

## Standard Operating Procedure (SOP) opvang patiënten uit Gaza

### LEDEN WERKGROEP

Lissy de Ridder

*voorzitter NVK*

*afdelingshoofd Kindergeneeskunde Willem-Alexander Kinderziekenhuis/LUMC*

Frédérique Hofstede

*vicevoorzitter NVK en portefeuillehouder acute zorg*

*algemeen kinderarts Juliana Kinderziekenhuis*

Valerie Slooff

*voorzitter NVK-sectie Intensive Care Kinderen (SICK)*

*kinderintensivist WKZ*

Albertine Baauw

*voorzitter NVK-expertisegroep Global Child Health, directeur EKANN*

*arts internationale gezondheidszorg en kinderarts*

Anne Wever

*lid NVK-sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde, projectteamlid EKANN*

*kinderarts sociale pediatrie MosaKids Kinderziekenhuis*

Tom Wolfs

*kinderinfectioloog/-immunoloog WKZ*

Herman Wunderink

*arts-microbioloog UMCU*

Rosa van Mansfeld

*waarnemend voorzitter Hygiëne en Infectiepreventie (HIP) werkgroep van de NVMM*

*arts-microbioloog AUMC*

Kathelijne Kraal

*kinderoncoloog Prinses Máxima Centrum*

Linda de Koning

*manager Máxima International Prinses Máxima Centrum*

Helma Ruijs

*arts M en G infectieziektebestrijding RIVM*

## INHOUD

1. ACHTERGRONDINFORMATIE
  - 1.1 Organisatie gezondheidszorg
  - 1.2 Overige aandachtspunten
2. JURIDISCHE ASPECTEN
  - 2.1 Juridische status
3. PSYCHOSOCIALE ASPECTEN
  - 3.1 De getraumatiseerde patiënt – algemene informatie
  - 3.2 Praktische tips voor de benadering van de getraumatiseerde patiënt
4. INFECTIEPREVENTIE EN OVERIGE INFECTIEPROBLEMATIEK
  - 4.1 Infectiepreventie
  - 4.2 Overige infectieziekten
  - 4.3 Isolatiebeleid
  - 4.4 Vaccinaties
  - 4.5 Begeleiders en siblings met klachten
5. ALGEMEEN PEDIATRISCHE AANDACHTSPUNTEN
  - 5.1 Anamnese en aanvullende diagnostiek
  - 5.2 Ondervoeding
6. OVERIGE
  - 6.1 Contact NVK
  - 6.2 Bronnen met extra informatie
7. REFERENTIES

Hoofdletters tussen haakjes verwijzen naar de relevante links in hoofdstuk 6.2.  
Getallen tussen haakjes verwijzen naar de referenties in hoofdstuk 7.

## **HOOFDSTUK 1 ACHTERGRONDINFORMATIE**

### **1.1 ORGANISATIE GEZONDHEIDSZORG**

#### **Voor de oorlog**

Gaza is sinds 2007 een afgesloten gebied (1). Zowel verkeer van personen als goederen is sindsdien zeer moeizaam. Om deze reden was er voor 2023 al een constant tekort aan medische voorzieningen, wat het verlenen van adequate zorg belemmerde.

Voor de recente oorlog werd de gezondheidszorg georganiseerd door een combinatie van zorg verstrekt door de Palestijnse overheid, de VN Organisatie UNRWA, verschillende Non-Governmental Organizations (NGO's) en een opkomende privésector.

#### **Sinds het uitbreken van de oorlog**

Ten gevolge van de oorlog zijn medische infrastructuren - zoals ziekenhuizen, klinieken, ambulances en huisartsenposten - verwoest of beschadigd, waardoor het gezondheidssysteem is ingestort. Er is een totaal tekort aan ziekenhuizen, medisch personeel, medicijnen en brandstof. Ziekenhuizen kunnen nauwelijks meer functioneren. Grote delen van de zorg worden nu gedragen door internationale hulporganisaties zoals Artsen zonder Grenzen en Dokters van de Wereld, die beperkte zorg verlenen in veldhospitelen en klinieken onder zeer moeilijke omstandigheden.

Eenmaal in het ziekenhuis krijgen oorlogsslachtoffers voorrang boven chronisch zieke patiënten en niet-spoedeisende gevallen. Dit heeft de toegang tot essentiële medische zorg voor niet acuut zieke patiënten nog verder bemoeilijkt (2).

### **1.2 OVERIGE AANDACHTSPUNTEN**

Gaza is een relatief klein gebied en een van de meest dichtbevolkte gebieden in de wereld. Er wonen ongeveer 2,2 miljoen mensen. Gaza is sinds 2007 volledig afgesloten. Inwoners van Gaza zijn daarom niet gewend om het land uit te reizen en veel Gazanen zijn dan ook nooit buiten Gaza geweest. Men noemt Gaza daarom een 'Open Air Prison'.

De gehele bevolking is, ook los van de recente oorlog, langdurig en veelvuldig blootgesteld aan onrust, oorlog en onderdrukking. Zij kennen geen situatie van rust en stabiliteit. Dit alles is uiteraard verergerd de afgelopen jaren.

Het is niet duidelijk waar de recente verblijfplaats is van de families die naar Nederland komen. Zij komen hoogstwaarschijnlijk rechtstreeks uit een gebied waar ze van dichtbij zijn blootgesteld aan geweld, onzekerheid en angst. De meeste mensen hebben dierbaren verloren. Veel Gazanen hebben al een Traumatic Stress Syndrome (Zonder Post, want de traumatische gebeurtenissen zijn in wezen doorlopend).

Ten gevolge van de huidige oorlog kan het zijn dat patiënten en hun families in een staat van shock verkeren. Dit heeft implicaties met betrekking tot de benadering van hen (3, 4). Handvatten hiervoor zijn te lezen in hoofdstuk 3.

## **Religie**

Negenennegentig procent van de bevolking is islamitisch. Minder dan 1% is christen.

## **Taal**

In Gaza spreekt men Palestijns Arabisch. Dit is ook van belang als er een tolk wordt aangevraagd. Als dit niet beschikbaar is, kan ook Syrisch of Jordaans Arabisch worden gevraagd.

## **HOOFDSTUK 2 JURIDISCHE ASPECTEN**

### **2.1 JURIDISCHE STATUS**

Bij het publiceren van deze SOP zijn geen details bekend over de exacte juridische status van de patiënten en hun families. Indien hier meer over bekend is, zal deze informatie worden bijgewerkt. Op dit moment zal dit de behandeling van de patiënten niet belemmeren. Bij vragen kan contact worden opgenomen met de NVK (hoofdstuk 6.1).

## **HOOFDSTUK 3 PSYCHOSOCIALE ASPECTEN**

### **3.1 DE GETRAUMATISEERDE PATIËNT – ALGEMENE INFORMATIE**

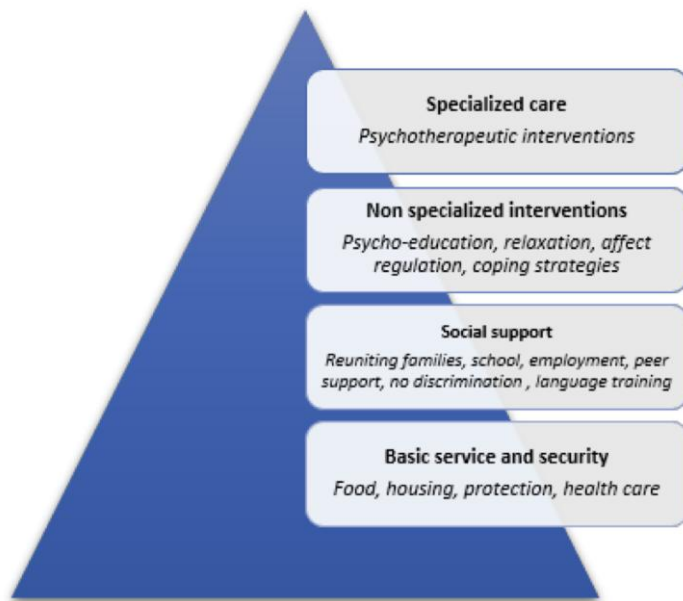
Vluchtelingenkinderen zijn blootgesteld aan vele risicofactoren en stressoren, zowel in het land van herkomst, gedurende de vlucht, als in het land van hervestiging (5). We gaan ervanuit dat deze kinderen die uit oorlogsgebieden komen getraumatiseerd zijn, nog meer dan andere vluchtelingenkinderen (hoofdstuk 6.2 (A, H)).

Ook doen zich gedurende deze periodes nog los van de impact van het oorlogsgeweld vele ingrijpende jeugdervaringen voor, zoals het verlies van dierbaren, gevangenschap van een familielid, emotionele en fysieke verwaarlozing en honger. In de Adverse Childhood Experiences (ACE) study (6) is beschreven dat hoe meer ingrijpende jeugdervaringen zijn meegemaakt, des te groter de kans wordt op lichamelijke en psychische aandoeningen en zelfs mortaliteit (7,8). Vluchtelingenkinderen hebben dan ook regelmatig te maken met trauma gerelateerde problemen, waaronder posttraumatische stressstoornis (PTSS), angst, depressie en gedragsproblemen (9,10).

De kinderen vanuit Gaza komen waarschijnlijk rechtstreeks uit een oorlogsgebied en zijn gewend om in een volledig gesloten gebied te wonen. Daarnaast hebben mogelijk kortgeleden meerdere traumatische events plaatsgevonden (overlijden familielid, gebombardeerd worden, voedseltekort, etc). Hierdoor kunnen deze kinderen, en hun familieleden, in een staat van shock verkeren.

### **De gefaseerde benadering**

In de benadering van vluchtelingenkinderen met trauma's past het concept van een gefaseerde benadering (figuur 1).



*Figuur 1. Interventiepiramide voor geestelijke gezondheidszorg en psychosociale ondersteuning bij minderjarige vluchtelingen, aangepast vanuit IASC-richtlijnen over geestelijke gezondheid en psychosociale ondersteuning in noodsituaties.*

Met gefaseerde benadering wordt bedoeld dat in eerste instantie vooral in de basisbehoefte wordt voorzien. Daarna kan worden opgeschaald in psychische ondersteuning.

In de eerste fase van de opname op de kinderafdeling zullen dus vooral de onderste twee balken van de piramide van belang zijn. In hoofdstuk 3.2 staan praktische tips voor de benadering van de patiënt.

### **Overige psychosociale ondersteuning**

Voor lokale organisaties die kunnen ondersteunen bij psycho-trauma verwijzen we naar de sociale kaart van ARQ, het nationaal psychotrauma centrum (hoofdstuk 6.2 (B)). Daarnaast heeft ARQ de mogelijkheid telefonisch mee te denken over complexe problematiek. Het is belangrijk ondersteuning te bieden bij het naar school kunnen gaan, psycho-educatie, integratie van traditionele gezondheidszorg, taalles en steun voor de ouders bij het vinden van werk en huisvesting (9, 11). Herstel van een dagelijkse routine en zinvolle bezigheden, het bieden van structuur en hanteren van gebruikelijke opvoedingsregels, geeft houvast en een gevoel van veiligheid. Ook het faciliteren van positieve ervaringen is belangrijk (hoofdstuk 6.2 (C)).

Sociale steun wordt over het algemeen gezien als een beschermende factor tegen het ontwikkelen van PTSS na een schokkende gebeurtenis. Wederopbouw van sociale netwerken moet hierom gefaciliteerd worden (12,13). Het is daarnaast van groot belang dat psychopathologie bij ouders gesignaleerd en behandeld wordt, zodat kinderen een veilige thuisbasis kunnen krijgen.

### 3.2 PRAKTISCHE TIPS VOOR DE BENADERING VAN DE GETRAUMATISEERDE PATIËNT

#### 1. Communiceren met tolken

Naast cultuur-sensitieve communicatie is het werken met een tolk belangrijk om de taalbarrières zo veel als mogelijk te verkleinen. Gebruik geen familieleden om te tolken. Aan te vragen taal: Palestijns Arabisch. Als dit niet beschikbaar is kan ook Syrisch of Jordaans Arabisch worden gevraagd.

#### 2. Wees geduldig

De kinderen en ouders vanuit Gaza komen mogelijk rechtstreeks uit een oorlogsgebied, hierdoor kunnen ze in een staat van shock verkeren. Daarbij kan het zijn dat ze niet/lastiger goed kunnen aangeven wat ze willen en nodig hebben en is er mogelijk meer tijd, herhalen en geduld nodig om iets duidelijk te maken. Gebruik hierbij ook simpele taal.

#### 3. Veiligheid en structuur

Zorg in de benadering van deze kinderen en ouders voor een duidelijke, rustige benadering. Belangrijk is hierin ook dat de persoon die voor dit kind veilig is altijd aanwezig kan zijn, ook gedurende de nacht.

#### 4. Voorspelbaarheid

Dezelfde gezichten rondom het kind, dezelfde ervaren verpleegkundigen, werk met bijvoorbeeld met pictogrammen bij medisch noodzakelijk ingrepen (EMLA smeren, prikken etc).

#### 5. Emotionele ondersteuning

Trauma sensitief benaderen. Goed monitoren. Watchfull waiting. Op geleide van wat zij zelf aangeven bepalen wat er nodig is, belangrijk hierin om niet te gaan graven naar wat deze kinderen/ouders hebben meegemaakt. Na een bepaalde periode zal er meer ruimte zijn voor het opschalen in interventies, zie tip 9.

#### 6. Cultuur

Houd rekening met de culturele en religieuze achtergrond van de kinderen en hun ouders. Patiënten uit Gaza kunnen een islamitische of christelijke achtergrond hebben, hierin kan het betrekken van geestelijke verzorging/imam/pastoor behulpzaam zijn in de behandeling. Zie voor praktische adviezen hoofdstuk 6.2 (A, D, E).

## Gedurende de opname en verdere behandeling

### 7. Opvoedingsondersteuning

Bied laagdrempelige opvoedingsondersteuning aan ouders, bijvoorbeeld via pedagogisch team, JGZ, sociale wijkteams of lokale organisaties.

### 8. School

School biedt structuur. Dit moet zo snel mogelijk gestart worden.

### 9. Opschalen in de piramide van gefaseerde benadering van psychosociale ondersteuning

Omdat bij kinderen uit Gaza de acute fase van stress nog relatief kortgeleden is, is de verwachting dat inzetten op de eerste fases van psychosociale ondersteuning zoals eerder beschreven voldoende zal zijn. Een traumabehandeling kan al wel worden gestart wanneer nog geen volledige veiligheid en stabiliteit is bereikt, echter is de vraag in hoeverre hier nu ruimte voor is gezien de kinderen ook een (acute) medische behandeling ondergaan. Hierin is samenwerken met de medisch psychologie in het ziekenhuis essentieel, waarbij zij op casusniveau kunnen afstemmen met gespecialiseerde traumacentra mochten er aanwijzingen zijn dat een acute traumabehandeling noodzakelijk is. Hoofdstuk 6.2 ((H) Tabel 5: Leeftijdsspecifieke reacties na schokkende gebeurtenissen).

## HOOFDSTUK 4 INFECTIEPREVENTIE EN OVERIGE INFECTIEPROBLEMATIEK

### 4.1 INFECTIEPREVENTIE

Met welke infectieziekten en BRMO's moeten we bij alle patiënten die uit Gaza komen rekening houden en diagnostiek naar inzetten (14,15):

- Polio en overige enterovirussen (EV-D68, EV-A71)
- Hepatitis A
- Screening overname patiënt uit buitenlands ziekenhuis (SRI Richtlijn BRMO en SRI Richtlijn MRSA, hoofdstuk 6.2 (F,G)):
  - MRSA
  - MRGNS (Multiresistente Gram-negatieve staven)
  - CPE (carbapenem resistente Enterobacterales)
  - Multiresistente *P. aeruginosa*
  - Multiresistente *Acinetobacter baumannii-calcoaceticus* complex
  - VRE
  - *C. auris*
- De af te nemen materialen voor de detectie van bovenstaande micro-organismen zijn afhankelijk van de desbetreffende methoden in de verschillende ziekenhuizen en dienen derhalve afgestemd te worden met de afdeling Infectiepreventie.

## **4.2 OVERIGE INFECTIEZIEKTEN**

Bij patiënten uit Gaza kunnen ook minder vaak voorkomende infectieziekten voorkomen, zoals hepatitis B en C, tuberculose, hiv, cholera en parasitaire infecties (zoals o.a. leishmaniasis en strongyloides).

Diagnostiek naar deze verwekkers dient alleen ingezet te worden op klinische indicatie.

## **4.3 ISOLATIEBELEID**

### **Patiënten**

Ieder ziekenhuis heeft een standaard isolatiebeleid vastgesteld voor patiënten die overgenomen worden uit een buitenlands ziekenhuis en om die reden gescreend worden op dragerschap en/of infectie met bovengenoemde BRMO en specifieke infectieuze verwekkers. Dit isolatiebeleid is gebaseerd op de SRI Richtlijnen BRMO en de SRI Richtlijn MRSA (hoofdstuk 6.2 (F,G)).

Neem voor het ziekenhuis-specifieke beleid contact op met de afdeling Infectiepreventie.

Na het bekend worden van negatieve diagnostiek kunnen de isolatiemaatregelen in overleg met de afdeling Infectiepreventie worden afgeschaald.

### **Begeleiders en siblings**

Begeleiders en/of siblings met klachten dienen dit aan te geven zodat de bijpassende infectiepreventiemaatregelen genomen kunnen worden.

## **4.4 VACCINATIES**

Voor de oorlog was de vaccinatiegraad in Gaza redelijk hoog. Er is geen zicht op de verschillende ziektes waarvoor gevaccineerd werd in het vaccinatieprogramma van voor de oorlog. Probeer anamnestic te achterhalen waarvoor een patiënt gevaccineerd is. Bij onduidelijkheid kan in overleg met de infectioloog besloten worden om titers te bepalen. Indien extra vaccinaties zijn geïndiceerd, kunnen deze in het ziekenhuis gegeven worden.

## **4.5 BEGELEIDERS EN SIBLINGS MET KLACHTEN**

Bij klachten van begeleiders zal afhankelijk van de juridische status van de begeleiders diagnostiek gedaan worden door COA/gezondheidszorg voor asielzoekers of mogelijk via de SEH/ huisartsenpost als passant.

Dit geldt ook voor vaccinaties. Siblings die niet (volledig) gevaccineerd zijn kunnen via de JGZ (volgens het RVP) alsnog gevaccineerd worden. Vaccinatiestatus van de siblings kan bepaald worden door de jeugdarts of door de kinderarts in overleg met de jeugdarts. Ook dit hangt af van de juridische status.

## HOOFDSTUK 5 ALGEMEEN PEDIATRISCHE AANDACHTSPUNTEN

### 5.1 ANAMNESE EN AANVULLENDE DIAGNOSTIEK

#### **Anamnese en lichamelijk onderzoek**

Het is de bedoeling dat er een uitgebreide algemeen pediatrische anamnese wordt afgenomen. Een tolk is hierbij essentieel (geen familielid laten tolken!). In de Leidraad Nieuwkomersonderzoek (hoofdstuk 6.2 (H)) staan tips voor de anamnese. Belangrijk is dat er – anders dan in de Leidraad – NIET naar traumatische gebeurtenissen, details van de oorlog wordt gevraagd (zie ook hoofdstuk 2). Denk bij het lichamelijk onderzoek ook aan het gebit en let op littekens van eventuele eerdere operaties.

#### **Aanvullende diagnostiek**

Op indicatie op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en diagnose voor overplaatsing.

NB1: De prevalentie van anemie en genetische afwijkingen van de rode bloedcel is hoog (16, 19). Hier moet laagdrempelig diagnostiek naar worden verricht.

### 5.2 ONDERVOEDING

Ondervoeding wordt apart uitgelicht omdat ieder patiënt hier nauwkeurig op gescreend moet worden. Als er een chirurgische ingreep moet worden gedaan, heeft het de voorkeur - indien dit mogelijk is - om de voedingstoestand eerst te optimaliseren, alvorens de ingreep te plannen.

Daarnaast is het belangrijk om onderscheid te maken in de mate van ondervoeding.

#### **Aandachtspunten milde en ernstige ondervoeding**

Ondervoeding bij kinderen vormt een 'high-risk state'. Hierbij is, ondanks adequate behandeling en onafhankelijk van de klinische presentatie, de mortaliteit en morbiditeit significant hoger dan bij normaal gevoede kinderen die ziek zijn. Dit geldt ook al bij matige ondervoeding (17).

Ernstige ondervoeding kan leiden tot een afwijkende klinische presentatie en kan ook leiden tot een afwijkende reactie na bijvoorbeeld een grote operatie of tijdens een PICU opname. Deze patiënten kunnen nauwelijks tot geen inflammatoire reactie genereren en hebben daardoor ook minder 'clinical warning signs' (zoals koorts, dyspneu) (18). Daarom is het lastig te zien of ze wel of niet ernstig ziek/infectieus zijn.

Op het moment dat een er sprake is van ernstige stress (operatie/PICU-opname) zijn er weinig tot geen reserves en compensatiemechanismen. Klinische verslechtering treedt sneller op dan wij in de Nederlandse situatie gewend zijn. Er wordt dan ook geadviseerd om sneller en voortvarender op te schalen in de supportive care op de PICU om te voorkomen dat patiënten in een neerwaartse spiraal belanden.

Bij ernstige ondervoeding moet de patiënt als immuungecompromitteerd beschouwd worden. De WHO adviseert dat alle in een ziekenhuis opgenomen kinderen met ernstige ondervoeding 5 dagen antibiotica krijgen (18).

### Bepalen van mate van ondervoeding

Gebruik hiervoor de **Z- scores** van de WHO-groecurves: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>

Bij de bepaling van de ernst van ondervoeding wordt in de initiële, klinische fase alleen het gewichtsverlies bekeken, niet de lengtegroei.

| LEEFTIJD | GROEICURVE         | MATIG ERNSTIGE ONDERVOEDING (Z-SCORE) | ERNSTIGE ONDERVOEDING (Z-SCORE) |
|----------|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| < 2 jaar | Gewicht - Leeftijd | < -2                                  | < -3                            |
| 2-5 jaar | Gewicht - Lengte   | < -2                                  | < -3                            |
| > 5 jaar | BMI Z-score        | < -2                                  | < -3                            |

### Aanvullende diagnostiek

Bij iedere patiënt met ondervoeding moet de volgende diagnostiek worden verricht:

- Volledig bloedbeeld
- IJzerstatus
- Nierfunctie
- Leverfunctie (asat/alat/bili/AF/gGT/albumine)
- Bloedgas
- Electrolyten (Na/K/Ca/Mg/fosfaat/glu)
- Vitamine D, B1, B12

### Opstarten voeding

Dit kan via het lokale refeedingprotocol en/of in overleg met de diëtist.

## HOOFDSTUK 6 OVERIGE

### 6.1 CONTACT NVK

Voor algemene vragen kan Frédérique Hofstede (vicevoorzitter NVK) gecontacteerd worden:

[f.hofstede@hagaziekenhuis.nl](mailto:f.hofstede@hagaziekenhuis.nl)

06 41 55 44 99

## 6.2 BRONNEN MET EXTRA INFORMATIE

- (A) [NVK Aanbevelingsdocument voor kinderartsen over Oekraïense vluchtelingen](#)
- (B) [De sociale kaart van ARQ, het nationaal psychotrauma centrum](#)
- (C) [Toolkit kind en trauma - Het WKZ](#)
- (D) [Toolkit – Cultuursensitieve en inclusieve communicatie](#)
- (E) [Cultuursensitief werken met jeugdigen en gezinnen](#)
- (F) [Bijzonder resistente micro-organismen \(BRMO\) | SRI-richtlijnen](#)
- (G) [MRSA | SRI-richtlijnen](#)
- (H) [NVK Leidraad nieuwkomersonderzoek voor vluchtelingenkinderen door kinderartsen](#)

## HOOFDSTUK 7 REFERENTIES

- (1) Unicef.org
- (2) Lancet, State of the health-care system in Gaza during the Israel–Hammas war, Volume 402, Issue 10419, December 16, 2023
- (3) Informatie via specialisten War Child
- (4) Verschillende bronnen Artsen zonder Grenzen
- (5) Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Eliez S, et al. A. First assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: What mental health professionals need to know. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016;25:1-6.
- (6) Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;256:174-186.
- (7) Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, et al. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2015;20(1):106-116.
- (8) Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, et al. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country, Scandinavian Journal of Psychology. 2014;55(1):33-37.
- (9) Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C. & Stein, A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. Lancet Lond. Engl. 379, 266–282 (2012).
- (10) Van Os ECC, Kalverboer ME, Zijlstra AE, et al. Knowledge of the unknown child: A systematic review of the elements of the Best Interests of the Child Assessment for recently arrived refugee children. Clinical Child and Family Psychology Review. 2016;19(3):185-203. doi:10.1007/s10567-016-0209-y.

- (11) Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, Keane T, Saxe GN. Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jan;43(1):24-36. doi: 10.1097/00004583-200401000-00012. PMID: 14691358. - PubMed.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14691358/>.
- (12) Ehntholt, K. A. & Yule, W. Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J. Child Psychol. Psychiatry* 47, 1197– 1210 (2006)
- (13) Cisse Nakeyar, Victoria Esses, Graham J Reid, The psychosocial needs of refugee children and youth and best practices for filling these needs: A systematic review, *Clin Child Psychol Psychiatry*, 2018.
- (14) Bron labinfect RIVM 6-10-25.
- (15) Multidrug-resistant bacteria amid health-system collapse in Gaza, Abu Dalal, Huda et al.,*The Lancet Infectious Diseases*, Volume 25, Issue 10, 1064 - 1066
- (16) Samarah F, Srour MA, Dumaidi K. Plasma Lipids and Lipoproteins in Sick Cell Disease Patients in the Northern West Bank, Palestine. *Biomed Res Int*. 2021 Aug
- (17) Childhood Acute Illness and Nutrition (CHAIN) Network. Childhood mortality during and after acute illness in Africa and south Asia: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health*. 2022 May;10(5):e673-e684. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00118-8.
- (18) Bhutta ZA, Berkley JA, Bandsma RHJ, Kerac M, Trehan I, Briend A. Severe childhood malnutrition. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Sep 21;3:17067. doi: 10.1038/nrdp.2017.67.
- (19) Sirdah M, Bilto YY, el Jabour S, Najjar K. Screening secondary school students in the Gaza strip for beta-thalassaemia trait. *Clin Lab Haematol*. 1998 Oct;20(5):279-83. doi: 10.1046/j.1365-2257.1998.00037.x. PMID: 9807674.