



Over de barrières

Een onderzoek naar agendavorming bij GGD'en met
betrekking tot gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd

Opleiding: Bestuurskunde
Faculteit: Managementwetenschappen
Universiteit: Radboud Universiteit Nijmegen
Datum: 21 November 2014
Voornaam: Tineke
Initialen: A.G.
Achternaam: Ploeger
Studentnummer: s4040554
Begeleider: Dr. C. Lako

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie ‘Over de barrières’, een onderzoek naar agendavorming bij GGD’en met betrekking tot gezondheidsrisico’s bij vluchtelingenjeugd. Met het afronden van deze scriptie is voor mij, heel toepasselijk, de laatste barrière van mijn studie Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit te Nijmegen overwonnen.

Toen ik in februari voor het eerst in aanraking kwam met het onderwerp gezondheidsrisico’s bij vluchtelingenjeugd was ik in eerste instantie verrast. Dit terrein was voor mij namelijk nog volkomen onbekend en het schrijven van een scriptie over dit onderwerp zou een grote uitdaging vormen. Desondanks heb ik geen moment spijt gehad van de keuze om hier mijn scriptie over te schrijven. De afgelopen maanden heb ik veel kennis opgedaan op een terrein dat complex, maar ook ontzettend interessant bleek te zijn.

Ik ben GGD GHOR Nederland dankbaar dat ik bij deze mooie organisatie mijn stage mocht vervullen en mijn scriptie mocht schrijven. In de afgelopen acht maanden heb ik veel mogelijkheden gekregen om meer te zien van de publieke sector, hierdoor heb ik veel ervaring kunnen opdoen. Ik ben Guus Krähe en Hennie Nijsingh dankbaar voor de mogelijkheid die zij mij hebben gegeven om dit onderzoek en deze stage te kunnen doen, de vele bemoedigende woorden, de feedback die zij mij vaak gegeven hebben en alle tijd die ze in dit onderzoek gestoken hebben. Daarnaast wil ik mijn collega’s bedanken voor het meelesen, meedenken en de fijne tijd die ik bij GGD GHOR Nederland gehad heb. Eveneens ben ik mijn respondenten dankbaar voor het deelnemen aan de survey en interviews. Ik wil mijn scriptiebegeleider, Christiaan Lako, bedanken voor alle opbouwende kritiek en het vertrouwen dat hij mij vaak gegeven heeft. Ten slotte wil ik mijn ouders bedanken voor alle steun en de mogelijkheden die zij mij tijdens mijn studie gegeven hebben.

Gezondheid van vluchtelingen is een aspect dat, naar mijn mening, veel aandacht zou moeten krijgen. Een slechte gezondheid kan een slechte deelname aan de Nederlandse maatschappij betekenen. Ik hoop er met dit onderzoek aan bij te kunnen dragen dat de gezondheidsrisico’s bij vluchtelingenjeugd beperkt worden. De titel van dit onderzoek is tweeledig. Enerzijds geeft het letterlijk inzicht in de barrières die GGD’en moeten overwinnen om activiteiten specifiek voor vluchtelingen tot stand te laten komen. Anderzijds geeft dit onderzoek handvatten voor GGD’en om over de barrières te kunnen komen. Ik hoop dat het onderwerp gezondheidsrisico’s bij vluchtelingenjeugd door dit onderzoek meer op de ‘agenda’ komt te staan bij GGD’en, maar ook bij andere instellingen die een bijdrage kunnen leveren op dit gebied.

A.G. (Tineke) Ploeger, 21 november 2014

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting	7
1. Inleiding.....	9
1.1 Aanleiding onderzoek	9
1.2 Probleemstelling en deelvragen	10
1.3 Gebruik van theorieën	11
1.4 Werkwijze	12
1.5 Maatschappelijke relevantie	13
1.6 Wetenschappelijke relevantie.....	14
1.7 Leeswijzer	14
2. Context	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Vluchtelingen in Nederland	15
2.2.1 Vluchtelingen en asielzoekers	15
2.2.2 Geschiedenis van vluchtelingen in Nederland	16
2.2.3 Kenmerken van huidige vluchtelingengroepen in Nederland	17
2.2.4 Asielprocedure	19
2.2.5 Uitplaatsing in gemeenten	19
2.3 Vluchtelingen en gezondheidszorg	20
2.3.1 Gezondheidszorg voor vluchtelingen in AZC's.....	20
2.3.2 Jeugdgezondheidszorg in gemeenten	21
2.4 Gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd uit wetenschappelijke literatuur	22
2.5 Integratiebeleid door de jaren heen	23
2.5.1 Het categoriaal beleid van de jaren '70	23
2.5.2 Het minderhedenbeleid van de jaren '80.....	24
2.5.3 Het integratiebeleid van de jaren '90	25
2.5.4 Het beleid van 2000 tot nu	26
2.6 Slot	28
3. Theoretisch kader.....	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Probleem.....	29
3.3 Agendavorming	30
3.4 Verscheidenheid in agenda's	31
3.5 Kloofmodel	31
3.6 Relatieve-aandachtsmodel	32
3.7 Het barrièremodel van Bachrach en Baratz	33

3.7.1 Bachrach en Baratz.....	33
3.7.2 Het barrièremodel als verklaringsmodel	34
3.7.3 Voor- en tegenstanders	34
3.7.4 De vier barrières van Bachrach en Baratz	35
3.7.5 De barrières van Hoogerwerf en Herweijer	38
3.7.6 Kritiek op het barrièremodel	39
3.8 Het stromenmodel van Kingdon	40
3.8.1 Kingdon	40
3.8.2 Het stromenmodel als verklarings- en reconstructiemodel	40
3.8.3 De stromen van Kingdon.....	40
3.8.4 Policy windows	42
3.8.5 Policy entrepreneurs	43
3.8.6 Kingdon en het garbage can model	44
3.8.7 Kritiek op het stromenmodel.....	44
3.9 Toepassing van theorieën	45
3.10 Conceptueel model	46
3.11 Overzicht hypothesen	47
3.12 Slot	47
 4. Methodologisch kader	 48
4.1 Inleiding	48
4.2 Onderzoeksstrategie	48
4.3 Selectie van onderzoekseenheden	48
4.4 Kwalitatief en kwantitatief onderzoek	50
4.5 Dataverzameling.....	50
4.6 Data-analyse en verslaglegging.....	51
4.7 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek	52
4.8 Operationalisatie.....	53
 5. Resultaten.....	 56
5.1 Inleiding	56
5.2 Gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd uit de GGD praktijk	56
5.3 Inventarisatie van activiteiten bij GGD'en.....	57
5.3.1 Resultaten survey met betrekking tot aandacht en activiteiten bij GGD'en	57
5.3.2 Overzicht activiteiten	60
5.4 De mogelijke bijdragen van de JGZ.....	61
5.5 Slot	64
 6. Analyse	 65
6.1 Inleiding	65
6.2 Het barrièremodel bij GGD'en.....	65
6.3 Realisatie- en hindermachten	67
6.3.1 Intern initiatief	68

6.3.2 Landelijke politiek	69
6.3.3 Gemeentelijke politiek	71
6.3.4 GGD GHOR Nederland	72
6.3.5 Extern initiatief.....	72
6.3.6 Overzicht realisatie- en hindermachten.....	73
6.4 Het stromenmodel bij GGD'en	74
6.4.1 Toepassing van de stromen	74
6.4.2 Herkenning van het probleem bij GGD'en	74
6.4.3 Beleidsalternatieven bij GGD'en	77
6.4.4 Veranderingen in het politieke klimaat rondom GGD'en	78
6.4.5 De koppeling van de stromen bij GGD'en.....	79
6.5 Stimulerende en belemmerende factoren	80
6.6 Toetsing van hypothesen	82
6.7 Slot	83
7. Conclusie	84
7.1 Inleiding	84
7.2 Conclusies	84
7.3 Hypothesen	91
7.4 Aanbevelingen.....	92
7.4.1 Aanbevelingen voor GGD'en	92
7.4.2 Aanbevelingen voor GGD GHOR Nederland	93
7.5 Reflectie	93
7.5.1 Theoretische reflectie	93
7.5.2 Methodologische reflectie	94
7.5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	95
7.6 Slot	96
Referenties	97
Bijlagen.....	102
Bijlage 1: Participerende GGD'en en geïnterviewde personen	102
Bijlage 2: GGD'en in Nederland	104
Bijlage 3: Survey	105
Bijlage 4: Interviewguide semigestructureerd interview.....	111
Bijlage 5: Integrale Jeugdgezondheidszorg door GGD'en	113

Samenvatting

'94,7% van de GGD'en vindt het van belang dat er activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd worden binnen de JGZ, 42,1% van de GGD'en voert binnen de JGZ daadwerkelijk al activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit'

In dit onderzoek zijn de verschillen in totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd bij Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) verklaard. Eveneens is onderzocht welke gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd naar voren komen uit wetenschappelijk onderzoek en de GGD praktijk. Daarnaast is onderzocht welke activiteiten GGD'en binnen de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) uitvoeren voor vluchtelingenjeugd en wat een mogelijke bijdrage van de JGZ zou kunnen zijn op dit gebied. Ten slotte is onderzocht welke factoren de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd stimuleren en welke ze belemmeren.

Er is in dit onderzoek gekozen voor een vergelijkende casestudy waarin verschillende GGD'en met elkaar vergeleken worden. Het onderzoek bestaat uit drie fasen. In de eerste fase is onderzocht welke gezondheidsrisico's GGD'en bij vluchtelingenjeugd signaleren. In de tweede fase zijn de huidige activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd geïnventariseerd. Voor deze eerste fasen is gebruik gemaakt van een literatuurstudie, een survey en interviews. De survey is naar de 25 GGD'en gestuurd en door 19 GGD'en ingevuld. De derde fase richt zich op het verklaren van de verschillen tussen GGD'en betreffende de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd. Voor deze derde fase is een selectie van 10 GGD'en gemaakt die nader onderzocht zijn, hier zijn interviews voor gehouden. De selectie is gemaakt op basis van de resultaten die naar voren kwamen uit de survey. Naast deze 10 GGD'en zijn er nog gesprekken gehouden met vier personen die vanuit een ander perspectief meer inzicht konden geven zoals bijvoorbeeld een beleidsmedewerker van een gemeente en een epidemioloog.

De JGZ is de Jeugdgezondheidszorg voor kinderen en jongeren van 0 tot 19 jaar. De JGZ wordt veelal door GGD'en uitgevoerd. De doelstelling van de JGZ is kinderen en jongeren zo gezond mogelijk laten zijn. Dit wordt gedaan door alle kinderen in Nederland te volgen in hun psychosociale en lichamelijke ontwikkeling, gezondheidsrisico's vroegtijdig te signaleren en interventies in te zetten die de gezondheid bevorderen. Uit dit onderzoek blijkt dat de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd die naar voren komen uit de GGD praktijk grotendeels overeen komen met de risico's die naar voren zijn gekomen uit wetenschappelijk onderzoek. De psychosociale risico's zijn onder meer psychische problemen, gedragsproblemen en trauma's bij de kinderen zelf en bij hun ouders. Bij de fysieke risico's komen onder andere vaccinatie-achterstanden, overgewicht, te weinig beweging en een slechte motoriek naar voren. Geconcludeerd kan worden dat GGD'en gezondheidsrisico's signaleren specifiek bij vluchtelingenjeugd.

GGD'en voeren momenteel nog niet allemaal activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit. Uit de survey komt namelijk naar voren dat 42,1% van de GGD'en activiteiten uitvoert specifiek voor vluchtelingenjeugd. Daarnaast geeft 31,6% van de GGD'en aan activiteiten uit te voeren waarbij vluchtelingenjeugd een belangrijk onderdeel van de doelgroep is. Er kan hierbij gedacht worden aan activiteiten als voorlichtingen, cursussen en het inzetten van intermediairs.

De bijdrage van de JGZ kan op verschillende manieren ingevuld worden. Er kunnen individueel gezien bijvoorbeeld meer Voorlichters Eigen Taal en Cultuur ingezet worden en er kan een snellere overdracht van dossiers van AZC's naar de GGD in de gemeente van vestiging plaatsvinden. Om tot meer collectieve bijdragen te kunnen komen om de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd te beperken, zou er allereerst meer inzicht moeten komen in wat hiervoor nodig is. Tevens zou er meer collectief gekeken kunnen worden naar de gezondheidstoestand van deze groep. Overstijgend gezien zouden de interculturele communicatie en de competenties van professionals op dit gebied verbeterd kunnen worden.

Er is tot een verklaring voor de verschillen in totstandkoming van activiteiten gekomen door twee theoretische modellen toe te passen, namelijk het barrièremodel en het stromenmodel. Aan de hand van het barrièremodel is duidelijk geworden dat de GGD'en zonder activiteiten zich in tegenstelling tot de GGD'en met activiteiten nog niet bewust lijken te zijn van het probleem. Er is gebleken dat er bij de GGD'en met activiteiten sprake was van drie soorten realisatiemachten, namelijk intern initiatief, gemeentelijke politiek en extern initiatief. Deze machten traden niet op als realisatiemacht bij de GGD'en die nog geen activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren. Aan de hand van het stromenmodel is gebleken dat de aanwezigheid van de stromen herkenning van het probleem, beleidsalternatieven en veranderingen in het politieke klimaat er voor gezorgd hebben dat er activiteiten tot stand zijn gekomen bij de GGD'en met activiteiten. Ten minste een van deze stromen was afwezig bij de GGD'en die nog geen activiteiten uitvoeren. De afwezigheid van bewustzijn en daarmee herkenning van het probleem bij een deel van de GGD'en lijkt te maken te hebben met het niet collectief in beeld hebben van de gezondheidstoestand bij deze groep en de afwezigheid van realisatiemachten die deze GGD'en bewust maken van het probleem.

De factoren die het agendavormingsproces bij GGD'en stimuleren zijn het bewustzijn van het probleem en de aanwezigheid van realisatiemachten. De belemmerende factoren zijn het hebben van andere prioriteiten en de zichtbaarheid van de groep. Doordat vluchtelingen vaak verspreid over gemeenten wonen zijn ze als groep niet altijd zichtbaar voor GGD'en.

Geconcludeerd kan worden dat nog niet alle GGD'en buiten hun reguliere aanbod activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren. Dit terwijl 94,7% van de GGD'en aangeeft het wel degelijk van belang te vinden dat er activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd worden. Het niet uitvoeren van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd buiten het reguliere aanbod kan verklaard worden door onder andere het beperkt bewustzijn van het probleem en het niet collectief in beeld hebben van de gezondheidstoestand van deze groep.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

Integratie is een thema dat hoog op de politieke agenda staat en als zeer belangrijk wordt beschouwd (SCP, 2014, p.11). Een samenleving kan namelijk alleen functioneren als iedereen participeert en de basisregels deelt, dit maakt dat integratie ook wel gezien wordt als *‘een zaak van ons allemaal’* (Asscher, 2013a, p.1). Ondanks de diverse beleidsmaatregelen die de afgelopen jaren genomen zijn, ligt er nog steeds een grote opgave betreffende integratie. Nederland heeft een pluriforme samenleving met veel verschillende bevolkingsgroepen, maar de sociaal-culturele afstand tussen deze groepen is ondanks diverse maatregelen op verschillende aspecten niet kleiner geworden (Asscher, 2013b, p.1).

Asscher constateert dat er ook bij nieuwe migrantengroepen integratieproblemen zijn. Het gaat hierbij om ingezetenen die als asielzoeker naar Nederland zijn gekomen en na statusverlening in de gemeente zijn gaan wonen. Deze groepen worden vluchtelingen of niet-traditionele migrantengroepen genoemd. De vier grootste vluchtelingengroepen komen uit Afghanistan, Somalië, Irak en Iran. Binnen deze groepen is het aandeel jongeren in vergelijking met de totale bevolking zeer hoog (SCP, 2011, p.11).

Er komen signalen naar voren over gezondheidsrisico's bij vluchtelingen (SCP, 2011, p.17). Vluchtelingen kampen vaak met zowel een slechte psychische als fysieke gezondheid en ervaren hun gezondheid als slechter dan de autochtone bevolking (SCP, 2011, p.11). De gezondheid van vluchtelingen in de gemeente verslechtert na verloop van de tijd en bij veel vluchtelingen is de gezondheid gemiddeld slechter dan bij autochtonen (Lamkaddem et al., 2013, p.3). Tevens leidt de gemiddeld slechte gezondheid van vluchtelingen tot een groter zorggebruik dan het zorggebruik van autochtonen (SCP, 2011, p. 18).

Op 19 februari 2012 presenteerde Minister Asscher van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) de 'Agenda Integratie'. Deze agenda geeft de hoofdlijnen weer van het integratiebeleid waarmee het kabinet problematiek rondom integratie wil bestrijden in de periode 2012-2016. Het integratiebeleid richt zich volgens de Agenda op drie kernthema's, namelijk het thema meedoen en zelfredzaam zijn, het thema grenzen stellen en opvoeden en het thema kennis van maatschappelijke regels en sociale competenties. Er is specifieke aandacht voor kwetsbare migrantengroepen zoals jeugd en daarmee ook de volwassenen in hun rol als opvoeders van kinderen. Asscher gaat in zijn agenda in op de rol die publieke instellingen op dit terrein zouden moeten spelen. Volgens Asscher moeten publieke instellingen waaronder de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) vraagstukken die voortkomen uit een achterblijvende integratie en pluriforme samenleving het hoofd kunnen bieden (Asscher, 2013b, p.1).

Gezondheidsrisico's bij vluchtelingen kunnen leiden tot een slechte participatie op bijvoorbeeld de arbeidsmarkt en een moeizame integratie in de Nederlandse samenleving (SCP, 2011). Een goede gezondheid is een belangrijke voorwaarde als het gaat om meedoen

in een samenleving en zelfredzaam zijn. Tevens kan een slechte gezondheid belemmerend werken voor ouders als het gaat om het opvoeden van kinderen en grenzen stellen. Doordat gezondheid een belangrijke factor is met betrekking tot een achterblijvende integratie is het belangrijk om de gezondheidsrisico's bij vluchtelingen zoveel mogelijk te beperken.

De signalen die naar voren komen over gezondheidsrisico's bij vluchtelingen en het verzoek van de Rijksoverheid om vraagstukken die voortkomen uit een achterblijvende integratie en pluriforme samenleving het hoofd te bieden leidt tot de vraag op welke manier GGD'en kunnen bijdragen aan het verminderen van de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en in hoeverre dit onderwerp bij GGD'en op de agenda staat. Doordat het aantal jongeren onder vluchtelingen zeer hoog is en het kabinetsbeleid specifieke aandacht geeft aan jeugd richt dit onderzoek zich op jeugd en hun ouders als opvoeders. Aangezien de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) binnen de GGD'en de preventieve zorg voor de jeugd uitvoert richt dit onderzoek zich tevens specifiek op de JGZ.

1.2 Probleemstelling en deelvragen

In dit onderzoek zullen de GGD'en en daarbinnen de JGZ als casus centraal staan. Er wordt onderzoek gedaan naar de wijze waarop de JGZ kan bijdragen aan het verminderen van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd. Dit zal worden gedaan door allereerst inzicht te krijgen in de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en de huidige activiteiten van GGD'en rondom vluchtelingenjeugd te inventariseren. Vervolgens zal een verklaring gezocht worden voor de verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd. Verklaard zal worden waarom sommige GGD'en wel activiteiten binnen de JGZ specifiek voor vluchtelingenjeugd hebben opgezet en dit onderwerp derhalve wel op de agenda hebben staan terwijl andere GGD'en dit niet of in mindere mate hebben. Daarnaast zullen de stimulerende en belemmerende factoren bij deze totstandkoming onderzocht worden. Uiteindelijk zal dit onderzoek aanbevelingen geven voor de JGZ. Deze aanbevelingen zullen de JGZ en daarmee de GGD'en beter in staat stellen bij te dragen aan oplossingen voor de eerder genoemde vraagstukken. De doelstelling, vraagstelling en deelvragen van het onderzoek luiden als volgt:

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd bij GGD'en, teneinde aanbevelingen te kunnen geven voor de wijze waarop GGD'en beter kunnen bijdragen aan het beperken van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd.

Vraagstelling

Welke gezondheidsrisico's signaleren GGD'en bij vluchtelingenjeugd en hoe kunnen de verschillen in de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd bij GGD'en verklaard worden?

Deelvragen

- 1. Welke gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd komen naar voren uit wetenschappelijk onderzoek en de GGD praktijk?*
- 2. Welke activiteiten voeren de afzonderlijke GGD'en momenteel binnen de JGZ uit betreffende gezondheidsrisico's van vluchtelingenjeugd?*
- 3. Met welke activiteiten zouden GGD'en binnen de JGZ kunnen bijdragen aan de vermindering van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd?*
- 4. Hoe kunnen verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd en daarmee agendavorming verklaard worden vanuit de praktijk en theorie?*
- 5. Welke factoren stimuleren en belemmeren de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd binnen GGD'en?*

1.3 Gebruik van theorieën

Doordat verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten te maken hebben met de mate van aandacht voor de problematiek zal er gebruik worden gemaakt van twee theorieën rondom agendavorming, namelijk het barrièremodel van Bachrach en Baratz en het stromenmodel van Kingdon.

Barrièremodel

Het barrièremodel van Bachrach en Baratz probeert te verklaren waarom bepaalde problemen wel of niet tot beleid leiden. Volgens het model moet een probleem meerdere fasen doorlopen voordat uiteindelijk beleidsvorming plaatsvindt (Devos, 2006, p.445). Deze fasen kunnen beschouwd worden als barrières die overwonnen moeten worden om tot effectief beleid te kunnen komen (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.68). Het model bestaat uit vier barrières (Devos, 2006, p.445):

1. De eerste barrière is dat een probleem herkend en erkend moet worden. Een probleem moet brede bekendheid krijgen.
2. De tweede barrière houdt in dat een probleem op de politieke agenda moet komen te staan. De politiek moet een probleem oppakken.
3. De derde barrière is het op de besluitvormingsagenda krijgen van een probleem. In deze fase worden besluiten geformuleerd.
4. De laatste barrière is het plaatsen op de uitvoeringsagenda. Als deze barrière overwonnen is worden besluiten daadwerkelijk uitgevoerd.

Stromenmodel

Het stromenmodel van Kingdon probeert te verklaren waarom er voor sommige problemen geen aandacht is terwijl er voor andere wel aandacht is en waarom bepaalde oplossingen wel worden benut terwijl andere dat niet worden. Dit maakt dat Kingdon bij agendavorming niet

alleen de focus legt op het selecteren van problemen, maar tevens op het selecteren van oplossingen (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.196). Kingdon maakt in plaats van tussen vier stromen onderscheid tussen drie stromen, namelijk:

1. De herkenning van problemen
2. Het opstellen en verfijnen van beleid
3. Veranderingen binnen het politieke klimaat.

Deze stromen zijn geheel onafhankelijk van elkaar en moeten gekoppeld worden om beleid tot stand te laten komen. Als de stromen bij elkaar komen ontstaat er een ‘policy window’ oftewel beleidsraam. Het ontstaan van een beleidsraam maakt dat er een kans is op een beleidsverandering. Bij het ontstaan van een beleidsraam spelen ‘policy entrepreneurs’ een rol. Deze entrepreneurs kunnen invloed uitoefenen zodat een beleidsraam ontstaat. Dit doen ze door zich in te zetten voor de koppeling van de drie stromen (Tromp, 1993, p.46).

Toepassing van theorieën

Het barrièremodel en het stromenmodel zullen in dit onderzoek gebruikt worden om te verklaren waarom er verschillen zijn tussen GGD'en betreffende de totstandkoming van activiteiten. Het barrièremodel kan verklaren waar de totstandkoming van een activiteit vast is gelopen doordat het model inzicht kan geven in de barrières die overwonnen moeten worden door GGD'en om tot een activiteit te kunnen komen. Het stromenmodel kan inzicht geven in waarom activiteiten niet tot stand zijn gekomen door te analyseren of de drie genoemde stromen aanwezig waren.

1.4 Werkwijze

Onderzoeksstrategie

Er is in dit onderzoek gekozen voor een vergelijkende casestudy. In dit onderzoek staan de GGD'en en daar binnen de JGZ centraal als casus en zijn GGD'en met elkaar vergeleken. Het onderzoek is opgedeeld in drie fasen. In de eerste fase is onderzocht welke gezondheidsrisico's GGD'en bij vluchtelingenjeugd signaleren. In de tweede fase zijn de huidige activiteiten rondom vluchtelingenjeugd geïnventariseerd. De derde fase richtte zich op het verklaren van de verschillen tussen GGD'en betreffende de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd. Voor de derde fase is een selectie gemaakt van GGD'en die nader onderzocht zijn.

Dataverzameling en data-analyse

Om dit onderzoek goed te kunnen uitvoeren is er gekozen voor een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. De kwalitatieve methoden zijn gekozen omdat de emoties, denkbeelden, achterliggende motieven en gedrag van betrokken personen een belangrijke rol spelen. De kwantitatieve methoden zijn gekozen om een overzicht te kunnen maken van de activiteiten die GGD'en momenteel uitvoeren voor vluchtelingenjeugd of geprobeerd hebben op te zetten.

De eerste fase waarbij inzicht is verkregen in de context is vormgegeven middels kwalitatief onderzoek. De tweede fase waarin de inventarisatie centraal stond is kwantitatief onderzocht. Er is middels een survey een overzicht gegeven van huidige activiteiten van GGD'en voor vluchtelingenjeugd. Op basis van de survey zijn vervolgens GGD'en geselecteerd die onderzocht zijn in de derde, verdiepende fase waarin een verklaring gezocht is voor de verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd. In de derde fase stonden de interviews centraal. Er is als het ware kwantitatief onderzocht 'wat' er door GGD'en wordt gedaan en vervolgens is er op kwalitatieve wijze dieper ingegaan op het 'waarom'.

Naast interviews en een survey is er tevens gekozen voor een literatuurstudie. Om de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is er gebruik gemaakt van verschillende databronnen. Er is gebruik gemaakt van beleidsdocumenten omtrent het integratiebeleid en gezondheidsbeleid voor vluchtelingen. Daarnaast is er gebruik gemaakt van wetenschappelijke onderzoeken die zich richten op gezondheidsproblematiek bij vluchtelingen.

Selectie van onderzoekseenheden en steekproef

De onderzoeksgroep binnen dit onderzoek bestaat uit de afdelingen JGZ van de GGD'en in Nederland. De survey waaruit de inventarisatie is voortgekomen, is gestuurd naar alle GGD'en. Omdat het aantal GGD'en groot is zijn er vervolgens GGD'en geselecteerd voor het afnemen van interviews. Deze selectie is gemaakt op basis van de inventarisatie.

1.5 Maatschappelijke relevantie

Zoals al eerder is aangegeven komt er de laatste jaren steeds meer informatie beschikbaar over gezondheidsrisico's bij vluchtelingen. Vluchtelingen kampen vaak met een slechte psychische en fysieke gezondheid en ervaren hun gezondheid eveneens als slechter. Tevens verslechtert de gezondheid van vluchtelingen naarmate zij langer in een gemeente wonen. Deze ontwikkelingen hebben nadelige gevolgen voor de integratie in de Nederlandse samenleving doordat ze bijvoorbeeld kunnen leiden tot een lage deelname op de arbeidsmarkt of een beperkte participatie in de maatschappij. Deze nadelige gevolgen maken het, voor zowel de Rijksoverheid als de samenleving zelf, wenselijk dat er door GGD'en gezocht wordt naar een bijdrage aan de oplossing van deze problematiek. Er is weinig inzicht in de activiteiten die GGD'en momenteel al uitvoeren, de verschillen tussen GGD'en en de factoren die de totstandkoming van deze activiteiten stimuleren of juist belemmeren. Inzicht in deze factoren en verklaringen voor de verschillen tussen GGD'en betreffende de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd kunnen er toe leiden dat er in de toekomst meer activiteiten ontwikkeld kunnen worden. Hierdoor kunnen de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd in de toekomst beter aangepakt en voorkomen worden. Dit onderzoek zal aanbevelingen geven voor de wijze waarop de JGZ kan bijdragen aan de oplossing van dit probleem en dit onderwerp beter op de agenda kan krijgen. Dit zal de gezondheid en daarmee de kansen van vluchtelingenjeugd in de maatschappij vergroten.

1.6 Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek blijkt uit het feit dat er weinig bekend is over de gezondheid van vluchtelingenjeugd. De meeste wetenschappelijke onderzoeken richten zich op de traditionele migrantengroepen of op volwassen vluchtelingen. Het feit dat vluchtelingengroepen echter voor een groot deel uit jongeren bestaan maakt een inzicht in de problematiek noodzakelijk. Het inzicht in deze problematiek, dat door dit onderzoek naar voren komt, maakt dit onderzoek wetenschappelijk relevant. De toepassing van wetenschappelijke theorieën over agendavorming op de aanpak van gezondheidsvraagstukken door lokale gezondheidsdiensten maakt dit onderzoek eveneens wetenschappelijk relevant. Er is weinig kennis over agendavorming bij lokale gezondheidsdiensten. Dit onderzoek zal dit inzicht vergroten. Door het toepassen van wetenschappelijke theorieën op dit vraagstuk kan er eveneens inzicht verkregen worden in de mate waarin deze theorieën kunnen bijdragen aan het verhelderen van vraagstukken uit beleid en praktijk.

1.7 Leeswijzer

Na de inleiding van dit onderzoek zal in hoofdstuk 2 de context van het onderzoek beschreven worden. In hoofdstuk 3 wordt de theoretische basis van dit onderzoek uiteengezet met als leidraad het barrièremodel en stromenmodel. In hoofdstuk 4 zullen de methoden van onderzoek toegelicht worden. Hoofdstuk 5 en 6 zullen de onderzoeksresultaten en analyse weergeven. Ten slotte zal in hoofdstuk 7 de conclusie en aanbevelingen uiteengezet worden.

2. Context

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt allereerst meer informatie gegeven over vluchtelingen in Nederland. Vervolgens zal er worden ingegaan op gezondheidszorg voor vluchtelingen. Omdat de gezondheidsrisico's bij vluchtelingen jeugd voorop staan in dit onderzoek zullen de gezondheidsrisico's die naar voren komen uit wetenschappelijk onderzoek besproken worden. In de laatste paragraaf wordt het integratiebeleid van de Rijksoverheid toegelicht.

2.2 Vluchtelingen in Nederland

Allereerst zal er een onderscheid gemaakt worden tussen asielzoekers en vluchtelingen aan de hand van definities. Vervolgens zal de geschiedenis van vluchtelingen in Nederland kort weergegeven worden. Er zal tevens een overzicht worden gegeven van de grootste vluchtelingengroepen en hun omvang. Als laatst zal de asielprocedure en de uitplaatsing van asielzoekers naar gemeenten besproken worden.

2.2.1 Vluchtelingen en asielzoekers

Doordat de termen vluchteling en asielzoeker vaak door elkaar heen worden gebruikt is het noodzakelijk om in dit onderzoek een duidelijk onderscheid te maken tussen vluchtelingen en asielzoekers. In figuur 1 worden de definities van de termen vluchtelingen en asielzoekers weergegeven.

Definities van asielzoekers en vluchtelingen

Asielzoekers

Asielzoekers zijn personen die hun land van herkomst hebben verlaten, in een ander land een aanvraag hebben gedaan voor erkenning als vluchteling en in afwachting zijn van het besluit omtrent de aanvraag.

Vluchtelingen

Vluchtelingen zijn personen die zich buiten hun land van herkomst bevinden en niet in staat of bereid zijn om terug te keren of om gebruik te maken van de bescherming van het land van herkomst wegens een gegronde vrees voor vervolging op basis van ras, nationaliteit, godsdienst, het behoren tot een bepaalde sociale groep of politieke overtuiging.

Vluchtelingen in dit onderzoek

In dit onderzoek wordt de term vluchteling gebruikt voor mensen die een vluchtelingenstatus in Nederland hebben gekregen en met een verblijfsvergunning in een gemeente wonen.

Figuur 1: Definities van asielzoekers en vluchtelingen (UNHCR, 2014)

2.2.2 Geschiedenis van vluchtelingen in Nederland

Nederland heeft al eeuwen te maken met vluchtelingen. Al sinds de tijd van de Batavieren, die doordat ze op de vlucht waren voor andere volkeren naar Nederland kwamen, zijn vluchtelingen een bekend fenomeen. Ook in de Middeleeuwen was het vluchten naar andere steden om een veilige plek te vinden iets wat als normaal gezien werd. Ondanks het feit dat vluchten iets van alle tijden is, ontstond er pas beleid, asielrecht en vluchtelingenopvang toen Nederland in de zestiende eeuw een moderne staat begon te worden (Bronkhorst, 1990, p.2).

In de Tachtigjarige Oorlog kreeg Nederland voor het eerst te maken met grote stromen vluchtelingen die vanuit de Zuidelijke Nederlanden naar het Noorden vluchtten. De grote stromen vluchtelingen ontstonden toen de Spanjaarden tussen 1580 en 1590 de Zuid-Nederlandse steden zoals Antwerpen en Gent in handen kregen en alleen het katholicisme als geloof werd toegestaan. Vele intellectuelen en protestanten verlieten de Zuidelijke Nederlanden om vervolgens naar het Noorden te vluchten (Bronkhorst, 1990, p.4). Naast mensen uit de Zuid-Nederlandse steden vluchtten er in de zeventiende eeuw ook veel Franse hugenoten en Portugese joden naar Nederland om vervolging wegens geloof te ontkomen (Bronkhorst, 1990, p.6,7).

Zowel de Eerste als de Tweede Wereldoorlog zorgden voor een toename van vluchtelingenstromen naar Nederland. Ongeveer een miljoen Belgen zochten tijdens de Eerste Wereldoorlog bescherming in Nederland. De meeste van deze vluchtelingen keerden uiteindelijk weer terug naar België (Bronkhorst, 1990, p.9,10). In de aanloop naar de Tweede Wereldoorlog kwamen veel vluchtelingen uit Duitsland en Oostenrijk naar Nederland (WODC/CBS, 2011, p.180). Het ging hierbij vooral om socialisten, communisten en joden. De Nederlandse overheid probeerde in de Tweede Wereldoorlog deze ontwikkelingen tegen te gaan door middel van beleid. Zo werden vluchtelingen onderscheiden in twee soorten, namelijk vluchtelingen die bedreigd werden in hun bestaan en vluchtelingen die op basis van politieke overtuiging, ras of godsdienst vervolgd konden worden of vrees hadden voor vervolging. De eerste categorie werd gezien als economische vluchtelingen (Bronkhorst, 1990, p.13).

Tot eind jaren zestig kwamen de vluchtelingen die naar Nederland kwamen vooral uit Duitsland en Oost-Europa. De Tweede Wereldoorlog had er voor gezorgd dat miljoenen mensen geen vaste woonplek meer hadden. Deze mensen moesten zich in een ander land vestigen of repatriëerd worden. De Verenigde Naties (VN) hield zich hier veel mee bezig en nam een resolutie aan waarin vastgesteld werd dat onvrijwillige terugkeer moest worden vermeden, maar dat er gestreefd moest worden naar repatriëring (Bronkhorst, 1990, p.24). Om vluchtelingen beter te kunnen begeleiden en repatriëring te faciliteren werd de International Refugee Organization (IRO) opgericht (WODC/CBS, 2011, p.181). Het binnen drie jaar hulp bieden en vluchtelingen repatriëren bleek onmogelijk. Tevens kwamen er door de Koude Oorlog nieuwe vluchtelingen bij. Dit leidde er toe dat er door de staten een nieuw vluchtelingenverdrag vastgesteld moest worden, dit nieuwe verdrag werd vastgesteld op basis

van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM). In 1951 werd het Verdrag betreffende de Status van Vluchtelingen op een VN-conferentie in Genève door achtentwintig staten aangenomen (Bronkhorst, 1990, p.25).

Het Verdrag betreffende de Status van Vluchtelingen was het eerste verdrag met een definitie van het begrip vluchteling. Artikel 33 van het verdrag, het verbod op refoulement, bleek het belangrijkste element van het verdrag te zijn. Dit artikel houdt in dat het terugsturen van vluchtelingen naar landen waar ze vervolgd zullen worden verboden is. Naast het verdrag werd er door de VN een nieuwe vluchtelingenorganisatie opgericht, namelijk het Hoog Commissariaat der Verenigde Naties voor Vluchtelingen (UNHCR). Deze organisatie houdt zich bezig met het vinden van duurzame oplossingen voor problemen rondom vluchtelingen en het internationaal bescherming geven aan vluchtelingen (Bronkhorst, 1990, p.25).

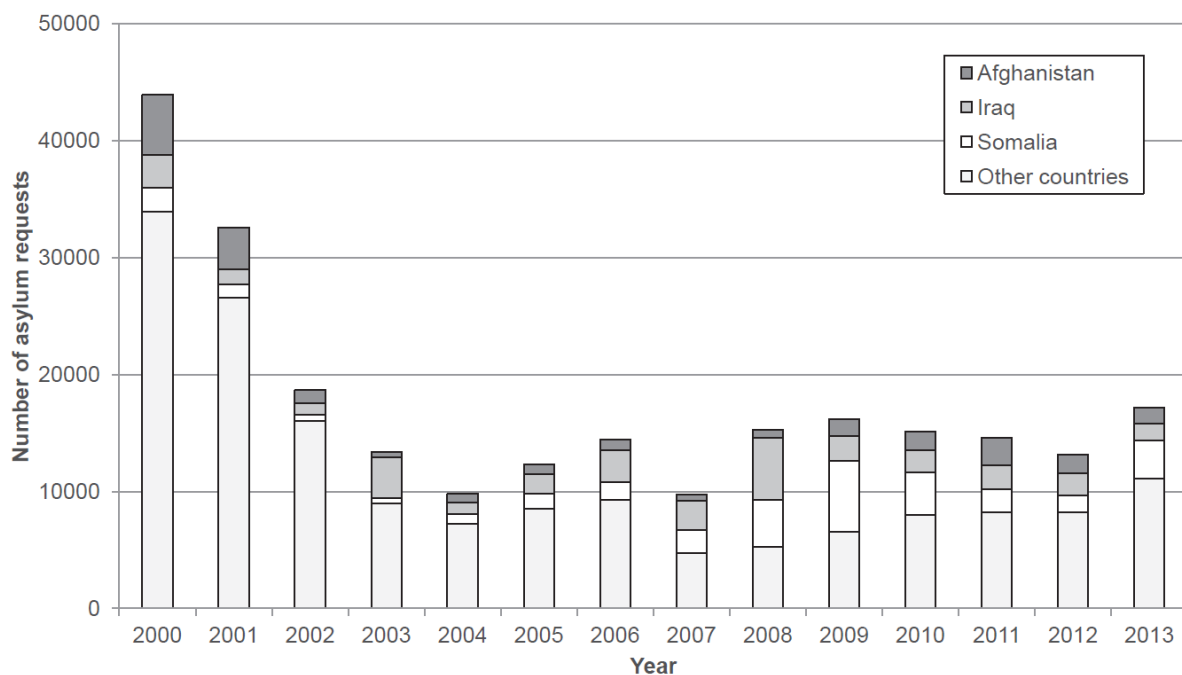
In de jaren na het aannemen van dit verdrag kwamen er steeds meer vluchtelingen naar Nederland die niet uit Oost-Europa kwamen, maar uit landen als Chili, Turkije en Vietnam. In de jaren '80 waren de vluchtelingenstromen veel groter dan in voorgaande jaren. Dit leidde er toe dat de opvang van vluchtelingen onderdeel van het Rijksbeleid werd terwijl voorheen het particuliere initiatief voor de opvang zorgde. Vanaf de jaren '80 is tevens de verscheidenheid in vluchtelingengroepen sterk toegenomen. In 1989 alleen al kwamen uit meer dan vijftig landen vluchtelingen naar Nederland. Het gaat hierbij om zowel grote als kleine aantallen vluchtelingen (Bronkhorst, 1990, p.42). Tegenwoordig zien we nog steeds een grote verscheidenheid in vluchtelingengroepen. In figuur 2 is een overzicht gegeven van de top vijf herkomstlanden van mensen die als asielzoeker naar Nederland zijn gekomen vanaf de jaren '80.

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
1.	Ethiopië	Sri Lanka	Sri Lanka	Bosnië & Herzegovina	Afghanistan	Irak	Somalië
2.	Hongarije	Turkije	Roemenië	Somalië	Servië & Montenegro	Somalië	Irak
3.	Chili	Suriname	Iran	Iran	Irak	Afghanistan	Afghanistan
4.	Pakistan, Irak, Tsjecho-Slowakije, Roemenië	Iran	Somalië	Irak	Iran	Iran	Iran
5.	Polen	Libanon	Turkije	Turkije	Burundi	Eritrea	

Figuur 2: Top vijf herkomstlanden van mensen die als asielzoeker naar Nederland kwamtussen 1980 en 2009 (www.statline.cbs.nl)

2.2.3 Kenmerken van huidige vluchtelingengroepen in Nederland

Zoals eerder aangegeven is, komen er sinds de jaren '80 veel verschillende vluchtelingengroepen naar Nederland. Het aantal vluchtelingen dat naar Nederland komt en een asielaanvraag doet verschilt door de jaren heen (Goosen, 2014, p.13). In figuur 3 is aangegeven hoeveel aanvragen voor asiel er in de jaren 2000 tot en met 2013 zijn gedaan. Het aantal eerste aanvragen en vervolgaanvragen zijn in dit figuur gecombineerd.



Figuur 3: Aantal asielaanvragen in Nederland per jaar, 2000-2013 (Goosen, 2014)

Zoals in figuur 3 te zien is wordt het aantal asielaanvragen voor mensen uit Afghanistan, Irak en Somalië weergegeven. Deze landen staan al meer dan tien jaar in de top vijf van landen waar de meeste vluchtelingen vandaan komen en in Nederland een asielaanvraag doen. De groep overige landen beslaat ongeveer twee derde van het totaal aantal asielzoekers (Goosen, 2014, p.13).

In vergelijking met de Nederlandse bevolking is de asielzoekerspopulatie in Nederland jong. Bijna de helft van de asielzoekers die tussen 2000 en 2008 naar Nederland kwamen is jonger dan 20 terwijl minder dan een kwart van de Nederlandse bevolking jonger dan twintig is. Het aandeel asielzoekers van 40 jaar of ouder was 11% tussen 2000 en 2008, dit is in vergelijking met de Nederlandse bevolking erg laag. Bij de Nederlandse bevolking is het aandeel van veertig jaar of ouder namelijk 52%. Een ander opvallend kenmerk is dat het aantal mannen bijna twee derde van het gehele aantal asielzoekers besloeg tussen 2000 en 2008 (Goosen, 2014, p.14).

Doordat er veel verschillende definities gebruikt worden voor de term vluchtelingen lopen de verschillende schattingen van het totale aantal vluchtelingen dat in Nederland woont uiteen. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) woonden er in 2010 op 1 januari 69,620 mensen in Nederland met een verblijfsvergunning in een gemeente die als asielzoeker naar Nederland waren gekomen. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau gaat het daarbij om 38,000 mensen van Afghaanse, 52,000 van Irakese, 31,000 van Iraanse en 27,000 van Somalische afkomst (Goosen, 2014, p.199).

2.2.4 Asielprocedure

Om een beeld te geven van de eerste periode van het verblijf van vluchtelingen in Nederland zal in deze paragraaf uitgelegd worden hoe de huidige asielprocedure in zijn werk gaat. Mensen die als asielzoeker Nederland in komen melden zich bij de centrale ontvangstlocatie (COL) van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) in Ter Apel (www.vluchtelingenwerk.nl). Om de asielprocedure te kunnen starten moeten asielzoekers zich melden bij de vreemdelingenpolitie in een aanmeldcentrum (www.ind.nl). Als asielzoekers in Ter Apel aangekomen zijn, blijven ze daar of worden ze naar een proces opvanglocatie (POL) van COA gebracht waar een aanmeldcentrum in de buurt gelegen is. Deze aanmeldcentra bevinden zich naast Ter Apel in Den Bosch, Zevenaar of Schiphol. In het aanmeldcentrum worden de asielaanvragen behandeld van mensen die naar Nederland komen. In het aanmeldcentrum van Schiphol worden de asielaanvragen behandeld van mensen die met het vliegtuig naar Nederland komen. In de POL krijgen asielzoekers een rustperiode van minimaal zes werkdagen, dit ter voorbereiding op de algemene asielprocedure. In deze zes werkdagen kunnen ze hun advocaat spreken en krijgen ze voorlichting van Vluchtelingenwerk. Tijdens deze periode wordt ook een medisch onderzoek gedaan in het kader van de asielprocedure. In dit onderzoek wordt weergegeven of asielzoekers geestelijke of lichamelijke beperkingen hebben waar, in het vervolg van de asielprocedure, door de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) rekening mee moet worden gehouden (www.vluchtelingenwerk.nl). De IND stelt tijdens deze periode de identiteit van asielzoekers vast en onderzoekt documenten omtrent de asielzoeker (www.ind.nl).

Na de rustperiode komen asielzoekers in de algemene asielprocedure terecht, deze algemene asielprocedure duurt acht dagen. Tijdens de eerste dag vindt het eerste gehoor plaats, hierin wordt de reisroute, identiteit en nationaliteit van een asielzoeker vastgesteld. Op de tweede dag kan het eerste gehoor besproken worden met een advocaat en kan het tweede gehoor voorbereid worden. Dag drie staat in het teken van het tweede gehoor dat ook wel ‘nader gehoor’ genoemd wordt. De asielzoeker geeft in dit gehoor de redenen voor zijn vlucht op aan de IND en op basis van deze informatie besluit de IND over het verzoek voor asiel. Op de vierde dag kan de asielzoeker zijn gehoor weer bespreken met zijn advocaat en eventueel aanvullingen doorgeven aan de IND. Na de vierde dag wordt er een besluit genomen door de IND over een tijdelijke verblijfsvergunning. Wanneer er geen besluit genomen kan worden op basis van de informatie zal de verlengde asielprocedure in gang worden gezet. Tijdens deze verlengde procedure, die maximaal zes maanden duurt, verblijft een asielzoeker in een asielzoekerscentrum (AZC). Wanneer een asielzoeker een tijdelijke verblijfsvergunning krijgt kan na vijf jaar een permanente verblijfsvergunning aangevraagd worden (www.vluchtelingenwerk.nl).

2.2.5 Uitplaatsing in gemeenten

Als asielzoekers na de algemene asielprocedure of verlengde asielprocedure een vluchtelingenstatus en daardoor tevens een verblijfsvergunning hebben gekregen worden ze uitgeplaatst in een gemeente. Asielzoekers mogen niet zelf bepalen in welke gemeenten ze

willen wonen, maar worden ergens geplaatst. Het ministerie van Binnenlandse Zaken bepaalt middels een taakstelling, die ieder half jaar gepubliceerd wordt, hoeveel vluchtelingen elke gemeente moet gaan huisvesten. Dit wordt bepaald op basis van het aantal inwoners van een gemeente. Op deze wijze zouden gemeenten voorrang aan het huisvesten van vluchtelingen moeten geven en zou er sprake moeten zijn van een snelle doorstroom vanuit AZC's. Vluchtelingen moeten namelijk binnen drie maanden een aanbod voor huisvesting van een gemeente hebben gekregen (www.coa.nl).

2.3 Vluchtelingen en gezondheidszorg

In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in de gezondheidszorg voor vluchtelingen in AZC. Daarnaast wordt de JGZ voor vluchtelingen die uitgeplaatst zijn in de gemeente toegelicht.

2.3.1 Gezondheidszorg voor vluchtelingen in AZC's

De gezondheidszorg voor asielzoekers in AZC's is zoveel mogelijk hetzelfde als de reguliere gezondheidszorg in Nederland. Zo is er een medisch callcenter (de praktijklijn) waar vragen beantwoord worden en kunnen asielzoekers onder andere naar huisartsen en ziekenhuizen. Als een asielzoeker naar een huisarts wil kan hij naar het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A). Dit is een huisartsenpraktijk die landelijk opgezet is en het eerste aanspreekpunt is voor asielzoekers die medische zorg nodig hebben. Asielzoekers kunnen naar de inloopsprekuren wanneer ze de huisarts of de praktijkverpleegkundige willen zien. Huisartsen kunnen asielzoekers doorverwijzen naar een specialist (www.rzasielzoekers.nl).

Taken binnen de publieke gezondheidszorg worden in het reguliere systeem uitgevoerd door de GGD'en, dit is eveneens zo bij de uitvoering van de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers (PGA) in het AZC. Het COA heeft een overeenkomst afgesloten met GGD GHOR Nederland waarin het takenpakket is vastgelegd. De taken van de publieke gezondheidszorg asielzoekers zijn de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, infectieziektepreventie- en bestrijding, technische hygiënezorg, individuele preventie SOA/HIV, seksuele en reproductieve gezondheid, gezondheidsbevordering door middel van collectieve voorlichting (GVO), tuberculosescreening, coördinatie lokale afstemming in de zorgketen, epidemiologie en wetenschappelijke onderbouwing. Voor asielzoekerskinderen wordt vanwege de specifieke gezondheidsrisico's het schema van het Basistakenpakket voor het bijzonder onderwijs aangehouden, wat inhoudt dat er vaker contactmomenten binnen de JGZ zijn. Daarnaast kunnen er gezondheidsbevorderende interventies worden aangeboden voor groepen kinderen en gezinnen, bijvoorbeeld gericht op gezonde voeding en opvoedingsondersteuning (www.rzasielzoekers.nl).

In de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA) is de vergoeding van de zorg vastgelegd. Omdat asielzoekers over het algemeen over weinig geld beschikken wordt van hen geen eigen bijdrage gevraagd en is er geen sprake van eigen risico. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de medische zorg die aan asielzoekers verleend wordt en geeft advies aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verantwoordelijke

voor het beschikbaar stellen van gezondheidszorg aan asielzoekers is COA. Curatieve zorg wordt door COA ingekocht bij zorgverzekeraar Menzis en uitgevoerd door Menzis COA administratie (MCA) (www.rzasielzoekers.nl).

2.3.2 Jeugdgezondheidszorg in gemeenten

Als asielzoekers een verblijfsvergunning hebben gekregen en in een gemeente uitgeplaatst zijn komen ze onder de reguliere gezondheidszorg te vallen. De wettelijke taken van gemeenten op het gebied van gezondheidszorg, die vastgelegd zijn in de Wet Publieke Gezondheidszorg, gelden na toekenning van een verblijfsstatus en uitplaatsing uit de COA-opvang ook voor vluchtelingen. Deze taken zijn het bevorderen, beschermen en bewaken van gezondheid. De GGD'en voeren net als in de AZC ook in het reguliere zorgstelsel de publieke gezondheidszorg uit. Een belangrijk onderdeel van de publieke gezondheidszorg is de JGZ. De JGZ is de Jeugdgezondheidszorg voor kinderen en jongeren van 0 tot 19 jaar. De JGZ wordt uitgevoerd door GGD'en en thuiszorgorganisaties. Per gemeente kan het verschillen of de GGD de JGZ uitvoert of een andere organisatie (zie bijlage 5). De gemeente geeft opdracht voor de uitvoering van de JGZ en is tevens eindverantwoordelijke. Naast de uitvoering van de JGZ adviseren en ondersteunen GGD'en zowel de rijksoverheid als gemeenten met betrekking tot hun beleid omtrent gezondheidszorg voor de jeugd (www.ggdkennisnet.nl).

De JGZ heeft als doel om de jeugd zo gezond mogelijk te laten zijn. Dit doel probeert de JGZ te behalen door gezondheidsrisico's vroegtijdig te signaleren en alle kinderen in Nederland te volgen in hun psychosociale en lichamelijke ontwikkeling. Kinderen van 0-4 jaar worden op het consultatiebureau gezien en kinderen van 4-19 jaar op de basisschool en middelbare school (www.ggdkennisnet.nl) Doordat de JGZ contact heeft met alle kinderen en hun ontwikkeling registreert in het dossier JGZ kan de ontwikkeling van kinderen voortdurend in de gaten gehouden worden (www.ggdkennisnet.nl).

De basistaken van de JGZ zijn vastgelegd in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (BTP JGZ). De taken zijn opgedeeld in zes productgroepen, namelijk (VWS, 2002, p.6):

1. Monitoring en signalering: het systematisch volgen van de gezondheidstoestand en ontwikkeling van kinderen. Het gaat hier om het in beeld hebben van alle kinderen op individueel gebied, maar eveneens als groep. Zo kunnen er op groepsniveau profielen opgesteld worden zodat er op basis van deze profielen beleid ontwikkeld kan worden omtrent gezondheid.
2. Inschatten zorgbehoefte: het individueel inschatten welke voorlichting en zorg het kind en de ouders nodig hebben en wat zij daarentegen zelf kunnen. Daarnaast wordt er collectief gezien bepaald welke kinderen bestempeld kunnen worden als vallende binnen een risicogroep.
3. Screeningen en vaccinaties: het Rijksvaccinatieprogramma, neonatale hoorscreening en de hielprik.

4. Voorlichtingen en advies: begeleiding, voorlichting en advies. Het gaat hier om begeleiding, advies en voorlichting op zowel individueel niveau als groepsniveau.
5. Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen: het onderzoeken van de omgevingsfactoren die voor de gezondheid van kinderen een bedreiging vormen, dit in samenwerking met gemeenten en politie. Bij omgevingsfactoren kan bijvoorbeeld gedacht worden aan verkeerssituaties in de buurt en huisvesting.
6. Zorgsysteem, overleg, samenwerking en netwerken: overleg, registratie en coördinatie. Het gaat hierbij om samenwerking met partners met als doel een integrale en goede zorg te kunnen organiseren en beleidsontwikkelingen op groepsniveau te kunnen afstemmen.

Vanaf 1 januari 2015 komt het huidige Basistakenpakket te vervallen. Het huidige pakket zal vervangen worden door het Basispakket JGZ. Het Basispakket JGZ zal bestaan uit een basisaanbod. Dit basisaanbod is vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheidszorg. Specifieke activiteiten die op individuele basis worden uitgevoerd worden niet vastgelegd in het Basispakket JGZ, maar komen in de nieuwe Jeugdwet te staan onder de noemer preventie (www.voordejeugd.nl).

2.4 Gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd uit wetenschappelijke literatuur

De laatste jaren komt er steeds meer aandacht voor gezondheidsrisico's bij vluchtelingen. Als het gaat om gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd kan er een onderscheid gemaakt worden tussen psychosociale risico's en fysieke risico's. In deze paragraaf worden deze risico's toegelicht.

Vluchtelingenjeugd heeft gemiddeld genomen meer risico op psychische problemen dan Nederlandse jeugd. Dit heeft alles te maken met de situatie in de landen van herkomst en de omstandigheden tijdens de vlucht (Goosen, 2014, p.17). Veel vluchtelingenjongeren hebben ernstige dingen meegemaakt zoals oorlogen waardoor ze meer risico hebben op psychische problemen, gedragsproblemen en trauma's (Reed et al. 2012, p.261; Bronstein & Montgomery, 2011, p.51). Naast het feit dat kinderen zelf risico lopen kunnen ze te maken hebben met psychische problemen van hun ouders (Gerritsen et al, 2006, p.18). Problemen bij ouders maken kinderen extra kwetsbaar. Een ander aspect dat veel gevolgen heeft voor het welbevinden van kinderen is het achterlaten van familieleden in het land van herkomst (SCP, 2011, p.17). Veel vluchtelingenjeugd heeft nog familieleden die in hun herkomstland wonen, de zorgen om deze familieleden kan tot veel stress en spanning leiden bij ouders en kinderen (S.Goosen, persoonlijke communicatie, 2014).

Met het krijgen van een verblijfsvergunning en het krijgen van een woning in een gemeente verbetert de situatie van vluchtelingen en vluchtelingenjeugd in vergelijking met de asielperiode. Er is dan echter nog steeds een verhoogd risico op psychische problemen (S. Goosen, persoonlijke communicatie, 2014). Tevens verslechtert de gezondheid van volwassen vluchtelingen in de loop der tijd (Lamkaddem et al., 2013, p.3). Het is voor veel vluchtelingen lastig om een toekomst op te bouwen in Nederland en perspectief te zien. Er is vaak weinig kans op werk, een opleiding of een grotere woning (SCP, 2011, p.16,17). Vluchtelingen

hebben vaak een lage sociaaleconomische status en een deel woont in achterstandswijken. Dit maakt dat ze eveneens delen in risico's die hier mee samenhangen. Het niet zien van perspectief kan tot veel spanningen leiden in gezinnen. In sommige gevallen krijgen mensen pas na de uitplaatsing psychische problemen (S.Goosen, persoonlijke communicatie, 2014).

Het opbouwen van een nieuw leven in een andere samenleving met andere normen en waarden kan veel gevolgen hebben voor vluchtelingenjeugd. Ouders komen in een andere opvoedomgeving terecht en dit vraagt om aanpassing. Dit kan leiden tot stress en lastige situaties in gezinnen. Sommige vluchtelingen hebben weinig kennis van gezondheid en opvoeden en hebben meer informatie nodig. Tevens is er vaak een beperkte kennis van de gezondheidszorg en opvoeden in Nederland. Gebrek aan kennis kan leiden tot een slechtere gezondheid en spanningen rondom opvoeding (S.Goosen, persoonlijke communicatie, 2014).

Een risico met betrekking tot de fysieke gezondheid is de vaccinatie-achterstand die vluchtelingenjeugd heeft wanneer ze in Nederland komen. Deze achterstand wordt in AZC echter zo snel mogelijk ingehaald waardoor het risico ten aanzien van de betreffende infectieziekten beperkt wordt (S.Goosen, persoonlijke communicatie, 2014). Een ander risico is overgewicht (Stellinga et al., 2007, p.555) Eveneens kan er sprake zijn van te weinig beweging en een slechte motoriek. Bij de ouders ontbreekt vaak de kennis over de hierbij behorende gezondheidsrisico's en de manier waarop die beperkt kunnen worden. Vluchtelingenjeugd krijgt niet altijd gezonde voeding waardoor er sprake kan zijn van risico's op overgewicht, maar ook vitaminetekort (S.Goosen, persoonlijke communicatie, 2014). Gebitsproblematiek is eveneens een probleem dat vaak voorkomt bij vluchtelingen (Gerritsen et al, 2006, p.21). Ook is er op het gebied van seksuele gezondheid is bij veel kinderen sprake van achterstand. Daarnaast komen bepaalde erfelijke aandoeningen bij vluchtelingen meer voor (S.Goosen, persoonlijke communicatie, 2014).

2.5 Integratiebeleid door de jaren heen

Het integratiebeleid van de Rijksoverheid kan opgedeeld worden in vier fasen, namelijk het categoriaal beleid van de jaren '70, het minderhedenbeleid van de jaren '80, het integratiebeleid van de jaren '90 en het beleid vanaf 2000 tot en met nu (Verwey-Jonker, 2003, p.6). In deze paragraaf zal het integratiebeleid van de Rijksoverheid van de jaren '70 tot en met nu besproken worden.

2.5.1 Het categoriaal beleid van de jaren '70

In de jaren '70 was het Rijksbeleid met betrekking tot integratie voornamelijk gericht op migranten die als 'gastarbeiders' naar Nederland kwamen (Verwey-Jonker, 2003, p.16). Het verblijf van de meeste 'gastarbeiders' werd als tijdelijk beschouwd (WRR, 2001, p.168). Dit maakte dat het beleid naast op het inpassen in de Nederlandse samenleving voornamelijk gericht was op het goed houden van groepsbindingen. Tevens werd beleid ontwikkeld gericht

op het reguleren van huwelijksmigratie en gezinsmigratie, het beheersen van arbeidsmigratie en het stimuleren van de terugkeer van migranten naar het land van herkomst (Verwey-Jonker, 2003, p.16).

Het integratiebeleid was in de jaren '70 zeer versnipperd, dit kwam doordat het beleid per doelgroep verschilde en ondergebracht was bij verschillende ministeries (Verwey-Jonker, 2003, p.16). Zo viel het vluchtelingenbeleid bijvoorbeeld onder het ministerie van Justitie en het ministerie van Buitenlandse Zaken en het beleid rondom 'gastarbeiders' onder het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Molleman, 2003, p.63). Per doelgroep werd bepaald waar het beleid zich op richtte (Verwey-Jonker, 2003, p.16). Bij Indische Nederlanders bijvoorbeeld, die zich permanent in Nederland huisvestten, werd de aanpassing aan de Nederlandse samenleving bevorderd terwijl er bij de Molukkers sprake was van een segregatiebeleid omdat er verwacht werd dat zij terug zouden keren naar het land van herkomst. Bij de 'gastarbeiders', waar ook van werd verwacht dat ze terug zouden keren, moest er sprake zijn van een zekere integratie, maar met behoud van de eigen cultuur zodat een terugkeer naar het land van herkomst soepel zou verlopen. Bij Surinamers en Nederlands-Antillianen was het minder duidelijk of er sprake was van een langdurig of tijdelijk verblijf. Bij deze groepen was er sprake van een 'tweesporenbeleid', namelijk aan de ene kant het bevorderen van de integratie, maar aan de andere kant het remigratiebeleid om de terugkeer soepel te laten verlopen (WRR, 2001, p.168).

Tegen het eind van de jaren '70 kwam het besef dat lang niet alle doelgroepen weer terug zouden keren naar het land van herkomst. Het grootste deel zou zelfs in Nederland blijven. Dit maakte dat er structurele aandacht in beleid kwam voor de sociaaleconomische achterstanden waarvan sprake was bij een groot gedeelte van de doelgroepen. Tevens moest de Rijksoverheid een standpunt innemen met betrekking tot de eigen culturele identiteit van migranten. Een eerste aanzet voor een nieuw Rijksbeleid vormde het rapport 'Etnische Minderheden' van de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) uit 1979 (WRR, 2001, p.168). In dit rapport werd gepleit voor een gecoördineerd beleid voor migranten (WRR, 1979, p.43). Daarnaast werd er gepleit voor een restrictief toelatingsbeleid (WRR, 1979, p.305). Tevens werd er voor gepleit om het integreren met behoud van eigen identiteit af te schaffen omdat deze benadering van culturele identiteit te statisch zou zijn. (WRR, 2001, p. 168)

2.5.2 Het minderhedenbeleid van de jaren '80

In 1983 werd de Minderhedennota aangenomen, in deze nota werden hoofdlijnen uiteengezet die tevens naar voren waren gekomen in het rapport 'Etnische Minderheden' van de WRR (WRR, 2001, p.169). De hoofdlijnen waren het bieden van ruimte voor het ontwikkelen van de eigen cultuur, taal en religie en de bestrijding van achterstelling. De doelgroepen van dit nieuwe minderhedenbeleid, ook wel doelgroepenbeleid genoemd, waren alloctonengroepen die een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse bevolking hadden en dit combineerden met een lage maatschappelijke positie (Verwey-Jonker, 2003, p.24). Het oude categoriale beleid van de jaren '70 werd vervangen door een gecoördineerd beleid met

meerdere lijnen waarbij de minister van Buitenlandse Zaken de rol van coördinator toebedeeld kreeg. In het nieuwe beleid was er naast de twee hoofdlijnen ook aandacht voor achterstandsgebieden waar sprake was van een hoge concentratie minderheden (WRR, 2001, p.169).

Het uitgangspunt van het minderhedenbeleid werd dat minderheden een belangrijk deel van de Nederlandse samenleving zijn en in de meerderheid zullen blijven. De Nederlandse samenleving zou zo ingericht moeten zijn dat minderheden zich net zo goed als de rest van de bevolking kunnen ontwikkelen volgens de Minderhedennota. Er moest sprake zijn van een multiculturele samenleving met culturele gelijkwaardigheid binnen bepaalde grenzen wanneer de culturen botsen (WRR, 2001, p.169).

Het minderhedenbeleid had als kernpunt dat het algemene beleid leidend moest zijn, maar dat de vergroting van de werking van het algemene beleid ook voor minderheden moest werken. Er zou pas specifiek beleid toegepast worden als het algemene beleid, met betrekking tot minderheden, faalde (WRR, 2001, p.169). Algemeen beleid moest toegepast worden waar mogelijk, specifiek waar nodig (Molleman, 2003, p.66) Specifiek beleid werd daarmee gezien als aanvullend op het algemene beleid en tijdelijk van aard (WRR, 2001, p.169).

Na een aantal jaren bleek dat het minderhedenbeleid niet voorkomen had dat immigratie niet afgenomen was en dat de slechte conjunctuur minderheden het zwaarst trof (WRR, 2001, p.169). In 1989 kwam het rapport 'Allochtonenbeleid' van de WRR uit (WRR, 1989). Hierin werd gepleit voor een beleid gericht op inburgering en opvang, een onderscheid tussen integratie-, vreemdelingen- en cultuurbeleid en intensivering van het algemene beleid (WRR, 2001, p.170). Naast de intensivering van algemene beleid was het advies dat er ook een specifiek integratiebeleid moest komen met de nadruk op onderwijs, volwasseneneducatie en arbeid (WRR, 1989, p.11,12). Het minderhedenbeleid zou volgens de WRR vervangen moeten worden voor het allochtonenbeleid (WRR, 1989, p.15). Tevens werd er voor gepleit dat slechts de individuen die aandacht nodig hadden dit zouden krijgen. Er moest sprake zijn van een versmalling van beleid waardoor niet elke immigrant direct onder het beleid zou komen te vallen, maar er sprake zou zijn van maatwerk. Bij dit maatwerk moest uitgegaan worden van de eigen verantwoordelijkheid van het individu, personen zouden alleen aandacht moeten krijgen wanneer zij aan hun plichten voldoen. Dit kwam voort vanuit het idee dat allochtonen door alle zorg en welzijnsvoorzieningen passief waren gemaakt. Deze adviezen van de WRR werden door de regering grotendeels niet overgenomen (WRR, 2001, p.170).

2.5.3 Het integratiebeleid van de jaren '90

In 1990 kwam het kabinetsstandpunt ten aanzien van het allochtonenbeleid uit. In deze nota werd nog steeds gesproken over het minderhedenbeleid in plaats van het allochtonenbeleid. Tevens was het kabinet nog steeds van mening dat specifiek beleid van tijdelijke aard moest zijn en niet meer dan aanvullend (Verwey-Jonker, 2003, p.37). Wel kwamen er extra middelen beschikbaar ter verbetering van het onderwijs, de volwasseneneducatie en toeleiding naar de arbeidsmarkt. Tevens ging er meer aandacht naar de opvang van immigranten en vond

het kabinet dat er sprake moest zijn van een snelle inburgering. Om dit te kunnen verwezenlijken werd de opvang van immigranten een gemeentelijke taak en diende er voor elke immigrant een traject voor inburgering opgezet te worden (Verwey-Jonker, 2003, p.169).

In 1994 kwam de Contourennota uit nadat een motie aangenomen was waarin verzocht werd om het minderhedenbeleid te herzien (Verwey-Jonker, 2003, p.41). Met de contourennota werd het minderhedenbeleid vervangen door het 'Integratiebeleid van etnische minderheden'. De term integratiebeleid zou volgens de nota duidelijker maken dat sociale integratie een wederkerig acceptatieproces is. De contourennota introduceerde tevens het begrip 'burgerschap' dat inhield dat immigranten een keuze hadden om blijvend deel te nemen aan de Nederlandse samenleving met alle rechten en plichten die daaraan verbonden zijn. De term burgerschap sloot eveneens aan bij het inburgeringsbeleid dat in 1998 wettelijk ingevoerd werd met de Wet Inburgering Nieuwkomers. De contourennota benadrukte door de rechten en plichten van immigranten te noemen dat er sprake van eigen verantwoordelijkheid was (WRR, 2001, p.171).

Het integratiebeleid bracht weinig daadwerkelijke veranderingen met zich mee, de hoofdlijnen bleven hetzelfde als de hoofdlijnen die in 1983 waren uitgezet. Zichtbare veranderingen waren dat de nadruk kwam te liggen op het lokale niveau en dat de aanvullende en tijdelijke aard van specifiek beleid nog verder benadrukt werd (WRR, 2001, p.171). De doelstellingen van het beleid bleven vrijwel hetzelfde, maar door termen als burgerschap en integratiebeleid in te voeren was er wel sprake van een andere beleidsfilosofie. De nadruk kwam meer te liggen op inspanningen van het individu zelf (WRR, 2001, p.172).

In 1997 kwam de nota 'Kansen krijgen, kansen pakken' uit omdat het kabinet een nieuwe impuls aan het integratiebeleid wilde geven. Om dit te bewerkstelligen werd er een minister voor het Grotesteden- en Integratiebeleid (GSI) aangesteld. Volgens deze nota moesten kansen niet alleen gegeven worden, maar ook worden gepakt door het individu zelf (Minister voor Grote Steden- en Integratiebeleid, 1998, p.8). In de nota werd geconstateerd dat voortzetting van het huidige beleid niet voldoende zou zijn. Om ervoor te zorgen dat immigranten zich beter konden ontwikkelen kwam er nog meer nadruk dan voorheen op actief burgerschap en participatie te liggen. Het accent verschoof door de invoering van het integratiebeleid in de jaren '90 van de doelgroepen naar het individu, dit maakt dat ook wel wordt gesproken over afschaffing van het doelgroepenbeleid (WRR, 2001, p. 172).

2.5.4 Het beleid van 2000 tot nu

In 2001 kwam het WRR-rapport 'Nederland als immigratiesamenleving' uit (WRR, 2001). Dit rapport vormde net als de voorgaande WRR rapporten een belangrijke basis voor integratiebeleid van de jaren die er op volgden. Een andere belangrijke gebeurtenis die meer aandacht vestigde op het integratiebeleid was de verkiezingsperiode in 2002. De Lijst Pim Fortuyn gebruikte het integratiebeleid namelijk als speerpunt voor de verkiezingscampagne en dit maakte dat er meer aandacht naar integratie ging en er veel debatten over het beleid gevoerd werden (Kramer, 2009, p.97,98).

Tijdens de kabinetten Balkenende kwam er binnen het integratiebeleid een sterk accent te liggen op normen en waarden, inburgering, het tegengaan van segregatie in huisvesting en onderwijs en preventief beleid met betrekking tot gemarginaliseerde jongeren. Tevens werd de coördinatie van het integratiebeleid naar het ministerie van Justitie verschoven terwijl het eerst bij Binnenlandse Zaken was ondergebracht (Kramer, 2009, p.152).

Het rapport 'Integratiebeleid Etnische Minderheden' kwam in 2003 uit en stelde vast dat op meerdere beleidsterreinen een intensivering nodig is, dit om de afstand tussen allochtonen en autochtonen te reduceren. Het ging hierbij om de arbeidsmarkt, onderwijs en cultuur. De termen 'meedoen' en 'burgerschap' kwamen ook in dit rapport nadrukkelijk naar voren. Om het burgerschap nog nadrukkelijk naar voren te laten komen werd in 2004 het inburgeringsstelsel geïntroduceerd, hiermee werden aan inburgering voorwaarden gesteld en werd het inburgeringsexamen ingevoerd. Voorheen was inburgering voornamelijk bedoeld ter bevordering van de arbeidsparticipatie, maar door deze veranderingen kwam de nadruk te liggen op kennis van de Nederlandse cultuur en beheersing van het Nederlands. Waar de focus eerder lag op het behoud van de eigen culturele identiteit, maakte deze verandering dat er meer gefocust werd op het overnemen van de Nederlandse identiteit (Kramer, 2009, p.153). In de kamerbrief 'Integratiebeleid Nieuwe Stijl' werd dit eveneens benadrukt, het multiculturalisme werd niet langer gezien als ideaal (Verdonk, 2003, p. 8). Tevens werd benadrukt dat de overheid minderheden niet langer bij de hand zou nemen, er zou namelijk uitgegaan worden van eigen verantwoordelijkheid (Verdonk, 2003, p. 9).

Hoewel het integratiebeleid in deze jaren steeds harder lijkt te worden zijn, er tijdens de regeerperiode van kabinet Balkenende II tevens wat zachtere aspecten in het integratiebeleid opgenomen. In een advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling kwam naar voren dat polarisatie van groepen integratie tegen kan houden, het advies werd dan ook gegeven om groepen meer te 'verbinden'. Het kabinet stelde dat verbinding noodzakelijk is als het om 'meedoen' gaat en kwam met zachtere maatregelen om deze verbinding te verwezenlijken. Tevens werd na de kabinetswisseling het integratiebeleid overgeheveld van het ministerie van Justitie naar het ministerie van Wonen, Wijken en Integratie waar minister Vogelaar afstand nam van de verharding van het debat rondom integratie (Kramer, 2009, p.155).

In 2007 werd de Integratienota 2007-2011 'Zorg dat je erbij hoort' gepresenteerd. In deze nota werd als grootste probleem het onbehagen over integratie aan zowel de allochtone als de autochtone kant gezien. De hoofdthema's sociale integratie en maatschappelijke emancipatie met de nadruk op actief burgerschap, werden in deze nota uiteengezet in resultaten die beoogd werden en concrete acties om dit te bereiken. De kloof tussen groepen moest door deze acties verkleind worden (Kramer, 2009, p.156).

Het 'Jaarrapport integratie 2012' en het rapport 'Dichter bij elkaar?' laten volgens de 'Agenda Integratie' van 2013 zien dat de kloof tussen groepen ondanks de maatregelen nog steeds groot is. Minister Asscher schrijft in zijn 'Agenda Integratie' dat het van belang is dat instellingen in de publieke sector in staat zijn de vraagstukken die voortkomen uit een

achterblijvende integratie het hoofd te bieden. Dit vergt dat voorzieningen zoals Veiligheidshuizen, Bureaus Jeugdzorg en GGD'en effectief en toegankelijk zijn voor iedereen. De 'Agenda Integratie' benoemt drie kernthema's, namelijk het thema meedoen en zelfredzaam zijn, het thema grenzen stellen en opvoeden en het thema kennis van maatschappelijke regels en sociale competenties. In de Agenda is er specifieke aandacht voor kwetsbare migrantengroepen zoals jeugd en volwassenen in hun rol als opvoeders van kinderen. Volgens Asscher is er een belangrijke rol weggelegd voor publieke instellingen waaronder de GGD'en. Integratie is een zaak van alle burgers, instituties, organisaties en de overheid, samenwerking tussen deze betrokken partijen is van essentieel belang (Asscher, 2013b, p.1).

2.6 Slot

In dit hoofdstuk is de context van dit onderzoek besproken. Er is meer inzicht gegeven in de achtergrond van vluchtelingen in Nederland. Tevens is de gezondheidszorg voor vluchtelingen in AZC en de JGZ in gemeenten besproken en zijn de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd weergegeven. Ten slotte is het integratiebeleid van de Rijksoverheid uiteengezet. Nu de context van het onderzoek bekend is kan overgegaan worden tot het theoretisch kader. In hoofdstuk 3 zal de theoretische basis van dit onderzoek weergegeven worden.

3. Theoretisch kader

3.1 Inleiding

De theoretische basis van dit onderzoek bestaat uit theorieën rondom agendavorming. Bij agendavorming staat de vraag centraal hoe het komt dat voor sommige problemen wel een oplossing of poging tot oplossing wordt ontwikkeld en voor andere niet. Deze theoretische basis past bij dit onderzoek omdat er signalen naar voren zijn gekomen dat sommige GGD'en wel hebben geprobeerd de problemen rondom gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd aan te pakken met activiteiten buiten het reguliere aanbod terwijl andere GGD'en dit niet lijken te hebben gedaan. Deze verschillen in totstandkoming van activiteiten kunnen meerdere oorzaken hebben zoals de mate waarin de problematiek bij GGD'en op de agenda staat of de aandacht die GGD'en hebben voor de problematiek en doelgroep. Deze verschillen kunnen mogelijk worden verklaard aan de hand van theorieën over agendavorming. Dit maakt dat in dit onderzoek nadrukkelijk is gekozen om te focussen op het agendavormingsproces en de verdere fasen van beleidsvorming buiten beschouwing te laten.

Om het agendavormingsproces te kunnen verklaren zijn er door de jaren heen vier theoretische modellen ontwikkeld die als leidend kunnen worden beschouwd, namelijk het kloofmodel, het relatieve-aandachtsmodel, het barrièremodel en het stromenmodel (Hoogerwerf, 2008, p.65). Deze modellen proberen te verklaren hoe een probleem op een agenda komt en welke factoren dit proces kunnen beïnvloeden.

3.2 Probleem

In deze paragraaf zal ingegaan worden op de definitie van een probleem. Bij agendavorming worden problemen op de agenda gezet. Wat een probleem is kan echter onderwerp zijn van discussie en is afhankelijk van verschillende percepties. Volgens Hoogerwerf is een probleem *'een discrepantie tussen een maatstaf (norm, beginsel) en een voorstelling van een bestaande of verwachte situatie'* (Hoogerwerf, 1987, p.161). Het is afhankelijk van de maatstaf, norm of beginsel en de voorstelling van een situatie wat als probleem beschouwd wordt. Dit maakt dat de herkenning en erkenning van een probleem afhankelijk is van de perceptie van betrokken personen. Het ontwikkelen van activiteiten voor vluchtelingenjeugd door GGD'en lijkt te duiden op het willen oplossen van een probleem. Bij de totstandkoming van activiteiten worden er namelijk niet slechts keuzes gemaakt met betrekking tot doelen, tijd en middelen, maar wordt tevens getracht een antwoord te kunnen bieden op een probleem.

Problemen kunnen onderscheiden worden in twee categorieën, namelijk de tamme of overzichtelijke problemen en de weerbarstige of kwaadaardige problemen die ook wel *'wicked problems'* genoemd worden. Tamme problemen worden gekenmerkt door het feit dat ze niet controversieel zijn en weinig meningsverschillen oproepen. Tamme problemen kunnen bijvoorbeeld al langere tijd bekend zijn en door alle actoren op dezelfde wijze als probleem ervaren worden. Vaak is er al ervaring met het oplossen of reduceren van het probleem en zijn de oorzaken helder (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p. 182). Tamme problemen hebben volgens Conklin (2010) gelimiteerde oplossingsmogelijkheden. Dit maakt dat tamme

problemen vaak minder moeilijk oplosbaar zijn dan wicked problems. Wicked problems worden namelijk vaak op uiteenlopende manieren ervaren en kunnen uit meerdere vertakkingen bestaan. Het probleem is slechts een symptoom dat ontstaat uit een geheel van deelproblemen. Deze deelproblemen kunnen afzonderlijk van elkaar niet bestreden worden (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.182). Tevens is er volgens Rittel en Webber (1973) geen definitieve oplossing voor een wicked problem, er is sprake van meerdere mogelijke oplossingen die allemaal overwogen kunnen worden (Rittel & Webber, 1973, p.161/165). De moeilijkheidsgraad van het oplossen van de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd zal afhankelijk zijn van de aard van het probleem.

3.3 Agendavorming

Om het agendavormingsproces te kunnen verklaren is het noodzakelijk om allereerst te weten hoe een probleem samenhangt met de agenda en vervolgens om te weten wat een agenda precies is. De aanwezigheid van een probleem leidt niet altijd tot ontwikkeling van activiteiten om het probleem op te lossen of te reduceren. Soms kunnen problemen al langere tijd aanwezig zijn voor ze opgepakt worden terwijl andere problemen direct opgepakt worden. Tevens krijgen sommige problemen geen aandacht terwijl andere problemen bijna overmatig aandacht krijgen. Activiteiten kunnen pas ontwikkeld worden als een probleem aandacht krijgt en op de agenda word gezet. Kingdon (1995) onderschrijft het belang van deze aandacht bij de totstandkoming van beleid: *'the patterns of public policy, after all, are determined not only by such final decisions as votes in legislatures, or initiatives and vetoes by presidents, but also by the fact that some subjects and proposals emerge in the first place and others are never seriously considered'* (Kingdon, 1995, p.2). Volgens Kingdon is de ontwikkeling van activiteiten afhankelijk van het feit of een probleem serieus genomen wordt en daardoor aandacht krijgt. Wanneer problemen op de agenda komen is er sprake van 'agendavorming'.

Net als bij de definitie van een probleem zijn er meerdere definities opgesteld van het begrip agendavorming. Van de Graaf en Hoppe leggen in hun definitie van agendavorming de focus op actoren en het ontstaan van gemeenschappelijke belangen, zij definiëren agendavorming als *'door toepassing van normatieve en ideologische concepties op situaties die burgers, in de gegeven maatschappelijke en politieke orde, als problematisch ervaren, ontstaan in de politieke arena min of meer gedeelde opvattingen over welke problemen echt urgent zijn en welke niet; en over de aard en mogelijke oplossingswijzen voor die problemen'* (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.88). Volgens Hoogerwerf en Herweijer is agendavorming *'het proces waardoor maatschappelijke problemen de aandacht van het publiek of de beleidsbepalers krijgen'* (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.65). Van de Graaf en Hoppe leggen met hun definitie meer de nadruk op de afweging tussen opvattingen waardoor gemeenschappelijke belangen ontstaan. Dit maakt de rol van actoren meer prominent dan in de definitie van Hoogerwerf het geval is. In dit onderzoek zal de rol van actoren onderzocht worden en dit maakt dat er voor gekozen is de definitie van Van de Graaf en Hoppe als leidend te beschouwen in dit onderzoek.

3.4 Verscheidenheid in agenda's

Nu de definities van het begrip agenda duidelijk zijn kan ingegaan worden op de verschillende soorten agenda's en de manieren waarop het agendavormingsproces kan verlopen. Er kunnen volgens Van de Graaf en Hoppe drie soorten agenda's onderscheiden worden, namelijk de publieke agenda, de beleidsagenda en de politieke agenda (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.182). De publieke agenda omvat een lijst van problemen die in de maatschappij spelen en waarvan de publieke opinie is dat politici en bestuurders er aandacht voor zouden moeten hebben (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.183). De beleidsagenda omvat een lijst met onderwerpen waar beleidsmakers aandacht voor hebben. Naast het feit dat ze er aandacht voor hebben zijn beleidsmakers bij de beleidsagenda ook maatregelen aan het invoeren of aan het voorbereiden. De politieke agenda omvat de onderwerpen die al aandacht krijgen van politici en bestuurders (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.182). Deze agenda's hebben geen vastliggende volgorde als het gaat om waar onderwerpen als eerst geagendeerd worden. De agenda's lopen in elkaar over en bevatten daardoor vaak gelijke onderwerpen. Het agendavormingsproces is er op gericht dat problemen uiteindelijk op de beleidsagenda komen. Dit kan via de publieke en politieke agenda gaan, maar tevens rechtstreeks. Het is afhankelijk van de betrokken actoren op welke agenda een probleem als eerste terecht komt (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.183).

Van de Graaf en Hoppe noemen drie manieren waarop het agendavormingsproces kan verlopen. Bij de eerste manier wordt er extern initiatief genomen om een probleem op de agenda te krijgen, er wordt aangedrongen op verandering vanuit de samenleving. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door burgerinitiatieven of belangengroepen. Een probleem komt dan eerst op de publieke agenda te staan, vervolgens pakt de politiek het op en komt het op de politieke agenda te staan en als laatste wordt het probleem op de beleidsagenda gezet. De tweede manier houdt in dat politici steun zoeken voor een probleem dat al op de politieke agenda staat. Er wordt draagvlak gezocht in de samenleving waardoor een probleem tevens op de publieke agenda komt te staan en daarna op de beleidsagenda (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.183). De derde optie is dat een probleem begint op de beleidsagenda waardoor de publieke en politieke agenda als het ware overgeslagen worden (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.184).

3.5 Kloofmodel

Volgens het kloofmodel zijn de kenmerken van het probleem bepalend voor de kans op beleid. Een geringe kloof tussen de maatstaf en de voorstelling van een bestaande of verwachte situatie maakt beleid minder noodzakelijk. De investering die gedaan moet worden om het probleem aan te pakken weegt vaak zwaarder dan het daadwerkelijke probleem en maakt dat beleid meestal niet tot stand komt (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.66). Actoren als individuen, groepen en organisaties zijn in dit model minder belangrijk dan de kenmerken van het probleem. Actoren hebben slechts invloed als het gaat om de perceptie betreffende de maatstaf en voorstelling van de bestaande of verwachte situatie. Het is afhankelijk van de mate van de ernst van het probleem en de grootte van de kloof of er een beleidsreactie op

volgt. Wanneer de ernst van een probleem groot is en niet tijdelijk, is er sprake van een structureel probleem. Volgens het kloofmodel ligt de prioriteit bij structurele problemen (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.67)

Het kloofmodel richt zich slechts op een deel van agendavorming, namelijk de aard van het probleem. Doordat de nadruk zozeer ligt op de kenmerken van het probleem wordt voorbijgegaan aan de invloed die actoren kunnen uitoefenen op het agendavormingsproces. Het kloofmodel gaat er vanuit dat beleidsmakers op een probleem reageren als een probleem ernstig genoeg is. Er wordt echter niet bij stilgestaan dat ook voor ernstige problemen niet altijd een oplossing ontwikkeld wordt (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.68). Tevens kunnen actoren het proces zo beïnvloeden dat er voor minder ernstige problemen meer aandacht is dan voor ernstige problemen, agendavorming is daardoor niet altijd een resultaat van de ernst van het probleem. Doordat het kloofmodel voorbij gaat aan de invloed van actoren geeft het waarschijnlijk een te simpele voorstelling van de werkelijkheid.

In dit onderzoek wordt getracht de verschillen tussen GGD'en met betrekking tot de totstandkoming van activiteiten zo volledig mogelijk te verklaren. Omdat het kloofmodel slechts focust op de aard van het probleem, in dit geval de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd, is dit model minder toepasbaar in dit onderzoek. Het kloofmodel zou het niet tot stand komen van activiteiten verklaren door te concluderen dat de kloof blijkaar te klein is en beleid daardoor minder noodzakelijk is. Beleidsmakers reageren immers in overeenkomst met de ernst van een probleem. Dit verklaart echter niet waarom andere GGD'en er wel voor gekozen hebben om het probleem aan te pakken. Tevens wordt voorbijgegaan aan de rol van actoren omtrent dit probleem. Omdat in dit onderzoek geprobeerd wordt om alle aspecten, ook de invloed van actoren, te onderzoeken wordt het kloofmodel als minder geschikt beschouwd en niet toegepast.

3.6 Relatieve-aandachtsmodel

Het relatieve-aandachtsmodel van Namenwirth gaat er net als het stromenmodel van uit dat er meerdere maatschappelijke problemen tegelijkertijd in een samenleving spelen. De overheid geeft volgens dit model gefaseerd aandacht aan maatschappelijke problemen omdat het onmogelijk is om alle problemen tegelijkertijd aandacht te geven. Dit doordat de middelen van de overheid schaars zijn. In een bepaalde fase geeft de overheid aandacht aan een aspect van de problemen en worden andere aspecten verwaarloosd terwijl in een andere fase juist aandacht wordt gegeven aan die verwaarloosde aspecten. Deze gefaseerde aandacht komt tot stand doordat de aandacht die aan een probleem wordt gegeven tot spanningen kan leiden over de problemen die verwaarloosd worden. Door als overheid de aandacht en middelen te verleggen naar de verwaarloosde problemen wordt deze spanning kleiner. Het model gaat er van uit dat het proces cyclisch verloopt en dat er sprake is van een zogenoemd 'tjidswiël'. Het tjidswiël draait en elke keer als er een kwartslag wordt gedraaid komt een ander aspect centraal te staan. Dit draaiende wiel maakt duidelijk dat aandacht voor problemen zowel dynamisch als cyclisch is (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.73).

Aandacht voor een probleem kan door dit model verklaard worden doordat problemen in het vorige tijdvak verwaarloosd zijn. Hierdoor lijkt agendavorming een stug proces waar geen invloed op uit te oefenen valt, agendavorming is alleen afhankelijk van de tijdsgeest. Het model geeft aan dat er sprake is van een cyclisch proces waarbij het tijds wiel draait, maar geeft niet aan welke factoren een sterke invloed hebben op dit proces en welke factoren een minder sterke invloed. Het relatieve-aandachtsmodel gaat evenals het stromenmodel ook voorbij aan de invloed die uitgeoefend kan worden door actoren. Doordat agendavorming bij dit model slechts verklaard kan worden aan de hand van de tijdsgeest en andere factoren en de invloed van actoren buiten beschouwing blijven is dit model eveneens minder toepasbaar voor dit onderzoek. Dit maakt dat dit model eveneens niet wordt toegepast in dit onderzoek.

3.7 Het barrièremodel van Bachrach en Baratz

3.7.1 Bachrach en Baratz

Het barrièremodel is een theoretisch verklaringsmodel uit de jaren '60 van Peter Bachrach en Morton S. Baratz. Deze auteurs schreven als kritiek op andere auteurs twee artikelen, namelijk *'Two Faces of Power'* in 1962 en *'Decisions and Nondecisions: An Analytical Framework'* in 1963. In 1970 schreven Bachrach en Baratz samen een boek, namelijk *'Power and Poverty: Theory and Practice'*.

Het artikel *'Two Faces of Power'* werd geschreven als reactie op auteurs als Robert A. Dahl en Floyd Hunter die zich bezighielden met vraagstukken als elitisme en pluralisme. Bachrach en Baratz waren geïntrigeerd door de tegenstelling tussen de elitistische en pluralistische benadering van macht en gaven de beperkingen van deze benaderingen weer in *'Two Faces of Power'*. Volgens Bachrach en Baratz moet er niet, zoals het elitisme doet, gekeken worden naar de vraag *'Who rules?'* of, zoals het pluralisme doet, gekeken worden naar de vraag *'Does anyone have power?'*. Een onderzoeker zou zich, volgens Bachrach en Baratz, moeten afvragen hoe macht ingezet wordt, wat de dominante waarden, gevestigde procedures en rules of the game zijn en hij zou een indeling moeten maken welke groepen of personen er voordeel van hebben en welke juist niet (Bachrach & Baratz, 1962, p.952). Men moet zich niet enkel afvragen wat zich in een besluitvormingsprocedure voordoet, maar tevens wat daar aan vooraf gaat. Macht vindt volgens Bachrach en Baratz niet alleen plaats binnen de besluitvormingsprocedure, maar ook vooraf als actoren er voor zorgen dat een bepaald probleem niet op de agenda komt (Devos, 2006, p.132).

In het tweede artikel, *'Decisions and Nondecisions: An Analytical Framework'* hielden Bachrach en Baratz zich bezig met definities van macht. Ze waren onder de indruk van de vele definities omtrent dit onderwerp en kwamen tot de conclusie dat de begrippen macht en invloed vaak door elkaar heen gebruikt werden terwijl de begrippen autoriteit en dwang vaak genegeerd werden. Dit leidde tot verwarring en onnauwkeurigheid (Bachrach en Baratz, 1963, p.632). In dit artikel hebben Bachrach en Baratz geprobeerd de begrippen macht, invloed, autoriteit en dwang te verhelderen en de basis te leggen voor een theoretisch model omtrent *decision-* en *non-decisionmaking*. Volgens Bachrach en Baratz kan macht namelijk niet alleen

geanalyseerd worden tijdens het maken van *'decisions'*, maar tevens tijdens het maken van *'nondecisions'*. Een *'decision'* wordt door Bachrach en Baratz gedefinieerd als *'a choice among alternative modes of action'* terwijl *'nondecisions'* gedefinieerd worden als *'The practice of limiting the scope of actual decision-making to 'safe' issues by manipulating the dominant community values, myths, and political institutions and procedures'* (Bachrach en Baratz, 1970, p.18).

Na het schrijven van bovenstaande artikelen deden Bachrach en Baratz een onderzoek naar de relatie tussen het anti-armoedebeleid en het politieke proces in Baltimore, Maryland. Het heersende politieke klimaat in Baltimore en de manier waarop het beïnvloed werd door het anti-armoedebeleid en invloed had op dit beleid stond in dit onderzoek centraal. Tijdens dit onderzoek ontwikkelden Bachrach en Baratz een verklaringsmodel omtrent het politieke proces. Op basis van dit onderzoek en de artikelen *'Two Faces of Power'* en *'Decisions and Nondecisions: An Analytical Framework'* kwam in 1970 het boek *'Power and Poverty: Theory and Practice'* uit. Dit boek geeft zowel de resultaten van het onderzoek als de artikelen zelf weer (Bachrach en Baratz, 1970). Centraal in het boek staat het verklaringsmodel omtrent politieke processen, ook wel het barrièremodel genoemd.

3.7.2 Het barrièremodel als verklaringsmodel

Het barrièremodel probeert te verklaren waarom er niet altijd actief beleid volgt op ernstige en structurele problemen. Er wordt als het ware een verklaring gezocht voor het ontstaan van *'decisions'* of juist *'nondecisions'*. Het wel of niet vormen van beleid kan volgens het barrièremodel verklaard worden middels vier barrières. Een probleem moet deze barrières doorlopen om uiteindelijk tot succesvol beleid te kunnen komen (Devos, 2006, p.445). Bachrach en Baratz zien agendavorming dan ook als *'een proces waarin maatschappelijke behoeften en wensen een viertal barrières moeten passeren alvorens via de politieke besluitvorming te worden omgezet in daden van de overheid'* (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.187). Doordat een probleem meerdere barrières moet overwinnen om tot beleid te kunnen komen kan uit het barrièremodel de volgende hypothese afgeleid worden:

Hypothese 1: Als het onderwerp gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd een bepaalde barrière van het barrièremodel bij GGD'en niet heeft overwonnen zullen GGD'en weinig activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren

3.7.3 Voor- en tegenstanders

In het model wordt er van uit gegaan dat maatschappelijke problemen met elkaar moeten strijden om aandacht te krijgen. Dit omdat er een beperkte ruimte op de agenda is. Volgens dit model spelen actoren als publiek, politici en beleidsmakers een cruciale rol omdat zij de barrières moeten proberen te overwinnen. Bachrach en Baratz onderscheiden in het model voor- en tegenstanders van beleid die bijvoorbeeld kunnen bestaan uit organisaties, individuen en belangengroepen. De voorstanders worden omschreven als *'people and groups seeking reallocation of values'* (Bachrach & Baratz, 1970, p.53). De tegenstanders worden omschreven als *'people and groups committed to existing values'* (Bachrach & Baratz, 1970,

p.54). De voorstanders worden ook wel de 'realisatiemacht' genoemd terwijl tegenstanders als 'hindermacht' omschreven worden (Koppenjan & Klijn, 2004, p.47). De realisatiemacht is het vermogen om beleid tot stand te kunnen brengen terwijl de hindermacht het vermogen is om beleidsvorming tegen te houden (Bovens, et al., 2001, p.142). De realisatiemacht wil een nieuwe situatie creëren door met beleid te komen terwijl de hindermacht vaak de status quo wil behouden. Het belang van een realisatiemacht bij het agendavormingsproces maakt dat de volgende hypothese is opgesteld:

Hypothese 2: GGD'en die te maken hebben gehad met realisatiemachten zullen meer activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren dan GGD'en die niet te maken hebben gehad met realisatiemachten

De totstandkoming van een realisatiemacht is volgens Bachrach en Baratz afhankelijk van de relatie tussen vier variabelen (Bachrach & Baratz, 1970, p.55):

1. De soorten middelen en de hoeveelheid er van die beschikbaar zijn voor de persoon of groep.
2. Er is sprake van een afweging tussen prioriteiten met betrekking tot de nieuwe beleidsdoelen en de andere doelen van een persoon of groep.
3. De bereidheid van de persoon of groep om de nodige middelen in te zetten.
4. De deugdelijkheid van de strategie die door de persoon of groep ingezet moet worden om de gewenste doelen te behalen.

Zowel de realisatiemacht als hindermacht hebben eigen machtsbronnen en willen invloed uitoefenen op het proces van beleidsvorming. De hindermacht creëert barrières die door de realisatiemacht overwonnen moeten worden om tot beleid te kunnen komen (Bachrach en Baratz, 1970, p.57). Volgens Bachrach en Baratz staan de realisatiemacht en hindermacht echter wel voor ongelijke uitdagingen: *'While advocates of change must win at all stages of the political process, issue-recognition, decision, and implementation of policy, the defenders of existing policy must win at only one stage in the process'* (Bachrach & Baratz, 1970, p.58). Alle politieke systemen hebben volgens Bachrach en Baratz een *'mobilization of bias'* waarmee de dominante waarden, gevestigde procedures en rules of the game bedoeld worden (Bachrach & Baratz, 1962, p.952). Deze *'mobilization of bias'* geeft de hindermacht van begin af aan al een stevigere positie dan de realisatiemacht (Bachrach en Baratz, 1970, p.58).

3.7.4 De vier barrières van Bachrach en Baratz

Zoals eerder gezegd moet een probleem vier barrières doorlopen om uiteindelijk tot beleid te kunnen komen. De eerste twee barrières die als het ware overwonnen moeten worden bevinden zich in de *'Channel of policy choices'*. Als een probleem de eerste twee barrières overwonnen heeft komt een probleem in de *'Decision-making arena'*. Na de besluitvormingsarena komt de *'Policy implementation'* waarin de derde barrière overwonnen moet worden. De vierde barrière moet overwonnen worden in de fase die door Bachrach en

Baratz de *'Effective policy change'* genoemd wordt. Het barrièremodel focust zich niet alleen op de vraag hoe beleid tot stand is gekomen maar laat tevens zien tegen welke barrières een probleem is aangelopen waardoor beleidsvorming niet tot stand heeft kunnen komen.

Channel of policy choices

Het beleidskeuzekanaal wordt door Bachrach en Baratz toegelicht als *'The channel of policy choices contains every demand for a policy choice that receives public notice and engenders public discussion to the point that the demand becomes an issue that presses for resolution in the decision-making area'* (Bachrach & Baratz, 1970, p.58). In het beleidskeuzekanaal komen alle keuzes binnen, waarna de realisatiemacht moet proberen ze door de barrières heen te krijgen. De *'channel of policy choices'* bevat de eerste twee barrières van het barrièremodel, namelijk de barrière dominante waarden en ideologieën en de barrière procedures en instituties (Bachrach & Baratz, 1970, p.54).

Barrière 1: dominante waarden en ideologieën

De eerste barrière die Bachrach en Baratz onderscheiden, heeft te maken met de dominante waarden en ideologieën die op dat moment in de samenleving heersen. De hindermacht wil deze dominante waarden en ideologieën behouden en zal zich inzetten om een heroverweging van het huidige beleid tegen te gaan terwijl de realisatiemacht deze heroverweging juist wil verwezenlijken. De hindermacht is volgens Bachrach en Baratz *'likely to focus on preventing demands for a reallocation of values from reaching the decision-making stage, rather than running the risk that hostile demands will not be voted down when they are ripe for decision'* (Bachrach & Baratz, 1970, p.57). De hindermacht zal proberen een heroverweging vooraf al tegen te houden zodat het niet op de agenda komt met het risico dat het huidige beleid uiteindelijk wel heroverwogen wordt. De hindermacht zal dit proberen door de heersende waarden en ideologieën te versterken (Bachrach & Baratz, 1970, p.57). Beide groepen hebben eigen machtsmiddelen als status, geld en bezittingen om hun doel te bereiken (Bachrach & Baratz, 1970, p.54). De realisatiemacht zal haar middelen zo moeten aanwenden dat de hindermacht als het ware overwonnen wordt en de waarden en ideologieën oftewel de status quo veranderd kunnen worden. Als dit de realisatiemacht niet lukt, zal een probleem niet verder komen in het agendavormingsproces en zal er geen beleid kunnen worden gevormd.

Barrière 2: procedures en instituties

Bij de tweede barrière staan de bestaande procedures en instituties in de samenleving centraal. De hindermacht zal macht uitoefenen om nieuwe procedures, gewoontes en instituties op te richten of de bestaande te steunen. Dit om te voorkomen dat problemen verder op de agenda komen te staan en in de besluitvormingsprocedure terecht komen (Bachrach & Baratz, 1970, p.57). Als de tweede barrière van het model als het ware overwonnen is komt een probleem in de besluitvormingsarena terecht.

Decision-making arena

Als problemen de eerste twee barrières overleefd hebben en als het ware door het beleidskeuzekanaal gekomen zijn, komen ze terecht in de besluitvormingsarena. In deze fase worden plannen en voorstellen omgezet in concrete besluiten.

De besluitvormingsarena kan geanalyseerd worden aan de hand van vier vragen (Bachrach & Baratz, 1970, p.60,61):

1. Wie neemt de beslissing en welke individuen en groepen hebben een rol in het proces gespeeld?
2. Wat zijn volgens de besluitvormers relevante condities en factoren die hun keuzes kunnen hebben beïnvloed?
3. In welke mate werden besluitvormers beperkt door imperfecties in het netwerk, incomplete of onnauwkeurige informatie, hun eigen perceptie, de beschikbaarheid van middelen en voorafgaande gebeurtenissen die de keuzemogelijkheden beperkten?
4. Wat waren de belangrijkste determinanten die het gedrag van de actoren bepaalden?

Policy implementation

In de implementatiefase staat het invoeren van een beleidsverandering centraal. Plannen en voorstellen worden in deze fase omgezet in beleid dat ingevoerd wordt. Tijdens de invoering vindt echter nog steeds beleidsvorming plaats doordat beleid verworpen en gewijzigd kan worden (Bachrach & Baratz, 1970, p.61). De kans op verwerpen en wijzigen vormt de derde barrière voor de hindermacht. De verwachting kan zijn dat macht en autoriteit door hiërarchie in organisaties een belangrijkere invloed is bij de in- en uitvoering van beleid dan in de *'channel of policy choices'* of de *'decision-making arena'* (Bachrach & Baratz, 1970, p.61). Doordat er echter sprake is van professionele autonomie en een informatie-asymmetrie tussen principaal en agent, die de macht van bestuurders doet afnemen, kan de invloed van macht in de implementatiefase vergeleken worden met de eerdere fasen (Bachrach & Baratz, 1970, p.62).

Barrière 3: Verwerpingen en wijzigingen

Bij de invoering van beleid in de implementatiefase is er nog steeds sprake van dezelfde realisatiemacht en hindermacht die invloed probeert uit te oefenen op het beleid. Beleid kan in deze fase nog gewijzigd of verworpen worden en dit maakt dat beide machten nog steeds middelen inzetten om het beleid in de gewenste richting te duwen (Bachrach & Baratz, 1970, p.61).

Effective policy change

De laatste fase van het barrièremodel draait om het feit of een beleidsverandering daadwerkelijk doorgevoerd is. Het gaat om de vraag of er een effectieve beleidsverandering bewerkstelligd is. In deze fase staan ambtenaren en daarmee hun invloed op het beleid centraal. De laatste barrière wordt dan ook interpretatie door de ambtenarij genoemd en heeft te maken met het beperkt of niet uitvoeren van beleid (Bachrach & Baratz, 1970, p.54).

Barrière 4: Interpretatie door de ambtenarij

Bij de laatste barrière staat de invloed van de ambtenarij op het beleid centraal. Ambtenaren hebben vaak een zekere mate van professionele autonomie. Tevens is er sprake van discretionaire ruimte waardoor de ambtenaar invloed kan uitoefenen op het uit te voeren beleid (Bachrach & Baratz, 1970, p.62). Als ambtenaren het niet eens zijn met het beleid,

hebben zij de mogelijkheid om er invloed op uit te oefenen door het bijvoorbeeld beperkt uit te voeren of in de uitvoering te sturen op een door hun gewenste richting (Bachrach & Baratz, 1970, p.63). Doordat ambtenaren de mogelijkheid hebben om beleid op een eigen manier te interpreteren liggen er in de laatste fase mogelijkheden voor de hindermacht om beleid alsnog te wijzigen of zelfs te verwerpen doordat het niet effectief uitgevoerd wordt. De uitdaging voor de realisatiemacht ligt in deze laatste fase bij het realiseren van een juiste interpretatie door de ambtenarij.

3.7.5 De barrières van Hoogerwerf en Herweijer

Het barrièremodel is door de jaren heen veel toegepast en tevens meerdere keren aangepast. In onderstaand figuur zijn de barrières weergegeven die Hoogerwerf en Herweijer op basis van het model van Bachrach en Baratz onderscheiden (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p. 68).

Ongewenste situatie	Bewustwording van het probleem	Omzetting naar eisen	Plaatsing op de publieke agenda	Plaatsing op de beleidsagenda	Plaatsing op de besluitvormings-agenda	Plaatsing op de uitvoeringsagenda
---------------------	--------------------------------	----------------------	---------------------------------	-------------------------------	--	-----------------------------------

Figuur 4: Barrièremodel Hoogerwerf en Herweijer op basis van Bachrach en Baratz (2008).

De eerste barrière is de bewustwording dat een ongewenste situatie zich voordoet. Men moet zich bewust worden van een probleem. Wanneer er sprake is van bewustzijn moet dit bewustzijn omgezet worden in eisen. In deze fase komt een probleem op de persoonlijke agenda. Of een probleem op een persoonlijke agenda komt is afhankelijk van perceptie. Bij sommige mensen duurt de bewustwording van een ongewenste situatie langer dan bij anderen. Tevens is het afhankelijk van perceptie of iemand een probleem als ernstig en omvangrijk ziet (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.68). In de volgende fase worden de gevormde eisen op de publieke agenda geplaatst. Bewustwording hoeft niet altijd te leiden tot veel aandacht voor een probleem en dit maakt dat een probleem een ‘issue’ op de publieke agenda moet worden om tot beleid te kunnen komen (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.69). Na de publieke agenda moet een probleem op de beleidsagenda komen. Wanneer een probleem op de beleidsagenda staat heeft het de aandacht van beleidsbepalers. Naar aanleiding van deze aandacht moet er een beleidsvoorstel komen waarover besloten wordt. Als dit gebeurt, staat een probleem op de besluitvormingsagenda. Uiteindelijk moet een bepaald beleid uitgevoerd worden en komt het op de uitvoeringsagenda (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.70).

De grondleggers van het barrièremodel houden niet vast aan een strikte volgorde van barrières. Soms kunnen bepaalde barrières overgeslagen worden doordat ze bijvoorbeeld eenvoudiger te overwinnen zijn of in het geheel niet overwonnen hoeven te worden. Er kan bijvoorbeeld ook beleid gevormd worden wanneer een probleem niet op de publieke agenda heeft gestaan. De volgorde van barrières hoeft eveneens niet vast te staan. Het op de publieke agenda komen van een probleem kan namelijk leiden tot meer bewustwording terwijl dit in principe de eerste fase zou zijn (Hoogerwerf & Herweijer, 2008, p.71).

De barrières die Hoogewerf en Herweijer onderscheiden op basis van Bachrach en Baratz maken het barrièremodel meer operationeel en daardoor beter toepasbaar. In plaats van vier barrières worden er namelijk zeven barrières onderscheiden. Dit maakt dat er gedetailleerder naar het proces gekeken kan worden. Er is sprake van meer kleine stappen die los van elkaar staan. Dit maakt dat duidelijker inzichtelijk gemaakt kan worden hoe een agendavormingsproces daadwerkelijk verlopen is en bij welke stap een probleem is vastgelopen.

3.7.6 Kritiek op het barrièremodel

De ontwikkeling van het barrièremodel en de varianten die daar op volgden hebben er toe geleid dat er in de wetenschap meer het besef is gekomen dat er meer onderwerpen in de samenleving spelen dan alleen de onderwerpen waar de overheid aandacht aan geeft. Er is sprake van een breder scala aan onderwerpen waar niet allemaal tegelijkertijd aandacht aan kan worden besteed. Tevens heeft het barrièremodel inzichtelijker gemaakt hoe onderwerpen op de agenda komen te staan en daarmee geselecteerd worden uit dit bredere aanbod (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.193). Ondanks dat het barrièremodel veel heeft bijgedragen is er in de loop der jaren tevens kritiek op gekomen van meerdere auteurs.

Een eerste kritiekpunt op het barrièremodel heeft te maken met het begrip publieke opinie en wordt beschreven door Van de Graaf en Hoppe (1992). Het barrièremodel gaat er van uit dat een probleem altijd steun vanuit de publieke opinie nodig heeft voor het op de politieke agenda kan komen. Als het begrip publieke opinie opgevat wordt als datgene waar een groot deel van de samenleving aandacht voor heeft kan een groot deel van de onderwerpen die op de politieke agenda staan niet verklaard worden. Dit zou zorgen voor een hiaat in het model. De politieke agenda bevat namelijk veel meer en andere onderwerpen dan naar voren komen uit de publieke opinie. Als een andere definitie van de publieke opinie toegepast zou worden, namelijk de onderwerpen waar een kleinere groep van actieve actoren en politiek geïnteresseerden zich mee bezig houden, zou de publieke opinie waarschijnlijk niet representatief zijn voor de samenleving. Dit kan er voor zorgen dat een belangrijke pijler van het model weg zou vallen (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.194). Bachrach en Baratz leggen misschien teveel nadruk op steun vanuit de publieke opinie. Sommige onderwerpen staan ondanks de afwezigheid van publieke steun alsnog op de agenda.

Het statische karakter van het model kan volgens Van de Graaf en Hoppe de basis vormen voor meerdere punten van kritiek. Het barrièremodel gaat uit van fasen die elkaar opvolgen en van elkaar te onderscheiden zijn (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.194). Beleidsprocessen blijken echter vaak heel anders te verlopen dan van te voren beoogd was (Van Putten, 1980, p.270). In de praktijk is er waarschijnlijk lang niet altijd sprake van een vaste volgorde (Van de Graaf & Hoppe, 1992, p.194). Dit punt wordt terecht gedeeld door Héritier (1993) die aangeeft dat de fasen elkaar niet altijd opvolgen, maar veel vaker overlappen, zich herhalen of bijvoorbeeld simultaan verlopen (Héritier, 1993, p.11). De veronderstelling dat het gaat om fasen die elkaar opvolgen geeft weer dat de fase probleemformulering altijd vooraf gaat aan de fase probleemoplossing en hier kan een groot punt van kritiek op gemaakt worden. Deze

veronderstelling suggereert dat er problemen op de agenda komen waar geen of nog geen oplossing voor is. Volgens Elder en Cobb is *'a situation without a conceivable solution not so much a problem as simply a regrettable fact of life'* (Elder & Cobb, 1984, p.123). Problemen waar geen oplossing voor is kunnen volgens Elder en Cobb niet als probleem beschouwd worden. Kingdon (1984) geeft met zijn stromenmodel aan dat agendavorming juist tot stand komt door het simultaan bijeenkomen van problemen en oplossingen. Dit geeft aan dat de fasen probleemformulering en probleemoplossing elkaar niet hoeven op te volgen, maar bijvoorbeeld gelijktijdig kunnen verlopen.

3.8 Het stromenmodel van Kingdon

3.8.1 Kingdon

Het stromenmodel van John W. Kingdon (1984) kan gezien worden als een verklaringsmodel en een reconstructiemodel. Het model werd uiteengezet in het boek *'Agendas, Alternatives and Public Policies'* dat in 1984 uit werd gebracht. Kingdon was er van overtuigd dat er al veel kennis was over hoe besluitvorming rond onderwerpen oftewel problemen verloopt, maar realiseerde zich dat er weinig kennis was over hoe problemen in eerste instantie naar boven komen en op de agenda worden gezet. In *'Agendas, Alternatives and Public Policy'* worden de resultaten weergegeven van een onderzoeksproject dat zich richtte op de terreinen gezondheid en transport binnen de federale overheid van de Verenigde Staten. Het onderzoek was opgezet om het komen en gaan van onderwerpen op de agenda te volgen en om vast te stellen waarom sommige onderwerpen prominent aanwezig zijn en andere genegeerd worden. (Kingdon, 1984, p.11). Dit onderzoek en de genoemde vraagstukken vormen de basis van de ontwikkeling van het stromenmodel.

3.8.2 Het stromenmodel als verklarings- en reconstructiemodel

Het stromenmodel gaat uit van toeval en adequate reacties op veranderende omstandigheden als het gaat om beleidsvorming. Onverwachte gebeurtenissen kunnen er voor zorgen dat iets wel of juist niet op de agenda komt of extra aandacht krijgt. Kingdon definieert de agenda als: *'the list of subjects or problems to which governmental officials, and people outside of government closely associated with those officials, are paying some serious attention at any given time'* (Kingdon, 1995, p.3). Het stromenmodel verklaart hoe het proces van agendavorming plaatsvindt en hoe maatschappelijke problemen aan beleidsalternatieven oftewel oplossingen gekoppeld worden. Dit maakt dat het stromenmodel tevens als reconstructiemodel gebruikt kan worden. Aan de hand van het model kan gereconstrueerd worden hoe problemen op de agenda zijn gezet en uiteindelijk tot beleid hebben geleid.

3.8.3 De drie stromen van Kingdon

Waar het barrièremodel uitgaat van barrières ziet het stromenmodel juist kansen om tot beleid te kunnen komen. Het stromenmodel gaat uit van drie veranderlijke stromen die zich onafhankelijk van elkaar ontwikkelen, namelijk de herkenning van problemen, het opstellen

en verfijnen van beleid en de stroom ontwikkelingen binnen het politieke klimaat. Kingdon licht dit als volgt toe: *'People recognize problems, they generate proposals for public policy changes, and they engage in such political activities as election campaigns and pressure group lobbying'* (Kingdon, 1995, p.87). Agendavorming wordt gezien als het resultaat van deze drie onafhankelijke ontwikkelingen.

Herkenning van problemen

De eerste stroom, herkenning van problemen, gaat uit van maatschappelijke problemen waarvan men het belangrijk vindt dat de overheid met een oplossing komt. Problemen kunnen onder invloed van bepaalde actoren als burgers, media en belangengroepen onder de aandacht worden gebracht. Vaak komen problemen naar voren wanneer zich een incident voordoet. Kingdon geeft aan: *'Problems need a little push to get the attention of people in and around government. That push is sometimes provided by focusing event like a crisis or disaster that comes along to call attention to the problem, a powerful symbol that catches on, or the personal experience of a policy maker'* (Kingdon, 1995, p.94, 95). Persoonlijke betrokkenheid kan er toe leiden dat actoren gedreven zijn om zich voor een bepaald probleem in te zetten. Actoren worden voor bepaalde problemen sensitiever doordat ze beter aansluiten bij hun referentiekader en hebben dan eerder de neiging om zich er voor in te zetten.

De herkenning van problemen is een cruciale fase in het agendavormingsproces. Volgens Kingdon speelt de herkenning dat er daadwerkelijk een probleem is en de erkenning dat het probleem belangrijk is een grote rol. Als mensen een gevoel hebben dat er een probleem is dat opgelost moet worden zorgt dit niet altijd direct voor aandacht voor het probleem. Actoren moeten op een bepaald punt toch de overtuiging krijgen dat ze daadwerkelijk met een probleem te maken hebben waar een oplossing voor nodig is wil er daadwerkelijk beleid op volgen. Naast herkenning van het probleem moet er eveneens sprake zijn van erkenning dat het probleem om een oplossing vraagt (Kingdon, 1995, p.115).

Volgens Kingdon zijn er meerdere verklaringen voor het feit dat problemen soms alleen tijdelijk aandacht krijgen en snel weer van de agenda verdwijnen. Het probleem kan namelijk inmiddels opgelost zijn of deels opgelost zijn waardoor het probleem minder urgent lijkt te zijn (Kingdon, 1995, p.103). Tevens kunnen mensen aan een probleem wennen of kan een probleem overgaan in andere problemen. Een laatste verklaring kan zijn dat er andere problemen optreden die als meer omvangrijk en urgent gezien worden, dit maakt dat de aandacht voor het eerdere probleem afneemt of verdwijnt.

Beleidsalternatieven

Het stromenmodel gaat er vanuit dat de tweede stroom, de beleidsalternatieven, zich onafhankelijk van problemen ontwikkelt. In deze stroom speelt een beleidsgemeenschap van specialisten zoals academici, onderzoekers, ambtenaren en belangenorganisaties een grote rol. Deze specialisten zijn namelijk constant bezig met het genereren van beleidsvoorstellen die in de beleidsgemeenschappen blijven hangen. Sommige voorstellen worden wel serieus genomen en andere niet, er vindt als het ware een selectie plaats. Een idee moet als het ware de selectie overleven om uiteindelijk te kunnen worden gekoppeld aan een probleem en tot

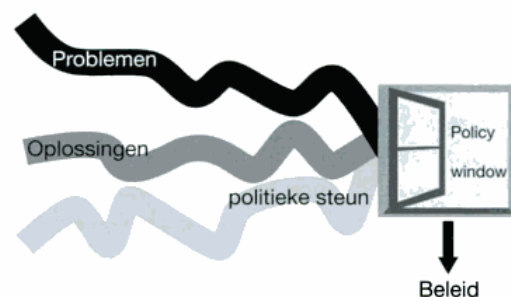
beleid te kunnen leiden (Kingdon, 1995, p.87). Uiteindelijk leidt deze selectie tot een aantal prominente oplossingen die volgens Kingdon invloed hebben op de agenda: *'Having a viable alternative available for adoption facilitates the high placement of a subject on a governmental agenda, and dramatically increases the chances for placement on a decision agenda'* (Kingdon, 1995, p.144).

Ontwikkelingen binnen het politieke klimaat

In de politieke stroom staan ontwikkelingen in het politieke klimaat centraal. Het politieke klimaat is vaak aan verandering onderhevig en kan omslaan door bepaalde gebeurtenissen. Voorbeelden van deze gebeurtenissen zijn verkiezingen, acties van pressiegroepen, veranderende publieke opinies, machtsverhoudingen die veranderen of veranderingen in de ambtenarij. Doordat politieke gebeurtenissen zeer dynamisch zijn kan het voor komen dat het regelmatig gewenst is dat een gedeelte van de agenda herzien wordt. Het politieke klimaat heeft een grote invloed op het agendavormingsproces doordat alle belangrijke actoren beoordelen of acteren op een probleem gewenst is. Niet alle eerder genoemde gebeurtenissen in het politieke klimaat hebben echter evenveel invloed op het agendavormingsproces. In de praktijk hebben de publieke opinie en uitslagen van verkiezingen vaak extreme invloed op de agenda. Deze gebeurtenissen kunnen er voor zorgen dat bepaalde problemen snel hoog op de agenda staan en de overheid dwingen om aan andere zaken minder aandacht te besteden (Kingdon, 1995, p.164).

3.8.4 Policy windows

Een belangrijk element in het stromenmodel van Kingdon zijn de zogenoemde *'policy windows'* oftewel beleidsramen. Deze beleidsramen zijn volgens Kindom *'opportunities for action on given initiatives'*. Beleidsramen openen zich op een bepaald moment en blijven dan gedurende een korte periode open. In deze beleidsramen komen de drie besproken stromen samen en worden ze aan elkaar gekoppeld (zie figuur 5). Actoren stoppen namelijk de problemen, beleidsalternatieven en politieke macht in een keuzemogelijkheid. De uitkomst van deze koppeling is afhankelijk van de onderdelen die in de keuzemogelijkheid gestopt zijn en hoe de onderdelen aan elkaar gekoppeld worden. Actoren dienen in de korte periode dat een beleidsraam open is te anticiperen. Als ze dit niet doen sluit het raam en kunnen ze pas weer acteren op een probleem als het raam zich een volgende keer opent.



Figuur 5: Stromenmodel (Hoogerwerf & Herweijer, 2008).

Zoals Kingdon aangeeft leidt de aanwezigheid van de drie stromen er toe dat beleid tot stand kan komen, hieruit volgt de derde hypothese:

Hypothese 3: De aanwezigheid van de probleemstroom, beleidsalternatieven en politieke stroom bij GGD'en maakt dat het beleidsraam geopend is en er activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd worden

Er kunnen meerdere redenen zijn waarom een beleidsraam open gaat. Een reden kan zijn dat er een verandering heeft plaatsgevonden in het politieke klimaat zoals een verkiezing. Een andere mogelijkheid is dat een nieuw probleem de aandacht van actoren trekt. Veranderingen in de ambtenarij hebben over het algemeen veel invloed op het openen van een beleidsraam doordat een nieuwe ambtenarij voorstellen die de vorige ambtenarij afwees bijvoorbeeld wel wil initiëren. Dit geeft belanghebbende actoren de mogelijkheid om hun belangen bij nieuwe ambtenaren te prioriteren. Dit geldt eveneens bij veranderingen in de politiek zoals bijvoorbeeld de komst van nieuwe wethouders.

Zoals eerder aangegeven is, blijft een beleidsraam maar een korte tijd open. Het sluiten van een raam kan veroorzaakt worden doordat actoren enige actie ondernomen hebben om een probleem op te lossen waardoor ze het gevoel hebben dat dit voldoende is. Een tweede oorzaak kan zijn dat een actie faalt. Dit kan er toe leiden dat er geen verdere tijd, energie en kapitaal meer gestoken wordt in acties. Het verdwijnen van een probleem kan er eveneens toe leiden dat een raam sluit. Dit gebeurt doordat crises vaak een korte tijd veel aandacht krijgen. Een vierde oorzaak kan zijn dat actoren die een belangrijke positie bekleden over het algemeen vaak wisselen van functie. Een raam kan zich openen door een wisseling in actoren, maar kan daarna door een wisseling weer gesloten worden (Kingdon, 1995, p.169). Een laatste oorzaak kan zijn dat een beleidsalternatief niet op het juiste moment beschikbaar is waardoor het probleem niet op dat moment opgelost kan worden en het raam gesloten wordt (Kingdon, 1995, p.170).

3.8.5 Policy entrepreneurs

Het ontstaan van een beleidsraam kan mede veroorzaakt worden doordat bepaalde actoren zich hiervoor inzetten, zij worden ook wel 'policy entrepreneurs' genoemd. Kingdon definieert policy entrepreneurs als volgt: *'advocates who are willing to invest their resources- time, energy, reputation, money- to promote a position in return for anticipated future gain in the form of material, purposive, or solidary benefits'* (Kingdon, 1995, p.197). Het gaat om actoren met veel invloed die vaak een bepaald beleid bepleiten.

Volgens Kingdon spelen policy entrepreneur bij elk agendavormingsproces een rol: *'When researching case studies, one can nearly always pinpoint a particular person, or at most a few persons, who were central in moving a subject up on the agenda and into position for enactment'* (Kingdon, 1995, p.180). Policy entrepreneurs zijn vaak niet alleen verantwoordelijk voor de hoge positie van een probleem op de agenda doordat de drie genoemde stromen eveneens invloed hebben. Ze kunnen echter wel gezien worden als

centrale figuren in het agendavormingsproces die een bepaalde mate van invloed hebben (Kingdon, 1995, p.180). De policy entrepreneurs van Kingdon kunnen vergeleken worden met de realisatiemacht van Bachrach en Baratz.

3.8.6 Kingdon en het garbage can model

Als uitgangspunt voor het stromenmodel gebruikte Kingdon het 'garbage can model'. Dit model werd ontwikkeld in 1972 door Cohen, March en Olsen (Cohen et al., 1972). In dit model worden vier stromen onderscheiden, namelijk de keuzes, problemen, participanten en oplossingen (Cohen et al, 1972, p.3). Keuzes kunnen gezien worden als vuilnisbakken waar de problemen, participanten en oplossingen in gegoooid worden. Beleid is afhankelijk van de problemen, participanten en oplossingen die op dat moment in de vuilnisbak aanwezig zijn en kan gerealiseerd worden als deze aanwezige stromen aan elkaar gekoppeld worden doordat ze in de vuilnisbak terecht komen.

Het stromenmodel van Kingdon wijkt op een aantal punten af van het garbage can model van Cohen, March en Olsen. In het stromenmodel wordt allereerst de keuzemomenten niet als aparte stroom beschouwd, maar gezien als de policy window. Het tweede punt waarop het stromenmodel afwijkt, is dat de participanten door Kingdon niet beschouwd worden als een aparte stroom terwijl Cohen, March en Olsen dit wel doen. Kingdon geeft aan: *'In theory, each of the participants could be involved in each of the processes'*. In het stromenmodel hebben participanten daardoor een aparte rol als policy entrepreneurs die kunnen acteren in alle drie de stromen. Dit maakt dat Kingdon er voor koos om participanten niet per definitie als losstaande stroom te beschouwen, maar als mogelijke invloed binnen alle drie de stromen (Van Gestel, 1996, p.208). Kingdon geeft echter wel aan dat er sprake kan zijn van specialisatie: *'In practice, while many participants do cut across the three process streams, there is also some specialization. Academics and researchers, for example, are more involved in generating policy proposals than in electioneering or pressure activities that we label 'political' and political parties are more involved in the political stream than in the detailed work of formulating proposals'*. Elke participant kan echter acteren in elke stroom en tevens in meerdere stromen tegelijkertijd. Een derde punt dat Kingdon ten opzichte van het garbage can model maakt is dat het model onterecht de bestuurlijke en politieke ontwikkelingen negeert. Volgens Kingdon zijn deze ontwikkelingen zeer invloedrijk en mag er niet aan voorbij gegaan worden (Van Gestel, 1996, p. 208,209).

3.8.7 Kritiek op het stromenmodel

Het stromenmodel van Kingdon is in vergelijking met het barrièremodel van Bachrach en Baratz een recenter model. De eerder genoemde kritiek op het barrièremodel heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van het stromenmodel. Ondanks dat Kingdon veel van deze kritiek heeft kunnen verbeteren of toepassen in zijn model kreeg ook het stromenmodel enige punten van kritiek.

Volgens Bekkers (2007) heeft de koppeling van stromen en de toevalligheid daarvan een te grote rol gekregen in het stromenmodel. De koppeling van stromen is volgens hem niet alleen afhankelijk van de toevallige samenkomst, maar tevens van opgestelde conventies en regels. Conventies en regels spelen in het openbaar bestuur een grote rol en dit maakt dat het agendavormingsproces niet slechts afhankelijk kan zijn van toeval (Bekkers, 2007, p.151).

Een tweede punt van kritiek heeft te maken met het feit dat het stromenmodel uitgaat van ingrijpende veranderingen van beleid. Wanneer een beleidsraam open gaat en beleid tot stand komt wordt er vanuit gegaan dat dit een grote wijziging in het beleid betreft, er vindt als het ware een omslag plaats. Beleid hoeft echter niet altijd ingrijpend te veranderen, maar kan tevens incrementeel veranderen doordat er in de loop der jaren kleine elementen veranderd worden (Bekkers, 2007, p.151). Dit maakt dat eigenlijk elke beleidsverandering als beleidsraam op zich beschouwd kan worden. Elke wijziging van beleid heeft tot stand kunnen komen doordat een raam zich opende en de wijziging mogelijk maakte. Een beleidsraam hoeft daardoor niet altijd tot een drastische verandering te leiden.

Het stromenmodel gaat er onterecht van uit dat er sprake is van een open systeem. Iedereen kan volgens Kingdon invloed uitoefenen op het agendavormingsproces. Deze veronderstelling leidt tot het laatste punt van kritiek. Organisaties en overheden zijn niet altijd even toegankelijk voor mensen en dit maakt dat invloed uitoefenen niet altijd mogelijk is (Bekkers, 2007, p.151). Een intern overleg binnen een organisatie is bijvoorbeeld lastig te beïnvloeden door externe actoren. Tevens is sommige beleidsinformatie niet altijd toegankelijk voor externe actoren en heeft niet iedereen evenveel inzicht in een probleem. Dit maakt dat er eveneens sprake is van een informatie-asymmetrie. De geslotenheid van organisaties en de informatie-asymmetrie maakt dat invloed uitoefenen niet door elke actor even goed gedaan kan worden.

3.9 Toepassing van theorieën

Zoals besproken is zijn er door de jaren heen vier leidende theorieën ontwikkeld die het agendavormingsproces pogen te verklaren, namelijk het kloofmodel, het relatieve-aandachtsmodel, het barrièremodel en het stromenmodel. In dit onderzoek ligt de focus op de toepassing van het barrièremodel en het stromenmodel.

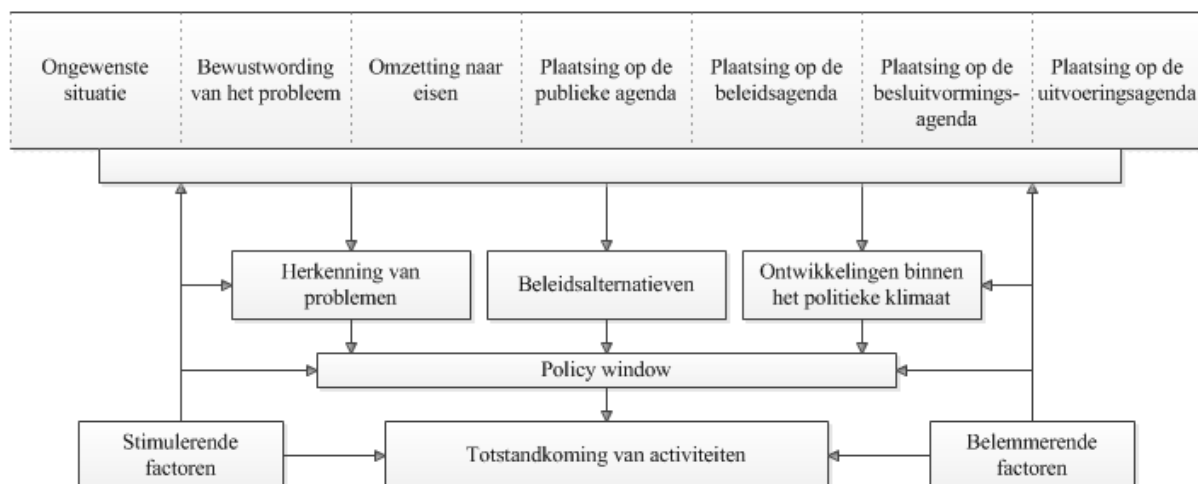
Er is gekozen voor een focus op het barrièremodel omdat dit een model is dat bij uitstek geschikt is om een antwoord op de vraag te geven waar een probleem vastloopt in het agendavormingsproces (Van de Graaf en Hoppe, 1992, p.202). Het barrièremodel van Bachrach en Baratz en de barrières die Hoogerwerf en Herweijer op basis van dit model onderscheiden hebben zullen inzichtelijk maken welke verschillen er zijn tussen GGD'en met betrekking tot de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd. Om een probleem te kunnen oplossen en daarvoor activiteiten te ontwikkelen heeft een probleem de aandacht nodig van een GGD en dient een probleem de opgestelde barrières te overwinnen. Toepassing van het barrièremodel in deze casestudy kan inzichtelijk maken in hoeverre de problematiek rondom vluchtelingenjeugd de aandacht heeft van GGD'en en bij welke barrières het probleem vastloopt bij de afzonderlijke GGD'en. Het agendavormingsproces omtrent dit

onderwerp kan hierdoor inzichtelijk gemaakt worden. Aan de hand van de begrippen realisatiemacht en hindermacht die Bachrach en Baratz uiteengezet hebben kan inzichtelijk gemaakt worden welke actoren bij de afzonderlijke GGD'en er aan bij hebben gedragen of juist hebben verhinderd dat een barrière overwonnen wordt. Tevens kan aan de hand van het barrièremodel duidelijk gemaakt worden welke factoren de totstandkoming van activiteiten bij GGD'en gestimuleerd hebben en welke factoren dit juist belemmeren. Door inzicht te krijgen in de verschillen tussen GGD'en, de realisatie- en hindermachten en de factoren die de totstandkoming stimuleren en belemmeren kan verklaard worden waarom de ene GGD wel activiteiten voor vluchtelingenjeugd opgezet heeft terwijl dit bij de andere GGD niet het geval is of niet gelukt is.

Om zowel te kunnen beantwoorden waar een probleem vastgelopen is als hoe het probleem vastgelopen is, is er voor gekozen tevens het stromenmodel toe te passen. Het stromenmodel wordt namelijk gezien als een model dat antwoord kan geven op de vraag hoe een probleem vast is gelopen in het agendavormingsproces (Van de Graaf en Hoppe, 1992, p.202). Doordat de totstandkoming van activiteiten vergeleken kan worden met een beleidsraam dat zich geopend heeft bij GGD'en kan het stromenmodel een aanvulling zijn op het barrièremodel. Aan de hand van het stromenmodel kan het opengaan van een beleidsraam namelijk geanalyseerd worden. Zoals het barrièremodel kan aangeven waar de totstandkoming bij GGD'en vast is komen te lopen, kan het stromenmodel aangeven hoe het kan dat totstandkoming gerealiseerd is of wat juist ontbrak om een activiteit tot stand te laten komen.

3.10 Conceptueel model

Omdat zowel het barrièremodel als het stromenmodel in dit onderzoek toegepast worden kan er een conceptueel model opgesteld worden aan de hand van deze theorieën. Dit conceptueel model maakt duidelijk op welke wijze de beide theorieën toegepast worden in dit onderzoek.



Figuur 6: Conceptueel model

3.11 Overzicht hypothesen

Op basis van de voorgaande theorie zijn er hypothesen opgesteld die bijdragen aan de beantwoording van de vraagstelling. Doordat de hypothesen opgesteld zijn aan de hand van wetenschappelijke literatuur over agendavorming kan door toetsing van de hypothesen de agendavorming en daarmee de verschillen tussen de GGD'en met betrekking tot de totstandkoming van activiteiten verklaard worden. Onderstaande hypothesen zullen in de analyse getoetst worden op hun houdbaarheid, dit aan de hand van de resultaten van het onderzoek.

Hypothese 1: Als het onderwerp gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd de barrières van het barrièremodel bij GGD'en heeft overwonnen zullen GGD'en activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren

Hypothese 2: GGD'en die te maken hebben gehad met realisatiemachten zoals intern initiatief, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, GGD GHOR Nederland en extern initiatief voeren meer activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit dan GGD'en die niet te maken hebben gehad met realisatiemachten

Hypothese 3: De aanwezigheid van de probleemstroom, beleidsalternatieven en politieke stroom bij GGD'en maakt dat het beleidsraam geopend is en er activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd worden

3.12 Slot

In dit hoofdstuk zijn de relevante theorieën omtrent dit onderwerp uiteengezet. Er is duidelijk gemaakt wat agendavorming precies inhoudt en hoe dit plaats kan vinden. Daarnaast zijn er vier theorieën omtrent agendavorming besproken, namelijk het kloofmodel, het relatieve-aandachtsmodel, het barrièremodel en het stromenmodel. Er is gekozen voor toepassing van het barrièremodel en het stromenmodel in dit onderzoek. Deze keuze is beredeneerd en de toepassing is grafisch weergegeven in het conceptueel model. Ten slotte zijn de hypothesen die aan de hand van de theorie opgesteld zijn nogmaals weergegeven. Om het barrièremodel en stromenmodel toe te kunnen passen zal er in de praktijk onderzoek gedaan moeten worden, de opzet van dit onderzoek zal in het volgende hoofdstuk besproken worden.

4. Methodologisch kader

4.1 Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode april tot en met november in het kader van de Master Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen op verzoek van GGD GHOR Nederland. In dit hoofdstuk zullen de methodologische aspecten van dit onderzoek toegelicht worden.

4.2 Onderzoeksstrategie

Er is in dit onderzoek gekozen voor een vergelijkende casestudy, er zal namelijk een vergelijking worden gemaakt tussen GGD'en. Omdat het onderzoek zich richt op jeugd, staat de Jeugdgezondheidszorg van de GGD'en centraal. Het onderzoek is opgedeeld in meerdere fasen. In de eerste fase van het onderzoek wordt op basis van literatuuronderzoek de context van het onderzoek beschreven. In de tweede fase wordt aan de hand van een survey een inventarisatie van de huidige activiteiten voor vluchtelingen binnen de JGZ van GGD'en gemaakt. Tevens worden de gezondheidsrisico's die GGD'en bij deze groepen signaleren middels deze survey in kaart gebracht. De derde, verdiepende, fase richt zich op het verklaren van de verschillen tussen GGD'en betreffende de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingen. Voor de derde fase wordt een selectie gemaakt van GGD'en die geïnterviewd zijn. Tevens worden er interviews gehouden met personen die vanuit een andere invalshoek te maken hebben met dit onderwerp.

De resultaten van dit onderzoek kunnen GGD'en ondersteunen bij het opzetten van activiteiten voor vluchtelingenjeugd. Het doel van dit onderzoek is aanbevelingen geven aan de GGD'en over de manier waarop zij binnen de JGZ bij kunnen dragen aan de beperking van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd. Om tot deze aanbevelingen te kunnen komen worden de verschillen tussen GGD'en met betrekking tot de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd verklaard.

4.3 Selectie van onderzoekseenheden

Doordat er onderzoek wordt gedaan naar de verschillen tussen GGD'en bestaat de onderzoekseenheid van dit onderzoek uit de 25 GGD'en in Nederland (zie bijlage 2). Van deze 25 hebben 19 GGD'en de survey ingevuld. Er is bij deze 19 GGD'en geïnventariseerd welke activiteiten zij uitvoeren op het gebied van vluchtelingenjeugd. Voor de verdiepende fase van dit onderzoek, de verklaring van verschillen tussen GGD'en met betrekking tot de totstandkoming van activiteiten, is een selectie gemaakt van 10 GGD'en die nader onderzocht zijn.

Om een selectie van GGD'en te kunnen maken is er gekozen voor drie categorieën, namelijk de categorie landelijk, de categorie weinig tot en met sterk stedelijk en de categorie zeer sterk stedelijk (www.zorgatlas.nl). Deze categorieën zijn gekozen op basis van de omgevingsadressendichtheid, de maatstaf van het CBS voor stedelijkheid (www.cbs.nl).

Binnen deze categorieën is er naar gestreefd om GGD'en te selecteren die de Jeugdgezondheidszorg in hun regio integraal uitvoeren. Dit houdt in dat de JGZ uitgevoerd wordt voor alle kinderen van 0-19 jaar. Door GGD'en te selecteren die de JGZ integraal uitvoeren kunnen GGD'en onderling vergeleken worden omdat ze allemaal dezelfde doelgroep hebben. Wanneer een GGD echter de JGZ niet integraal uitvoert, maar wel veel activiteiten voor vluchtelingenjeugd heeft is er voor gekozen om deze GGD te selecteren voor de verdiepende fase. Dit om zoveel mogelijk GGD'en te kunnen includeren die daadwerkelijk al activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren.

Naast de mate van stedelijkheid en het integraal uitvoeren van de JGZ is er naar zes andere factoren gekeken bij de selectie, namelijk:

1. De aandacht van GGD'en voor vluchtelingen
2. De aandacht van GGD'en voor vluchtelingenjeugd
3. De signalering van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd
4. Het van belang vinden dat er door de GGD binnen de JGZ activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd wordt
5. Het wel of niet daadwerkelijk uitvoeren van activiteiten voor vluchtelingenjeugd
6. Percentage kinderen dat in het werkgebied van een GGD woont

Deze factoren zijn geabstraheerd aan de hand van de survey. Het is interessant om te onderzoeken waarom er niet bij alle GGD'en die deze factoren positief beantwoord hebben activiteiten voor vluchtelingenjeugd ontwikkeld zijn. Om de verschillen tussen GGD'en te kunnen verklaren is het echter eveneens belangrijk om de verschillen tussen GGD'en in deze factoren te onderzoeken. Dit maakt dat er niet alleen gekozen is voor GGD'en die aandacht voor de doelgroep hebben, risico's signaleren en het van belang vinden, maar eveneens is gekozen voor GGD'en die in deze factoren onderling verschillen. Omdat er gekeken wordt naar de totstandkoming van activiteiten en er, zoals eerder gezegd, acht GGD'en zijn die activiteiten uitvoeren specifiek voor vluchtelingenjeugd is er naar gestreefd om in elke categorie ten minste een GGD op te nemen die al wel activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoert. Een laatste factor waarop is geselecteerd is het aantal kinderen in Nederland, van 0-19, woonachtig in het werkgebied van de GGD'en. De geselecteerde GGD'en hebben samen 41,7% van het aantal kinderen in Nederland van 0-19 jaar woonachtig in hun werkgebied.

Categorie landelijk

In de categorie landelijk is gekozen voor de GGD regio's GGD A en GGD C. Dit zijn regio's met overwegend niet stedelijke gemeenten. In deze categorie voeren zowel GGD A als GGD C geen activiteiten uit voor vluchtelingenjeugd. Beide regio's hebben aandacht voor vluchtelingen en vluchtelingenjeugd, signaleren gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en vinden het tevens van belang dat GGD'en activiteiten uitvoeren voor vluchtelingenjeugd.

Categorie weinig tot en met sterk stedelijk

In deze categorie is gekozen voor de GGD regio's GGD C, GGD E, GGD F, GGD I, GGD K, GGD M en GGD P. Deze GGD regio's voeren bijna allemaal de Jeugdgezondheidszorg integraal uit in hun werkgebied. Doordat er echter relatief weinig GGD'en zijn die

daadwerkelijk activiteiten uitvoeren voor vluchtelingenjeugd is er voor gekozen om in deze categorie ook een GGD regio op te nemen die wel activiteiten heeft voor vluchtelingenjeugd, maar de Jeugdgezondheidszorg enkel voor kinderen van 4-19 uitvoert, namelijk GGD E. Naast deze regio voeren tevens de regio's GGD C, GGD M en GGD P daadwerkelijk activiteiten uit specifiek voor vluchtelingenjeugd. In deze categorie is meer verscheidenheid zichtbaar in de eerder genoemde factoren. Zo geeft bijvoorbeeld GGD F aan dat er geen aandacht is voor vluchtelingen en vluchtelingenjeugd en geeft GGD I in de survey aan het niet van belang te vinden dat de JGZ activiteiten uitvoert specifiek voor vluchtelingenjeugd.

Categorie zeer sterk stedelijk

In de categorie zeer sterk stedelijk is een GGD regio geselecteerd, namelijk GGD R. Deze regio heeft aandacht voor vluchtelingen en vluchtelingenjeugd, signaleert gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en vindt het tevens van belang dat GGD'en activiteiten uitvoeren voor vluchtelingenjeugd. Binnen deze categorie is geen GGD voor de interviews gevonden die daadwerkelijk binnen de JGZ al activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoert.

4.4 Kwalitatief en kwantitatief onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor kwalitatief onderzoek met een kwantitatief element. Kwantitatief onderzoek wordt gebruikt om vooraf opgezette hypothesen, die uit de theorie en literatuur naar voren komen, te toetsen (Boeije, 2005, p.17). Kwalitatief onderzoek wordt gebruikt als er gezocht wordt naar diepgaandere informatie over emoties, denkbeelden, achterliggende motieven en gedrag (Boeije, 2005, p.36). Om de verschillen tussen GGD'en te kunnen verklaren is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in de diepgaandere informatie over het wel of niet tot stand komen van activiteiten. Het wel of niet tot stand komen van activiteiten kan namelijk te maken hebben met de achterliggende motieven en denkbeelden van GGD'en en het gedrag van betrokken actoren. Dit maakt dat er voor dit onderzoek gekozen is voor voornamelijk kwalitatieve onderzoeksmethoden, namelijk een literatuuronderzoek en semigestructureerde interviews.

Het kwantitatieve element bestaat in dit onderzoek uit een survey. Om de verschillen tussen GGD'en te kunnen verklaren is het allereerst van belang om een overzicht te hebben van de activiteiten die GGD'en voor vluchtelingenjeugd uitvoeren of hebben proberen op te zetten. Om dit overzicht te kunnen maken is er gebruik gemaakt van een online survey. Er is als het ware kwantitatief onderzocht wat er door GGD'en wordt gedaan en vervolgens wordt er op kwalitatieve wijze dieper ingegaan op de waaromvraag.

4.5 Dataverzameling

Het literatuuronderzoek stond centraal in de eerste fase van het onderzoek. In de eerste plaats is middels literatuuronderzoek de context van dit onderzoek beschreven in hoofdstuk 2. Zo is er informatie gegeven omtrent vluchtelingen, gezondheidszorg voor vluchtelingen en het integratiebeleid van de afgelopen veertig jaar. Tevens zijn op basis van literatuuronderzoek de achterliggende theorieën uiteengezet in hoofdstuk 3. Naast het literatuuronderzoek zijn er

meerdere bijeenkomsten bijgewoond om informatie te verkrijgen over de context waarin dit onderzoek zich begeeft (zie bijlage 1). Het bijwonen van deze bijeenkomsten maakte eveneens dat de relevante ontwikkelingen op dit gebied bijgehouden konden worden.

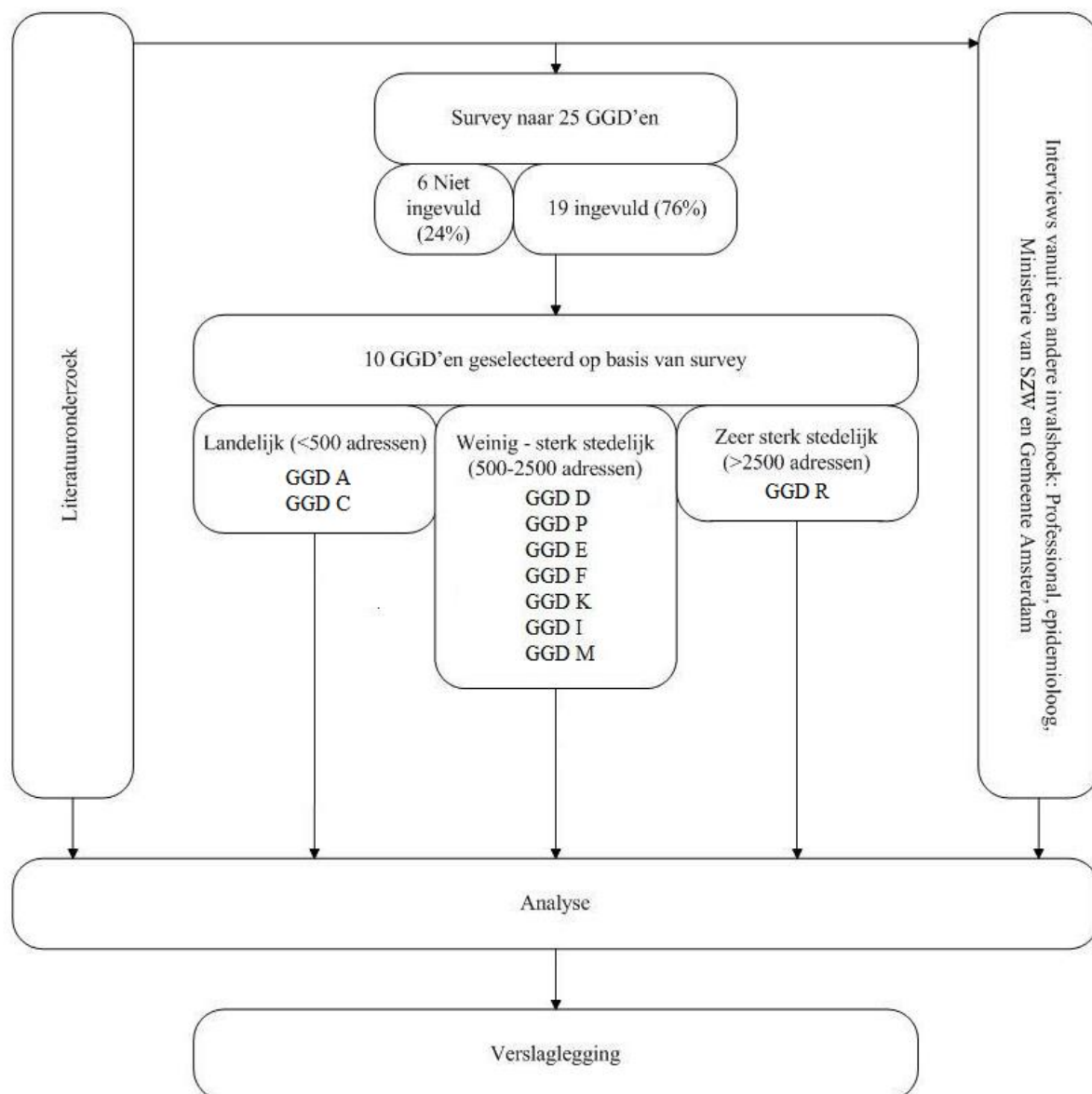
De survey is via de internetdienst ‘enqueteviainternet’ geautomatiseerd en via internet uitgezet bij alle 25 GGD’en. Een herinnering via mail, telefonisch contact met GGD’en en een oproep op GGDkennisnet hebben bijgedragen aan een hoge respons. In totaal hebben 19 GGD’en (76%) de survey ingevuld. In vier gevallen is de vragenlijst door meerdere medewerkers van dezelfde GGD ingevuld, dit is gecorrigeerd in de totaalijst (zie bijlage 1). Gezien de korte responstijd van een maand is 76% van de GGD’en een hoge respons.

Aan de hand van de gegevens die uit de survey naar voren kwamen zijn 10 GGD’en geselecteerd om te interviewen. Om de interviews goed uit te kunnen voeren is er een interviewgide opgesteld (zie bijlage 4). Hiernaast zijn interviews gehouden met een professional van een GGD, een epidemioloog, een beleidsadviseur van een gemeente en een medewerker van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (zie bijlage 1). Doel van deze interviews was het verkrijgen van informatie vanuit andere invalshoeken en het bewerkstelligen van een triangulatie.

4.6 Data-analyse en verslaglegging

De context, theorie en de daarbij behorende theoretische modellen die naar voren kwamen uit het literatuuronderzoek zijn input geweest voor de survey en de interviews. Op basis van de informatie die naar voren kwam uit de survey zijn GGD’en geselecteerd om te interviewen. Aan de hand van de uitkomsten van de survey zijn de deelvragen 1 en 2 beantwoord. Voor de beantwoording van deelvraag 1 is tevens gebruik gemaakt van het literatuuronderzoek.

Tijdens het onderzoek zijn relevante actuele ontwikkelingen en literatuur bijgehouden, dit diende om inzicht te krijgen in het onderwerp en dit inzicht te behouden. Alle interviews zijn vastgelegd in verslagen. Deze verslagen zijn vervolgens met behulp van codering met elkaar vergeleken en geanalyseerd. Een overzicht van de dataverzameling en data-analyse is in onderstaand model weergegeven.



Figuur 7: Dataverzameling en data-analyse

4.7 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek

Validiteit en betrouwbaarheid zijn twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van een wetenschappelijk onderzoek. Er zijn twee soorten validiteit, namelijk interne en externe validiteit. Interne validiteit wordt gezien als het belangrijkste criterium als het gaat om de beoordeling van kwalitatief onderzoek in organisaties. Interne validiteit houdt in dat wat beoogd was daadwerkelijk wordt gemeten (Bleijenbergh, 2013, p.111). Interne validiteit heeft betrekking op systematische fouten die het onderzoek beïnvloeden (Boeije, 2005, p.145). Externe validiteit houdt in dat de resultaten van een onderzoek naar een grotere populatie generaliseerbaar zijn. Bij kwalitatief onderzoek kunnen echter enkel de patronen generaliseerbaar zijn (Bleijenbergh, 2013, p.111). Betrouwbaarheid houdt in dat de resultaten van een onderzoek niet vertekend mogen worden door onsystematische en toevallige fouten (Boeije, 2005, p.145).

Bij de interviews die gehouden zijn bij GGD'en is gepoogd de interne validiteit te vergroten door de ruimte aan respondenten te geven om met aanvullende informatie te komen. Daarnaast is er een toelichting gegeven bij de vragen en werd er, om aanvullende informatie te verkrijgen, doorgevraagd. Deze flexibele manier van dataverzameling heeft als voordeel dat men waar kan nemen wat op dat moment relevant lijkt te zijn. Hierdoor wordt de interne validiteit van een onderzoek groter (Boeije, 2005, p.146). De externe validiteit van kwalitatieve casestudy's is beperkt doordat de resultaten niet generaliseerbaar zijn (Bleijenbergh, 2005, p.111). In dit onderzoek kunnen de resultaten echter wel als generaliseerbaar voor alle GGD'en beschouwd worden. Doordat 19 van de 25 GGD'en de survey ingevuld hebben en tien GGD'en geïnterviewd zijn kunnen de resultaten namelijk als representatief beschouwd worden. Tevens zijn de GGD'en in de drie eerder genoemde categorieën onderverdeeld waardoor er bij de selectie van GGD'en rekening mee gehouden is dat er uit elke categorie ten minste een GGD geselecteerd is. De geselecteerde GGD'en zijn hierdoor een goede afspiegeling van alle GGD'en in Nederland. Deze factoren maken dat de resultaten van dit onderzoek generaliseerbaar zijn voor alle GGD'en.

De verwachting is dat meerdere onderzoeksmethoden de betrouwbaarheid van een onderzoek vergroten. Het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden in dit onderzoek maakt dat er sprake is van triangulatie van methoden. Triangulatie van methoden maakt het mogelijk om verschillende waarnemingen met elkaar te vergelijken en om bepaalde verschijnselen die voor komen in organisaties in de diepte te onderzoeken, dit kan de kwaliteit van een waarneming vergroten (Bleijenbergh, 2013, p.32).

Naast triangulatie van methoden is er binnen dit onderzoek tevens sprake van triangulatie bij de selectie van GGD'en. Er is gekozen voor GGD'en op drie niveaus, namelijk landelijk, matig tot sterk stedelijk en zeer sterk stedelijk. Het houden van interviews met een medewerker van de Rijksoverheid, een gemeente en uitvoerende organisaties als GGD'en geeft eveneens een triangulatie weer, er zijn drie lagen binnen het openbaar bestuur meegenomen in het onderzoek. Deze triangulaties maken de kwaliteit en daarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek groter. De verschijnselen worden vanuit meerdere invalshoeken in de diepte onderzocht.

4.8 Operationalisatie

Volgens Swanborn (1981) wordt de overgang van theorie naar empirisch onderzoek aangeduid als operationalisatie. Tijdens de operationalisatie worden eerder genoemde theoretische begrippen 'meetbaar' of 'waarneembaar' gemaakt (Swanborn, 1981, p.92). In dit onderzoek staan vier theoretische begrippen centraal die meetbaar gemaakt worden in deze operationalisatie, namelijk de begrippen gezondheidsrisico's, activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd, totstandkoming van activiteiten en stimulerende en belemmerende factoren. Tevens zal aangegeven worden hoe deze begrippen gebruikt zijn om de hoofdvraag te beantwoorden.

Gezondheidsrisico's

De gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd zijn de aanleiding voor dit onderzoek. Om inzicht te krijgen in deze gezondheidsrisico's wordt er gefocust op de signalering van GGD'en bij de uitvoering van de JGZ. Er wordt in dit onderzoek gekeken naar meerdere aspecten van deze gezondheidsrisico's, namelijk de risico's die gesignaleerd worden zelf, de landen van herkomst en de leeftijdscategorieën van vluchtelingenjeugd.

Activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd

Hiermee worden activiteiten bedoeld die buiten het reguliere aanbod van de JGZ, oftewel het BTP, vallen en specifiek voor vluchtelingenjeugd worden uitgevoerd of waarvan vluchtelingenjeugd een belangrijk onderdeel van de doelgroep is. Het gaat om activiteiten die in gemeenten voor vluchtelingenjeugd worden uitgevoerd, derhalve niet in AZC's. Er zal worden ingegaan op activiteiten die GGD'en momenteel uitvoeren en hoe deze activiteiten tot stand zijn gekomen. Tevens zal gekeken worden op welke manier de JGZ kan bijdragen bij het oplossen of verminderen van de gezondheidsrisico's en zal stil worden gestaan bij wat ontbreekt in het huidige systeem om dit te kunnen oplossen of verminderen.

Totstandkoming van activiteiten

Om als GGD activiteiten voor vluchtelingenjeugd daadwerkelijk tot stand te laten komen moeten er barrières overwonnen worden. De barrières die in dit onderzoek onderscheiden worden zijn: een ongewenste situatie doet zich voor, bewustwording van het probleem, omzetting naar eisen, plaatsing op de publieke agenda, plaatsing op de beleidsagenda, plaatsing op de besluitvormingsagenda en plaatsing op de uitvoeringsagenda. Gekeken zal worden bij welke barrière de afzonderlijke GGD'en vastlopen bij de totstandkoming van activiteiten en wat de invloed van realisatie- en hindermachten hier op is geweest. Tevens zal een verklaring gezocht worden voor het feit dat sommige GGD'en bepaalde barrières wel overwonnen hebben en andere GGD'en niet. Naast het toepassen van de barrières uit het barrièremodel wordt het stromenmodel toegepast. Gekeken wordt of er bij GGD'en sprake is van een koppeling van de probleemstroom, de beleidsalternatieven en de politieke stroom.

Stimulerende en belemmerende factoren

Binnen een agendavormingsproces zijn factoren te onderscheiden die het overwinnen van een barrière gestimuleerd of juist belemmerd hebben. In de interviews bij GGD'en zal ingegaan worden op de factoren die stimulerend en belemmerend gewerkt hebben bij het agendavormingsproces. Er zal per barrière ingegaan worden op de factoren die GGD'en als stimulerend of belemmerend ervaren als het gaat om het tot stand laten komen van een activiteit voor vluchtelingenjeugd.

In figuur op de volgende pagina is weergegeven hoe deze begrippen het beantwoorden van de hoofdvraag zullen dienen. De deelvragen zijn logischerwijs de vragen waar een antwoord op gezocht wordt. De indicatoren zijn richtinggevende begrippen die vooraf zijn vastgesteld. Deze begrippen geven aan waar tijdens de dataverzameling extra aandacht naar uit moet gaan. De kolommen 'vragen survey' en 'vragen interviewgide' geven weer met behulp van welke vragen er een antwoord is getracht te geven op de genoemde deelvraag of deelvragen.

	Deelvragen	Indicatoren	Vragen survey	Vragen interviewguide
Gezondheidsrisico's	Welke gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd komen naar voren uit wetenschappelijk onderzoek en de GGD praktijk?	- Herkomst - Leeftijdscategorie - Problematiek	3,4,5,6	Deel 1: Welke gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd signaleren GGD'en?
Activiteiten	- Welke activiteiten voeren de afzonderlijke GGD'en momenteel uit betreffende gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd? - Met welke activiteiten zouden GGD'en kunnen bijdragen aan een beperking van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd?	- Tijd - Doelgroep - Motief - Succes - Initiatief - Bijdrage JGZ - Hiaat in huidige systeem	1,2, 8, 10, 11, 13	Deel 2: Welke activiteiten voert uw GGD'en momenteel uit specifiek voor vluchtelingenjeugd?
Totstandkoming van activiteiten	Hoe kunnen verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd verklaard worden vanuit de praktijk en theorie?	- Barrières - Agendavorming - Entrepreneurs - Realisatiemacht - Hindermacht - Intern initiatief - Landelijke politiek - Gemeentelijke politiek - GGD GHOR Nederland - Extern initiatief	7,9,12	Deel 3: Hoe kunnen de verschillen in totstandkoming verklaard worden aan de hand van het barrièremodel en stromenmodel?
Stimulerende en belemmerende factoren	- Welke factoren stimuleren de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd binnen GGD'en? - Welke factoren belemmeren de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd binnen GGD'en?	- Realisatiemachten - Bewustzijn - Hindermachten - Kosten - Middelen - Prioriteiten - Zichtbaarheid groep	7,9,12	Deel 4: Welke factoren stimuleren de ontwikkeling van dergelijke activiteiten? Deel 5: Welke factoren belemmeren de ontwikkeling van dergelijke activiteiten?

Figuur 8: Operationalisatie

5. Resultaten

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de gegevens die naar voren zijn gekomen uit de survey en de interviews weergegeven worden. Dit zal volgens de lijn van de operationalisatie en de weergegeven deelvragen gedaan worden. Eerst wordt er ingegaan op de gezondheidsrisico's die GGD'en signaleren bij vluchtelingenjeugd. Vervolgens wordt er inzicht gegeven in de activiteiten die GGD'en momenteel uitvoeren voor vluchtelingenjeugd en de mogelijke bijdragen van de JGZ. Hiermee zal er een antwoord geformuleerd worden op de deelvragen 1, 2 en 3.

5.2 Gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd uit de GGD praktijk

In hoofdstuk 2 zijn de gezondheidsrisico's beschreven die naar voren komen uit de wetenschappelijke literatuur. Naast wetenschappelijke literatuur wordt er in dit onderzoek eveneens gekeken naar de GGD praktijk. Er is in dit onderzoek gekeken naar vier aspecten van gezondheidsrisico's:

1. Signaleren GGD'en gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd?
2. Bij vluchtelingen afkomstig uit welke landen van herkomst worden de meeste gezondheidsrisico's gesignaleerd?
3. Bij welke leeftijdscategorieën waarin vluchtelingen zijn ingedeeld worden de meeste gezondheidsrisico's gesignaleerd?
4. Welke problematiek wordt gesignaleerd?

Uit de resultaten van de survey blijkt dat 84,2% van de GGD'en gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd signaleert. Er is in de survey gevraagd uit welke landen van herkomst er bij vluchtelingenjeugd de meeste gezondheidsrisico's gesignaleerd worden. De respondenten konden kiezen uit de vier landen waar de meeste vluchtelingen vandaan komen, namelijk Afghanistan, Irak, Iran en Somalië. Tevens is er in de survey de mogelijkheid gegeven om andere landen van herkomst aan te dragen. GGD'en konden meerdere landen aanwijzen. In de survey gaf 47,4% van de GGD'en aan dat de meeste gezondheidsrisico's voorkomen bij vluchtelingenjeugd uit Somalië. Daarnaast gaf 31,6% van de GGD'en aan gezondheidsrisico's te signaleren bij vluchtelingenjeugd uit Afghanistan. Dit was 21,1% bij vluchtelingenjeugd uit Irak en 5,3% bij vluchtelingenjeugd uit Iran. Andere landen die aangedragen werden door GGD'en waren Eritrea en Syrië.

Bij de leeftijdscategorieën kon er gekozen worden uit drie categorieën, de categorieën nul tot vier, vier tot twaalf en twaalf tot negentien jaar. Hierbij konden GGD'en meer dan een categorie kiezen. De meeste problematiek wordt door GGD'en gesignaleerd bij de categorie vier tot twaalf, deze categorie werd door 63,2% van de GGD'en gekozen. De categorie twaalf tot negentien werd door 57,9% van de GGD'en gekozen en de categorie nul tot vier door 31,6%.

Gezondheidsrisico's die gesignaleerd worden door GGD'en zijn onder andere een verhoogde kans op psychosociale problematiek, achterstanden in vaccinaties en overgewicht. Er is sprake van een verhoogde kans op psychosociale problematiek bij kinderen zelf en hun ouders. Kinderen hebben in het land van herkomst vaak veel meegemaakt zoals oorlogen en andere slechte omstandigheden en dit kan heftige gevolgen voor kinderen hebben zoals psychische problemen, posttraumatische stress-stoornis, spanningsklachten, trauma's en slaapproblemen. Daarnaast worden spanningen binnen het gezin en opvoedingsproblemen gesignaleerd. Achterstand in vaccinaties wordt vaak genoemd door de GGD'en. Een ander vaak genoemd aspect is overgewicht bij vluchtelingenjeugd, maar ook achterstanden en problemen met betrekking tot groei, motoriek, houding en spraak komen voor. Andere gezondheidsrisico's die genoemd worden zijn gebitsproblematiek, de kans op vrouwelijke genitale verminking, seksuele gezondheid, gedragsproblematiek, stress, oogklachten en huidaandoeningen.

In het algemeen wordt als risico voor gezondheid de gevolgen van het leven in een andere cultuur en een ander land gezien. Het vluchten naar een ander land en het opbouwen van een nieuw leven in dat land heeft veel gevolgen. Kinderen kunnen zich volgens de GGD'en ontheemd voelen, er kunnen conflicten ontstaan binnen het gezin doordat kinderen hun ouders kunnen overstijgen. Zo kan er sprake zijn van een generatiekloof en ouders kunnen het zicht op hun kinderen kwijt raken. Tevens kan er bij vluchtelinggezinnen sprake zijn van werkloosheid, financiële problemen en integratieproblemen die tot spanningen binnen het gezin kunnen leiden. De onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg en minder inzicht en kennis hebben met betrekking tot gezondheid kan eveneens leiden tot gezondheidsrisico's.

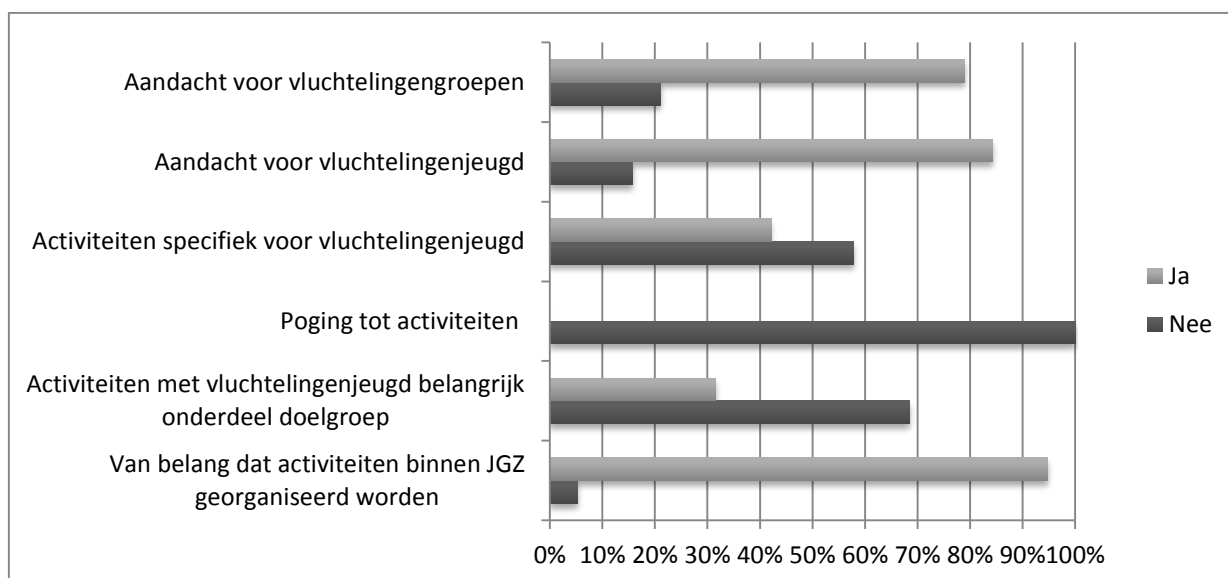
5.3 Inventarisatie van activiteiten bij GGD'en

Ten tijde van dit onderzoek voeren nog niet alle GGD'en activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit. Uit de survey en interviews zijn acht GGD'en naar voren gekomen die wel specifieke activiteiten uitvoeren. Daarnaast zijn er GGD'en die activiteiten uitvoeren die niet specifiek voor vluchtelingenjeugd opgezet zijn, maar waarbij vluchtelingenjeugd wel een belangrijk onderdeel van de doelgroep is. In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in de huidige activiteiten bij de GGD'en en de wijze waarop GGD'en binnen de JGZ kunnen bijdragen aan de oplossing van de gezondheidsrisico's. Er zal allereerst ingegaan worden op de resultaten van de survey die door 19 GGD'en ingevuld is. Vervolgens zal een overzicht gegeven worden van de activiteiten die GGD'en uitvoeren, dit overzicht zal gemaakt worden aan de hand van de resultaten van de survey en de verdiepende interviews. Deze inventarisatie is gemaakt op basis van het inzicht van de medewerkers van GGD'en die deel hebben genomen aan de survey en interviews.

5.3.1 Resultaten survey met betrekking tot aandacht en activiteiten bij GGD'en

Omdat agendavorming te maken heeft met de mate van aandacht is er allereerst gekeken of GGD'en aandacht hebben voor zowel vluchtelingengroepen als specifiek vluchtelingenjeugd. Uit de survey kwam naar voren dat 78,9% van de GGD'en aandacht heeft voor

vluchtelingengroepen. Daarnaast zegt 84,2% aandacht specifiek voor vluchtelingenjeugd te hebben. Voor vluchtelingengroepen in het algemeen lijkt daarmee minder aandacht te zijn dan specifiek voor vluchtelingenjeugd. In de survey geeft 42,1% van de GGD'en aan dat er in de afgelopen drie jaar tot en met het moment van onderzoek binnen de JGZ activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd zijn. Er zijn volgens de GGD'en geen pogingen geweest in deze periode om activiteiten op te zetten die niet geslaagd zijn. Naast activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd geeft 31,6% van de GGD'en aan activiteiten te hebben waarbij deze groep een belangrijk onderdeel van de doelgroep is. In totaal geeft 94,7% van de GGD'en aan dat ze het van belang vinden dat er activiteiten voor vluchtelingenjeugd binnen de JGZ georganiseerd worden. In onderstaand figuur is een overzicht van deze percentages weergegeven.



Figuur 9: Overzicht resultaten survey met betrekking tot de aandacht en activiteiten bij GGD'en

Om inzicht te kunnen krijgen in de verschillen tussen GGD'en is het noodzakelijk om per GGD een overzicht te hebben van de bovenstaande factoren. In onderstaand figuur zijn de factoren weergegeven per GGD, dit op basis van de resultaten van de survey en de aanvullingen die verkregen zijn uit de interviews.

GGD	Aandacht voor vluchtelingengroepen	Aandacht voor vluchtelingenjeugd	Specifieke activiteiten	Activiteiten vluchtelingenjeugd onderdeel doelgroep	Van belang
*GGD A	+	+	-	-	+
GGD B	+	+	-	-	+
*GGD C	+	+	-	-	+
*GGD D	+	+	+	-	+
*GGD E	+	+	+	-	+
*GGD F	-	-	-	-	+
GGD G	-	+	+	-	+
GGD H	+	+	+	-	+
*GGD I	-	+	-	-	-
GGD J	-	-	-	-	+
*GGD K	+	+	-	-	+
GGD L	+	-	-	+	+
*GGD M	+	+	+	+	+
GGD N	+	+	-	-	+
GGD O	+	+	+	+	+
*GGD P	+	+	+	+	+
GGD Q	+	+	-	+	+
*GGD R	+	+	-	-	+
GGD S	+	+	+	+	+

Figuur 10: Overzicht resultaten survey naar GGD met correctie aan de hand van meerdere interviews (GGD'en met * zijn geselecteerd voor interviews)

5.3.2 Overzicht activiteiten

Er zijn in totaal zeven GGD'en die in de survey aangeven activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd te hebben, namelijk GGD C, GGD G, GGD M, GGD O, GGD S, GGD P en GGD E. In deze paragraaf zullen de activiteiten van de GGD'en toegelicht worden.

GGD C geeft in de survey aan gezondheidsvoorlichting voor ouders en kinderen te geven met als doelgroep vluchtelingen. In het interview werd echter aangegeven dat de GGD geen specifieke activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoert. GGD G geeft jaarlijks een voorlichting over seksuele gezondheid in internationale schakelklassen (ISK). De doelgroep hierbij is onder andere vluchtelingenjeugd. GGD M geeft aan dat bij individuele contactmomenten JGZ een Somalische gezondheidsvoorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC) ingezet wordt bij gezinnen met opvoedproblemen. Collectief is er via intermediairs van een zelforganisatie een avondcursus 'positief opvoeden' gegeven in 2013. Bij GGD P vinden er JGZ-contactmomenten plaats op een school voor nieuwkomers. Tevens is de JGZ bij GGD P onderdeel van Jeugdteams in wijken van gemeenten. In deze Jeugdteams wordt gekeken hoe beter aangesloten kan worden bij gezinnen. Vluchtelingenjeugd is in wijken met veel nieuwkomers een belangrijke doelgroep van deze Jeugdteams. Samen met vluchtelingenjeugd wordt gekeken hoe jongeren beter geholpen kunnen worden. GGD O geeft aan dat er sprake is van meerwerk zoals seksuele voorlichting. Bij GGD S is een nieuwe vragenlijst voor de contactmomenten JGZ ontwikkeld voor neveninstromers, hier hoort vluchtelingenjeugd ook bij. GGD E geeft aan dat er sprake is van extra activiteiten zoals voorlichtingen specifiek voor vluchtelingengroepen. Uit de interviews kwam aanvullend naar voren dat GGD E onder andere voorlichtingsbijeenkomsten organiseert voor vluchtelingen over moederschap, seksualiteit in de pubertijd en voeding.

Uit de interviews bleek dat er naast deze zeven GGD'en nog een GGD activiteiten uitvoert specifiek voor vluchtelingenjeugd. GGD D organiseert oudergroepen en zet intermediairs in. Tevens worden er cursussen gegeven voor moeders over hoe ze om kunnen gaan met zichzelf en hun kinderen. Van deze GGD'en zijn GGD C, GGD M, GGD P, GGD E en GGD D geselecteerd voor interviews.

Naast specifieke activiteiten zijn er zeven GGD'en die aangeven dat ze activiteiten uitvoeren waarbij vluchtelingenjeugd een belangrijk onderdeel van de doelgroep is. Deze GGD'en zijn GGD O, GGD Q, GGD M, GGD L, GGD S, GGD P en GGD F. Zo geeft GGD Q bijvoorbeeld aan dat er extra contactmomenten aangeboden worden aan kinderen uit deze specifieke doelgroep wanneer dat volgens hun nodig is. GGD M geeft aan dat er bijvoorbeeld voorlichting plaatsvindt op de 'Sense' spreekuren, dit zijn spreekuren rondom seksualiteit. Daarnaast is vluchtelingenjeugd bijvoorbeeld een doelgroep in het project 'Pink Security', een project rondom lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender (LHBT) asielzoekers. GGD L geeft aan extra aandacht aan risicokinderen te geven, waar vluchtelingenjeugd ook toe kan behoren. GGD F geeft in de survey aan jaarlijks een voorlichting te organiseren rondom seksuele gezondheid. Bij deze voorlichting kunnen vluchtelingenkinderen meeliften met de voorlichting die eigenlijk voor kinderen uit het AZC bedoeld is. In het interview geeft GGD F

echter aan geen structurele activiteiten uit te voeren waarbij vluchtelingenjeugd onderdeel van de doelgroep is, dit is gecorrigeerd in figuur 9. Van deze GGD'en zijn GGD M, GGD P en GGD F geselecteerd voor het afnemen van interviews.

GGD R heeft nog geen specifieke activiteiten voor vluchtelingenjeugd, maar is op dit moment bezig met het ontwikkelen en invoeren van meerdere initiatieven op dit gebied. Zo is GGD R op het moment bezig met het introduceren van een screeningsinstrument voor trauma's waardoor beter verwezen kan worden. Daarnaast wordt er gekeken hoe processen rondom het beter in beeld krijgen van kinderen via leerlingenlijsten van scholen kunnen worden verbeterd. Tevens wordt er gekeken naar de mogelijkheid om binnen Ouder- en Kindcentra meer aandacht te geven aan vluchtelingenjeugd. Er is echter nog geen sprake van daadwerkelijke uitvoering van activiteiten. GGD R is eveneens geselecteerd voor het afnemen van een interview.

5.4 De mogelijke bijdragen van de JGZ

Zoals eerder aangegeven vindt 94,7% van de GGD'en het van belang dat er binnen de JGZ activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd georganiseerd worden. Dit geeft aan dat GGD'en zelf zien dat ze een bijdrage kunnen leveren op het gebied van het verminderen van de gezondheidsrisico's. Ofschoon GGD'en dit beseffen, worden er op dit moment in verhouding weinig specifieke activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd. Dit terwijl de meerderheid van de GGD'en aangeeft wel gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd te signaleren. Deze feiten roepen de vraag op waarom niet alle GGD'en momenteel activiteiten uitvoeren specifiek voor vluchtelingenjeugd om deze risico's te verminderen. Eerst moet echter de vraag gesteld worden op welke wijze GGD'en binnen de JGZ eigenlijk kunnen bijdragen aan het verminderen van deze gezondheidsrisico's.

De mogelijke bijdragen van GGD'en kunnen onderverdeeld worden in drie niveaus, namelijk bijdragen op het individuele niveau, bijdragen op het collectieve niveau en bijdragen die overstijgend aan het individuele en collectieve niveau zijn. De taken binnen het Basistakenpakket van de JGZ, zoals toegelicht in paragraaf 2.3.2, kunnen eveneens onderverdeeld worden in taken gericht op het individu en taken gericht op het collectief.

Bijdragen op het individuele niveau

Zoals in het Basistakenpakket weergegeven is, is het in beeld hebben van kinderen een belangrijke taak van de JGZ. GGD'en geven aan dat ze vluchtelingenjeugd individueel gezien goed in beeld hebben. De reguliere JGZ is erg gericht op het individu doordat de werkwijze zich richt op het kind en het gezin van het kind. Er is sprake van vraaggericht werken en maatwerk per gezin. Er wordt niet automatisch een vertaalslag naar het collectief gemaakt. In de interviews wordt vaak genoemd dat er sprake moet zijn van maatwerk en vraaggericht werken. Volgens een respondent geldt de reguliere JGZ ook voor vluchtelingenjeugd, maar moet er op het individuele niveau soms wel iets extra's gedaan worden zoals extra contactmomenten of het inzetten van een tolk. *'Je zou moeten inspelen op de behoefte van een groep'* (GGD E, persoonlijke communicatie, 2014). Iets vanuit het niets starten op een

aanbodgerichte wijze gaat volgens haar niet werken: *‘Je moet vanuit de vraag kijken wat je kunt doen zodat je beter kunt aansluiten bij de doelgroep. Dat is ook bij uitstek de taak van de JGZ, vanuit de collectieve preventie signalen uit de samenleving oppakken’* (GGD E, persoonlijke communicatie, 2014). Een andere GGD is het er mee eens dat er soms iets extra’s moet gebeuren voor vluchtelingenjeugd: *‘De reguliere JGZ is voor vluchtelingengroepen vaak niet voldoende, je moet dan iets extra doen. Je moet sowieso altijd kijken wat je kunt doen om goede zorg aan deze groepen te bieden, goede zorg voor vluchtelingen heb je niet zomaar’* (GGD P, persoonlijke communicatie, 2014).

Een bijdrage op het individuele niveau zou het meer inzetten van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) kunnen zijn volgens de manager JGZ van GGD F. Hierdoor krijgt men meer inzicht in de netwerken van groepen. *‘Als er iemand bij de GGD zou werken die bekend is in een gemeenschap kan er een slag gemaakt worden doordat diegene de taal spreekt en de cultuur snapt. Dit kan helpen de risico’s bij groepen beter in beeld te krijgen’* (GGD F, persoonlijke communicatie, 2014). Het sneller overdragen van dossiers van het AZC naar de GGD van de gemeente van hervestiging wordt eveneens genoemd. *‘Door een snellere overdracht kan er sneller contact op worden genomen met de JGZ in de gemeente waar vluchtelingen naar toe verhuizen. Dit maakt dat de risico’s beter en eerder in beeld komen en er eerder actie op ondernomen kan worden’* (GGD C, persoonlijke communicatie, 2014).

De GGD kan op het gebied van gezondheidsrisico’s bij vluchtelingenjeugd een grote rol spelen, maar hoeft dit volgens meerdere respondenten niet per definitie zelf of alleen te doen. *‘Als de gezondheidsrisico’s groot en zwaar zijn, is de GGD niet per definitie de beste partij om het op te lossen. Misschien kan het probleem dan bijvoorbeeld beter door Jeugdzorg of welzijnswerk opgelost worden. Je zou als GGD’en dan wel partijen met elkaar kunnen verbinden, maar je moet het niet per definitie zelf willen oplossen’* (GGD A, persoonlijke communicatie, 2014). Hiermee worden de zware individuele gevallen bedoeld. Zoals uit de omschrijving van het basistakenpakket in paragraaf 2.3.2 blijkt signaleert een GGD, maar hoort de behandeling die volgt op signalering van zware individuele problematiek niet bij de taken van de GGD. Een andere respondent geeft dit eveneens aan: *‘De GGD is een partner die zeker bij het oplossen van deze gezondheidsrisico’s betrokken moet worden. Je moet het echter niet per definitie door de GGD laten doen, misschien is een andere partij wel veel logischer. Je moet kijken naar wat de problematiek is, wat je nodig hebt om het te voorkomen en wie er voor nodig is om het te kunnen voorkomen. Het gaat niet om de GGD, maar om de problematiek en wie dan de beste competenties heeft om daar iets aan te doen’* (GGD I, persoonlijke communicatie, 2014). De respondent van GGD P vindt dat GGD’en partijen met elkaar zou moeten verbinden: *‘Je hebt vanuit de JGZ met heel veel mensen contact. Zeker binnen de Centra voor Jeugd en Gezin kun je je lijntjes uitzetten, je kunt verbinder zijn. Je kunt verbindingen tussen partijen maken’* (GGD P, persoonlijke communicatie, 2014).

Bijdragen op het collectieve niveau

Een aspect op het collectieve niveau dat door veel GGD’en genoemd wordt, is het feit dat veel GGD’en vluchtelingenjeugd als groep niet in beeld hebben. Het in beeld hebben van groepen kinderen sluit aan bij de eerste taak van de JGZ, monitoring gericht op het in beeld hebben van groepen kinderen en het bepalen van risicogroepen. Kinderen zijn individueel gezien

goed in beeld bij GGD'en, maar er wordt weinig in termen van groepen gedacht en gewerkt. (GGD A, 2014). Een manager JGZ zegt hierover: *'Individueel signaleren we wel gezondheidsrisico's, maar we hebben het niet collectief in beeld. Er is geen collectief beeld van deze groepen'* (GGD K, persoonlijke communicatie, 2014). Een onderdeel van de eerste taak van de JGZ is het maken van gezondheidsprofielen op groeps- en populatieniveau. Voor vluchtelingenjeugd als groep worden deze gezondheidsprofielen niet gemaakt. Er is bij veel GGD'en geen collectief beeld van de gezondheidstoestand van deze groep. Een andere manager JGZ geeft aan: *'Ik denk dat professionals te veel bezig zijn met individuele gezinnen, ze zijn niet overstijgend. Er is geen besef dat problematiek een gemeenschappelijk component kan hebben en dat dat ook op een ander niveau dan alleen individueel beïnvloed kan worden'* (GGD D, persoonlijke communicatie, 2014). Hieruit blijkt dat er naast het niet beschikken over een collectief beeld van deze groep door het ontbreken van collectieve gegevens eveneens niet altijd overstijgend gekeken wordt door professionals. Dat groepen collectief niet altijd goed in beeld zijn bij GGD'en zegt echter niet dat overstijgende problematiek niet gesignaleerd kan worden. Meerdere GGD'en geven aan dat er wel problemen worden gezien die als kenmerkend voor een groep beschouwd kunnen worden. Het niet in beeld hebben van groepen kan deze signalering echter lastiger maken. Om voor vluchtelingenkinderen als risicogroep iets te kunnen bijdragen moet er volgens een respondent meer collectief gekeken worden (GGD M, persoonlijke communicatie, 2014). Daarnaast moet de gezondheidstoestand van deze groep collectief in beeld gebracht worden. Het belang van collectief kijken naar bepaalde groepen wordt eveneens door een andere GGD erkend: *'Je werkt veel op individueel niveau met gesprekken, maar het is je kracht en je taak als GGD om daar het collectief in te herkennen waar het op zijn plaats is'* (GGD E, persoonlijke communicatie, 2014).

GGD'en geven aan dat er meer kennis van het probleem moet komen om te kunnen beoordelen welke bijdrage de JGZ op het collectieve niveau zou kunnen leveren. Er zou meer gekeken moeten worden naar wat er voor deze groep nodig is (GGD F, persoonlijke communicatie, 2014). Dit zou met alle GGD'en gedaan moeten worden. Er wordt aangegeven dat er met alle GGD'en uitgezocht moet worden wat er op dit gebied gedaan kan worden zodat niet elke GGD het wiel gaat uitvinden. *'Er zou landelijk een vuist gemaakt moeten worden om te kijken wat we voor deze groep kunnen doen'* (GGD K, persoonlijke communicatie, 2014). Het onderzoeken van wat er nodig is voor deze groep sluit aan bij de eerste taak van het BTP. Tevens geven meerdere respondenten geven aan dat er meer nadruk op preventie zou moeten komen te liggen. *'We hebben steeds minder mogelijkheden ten aanzien van preventie terwijl je eigenlijk zou moeten voorkomen dat kinderen naar de tweedelijnszorg gaan. De nadruk zou veel meer op preventie moeten komen te liggen'* (GGD M, persoonlijke communicatie, 2014). Een andere respondent is het hier mee eens: *'Er zou veel meer ingezet moeten worden op preventie bij deze groepen'* (GGD P, persoonlijke communicatie, 2014). Dit betreft de productgroepen 4 en 5 van het BTP, het geven van voorlichting en het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen.

Andere concrete bijdragen op het collectieve niveau die genoemd worden zijn interventies op het gebied van leefstijlverandering, het beter bereiken van vluchtelingen en taboe-doorbreking. *‘Door voorlichting of cursussen te geven waarin kennis overgedragen wordt, kunnen risico’s voorkomen of verminderd worden’* (E.Faber, persoonlijke communicatie, 2014). Deze bijdragen passen bij de vierde taak van de JGZ, het geven van voorlichting.

Bijdragen overstijgend aan het individuele en collectieve niveau

Overstijgend aan het individuele en collectieve niveau zijn er ook mogelijke bijdragen te benoemen. Volgens mevrouw Faber zou er gewerkt kunnen worden aan het beter equiperen van professionals voor hun werk met vluchtelingen. Er zou bijvoorbeeld meer gedaan kunnen worden om de interculturele communicatie en de cultuur sensitieve competenties van professionals op dit gebied te verbeteren. Zo kan er een verbeterslag gemaakt worden aan de kant van professionals waardoor vluchtelingen beter geholpen kunnen worden (E.Faber, persoonlijke communicatie, 2014). Een manager JGZ beaamt dit, volgens haar kunnen professionals beter geschoold worden op dit gebied zodat er meer kennis is van andere culturen en risico’s bij deze groepen (GGD D, persoonlijke communicatie, 2014). Hier wordt bij aangesloten door een andere GGD: *‘Je zou training kunnen geven aan professionals om ze meer cultuursensitief maken, dat is een tool die echt nodig is. Op dit moment is dat echt niet goed genoeg bij professionals’* (GGD P, persoonlijke communicatie, 2014).

5.5 Slot

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de survey en de interviews weergegeven. Er is antwoord gegeven op de deelvragen 1,2 en 3. Toegelicht is welke gezondheidsrisico’s GGD’en signaleren bij vluchtelingenjeugd en welke activiteiten GGD’en momenteel uitvoeren voor vluchtelingenjeugd. Tevens is uiteengezet welke bijdrage de JGZ op dit gebied zou kunnen leveren. In het volgende hoofdstuk zal er middels een analyse antwoord worden gegeven op de deelvragen 5 en 6.

6. Analyse

6.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk zijn de resultaten van de survey en de interviews besproken. Er is inzicht gegeven in de verschillen tussen GGD'en voor wat betreft de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd. In dit hoofdstuk zullen deze verschillen geanalyseerd worden aan de hand van de opgestelde hypothesen. Door middel van deze analyse zal er een antwoord worden gegeven op de deelvragen 5 en 6. Aan de hand van het barrièremodel zal allereerst geanalyseerd worden waar GGD'en vast lopen in het agendavormingsproces als het gaat om gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd. Tevens zal geanalyseerd worden of er sprake was van realisatie-en hindermachten bij GGD'en. Het stromenmodel zal vervolgens inzichtelijk maken waarom GGD'en vast zijn gelopen in het agendavormingsproces en welke factoren daar invloed op hebben gehad.

6.2 Het barrièremodel bij GGD'en

Zoals eerder is aangegeven bestaat het barrièremodel uit zeven barrières, het voordoen van een ongewenste situatie, bewustwording van het probleem, omzetting naar eisen, plaatsing op de publieke agenda, plaatsing op de beleidsagenda, plaatsing op de besluitvormingsagenda en plaatsing op de uitvoeringsagenda. Aan de hand van deze zeven barrières zal in deze paragraaf weergegeven worden bij welke barrière de afzonderlijke GGD'en zich bevinden.

De eerste barrière, het voordoen van een ongewenste situatie, lijkt logischerwijs overwonnen te zijn. Zoals in de context aangegeven is komt er uit wetenschappelijk onderzoek naar voren dat er sprake is van extra gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd. Tevens wordt in de Agenda Integratie van minister Asscher duidelijk gemaakt dat er sprake is van een ongewenste situatie die GGD'en het hoofd moeten kunnen bieden bij kwetsbare groepen jeugdigen en hun ouders als opvoeders. Dit wordt ondersteund door het feit dat 84,2% van de GGD'en aangeeft dat er gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd gesignaleerd worden. Dat 15,8% van de GGD'en aangeeft geen gezondheidsrisico's te signaleren maakt echter niet dat er geen sprake is van een ongewenste situatie. Doordat vluchtelingen over het land verdeeld worden heeft elke GGD in principe te maken met vluchtelingenjeugd. De omvang en samenstelling van de groep in het werkgebied kan echter wel verschillen. Dit kan er toe leiden dat gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd niet bij elke GGD evenveel gesignaleerd worden.

Nu er vastgesteld is dat er sprake is van een ongewenste situatie moet er geanalyseerd worden of er sprake is van bewustzijn van het probleem. Als GGD'en bij willen dragen aan de oplossing van het probleem omtrent vluchtelingenjeugd moeten ze namelijk bewust worden van het feit dat er sprake is van een collectief probleem bij deze groep. De bewustwording bij GGD'en dat zich een ongewenste situatie voordoet blijkt echter niet zo vanzelfsprekend. Van de geïnterviewde GGD'en blijken zes GGD'en zich voor de barrière bewustwording van het probleem te bevinden, deze barrière is bij deze GGD'en nog niet overwonnen. De manager

JGZ van GGD A geeft aan: *‘Wij zitten in de fase van bewustwording. Onze GGD is nog niet bewust genoeg om er op te gaan acteren. Op individueel niveau loopt het wel, maar wij hebben nu nog onvoldoende gegevens en informatie dat het collectief gezien mis gaat met deze groep’* (Respondent GGD A, persoonlijke communicatie, 2014). De manager JGZ van GGD K sluit zich hier bij aan: *‘Wij zitten wat vluchtelingen betreft zeker in de bewustwordingsfase’* (GGD K, persoonlijke communicatie, 2014).

GGD C zit zowel in de fase bewustwording als in de fase omzetting naar eisen: *‘Ik denk dat wij als GGD in de fase van bewustwording zitten. Af en toe zijn er uitschieters waarbij er omgezet wordt naar eisen’* (GGD C, persoonlijke communicatie, 2014). GGD I bevindt zich eveneens in de bewustwordingsfase. De manager JGZ van GGD I geeft aan: *‘Individueel zien we problemen bij kinderen wel, maar we zijn ons er niet van bewust dat er collectief gezien een probleem is bij deze groep’* (GGD I, persoonlijke communicatie, 2014).

De vijfde GGD die in de bewustwordingsfase lijkt te zitten is GGD D: *‘Wij zitten bij de bewustwording van het probleem. Deze problemen bij vluchtelingen waren mij niet bekend. Wij hebben vluchtelingen als groep echt niet in beeld’* (GGD D, persoonlijke communicatie, 2014). GGD D voert ondanks dat er sprake is van de bewustwordingsfase wel activiteiten uit specifiek voor vluchtelingenjeugd, namelijk het inzetten van intermediairs en het organiseren van oudergroepen en voorlichtingen. De manager JGZ van GGD F geeft aan dat GGD F bij de barrière omzetting naar eisen zit: *‘De omzetting naar eisen wordt incidenteel gedaan, maar niet structureel. We hebben als GGD niet echt beleid hier voor en zetten dingen niet om naar groepen vluchtelingen in de gemeente. Professionals kijken individueel’* (GGD F, persoonlijke communicatie, 2014). Doordat er echter nog niet structureel omgezet wordt naar eisen lijkt het probleem wel vast te lopen bij de bewustwordingsfase. Het probleem wordt niet structureel omgezet naar eisen en lijkt de bewustwordingsfase daardoor niet geheel achter zich te hebben gelaten. Ondanks dat GGD F zich nog grotendeels in de bewustwordingsfase bevindt worden er incidenteel wel activiteiten uitgevoerd die tevens voor vluchtelingenjeugd zijn zoals een voorlichting omtrent seksuele gezondheid.

Er zijn ook GGD'en die de barrière bewustwording overwonnen hebben en verder in het barrièremodel zijn gekomen. Volgens de respondent van GGD R is GGD R bewust van het probleem dat er speelt. Als het gaat om activiteiten binnen de gehele GGD voor vluchtelingen is er sprake van de fase uitvoeringsagenda, er worden al activiteiten uitgevoerd. Er worden echter nog geen activiteiten binnen de JGZ uitgevoerd. Zoals al eerder gezegd is, is GGD R meerdere initiatieven aan het ontwikkelen die momenteel nog op de beleidsagenda staan. Dit maakt dat de JGZ zich bij de barrière plaatsing op de beleidsagenda bevindt (GGD R, persoonlijke communicatie, 2014). GGD E, GGD M en GGD P zitten als het gaat om het uitvoeren van activiteiten bij de uitvoeringsagenda. De voorgaande barrières zijn overwonnen en er worden meerdere activiteiten uitgevoerd voor vluchtelingenjeugd.

Zoals eerder aangegeven zijn er twee categorieën GGD'en, namelijk GGD'en met activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd of activiteiten waarbij vluchtelingenjeugd een belangrijk deel van de doelgroep is en GGD'en die geen activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren. Bij de tien geïnterviewde GGD'en vallen de GGD'en GGD D, GGD E, GGD M en GGD P

binnen de eerste categorie GGD'en. De GGD'en GGD A, GGD C, GGD F, GGD I, GGD K en GGD R vallen binnen de categorie GGD'en die geen activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren. GGD F gaf in de interviews aan op een incidentele activiteit na niet structureel activiteiten voor vluchtelingenjeugd uit te voeren. Dit maakt dat GGD F ingedeeld is in de categorie GGD'en zonder specifieke activiteiten.

GGD'en	Activiteiten voor vluchtelingenjeugd	Barrière van het barrièremodel
GGD A	-	Bewustwording
GGD C	-	Bewustwording
GGD F	-	Bewustwording
GGD I	-	Bewustwording
GGD K	-	Bewustwording
GGD D	+	Bewustwording
GGD R	-	Beleidsagenda
GGD E	+	Uitvoeringsagenda
GGD M	+	Uitvoeringsagenda
GGD P	+	Uitvoeringsagenda

Figuur 11: Overzicht van de barrières waarbij GGD'en zich bevinden wat betreft de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd

Opvallend is dat de GGD'en die zich in de bewustwordingsfase lijken te bevinden, op GGD D na, inderdaad ook geen activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren (zie figuur 11). De GGD'en die zich in de uitvoeringsfase bevinden voeren allemaal wel activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit. GGD R voert nog niet daadwerkelijk activiteiten uit, maar is druk bezig met het ontwikkelen en invoeren van activiteiten. Dit maakt dat GGD R nog bij de barrière plaatsing op de beleidsagenda zit. GGD D voert wel activiteiten uit voor vluchtelingenjeugd, maar heeft de bewustwordingsfase nog niet overwonnen. Aan de hand van deze twee categorieën zal geanalyseerd worden of er sprake was van realisatiemachten en hindermachten die het agendavormingsproces gestimuleerd dan wel belemmerd hebben.

6.3 Realisatie- en hindermachten

Volgens het barrièremodel van Bachrach en Baratz is er bij het agendavormingsproces sprake van een realisatiemacht en een hindermacht, in deze paragraaf wordt besproken of er bij de tien GGD'en sprake was van realisatie- en hindermachten. In het geval van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd betekent dit dat er sprake zou zijn van een realisatiemacht in de vorm van actoren die dit probleem bij GGD'en op de agenda proberen te krijgen waardoor er uiteindelijk activiteiten komen die het probleem proberen op te lossen. Actoren die een hindermacht vormen zouden proberen het probleem juist van de agenda te houden en het overwinnen van barrières proberen te belemmeren. Aan de hand van het barrièremodel en stromenmodel zijn er vijf soorten actoren te onderscheiden die in het agendavormingsproces bij GGD'en een mogelijke realisatiemacht zijn geweest. Tevens is het bij deze actoren mogelijk dat ze als hindermacht opgetreden hebben. Deze actoren zijn het intern initiatief bij GGD'en, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, GGD GHOR Nederland en extern initiatief. In de volgende deelparagrafen worden deze actoren toegelicht en wordt geanalyseerd of ze van invloed zijn geweest bij de agendavorming omtrent dit onderwerp.

6.3.1 Intern initiatief

De vraag is of intern initiatief het agendavormingsproces bij GGD'en beïnvloed heeft. Met intern initiatief wordt het initiatief van medewerkers van de GGD'en zelf bedoeld.

Mogelijkerwijs is de totstandkoming van activiteiten bij GGD'en gestimuleerd doordat medewerkers opgetreden hebben als realisatiemacht. Met behulp van medewerkers als realisatiemacht kan een GGD de bewustwordingsfase overwonnen hebben waardoor een GGD verder in het agendavormingsproces is gekomen.

Het intern initiatief van GGD medewerkers lijkt een grote rol te spelen in het agendavormingsproces van GGD'en met activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd. Bij GGD M blijken professionals binnen de GGD een belangrijke rol te hebben gespeeld bij de totstandkoming van activiteiten. Er wordt aangegeven: *'Bij onze GGD heeft het erg geholpen dat wij nog mensen in dienst hebben die uit de tijd komen dat de Medische Opvang Asielzoekers er nog was. Zij zijn zeker een aanjager geweest. Wij zijn over het algemeen gewoon gevoeliger voor problematiek bij vluchtelingengroepen. Jongere mensen zijn hier niet zoveel mee bezig en hebben niet zoveel kennis van het onderwerp'* (GGD M, persoonlijke communicatie, 2014). Bij GGD M lijkt de bewustwordingsfase overwonnen te zijn doordat er sprake was van professionals die sensitief zijn voor de problematiek. Bij deze GGD kan intern initiatief zeker als een aanjager gezien worden. Door GGD E wordt het intern initiatief als realisatiemacht eveneens onderschreven: *'Wij hebben een aantal mensen in dienst met een specifieke deskundigheid op dit gebied, zij zijn een vraagbaak voor de rest van de organisatie en maken ons meer bewust van de risico's'* (GGD E, persoonlijk communicatie, 2014).

Interne aanjagers blijken niet alleen belangrijk te zijn voor het bewustzijn, maar tevens voor de borging van het bewustzijn. Portefeuillehouders die het onderwerp dragen lijken bij GGD'en heel belangrijk te zijn. *'Je moet iemand hebben die een onderwerp draagt, het benoemt en steeds het belang er van inbrengt, anders verwatert de aandacht voor het probleem. Iemand binnen je GGD moet de leiding nemen, als je geen mensen hebt die zich er hard voor maken gebeurt er niets'* (GGD P, persoonlijke communicatie, 2014).

Van intern initiatief lijkt bij de GGD'en die in de bewustwordingsfase zitten minder sprake te zijn. Bij de meeste GGD'en zonder activiteiten kunnen er geen aanjagers benoemd worden die dit onderwerp binnen de GGD meer op de kaart zetten. Een manager JGZ geeft aan: *'Op dit moment zijn er binnen onze GGD niet echt aanjagers, naar aanleiding van dit onderzoek werd een teamleider weer helemaal enthousiast, maar dat zakt dan weer in'* (GGD C, persoonlijke communicatie, 2014). Bij GGD D lijkt er eveneens geen sprake van intern initiatief te zijn: *'Er is sprake van een kloof tussen professionals en management op dit gebied. Professionals moeten dit agenderen bij het management als zij dergelijke problematiek zien. Dat gebeurt op dit moment niet want ze zeggen het wel te zien als ik het navraag, maar agenderen het niet bij ons'* (GGD D, persoonlijke communicatie, 2014). In dit geval had er sprake kunnen zijn van initiatief, maar wordt het initiatief niet genomen. Bij de GGD'en in de bewustwordingsfase lijkt er geen sprake te zijn van een aanjager binnen de GGD die zich hard maakt voor dit onderwerp, portefeuillehouders lijken te missen. Dit kan te

maken hebben met sensitiviteit van professionals voor het onderwerp en de doelgroep. GGD F is hier een uitzondering op en geeft aan wel een aanjager te hebben die vanuit het AZC problematiek onder de aandacht brengt bij de GGD. Dit kan verklaren waarom GGD F incidenteel bij de barrière omzetting naar eisen zit en incidenteel activiteiten uitvoert waar vluchtelingenjeugd in meegenomen wordt.

GGD'en geven aan dat er binnen de GGD'en geen sprake is van een hindermacht die het overwinnen van barrières belemmert. De algemene tendens is dat medewerkers welwillend staan tegenover het oplossen van dergelijke problemen. Als er sprake is van problematiek bij vluchtelingenjeugd zullen professionals het agenderen van dit onderwerp en het tot stand komen van activiteiten zeker niet bewust belemmeren.

Bij alle vier de GGD'en die de bewustwordingsfase overwonnen hebben is er sprake van intern initiatief dat als realisatiemacht is opgetreden. Professionals binnen de GGD hebben geleid tot meer bewustzijn waardoor deze barrière overwonnen kon worden. Tevens leidde intern initiatief er toe dat activiteiten tot stand konden komen doordat er sprake was van borging van aandacht voor het onderwerp. Dit maakt dat geconcludeerd kan worden dat intern initiatief gezien kan worden als een realisatiemacht.

6.3.2 Landelijke politiek

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven is, is de focus van de Rijksoverheid met betrekking tot het integratiebeleid de afgelopen veertig jaar aan veel veranderingen onderhevig geweest. Waar de nadruk eerst lag op het collectief werd later meer gekeken naar het individu. Het doelgroepenbeleid verdween en werd vervangen door het integratiebeleid. Bij het integratiebeleid wordt er vanuit gegaan dat algemeen beleid effectief moet zijn voor alle burgers. Specifiek beleid moet tijdelijk van aard zijn en alleen toegepast worden wanneer algemeen beleid niet toereikend is. De nadruk ligt niet meer op het aanpakken van collectieve problemen, maar op het aanpakken van individuele problemen. Er wordt niet meer in groepen gedacht, maar in termen van het individu.

De verwachting was dat landelijke politiek invloed uitoefent op de agendavorming omtrent dit onderwerp bij GGD'en. De tendens van de Rijksoverheid om zich niet meer te richten op doelgroepen lijkt te zijn overgenomen door GGD'en, er is binnen de JGZ eveneens sprake van een individu-gerichte werkwijze. Gezondheid van vluchtelingen lijkt binnen de Rijksoverheid geen thema te zijn waar veel aandacht naar uit gaat. Het opvallende aan het beleid van de Rijksoverheid van de afgelopen veertig jaar is dat de nadruk vaak ligt op onderwerpen als onderwijs, arbeid en participatie. Dit terwijl een slechte gezondheid juist een belemmerende factor kan zijn als het gaat om het volgen van onderwijs en het participeren in de samenleving en op de arbeidsmarkt.

De ontwikkelingen binnen de Rijksoverheid lijken in plaats van een stimulerende werking een remmende werking te hebben gehad op GGD'en. Doordat het doelgroepenbeleid afgeschaft is, ligt de nadruk niet meer op het collectief. GGD'en kunnen hierdoor beïnvloed zijn en dit

kan verklaren waarom GGD'en individu-gericht werken en problematiek bij vluchtelingenjeugd niet collectief in beeld hebben.

Landelijke politiek lijkt wel enigszins een stimulerende invloed te kunnen hebben op het bewustzijn bij GGD'en omtrent dit onderwerp. GGD'en geven wel aan dat landelijk beleid ze scherper kan maken. *'Het scherpt je als GGD nog wel een keer, het bevestigt wat je zelf al ziet. Het heeft altijd invloed op de totale agenda die je met gemeenten aangaat als GGD. Je gaat misschien niet zozeer meer doen, maar je moet het net zo goed bestendigen in je beleid. Het maakt je iets sensitiever'* (GGD E, persoonlijke communicatie, 2014). Een andere respondent geeft aan: *'Landelijke politiek kan zeker wel invloed hebben, maar gaat via vele lagen. Dit maakt dat het lang duurt voordat het echt aankomt'* (GGD D, persoonlijke communicatie, 2014). GGD'en geven aan dat landelijke politiek van invloed kan zijn, maar dit lijkt niet zozeer het geval te zijn geweest. Geen van de GGD'en die activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren geven aan dat landelijke politiek daadwerkelijk een realisatiemacht is geweest bij de totstandkoming van deze activiteiten.

De verwachting was dat de Agenda Integratie van minister Asscher van het ministerie van SZW wel invloed zou uitoefenen op GGD'en doordat in deze agenda nadrukkelijk wordt gewezen op de taak van onder andere de GGD'en. GGD'en en andere instellingen moeten volgens Asscher namelijk vraagstukken die voortkomen uit een achterblijvende integratie het hoofd kunnen bieden. De Agenda Integratie van minister Asscher blijkt echter geen realisatiemacht te zijn geweest bij het agendavormingsproces bij GGD'en. GGD'en geven aan dat het weinig tot geen invloed heeft gehad. *'Wat in de Agenda Integratie staat is nogal vaag, het is totaal niet duidelijk wat je daar als GGD mee moet. Op deze manier heeft het geen invloed'* (GGD I, persoonlijke communicatie, 2014). *'Wat in de Agenda Integratie staat wordt niet vertaald in beleidsplannen, laat staan in uitvoeringsplannen. Daardoor mist het zijn werking'* (GGD K, persoonlijke communicatie, 2014). Daarnaast wordt er aangegeven: *'Het zou veel sterker zijn als een dergelijke boodschap uit de koker van minister Schippers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zou komen dan uit de koker van minister Asscher. Als het ministerie van VWS het zegt is het voor GGD'en een veel sterker signaal, het gaat immers om volksgezondheid'* (GGD A, persoonlijke communicatie, 2014).

Concluderend kan gezegd worden dat landelijke politiek geen realisatiemacht is geweest bij GGD'en omtrent dit onderwerp. Landelijke politiek lijkt zeker invloed te kunnen hebben op het agendavormingsproces bij GGD'en, maar heeft omtrent dit onderwerp niet daadwerkelijk een stimulerende invloed gehad. Dit kan wellicht verklaard worden door het feit dat er binnen het integratiebeleid weinig aandacht is voor gezondheid van vluchtelingen. In plaats van een positieve invloed te hebben gehad, lijkt er eerder sprake te zijn van een remmende werking. Door de afschaffing van het doelgroepenbeleid is de nadruk op het individu komen te liggen, dit lijkt invloed te hebben gehad op de werkwijze van GGD'en. De boodschap die minister Asscher in de Agenda Integratie aan ook de GGD'en geeft lijkt niet aan te komen bij GGD'en en mist daardoor grotendeels zijn werking bij de GGD'en.

6.3.3 Gemeentelijke politiek

Naast landelijke politiek is het eveneens een mogelijkheid dat gemeentelijke politiek een realisatiemacht is geweest binnen het agendavormingsproces. GGD'en zijn gemeenschappelijke regelingen oftewel samenwerkingsverbanden tussen gemeenten en dit maakt dat GGD'en de opdracht kunnen krijgen van gemeenten om te acteren op bepaalde onderwerpen. Daarnaast kunnen gemeenten het bewustzijn bij GGD'en vergroten door onderwerpen te agenderen, wethouders van gemeenten zitten namelijk in de besturen van GGD'en.

Bij de GGD'en die zich dichterbij de uitvoeringsagenda bevinden blijkt de gemeente een rol als realisatiemacht te hebben gespeeld. Bij GGD M kwam er een vraag vanuit de gemeente aan de GGD nadat zich een incident had voorgedaan. *'De gemeente weet je wel te vinden als er sprake is van een incident, je bent dan vaak een eerste gesprekspartner voor een gemeente'* (GGD M, persoonlijke communicatie, 2014). Bij GGD R kan de gemeente als realisatiemacht gezien worden doordat in 2011 een gemeentelijke beleidsnota openbaar werd waarin specifiek aandacht werd gegeven aan gezondheidsproblematiek bij vluchtelingen. De GGD werd vanaf dat moment betrokken bij het beleid. *'Als GGD zijn we hier vanaf 2011 bij betrokken. De beleidsnota was voor ons echt een aanjager. Voor die beleidsnota waren we hier als GGD niet bij betrokken. In de nota kwamen gezondheidsachterstanden in beeld. De gemeente kwam toen naar ons toe met de vraag of wij dit wisten en hier aan mee wilden werken'* (GGD R, persoonlijke communicatie, 2014). De respondent van GGD E geeft aan dat de GGD en de gemeente elkaar in haar werkgebied bewuster maken. Het kan echter wel verschillen per gemeente. Gemeenten met een hogere concentratie aan vluchtelingen zijn meer met dit onderwerp bezig dan gemeenten met een lagere concentratie aan vluchtelingen. *'Een grotere concentratie leidt tot meer risico's. Een grote gemeente heeft meer vraag dan bijvoorbeeld kleinere gemeenten in ons werkgebied'* (GGD E, persoonlijke communicatie, 2014). De respondent van GGD P geeft eveneens aan dat de gemeente een belangrijke rol heeft gespeeld bij de totstandkoming van activiteiten. *'De gemeente wilde op den duur een proeftuin hebben en dat werd ons project. Wij hadden een hele goede wethouder Jeugd die heel erg gebrand was op dit soort onderwerpen. Die vroeg heel veel, wist dat jeugdzorg niet aansloeg bij vluchtelingen en vroeg dan hoe dat beter kon'* (GGD P, persoonlijke communicatie, 2014).

De algemene tendens die naar voren komt uit de interviews is dat de aandacht voor dit onderwerp erg per gemeente verschilt. Sommige gemeenten lijken dit onderwerp wel op de agenda te hebben staan of te hebben gehad terwijl andere gemeenten zich hier niet mee bezig houden. Bij de GGD'en waar gemeenten zich wel met dit onderwerp bezighouden wordt aangegeven dat GGD'en en gemeenten elkaar bewuster kunnen maken door onderwerpen bij elkaar te agenderen. GGD'en kunnen gemeenten bewuster maken door de problematiek die zij signaleren terug te koppelen naar gemeenten. Eveneens kunnen gemeenten onderwerpen bij GGD'en agenderen. Een aantal GGD'en die nog in de bewustwordingsfase zitten geven aan dat de gemeenten in hun werkgebied momenteel niet met dit onderwerp bezig zijn.

Volgens GGD'en staat dit onderwerp in het algemeen niet hoog op de agenda bij gemeenten. *'Dit onderwerp staat bij gemeenten gewoon niet hoog op de agenda'* (GGD F, persoonlijke communicatie, 2014). GGD'en geven aan dat de aandacht van gemeenten momenteel vooral naar de op komst zijnde decentralisaties gaat. *'De decentralisaties vragen veel tijd van andere partijen zoals de gemeenten. Als je dan iets wilt op dit gebied dan hebben ze het daar nu veel te druk voor. Alle beleidscapaciteit is nu gericht op de decentralisaties en andere zaken blijven dan liggen. Op dit moment is dit een te klein onderwerp om prioriteit te krijgen'* (GGD A, persoonlijke communicatie, 2014).

Gemeenten kunnen gezien worden als een realisatiemacht in het agendavormingsproces bij GGD'en. Gemeenten kunnen de totstandkoming van activiteiten stimuleren en GGD'en bewuster maken van problematiek. Het optreden van een gemeente als realisatiemacht is echter wel afhankelijk van prioriteiten. Incidenten lijken er toe te leiden dat een onderwerp eerder een prioriteit wordt. De op komst zijnde decentralisaties lijken prioritering van dit onderwerp juist te belemmeren, dit onderwerp is op dit moment geen prioriteit bij de meeste gemeenten.

6.3.4 GGD GHOR Nederland

In dit onderzoek is gekeken welke invloed GGD GHOR Nederland, de vereniging van GGD'en heeft gehad op het agendavormingsproces omtrent dit onderwerp. Uit de interviews kwam naar voren dat GGD GHOR Nederland weinig invloed heeft gehad op GGD'en met betrekking tot dit onderwerp. Dit doordat dit onderwerp bij GGD GHOR Nederland momenteel niet hoog op de agenda staat.

Ondanks dat GGD'en aangeven dat GGD GHOR Nederland nog geen realisatiemacht is geweest, zien zij hier wel een goede mogelijkheid. *'GGD GHOR Nederland is goed in staat om dit op de gezamenlijke GGD agenda's te zetten. Ze zijn hier beter toe in staat dan bijvoorbeeld VWS. Voor dit soort onderwerpen hebben we GGD GHOR Nederland eigenlijk nodig'* (GGD M, persoonlijk communicatie, 2014). Een respondent geeft aan: *'GGD GHOR Nederland zou GGD'en bewust kunnen maken door gegevens te verzamelen en die terug te koppelen naar GGD'en en politiek'* (GGD A, persoonlijke communicatie, 2014). GGD'en geven eveneens aan dat GGD GHOR Nederland goed zou kunnen optreden als realisatiemacht door samen te werken met andere partijen zoals de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). *'Als je op dit punt iets wilt bereiken zou de VNG een hele krachtige partner zijn voor GGD GHOR Nederland. Hierdoor zou er veel beter agendavorming bij GGD'en en gemeenten plaats kunnen vinden'* (GGD M, persoonlijke communicatie, 2014).

6.3.5 Extern initiatief

Naast het intern initiatief kan extern initiatief eveneens een realisatiemacht zijn. Actoren als cliënten en belangengroepen kunnen met een vraag naar activiteiten dit onderwerp bij GGD'en geagendeerd hebben. Bij GGD E blijkt dit inderdaad het geval te zijn geweest: *'De vraag naar bepaalde activiteiten voor vluchtelingen komt vaak van scholen, buurtcentra of*

kerkgemeenschappen waar we mee samenwerken. De vraag komt dan vaak binnen bij het CJG en wordt dan door de JGZ opgepakt. Zo hebben we bijvoorbeeld voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd omdat daar vraag naar was' (GGD E, persoonlijke communicatie, 2014). Het extern initiatief heeft in dit geval er voor gezorgd dat bij de GGD duidelijk werd dat er behoefte was aan extra activiteiten voor deze groep. Het bewustzijn werd hierdoor groter. GGD D geeft eveneens aan oudergroepen en voorlichtingen te organiseren naar aanleiding van initiatief van ouders. De vraag van ouders naar ondersteuning en informatie vormde de aanleiding om cursussen en voorlichtingen te organiseren. Ondanks dat GGD D nog in de bewustwordingsfase zit, worden er wel activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd. Bij GGD D heeft het extern initiatief er voor gezorgd dat er sprake was van bewustwording van een deelaspect van het collectieve probleem. Er was vraag naar bepaalde activiteiten en dit maakte de GGD bewust dat er op het gebied van voorlichting en ondersteuning meer aangeboden moest worden voor vluchtelingen.

Bovenstaande voorbeelden geven aan dat extern initiatief daadwerkelijk een realisatiemacht kan zijn binnen het agendavormingsproces. GGD'en kunnen eerder tot de totstandkoming van activiteiten komen doordat er vraag van externe actoren komt. Doordat er vraag komt naar activiteiten komt het onderwerp op de agenda te staan en worden GGD'en bewust van het probleem. De vraag naar activiteiten van het extern initiatief kan eveneens verklaren waarom GGD D wel activiteiten uitvoert voor vluchtelingenjeugd terwijl er sprake is van de bewustwordingsfase bij deze GGD.

6.3.6 Overzicht realisatie- en hindermachten

In het voorgaande stuk zijn de mogelijke realisatie- en hindermachten geanalyseerd. Uit deze analyse is gebleken dat er drie realisatiemachten aan te wijzen zijn die het agendavormingsproces bij GGD'en hebben beïnvloed (zie onderstaand figuur). Deze realisatiemachten zijn het intern initiatief, gemeentelijke politiek en het extern initiatief. Landelijke politiek en GGD GHOR Nederland blijken niet als realisatiemacht opgetreden te hebben bij GGD'en. Uit de analyse is gebleken dat er geen sprake is geweest van hindermachten die het agendavormingsproces omtrent dit onderwerp belemmerd hebben.

Mogelijke realisatie- en hindermachten	Realisatiemacht	Hindermacht
Intern initiatief	+	-
Landelijke politiek	-	-
Gemeentelijke politiek	+	-
GGD GHOR Nederland	-	-
Extern initiatief	+	-

Figuur 12: Overzicht van actuele realisatie- en hindermachten bij GGD'en met betrekking tot het onderwerp gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd

6.4 Het stromenmodel bij GGD'en

In de voorgaande paragraaf is aan de hand van het barrièremodel geanalyseerd bij welke barrière GGD'en zich bevinden en of er sprake is geweest van realisatie- en hindermachten die het agendavormingsproces bij GGD'en beïnvloed hebben. In deze paragraaf wordt aan de hand van het stromenmodel verklaard waarom sommige GGD'en wel activiteiten voor vluchtelingenjeugd tot stand hebben kunnen laten komen terwijl dit andere GGD'en nog niet gelukt is. Zoals aangegeven kan de totstandkoming van activiteiten gezien worden als een beleidsraam dat zich bij GGD'en geopend heeft. De drie genoemde stromen moeten aan elkaar gekoppeld worden waardoor het raam geopend kan worden. Er zal verklaard worden waarom deze koppeling wel gemaakt is bij GGD'en met activiteiten, maar niet bij GGD'en zonder activiteiten.

6.4.1 Toepassing van de stromen

Het stromenmodel van Kingdon gaat in plaats van barrières uit van mogelijkheden om tot beleid te komen. Er is sprake van drie onafhankelijke stromen die aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Deze stromen zijn de herkenning van problemen, het opstellen en verfijnen van beleid en de stroom politiek. Als deze stromen aan elkaar gekoppeld worden ontstaat er een mogelijkheid om tot beleid te komen, het policy window oftewel beleidsraam opent zich. Bij dit onderwerp zou dit betekenen dat GGD'en allereerst moeten herkennen dat er sprake is van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en erkennen dat dit een probleem is. Tevens moeten GGD'en om over te gaan tot activiteiten inzien dat dit een probleem is waarbij ingrijpen van GGD'en wenselijk is. De tweede stroom houdt in dat er sprake is van beleidsvoorstellen die als het ware blijven hangen. Er moeten ideeën zijn bedacht die dit probleem mogelijk kunnen oplossen. Wanneer er beleidsvoorstellen gegenereerd zijn kunnen ze als het ware gekoppeld worden aan het probleem. Er moet sprake zijn van voorstellen en ideeën bij GGD'en die de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd trachten tegen te gaan. Als laatste moet er om tot activiteiten te kunnen komen sprake zijn van een ontwikkeling binnen het politieke klimaat. Deze ontwikkeling kan bestaan uit bijvoorbeeld een opdracht van gemeenten of een wijziging in het landelijk of gemeentelijk beleid.

6.4.2 Herkenning van het probleem bij GGD'en

In deze paragraaf zal toegelicht worden in hoeverre er sprake is van de stroom herkenning van het probleem omtrent dit onderwerp bij GGD'en. De stroom herkenning van het probleem van het stromenmodel kan vergeleken worden met de barrière bewustwording van het probleem uit het barrièremodel. Beide modellen zien het herkennen en bewust zijn van een probleem als een voorwaarde voor GGD'en om tot totstandkoming van activiteiten te kunnen komen en een koppeling van de stromen te creëren.

GGD'en die aangeven zich bewust te zijn van de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd voeren over het algemeen al activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit. Bij deze GGD'en is de stroom herkenning van het probleem aanwezig. Een uitzondering hier op is

GGD D. Deze GGD geeft aan zich nog niet bewust te zijn van het probleem, maar voert wel activiteiten uit voor vluchtelingenjeugd. De andere GGD'en die de barrière bewustwording nog niet overwonnen hebben voeren geen activiteiten uit voor vluchtelingenjeugd. Bij deze GGD'en lijkt de stroom herkenning van het probleem op dit moment nog afwezig te zijn. GGD GGD R is hier een uitzondering op. Deze GGD heeft de barrière bewustwording wel overwonnen, maar voert nog geen activiteiten uit specifiek voor vluchtelingenjeugd.

De GGD'en zonder activiteiten lijken zich over het algemeen minder bewust van het probleem te zijn doordat ze vluchtelingenjeugd niet allemaal als groep in beeld hebben. GGD'en zien en benaderen kinderen individueel en er is sprake van maatwerk per kind en gezin. Vluchtelingen worden niet daadwerkelijk als groep gezien en niet collectief benaderd. Er worden niet apart voor vluchtelingenjeugd als groep gezondheidsprofielen opgesteld doordat ze niet als groep benaderd worden. De gezondheidsrisico's zijn individueel vaak wel in beeld, maar collectief niet. Er wordt eveneens niet altijd automatisch een koppeling naar het collectief gemaakt. Professionals blijken niet altijd overstijgend te kijken en signalen niet altijd terug te koppelen naar het management.

Het beperkte bewustzijn van het probleem kan eveneens te maken hebben met de individuerichte benadering van GGD'en. Doordat er niet altijd overstijgend gekeken wordt, worden patronen in gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd moeilijker herkend. Er lijkt sprake te zijn van een vicieuze cirkel. Wanneer GGD'en niet collectief kijken naar vluchtelingenjeugd worden ze niet bewust van collectieve problemen, maar zolang GGD'en niet bewust zijn van collectieve problemen blijven ze gericht op individuen en wordt er vaak niet collectief gekeken. Het niet collectief kijken kan verklaren waarom er geen collectieve activiteiten door GGD'en uitgevoerd worden. GGD'en herkennen collectieve problemen niet altijd en zien daardoor niet altijd de noodzaak om collectieve activiteiten uit te voeren met een aanpak die toegepast is op vluchtelingen. Doordat collectieve problemen bij vluchtelingenjeugd niet altijd herkend worden, wordt er waarschijnlijk vanuit gegaan dat een reguliere aanpak toereikend is en een specifieke aanpak niet nodig is.

De zichtbaarheid van de groep kan eveneens gezien worden als oorzaak van het beperkt bewustzijn bij GGD'en. Vluchtelingen worden door het hele land uitgeplaatst in gemeenten, dit maakt dat er sprake is van relatief kleine aantallen vluchtelingen in gemeenten. Tevens is de verscheidenheid in vluchtelingen groot, het gaat om mensen die vanuit allerlei landen gevlucht zijn. Een respondent geeft aan: *'Je kunt als GGD voornamelijk iets in de grote steden doen omdat er daar meer concentratie van vluchtelingen is. Dit maakt de zichtbaarheid van de groep groter. Dat is vaak meer een trigger dan kleine groepjes in minder grote gemeenten'* (GGD E, persoonlijke communicatie, 2014). Wanneer de zichtbaarheid van vluchtelingen in een werkgebied van een GGD laag is kan dit er voor zorgen dat de GGD minder bewust is dan een GGD waar de concentratie van vluchtelingen en daarmee zichtbaarheid in het werkgebied hoger is. Dit kan eveneens verklaren waarom GGD I aangeeft geen gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd te signaleren. Wanneer GGD'en minder vluchtelingen in hun werkgebied hebben wonen is het lastiger om patronen te herkennen. Eveneens kan het lastig zijn om patronen te ontdekken wanneer er veel diversiteit

is met betrekking tot landen van herkomst van de vluchtelingen die in een werkgebied wonen. De aanwezigheid van de realisatiemachten intern initiatief, extern initiatief en gemeenten dragen er aan bij dat de vicieuze cirkel bij GGD'en met activiteiten doorbroken is en er wel sprake is van herkenning van het probleem. In paragraaf 6.3.1 is namelijk gebleken dat intern initiatief een belangrijke bijdrage heeft gehad als het gaat om het bewustzijn van GGD'en met activiteiten. Dit sluit aan bij de opvatting van Kingdon dat herkenning van het probleem gestimuleerd kan worden doordat actoren het probleem onder de aandacht brengen. Van de GGD'en zonder specifieke activiteiten voor vluchtelingenjeugd gaf alleen GGD F aan dat er binnen deze GGD sprake was van intern initiatief. Dit kan verklaren waarom er bij deze GGD incidenteel sprake is van een activiteit waar vluchtelingenjeugd bij betrokken wordt, namelijk de voorlichting rondom seksualiteit.

Naast het feit dat intern initiatief kan zorgen voor meer bewustzijn bij GGD'en kan het er tevens voor zorgen dat het onderwerp geborgd blijft binnen een GGD. Als er als het ware een portefeuillehouder is binnen GGD'en die het onderwerp steeds benoemt en het belang er van duidelijk maakt blijft het onderwerp beter op de agenda staan bij GGD'en. Intern initiatief bij GGD'en zorgt er voor dat een onderwerp de aandacht krijgt en deze aandacht vaak weet te behouden. Dit kan verklaren waarom er bij GGD'en zonder intern initiatief minder sprake is van herkenning van het probleem terwijl dit bij GGD'en met intern initiatief wel het geval is. De aanwezigheid van intern initiatief bij GGD'en lijkt in verband te staan met de eerste oorzaak voor beperkt bewustzijn. Wanneer er bij een GGD sprake is van veel intern initiatief wordt er waarschijnlijk ook meer naar het collectief gekeken en wordt er sneller een koppeling naar het collectief gemaakt. Dit omdat het intern initiatief bewust maakt van collectieve problemen bij deze groepen.

Net als het intern initiatief heeft eveneens het extern initiatief het bewustzijn bij GGD'en met activiteiten voor vluchtelingenjeugd vergroot. Meerdere GGD'en geven aan te acteren naar aanleiding van vraag naar activiteiten van bijvoorbeeld cliënten, buurtcentra of scholen. Wanneer GGD'en vraag naar activiteiten krijgen kan dit ze bewust maken dat het reguliere systeem aangevuld kan worden met extra activiteiten, er is namelijk behoefte aan. Extern initiatief bij GGD'en met activiteiten heeft er bij deze GGD'en toe geleid dat er meer nagedacht wordt over extra activiteiten en dat deze activiteiten vaak ook tot stand komen. Zonder extern initiatief krijgen GGD'en minder signalen binnen dat er meer nodig is dan alleen de reguliere JGZ. Het extern initiatief kan verklaren waarom GGD D wel activiteiten heeft voor vluchtelingenjeugd, maar zich nog niet bewust is van het probleem. Het extern initiatief leidde bij deze GGD tot meerdere activiteiten als voorlichtingen en cursussen. Het extern initiatief leidde echter nog niet tot volledig bewustzijn van het probleem.

Naast de herkenning van het probleem geeft Kingdon eveneens aan dat erkenning een belangrijk aspect is. Partijen moeten erkennen dat het probleem zodanig groot is dat er iets extra's gedaan moet worden om het probleem op te lossen. Een aantal GGD'en geeft aan dat wanneer er sprake is van een groot collectief probleem er iets extra's gedaan moet worden om dit op te lossen. Andere GGD'en geven aan dat de reguliere JGZ al veel doet en eigenlijk toereikend zou moeten zijn voor deze kinderen. Om erkenning te krijgen voor dit probleem

zullen de problemen meer collectief in beeld gebracht moeten worden. Bij GGD'en die al activiteiten naast de reguliere JGZ uitvoeren voor vluchtelingenjeugd lijkt de erkenning er al te zijn dat er iets extra's moeten gebeuren. Andere GGD'en zijn hier echter nog niet van overtuigd. Dit kan te maken hebben met het niet in beeld hebben van het probleem. Tevens geeft een aantal GGD'en aan dat de JGZ misschien niet de juiste organisatie is om zware problemen bij vluchtelingenjeugd aan te pakken als het gaat om individuele problematiek. Andere organisaties kunnen misschien beter in staat zijn om dergelijke problematiek aan te pakken. Volgens een respondent moet het niet gaan om de GGD, maar om de problematiek die speelt. Gekeken moet worden welke organisatie het best in staat is om die problematiek aan te pakken (GGD I, persoonlijke communicatie, 2014). Dit sluit aan bij het Basistakenpakket van de JGZ. De behandeling van zware individuele problematiek is namelijk geen taak van de JGZ, de JGZ signaleert de problematiek en wijst vervolgens door naar andere instanties. Om activiteiten tot stand te laten komen moeten GGD'en er van overtuigd zijn dat zij de beste keus zijn om de problemen die spelen aan te pakken en dat de reguliere JGZ aangevuld moet worden. De aard van het probleem moet aansluiten bij de taken in het Basistakenpakket van de JGZ.

Concluderend kan gezegd worden dat de stroom herkenning van het probleem niet bij alle GGD'en aanwezig is. Er is wel sprake van herkenning van het probleem bij GGD'en met activiteiten voor vluchtelingenjeugd terwijl dit over het algemeen nog beperkt gedaan wordt bij GGD'en zonder activiteiten. Naast het feit dat er sprake is van beperkt bewustzijn is er tevens nog niet altijd erkenning dat het probleem per definitie door de GGD aangepakt moet worden en dat dit moet gebeuren door het uitvoeren van extra activiteiten voor vluchtelingenjeugd.

6.4.3 Beleidsalternatieven bij GGD'en

In de tweede stroom, de beleidsalternatieven, staan de ideeën die ontwikkeld worden binnen de beleidsgemeenschap centraal. Deze ideeën worden onafhankelijk van de twee andere stromen van het model ontwikkeld volgens Kingdon. De beleidsalternatieven kunnen opgesteld worden door actoren als medewerkers, onderzoekers en belangenorganisaties. Zoals eerder al aangegeven zijn er binnen de GGD'en met activiteiten voor vluchtelingenjeugd medewerkers aan te wijzen die zich hard maken voor deze groep. Deze medewerkers kunnen eveneens met beleidsvoorstellen komen. Zo is de respondent van GGD P zelf met een projectvoorstel gekomen, namelijk het opzetten van jeugdteams. Naar aanleiding van dit voorstel zijn er uiteindelijk activiteiten bij GGD P tot stand gekomen.

Bij GGD R worden tot nu toe nog geen activiteiten uitgevoerd, maar wordt er momenteel wel beleid ontwikkeld en worden er activiteiten opgezet. Bij de GGD'en met activiteiten is er sprake van de stroom beleidsalternatieven, als dit niet zo was geweest hadden activiteiten logischerwijs niet tot stand kunnen komen. De stroom beleidsalternatieven lijkt bij GGD'en zonder activiteiten minder aanwezig te zijn. GGD'en zonder activiteiten zijn zich over het algemeen niet bewust van het probleem en houden zich nog niet bezig met de ontwikkeling van ideeën om het probleem op te lossen. GGD R voert eveneens geen activiteiten uit, maar is

zich wel bewust van het probleem en ontwikkelt eveneens beleidsalternatieven. Dit kan verklaren waarom GGD R al meerdere barrières van het barrièremodel overwonnen heeft en inmiddels bij de barrière plaatsing op de beleidsagenda zit.

6.4.4 Veranderingen in het politiek klimaat rondom GGD'en

Naast de twee eerder genoemde stromen gaat Kingdon uit van een derde stroom, namelijk de veranderingen in het politieke klimaat. Deze veranderingen kunnen invloed hebben op de totstandkoming van activiteiten bij GGD'en. Veranderingen in gemeentelijke of landelijke politiek kunnen bijvoorbeeld leiden tot aandacht of hernieuwde aandacht voor het probleem. Hierdoor kan er meer vraag komen aan GGD'en om middels activiteiten een rol te spelen bij het oplossen van het probleem.

In paragraaf 6.3.2 is duidelijk geworden dat landelijke politiek een stimulerende invloed zou kunnen hebben op het agendavormingsproces, maar dit omtrent dit onderwerp niet daadwerkelijk heeft gehad. Dit kan verklaard worden door het feit dat er binnen het integratiebeleid weinig aandacht is voor de gezondheid van vluchtelingen. Gezondheid van vluchtelingen blijkt geen thema te zijn waar binnen de Rijksoverheid veel aandacht naar uitgaat. Daarnaast blijkt de Agenda Integratie van minister Asscher weinig invloed te hebben op GGD'en. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de Rijksoverheid in stimulerende zin geen rol heeft gespeeld bij de stroom veranderingen in het politieke klimaat. Het beleid van de Rijksoverheid kan echter wel belemmerend hebben gewerkt op de totstandkoming van activiteiten. Doordat er weinig aandacht is voor dit onderwerp en de nadruk is komen te liggen op het individu kan dit er toe hebben geleid dat er bij GGD'en eveneens minder aandacht is voor dit onderwerp en dat vluchtelingenjeugd collectief soms minder goed in beeld is.

Gemeentelijke politiek blijkt wel als een stroom te kunnen worden gezien die invloed heeft gehad op het openen van het beleidsraam. In paragraaf 6.3.3 is gebleken dat gemeenten gezien kunnen worden als een realisatiemacht bij de GGD'en die activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren. Meerdere GGD'en gaven aan dat veranderingen in het beleid of vraag van gemeenten veel invloed gehad heeft op de totstandkoming van activiteiten. Veranderingen in het politieke klimaat bij gemeenten lijkt een grote invloed te hebben op GGD'en. Zo leidde een incident binnen een werkgebied van een GGD bijvoorbeeld tot een vraag naar activiteiten door gemeenten. Bij de gemeente GGD R kwam in 2011 een beleidsnota uit waarin expliciet aandacht kwam voor de gezondheid van vluchtelingen. Deze verandering in beleid had invloed op de GGD die hierdoor meer betrokken werd bij het gemeentelijk beleid op dit gebied. Bij GGD P werkte de gemeente eveneens stimulerend. Doordat de gemeente een proeftuin wilde kon een project in zijn huidige vorm worden opgezet. Hieruit kan geconcludeerd worden dat veranderingen binnen het politieke klimaat van gemeenten een positieve invloed hebben gehad op het agendavormingsproces bij GGD'en.

Veranderingen binnen het politieke klimaat van gemeenten kunnen naast een stimulerend effect echter ook een belemmerend effect hebben. Uit de interviews is gebleken dat de op komst zijnde decentralisaties veel aandacht vragen van gemeenten. Gemeenten moeten meer prioriteiten stellen doordat de beleidscapaciteit vaak volledig ingezet wordt voor de decentralisaties. Doordat er prioriteiten gesteld moeten worden kunnen sommige onderwerpen minder aandacht krijgen dan ze bijvoorbeeld voorheen kregen. Een onderwerp als gezondheid bij vluchtelingen heeft niet altijd prioriteit bij gemeenten en krijgt daardoor minder aandacht.

De derde stroom, veranderingen binnen het politieke klimaat, blijkt bij de GGD'en met activiteiten zeker aanwezig te zijn. Gemeenten lijken minder invloed te hebben bij de GGD'en die nog geen activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren. Veranderingen in het politieke klimaat kunnen zowel stimulerend als belemmerend werken op het agendavormingsproces. Beleidsveranderingen waardoor er meer aandacht komt voor dit onderwerp is stimulerend terwijl de aandacht die gemeenten hebben voor de op komst zijnde decentralisaties juist belemmerend kan werken. Het beleid van de Rijksoverheid blijkt, wat dit onderwerp betreft, geen stimulerende invloed te hebben gehad. De Rijksoverheid zou positieve invloed kunnen uitoefenen, maar heeft dit op dit gebied nog weinig gedaan.

6.4.5 De koppeling van de stromen bij GGD'en

Zoals eerder gezegd gaat Kingdon er vanuit dat een koppeling van de drie stromen kan leiden tot het opengaan van een beleidsraam. In dit onderzoek zou een koppeling van deze stromen betekenen dat het beleidsraam open is gegaan en activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd tot stand zijn gekomen.

In de voorgaande deelparagrafen is geconcludeerd dat er van de drie stromen van Kingdon sprake is bij de GGD'en die al activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren (zie figuur 12). Er is namelijk sprake van herkenning van het probleem, beleidsalternatieven en veranderingen in het politieke klimaat bij de GGD'en GGD E, GGD M en GGD P. GGD D is een uitzondering, er is geen sprake van herkenning van het probleem terwijl er wel activiteiten uitgevoerd worden. Er is wel sprake van beleidsalternatieven, er zijn ideeën naar voren gebracht naar aanleiding van het extern initiatief. Het extern initiatief kan verklaren waarom er wel activiteiten uitgevoerd worden, de vraag naar activiteiten heeft er toe geleid dat activiteiten tot stand zijn gekomen. Ondanks dat er geen sprake is van herkenning van het probleem heeft het extern initiatief er wel toe geleid dat er sprake is geweest van herkenning van een deelaspect van het probleem, namelijk de aspecten waar activiteiten gevraagd voor werden. De vraag van het extern initiatief zorgde er voor dat er als het ware een subwindow opende omtrent het deelaspect van het probleem. Hierdoor konden activiteiten voor dit deelaspect tot stand komen zonder dat er daadwerkelijk sprake was van herkenning van het volledige probleem.

Bij de GGD'en zonder activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd lijken niet alle stromen aanwezig te zijn (zie figuur 13). Bij de GGD'en GGD A, GGD C, GGD F, GGD I en GGD K lijkt in ieder geval de stroom herkenning van het probleem te ontbreken. Er is geen of beperkt

bewustzijn van het probleem. De stroom beleidsalternatieven lijkt eveneens niet aanwezig te zijn bij deze GGD'en. Er is nog geen sprake van ideeën die uitgewerkt worden in beleidsplannen. De derde stroom, veranderingen in het politieke klimaat, is net als de twee andere stromen niet zichtbaar bij deze GGD'en. GGD R is een uitzondering bij de GGD'en zonder activiteiten. Deze GGD herkent het probleem, ontwikkelt beleidsalternatieven, maar heeft nog geen specifieke activiteiten voor vluchtelingenjeugd. Dit kan verklaard worden door het feit dat deze GGD nog in de ontwikkelingsfase zit met betrekking tot meerdere initiatieven.

GGD'en	Activiteiten voor vluchtelingenjeugd	Herkenning probleem	Beleidsalternatieven	Veranderingen politiek
GGD E	+	+	+	+
GGD M	+	+	+	+
GGD P	+	+	+	+
GGD D	+	-	+	-
GGD A	-	-	-	-
GGD C	-	-	-	-
GGD F	-	-	-	-
GGD I	-	-	-	-
GGD K	-	-	-	-
GGD R	-	+	+	+

Figuur 13: Overzicht van actuele stromen bij GGD'en met betrekking tot het onderwerp gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd

Geconcludeerd kan worden dat de aanwezigheid van de drie stromen geleid heeft tot de totstandkoming van activiteiten bij de GGD'en die daadwerkelijk al activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren. Deze koppeling werd vaak gemaakt doordat er een verandering optrad in een bepaalde stroom zoals een beleidsverandering bij een gemeente, vraag van cliënten of een incident waardoor een GGD gevraagd werd activiteiten uit te voeren. De afwezigheid van een of meer stromen bij de GGD'en zonder activiteiten voor vluchtelingenjeugd kan verklaren waarom hier nog geen activiteiten tot stand zijn gekomen. Er is geen sprake van een koppeling van de drie stromen en het opengaan van een beleidsraam. Hierdoor voeren deze GGD'en momenteel nog geen activiteiten uit voor vluchtelingenjeugd.

6.5 Stimulerende en belemmerende factoren

Zoals aangegeven in het voorgaande zijn er meerdere factoren die van invloed zijn geweest bij het agendavormingsproces bij GGD'en. Er zijn factoren genoemd die het agendavormingsproces bij GGD'en gestimuleerd hebben en er zijn factoren genoemd die dit juist belemmerd hebben. In de operationalisatie zijn enkele richtinggevende begrippen opgesteld aan de hand waarvan in de interviews gevraagd werd naar de stimulerende en belemmerende factoren. Deze verwachte stimulerende factoren zijn realisatiemachten en bewustzijn. De verwachte belemmerende factoren zijn hindermachten, kosten, middelen, tijd, prioriteiten en de zichtbaarheid van de doelgroep. Van deze factoren werd verwacht dat ze een stimulans of belemmering waren met betrekking tot het agendavormingsproces. In de paragraaf zullen de stimulerende en belemmerende factoren weergegeven worden aan de hand van deze begrippen en de voorgaande paragrafen van de analyse.

De factor realisatiemachten bleek inderdaad een stimulerende rol te hebben gespeeld in het agendavormingsproces. In de analyse bleek dat drie machten als realisatiemacht beschouwd kunnen worden, namelijk intern initiatief, extern initiatief en gemeentelijke politiek. Landelijke politiek en GGD GHOR Nederland bleken geen positieve invloed te hebben gehad op het agendavormingsproces.

Het bewustzijn van GGD'en bleek een zeer belangrijk aspect te zijn ten aanzien van dit probleem. Het ontbreken van bewustzijn bij GGD'en kan gezien worden als een belemmerende factor voor het tot stand komen van activiteiten voor vluchtelingenjeugd. Eveneens kan het bewust zijn van andere GGD'en gezien worden als een stimulans voor deze GGD'en om wel activiteiten op te zetten. Dit maakt dat bewustwording een cruciaal aspect binnen het agendavormingsproces is.

Er werd verwacht dat hindermachten een belemmerende rol gespeeld hebben in het agendavormingsproces bij GGD'en. Uit de interviews bleek echter dat er geen hindermachten aangewezen kunnen worden die agendavorming belemmerd hebben. GGD'en geven aan dat alle actoren welwillend staan ten aanzien van het oplossen van een dergelijk probleem wanneer dat nodig blijkt te zijn.

Kosten en middelen bleken twee factoren te zijn die geen invloed hebben gehad op het agendavormingsproces bij de GGD'en. De GGD'en gaven aan voldoende middelen te hebben om dergelijke activiteiten op te zetten. Eveneens gaven ze aan dat als het probleem daadwerkelijk groot genoeg is om er op te acteren, er altijd wel een budget voor gevonden kan worden. Kosten en middelen werden door GGD'en niet gezien als een belemmerende factor.

In tegenstelling tot kosten en middelen bleken de factoren prioriteiten en zichtbaarheid van de doelgroep wel van invloed te zijn geweest op het agendavormingsproces. Enkele GGD'en gaven aan dat dit onderwerp momenteel niet de prioriteit heeft bij de GGD en bij gemeenten. Bij GGD'en werd aangegeven dat het probleem momenteel niet als meest urgent beschouwd wordt en misschien niet groot genoeg is om op te acteren. Als verklaring voor andere prioriteiten die voorrang krijgen bij gemeenten werden de op komst zijnde decentralisaties genoemd. De decentralisaties vragen momenteel alle beleidscapaciteit van gemeenten waardoor andere problemen op de achtergrond kunnen verdwijnen.

De beperkte zichtbaarheid van de groep bleek als een belemmerende factor gezien te kunnen worden. Doordat vluchtelingen vaak verspreid over gemeenten wonen, de omvang van de groep klein is en er sprake is van verscheidenheid zijn vluchtelingen als groep niet erg zichtbaar. Dit maakt dat problemen niet altijd in beeld zijn en daardoor niet leiden tot het opzetten van activiteiten. Wanneer de zichtbaarheid van vluchtelingen in een werkgebied van een GGD laag is kan dit er eveneens voor zorgen dat de GGD minder bewust is dan een GGD waar de concentratie en daarmee zichtbaarheid van vluchtelingen in het werkgebied hoger is.

Naast de verwachte factoren bleek er nog een andere factor te zijn die als belemmerend beschouwd kan worden, namelijk het niet collectief in beeld hebben van de gezondheidstoestand bij deze groep. Doordat problemen niet collectief in beeld zijn en professionals niet altijd overstijgend naar de groep kijken, worden patronen in gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd moeilijker gesignaleerd. Er wordt hierdoor waarschijnlijk door sommige GGD'en automatisch vanuit gegaan dat een reguliere aanpak toereikend is en een specifieke aanpak niet nodig is.

6.6 Toetsing van hypothesen

Aan de hand van de theorie in hoofdstuk 3 zijn drie hypothesen opgesteld die op basis van de analyse getoetst zullen worden. Deze hypothesen zijn opgesteld om een antwoord te kunnen formuleren op de hoofdvraag van dit onderzoek, namelijk de vraag hoe de verschillen tussen GGD'en met betrekking tot de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd verklaard kunnen worden.

Hypothese 1: Als het onderwerp gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd de barrières van het barrièremodel bij GGD'en heeft overwonnen zullen GGD'en activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren

In de analyse is gebleken dat de eerste hypothese als houdbaar gezien kan worden. De GGD'en GGD E, GGD M en GGD P hebben alle drie de barrières van het barrièremodel overwonnen en voeren activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit. Hieruit kan geconcludeerd worden dat GGD'en die de barrières overwonnen hebben inderdaad activiteiten uitvoeren voor vluchtelingenjeugd. Het overwinnen van de barrières van het barrièremodel kan gezien worden als een voorwaarde om activiteiten voor vluchtelingenjeugd tot stand te laten komen. Dit wordt bevestigd door het feit dat de GGD'en GGD A, GGD C, GGD F, GGD I, GGD K en GGD R nog niet alle barrières van het model overwonnen hebben en tevens nog geen activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren. Bijna alle GGD'en die nog geen activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren hebben de barrière bewustwording van het probleem nog niet overwonnen. Alleen GGD R heeft deze barrière overwonnen en zit inmiddels bij de barrière plaatsing op de beleidsagenda.

Een uitzondering op deze hypothese is GGD D. Deze GGD heeft niet alle barrières van het model overwonnen, maar voert wel activiteiten uit voor vluchtelingenjeugd. Dit kan verklaard worden door de vraag van het extern initiatief. Door de vraag naar activiteiten heeft de GGD geacteerd zonder daadwerkelijk bewust te worden van het volledige probleem omtrent vluchtelingenjeugd.

Hypothese 2: GGD'en die te maken hebben gehad met realisatiemachten zoals intern initiatief, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, GGD GHOR Nederland en extern initiatief voeren meer activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit dan GGD'en die niet te maken hebben gehad met realisatiemachten

In de analyse is gebleken dat GGD'en die te maken hebben gehad met realisatiemachten inderdaad meer activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren dan GGD'en die hier niet mee te maken hebben gehad. Dit maakt dat de tweede hypothese houdbaar is gebleken. Gebleken is dat intern initiatief, gemeentelijke politiek en extern initiatief als realisatiemacht gezien kunnen worden bij de GGD'en GGD D, GGD E, GGD M en GGD P. De realisatiemachten hebben het agendavormingsproces bij deze GGD'en gestimuleerd. Bij GGD R was er eveneens sprake van realisatiemachten, dit kan verklaren waarom deze GGD meerdere barrières overwonnen heeft en inmiddels bij de barrière plaatsing op de beleidsagenda zit. Landelijke politiek en GGD GHOR Nederland blijken niet als realisatiemacht beschouwd te kunnen worden omtrent dit onderwerp. Bij de GGD'en zonder specifieke activiteiten bleken er geen realisatiemachten invloed uit te hebben geïjverd. Dit maakt dat de hypothese houdbaar is gebleken, GGD'en met realisatiemachten voeren meer activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit.

Hypothese 3: De aanwezigheid van de probleemstroom, beleidsalternatieven en politieke stroom bij GGD'en maakt dat het beleidsraam geopend is en er activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd worden

De derde hypothese blijkt eveneens houdbaar te zijn, de drie stromen van Kingdon zijn aanwezig bij de GGD'en die activiteiten voor vluchtelingenjeugd uitvoeren. Dit terwijl er ten minste een van de drie stromen ontbreekt bij de GGD'en die nog geen activiteiten uitvoeren. Bij de GGD'en GGD E, GGD M en GGD P zijn de stromen duidelijk herkenbaar. Bij de andere GGD'en, op GGD R na, is er sprake van het ontbreken van een of meer van de drie stromen. Het ontbreken van een of meer van de stromen kan verklaren waarom activiteiten nog niet tot stand zijn gekomen. Bij GGD D is er wel sprake van beleidsalternatieven, maar de andere twee stromen ontbreken nog. Dit kan verklaren waarom er naast de activiteiten die voort zijn gekomen uit het extern initiatief en zich richten op een deelaspect van het probleem nog geen andere activiteiten worden uitgevoerd. Bij GGD R zijn alle drie de stromen herkenbaar, er worden momenteel meerdere initiatieven ontwikkeld omtrent dit onderwerp.

6.7 Slot

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van dit onderzoek geanalyseerd. Aan de hand van het barrièremodel is geconcludeerd dat de GGD'en zonder activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd bepaalde barrières van het model nog niet overwonnen hebben. Tevens is ingegaan op de mogelijke realisatie- en hindermachten. Gebleken is dat intern initiatief, gemeentelijke politiek en extern initiatief gezien kunnen worden als een realisatiemacht omtrent de agendavorming op dit gebied. Op basis van het stromenmodel is weergegeven welke stromen herkenbaar zijn bij de GGD'en. Bij de GGD'en zonder specifieke activiteiten blijken er stromen afwezig te zijn. Na het barrièremodel en stromenmodel is weergegeven dat realisatiemachten en bewustzijn stimulerende factoren zijn terwijl prioriteiten en beperkte zichtbaarheid van de doelgroep belemmerende factoren zijn voor de totstandkoming van activiteiten. Ten slotte is gebleken dat de opgestelde hypothesen houdbaar zijn.

7. Conclusie

7.1 Inleiding

De doelstelling van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd bij GGD'en. Dit om aanbevelingen te kunnen geven voor de wijze waarop GGD'en binnen de JGZ beter kunnen bijdragen aan het beperken van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd. De bijbehorende vraagstelling was: Welke gezondheidsrisico's signaleren GGD'en bij vluchtelingenjeugd en hoe kunnen de verschillen in de totstandkoming van activiteiten bij GGD'en voor vluchtelingenjeugd verklaard worden? Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden is er een survey gehouden bij negentien GGD'en en zijn er tien GGD'en geïnterviewd (zie bijlage 1). In dit hoofdstuk zal er een antwoord gegeven worden op de hoofdvraag van dit onderzoek. Dit zal worden gedaan door de deelvragen die in de inleiding verwoord zijn een voor een te beantwoorden.

7.2 Conclusies

Deelvraag 1. Welke gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd komen naar voren uit wetenschappelijk onderzoek en de GGD praktijk?

De gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd die naar voren komen uit wetenschappelijk onderzoek blijken in sterke mate ook door GGD'en gesignaleerd te worden. In hoofdstuk 2 is toegelicht dat uit wetenschappelijk onderzoek naar voren komt dat er sprake is van twee categorieën gezondheidsrisico's, namelijk psychosociale risico's en fysieke risico's. Vluchtelingenjeugd blijkt meer kans te hebben op psychosociale problemen dan Nederlandse jeugd. Dit heeft alles te maken met de situatie in het land van herkomst, vaak is er sprake van oorlog of andere slechte omstandigheden. Er is meer kans op psychische problemen, gedragsproblemen en trauma's. Daarnaast kunnen psychische problemen van ouders grote invloed op kinderen hebben. Het achterlaten van familieleden in landen van herkomst kan voor kinderen en gezinnen eveneens leiden tot veel stress en spanning.

Met het krijgen van een verblijfsvergunning en het krijgen van een woning in een gemeente verbetert de situatie van vluchtelingen en vluchtelingenjeugd in vergelijking met de asielperiode, maar er is nog steeds sprake van verhoogde risico's. Daarnaast verslechtert de gezondheid van volwassen vluchtelingen in de loop der tijd. Het opbouwen van een nieuw leven kan moeilijk zijn doordat er vaak weinig kans op werk en opleiding is. Tevens komen vluchtelingen in een andere opvoedingsomgeving terecht, dit vraagt om aanpassing. Een gebrek aan kennis van de gezondheidszorg in Nederland en gezondheid in het algemeen kan eveneens een risico zijn voor vluchtelingen.

De fysieke risico's die naar voren komen uit wetenschappelijk onderzoek zijn vaccinatie achterstanden, overgewicht, te weinig beweging, slechte motoriek, vitaminetekort, gebitsproblematiek en een oververtegenwoordiging van bepaalde erfelijkheidsaandoeningen.

Zoals in hoofdstuk 5 is toegelicht blijkt uit de resultaten van de survey dat 84,2% van de GGD'en gezondheidsrisico's bij vluchtelingen signaleren. In de survey werd door 47,4% van de GGD'en aangegeven de meeste gezondheidsrisico's te signaleren bij vluchtelingenjeugd uit Somalië. Dit was 31,6% bij vluchtelingenjeugd uit Afghanistan, 21,1% bij vluchtelingenjeugd uit Irak en 5,3% bij vluchtelingenjeugd uit Iran. De meeste problematiek werd door GGD'en gesignaleerd bij de categorie vier tot twaalf jarigen, deze categorie werd door 63,2% van de GGD'en aangegeven. De categorie nul tot vier door 31,6% van de GGD'en en de categorie twaalf tot negentien door 57,9%.

GGD'en lijken dezelfde psychosociale problematiek te signaleren als de problematiek die naar voren komt uit wetenschappelijk onderzoek. GGD'en signaleren een verhoogde kans op psychosociale problematiek en geven aan dat er kans is op psychische problemen, posttraumatische stress-stoornis, spanningsklachten en slaapproblemen. Daarnaast signaleren ze spanningen binnen het gezin en opvoedproblemen. Het opbouwen van een nieuw leven en een gebrek aan kennis van de gezondheidszorg en gezondheid in het algemeen wordt door GGD'en ook gezien als situaties die veel risico's met zich mee brengen voor vluchtelingen.

Bij de categorie fysieke problemen is er eveneens veel overlap tussen uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek en signalering door GGD'en. GGD'en signaleren achterstanden in vaccinaties, groei, motoriek, houding en spraak. Daarnaast signaleren ze overgewicht, gebitsproblematiek, kans op vrouwelijke genitale verminking, risico's met betrekking tot seksuele gezondheid, oogklachten en huidaandoeningen.

Deelvraag 2. Welke activiteiten voeren de afzonderlijke GGD'en momenteel binnen de JGZ uit betreffende gezondheidsrisico's van vluchtelingenjeugd?

Om inzicht te kunnen verkrijgen in de verschillen tussen GGD'en is er aan de hand van een survey en interviews geïnventariseerd welke activiteiten GGD'en momenteel uitvoeren voor vluchtelingenjeugd. Uit de survey is gebleken dat 78,9% van de GGD'en aandacht heeft voor vluchtelingen en 84,2% aandacht heeft specifiek voor vluchtelingenjeugd. Tevens geeft 42,1% van de GGD'en aan dat er in de periode drie jaar geleden tot nu activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd zijn. Daarnaast geeft 31,6% van de GGD'en aan activiteiten uit te voeren waarbij vluchtelingenjeugd een belangrijk onderdeel van de doelgroep is. In totaal geeft 94,7% van de GGD'en aan het van belang te vinden dat er activiteiten voor vluchtelingenjeugd binnen de JGZ georganiseerd worden.

Nog niet alle GGD'en voeren momenteel activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit. Er zijn in totaal acht GGD'en die aangeven dit wel te doen, namelijk GGD C, GGD D, GGD E, GGD G, GGD M, GGD O, GGD P en GGD S. Naast specifieke activiteiten zijn er zes GGD'en die activiteiten uitvoeren waarbij vluchtelingenjeugd een belangrijk onderdeel van de doelgroep is. Deze GGD'en zijn GGD L, GGD M, GGD O, GGD P, GGD Q en GGD S.

De activiteiten die specifiek voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd worden bestaan vaak uit het geven van voorlichtingen en cursussen over bijvoorbeeld opvoeding en seksuele gezondheid. Daarnaast wordt het inzetten van intermediairs en Voorlichters Eigen Taal en Cultuur genoemd. Andere activiteiten die genoemd worden zijn het aanbieden van JGZ-contactmomenten op scholen voor nieuwkomers, het geven van extra aandacht aan vluchtelingen binnen jeugdteams, het ontwikkelen van een nieuwe vragenlijst waarin aandacht wordt gegeven aan neveninstromers en het organiseren van bijeenkomsten rondom moederschap, seksualiteit in de pubertijd en gezonde voeding.

Bij de GGD'en die aangeven activiteiten uit te voeren waarbij vluchtelingenjeugd een belangrijk onderdeel van de doelgroep is wordt het geven van voorlichtingen genoemd. Daarnaast wordt onder andere het aanbieden van extra contactmomenten en het extra aandacht geven aan risicokinderen genoemd.

Deelvraag 3. Met welke activiteiten zouden GGD'en binnen de JGZ kunnen bijdragen aan de vermindering van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd?

Zoals genoemd bleek uit de survey dat 94,7% van de GGD'en het van belang vindt dat er binnen de JGZ activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd georganiseerd worden. Hieruit blijkt dat GGD'en zien dat ze een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd.

Aangegeven wordt dat de reguliere JGZ ook voor vluchtelingenjeugd geldt, maar dat er op het individuele niveau soms iets extra's gedaan moet worden zoals extra contactmomenten of het inzetten van een tolk. Daarnaast zijn mogelijke bijdragen op het individuele niveau het meer inzetten van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur en een snellere overdracht van dossiers van AZC's naar de GGD van de gemeente van hervestiging. Dit zou de risico's beter in beeld brengen en kunnen leiden tot het sneller ondernemen van actie door GGD'en.

De GGD kan op het gebied van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd een grote rol spelen, maar er wordt aangegeven dat de GGD dit niet per definitie zelf of alleen hoeft te doen wanneer het gaat om zware individuele gevallen. GGD'en moet hier zeker bij betrokken worden, maar er moet op basis van de problematiek gekeken worden wie dit het best kan oplossen. De GGD zou hierbij wel als verbinder kunnen optreden.

Collectief gezien geven veel GGD'en aan vluchtelingenjeugd niet als groep in beeld te hebben. Kinderen zijn individueel gezien goed in beeld, maar er wordt niet automatisch een vertaalslag naar het collectief gemaakt. Om iets bij te kunnen dragen zou er meer collectief naar deze groep gekeken moeten worden. De gezondheidstoestand van deze groep moet collectief in beeld gebracht worden. Tevens moet er meer kennis van het probleem komen om te kunnen beoordelen welke bijdrage de JGZ op het collectieve niveau zou kunnen leveren. GGD'en geven aan dat er meer nadruk zou moeten komen te liggen op

preventie. Als concrete bijdragen op het collectieve niveau worden activiteiten op het gebied van leefstijlverandering, het verbeteren van het bereiken van vluchtelingen en taboe-doorbreking genoemd.

Overstijgend wordt het beter equiperen van professionals voor hun werk met vluchtelingen gezien als een mogelijke bijdragen van de JGZ. Dit kan worden gedaan door de interculturele communicatie en de cultuur sensitieve competenties van professionals op dit gebied te verbeteren.

Deelvraag 4. Hoe kunnen verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd en daarmee agendavorming verklaard worden vanuit de praktijk en theorie?

Om de verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd te kunnen verklaren is er gebruikt gemaakt van het barrièremodel en het stromenmodel. Aan de hand van het barrièremodel is inzichtelijk gemaakt welke verschillen er zijn tussen GGD'en met betrekking tot de totstandkoming van activiteiten. Er is toegelicht welke barrières er bij de afzonderlijke GGD'en overwonnen zijn. Tevens is inzicht verkregen in de machten die invloed hebben gehad op het agendavormingsproces bij GGD'en, de realisatie- en hindermachten. Aan de hand van het stromenmodel is toegelicht of er bij de GGD'en sprake was van de stromen herkenning van het probleem, beleidsalternatieven en veranderingen binnen het politieke klimaat. Er is geanalyseerd hoe het komt dat bij de ene GGD wel sprake is van activiteiten en daarmee een open beleidsraam terwijl dit bij de andere GGD niet het geval is geweest. Het barrièremodel heeft in dit onderzoek voornamelijk inzicht gegeven in waar het probleem vast is gelopen bij GGD'en terwijl het stromenmodel inzichtelijk heeft gemaakt waarom het probleem is vastgelopen.

Het barrièremodel bij GGD'en

Het barrièremodel bestaat uit zeven barrières, namelijk het voordoen van een ongewenste situatie, bewustwording van het probleem, omzetting naar eisen, plaatsing op de publieke agenda, plaatsing op de beleidsagenda, plaatsing op de besluitvormingsagenda en plaatsing op de uitvoeringsagenda. In hoofdstuk 6 is gebleken dat de eerste barrière van het model logischerwijs overwonnen is, er is duidelijk sprake van gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en dit maakt dat er sprake is van een probleem. Er komen gezondheidsrisico's naar voren uit wetenschappelijk onderzoek en de GGD praktijk. Tevens wordt in de Agenda Integratie van minister Asscher van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid duidelijk gemaakt dat er sprake is van een ongewenste situatie waarbij het ingrijpen van onder andere GGD'en wenselijk is.

De bewustwording van het probleem blijkt niet even vanzelfsprekend overwonnen te zijn als de eerste barrière. Zes GGD'en geven aan zich voor de barrière bewustwording van het probleem te bevinden, deze barrière is nog niet overwonnen door alle GGD'en. De GGD'en die zich in de bewustwordingsfase van het probleem bevinden zijn de GGD'en GGD A,

GGD C, GGD D, GGD F, GGD I en GGD K. GGD D voert ondanks niet bewust te zijn van het probleem al wel activiteiten uit specifiek voor vluchtelingenjeugd. Er is bij deze GGD bewustzijn van een deelaspect van het probleem.

De vier andere geïnterviewde GGD'en blijken de barrière bewustwording wel overwonnen te hebben en bevinden zich verder in het agendavormingsproces. GGD R is zich bewust van het probleem, maar voert momenteel nog geen activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit. Deze GGD is momenteel bezig met het ontwikkelen van meerdere initiatieven en bevindt zich bij de barrière plaatsing op de beleidsagenda. De GGD'en GGD E, GGD M en GGD P bevinden zich allen bij de plaatsing op de uitvoeringsagenda, er worden al daadwerkelijk activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd.

Een eerste verklaring voor de verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten kan gevonden worden in het niet overwonnen hebben van een barrière van het model. In de meeste gevallen was dit de barrière bewustwording van het probleem. GGD'en die activiteiten uitvoeren specifiek voor vluchtelingenjeugd blijken deze barrière over het algemeen overwonnen te hebben terwijl GGD'en die geen activiteiten uitvoeren deze barrière nog niet overwonnen hebben.

Realisatie- en hindermachten

Aan de hand van de begrippen realisatiemacht en hindermacht is gekeken of de machten intern initiatief bij GGD'en, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, GGD GHOR Nederland en extern initiatief invloed hebben gehad op de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd. Uit de analyse is gebleken dat drie van deze machten opgetreden hebben als realisatiemacht binnen het agendavormingsproces bij GGD'en. Deze realisatiemachten waren het intern initiatief, gemeentelijke politiek en extern initiatief. De mogelijke machten landelijke politiek en GGD GHOR Nederland bleken niet een stimulerende invloed te hebben gehad op het agendavormingsproces bij GGD'en.

Het intern initiatief heeft een grote invloed gehad op het agendavormingsproces. GGD'en waar sprake was van intern initiatief voeren meer activiteiten uit voor vluchtelingenjeugd. Aangegeven wordt dat het van belang is voor de bewustwording dat er sprake is van professionals die sensitief zijn voor de problematiek en zich als een aanjager hard maken voor dit onderwerp. Intern initiatief blijkt eveneens belangrijk te zijn voor de borging van het onderwerp. Portefeuillehouders die het onderwerp dragen blijken van groot belang bij GGD'en te zijn.

Gemeentelijke politiek blijkt eveneens een realisatiemacht te zijn geweest voor GGD'en. GGD'en waarbij gemeenten op hebben getreden als realisatiemacht blijken meer activiteiten uit te voeren dan GGD'en waarbij dit niet het geval was. Veranderingen in het politieke klimaat bij gemeenten lijkt een grote invloed te hebben gehad op GGD'en. Beleidswijzigingen binnen gemeenten of vragen van gemeenten aan GGD'en om te acteren op problemen hebben er toe geleid dat activiteiten bij GGD'en tot stand zijn gekomen.

Extern initiatief bleek de derde realisatiemacht te zijn. GGD'en met activiteiten bleken te acteren op basis van vraag van bijvoorbeeld scholen, buurtcentra, kerkgemeenten en cliënten. Het extern initiatief maakte bij meerdere GGD'en duidelijk dat er behoefte is aan extra activiteiten voor vluchtelingen en vluchtelingenjeugd.

Concluderend kan gezegd worden dat de verschillen in de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd eveneens verklaard kunnen worden door de invloed van de realisatiemachten intern initiatief, gemeentelijke politiek en extern initiatief. GGD'en waarbij er sprake was van een stimulerende invloed van deze machten blijken wel activiteiten uit te voeren terwijl GGD'en waarbij deze machten afwezig waren over het algemeen nog geen activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren.

Het stromenmodel bij GGD'en

Er is sprake van de drie stromen bij de GGD'en die momenteel al activiteiten uitvoeren specifiek voor vluchtelingenjeugd. GGD D is hier een uitzondering op. Er is geen sprake van herkenning van het probleem en veranderingen in het politieke klimaat. Dat deze GGD wel activiteiten uitvoert kan verklaard worden door de aanwezigheid van extern initiatief en het bewustzijn van een deelaspect van het probleem. Bij de GGD'en zonder activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd lijken niet alle stromen aanwezig te zijn. GGD R is hier een uitzondering op. Er is bij deze GGD wel sprake van de drie stromen, maar er worden nog niet daadwerkelijk activiteiten uitgevoerd. Dit kan verklaard worden doordat deze GGD nog in de ontwikkelingsfase zit met betrekking tot meerdere initiatieven.

Een eerste verklaring voor de afwezigheid van herkenning van het probleem is dat niet alle GGD'en vluchtelingen als groep in beeld lijken te hebben. Doordat niet alle GGD'en de gezondheidstoestand bij vluchtelingenjeugd in beeld hebben wordt het probleem niet overal herkend. Professionals blijken tevens niet altijd overstijgend te kijken naar de groep en signalen niet altijd terug te koppelen naar het management. Het niet kijken naar het collectief, maar slechts focussen op het individu, kan verklaren waarom niet elke GGD activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoert. Doordat collectieve problemen niet altijd herkend worden lijkt het uitvoeren van collectieve activiteiten met een aanpak specifiek voor vluchtelingen waarschijnlijk niet per definitie noodzakelijk. Hierdoor voeren waarschijnlijk niet alle GGD'en activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit. Een andere verklaring voor de afwezigheid van de herkenning van het probleem is de afwezigheid van invloed van het intern initiatief, gemeentelijke politiek en extern initiatief.

De zichtbaarheid van de groep kan ook gezien worden als een verklaring voor het beperkt bewustzijn bij GGD'en. Er is sprake van een lage concentratie aan vluchtelingen in gemeenten en een grote verscheidenheid. Dit maakt dat vluchtelingen niet in elke gemeente even zichtbaar zijn. Tevens kan het aantal vluchtelingen in een werkgebied van een GGD laag zijn waardoor collectieve problemen moeilijker gesignaleerd worden.

Naast herkenning is erkenning van het probleem van belang. Er moet erkend worden dat het probleem groot is en vraagt om een oplossing. Sommige GGD'en zijn er van overtuigd dat extra activiteiten nodig zijn voor deze groep terwijl andere GGD'en er van uit gaan dat de reguliere JGZ toereikend is. Daarnaast is het afhankelijk van de problematiek of GGD'en het per definitie de taak van de GGD vinden om dit probleem aan te pakken. Deze verschillen in opvattingen kunnen verklaren waarom de ene GGD wel activiteit heeft opgezet terwijl de andere dit niet heeft gedaan.

Net als de stroom herkenning van het probleem blijkt de stroom beleidsalternatieven ook afwezig te zijn bij de meeste GGD'en zonder activiteiten. Dit kan verklaard worden door de afwezigheid van intern initiatief die met beleidsvoorstellen kan komen. Eveneens kan dit verklaard worden door de afwezigheid van het bewustzijn. Wanneer een GGD zich niet bewust is van een probleem zullen er geen beleidsplannen ontwikkeld worden om het probleem op te lossen. Deze factoren kunnen verklaren waarom sommige GGD'en nog geen activiteiten opgezet hebben. GGD'en waarbij deze factoren wel aanwezig waren hebben namelijk wel activiteiten opgezet.

De derde stroom, veranderingen in het politieke klimaat, blijkt wel aanwezig te zijn bij GGD'en met activiteiten, maar niet bij GGD'en zonder activiteiten. Gemeentelijke politiek blijkt zeker van invloed te zijn geweest op de totstandkoming van activiteiten bij GGD'en. Gemeentelijke politiek blijkt echter eveneens een belemmerende werking te kunnen hebben. Doordat momenteel veel aandacht naar de op komst zijnde decentralisaties gaat kunnen sommige onderwerpen minder aandacht krijgen. In tegenstelling tot gemeentelijke politiek blijkt landelijke politiek geen positieve invloed te hebben gehad op het agendavormingsproces. De afwezigheid van stimulerende veranderingen binnen het politieke klimaat rondom sommige GGD'en kan een verklaring zijn voor het niet tot stand komen van activiteiten.

Geconcludeerd kan worden dat de verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten ook verklaard kunnen worden door de aanwezigheid van de drie genoemde stromen. Bij GGD'en waarbij er sprake was van deze stromen is het beleidsraam open gegaan en zijn er activiteiten tot stand gekomen. Bij GGD'en die nog geen activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren blijkt er over het algemeen ten minste een van de drie stromen afwezig te zijn waardoor de activiteiten niet tot stand zijn gekomen.

5. Welke factoren stimuleren en belemmeren de totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd binnen GGD'en?

Er kunnen meerdere factoren onderscheiden worden die stimulerend of belemmerend gewerkt hebben op het agendavormingsproces. De verwachte stimulerende factoren zijn realisatiemachten en bewustzijn. De verwachte belemmerende factoren zijn hindermachten, kosten, middelen, prioriteiten en de beperkte zichtbaarheid van de groep.

De factor realisatiemachten bleek inderdaad een stimulerende rol te hebben gespeeld in het agendavormingsproces. In de analyse bleek dat drie machten als realisatiemacht beschouwd kunnen worden, namelijk intern initiatief, extern initiatief en gemeentelijke politiek. Het bewustzijn van GGD'en bleek eveneens een zeer belangrijk aspect te zijn ten aanzien van dit probleem. Het ontbreken van bewustzijn bij GGD'en kan gezien worden als een belemmerende factor voor het tot stand komen van activiteiten voor vluchtelingenjeugd. Eveneens kan het bewustzijn van GGD'en gezien met activiteiten gezien worden als een stimulans voor deze GGD'en om wel activiteiten op te zetten.

Hindermachten bleken bij het agendavormingsproces bij GGD'en geen rol te hebben gespeeld. Er konden geen hindermachten benoemd worden. Kosten en middelen bleken eveneens geen belangrijke rol te spelen als het gaat om de totstandkoming van activiteiten. Wanneer het probleem groot genoeg blijkt te zijn, vormen deze factoren volgens de GGD'en geen grote belemmering. Prioriteiten en beperkte zichtbaarheid van de doelgroep bleken wel belemmerend te werken. Enkele GGD'en gaven aan dat dit onderwerp momenteel niet de prioriteit heeft bij de GGD'en en bij gemeenten door onder andere de decentralisaties. De beperkte zichtbaarheid van de doelgroep bleek als een belemmerende factor gezien te kunnen worden. Doordat vluchtelingen vaak verspreid over gemeenten wonen, de omvang van de groep klein is en er sprake is van verscheidenheid zijn vluchtelingenjeugd als groep en de problemen niet altijd zichtbaar. Naast deze factoren bleek eveneens het niet collectief in beeld hebben van de gezondheidstoestand van deze groep en het niet altijd overstijgend kijken van professionals naar deze groep gezien te kunnen worden als een belemmerende factor.

7.3 Hypothesen

In de analyse zijn drie hypothesen getoetst die opgesteld zijn aan de hand van het barrièremodel en het stromenmodel. Deze hypothesen zijn:

Hypothese 1: Als het onderwerp gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd de barrières van het barrièremodel bij GGD'en heeft overwonnen zullen GGD'en activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren

Hypothese 2: GGD'en die te maken hebben gehad met realisatiemachten zoals intern initiatief, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, GGD GHOR Nederland en extern initiatief voeren meer activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit dan GGD'en die niet te maken hebben gehad met realisatiemachten

Hypothese 3: De aanwezigheid van de probleemstroom, beleidsalternatieven en politieke stroom bij GGD'en maakt dat het beleidsraam geopend is en er activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uitgevoerd worden

Gebleken is dat alle drie de hypothesen als houdbaar beschouwd kunnen worden. De GGD'en waarbij het probleem alle barrières overwonnen heeft voeren activiteiten uit voor vluchtelingenjeugd terwijl de GGD'en waarbij het probleem vast is gelopen bij een barrière over het algemeen geen activiteiten uitvoeren. De realisatiemachten intern initiatief,

gemeentelijke politiek en extern initiatief hebben er toe geleid dat bij GGD'en activiteiten tot stand zijn gekomen specifiek voor vluchtelingenjeugd. De GGD'en waarbij deze machten afwezig waren voeren minder activiteiten uit voor vluchtelingenjeugd. De aanwezigheid van de drie stromen van Kingdon leidde er bij GGD'en toe dat activiteiten tot stand zijn gekomen. GGD'en waarbij een of meer stromen bleken over het algemeen geen activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd uit te voeren.

7.4 Aanbevelingen

Zoals in de doelstelling van dit onderzoek weergegeven is zullen er aanbevelingen gegeven worden voor GGD'en met betrekking tot de uitvoering van de JGZ. Daarnaast zullen er ook aanbevelingen gegeven worden voor de koepelorganisatie GGD GHOR Nederland. Voor de GGD'en zijn de aanbevelingen gericht op het verzamelen van gegevens, het delen van kennis, het verbeteren van competenties, het versnellen van dossier-overdracht en het verbeteren van de agenderingsmogelijkheden. Voor GGD GHOR Nederland richten de aanbevelingen zich op kennisdeling, het stimuleren van onderzoek en eveneens het verbeteren van agenderingsmogelijkheden.

7.4.1 Aanbevelingen voor GGD'en

Dit onderzoek heeft geleid tot de volgende aanbevelingen voor GGD'en:

- Verzamel collectieve gegevens over de gezondheidstoestand bij vluchtelingenjeugd.

Hierdoor komt de problematiek beter in beeld en kan er overstijgend gekeken worden naar vluchtelingenjeugd. Dit zal leiden tot meer bewustzijn met betrekking tot gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd.

- Werk als GGD'en samen op dit gebied door ervaringen en best practices te delen.

Hierdoor kunnen activiteiten die succesvol gebleken zijn als voorbeeld dienen voor GGD'en die activiteiten willen opzetten.

- Agendeer problematiek rondom vluchtelingenjeugd bij gemeenten via de agenda van het bestuur van de GGD.

Dit zal gemeenten bewuster maken van de gezondheidsrisico's en hierdoor zullen gemeenten eerder geneigd zijn het probleem op te willen lossen.

- Onderzoek de mogelijkheid om de interculturele communicatie en de cultuur sensitieve competenties van professionals te verbeteren middels scholing.

Door deze competenties te optimaliseren zullen professionals beter kunnen aansluiten bij de behoeften van vluchtelingen.

- Onderzoek de mogelijkheid om de overdracht van dossiers van AZC's naar de GGD van de gemeente van vestiging te versnellen.

Dit maakt dat vluchtelingenjeugd eerder in beeld is bij GGD'en en vergroot daardoor het bewustzijn. Hierdoor kan er sneller tot actie worden overgegaan.

- Benoem een medewerker binnen de GGD als portefeuillehouder voor dit onderwerp.

Hierdoor blijft het onderwerp beter geborgd binnen de GGD. Zij of hij zal er mede zorg voor moeten dragen dat het onderwerp regelmatig op de agenda komt van het bestuur en aandacht voor het onderwerp integraal wordt meegenomen bij nieuw beleid.

7.4.2 Aanbevelingen voor GGD GHOR Nederland

Voor GGD GHOR Nederland is een hoofdaanbeveling opgesteld, namelijk creëer meer bewustzijn van het probleem bij GGD'en. Dit kan gedaan worden door:

- De mogelijkheid te onderzoeken om GGD'en gegevens aan te reiken over het aantal vluchtelingen wonend in hun werkgebied.

Dit maakt de groep meer zichtbaar voor GGD'en en geeft inzicht in de regionale verschillen.

- Onderzoek naar gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en effectieve activiteiten om deze risico's te beperken te stimuleren.

Hierdoor komt er meer inzicht in de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd en kunnen er best practices vastgesteld worden.

- Binnen GGD GHOR Nederland een medewerker te benoemen als portefeuillehouder.

Dit maakt dat dit onderwerp ook bij GGD GHOR Nederland niet naar de achtergrond verdwijnt. Deze medewerker kan eveneens als contactpersoon optreden naar de GGD'en toe. Hierdoor weten GGD'en beter bij wie ze moeten zijn met vragen omtrent dit onderwerp. Ook kan deze persoon een periodiek overleg organiseren waardoor contactpersonen van GGD'en kennis kunnen delen.

- Op GGDKennisnet een pagina op te zetten en te onderhouden omtrent dit onderwerp.

Hier kan alle informatie omtrent dit onderwerp verzameld worden. GGD'en kunnen hierdoor vrij gemakkelijk meer inzicht verkrijgen in dit onderwerp. Tevens kunnen de best practices op deze pagina verzameld worden waardoor GGD'en van elkaar kunnen leren.

- Netwerkbijeenkomsten te organiseren omtrent dit onderwerp.

Hier kan kennis gedeeld worden en kunnen contacten gelegd worden. Dit zal de samenwerking tussen GGD'en en andere betrokken organisaties op dit gebied vergroten.

7.5 Reflectie

In dit onderzoek is getracht de verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd en daarmee agendavorming te verklaren aan de hand van theoretische modellen en de praktijk van GGD'en. In deze paragraaf zal er gereflecteerd worden op de gemaakte keuzes ten aanzien van de theorie en de methoden. Daarnaast zullen de opbrengsten van het onderzoek besproken worden en worden er aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven.

7.5.1 Theoretische reflectie

De keuze om als theoretische basis theorieën omtrent agendavorming te nemen is de juiste gebleken. Op basis van het barrièremodel en stromenmodel is er veel inzicht verkregen in het agendavormingsproces bij GGD'en. Aan de hand van het barrièremodel kon inzichtelijk gemaakt worden welke verschillen er tussen GGD'en zijn met betrekking tot het agendavormingsproces. Door weer te geven bij welke barrière GGD'en vastgelopen zijn met betrekking tot agendavorming omtrent dit onderwerp konden de verschillen tussen GGD'en goed in kaart gebracht worden. Het analyseren van de realisatie- en hindermachten gaf inzicht in de machten die stimulerend en belemmerend werken op het agendavormingsproces bij

GGD'en omtrent dit onderwerp. Door de verschillen tussen GGD'en en de realisatie- en hindermachten vast te stellen konden de verschillen vervolgens aan de hand van het stromenmodel verklaard worden. Er kwam inzicht in wat nodig is voor een GGD om activiteiten tot stand te kunnen laten komen.

Het gebruik van het barrièremodel en stromenmodel bleek toereikend te zijn om de verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd te verklaren. Hierdoor is de eerder gemaakte keus om in dit onderzoek het barrièremodel en het stromenmodel toe te passen en het relatieve-aandachtsmodel en het kloofmodel buiten beschouwing te laten juist gebleken.

Het barrièremodel en het stromenmodel leken elkaar perfect aan te vullen. Het barrièremodel kan volgens de theorie inzicht geven in waar het probleem vast loopt in het agendavormingsproces terwijl het stromenmodel inzicht kan geven in waarom het probleem vast loopt. Hoewel dit in dit onderzoek grotendeels juist bleek te zijn is er ook een punt van kritiek op deze assumptie te geven. Het stromenmodel verklaart het niet open gaan van een beleidsraam door vast te stellen dat er geen sprake is van koppeling van de stromen. De afwezigheid van deze stromen wordt echter niet verklaard door het model. Het barrièremodel zou alleen verklaren waar een probleem vastloopt in het agendavormingsproces. Doordat het barrièremodel echter veel nadruk legt op de realisatie- en hindermachten kan dit model eveneens verklaren waarom een probleem barrières overwint. Tevens levert het analyseren van de realisatie- en hindermachten een bijdrage aan de verklaring van de aan- of afwezigheid van de drie stromen van Kingdon. Herkenning van het probleem kan bijvoorbeeld verklaard worden door de aanwezigheid van realisatiemachten. Dit maakt dat de assumptie dat het barrièremodel slechts inzicht geeft in waar het probleem vast loopt te kort doet aan het model. Een punt van kritiek op de theorieën zelf zit in het feit dat beide theorieën er van uit gaan dat alle barrières overwonnen moeten worden en alle stromen aanwezig moeten zijn om activiteiten tot stand te laten komen. Uit de analyse is gebleken dat het mogelijk is dat een GGD niet bewust is van het probleem, maar al wel activiteiten uitvoert die bijdragen aan de oplossing van het probleem. In dit geval was er bewustzijn van een deelaspect van het probleem waardoor er activiteiten tot stand kwamen die bijdragen aan de oplossing van het grotere probleem. Hoewel deze GGD een uitzondering op de regel was, geeft dit aan dat het niet per definitie onmogelijk is om activiteiten tot stand te laten komen wanneer niet alle barrières overwonnen zijn en niet alle stromen aanwezig zijn.

7.5.2 Methodologische reflectie

Naast een reflectie op de theoretische kant van het onderzoek kan er eveneens gereflecteerd worden op de methoden. Allereerst kan er gezegd worden dat de gebruikte methoden in dit onderzoek er goed aan hebben bijgedragen dat er een antwoord is geformuleerd op de hoofdvraag. De keus om kwalitatieve onderzoeksmethoden te gebruiken maakte dat er veel inzicht is verkregen in de achterliggende verklaringen voor de verschillen tussen GGD'en in de totstandkoming van activiteiten. Door gebruik te maken van interviews kon er dieper ingegaan worden op de factoren die totstandkoming belemmerden of juist stimuleerden. Door medewerkers van GGD'en persoonlijk te benaderen voor interviews konden de personen die

het meest van het onderwerp wisten aangewezen worden voor interviews. Uit dit persoonlijk contact kwamen eveneens tips om andere GGD'en of medewerkers van andere GGD'en te interviewen waarvan bekend was dat zij veel van dit onderwerp wisten. De keus om eveneens een professional, een epidemioloog, een beleidsadviseur van een gemeente en een medewerker van het ministerie van SZW te interviewen maakte dat er inzicht kwam in dit onderwerp vanuit een ander perspectief. Door eveneens een survey toe te passen in dit onderzoek konden de activiteiten van GGD'en bij bijna alle GGD'en geïnterviewd worden.

Een beperking van het onderzoek is dat de survey ingevuld is door een medewerker per GGD. Het inzicht van deze medewerkers in de organisatie kan onvolledig zijn waardoor er bij de inventarisatie van activiteiten bijvoorbeeld activiteiten niet opgenomen zijn die wel uitgevoerd worden door GGD'en. Om een volledig inzicht te kunnen krijgen in alle activiteiten die GGD'en specifiek voor vluchtelingenjeugd uitvoeren is het raadzaam om meer respondenten op te nemen in de survey. Doordat de interviews eveneens met een medewerker per GGD gehouden zijn, zijn de uitspraken in dit onderzoek eveneens gebaseerd op het inzicht van deze medewerkers.

Aan het begin van dit onderzoek werd er vanuit gegaan dat alle GGD'en en de namen van de respondenten weergegeven konden worden in dit onderzoek. Uiteindelijk moest het onderzoek toch geheel geanonimiseerd worden. Het moeten anonimiseren kan gezien worden als een tegenvallend aspect doordat het onderzoek hierdoor minder transparant is geworden dan verwacht was. Het heeft naast de transparantie echter geen gevolgen gehad voor de resultaten, analyse en conclusies van dit onderzoek.

7.5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Aan de hand van de beperkingen die naar voren zijn gekomen uit de reflectie kunnen er aanbevelingen voor vervolgonderzoek opgesteld worden. In de reflectie is aangegeven dat de resultaten van dit onderzoek gebaseerd zijn op het inzicht van een respondent per GGD in de survey en een respondent per GGD in de interviews. Om meer inzicht te krijgen in het agendavormingsproces bij GGD'en en de kwaliteit van het onderzoek nog verder te vergroten zouden er meer respondenten per GGD geïnterviewd kunnen worden. Om de inventarisatie van activiteiten bij GGD'en te kunnen verifiëren zouden er meer respondenten per GGD gevraagd kunnen worden om de survey in te vullen. Tevens zou er voor de volledigheid respons moeten komen van de zes GGD'en die niet meegewerkt hebben aan het onderzoek.

In de resultaten is gebleken dat gemeenten veel invloed hebben op het agendavormingsproces omtrent dit onderwerp bij GGD'en. Vaak kwamen activiteiten tot stand doordat er vraag kwam vanuit gemeenten. In vervolg onderzoek kan het agendavormingsproces bij gemeenten meegenomen worden. Hierdoor komt er meer inzicht in het samenspel tussen GGD'en en gemeenten omtrent dit onderwerp. Tevens kan er onderzoek gedaan worden naar het agendavormingsproces bij de Rijksoverheid op dit gebied. Onderzocht kan worden hoe het komt dat gezondheid van vluchtelingen weinig aandacht lijkt te krijgen binnen de

Rijksoverheid. Het verbreden van de onderzoeksgroep door gemeenten en landelijke politiek op te nemen in het onderzoek zou kunnen leiden tot nieuwe inzichten over agendavorming omtrent dit onderwerp.

7.6 Slot

In dit afsluitende hoofdstuk van het onderzoek zijn de belangrijkste conclusies weergegeven. Toegelicht is welke gezondheidsrisico's naar voren komen bij vluchtelingenjeugd uit wetenschappelijk onderzoek en de GGD praktijk. De gezondheidsrisico's die naar voren kwamen uit wetenschappelijk onderzoek werden grotendeels bevestigd door GGD'en. Daarnaast zijn de activiteiten van GGD'en voor vluchtelingenjeugd kort toegelicht en is de bijdrage van de JGZ besproken. De verschillen in totstandkoming van activiteiten voor vluchtelingenjeugd zijn verklaard aan de hand van het barrièremodel en stromenmodel. Hierbij bleek het beperkt bewustzijn van een aantal GGD'en een belangrijke oorzaak te zijn voor het niet tot stand komen van activiteiten. De stimulerende en belemmerende factoren zijn genoemd en er is kort toegelicht dat de opgestelde hypothesen houdbaar zijn gebleken. Ten slotte zijn de aanbevelingen weergegeven en is er gereflecteerd op het onderzoek.

Referenties

Asscher, L.F. (2013a). *Brief Agenda Integratie*. Verkregen op 10 april 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/02/19/kamerbrief-agenda-integratie.html>

Asscher, L.F. (2013b). *Agenda Integratie*. Verkregen op 10 april 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2013/02/19/agenda-integratie.html>

Bachrach, P., Baratz, M.S. (1962). Two Faces of Power. *The American Political Science Review*, vol. 56, nr. 4, p. 947-952

Bachrach, P., Baratz, M.S. (1963). Decisions and Nondecisions: An Analytical Framework. *The American Political Science Review*, 57, (3), p.632-642

Bachrach, P., Baratz, M.S. (1970). Power and Poverty. *Theory and Practice*. Oxford: Oxford University Press, Inc

Bekkers, V.J.J.M. (2007). *Beleid in beweging. Achtergronden, benaderingen, fasen en aspecten van beleid in de publieke sector*. Den Haag: Lemma

Bleijenbergh, I. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Amsterdam: Boom

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom

Bovens, M.A.P., 't Hart, P., Van Twist, M.J.W., Rosenthal, U. (2001). *Openbaar bestuur, beleid, organisatie en politiek*. Alphen aan de Rijn: Kluwer

Bronkhorst, D. (1990). *Een tijd van komen; De geschiedenis van vluchtelingen in Nederland*. Amsterdam: Federatie VON/Uitgeverij Jan Mets

Bronstein, I., Montgomery, P. (2011). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 14, p. 44-56

Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). Omgevingsadressendichtheid. Verkregen op 20 juni 2014, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=499>

Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). Top vijf herkomstlanden van mensen die als asielzoeker naar Nederland zijn gekomen. Verkregen op 20 juni 2014, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80059ned&D1=1&D2=0-3,6-8,15,19,23,26-27,44,51-52,54,56-58,60,65-66,l&D3=0,5,10,15,20,25,30-33&VW=T>

Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (2014). *Medische zorg asielzoekers*. Verkregen op 11 juni 2014, van <http://www.coa.nl/nl/asielzoekers/wonen-op-een-azc/medische-zorg>

Centraal Orgaan opvang Asielzoekers. (2014). *Uitplaatsing in gemeenten*. Verkregen op 11 juni 2014, van <http://www.coa.nl/nl/asielzoekers/huisvesting-vergunninghouders>

Cohen, M.D., J.G. March en J.P. Olsen (1972), A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17, (1), p. 1-25

Conklin, J. (2010). *Dialogue Mapping: Building Shared Understanding of Wicked Problems*. New York: John Wiley & Sons, Inc

Devos, C. (2006). *De Kleermakers en de Keizer; Inleiding tot Politiek en Politieke Wetenschappen*. Gent: Academia Press

Elder, C.D. & Cobb, R.W. (1984). Agenda-Building and the Politics of Aging. *Policy Studies Journal*, 13 (1), p. 115-129

Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Devillé, W., Willigen, van, L.H.M., Hovens, J.E., Ploeg, van der, H.M. (2006). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41 (1), p. 18-26

Gestel, N.M. van. (1996). *Het juiste moment voor bestuurlijke vernieuwing, Het stromenmodel van John W. Kingdon*, in: N.J.M. Nelissen, A.J.A. Godfroij en P.J.M. De Goede (red), *vernieuwing van bestuur, inspirerende visies*, Bussum: Couthino, p.205-227

GGDkennisnet. (2014). *Factsheet Jeugdgezondheidszorg*. Verkregen op 20 juni 2014, van <http://www.ggdkennisnet.nl/?file=9105&m=1341232735&action=file.download>

Goosen, E.S.M. (2014). *A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie

Graaf, H. van de, R. Hoppe (1989). *Beleid en politiek; Een inleiding tot de beleidswetenschap en de beleidskunde*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Héritier, A. (1993). *Policy-Analyse. Elemente der Kritik und Perspektiven der Neuorientierung*. Herford: ITS Text und Satz GmbH

Hoog Commissariaat der Verenigde Naties voor Vluchtelingen (UNHCR). (2014). *Definitie asielzoeker*. Verkregen op 1 juni 2014, van <http://www.unhcr.nl/over-unhcr/wie-helpen-we/asielzoekers.html>

Hoog Commissariaat der Verenigde Naties voor Vluchtelingen (UNHCR). (2014). *Definitie vluchteling*. Verkregen op 1 juni 2014, van <http://www.unhcr.nl/over-unhcr/wie-helpen-we/vluchtelingen.html>

Hoogerwerf, A. (1987). De levensloop van problemen: definiëren, precisering en oplossing. *Beleidswetenschap*, 1(2), p.159-181

Hoogerwerf, A., Herweijer, M. (2008). *Overheidsbeleid; Een inleiding in de beleidswetenschap*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Immigratie- en Naturalisatiedienst. (2014). *Asielprocedure*. Verkregen op 10 juni 2014, van <https://www.ind.nl/organisatie/informatie-jongeren/wat-is-asiel/Paginas/default.aspx>

Kingdon, J.W. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston: Little, Brown

Koppenjan J., Klijn E.H. (2004). *Managing uncertainties in networks*. London: Routledge

Kramer, S.A. (2009). *Gewoon bijzonder: Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ*. (Proefschrift). Rotterdam: Mikado, kenniscentrum interculturele zorg

Lamkaddem, M., Stronks, K., Gerritsen, A., Devillé, W.L.J.M. & Essink-Bot, M. L. (2013). Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen: Vervolgonderzoek onder mensen met een verblijfsvergunning in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 157, p. A5604

Minister voor Grote Steden- en Integratiebeleid. (1998). *Integratiebeleid 1999-2002 'Kansen krijgen, kansen pakken'*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26333, nr. 2.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Molleman, H. (2003). Het minderhedenbeleid in retrospectief. De drie I's: Immigratie-Integratie-Islam (5). *Socialisme en democratie*, (60), 1/2, p. 62-66

Putten, van, J. (1980). (Red). Haagse machten. Verslag van een politicologische onderzoek naar de totstandkoming van acht regeringsmaatregelen. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam

Reed, R.V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C., Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 397 (9812), p.250-265

Regeling Zorg Asielzoekers. (2012). *Factsheet Gezondheidszorg voor Asielzoekers in Nederland*. Verkregen op 12 juni 2014, van <http://www.rzasielzoekers.nl/web/RegelingZorgAsielzoekers/OrganisatieGezondheidszorgAsielzoekers.htm>

Rittel, H.W.J., Webber, M.M. (1973). Dilemma's in a general theory of planning. *Policy Sciences*. (4), p. 155-169

SCP. (2014). *Jaarrapport Integratie 2013: Participatie van migranten op de arbeidsmarkt*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau

SCP. (2011). *Vluchtelingengroepen in Nederland: Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau

Stellinga-Boelen, A.M., Wiegersma, P.A., Bijleveld, C.M.A., Verkade, H.J. (2007). Obesity in asylum seekers' children in the Netherlands- the use of national reference charts. *European Journal of Public Health*, 17 (6), 555-559

Swanborn, P.G. (1981). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: inleiding in ontwerpstrategieën*. Meppel/Amsterdam: Boom

Tromp, B. (1993). *De Wetenschap der Politiek; Verkenningen*. Rijksuniversiteit Leiden: DSWO Press

Verdonk, C.F. (2003). *Rapport Integratiebeleid Etnische Minderheden 2003*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29203, nr. 1.

Verwey-Jonker. (2003). *Bronnenonderzoek Integratiebeleid*. Verkregen op 5 juni 2014, van http://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/bronnenonderzoek_sdu.pdf

Vluchtelingenwerk. (2014). *Asielprocedure*. Verkregen op 10 juni 2014, van <https://www.vluchtelingenwerk.nl/node/228259>

Voor de Jeugd. (2014). *Wijziging Jeugdgezondheidszorg*. Verkregen op 15 augustus 2014, van <http://www.voordejeugd.nl/stelselwijziging/jeugdhulp/soorten-jeugdhulp/jeugdgezondheidszorg>

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). (1989). *Alloctonenbeleid 1989*. Den Haag: SDU

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). (1979). *Etnische minderheden*. Den Haag: Staatsuitgeverij

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). (2001). *Nederland als immigratie-samenleving*. Den Haag: SDU

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) & Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2011). *De Nederlandse Migratiekaart: Achtergronden en ontwikkelingen van verschillende internationale migratietypen*. Den Haag: Boom

Zorgatlas. (2014). *Categorieën op basis van omgevingsadressendichtheid*. Verkregen op 20 juni 2014, van <http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/fysieke-omgeving/omgevingsadressendichtheid-per-gemeente-2009/>

Bijlage 1: Participerende GGD'en en geïnterviewde personen

Deelnemende GGD'en aan survey

Nr.	GGD	Mate van stedelijkheid	Integrale JGZ	Activiteiten	Aantal kinderen
1.	GGD A	Landelijk	Integraal	Geen	4,0%
2.	GGD B	Landelijk	Integraal	Geen	3,2%
3.	GGD C	Landelijk	Integraal	Wel	3,9%
4.	GGD D	Matig-sterk	Integraal	Geen	4,7%
5.	GGD E	Matig-sterk	4-19	Wel	4,1%
6.	GGD F	Matig-sterk	Integraal	Geen	2,8%
7.	GGD G	Matig-sterk	4-19	Wel	2,9%
8.	GGD H	Matig-sterk	4-19	Wel	7,9%
9.	GGD I	Matig-sterk	Integraal	Geen	1,5%
10.	GGD J	Matig-sterk	4-19	Geen	2,8%
11.	GGD K	Matig-sterk	Integraal	Geen	3,2%
12.	GGD L	Matig-sterk	4-19	Geen	4,0%
13.	GGD M	Matig-sterk	Integraal	Wel	6,1%
14.	GGD N	Matig-sterk	4-19	Geen	4,3%
15.	GGD O	Matig-sterk	Integraal	Wel	3,4%
16.	GGD P	Matig-sterk	Integraal	Wel	2,0%
17.	GGD Q	Zeer sterk	Integraal	Geen	7,4%
18.	GGD R	Zeer sterk	Integraal	Geen	5,4%
19.	GGD S	Zeer sterk	Integraal	Wel	6,2%
				Totaal	79,8,4%

Bijgewoonde bijeenkomsten

Nr.	Bijeenkomst	Plaats	Datum
1.	Congres 'Transformeren doe je samen' (NJI & Jeugdpoort)	Ede	16 juni 2014
2.	Minisymposium 'Gevluchte gezinnen, gezonde gezinnen?' (GGD GHOR Nederland & AMC)	Amsterdam	13 juni 2014
3.	Symposium Asiel en Integratie (Vluchtelingen in de knel)	Eindhoven	19 september 2014
4.	Maatschappelijk Congres Vluchtelingenwerk Nederland	Driebergen	30 oktober 2014

Geïnterviewde GGD'en

Nr.	GGD	Mate van stedelijkheid	Integrale JGZ	Activiteiten	Aantal kinderen
1.	GGD A	Landelijk	Integraal	Geen	4,0%
2.	GGD C	Landelijk	Integraal	Wel	3,9%
3.	GGD D	Matig-sterk	Integraal	Geen	4,7%
4.	GGD E	Matig-sterk	4-19	Wel	4,1%
5.	GGD F	Matig-sterk	Integraal	Geen	2,8%
6.	GGD I	Matig-sterk	Integraal	Geen	1,5%
7.	GGD K	Matig-sterk	Integraal	Geen	3,2%
8.	GGD M	Matig-sterk	Integraal	Wel	6,1%
9.	GGD P	Matig-sterk			2,0%
10.	GGD R	Zeer sterk	Integraal	Geen	5,4%
				Totaal geselecteerd	41.7%

Geïnterviewde personen vanuit een andere invalshoek

Nr.	Naam	Functie
1.	Erica Faber	Senior beleidsmedewerker/projectleider Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
2.	Paul Hoornweg	Adviseur Educatie & Inburgering Gemeente Amsterdam - Dienst Werk & Inkomen
3.	Monica Overmars	GVO functionaris Programma Leefomgeving- GGD Hart voor Brabant
4.	Simone Goosen	Senior beleidsmedewerker GGD GHOR Nederland Proefschrift 'A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands'

Bijlage 2: GGD'en in Nederland

Nr.	GGD'en nummering willekeurig
1.	GGD Zuid-Holland Zuid
2.	GGD Amsterdam
3.	GGD Brabant -Zuidoost
4.	GGD Drenthe
5.	GGD Flevoland
6.	GGD Fryslân
7.	GGD Gelderland-Zuid
8.	GGD Gooi & Vechtstreek
9.	GGD Groningen
10.	GGD Haaglanden
11.	GGD Hart voor Brabant
12.	GGD Hollands Midden
13.	GGD Hollands Noorden
14.	GGD IJsselland
15.	GGD Kennemerland
16.	GGD Limburg-Noord
17.	GGD Noord- en Oost Gelderland
18.	GGD Rotterdam-Rijnmond
19.	GGD regio Utrecht
20.	GGD Twente
21.	GGD West-Brabant
22.	GGD Zaanstreek-Waterland
23.	GGD Zeeland
24.	GGD Zuid Limburg
25.	Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden

Bijlage 3: Survey

Beste respondent,

Bij GGD Nederland komen steeds meer signalen naar voren over gezondheidsrisico's bij vluchtelingen met een verblijfsvergunning. Deze signalen komen zowel van GGD'en als uit wetenschappelijk onderzoek (<http://www.ggd Kennisnet.nl/nieuws/2463-minisymposium-gevluchte-gezinnen-gezonde-gezinnen-13-juni-2014-inschrijving-geopend>). Vluchtelingen kampen met een slechte psychische en fysieke gezondheid en ervaren hun gezondheid als slechter dan andere inwoners van Nederland. Tevens verslechtert de gezondheid van vluchtelingen in de gemeente na verloop van de tijd. Een achterblijvende gezondheid kan leiden tot een slechte deelname aan de samenleving. In de Agenda Integratie van het ministerie van SZW gaat Minister Asscher in op de rol die publieke instellingen op dit terrein zouden moeten spelen. Publieke instellingen als de GGD'en moeten volgens Asscher vraagstukken die voortkomen uit een achterblijvende integratie en pluriforme samenleving het hoofd kunnen bieden.

Bovenstaande ontwikkelingen en de mogelijkheid om een subsidieaanvraag in te dienen voor een project ter bevordering van de gezondheid van vluchtelingen jeugd zijn voor GGD Nederland aanleiding om onderzoek te doen naar de wijze waarop GGD'en bij kunnen dragen aan het bevorderen van de gezondheid van vluchtelingen. Doordat het aantal jongeren onder vluchtelingen zeer hoog is en de Agenda Integratie specifieke aandacht geeft aan migranten jeugd richt dit onderzoek zich op jeugd (0-19) en hun ouders als opvoeders. Om aanbevelingen te kunnen doen voor GGD'en en daarmee specifiek de JGZ zal, zoals aangekondigd in de Vakgroep JGZ, middels deze vragenlijst een inventarisatie van de huidige projecten voor vluchtelingen jeugd gemaakt worden. Op basis van deze inventarisatie zullen een aantal GGD'en benaderd worden voor het afnemen van interviews. Rond oktober zullen de resultaten van dit onderzoek bekend worden gemaakt middels een masterscriptie en geagendeerd worden in de cluster jeugd.

Ik verzoek u om deze vragenlijst zo spoedig mogelijk retour te zenden, graag zou ik voor 27 juni 2014 in het bezit willen zijn van de antwoorden. De tijdsbesteding bedraagt ongeveer tien minuten. Bij voorbaat hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Tineke Ploeger

Intern GGD GHOR Nederland

TPloeger@ggdghor.nl

Tel. (06) 81168768

NB. Vluchtelingen: het gaat hierbij om mensen die als asielzoeker Nederland in zijn gekomen en inmiddels met een verblijfsvergunning in een gemeente wonen. Dit onderzoek richt zich niet op vluchtelingen die in een AZC verblijven, maar juist op vluchtelingen die met een verblijfsvergunning in een gemeente wonen. Het gaat om mensen die behoren tot de niet-klassieke migrantengroepen, te denken valt aan Afghanen, Irakezen, Iraniërs, Somaliërs etc.

Naam:

Functie:

GGD:

Terug

Verder

1. Heeft uw GGD aandacht voor vluchtelingengroepen?

- ☐ Ja
☐ Nee

Terug

Verder

2. Heeft uw GGD aandacht voor vluchtelingenjeugd?

- ☐ Ja
☐ Nee

Terug

Verder

3. Worden er door uw GGD gezondheidsrisico's gesignaleerd bij vluchtelingenjeugd?

- ☐ Ja
☐ Nee

Terug

Verder

4. Bij welke groep(en) vluchtelingenjeugd signaleert uw GGD de meeste gezondheidsrisico's?

- ☐ Afghanen
☐ Irakezen
☐ Iraniërs
☐ Somaliërs
☐ Anders:

5. Bij welke leeftijdscategorie(ën) van de door u genoemde groep(en) worden de meeste gezondheidsrisico's gesignaleerd?

- ☐ 0-4
☐ 4-12
☐ 12-19

6. Welke gezondheidsrisico's worden er door uw GGD gesignaleerd bij de door u genoemde groep(en) vluchtelingenjeugd?

Terug

Verder

7. Vindt u het van belang dat uw GGD binnen de JGZ activiteiten organiseert voor vluchtelingenjeugd?

- ☐ Ja
☐ Nee

Zo nee, toelichting:

8. Zijn er door uw GGD in de afgelopen drie jaar tot en met nu binnen de JGZ activiteiten georganiseerd voor vluchtelingenjeugd?

- ☐ Ja
☐ Nee

Zo ja, geef een omschrijving van de activiteiten (eveneens als de activiteiten momenteel niet meer worden uitgevoerd)

Terug

Verder

9. Kunt u aangeven waarom uw GGD momenteel geen activiteiten organiseert voor vluchtelingenjeugd?

Terug

Verder

10. Zijn er de afgelopen drie jaar door uw GGD pogingen gedaan om activiteiten voor vluchtelingenjeugd op te zetten binnen de JGZ die niet geslaagd zijn?

- ☐ Ja
☐ Nee

Terug

Verder

11. Kunt u een omschrijving geven van de activiteiten die uw GGD binnen de JGZ heeft proberen op te zetten?

12. Kunt u aangeven waarom het opzetten van de door u genoemde activiteiten niet is gelukt?

Terug

Verder

13. Zijn er naast activiteiten specifiek voor vluchtelingenjeugd nog activiteiten in het reguliere systeem waarbij vluchtelingenjeugd een belangrijk deel van de doelgroep is?

- ☐ Ja
☐ Nee

Zo ja, geef een omschrijving van de activiteiten

Terug

Verder

14. Heeft u in verband met dit onderzoek nog opmerkingen?

Terug

Verzenden

Bijlage 4: Interviewgide semigestructureerd interview

Interviewvragen

Deel 1: Welke gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjeugd signaleren GGD'en?

- Signaleert uw GGD?
- Welke groepen?
- Welke leeftijdscategorieën?
- Welke problematiek?
- Bewust van problematiek/ hoe kan dit?

Deel 2: Welke activiteiten voert uw GGD'en momenteel uit specifiek voor vluchtelingenjeugd?

- Welke activiteiten?
- Wanneer opgezet?
- Welke doelgroep?
- Met welke reden is activiteit opgezet?
- van wie is het initiatief gekomen?
- Op welke manier kan de JGZ volgens u bijdragen?
- Wat mist er in het huidige systeem?

Deel 3: Hoe kunnen de verschillen in totstandkoming verklaard worden aan de hand van het barrièremodel en stromenmodel?

Ongewenste situatie	Bewustwording van het probleem	Omzetting naar eisen	Plaatsing op de publieke agenda	Plaatsing op de beleidsagenda	Plaatsing op de besluitvormings-agenda	Plaatsing op de uitvoeringsagenda
---------------------	--------------------------------	----------------------	---------------------------------	-------------------------------	--	-----------------------------------

Fases barrièremodel

- In welke fase zit uw GGD volgens u op dit moment als het gaat om de totstandkoming van activiteiten?

1. Ongewenste situatie doet zich voor

- Is uw GGD zich bewust van een ongewenste situatie?

2. Bewustwording van het probleem

- Is uw GGD bewust?

- Hoe is uw GGD bewust geworden?

- Welke actoren speelden hier een rol bij (Intern, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, extern initiatief, GGD GHOR Nederland)?

- Waren er binnen GGD'en zelf entrepreneur die zich ingezet hebben voor de algemene bewustwording van uw GGD?

- Was er sprake van een realisatiemacht?

- Was er sprake van een hindermacht?

3. Omzetting naar eisen

- Hoe heeft dit bewustzijn geleid tot concrete eisen om er iets mee te gaan doen?

- Welke actoren speelden hier een rol bij (Intern, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, extern initiatief, GGD GHOR Nederland)?

- Waren er binnen GGD'en zelf entrepreneur die zich ingezet hebben voor de omzetting van de bewustwording naar eisen?

- Was er sprake van een realisatiemacht?

- Was er sprake van een hindermacht?

4. Plaatsing op de publieke agenda

- Hoe is het besef gekomen dat uw GGD iets aan het probleem moet doen?
- Welke actoren speelden hier een rol bij (Intern, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, extern initiatief, GGD GHOR Nederland)?
- Waren er binnen GGD'en zelf entrepreneur die zich ingezet hebben voor de plaatsing op de publieke agenda?
- Was er sprake van een realisatiemacht?
- Was er sprake van een hindermacht?

5. Plaatsing op de beleidsagenda

- Hoe is plaatsing op de beleidsagenda gerealiseerd?
- Hoe zijn deze eisen omgezet in plannen om activiteiten op te zetten?
- Welke actoren speelden hier een rol bij (Intern, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, extern initiatief, GGD GHOR Nederland)?
- Waren er binnen GGD'en zelf entrepreneur die zich ingezet hebben voor de plaatsing op de beleidsagenda?
- Was er sprake van een realisatiemacht?
- Was er sprake van een hindermacht?

6. Plaatsing op de besluitvormingsagenda

- Hoe is dit plan uiteindelijk omgezet in concrete besluiten om het door te voeren?
- Wat is er precies besloten?
- Welke actoren speelden hier een rol bij (Intern, landelijke politiek, gemeentelijke politiek, extern initiatief, GGD GHOR Nederland)?
- Waren er binnen GGD'en zelf entrepreneur die zich ingezet hebben voor de plaatsing op de besluitvormingsagenda?
- Was er sprake van een realisatiemacht?
- Was er sprake van een hindermacht?

7. Plaatsing op de uitvoeringsagenda

- Hoe verloopt de activiteit?

Deel 4: Welke factoren stimuleren de ontwikkeling van dergelijke activiteiten?

- Realisatiemachten
- Bewustzijn

Deel 5: Welke factoren belemmeren de ontwikkeling van dergelijke activiteiten?

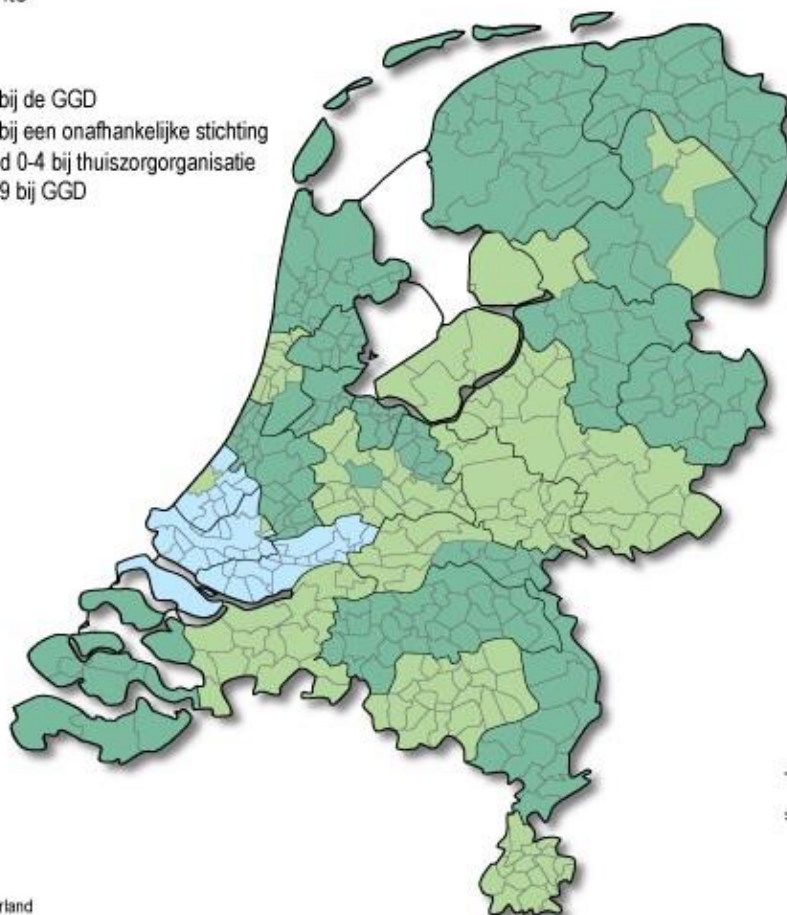
- Hindermachten
- Kosten
- Middelen
- Andere prioriteiten
- Beperkt bewustzijn
- Zichtbaarheid groep

Bijlage 5: Integrale Jeugdgezondheidszorg door GGD'en

Integrale Jeugdgezondheidszorg april 2014 per gemeente

Status

- I-JGZ bij de GGD
- I-JGZ bij een onafhankelijke stichting
- Aanbod 0-4 bij thuiszorgorganisatie
en 4-19 bij GGD



Bron: GGD-Nederland

www.zorgatlas.nl