

Master Thesis

Het verbeteren van welzijn van vluchtelingenkinderen binnen een middelbare schoolsetting



Universiteit Utrecht

Stef Maas, 4161610

M Arbeid, zorg en participatie

Begeleid door dr. Dorota Lepianka

Datum: 1-07-2018

Aantal woorden: 10.007

Abstract

Het huidige onderzoek heeft ten doel een holistisch beeld te geven van een aantal succesvolle strategieën voor het bevorderen van welzijn van vluchtelingenkinderen via de middelbare schoolsetting. Hier wordt de theorie van sociale ecologie voor gebruikt in combinatie met empirisch onderbouwde beschermende- en risicoprocessen. Een middelbare school die veel te maken heeft met vluchtelingenkinderen is het Schakelcollege Tilburg, casus voor dit onderzoek. Om deze casus in beeld te brengen is er een documentenanalyse gedaan en zijn er interviews met experts gehouden. Ter beoordeling van de mate van succes van deze praktijk hebben er interviews en focusgroepen plaatsgevonden met professionals van de school, persoonlijke mentoren van alleenstaande minderjarige vreemdelingen en ouders. Er blijkt veel goed te gaan bij de aanpak van de school. Er worden strategieën ingezet die aansluiten op beschermende- en risicoprocessen op microniveau, exoniveau en macroniveau. Met name het inzetten van een interdisciplinair zorgteam en het bevorderen van de veiligheid en een gevoel van toebehoren zijn succesvolle strategieën die de school inzet. De aanpak op het Schakelcollege Tilburg lijkt drempelverlagend te werken en vergroot de bereikbaarheid van haar kwetsbare leerlingen. Er wordt echter weinig gebruik gemaakt van de nodige mentale hulp. Daarnaast is er onvoldoende bekendheid over de zorg en zou er meer aandacht kunnen worden besteed aan seksuele voorlichting. Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden te achterhalen hoe mentale zorg beter aan kan sluiten op de doelgroep, door ouders en leerlingen in hogere mate te betrekken bij het onderzoek.

Het verbeteren van welzijn van vluchtelingenkinderen binnen een middelbare schoolsetting

Er is reeds veel aandacht voor het welzijn van vluchtelingenkinderen, omdat de instroom hoog is en zij een kwetsbare groep vormen. Zo stroomden er in 2016 naar schatting ca. 10.000 kinderen onder de 18 jaar Nederlandse gemeenten in. In Juni 2017 verbleven er in de opvangcentra 7.756 kinderen (Centraal Orgaan opvang Asielzoekers, 2018). Nu gemeenten steeds meer geconfronteerd worden met grote aantallen nieuwkomers en overal dezelfde vragen opkomen, is er behoefte aan onderzoek over hoe hier het beste mee kan worden omgegaan (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017).

Met het grootste deel van de vluchtelingenkinderen gaat het goed (Haker, 2016). Bij de meerderheid is er geen sprake van sociale-, gedrags- of psychologische problematiek (Anstiss, Ziaian, Procter, Warland, & Baghurst, 2009). Vluchtelingenkinderen maken het echter minder goed dan Nederlandse kinderen. Gemiddeld gaat het met 90% van de kinderen in Nederland goed; zij hebben geen last van psychosociale problematiek. Bij vluchtelingenkinderen in Nederland geldt dit naar schatting voor 80% (Haker, 2016). Zo hebben vluchtelingenkinderen vaker gezondheidsproblemen, zoals overgewicht, gebrek aan bewegen en vitaminetekorten (Gezondheidsraad, 2016). Verder hebben ze vaker te maken met psychosociale problemen, gedragsproblemen en kindermishandeling (Goossen, Stronks, & Kunst, 2014). Ook komen tienerzwangerschappen en SOA's meer voor (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017). Bij hen is er namelijk vaak sprake van een opeenstapeling van risico's voor welzijn. Dit doordat vluchtelingenkinderen grote en abrupte veranderingen in hun omgeving of context meemaken die gevolgen hebben voor het welzijn (Anderson et al., 2003).

Bovendien ontvangen vluchtelingen vaak niet de nodige zorg. Obstakels voor zorg zijn bijvoorbeeld een tekort aan taalondersteuning en onbekendheid met lokale diensten (Fazel, Doll, & Stein, 2009). Vluchtelingen maken weinig gebruik van mentale gezondheidszorg, wat te maken kan hebben met wantrouwen, stigma, culturele- of taalproblemen en het prioriteren van verblijfsgerelateerde stressoren (Heidi, Miller, Baldwin, & Abdi, 2011). Het organiseren van de zorg voor vluchtelingenkinderen is dus lastig, waardoor problemen mogelijk onopgemerkt blijven bestaan of groeien (Davidson et al., 2004).

Er bestaan diverse strategieën die gericht zijn op het bevorderen van het welzijn van vluchtelingekinderen. Onderzoek op dit gebied is echter gefragmenteerd en onvoldoende holistisch (Ehnholt & Yule, 2006). Er wordt vaak gebruik gemaakt van een gemedicaliseerd

raamwerk, wat weinig ruimte overlaat voor de rol van context (Murray et al., 2010). De context waarin vluchtelingenkinderen zich ontwikkelen laat zich kenmerken door abrupte en ingrijpende veranderingen en abnormale, mogelijk traumatische ervaringen, welke risico's kunnen vormen voor welzijn (Hamilton & Moore, 2003). Studies over het welzijn van vluchtelingenkinderen hebben daarom baat bij een holistisch perspectief waarbij de rol van context aan bod komt (Bronfenbrenner, 2009).

Een passende theorie hiervoor is de theorie van sociale ecologie. Deze theorie benadrukt de wederkerige invloed van contexten op het individu (Bronfenbrenner, 2009). Met de theorie van sociale ecologie kunnen processen met betrekking tot welzijn worden geordend naar ecologisch niveau; processen van dichtbij, tot ver van het individu af.

Hierbij vormt de schoolsetting een kruispunt waar ecologische niveaus of contexten samenkomen, zoals het individu, het gezin, leeftijdgenoten en de school. Zodoende kan een interventie zich richten op een bredere context, waaronder relaties met peers en docenten (Fazel et al., 2009; Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017). Daarnaast is school een centrale plek waar kinderen veel tijd doorbrengen, wat bereikbaarheid, toegankelijkheid en laagdrempeligheid vergroot (Betancourt & Khan, 2008; Fazel et al., 2009).

Het doel van het onderzoek is om een holistisch beeld te verkrijgen hoe het welzijn van vluchtelingenkinderen via de schoolsetting succesvol kan worden vergroot. De theorie van sociale ecologie wordt hiervoor gebruikt, in combinatie met empirisch onderbouwde beschermende- en risicoprocessen. Het Schakelcollege Tilburg (of ISK Tilburg), een middelbare school voor kinderen die minder dan twee jaar in Nederland zijn, is de casus in dit onderzoek. Hier gaan namelijk veel vluchtelingenkinderen naar school en is er een aanpak waarbij het welzijn van de leerlingen wordt getracht te bevorderen.

Theoretisch kader

Bij het welzijn van kinderen zijn meerdere aspecten van belang, waaronder gezondheid, gedrag, psychologisch welzijn en sociaal welzijn, (Amato & Keith, 1991; Chu, Saucier, & Hafner, 2010). Voor subgroepen, zoals vluchtelingenkinderen, gelden specifieke uitdagingen voor welzijn (Moore, Lippman, & Brown, 2004). Risicoprocessen vormen de uitdagingen voor welzijn, terwijl beschermende processen de negatieve uitkomsten tegengaan (Bogenschneider, 1996). Deze processen vinden plaats op diverse niveaus of contexten rond het individu, welke te ordenen zijn aan de hand van de theorie van sociale ecologie.

Bij deze theorie gaat het om de interactie tussen een persoon en zijn of haar omgeving; de ontwikkeling wordt beïnvloed door de settingen en de bredere context waar deze zijn ingebed (Anderson, Hamilton, Moore, Loewen, & Frater, Mathieson, 2003). Gezien de diversiteit aan ervaringen van vluchtelingen, het belang van contextuele gebeurtenissen in het heden en verleden voor de ontwikkeling van vluchtelingenkinderen en de complexiteit aan persoonlijke en contextuele factoren die een rol spelen, is de theorie van sociale ecologie geschikt voor het huidige onderzoek (Anderson et al., 2003).

Door deze theorie te integreren met empirisch onderbouwde risicoprocessen en beschermende processen, kan een holistisch beeld worden gevormd over het welzijn van vluchtelingenkinderen. Risico- en beschermende processen kunnen een leidraad vormen in het voorkomen van negatieve ontwikkelingen of aansturen naar positieve ontwikkelingsuitkomsten.

Het eerste onderdeel hiervan is risicogerichte preventie, wat zich richt op processen die de kans op negatieve ontwikkelingsuitkomsten vergroten. Een enkel risicoproces heeft meestal geen grote gevolgen, maar een opeenstapeling van risico's brengt de ontwikkeling in het geding (Bogenschneider, 1996). Het is echter van belang om het welzijn van vluchtelingen niet slechts te zien in termen van risico's, maar ook in positieve termen (Murray, Davidson, & Schweitzer, 2010). Zelfs als er sprake is van meerdere risico's, vertonen veel kinderen hoge mate van veerkracht, wat kan worden verklaard door beschermende processen. Het versterken hiervan is bijzonder bruikbaar bij jeugd met veel risico's (Bogenschneider, 1996; Rutter, 1987).

Beschermende- en risicoprocessen kunnen worden geordend naar ecologische niveaus, welke kunnen worden gezien als lagen van invloed die rond het individu; van dichtbij tot veraf (Bronfenbrenner, 2009). Het dichtstbij staande niveau is het microsysteem; de activiteiten, rollen en relaties ervaren door het individu in een bepaalde setting. Het individu heeft direct contact met het microsysteem en de invloed tussen beide is bi-

directioneel (Johnson, 2008). Risicoprocessen voor welzijn bij vluchtelingenkinderen op het microniveau zijn onder andere een laag zelfbeeld en eerdere gedragsproblemen van het kind. Alleenstaand zijn vormt ook een risico. Beschermende processen zijn bijvoorbeeld zelfbeschikking of zelfvertrouwen, een goede gezondheid, goede beheersing van de Nederlandse taal en veerkracht (Ehnholt & Yule, 2006; Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017).

Ten tweede het exosysteem; settingen waar het individu geen directe invloed op heeft, maar welke wel invloed hebben op het individu (Bronfenbrenner, 2009). Risicoprocessen op dit niveau zijn bijvoorbeeld blootstelling aan geweld, gepest worden en onbekendheid van ouders met het Nederlandse zorgsysteem. Beschermende processen zijn een sterke gezinscohesie, ouderlijke steun, peer support en positieve schoolervaringen (Ehnholt & Yule, 2006; Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2011; Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017).

Tot slot het macrosysteem, welke het verste van het individu af staat. Dit is het overkoepelende patroon van micro- en exosystemen; een ‘sociale blauwdruk’ van een cultuur (Bronfenbrenner, 2009; Johnson, 2008). Het gaat hier om onder andere de culturele waarden, kansen en mogelijkheden over de levensloop en geloofssystemen (Bronfenbrenner, 2009). Op dit niveau vormen onder andere een moeizame integratie en discriminatie risico’s voor vluchtelingenkinderen (Ehnholt & Yule, 2006; Fazel et al., 2011; Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017). Beschermende processen zijn bijvoorbeeld toegang tot onderwijs, toegang tot zorgvoorzieningen en toegang tot de arbeidsmarkt (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017). Zie tabel 1 voor een overzicht van relevante risico- en beschermende processen, geordend naar ecologisch niveau.

Tabel 1. Overzicht van risico- en beschermende processen voor het welzijn van vluchtelingenkinderen

Niveau	Risicoprocessen	Beschermende processen
Microniveau	Laag zelfbeeld	Zelfvertrouwen
	Eerdere gedragsproblemen	Goede gezondheid
	Alleenstaande minderjarige vreemdeling	Taalbeheersing
		Veerkracht
Exoniveau	Blootstelling aan geweld	Sterke gezinscohesie
	Gepest worden	Ouderlijke steun
	Onbekendheid met het zorgsysteem	Peer support
		Positieve schoolervaring
Macroniveau	Moeizame integratie	Toegang tot onderwijs
	Discriminatie	Toegang tot zorgvoorzieningen
		Toegang tot de arbeidsmarkt

Vluchtelingen moeten zich aanpassen aan abrupte en grote veranderingen in hun contexten die vaak alle aspecten van hun leven raken. Deze veranderingen voor-, tijdens- en na de vlucht worden gekenmerkt door abnormale, mogelijk traumatische ervaringen en het feit dat vluchtelingen vaak migreren naar landen die veel verschillen van hun thuisland (Anderson et al., 2003).

Dit soort transitie, waarbij de positie van het individu verandert door veranderingen in rol en/of setting, worden ecologische transitie genoemd (Bronfenbrenner, 2009). Ecologische transitie kunnen plaatsvinden op elk van de vier lagen of niveaus en veroorzaken een proces van wederzijdse aanpassing tussen het individu en de omgeving, waar de focus van de ecologische theorie ligt (Bronfenbrenner, 2009). Vluchtelingenkinderen moeten zich tijdens en na de vlucht aanpassen aan nieuwe contexten (Anderson et al., 2003; Nilsson & Bunar, 2016).

Een kind wordt door deze ervaringen en transitie gevormd, dit alles heeft invloed op het welzijn. Vluchtelingenkinderen vormen een subgroep met specifieke risico's voor welzijn, zoals hierboven is beschreven (Moore, Lippman, & Brown, 2004). De grote taak voor vluchtelingenkinderen en hun familie, evenals voor de school en andere diensten in het gastland, is om de transitie en aanpassing in het gastland zo goed mogelijk te laten verlopen

(Anderson et al., 2003). Het gaat dus om wederkerige aanpassing van omgeving en individu (Bronfenbrenner, 2009) Voor het kind en zijn of haar familie betekent dit aanpassing aan de nieuwe omgeving. Voor het gastland betekent dit het ontwikkelen van optimale ondersteuning in de diensten en school (Anderson et al., 2003).

Om de aanpassing en ontwikkeling te ondersteunen kunnen beleid en interventies een holistische aanpak hanteren, waarbij meerdere ecologische niveaus worden overwogen en er wordt ingespeeld op empirisch onderbouwde risicoprocessen en beschermende processen.

Welzijn verbeteren op school

Scholen bieden specifieke mogelijkheden van strategieën voor het verbeteren van het welzijn van leerlingen (Betancourt & Khan, 2008; Fazel et al., 2009; Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017). Op basis van de literatuur kan een aantal strategieën worden uiteengezet die een praktijk voor het bevorderen van welzijn van vluchtelingenkinderen via de schoolsetting succesvol kunnen maken. De theorie van sociale ecologie in acht nemend, is een combinatie van strategieën die op verschillende niveaus zijn gericht gewenst (Bronfenbrenner, 2009). Hierbij kunnen beleid en interventies zich richten op een theoretische basis, zoals het gebruik van empirisch onderbouwde risicoprocessen en beschermende processen, zoals hierboven is beschreven (Bogenschneider, 1996).

Wat allereerst van belang is wanneer er met vluchtelingenkinderen wordt gewerkt, is culturele sensitiviteit en culturele competentie van professionals (Murray, et al., 2010; Ajdukovic & Ajdukovic, 1993). Interventies dienen te zorgen voor kennis over de bijzondere behoeften van vluchtelingenkinderen en cross-culturele verschillen (Ehnholt & Yule, 2006).

In de literatuur komen meerdere mogelijke strategieën naar voren voor het verbeteren van welzijn via de schoolsetting. Ten eerste kan een school gebaseerde interventie zich richten op het welzijn van vluchtelingenkinderen door middel van een consultatieve werkwijze, waarbij docenten, mentale gezondheidsprofessionals en ouders betrokken zijn. Het gaat hierbij om het gebruik van een zorgteam die leerlingen in samenwerking met docenten in beeld brengt, om kinderen waar zorgen over zijn de juiste zorg te kunnen bieden. Een dergelijke aanpak kan leiden tot lagere emotionele problemen, minder peer problemen en minder gedragsproblemen. Daarnaast kunnen kinderen beter begrip krijgen over hun nieuwe omgeving, zich meer thuis voelen in de klas, een peer groep vinden en een beter gevoel van eigenwaarde krijgen (Fazel et al., 2009). Dit is mogelijk doordat er wordt samengewerkt met gezinnen en docenten om leerlingen te ondersteunen, waardoor er vertrouwen ontstaat. Door samen te werken met gezinnen, wordt de bekendheid van de zorg onder ouders vergroot, wat

een risicoproces op exoniveau tegengaat (Ehnholt & Yule, 2006; Fazel et al, 2011).

Daarnaast kan er binnen de schoolsetting meer nadruk worden gelegd op preventie en vroeg signalering, omdat het mogelijk is alle kwetsbare kinderen te monitoren (Fazel et al., 2009).

Dit draagt bij aan de toegang tot zorg, een beschermend proces op macroniveau (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017).

Ten tweede kan er binnen de schoolsetting worden bijgedragen aan een positieve schoolervaring, een beschermend proces op exoniveau. Een positieve schoolervaring hangt samen met meerdere aspecten van welzijn, omdat de school de eerste sociale context is buiten de nabije familie en omdat er verschillende ecologische systemen samenkomen, zoals het gezin, leeftijdsgenoten en zorginstanties (Fazel et al., 2011 ; Keating & Ellis, 2007 ; Correa-Valez et al., 2010). Deze strategie verloopt met name via een hoger gevoel van toebehoren op school (Correa-Valez et al., 2010). Hieronder valt: het niveau van persoonlijke hechting, verbintenis aan regels en verwachtingen en vertrouwen in de waarden en betekenis van school (Keating & Ellis, 2007). In het algemeen wordt dit gevoel gerelateerd aan betere academische prestaties en betere gedrags- en psychologische uitkomsten. In het geval van vluchtelingenkinderen beschermt een hoge mate van een gevoel van toebehoren op school tegen depressie en angst en hangt het samen met hogere self-efficacy (Keating & Ellis, 2007).

Een derde mogelijke strategie is gericht op pesten en discriminatie. Preventie van pesten en discriminatie is namelijk bijzonder belangrijk voor vluchtelingenkinderen (Tuk, 2015). Gepest worden is ook een risicoproces op exoniveau (Fazel et al., 2011). Ervaren discriminatie kan invloed hebben op sociaal- en psychologisch welzijn (Montgomery & Foldspang, 2007). Interventies die een aanpak hebben voor pesten en discriminatie dragen bij aan een hogere subjectieve sociale status. Dit kan in verband staan met verschillende aspecten van welzijn, waaronder sociaal welzijn, zelfconcept en gezondheid (Correa-Valez et al., 2010). Een veilig gevoel op school, waarbij leerlingen weinig pestgedrag en discriminatie ervaren, wordt ook geassocieerd met een lager risico voor het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (Fazel et al., 2011).

Andere strategieën die kunnen worden ingezet binnen de schoolsetting zijn: het inzetten van de jeugdgezondheidszorg en zorginstanties op scholen, voorlichtingen voor ouders organiseren, gebruik maken van maatjesprojecten en culturele activiteiten organiseren (Tuk, 2015). Ook kan de school een rol vervullen op het gebied van seksuele gezondheid door middel van seksuele voorlichting (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017).

Hierbij is een brede aanpak nodig, die zich richt op meerdere ecologische contexten rond een kind. Er is echter een gebrek aan onderzoek wat zich richt op strategieën op

verschillende ecologische niveaus op een holistische wijze, als het gaat om interventies voor het welzijn van vluchtelingenkinderen (Ehnholt & Yule, 2006). Gemeenten en andere betrokkenen bij de grote instroom van vluchtelingenkinderen hebben baat bij onderzoek dat zich focust op de complexe sociale realiteit en de verschillende processen die hierbij komen kijken.

De schoolsetting biedt kansen voor vluchtelingenkinderen op meerdere gebieden van welzijn en op verschillende ecologische niveaus, waarbij kan worden ingespeeld op beschermende- en risicoprocessen. Het ISK Tilburg is voor dit onderzoek een geschikte casus, omdat er veel vluchtelingenkinderen naar deze school gaan. De onderzoeksvraag luidt als volgt: welke strategieën op de verschillende ecologische niveaus om het welzijn van vluchtelingenkinderen te bevorderen zijn aanwezig op het ISK Tilburg en hoe succesvol zijn deze?

Methoden

Er is voor kwalitatief onderzoek gekozen, omdat dit inzicht kan bieden in sociale fenomenen in de natuurlijke setting, waarbij de nadruk ligt op betekenissen, ervaringen en zienswijzen van de participanten (Pope & Mays, 1995). Bij kwalitatief onderzoek wordt er verder een holistisch perspectief ingenomen welke de complexiteit van de realiteit niet ondermijnt (Greenhalgh & Taylor, 1997). Dit wordt in het huidige onderzoek toegepast door meerdere onderzoeksmethoden te gebruiken en meerdere groepen te betrekken bij het onderzoek, namelijk professionals, persoonlijke mentoren en ouders. Er is gebruik gemaakt van een documentenanalyse, semigestructureerde interviews en focusgroepen.

Semigestructureerde interviews bestaan uit enkele centrale onderwerpen, waarbij er tijdens het interview dieper in kan worden gegaan op bepaalde ideeën of antwoorden (Gill, Stewart, Treasure, & Chadwick, 2008). Er is daarnaast voor focusgroepen gekozen, omdat deze drempelverlagend kunnen werken en ze mogelijkheid bieden tot onderlinge uitwisseling en reactie. Een nadeel is echter dat deelnemers mogelijk sociaal wenselijke antwoorden geven, of het gevoel hebben hun ideeën niet te kunnen delen (Van Assema, Mesters, & Kok, 1992).

Casusbeschrijving

Allereerst is de praktijk in beeld gebracht door middel van een documentenanalyse en interviews. Er is gezocht naar informatie over de interventie zoals deze is bedoeld. Het enige beschikbare document was de Schoolgids 2016-2017. De analyse van dit document resulteerde in een eerste casusbeschrijving. In de documentenanalyse ging het met name om de rol van het ISK in het verbeteren van welzijn van haar leerlingen, welke doelen ze op dit gebied hebben en welke middelen zij daartoe gebruiken. Hierbij is in het bijzonder gezocht naar strategieën die van belang bleken uit de literatuur.

Het eerste interview met twee professionals van de GGD en het tweede interview met een professional van het ISK dienden ertoe de informatie voor casusbeschrijving compleet te maken. Hierbij ging het om achtergrondinformatie, zoals de zorgstructuur en samenwerkingspartners en er kwamen thema's uit de literatuur naar voren, zoals culturele competentie en sociaal welzijn. Aan de hand van de analyse van het document en interview 1 en 2 is de casusbeschrijving tot stand gekomen, zie bijlage 1 voor de codes.

Focusgroepen en interviews

Nadat de beschrijving van de praktijk compleet was, zijn er nog interviews en focusgroepen geweest met professionals van het ISK, persoonlijke mentoren en ouders om te achterhalen hoe succesvol zij de aanpak vonden. De onderwerpen op de topiclijst zijn opgesteld aan de hand van de literatuur en de beschrijving van de praktijk. Zie bijlage 2 voor de volledige topiclijsten.

Persoonlijke mentoren. Om te beginnen is er een focusgroep met vier deelnemers en interview met twee deelnemers gedaan, die persoonlijke mentor waren, hierna 'mentor'. Mentoren begeleiden alleenstaande minderjarige vreemdelingen [AMV's] in de woongroep, zij zien de jongeren iedere dag. Zij bevinden zich in een positie die interessant is voor het onderzoek, omdat AMV's een groep vormen met hogere risico's voor welzijn (Ehnholt & Yule, 2006; Fazel et al., 2011). Er zijn vragen gesteld met betrekking tot welzijn en over hun perspectief op de ervaringen van de jongeren. Verder kwamen onderwerpen aan bod die vanuit de literatuur van belang zijn, zoals culturele sensitiviteit, een gevoel van toebehoren op school als beschermend proces en pesten als risicoproces.

Professionals. Daarnaast is er een focusgroep geweest met 8 professionals van het ISK Tilburg die deel uitmaken van het zorgteam. Als aanbieders van de zorg, kunnen zij belangrijke inzichten bieden over de organisatie van de praktijk en de reacties die zij van gebruikers krijgen. Zij deelden hun ervaringen met de zorg rondom welzijn van de leerlingen,

waarbij er onder andere werd gefocust op de verschillende strategieën die vanuit de literatuur van belang kunnen zijn.

Ouders. Tenslotte was er een interview met ouders van leerlingen van het ISK Tilburg. Zij gaven inzicht over hun ervaring met de zorg en de ervaring van hun kinderen. In dit gesprek kwamen onder andere de bekendheid met zorg, de samenwerking met school, het welzijn van het kind en verbeterpunten aan bod. Bij het interview was een Arabisch tolk aanwezig. De aanwezigheid van een tolk kan een gesprek beïnvloeden. Daarom is het belangrijk dat er is gewerkt met een professionele tolk. Daarnaast zijn er van tevoren afspraken gemaakt met elkaar en heeft de onderzoeker een actieve rol aangenomen in het gesprek, waarbij zij de leiding nam (Edwards, 1998; Esposito, 2001).

Steekproef

De intentie was om vier focusgroepen te organiseren, maar door onvoorziene problemen bij de werving, zijn er twee focusgroepen en twee interviews uitgevoerd. Zo waren er vlak voor aanvang van het tweede gesprek met mentoren drie afmeldingen, waardoor er bij de eerste groep vier aanwezigen waren en bij de tweede groep slechts twee. Daarom noemen we dit tweede gesprek een interview. Ook het gesprek met ouders had een lage respons. Ouders zijn benaderd doordat de onderzoekers en een contactpersoon op school brieven in verschillende talen aan leerlingen meegaven. Er gingen slechts twee ouders in op deze uitnodiging.

Voor het groepsgesprek met professionals is het zorgteam van het ISK Tilburg benaderd. Omdat het gesprek aansloot bij een vergadering, hebben alle aanwezigen van dat zorgteamoverleg het gesprek bijgewoond. Deelnemers hadden diverse functies binnen het team, welke in verband met privacy niet worden vernoemd. Zie tabel 2 voor een overzicht van de deelnemers interviews en focusgroepen.

Tabel 2. Overzicht deelnemers interviews en focusgroepen

Interview/groep	Aantal	Deelnemers achtergrond	Respondenten nummers
Interview 1	2	GGD experts	R1, R2
Interview 2	1	ISK professional	R3
Groep 1	4	Persoonlijke mentoren	R4, R5, R6, R7
Interview 3	2	Persoonlijke mentor en COA begeleider	R8, R9
Groep 2	8	ISK professionals van het zorgteam	R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17
Interview 4	2	Ouders	R18, R19

Analyse

Alle interviews en focusgroepen zijn opgenomen en vervolgens getranscribeerd en geanalyseerd met gebruik van het programma NVivo. De analyse van de documentenanalyse en interview 1 en 2 zijn apart en vooraf aan de andere interviews en focusgroepen gedaan.

Er is gebruik gemaakt van een content-analyse naar thema's die aan bod zijn gekomen. In eerste instantie bleven deze thema's zo dicht mogelijk bij de woorden die participanten hebben gebruikt. Vervolgens zijn deze opnieuw gecategoriseerd om patronen te ontdekken en kwamen de thema's uit de literatuur meer naar voren (Ritchie, Spencer, & O'Connor, 2003). Hiervoor is er gebruik gemaakt van een *code and retrieve* methode, waarbij stukken tekst worden gekoppeld aan een code. Zie voor de codebomen bijlage 1.

Resultaten

De resultaten worden in twee delen beschreven. Allereerst de casusbeschrijving van het ISK Tilburg om te beantwoorden welke strategieën er aanwezig zijn. Vervolgens een deel over de evaluatie van de aanpak op het ISK, hoe succesvol deelnemers de praktijk vinden, inclusief het welzijn van de leerlingen, de meerwaarde van de zorg op school en de ondervonden obstakels naar ecologisch niveau.

Deel 1: het schakelcollege Tilburg

Het Schakelcollege Tilburg is een school voor kinderen in de leeftijd van 12-18 jaar die minder dan twee jaar in Nederland zijn. Omdat er sprake lijkt te zijn van een typische zorgstructuur voor middelbare scholen in Nederland en deze wordt toegepast op een bijzondere doelgroep, namelijk vluchtelingenkinderen, is deze casus gekozen voor het huidige onderzoek.

Uit de theorie is een aantal strategieën of aandachtspunten gekomen als het gaat om een school gebaseerde interventie voor het verbeteren van welzijn van vluchtelingenkinderen. In deze casusbeschrijving ligt de focus op het achterhalen welke strategieën er op micro-, exo- en macroniveau om het welzijn van vluchtelingenkinderen te bevorderen aanwezig zijn op het ISK Tilburg. Een algemeen aandachtspunt is dat een combinatie van strategieën gericht op verschillende ecologische niveaus gewenst is (Anderson et al., 2003; Bronfenbrenner, 2009). Deze kunnen aansluiten bij risicoprocessen en beschermende processen (Bogenschneider, 1996).

In de verkennende interviews komt naar voren dat welzijn van de leerlingen een hoge prioriteit is van het ISK. Enkele doelen van de school zijn te verbinden met risicoprocessen of beschermende processen. Een belangrijk doel van de school is volgens de schoolgids van 2016-2017 om leerlingen dusdanig de Nederlandse taal te laten beheersen dat zij met een redelijke kans op succes het regulier voortgezet onderwijs kunnen volgen. Dit sluit aan bij het beschermende proces ‘taalbeheersing’ op microniveau (Van Tubergen, 2010). Er zijn ook doelstellingen die verband leggen met een positieve schoolervaring, een beschermend proces op exoniveau. Hiervoor is veiligheid en een gevoel van toebehoren van belang, wat mede wordt bepaald door verbintenis aan regels (Keating & Ellis, 2007). Doelen op dit gebied die in de schoolgids staan en in een interview met een professional worden onderschreven zijn onder andere: dat de leerling zich veilig en geaccepteerd voelt, weet waar hij aan toe is en wat de regels zijn. Maatregelen hiertoe zijn volgens de professional van het ISK en de schoolgids

Volgens de schoolgids en de professional van het ISK zijn hier in ieder geval twee maatregelen toe. Ten eerste het stimuleren van activiteiten om leerlingen plezier te verschaffen en een gevoel van geborgenheid en veiligheid te geven. Ten tweede hanteert de school een protocol op gebied van omgaan met ruzies, pestgedrag en dreigende groepsvorming.

Het bieden van de juiste zorg is een doel dat in de schoolgids staat en wordt genoemd in het interview met een professional van het ISK. Hiervoor is er een interdisciplinair

zorgteam op de school. In de schoolgids wordt het zorgteam voorgesteld, het gehele team bestaat uit: de zorgcoördinator, schoolmaatschappelijk werker, schoolpsycholoog, jeugdverpleegkundige, jeugdarts, leerplichtambtenaar, leerlingbegeleiders, ambulante begeleiders, de directie, teamleiders, verzuimcoördinator, Stichting Nidos en Stichting Sterk Huis.

Een leerling kan op verschillende manieren ter sprake komen bij het zorgteam. Problemen kunnen worden gesignaleerd door bijvoorbeeld de persoonlijke mentor, ouders, de klassenmentor of andere betrokkenen bij het kind. Mentoren geven aan in eerste instantie geen beroep te doen op school als er problemen zijn, maar het met de jongere zelf proberen op te lossen en ze naar hulp te begeleiden, zoals de huisarts. Professionals op school beschrijven dat de klassenmentor meestal de problemen opmerkt en bespreekt met de zorgcoördinator. Als het probleem ‘de klassenmentor overstijgt’, dan wordt de leerling besproken door (een deel van) het zorgteam. Het zorgteam wijst na overleg een casemanager aan, dat is een van de leden van het zorgteam of de klassenmentor, die verantwoordelijk is voor het zorgtraject wat volgt.

Er zijn verschillende vormen van hulp mogelijk, vertellen professionals van het ISK. Bij veel verzuim of medische zorgen kan de GGD-arts worden ingeschakeld. De arts kan bijvoorbeeld een belastbaarheidsonderzoek doen. Een professional geeft aan dat er bij dit onderzoek wordt nagegaan of het verzuim een medische oorzaak heeft of niet. De arts kan dan doorverwijzen naar de juiste medische hulp, of als er geen medische oorzaak is, het terugkoppelen aan het zorgteam om een ander zorgtraject in te stellen. De aanwezigheid van jeugdgezondheidszorg op school wordt door Tuk (2015) aangeraden als het gaat om de zorg voor vluchtelingenkinderen.

Bij veel verzuim wordt ook de leerplichtambtenaar betrokken in het achterhalen van de oorzaak en het zoeken naar de juiste oplossing. Een ander voorbeeld is dat de schoolmaatschappelijk werker een plan maakt samen met ouders/verzorgers, zoals afspraken omtrent gedrag. De rol van de schoolpsycholoog is anders dan op andere scholen, zeggen professionals. Omdat taal een barrière vormt voor de psycholoog, gebruikt zij andere ingangen om informatie te krijgen over leerlingen en hulp uit te zetten. Voor alledaagse problemen, incidenten of ruzies in de klas is de leerlingbegeleider ter plaatse om dat op te lossen.

Een dergelijke organisatie van de zorg, waarbij docenten en mentale gezondheidsprofessionals worden betrokken, kan bijdragen aan een beter welzijn, doordat het leidt tot lagere emotionele-, peer- en gedragsproblemen en een beter gevoel van eigenwaarde

(Fazel et al., 2009). Het is van belang dat er dan, naast docenten en professionals, ook wordt samengewerkt met ouders, omdat er op die manier meer vertrouwen ontstaat (Fazel et al., 2009; Tuk, 2015). Dit zou ook positief zijn voor het beschermende proces ‘ouderlijke steun’ op exoniveau (Ehnholt & Yule, 2006; Fazel et al., 2011). In de schoolgids staat als doel beschreven: de leerling weet dat zijn ouders/verzorgers/voogden/mentoren worden betrokken bij en op de hoogte gehouden worden van de ontwikkelingen op school. De school zet zich hiervoor in door middel van een intake met ouders/verzorgers bij aanmelding, een informatie avond en een rapportbespreking twee keer per jaar. Verder neemt de klassenmentor of eventueel verzuimcoördinator contact op met ouders als er sprake is van zorgen of verzuim. Als een professional het nodig vindt om een tolk te gebruiken, kunnen zij de tolkentelefoon inschakelen in de communicatie met jongeren of ouders. Dit neemt mogelijk een taalbarrière weg, wat beter is voor de toegankelijkheid van zorg (Heidi et al., 2011).

Deel 2: evaluatie

Welzijn. Professionals van het ISK en persoonlijke mentoren vertellen in de interviews en focusgroepen welke problemen op het gebied van welzijn zij tegenkomen. Een groep die speciale aandacht lijkt te verdienen, zijn alleenstaande minderjarige vreemdelingen [AMV's]. In de literatuur wordt alleenstaand zijn ook als risicoproces op microniveau beschreven (Ehnholt & Yule, 2006).

Professionals zeggen tijdens de focusgroep dat alcohol- of drugsgebruik, zwangerschap en stress-gerelateerde klachten zoals buikpijn, hoofdpijn en een slecht dag-nachtritme veelvoorkomende problemen zijn bij AMV's. Dit heeft volgens mentoren in de focusgroep en het interview met name te maken met stress rond de gezinshereniging, wat wordt ondersteund in de literatuur (Ehnholt & Yule, 2006). Wanneer ze zekerheid krijgen over hun familie, valt een groot deel van de stress weg en daarmee de klachten:

“R9: Nu hebben ze alleen maar stress voor de gezinshereniging. Als de gezinshereniging loopt, dan merk je dat alle klachten rondom gezondheid als sneeuw voor de zon verdwijnen.”

- Interview 3

Uit onderzoek blijken fysieke gezondheidsproblemen te maken te hebben met slechte voeding, weinig beweging en vitaminetekorten (Gezondheidsraad, 2016).

Gezondheidsklachten bij leerlingen op het ISK die professionals van de school en van de GGD noemen, zijn wederom hoofdpijn, buikpijn en slechte voeding. Verder heersen er af

en toe sprake van ziekten die mee zijn genomen uit het land van herkomst, zoals schurft of TBC.

Psychische klachten worden door professionals en mentoren meer genoemd dan gezondheidsproblemen. Hier gaat het erom dat kinderen trauma's hebben meegemaakt, verdriet en stress hebben, of gedragsproblemen hebben. Dit is terug te vinden in de literatuur; vluchtelingenkinderen hebben vergeleken met andere kinderen vaker psychosociale problemen zoals depressie of PTSD en gedragsproblemen (Goossen, Stronks, & Kunst, 2014). Ook zien mentoren geringe motivatie voor school als een probleem. Dit komt in beide gesprekken naar voren. De verklaring die mentoren hiervoor geven is dat leerlingen het niet gewend zijn veel op school te zitten, een onzekere toekomst hebben in Nederland, of het niveau te makkelijk of te moeilijk vinden.

Over het sociaal welzijn van leerlingen waren de meeste deelnemers overwegend positief. Een goede band met leeftijdsgenoten kan beschermend werken op het exoniveau (Ehnholt & Yule, 2006; Fazel et al., 2011). Mentoren in beide gesprekken geven aan dat leerlingen zich prettig voelen op school en een sociaal netwerk hebben op school. Een mentor in focusgroep 1 zegt wel dat dit niet voor iedere leerling geldt, waarbij anderen toevoegen dat er inderdaad uitzonderingen zijn. Hierbij zoeken leerlingen vaak anderen met dezelfde cultuur op, noemt een professional van het ISK. Professionals zien dat leerlingen ook buiten schooltijd met elkaar omgaan, meerdere professionals vullen elkaar hier aan:

“R16: De sfeer heel goed te maken na school ook. De conciërge moet ze iedere dag naar huis sturen. R15: Ja, ze zijn liever hier dan thuis. R16: Om 8 uur zijn ze hier op school en om 5 uur moeten ze nog weggestuurd worden. R11: Ik denk ook dat ze elkaar hier ook meer ontmoeten, ze gaan niet thuis bij iemand langs. R13: Ik denk dat ze eerder hier met elkaar hangen, op school, dan bij een normale school.”

– Focusgroep 2

Meerwaarde. Volgens deelnemers was de meerwaarde van de zorg op school met name dat het laagdrempeliger is dan bijvoorbeeld de huisarts of de GGD of GGZ. Daardoor worden bijvoorbeeld vaccinaties minder vaak geweigerd, zeggen mentoren. Een deel weigert vaccinaties op school alsnog. Tijdens interview 3, vertelt een mentor dat de meerderheid van ‘zijn’ jongeren vaccinaties weigert. In focusgroep 1, zijn mentoren het echter eens dat jongeren meestal instemmen met vaccinaties op school. School als setting voor zorg, zoals vaccinaties, kan drempelverlagend werken (Betancourt & Khan, 2008; Fazel et al., 2009). Dit

kan ook te maken hebben met het gevoel van vertrouwen wat er ontstaat wanneer er wordt samengewerkt met docenten, zorgprofessionals en ouders (Fazel et al., 2009). In beide gesprekken geven mentoren aan dat jongeren eerder instemmen voor vaccinaties op school, ten opzichte van een andere locatie. R7 valt hierover R6 in de rede tijdens focusgroep 1:

“R6: Voorheen was wel met de inenting die we dan zelf deden, dan hadden ze weerstand. En als het op school gebeurt, dan ondergaan ze het wel vaak [...] R7: Ze zien ook andere jongeren het ook ondergaan. Ze zien dat iedereen het moet. Het is meer een gemeenschappelijk iets, dan dat je in je eentje ergens apart naartoe moet waar je in een hoekje komt te zitten en niemand ziet. Überhaupt de inenting an sich is al iets nieuws voor ze. Laat staan als het in een gebied gebeurt wat ze niet kennen, dat is heel verwarrend dan denken ze wat spuit je nou in mijn lichaam.”

– Focusgroep 1

Een professional zegt dat de aanwezigheid van de JGZ op school daarnaast een praktisch voordeel heeft, omdat de leerlingen makkelijker bereikt worden en goed in beeld zijn wat betreft gezondheid en verzuim. De goede bereikbaarheid, toegankelijkheid en laagdrempeligheid wordt ook in de literatuur genoemd als voordeel van zorg op school (Betancourt & Khan, 2008; Fazel et al., 2009).

Ook wordt het door mentoren als een voordeel gezien dat het zorgteam op school veel met de doelgroep werkt en dus beter bij hen aansluit. Dit duidt erop dat er sprake is van culturele competentie op school, wat van belang is wanneer er met vluchtelingenkinderen wordt gewerkt (Murray, et al., 2010; Ajdukovic & Ajdukovic, 1993). Een professional van het ISK vertelt tijdens interview 2 dat docenten hier cursussen voor hebben gekregen. Verder vinden mentoren dagbesteding, afleiding en het zorgen voor een goed ritme en sociaal netwerk belangrijke functies van school. Alleen al het feit dat jongeren, met name AMV's naar school gaan, wordt al gezien als groot voordeel. Dit sluit aan bij het beschermende proces op macroniveau; 'toegang tot onderwijs' (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017). Het belang van betrokkenheid van meerdere samenwerkingspartners wordt ook genoemd door zowel mentoren als professionals.

Obstakels bij hulp. Professionals, mentoren en ouders ervaren problemen en obstakels als het gaat om het bieden van hulp en zorg, welke in te delen zijn naar ecologisch niveau.

Microniveau. Op het microniveau wordt om te beginnen verzuim van leerlingen gezien als een obstakel voor zorg op school door zowel mentoren als professionals op school. Zij die al weinig naar school komen, komen voor zorg ook niet op de afspraak. De reactie van de jongere op hulp en hoe de hulp ontvangen wordt, kan ook een belemmering zijn. Een mentor zegt hierover:

“R9: Ja, en vooral zolang jongeren zelf nergens open voor staan. Je kunt trekken aan een dood paard, maar dat werkt niet. Dus dat is ook wel de instelling van de jongeren zelf. Dan kan school nog tot in de puntjes hebben verzorgd, maar als ze het zelf niet willen, dan gaat het natuurlijk niet gebeuren.”

– Interview 3

In de literatuur wordt het weigeren van mentale gezondheidszorg toegeschreven aan wantrouwen, stigma, culturele- of taalproblemen en het prioriteren van verblijfsgerelateerde stressoren (Heidi, Miller, Baldwin, & Abdi, 2011). Het weigeren van hulp of niet komen opdagen bij afspraken, wordt door de deelnemers toegeschreven aan de behoefte van de jongere of cultuurverschillen. Een mentor noemt tijdens interview 3 een voorbeeld van een Eritrese jongere die medische hulp weigert vanwege zijn religie. Ook maken jongeren zeer zelden gebruik van hulp van een psycholoog of andere mentale gezondheidszorg op school, omdat dit niet bij hun cultuur aansluit, dit komt in zowel de gesprekken met mentoren als bij de focusgroep met professionals naar voren als obstakel in de zorg. Tijdens interview 3 wordt dit sentiment goed samengevat door beide deelnemers:

“Interviewer: Bijvoorbeeld ook de schoolpsycholoog, maatschappelijk werkster...”

R8: Ja daar hebben we ook heel weinig eigenlijk mee. Want heel veel zeggen, van ik ga niet praten. Wij hebben een praatcultuur, maar die mensen hebben geen praatcultuur. En wat gaan wij doen? We zetten daar iemand neer; hoe voel jij je? Ja, wat moet ik voelen? [...]

R9: Ja, ja. ‘ik ben toch niet gek in m’n hoofd. Waarom moet ik praten met iemand’.”

– Interview 3

Een andere belemmering hierbij is dat ouders vaak geen toestemming geven voor psychologische hulp voor hun kinderen, vertellen professionals. Professionals geven aan dat ouders psychische hulp vaak onnodig vinden. Ouders komen wel naar afspraken op school om bijvoorbeeld met de klassenmentor zorgen te bespreken, maar zijn het dan vaak niet eens met de zorgen, vooral als het om mentale problemen of leerproblemen gaat. Dit heeft volgens professionals te maken met cultuurverschillen.

Een andere reden om geen gebruik te maken van bijvoorbeeld de schoolpsycholoog, is dat het niet bij de behoeften aansluit; jongeren praten liever met hun mentor, of vinden het niet fijn om op school te praten omdat de leerling zich vervolgens in de les niet kan concentreren, vertelt een mentor in focusgroep 1. Mentoren in de focusgroep schrijven het weinige gebruik ook toe aan de geringe bekendheid van leerlingen en mentoren met de beschikbare hulp.

Exoniveau. De school kan ook voor obstakels zorgen. Zo speelt de school een grote rol in de beperkte bekendheid bij leerlingen en ouders of verzorgers met de zorg die er vanuit de school wordt geboden. In de literatuur komt onbekendheid met het zorgsysteem van ouders ook naar voren als risicoproces voor welzijn op exoniveau (Fazel et al., 2011; Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017). In Australisch onderzoek bleek onbekendheid met de zorg ook een barrière te zijn waardoor vluchtelingen minder gebruik maken van zorg (Davidson et al., 2004).

Het blijkt onduidelijk voor de mentoren welke ondersteuning er wordt geboden, en bij wie leerlingen terecht kunnen voor hulp. Zij geven aan dat leerlingen dit vaak ook niet weten. Ouders vertellen ook dat ze niet alle informatie hebben over de zorg op school, ze willen hier graag meer contact over. Het liefst zouden ze hier een specifieke brief over krijgen na de afspraak, met meer informatie, of een gesprek op school. Ouders geven aan in het algemeen meer betrokken te willen worden bij school, om samen te werken met de school. Ze benadrukken hierbij dat de rol van ouders belangrijk is voor de zorg van het kind:

Interviewer: Voelt u kind zich nu meer gezond dan vroeger omdat ze hulp heeft gehad voor de gezondheid? R18: Nee, dat komt uit onze zorgen in het eerste. De deskundige of specialist van de gezondheid of van de school kan wel ons helpen, maar wij kunnen ook ons kind goed zorgen.

– Interview 4

En:

“R18: Wij kunnen samenwerken met de school. Deze relatie dat is ja, de ouders hebben heel belangrijke rol, ook de school heeft heel belangrijke rol”

– Interview 4

Een betere zichtbaarheid op school en betere informatie hierover naar leerlingen en mentoren zou hierbij kunnen helpen, volgens mentoren. Ook de professionals van school zeggen dat er meer bekendheid nodig is op dit gebied.

De onbekendheid van beschikbare zorg kan voor een deel worden verklaard door belemmeringen in de samenwerking tussen betrokkenen. Deelnemers hebben uiteenlopende meningen over de samenwerking. Zo zeggen de mentoren in de focusgroep geen contact te hebben met de jeugdverpleegkundige van de GGZ, terwijl beide deelnemers van interview 3 aangeven goed contact te hebben met haar. Ook wordt er genoemd dat het per docent verschilt in welke mate er contact is. Zo worden er in de focusgroep met mentoren incidenten genoemd waarbij er onvoldoende informatie is doorgegeven door de school. Over het algemeen gaat dit echter goed, als mentoren er zelf achteraan gaan. Professionals van de school zeggen dat ze elkaar en partners goed weten te vinden en bereiken, maar dat overleg vaak wel stroef verloopt. Wel wordt samenwerking met alle betrokkenen als belangrijk gezien. Alle partners vervullen een eigen rol in het zorgproces op school en vullen elkaar aan.

Daarnaast zijn de grote groei van het ISK en de beperkte middelen door mentoren in beide gesprekken meerdere keren genoemd als belemmering. Daardoor zijn er grotere klassen en langere wachttijden en veel nieuwe (minder geschikte) leraren. Het is van belang dat leerkrachten die met vluchtelingkinderen werken geschoold zijn in culturele sensitiviteit (Murray, et al., 2010; Ajdukovic & Ajdukovic, 1993). In interview 2 gaf de professional van het ISK aan dat er bijscholing is geweest voor culturele sensitiviteit voor docenten. Volgens mentoren in beide gesprekken is hier echter een gebrek bij sommige docenten, met name bij nieuwe docenten. Een mentor zegt hierover:

“R9: En ik dacht; O mijn God. Als je zo elke les geeft, dan snap ik dat die jongens hun aandacht er totaal niet bij hebben. Dus op dat moment vroeg ik me wel af, weet de docent inderdaad waar ze aan beginnen en hoe ze op deze doelgroep moeten inspelen?”

- Interview 3

Mentoren in de focusgroep vinden seksuele voorlichting belangrijk, maar ze geven aan dat er weinig aandacht aan wordt besteed. Seksuele voorlichting is bijzonder belangrijk voor de doelgroep, vanwege de hogere prevalentie van tienerzwangerschap en SOA's bij jongeren met een vluchtachtergrond (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017). In de gesprekken met mentoren en professionals kwamen zorgen naar boven wat betreft tienerzwangerschappen onder leerlingen op het ISK en het gebrek aan kennis van leerlingen op dit gebied. Mentoren uiten hun ontevredenheid hierover en vullen elkaar hierin aan:

“R4: Weet dat ik een paar jaar geleden, dat ik toen met school seksualiteit heb willen wegzetten daar. [...] En toen hebben ze dat ook gedaan, hebben zij ook per cultuur hebben zij toen thema's gedaan met het idee om dat ieder jaar te gaan doen, maar... R6: door de groei en door geld. R4: door groei en door geldgebrek is dat gewoon helemaal verwaterd...”

– Focusgroep 1

Waar de school ook een rol in speelt, is dat mentoren tijdens beide gesprekken vinden dat de school vaak niet streng genoeg is voor de jongeren. Het stellen van duidelijke regels is van belang, aangezien verbintenis aan regels en verwachtingen bijdraagt aan een gevoel van toebehoren op school. Dit houdt verband met betere academische prestaties, betere gedrags- en psychologische uitkomsten, waaronder een beter zelfconcept, betere sociale vaardigheden en een lagere kans op depressie (Keating & Ellis, 2007).

Leerlingen kunnen volgens mentoren in de focusgroep echter vaak de regels overtreden zonder dat er echte consequenties zijn. Dit wordt in interview 3 genoemd, en ook in focusgroep zijn mentoren het hierover eens:

“R4: Maar ja, ze komen op school heel vaak te laat, kwartier, 20 minuten en dan wordt het wel genoteerd. En de regel is, als je 3 keer te laat bent, of 6 keer, ik weet het niet, dan moet je een uur eerder terugkomen en dat gebeurt dus nooit. R6: (lacht) Nee. (R 5 en R7 knikken) R4: En zo kunnen onze jongeren makkelijk 16 keer, 25 keer te laat komen.”

– Focusgroep 1

Mentoren in beide gesprekken zijn het erover eens dat dit komt doordat docenten te veel begrip hebben voor de situatie van de leerling; docenten vinden het zielig en treden daarom minder hard op. Ook de ouders geven aan ontevreden te zijn over het navolgen van regels op school:

“R18: Maar niet zo erg tevreden, want ze zegt dat de school vertelt ons niet alles, dat klopt helemaal niet. Bijvoorbeeld mijn kind af en toe gaat te laat komen naar school. En later bijvoorbeeld, 4 maanden of 6 maanden krijg ik deze informatie.”

– Interview 4

Wanneer er wel consequenties zijn voor overtredingen, hebben deze vaak niet het gewenste resultaat, mentoren in focusgroep 1 zijn het hierover met elkaar eens:

R4: Maar ook als ze van school gestuurd worden, dan mag je 1 of 2 weken niet op school komen, dan staat daar niks tegenover. Dat voelt als een vakantie. Dan ga ik toch 2 weken niet naar school, liggen ze lekker in bed, gaan ze naar Rotterdam of naar Utrecht. R6: Logeren.

R5: Ja. Dat vind ik ook heel slap van de school.

– Focusgroep 1

Aan de ene kant vinden mentoren de school niet streng genoeg, maar aan de andere kant noemen mentoren in de focusgroep ook dat ze complete verwijdering van school een te harde consequentie vinden. Mentoren vinden dit te hard, omdat een leerling dan geen andere kans heeft op scholing en zal moeten inburgeren. Zij pleiten ervoor dat leerlingen tijdens een schorsing opdrachten moeten doen en dat er een mogelijkheid moet zijn tot re-integratie op school, wat nu niet het geval is.

Discussie

Het huidige onderzoek biedt een holistisch beeld van het welzijn van vluchtelingenkinderen en hoe dit via de schoolsetting kan worden verbeterd, waarbij de interactie tussen het individu en de omgeving aan bod is gekomen. Er is onderzoek gedaan naar de vraag: welke strategieën op verschillende ecologische niveaus om het welzijn van vluchtelingenkinderen te bevorderen zijn aanwezig op het ISK Tilburg en hoe succesvol zijn deze? Het eerste deel van de vraag, over welke strategieën aanwezig zijn op het ISK, gaat om de praktijk en de strategieën zoals ze zijn bedoeld, nog niet hoe deze worden beleefd. Het tweede deel van de vraag, wat betreft het succes van de aanpak, gaat om de meningen van deelnemers.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de theorie van sociale ecologie. Beschermende- en risicoprocessen zijn geordend naar ecologisch niveau; microniveau,

exoniveau en macroniveau. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een documentenanalyse gedaan en zijn er semigestructureerde interviews en focusgroepen gehouden. Hierbij zijn professionals van het ISK Tilburg, persoonlijke mentoren en ouders betrokken.

Op een aantal vlakken gaat het goed met de huidige aanpak van het ISK Tilburg. Er zijn strategieën op verschillende ecologische niveaus die inspelen op risicoprocessen en beschermende processen, wat van belang is (Anderson et al., 2003; Bogenschneider, 1996).

Met de leerlingen van het ISK Tilburg lijkt het dan ook over het algemeen goed te gaan, net als met de meerderheid van de vluchtelingenkinderen in Nederland (Haker, 2016). Wat betreft sociaal welzijn en gezondheid van de leerlingen, lijkt het overwegend goed te gaan, maar psychologisch welzijn verdient nog extra aandacht. Dit geldt vooral voor alleenstaande minderjarige vreemdelingen.

Er wordt door de school getracht om meerdere beschermende processen te versterken. Zo richt de aanpak zich op het bevorderen van de gezondheid op microniveau, een betere taalbeheersing op microniveau, een positieve schoolervaring op exoniveau en een betere toegang tot zorg op macroniveau (Ehnholt & Yule, 2006; Fazel et al., 2011; Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017).

Onder andere het organiseren van activiteiten, het stellen van duidelijke regels en het hanteren van het pestprotocol dienen aan deze beschermende processen bij te dragen. Deze strategieën worden in de literatuur ondersteund en worden op het ISK worden ingezet (Tuk, 2015; Keating & Ellis, 2007). Tegelijkertijd wordt ernaar gestreefd risicoprocessen tegengegaan. Hier gaat het om bijvoorbeeld het tegengaan van pesten op exoniveau en onbekendheid met het zorgsysteem op exoniveau (Ehnholt & Yule, 2006; Fazel et al., 2011; Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017).

De aanwezigheid van een interdisciplinair zorgteam en samenwerking met de JGZ wordt vanuit de literatuur en het huidige onderzoek ondersteund in het bevorderen van welzijn van vluchtelingenkinderen via de schoolsetting (Fazel et al., 2009; Tuk, 2015).

Ervaringen en meningen van professionals, mentoren en ouders wijzen erop dat het ISK Tilburg meerwaarde heeft om meerdere redenen. Zo werkt de zorg drempelverlagend voor bijvoorbeeld vaccinaties, verbetert het de bereikbaarheid en zijn leerlingen goed in beeld. Dit is terug te vinden in eerder onderzoek (Betancourt & Khan, 2008; Fazel et al., 2009). Een belangrijke rol van school is dat het de toegang tot onderwijs vergroot, beschermend proces op macroniveau (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017).

Ook kan het feit dat professionals op het ISK veel met de doelgroep werken ertoe leiden dat ze cultureel sensitief werken. Dit is voor elke praktijk waarbij met vluchtelingenkinderen wordt gewerkt van belang (Murray, et al., 2010; Ajdukovic & Ajdukovic, 1993). Ondanks dat docenten op het ISK veel met de doelgroep werken en scholing krijgen voor culturele sensitiviteit, ziet een aantal mentoren hier bij sommige leerkrachten een tekortkoming. Dit lijkt te komen door de grote en snelle groei van de school.

Tijdens de interviews en focusgroepen is een aantal obstakels voor het verbeteren van het welzijn van vluchtelingenkinderen genoemd. Zo wordt er weinig gebruik gemaakt van de zorg op school; een deel van de leerlingen weigert de vaccinaties en er wordt weinig gebruik gemaakt van psychologische hulp. Dit wordt deels verklaard door verzuim, cultuurverschillen of een gebrekkige aansluiting bij de behoeften van de jongeren. Alternatieve verklaringen hiervoor zijn dat er sprake is van wantrouwen, stigma, taalproblemen en het prioriteren van verblijfsgerelateerde stressoren (Heidi, Miller, Baldwin, & Abdi, 2011).

Ook lijkt er bij mentoren, ouders en leerlingen onvoldoende bekendheid te zijn over de beschikbare zorg. Om de werkwijze te laten slagen, dient er door zorgprofessionals goed te worden samengewerkt met docenten en ouders/verzorgers (Fazel et al., 2009). Een gebrekkige samenwerking kan leiden tot onbekendheid en daardoor weinig gebruik van hulp. Onbekendheid met diensten werd door Fazel en collega's (2009) ook als obstakel voor zorg gezien. Daarnaast is onbekendheid van ouders met het zorgsysteem een risicoproces op exoniveau (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017). Er kan niet met zekerheid worden gesteld dat de onbekendheid toe te schrijven is aan de samenwerking. Alternatieve verklaringen hiervoor zijn bijvoorbeeld gebrekkige voorlichting, weinig of geen gebruik van de hulp door leerlingen van deelnemende mentoren, of

doordat de leerlingen van deelnemende mentoren niet in contact zijn met hulp, of doordat leerlingen hier niet open over zijn naar mentoren. De resultaten over samenwerking met mentoren liepen uiteen. Een deel van de mentoren en beide ouders vonden de samenwerking met school onvoldoende. Professionals zeggen onderling voldoende samen te werken. Er is voor dit verschil geen eenduidige verklaring gevonden.

Er is verder een roep naar meer seksuele voorlichting op school, omdat dat momenteel onvoldoende gebeurt. Tienerzwangerschappen en SOA's komen meer voor bij vluchtelingenkinderen, wat het belang van seksuele voorlichting voor deze doelgroep benadrukt (Kennisprogramma Gezondheid Statushouders, 2017).

Als het gaat om een gevoel van toebehoren op school, wat kan leiden tot diverse positieve ontwikkelingsuitkomsten, is het van belang om duidelijke regels te stellen (Keating & Ellis, 2007). Zowel mentoren als ouders zijn hier ontevreden over, de regels worden niet streng genoeg gehanteerd. Dit wordt mogelijk verklaard doordat docenten te veel begrip tonen voor de situatie van leerlingen. Ouders zeggen te weinig op de hoogte te worden gehouden over regelovertredingen. Omdat dit enkel ging om één incident, kunnen er geen strikte conclusies uit worden getrokken.

Beperkingen

Het huidige onderzoek kent enkele beperkingen. Om te winnen kan er weinig gewicht worden gegeven aan de resultaten van ouders, omdat er slechts twee ouders aan het woord zijn geweest. Dit maakt dat hun meningen niet per definitie representatief zijn voor andere ouders. Hierbij komt ook een selectie-effect kijken, omdat mogelijk de makkelijkst bereikbare ouders, die meer betrokken zijn en relatief goed Nederlands spreken naar het gesprek zijn gekomen. Omdat ouders echter een belangrijke stem hebben en met name als het ging om de samenwerking met school en betrokkenheid relevante ervaringen deelden, is ervoor gekozen om deze resultaten alsnog mee te nemen in het onderzoek.

Om de validiteit van bevindingen te versterken en de diepte en breedte van de data te vergroten, is er gebruik gemaakt van triangulatie (Lewis & Ritchie, 2003). Op deze manier wordt er rekening gehouden met de complexe sociale realiteit en kan er een holistisch beeld worden gevormd (Ehnholt & Yule, 2006). Zo is er een document geanalyseerd, zijn er verkennende semigestructureerde interviews gedaan, aanvullende semigestructureerde interviews gedaan en focusgroepen gehouden. Dat een groot deel van de bevindingen aansluit bij eerdere onderzoeken, getuigt van interne validiteit (Lewis & Ritchie, 2003). Het huidige onderzoek heeft een holistisch beeld kunnen vormen waarbij, in tegenstelling tot eerder onderzoek, wordt gekeken naar strategieën op verschillende niveaus vanuit het oogpunt van de sociale ecologische theorie in combinatie met empirisch onderbouwde risicoprocessen en beschermende processen.

Aanbevelingen

Strategieën die vanuit de literatuur en de praktijk op het ISK Tilburg worden ondersteund, die inspelen op beschermende processen en risicoprocessen op verschillende niveaus van de sociale ecologie, worden geadviseerd om toe te passen bij andere scholen die zich willen richten op het verbeteren van welzijn van de doelgroep vluchtelingkinderen.

Hierbij gaat het om onder andere het bevorderen van een gevoel van toebehoren door middel van activiteiten en duidelijke regels, het vergroten van veiligheid door een pestprotocol te hanteren en het inzetten van een interdisciplinair zorgteam op school.

De organisatie van de zorg op het ISK Tilburg leidt echter niet tot hoge mate van gebruik van mentale hulp. Om dit te verbeteren is het van belang om beter aan te sluiten bij de behoeften van de leerlingen, om cultureel sensitief te werken en de bekendheid van de hulp onder leerlingen en ouders/verzorgers te vergroten. Zo kunnen ouders en mentoren meer worden betrokken door meer met ze samen te werken en kan er op school meer informatie over beschikbare hulp worden verspreid. Ook is meer aandacht voor seksuele voorlichting gewenst. Andere mogelijke strategieën uit de literatuur, die op het ISK Tilburg niet worden ingezet zijn het organiseren van een maatjesproject en voorlichtingen voor ouders (Tuk, 2015).

In vervolgonderzoek zal er aandacht moeten worden besteed aan het verhogen van het gebruik van de mentale gezondheidszorg voor vluchtelingenkinderen; wat is er nodig om het te laten slagen? Hiervoor dienen cultuurverschillen te worden overbrugd. Om erachter te komen waar de behoeften van vluchtelingenkinderen liggen, zal er in vervolgonderzoek meer met ouders en leerlingen zelf in gesprek kunnen worden gegaan. In het huidige onderzoek zijn om ethische redenen jongeren zelf niet betrokken. Voor vervolgonderzoek is het daarnaast van belang om leerlingen en ouders te bereiken die door problemen op het gebied van welzijn moeilijk bereikbaar zijn.

Concluderend, de wederzijdse taak voor vluchtelingenkinderen en de ontvangende maatschappij is om de aanpassing aan beide kanten zo goed mogelijk te laten verlopen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt dus niet alleen bij vluchtelingenkinderen en –gezinnen zelf, maar ook voor een belangrijk deel bij de ontvangende samenleving, vanwege het belang van de context voor welzijn. Een holistische aanpak via de schoolsetting, waarbij verschillende strategieën worden gebruikt, zou vluchtelingenkinderen hierbij optimaal kunnen ondersteunen.

Literatuur

- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 26-46.
- Ajduković, M., & Ajduković, D. (1993). Psychological well-being of refugee children. *Child Abuse & Neglect*, 843-854.
- Anderson, A., Hamilton, R., Moore, D., Loewen, S., & Frater-Mathieson, K. (2003). Chapter 1: Education of refugee children. Theoretical perspectives and best practice. In Hamilton, R., & Moore, D. (Eds.), : *Educational interventions for refugee children: Theoretical perspectives and implementing best practice*. (pp. 1-11). Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>
- 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.
- Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *International review of psychiatry*, 317-328.
- Brokx, I., & Keij, M. (2016). Hoe helpt de JGZ gevluchte kinderen weer op verhaal te komen?. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 102-104.
- Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Centraal Orgaan opvang asielzoekers. (2018). *Personen in de opvang uitgesplitst naar leeftijd en land van herkomst*. Retrieved from <https://www.coa.nl/nl/over-coa/bezetting/personen-in-de-opvang-uitgesplitst-naar-leeftijd-en-land-van-herkomst>
- Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 624-645.
- Correa-Velez, I., Gifford, S. M., & Barnett, A. G. (2010). Longing to belong: Social inclusion and wellbeing among youth with refugee backgrounds in the first three years in Melbourne, Australia. *Social science & medicine*, 1399-1408.
- 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*, 569-575.
- Edwards, R. (1998). A critical examination of the use of interpreters in the qualitative research process. *Journal of ethnic and migration studies*, 197-208.
- 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.
- Esposito, N. (2001). From meaning to meaning: The influence of translation techniques on non-English focus group research. *Qualitative health research*, 568-579.
- Fazel, M., Doll, H., & Stein, A. (2009). A school-based mental health intervention for refugee children: An exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 297-309.
- 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.
- Gezondheidsraad (2016). Briefadvies Geestelijke gezondheid van vluchtelingen. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British dental journal*, 291-295.
- Goosen, S., Stronks, K., Kunst, A.E. (2014). Frequent relocations between asylum-seeker centres are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medical record study. *Int J Epidemiol*, 43:94-104.
- Greenhalgh, T., & Taylor, R. (1997). How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMj*, 740-743.
- Haker, F. (2016). Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos
- Heidi, B., Miller, A. B., Baldwin, H., & Abdi, S. (2011). New directions in refugee youth mental health services: Overcoming barriers to engagement. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 69-85.
- Hutchinson, M., & Dorsett, P. (2012). What does the literature say about resilience in refugee people? Implications for practice. *Journal of Social Inclusion*, 55-78.
- Johnson, E. S. (2008). Ecological systems and complexity theory: Toward an

- alternative model of accountability in education. *Complicity: An International Journal of Complexity and Education*, 1-10.
- Kia-Keating, M., & Ellis, B. H. (2007). Belonging and connection to school in resettlement: Young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment. *Clinical child psychology and psychiatry*, 29-43.
- Kennisprogramma Gezondheid Statushouders. (2017). Handreiking Intake jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor statushouderskinderen.
- Lewis, J., & Ritchie, J. (2003). Generalising from qualitative research. In Ritchie, J. & Lewis, J. (Eds.), : *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. (pp. 263-286). Sage.
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D., ... & Saxe, G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 24-36.
- Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (2002). Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport.
- Montgomery, E., & Foldspang, A. (2007). Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees. *European Journal of Public Health*, 156-161.
- Moore, K. A., Lippman, L., & Brown, B. (2004). Indicators of child well-being: The promise for positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 125-145.
- Murray, K. E., Davidson, G. R., & Schweitzer, R. D. (2010). Review of refugee mental health interventions following resettlement: best practices and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 576-585.
- Nilsson, J., & Bunar, N. (2016). Educational responses to newly arrived students in Sweden: Understanding the structure and influence of post-migration ecology. *Scandinavian journal of educational research*, 60(4), 399-416.
- Onderwijsraad. (2017). Vluchtelingen en onderwijs. Naar een efficiëntere organisatie, betere toegankelijkheid en hogere kwaliteit. Babylon: Den Haag.
- Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *Bmj*, 42-45.

- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316.
- Ritchie, J., Spencer, L., O'Connor, W. (2003) Carrying out qualitative analysis. In Ritchie, J. & Lewis, J. (Eds.), : *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. (pp. 219-262). Sage.
- Van Assema, P., Mesters, I., & Kok, G. (1992). Het focusgroep-interview: een stappenplan. *TSG*, 431-7.
- Van Tubergen, F. (2010). Determinants of second language proficiency among refugees in the Netherlands. *Social Forces*, 89, 515-534.
- Tuk, B., & de Neef, M. (2015). *welkom op school. Mentorlessen en lessen relaties en seksualiteit voor nieuwkomers*. Pharos, Utrecht.
- Tuk, B. (2015). Omgaan met mogelijke psychotrauma's. Vluchtelingenkinderen op school. *Les*, 42-55.
- Tyrer, R. A., & Fazel, M. (2014). School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: a systematic review. *PLoS one*, 1-12.
- 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, 72-79.

Bijlage 1: codebomen analyse

Document analyse

- Doel
- Doelgroep
- Middelen welzijn
 - Ouders
 - Regels en consequenties
 - Veiligheid
 - Toebehoren
 - Zorg

Interview 1 en 2: GGD en ISK professional analyse

- Achtergrondinformatie
 - ISK
 - GGD
- Doel
 - Grenzen
 - Resultaten
- Doelgroep
 - Culturele sensitiviteit
- Praktische problemen
 - Communicatie
- Samenwerking
 - Doelen samenwerking
 - ISK samenwerking
 - Ouders samenwerking
 - Problemen samenwerking
- Verbeterpunten
- Welzijn
 - Welzijn problemen
 - Sociaal
 - Verzuim
 - Zorg

Interview 3 en focusgroep 1: begeleiders & Focusgroep 2: professionals ISK

- Achtergrondinformatie
- Obstakels
 - Bekendheid
 - Cultuur
 - Communicatie
 - Culturele sensitiviteit
 - Reactie ouders
 - Reactie jongere
 - Regels en consequenties
 - Samenwerking met partners
- Welzijn
 - Problemen jongeren
 - AMV
 - Gezondheid
 - Motivatie
 - Psychische- en gedragsproblemen
 - Sociaal
 - Gevoel op school
 - Sociaal netwerk
 - Veiligheid
 - Vertrouwensband
- Zorg
 - Aanpak
 - Meerwaarde
 - Tips

Interview 4: Ouders

- Achtergrondinformatie
- Bekendheid zorg op school
- Betrokkenheid
- Contact met school
- Prioriteiten
- Schoolsysteem
- Welzijn kind

Bijlage 2: topiclijsten

Topiclijst verkennende interviews, 1 en 2

- Doelen
 - o Gebied van welzijn
 - o Samenwerking
 - o JGZ
- Uitleg verschillende partners
 - o Wie, rollen, typen zorg
 - o Hoe is de structuur, doorverwijzen
- Doelgroep
 - o Hoe veel, waar vandaan
 - o Hoe veel tijd nodig
 - o Culturele competentie; rekening houden met achtergronden, culturen
- Communicatie en contact
 - o Brief? Gesprek? Tolk?
 - o Ouders contact: betrokkenheid ouders
- Welzijn
 - o Sociale relaties, pesten, veiligheid
 - o Pestprotocol
- Resultaten, welzijn

Topiclijst persoonlijke mentoren

Introductie

Functie, ervaring, achtergrond jongeren

Welzijn

- Communicatie: tolk? Taal?
- Welke problemen? verzuim, sociaal welzijn, gezondheid
- Zicht op welzijn

Zorg

- Signaleren: hoe en door wie
- Vervolgstappen, voorbeelden
- Samenwerking andere partijen – ISK, GGD
- Verbeterpunten? Tevreden?

ISK

- Bekendheid welke zorg
 - o Van de leerling
 - o Van de mentor

- Communicatie op school
- Culturele sensitiviteit van docenten
- Gevoel leerlingen op school:
 - o vriendschap / pesten / veilig gevoel / leuk om te gaan
- Regels en consequenties
- Rol ISK in problemen signaleren en zorgen delen

JGZ

- Betrokkenheid bij de JGZ op school
- Samenwerking met JGZ op school
- Follow up

Resultaat

- Beter bereik?
- Lagere drempel?
- Meerwaarde?
- Verbeterpunten / obstakels

Topiclijst ouders

Introductie

- Achtergrond, hoe lang in NL, leeftijd kind

Bekendheid

- Welke kennis over zorg op school
 - o Wie is de dokter/verpleegkundige, wat doen ze
 - o Wat weten ze over de afspraken
- Hoe deze kennis gekregen: Brief? E-mail?
- Communicatie: goed? Moeilijk? Taal?

Betrokkenheid

- Uitgenodigd voor afspraken? Heen gegaan?
- Hoe vaak naar school, waarom
- Buiten afspraken contact
- Tevreden?
- Mening kind

Welzijn

- Welke hulp vanuit school
- Sociaal welzijn kind, vrienden, pesten
- Gevoel op school, veiligheid, regels
- Gezondheidszorg buiten school

School

- Wat is belangrijk, wat gaat goed en niet goed
- Docenten
- Regels en consequenties
- Verbeterpunten voor school?

JGZ op school

- Zorgstructuur gewend?
- Tips gekregen over gezondheid? Opgevolgd?
- Vervolgafpraak na intake?
- Contact met JGZ

Verbeterpunten?

Topiclijst professionals ISK

Introductie

Culturele sensitiviteit in opleiding?

Welzijn

- Doelen van het ISK
- Welke zorg
 - o Gezondheid
 - o Sociaal
 - o Psychisch
- Communicatie
- Signaleren
- Gezondheid
- Psychisch welzijn
- Sociaal welzijn
 - o Op school: vrienden / pesten / veiligheid / gevoel
 - o Met docenten: regels en consequenties, vertrouwen
- Vervolgstappen

Ouders

- Hoe betrokken, uitnodigen
- Communicatie, taal, tolk
- Band met ouders
- Voorlichting

Samenwerking

- Rol van verschillende disciplines
- Waar kunnen leerlingen terecht, bekendheid
- Externe partijen
 - o Signalering
 - o Communicatie
 - o Zorg
- Intern samenwerking

De leerling

- Betrokken bij zorg?
- Goed contact?

Resultaten

- Meerwaarde?
 - o Bereikbaarheid, drempelverlagend
- Verbeterpunten?