten niet waar zij terecht kunnen (Mulders & Tuk, 2016).

Syrische nieuwkomers hebben een verhoogd risico op gezondheidsproblemen (Grove & Zwi, 2006). Uit onderzoek van Goosen (2014) blijkt dat asielzoekers- en vluchtelingenkinderen over het algemeen vaker te maken krijgen met psychische, gedrags- en gezondheidsproblemen dan Nederlandse kinderen. Daarnaast komen tienerzwangerschappen vaker voor bij jonge vrouwen en vindt er vaker kindermishandeling plaats in gezinnen (Goosen, 2014; Pharos, 2017). Kinderen kunnen een tekort hebben aan voedingsstoffen, zoals vitamine D, ijzer en calcium, diverse ziektes op hebben gelopen in land van herkomst of tijdens de vlucht. Een groot deel heeft overgewicht, beweegt te weinig en komt de sikkelcelziekte vaker voor (GGD GHOR Nederland,

2016; Pharos, 2017). Kinderen kunnen mogelijk vaccinaties gemist hebben en daarom is het voor de JGZ in Nederland een belangrijke taak om de kinderen die een vaccinatie missen zo snel mogelijk te vaccineren volgens het schema van het rijksvaccinatieprogramma (Pharos, 2017; RIVM, 2018).

### **Taken JGZ bij Syrische nieuwkomers**

De JGZ in Nederland heeft de taak om op preventieve wijze de groei, ontwikkeling en mogelijke gezondheidsrisico's van asielzoekers- en vluchtelingenkinderen in kaart te brengen en de juiste zorg te bieden. Ouders en kinderen worden voor een eerste intake uitgenodigd via een brief of telefonisch benaderd. Een eerste contactmoment bestaat uit een verpleegkundige intake die afgenomen wordt door een JGZ-verpleegkundige en daarna vindt er altijd een medisch onderzoek plaats door een JGZ-arts (Slinger, Peeters & Goosen, 2016). Zie bijlage 1 voor een omschrijving zien van inhoudelijke taken van de intake en het medisch onderzoek.

Het Centraal Opvang Asielzoekers (COA) is verantwoordelijk voor de JGZ van asielzoekers of statushouders die nog wachten op een woning in de gemeente (Slinger et al., 2016). De JGZ bevindt zich bij de COA-opvanglocatie en wordt in eerste instantie zoveel mogelijk aangeboden volgens het reguliere basispakket. Kinderen die een verblijfsvergunning hebben vallen onder het reguliere aanbod van de JGZ. Een eerste intake wordt gedaan door middel van een huisbezoek of ouders worden uitgenodigd om op locatie te komen.

### **Barrières, organisatorische aspecten en culturele competentie in zorg voor nieuwkomers**

Tussen Nederlandse en Syrische kinderen in Nederland zijn gezondheidsverschillen aanwezig, waardoor ook zorgbehoeften verschillen (Goosen, 2014). Professionals komen voor *een uitdaging* te staan om de kwaliteit van zorg te waarborgen en daarmee de barrières aan te pakken (Hunter, 2016). Resultaten van diverse studies tonen aan welke barrières zorginstellingen ervaren die werken met nieuwkomers in welvarende landen. Om deze barrières aan te pakken hebben enerzijds zorginstellingen de uitdagende taak om *inhoudelijke voorzieningen* te bieden en anderzijds dienen zorgprofessionals *culturele competentie* te ontwikkelen om betere aansluiting te vinden bij de doelgroep (Essink-Bot & Suurmond, 2016; Robertshaw et al, 2017; Schouler-Ocak, 2017; Suurmond, Rupp, Seeleman, Goosen & Stronks, 2013; Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen & Stronks, 2010). Culturele competentie maakt een professional in staat om beter te kunnen werken met diverse etnische doelgroepen waardoor de gezondheid wordt verbeterd en

gezondheidsverschillen worden teruggedrongen (Betancour, 2010; Henderson, Horne, Hills & Kendall, 2018).

**Kennis van het zorgsysteem.** Nieuwkomers hebben vaak weinig *kennis* over het zorgsysteem van het land waar zij in verblijven (Schouler-Ocak, 2017). Vaak verschilt perceptie op gezondheid, ziekte, de gezondheidszorg en zijn nieuwkomers onbekend met termen als zelfmanagement en preventieve zorg. Voor zorgprofessionals is het een uitdaging meer uitleg te geven over het preventieve zorgsysteem, terminologie en tot slot meer kennis en begrip te hebben van de culturele achtergrond van nieuwkomers (Suurmond et al., 2010; Robertshaw et al., 2017).

### **Communicatie.**

**Taalbarrière.** Conform de communicatie speelt de taalbarrière een belangrijke rol (Dotevall, Winberg & Rosengren, 2018; Essink-Bot & Suurmond, 2016; Robertshaw et al., 2017; Suurmond et al., 2013; Suurmond et al., 2010). De taalbarrière zorgt ervoor dat de professionals moeilijker de geschiedenis van de cliënt kunnen achterhalen, toestemming te verkrijgen en zeker weten dat de cliënt begrijpt wat er gebeurd. Een mogelijkheid om de barrière aan te kunnen pakken is door middel van een professionele telefonische tolk. Onprofessionele tolken, zoals familieleden, kunnen mogelijk relevante informatie missen, vertaalfouten maken, zich in het gesprek mengen, gevoelige onderwerpen vermijden en tot slot hebben zij geen geheimhoudingsplicht (Fransen, Harris & Essink-Bot, 2013; MacFarlane et al., 2009). Er wordt van Nederlandse zorgprofessionals verwacht dat zij zelf in kunnen schatten wanneer de taalbarrière zo belemmerend is, dat er een tolk nodig is (Vermeulen, Slinger, Zonnenberg, Drijfhout & Appels, 2017). Het inzetten van een tolk is echter niet altijd mogelijk door beperkte vergoeding vanuit de overheid (Nivel, 2016). In het AZC worden tolken nog wel vergoed (Vermeulen et al., 2017) Daarnaast kost een tolk meer tijd en soms zijn geschikte tolken in specifieke talen niet beschikbaar, waardoor het consult vertraging op kan lopen (Suurmond et al., 2010; Robertshaw et al., 2017; Vermeulen et al., 2017). Tot slot wordt informatie vaak niet opgeschreven in de moedertaal van cliënt of kunnen cliënten niet lezen en/of schrijven.

**Direct versus indirect.** Naast de diversiteit in taal, verschillen Syrische en Nederlandse mensen ook in de wijze waarop zij communiceren. In de Arabische cultuur, waaronder Syriërs, worden face-to-face confronterende situaties, zoals het geven van een mening, vaak vermeden (Merkin & Ramadan, 2016). De kans op een sociaal wenselijk antwoord is hierdoor groter,

omdat dit niet leidt tot gezichtsverlies. Een negatieve boodschap wordt op een omslachtige manier gebracht en heeft een dubbelzinnige lading (Merkin & Ramadan, 2016). Nederland hanteert een meer directe manier van communicatie, waarbij voortdurend gevraagd wordt naar andermans mening (Eldering, 2014). Op het moment dat Syriërs en Nederlandse zorgprofessionals met elkaar in contact komen, kunnen er communicatieproblemen ontstaan wat een uitdaging met zich meebrengt, omdat beide partijen handelen vanuit hun eigen culturele referentiekader en mogelijk niet bekend zijn met het referentiekader van de ander (Veening, Gans & Kuks, 2009).

**Tijd.** Zorgprofessionals geven aan te weinig (3) *tijd* te hebben om een goed consult te kunnen voeren. Professionals hebben meer tijd nodig om goede communicatie, goed uitleg over het zorgsysteem en het opbouwen van een zorgrelatie te kunnen faciliteren. Te weinig tijd zorgen voor gehaste gesprekken (Robertshaw et al., 2017).

**Vertrouwen.** Nieuwkomers kunnen, door persoonlijke ervaring zoals mensensmokkel, minder vertrouwen hebben in mensen (Feldmann, Bensing, Ruijter & Boeije, 2007). Ook zijn zij onbekend met de rol van de zorgprofessional. Het is daarom belangrijk om vertrouwen te winnen en een band met ze op te bouwen (Handreiking intake, 2017; Suurmond., 2010). Daarnaast is het bevorderlijk wanneer één zorgprofessional zich bezighoudt met het zorgtraject van de nieuwkomer (Robertshaw et al., 2017). Een cultuursensitieve houding, zoals een empathisch vermogen, tonen van compassie, sensitief handelen en interesse tonen in de achtergrond van de cliënt draagt bij aan het verkrijgen van vertrouwen (Robertshaw et al., 2017).

**Metten van tevredenheid.** Het meten van tevredenheid tijdens het eerste contactmoment is belangrijk om de verbinding te leggen tussen de JGZ-professional en Syrische gezinnen wat vervolgens bijdraagt aan betere aansluiting op zorgbehoefte (NCJ, 2013; Rijksoverheid, z.d.). In de huidige praktijksituatie wordt tevredenheid voornamelijk gemeten op een overstijgend niveau. Bijvoorbeeld aan de hand van de PPP-methode en de CQ-vragenlijsten (Nivel, 2009 & GGD Hollands Noorden, 2017). Dit zijn gestandaardiseerde methodieken die eens in de zoveel tijd worden afgenomen. Door middel van de vragenlijsten wordt achterhaald wat cliënten belangrijk vinden in de zorg en wat hun ervaringen zijn met betrekking tot de dienstverlening. Het bevat componenten als bereikbaarheid, openings- en wachttijden, hygiëne, contact met de professional etc.

Dit onderzoek richt zich specifiek op het vinden van een manier om tevredenheid van Syrische ouders op individueel niveau te meten, dus tijdens het gesprek met ouders. Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld de vraag te stellen: “*Bent u tevreden over...?*”. Of mogelijk kan er gezocht worden naar meer indirecte vormen. Het meten van tevredenheid draagt bij aan de empowerment van ouders doordat ouders in hun eigen kracht worden gezet en zelf de regie blijven houden over de opvoeding van hun kind (De Winter, 2012; NCJ, 2013).

### **Huidig onderzoek**

Huidig onderzoek richt zich op een eerste oriëntatie naar barrières en kansen die specifiek aandienen tijdens het eerste contactmoment met JGZ en hierbij wordt de nadruk gelegd op het perspectief van Syrische ouders. Vervolgens wordt er gekeken of er een vertaalslag gemaakt kan worden naar het meten van tevredenheid. Resultaten van de huidige studie zullen nieuwe inzichten gaan geven die specifiek gelden voor de JGZ. De volgende deelvragen zijn geformuleerd: *Welke barrières en kansen ervaren Syrische ouders en JGZ-professionals tijdens het eerste contactmoment?* en *2) hoe kunnen JGZ-professionals op de tevredenheid van Syrische ouders meten?*

Verwacht wordt dat Syrische ouders waarde hechten aan een *goede uitleg* van het JGZ-systeem, omdat zij mogelijk nog geen kennis hebben van het preventieve JGZ-systeem (Mulders & Tuk, 2016). Ten tweede wordt de *taalbarrière* ervaren als een belemmering en professionele tolken kunnen deze barrière verminderen (Fransen, Harris & Essink-Bot, 2013). Ten derde wordt verwacht dat *tijd* een belangrijke rol speelt in het faciliteren van de communicatie en goede uitleg (Robertshaw et al., 2017). Ten vierde wordt verwacht dat aangaan van een *vertrouwensband* een ingang geeft tot een goede zorgrelatie (Suurmond et al., 2010; Robertshaw et al., 2017) Tot slot wordt verwacht dat de vraag naar tevredenheid niet direct gesteld kan worden, omdat er in de Syrische cultuur bijna niet gevraagd wordt naar een mening en Syriërs een meer indirecte vorm van communicatie hanteren (Merkin & Ramadan, 2016).

### **Methode**

#### **Procedure**

Huidig onderzoek betreft een kwalitatief explorierend onderzoek onder Syrische ouders en JGZ-professionals, in opdracht van en begeleid door een projectgroep (dr. S. Goosen en drs. ing. A.J. Krähe) vanuit GGD GHOR Nederland. Mevr. L. Faham heeft het project ondersteund en vertaald tijdens de interviews. De interviews zijn afgenomen in de maanden april en mei 2018.



Ouders hebben de keuze gekregen om het interview af te nemen in het Nederlands, Engels, Arabisch of een mix hiervan. Er is *informed consent* toegepast waarbij ouders ten eerste zijn uitgenodigd om te participeren via een Nederlands en Arabisch geschreven brief met uitleg over het interview en anonimiteit en daarnaast is er aan het begin van het interview toestemming gevraagd en het akkoord is vastgelegd op recorder.

### Participanten

Er zijn interviews afgenomen met vier JGZ-professionals (1 jeugdarts en drie verpleegkundigen) en vier Syrische ouders. Professionals zijn benaderd via het netwerk van de projectgroep. De JGZ-professionals hebben ruime ervaring met het werken met de doelgroep, waarvan 1 professional in het AZC. De Syrische ouders wonen al een tijd in Nederland en hebben ervaring met zowel JGZ voor 0-4 als JGZ 4-18. De gezinnen werden bereikt via de jeugdartsen en -verpleegkundigen en het netwerk van GGD GHOR Nederland. Tabel 1 laat een overzicht zien van kenmerken van de respondenten die geparticipeerd hebben.

Tabel 1

#### *Profielomschrijving respondenten*

<b>Respondent/ Alias</b>	<b>Sekse</b>	<b>Taal interview</b>	<b>Taal resultaten</b>	<b>Verblijf 1<sup>e</sup> contact- moment</b>	<b>Aantal kinderen</b>
Ouder A	Vrouw	Arabisch/NL	NL	Gemeente	1
Ouder B	Man	Engels	Engels	AZC	3
Ouder C	Vrouw	NL	NL	Gemeente	3
Ouder D	Vrouw	NL	NL	Gemeente	3
<b>Respondent</b>	<b>Sekse</b>	<b>Taal interview</b>	<b>Functie</b>	<b>Ervaring</b>	
Professional A	Vrouw	NL	Arts	Gemeente	
Professional B	Vrouw	NL	Verpleegkundige	Gemeente	
Professional C	Vrouw	NL	Verpleegkundige	Gemeente	
Professional D	Vrouw	NL	Verpleegkundige	AZC	

## **Meetinstrumenten**

Er is gebruik gemaakt van kwalitatieve interviews middels open, niet-suggestieve vragen, waardoor er ruimte werd gecreëerd voor verhalen van de respondenten (Baar, 2002). De vragen voor Syrische ouders zijn geformuleerd vanuit het perspectief van de Syrische cultuur. Dit wil zeggen dat een directe manier van vraagstelling is vermeden. Voorbeeldvraag ouders: *‘Wat is voor u waardevol in het contact met de professional, waar u blij van wordt?’* en *‘Zou u uw ervaring met het JGZ-contactmoment met ons willen delen?’* en voorbeeldvragen professionals: *Benadert u Syrische gezinnen anders dan andere gezinnen?* en *‘Besteedt u aandacht aan het vragen naar tevredenheid bij Syrische ouders?’* De interviewers hebben doorgevraagd op antwoorden van de respondent om aan meer informatie te komen.

## **Data-analyse**

Om de interviews te analyseren is er gebruik gemaakt van een kwalitatieve analyse. Dit houdt in het zo gedetailleerd mogelijk beschrijven en interpreteren van gebeurtenissen, situaties, interacties en personen naar aard of eigenschap (Baar, 2002). Data is getranscribeerd in het Nederlands of Engels en gecodeerd in het Nederlands door middel van het programma Nvivo (Nvivo, 2018). In de gevallen waarbij Arabisch werd gesproken, is het getranscribeerd naar het Nederlands. Dit kan bias opleveren, maar dit werd zoveel mogelijk gereduceerd doordat mevr. Faham de juiste interpretatie kon geven aan de vertaling. Respondenten die Engels spraken, gebruikten de grammaticale structuur vanuit de Arabische taal, waardoor antwoorden anders geïnterpreteerd konden worden. Mevr. Faham heeft hier wederom de juiste interpretatie aan heeft kunnen geven. Citaten in de resultatensectie zijn in enkele gevallen herschreven, omdat het anders niet goed leesbaar.

## **Resultaten**

De resultaten van het onderzoek zijn onderverdeeld in barrières en kansen. De barrières benadrukken wat er volgens ouders en JGZ-professionals tijdens eerste consult heeft plaatsgevonden en niet heeft bijgedragen aan tevredenheid van ouders. De kansen geven aan hoe deze barrières volgens ouders en professionals aangepakt kunnen worden.

### **Barrière 1 - Kennis van het systeem**

**Verwachting JGZ.** Volgens JGZ-professionals weten ouders niet wat zij kunnen verwachten van de JGZ in Nederland, omdat het zorgsysteem in Syrië anders is. Het blijkt echter dat ouders wel een algemene verwachting hebben, namelijk de verwachting dat ze naar een

gelijksortige gezondheidszorg zoals ze gewend zijn vanuit Syrië, dus een specialist die er is voor alle problemen. Ter illustratie een citaat van ouder B: *“Yes when she told me the story I thought she would do everything for her.” ... “Yes, high expectations.”* Zij linken de verwachting aan kennis die zij al hebben van het zorgsysteem in Syrië, daar waar ze voor alle problemen naar een specialist gaan. Het gevolg is dat ouders ook van de JGZ verwachten dat zij terecht kunnen voor al hun problemen. Omdat ouders veel van de JGZ-professionals verwachten, waaronder taken die niet tot de JGZ behoren, zien ouders geen resultaat wat leidt tot ontevredenheid. Citaat ouder B: *“She could have send a message to COA, that the children must not go to the same toilet. So I can get another room and place and then all the things that she could give me some advice.”* Deze ouder werd niet geholpen met waar hij om vroeg en dit heeft geleid tot frustratie.

**Terminologie.** Zowel professionals als ouders geven aan dat ouders onbekend zijn met de term *preventie* en *zorgbehoefte*. Het is voor Syrische ouders niet gebruikelijk dat zij met een gezond kind naar een zorginstelling gaan. Citaat ouder B: *“Alleen als de baby een probleem heeft dan gaat die gewoon naar de specialist.”* Professionals geven aan het lastig om de zorgbehoefte van ouders te achterhalen, omdat zij dit niet gewend zijn. Citaat professional C: *“Het zijn maar weinig mensen die echt zelf met dingen komen. Van he, ik maak me zorgen om mijn kind dit of dat.”* De ouders verwachten echter dat de JGZ-professional weet waar ouders behoefte aan hebben, dus dat zij zelf niet hoeven te indiceren. In Syrië vertellen dokters in het ziekenhuis wat er precies moet gebeuren. In het geval dat de ouder zelf zijn zorgt behoefte heeft gedeeld, heeft dit geleid tot geen antwoord en zelfs wantrouwen in de deskundigheid van de JGZ-professional. Citaat ouder B: *“She controlled my daughter's eyes, so I told her: why don't you do that? Because sometimes my daughter complains about her ears. The professional didn't want to do that, she did it, but only after I asked for it.”* Ouder B geeft aan dat hij moest indiceren voor extra oogcontrole, waardoor hij dacht dat de professional zelf niet kundig genoeg was, want in zijn ogen had hij dit niet hoeven te vragen. Ouders weten daarnaast niet goed wat hun rechten zijn in het contact met de JGZ. Citaat ouder C: *“Wij weten niet welke rechten en plichten wij hebben. Wij weten niet, niets daarover in Nederland.” ... “Misschien kan de ouder het niet begrijpen, dus ik vraag dan waarom en een professional antwoordt.”* Deze ouder geeft aan dat uitleg over rechten en plichten van de ouder belangrijk is, zodat zij onder andere weten dat zij juist hun zorgbehoefte kunnen delen en dat dit ook verwacht wordt van ze.

**Vragen stellen.** Een ander opvallend resultaat benadrukt dat ouders moeite hebben met de vragen die hen gesteld werden tijdens het eerste contactmoment. Citaat ouder C: *“Wat drinken jullie thuis” ... “koopt jullie moeder melk of pakje van sap?” ... “ik vind dat niet leuk.” en D gaf aan: “Nee maar heel veel vragen, ik vind het heel veel vragen en het is de eerste keer, ik weet niet dat ik ga heel veel vragen beantwoorden.”* Ouders geven aan dat zij het niet prettig vinden dat deze vragen gesteld worden, omdat zij deze vorm van vragen niet gewend zijn en het hen van tevoren niet is uitgelegd. Ouders krijgen juist het gevoel dat ze gecontroleerd worden en dat de JGZ-professional hen niet vertrouwt. Citaat ouder C: *“Mijn contactpersoon zei dat ik ga naar een plaats om gezonde, controleren, meten, wegen, ogen checken en voor de oren. Ik begrijp dat het is een medische afspraak, maar niet heel veel vragen.”* en Citaat ouder D: *“Ja de eerste keer, ik vond dat een beetje raar, waarom waarom?”* Citaat ouder A: *“Als ze mij de reden achter de vraag hadden uitgelegd, was ik er oke mee. Het antwoord hoef ik niet achter te houden, maar door het mij te vragen zonder dat ik de reden weet... Als ze hadden gezegd ik heb hier antwoord op nodig voor deze en dit doel, dan geef ik natuurlijk antwoord.* Dit betreft wederom de onbekendheid met het preventieve JGZsysteem, waarbij ouders meer behoefte hebben aan uitleg.

**Uitleg handelingen.** Dit overkwam een ouder toen haar kind werd gewogen en haar gewicht te veel was. De professional keek boos om dit aan te duiden en dat vond de ouder vervelend. Citaat ouder C: *Mijn dochter was te dik en zij ging haar wegen, en zij doet zo: \*ouder kijkt boos\*” ...” Ze keek boos en ik begrijp het niet”...”* Ze begreep het niet en had behoefte aan uitleg, daarnaast had ze liever dat ze het op een positieve manier naar het kind had gebracht. Citaat ouder C: *“Het was het beste als zij zei: ooh, een beetje gezond eten, moet bewegen en goed sporten, dansen, zoals een grapje aan het kindje, niet aan de moeder. Het was beter dan de boze blik”.* Dit benadrukt de urgentie om zowel de ouders als het kind goede uitleg te geven over een situatie. Een andere ouder gaf aan dat de professional haar kind abrupt uitgekleeft had, wederom zonder uitleg. Citaat ouder C: *“Ja maar ook meer uitleggen. Zij ging mijn zoon uitkleden en dacht ik? waarom?”.* Dus uitleg over handelingen van de professional en ouders meer meenemen in het proces is belangrijk ter bevordering van de tevredenheid in de zorgrelatie.

### **Kans betreft barrière 1 - Goede uitleg van het JGZ-systeem**

Ouders die al een tijd in Nederland wonen, waarvan het eerste contactmoment een aantal jaar geleden heeft plaatsgevonden geven aan nu meer tevreden te zijn dan voorheen, omdat zij nu

meer kennis hebben van het preventieve zorgsysteem. Citaat ouder D: *“Ja, ja. Nu weet ik wel dat het systeem hier moet kijken naar de gezondheid van alle kinderen. En op elke leeftijd moet het zo en zo, maar vroeger wist ik dat niet.”* ... *“Ja ik heb meer kennis met het systeem. Ik heb meer contact, ik weet nu wat ik moet doen.”* Deze ouder wist na meerdere consulten dat de JGZ niet hetzelfde is als de zorg die in Syrië geboden wordt en dus zelf haar zorgbehoefte moet delen, anders gebeurt er niets. Citaat ouder B: *“In the beginning I didn’t want to go back to JGZ. I felt that it was every time the same. But I know now that I don’t have to be expect a lot from them.”* Deze ouder ontdekte na meerdere consulten en uitleg dat JGZ er niet overal een oplossing voor kon geven, dus hij had zijn verwachting bijgesteld. Ook goede uitleg geven over de reden achter de manier van vraagstelling omtrent het leefgebied van het kind kan het wantrouwen van ouders wegnemen. Citaat ouder D: *“Ja ze hadden beter uit moeten leggen.”*... *“Maar daarna ja, nu vind ik het heel belangrijk dat ze die vragen stellen.”*

### **Barrière 2 - Taalbarrière**

Zowel ouders al professionals ervaren een taalbarrière wat communiceren moeilijker maakt. Professionals een tolk in als dit kan, maar sommige gevallen mag dat niet, omdat het te veel geld kost. Citaat professional A: *“Nee daar zijn ze vrij streng in vanuit mijn GGD, omdat het zelf betaald moet worden en ik merk dat ik wel soms vragen achterwege laat, omdat ik denk dit is zo ingewikkeld om uit te leggen.”* Het gevolg van de restrictie vanuit de GGD om geen tolk in te zetten, is dat vragen en uitleg aan ouders sneller achterwege gelaten worden. Ook geeft een professional aan dat het soms beledigend kan zijn om een tolk in te zetten. Ouders geven aan dat in het geval dat er geen tolk wordt ingezet, maar de professional ervoor kiest om het gesprek in het Engels te voeren of het kind als tolk te laten dienen, ouders niet in staat zijn om uitleg te vragen over onduidelijkheden of vragen te stellen. Citaat ouder D: *“Oh nee nee, zij vonden mij een klein beetje Engels praten, hoefde niet een tolk te vragen ofzo. Zonder tolk. Met een tolk, ja dan ga ik heel veel vragen.”* ... *“Ja, ik wilde eigenlijk wel vragen waarom, maar ik spreek de taal niet goed.”* Ouders geven aan wel vragen te willen stellen over bijvoorbeeld het JGZ-systeem, de reden achter de manier waarop professionals vragen stellen of het delen van behoeften.

### **Kans barrière 2 - Professionele Tolk**

Ouders geven als oplossing dat zij het liefst de intake voeren met een geschoolde Syrische tolk die fysiek aanwezig. Citaat ouder B: *“No, assistant person. Then they will understand it better. For example, if there is a social worker from Syria who is the assistant, then*

*it will be better to understand. She will understand me very good.*” Deze ouder geeft aan dat wanneer er een Syrische professional als tolk dient, hij verwacht dat professionals hem beter zal begrijpen. Professionals benadrukken de belangrijkheid om ten alle tijden een tolk in te kunnen zetten. Citaat professional A: *“Ja dat zou ik, als ik bij alle mensen een tolk zou mogen gebruiken dan zou ik wel makkelijker dingen bij mensen kunnen uitvragen.”* Daarnaast noemen professionals dat zij google translate gebruiken of handgebaren gebruiken om dingen uit te kunnen leggen.

### **Barrière en kans 3 - Tijd**

Tot slot noemen zowel ouders als professionals dat ze het prettig vinden wanneer een er meer tijd is om het gesprek aan te gaan. Een professional geeft aan dat er veel besproken moet worden tijdens zo'n eerste huisbezoek en laat weten dat het vaak niet past in een eerste contactmoment. Citaat professional B: *“Soms is het zo dat je huisbezoek zoveel informatie of vragen bevat dat het gewoon teveel is in het begin en dat je dat gewoon opgesplitst in meer huisbezoeken.”* Tijd wordt genoemd als een barrière, maar professionals weten al goed hun kansen hierin te faciliteren door langere consulten in te plannen of twee huisbezoeken te doen. Op die manier kunnen ze meer aandacht schenken aan de communicatie, uitgebreider stilstaan bij belangrijke onderwerpen en meer informatie verschaffen. Citaat professional C: *“Je neemt altijd meer tijd. Je neemt de tijd om er naartoe te gaan.”* en Citaat professional B: *“Je gaat er al naartoe met dat je weet dat het meer tijd kost.” ... “En dat je de tijd maakt om bij mensen thuis onderwerpen te bespreken.”*. Ook ouders geven aan dat zij het prettig vinden wanneer professionals tijd geven om ze uit te laten praten. Citaat ouder D: *“Ook ik vind mijn Nederlandse taal nog niet helemaal goed maar zij vinden dat niet erg. Ik ga proberen uit te leggen en zij geven mij die tijd.” ... “Als iemand nu zegt van wat? Wat? Dan ga ik stoppen met uitleggen, haha echt. Ja. Maar bij hun geen probleem, als ze tijd geven.”* Juist omdat er vaak een taalbarrière aanwezig is, helpt het ouders wanneer professionals ouders rustig uit laten praten.

### **Barrière en kans 4 - Vertrouwen**

**Open en persoonlijk opstellen.** Zowel ouders als professionals geven aan dat ze beter in contact komen met elkaar wanneer professionals zich persoonlijk en open opstellen. Hiermee wordt bedoeld dat een professional zich in eerste instantie persoonlijk opstelt in plaats van gelijk in de professionele rol te schieten. Citaat professional C: *“In eerste instantie ben ik mens en daarnaast ben ik verpleegkundige arts en maatschappelijk werkster. Voor mij is dat in ieder*

*geval wel heel belangrijk om contact te krijgen.”* Zodra de professional binnenkomt, gelijk de papieren op tafel legt en begint met het stellen van vragen, bevordert dit de zorgrelatie niet. Syrische ouders hebben nog weinig tot geen contacten in Nederland en de JGZ-professional is een van de eerste personen die Syrische ouders ontmoeten in Nederland. Citaat ouder D: *“We hebben geen familie hier, als professionals zeggen dat ze begrijpen dat wij geen familie hebben en wij zijn hier als tweede familie, ik weet dat het niet hetzelfde is, maar wel zoiets parallel. Diegene die zeggen dat ze onze situatie begrijpen en ze het weten, daarbij voel ik me comfortabel en stel ik me ook open, maar diegene die dat niet doen, daarbij kan ik dat niet doen.”* ... *“Niet alleen relatie tussen werker en cliënt, maar meer dan dat.”* Ouders vinden het prettig wanneer het contact wat warmer en persoonlijker is, zodat ouders zich open durven te stellen. Daarnaast wordt door professionals en ouders benoemd dat begrip tonen voor de situatie, ouders welkom te laten voelen, luisterend oor bieden de zorgrelatie bevordert. Citaat professional B: *“Je bent toch wel vaak een van de eerste mensen aan wie zij even hun verhaal kwijt kunnen met name als het over hun kinderen gaat enzo en ook gezinshereniging en dat is wel gewoon wat je merkt op het eind van dat ouders en moeders daar vaak wel heel blij mee zijn.”* Dus aandacht voor de situatie en het verhaal van de ouder is waardevol.

**Gezondheid kind.** Het feit dat JGZ er is voor de gezondheid van de kinderen vinden ouders prettig, dus ze zijn erg blij met deze vorm van zorg. Ook professionals benoemen dit als een belangrijke factor, omdat ouders vluchten voor o.a. een betere toekomst voor hun kind. Citaat professional B: *“Meteen al een opmerking maken over het kind, en het contact zoeken met het kind. Juist voor deze kinderen hebben ze deze weg genomen dus iemand met aandacht voor hun kind met de groei en ontwikkeling.”* en citaat ouder A: *“Alle moeders zijn blij als een dokter je kind controleert en goed zeggen en meer tijd geven aan kinderen ja. Bij een arts, dan heb je 10 minuten, maar een professional kijkt naar meer.”* Dus ouders vinden het prettig dat de JGZ meer tijd en aandacht besteedt aan hun kind, dan de dokter doet. Daarbij benadrukken professionals dat het naast de aandacht voor het kind, ook belangrijk is om aandacht te vestigen op het systeem rondom het kind en de situatie van het gezin. Citaat professional D: *“Maar ik vind het ook altijd heel belangrijk om te weten van hoe gaat het met jullie, hoe gaat het met de ouders, slapen jullie ook goed.”* Dus aandacht voor de gezondheid van ouders is ook een belangrijke factor, omdat het welzijn van ouders invloed heeft op het welzijn van het kind.

**Trauma.** Professionals zijn van mening dat je niet meteen moet vragen naar een mogelijk aanwezige trauma, maar dat het iets is wat je moet aftasten of je er tijdens een eerste contactmoment al naar kunt vragen. Citaat professional B: *“Je kunt niet een eerste huisbezoek meteen naar iemands trauma vragen” ... “Omdat je gewoon ook wel weet, dat mensen uit hele nare situatie komen en dat weet je gewoon. Dus altijd ja vind ik wel heel voorzichtig aftasten.”* Het is dus belangrijk om aan te voelen of je wel of niet kunt vragen naar een mogelijk trauma of de situatie waar ze uit komen.

**Negatieve gezichtsuitdrukking vermijden.** Ouders ervaren een negatieve sfeer wanneer professionals een negatieve gezichtsuitdrukking gebruiken om iets aan te duiden. Dit gebeurde in het voorbeeld dat al eerder is genoemd waarbij een professional boos keek wanneer het kind wat overgewicht had. Het heeft voor onrust gezorgd bij de ouder en zij vond dit ook geen goede communicatie naar haar kind. Ze had het liever verbaal en op een meer positieve manier willen horen.

### **Terugkomen bij JGZ**

In het geval dat een ouder zelf contact had opgenomen met JGZ, was omdat de professional haar persoonlijke contactgegevens had gegeven, haar kinderen al eerder had gezien. Citaat ouder D: *“Ik kon via de telefoon een foto sturen en mijn huisarts kende hun nog niet, en de professional was hier al geweest en zij kent hem wel.”* Ze vertrouwde de professional dus meer vanwege bekendheid met de kinderen. Professionals die werken in de gemeente geven aan eerder hun persoonlijke contactgegevens te geven, maar dan in het geval zij zich wat meer zorgen maken om een kind. Citaat professional A: *“Sommige kinderen wil je gewoon net wat beter volgen en dan kan ik zelf contact op nemen maar ik kan ook zeggen van je mag ook contact met mij opnemen”.* Interviewer: *“En is dat dan ook een makkelijkere manier om contact op te nemen? Persoonlijker?”* *“Ja misschien wel, dat als je een persoon hebt, dat je dan niet een hele organisatie hoeft te bellen maar dat je een persoon gewoon kunt contacten.”* Dus het kan ook de drempel voor ouders verlagen om contact op te nemen wanneer het direct persoonlijke contactgegevens zijn.

### **Tevredenheid meten**

Naast de ervaren barrières en mogelijke kansen, is er getoetst of de vraag naar tevredenheid toegepast kan worden tijdens het eerste contactmoment met de JGZ. Ouders geven aan deze manier van vraagstelling niet gewend te zijn. In Syrië wordt er niet gevraagd naar

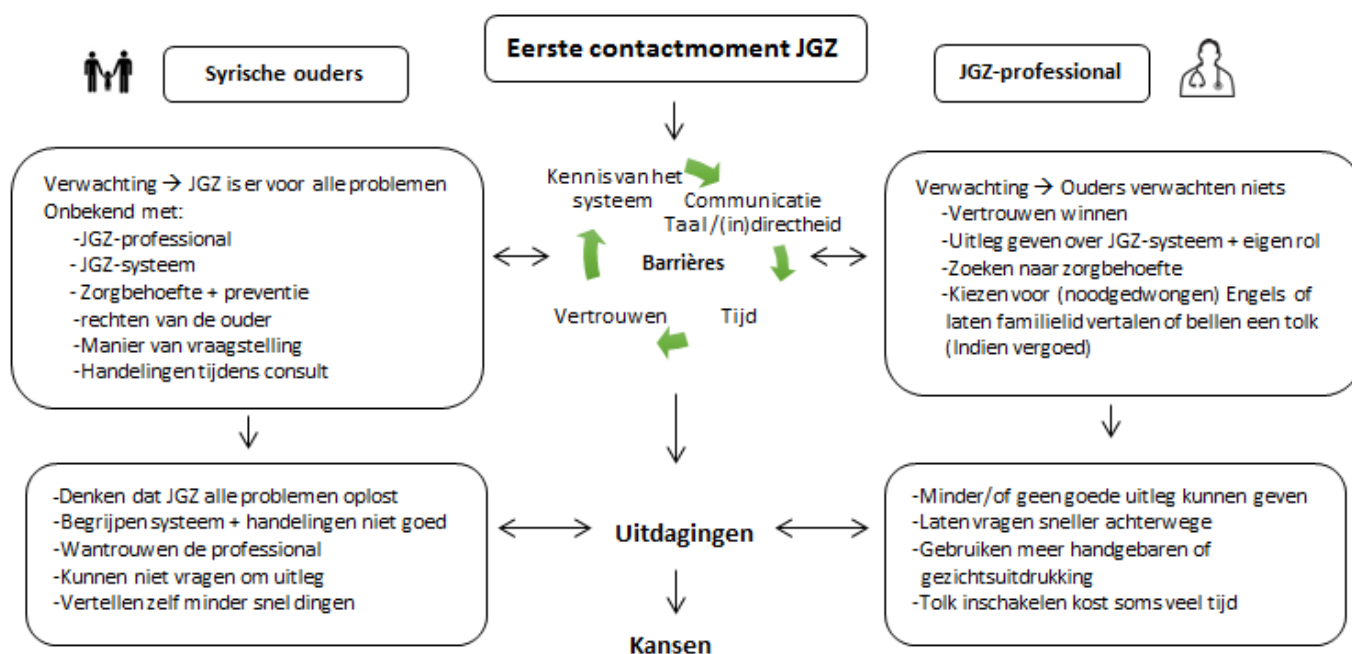


andermans mening, laat staan tevredenheid. Citaat ouder B: *“And that is because most of them they don’t know asking for satisfaction, it is very new the culture.”* Ouders geven aan dat de kans op geen antwoord of een sociaal wenselijk antwoord daarom groter is. Maar zij sluiten echter niet uit dat je de vraag gewoon kunt stellen, zolang je goede uitleg geeft over waarom die vraag wordt gesteld. Citaat ouder C: *“Nederlanders, directe mensen gaan het gewoon vragen. Niet een andere manier, ja de vraag gewoon stellen. Ik vind de Nederlandse manier gewoon goed.” ... “Maar voor andere mensen, andere Arabische mensen, volgens mij gaan zij niet direct antwoorden, misschien hebben zij ook niet goed de taal om het uit te leggen. Zoals toen ik hier kwam, toen ik het niet kon vragen.”* Deze ouder benadrukt dat de vraag voor haar nu wel zou werken, omdat ze de taal spreekt en het concept nu wel begrijpt, maar ze twijfelt of nieuwkomers het tijdens het eerste contactmoment ook zouden zeggen, omdat zij mogelijk nog de taalbarrière ervaren waardoor ze niet kunnen vragen om meer uitleg.

Professionals geven aan tevredenheid een lastig topic te vinden en hier niet expliciet naar vragen. Ze denken dat deze vraag mogelijk niet zo gesteld kan worden, omdat zij ook beamen dat ouders deze vraag niet gewend zijn, het te direct is en de kans op een sociaal wenselijk antwoord groot is. Citaat professional B: *“Nou ik denk, nou ik vermoed dat ik een sociaal wenselijk antwoord krijg. Ja, dus ja in die zin.”* Professionals geven daarnaast aan dat het meten van tevredenheid iets intuïtiefs is en ze dat op die manier meten. Citaat professional D: *“Ja ik heb altijd wel het idee dat het iets intuïtiefs is eigenlijk.” Ja of tevreden ja, dat vind ik heel lastig om, ja zijn mensen tevreden”.* Professionals geven aan wel aandacht te schenken aan een meer indirecte vorm van vragen naar tevredenheid of ouders bijvoorbeeld nog vragen hebben of nog dingen willen weten.

Figuur 1 geeft een volledig overzicht van de ervaren barrières, uitdagingen, kansen en vragen om tevredenheid op microniveau te meten.

Figuur 1  
Eerste contactmoment JGZ



Organisatorische voorziening + professionele competentie	Metten van tevredenheid → voorbeeldvragen
(1) Extra tijd incalculeren voor een eerste intake <sup>1</sup>	(1) Heeft u de tijd om ... uur af te spreken? Vindt u het goed als ik de intake onderverdeelt in twee afspraken?
(2) Inzetten van een geschoolde tolk of persoonlijk assistent <sup>1 2 3</sup>	(2) Verstaan wij elkaar? Begrijpt u wat ik zeg? Is dit voor u een prettige manier van communiceren?
(3) Persoonlijk + open opstellen Wat over jezelf vertellen Vragen naar familie van gezin Luisterend oor bieden Ouders tijd geven om te laten spreken Niet gelijk vragen naar een mogelijk trauma Contact zoeken met het kind Empathie, compassie en sensitief handelen <sup>1</sup>	(3) Misschien kunnen verhalen delen om elkaar wat beter te leren kennen? Ik ben er voor de gezondheid van uw kind, maar als u ergens mee zit mag u het ook delen, vindt u dat prettig?.
(4) Ouder uitleg geven over JGZ-systeem – verwachting bijstellen Rol van JGZ-professional uitleggen <sup>1 4 5</sup> Preventie + zorgbehoefte + rechten van ouders Ouders actief betrekken bij iedere handeling + uitleg Negatieve gezichtsuitdrukking vermijden	(4) Heeft u al gehoord wat de JGZ doet? Wat verwacht u van de JGZ? Bent u bekend met het begrip preventie/zorgbehoefte? Weet u wat uw rechten zijn in dit gesprek?  (4) Ik ga u een paar vragen stellen omtrent het leefgebied van uw kind om .. en .. reden en niet om u te controleren. Begrijpt u waarom ik deze vragen stel? Ik ga uw kind uitkleden om .. en ... reden. Begrijpt u waarom dit wordt gedaan? Wilt u dit zelf doen of vindt u het goed als ik het doe? Ik weet niet zeker of ik het goed heb uitgelegd, kunt u misschien nog een keer herhalen wat preventie/zorgbehoefte inhoudt? Heeft u ergens vragen over?
(5) Mogelijkheid tot contact opnemen → persoonlijke gegevens	(5) Vindt u het prettig als ik mijn persoonlijke contactgegevens geef?

Noot. <sup>1</sup> Robertshaw et al., (2017), <sup>2</sup> Dotevall et al., (2018), <sup>3</sup> Fransen et al., (2013)

<sup>4</sup> Suurmond et al., (2010) <sup>5</sup> Suurmond et al., (2013)

## Discussie

Concluderend kan er gesteld worden dat een combinatie van (1) de kennis van het systeem, (2) de taalbarrière, (3) de tijd en (4) het vertrouwen de grootste uitdagingen met zich meebrengen voor het eerste contactmoment met JGZ. Deze bevindingen worden bevestigd vanuit de literatuur (Essink-Bot & Suurmond, 2016; Robertshaw et al, 2017; Suurmond et al., 2013; Suurmond et al., 2010). Organisatorische aspecten, zoals vergoeding van een tolk, en culturele competentie bieden een kans om de barrières aan te pakken. Daarnaast is het expliciet toetsen van tevredenheid niet de meest optimale manier om te meten of ouders ook daadwerkelijk tevreden zijn. De vraagstelling is mogelijk te direct, waardoor de kans op een sociaal wenselijk antwoord groter is. Het zou wel gevraagd kunnen worden wanneer ouders wat meer bekend zijn met het concept, dus mogelijk tijdens het tweede of derde contactmoment. Een interessante vertaalslag die gemaakt kan worden is het toetsen van tevredenheid op microniveau middels impliciete vraagstelling. De vragen kunnen gesteld worden op diverse momenten tijdens het contact, bijvoorbeeld daar waar professionals en ouders de barrières ervaren. De professional kan dan peilen of ouders tevreden zijn met de manier waarop het gesprek verloopt. Hierdoor neemt de professional de ouder actief mee in het gesprek wat bijdraagt aan empowerment van de ouders (De winter, 2012). De vragen kunnen zich toespitsen op de ervaring en beleving van ouders, zonder direct naar een mening te vragen. Vragen naar ervaring wordt sterk geassocieerd met tevredenheid (Bleich, Ozaltin & Murray, 2009) en aangezien deze vorm wat meer indirect is, kan het een effectievere manier zijn om tevredenheid te meten (Salisbury, Wallace & Montgomery, 2010).

Wanneer professionals de barrières in een logische volgorde aanpakken en op impliciete wijze toetsen of Syrische ouders tevreden zijn, vergroot dit de kans op een betere aansluiting op zorgbehoefte van de gezinnen en een gezondere kinderen. Een goede facilitatie van tijd en communicatie is noodzaak om een eerste intake te kunnen voeren. Vervolgens dient een professional zich eerst persoonlijk op te stellen om het vertrouwen te winnen en vanuit die positie is er ruimte voor uitleg over het JGZ-systeem en de professionele rol van de JGZ-professional.

### Eerste intake JGZ

**Tijd.** Ten eerste is het belangrijk om genoeg (1) *tijd* in te plannen om een eerste intakegesprek te kunnen voeren (Robertshaw, 2017). Ook kan een eerste intake mogelijk

opgesplitst worden in twee momenten. In tegenstelling tot bevindingen uit de literatuur, slaagt de JGZ erin om genoeg tijd in te calculeren voor een eerste intake. Organisatorisch gezien krijgen JGZ-professionals extra tijd en professionals zelf zijn in staat om deze tijd goed te benutten, door langere intakes te voeren of de intake op te splitsen in twee momenten.

Vragen die gesteld kunnen worden om op impliciete wijze tevredenheid te meten zijn: “*Heeft u de tijd om ... uur af te spreken?*” en “*Vindt u het goed als ik de intake onderverdeelt in twee afspraken?*”

**Taalbarrière.** De tweede uitdaging is het verlagen van de (2) *taalbarrière*. Het inzetten van een tolk is een goede oplossing, maar dit is niet voor iedere JGZ-instelling mogelijk, omdat zij hier geen vergoeding voor krijgen (Vermeulen et al., 2017). In het AZC worden tolken echter wel vergoed. Wanneer er geen tolk ingezet kan worden, dan wordt het gesprek in het Engels gevoerd of dient een familielid als tolk. Dit heeft een negatief effect op de communicatie, omdat de meeste ouders niet goed genoeg Engels spreken. Ouders komen zelf minder snel met verhalen, begrijpen uitleg en handelingen van de professional minder goed en vervolgens minder goed in staat om zelf vragen te stellen ter verduidelijking. Professionals geven aan minder goede uitleg te kunnen geven, moeilijkere vragen soms achterwege te laten, gebruiken meer handgebaren en het inschakelen van een tolk kost meer tijd. Ouders geven aan het liefst een Syrische geschoolde tolk bij het gesprek te willen hebben, die kennis heeft van het Syrische en Nederlandse zorgsysteem. Ook professionals benadrukken de urgentie om ten alle tijden een tolk te kunnen gebruiken.

Mogelijke vragen die gesteld kunnen worden om tevredenheid zijn: “*Verstaan wij elkaar?*”, “*Begrijpt u wat ik zeg?*” of “*is dit voor u een prettige manier van communiceren?*” Aan de hand hiervan kan de professional mogelijk een betere inschatting maken van de kwaliteit van de communicatie en maatregelen nemen wanneer de communicatie niet optimaal is.

**Vertrouwen van professional.** De volgende uitdaging is het (3) *vertrouwen* van de ouders te winnen. Voor Syrische ouders is de professional een van de eerste personen in Nederland die zij spreken (Suurmond et al., 2010). Een opvallend resultaat is dat ouders benadrukken hoe belangrijk zij het vinden dat de professional zich *persoonlijk* en *open* opstelt. Syriërs zijn gehecht aan familie en door de vlucht zijn zij verder bij hen vandaan. Ouders benadrukken dat de JGZ-professional een soort van ‘familie’ voor ze is. Dus een persoonlijk verhaal vertellen of zoeken naar raakvlakken om over te praten stimuleert de vertrouwensband.

Ook vragen naar familie en vrienden van het gezin, een luisterend oor bieden, ouders tijd geven om te laten spreken, het tonen van empathie, compassie en sensitiviteit draagt bij aan vertrouwen (Suurmond et al., 2010; Robertshaw, 2017). Tot slot benadrukken ouders dat ze het fijn vinden dat de professional aandacht heeft voor het kind en geruststelt dat het met de gezondheid goed komt of goed gaat komen. Professionals vinden het ook belangrijk om altijd even te vragen hoe het met de ouders gaat. Belangrijk hierbij is om niet meteen te vragen naar een mogelijk trauma, maar juist aftasten of ouders hierover willen spreken.

Mogelijke vragen die gesteld kunnen worden om tevredenheid zijn: *“Misschien kunnen verhalen delen om elkaar wat beter te leren kennen?”* en *“Ik ben er voor de gezondheid van uw kind, maar als u ergens mee zit mag u het ook delen, vindt u dat prettig?”*.

**Kennis van het JGZ-systeem.** De volgende uitdaging is om (4) *meer bekendheid omtrent het JGZ-systeem* te creëren bij Syrische ouders. Ouders hebben de verwachting dat JGZ er is voor alle problemen van hun kinderen, dus het is ten eerste belangrijk om uit te leggen met welke leefgebieden de JGZ zich bezighoudt en welke rol de professional heeft. Een mogelijke manier om ouders op een toegankelijke manier te voorzien van informatie is door, naast verbale uitleg, ook visueel materiaal aan te bieden. Bijvoorbeeld door actief gebruik te maken van het Arabisch gesproken filmpje over JGZ (GGD GHOR Nederland, 2017). Ten tweede zijn *preventie* en *zorgbehoefte* belangrijke begrippen die uitgelegd moeten worden. Ten derde geven ouders aan dat zij meer betrokken willen zijn bij iedere handeling die de JGZ-professionals verricht. Wanneer een kind bijvoorbeeld te veel weegt is juist goede uitleg belangrijk in plaats van een negatieve gezichtsuitdrukking tonen, omdat dat onrust kan creëren bij ouders. Ook abrupt het kind uitkleden, zonder uitleg te geven of toestemming te vragen kan gevoelig zijn voor ouders. Een laatste opvallend aspect is de manier van vraagstelling, wat voor ouders overkomt als een controle op hun eigen opvoedgedrag. In Syrië is opvoeden het minder gebruikelijk dat mensen buiten de familie om zich bemoeien met de opvoeding van het kind en het kan ouders mogelijk het gevoel geven dat hun eer wordt aangetast (SCP, 2015).

Mogelijke vragen die gesteld kunnen worden om aan te sluiten bij verwachting van ouders: *“Heeft u al gehoord wat de JGZ doet?”*... *“Wat verwacht u van de JGZ?”*... *“Bent u bekend met het begrip preventie?”*... *“Bent u bekend met het begrip zorgbehoefte?”*... *“Weet u wat uw rechten zijn in dit gesprek?”* Andere vragen: *“Ik ga u een paar vragen stellen omtrent het leefgebied van uw kind om ... en ... reden en niet om u te controleren. Begrijpt u waarom ik*

*deze vragen stel?”... “Ik ga uw kind uitkleden om .. en ... reden. Begrijpt u waarom dit wordt gedaan? Wilt u dit zelf doen of vindt u het goed als ik het doe?” ... “Ik weet niet zeker of ik het goed heb uitgelegd, kunt u misschien nog een keer herhalen wat preventie is?” .... “Ik weet niet zeker of ik het goed heb uitgelegd, kunt u mij uitleggen wat zorgbehoefte delen inhoudt?” en “Heeft u ergens vragen over?”*

**Contact opnemen met professional.** Syrische ouders nemen over het algemeen minder snel contact op met zorginstellingen. Wanneer zij behoefte hebben aan hulp zullen ze dit eerder in hun eigen familie (oma) of vriendenkring zoeken (SCP, 2015). Dit kan een mogelijke verklaring zijn waarom ouders pas contact opnemen met de professional, zodra zij de professional wat meer vertrouwen en diegene het kind wat beter kent. Daarnaast geven ze aan dat ze eerder contact op willen nemen zodra zij de professional persoonlijk kunnen benaderen, bijvoorbeeld via WhatsApp. Het is echter de keuze aan de professional zelf hoe of diegene ook persoonlijke contactgegevens wil delen.

Om te meten of ouders het opnemen van contact een prettige manier vinden kunnen de volgende vragen gesteld worden: *“Vindt u het prettig als ik mijn persoonlijke contactgegevens geef?”... “Neemt u contact met mij op zodra u een vraag heeft?”*

Door de focus te leggen op kansen en het meten van tevredenheid kunnen we er samen voor zorgen dat gezondheidsverschillen worden teruggedrongen en Syrische kinderen een veilige en gezonde toekomst krijgen in Nederland.

### **Limitaties en sterke kanten**

Uitkomsten van huidige studie kunnen niet gegeneraliseerd worden, omdat resultaten gebaseerd zijn op een kleine respondentengroep waarin voornamelijk vrouwen en jonge moeders aan het woord zijn gekomen. Daarnaast heeft de meerderheid van de respondenten ervoor gekozen om het gesprek in het Nederlands of Engels te voeren, waardoor zij vaak letterlijk vertaalden vanuit het Arabisch en zinnen verkeerd geïnterpreteerd konden worden.

Een sterke kant is dat mevr. L. Faham het onderzoek heeft ondersteund en het gesproken Engels en Nederlands op de juiste manier wist te interpreteren. Daarnaast heeft zij een grote bijdrage geleverd aan de ondersteuning van het onderzoek, waarbij haar culturele achtergrond en kennis van grote meerwaarde is geweest. De resultaten van het onderzoek zijn een aanwinst voor de wetenschap, omdat Syrische ouders aan het woord zijn geweest en dit nog zelden is voorkomen in onderzoek naar de JGZ.

## Aanbevelingen

### Aanbevelingen voor JGZ

1. Het College voor de Rechten van de Mens pleit voor een volledige vergoeding voor een tolk (Goudsmit & Dute, 2017). Huidig onderzoek benadrukt de urgentie om ten alle tijden een tolk in te kunnen zetten. Het is een pré wanneer de tolken een Syrische achtergrond hebben en fysiek kunnen participeren aan het eerste contactmoment.
2. Het wordt aanbevolen om de leefgebieden waar de JGZ zich mee bezighoudt visueel te maken voor Arabisch sprekende mensen om participatie in en kennis met de JGZ te vergroten. De GIZ-methodiek is een voorbeeld van een geschikte Nederlandse methodiek, die mogelijk vertaald kan worden naar het Arabisch (GGD Hollands Midden, 2016).
3. Tot slot is het interessant om te peilen of er JGZ-professionals met een Syrische achtergrond werkzaam zijn in de JGZ. De schatting is dat dit er weinig zijn. Het is een pré om JGZ-professionals in het team te hebben met een Syrische achtergrond

### Aanbevelingen voor verder onderzoek

1. Er kan onderzoek gedaan worden naar of de manier van het impliciet meten van tevredenheid op microniveau ook daadwerkelijk daadwerkelijk bijdraagt aan verbetering van kwaliteit van communicatie.
2. Verder onderzoek is nodig om een manier te vinden om tevredenheid te kunnen rapporteren. Daarnaast kan er onderzocht worden welke vervolgstappen er genomen kunnen worden wanneer de professional en ouders bijvoorbeeld geen klik voelen of niet voldoende met elkaar kunnen communiceren.
3. Tot slot is het interessant om te toetsen of de ervaren barrières m.b.t. het JGZ-systeem alleen voor Syrische nieuwkomers gelden of dat er ook Nederlandse ouders zijn die deze barrières ervaren. In Nederland leven veel culturen naast elkaar en er is een groot verschil in SES en opleidingsniveau (Volksgezondheidszorg, 2018).

Literatuur

- Baar, P. (2002). *Cursushandleiding kwalitatief analyseren voor pedagogen*. Utrecht: Universiteit Utrecht opleiding pedagogiek.
- Betancourt, J.R., Green, A.R. (2010). Commentary: Linking cultural competence training to improved health outcomes: Perspectives from the field. *Academic Medicine*, 85, 583-585. doi:10.1097/ACM.0b013e3181d2b2f3
- Bleich, S. N., Ozalltin, E., & Murray, C. J. L. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 271-278. doi:10.2471/BLT.07.050401
- Dotevall, C., Winberg, E., & Rosengren, K. (2018). Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan: A qualitative content analysis. *Elsevier*, 61, 155-161. doi:10.1016/j.nedt.2017.11.025
- Eldering, L. (2014). *Cultuur en opvoeding. Interculturele pedagogiek vanuit ecologisch perspectief*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Essink-Bot, M. L., & Suurmond, J. (2016). Culturele competenties: noodzaak in zorg voor asielzoekers en vluchtelingen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 94, 13-14. Geraadpleegd op <https://link-springer-com>
- Feldmann, C. T., Bensing, J. M., Ruijter, A., & Boeije, H. R. (2007). Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: To trust or not to trust? *Sociology of Health & Illness*, 29, 515-35. doi:10.1111/j.1467-9566.2007.01005.x
- Fransen, M., Harris, V. C., & Essink-Bot, M. L. (2013). Low health literacy in ethnic minority patients: understandable language is the beginning of good healthcare. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A5581. pmid:23548185



GGD Hollands Midden. (2016). *GIZ-methodiek*. Geraadpleegd van

[www.ggdhollandsmidden.nl](http://www.ggdhollandsmidden.nl)

GGD GHOR Nederland. (2016). *Review: Voeding en gezondheid bij asielzoekers- en*

*vluchtelingenkinderen*. Geraadpleegd van [www.ggdghorkennisnet.nl](http://www.ggdghorkennisnet.nl)

GGD GHOR Nederland. (2017). *Handreiking intake jeugdgezondheidszorg voor*

*statushouders*. Geraadpleegd van <http://www.pharos.nl>

GGD GHOR Nederland. (2017). *Hoe werkt de JGZ?* Geraadpleegd van

<https://www.youtube.com/watch?v=cpcSatBXTTk>

GGD Hollands Noorden. (2018). *Klanttevredenheidsonderzoek jeugdgezondheidszorg*.

Geraadpleegd van [www.ggdhollandсноorden.nl](http://www.ggdhollandсноorden.nl)

Goosen, S. (2014). *A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of*

*asylum seekers and refugees in the Netherlands*. (Proefschrift). Geraadpleegd

van [www.ggdghorkennisnet.nl](http://www.ggdghorkennisnet.nl)

Grove, N.J., & Zwi, A. B. (2006) Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine*, 62, 1931-1942.

doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.061

Goudsmit, S., & Dute, J. (2016). *Inzet tolk is een mensenrecht*. Geraadpleegd van

<https://pilpnjcm.nl>

Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., El Chammay, R., Deville-

Stoetzel, J.B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S.,

& Ventevogel, P. (2015). *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*. Geneva: UNHCR. Geraadpleegd van <http://www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf>
- Henderson, S., Horne, M., Hills, R., & Kendall, E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health & Social Care in the Community*, 26, 433-612. doi:10.1111/hsc.12556
- Hunter, P. (2016). The refugee crisis challenges national health care systems. *Science & Society*, 17, 492-495. doi:10.15252/embr.201642171
- Nivel. (2009). *CQ-index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling*. Geraadpleegd van [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)
- Nivel. (2016). *Zorgverleners: Meer professionele tolken nodig voor goede zorg*. Geraadpleegd van [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)
- MacFarlane, A., Dzebisova, Z., Karapish, D., Kovacevic B., Ogbemor, F., & Okonkwo, E. (2009). Arranging and negotiating the use of informal interpreters in general practice consultations: experiences of refugees and asylum seekers in the west of Ireland. *Social Science & Medicine*, 69, 210-214. doi:10.1016/j.socscimed.2009.04.022
- Merkin, R.S., & Ramadan, R. (2016). Communication practices in the USA and Syria. *Springer Plus*, 5, 845. doi:10.1186/s40064-016-2486-9
- Mulders, J., & Tuk, B. (2017). Syrische nieuwkomers in de gemeente. Geraadpleegd van <http://www.pharos.nl>
- NCJ. (2013). *Opvoedingsondersteuning*. Geraadpleegd van <https://www.ncj.nl/richtlijnen>
- Pharos. (2016). *Factsheet Syrische vluchtelingen*. Geraadpleegd van <http://www.pharos.nl>
- QRS International. (2018). Nvivo (for Mac version 11). Geraadpleegd van <http://www.qsrinternational.com>

Rijksoverheid. (z.d.). *Kwaliteitseisen zorginstellingen*. Geraadpleegd van

<https://www.rijksoverheid.nl>

RIVM. (2018). *Rijksvaccinatieprogramma*. Geraadpleegd van

<https://rijksvaccinatieprogramma.nl>

Robertshaw, L., Dhese, S., & Jones, L. L. (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 7, e015981. doi:10.1136/bmjopen-2017-015981

Rodgers, L., Gritten, D., Offer, J. & Asare, P. (2016). Syria: The story of the conflict. *BBC*. Geraadpleegd van <http://www.bbc.co.uk/news/world-middle-east-26116868>

Salisbury, C., Wallace, M., & Montgomery, A.A. (2010). Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ*, 341, c5004. doi.org/10.1136/bmj.c5004

Schouler-Ocak, M. (2017). Providing care for migrants and refugees. *European Psychiatry*, 41, 35. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.165

SCP. (2018). Syriërs in Nederland. Geraadpleegd van [www.scp.nl](http://www.scp.nl)

SCP. (2015). Opvoeden in migrantengezinnen. Geraadpleegd van [www.scp.nl](http://www.scp.nl)

Slinger, K., Peters, T., & Goosen, S. (2016). De organisatie van de (jeugd-)gezondheidszorg voor asielzoekers- en vluchtelingenkinderen in Nederland. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg*, 48, 90-93. Geraadpleegd op <https://link-springer-com>

Suurmond, J., Rupp, I., Seeleman, C., Goosen., & Stronks, K. (2013). The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. *Public Health*, 127, 668-673.

[doi.org/10.1016/j.puhe.2013.04.004](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.04.004)

Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Elsevier*, 30, 821-826.

[doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006)

UNHCR (2014). *Syria profile*. Geraadpleegd van <http://www.unhcr.org/sy>

Veening, E.P., Gans, R.O.B., & Kuks, J.B.M. (2009). *Medische consultvoering*. Bohn Stafleu van Loghum

Vermeulen, G., Slinger, K., Zonnenberg, I., Drijfhout, I., & Appels, R. (2017).

Asielzoekerskinderen en het rijksvaccinatieprogramma. *Tijdschrift voor*

*Jeugdgezondheidszorg*, 49, 14-17. Geraadpleegd van <https://link-springer-com>

VNG. (2018) *Jeugdgezondheidszorg*. Geraadpleegd van [www.vng.nl](http://www.vng.nl)

Volksgezondheidszorg (2018). *Sociaaleconomische status*. Geraadpleegd van

[www.volksgezondheiden.info](http://www.volksgezondheiden.info)

Winter de, M. (2012). *Socialization and Civil Society. How parents, teachers and others could foster a democratic way of life*. Rotterdam/Boston/Taipei: Sense Publishers.

ISBN: 9789462090903 <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdgezondheidszorg>

## Bijlage 1

*Intake Asielzoekers - PGA*

<b>Verpleegkundige intake</b>	<b>Medisch onderzoek</b>
Inzicht krijgen in gezondheidssituatie – somatische, sociale en psychische aspecten	Uitvoeren van anamnese (inclusief vrouwelijke genitale verminking risico-inventarisatie)
Gezondheidsgeschiedenis in kaart brengen. Aandacht voor geweld en infectieziekten	Vaccinaties bespreken
Uitvragen van vaccinatiestatus	Psychosociale anamnese afnemen
Metten en registreren van lengte en gewicht	Inventarisatie ingrijpende gebeurtenissen van het kind
Geven van adviezen naar aanleiding van signalen, klachten en problemen	Bij kinderen >6 maanden; hielprik
Opstellen zorgplan	Metten registreren van lengte, gewicht en schedelomtrek <1 jaar. Visusscreening en audiogram
	Inschatting maken van draagkracht en –last van het kind

*Noot.* Bron: GGD GHOR kennisnet, 2018

## Tabel 2

*Intake Statushouders (Handreiking intake, 2017)*

<b>Verpleegkundige intake</b>	<b>Medisch onderzoek</b>
Medische voorgeschiedenis, familie anamnese en allergieën	Evt. verpleegkundige anamnese uitdiepen
Ontwikkelingsanamnese: Motorisch, psychosociaal, cognitief, spraak- en taalvaardigheid en seksualiteit	Lichamelijk onderzoek: algemene indruk, mond, biometrie, gehoor, visus, hart en longen, heup testis bij <4 jaar, ander onderzoek op indicatie
Migratie anamnese: premigratie, migratie en postmigratie	
Huidige situatie: karakter kind, gezondheid, wonen & dagbesteding, toekomstperspectief, opvoeding, ouders en mondhygiëne.	

*Noot.* Bron: GGD GHOR kennisnet, 2018

Bijlage 2 – Topiclijst interview professionals

**Introductie**

- Ethische checklijst
- Akkoord met geluidsopname
- Anonimiteit
- Uitsluitend bestemd voor huidig onderzoek

**\*Introduceren van het onderwerp\***

Vraag 1: Hoe vaak werkt u met Syrische ouders (kinderen) en ook meerdere keren met dezelfde ouders?

\*Kunt u zich een Syrisch gezin voor zich halen waarmee u een eerste contactmoment had?\*

Vraag 2: Benaderde u dit gezin anders dan andere groepen?

Zo ja: waarom en op welke manier? Wat was opvallend?

Zo nee: waarom niet? Wat was opvallend?

Vraag 3: Besteed u aandacht aan het vragen naar tevredenheid bij Syrische ouders?

Zo ja: Op welke manier?

Zo nee: Of schat u de tevredenheid op een andere manier in ? Zo ja, op welke manier?

Vraag 4: Waaraan merkt u dat Syrische ouders tevreden zijn of juist niet?

Vraag 5b: Kunt u voorspellen of ouders weer terug komen en/of ouders adviezen opvolgen?

Vraag 5: Wat is volgens u waardevol voor Syrische ouders op het niveau van contact?

Vraag 6: Op welke manier peilt u de tevredenheid van Syrische ouders na het eerste contactmoment?

Vraag 6b: Hoe zou dit volgens u het beste gepeild kunnen worden?

Vraag 7: Besteedt u aandacht aan het aanmoedigen van de Syrische ouders om terug te komen of contact op te nemen wanneer er problemen zijn?

Zo ja: Hoe?

Zo nee: Denk u dat het belangrijk is om hier aandacht aan te besteden? Bent u bereid om er aandacht aan te besteden?

Vraag 8: Hoe belangrijk is het voor u om de tevredenheid van Syrische ouders te weten?

**Prompt:**

- De manier waarop vragen worden gesteld
- Uitleg geven over JGZ-systeem
- Vragen stellen in het begin/ruimte geven voor verhaal van Syrische ouder, of iets persoonlijks vragen: Wie ben je? Wat doe je? → dan maak je contact.
- Tijdsverloop (Tijd geven om te antwoorden)
- Expressies (treurig kijken kan bijvoorbeeld door Syrische ouders minder prettig worden ervaren)
- Gedrag/houding: Oogcontact, hand geven, luisterend oor
- Bejegening naar ouder en kind
- Taal
- Man of vrouw

Vraag 9: Wat vindt u van het onderwerp waar we zojuist over gesproken hebben?

Vraag 10: Wilt u nog iets met ons delen over dit onderwerp?

**Gegevens vragen**

**\*Afsluiting en bedanken\***

Bijlage 2 – Topiclijst interview Syrische ouders

**Introductie**

- Informatiebrief: Voorstellen, introduceren van het onderwerp, verwachting vanuit de kant van interviewers (open vragen) en tot slot vragen of wij ergens rekening mee kunnen houden.  
Ethische checklist
- Geluidsopname
- Anonimiteit
- Altijd een mogelijkheid om het gesprek te stoppen
- Data uitsluitend bestemd voor huidig onderzoek

**Vragen**

Vraag 1: Hoe heeft u van de JGZ gehoord? (Brief, via via, etc.) - Introductie filmpje!  
<https://www.youtube.com/watch?v=cpcSatBXTTk>

Vraag 2: Waarom bent u naar het JGZ contactmoment gekomen?

Vraag 3: Zou u uw ervaring met het JGZ contactmoment met ons willen delen?

Vraag 4: Wat kan een professional doen of juist niet doen tijdens het eerste contactmoment, waardoor u zich open durft te stellen?

**Prompts:**

→ Voelde u zich op uw gemak bij de professional?

Ja: Hoe kwam dat?

Nee: Hoe kwam dat? Wat kan een professional doen om u op uw gemak te stellen?

→ Heeft u kunnen vertellen waar u mee geholpen wilde worden?

Ja: Hoe kwam dat?

Nee: Hoe kwam dat? Wat kan een professional doen zodat u uw zorgbehoefte kunt delen?

→ Wat is voor u waardevol in het contact met de professional, waar u blij van wordt?

→ Wat vindt u prettig in het contact, waardoor u openheid en de ruimte voelt om nog dingen te kunnen zeggen tijdens en aan het eind van het gesprek?



**Prompt:**

*Professional:*

- De manier waarop vragen worden gesteld
- De personen aan wie vragen gesteld worden
- Uitleg geven over JGZ systeem
- Vragen stellen in het begin/ruimte geven voor verhaal van Syrische ouder, of iets persoonlijks vragen: Wie ben je? Wat doe je? → dan maak je contact.
- Tijdsverloop (Tijd geven om te antwoorden)
- Expressies (treurig kijken kan bijvoorbeeld door Syrische ouders minder prettig worden ervaren)
- Gedrag/houding professional: Oogcontact, hand geven, luisterend oor
- Bejegening naar ouder en kind
- Taal
- Man of vrouw

**Vraag 5 (Toekomst, de wil om terug te komen)**

Wanneer er een probleem is, zou de JGZ professional in u opkomen om contact mee op te nemen?

Ja: Waarom wel?

Nee: Waarom niet? Wat zou de professional kunnen doen, zodat u weer contact opneemt met die persoon als u een probleem heeft?

Vraag 6: Zou u met ons willen delen hoe u dit interview en het onderwerp heeft ervaren?

Vraag 7: Wilt u nog iets anders met ons delen?

Vraag 8: Heeft u nog een idee of een tip voor ons?

**Gegevens vragen**

**Afronden en bedanken**