



## Podium voor preventie

Een overzicht van psychosociale  
preventie voor asielzoekers

Merlijn van Schayk  
Erick Vloeberghs

1 december 2011



## **Colofon**

© Datum, Pharos

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door druk, fotokopie of microfilm of op een andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Podium voor Preventie. Een overzicht van psychosociale preventie voor asielzoekers is een uitgave van Stichting Pharos. Het is een verkenning naar het preventie aanbod voor volwassen asielzoekers

### **Auteurs**

Merlijn van Schayk  
Erick Vloeberghs

### **Projectleider**

Frea Haker

### **Projectsecretariaat**

Pharos, Landelijk Kennis- en Adviescentrum voor migranten, vluchtelingen en gezondheid  
Herenstraat 35  
Postbus 13318  
3507 LH Utrecht  
Telefoon 030 234 98 00  
E-mail [info@pharos.nl](mailto:info@pharos.nl)  
[www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

## Inhoudsopgave

Inleiding	6
1 Achtergrond	9
2 Beleid en financiering van preventieactiviteiten voor vluchtelingen en asielzoekers	23
3 Methode van onderzoek	27
4 Programmaoverzicht	30
Ahjuri ensemble	32
Creatieve projecten met ouders en kinderen	34
De Vrije Vogel	36
Gezond blijven door onderlinge steun	38
Gezond blijven in moeilijke situaties	40
Gezond denken, gezond doen	42
Je leven in balans	44
Je wilt je kind niet kwijtraken	46
Jongerenproject Street Art	48
Maatjesproject voor asielzoekers	50
Magazine 'What's Up?' Meidenproject	52
Meeting Point	54
Meiden in Beweging	56
Met Kracht	58
Mind-Spring	60
Non-verbale creatieve vrouwengroep	62
Open Podium	64
Orchestre Partout	66
Pappa's en mamma's	68
Preventieproject: psycho-educatie asielzoekers	70
Project Gezond AZC	72
Psychomotore therapie	74
Vrouwengroep ondersteuning spanningsklachten	76
5 Beschouwing	77
Bijlage 1 Het nieuwe preventiebeleid; enkele belangrijke voorzieningen	88

Bijlage 2	Vragenlijst	90
Bijlage 3	Psychosociale preventieprogramma's 2000-2011	91
Bijlage 4	Huidige preventieaanbod per azc	92
Bijlage 5	Literatuurlijst	95

## Inleiding

Preventie is een kerntaak van de gezondheidszorg; het helpt het herstel, de instandhouding en bevordering van de gezondheid. Preventie van psychische problematiek betreft: het verminderen van de risicofactoren voor het ontwikkelen van psychische problemen.

Asielzoekers hebben vaker dan gemiddeld psychische klachten en zijn gebaat bij preventieve psychische zorg. Voorzieningen met een preventieve werking, zoals ggz-preventie en activering vanuit het COA (Centraal Orgaan opvang asielzoekers) en gemeenten worden al jaren aangeboden aan asielzoekers, maar zijn ook zeer versnipperd. In 2010 constateerden onder andere Pharos, COA en MCA (Menzis COA Administratie) dat een overzicht ontbreekt van wat er in de verschillende asielzoekerscentra wordt aangeboden en wat wel of niet succesvol is. Pharos heeft daarom in 2011 een verkenning uitgevoerd van preventieactiviteiten die in de verschillende centra worden aangeboden en van programma's die de afgelopen jaren hebben gelopen en die nuttige lessen bevatten. Dit rapport is het resultaat van deze verkenning. In het overzicht van preventieprogramma's zijn die programma's opgenomen die zich richten op volwassen asielzoekers (boven de 18) en die enigszins een structureel karakter hebben.

Bij het uitvoeren van de verkenning stelden we ons de volgende vragen:

- Welke factoren kunnen het psychosociaal welbevinden van asielzoekers beïnvloeden?
- Welke lessen kunnen getrokken worden uit de eerdere en bestaande interventies ter verbetering van hun psychosociaal welbevinden?
- Aan welke randvoorwaarden dienen zulke interventieprogramma's te voldoen om activering, empowerment en participatie van asielzoekers te bevorderen?

Het doel van het overzicht van het activiteitenaanbod en de beantwoording van bovenstaande vragen is om allereerst de huidige stand van zaken in kaart te brengen (kennisupdate). Daarnaast kunnen factoren opgespoord worden waarvan blijkt dat ze de uitvoering van een interventie of activiteit bemoeilijken dan wel vergemakkelijken; de zogenaamde faal- en succesfactoren. Van groot belang immers is dat geleerd wordt van eerdere ervaringen en het wiel niet steeds opnieuw uitgevonden wordt. Na het overzicht volgt dan ook een beschouwing: wat valt te leren uit de activiteiten en programma's tot nu toe? Tot slot volgt een reflectie op de huidige situatie: welke factoren zijn van belang om een gezondheidsbevorderende activiteit voor asielzoekers tot een succes te kunnen maken?

Een aantal van de preventieprogramma's die in het overzicht opgenomen zijn, stammen uit 2000-2004, de tijd dat er overal in het land dankzij financiering door ZRA (Ziektekostenregeling Asielzoekers) innovatieve preventieprojecten en -programma's ontwikkeld werden. Mede door de ondersteuning vanuit het Landelijk Steunpunt Preventie (2000-2009) was in 2002 meer dan de helft van de ggz-preventie-instellingen actief voor de doelgroep asielzoekers. Daarnaast ontstonden, vaak met ZRA-financiering, initiatieven vanuit landelijke ngo's (waaronder Pharos) in samenwerking met de Medische Opvang Asielzoekers en (maatschappelijke) zorginstellingen, die psycho-educatie en toename van empowerment, sociale activering en/of participatie van asielzoekers tot doel hadden.

De opbouw van dit document is als volgt: hoofdstuk 1 begint met een overzicht van de psychische problemen waar asielzoekers mee kampen en wat de mogelijke oorzaken daarvan zijn. Daarbij wordt gekeken naar zowel de pre- als de postmigratie-risicofactoren en naar welke van die factoren beïnvloedbaar zijn. Daarna gaat dit hoofdstuk in op de beschermende factoren en de vraag naar wat de asielzoeker precies helpt om zijn gezondheid te verbeteren.<sup>1</sup> De begrippen gezondheidsbevordering en empowerment, sociale activering, participatie en psycho-educatie passeren daarna de revue.

In hoofdstuk 2 wordt bekeken welke recente beleidsveranderingen, zowel met betrekking tot het Nederlandse zorgsysteem als meer specifiek de zorg en preventieactiviteiten voor asielzoekers, plaatsgevonden hebben. Hoofdstuk 3 beschrijft de methoden die gebruikt zijn om tot het overzicht van preventieprogramma's te komen. Dit overzicht staat vervolgens in hoofdstuk 4. Ten slotte volgen in hoofdstuk 5 een beschouwing en aanbevelingen gericht op de huidige praktijk.

Dit document, en met name het overzicht van activiteiten en programma's, is tot stand gekomen door middel van een groot aantal gesprekken over ervaringen uit de praktijk. Hierdoor is meer inzicht verkregen in de succes- en faalfactoren van programma's en het huidige preventieaanbod. De volgende organisaties hebben hieraan hun medewerking verleend: COA, Stichting de Vrolijkheid, Mind-Spring, Context Centrum voor GGZ Preventie, Welnis | Lentis Preventie, GGz Nijmegen, Indigo Utrecht, Indigo Drenthe, GGZ Friesland, GGZ Noord-Holland-Noord, Mediant Centrum Preventie GGZ, GGNet Preventie regio Oost-Gelderland en De Liemers,

---

<sup>1</sup> Daar waar 'hij' en 'hem' wordt gebruikt, kan ook 'zij' en 'haar' worden gelezen.

GGZ Eindhoven en de Kempen, GGz Centraal Meerkanten, GGZ Breburg, Het Inter-lokaal, Indigo Flevo-Veluwe, De Werkelijkheid, Meneer de Leeuw, Indigo Zeeland.

Ondanks een intensieve belronde en zoektocht op internet, kan het zijn dat dit overzicht niet volledig is. Immers, activiteiten voor asielzoekers en in azc's zijn niet centraal geregistreerd. Mocht u dit overzicht bekijken en belangrijke programma's missen, laat het ons weten. Wij zullen deze dan alsnog toevoegen en de online versie van dit rapport aanpassen.

## 1 Achtergrond

Nederland huisvestte volgens het COA op 1 september 2011 in totaal 18.021 asielzoekers in een veertigtal azc's. Daarvan hebben 3.861 personen al een status als vergunninghouder; zij wachten op overplaatsing naar een gemeente. De grootste leeftijdsgroep onder de asielzoekers is de 18- tot 29-jarigen (6.552), gevolgd door de 30- tot 39-jarigen (3.580) en de 40- tot 59-jarigen (1.504). Het totaal aantal volwassen asielzoekers in azc's komt daarmee op 11.636. Mannen vormen ongeveer 60% van het totaal, vrouwen 40%.

Relatief veel asielzoekers blijken kort na aankomst in Nederland last te hebben van psychische problemen. Internationaal onderzoek maakt duidelijk dat asielzoekers klachten ondervinden op zowel sociaal, psychisch als somatisch gebied als gevolg van hetgeen zij in het land van herkomst dan wel tijdens de vlucht doormaakten. Op psychisch gebied geldt dat PTSS (posttraumatische stressstoornis) en depressie de meest gerapporteerde gevolgen zijn van traumatische gebeurtenissen, in het bijzonder van door mensen begane wreedheden (De Jong et al., 2001; Fazel et al., 2005).

De depressie waaraan veel asielzoekers lijden, kan bestempeld worden als een onverwerkte, chronische PTSS en ontstaat vaak na verloop van tijd (Nemeroff et al., 2006). Binnen de vluchtelingenpopulatie varieert het voorkomen van PTSS en depressie sterk, afhankelijk van de onderzoeksgroep en -methode, waarbij de prevalenties uiteenlopen van 4% tot 86% voor PTSS en 5% tot 31% voor depressie (Hollifield et al., 2002). Een recente analyse van een grote verzameling epidemiologische surveys onder vluchtelingen wijst op een prevalentiegraad voor PTSS van 30,6% en voor depressie van 30,8% (Steel et al., 2009). Bijna een op de drie asielzoekers kampt kortom met traumagerelateerde klachten en loopt kans om in een negatieve spiraal terecht te komen en een depressie te ontwikkelen.

Uit ander onderzoek is bekend dat postmigratiefactoren daarop van grote invloed zijn. Ondanks de oorspronkelijk vaak grote veerkracht van veel asielzoekers – men waagt zich anders niet aan de barre tocht naar Europa – ontwikkelt ongeveer 10% van hen na verloop van tijd ernstige psychopathologie; ze kunnen hun klachten niet meer zelfstandig aan en melden zich bij de zorgverlening. Er worden diverse postmigratiefactoren genoemd die verklaren waarom ze zich niet staande weten te houden, zoals de lange asielprocedure (Laban et al., 2004; Silove et al., 1997); slechte leefomstandigheden (Laban et al., 2005); en detentie (Keller et al., 2003; Robjant et al., 2009).

Een aantal onderzoeken wijst op de gevaren van ontbrekende of inadequate ondersteuning op het gebied van gezondheidszorg, huisvesting en sociale zekerheid voor asielzoekers met medische of psychische klachten (Kelley &

Stevenson, 2006; Watters & Ingleby, 2004; Laban et al., 2007). Andere studies tonen de positieve effecten aan van psychosociale en juridische ondersteuning op het welzijn van asielzoekers (Asgary et al., 2006; Momartin et al., 2006; Zachary et al., 2011; Steel et al., 2011). De omstandigheden binnen de asielopvang en bepaalde aspecten van de asielprocedure hebben kennelijk een schadelijk effect op het welzijn van asielzoekers, vooral bij personen die al eerder ernstige psychische traumata meemaakten. Uit eerder onderzoek van Laban (2004) blijkt ook dat de psychische klachten van de groep asielzoekers met de langste verblijfsduur veel ernstiger zijn dan die van hun recent gearriveerde landgenoten.

Ander onderzoek naar het voorkomen en de oorzaken van zelfmoordpogingen onder asielzoekers in Nederland toont aan dat gemiddeld veertig asielzoekers per jaar zo'n poging ondernemen. De lengte van en twijfel over de afloop van de asielprocedure bleek voor bijna een derde van diegenen die daarvoor in een ziekenhuis werden opgenomen de voornaamste stressor te zijn, gevolgd door relatieproblemen (21,2%) en het verlies van een familielid (13,1%). Voor bijna 10% was de transfer naar een ander centrum reden voor hun zelfmoordpoging en voor 3,9% de voor hen ondraaglijke leefomstandigheden in het azc (Goosen et al., 2011). Asielzoekers tobben dan ook vaak. Van piekeren is bekend dat het niet alleen het denken beïnvloedt (de cognitie) maar ook een fysieke component heeft, zoals gespannen spieren, slaapproblemen en misselijkheid. Piekeren leidt tot afname van andere activiteiten. Men komt niet meer toe aan dingen doen, hetgeen weer aanleiding is om nog meer te piekeren; men komt in een vicieuze cirkel terecht en loopt het gevaar depressieve klachten te ontwikkelen (Herman, 1996; Lock, 2005). Daarnaast speelt mee dat piekeren en continue stress een negatieve impact hebben op iemands lichaamsfuncties en aanleiding geven voor een serie somatische aandoeningen en psychische klachten. Het lichaam reageert na verloop van tijd op continue stress met klachten aan het bewegingsapparaat (met name de gewrichten), hoofdpijn, ademhalings- en maag-darmproblemen, duizeligheid, verhoogde bloeddruk, etc. (Vloeberghs & Bloemen, 2005).

Uit het 'Gevlucht – Gezond?'-onderzoek (Goosen & Gerritsen, 2007) blijkt dat 68% van de asielzoekers het afgelopen jaar last had van een of meer chronische aandoeningen. Vrouwen gaven daarbij vaker klachten aan dan mannen (83% tegenover 60%). Dit vergelijkend onderzoek toont tevens aan dat meer dan een derde van de ondervraagden (N=410, waaronder 232 asielzoekers en 178 vluchtelingen) sociale problemen heeft, in die zin dat men weinig contact heeft met noch steun ervaart van anderen. Zo geeft 58% van de respondenten aan slechts oppervlakkige contacten te hebben, 42% dat er niemand klaarstaat om te helpen wanneer dat nodig is, en 34% dat 'eenzaamheid de afgelopen maand zeer veel op hen van toepassing is'. Bovendien geven respondenten met minder dan drie contacten aan significant meer traumagerelateerde klachten te hebben, en blijkt dat

postmigratiefactoren (lange asielprocedure, eenzaamheid, het niets te doen hebben) significant meer depressie- en angstsymptomen veroorzaken. Een van de conclusies van het 'Gevlucht – Gezond?'-onderzoek is dan ook dat 'vooral inactiviteit een negatieve invloed heeft op de mentale gezondheid van asielzoekers' (Goosen & Gerritsen, 2007: 36).

## 1.1 Risico- en beschermende factoren

### ***Risicofactoren***

De oorzaken van het veelvuldig voorkomen van psychosociaal leed onder asielzoekers kunnen samengevat worden in de volgende clustering van risicofactoren:

1. traumatische gebeurtenissen in het land van herkomst en tijdens de vlucht;
2. de asielprocedure ofwel de *Refugee Status Determination*;
3. de omstandigheden en het verblijf in azc's;
4. sociale en culturele ontworteling;
5. taal-, kennis- en ervaringsgebreken.

Elk van die clusters houdt een aantal te onderscheiden oorzaken in. In het hiernavolgende wordt nog eens puntsgewijs aangegeven welke oorzaken dat zijn, en of en in hoeverre deze beïnvloedbaar zijn.

#### *1. Traumatische ervaringen in het land van herkomst en tijdens de vlucht*

De ervaringen van asielzoekers zijn heel divers. Het kan gaan om het daadwerkelijk doorstaan van geweld en mishandeling maar ook om het getuige zijn van extreem geweld. Volgens Herman (1996) kan het getuige zijn van geweld zelfs meer gevoelens van onmacht veroorzaken dan wanneer men zelf geweld ondergaat. De vlucht op zich betekent onzekerheid en angst: een vluchteling weet vaak niet waar hij uiteindelijk belandt en of hij overgeleverd is aan bonafide personen of mensensmokkelaars. Bovendien kan de vlucht iemand lichamelijk en/of psychisch uitputten. Uitputting is van invloed op zowel de lichamelijke als de psychische of sociale conditie waarmee de asielzoeker zijn verblijf in een azc begint.

Het voert in dit kader te ver om een opsomming te geven van wat vluchtelingen in hun land van herkomst en tijdens de vlucht mee kunnen maken, ook omdat hierop geen invloed kan worden uitgeoefend. Traumatische ervaringen in het land van herkomst of tijdens de vlucht zijn voor een derde van alle asielzoekers een pijnlijk gegeven waar ze mee in het reine moeten zien te komen.

## 2. De asielprocedure

De meeste asielzoekers zijn onzeker over het verloop van hun procedure. In 2005 noemden asielzoekers die participeerden in focusgroepdiscussies de onzekerheid over de asielprocedure als belangrijke reden voor hun psychosociale klachten (Pharos, 2005: 47). Uit het Gevlucht – Gezond?-onderzoek blijkt dat 69% van de asielzoekers zijn 'ongenoegen uit over de duur van de asielprocedure' en dat 61% zich erg onzeker voelt over de verblijfsstatus (Goosen & Gerritsen, 2007: 23). Die grote onzekerheid is overigens een internationaal vaak geuite klacht en niet typisch voor Nederland. Zo noemde 49% van de onderzochte asielzoekers in een recent onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk de angst om teruggestuurd te worden een *'very serious post-migration problem'* (Carswell et al., 2011).

Aangezien de asielprocedure een juridische aangelegenheid is, is er geen mogelijkheid om er invloed op uit te oefenen – in ieder geval niet door preventiemedewerkers. Echter, het feit dat in Nederland een achtdaagse rust- en voorbereidingsperiode is ingesteld, en er vroegsignalering plaatsvindt van psychomedische problemen, maakt het mogelijk om in een zeer vroeg stadium verergering van aanwezige problematiek tegen te gaan door asielzoekers gezondheidsbevorderende activiteiten aan te bieden.

## 3. De omstandigheden en het verblijf in een azc

Eerder is aangegeven dat het leven in een azc als onprettig ervaren wordt. Uit het onderzoek van Laban et al. (2004) blijkt dat een langdurige asielprocedure zelfs ziekmakend kan zijn. Angst, depressie en lichamelijke problemen blijken significant vaker voor te komen bij asielzoekers die langer dan twee jaar in een azc wonen (66,2%) dan bij diegenen die net gearriveerd zijn (42%). Volgens het 'Gevlucht – Gezond?'-onderzoek ervaren asielzoekers ongeacht hun opleidingsniveau stress vanwege de verveling en het ontbreken van een zinvolle dagbesteding (41%), het gebrek aan privacy (36%) en eenzaamheid (34%). Verder benoemt 28% het verlies van maatschappelijke positie, 27% communicatie- en taalproblemen als stressvol en is voor 13% onbekendheid met gebruiken, gewoontes en regelgeving een belangrijke oorzaak van stress. Vooral mannen klagen over verveling, vrouwen noemen eerder problemen met de kinderen.

Enkele van de problemen die genoemd worden zijn terug te voeren tot het feit dat men in een 'totale institutie' woont. De term is afkomstig van de socioloog Erwin Goffman (1956) en verwijst naar een voor de buitenwereld relatief afgesloten woon- en werkgemeenschap met een formeel regime, waaraan een groot aantal personen met een vergelijkbare sociale positie is onderworpen. Denk aan: kazernes, psychiatrische centra, schepen, verzorgingshuizen maar ook asielzoekerscentra. Bewoners van totale instituties blijken na verloop van tijd een vorm van 'mortificatie' door te maken: men verliest zijn eigenheid, de drang om iets aan zijn omgeving te

veranderen, en uiteindelijk wordt men lusteloos, besluiteloos en initiatiefloos. Waarbij geldt: hoe strakker het regime, hoe eerder het proces van mortificatie zich voordoet. Uiteraard is ook de duur van het verblijf hierop van invloed. Dat dit geen gewenste situatie is, zal duidelijk zijn; de asielzoeker noch de samenleving is gebaat bij dit proces. Het is immers voor zowel de eventuele integratie in Nederland maar ook indien hij terug moet naar het land van herkomst van groot belang dat een asielzoeker zichzelf, actief en gezond blijft, in staat is nieuwe sociale contacten op te bouwen en kan terugvallen op zijn eigen kracht. De asielzoeker heeft beperkte invloed op de situatie in het azc, de regelgeving en de tijd die hij daar doorbrengt. Verandering hierin is een beleidskwestie. Het tijdsaspect, het vaak lange verblijf in een azc, heeft wel al geruime tijd de aandacht van zowel beleidsmakers als het COA. Het streven is sinds 2000 om de asielprocedure binnen een half jaar rond te hebben en het verblijf in een azc niet langer dan een jaar te laten duren. Met de vernieuwde asielprocedure (sinds juli 2010) lijkt dit voor het gros van de asielzoekers te lukken – in 2010 werd 82% van de asielprocedures binnen de gestelde termijn afgehandeld (VluchtelingenWerk, 2011). De duur van het verblijf kan echter flink verlengd worden wanneer een kwetsbare asielzoeker niet meteen als zodanig erkend wordt, en hij in een later stadium een nieuwe asielaanvraag indient of in beroep gaat – ongeveer bij 10% van de asielaanvragen. Of wanneer de asielaanvraag is afgewezen maar terugkeer naar het land van herkomst op bezwaren stuit. In die gevallen verblijven asielzoekers veel langer in een azc of komen ze zelfs in detentie terecht. Het is al met al van groot belang enerzijds piekeren, gevoelens van eenzaamheid en onmacht, en inactiviteit van asielzoekers zo veel mogelijk te voorkomen en anderzijds de zelfredzaamheid van asielzoekers te ondersteunen. Dat kan, zoals verderop aangegeven, op veel verschillende manieren. Voor nu is het zinvol te weten dat, aangezien de psychische gezondheid van asielzoekers vaak verslechtert in de opvangsetting, ggz-interventies zich steeds meer richten op het versterken van zelfredzaamheid en minder op het behandelen van traumagerelateerde klachten (Haker et al., 2010).

#### *4. Sociale en culturele ontworteling*

Asielzoekers zijn gevlucht vanwege (etnisch of seksueel) geweld, dreiging, discriminatie of erbarmelijke leefomstandigheden in hun land. Ze laten vaak de rest van hun familie achter, waardoor ze niet alleen hun sociaal kapitaal verliezen maar ook hun natuurlijke inbedding in de gemeenschap. Het gemis van een vertrouwd steunsysteem kan voor asielzoekers een probleem zijn. Het begrip culturele ontworteling (*cultural bereavement*) is hier van toepassing. Het wordt geassocieerd met gevoelens van rouw, spijt, schuld, verlies van verbondenheid, sociale cohesie, de band met land en voorouders, cultuur en tradities (Eisenbruch, 1990; 1992). Sommigen lukt het om te wennen aan het leven in een azc, maar anderen niet; die laatsten zijn extra kwetsbaar voor psychosociale problematiek. Door naar Nederland te komen, kunnen asielzoekers in een zwart gat vallen; zoals we eerder zagen is eenzaamheid een veelgehoorde klacht. Voor een aantal speelt mee dat men er in Nederland van uitgaat dat je voor jezelf kan op komen terwijl zij in het land van herkomst geleerd hebben zich aan te passen aan de groepsnormen en de wensen van anderen. Dit kan tot vertwijfeling leiden. Ook zijn er soms moeilijk overbrugbare verschillen in opvattingen, zoals over de rol van de vrouw of de plaats die religie inneemt. Die verschillen zorgen ervoor dat asielzoekers zich onwennig kunnen voelen in contact met anderen en ook dat zij bepaalde contacten of situaties mijden. Het feit dat zo veel verschillende culturen bij elkaar wonen in een azc maakt het hebben van een diversiteit aan sociale contacten mogelijk, maar zorgt tevens voor onveiligheid, conflicten en spanning (Kramer & Cense, 2004).

In het geval van sociale en culturele ontworteling is het zonder meer mogelijk om via gerichte preventieactiviteiten gezondheidswinst te behalen. Het stimuleren van onderlinge steun en verbondenheid zorgt ervoor dat een asielzoeker nieuwe contacten kan opbouwen, zich deel voelt van een groep, terwijl tegelijkertijd de eigen kracht en flexibiliteit wordt aangesproken. Gezonde afleiding, met name door sport en beweging, muziek en creatieve vormen, brengt teweeg dat iemand minder bezig is met het verleden en het geleden verlies. Uit onderzoek blijkt dat ggz-begeleide loopcursussen, aerobicslessen en fysieke inspanning in het algemeen bewezen effectief zijn tegen depressie en andere klachten, en het welbevinden bevorderen (Goldberg & Elliot, 2000; Hassmen et al., 2000; Lee et al., 2001). In het onderdeel Beschermende factoren wordt dieper ingegaan op bovengenoemde door preventie beïnvloedbare aspecten.

#### *5. Taal-, kennis- en ervaringsgebreken*

Asielzoekers wonen doorgaans met personen uit verschillende taalgebieden tezamen en spreken meestal niet in hun eigen taal met COA-begeleiders, IND-ambtenaren en zorgverleners. Een slechte taalbeheersing zorgt ervoor dat de interacties die asielzoekers hebben met anderen niet altijd goed verlopen, en dat ze

daardoor gefrustreerd kunnen raken. Daarnaast heeft Nederland een ingewikkelde sociale wetgeving en een voor sommigen moeilijk te begrijpen stelsel van hulpverlening. In de eerste fase van verblijf in een azc overzien asielzoekers vaak niet met welke instanties ze te maken hebben en welke regels gelden. Dat kan ertoe leiden dat zelfs de oorspronkelijk initiatiefrijke asielzoekers door de complexiteit van Nederlandse instellingen de weg kwijtraken en zich gaandeweg steeds meer passief en machteloos opstellen.

Naast de moeilijkheden met de taal ervaren veel asielzoekers ook het verzakelijkte Nederlandse zorgsysteem als een bron van stress, door het grote contrast met het systeem in veel landen van herkomst, waar er een sterke persoonlijke band is met diegene die hulp of zorg biedt. Daarnaast is men niet gewend aan het belang van zelfzorg wat in Nederland gehanteerd wordt. Voor sommige asielzoekers speelt tevens dat ze niet bekend zijn met, of vreemd aankijken tegen, het benoemen van psychisch lijden. De individualistische notie ervan wordt in bijvoorbeeld Afrikaanse gemeenschappen niet altijd erkend, zeker niet door vrouwen; men is onderdeel van het gezin en de groep, en daaraan ondergeschikt. Jezelf 'gek' noemen is taboe, want dan klopt er iets niet met het gezin, de groep (De Vries, 2000). De gang naar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg is dan ook voor nogal wat asielzoekers een flinke drempel die genomen moet worden.

Uit onderzoek blijkt verder dat asielzoekers goed op de hoogte gebracht moeten worden over hoe in Nederland omgegaan wordt met drugs en seks. Wat het onderwerp drugs en asielzoekers betreft concludeerden experts al in 1999 dat het belangrijk is om 'duidelijk aan te geven welke wetgeving er bestaat omtrent alcohol en drugs en welke rol het typisch Nederlandse gedoogbeleid daarin speelt' (Braam et al., 1999). Desondanks wordt in een aantal azc's openlijk qat gebruikt en 'gaan gezinnen eraan kapot' (Van den Broek, 2009). Bovendien leggen auteurs in binnen- en buitenland verband tussen traumatiserende ervaringen en het gebruik van drugs; getraumatiseerd zijn betekent een verhoogd risico op verslaafd raken (Visser, 2004; Van der Meer-Jansma et al., 2010; Norman et al., 2007). Dit houdt in dat met name de psychisch meest kwetsbare asielzoekers meer kans dan anderen lopen om onverantwoord met drugs om te gaan.

Daarnaast hebben asielzoekers vaak een gebrek aan kennis over seksualiteit. De tolerante houding ten aanzien van adolescenten en seks in Nederland is veel asielzoeker-ouders ook een doorn in het oog. De acceptatie dat jongeren seks hebben voor het huwelijk en de gemakkelijke toegang tot anticonceptie botst vaak met de norm waarmee een volwassen asielzoeker is opgevoed. Dit kan tot conflicten leiden onderling, binnen het gezin alsook met de omgeving. Asielzoekers hebben bovendien in veel gevallen onvoldoende kennis over het eigen lichaam, seksuele risico's en anticonceptie, met als gevolg dat Afrikaanse meisjes vier tot zes keer zo vaak zwanger zijn als autochtone meisjes (RNG, 2009).

Een asielzoeker zal zich dus op veel verschillende domeinen aan moeten passen wat taal, kennis en houding betreft. Taalcursussen worden niet gegeven aan asielzoekers maar preventieactiviteiten zijn wel mogelijk, en wat kennisachterstand op deze terreinen betreft zijn die zelfs gangbaar. Hierna volgt daarover meer.

### ***Beschermende factoren***

De balans draagkracht-draaglast bepaalt in hoeverre iemand met de problemen die hij ervaart weet om te gaan. Veel van bovenstaande risicofactoren gelden voor alle asielzoekers, maar niet elke asielzoeker kan de last ervan niet dragen. Wanneer iemands draagkracht groot genoeg is, krijgen moeilijkheden niet de kans uit te groeien tot problemen. Draagkracht krijgen we als we genoeg beschermende factoren hebben: krachten die problemen draaglijk maken en die ze kunnen voorkomen. In het algemeen, maar zeker voor asielzoekers, geldt dat sociale steun, contacten en een zinvolle dagbesteding bescherming bieden. Beschermende factoren worden versterkt door gevoelens van empowerment, fysieke en sociale activering, constructieve copingstijlen en door het gevoel serieus genomen te worden, uiting te kunnen geven aan je eigenheid en invloed uit te kunnen oefenen (participatie).

In het voorafgaande is beschreven wat uit de literatuur bekend is over de risicofactoren. De volgende paragraaf gaat dieper in op factoren die de asielzoeker tijdens zijn verblijf in een azc bescherming kunnen bieden, en die een tegenwicht vormen voor de problemen waar hij mee kampt. Het gaat achtereenvolgens om:

1. informatie en psycho-educatie;
2. sociale steun en contacten;
3. een zinvolle dagbesteding; en
4. beweging.

#### ***1. Informatie en psycho-educatie***

Voorlichting en informatieve bijeenkomsten zijn belangrijk om kennis (cognitie) op te doen en mensen te motiveren tot gezond gedrag (Brug et al., 2001). Asielzoekers kunnen worden geïnformeerd over hoe de zorg in elkaar zit, wat het belang is van goede zelfzorg, alsook over verstandig gebruik van drugs. Of over hoe de omgangsvormen zijn in Nederland en hoe gedacht wordt over de rechten van kinderen, discriminatie, meisjesbesnijdenis en een seksueel andere geaardheid. Praatsessies kunnen het best aangevuld worden met doe-dingen zodat men zich het nieuwe kan eigenmaken. Het eigenhandig omdoen van een condoom of het leren 'nee' zeggen tegen seksuele avances, een verduidelijkende vraag leren stellen of een drukke arts telefonisch te woord staan, zijn alle onderwerpen die passen binnen preventieprogramma's.

Psycho-educatie wordt vaak gegeven als onderdeel van een programma; het staat niet op zichzelf, maar in direct verband met het doel ervan.

Middels psycho-educatie kunnen ggz-preventiewerkers ingaan op de thematiek die eerder geschetst is; asielzoekers vertrouwd maken met de ggz als behandel-mogelijkheid en ze bewust maken van het feit dat naast lichamelijke ook psychische moeilijkheden bestaan heeft die te overwinnen zijn (coping). Volgens Herman (1996) zijn getraumatiseerde mensen bij uitstek gebaat met psycho-educatie en wordt dat het best in groepen gedaan, zodat ze steun kunnen ervaren van lotgenoten. Tijdens psycho-educatie worden de groepsleden geïnformeerd over (symptomen van) psychische ziekte, de gevolgen ervan voor het individu en zijn omgeving en de wijze waarop men vroege, waarschuwendende signalen kan waarnemen bij zichzelf (Lely & Van den Heuvel-Wellens, 2002). Het daadwerkelijke effect van de voorlichting en psycho-educatie is voor een groot deel afhankelijk van in hoeverre er afstemming is tussen de 'zender' en de 'ontvanger'; het is dan ook belangrijk dat de vraag waar de asielzoeker mee zit, gehoord wordt (Van Baars, 2005; Vaandrager, 2011; Loeber, 2003).

### **Psycho-educatie**

Psycho-educatie is een methodiek in de hulpverlening aan mensen met een beperking en verwijst naar een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om mensen te leren omgaan met hun beperking. Psycho-educatie kan zowel individueel als in groepsverband aangeboden worden. Het houdt in een aantal gevallen in dat men manieren leert om om te gaan met pijnlijke gevoelens die de vooruitgang of het herstel belemmeren (Van der Stel, 2003). Naast praten omvat het ook het in de praktijk aanleren van vaardigheden en het motiveren om deze vaardigheden toe te passen in het dagelijks leven.

Voor zieke mensen is aanvaarding en behoud van een positief zelfbeeld soms moeilijk, als gevolg van het besef dat zij een sociaal en/of psychisch probleem hebben. Het uitgangspunt is dat heldere uitleg en betrouwbare informatie houvast kunnen geven. Psycho-educatie heeft naast de eerdergenoemde doelen een aantal nevendoele: het creëren van een vertrouwensbasis, het creëren van wederzijds begrip en het vergroten van de motivatie om zich te houden aan eerdergemaakte afspraken. Het kan dus ook de *no-show* van asielzoekers doen verminderen. Door gebruik te maken van veel non-verbaal materiaal (bijvoorbeeld pictogrammen) en het doen van oefeningen is het mogelijk de taalbarrière gedeeltelijk weg te nemen (Mooren & Schoorl, 2008).

### **2. Sociale steun en contacten**

Een sociaal netwerk is van belang voor de eigen ontwikkeling en om de materiële, sociale en emotionele behoeften die men heeft te bevredigen. Voor asielzoekers

geldt dat ze bij aankomst in Nederland een klein sociaal netwerk hebben en dit soms ook zo willen houden. Dat kan uit angst zijn (voor roddel, achterdocht), omdat men het niet de moeite waard vindt (men blijft toch slechts kort in een azc) of men houdt afstand omdat men opziet tegen het afscheid moeten nemen (bij afwijzing van de asielstatus) en de pijn die dat doet. Veel asielzoekers kunnen bij het maken van contact dan ook een steuntje in de rug gebruiken. Volgens diverse auteurs is de aanwezigheid van een sociaal netwerk immers essentieel voor het herstel van het psychisch welbevinden van mensen die geweldservaringen hebben meegemaakt (Herman, 1996; Summerfield, 2000; 2001). Sociale contacten helpen wanneer iemand om hulp verlegen zit of zich zorgen maakt en het eigen probleemoplossend vermogen tekortschiet.

Concreet dient daarbij gedacht te worden aan activiteiten die ertoe bijdragen dat asielzoekers in contact komtkomen met eigen taal- en-, cultuur- en/of lotgenoten. Maar ook met personen in de omgeving, die de asielzoekers wegwijs kunnen maken in bijvoorbeeld de voorzieningen in Nederland. Sociale activering wordt vaak in groepen gedaan, de deelnemers kunnen van elkaar leren, ervaringen uitwisselen en onderling steun bieden en krijgen. Aandachtspunt is wel dat niet iedereen in staat is te functioneren in een groep.

Naast het geven van groepsgerichte informatie over hoe Nederland in elkaar zit, is het zinvol asielzoekers dit te laten ervaren tijdens activiteiten op lokaal (gemeentelijk) niveau. Deelname aan sociaal-culturele activiteiten (zoals Koninginnedag, bevrijdingsfeest, sportevenementen) toont asielzoekers hoe in Nederland sociale steunsystemen werken en welke rituelen of aspecten hier als belangrijk gezien worden.. Gesprekken en onderling contact met Nederlanders over hoe men Nederland ervaart, zegt iets over hoe beide partijen tegen dingen aankijken. Het maakt dat de asielzoekers ook uiting kunnen geven aan hun eigen identiteit en cultuur.

Door asielzoekers activiteiten aan te kunnen bieden die het mogelijk maken om onderling en extern sociale contacten en een netwerk op te bouwen, krijgen ze een netwerk waar ze op terug kunnen vallen, en de kans om te experimenteren met nieuw gedrag en sociale vaardigheden. Het helpen opbouwen en vasthouden van sociale contacten is daarom, vanuit preventief oogpunt, voor asielzoekers in meerdere opzichten empowerend en ondersteunend, waarmee het de kans verkleint op verslechtering van het psychisch welbevinden.

## Empowerment

Empowerment is geen specifieke methodiek maar biedt een denk- en handelingskader (paradigma). Centraal staat de verbinding tussen het individuele welzijn, de eigen kracht en het aanwezige steunsysteem met de bredere sociaal-politieke omgeving (Jacobs, 2005). Empowerment houdt twee op elkaar inwerkende processen in: het proces van vrijmaken en gebruiken van de kracht van de persoon aan de ene kant en van kracht opdoen en opladen aan de andere kant (Vloeberghs, 2003). Het gaat om een proces van leefstijlverandering-in-dialoog en dus niet om zelfredzaamheid. Die laatste term gaat uit van de autonomie van een persoon, terwijl empowerment er de nadruk op legt dat een individu dankzij sociale verbanden sterker wordt en groeit. Empowerment houdt altijd interactie in met anderen. En concrete actie: enkel al doende leert men en krijgt men greep op zijn leven.

Empowerment krijgt in toenemende mate aandacht binnen de zorg voor en begeleiding van maatschappelijk kwetsbare personen, zoals etnische minderheden, patiënten of mensen met een beperking. Volgens Van Regenmortel (2009) hebben deze groepen een aantal gemeenschappelijke kenmerken en is sprake van verbintenisproblematiek: 'De verbinding is gestoord: met zichzelf, met anderen, met de samenleving en de toekomst.' Een belangrijke voorwaarde om die verbindingen te herstellen is veerkracht.

### 3. Een zinvolle dagbesteding

Door asielzoekers een zinvolle dagbesteding aan te bieden kunnen veel postmigratie-risicofactoren vermeden worden. Asielzoekers met een zinvolle dagbesteding blijven actief, er wordt aanspraak gemaakt op hun zelfredzaamheid en veerkracht en zij hebben minder de behoefte om 'de tijd te doden' met ongezonde activiteiten, zoals het gebruik van qat of andere middelen. Bij het aanbieden van een dagbesteding is het de kunst om de asielzoeker te verleiden het accent te verplaatsen van de *problematiek* naar de *mogelijkheden*; de (veer)kracht en competenties van de asielzoeker dienen te worden aangesproken. Het is daarbij goed om in het hier en nu te blijven en te kijken naar wat wel lukt, wat iemand goed kan en waar iemand plezier aan beleeft (empowerment). Het gaat erom dat de asielzoeker zich beter en krachtiger voelt.

Ook asielzoekers met ernstige gezondheidsklachten dienen aangespoord te worden hun dag actief door te brengen en te participeren in de geboden activiteiten, zodat verslechtering van hun toestand tegengegaan wordt. Uit onderzoek blijkt dat activering van chronisch zieke mensen een verandering van gedrag ten aanzien van hun behandeling teweegbrengt, alsook vermindering van depressieve klachten veroorzaakt (Hibbard et al., 2007).

## Participatie

Participatie betekent betrokkenheid bij en deelname aan activiteiten en processen die invloed hebben op de eigen toekomst. Participatie is een dynamisch sociaal proces met als eindresultaat dat men daadwerkelijk zelf actie onderneemt (Eklund, 1999). Het betrekken van een doelgroep kan een middel zijn om dat dynamische proces op gang te brengen en de eigen capaciteiten aan te spreken (doelgroepparticipatie). In dit rapport gaat het om actieve betrokkenheid van de doelgroep asielzoekers bij de toegankelijkheid, ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbevorderende activiteiten op psychosociaal gebied. Van belang hier is dat mensen door actieve participatie positief bijdragen aan hun directe omgeving, dat ze zich nuttig voelen, gewaardeerd worden en dat het afhankelijkheidsgevoelens vermindert.

Participatie bevordert het psychologisch empowerment; het vergroot de *health locus of control* oftewel de controle over en effectiviteit van handelen ten aanzien van de eigen geestelijke gezondheid (Zimmerman & Rappaport, 1988; Berkouwer & Koelen, 2002). Tegelijk profiteert de directe omgeving en wijdere context van de grotere sociale cohesie en de onderlinge betrokkenheid en hulp. MOVISIE, landelijk kennis- en adviescentrum voor maatschappelijke ontwikkeling, heeft veel ervaring met sociale activering, empowerment en participatie. Op de website [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl) worden verder afleiding van problemen, structuur in de dag krijgen en andere mensen ontmoeten belangrijke motivaties genoemd om mensen weer te laten participeren.

In het leven van asielzoekers is veiligheid geen vaststaand gegeven meer, integendeel, na geweldservaringen kampen velen van hen met een gemis aan *'basic trust'* (Herman, 1996). Dit houdt in dat met name de meest kwetsbare asielzoekers tijd nodig hebben om de veiligheid af te tasten en weer vertrouwen te krijgen. Van belang bij het aanbieden van dagbesteding is dan ook dat asielzoekers meedenken over de activiteiten die aangeboden worden, dat zij mee kunnen bepalen hoe de dag ingevuld wordt, ofwel dat zij volwaardig participeren (Van Vliet et al., 2010). Een ingevulde dagbesteding van bovenaf opgelegd kan als bedreigend overkomen en zal het eerder beschreven proces van mortificatie en daarmee het gevaar van initiatiefloosheid en het verlies van eigenheid niet tegengaan. De eigen inzet van de asielzoeker en dus een zekere mate van regievoering en participatie is essentieel (Goffman 1956/1998).

Tegelijk dient bekeken te worden in hoeverre de individuele asielzoeker daarin ondersteund dient te worden; het aanreiken van heldere kaders en enige structuur is beter dan simpelweg aan de asielzoekers overlaten welke activiteiten gedurende de

dag plaatsvinden. Temeer daar van kwetsbare personen, en met name slachtoffers van geweld, bekend is dat structuur bieden helpt om weer gevoelens van veiligheid en 'basic trust' te ontwikkelen (Herman, 1996).

#### 4. *Beweging*

Uiteraard zijn er veel manieren om asielzoekers een meer zinvolle dagbesteding te geven. Zo kan gedacht worden aan het doen van klusjes, begeleide wandelingen, creatieve bezigheden of aan muziek maken. Zulke activiteiten bevorderen het hebben van contact, bieden de asielzoeker de mogelijkheid zich op zijn eigen manier te uiten en zijn daardoor empowerend. Vanwege de impact van beweging op de vele lichamelijke en psychische klachten die asielzoekers kunnen hebben als gevolg van acute of chronische stress, en het feit dat bewegen een natuurlijke basisbehoefte is die op zich weinig techniek of middelen vereist, maakt van (meer en veel) beweging een van de meest effectieve preventieve maatregelen.

In het algemeen en op individueel niveau voorkomen sport en beweging dat fysieke stressklachten naar aanleiding van ervaren geweld, waaronder gewrichts-, nek- en schouderklachten, verergeren. Bewegen voorkomt ook gewichtstoename, en daardoor de kans op ontstaan van diabetes en hartkwalen (Haskell et al., 2007). Volgens de medisch specialisten Goldberg en Elliot (2000) heeft men aan twee uur sporten per week genoeg voor '*preventing and treating diabetes, depression, heart disease, high blood pressure, arthritis, and more*' – zoals een deel van de titel van hun boek luidt. Fysieke inspanning is bovendien therapeutisch en spanning-reducerend, en bewezen effectief bij depressieve gevoelens (Harris, 1987). En bewegen is ook empowerend; het vraagt om uithoudings- en incasseringsvermogen, stimuleert zelfvertrouwen en verbetert de stemming (Hassmen et al., 2000; Lee et al., 2001).

Indien in een groep uitgevoerd, bevorderen sport en gezamenlijk bewegen de opbouw van sociale contacten. Tegelijkertijd vergroot fysieke inspanning de kans op (sociale) activering op neventerreinen, zoals meer onderlinge steun en betrokkenheid en meer welwillendheid en participatie tijdens (creatieve, computer-) cursussen en/of voorlichtingsbijeenkomsten.

## 1.2 Tot slot

Interactie met anderen verbetert de taalbeheersing; in dat opzicht bevorderen psycho-educatie en samen creatief of anderzijds actief zijn de aansluiting met de directe omgeving. Daarnaast zijn beweging en participatie belangrijk voor deze doelgroep vanwege het empowerend effect op het psychosociaal welbevinden; de asielzoeker voelt zich fysiek sterker, kan meer eigen initiatief tonen, en is

psychologisch minder kwetsbaar. Met andere woorden: het in beweging brengen van asielzoekers leidt tot gezondheidswinst. Wanneer we dit echter nalaten, lopen zij het risico op grotere zorgconsumptie, verslechtering van hun ervaren gezondheid, en verhoging van hun kwetsbaarheid. We maken in dat geval geen gebruik van de competenties en capaciteiten van de asielzoekers.

Bij een positief besluit op zijn asielaanvraag kunnen gezondheidsbevorderende activiteiten de asielzoeker helpen bij de integratie in de Nederlandse samenleving. Bij een negatieve beslissing over de asielaanvraag daarentegen zal de algehele conditie van de asielzoeker minder verslechterd zijn dan bij de start van de asielprocedure, en kan hij zich mogelijk anders en actiever opstellen ten aanzien van terugkeer naar het land van herkomst.

Samenvattend: uit de literatuur blijken de volgende specifieke gezondheidsdeterminanten een beschermende invloed te hebben op het psychosociaal welbevinden van asielzoekers:

1. Informatie geven – weten waar je aan toe bent; kunnen anticiperen op een andere sociale en culturele context; leren omgaan met klachten (coping/psycho-educatie); meer bereidheid tot samenwerking.
2. Sociale contacten – isolement tegengaan; eigen identiteit vasthouden; gevoel van verbondenheid; mogelijkheid van experimenteren met nieuw gedrag.
3. Actief bezig zijn/activering – zingeving en perspectief bieden; verveling tegengaan; eigen mogelijkheden gebruiken, empowerment; veerkracht aanspreken.
4. Beweging aanbieden – in stand houden of verbeteren fysieke conditie; afname pijnklachten alsook psychisch onwelbevinden; opdoen van kracht en zelfvertrouwen;.

## 2 **Beleid en financiering van preventieactiviteiten voor vluchtelingen en asielzoekers**

Preventieve gezondheidszorg richt zich in het algemeen op mensen die een verhoogd risico lopen een ziekte of aandoening te ontwikkelen en op mensen die al een (onbehandelde) ziekte hebben. Preventie is onder te verdelen in de volgende drie clusters: gezondheidsbescherming (beperking van blootstelling aan gezondheidsbedreigende aspecten door wetgeving of door daadwerkelijk ingrijpen, zoals middels vaccinaties); ziektepreventie (het voorkomen of vroeg signaleren van ziekten) en gezondheidsbevordering (het bevorderen van een gezonde leefstijl) (VWS, 2007). Dit rapport heeft betrekking op de laatste twee aspecten. Sinds 1986 (WHO Ottawa Charter) wordt veel nadruk gelegd op gezondheidsbeleid op basis van *health promotion*, gezondheidsbevordering. Mensen moeten in staat gesteld worden meer controle en invloed uit te oefenen op de factoren die van invloed zijn op hun gezondheid: *'People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health.'* Een veilige basis, een ondersteunende omgeving, de toegang tot informatie, sociale vaardigheden en mogelijkheden voor het maken van gezonde keuzes zijn daarbij belangrijke voorwaarden, naast het versterken van actie in en vanuit de gemeenschap (activering, participatie) en de ontwikkeling van persoonlijke vaardigheden (empowerment) (Berkhouwer & Koelen, 2002; VWS, 2010).

De gezondheidszorg in Nederland heeft vanaf 2006 een aantal ingrijpende beleidsveranderingen meegemaakt. Sinds 1 januari van dat jaar ging de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) van start. Asielzoekers blijven voorlopig collectief verzekerd via de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Zij hebben recht op bijna alle voorzieningen die vallen onder het basispakket van de zorgverzekering en de 'oude' Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In zijn algemeenheid houdt de nieuwe Zorgverzekeringswet een zeker risico in voor een brede, holistische uitvoering van gezondheidsbevordering en preventie. De medische zorg valt nu onder de ZVW terwijl welzijn financieel en inhoudelijk onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) valt. Enerzijds zijn er dus de zorgverzekeraars die middels productieafspraken individuele preventieactiviteiten ondersteunen, anderzijds is er de Wmo die gemeenten mogelijkheden biedt voor subsidiëring van collectieve preventie. Dit onderscheid kan de uitvoering van preventieve projecten die zich zowel op individuele zorg als algemeen welzijn richten, zoals vaak het geval is bij gezondheidsbevordering, participatie en sociale activering, bemoeilijken.

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel, de Wmo en andere voorzieningen heeft de gemeente dan ook, meer dan voorheen, de taak regie te voeren over wat binnen haar grenzen aan participatieve, gezondheidsbevorderende activiteiten plaatsvindt. Volgens een rapport van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is: 'Met de komst van de Wmo de vermaatschappelijking van de gemeentelijke gezondheidszorg een actueel, hoewel lastig, thema (...). Gemeenten worden geacht burgers met beperkingen in staat te stellen om medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan' (Dorscheidt & Heida, 2010).

De financiering van gezondheidsbevorderende activiteiten door de gemeente voor vluchtelingen, migranten en andere burgers in Nederland kan bekostigd worden vanuit de Wmo, de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet participatiebudget (Wpb). Maar noch de Wmo, noch de Wpg en Wpb zijn toegankelijk voor asielzoekers – hetgeen bekostiging van activiteiten voor deze doelgroep aanzienlijk kan bemoeilijken. Het COA koopt publieke gezondheidszorg in bij GGD Nederland, die daarmee haar PGA (Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers) taken uitvoert. Collectieve preventieactiviteiten in een asielzoekerscentrum vallen daarmee onder de taken van en worden uitgevoerd door de PGA'ers van de lokale GGD, al of niet in samenwerking met anderen. Naast het feit dat de PGA geen recht heeft op bovengenoemde budgetlijnen bij de uitvoering van activiteiten voor asielzoekers – de capaciteit van de PGA, zoals hieronder uitgewerkt, beperkt.

Een ander aspect dat door recente beleidsveranderingen kan meespelen, is dat bij participatie- en preventieprogramma's voor erkende vluchtelingen en migranten een breed scala aan gemeentelijke organisaties en voorzieningen (ketenpartners zoals maatschappelijk werk, ggz-preventie, sportclubs, buurtverenigingen, scholen, etc.) inzetbaar is. Veel van zulke organisaties hebben immers door de Wet participatiebudget nu een inspanningsplicht voor 'ingezetenen met een verblijfs-status'. Deze inspanningsplicht geldt niet ten aanzien van activering en participatie van asielzoekers. Inzet van de ketenpartners valt of staat met hun welwillendheid. Het nieuwe beleid houdt daarmee een dubbel risico in voor preventieactiviteiten voor asielzoekers: ten eerste de financiering ervan en ten tweede het losse samenwerkingsverband met en ondersteuning vanuit ketenpartners.

In bijlage 1 wordt een toelichting gegeven over de verschillende budgetlijnen waarmee de gemeenten vorm en inhoud moeten geven aan collectieve preventie, publieke gezondheid, activering en participatie van hun ingezetenen.

### **De PGA en de gidsfunctie van het COA**

Op 31 december 2008 liep het contract af tussen het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) en de stichtingen Medische Opvang Asielzoekers (MOA) en werd de aparte voorziening Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) in het leven geroepen. De PGA werkt vanuit de lokale GGD. Het takenpakket van de PGA is gebaseerd op de Wet publieke gezondheid en bestaat uit: infectieziektepreventie en -bestrijding, technische hygiënezorg, tbc, soa/hiv, gezondheidsbevordering, epidemiologie, jeugdgezondheidszorg 4- tot 19-jarigen, en coördinatie van zorg. In het landelijke takenpakket van de PGA (2009-2012) wordt onder Gezondheidsbevordering/GVO niet gerept over psycho-educatie, ggz-preventie of sociale activering van asielzoekers. Op lokaal niveau, per azc-locatie, is het evenwel mogelijk om in gezamenlijkheid (COA, PGA, zorgketenpartners en andere partners) vast te stellen welke thema's door het COA dan wel door de PGA uitgevoerd dienen te worden (GGD Nederland, 2011). Dit onderstreept het grote belang van structureel overleg en afstemming met het COA en andere partners over (de uitvoering van) psycho-educatie en gezondheidsbevorderende activiteiten in elk afzonderlijk azc. De landelijke personele formatie is per 1 januari 2010 teruggegaan van 85 naar 43 formatieplaatsen. Consequentie hiervan is een grote krimp onder de PGA-medewerkers en tegelijk een intensivering van de werkzaamheden voor de overgebleven PGA'ers – en dus ook, belangrijk in dit kader, een beperking van de beschikbare tijd en ruimte voor het onderdeel gezondheidsbevordering.

Het COA heeft als gevolg van de veranderingen sinds 2009 ook een aantal wijzigingen aangebracht in de taken en verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg voor asielzoekers. Op curatief terrein ligt per 1 januari 2009 de uitvoering van de medische zorg (de RZA) bij zorgverzekeraar Menzis; de MCA (Menzis COA Administratie). De MCA beheert tevens het eerstelijns Gezondheidscentrum voor Asielzoekers, het GC A (praktijkverpleegkundigen en huisartszorg, en sinds 2011 eerstelijns ggz-consulenten). Het COA 'koopt' verder, zoals boven aangegeven, publieke gezondheidszorg in bij GGD Nederland, die daarmee haar PGA-taken uitvoert. En het COA heeft een 'niet-medische gidsfunctie', hetgeen inhoudt dat het de asielzoeker ondersteunt in het wegwijs raken in de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland. Het COA heeft daarmee een centrale en cruciale rol bij het mogelijk maken, aanbieden en uitvoeren van gezondheidsbevorderende activiteiten.

Wat de COA-taak inhoudt valt op te maken uit de factsheet *Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland* (GGD Nederland, 2010). Volgens de opstellers, MCA, GGD Nederland, GC A en COA:

- informeert het COA de asielzoeker over het zorgsysteem en waar de asielzoeker met zijn vraag terecht kan;

- biedt het COA op elk azc een medisch informatiepunt;
- stelt het een telefoon beschikbaar waarmee het GC A gebeld kan worden;
- bespreken COA-medewerkers tijdens het multidisciplinaire overleg (MDO) de sociaal-medische problemen die zij signaleren; en
- faciliteert het COA diverse processen van zowel GC A als de GGD. Zo stelt het werkrumtes ter beschikking en verzorgt het uitnodigingen voor de medische intake door GC A.

Dat laatste is een belangrijk verschil met voorheen. Vroeger ging de MOA (Medische Opvang Asielzoekers) naar het COA in het azc voor ondersteuning (materiaal, locatie, etc.) en financiering van gezondheidsbevorderende en preventieactiviteiten. Nu vallen dat soort activiteiten onder de PGA en dus onder de verantwoordelijkheid van de GGD'en. Het COA is daarmee niet meer de geijkte partner, en is evenmin aan te spreken voor financiële ondersteuning of praktische hulp bij dat soort activiteiten en programma's.

Aangezien de PGA'er slechts sporadisch in het azc is, kan dat een probleem opleveren bij de werving voor een activiteit omdat hij geen bekend gezicht is – terwijl bekendheid en vertrouwen bij werving van groot belang zijn. Bovendien kunnen zich problemen voordoen met de financiering van de beoogde preventieactiviteit. Zo kan het nut van psycho-educatie, loopgroepen of een andere activiteit voor asielzoekers minder belangrijk gevonden worden door de plaatselijke GGD en dus een lagere prioritering krijgen dan andere zaken die ook vanuit de gemeente gefinancierd dienen te worden.

Een andere factor van belang wat het COA betreft is de dubbele positie waarin het zich bevindt ten opzichte van de asielzoeker. Om hun taken naar behoren te kunnen uitvoeren, de asielzoeker te activeren en op een effectieve manier de gidsfunctie van het COA te kunnen vervullen, is het belangrijk dat COA-medewerkers een vertrouwensrelatie opbouwen. Het feit dat COA-medewerkers structureel op locatie aanwezig zijn geeft daarvoor een goede startpositie – in tegenstelling dus tot preventiemedewerkers van GGD/PGA die zich slechts af en toe in een azc laten zien. Daartegenover staat dat het COA beperkingen stelt (grenzen stelt en toezicht houdt op het gedrag van asielzoekers), volgens formele richtlijnen werkt (zich moeilijk flexibel kan opstellen) en bovendien nauw betrokken is bij verwijdering van een asielzoeker (strafoverplaatsingen) en het terugkeertraject. Deze beheersmatige taken van het COA kunnen problemen opleveren in de relatie medewerker-asielzoeker en het vertrouwen in elkaar in de weg staan.

### 3 Methode van onderzoek

Om een overzicht te verkrijgen van de psychosociale preventieprogramma's voor volwassen asielzoekers zijn de volgende stappen genomen. Bij de start van de inventarisatie van deze programma's zijn de volgende inclusiecriteria vastgesteld. Psychosociale preventieprogramma's moeten:

1. **Preventief** zijn, dit wil zeggen: preventie op basis van een niet-geïndiceerde hulpvraag. Ze mogen collectief, selectief of geïndiceerd zijn. Het is géén zorggerichte preventie.
2. Gericht zijn op **psychosociaal welbevinden**. De activiteiten, programma's of methodieken dragen expliciet of impliciet bij aan het psychosociaal welbevinden van de asielzoeker (zoals via sport en beweging, muziek, activering, creatieve activiteiten).
3. **Structureel** zijn. Activiteiten vinden met regelmaat plaats of hebben met regelmaat plaatsgevonden in een azc.
4. Gelopen hebben **vanaf 2000**. Ze mogen afgerond of nog lopend zijn.
5. Voor de doelgroep **volwassen asielzoekers** zijn. Deze moeten in de centrale opvang verblijven en 18 jaar of ouder zijn.
6. **Goede kennisoverdracht** bieden (schriftelijk dan wel mondeling); een effect- of procesevaluatie is echter niet noodzakelijk.

Voor het begrip preventie is uitgegaan van de definitie van het Preventie Platform Friesland (2004): 'Het geheel van inspanningen die door de verschillende actoren worden geleverd met als doel de gezondheid c.q. het welbevinden van de bevolking en/of groepen te bevorderen, beschermen of te bewaken.' Er is hierbij gekozen voor preventie op basis van een niet-geïndiceerde hulpvraag. Dit wil zeggen dat asielzoekers wel op basis van zorgen over het psychisch welbevinden bij bijvoorbeeld COA-medewerkers kunnen worden voorgesteld deel te nemen aan een preventieactiviteit, maar nooit op basis van een verwijzing door een huisarts. Daarom is zorggerichte preventie, zoals 'Lichte dagen, Donkere dagen', niet opgenomen in dit overzicht. De scheidslijn tussen preventie op basis van een geïndiceerde of niet-geïndiceerde zorg is in de praktijk vaak dun. De grens moest echter ergens worden getrokken. Er is gekozen voor deze insteek, omdat Pharos in kaart wilde brengen welke preventieactiviteiten er worden aangeboden voordat asielzoekers zich met een gerichte hulpvraag bij de hulpverlening melden. Immers, uit de literatuur blijkt dat er na de vlucht een aantal risicofactoren zijn die van invloed zijn op de psychosociale gezondheid van de asielzoeker.

De beschermende factoren komen tot uiting in de psychosociale preventieprogramma's. Deze programma's moeten zowel structureel zijn (geweest) en goed beschreven kunnen worden door de 'eigenaren', zodat in de praktijk opgedane ervaringen en eventuele evaluaties in kaart kunnen worden gebracht en als basis kunnen dienen voor een beschrijving van algemene lessen en een aanzet kunnen geven voor aanbevelingen voor de toekomst. Het overzicht richt zich op volwassen asielzoekers. Voor asielzoekerskinderen is veel ontwikkeld. De afgelopen jaren is er ook veel aandacht uitgegaan naar het welzijn van deze kinderen en het belang van preventieactiviteiten. Onder andere het COA pakt dit op in het project 'kind in de opvang'. Uit onderzoek is overigens gebleken dat bij asielzoekersgezinnen het welzijn van ouders van groot belang is voor het psychosociale welzijn van kinderen (Wiegersma et al, 2011).

Door beperkte tijd en doelstellingen, is gekozen voor een focus op preventieprogramma's die in Nederland aangeboden worden of werden. Deze programma's kunnen het makkelijkst vergeleken worden aangezien ze allemaal met dezelfde beleid en opvang kaders te maken hadden/hebben. Natuurlijk zullen er vele lessen zijn uit het buitenland die ook interessant kunnen zijn voor de Nederlandse situatie.

Met bovenstaande inclusiecriteria als uitgangspunt is eerst de database van loketgezondleven.nl geraadpleegd. Daarnaast is er ook contact opgenomen met Mind-Spring van de afdeling Context preventie van de Parnassia Bavo Groep. Aan de hand van het overzicht van loketgezondleven.nl en de gegevens over de locaties waar Mind-Spring-programma's draaien, zijn de eigenaren van de verschillende programma's gebeld. Hierbij is hen telefonisch en in sommige gevallen per e-mail eenzelfde vragenlijst voorgelegd (zie bijlage 2). De voorkeur ging uit naar het telefonisch afnemen van de vragenlijst. In enkele gevallen was dit wegens tijdgebrek niet mogelijk en is ervoor gekozen de vragen via e-mail voor te leggen. Ook heeft in sommige gevallen naar aanleiding van het telefonische interview, e-mailcontact plaatsgevonden om aanvullende informatie op te vragen.

De verschillende eigenaren die gebeld zijn, is gevraagd of zij een eventuele projectbeschrijving beschikbaar hadden en indien mogelijk een evaluatie. Indien deze aanwezig waren, zijn deze eerst doorgelezen, waarna in de meeste gevallen een telefonische afspraak is gemaakt om in te gaan op de vragen uit bijlage 2 die nog niet door middel van de projectbeschrijving of -evaluatie konden worden beantwoord.

Op loketgezondleven.nl bleken ook programma's te staan waarover bij navraag binnen de organisatie geen kennis meer beschikbaar was. In de meeste gevallen

was het project al stopgezet doordat of nadat een projectleider uit de organisatie vertrokken was. Hierdoor was de opgedane kennis ook verloren gegaan. Nadat alle in de database van loketgezondleven.nl gevonden programma's gebeld en in kaart gebracht waren, is op basis van een inschatting van welke eigenaren preventieactiviteiten voor deze doelgroep organiseren opnieuw een internetzoektocht gestart. Ook de gevonden eigenaren via deze tweede internetzoektocht zijn gebeld en hebben de in bijlage 2 bijgevoegde vragenlijst voorgelegd gekregen. In de meeste gevallen gebeurde dat weer telefonisch en in sommige gevallen per e-mail.

Ten slotte zijn de voorlopige resultaten gepresenteerd in oktober 2011 op de expertbijeenkomst 'Van vroeg naar goed', een bijeenkomst over vroegsignalering georganiseerd door Pharos. Hierbij is aan de verschillende ketenpartners om eventuele aanvulling van het huidige overzicht gevraagd. Bij het ter perse gaan van dit overzicht zijn dan ook nog niet alle gegevens van alle programma-eigenaren binnen. Zo is er bijvoorbeeld onvoldoende overzicht van alle activiteiten/programma's die COA uitvoert op de centra voor volwassen asielzoekers. De weerbaarheidstrainingen die COA aanbiedt staan derhalve niet opgenomen in het overzicht, maar zouden daar wel in passen. Ook daarnaast is het mogelijk dat niet alle bestaande preventieprogramma's in kaart zijn gebracht. Het is een versnipperd veld met veel verschillende programma-eigenaren.

Toch denkt Pharos dat met dit overzicht het grootste gedeelte van de programma's beschreven is en dat een goed begin is gemaakt met het creëren van overzicht en duidelijkheid in het preventieaanbod voor volwassen asielzoekers in de centrale opvang. Het huidige overzicht is uiteraard een moment opname. Van de twee grootste aanbieders van preventie programma's, Mind-Spring en Stichting de Vrolijkheid, is bekend dat zij in 2012 nog zullen gaan groeien in aanbod.

Nadat al de gegevens verzameld zijn, zijn de antwoorden op de vragen gelabeld. Dit wil zeggen dat stukken tekst een label (woord) toegekend hebben gekregen dat de kern van het fragment omvat. Op basis van deze labels is een duidelijk beeld gekregen van de onderwerpen die door de verschillende eigenaren het vaakst naar voren zijn gebracht. Hieruit bleek dat een vijftal onderwerpen herhaaldelijk naar voren kwamen. Deze vijf onderwerpen zijn dan ook in de beschouwing in hoofdstuk 5 beschreven en in context geplaatst.

## 4 Programmaoverzicht

In het volgende overzicht zijn 23 preventieprogramma's beschreven. Het gaat hierbij om programma's die op dit moment nog lopen of al afgerond zijn. In bijlage 3 is een overzicht te vinden van de beschreven programma's en hun eigenaren en in bijlage 4 is een overzicht opgenomen van centra waar deze programma's op dit moment nog worden uitgevoerd. In sommige gevallen is de methodiek gedocumenteerd of bestaat er een projectbeschrijving. Deze documenten staan dan als bronvermelding genoemd. Indien er geen bronvermelding vernoemd is, is de informatie verkregen via individuele gesprekken met programma-eigenaren of -uitvoerders of is de geschreven projectomschrijving of evaluatie niet openbaar beschikbaar.

De preventieprogramma's die in het overzicht aan bod komen, zijn verbonden aan een paar type eigenaren. De meeste programma's behoren toe aan een ggz-instelling. Daarvan hebben de meeste gelopen in de jaren 2000-2006. Momenteel zijn vooral nog Mind-Spring-projecten actief. Daarnaast hebben Stichting de Vrolijkheid en De Werkelijkheid een groot aantal projecten waarbij zij naast kinderen ook volwassenen bereiken. Stichting de Vrolijkheid lijkt op dit moment het grootste bereik te hebben. Ook zijn programma's opgenomen van GGD'en, die in de tijd dat de MOA nog bestond werden uitgevoerd.

Opvallend is dat er weinig bekend is over programma's die worden uitgevoerd voor volwassen asielzoekers door het COA en door de gemeenten waarin de azc's gevestigd zijn. De verwachting is dat er in veel azc's wel losse activiteiten plaatsvinden, maar dat deze weinig structureel zijn en daarom niet in aanmerking komen voor dit overzicht. Ten slotte ontbreken door gebrek aan gegevens ook voorbeelden van preventieactiviteiten ontwikkeld door eerstelijns ggz-consulenten verbonden aan het GC A.



# Ahjuri ensemble

Stichting de Vrolijkheid

**Doelstelling:** Asielzoekers met talent bij elkaar brengen om muziek te maken. Muziek bindt en brengt mensen in beweging door: bewoners van asielzoekerscentra met talent bij elkaar te brengen om muziek te maken en van daaruit ontstaan lessen, workshops, projecten en uitvoeringen.

**Projectperiode:** Januari 2011 – heden

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Elke deelnemer kan zijn eigen muziekidentiteit vormgeven in de vorm van solo's, keuze muziekinstrument e.d. Muziek bindt en brengt mensen in beweging.

**Omschrijving project:** Het ensemble komt 1 keer per week samen om te oefenen met een workshopleider (professionele musicus). Meestal wordt er geprobeerd om de workshop met z'n tweeën te begeleiden om zo alle deelnemers persoonlijke aandacht te kunnen geven. Daarnaast wordt er opgetreden, in sommige gevallen in het azc en soms daarbuiten. Deze optredens zijn altijd in een context en geven aanleiding tot meer. Zo kan na een optreden een rapsessie ontstaan en spontaan ruimte zijn om met kinderen muziek te maken. Als iemand aangeeft zelf workshops of les te willen geven, of organisatorisch actief te worden, dan wordt hier direct ruimte voor gemaakt en wordt dit gestimuleerd.

Er is naast het ensemble ook een aanbod van workshops muzieklessen voor volwassenen en kinderen op beginnersniveau. Vanaf 2012 zullen de verschillende ensembles op de verschillende AZC's ook samen komen, in andere AZC's spelen en op podia optreden met ensembles of orkesten.

**Theoretisch uitgangspunt:** Muziek is de meest directe manier om je identiteit te bekrachtigen. Door de muziek worden grenzen verlegd en vooroordelen doorbroken. Er wordt een onderling wederzijds respect gecreëerd. Muziek bindt in AZC ouders en kinderen en bindt de wereld buiten het azc.

**Doelgroep:** Asielzoekers (18-99 jaar)

**Locatie:** AZC Crailo. AZC Crailo sluit. Het is nog niet duidelijk waar de huidige musici heen gaan. In die azc's wordt doorgegaan om met enige regelmaat op een centrale plek te blijven spelen.

**Financiering:** Nationale Postcode Loterij, Menzis en, Kinderpostzegels.

**Samenwerkingspartners:** COA, musici

**Type evaluatie:** Niet formeel uitgevoerd

**Uitkomsten evaluatie:** het werkt, bindt en kost tijd om op te bouwen met betrokken professionele musici buiten het azc..

**Ervaringen uit de praktijk:** Het werken en leven op een azc vraag dat je flexibel moet zijn, alles verandert steeds.

**Bron:** [www.vrolijkheid.nl](http://www.vrolijkheid.nl)

# Creatieve projecten met ouders en kinderen

Stichting de Vrolijkheid

**Doelstelling:** Met kunst- en creatieve activiteiten ouders en hun kinderen de kans geven om elkaar op een andere manier te zien en mee te maken tijdens de asielprocedure. Het samen opbouwen van positieve momenten en positieve herinneringen en het versterken van veerkracht.

**Projectperiode:** 2009 – heden

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Door het talent van gezinsleden aan te spreken en als vertrekpunt te nemen, kan de veerkracht van het gezin worden vergroot. Het gaat om 'beweging', 'trots', 'grip' en nieuwe herinneringen. Zo krijgen gezinnen het gevoel dat ze hun leven in eigen hand hebben en ervaren de gezinsleden voldoening en versterken ze hun gevoel van innerlijke controle.

**Omschrijving project:** In de methodiekbeschrijving komen verschillende werkwijzen aan bod, die allemaal hun eigen waarde en toepassing hebben. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de ouders en hun kinderen om te bepalen wat wel en niet belangrijk, goed en leuk is voor het gezin. Projecten zijn daarom op maat en hangen af van wat wanneer in welk azc aan de orde is. De afgelopen twee jaar is er op diverse manieren gewerkt; zowel de duur, vorm als opbouw van de projecten verschilde.

De start is meestal 'veilig', met projecten die heel laagdrempelig zijn als koken met vrouwen/kinderen en voetballen met vaders/zonen. Vanuit deze laagdrempelige en vaak succesvolle projecten wordt gewerkt met actieve en betrokken ouders en via deze weg worden relaties opgebouwd met andere ouders, nieuwe interesses ontdekt en nieuw aanbod geformuleerd. Voorbeelden hiervan zijn familieportretten van foto's maken tot schilderijlijsten, de Wijze Stoel, een verhalenproject, Muziek op Schoot, het Pappa's en mamma's-project, sport met vaders en zonen, etc. Er zijn de afgelopen twee jaar tussen de 300 en 400 gezinnen bereikt.

**Theoretisch uitgangspunt:** Er ontstond behoefte aan creatieve projecten voor ouders en hun kinderen, die een vrolijke en inspirerende factor vormen en een positieve invloed uitoefenen op het gezin en de veerkracht van ouders aanspreken. Wanneer een positieve bijdrage moet worden geleverd aan het leven van kinderen in azc's moeten ook hun ouders hierbij worden betrokken. Ouder-kindprojecten hebben niet alleen effect op de ouders en de kinderen zelf, maar ook op hun directe omgeving. Dit maakt de kans op duurzame verandering groter.

**Doelgroep:** Ouders en kinderen

**Locatie:** AZC Katwijk, AZC Almere, AZC Grave, AZC Alkmaar, AZC Utrecht, AZC Crailo, AZC Leersum, AZC Wageningen, AZC Burgum, AZC Geeuwenbrug, AZC Oosterwijk, AZC Schalkhaar, AZC 's Gravendeel

**Financiering:** Menzis

**Samenwerkingspartners:** Community-art-organisaties, Stichting Muziek op Schoot, 5eKwartier, Cascoland, COA

**Type evaluatie:** Er is geen officiële proces- of effectevaluatie uitgevoerd. Met ouders en kinderen wordt na het project wel geëvalueerd, en er is een interne site waarop medewerkers ervaringen bijhouden en uitwisselen. Methodiekmakers van de Vrolijkheid evalueren elk project.

**Uitkomsten evaluatie:**

- De waarden die in de methodiek als de belangrijkste van ouder-kindprojecten zijn geformuleerd, zijn terug te zien in de projecten die hebben plaatsgevonden. Dit zijn: trots, beweging, nieuwe herinneringen en grip.
- Een positieve beweging binnen de Vrolijkheid, die hand in hand gaat met het uitvoeren van ouder-kindprojecten, is dat mensen in het netwerk van deze stichting, kinderen en jongeren steeds meer gaan als leden van een gezin. Er wordt steeds meer met volwassenen en kinderen samen gewerkt.
- Vaste projectleiders zijn belangrijk voor het opbouwen van een vertrouwensband.

**Ervaringen uit de praktijk:**

- In een aantal centra wordt het hele jaar door gewerkt met gezinnen. Dit heeft als effect dat gezinnen snel betrokken raken omdat er vertrouwen is, de behoeften helder worden en talenten steeds zichtbaarder.
- Het diverse aanbod van het project is de afgelopen jaren bewust ingezet. Hierdoor is het mogelijk sterk en veelzijdig te formuleren welke werkwijze in vorm én inhoud goed aansluit bij de behoeften en de verschillende situaties in de centra.
- Best practice: er is niet één bepaalde vorm die belangrijker of beter is dan een andere. De kracht ligt erin om het project echt goed behoeftegericht te ontwikkelen, vertrouwen op te bouwen, en een gelijkwaardige relatie te ontwikkelen en te houden.

**Bron:** [www.vrolijkheid.nl](http://www.vrolijkheid.nl), Ouder-kindmethodiek 2010 Stichting de Vrolijkheid

Een voorbeeld van creatieve projecten met ouders en kinderen is het Pappa's en mamma's project (zie bladzijde 66).

# De Vrije Vogel

Stichting Pharos

**Doelstelling:** Voorkomen van ernstige psychische problemen bij asielzoekers. De preventieve interventies zijn gericht op het versterken van het sociale netwerk en sociale steun, het uitvoeren van zinvolle en ontspannende activiteiten en het vergroten van vaardigheden om in de Nederlandse situatie initiatieven te ontplooiën die bijdragen aan welzijn en gezondheid en het adequaat omgaan met de omstandigheden (competenties en coping).

**Projectperiode:** 2002 – 2005

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Het voorkomen van ernstige psychische problemen door asielzoekers de mogelijkheid te geven om activiteiten te ontplooiën of aan activiteiten deel te nemen.

**Omschrijving project:** Het project de Vrije Vogel is tweeledig. Er is een projectgroep die bestaat uit bewoners van het azc en die ondersteund wordt door professionals. Deze projectgroep heeft als doel het organiseren van activiteiten in het azc, waarbij asielzoekers zelf richting kunnen geven aan welke activiteiten belangrijk zijn en deze ook zelf tot uitvoering kunnen brengen. Daarnaast is er een activiteitenfonds. Hier kunnen bewoners voor 80% subsidie krijgen voor een gezondheidsbevorderende activiteit, vergoed met een maximum van 22 euro per maand. Zij worden hierbij zelf gestimuleerd om activiteiten te zoeken (zoals sportclubs, zwemmen, e.d.).

**Theoretisch uitgangspunt:** Voor-en-doormethode; in deze methode ondersteunt of initieert een vertegenwoordiger uit de doelgroep activiteiten voor anderen uit diezelfde doelgroep, of geeft hen informatie daarover. De doelgroep krijgt zo de juiste ondersteuning en informatie, terwijl de vertegenwoordiger het gevoel heeft 'van betekenis' te zijn door anderen te ondersteunen. Empowerment en participatie zijn hierbij belangrijke doelstellingen.

**Type preventie:** Collectieve preventie

**Doelgroep:** Asielzoekers (18-99 jaar)

**Locatie:** AZC Almere

**Financiering:** Gemeente Almere, Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg (Fonds OGZ)

**Samenwerkingspartners:** MOA, GGD'en Noord-Holland en Flevoland, en GGz Centraal De Mergaard

**Type evaluatie:** Procesequantitatieve evaluatie

**Uitkomsten evaluatie:**

- In 2001 (voor de start van het project) maakte volgens het COA 2,8% van de asielzoekers in de azc's gebruik van de COA-voorziening. Na invoering van het activiteitenfonds van de Vrije Vogel is dit toegenomen tot 19%.
- Bijna 50% meer asielzoekers dan bij aanvang was voorzien maken gebruik van het fonds. Hiermee is de behoefte onder asielzoekers om actief te zijn en een vorm van dagbesteding te hebben aangetoond.
- Verder geeft 81% van de asielzoekers aan niet te hebben deelgenomen aan de activiteiten als het activiteitenfonds niet zou bestaan. Dit gegeven benadrukt dat ontbrekende financiële middelen en een gebrek aan informatie de grootste hindernissen zijn bij het kiezen voor gezond gedrag.
- Uit een enquête blijkt dat 29% van de asielzoekers uit gezondheids-overwegingen deel is gaan nemen aan activiteiten. Verder spelen ontspanning (17%) en het tegengaan van verveling (15%) een belangrijke motiverende rol.

**Ervaringen uit de praktijk:**

- De toepassing van de voor-en-doormethode was lastig. De asielzoekers krijgen tegenstrijdige boodschappen: enerzijds mogen ze niet werken, geen taallessen volgen, moeten ze afwachten wat er met hun asielprocedure gebeurt, maar anderzijds wil het project dat zij initiatief tonen en dit zelf gaan uitwerken. Hierdoor was de participatie van de asielzoekers tijdens de pilot minder dan vooraf was gehoopt. De dynamiek van het werkveld is dermate groot dat flexibiliteit en creativiteit van professionals van groot belang is om zich steeds weer aan te passen aan veranderende omstandigheden.
- De continuïteit geboden door een vast vergaderlokaal, vast vergadertijdstip en vaste kantoortijden bleek goed te werken in de onstuimige omstandigheden waarin asielzoekers leven.

**Bron:** Boek *Vrije Vogel. De voor- en doormethode toegepast in een preventieproject voor asielzoekers*. Breg van Baars, Pharos 2005.

# Gezond blijven door onderlinge steun

Stichting Pharos

**Doelstelling:** Handvatten aanreiken aan begeleiders en hulpverleners die steungroepen willen vormen voor asielzoekers, waarbij de doelstelling van de steungroep is het voorkomen dat levensgebeurtenissen uitmonden in ernstige psychische problematiek.

**Projectperiode:** Onbekend

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Sociale steun wordt gezien als een buffer die negatieve gevolgen van stressvolle levensgebeurtenissen gedeeltelijk kan opvangen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van drie werkvormen: het uitwisselen van ervaringen en emoties over de (door de groep) gedeelde levensgebeurtenis; relevante informatie verstrekken over deze levensgebeurtenis en de gevolgen daarvan; bespreken van, adviseren over en emotionele ondersteuning bij het omgaan met specifieke probleemsituaties die voortkomen uit de levensgebeurtenis.

**Omschrijving project:** Methodiek voor het opzetten van steungroepen. Drie steungroepen voor Kosovaren (een mannengroep en een vrouwengroep) en een voor Soedanezen zijn tien keer bij elkaar gekomen onder leiding van een of twee hulpverleners. De groepen bestaan uit zes tot twaalf personen en de bijeenkomsten zijn uitgespreid over een periode van enkele maanden. Het doel van de begeleiding is faciliteren van het groepsproces; als dit op gang gekomen is kunnen deelnemers, als zij dat wensen, zelf op eigen kracht verdergaan.

**Theoretisch uitgangspunt:** Steungroepen zorgen voor een sociaal netwerk waardoor het isolement van mensen wordt doorbroken en waarvuit nieuwe contacten kunnen worden aangegaan.

**Doelgroep:** Asielzoekers (15-99 jaar)

**Locatie:** Onbekend

**Financiering:** Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA/VGZ)

**Samenwerkingspartners:** GGZ Nederland, COA

**Type evaluatie:** Het wordt uit de literatuur (Schell et al., 2005) niet duidelijk in welke vorm evaluatie heeft plaatsgevonden. Wel worden er enkele conclusies getrokken door de auteurs.

**Uitkomsten evaluatie:**

- Uitgangspunt van het preventieve hulpaanbod was het opzetten van zelfhulpgroepen. Begeleiders hebben echter een belangrijke rol gespeeld als bindende, stimulerende en steunende factor. Door de stressvolle,

onzekere en chaotische situatie waarin asielzoekers zich bevinden is het concept van een zelfhulpgroep waarschijnlijk te hoog gegrepen.

- De deelnemers aan de groep ervoeren de psycho-educatie als belangrijk; hun klachten konden ze plaatsen en ze vonden zichzelf niet meer gek. Om daadwerkelijke weerstand te kunnen bieden aan de stressfactoren van de deelnemers hadden de groepen veel langduriger bijeen moeten komen (nu tien keer).

**Ervaringen uit de praktijk:** Onbekend

**Bron:** Boek *Gezond blijven door onderlinge steun. Methodiek voor het opzetten van steungroepen van asielzoekers en vluchtelingen*. Patricia Schell e.a., Pharos 2005

# Gezond blijven in moeilijke situaties

GGZ WNB (Westelijk Noord-Brabant), Stichting Pharos

**Doelstelling:** Het verbeteren van de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van volwassen vrouwelijke asielzoekers en vluchtelingen. Dit wordt onderverdeeld in twee subdoelen: 1) vrouwen inzicht geven in het ontstaan van psychische ziekten of klachten, het verloop, de symptomen en eigen copingmechanismes; en 2) het versterken van de veerkracht waarmee zij de ziekte, klachten en symptomen kunnen beheersen.

**Projectperiode:** 2002-2005

**Aanpak gezondheidsbevordering:** De vrouwen worden zelf gevraagd te komen met ideeën die hun klachten verminderen, deze zijn ingebed in hun culturele achtergrond en hierdoor gebruiken ze hun eigen kracht (empowerment). Uitgangspunt is het gezond functioneren, waarbij gebruik wordt gemaakt van de capaciteiten van de vrouw zelf en het systeem (partner, kinderen, andere familieleden) waar zij deel van uitmaakt. De groepsvorm van deze therapie zorgt voor lotgenotencontact, waardoor het sociale isolement kan worden doorbroken.

**Omschrijving project:** Methodiek voor psycho-educatief groepswork, waarbij men asielzoekersvrouwen leert om te gaan met spannings- en pijnklachten. Bestemd voor preventiewerkers in de ggz. De groep bestaat idealiter uit zes tot twaalf deelnemers. De methodiek bestaat uit verschillende modules: spanningsklachten, pijnklachten, slaapproblemen, opvoedingsondersteuning, depressie, angst, trauma en intimiteit. Elke module staat in het draaiboek beschreven, waarbij aandacht wordt besteed aan doel en inhoud van de desbetreffende bijeenkomst (bijvoorbeeld over depressie), en aan mogelijkheden om zelf problemen te verlichten, zoals het doen van ontspanningsoefeningen.

**Theoretisch uitgangspunt:** Uitgangspunten zijn empowerment en versterking van copinggedrag. Hierbij heeft de doelgroep een actieve rol in het omgaan met de eigen klachten. De eigen ideeën van de vrouwen over wat zinvol en nodig is om klachten te verminderen hangen samen met hun culturele achtergrond. Door hierbij aan te sluiten wordt gebruikgemaakt van hun eigen kracht.

**Doelgroep:** Vrouwelijke asielzoekers (18-65 jaar)

**Locatie:** Azc, buurthuis of preventieafdeling ggz

**Financiering:** Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA/VGZ)

**Samenwerkingspartners:** Landelijk Platform ggz-preventie voor asielzoekers, ggz-preventiewerkers

**Type evaluatie:** Niet gedaan

**Uitkomsten evaluatie:** Onbekend

**Ervaringen uit de praktijk:** Onbekend

**Bron:** Boek *Gezond blijven in moeilijke situaties. Methodiek voor psycho-educatief groepswork met asielzoekers- en vluchtelingenvrouwen*. Gusta Boland e.a., Pharos 2005

# Gezond denken, gezond doen

Stichting Pharos

**Doelstelling:** Bevorderen van de gezondheid van (vrouwelijke) asielzoekers en verminderen van spanningen door anders te gaan denken, voelen en handelen. Wie gezond denkt, zal zich beter voelen en gezonder handelen. Het is de bedoeling dat de deelnemers inzicht krijgen in de relatie tussen de omstandigheden waarin zij leven, de wijze waarop ze met die omstandigheden omgaan en hun spanningsklachten.

**Projectperiode:** Onbekend

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Negatieve denkschema's die individuen ontwikkeld hebben worden in deze voorlichting omgebogen tot positieve denkschema's zonder een westers denkkader op te leggen. Samen met een begeleider wordt gekeken hoe mensen de negatieve effecten van hun leefomstandigheden op hun gezondheid zelf kunnen leren beheersen. Dit gebeurt door de deelnemers inzicht te geven in waar hun kracht ligt, door vergroten van kennis over en inzicht in stressgerelateerde symptomen via voorlichting, door ruimte te geven aan het uiten van emoties, alternatieve denkpatronen te bespreken en ontspanningsoefeningen te doen.

**Omschrijving project:** De methodiek voor groepsvoorlichting is bedoeld voor asielzoekers die kampen met spanningsklachten. De homogene groep komt zes keer bijeen. In het begin krijgen deelnemers voorlichting over het thema en de daarmee samenhangende psychosociale klachten. Daarna is er gelegenheid om over onderwerpen die aan dit thema gerelateerd zijn te spreken en hun emoties te uiten. Hierbij nemen de begeleiders de reorganisatie van cognitieve denkschema's en de kracht van de vrouwen en hun eigen oplossend vermogen als uitgangspunt. Daarnaast worden ontspanningsoefeningen uitgereikt.

**Theoretisch uitgangspunt:** Uitgangspunt is het cognitieve model dat we de wijze waarop we denken over een situatie bepalend is voor hoe we ons voelen en gedragen. Uit literatuur over de toepassing van cognitieve therapie bij migranten blijkt dat deze benadering succesvol is gebleken zolang de hulpverlener uitgaat van de opvattingen en gedragsverklaringen vanuit de betreffende cultuur. Met het cognitieve model kan beïnvloeding op drie niveaus plaatsvinden: gedrag, cognitie en emoties.

**Doelgroep:** Asielzoekers (18-99 jaar). Uitvoerende pilots hebben alleen bij vrouwengroepen plaatsgevonden. De mogelijkheid voor toepasbaarheid bij mannengroepen is niet onderzocht.

**Locatie:** AZC Dronten en AZC Zeewolde

**Financiering:** Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA/VGZ)

**Samenwerkingspartners:** MOA Dronten & Zeewolde en Maatschappelijk Werk en Dienstverlening Flevoland

**Type evaluatie:** Effectevaluatie is niet duidelijk te meten; wel is gevraagd of de deelnemers tevreden zijn, de spanningsklachten zijn afgenomen en of ze de opgedane kennis zullen blijven toepassen.

**Uitkomsten evaluatie:**

- Groepsleden hebben de bijeenkomsten als leerzaam ervaren, ze hebben inzicht gekregen in de oorzaak van klachten en wat ze kunnen doen om deze te verminderen/voorkomen. Ze vonden het plezierig om op een andere wijze naar hun problemen te kijken. De oprechte belangstelling door begeleiders en het met elkaar praten over problemen had een 'paracetamolwerking'. Het nam de pijn weg, aldus een van de deelnemers. De groepsbijeenkomsten werden als ontspannen ervaren. Echter, voor al deze uitkomsten geldt dat de spanningen in het leven van de deelnemers zo groot zijn dat na stoppen van het project het niet gelukt is om het geleerde in het dagelijks leven toe te passen. De vrouwen hadden behoefte aan een regelmatig en langdurig groepsaanbod.
- De combinatie van voorlichting over een thema en er vervolgens over praten, door het delen van persoonlijke ervaringen, werd als erg zinvol ervaren door de deelnemers. De ontspanningsoefeningen die hieruit voortvloeiden werden positief beoordeeld en het lukte ook steeds beter deze toe te passen.

**Ervaringen uit de praktijk:** Onbekend

**Bron:** Boek *Gezond denken en gezond doen. Methodiek voor psychosociale groepsvoorlichting aan asielzoekers*. Eke van Eerde e.a., Pharos 2005

# Je leven in balans

## Dimence (regio Hanzenstreek)

**Doelstelling:** Asielzoekers krijgen door de voorlichting kennis van het begrip stress, de werking van stress (en posttraumatische stress), ze krijgen inzicht in hoe stress zich verhoudt tot problemen in het eigen leven en weten hoe zij invloed kunnen uitoefenen op hun eigen draagkracht.

**Projectperiode:** 2002-2003

**Aanpak gezondheidsbevordering:** De asielzoeker verkrijgt inzicht in het ontstaan van psychische klachten; dit wordt, gebruikmakend van een weegschaal (last- en krachtschaal), visueel inzichtelijk gemaakt. De asielzoeker ontwikkelt inzicht in de activiteiten die zelf ondernomen kunnen worden om klachten te verminderen of te voorkomen.

**Omschrijving project:** In de twee uur durende voorlichting wordt informatie gegeven over stress en de werking van stress (en posttraumatische stress). Het begrip stress/spanning wordt uitgelegd aan de hand van het 'weegschaalmodel'. Er wordt ingegaan op signalen van stress en de gevolgen van langdurige stress (slaapproblemen, depressiviteit, etc.). Deelnemers gaan met elkaar in gesprek over de eigen draaglasten en draagkrachten en denken na over wat nodig is om gezond te blijven tijdens de periode van de asielprocedure. De groep bestaat bij voorkeur uit acht tot twaalf deelnemers.

**Theoretisch uitgangspunt:** 'Je leven in balans', afgeleid van het originele programma 'How to keep your life in balance' van Liesbeth Speelman, is een methode om de draagkracht van asielzoekers te versterken en een verklaringskader aan te reiken waarmee asielzoekers de eigen problematiek leren herkennen en kunnen verklaren. Deelnemers worden gemotiveerd hun eigen oplossing te vinden om met spanningen om te gaan. Door het vinden van interne oplossingen en interne motivaties worden de asielzoekers actief gestimuleerd hun eigen situatie te verbeteren.

**Doelgroep:** Asielzoekers in de centrale opvang (18-99 jaar)

**Locatie:** AZC Schalkhaar, AZC Zutphen

**Financiering:** ZRA en preventie regulier (AWBZ)

**Samenwerkingspartners:** MOA, GGZ Preventie

**Type evaluatie:** Procesevaluatie

**Uitkomsten evaluatie:**

- In Schalkhaar was meer interesse voor de voorlichting dan in Zutphen. Dit valt te verklaren uit het feit dat Schalkhaar tot op heden een OC (Opvang- en Onderzoekscentrum) was, een plek waar mensen wonen

die nog relatief kort in Nederland zijn en waar men ook korter verblijft. In Zutphen wonen de meeste mensen al meerdere jaren in het centrum. Ze hebben een passievere houding dan de relatief nieuwe asielzoekers in Schalkhaar.

- Er was een discrepantie tussen aanbod, verwachtingen en behoefte. De verwachtingen van de deelnemers verschilden van hetgeen de voorlichting bood. De verwachtingen waren te hoog; er werd verwacht dat oplossingen geboden zouden worden, men 'externe' oplossingen aangereikt zou krijgen, bijvoorbeeld medicijnen, en voorlichters werd veel macht en invloed toegekend om iets te doen aan de bron van het probleem (invloed uitoefenen op de procedure). Deze discrepantie tussen de eigen verwachtingen en het aanbod in relatie tot het beeld dat men heeft van Nederland als welvarend land met een goede gezondheidszorg, leidde tot een hoop verontwaardiging, boosheid en frustratie bij veel asielzoekers.
- De deelnemers hadden over het algemeen zelf redelijk inzicht in hoe stress werkt en welke oorzaken eraan ten grondslag liggen.
- De tips voor het omgaan met stress werden door asielzoekers vaak als minimaal gezien en nauwelijks toepasbaar vanwege externe factoren die de mogelijkheden daartoe verstoren.
- Een eenmalige voorlichting is te kort om asielzoekers te laten zien welke mogelijkheden er zijn voor ontspannen, en op welke positieve lichtpuntjes zij zich daarbij kunnen richten.
- In de algemene introductie van het COA is het aan te bevelen ook een eenmalige voorlichting te verwerken over het belang van actief blijven en van copingvaardigheden om depressie en andere klachten als gevolg van stress te voorkomen dan wel te beperken bij zichzelf en bij de kinderen.
- Er moet meer aandacht komen voor het bespreken van de discrepantie tussen verwachtingen van asielzoekers over de Nederlandse gezondheidszorg en de realiteit van en visie achter de Nederlandse zorg.

**Ervaringen uit de praktijk:** Onbekend

**Bron:** Geen geschreven bron of website aanwezig

# Je wilt je kind niet kwijtraken

Stichting Pharos

**Doelstelling:** Ouders kunnen na deelname voorbeelden geven van wat in Nederland van hen verwacht wordt op het terrein van opvoeden. Ze kunnen belangrijke waarden van de Somalische opvoeding benoemen en kunnen enkele positieve waarden noemen van de Nederlandse manier van opvoeden. Ze hebben geoefend met reflectie op de eigen opvoeding, hebben een positieve verwachting van het praten en overleggen met kinderen, hebben vertrouwen in hun rol als opvoeder, en hebben kennis over opvoedingsvaardigheden. De ouders hebben vertrouwen in hun vaardigheid om met de docenten van hun kinderen in gesprek te gaan, accepteren hulp of verwijzing bij situaties die vastgelopen zijn, en hebben globale kennis over de instellingen waar zij als ouders mee te maken (kunnen) krijgen.

**Projectperiode:** 2009 – heden

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Ouders die greep hebben op de opvoeding van hun kinderen en zien dat het hen goed gaat, zullen zich ook beter gaan voelen. En als ouders weer zelfvertrouwen uitstralen, is dat gunstig voor de ontwikkeling van kinderen.

**Omschrijving project:** De methodiek is oorspronkelijk ontwikkeld door Het Inter-lokaal (maatschappelijke en sociaaljuridische dienstverlening) en NIM Maatschappelijk Werk in Nijmegen. Het is een activiteit voor Somalische ouders (zowel vaders als moeders) in AZC Nijmegen, waarbij gebruik wordt gemaakt van opvoedingsondersteuning, groepsmaatschappelijk werk en een communitygerichte aanpak. Hierbij wordt ingegaan op actuele problemen van ouders, waarbij ervaringen delen en leren van elkaar voorop staan. De trainers, uit de doelgroep, richten zich hierbij soms bewust op de meer ontwikkelde vrouwen en/of sterke vrouwen, omdat deze binnen de gemeenschap invloed hebben.

De training wordt gegeven in groepen van vijftien deelnemers, die tijdens vier wekelijkse bijeenkomsten van elk twee uur bij elkaar komen. Tijdens deze trainingen staan vier vaste thema's centraal. Omdat de Somalische gemeenschap in het maatschappelijke en sociale leven een strikte scheiding heeft tussen mannen en vrouwen, worden de trainingen ook afzonderlijk voor beide doelgroepen gegeven. Tijdens de trainingen krijgen de deelnemers naast kennis over opvoeden ook tips over hoe om te gaan met stress en problemen. Daarnaast krijgen ze de ruimte om elkaar nuttige adviezen te geven; dit zorgt voor empowerment. Er is ruimte om naar aanleiding van vragen onderwerpen aan bod te laten komen binnen de trainingen.

**Theoretisch uitgangspunt:** Een aanpak waarbij sociale steun en de gemeenschap centraal staan. De projectleiders pleiten voor methoden waarbij opvoeders geïnformeerd worden over schoolgaan en opvoeden, zodat ouders meer handgrepen krijgen om hun ouderlijke rol op te pakken.

**Doelgroep:** Somalische ouders

**Locatie:** AZC Nijmegen

**Financiering:** Kinderpostzegels Nederland

**Samenwerkingspartners:** Inter-lokaal, NIM, COA en in de toekomst de ggz

**Type evaluatie:** Effectevaluatie

**Uitkomsten evaluatie:** De evaluatie is afgenomen tijdens de laatste training. Vrouwen zijn zelf erg positief over de training en zeggen veel geleerd te hebben over verschillende onderwerpen die met opvoeding te maken hebben. De onderzoekers en trainers concluderen dat er een toename is van kennis over de Nederlandse samenleving en de Nederlandse manier van opvoeden. Een voorzichtige conclusie is dat de deelnemers door de trainingen geleerd hebben zelf te reflecteren en de intentie hebben de nieuwe opvoedingsvaardigheden ook toe te passen. Het effect op zelfvertrouwen is niet besproken.

**Ervaringen uit de praktijk:**

In het verslag over de trainingsmethodiek staan enkele punten die door de auteurs als ervaringen uit de praktijk naar voren worden gebracht. Daarnaast zijn een aantal van de onderstaande punten op een interview met de methodiekontwikkelaar gebaseerd:

- Een trainer in de vorm van een sleutelpersoon uit de doelgroep is van groot belang. Door de gemeenschappelijke etnische en taalachtergrond verwachten deelnemers erkenning, herkenning en vertrouwen.
- Trainers geven aan dat, vanwege de gevoeligheid van het onderwerp, een neutrale toon tijdens de trainingen van groot belang is, 'ga uit van vragen en behoeften'.
- Bij de organisatie en voorbereiding is de samenwerking met ketenpartners, met name het COA, van belang. Het COA moet betrokken worden bij het werven van deelnemers. Samenwerking met het COA verloopt tijdens het project goed, COA-medewerkers regelen alles en er is voor en na de training altijd overleg en evaluatie. Ook draagt het COA bij aan eventuele onderwerpen in het geval van conflicten tussen (groepen) bewoners in het asielzoekerscentrum. Hier wordt dan tijdens de training aandacht aan besteed.

**Bron:** Boek *Je wilt je kind niet kwijt raken. Training opvoedingsondersteuning Somalische ouders in een asielzoekerscentrum*. Bram Tuk e.a., Pharos 2010

# Jongerenproject Street Art

Stichting de Vrolijkheid

**Doelstelling:** Veiligheid creëren binnen de jongensgroep, ze trots leren zijn op wie ze zijn en wat ze allemaal kunnen, ontdekken van de kracht van jongeren, laten zien wie ze zijn, en stimuleren dat ze de activiteiten zelf blijven ontwikkelen.

**Projectperiode:** maart – december 2011

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Jongeren diverse activiteiten aanbieden, waarbij eenieder zijn eigen talenten kan leren ontwikkelen en hierdoor positieve ervaringen kan opdoen. De jongeren doen het vooral zelf.

**Omschrijving project:** Gemiddeld komen er elke zondagmiddag zo'n 20 à 25 jongeren bijeen. De gemiddelde leeftijd ligt tussen de 17 en 22 jaar. Op dit moment spelen zij zaalvoetbal. De jongeren hebben het idee ontwikkeld om een toernooi in elkaar te zetten met de jongeren van ACZ Wageningen en AZC Nijmegen.

**Theoretisch uitgangspunt:** Door het aanbieden van sport, dans en muziek is er ruimte voor zelfontplooiing en talentontwikkeling. Daarnaast kunnen ze hun eigen grenzen opzoeken en verleggen en zorgt het voor teambuilding. De verschillende vormen komen uit de streetculture, waar jongeren zich thuisvoelen, die ze kennen en vandaaruit ontwikkelen ze een groep.

**Doelgroep:** Jongens (15-25 jaar)

**Locatie:** AZC Grave

**Financiering:** Onbekend

**Samenwerkingspartners:** Jongerenwerk Gradius Grave, sportcentrum Fit For Free en Hogeschool Nijmegen Arnhem

**Type evaluatie:** Tussentijdse evaluatie

**Uitkomsten evaluatie:** onbekend

**Ervaringen uit de praktijk:**

- De jongeren vragen om voortgang van het project, zij willen graag continuïteit, uitbreiding van uren en noemen het elkaar onderling beter leren kennen als een groot pluspunt.
- 'Vaste gezichten' op de groep jongeren werkt beter, een vast tijdstip en vaste dag bevorderen de veiligheid en dus de continuïteit van de groep, langdurig eenzelfde sport beoefenen verbetert de prestaties en zorgt dat de binding in de groep ook groter wordt.
- Het project grotendeels binnen het azc laten plaatsvinden ervaren de jongeren als prettig en gemakkelijk, en het werkt motiverend:

**Bron:** [www.vrolijkheid.nl](http://www.vrolijkheid.nl)



# Maatjesproject voor asielzoekers

Indigo Flevo-Veluwe

**Doelstelling:** Voorkomen en verergeren van psychische klachten bij asielzoekers

**Projectperiode:** 11 maart 2008 – 12 januari 2010. Het COA en de MOA hadden in dit project de werving van asielzoekers als taak. Vanwege veranderingen binnen het COA en tekort aan personeel gaven ze aan het project er niet bij te kunnen hebben. Hierdoor kwamen er te weinig aanmeldingen en moest het project worden stopgezet.

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Aanbieden van gezondheidsbeschermende en bevorderende factoren zoals: sociale steun, afleiding en het doen van plezierige activiteiten met vrijwilligers.

**Omschrijving project:** Een vrijwilliger (maatje) gaat plezierige activiteiten ondernemen met een asielzoeker met een gemiddelde frequentie van een dagdeel per twee weken, voor een periode van maximaal één jaar. Ongeveer drie keer per jaar worden er voor de vrijwilligers (verdiepende en ondersteunende) bijeenkomsten georganiseerd. De vrijwilligers worden ondersteund door de projectleider.

**Theoretisch uitgangspunt:** Sociale steun, afleiding en het doen van plezierige activiteiten zorgen voor tegenwicht tegen spanningen en zorgen. Het zijn factoren die een positief effect kunnen hebben op het voorkomen van psychische klachten.

**Doelgroep:** Asielzoekers (18-99 jaar)

**Locatie:** AZC Luttelgeest

**Financiering:** Zorgverzekeraar (RZA)

**Samenwerkingspartners:** COA, MOA, dagactiviteitencentrum ggz. Voor werving vrijwilligers: kerken, vrijwilligersvacaturebank Paspardoe/Carrefour, ROC

**Type evaluatie:** Geen evaluatie mogelijk, de groep van deelnemers was te klein (vier, waarvan twee uiteindelijk volledig hebben deelgenomen)

**Uitkomsten evaluatie:** N.v.t.

**Ervaringen uit de praktijk:**

- De projectleider geeft aan dat bij de kleine groep deelnemers er duidelijk een minder geïsoleerde situatie ontstond voor de asielzoekers.
- De deelnemers aan het project waren erg positief. Er waren goede vrijwilligers gevonden, waardoor er zeer positieve affectieve banden tussen maatjes en asielzoekers ontstonden. De activiteiten bevielen

goed, waardoor (in één geval) ook de andere gezinsleden van de asielzoeker gingen participeren.

- Het bleek moeilijk te zijn aan vrijwilligers te komen. Noch via de gebruikelijke vrijwilligersvacaturebank, noch via het ROC melden zich vrijwilligers. Een ander knelpunt was het gebrek aan aanmeldingen van asielzoekers. In verband met dit laatste heeft de projectbegeleider er op een gegeven moment voor gekozen niet meer actief vrijwilligers te rekruteren. Daarnaast moest de projectbegeleider wel een vinger aan de pols houden om de vrijwilligers te helpen zich te beperken in hun rol.
- Het tekort aan aanmeldingen voor het maatjesproject werd door de samenwerkingspartners als volgt verklaard: door de veranderde functie van het azc (onderzoek en inburgering) is de populatie veranderd. De verblijfsduur is verkort en men leeft minder lang in onzekerheid. Daarnaast werd door een van de partners geopperd dat de huidige populatie wellicht al voldoende bezigheden heeft. Vervolgens viel op dat de kerk bij een groot aantal bewoners (ca. 80) betrokken was. Tot slot werd door het COA opgemerkt dat er meer behoefte bestaat aan vrijwilligers die helpen bij het bezoeken van instanties en het helpen bij brieven en procedures.
- De communicatie met het azc was soms traag, deels door ziekte, deels door trage respons medewerkers, deels doordat men prioriteiten elders had. Dit had als nadeel dat een snellere bijstelling van het project niet goed mogelijk was.
- Procesmatig gezien verliepen, volgens de projectleider, de aanmeldprocedures, kennismakingsgesprekken en de koppeling aan maatjes goed. Dit met name omdat de verwijzer de bereidheid had de ruimte en afspraken te organiseren. De terugkoppeling naar de verwijzer gebeurde doorgaans dezelfde week. De matching vond binnen ca. 14 dagen plaats (conform protocol). De doelstellingen, indicatiecriteria, logistiek en verantwoordelijkheden waren duidelijk en werden gedeeld.

**Bron:** Geen geschreven bron of website aanwezig

# Magazine 'What's Up?' Meidenproject

Stichting de Vrolijkheid

**Doelstelling:** Veerkracht bevorderen, talenten ontwikkelen, meiden een stem geven, ruimte geven verhalen vorm te geven, netwerken te bouwen.

**Projectperiode:** 2010 – heden

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Creativiteit en kunst zijn de instrumenten die geboden worden om meiden hun eigen verhaal vorm te laten geven, zelfvertrouwen en talent te ontwikkelen en even gewoon jong te zijn. Van waarde zijn is belangrijk.

**Omschrijving project:** Meiden maken samen een eigen magazine: *What's up?!* Voor ieder magazine komen circa tien meiden zo'n vier keer bij elkaar, en gaan ze op pad voor interviews. De meiden maken ook deel uit van de jongerencommunity en Meeting Point (de Vrolijkheid).

**Theoretisch uitgangspunt:** Het is belangrijk dat mensen tijdens de asielprocedure op andere onderdelen van hun identiteit worden aangesproken dan alleen het 'asielzoeker zijn'. Het gaat om het levend houden van veerkracht, bouwen van veilige plekken en tussenruimtes, opbouwen van gelijkwaardige relaties, en de mogelijkheden om talenten te laten zien en te ontwikkelen.

**Doelgroep:** Senior jongeren, meisjes (18-25 jaar)

**Locatie:** Jongeren komen uit azc's in heel Nederland.

**Financiering:** Women Win en de Nationale Postcode Loterij

**Samenwerkingspartners:** Er wordt samengewerkt met vormgevers, bladenmakers, Women Win en woordvoerders van organisaties die worden geïnterviewd voor het blad.

**Type evaluatie:** Er is geen officiële proces- of effectevaluatie uitgevoerd.

**Uitkomsten evaluatie:** Ontwikkeling van de jongeren richt zich op de Nederlandse samenleving, ze leren dat er veel mogelijk is. Het project werkt trots- en veerkrachtbevorderend. Jongeren ontwikkelen er een netwerk door en krijgen zicht op hun eigen ambities en talenten.

**Ervaringen uit de praktijk:** Onbekend

**Bron:** [www.vrolijkheid.nl](http://www.vrolijkheid.nl), 'What's up?' magazine via de website van de Vrolijkheid



# Meeting Point

Stichting de Vrolijkheid

**Doelstelling:** Het bevorderen van veerkracht, het ontwikkelen van talent, het opbouwen van een netwerk in Nederland.

**Projectperiode:** 2009-heden

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Meeting Point gaat uit van de kracht van jongeren en wat jongeren te bieden hebben. Ze zijn goed in het omgaan met onzekerheid, en met diversiteit, en ze zijn innovatief en ondernemend.. Competenties die voor organisaties en bedrijven, en mensen die daarin werken, inspirerend en nodig zijn, waarnaar ze op zoek zijn.

**Omschrijving project:** Tijdens dit project ontmoeten jonge vluchtelingen en asielzoekers (80% van de deelnemende jongeren is asielzoeker in de procedure en woonachtig in een azc), volwassen Nederlanders die het goed voor elkaar hebben in hun leven. Tijdens het project worden de verhoudingen omgedraaid; de jonge asielzoekers en vluchtelingen worden aangesproken op hun wijsheid, veerkracht en vermogen om iets van het leven te maken. De jongeren ondersteunen als coach de Nederlanders bij een belangrijke vraag in hun leven of werk. Er zijn jaarlijks circa vijftig jongeren die af en toe meedoen aan Meeting Point. Meeting Point wordt tussen de vijf à tien keer per jaar uitgevoerd in opdracht van bedrijven. De jongeren worden getraind voor ze aan Meeting Point kunnen meedoen.

**Theoretisch uitgangspunt:**

Uitgaan van kracht, talenten, gelijkwaardige relaties. Kansen en netwerk bieden. Het is belangrijk dat je mensen tijdens de asielprocedure op andere delen van hun identiteit aanspreekt dan het 'asielzoeker zijn'.

**Doelgroep:** Senior jongeren (16-25 jaar)

**Locatie:** Jongeren zijn afkomstig uit alle azc's in Nederland.

**Financiering:** Met steun van de Nationale Postcode Loterij en de Rabobank Foundation

**Samenwerkingspartners:** Trainingsbureaus en bedrijven die Meeting Point inzetten

**Type evaluatie:** Proces- en resultaatevaluatie, mondeling met de jongeren zelf

**Uitkomsten evaluatie:** Onbekend

**Ervaringen uit de praktijk:** Het gaat om gelijkwaardigheid; dat vraagt veel tijd voor logistiek, het mogelijk maken van reizen, en bovenal dat er op zorgvuldige wijze vertrouwen wordt opgebouwd.

**Bron:** [www.vrolijkheid.nl](http://www.vrolijkheid.nl)



# Meiden in Beweging

Stichting de Vrolijkheid

**Doelstelling:** Een bijdrage leveren aan meer sportmogelijkheden voor meisjes; woonachtig in het azc die het leuk vinden om dingen met elkaar te ondernemen (het ontwikkelen van sociale contacten); en het stimuleren van zelfbewustzijn, een zekere mate van zelfstandigheid, assertiviteit en zelfredzaamheid. Over het algemeen krijgen meisjes in deze leeftijdscategorie moeilijk toestemming om het huis te verlaten, hebben zij een behoorlijk takenpakket thuis en vinden zij hun studie over algemeen een belangrijk goed.

**Projectperiode:** Gestart in oktober 2011 – december 2011. Vanaf 2012 gaat het wellicht door in samenwerking met andere organisaties en andere financiële steun.

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Beweging, sport en dans zijn gezond en leuk | om samen te komen, elkaar te leren kennen, talenten te ontwikkelen, gezond te blijven.

**Omschrijving project:** Door middel van de Jongeren Raad (een project gestart in 2011 in tien azc's waarbij jongeren van 13-17 jaar eens in de drie maanden in overleg gaan met het COA om meer zeggenschap te krijgen over wat er volgens hen belangrijk is in een azc), is geïnterviewd welke behoeften deze groep meiden hebben en is een dag en tijdstip vastgelegd waarop de groep les krijgt van een vrouwelijke instructeur. De meiden hebben een avond in de week, tot hun beschikking om te sporten. Gemiddeld aantal deelnemers is 35, met een gemiddelde leeftijd van rond de 23 jaar.

**Theoretisch uitgangspunt:** Het is belangrijk dat mensen tijdens de asielprocedure op andere onderdelen van hun identiteit worden aangesproken dan alleen het 'asielzoeker zijn'. Het gaat om het levend houden van veerkracht, bouwen van veilige plekken en tussenruimtes, opbouwen van gelijkwaardige relaties, en de mogelijkheden om talenten te laten zien en te ontwikkelen.

**Doelgroep:** Vrouwen (15-25 jaar)

**Locatie:** AZC Grave

**Financiering:** Women Win Sportprojecten

**Samenwerkingspartners:** COA, Women Win Sportprojecten

**Type evaluatie:** Mondelinge tussentijdse evaluatie met de vrouwen

**Uitkomsten evaluatie:** Uit de tussentijdse evaluatie komt het volgende naar voren: de jonge meiden willen graag meer dan een avond per week sporten. Gezamenlijk sporten is gezond, houdt de geest ook gezond en biedt een van de weinige momenten waarop zij bij elkaar kunnen komen in een bepaalde mate van vrijheid. Ze ervaren het als plezierig, en in eerste instantie ook confronterend omdat hun lichaamsconditie achteruit is gegaan. Het onderlinge netwerk is belangrijk. Onderlinge verbanden zijn belangrijk.

**Ervaringen uit de praktijk:** Door de gesprekken in de jongerenraad bleek dat deze meiden elkaar weten te vinden door middel van sport en bewegen.

**Bron:** [www.vrolijkheid.nl](http://www.vrolijkheid.nl)

# Met Kracht

GGZ Breburg

**Doelstelling:** Asielzoekers ontwikkelen inzicht in de psychische gevolgen van gedwongen migratie. Er is verder aandacht voor verlies en schokverwerking, stressreductie en het versterken van de eigen persoonlijke kracht.

**Projectperiode:** Start eind 2011 – begin 2012

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Psycho-educatie, aanpak vanuit de cognitieve benadering, stressreductie met actieve werkvormen en oefeningen.

**Omschrijving project:** Preventieprogramma voor asielzoekers en vluchtelingen met klachten die (mede) gerelateerd zijn aan meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen, vaak in het land van herkomst of tijdens de vlucht. Het programma Met Kracht biedt steun en erkenning, ordent de moeilijkheden en problemen in herkenbare stukjes en besteedt veel aandacht aan psycho-educatie over klachten, zoals nachtmerries, herbelevingen, somberheid, angst en verdriet.

In deze training ligt de aandacht op het versterken van eigen kracht en oplossend vermogen. De training bestaat uit acht bijeenkomsten met de volgende thema's: kennismaking, plaats van de ingrijpende gebeurtenis in het leven, lichamelijke klachten en stress, klachten als gevolg van meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen, sociale steun, coping en acculturatie. Het programma wordt begeleid door medewerkers preventie van de ggz. Mensen kunnen zichzelf aanmelden of worden aangemeld door de ggz-consulent, POH (praktijkondersteuner huisarts) of GC A.

**Theoretisch uitgangspunt:** Onbekend

**Doelgroep:** Volwassen asielzoekers en vluchtelingen (23-65 jaar)

**Locatie:** AZC Gilze en Oisterwijk

**Financiering:** GGZ Breburg (onderdeel van het preventieaanbod)

**Samenwerkingspartners:** POH en GC A

**Type evaluatie:** N.v.t.

**Uitkomsten evaluatie:** N.v.t.

**Ervaringen uit de praktijk:** N.v.t.

**Bron:** Geen geschreven bron of website aanwezig



# Mind-Spring

Afdeling Context preventie van de Parnassia Bavo Groep/ Paul Sterk

**Doelstelling:** Hoogopgeleide vluchtelingen krijgen de mogelijkheid een opleiding tot trainer psycho-educatie te volgen, werkervaring op te doen en zich te profileren binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Anderzijds wordt de moeilijk bereikbare groep asielzoekers en vluchtelingen met psychosociale klachten copingstrategieën aangeleerd door middel van het benadrukken van eigen kracht en mogelijkheden van de asielzoekers.

**Projectperiode:** 2003 – heden

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Onderwerpen waar een asielzoeker mee te maken krijgt als stress, trauma, dagelijkse besommeringen in het azc enzovoort worden in de groep behandeld door het verstrekken van informatie over psychische en psychosociale processen, groepsdiscussies, ontspanningsoefeningen, cognitieve oefeningen, en oefeningen gericht op het vinden van eigen mogelijkheden en empowerment.

**Omschrijving project:** Mind-Spring is een 'voor-en-door'-interventieprogramma waarin opgeleide asielzoekers en vluchtelingen psycho-educatie en psychosociale ondersteuning geven aan groepen asielzoekers en vluchtelingen. De psycho-educatie en opvoedingsondersteuning wordt gegeven in de eigen taal en houdt rekening met de eigen cultuur en gewoonten. De cursussen vinden plaats tijdens acht bijeenkomsten met tussen de zes en vijftien deelnemers. De getrainde asielzoeker of vluchteling werkt samen met en wordt gecoacht door een hulpverlener uit de ggz. Trainers en ggz-medewerkers volgen een opleidingstraject om zich de methodiek eigen te maken.

**Theoretisch uitgangspunt:** De methodiek van Mind-Spring is afgeleid van vergelijkbare programma's die internationale hulporganisaties in 'post-war'-landen uitvoeren en maakt gebruik van de voor-en-doormethode. De initiatiefnemer van Mind-Spring, Paul Sterk, heeft voor een internationale organisatie in Sierra Leone een draaiboek ontwikkeld om lokale intermediairs op te leiden tot *counselor*. Met dit draaiboek werden lokale artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en belangrijke ouderen uit de gemeenschap opgeleid in het geven van trainingen psycho-educatie en het voeren van gesprekken met mensen met geestelijke gezondheidsproblemen uit de eigen gemeenschap.

Dit concept is ook toegepast in de huidige Mind-Spring-methodiek. Trainers zijn ervaringsdeskundigen met dezelfde taal- en culturele achtergrond als de deelnemers.

**Doelgroep:** Asielzoekers (18-99 jaar)

**Locatie:** Mind-Spring wordt op achttien azc-locaties aangeboden, bij veertien azc-locaties vindt overleg plaats om te kunnen starten.

**Financiering:** Menzis

**Samenwerkingspartners:** Menzis, ggz-instellingen

**Type evaluatie:** Er is tot op heden geen effectevaluatie uitgevoerd. Wel wordt gekeken naar de mogelijkheden om deze uit te voeren.

**Uitkomsten evaluatie:** N.v.t.

**Ervaringen uit de praktijk:**

- o Zowel het rapport van een haalbaarheidsstudie in opdracht van VluchtelingenWerk (Verschoor et al., 2010) als de uitvoerende ggz-instellingen noemden het feit dat trainers uit de eigen groep komen als de sterkste kant van het Mind-Spring-concept. Trainers uit de eigen groep kunnen gemakkelijker begrip tonen voor de situatie en snel het vertrouwen van de asielzoekers winnen, hierdoor kan er binnen relatief korte tijd een sterke cohesie ontstaan binnen een groep.
- o Voor het goed lopen van een Mind-Spring-cursus is een goede samenwerking tussen de uitvoerende ggz-instelling, de trainer, het COA en het GC A van groot belang. Werving van deelnemers zouden de projectleiders graag in samenwerking met het COA en het GC A doen.
- o Tijdens de trainingen kan een ggz-medewerker inzicht krijgen in welke asielzoekers wellicht moeten worden doorverwezen voor behandeling door de ggz.
- o Deelnemers ervaren volgens ggz-medewerkers de deelname aan Mind-Spring als positief. Door psycho-educatie en praktische tips leren asielzoekers het heft in eigen handen te nemen en daardoor nemen hun klachten en bezorgdheid af. Deelnemers aan de cursus worden er rustiger door, krijgen meer zelfvertrouwen en voelen erkenning door de trainer, die dezelfde culturele achtergrond heeft, alsmede herkenning in de verhalen van andere deelnemers die met dezelfde problemen kampen. Daarnaast geeft de cursus invulling aan het gebrek aan kennis op het gebied van psychische problematiek en het Nederlandse medisch systeem. In sommige gevallen resulteren cursusbijeenkomsten ook in doorverwijzingen naar de ggz-instelling.

**Bron:** [www.mind-spring.org](http://www.mind-spring.org); *Onderzoeksrapport Mind-Spring*, Bas Verschoor e.a., Hogeschool Utrecht 2010

# Non-verbale creatieve vrouwengroep

GGNet – Preventie Oost-Gelderland en De Liemers

**Doelstelling:** Het indammen van spanningsklachten en een bijdrage leveren aan het voorkomen van (ernstige) psychische problematiek door middel van creatieve werkvormen. Er wordt gewerkt aan: ontspanning en beleven van plezier; het versterken van het gevoel van zelfvertrouwen en eigen kracht, zelfwaardering en eigen competentie; het creëren van veiligheid en het bevorderen van saamhorigheid en onderlinge sociale contacten (sociale steun); het impliciet ventileren van emoties en ruimte bieden om gebeurtenissen uit het verleden een plek te geven.

**Projectperiode:** 2003 – heden

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Een kunstwerk dat in een sessie gemaakt wordt, is een vorm van verwerking. In de beelden kunnen gevoelens tot uitdrukking komen waar nog geen woorden voor zijn. Daarmee helpt het maken van beelden bij het terugkrijgen van de eigen identiteit, het reconstrueren van vroegere gebeurtenissen, en het verwerken en bewerken van iemands denkbeelden. Er wordt zo greep gekregen op emoties die bewust of onbewust worden meegedragen.

**Omschrijving project:** De groep bestaat uit asielzoekersvrouwen die onder begeleiding van twee creatief therapeuten middels diverse creatieve werkvormen wekelijks werken aan bovenstaande doelen. De groepen zijn niet gesloten, er vindt geregeld doorstroming plaats binnen de groep. De groep bestaat uit minimaal zes vrouwen en maximaal twaalf. Zij komen één keer in de week anderhalf uur bij elkaar in een eigen lokaal dat door het COA beschikbaar is gesteld voor de creatieve therapie.

De groep is toegankelijk voor vrouwen vanaf 18 jaar en is tevens toegankelijk voor GGNet-cliënten die ambulantly in behandeling zijn. Het COA bepaalt in het wekelijkse overleg welke vrouwen mogen deelnemen. Aanmeldingen worden gedaan door programmaleiders, woonbegeleiders van het COA en praktijkondersteuners van het GC A.

**Theoretisch uitgangspunt:** Actief zijn heft het gevoel van machteloosheid op, ook al is dit maar voor even. Schilderen, tekenen, muziek en bewegen maken non-verbale communicatie mogelijk. Zonder dat ze hun ervaring hoeven te benoemen, geven deelnemers er vorm aan en krijgen ze aandacht.

**Doelgroep:** Vrouwelijke asielzoekers (18-80 jaar)

**Locatie:** AZC Aalten en AZC Winterswijk

**Financiering:** RZA (Menzis)

**Samenwerkingspartners:** COA en GC A

**Type evaluatie:** Geen officiële evaluatie gehouden

**Uitkomsten evaluatie:** N.v.t.

**Ervaringen uit de praktijk:**

Op basis van gesprekken met de creatieve begeleiders:

- De praktijkondersteuner meldt, volgens de coördinatoren van de groep, dat de deelnemers aan de creatieve vrouwengroep minder klachten hebben en hierdoor niet of minder vaak het GC A bezoeken.
- Volgens de coördinator van de creatieve therapie wordt de therapie door de vrouwen als nuttig ervaren en kunnen zij gemakkelijker contact maken met zichzelf en voelen zij zich veilig. Deelnemers gaan zich beter voelen, komen in het hier en nu. Het piekeren verdwijnt op dat moment en de therapie werkt empowerend.
- Ervaringen die door deelnemers genoemd zijn: het brengt ontspanning, niet hoeven denken aan de problemen, meer rust voelen in het lichaam, beter kunnen slapen, meer in balans komen, minder stress hebben, het werkt als een medicijn, het hoofd leeg maken, creativiteit zou voor iedereen nuttig zijn, sterker in het leven staan.

Procesevaluatie:

- De tien wekelijkse bijeenkomsten per groep die tussen 2003 en 2010 hebben plaatsgevonden, bleken niet voldoende te zijn om het beoogde effect te bereiken. De deelnemers konden het geleerde niet in het dagelijks leven vasthouden vanwege de blijvende stressoren. Vanaf 2010 is er daarom een continu aanbod van de creatieve vrouwengroep in de azc's te Aalten en Winterswijk.
- De ervaring leert dat de werving afhankelijk is van een goede samenwerking met het COA en het GC A. De samenwerking is de laatste jaren aanzienlijk verbeterd en hierdoor worden meer deelnemers bereikt.
- Omdat de vrouwengroep in azc's plaatsvindt, is de tijdsinvestering groot, mede door reistijd van de creatief therapeuten en regelen van de ruimte, materialen, e.d.
- Een van de zorgpunten op dit moment is het zorgdragen voor de continuïteit. 'Hoe zorgen we ervoor dat de deelnemers blijven komen, ook al voelen zij zich ziek?'

**Bron:** *Draaiboek: Pilot non-verbale creatieve vrouwengroep op het AZC te Winterswijk.* Anita Ooms en Hetty de Reus, GGnet 2010

# Open Podium

## De Werkelijkheid

**Doelstelling:** Het creëren van netwerken rondom asielzoekerscentra. voor bewoners van een azc. Bewoners doen sociale contacten op met andere deelnemers aan de workshops. Doelstelling was ook om mensen van het azc en mensen uit de omgeving samen te brengen.

**Projectperiode:** Voorjaar 2011 – eind 2012

**Aanpak gezondheidsbevordering:** De krachten en talenten die bewoners hebben, krijgen in dit project een plaats. Er worden sociale netwerken opgebouwd en andere onderdelen van de identiteit dan alleen het asielzoeker zijn worden aangesproken en krijgen de ruimte.

**Omschrijving project:** Er worden duurzame relaties aangegaan met culturele organisaties en verenigingen in de omgeving, waardoor bewoners van het azc meer onderdeel uitmaken van de omgeving. Vanuit de wensen van de bewoners is gekozen voor dans en muziek als bindende factor. Eens in de week is er een workshop voor kinderen (na school). De volwassenen musiceren samen. De interventie is vraaggestuurd. Aanbod van instrumenten is afhankelijk van behoefte. Op basis van een behoeftenanalyse is ingezet op muziek als uitgangspunt voor het project. Het halen van de doelstelling is veel lastiger geworden omdat het desbetreffende azc een Gezinsopvang Locatie is geworden en er officieel geen aanbod meer mag zijn voor volwassen bewoners. Wel is er een Open Podium waar mensen kunnen optreden (actieve deelname) of kunnen komen luisteren (passieve deelname).

**Theoretisch uitgangspunt:** Mensen aanspreken op talenten, op alle onderdelen van hun identiteit behalve asielzoeker zijn. Er wordt uitgegaan van de talenten van de deelnemers. Deze talenten aanspreken kan veerkracht versterken. In dit azc is er vooral sprake van 'even ruimte voor iets anders'.

**Doelgroep:** Asielzoekers (0-99 jaar)

**Locatie:** AZC Katwijk

**Financiering:** Nationale Postcode Loterij

**Samenwerkingspartners:** VluchtelingenWerk, de Vrolijkheid, UAF

**Type evaluatie:** Nog geen evaluatie uitgevoerd

**Uitkomsten evaluatie:** N.v.t.

**Ervaringen uit de praktijk:**

- Het opzetten van een dergelijk programma behoeft een lange adem. Om te werken vanuit talent, kracht en ambitie moet je bewoners leren kennen, en vertrouwen opbouwen.
- Het is van groot belang dat een workshopleider op maat kan werken en om kan gaan met de ongestructureerdheid en onvoorspelbaarheid van de omgeving. Bij het open podium is de workshopleider zichtbaar (loopt rond in het centrum), heeft de flexibiliteit om eventueel op de kamers van de bewoners muziek te maken, gaat naar mensen toe en laat sociale activiteiten overlopen in de workshopactiviteiten. Het voordeel van muziek als uitgangspunt is dat er verbaal weinig uit te leggen is: muziek spreekt voor zichzelf.
- Samenwerking met het COA verloopt goed. Er wordt om de zoveel tijd verslag uitgebracht aan het COA. Het COA helpt verder mee aan signalering en draagt gezinnen aan waar medewerkers zich zorgen om maken en die eventueel aandacht nodig hebben.

**Bron:** [www.werkelijkheid.com](http://www.werkelijkheid.com)

# Orchestre Partout

Stichting de Vrolijkheid

**Doelstelling:** Muziek maken. Een kerngroep van musici op azc's verzorgt in samenwerking met musici van buiten optredens in en buiten het azc, workshops voor kinderen en ontmoetingen op basisscholen in de buurt.

**Projectperiode:** Januari 2011 – heden

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Uitgaan van talenten en kracht. Mensen aanspreken op alle onderdelen van hun identiteit behalve het asielzoeker zijn. Muziek bindt, muziek biedt ruimte en kansen om te ontmoeten. Het gaat om vrije ruimte in het azc, trots, veiligheid, vertrouwen, etc.

**Omschrijving project:** Met professionele musici wordt een gemêleerd orkest vormgegeven waarbij het repertoire door de deelnemers wordt bepaald. Er zijn op dit moment twaalf deelnemers. Zij komen een keer in de week samen. Uit dit initiatief zijn muzieklessen voor kinderen voortgevloeid. De interventie is vraaggestuurd. Hierdoor is bij dit project geen duidelijke leeftijdsgrens gesteld. Iedereen die wil en kan (afhankelijk van het niveau van/talent in het bespelen van een instrument) mag deelnemen. Voor geïnteresseerden die nog onvoldoende vaardig zijn op een instrument is er een aanbod van muzieklessen. Door de muziekgroep worden ook banden in de wijk gevormd; er wordt samengewerkt met organisaties en scholen uit de omgeving.

**Theoretisch uitgangspunt:** Mensen aanspreken op talenten, op alle onderdelen van hun identiteit behalve het asielzoeker zijn. Muziek heelt en bindt. Er wordt uitgegaan van de talenten van de deelnemers. Deze talenten aanspreken geeft veerkracht.

**Doelgroep:** Asielzoekers (0-99 jaar)

**Locatie:** AZC Alkmaar

**Financiering:** In eerste instantie Nationale Postcode Loterij en de Werkelijkheid, nu Prins Bernard Cultuurfonds, VSB en Fonds voor Cultuurparticipatie. Stichting Kinderpostzegels Nederland financiert de muzieklessen en workshops met kinderen. Financiering tot eind 2012. Initiatiefnemers hopen dat het orkest zich uiteindelijk zelf zal kunnen financieren door middel van optredens en dergelijke.

**Samenwerkingspartners:** COA, AZC Crailoo, Artiance, Welzijnsstichting, de Wijkraad, 5eKwartier, orkesten als het Nederlands Blazers Ensemble, scholen in de omgeving waar voor kinderen educatieve projecten rond muziek worden georganiseerd.

**Type evaluatie:** Nog niet uitgevoerd

**Uitkomsten evaluatie:** N.v.t.

**Ervaringen uit de praktijk:**

- Deelnemers hebben veel plezier, ze doen contact op met anderen en maken muziek. Het project is erg open; er is invulling voor eigen ruimte doordat het repertoire bepaald wordt door de deelnemers. Deze openheid is voelbaar voor de deelnemers en dit zorgt voor draagvlak.
- Prioriteit in 2012 is het verder uitbouwen van een netwerk met de omgeving.
- Samenwerking met het COA verloopt goed, deze stelt ruimte beschikbaar.
- **Bron:** [www.werkelijkheid.com](http://www.werkelijkheid.com), [www.5ekwartier.nl](http://www.5ekwartier.nl)

# Pappa's en mamma's

Stichting de Vrolijkheid in samenwerking met Meneer de Leeuw

**Doelstelling:** Met kunst- en creatieve activiteiten ouders en kinderen de kans geven elkaar op een andere manier te zien en mee te maken tijdens de asielprocedure. Het samen opbouwen van positieve momenten en positieve herinneringen en het versterken van veerkracht.

**Projectperiode:** 2010 – heden

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Door talent meer ruimte te geven en asielzoekersgezinnen te laten ervaren dat ze niet alleen asielzoekers zijn, maar hen juist op andere aspecten van hun identiteit aan te spreken is het resultaat empowerend. De contacten met gezinnen leveren in korte tijd een netwerk op binnen het azc en met mensen uit de omgeving van het azc.

**Omschrijving project:** Dit project is een voorbeeld van een van de creatieve projecten voor ouders met kinderen. Er is weinig aandacht voor het talent van mensen 'In Nederland voelt de asielzoeker zich alleen asielzoeker en niet meer die vakman uit Bagdad.' Daarnaast is er veel vraag naar gewoon contact met gewone Nederlandse gezinnen. Mensen willen graag ook even uit het azc en even niet 'asielzoeker zijn'. Het uitgangspunt van het project is daarom geworden: een koppeling tussen asielzoekers- en Nederlandse gezinnen, waarbij wordt gezocht naar een match van talenten of ambities. De deelnemende ouders krijgen vooraf een training. Het project bestaat uit zes ontmoetingen die gericht zijn op de talenten van het gezin uit het azc. Een gezamenlijke bijeenkomst vindt aan het begin, in het midden en aan het eind van het project plaats. Gezinnen worden gekoppeld aan gezinnen met overeenkomstige talenten en met kinderen in dezelfde leeftijdscategorie. Na het afronden van het project blijken vier op de vijf gezinnen nog steeds contact te onderhouden. De nadruk binnen het project ligt op een gelijkwaardige relatie en gelijkwaardige uitwisseling.

**Theoretisch uitgangspunt:** Wanneer een positieve bijdrage moet worden geleverd aan het leven van kinderen in azc's moeten ook hun ouders hierbij worden betrokken. Kinderen kunnen niet los gezien worden van het gezin waarin ze opgroeien. Het gezin zorgt ervoor dat kinderen zich kunnen ontwikkelen en geeft hen het gevoel ergens bij te horen. Ouder-kindprojecten hebben niet alleen effect op de kinderen zelf, maar ook op hun directe omgeving. Dit maakt de kans op een duurzame verandering groter en maakt het betrekken van ouders voor kinderen van onschatbare waarde.

**Doelgroep:** Gezinnen in azc's

**Locatie:** AZC Alkmaar

**Financiering:** Menzis via de Vrolijkheid

**Samenwerkingspartners:** Meneer de Leeuw en het COA

**Type evaluatie:** Er hebben afsluitende gesprekken plaatsgevonden met de deelnemende gezinnen, zie verder Creatieve projecten met ouders en kinderen.

**Uitkomsten evaluatie:** N.v.t.

**Ervaringen uit de praktijk:**

- Het resultaat van de ontmoetingen hangt af van de match die gemaakt is tussen de gezinnen. Bij gezinnen met een goede match (vier van de vijf) is het duidelijk dat de ontmoetingen empowerment teweegbrengen. Een goede match kent een gelijkwaardige relatie en het daarin coachen en begeleiden van vooral de Nederlandse gezinnen is erg belangrijk. Als dat goed gaat, groeit er een bijzonder netwerk rond het azc.
- In dit project is er veel ruimte juist ook voor de vaders. Over het algemeen zijn het vaak de vrouwen die gemakkelijker actief zijn.

**Bron:** [www.meneerdeleeuw.nl](http://www.meneerdeleeuw.nl), [www.vrolijkheid.nl](http://www.vrolijkheid.nl)

# Preventieproject: psycho-educatie asielzoekers

GGZe

**Doelstelling:** Beperken van het risico dat asielzoekers en vluchtelingen psychische problemen ontwikkelen. Inzicht geven in de activiteiten die vluchtelingen zelf kunnen ondernemen waardoor ze weer grip krijgen op hun bestaan.

**Projectperiode:** 2002-2008. Een van de deelnemende azc's ging dicht; daarnaast pakte het COA de niet-medische gidsfunctie op en was er daardoor minder behoefte aan voorlichting via dit project.

**Aanpak gezondheidsbevordering:** De asielzoeker verkrijgt inzicht in het ontstaan van psychische klachten; gebruikmakend van een weegschaal (last- en krachtschaal) wordt dit visueel inzichtelijk gemaakt. De asielzoeker ontwikkelt inzicht in de activiteiten die hij zelf kan ondernemen om klachten te verminderen of te voorkomen.

**Omschrijving project:** Psycho-educatie voor volwassenen in opvangcentra. Tijdens de bijeenkomsten (acht tot tien), die aan homogene taalgroepen werd gegeven, kregen asielzoekers inzicht in het ontstaan van psychische klachten en activiteiten die zelf ondernomen kunnen worden om klachten te verminderen of te voorkomen.

Naast het geven van psycho-educatie was ook ruimte voor de begeleiding van het opzetten van activiteiten in het azc door asielzoekers. Tijdens de bijeenkomsten werden daartoe subgroepjes gemaakt en taken verdeeld. De asielzoekers zelf namen het dan over en zetten op eigen initiatief en naar eigen behoefte activiteiten op als bijvoorbeeld volleybal- en andere sportactiviteiten. De hoeveelheid bijeenkomsten werd afgestemd op de behoefte van de groep, maar er konden nooit meer dan tien bijeenkomsten zijn, omdat de volgende groep dan alweer klaar stond.

**Theoretisch uitgangspunt:** 'Je leven in balans', afgeleid van het originele programma 'How to keep your life in balance' van Liesbeth Speelman, is een methode om de draagkracht van asielzoekers te versterken en een verklaringskader aan te reiken waarmee asielzoekers de eigen problematiek leren herkennen en kunnen verklaren. Deelnemers worden gemotiveerd hun eigen oplossing te vinden om met spanningen om te gaan. Door het vinden van interne oplossingen en interne motivaties worden de asielzoekers actief gestimuleerd hun eigen situatie te verbeteren.

**Doelgroep:** Asielzoekers (18-99 jaar)

**Locatie:** AZC Beatrixoord (Eindhoven) en AZC Veldhoven

**Financiering:** Ggz (AWBZ-vergoeding) en ZRA

**Samenwerkingspartners:** COA en MOA

**Type evaluatie:** Procesevaluatie

**Uitkomsten evaluatie:** Uit een schriftelijke evaluatie gebaseerd op een pilot uitgevoerd in een OC en een azc van 2002-2003 is het volgende gebleken:

- In het OC leken de bijeenkomsten succesvol te zijn, de opkomst bleef hoog (boven de 50%).
- Asielzoekers (in het OC) gaven zelf aan dat ze blij waren met de herkenning van de problematiek bij elkaar en de erkenning van hun problemen door de trainers van de cursus.
- Voor een gedeelte van de deelnemers in het OC was het mogelijk om de omslag in denken te maken van passief blijven en slachtoffer zijn, naar zelf sturing kunnen geven aan het leven.
- In het azc leek de cursus minder aan te slaan: de opkomst bleef wisselend.

**Ervaringen uit de praktijk:** Gebaseerd op een telefonisch interview waarin gevraagd is naar ervaringen over de gehele periode van 2002-2008:

- De asielzoekers waren erg enthousiast over het programma. Er was aandacht voor spanningsklachten en slaapproblemen. Ook werd er informatie gegeven over de gezondheidszorg in Nederland. Veel deelnemers kampten met nachtmerries. Ze voelden zich gesteund door het programma en hadden veel aan de ademhalingsoefeningen.
- Het was erg prettig in het azc te werken, dicht bij de mensen. Hierdoor was het goed mogelijk om uit te gaan van de vraag en behoefte van de asielzoekers, er kon daardoor cliëntgericht gewerkt worden. Het creëerde mogelijkheden om activiteiten te ontwikkelen op basis van een concrete vraag vanuit een groep, zoals naar volleybal- en andere sportactiviteiten of het opzetten van een bibliotheek.
- Er was een groot verloop onder de asielzoekers. In het begin was het azc een gewone opvang waarin mensen in ieder geval acht tot negen maanden verbleven. Hierdoor was het opzetten van nevenactiviteiten voor de bewoners een prioriteit. Na verloop van tijd werd het azc echter een OC, waardoor het verloop van bewoners groot was. De duur van verblijf was veelal korter, maximaal drie maanden.
- De samenwerking met het COA verliep moeizaam. De rol van het COA veranderde in de azc's, waardoor COA-medewerkers niet meer samen met de ggz-medewerker de groep konden draaien. Hierdoor verslechterde de samenwerking met de MOA en het COA.

**Bron:** Rapport *How to keep your life in balance. Actief zoeken naar de psychische balans*. Liesbeth Speelman, OC Zaandam 1998

# Project Gezond AZC

GGD Nederland

**Doelstelling:** Het bevorderen van de gezondheid van asielzoekers door implementatie van de gezondestedenbenadering en inzicht verschaffen in de bruikbaarheid van deze benadering in de setting van asielzoekerscentra; het bereiken van psychologische empowerment en functionele participatie van asielzoekers.

**Projectperiode:** mei 2001 – november 2003

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Participatie wordt als middel gezien op weg naar empowerment en gezondheidsbevordering.

**Omschrijving project:** Het pilotproject heeft uit verschillende interventies en activiteiten bestaan die alle de gezondestedenbenadering als uitgangspunt hadden. Een aantal bewoners van het azc vormden een bewonersgroep die het project Gezond AZC introduceerde bij andere bewoners, de agenda bepaalde en het project verder vormgaf. Voorbeelden van activiteiten die tot stand zijn gekomen zijn een naaclub voor vrouwen, viering van het Suikerfeest, organisatie van een muziekmiddag, etc.

**Theoretisch uitgangspunt:** De gezondestedenbenadering is gebaseerd op een door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) ontwikkelde methode van gezondheidsbevordering die voornamelijk in wijken wordt toegepast. De achterliggende gedachte is dat gezondheid kan worden bevorderd door elementen uit de fysieke en sociale omgeving van mensen te verbeteren en hun zelfredzaamheid te vergroten. Uitgangspunten hierbij zijn participatie van de doelgroep, intersectorale samenwerking, politieke betrokkenheid en gegevens als basis voor beleid.

**Doelgroep:** Asielzoekers (18-99 jaar)

**Locatie:** AZC Zweeloo en aanvullende opvang Gees

**Financiering:** Door ZonMw gefinancierd plus aanvullende personele en financiële bijdragen van COA, MOA en GGD Nederland

**Samenwerkingspartners:** Afdeling Communicatie en Innovatiestudies Universiteit Wageningen (actiebegeleidend- en evaluatieonderzoek) en landelijke adviesraad met vertegenwoordigers van MOA, COA, Vluchtelingen-Werk Nederland, NIGZ, VON en Universiteit Maastricht

**Type evaluatie:** Procesevaluatie

**Uitkomsten evaluatie:**

- De grotestedenbenadering is gedeeltelijk toepasbaar op de centrale opvang van asielzoekers. Basisprincipes van participatie en intersectorale samenwerking zijn toepasbaar maar moeten aangepast

worden aan de kaders van de opvang. Dan kunnen bewoners participeren in gezondheidsbevordering in een centrum en kunnen heldere communicatiestructuren ontwikkeld worden.

- Het was de bedoeling dat de bewonersgroep zelf het voorzitterschap zou overnemen over het project. Dit is echter niet gelukt door onder andere een gebrek aan vertrouwen van de bewoners in COA-medewerkers.
- Ook het plaatsnemen van asielzoekers in een stuurgroep met MOA, COA en GGD is niet van de grond gekomen. Er is ten onrechte van uitgegaan dat er overeenstemming was over de basisprincipes en uitgangspunten van het project, waardoor het samenwerkingsproces stagneerde.
- Het is goed mogelijk dat asielzoekers meedenken en meewerken aan het opzetten en uitvoeren van concrete activiteiten. Er is echter ondersteuning nodig. Het is een leerproces en beleidsmakers en managers van alle partijen moeten ruimte geven aan betrokkenen om hun eigen werkwijze toe te kunnen passen en de benodigde vaardigheden te kunnen ontwikkelen.
- Bij gezondheidsbevordering op basis van participatie en intersectorale samenwerking moet rekening worden gehouden met de bewegings- en keuzevrijheid van asielzoekers en de continue veranderingen die kenmerkend zijn voor de centrale opvang.
- Participatie moet gebaseerd zijn op concrete actie en activiteiten die op korte termijn realiseerbaar zijn.
- Voor participatieprojecten geldt dat de structuur vooraf niet te strak moet worden vastgelegd.
- Goede communicatie tussen samenwerkende organisaties is belangrijk.

**Ervaringen uit de praktijk:** Onbekend

**Bron:** *Gezond AZC. Is de gezonde stedenbenadering toepasbaar in de centrale opvang van asielzoekers? Eindrapport van een pilotproject.* Simone Goosen e.a., GGD Nederland, Landelijk Service Bureau MOA 2004

# Psychomotore therapie

GGZ Noord-Holland-Noord

**Doelstelling:** Activering waarbij plezier hebben voorop staat. Daarnaast zelfvertrouwen versterken en het creëren van sociale contacten.

**Projectperiode:** 2003-2009. Gestopt omdat de opkomst erg laag was en het niet meer rendabel was om door te gaan.

**Aanpak gezondheidsbevordering:** -

**Omschrijving project:** Een sport- en bewegingsgroep voor volwassen mannen en vrouwen.

**Theoretisch uitgangspunt:** Bij sport, net zoals bij beeldende therapie, is geen taal nodig. Er is plezier en werkelijk contact zonder taaldrempel. Sporten geeft zelfvertrouwen, laat zien wat mensen kunnen. Sporten levert daarnaast sociale contacten op.

**Doelgroep:** Asielzoekers (18-99 jaar)

**Locatie:** AZC Alkmaar

**Financiering:** Menzis, voorheen VGZ

**Samenwerkingspartners:** MOA en COA

**Type evaluatie:** Niet uitgevoerd

**Uitkomsten evaluatie:** N.v.t.

**Ervaringen uit de praktijk:**

- Het initiatief voor sport in het azc lag bij de bewoners zelf. Zij wilden graag sportactiviteiten. Er was een lijst met dertig vrouwen die graag mee wilden doen. Toen de activiteiten echter eenmaal opgezet waren, kwam er telkens maar een handjevol mensen opdagen. Outreachend werken bleek moeilijk voor de ggz-medewerker en vanuit het COA kon dit niet worden opgepakt.
- Achteraf gezien, na haar ervaringen met Mind-Spring, denkt de project-leider dat wellicht de voor-en-doormethode goed had kunnen aanslaan bij dit project.

**Bron:** Geen geschreven bron of website aanwezig



# Vrouwengroep ondersteuning spanningsklachten

GGZ Breburg in samenwerking met preventiemedewerker MOA

**Doelstelling:** Stimuleren van steun en erkenning in de groep, inzicht in klachten en problemen, aandacht voor eigen kracht en oplossend vermogen, leren van praktische oefeningen om beter te leren ontspannen.

**Projectperiode:** 2008-2009. Gestopt vanwege veranderingen zorgsysteem voor asielzoekers en daarbij de rol van de MOA.

**Aanpak gezondheidsbevordering:** Het accent van het programma lag op stressreductie; er is gewerkt vanuit een psycho-educatieve aanpak met een cognitieve benadering en ontspannende activiteiten, zowel creatief als lichaamsgericht.

**Omschrijving project:** Programma voor asielzoeksters met spanningsklachten die meer grip wensten te krijgen op psychische problemen en hierbij behoefte hadden aan steun. De groepen waren homogene taalgroepen: Armeens en Arabisch (op dat moment de grootste groepen in de opvang).

**Theoretisch uitgangspunt:** Steun, her- en erkenning in de groep van problemen, ordenen van moeilijkheden in herkenbare stukjes en aanreiken van handvatten hoe asielzoekersvrouwen anders met problemen en stress om kunnen gaan, zodat ze actief blijven en ook leuke dingen durven doen en ontdekken wat ze zelf kunnen.

**Doelgroep:** Vrouwen (18-99 jaar)

**Locatie:** AZC Gilze

**Financiering:** Onbekend

**Samenwerkingspartners:** MOA

**Type evaluatie:** Effectevaluatie (mondeling afgenomen)

**Uitkomsten evaluatie:** De deelnemers zijn enthousiast en vinden het delen van hun ervaringen positief. Het programma werkt activerend en vermindert stress op het moment van deelname. Het is echter moeilijk om dit in de thuissituatie vast te houden.

**Ervaringen uit de praktijk:** Volgens de maatschappelijk werker van GGZ Breburg werd de groep positief gewaardeerd. Er was een trouwe opkomst. De spanningsklachten bleven echter over het algemeen bestaan omdat de oorzaak van de spanning (de asielprocedure) een zeer grote stressbron was. Door her- en erkenning, steun, meer inzicht in de problematiek en leren ontspannen, gaven de vrouwen aan wel meer gereedschappen in handen te hebben om het leven in het azc aangenamer te maken.

**Bron:** Geen geschreven bron of website aanwezig

## 5 Beschouwing

In deze beschouwing zullen de vragen die in de inleiding gesteld zijn beantwoord worden. Het gaat om de volgende vragen: 1) welke lessen kunnen getrokken worden uit bestaande interventies ter verbetering van het psychosociaal welbevinden van asielzoekers en 2) wat vertellen deze interventies over de randvoorwaarden waarop interventieprogramma's gebaseerd zouden moeten zijn? Uit de door Pharos in kaart gebrachte interventieprogramma's blijkt dat de meeste interventies niet op effect geanalyseerd zijn. Dit wil zeggen dat er geen kennis is over de mate van gezondheidswinst en de eventuele verminderde zorgconsumptie. Tot nu toe is geen enkel interventieprogramma opgezet met het doel een effectevaluatie uit te voeren. Om dit wel te doen zijn tijd en investeringen nodig. Immers, er zijn veel oncontroleerbare factoren die ook een rol spelen bij het verbeteren of verslechteren van psychische gezondheid. Momenteel worden mogelijkheden bekeken om een effectstudie te doen bij de uitvoering van Mind-Spring-projecten.

In een aantal gevallen zijn de programma's wel procesmatig geëvalueerd. Daarbij is dan vooral gekeken naar wat asielzoekers over de interventies gezegd hebben en hoe de samenwerking verliep met de belangrijkste partijen. Uiteraard is er wel een schat aan ervaringen in het veld aanwezig op basis waarvan toch in kaart gebracht kan worden wat nodig is om goedlopende preventieactiviteiten op te starten voor volwassen asielzoekers. Deze beschouwing is dan ook in hoge mate gebaseerd op ervaringen uit het veld, van mensen die al jaren ervaring hebben met het opzetten en draaiende houden van de in het voorgaande hoofdstuk beschreven preventieprogramma's voor asielzoekers.

### 5.1 Lessen

Uit de verzamelde programma's en de informatie die verkregen is van betrokken organisaties en coördinatoren, kunnen een vijftal lessen worden getrokken. Dit zijn:

1. Asielzoekers hebben baat bij activering, psycho-educatie en empowerment.
2. Ketenpartners moeten rekening houden met de dynamiek van het werkveld.
3. Aanwezigheid en continuïteit in aanbod en structuur zijn cruciaal.
4. Goede afstemming tussen ketenpartners is belangrijk.
5. De voor-en-doormethode werkt goed.

### **1. Asielzoekers hebben baat bij activering, psycho-educatie en empowerment**

Ondanks dat effectmetingen in de meeste gevallen ontbreken, zijn de preventiemedewerkers die via e-mail en telefoon benaderd zijn, het erover eens dat asielzoekers baat hebben bij preventieprogramma's die gericht zijn op activering, psycho-educatie en empowerment. Zij ervaren dat bij asielzoekers die deelnemen aan programma's een verbetering plaatsvindt in bijvoorbeeld het omgaan met stressoren of lichamelijke stressgerelateerde klachten; het aantal sociale contacten, etc. Zo blijkt uit een rapport over de Vrije Vogel (Van Baars, 2005) dat 90% van de deelnemers enige tot veel positieve invloed op de gezondheid ondervindt door deel te nemen aan activiteiten. Bij de creatieve vrouwengroep wordt geconstateerd dat de preventieactiviteit van positieve invloed is op de gezondheid van de deelnemers. Zo meldt de praktijkondersteuner van het GC A dat de deelnemers aan de creatieve vrouwengroep minder klachten hebben en hierdoor niet of minder vaak het GC A bezoeken.

Daarnaast blijkt dat asielzoekers door activering, psycho-educatie en empowerment:

- een zinvolle dagbesteding krijgen aangeboden;
- tools in handen krijgen om te leren omgaan met de nieuwe situatie waar zij zich in bevinden;
- kracht krijgen om vorm te geven aan een nieuwe identiteit;
- kennis opdoen over het Nederlandse zorgsysteem;
- uit een sociaal isolement komen.

Hierdoor nemen hun klachten en bezorgdheid af, zo concludeert een Mind-Spring-trainer: 'Deelnemers aan de cursus worden er rustiger door, krijgen meer zelfvertrouwen en voelen erkenning door de trainer uit de eigen culturele groep alsmede herkenning in de andere deelnemers die met dezelfde problemen kampen. Daarnaast geeft de cursus invulling aan het gebrek van kennis op het gebied van psychische problematiek en het Nederlandse medisch systeem.'

Volgens de coördinator van de creatieve vrouwengroep wordt de creatieve therapie door de vrouwen als nuttig ervaren en kunnen zij gemakkelijker contact maken met zichzelf en voelen zij zich veilig. Er zijn vrouwen waarbij langdurige andersoortige behandeling niet heeft geholpen, maar waar de creatieve therapie wel helpt. De ervaring van de therapeuten is dat deelnemers zich beter gaan voelen, zij komen in het hier en nu, piekeren verdwijnt op dat moment, en het doet, zonder dat de deelnemers het zelf kunnen benoemen, een appèl op hun empowerment en het ontdekken van de eigen mogelijkheden. (Coördinator creatieve therapie)

Preventieprogramma's hebben een empowerend effect op het algeheel psychosociaal functioneren. Bijvoorbeeld deelname aan sport stimuleert meer sociale contacten; men wordt fysiek sterker; is psychologisch empowered en dus wordt zo gezondheidswinst gecreëerd. Echter, in hoeverre dit zich vertaalt in verminderde zorgconsumptie is op basis van ervaringen niet te achterhalen. De werkelijke kosten en baten kunnen door effectevaluaties beter in beeld gebracht worden.

## **2. Ketenpartners moeten rekening houden met de dynamiek van het werkveld**

Het leven in een azc is allesbehalve gestructureerd en voorspelbaar; ontwikkelingen in de procedure van individuele asielzoekers, veranderingen in functie van een azc en toestroom en uitstroom van asielzoekers hebben allemaal zijn weerslag op het leven in een azc. Dit heeft ook gevolgen voor de preventieactiviteiten die in een azc worden aangeboden. Hierdoor kan het zijn dat deelname aan een opgezette activiteit per week erg wisselend is en kan het bijvoorbeeld gebeuren dat 'een van je bandleden plotseling vlak voor een optreden wegvalt' (coördinator Ahjuri ensemble, de Vrolijkheid). Bij het opzetten van preventieactiviteiten dient hier rekening mee gehouden te worden.

Verscheidene projectcoördinatoren kwamen dan ook met adviezen over op welke manier rekening kan worden gehouden met deze dynamiek van het werkveld:

- Het is van belang continuïteit aan te bieden: in ruimte (plaats van samenkomsten), tijdstip, vaste kantoortijden en vaste medewerkers, workshopleiders of trainers.
- Bij participatief werken hebben hulpverleners een belangrijke rol als bindende, stimulerende en steunende factor.
- Workshopleiders/trainers moeten goed om kunnen gaan met de dynamiek van het werkveld en outreachend kunnen werken. 'Bijvoorbeeld, als mensen niet komen opdagen bij de muziekworkshop dan moedig ik de workshopleider aan om met zijn gitaar over het azc te lopen. Als hij dan uiteindelijk gitaar zit te spelen op een van de kamers van de bewoners dan is dat mooi.' (Coördinator Open Podium)
- De blijvende onzekerheid tijdens de procedure vraagt om een continu aanbod van activiteiten en preventieprogramma's in een azc.
- Door verandering van de samenstelling van de populatie van een azc en de lengte van verblijf en de functie van een azc is het van belang om de behoefte van de populatie regelmatig te checken en het aanbod af te stemmen op deze behoefte.
- Volgens de eigenaren van verschillende preventieprogramma's hebben deze dynamiek en de beperking van bewegings- en keuzevrijheid van

asielzoekers ook een weerslag op de doelen die kunnen worden gesteld aan preventieactiviteiten. Zo concludeert Van Baars (2005) over het project de Vrije Vogel dat de beperking van bewegings- en keuzevrijheid samenhangt met de grenzen aan empowerment. 'Immers de asielzoekers krijgen tegenstrijdige boodschappen, ze mogen niet werken, geen taalles, moeten afwachten wat er met hun asielprocedure gebeurt, maar het project wil dat zij eigen initiatief tonen en dit zelf gaan uitwerken. Hierdoor was het participerende en empowermentkarakter van het project minder dan men had gehoopt' (Van Baars, 2005).

### **3. Aanwezigheid en continuïteit in aanbod en structuur zijn cruciaal**

Uit de evaluaties en praktijkervaringen van de in kaart gebrachte preventieprogramma's blijkt dat er continuïteit moet zijn in aanbod en structuur van preventieprogramma's en activering in een azc. Het preventieaanbod moet aansluiten bij de behoefte van asielzoekers, wat diversiteit aan aanbod impliceert, en het moet het hele jaar aanwezig zijn. Dit bevordert volgens de eigenaren van de programma's de betrokkenheid van asielzoekers bij de programma's en het vertrouwen in programma's en programmaleiders. Ook continuïteit in structuur van aanbod is van belang: het gaat dan om vaste 'gezichten', tijd en ruimte

'Er moet een aanbod zijn van vaste workshops door vaste mensen en de basis moet stabiel zijn, met andere woorden er moet structuur in de workshops zitten en het aanbod moet structureel zijn.'  
(Coördinator Open Podium)

Het belang van de continuïteit in aanbod wordt zowel door de literatuur als ervaringen uit het veld bevestigd:

- **Spanningen in het dagelijks leven van asielzoekers zijn structureel.** Zo concluderen de coördinatoren van Gezond denken, Gezond doen (Van Eerde et al., 2005) en de vrouwengroep ondersteuning spanningsklachten dat de spanningen in het leven van de deelnemers zo groot zijn dat na het stoppen van het preventieaanbod het hen niet gelukt is om het geleerde in het dagelijks leven toe te passen. De vrouwen hadden behoefte aan regelmatig en langdurig groepsaanbod. De oorzaak van de spanningen, het in de procedure zitten, bleef immers aanwezig. Ook bij de creatieve vrouwengroep bleken de tien wekelijkse bijeenkomsten te weinig te zijn om het beoogde effect te bereiken. Vanaf 2010 is er daarom een continu aanbod van de creatieve vrouwengroep in de azc's te Aalten en Winterswijk.

- **Kwetsbare asielzoekers hebben baat bij structuur.** Uit literatuur blijkt dat in het leven van asielzoekers veiligheid geen vaststaand gegeven is. Velen van hen kampen met een gemis aan 'basic trust' (Herman, 1996). Het is bekend dat bij kwetsbare personen, en met name slachtoffers van geweld, structuur bieden helpt om weer gevoelens van veiligheid en basisvertrouwen te ontwikkelen (Herman, 1996). Het aanwezig zijn van een continu activeringsaanbod met vaste mensen kan dit vertrouwen weer helpen opbouwen. Echter, een van bovenaf ingevulde en opgelegde dagbesteding kan als bedreigend overkomen en zal het proces van mortificatie en daarmee het gevaar van initiatiefloosheid en het verlies van eigenheid niet tegengaan (Goffman, 1998). De eigen inzet van de asielzoeker en dus een zekere mate van regievoering en participatie is essentieel.
- **Garantie aanbod van preventieactiviteiten.** Van de in kaart gebrachte projecten blijkt iets minder dan de helft niet meer te bestaan (zie bijlage 3). Dit benadrukt de tijdigheid van het aanbod. Bij navraag bleken deze projecten over het algemeen gestopt vanwege het wegvallen van financiering of van de bevolgen professionals. Echter: 'Het krachtig opzetten van een programma behoeft een lange adem. Als je dan een succesformule te pakken hebt, is het jammer dat deze na twee jaar moet stoppen', aldus de coördinator van het Open Podium. Daarnaast blijkt het aanbod van azc tot azc te verschillen (zie bijlage 4). Zo lijkt het aanbod in het zuiden van Nederland, met name in Limburg en Zeeland zeer mager aanwezig, maar in het noorden van Nederland juist groter. Bij een structurele inbedding van het preventieaanbod in beleid zouden preventieprojecten minder afhankelijk zijn van de juiste mensen met de juiste passie op de juiste plek. Hiermee is kennisoverdracht ook meer gewaarborgd en hoeft het wiel niet steeds opnieuw te worden uitgevonden.
- **Verhogen van het bereik van het aanbod.** Met het huidige preventieaanbod, zoals opgenomen in dit overzicht, worden relatief weinig (volwassen) asielzoekers bereikt, naar schatting rond de 5%-10%. Wetende dat een op de drie asielzoekers kampt met traumagerelateerde klachten en dat ongeveer 10% van hen na verloop van tijd ernstige psychopathologie ontwikkelt (Steel et al., 2009), zou je kunnen concluderen dat er veel winst te behalen valt in het inbedden van preventieaanbod in beleid, waardoor de aanwezigheid en continuïteit van preventieprogramma's en activering in azc's gewaarborgd zijn. Hierbij moet worden aangetekend dat het preventieaanbod wel moet aansluiten bij de huidige situatie, waarin de asielprocedure voor een groot gedeelte van de asielzoekers is ingekort. Het gaat dan bijvoorbeeld om rekening houden met de doorlooptijd van preventieaanbod en veranderde behoeften van asielzoekers in een azc

vanwege het kortere verblijf. Denk aan een set van verschillende preventieaanbieders die in elk azc een voor iedereen toegankelijk aanbod verzorgen en die in kunnen spelen op de dynamiek in behoeften.

‘Op steeds meer centra werken we het hele jaar met gezinnen. Dit heeft absoluut het effect dat gezinnen snel betrokken raken omdat er vertrouwen is, de behoefte helder is en talenten steeds zichtbaarder zijn.’ (Ouder-kindproject Stichting de Vrolijkheid)

#### **4. Goede afstemming tussen ketenpartners is belangrijk**

Uit de verzamelde data blijkt dat een goede samenwerking tussen de ketenpartners van groot belang is voor het goed lopen van een project. De rol van het COA lijkt hierbij cruciaal. Zowel bij goed- als slechtlopende of gestopte projecten wordt de rol van het COA benadrukt.

‘Sinds drie jaar verloopt de samenwerking met GC A en COA erg goed en is er elke zes weken een multidisciplinair overleg waarbij het COA en GC A nu medeverantwoordelijk zijn voor het werven van nieuwe deelneemsters. De ervaring leert dat de werving afhankelijk is van een goede samenwerking met COA en GC A. De samenwerking is de laatste jaren aanzienlijk verbeterd en hierdoor worden meer deelnemers bereikt.’ (Creatieve vrouwengroep)

‘De samenwerking met het COA verliep moeizaam, zij bekeken het project met argusogen en het was persoonsafhankelijk of je steun kreeg van het COA.’ (Preventieproject psycho-educatie)

De lessen die uit de preventieprogramma’s kunnen worden getrokken zijn de volgende:

- **Er moet een ‘heldere transparante communicatiestructuur en communicatiemanagement zijn’** (Goosen et al., 2004), zodat communicatieproblemen voorkomen worden en uitgangspunten, basisprincipes en rolverdeling helder zijn. Bijvoorbeeld, in het eindrapport van het project Gezond AZC wordt beschreven dat men ‘er ten onrechte van uitgegaan was dat er overeenstemming bestond over basisprincipes en uitgangspunten van het project.’ Hierdoor stagneerde het samenwerkingsproces (Goosen et al., 2004). Van Baars (2005) schrijft over de voor-en-doormethode gebruikt in de

Vrije Vogel dat: 'steun en commitment van het management en andere medewerkers essentieel zijn'.

- **Samenwerking is van belang bij werving van deelnemers aan preventieprogramma's.** De rol van het GC A en met name het COA lijken hierbij doorslaggevend. Verschillende coördinatoren van de preventieprogramma's wijzen erop dat deze twee partners dagelijks in contact zijn met de bewoners, zij zien wat er speelt en hebben de mogelijkheid om aan te geven wie er in hun ogen kwetsbaar is. Meerdere coördinatoren van ggz-instellingen die Mind-Spring faciliteren geven aan dat zij graag een nauwe samenwerking zien met het COA en het GC A in de werving van potentiële deelnemers. Bij het Open Podium is bijvoorbeeld al een goede samenwerking op het gebied van werving en helpt het COA mee aan signalering en aandragen van gezinnen waar medewerkers zich zorgen om maken en waarvoor eventuele aandacht nodig is. Ook de rol van de eerstelijns ggz-consulent zou hierbij onderzocht kunnen worden.
- **Om optimaal gebruik te kunnen maken van al bestaande structuren en voorzieningen is afstemming tussen ketenpartners met gemeentelijke voorzieningen van belang.** Immers, sport- en spelfaciliteiten en buurtvoorzieningen liggen vaak buiten de azc's. Een verkenning om asielzoekers aan te laten sluiten bij de door een gemeente aangeboden gezondheidsbevorderende activiteiten en voorzieningen zou tot de mogelijkheden behoren.

'Samenwerking met het COA loopt geweldig goed. Op AZC Crailo (maar ook Den Helder en Haarlem) zitten geweldig goede activiteitencoördinatoren van het COA. Er is een goede sfeer en een fijne samenwerking.' (Coördinator Ahjuri ensemble)

Om goed te kunnen samenwerken is vertrouwen in elkaar als partner noodzakelijk. Op dit moment concluderen meerdere programma's dat er veel spanningen zijn tussen samenwerkingspartners. Een coördinator van het Pappa's en mamma's-project zegt dan ook: 'Samenwerking met het COA en bijvoorbeeld VluchtelingenWerk verloopt moeizaam omdat er spanningen tussen deze twee partijen zijn. Er lijkt wel een cultuur te zijn waarin spanningen en ruzie de boventoon voeren.' Een open en heldere samenwerkingscultuur, waarbij de verschillende ketenpartners elkaar kunnen vertrouwen en op elkaar kunnen bouwen is voor onderlinge afstemming en samenwerking noodzakelijk.

## **5. De voor-en-doormethode werkt goed**

De voor-en-doormethode is een methode waarbij mensen uit de eigen doelgroep betrokken worden bij gezondheidsbevorderende activiteiten zoals voorlichting geven. In de in het overzicht opgenomen projecten komt de voor-en-doormethode op twee manieren naar voren. Bij de Vrije Vogel bijvoorbeeld is de doelgroep betrokken bij het zelf initiëren, vormgeven en uitvoeren van projecten. En bij Mind-Spring en Je wilt je kind niet kwijtraken wordt iemand uit de doelgroep opgeleid om trainingen te geven.

De voor-en-doormethode wordt door de programma-eigenaren die er gebruik van maken als positief gezien. Deze methode verhoogt het vertrouwen van de asielzoekers in het programma en creëert herkenning en erkenning, waardoor er snel een cohesie binnen een groep ontstaat. Cultuur- en taalbarrières worden overwonnen en er kan daardoor gemakkelijker aangesloten worden bij de behoeften van de asielzoekers. Immers, het daadwerkelijke effect van de voorlichting en psycho-educatie is voor een groot deel afhankelijk van in hoeverre er afstemming is tussen de 'zender' en de 'ontvanger' (Van Baars, 2005; Vaandrager, 2011; Loeber, 2003)

'Geslaagde landgenoten kunnen de brug naar de Nederlandse samenleving makkelijker slaan. Trainers geven aan dat een neutrale toon van groot belang is, 'ga uit van vragen en behoeften,' (Tuk et al., 2010)

De ggz-coördinatoren die gebruikmaken van Mind-Spring-trainingen in de azc's noemen dan ook de trainer uit de eigen groep als het belangrijkste pluspunt. Uit de Vrije Vogel blijkt dat er echter ook haken en ogen zitten aan de voor-en-doormethode als deze wordt toegepast met een participatief karakter. Zo blijkt dat de participatie van de asielzoekers tijdens het project beperkt was. Hierdoor was het participerende en empowerende karakter van het project minder dan men had gehoopt en kon de voor-en-doormethode dus niet volledig worden uitgevoerd. Ook de eigenaren van Gezond blijven door onderlinge steun trekken een dergelijke conclusie. Volgens hen werkt een participerende rol voor asielzoekers echter wel als begeleiders of hulpverleners een belangrijke rol spelen als bindende, stimulerende en steunende factor (Schell et al., 2005).

'De trainer straalde vertrouwen uit waardoor de deelnemers zich op hun gemak leken te voelen. De trainer gaf aan vertrouwen te hebben in de toekomst van de deelnemers. De deelnemers werden op die manier gemotiveerd om actief deel te nemen aan het integratieproces.' (Snellen, in Verschoor et al., 2010)

## 5.2 Preventiebeleid en huidige situatie

Hoe verhouden de bovenstaande lessen zich nu tot het huidige opvang- en gezondheidsbeleid met betrekking tot asielzoekers? In het huidige opvangbeleid heeft het COA een niet-medische gidsfunctie en beheers- en huisvestingstaken. Daarnaast vervult het COA sociale functies, zoals woon- en activiteitenbegeleiding. Hierbij stimuleert het zelfstandigheid, initiatief en zelfontplooiing van asielzoekers, zodat zij zelf in staat zijn vorm te geven aan hun toekomst in Nederland of elders. Het COA moet flexibel zijn. De toestroom van asielzoekers fluctueert, alsmede de doorlooptijd van de procedure. Met name dit laatste heeft een invloed op de mogelijkheden voor preventie. Het streven is sinds 2000 om de asielprocedure binnen een half jaar rond te hebben en het verblijf in een azc niet langer dan een jaar te laten duren. In juli 2010 is de nieuwe asielprocedure ingevoerd en voor het jaar 2010 bleek voor 82% van de asielzoekers de asielprocedure binnen de gestelde termijn te worden afgehandeld (VluchtelingenWerk, 2011).

Ongeveer de helft van de in dit document beschreven programma's is ontwikkeld in een periode waarin asielzoekers langer in de procedure zaten. De lengte van de procedure heeft consequenties voor de vorm van het preventieaanbod en voor de opstelling van ketenpartners. Er moet bij een kortere periode een zekere mate van flexibiliteit aanwezig zijn, waarbij kan worden ingespeeld op veranderingen in de populatie en in de behoeften van asielzoekers. Hiervoor is een goede samenwerking van groot belang, zodat kort en krachtig kan worden geschakeld en het preventieaanbod mee kan veranderen. Het huidige asielbeleid biedt kansen om vroegtijdig psychische problematiek te signaleren en verergering tegen te gaan door asielzoekers vanaf het begin gezondheidsbevorderende activiteiten aan te bieden. Bijvoorbeeld door het medisch advies in de rust- en voorbereidingstermijn en de vernieuwde medische intake van het GC A komt eerder in beeld welke mensen baat kunnen hebben bij deelname aan preventieve activiteiten.

In het huidige asiel- en opvangbeleid heeft preventie van psychische problemen geen duidelijke plek. Met betrekking tot het preventiebeleid vallen een aantal dingen op:

- Het COA heeft een niet-medische gidsfunctie; het maakt asielzoekers wegwijs in de gezondheidszorg. Daarnaast is de curatieve zorg ondergebracht bij Menzis en de publieke gezondheidszorg bij de GGD'en. Het takenpakket van de PGA is gebaseerd op de Wet publieke gezondheid en omvat geen psychosociale preventie.
- Preventie van psychische problematiek (niet zorggericht) is niet specifiek ergens ondergebracht. Gezien het aandeel van deze problematiek in de

totale ziektelast van asielzoekers zou deze leemte opgevuld moeten worden. In tegenstelling tot preventieactiviteiten voor ingezetenen kunnen preventieactiviteiten voor asielzoekers niet bekostigd worden vanuit de Wet publieke gezondheid, de Wet participatiebudget of de Wmo.

De vraag is dan ook wie de verantwoordelijkheid heeft voor psychosociale preventie voor asielzoekers? De huidige preventieprogramma's worden gedeeltelijk gefinancierd uit onafhankelijke fondsen en gedeeltelijk vanuit Menzis. Om de versnippering van het huidige preventiebeleid tegen te gaan en ervoor te zorgen dat goedlopende interventieprogramma's niet stoppen vanwege het stopzetten van financiering, is het van belang dat psychosociale preventie een belangrijke plaats krijgt in zowel het medische als het opvangbeleid voor asielzoekers. Waar we naartoe moeten is een inbedding van preventie in bestaand beleid. Met als doel te komen tot een structurele en duurzame oplossing om asielzoekers sociaal-psychisch stabiel of sterker uit de procedure te laten komen, waardoor zowel het inburgeren als de eventuele terugkeer soepeler zal kunnen verlopen. Daarnaast zou het inzetten op de meest effectieve methoden verstandig zijn. Welke dat zijn heeft dit overzicht niet kunnen aantonen, wel welke elementen erbij horen. Een effectiviteitsstudie waarin preventieprogramma's getoetst worden en waar ook gekeken wordt naar gezondheidswinst en zorgconsumptie is daarvoor belangrijk.

Op dit moment is er geen structureel in beleid ingebed aanbod van preventieprogramma's in de azc's en de asielzoeker met psychische klachten lijkt overgeleverd aan het toeval. Met geluk komt deze asielzoeker in bijvoorbeeld AZC Alkmaar terecht waar op dit moment drie verschillende preventie- of activeringsprogramma's worden aangeboden, met pech komt deze asielzoeker in een azc in Zeeland of Limburg terecht waar op dit moment geen lopend aanbod lijkt te zijn. Een asielzoeker zou echter niet aan dit toeval moeten zijn overgeleverd. Uit onderzoek is immers gebleken dat postmigratiefactoren een grote invloed hebben op het ontwikkelen van psychische problematiek. Bij het in beleid inbedden van preventieaanbod is de continuïteit gegarandeerd en kan in een dynamische setting als een azc ingespeeld worden op veranderingen.

Het inbedden van preventieactiviteiten in beleid vraagt om een actieve en faciliterende houding van het COA. Op papier is dit een goede mogelijkheid. Immers, het COA heeft zelfredzaamheid en eigen initiatief hoog staan. Daarnaast biedt COA ook activiteiten en bijvoorbeeld weerbaarheidstrainingen. Kennis van de in dit overzicht opgenomen lopende en afgeronde trajecten laat echter zien dat in de praktijk het participatief werken voor COA-medewerkers vaak wringt met de beheersmatige kant van hun taken. De dubbele positie waarin het COA zit, vormt in dat geval een drempel voor zowel de vertrouwensrelatie tussen COA-medewerkers

en asielzoekers als de gidsfunctie van het COA en de mogelijkheid om aan gezondheidsbevordering te doen.

Ook uit de evaluaties van een aantal programma's blijkt dit conflict ervaren te worden door asielzoekers. Zo hadden deelnemers aan het project Gezond AZC een gebrek aan vertrouwen in de COA-medewerkers waardoor het voorzitterschap van het project niet kon worden uitgedragen door de asielzoekers zelf. Dit pleit eens te meer voor een goede afstemming tussen de ketenpartners en een open samenwerkingscultuur. Hierbij is een in beleid ingebedde mogelijkheid (waarvoor zowel tijd als ruimte wordt vrijgemaakt) voor het faciliteren van preventieaanbod noodzakelijk.

### **5.3 Aanbevelingen**

1. Het streven zou moeten zijn naar een ingebed beleid waarbij preventie voor psychische problematiek structureel is en bij alle ketenpartners hoog op de agenda staat. Hierbij kan gedacht worden aan een structureel open aanbod in alle centra, bijvoorbeeld in de vorm van verschillende modules (Mind-Spring, bewegen, creatieve therapie). Asielzoekers kunnen op eigen initiatief meedoen aan deze modules en bij verhuizing instromen in dezelfde module in een ander centrum. Daarbij is het goed om andere initiatieven, vanuit bijvoorbeeld gemeenten en de Vrolijkheid, te stimuleren en te faciliteren.
2. Er moet ruimte komen voor het in kaart brengen van de meest effectieve methoden voor preventie van psychische problematiek, en van de effecten van deze methoden op gezondheid en zorgconsumptie. Dit vraagt om onderzoek.
3. Zie de asielzoekers als klant en neem de behoefte van de asielzoeker als uitgangspunt van het psychosociaal preventieaanbod. Bij zowel het inzicht krijgen in de behoefte als de uitvoering van psychosociale preventieprogramma's en activering moeten mensen uit de doelgroep worden betrokken.
4. Geef invulling aan de 'wachtijd' waar asielzoekers in zitten. Het is van belang in kansen te denken, zowel ten behoeve van inburgering als ten behoeve van duurzame terugkeer.

## **Bijlage 1 Het nieuwe preventiebeleid; enkele belangrijke voorzieningen**

### Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Momenteel zit Nederland in een transitie naar een ander zorgsysteem. Zo houdt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ per 2014 op te bestaan. Het voor AWBZ bestemde geld zal worden overgeheveld naar de Wmo en daarmee naar de gemeente (decentralisatie). Begeleiding van zieke en kwetsbare mensen, maar ook preventieactiviteiten die voorheen via de AWBZ bekostigd werden, vallen straks onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Deze krijgt de taak de ondersteuning van haar (kwetsbare) burgers vorm te geven vanuit het perspectief van participatie en minder vanuit het perspectief van zorgverlening. Meedoen en de zelfredzaamheid van burgers ondersteunen en activeren zijn de twee centrale doelstellingen van de Wmo (De Gruijter et al., 2010). De Wmo wil: 'de vraag naar wat mensen wel kunnen leidend laten zijn over de vraag wat ze niet kunnen' (Hoenderkamp, 2011). Hoe de begeleiding precies vorm krijgt is vooralsnog onduidelijk, maar de VNG stelt dat mensen met psychische en verstandelijke beperkingen de voornaamste doelgroepen voor begeleiding zijn. Van de gemeente wordt verwacht dat ze randvoorwaarden creëert die het haar burgers mogelijk maakt op eigen kracht te participeren. De Wmo is daarmee een 'resultatenwet', ze verplicht gemeenten om op een aantal terreinen resultaat te boeken. Al kunnen die resultaten van gemeente tot gemeente verschillen (Hoenderkamp, 2011).

### Wet publieke gezondheid (Wpg)

De Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) vormen het belangrijkste wettelijke kader om de gezondheid van de bevolking te beschermen of te bevorderen. De Wpg omschrijft publieke gezondheidszorg als 'gezondheid beschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten'. De facto combineert de Wpg de Wet collectieve preventie, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet; wetten waar asielzoekers eerder al mee te maken hadden (ten behoeve van tbc-screening) en die vielen onder de taken van de GGD en de sociaal geneeskundige van een azc. Artikel 2d van de Wpg bepaalt dat de gemeente de taak heeft bij te dragen 'aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering'. Artikel 15 stelt dat elke gemeente ervoor moet zorgen dat er binnen de GGD deskundigheid is op het terrein van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, en ook dat: 'de beleidsvrijheid die de gemeente hierbij heeft, verschilt per taak (...). Bij de invulling van

gezondheidsbevordering (...) hebben gemeenten echter veel ruimte voor eigen keuze' (zie [www.st-ab.nl/wetten/1106\\_Wet\\_publieke\\_gezondheid\\_Wpg.htm](http://www.st-ab.nl/wetten/1106_Wet_publieke_gezondheid_Wpg.htm)). De Wpg richt zich vooral op infectieziektebestrijding en alles wat daarmee verband houdt, eerder dan op psychosociale problemen. Toch zou deze wet ook van toepassing kunnen zijn op die problemen: er zijn signalen dat ook psychosociale problemen 'besmettelijk' zijn. Volgens traumadeskundigen speelt bij de naoorlogse generatie (de kinderen) problemen die te maken hebben met het oorlogsverleden van de ouders (*Trouw*, 2006). Terwijl anderzijds blijkt dat bij personen met somatische aandoeningen of bij hiv-geïnfecteerden een PTSS kan ontstaan en 'dat de PTSS het beloop en de behandeling van somatische ziektes en de levenskwaliteit van patiënten kan beïnvloeden' (Güzelcan et al., 2004).

#### Wet participatiebudget (Wpb)

De Wet participatiebudget voorziet sinds 2009 in financiering van vooral activiteiten die toegeleiden naar werk of mogelijk maken dat met name kwetsbare of zieke mensen beter toegerust zijn om werkervaring op te doen. Voorzieningen en cursussen voor inburgeringstrajecten, reïntegratieprogramma's, maar ook taalcur-sussen en andere middelen die de participatie bevorderen, vallen onder de Wpb en kunnen hiermee bekostigd worden.

De wet is in de plaats gekomen van onder andere de Wet Inburgering. De eerste drie jaar is het mogelijk om binnen de gestelde kaders aan experimenten te doen (artikel 7). Van belang hierbij echter is dat de voorziening zich uitsluitend richt op ingezetenen van Nederland. Participatieactiviteiten voor asielzoekers vallen hier niet onder, die voor erkende vluchtelingen nadrukkelijk wel ([www.st-ab.nl/wetten/1108\\_Wet\\_publieke\\_participatiebudget.htm](http://www.st-ab.nl/wetten/1108_Wet_publieke_participatiebudget.htm)).

## Bijlage 2 Vragenlijst

1. Loopt er momenteel een preventieprogramma bij uw organisatie? Zo ja,
2. Kunt u het programma inhoudelijk beschrijven?
3. Waar? (locatie)
4. Vanaf wanneer?
5. Om welk type preventie gaat het; wie mag er deelnemen (doelgroep), wie bepaalt dat?
6. Indien het project niet meer loopt: waarom loopt het project niet meer?
7. Hoe lang denken jullie het project te kunnen laten lopen?
8. Waar hangt dat vanaf?
9. Is er een evaluatie uitgevoerd? Zo, ja kunnen wij deze inzien?
10. Is er bij de asielzoekers een verbetering van het psychisch welbevinden geconstateerd? Indien er geen evaluatie is uitgevoerd: is er navraag gedaan naar de persoonlijke mening van de eigenaar of uitvoerder van het programma?
11. Kunt u mij vertellen wat de voordelen zijn van het werken met het programma (*good practice*)?
12. Wat zijn de nadelen (*bad practice*)?
13. Kun u iets vertellen over de werkwijze van het programma op het gebied van empowerment, participatie, psycho-educatie?
14. Hoe verloopt de samenwerking met Menzis, het COA of andere samenwerkingspartners?
15. Wie financiert het programma?
16. Lopen er nog andere programma's bij uw organisatie of hebben er in het verleden soortgelijke projecten gelopen?

### Bijlage 3 Psychosociale preventieprogramma's 2000-2011

<b>Programma's</b>	<b>Loopt nog</b>	<b>Programma-eigenaar</b>
Ahjuri ensemble	ja	Stichting de Vrolijkheid
Creatieve projecten met ouders en kinderen	ja	Stichting de Vrolijkheid
De Vrije Vogel	nee	Stichting Pharos
Gezond blijven door onderlinge steun	nee	Stichting Pharos
Gezond blijven in moeilijke situaties	nee	GGZ WNB en Stichting Pharos
Gezond denken, gezond doen	nee	Stichting Pharos
Je leven in balans	nee	Riagg IJsselland
Je wilt je kind niet kwijtraken	Ja	Stichting Pharos
Jongerenproject Street Art	Ja	Stichting de Vrolijkheid
Maatjesproject voor asielzoekers	nee	Indigo Flevo-Veluwe
Magazine What's Up?!	ja	Stichting de Vrolijkheid
Meeting Point	ja	Stichting de Vrolijkheid
Meiden in Beweging	ja	Stichting de Vrolijkheid
Met Kracht	start 2012	GGZ Breburg
Mind-Spring	ja	Parnassia Bravo Groep
Non-verbale creatieve vrouwengroep	ja	GGnet
Open Podium	ja	De Werkelijkheid
Orchestre Partout	ja	Stichting de Vrolijkheid
Preventieproject: psycho-educatie asielzoekers	nee	GGzE
Project Gezond AZC	nee	GGD Nederland
Psychomotore therapie	nee	GGZ Noord-Holland-Noord
Vrouwengroep ondersteuning spanningsklachten	nee	GGZ Breburg en MOA

## Bijlage 4 Huidige preventieaanbod per azc<sup>2</sup>

Provincie	Locatie	Huidig aanbod
<b>Groningen</b>		
	AZC Bellingwolde*	Mind-Spring
	AZC Delfzijl	Mind-Spring
	AZC Musselkanaal	Mind-Spring
	AZC Oude Pekela	
	AZC Ter Apel	
<b>Friesland</b>		
	AZC Burgum	Mind-Spring
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
	AZC Drachten	Mind-Spring (aanvraag loopt)
	AZC St. Anna-parochie	Mind-Spring (aanvraag loopt)
<b>Drenthe &amp; Overijssel</b>		
	AZC Almelo	
	AZC Azelo*	Mind-Spring
	AZC Emmen	Mind-Spring
	AZCGeeuwenbrug*	Mind-Spring
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
	AZC Markelo	Mind-Spring
	AZC Zweeloo	Mind-Spring
	AZC Schalkhaar	Creatieve projecten met ouders en kinderen
<b>Gelderland</b>		
	AZC Arnhem	Mind-Spring
	AZC Arnhem Zuid	
	AZC Velp*	
	AZC Aalten*	Mind-Spring (aanvraag loopt)
		Non-verbale creatieve vrouwengroep
	AZC Apeldoorn	Mind-Spring (aanvraag loopt)
	AZC Nijmegen	Mind-Spring (aanvraag loopt)
		Je wil je kind niet kwijtraken
	AZC Wageningen	Mind-Spring (aanvraag loopt)
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
	AZC Winterswijk	Mind-Spring (aanvraag loopt)

<sup>2</sup> De projecten Magazine What's Up?! en Meeting Point zijn in dit overzicht niet opgenomen, omdat de deelnemers uit verschillende 'azc's afkomstig zijn. De projecten zijn beide niet op een azc-locatie gevestigd en zijn bedoeld voor de bewoners van die specifieke locaties. De azc's met \* gaan sluiten.

		Non-verbale creatieve vrouwengroep
<b>Utrecht &amp; Zuid-Holland</b>		
	AZC Amersfoort	Mind-Spring
	AZC 's-Gravendeel	Mind-Spring
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
	AZC Katwijk	Mind-Spring
		Open Podium
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
	AZC Leersum	Mind-Spring (aanvraag loopt)
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
	AZC Rotterdam*	Mind-Spring
	AZC Utrecht	Mind-Spring
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
<b>Flevoland &amp; Noord-Holland</b>		
	AZC Almere	Mind-Spring
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
	AZC Oldenbroek	
	AZC Alkmaar	Mind-Spring
		Orchester Partout
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
		Pappa's en mamma's
	AZC Crailo*	Mind-Spring
		Ahjuri ensemble
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
	AZC Den Helder	Mind-Spring
	AZC Dronten	Mind-Spring (aanvraag loopt)
	AZC Luttelgeest	Mind-Spring (aanvraag loopt)
<b>Noord-Brabant &amp; Zeeland</b>		
	AZC Eindhoven	
	AZC Goes	
	AZC Hoeven de Olmen*	
	AZC Kranendonck	
	AZC Gilze en Rijen	Mind-Spring (aanvraag loopt)
		Met Kracht (start 2012)
	AZC Grave	Straatcultuur naar groeps cultuur
		Meiden in Beweging
		Creatieve projecten met ouders en kinderen
	AZC Oisterwijk	Mind-Spring (aanvraag loopt)
		Met Kracht (start 2012)
	AZC Middelburg*	

	AZC Vught	
<b>Limburg</b>		
	AZC Baexem	
	AZC Echt	
	AZC Heerlen	
	AZC Zweikhuizen*	
	AZC Venlo	

Deze tabel is een moment opname van het huidige aanbod. Stichting de Vrolijkheid heeft aangegeven dat er in 2012 groei zal plaatsvinden in het aanbod en zij hopen dan alle azc te kunnen bereiken. Mind-Spring is bezig met een landelijke uitrol van hun aanbod.

## Bijlage 5 Literatuurlijst

- Asgary, R.G., Metalios, E.E., Smith, C.L. & Paccione, G.A. (2006). Evaluating asylum seekers/torture survivors in urban primary care: a collaborative approach at the Bronx Human Rights Clinic. *Health and Human Rights*, 9 (2): 164-79. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17265759](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17265759), geraadpleegd 9 november 2011.
- Baars, B. van (2005). *Vrije Vogel. De voor- en doormethode toegepast in een preventieproject voor asielzoekers*. Utrecht: Pharos.
- Berkouwer, L. & Koelen, M. (2002). *Gezondheid en participatie in een asielzoekerscentrum. Een inventarisatie van behoeften, problemen en wensen op het gebied van gezondheid binnen het project Gezond AZC*. Leerstoel Communicatie en Innovatie Studies. Wageningen UR publicaties.
- Boland, G., Bredie, H., Marrewijk, L. van, Plas, L. van der et al. (2005). *Gezond blijven in moeilijke situaties. Methodiek voor psycho-educatief groepswork met asielzoekers en vluchtelingenvrouwen*. Utrecht: Pharos.
- Braam, R., Dupont, H. & Verbraeck, H. (1999). *Asielzoekers en middelengebruik: een verkennend onderzoek naar middelengebruik en verslavingsproblematiek onder asielzoekers en een aanzet tot doelmatige voorlichting en interventie*. Utrecht: CVO.
- Broek, O. van den (2009). 'Hele gezinnen gaan eraan kapot'. *Phaxx* (3): 12-15.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen, H.T. van der (2001). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Carswell, K., Blackburn, P. & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57 (2): 107-119.
- Dorscheidt, E. & Heida, F. (2010), *Participatieladder: Meedoen gemeten*. VNG & BMC Stimulansz. [www.participatieladder.nl/upload/publicaties/participatieladder\\_meedoen\\_gemeten.pdf](http://www.participatieladder.nl/upload/publicaties/participatieladder_meedoen_gemeten.pdf), geraadpleegd 14 november 2011.
- Dupont, H., Kaplan, C., Verbraeck, H., Braam, R. & Wijngaart, G. van de (2005). Killing time: drug and alcohol problems among asylum seekers in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*, 16 (1): 27-36.
- Eerde, E. van, Pieters, T., Pronk, W., Schell, P. et al. (2005). *Gezond denken en gezond doen. Methodiek voor psychosociale groepsvoorlichting aan asielzoekers*. Utrecht: Pharos.
- Eisenbruch, M. (1990). The cultural bereavement interview: a new clinical research approach for refugees. *Psychiatric Clinics North America*, 13, (4): 715-735.

- Eisenbruch, M. (1992). Toward a culturally sensitive DSM: Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, (1): 8-10.
- Eklund, L. (1999). *From citizen participation towards community empowerment. An analysis on health promotion from citizen perspective*. Academic dissertation, University of Tampere.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365 (9467): 1309-1314. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6), geraadpleegd 19 oktober 2011.
- GGD Nederland (2010). Factsheet *Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland*. COA, GGD Nederland, MCA en GC A. [www.ggdkenisnet.nl/55526](http://www.ggdkenisnet.nl/55526), geraadpleegd 10 april 2011
- GGD Nederland (2011). *Takenpakket Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers 2009-2012. Nadere inhoudelijke specificatie takenpakket PGA-contract*. [www.ggdkenisnet.nl/?file=2309&m=1311075215&module=file&action=download](http://www.ggdkenisnet.nl/?file=2309&m=1311075215&module=file&action=download), geraadpleegd 14 november 2011.
- Goffman, E. (1956/1998). *Totale Instituties*. Baarn: HB Uitgevers.
- Goldberg, L. & Elliot, D.L. (2000). *The Healing Power of Exercise: Your guide to preventing and treating diabetes, depression, heart disease, high blood pressure, arthritis, and more*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Goosen, S. & Gerritsen, A. (2007). *Het onderzoek 'Gevlucht – Gezond?' vanuit preventieperspectief; epidemiologische gegevens over de gezondheidstoestand en het zorggebruik van asielzoekers*. GGD Nederland. <http://ggdkennisnet.nl/40747>, geraadpleegd 4 april 2010.
- Goosen, S., Koelen, M., Langen, H., Berkouwer, L. & Schijndel, R. van (2004). *Gezond AZC. Is de gezonde stedenbenadering toepasbaar in de centrale opvang van asielzoekers? Eindrapport van een pilotproject*. GGD Nederland, Landelijk Service Bureau MOA.
- Goosen, S., Kunst, A., Stronks, K., Oostrum, I. van, Uitenbroek, D. & Kerkhofs, A. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health*, 11: 484, doi:10.1186/1471-2458-11-484. [www.biomedcentral.com/1471-2458/11/484](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/484), geraadpleegd 16 september 2010.
- Groefsema, M. & Blekman, J. (2010). *Thuiszorg en GGZ-preventie. Interventies en samenwerkingsmogelijkheden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gruijter, M. de, Marissing, E. van & Nederland, T. (2010). *Participatiebevordering in de WMO. Participeren in drie leefdomeinen*. Verwey-Jonker Instituut.

- Güzelcan, Y., Scholte, W., Olf, M. & Gersons, B. (2004). Posttraumatische stressstoornis ten gevolge van somatische ziekten of de behandeling daarvan. Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (9): 611-617. [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_1277pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1277pdf.pdf), geraadpleegd 2 oktober 2010.
- Haker, F., Bommel, H. van & Bloemen, E. (2010). *Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen. Het perspectief van de zorgverlener*. Utrecht: Pharos.
- Harris, D.V. (1987). Comparative effectiveness of running therapy. In W.P. Morgan & S.E. Goldston (Eds.), *Exercise and Mental Health* (pp. 123-30). Washington, DC: Hemisphere.
- Haskell, W., Lee, I., Pate, R., Powell, K., Blair, S., Franklin, B., Macera, C., Heath, G., Thompson, P. & Bauman, A. (2007). Physical activity and Public Health. *Circulation. Journal of the American Heart Association*. <http://circ.ahajournals.org>, geraadpleegd 29 oktober 2010.
- Hassmen, P., Koivula, N. & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30, (1): 17-25.
- Herman, J.L. (1996). *Trauma en herstel. De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek (5de druk).
- Hibbard, J., Mahoney, E., Stock, R. & Tusler, M. (2007). Self-Management and Health Care Utilisation. Do Increases in Patient Activation Result in Improved Self-Management Behaviors? *Health Services Research*, 42 (4): 1443-1463.
- Hoenderkamp, J. (2011). *Van zorg naar participatie. De overgang van de begeleiding naar de Wmo*. VNG & G32.
- Hollifield, M., Warner, T., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J., Kesler, J., Stevenson, J. & Westermeyer, J. (2002). Measuring Trauma and Health Status in Refugees. A critical review. *JAMA*, 288 (5): 611-621.
- Jacobs, G. (2005). Participatie en empowerment in de gezondheidsbevordering. Professionals in de knel tussen ideaal en praktijk? *Sociale interventie* 14 (4): 29-39.
- Jong, J. de, Komproe, I., Ommeren, M. van, El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., Put, W. van de & Somasundaram, D.J. (2001). Lifetime events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286 (5): 555-562.
- Keller, A.S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Leviss, J.A. et al. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *The Lancet*, 362 (9397): 1721-1723.

- Kelly, N. & Stevenson, J. (2006). *First Do No Harm: Denying Healthcare to People Whose Asylum Claims Have Failed*. London Refugee Council.  
[www.refugeecouncil.org.uk/Resources/Refugee%20Council/downloads/researchreports/Healthaccessreport\\_jun06.pdf](http://www.refugeecouncil.org.uk/Resources/Refugee%20Council/downloads/researchreports/Healthaccessreport_jun06.pdf), geraadpleegd 3 februari 2010.
- Kramer, S. & Cense, M. (2004). *Overleven op de vierkante meter. Veiligheidsbeleving en strategieën van vrouwen in de centrale opvang van asielzoekers*. Utrecht: Pharos/Transact.
- Laban, C., Gernaat, H., Komproe, I., Tweel, I. van der & Jong, J. de (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (12): 825-832.
- Laban, C., Gernaat, H., Komproe, I. & Jong, J. de (2007). Prevalence and Predictors of Health Service Use Among Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (10): 837-844.
- Laban, C., Gernaat, H., Komproe, I., Schreuders, B. & Jong, J. de (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (12): 843-851.
- Lee, R.E., Goldberg, J.H., Sallis, J.F., Hickmann, S.A., Castro, C.M. & Chen, A.H. (2001). A prospective analysis of the relationship between walking and mood in sedentary ethnic minority women. *Women's Health*, 32 (4): 1-15.
- Lely, J. & Heuvel-Wellens, van den (2002). *Psychosociale zorg voor vluchtelingen en asielzoekers. Een handleiding*. Assen: Van Gorcum.
- Lock, M. (2005). *De asielzoeker zieker door gepieker?: De asielzoeker tobt – wat helpt, dat het stopt?* Deventer: Saxion Hogeschool IJssellanden.
- Loeber, O. (2003). *Vier vrouwen. Anticonceptiehulpverlening bij specifieke groepen allochtone vrouwen*. RutgersNissoGroep.
- Meer-Jansma, M. van der, Haan, H. de & Jong, C. de (2010). *Handboek behandeling trauma en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Vertaling en bewerking van *Seeking safety, a treatment manual for PTSD and substance abuse*, L. Najavits, Guildford Press, 2002.
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D.M. & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *The Medical journal of Australia*, 185 (7): 357-361. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17014402](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17014402), geraadpleegd 22 oktober 2010.

- Mooren, T. & Schoorl, M. (2008). *Beter beginnen. Een psycho-educatief programma voor vluchtelingen en asielzoekers*. Utrecht: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nemeroff, C., Bremner, J., Foa, E., Mayberg, H., North, C. & Stein, M. (2006). Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40 (1): 1-21.
- Norman, S., Tate, S., Anderson, K. & Brown, S. (2007). Do Trauma History and PTSD Symptoms Influence Addiction Relapse Context? *Drug and Alcohol Dependence*, 90 (1): 89-96.
- Ooms, A. & Reus, H. de (2010). *Draaiboek: Pilot non-verbale creatieve vrouwengroep op het AZC te Winterswijk*.
- Regenmortel, T. van (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Interventions: Theory and Practice*, 18 (4): 22-42.
- RNG (2009). *Tienermoeders en abortus in Nederland*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Robjant, K., Hassan, R. & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 194: 306-312.
- Schell, P., Hendriks, M. & Tienhoven, H. van (2005). *Gezond blijven door onderlinge steun. Methodiek voor het opzetten van steungroepen van asielzoekers en vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170: 351-357.
- Speelman, L. (1998). *How to keep your life in balance. Actief zoeken naar de psychische balans*. OC Zaandam.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D.M., Marnane, C., Bryant, R.A. & Ommeren, M. van. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302 (5): 537-549.
- Steel, Z., Momartin, S., Silove, D., Coello, M., Aroche, J. & Tay, A. (2011). Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*, 72 (7).
- Stel, J. van der (2003). *De effectiviteit van psychoeducatie. Een literatuurstudie*. Bennebroek: De Geestgronden, afdeling Onderzoek & Ontwikkeling.

- Summerfield, D. (2000). War and mental health: a brief overview . *British Medical Journal*, 321 (7255): 232-235.
- Summerfield, D. (2001). Asylum-seekers, refugees and mental health services in the UK. *Psychiatric Bulletin* (25): 161-163.
- Trouw (2006). Wél problemen tweede generatie' (artikel 4 mei).
- Tuk, B., Mahamed, K. & Baabbi, A. (2010). *Je wilt je kind niet kwijtraken. Training opvoedingsondersteuning Somalische ouders in een asielzoekerscentrum*. Utrecht: Pharos. [www.pharos.nl/uploads/\\_site\\_1/Pdf/Jeugd/-Opvoedingsondersteuning\\_Somalische\\_ouders.pdf](http://www.pharos.nl/uploads/_site_1/Pdf/Jeugd/-Opvoedingsondersteuning_Somalische_ouders.pdf), geraadpleegd 17 oktober 2011.
- Vaandrager, L. (2011). *Veranderende percepties op kennisontwikkeling: Van kennistransfer naar co-creatie*. Website NSvP. Gedownload vanaf <http://www.nsvp.nl/print/666> op 20 november 2011.
- Verschoor, B., Visser, M. & Visser, S. (2010). *Onderzoeksrapport Mind-Spring*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Visser, W. (2004). *Oorlogstrauma en verslaving*. Utrecht: Cogis.
- Vliet, K. van, Gruijter, M. de & Bulsink, B. (2010). *Healthy Inclusion. Aanbevelingen voor participatie in gezondheidsbevordering*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Vloeberghs, E. & Bloemen, E. (2005). *Uit lijfsbehoud: lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz*. Utrecht: Pharos.
- Vloeberghs, E. (2003). Van Bob Marley tot Sjef de Vries: empowerment , de inhoud van een containerbegrip. *Phaxx* (2/3): 20-22.
- VluchtelingenWerk (2011). *Vluchtelingen in getallen (2011)*. [www.vluchtelingenwerk.nl/pdf-bibliotheek/Vluchtelingen\\_in\\_getallen\\_-2011\\_pdf.pdf](http://www.vluchtelingenwerk.nl/pdf-bibliotheek/Vluchtelingen_in_getallen_-2011_pdf.pdf), geraadpleegd 7 oktober 2011.
- Vries, J. de (2000). *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- VWS (2007). *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. [www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties](http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties), geraadpleegd 25 oktober 2011.
- VWS (2010). *Integrale zorg in de eigen omgeving. Visiedocument*. [www.lvg.org/ggz/ggz\\_docs/poh-ggz/VWS-Visiedocument-Integrale-Zorg-in-de-Eigen-Omgeving10.pdf](http://www.lvg.org/ggz/ggz_docs/poh-ggz/VWS-Visiedocument-Integrale-Zorg-in-de-Eigen-Omgeving10.pdf), geraadpleegd 11 april 2011.
- Watters, C. & Ingleby, D. (2004). Locations of care: Meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27 (6): 549-570.
- WHO Ottawa Charter (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. [www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), geraadpleegd 3 november 2011.

- Wiegersma P.A., Stellinga-Boelen A.M., Reijneveld S.A. (2011) Psychosocial problems in asylum seekers' children: the parent, child, and teacher perspective using the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease* 119(2).
- Zimmerman, M. & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16 (5): 725-750.