



'Gun ons de tijd...'

Werkboek psychosociale begeleiding
bij hervestigde vluchtelingen

EVERT BLOEMEN, ERICK VLOEBERGHES



'GUN ONS DE TIJD..!'

Werkboek psychosociale begeleiding bij hervestigde vluchtelingen

Evert Bloemen, Erick Vloeberghs

Pharos
In opdracht van VluchtelingenWerk Nederland

November 2012



SITUATIES

Een vrouw uit een Aziatisch land komt samen met haar twee kinderen als hervestigde vluchteling naar Nederland. Na een tijdje blijkt zij het leven hier in Nederland lastiger te vinden dan ze in het begin had verwacht. Als ze hoort dat enkele verdwenen familieleden weer opgedoken zijn, krijgt zij een forse terugval op psychosociaal gebied.

Haar begeleidster speelt een belangrijke rol: ze signaleert de problematiek en zorgt ervoor dat deze vluchteling hulp krijgt.

Een echtpaar uit een Afrikaans land komt met hun twee kinderen naar Nederland als hervestigde vluchteling. Zowel de man als de vrouw heeft medische problemen: de een heeft een aangeboren hartprobleem en de ander een fysieke handicap. Hun verwachtingen ten aanzien van de medische zorg in Nederland zijn hoog. Zo denkt de vrouw dat haar handicap volledig te genezen is. Als deze verwachting niet lijkt uit te komen, is de teleurstelling groot. Dit heeft gevolgen voor haar gedrag en gezondheid.

De begeleider van dit gezin worstelt erg met hoe om te gaan met de te hoge verwachtingen en de reacties van het echtpaar als deze niet allemaal uitkomen.

Een man uit een land in het Midden-Oosten komt naar Nederland als hervestigde vluchteling. Meteen na aankomst blijkt dat hij ernstige psychische klachten heeft als gevolg van wat hij heeft meegemaakt. Later blijkt dat hij ook lichamelijke klachten heeft, die hem belemmeren het inburgeringstraject goed te volgen.

Zijn begeleidster heeft haar handen vol, in het begin om de zorg goed op te starten en later wanneer blijkt dat de man lichamelijke klachten heeft die lastig te doorgronden zijn. Probleem is dat de man zich afsluit voor hulp. Wat te doen om uit deze situatie te komen?

Een man uit een Aziatisch land komt samen met zijn 12-jarige zoon en een 62-jarige tante als hervestigde vluchteling naar Nederland. In Nederland komen zij met hun drieën in een huis te wonen. Snel na aankomst in de gemeente wordt duidelijk dat de tante zich erg vastklampt aan de andere twee. Zij is analfabeet en snapt weinig van de gang van zaken in Nederland.

Voor de begeleider van dit gezin is het duidelijk dat de tante de ontwikkeling en integratie van de andere twee vluchtelingen hindert. Maar wat is er nou precies bij die tante aan de hand en hoe kan deze impasse doorbroken worden?

Als jij als (vrijwillige) begeleider een dergelijke situatie tegenkomt, wat kun je daar dan mee? Wat zou je zelf kunnen doen en wanneer moet je anderen inschakelen? En hoe pak je dat dan aan?

Lees dit boek en je vindt antwoord op veel vragen die je misschien al hebt of ooit zult krijgen. De vier situaties van hierboven staan uitgebreid beschreven in hoofdstuk 4.

INLEIDING

Hervestiging heeft tot doel vluchtelingen te helpen van wie het leven, de veiligheid of de mensenrechten in gevaar zijn in de landen waarnaar ze in eerste instantie gevlucht zijn. Hervestiging is ook een duurzame oplossing, omdat landen elkaar zo helpen om de lasten van de opvang van vluchtelingen te verdelen. Het merendeel van mensen die hun land ontvluchten wordt immers opgevangen in de buurlanden. Hervestiging van vluchtelingen helpt deze buurlanden (zoals Kenia, Thailand, Nepal en India) te ontlasten.

Sinds 2010 komen hervestigde vluchtelingen meteen na aankomst in Nederland in hun nieuwe woonplaats terecht. Voorheen werden deze vluchtelingen een tijd lang in de centrale opvang van het COA opgevangen. Tegenwoordig is het meestal de verantwoordelijkheid van de lokale begeleiders van VluchtelingenWerk om hervestigde vluchtelingen op te vangen en te begeleiden zodra ze in hun gemeente arriveren. Dit werkboek is bedoeld voor begeleiders van hervestigde vluchtelingen die tijdens hun werk met deze vluchtelingen geconfronteerd worden met psychosociale problemen. Het gaat daarbij zowel om psychische problemen als om sociale problemen die daardoor veroorzaakt worden. Het werkboek is tot stand gekomen in overleg met enkele begeleiders van VluchtelingenWerk Nederland en hun verantwoordelijken. De gesprekken met deze begeleiders maakten duidelijk om welke problemen of gedrag het gaat en waar de knelpunten liggen. Daarnaast is gekeken naar ervaringen in het buitenland met hervestigde vluchtelingen en naar methoden en hulpmiddelen waarvan bewezen is dat die psychosociale problemen bij deze vluchtelingen kunnen aanpakken.

De indeling van het boek verloopt van algemene informatie, via voorbeelden van praktijksituaties, naar concrete, praktische hulpmiddelen die je kunnen helpen goed contact te krijgen met zowel de vluchteling zelf als met lokale zorg- en dienstverleners. Na een schets van het nieuwe opvangmodel (hoofdstuk 1) wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op wat het begrip kwetsbaarheid inhoudt en welke 'belastende' en 'beschermende' factoren invloed hebben op hervestigde vluchtelingen. Hoofdstuk 3 gaat in op wat je concreet kunt doen, hoe je op een gestructureerde manier kunt omgaan met de klachten en problemen van vluchtelingen. De eerste stappen daartoe worden liefst al voor de komst van een hervestigde vluchteling genomen. In hoofdstuk 4 worden vier casussen (voorbeeldsituaties) volgens een vast format gepresenteerd. Aan de orde komen thema's als lichamelijke en psychische klachten, vluchtelingen met handicaps en te hoge verwachtingen, opvoedingsproblemen, maar ook het midden van zorg en het organiseren van samenwerking in de zorg. Elk van de casussen eindigt met een aantal leerpunten.

Het werkboek sluit af met een aantal bijlagen. Enkele daarvan bevatten hulpmiddelen die je als begeleider helpen in het contact met zorgverleners en hervestigde vluchtelingen. Een goed contact met een hervestigde vluchteling maakt de beginperiode van zijn¹ verblijf in het nieuwe 'vaderland' meer draaglijk. Want een nieuwe start maken in een nieuw land is geen sinecure, voor niemand. Maar met ondersteuning, goede begeleiding en een beetje geluk hervinden de hervestigde vluchtelingen en hun kinderen na verloop van tijd hun balans en gaan ze zich zelfs thuis voelen.

Dit werkboek was niet tot stand gekomen zonder de medewerking van begeleiders en vrijwilligers van VluchtelingenWerk Nederland. Daarnaast danken we Cathrien de Braauw en Sandra Gerdingh-den Boer, die beiden als onafhankelijk adviseur/coach enkele getraumatiseerde hervestigde vluchtelingen en hun kinderen met raad en daad bijstaan – en ons inzage gaven in wat ze doen. Ook onze contactpersonen bij het COA (A. Baas), UNHCR, IOM en de International Catholic Migration Commission (ICMC) waren zeer behulpzaam; ze hielpen ons begrip te krijgen voor de complexiteit van hervestiging en toonden zich meer dan bereid om hun expertise over de opvang van hervestigde vluchtelingen met ons te delen. Waarvoor dank.

¹ Daar waar 'zijn' staat, kan ook 'haar' gelezen worden. Hetzelfde geldt voor 'hij' en 'zij' en 'hem' en 'haar'.

INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1	Over hervestigde vluchtelingen	8
Hoofdstuk 2	Kwetsbaarheid, beschermende en belastende factoren	10
Hoofdstuk 3	Stappen in de begeleiding	14
Hoofdstuk 4	Casuïstiek bij veelvoorkomende thema's	23

Bijlagen

Bijlage 1	Achtergrond: Wie zijn hervestigde vluchtelingen en hoe komen ze hier?	38
Bijlage 2	Belangrijke gemeentelijke voorzieningen voor hervestigde vluchtelingen	39
Bijlage 3	Vluchtelingenkinderen	40
Bijlage 4	Achtergrond: Kwetsbaarheid, belastende en beschermende factoren	42
Bijlage 5	Participatie en gezondheidsbevordering van vluchtelingen in de gemeente	50
Bijlage 6	Sociale kaart	52
Bijlage 7	Invullijst beschermende en belastende factoren	53
Bijlage 8	Protect vragenlijst voor signalering van posttraumatische klachten bij asielzoekers en vluchtelingen	56
Bijlage 9	Materialen en gedeelde ervaringen	62

HOOFDSTUK 1

Over hervestigde vluchtelingen

Een kort overzicht

Op de vlucht voor geweld komen veel vluchtelingen terecht in een kamp, meestal in een buurland. De vluchtelingenorganisatie van de Verenigde Naties, UNHCR, heeft een programma waarin een deel van de bewoners geselecteerd wordt om als vluchteling met verblijfsstatus naar een derde, veilig land te vertrekken. De meeste vluchtelingen die hiervoor in aanmerking komen gaan naar grote immigratielanden als de VS, Canada en Australië. Een klein deel gaat naar West-Europese landen, waaronder Nederland.

Opvang van hervestigde vluchtelingen in Nederland vindt plaats vanaf eind jaren zeventig. Lange tijd verzorgde het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) de opvang van hervestigde vluchtelingen. De eerste maanden verbleven ze in reguliere asielzoekerscentra (azc's). Ze volgden een (verplichte) inburgeringscursus en werden voorbereid om aan het werk te gaan. Ze kregen bijvoorbeeld een opleiding aangeboden met steun van organisaties zoals UAF, Job-support en Emplooi. Vanaf 2006 werden hervestigde vluchtelingen opgevangen in een speciaal voor hen ingericht azc in Amersfoort. Sinds juli 2011 is de centrale opvang voor hen komen te vervallen en worden zij meteen in een gemeente geplaatst.

Wat betreft de aantallen is het streefgetal al decennia lang gesteld op circa 500 vluchtelingen per jaar. In 1986 werd dat aantal officieel bekrachtigd en zegde Nederland toe elk jaar 500 hervestigingsvluchtelingen op te nemen. Sinds 2005 wordt dat aantal daadwerkelijk gehaald, waarbij 2008 een piekjaar was. De Internationale Organisatie voor Migratie (IOM), verantwoordelijk voor het transport van vluchtelingen naar een ander land, ondersteunde in 2008 in totaal 618 vluchtelingen tijdens hun overkomst naar Nederland. Ook voor de periode 2012-2015 is het maximum aantal vastgesteld op 2000 vluchtelingen, oftewel 500 per jaar.

Meer achtergrondinformatie over hervestigde vluchtelingen is te vinden in bijlage 1.

Het nieuwe opvangmodel

Sinds juli 2011 is de opvang van hervestigde vluchtelingen gewijzigd. De veranderingen gelden voor de activiteiten in het oude gastland en voor de eerste opvang in Nederland. Door het nieuwe beleid moet de tijd tussen de aanvraag tot hervestiging en de plaatsing in de vestigingsgemeente korter worden: maximaal zes maanden. De Nederlandse regering, en in het verlengde daarvan het COA, willen hiermee bereiken dat de vluchtelingen na aankomst in hun nieuwe gemeente sneller inburgeren en beter integreren.

Voor vertrek

Nadat UNHCR een vluchteling voordraagt voor hervestiging, beslist de IND of deze persoon naar Nederland kan komen. Daarna volgt deze vluchteling in het land waar hij dan verblijft een door het COA verzorgde training Culturele Oriëntatie. Deze training bestaat uit een programma van drie keer vier dagen, verspreid over de periode dat hij moet wachten op vertrek naar Nederland. De deelnemer krijgt dagelijks twee uur taalles en wordt verder stapsgewijs geïnformeerd. De eerste training gaat in op de Nederlandse samenleving, de tweede is gericht op informatie over de gemeente waar men zich gaat vestigen en de derde training heeft als onderwerp de toekomstige woning van de vluchteling. Om de vaak hooggespannen verwachtingen enigszins te temperen wordt aan 'verwachtingsmanagement' gedaan: met interactieve werkvormen (rollenspellen) en videomateriaal wordt geprobeerd een reëel beeld te geven van het leven in Nederland. De Culturele Oriëntatie heeft als doel de overgang naar het nieuwe land makkelijker te maken en de vluchtelingen voor te bereiden op leven in dat land. Het helpt ook om de vluchtelingen gelegenheid te geven een netwerk op te bouwen. De deelnemers gaan immers allemaal naar Nederland en kunnen elkaar ondersteunen. De houding van de vluchteling en de voortgang tijdens de trainingen wordt bijgehouden in een persoonsgebonden voortgangsrapportage, die onderdeel uitmaakt van de sociale intake. In principe krijgt de gemeente, en via de gemeente VluchtelingenWerk Nederland, een kopie van deze papieren. Hiermee zijn gemeenten in een vroeg stadium in staat om samen met de begeleidende organisaties voorbereidingen te treffen voor de komst van deze nieuwe inwoners.

Medische informatie

Voor een vluchteling voorgedragen kan worden voor hervestiging vindt standaard een medisch onderzoek plaats. UNHCR gebruikt daarvoor een *Medical Assessment Form* (MAF). Als blijkt dat de persoon redelijk gezond is en eventuele gezondheidsproblemen ter plekke te behan-

delen zijn, wordt hij niet als medisch urgent aangemerkt en wordt de standaardprocedure gevolgd. Het duurt dan tot een half jaar voor men hervestigd wordt. Wanneer behandeling ter plekke onmogelijk is, of het is onduidelijk welk risico iemand loopt op gezondheidsproblemen, gebruikt men een tweede meetinstrument, de *Heightened Risk Identification Tool* (HRIT). Dat geldt ook als de vluchteling valt in de categorie 'kwetsbaar', zoals bij alleenstaande vrouwen, meisjes, ouderen, martelslachtoffers of personen met een handicap zoals blindheid, doofheid of invaliditeit. Met behulp van de HRIT wordt gekeken of de vluchteling kans maakt om als medisch urgent hervestigd te worden. Of iemand medisch urgent is, is dan afhankelijk van de mate waarin hij met zijn handicap of beperking kan omgaan. Vluchtelingen die zich hebben weten aan te passen aan hun beperking, die ermee kunnen leven, komen namelijk niet in aanmerking voor hervestiging op grond van medische urgentie; zij dienen de reguliere (langere) procedure te volgen.

De overtocht naar Nederland wordt geregeld en begeleid door IOM. IOM-medewerkers zien erop toe dat vluchtelingen in goede gezondheid in Nederland arriveren. Zij geven een *fit-to-fly*-verklaring af. In dat kader vindt een algemeen medisch onderzoek plaats en kijkt men naar medische redenen die de vliegtocht naar Nederland in de weg staan, zoals ernstige hartkwalen, een recente beroerte of acute psychiatrische problematiek. Het medisch dossier, bestaande uit bovengenoemde gegevens van UNHCR en IOM, kan uitgebreid worden met informatie over de medische behandeling die een vluchteling al ondergaat. Die extra informatie moet een goede overdracht van medische zorg bevorderen na aankomst in het gastland. UNHCR en IOM pleiten er dan ook voor dat het medisch dossier compleet is.

Een punt van aandacht is de overdracht van iemands medische informatie naar een huisarts in de ontvangende gemeente. Hierbij speelt een aantal praktische problemen. Vaak is pas laat bekend welke huisarts de vluchteling in zijn praktijk wil opnemen. Daarnaast is bekend dat veel huisartsen naast de medische informatie ook graag informatie over de levensgeschiedenis willen krijgen. Het Bureau Medische Advisering (BMA) van de IND verzorgt deze overdracht van medische informatie naar de huisarts en speelt hierbij dus een centrale rol. Deze medische overdracht is belangrijk omdat UNHCR en IOM aangeven dat de medische conditie van vluchtelingen slechter kan zijn dan in het medisch dossier staat. Vaak doen vluchtelingen – bang als ze zijn om anders nog langer in het kamp te verblijven – zich beter voor dan ze zich daadwerkelijk voelen. Men is erop gebrand om snel weg te komen uit de tijdelijke opvangsituatie en om in Nederland te kunnen gaan wonen en daar met een schone lei te beginnen. Ze willen dan ook liever niet nadenken of praten over ziekte of pijnlijke herinneringen. Het is daarom van groot belang dat het medisch dossier in de praktijk beschikbaar is voor de huisarts en informatie over (eerdere) gezondheidsproblemen voldoende bekend zijn bij aankomst in Nederland. In de praktijk gebeurt dit niet altijd even goed.

Aankomst in Nederland

Sinds halverwege 2011 verblijven hervestigde vluchtelingen bij aankomst in Nederland een dag in de buurt van Schiphol. Daar wordt met hulp van de daar aanwezige tolken de administratieve rompslomp, zoals het verkrijgen van verblijfsdocumenten, afgewerkt. Daarnaast vindt een tuberculosecontrole plaats. Wanneer de papierwinkel rond is, regelt het COA vervoer naar de vestigingsgemeente. De gemeente zorgt dan voor ontvangst en een woning. In de eerste dagen worden zaken als de zorgverzekering en het openen van een bankrekening geregeld. Als het gaat om *emergency cases* (urgente gevallen), waarvan pas kort tevoren bekend is dat zij naar Nederland komen, lukt de administratieve afhandeling niet altijd in de eerste dagen. In dat geval vindt deze plaats nadat men naar de gemeente verhuisd is. Iedere vluchteling van 16 tot 65 jaar heeft volgens de Wet inburgering (Wi) de plicht na aankomst in een gemeente een inburgeringscursus te volgen. De cursus wordt afgesloten met een inburgeringsexamen.

Er wordt in deze fase veel gevraagd en verwacht van de gemeente, de begeleidende organisaties, en de individuele begeleiders van hervestigde vluchtelingen. Sinds enkele jaren bestaan er wettelijke voorzieningen die gemeenten kunnen inzetten bij de opvang van hervestigde vluchtelingen. Zo schrijven de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet publieke gezondheid (Wpg) gemeenten voor dat zij een taak hebben in de begeleiding van zieke en kwetsbare ingezetenen, waaronder hervestigde vluchtelingen. Het is immers bekend dat mensen met een sociaaleconomisch lagere positie, waaronder veel migranten, vaak een ongezonde leefstijl hebben, meer zorg vragen en bovendien minder in staat zijn het zorgaanbod adequaat te gebruiken. Een andere ontwikkeling betreft de participatie van burgers op wijk- en gemeentenniveau. Participatie krijgt de laatste tijd veel aandacht. Betrokken wijkbewoners kunnen via de Wet participatiebudget (Wpb) aanspraak maken op geld om er concreet inhoud aan te geven. Dit zijn ontwikkelingen die op gemeentelijk niveau kunnen helpen bij de opvang van hervestigde vluchtelingen. (Voor meer informatie over de Wmo, Wpg en Wpb zie bijlage 2.)

Het is duidelijk dat hervestigde vluchtelingen, zeker in het begin, begeleiding en extra hulp nodig hebben bij het vinden van een balans in deze nieuwe fase in hun leven. Dat dit het beste kan gebeuren door 'mee te doen', te participeren, zal duidelijk worden uit de volgende hoofdstukken.

HOOFDSTUK 2

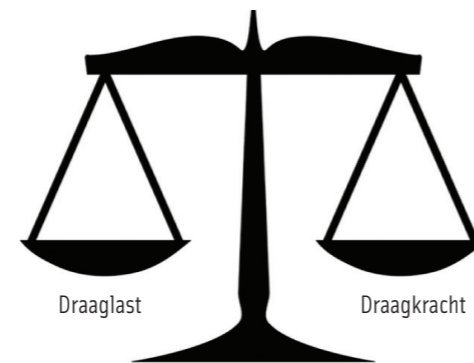
Kwetsbaarheid, beschermende en belastende factoren

Het begeleiden van hervestigde vluchtelingen die nog maar net zijn aangekomen in Nederland vraagt om inzicht in deze doelgroep. Kennis over persoonlijke en andere factoren die bepalen hoe een vluchteling zich voelt en gedraagt, is een voorwaarde om een goede inschatting te kunnen maken van de begeleiding die nodig is. Dit hoofdstuk geeft inzicht in deze factoren en legt de basis voor een aanpak op maat.

Kwetsbaarheid

Het is goed zich te realiseren dat ieder mens op een bepaalde manier kwetsbaar is. Hoe kwetsbaarder iemand is, hoe groter de kans dat hij (ernstige) psychosociale problemen krijgt. In principe heeft iedere vluchteling een zekere mate van kwetsbaarheid. Door migratie verliest hij immers (een deel van) de familie, vrienden, huis en eigendom. Maar sommige groepen vluchtelingen zijn meer kwetsbaar dan andere. Voorbeelden zijn ouderen, minderjarigen, zwangere vrouwen, alleenstaande vrouwen (met of zonder kinderen) en slachtoffers van martelingen, seksueel misbruik of ander geweld. Het kijken naar de basisgegevens van een vluchteling kan dus al een beeld geven van diens kwetsbaarheid. Niet alle personen binnen de groep van hervestigde vluchtelingen zijn echter even kwetsbaar. Ook op individueel niveau spelen factoren die iemands kwetsbaarheid vergroten of juist verminderen. Denk aan traumatische ervaringen in het land van herkomst of tijdens de vlucht, en aan aanpassingsproblematiek en heimwee in Nederland. Het is daarom belangrijk om de factoren die iemands kwetsbaarheid bepalen te signaleren. Een mooie manier om dit te doen is per individu een beeld te vormen van de balans tussen draaglast en draagkracht.

De balans draagkracht–draaglast bepaalt in hoeverre iemand met problemen in het leven weet om te gaan. Idealiter is er voor elk individu een goede balans tussen de taken waar hij voor staat en de problemen die er zijn (= draaglast), en de mogelijkheden die hij heeft om hiermee om te gaan (= draagkracht). Wanneer iemands draagkracht groot genoeg is, krijgen moeilijkheden niet de kans uit te groeien tot problemen. Door te veel stressfactoren (van buiten) en/of door psychische problemen (innerlijk) kan iemands draaglast te zwaar worden, waardoor een verstoring van het evenwicht ontstaat. Deze verstoring leidt vaak tot probleemgedrag zoals moeilijk hanteerbaar agressief gedrag of juist apathie.



Factoren die de draaglast verzwaren noemen we belastende factoren. Factoren die de draagkracht versterken noemen we beschermende factoren. Het in kaart brengen van deze beschermende en belastende factoren helpt om een beeld te vormen van iemands competenties en mogelijkheden, en de begeleiding die daarbij past.

A. Belastende factoren

Er zijn tal van omstandigheden die de draaglast van hervestigde vluchtelingen kunnen verzwaren. Zowel de gebeurtenissen voor de komst naar Nederland als de situatie in Nederland dragen daaraan bij.

Voor de komst naar Nederland

De meeste hervestigde vluchtelingen zijn gevlucht vanwege de onveilige situatie en nare ervaringen in hun thuisland. De vlucht en het leven in vluchtelingenkampen zijn meestal ook stressvol en zorgen voor nog meer nare ervaringen. Onder vluchtelingen zien we dan ook relatief veel gezondheidsproblemen en psychische klachten. Lichamelijke problemen die vaak voorkomen zijn infectieziekten (zoals tuberculose en hepatitis), vitaminegebrek, en algemene klachten die vaak moeilijker te duiden zijn zoals buik-, hoofd- en rugpijn. Naast het gebrek aan goede

voeding en hygiëne waaraan vluchtelingen hebben blootgestaan, is een deel van deze lichamelijke klachten ook het gevolg van (seksueel) geweld en stressvolle leefomstandigheden.

Dat spanning en piekeren gewrichtspijnen, hoofdpijn en buikpijn kunnen veroorzaken of dat angst en extreme waakzaamheid tot uitputting leiden, is bekend maar niet altijd medisch aanwijsbaar. De psychische klachten van vluchtelingen zijn vooral terug te voeren op de emoties angst en somberheid. Ze kunnen uitmonden in ziektebeelden als een post-traumatische stressstoornis (PTSS) of een depressieve stoornis.

Na de overkomst naar Nederland

Leven in Nederland is van een heel andere orde dan leven in een vluchtelingenkamp. In een kamp voorzien hulporganisaties in de basisbehoeften van de bewoners. Veel vluchtelingen raken hierdoor gewend aan afhankelijkheid. Slechts enkelen (vaak krachtige personen) pakken in het kamp informele arbeid op en weten zich redelijk zelfstandig staande te houden. In Nederland vragen we van mensen eigen initiatief te tonen en eigen keuzes te maken. Dit vergt een enorme mentale omslag. Het is begrijpelijk dat dit voor veel vluchtelingen moeilijk is. Naast de nadruk op het 'op eigen benen staan', hechten we in Nederland aan persoonlijke vrijheid en spreken we mensen aan op individuele rechten en mogelijkheden. Dit staat vaak in schril contrast met de culturele achtergrond van veel vluchtelingen, waar het individu ondergeschikt is aan de groep (familie, clan) en groepsnormen. Daarnaast zijn er soms moeilijk overbrugbare verschillen over de rol van de vrouw, omgaan met seksualiteit of de plaats die religie inneemt. Die verschillen in opvattingen maken dat een vluchteling zich onwennig kan voelen wanneer zulke onderwerpen aan de orde komen. Het kan er ook toe leiden dat bepaalde contacten of situaties gemeden worden. Zulke gevoelens van uitsluiting en onbegrip worden vaak versterkt doordat men de taal niet beheerst, ander gewoonten en voedingspatronen heeft en de tradities in Nederland niet kent.

Ontworteling en rouw

Al de aanpassingen die een vluchteling en zijn familieleden moeten maken in Nederland kunnen aanleiding zijn voor psychische en sociale problemen. Centraal hierin staat het begrip 'culturele ontworteling': het gevoel dat je er voortaan alleen voorstaat, dat de band met je verleden, cultuur en tradities verbroken is. Deze ontworteling is daarmee een vorm van rouw en de kans is groot dat een vluchteling in Nederland een verwerkingsproces zal doormaken. Het zal dan enige tijd duren voordat hij er klaar voor is om zich open te stellen voor de Nederlandse maatschappij.

Op sociaal gebied wordt vooral het verlies van inbedding (geen werk of levensdoel hebben, verlies van sociale rol en identiteit, gemis van familieleden) als ernstig ervaren. Dit leidt vaak tot gevoelens van sociale isolatie. Ook speelt mee dat vluchtelingen niet gewend zijn aan hoe de hulpverlening in Nederland werkt. Als zij de contacten met en de bejegening door hulpverleners en begeleiders in Nederland als negatief ervaren, versterkt dit hun gevoelens van eenzaamheid en vertwijfeling.

In onderstaande tabel staan de belastende factoren die kunnen voorkomen bij hervestigde vluchtelingen:

Belastende factoren		
Lichamelijk	Psychisch	Sociaal
Infectieziekten (tbc, hepatitis)	Angst en/of nervositeit en/of vertwijfeling	Vermijdingsgedrag en communicatieproblemen
Vitaminegebrek	Lusteloosheid en/of gebrek aan initiatief (depressie)	Heimwee en/of rouwverwerking
Tropische importziekten	Nachtmerries, concentratie- en geheugenproblemen (PTSS)	Eenzaamheid en/of geïsoleerd leven (geen sociale inbedding)
Onbegrepen lichamelijke klachten	Prikkelbaarheid (kort lontje) en achterdocht	De weg niet weten binnen het Nederlandse voorzieningenstelsel
Geslachtsziekten	Schuld- en/of schaamtegevoelens	Werkloosheid en/of geen levensdoel
Groei stoornissen (bij kinderen)	Bedplassen en/of andere symptomen die wijzen op psychische terugslag	Relatie-, gezins- en/of opvoedingsproblemen

B. Beschermende factoren

Sommige van bovenstaande belastende factoren gelden voor alle hervestigde vluchtelingen, maar veel vluchtelingen kunnen de last ervan dragen. Wanneer iemands draagkracht groot genoeg is, krijgen moeilijkheden niet de kans uit te groeien tot psychosociale problemen. Draagkracht krijgen we als er genoeg beschermende factoren zijn: krachten die problemen draaglijk maken, ze kunnen voorkomen of helpen ze te overwinnen. Een groot deel van de persoonlijke draagkracht ligt binnen de persoon zelf. Een optimistische instelling, intelligentie en humor kunnen helpen in het omgaan met moeilijke omstandigheden.

Bij hervestigde vluchtelingen spelen drie beschermende factoren een rol: veiligheid, zekerheid en tijd. Het hervonden gevoel van veiligheid in Nederland kan helpen om het beschadigde basisvertrouwen van vluchtelingen te herstellen. Daarnaast kan in combinatie met de hervonden veiligheid ook het gevoel van bestaanszekerheid weer groeien; het vertrouwen dat dingen op hun pootjes terecht zullen komen en je in staat zult zijn voor jezelf en je kinderen te zorgen.

Het basisvertrouwen op veiligheid en zekerheid komt niet van de een op de andere dag. De belangrijkste factor is tijd. Het spreekwoord 'time is a powerful healer' (tijd is een sterke heler), is van toepassing op hervestigde vluchtelingen. Uit onderzoeken in Australië en Canada blijkt dat hervestigde vluchtelingen zich vaak pas na verloop van tijd beter gaan voelen. In Canada nemen volgens prof. Morton Beiser de psychische klachten de eerste 10 tot 24 maanden eerst toe, om daarna af te nemen.¹ Het kost tijd om nare ervaringen te verwerken en om te wennen aan een nieuwe woonsituatie en een nieuwe manier van leven. Hoeveel tijd is afhankelijk van de aanwezige belastende factoren en iemands persoonlijkheid.

HET DESILLUSIEMODEL

Het 'desillusiemodel', geïntroduceerd door León en Rebeca Grinberg (1984), gaat uit van een fase-ring in het psychologische proces van aanpassing aan een nieuw land.² Inmiddels heeft onderzoek in Canada duidelijk gemaakt dat deze fasering alleen opgaat voor de eerste tien tot twaalf maanden na aankomst in het gastland. Volgens het model zijn er drie fasen te onderscheiden:

Fase 1. Euforie bij aankomst: de 'nieuwkomer' is opgelucht en hoopvol gestemd.

Fase 2. Desillusie: de nieuwkomer is gedesillusioneerd en zegt heimwee te hebben. Hij vraagt zich af waarom hij naar het gastland gekomen is. In deze fase zijn nieuwkomers volgens de eerdergenoemde prof. Beiser 'at high risk for developing psychiatric disorders'.

Fase 3. Aanpassing: de migrant raakt gewend, past zich aan en begint zich te gedragen zoals in de omgeving gangbaar is. De psychische klachten nemen af.

Naast deze specifieke factoren gerelateerd aan de vluchtgeschiedenis van de hervestigde vluchteling, zijn er beschermende factoren die gelden voor iedereen die in de Nederlandse samenleving moet integreren en participeren. Het betreft fysieke en sociale activering. Oftewel: actief zijn en meedoen.

Hervestigde vluchtelingen hebben veel aan sociale steun en contacten. Die bieden hen de mogelijkheid om weer een gevoel van verbondenheid te ervaren. Het helpt ze bij het opnieuw opbouwen van geloof, hoop en vertrouwen in zichzelf en in anderen. Sociale contacten kunnen de vluchteling helpen wegwijs te raken in de wirwar van voorzieningen in Nederland. Hij krijgt daarnaast een netwerk waar hij op kan terugvallen en daardoor de kans om te experimenteren met nieuw gedrag en sociale vaardigheden.

Door activering (iets doen) en participatie (samen iets doen) draagt de vluchteling positief bij aan zijn omgeving. Hierdoor voelt iemand zich weer nuttig en gewaardeerd en vermindert zijn gevoel van afhankelijkheid. Daarnaast is het van belang dat vluchtelingen fysiek in beweging komen. Zich fysiek inspinnen vraagt om uithoudings- en incasseringsvermogen maar levert ook een hoop op. Het stimuleert bijvoorbeeld het zelfvertrouwen, kan lichamelijke klachten doen verminderen en verbetert de stemming.

Samen sporten en creatief of op een andere manier actief bezig zijn bevorderen de aansluiting met de directe omgeving (denk aan fietstochten maken of leren schaatsen in de winter). Ook helpt het de vluchteling bij het leren van de Nederlandse taal en stimuleert mede daardoor het integratieproces. De meeste winst is te boeken als de vluchteling de regie over zijn activiteiten in eigen hand heeft, en daarmee de leiding houdt over zijn leven. Maar daarbij kan hij misschien wel ondersteuning en stimulans gebruiken.

In onderstaande tabel staan de beschermende factoren nog eens op een rij:

Beschermende factoren		
Algemeen	Individueel	Sociaal
Zekerheid en veiligheid	Karakter (humor, energiek, positieve instelling)	Sociale steun van landgenoten of familie
Perspectief, gevoel toekomst te hebben	Intelligentie	Fysiek actief met anderen (sport, bewegen)
Goede begeleiding en zorg	Goede gezondheid	Sociaal actief

Voor veel zieke mensen of mensen met een hoge draaglast is het vasthouden aan een positief zelfbeeld soms moeilijk. Ze beseffen dat zij een sociaal en/of psychisch probleem hebben. Twijfel, schuldgevoelens en schaamte maken dat een vluchteling huiverig kan zijn om activiteiten te gaan doen in het bijzijn van anderen. Een gesprek aangaan over zaken waar men tegenop ziet, over het belang van goede zelfzorg of over hoe de omgangsvormen zijn in Nederland kan de drempel enigszins verlagen. Uitgangspunt is dat heldere uitleg en betrouwbare informatie houvast kunnen geven. Het hebben van een luisterend oor creëert een vertrouwensbasis en meer wederzijds begrip. Het geven van informatie of psycho-educatie over waar iemand mee zit, kan hem opluchten en stimuleren. Daardoor wordt de motivatie groter om zich te houden aan eerder gemaakte afspraken.

Samenvattend

Onderstaande beschermende factoren hebben een invloed op het psychosociaal welbevinden van vluchtelingen. Begeleiders kunnen helpen deze factoren te versterken.

- 1 Informatie:** weten waar je aan toe bent; kunnen anticiperen op een andere sociale en culturele context; leren omgaan met klachten; meer bereidheid tot samenwerking.
- 2 Zekerheid, veiligheid, het voordeel van de tijd:** grote problemen zijn achter de rug; men heeft huis en haard, de kinderen zijn veilig; tijd heelt veel wonden, er is weer toekomst.
- 3 Sociale contacten: isolement tegengaan;** eigen identiteit vasthouden; gevoel van verbondenheid; mogelijkheid van experimenteren met nieuw gedrag.
- 4 Actief bezig zijn, participatie en perspectief bieden:** zorgt voor zingeving; verveling tegengaan; eigen mogelijkheden gebruiken, empowerment; veerkracht aanspreken.

Een goed functionerend zorgsysteem: er is goede zorg; de mogelijkheid om bij klachten en problemen een adequate behandeling te krijgen.

Bijlage 4 geeft verdiepende informatie over kwetsbaarheid en belastende en beschermende factoren. In bijlage 5 komen enkele initiatieven aan de orde gericht op participatie en gezondheidsbevordering. Achtergrondinformatie over vluchtelingenkinderen is te vinden in bijlage 3.

Literatuur

- 1 Beiser, M. (2009). Resettling Refugees and Safeguarding their Mental Health: Lessons learned from the Canadian Refugee Resettlement Project. *Transcultural Psychiatry* 46 (4), 539-583.
- 2 Grinberg, L. & Grinberg, R. (1984). A psychoanalytic study of migration: Its normal and pathological aspects. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (32), 13-38.

HOOFDSTUK 3

Stappen in de begeleiding

Uitgangspunt bij de psychosociale begeleiding van hervestigde vluchtelingen is het bevorderen van activering en participatie in de Nederlandse samenleving. Voor de vluchteling betekent dit stapje voor stapje bouwen aan vaardigheden om een plek in deze samenleving te verwerven. Activering en participatie dragen bij aan de sociale acceptatie van de vluchteling en het opbouwen van zijn netwerk, waardoor hij zich beter gaat voelen. Het leidt op zijn minst tot een beter ervaren gezondheid en brengt mensen in beweging (fysiek en psychologisch).

Voortbouwend op de vorige hoofdstukken komt het in de psychosociale begeleiding van deze groep aan op een aantal mogelijke stappen. Het gaat om stappen die op verschillende momenten te maken zijn, te beginnen voor en meteen na aankomst van de hervestigde vluchteling in de gemeente en uiteindelijk in situaties waar (complexe) problematiek duidelijk aanwezig is.

Hieronder komen in het kader van de begeleiding de volgende stappen aan de orde:

- 1 De sociale kaart
- 2 Het benoemen van kwetsbaarheid en beschermende/belastende factoren
- 3 Eerste contacten
- 4 Signaleren
- 5 Contacten met professionele hulpverleners
- 6 Overleg en verwijzen
- 7 Samenwerking
- 8 Voorkomen van overbelasting bij (vrijwillige) begeleiders

A. Voor aankomst in de gemeente

1. Sociale kaart

Een belangrijke stap die genomen kan worden voordat de vluchteling in de gemeente arriveert, is het maken van een sociale kaart van de lokale en regionale instellingen. Een sociale kaart is de aanduiding voor een verzameling van hulpverleningsinstanties. Het gaat om een lijst van de hulpverleningsmogelijkheden in een bepaalde regio. Die komen vaak in gemeentelijke almanakken of adreswijzers terecht. Een sociale kaart zoals hier bedoeld geeft een overzicht van de instellingen en organisaties op het gebied van bijvoorbeeld welzijn en gezondheidszorg. Een sociale kaart geeft ook aan voor wie die instellingen bedoeld zijn (de doelgroepen) en beschrijft hun werkwijze (activiteiten, doelstelling).

Als er een aantal hervestigde vluchtelingen in een gemeente komt wonen, is het nuttig om helder in beeld te hebben welke instanties en hulpverleners een rol kunnen spelen als er gezondheidsproblemen zijn. Vaak kennen de begeleiders deze instellingen al, omdat ze eerder gewerkt hebben met stathouders die zich vanuit de azc's in de gemeente hebben gevestigd. Er is dus vaak redelijk zicht op welke professionele zorg er lokaal beschikbaar is voor vluchtelingen. Ook is vaak bekend met welke instellingen en personen er goede en minder goede ervaringen zijn op dit gebied.

In de voorbereiding van de komst van vluchtelingen gaat meestal de begeleider van VluchtelingenWerk Nederland op zoek naar een huisarts voor hen. Het is zinvol de huisarts die zich bereid toont deze vluchtelingen in zijn praktijk op te nemen, algemene informatie te geven over de opvang van deze groep of het individu. VluchtelingenWerk Nederland heeft informatiefolders voor huisartsen en andere hulpverleners (en ook voor burens). Zoals eerder aangegeven hebben huisartsen behoefte aan dit soort achtergrondinformatie. Verder is het praktisch als de huisarts weet wie de begeleider is, zodat hij gemakkelijk contact met hem kan leggen op het moment dat medische problemen spelen bij een net aangekomen vluchteling.

In sommige gemeenten of regio's is er een overleg tussen hulpverleningsinstellingen over mensen in moeilijke situaties. Daar kunnen dan ook vluchtelingen besproken worden. Bij een dergelijk overleg zitten meestal personen en instanties die deel uitmaken van de lokale sociale kaart.

Het is nuttig om bij de gemeentelijke instanties en voorzieningen de contactpersonen voor (hervestigde) vluchtelingen in de sociale kaart op te nemen. Het vooraf informeren over de komst van een hervestigde vluchteling kan nuttig zijn. Bij sommige vluchtelingen kan het nodig zijn structurele professionele verzorging en begeleiding te regelen door een beroep te doen op de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning). Ook kunnen voor hervestigde vluchtelingen gezondheidsbevorderende activiteiten bekostigd worden vanuit de Wpb (Wet participatiebudget). Voor meer informatie zie bijlage 5.

In bijlage 6 staat een voorbeeld van een sociale kaart die gebruikt kan worden. Deze omvat de meest relevante hulpverlenende instanties en kan aangevuld worden met informatie over de lokale situatie.

2. Het benoemen van kwetsbaarheid en beschermende/belastende factoren

Een tweede stap is het vooraf bepalen van de mate van kwetsbaarheid van de vluchteling. Het is vaak mogelijk om al voor aankomst een analyse te maken van de beschermende en belastende factoren die op de persoon van toepassing kunnen zijn. Dit helpt om vroegtijdig met een scherpe blik naar dit individu te kijken. Zo'n analyse kan een goede basis zijn waarop de begeleider en de vluchteling na aankomst kunnen voortbouwen.

Voordat een hervestigde vluchteling in de gemeente arriveert, is er al basisinformatie beschikbaar over personalia en zaken als achtergrond en eventuele scholing. Deze gegevens komen van UNHCR, dat de vluchteling heeft voorgedragen aan Nederland, en van het COA, dat betrokken is bij de selectie van de vluchtelingen en het traject van de Culturele Oriëntatie-trainingen verzorgt. Van deze training wordt een individueel verslag gemaakt. Dit verslag wordt meestal aan de gemeente ter beschikking gesteld en komt zo ook bij VluchtelingenWerk Nederland terecht.

Van hervestigde vluchtelingen die zonder hun familie naar Nederland komen (meestal als emergency case) is niet altijd even veel informatie beschikbaar. Ze worden heel snel (binnen zes weken) naar Nederland begeleid en hebben geen Culturele Oriëntatie gehad – of zeer summier. Een dergelijke vluchteling heeft soms zelfs geen contact gehad met het COA. Vaak wordt zijn medisch dossier pas achteraf verstuurd. Dit maakt de kans op verrassingen, zowel in positieve als negatieve zin, groter dan bij groepsgewijze aankomsten waarbij alle vluchtelingen contact gehad hebben met de Nederlandse selectiecommissie.

Een invullijst van beschermende en belastende factoren en informatie over het gebruik hiervan is te vinden in bijlage 7.

B. Na aankomst in de gemeente

3. Eerste contacten

De begeleiding van hervestigde vluchtelingen vindt plaats binnen de kaders die VluchtelingenWerk Nederland voor haar medewerkers hanteert. Begeleiders worden getraind in deze werkwijze en krijgen daarin werkbegeleiding en coaching. Planmatig werken staat daarbij hoog in het vaandel. Hierbij wordt het zogenaamde CODA-model gehanteerd, bestaand uit vier fasen van begeleiding: (1) Contact leggen, (2) Onderzoeken, (3) Doelen stellen en (4) Activiteiten uitvoeren. Dit CODA-model komt aan de orde in de basistrainingen voor begeleiders van VluchtelingenWerk Nederland. Dit model benadrukt het belang van een goede kennismaking, waarin ruimte is voor het stellen van vragen en het geven van informatie, zowel door de begeleider als de vluchteling.

Voor vluchtelingen die vanuit het buitenland vrijwel direct naar een gemeente komen, is deze overgang heel snel en heel groot. In de praktijk duurt de periode van kennismaking een aantal weken. Het loont om op korte termijn, maar wel stap voor stap, samen met de vluchteling een uitgebreide kennismakingsronde te houden. Begeleider en vluchteling gaan op bezoek bij de burens en andere vluchtelingen, bij instanties zoals gemeente en bank, en praten met docenten, met de huisarts enzovoort. De begeleider kan daarbij het schriftelijke informatiemateriaal (folders van VluchtelingenWerk Nederland) over hervestigde vluchtelingen voor zorgverleners en burens uitdelen. In deze periode vormt de begeleider zich een beeld van de vluchteling en andersom leert de vluchteling belangrijke personen uit de sociale kaart kennen. Die eerste contacten geven de begeleider al een indruk over mogelijke psychosociale problemen. Dit past goed binnen de onderzoeksfase van het CODA-model.

Het is belangrijk vluchtelingen voor te lichten over hoe de gezondheidszorg in Nederland werkt. Deze voorlichting gebeurt meestal individueel maar als er een groep hervestigde vluchtelingen in een gemeente of regio is komen wonen, zou een groepsgewijze voorlichting gegeven kunnen worden. Voor hulp hierbij kan misschien een beroep gedaan worden op de GGD.

Een goede uitleg sluit zo veel mogelijk aan bij de ideeën van de vluchteling. Daarbij moet dan wel rekening gehouden worden met de lage

gezondheidsvaardigheden van veel vluchtelingen.¹ Vluchtelingen hebben op de drie volgende terreinen mogelijk een fikse achterstand:

- Het lezen en begrijpen van geschreven teksten. Door het feit dat ze nog nauwelijks Nederlands lezen en spreken hebben vluchtelingen weinig aan schriftelijke informatie. Maar ook mondelinge (vertaalde) informatie blijkt vaak slecht te worden begrepen. Dit geldt bijvoorbeeld voor instructies bij de inname van medicijnen.
- In Nederland weten we vaak wat ons eigen aandeel is in het ontstaan van ziekte (ongezonde voeding, stress, gebrek aan beweging enzovoort). Vluchtelingen zijn minder gericht op een gezonde leefstijl en minder in staat tot goed voor zichzelf opkomen in geval van ziekte. Veel vluchtelingen zijn kortom niet gewend aan of bekend met het begrip preventie.
- Vooral psychische problemen krijgen vaak een ander label: men is gek, of er is sprake van hekserij of boze geesten. De oorzaak van ziekte ligt dan buiten de persoon zelf – evenals de oplossing (ritueel, zoenoffer enzovoort).

4. Signaleren

Begeleiders hebben een belangrijke rol in het signaleren van psychosociale problematiek bij hervestigde vluchtelingen. Signaleren houdt in het opvangen van uitingen en gebeurtenissen die de situatie van iemand negatief kunnen beïnvloeden en daaraan betekenis toekennen. Gezien de risico's op het hebben of ontwikkelen van psychosociale problemen bij hervestigde vluchtelingen, zoals in het vorige hoofdstuk is geschetst, is het in een vroeg stadium signaleren van zulke problemen van belang in de begeleiding van deze vluchtelingen.

Signaleren is – direct dan wel indirect – gericht op verbetering van een situatie. Meestal is het doel van signaleren te waarschuwen voor onraad, dreiging of bijzondere omstandigheden of gebeurtenissen. Het is goed om expliciet aandacht te besteden aan een 'niet-pluisgevoel': het gevoel dat er iets aan de hand is bij een vluchteling zonder daar expliciete aanwijzingen voor te hebben. Dit 'voorstadium' is soms aanleiding voor gericht signaleren.

Gericht signaleren is signaleren op een stapsgewijze manier. Het omvat dan de volgende stappen: waarnemen, in kaart brengen, analyseren, besluiten over actie, actie ondernemen en evalueren.² Door deze stappen in de signalering bewust uit te voeren in de begeleiding van vluchtelingen krijgt de begeleider een beter beeld van hun individuele kwetsbaarheid en de beschermende en belastende factoren die van invloed zijn. De mate van individuele kwetsbaarheid kan alleen worden vastgesteld door middel van een individuele beoordeling. Het in contact komen, met iemand praten en vragen stellen zijn daarbij een vereiste. Professionele hulpverleners hebben daarvoor een opleiding gehad en maken soms gebruik van vragenlijsten. Voor niet-medisch of niet-psychologisch geschoolde begeleiders is zo'n beoordeling moeilijker. Met behulp van de Protect vragenlijst kan de begeleider mogelijke psychische problemen bij vluchtelingen in een vroeg stadium opsporen.

EEN HULPMIDDEL: DE PROTECT VRAGENLIJST

De Protect vragenlijst is ontwikkeld voor de vroege opsporing van mogelijke psychische problemen bij asielzoekers. Deze vragenlijst is gemaakt om een indruk te krijgen van de individuele psychische kwetsbaarheid en problematiek. De vragenlijst is bedoeld voor niet-medische professionals en is ook bruikbaar in de begeleiding van hervestigde vluchtelingen. Door de vragenlijst te gebruiken krijgt de begeleider snel een eerste indruk van mogelijke psychische problemen die verder onderzocht of behandeld moeten worden.

De Protect vragenlijst is kort en toch compleet, en tegelijkertijd eenvoudig in gebruik. De lijst bevat tien vragen naar psychische klachten, die met ja of nee moeten worden beantwoord. De vragen dekken de meest voorkomende problematiek bij vluchtelingen, zoals klachten die passen bij angst en depressie, in combinatie met lichamelijke klachten die daarbij vaak worden gezien. De formulering van de vragen is helder, eenduidig en eenvoudig.

Aan het einde van de vragenlijst is ruimte ingelast om observaties te plaatsen (bijvoorbeeld: heeft een gespannen lichaamshouding, wordt snel boos, vertoont lichamelijke onrust, huilt veel, droomt ineens weg, vertoont geen enkele emotie). Deze opmerkingen geven informatie over het non-verbale gedrag van de vluchteling en dienen als aanvullende informatie op de vragenlijst.

De interpretatie van de resultaten is eenvoudig: er zijn geen items die tegengesteld zijn aan andere items, elk positief antwoord krijgt een punt en de punten worden eenvoudigweg opgeteld. Een hogere score betekent een groter risico op psychische kwetsbaarheid (van 0-3: laag; van 4-7: medium; van 8-10: hoog).

De vragenlijst is samen met een handleiding, antwoorden op veel gestelde vragen en praktische tips te vinden in bijlage 8.

Wanneer signaleren?

Er zijn verschillende momenten in de begeleiding van hervestigde vluchtelingen dat signalering kan gebeuren.

- In de eerste weken.
Er kan ervoor gekozen worden om in de eerste weken na aankomst bij iedere hervestigde vluchteling na te gaan of er al dan niet signalen zijn die duiden op psychische kwetsbaarheid. Dit contact krijgt dan het karakter van een soort intake (het informeren naar relevante persoonlijke gegevens en zaken). Zeker wanneer er weinig bekend is over een individuele vluchteling of als duidelijk is dat er bij een hele groep sprake is van psychosociale kwetsbaarheid, is het zinvol om gestructureerd informatie bij hen te verzamelen, ook over hun psychosociale toestand.
- Snel na aankomst bij duidelijke kwetsbaarheid.
Als meteen al duidelijk is dat een gezin in psychosociale zin als kwetsbaar bestempeld kan worden, kan een vroege signalering zinvol zijn om zo gericht mogelijk te begeleiden en zo vroeg mogelijk hulpverlening of bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning aan te bieden. De Protect vragenlijst is daarbij een nuttig meetinstrument. De huisarts, die als het goed is relevante medische informatie over het gezin heeft, kan hier ook een rol spelen. Het is verstandig de huisarts vooraf in te lichten over het gebruik van de Protect vragenlijst. Hij is dan op de hoogte van de vragen in die lijst en weet dat bij een zorgelijke uitkomst vluchtelingen bij hem zullen belanden voor verdere zorg.
- Gericht na een aanleiding.
Wanneer er geen directe aanwijzingen voor psychosociale problemen zijn, kan de begeleider er ook voor kiezen om niets te doen totdat er een aanleiding is. In de beginperiode, maar ook na verloop van tijd, kunnen signalen opduiken van mogelijke psychosociale problemen. Een uitputtende lijst is niet te geven; er zijn veel gebeurtenissen, incidenten en gedragingen waarachter psychische problematiek schuil kan gaan. Te denken valt aan zaken als: zich isoleren, doorwaakte nachten (door nachtmerries of het omdraaien van het dag-nachtritme), veel pijn- en lichamelijke klachten, vermoeidheid, lusteloosheid, problemen in het gezin of met de kinderen, schoolverzuim enzovoort.

De keuze voor de inzet van een signalering (bij alle nieuw aangekomen vluchtelingen, bij een kwetsbare vluchteling, of alleen bij een individuele vluchteling of een gezin op basis van een aanleiding) zal per opvangsituatie verschillen en afhangen van praktisch zaken en het gekozen beleid. Zaken als het aantal beschikbare begeleiders, de ervaring van de begeleiders, de grootte van de groep hervestigde vluchtelingen en de al of niet beschikbare informatie over hun gezondheid zal van invloed zijn op deze keuze. En vanzelfsprekend zal er in geval van duidelijk acute en ernstige medische problemen meteen handelend moeten worden opgetreden.

De derde optie – signalering op basis van een aanleiding – is een meer afwachtende benadering. Een aanleiding, die heel divers kan zijn (lichamelijk, psychisch of sociaal), kan dan reden zijn om bijvoorbeeld de Protect vragenlijst in te zetten om problemen te signaleren. Bij de tweede optie, als er al aanwijzingen zijn voor kwetsbaarheid (bijvoorbeeld uit het verslag van de Culturele Oriëntatie-training) zal eerder aan gerichte signalering gedaan worden. Ook hier is de Protect vragenlijst nuttig. Het in kaart brengen van psychische klachten helpt om gericht te verwijzen naar en hulp te vragen van professionals in de zorg.

Wat te doen met de uitkomst?

De uitkomst van de Protect vragenlijst geeft een aanwijzing voor de mogelijke ernst van psychische kwetsbaarheid. Als de vluchteling uitkomt op een 'medium' of 'hoge' score, is het belangrijk om hierover met hem te spreken. Niet met de bedoeling om zelf hulp te gaan verlenen, maar vooral om hem voor te bereiden op verwijzing naar de gezondheidszorg. En om te horen hoe de vluchteling zelf tegen zijn eigen situatie en klachten aankijkt. Vragen die aan de orde kunnen komen zijn onder andere:

- Wat zijn je eigen ideeën over de oorzaak van deze klachten?
- Wat voor hulp zou je vragen in je land van herkomst?
- Bij wie zou je dan hulp vragen hiervoor?
- Wat denk je dat goed voor je werkt om deze klachten te overwinnen?

Het helpt als de begeleider uitlegt dat andere vluchtelingen die in een moeilijke situatie zitten deze klachten ook hebben. Dat bijvoorbeeld bij veel mensen slechte herinneringen uit het verleden naar boven komen die niet zomaar weggaan. Belangrijk is dan om aan te kaarten wat de vluchteling zelf aan dit soort klachten kan doen. Soms hebben nuttige en praktische tips al effect. Vaak is actief worden de sleutel: bijvoorbeeld door te klussen of anderen te helpen verzet men zijn gedachten. Bewegen is zoals bekend zeer effectief wanneer iemand zich somber voelt; activiteiten als fietsen, wandelen of fitness zorgen er vaak voor dat men zich energiever voelt. Bij anderen helpt muziek maken, naaien, of samen eten koken. Het is ook verstandig om met de vluchteling te praten over het belang en de mogelijkheden van professionele hulpverlening en uitleg te geven hoe dit werkt in Nederland.

VOORLICHTINGSBROCHURES VOOR VLUCHTELINGEN IN VERSCHILLENDE TALEN

Over psychische problemen zijn drie voorlichtingsfolders beschikbaar, oorspronkelijk bedoeld voor asielzoekers, maar zeker ook bruikbaar voor hervestigde vluchtelingen. De thema's van deze folders zijn de volgende.

1. Als u last heeft van concentratieproblemen, nachtmerries, angst of somberheid.
2. Langdurige stressklachten en wat u eraan kunt doen.
3. Waar kunt u hulp vinden voor uw psychische klachten?

De folders zijn beschikbaar in het Engels, Frans, Arabisch, Farsi, Sorani en Somalisch en te downloaden vanaf de Pharos-website (www.pharos.nl > Asielzoekers en vluchtelingen > Publicaties, rapporten, presentaties).

Professionele hulpverlening begint meestal bij de huisarts, die als poortwachter een centrale rol heeft bij de inschatting van de ernst van de signalen. Ook heeft de huisarts overzicht over mogelijkheden tot hulpverlening, ofwel in de eigen praktijk ofwel bij specialistische hulpverleners (geestelijke gezondheidszorg).

Het komt regelmatig voor dat een vluchteling niet wil praten over dit soort zaken en niet verwezen wil worden. Het tonen van begrip hiervoor en uitleg geven zijn belangrijk. Deze uitleg gaat dan over onderwerpen als hoe hulpverlening in zijn werk gaat, de zin van praten over moeilijke onderwerpen en hoe dit kan opluchten. Er in een later gesprek nog een keer op terugkomen helpt dan om iemand te bewegen toch stappen richting hulpverlening te doen. Soms kan een herhaling van het afnemen van de Protect vragenlijst ook helpen om te kijken of er verandering is opgetreden, of het in de loop van de tijd iets beter is gegaan of juist helemaal niet.

Van een lage score kan zeker geruststelling uitgaan. Het is echter geen absolute garantie dat er niets speelt op psychisch gebied. Soms is in de periode na aankomst in Nederland niet meteen duidelijk of iemand psychische klachten heeft. Het is bekend uit de literatuur dat hervestigde vluchtelingen in de eerste fase na aankomst weinig ruimte hebben om veel na te denken over psychische zaken. Er speelt vaak ook schaamte en angst voor negatieve beeldvorming, waardoor een vluchteling niets zal zeggen over zijn psychische klachten. Pas wanneer iemand voldoende vertrouwen heeft in zijn begeleider, en daarvoor is tijd nodig, zal hij erover praten.

Wat vinden vluchtelingen hiervan?

Gezien de neiging van veel hervestigde vluchtelingen om zich te richten op een nieuwe start en het niet (durven) herkennen van psychische zaken, zal een gerichte signalering op basis van een concrete aanleiding meestal de voorkeur hebben. Als dit te vroeg gebeurt, is er nog onvoldoende vertrouwen opgebouwd en is de kans groot dat de begeleider geen betrouwbare antwoorden krijgt op zijn vragen. Het gaat om gevoelige informatie! Ook bestaat het risico dat de vluchteling vindt dat we hem te veel benaderen als zieke of als slachtoffer. Dat moet voorkomen worden, aangezien de meesten van hen beide nadrukkelijk niet willen zijn.

Het is goed om te benadrukken dat het geen schande is om hulp te vragen bij problemen. Dat er goed opgeleide mensen zijn die de vluchteling hierbij kunnen helpen, zowel door te praten, door concrete adviezen te geven of door medicijnen voor te schrijven. En dat de huisarts degene is die bekijkt welk soort hulpverlener het meest geschikt is om de persoon te helpen bij dit soort problemen.

5. Contacten met professionele hulpverleners

Net als iedereen in Nederland heeft de hervestigde vluchteling een huisarts nodig. De huisarts is de spil van de zorg en fungeert als poortwachter tot de zorg. Gezien de gezondheidsproblemen van veel vluchtelingen is het nodig dat zij snel na aankomst in Nederland contact hebben met hun nieuwe huisarts. Een kennismaking met de huisarts is ook zinvol omdat vluchtelingen vaak onbekend zijn met de functie van huisarts. Uitleg over hoe de gezondheidszorg in Nederland werkt en hoe een afspraak gemaakt kan worden is dan ook belangrijk. Datzelfde geldt voor de zorgverzekering, aangezien dit onbekend terrein zal zijn voor hen. Tijdens een kennismakingsbezoek kan de huisarts bij de vluchteling informeren naar diens achtergrond en gezondheid, en kan hij informatie verstrekken over de gang van zaken in zijn praktijk. De huisarts zal ook uitleggen dat hij werkt in een team waarin de doktersassistente en (praktijk)verpleegkundigen ook taken uitvoeren. En dat het kan gebeuren dat iemand bij een van die collega's terecht komt. Ook voor de begeleider is het overigens goed contacten te leggen met deze medewerkers van de huisartspraktijk.

Naast de huisarts zijn enkele hulpverleners zonder verwijzing in te schakelen:

- De tandarts is belangrijk omdat hervestigde vluchtelingen vaak veel achterstallig onderhoud hebben aan hun gebit. Tandheelkundige hulp kan veel kosten met zich meebrengen. Aangezien niet alles vergoed wordt, is het verstandig eerst prijsopgaven te vragen en deze aan de gemeente voor te leggen.
- Het Maatschappelijk Werk kan benaderd worden voor een breed scala van psychosociale problemen, zoals geldproblemen, relatieproblemen, eenzaamheid en opvoedingsproblemen.
- Voor begeleiding en verzorging thuis kan een beroep gedaan worden op de thuiszorg. In de meeste gemeenten zijn er meerdere instellingen voor thuiszorg aanwezig. Vaak bestaat er daarnaast ook gespecialiseerde thuiszorg of wijkverpleging voor mensen met psychische problemen of met complexe opvoedingsvraagstukken, maar dit is vaak alleen via verwijzing beschikbaar.
- Als het gaat om kinderen met psychosociale en opvoedingsproblemen kan een beroep gedaan worden op de Jeugdzorg en het Centrum voor Jeugd en Gezin. Die instellingen hebben een aanbod voor zowel kinderen (individueel en in groepen) als voor hun ouders (opvoedingsondersteuning).
- Kinderen krijgen automatisch contact met de jeugdgezondheidszorg, die een preventieve zorgtaak heeft voor kinderen van 0-18 jaar. De thuiszorg verzorgt meestal het consultatiebureau voor baby's en peuters (door consultatiebureauverpleegkundige en consultatiebureauarts). Hier krijgen alle kinderen in Nederland ook hun eerste vaccinaties. De GGD levert preventieve zorg op basisscholen en in het voortgezet onderwijs (via de schoolverpleegkundige en schoolarts). Deze kunnen indien nodig extra zorg aan kinderen besteden, vaak in samenwerking met andere hulpverleners.

Specialistische hulp kan alleen via een verwijzing van de huisarts. Voor de vluchteling zijn hierbij vooral van belang het ziekenhuis, in de buurt of bij complexe problemen verder weg, en de geestelijke gezondheidszorg (ggz), voor psychische en psychiatrische hulp.

Zeker hervestigde vluchtelingen die vanwege medische problemen naar Nederland komen zijn vaak aangewezen op medisch specialistische hulp. Als deze meteen na aankomst opgestart moet worden, betekent dit meestal een forse belasting voor de begeleider. Een vluchteling kent de wegen niet en dus is bezoek aan de specialist vaak alleen mogelijk door extra inzet van een begeleider (afspraken maken, vervoer regelen en vergezellen).

Gezien het feit dat hervestigde vluchtelingen meer dan gemiddeld te kampen hebben met psychische problemen zal gespecialiseerde hulp van de ggz soms nodig zijn. De onbekendheid van de vluchteling met deze vorm van hulp, maar ook de onbekendheid van de ggz met deze bijzondere groep, maakt dat deze hulp niet altijd even goed aansluit bij de hulpvragen en beleving van de vluchteling. Dit betekent dat een begeleider in dat geval uitleg zal moeten geven over de geestelijke gezondheidszorg. Ook kunnen hulpverleners in de ggz een begeleider om uitleg en bemiddeling vragen.

Bovenstaande taken zijn soms lastig, want het betreft zaken waar een begeleider maar beperkte invloed op heeft. De ideeën van een vluchteling over psychische problematiek zijn niet altijd te veranderen. Het komt dan erg aan op communicatieve vaardigheden, om de uitleg te laten aansluiten op het taalgebruik, de verwachtingen en de belevingswereld van de vluchteling. Sommige vormen van hulpverlening zijn moeilijk toegankelijk voor deze doelgroep. Ook is er vaak een kloof tussen het hulpaanbod aan de ene kant en de ideeën en opvattingen van de vluchteling over hulpverlening aan de andere kant. Dit geldt vooral voor de ggz. Verbetering van de situatie vraagt om vereende inspanningen, waarbij VluchtelingenWerk Nederland samen met de huisarts en de gemeente kan proberen dit probleem aan te kaarten bij de lokale ggz-instelling.

C. In geval van (complexe) problematiek

6. Overleg en verwijzen

Het is niet altijd eenvoudig om goed in te schatten wanneer een probleem of situatie zo ernstig is dat professionele hulp nodig is. De situatie kan verergeren of klachten kunnen toenemen wanneer een hervestigde vluchteling de veranderingen in zijn leven niet begrijpt of zich niet kan aanpassen aan de nieuwe omstandigheden. Het kan ook voorkomen dat iemand na een eerste periode, waarin alles goed lijkt te gaan, toch psychosociale problemen krijgt (zie hoofdstuk 2).

Het maken van een inschatting is vooral een kwestie van het 'wegen' van de situatie. Reacties van vluchtelingen – veranderingen in hun gedrag – kunnen zorgelijk genoemd worden wanneer ze intens zijn, vaak voorkomen en langer dan een maand duren. Dan gaat meestal ook de omgeving anders reageren op het ongewone gedrag. Als er een vermoeden bestaat van psychische problemen moet professionele hulp ingeschakeld worden, te beginnen met de huisarts. Dit kan natuurlijk alleen als de vluchteling hiermee akkoord gaat.

Om goed te kunnen overleggen met de huisarts en andere hulpverleners is het nodig om een goed beeld te hebben van de klachten die een vluchteling heeft. Daarvoor is ook de besproken Protect vragenlijst zeer geschikt. Want hiermee wordt gericht gevraagd naar klachten die kunnen wijzen op psychische problematiek. Kennis hierover helpt in het overleg met of de verwijzing naar professionele hulpverleners. Het samenbrengen van deze bevindingen met eigen observaties en signalen van derden helpt om de situatie beter te kunnen beoordelen, ook voor de hulpverlener.

Een overzicht van beschikbare instanties en hulpverleners aan de hand van de eerder genoemde sociale kaart (zie bijlage 6) is erg handig om te kijken wie benaderd kan worden.

De huisarts vertegenwoordigt samen met een aantal anderen (waaronder maatschappelijk werk, jeugdzorg, fysiotherapie, wijkverpleegkundige, psychologen en tandartsen) de 'eerste lijn'. De huisarts kan meestal goed beoordelen welke zorg nodig is in een bepaalde situatie, hij weet of het probleem in de eerstelijnsgezondheidszorg opgepakt kan worden of dat er toch meer specialistische zorg nodig is in een ziekenhuis of in de ggz.

Een toenemend probleem in de professionele zorg voor anderstaligen is dat de kosten voor tolkgebruik in de gezondheidszorg niet meer worden vergoed door de overheid. Dit kan leiden tot gesteggel wie er voor een tolk moet zorgen (en wie die moet betalen). Als er in het kader van de opvang van hervestigde vluchtelingen een tolk beschikbaar is voor die mensen – die zich in de beginperiode natuurlijk niet in het Nederlands kunnen redden – kan het praktisch zijn deze tolk ook in te schakelen bij bezoeken aan de gezondheidszorg. Het even 'lenen' van een dergelijke tolk om bij de huisarts of een specialist te tolken is dan effectiever dan dat er geen tolk wordt gebruikt.

Voor een begeleider kan een overleg vooraf met de hulpverlener naar wie wordt verwezen zinvol zijn. Niet alleen om de verwijzing van de vluchteling voor te bespreken en aan te kondigen, maar ook om uitleg te geven over de achtergrond van de persoon. Bovendien biedt dit gesprek gelegenheid om adviezen te vragen over hoe je hier als niet-medisch professionele begeleider mee om moet gaan. Door overleg creëer je een vorm van gezamenlijkheid ten aanzien van een problematische situatie, wat alle partijen ten goede komt.

7. Samenwerking

Een doorverwijzing betekent overigens niet dat een begeleider het probleem of de vluchteling geheel uit handen geeft. Er zal vaak contact blijven met de vluchteling, de begeleiding gaat door, maar de hulpverlening zal door professionals opgepakt worden. Geregeld overleg blijft nodig. Binnen een netwerk van hulpverleners rondom een persoon kan de begeleider van VluchtelingenWerk Nederland een belangrijke rol blijven spelen, maar dan in overleg met de professionele hulpverleners. De begeleider kan zich daardoor een beeld vormen van de vordering of stagnatie van het hulpverleningsproces. Zijn rol richt zich dan op de begeleiding en ondersteuning bij praktische zaken, aanspreekpunt zijn bij vragen, volgen van de voortgang en belangenbehartiging daar waar nodig.

In de samenwerking met professionele hulpverleners is het zeker bij complexe situaties nodig dat er voldoende overleg en afstemming plaatsvindt tussen de betrokken hulpverleners. Dit houdt in dat het zinvol is bij elkaar te komen. In een zogenaamd zorgoverleg of casuïstiekbespreking kan worden besproken wat er nodig is aan zorg in een complexe situatie, wie wat doet in de hulpverlening, welke initiatieven bij de vluchteling zelf liggen, hoe de betrokkenen elkaar op de hoogte houden en wat te doen en wie in te schakelen bij crisissituaties.

Het zal voorkomen dat de begeleider het nodig vindt dat zo'n bespreking met hulpverleners plaatsvindt en zelf het initiatief neemt. Dit betreft vooral situaties waarin hulpverleners niet in beeld zijn of zich terugtrekken en de begeleider alleen dreigt te komen staan en de laatste strohalm voor een vluchteling wordt. Dit geeft meestal snel overbelasting en is dus een ongewenste situatie. Daarom is het zaak anderen (weer) bij de vluchteling te betrekken. Voorbeelden van situaties waarin dit isolement kan optreden zijn: als er ernstige zorgen of problemen zijn en het niet duidelijk is hoe die aangepakt kunnen worden; als van alles geprobeerd is aan hulpverlening, maar die telkens niet aanslaat; als de vluchteling prikkelbaar en snel boos is waardoor hulpverleners bang voor hem worden en afhaken; of als er sprake is van problematisch alcohol- en drugsgebruik. Een andere situatie is wanneer het gaat om een vluchteling die zelf hulp weigert. In Nederland is de persoonlijke autonomie belangrijk, en het wordt vaak gerespecteerd als iemand zorg weigert. Men noemt zo iemand een 'zorgmijder'. Doordat andere hulpverleners dan niet bij een dergelijke zorgmijder in beeld zijn, betekent dit meestal dat de begeleider van VluchtelingenWerk Nederland de enige is die contact met hem heeft. Zeker als de situatie problematisch en ernstig is, geeft dit een forse belasting voor een begeleider. In dergelijke gevallen is het zinvol om te overleggen met de huisarts. Die kent vaak de wegen en mogelijkheden in zo'n lastig situatie. Vooral in grotere steden hebben zowel de GGD als de ggz een afdeling die zich met zorgmijders bezighouden. Zij zijn gespecialiseerd in deze groep en kunnen in overleg met een huisarts en de begeleider vaak toch iets bereiken in het aanbieden van zorg. Sinds kort worden in het kader van het project Zichtbare Schakel ook wijkverpleegkundigen ingezet die zorgmijders benaderen.

Juist in een complexe of lastige situatie is samenwerking onontbeerlijk. Het bijeen brengen van professionele hulpverleners kan helpen om

de neuzen dezelfde kant op te krijgen en een aanpak af te spreken waarin ieders bijdrage duidelijk is. Ook kan zo'n zorgoverleg of casuïstiekbespreking een nieuwe impuls geven aan de hulp van alle betrokkenen. Daarbij is het nodig dat een begeleider goed duidelijk maakt dat er grenzen zijn aan het werk van niet-medisch geschoold vrijwilliger.

8. Voorkomen van overbelasting bij de (vrijwillige) begeleider

Het begeleiden van hervestigde vluchtelingen betekent automatisch een confrontatie met de redenen waarom zij zijn gevlucht. De verhalen van onderdrukking, oorlog en geweld dienen zich op enig moment aan in de begeleiding. Soms expliciet, als een vluchteling op basis van de opgebouwde vertrouwensrelatie zijn vluchtverhaal aan de begeleider verteld. Soms impliciet, wanneer langzaam pas duidelijk worden wat iemand heeft meegemaakt, wat de oorzaken kunnen zijn van iemands psychosociale problematiek. Deze persoonlijke geschiedenissen en de daarbij horende emoties kunnen heftig en emotioneel zijn en roepen meestal reacties op bij de begeleider. Dit geldt zeker als de begeleiding ingewikkeld is of wordt en er gevoelens van machteloosheid spelen. De impact van dit soort verhalen en emoties kan inhouden dat een begeleider overmatig wordt geraakt. Dit draagt bij aan een gevoel van emotionele belasting. Als het dan (weer) niet goed gaat met een hervestigde vluchteling, kan deze belasting de begeleider te veel worden en ontwikkelt die zich tot overbelasting.

Het werken met overlevenden van oorlog en politiek geweld kan begeleiders kwetsbaar maken. Het is een risicofactor voor het ontstaan van sterke emotionele tegenreacties (irritaties bijvoorbeeld) en overbelasting. Ook de andere sociaal-culturele achtergrond van de vluchteling, in de vorm van communicatieproblemen, andere ideeën over gezondheid, (psychische) ziekte en hulp kan de begeleiding zwaar maken. De persoonlijke eigenschappen van een begeleider spelen hierbij een grote rol. Het is bekend dat intensief invoelend contact, een betrokken reactiestijl, jong zijn, en een gebrek aan kennis en vaardigheden, alle risicofactoren zijn voor sterke tegenreacties en overbelasting. Uit onderzoek blijkt verder dat vrouwen meer kans maken om emotioneel overbetrokken en overbelast te raken.

Het is goed om zich te realiseren dat er een aantal manieren zijn waarop een begeleider zijn taken uitvoert. De rol die een begeleider voor zichzelf ziet kan verschillen van die van een ander. Hierna wordt een aantal rollen geschetst die een begeleider al dan niet bewust kan spelen:³

- *De redder*
De 'redder' is gevoelig voor het lijden van de vluchteling en wil hem helpen, door bijvoorbeeld te praten over wat de vluchteling heeft meegemaakt en te zoeken naar oplossingen. Deze begeleider laat zich leiden door medelijden en sterke betrokkenheid en wil bescherming bieden. Er kunnen 'vaderlijke' of 'moederlijke' gevoelens ontstaan. De redder neigt ertoe uit compassie lagere eisen te stellen aan de vluchteling. In extreme gevallen leidt de begeleiding tot een vorm van 'adoptie'.
- *De behandelaar*
De 'behandelaar' kan slecht tegen het lijden van de vluchteling en ziet voor zichzelf de rol weggelegd om de vluchteling te behandelen. Dit leidt tot een situatie waarin de begeleider te ver gaat, niet meer in overleg is met professionele hulpverleners en dingen doet die niet passen bij zijn taak als vrijwillige begeleider.
- *De verwijzer*
De 'verwijzer' kan de situatie of het gedrag van de vluchteling niet meer aan, en dringt aan op verwijzing naar anderen. Hij wil de moeilijke situatie van zich wegduwen en die bij anderen plaatsen.

De hierboven geschetste rollen zijn uitingen van verschillende reactiestijlen. Iemands reactiestijl zorgt ervoor dat de emoties, het ongemak en de stress worden geneutraliseerd en dat hij zich kortstondig beter voelt. Maar we weten ook dat als een begeleider een extreme reactiestijl heeft, dit belemmerend werkt op de mogelijkheden voor begeleiding. En uiteindelijk helpt dit noch de begeleider noch de vluchteling vooruit.

Er zijn grofweg twee typen reactiestijlen:⁴

1 Distantiëren en afstand nemen (type I)

Dit type houdt in: ontkennen, minimaliseren en bagatelliseren van problemen, het vermijden van echt contact, met een indruk van onverschilligheid en gereserveerdheid als gevolg. Vaak is er sprake van dat de begeleider zich terugtrekt. Uiteindelijk gaat deze houding over in *blaming the victim*: de vluchteling van alles de schuld geven.

2 (Over)betrokkenheid en nabijheid (type II)

Bij dit type is sprake van zich erg verantwoordelijk voelen, overnemen van zaken van de vluchteling, verstrikt raken in de complexiteit, zich afhankelijk voelen voor het welzijn van de vluchteling, reddersneigingen, een sterke dadendrang, gevoelens van schuld en schaamte, persoonlijk lijden onder de morele dilemma's. De invloed van traumatische ervaringen op het gedrag wordt te veel benadrukt. Uiteindelijk voelt de begeleider zich zelf slachtoffer, wordt ziek en haakt vaak af.

Het herkennen van de beide uitersten in deze reactiestijlen maakt het mogelijk voor begeleiders om een middenpositie in te nemen. Dat houdt in dat de ene keer enige distantie de boventoon voert en de andere keer betrokkenheid getoond wordt. In zo'n wisselende middenpositie tussen distantie en betrokkenheid komt de rol van de begeleider het beste tot zijn recht.

Kennis over deze beide uitersten is ook belangrijk om een extreme reactiestijl op tijd te herkennen bij zichzelf of bij anderen. Vaak zijn elementen van de hierboven geschetste reactiestijlen een signaal dat een begeleider te veel naar één kant neigt. Het kan dan aan de ene kant gaan om een toename van irritatie, het vermijden van lastige taken, meer afwezigheid, weinig overleg, en aan de andere kant om een toename van medelijden, veel sterke eigen emoties, het gevoel niet begrepen te worden en een eisende opstelling. Het is goed als dit soort signalen onderwerp van gesprek is tussen begeleiders van vluchtelingen onderling. Dit leidt tot inzicht in het eigen functioneren in de begeleiding. Een begeleider die op zijn extreme reactiestijl wordt aangesproken kan dan op tijd bijsturen, wat het contact met de vluchteling ten goede komt. In algemene zin kan een aantal zaken genoemd worden die helpen om heftige emoties en extreme reactiestijlen bij begeleiders te voorkomen. Van groot belang is:

- het vinden van een goede balans tussen privé-zaken en begeleidingstaken;
- praten over en onderlinge uitwisseling en ondersteuning bij lastige situaties;
- werkbegeleiding en teamintervisie met oog voor de persoonlijke aspecten van dit werk;
- scholing en training om een begeleider meer vaardigheden bij te brengen, waardoor hij minder snel een extreme reactiestijl zal ontwikkelen.

HOOFDSTUK 4

Casuïstiek bij een aantal veelvoorkomende thema's

In dit hoofdstuk komen een viertal praktijksituaties uit de begeleiding van hervestigde vluchtelingen uitgebreid aan de orde. Hierbij wordt voortgebouwd op de theorie, ervaring en achtergronden geschetst in de vorige hoofdstukken.

De casuïstiek (praktijkvoorbeelden) zal beschreven worden aan de hand van een vast format. De verschillende situaties worden belicht vanuit het gezichtspunt van de begeleider, met oog voor de beleving van de hervestigde vluchteling. Bij de casus staan een aantal trefwoorden die op de betreffende situatie van toepassing zijn.

Samenvattend

- 1 Een **sociale kaart** is goed bruikbaar voor het overzicht van de beschikbare hulpverlening en instanties.
- 2 Het vooraf benoemen van **beschermende en belastende factoren** helpt om een indruk te krijgen van de mogelijke kwetsbaarheid van een hervestigde vluchteling.
- 3 Een goede kennismaking legt in de **eerste contacten** de basis voor de begeleiding van hervestigde vluchtelingen.
- 4 **Signaleren** met behulp van de Protect vragenlijst helpt om in een vroeg stadium psychische klachten op het spoor te komen.
- 5 Voor de begeleiding van hervestigde vluchtelingen zijn **contacten met professionele hulpverleners** van groot belang.
- 6 Als er aanwijzingen zijn voor (complexe) problematiek is het goed om hierover te **overleggen** en zo nodig te **verwijzen**.
- 7 In sommige situaties is **samenwerking** met (meerdere) professionals een noodzaak.
- 8 Voor begeleiders is het nodig dat zij **overbelasting proberen te voorkomen**. Daarbij is het belangrijk inzicht te hebben in hoe dit werkt.

Literatuur

- 1 Nusselder, A. (2012). Health literacy en laaggeletterdheid. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* (3), 66-70.
- 2 Scholte, M. & Splunteren, P. van (1996). *Opgelet! Systematisch signaleren in maatschappelijk werk*. Utrecht: NIZW.
- 3 Hernaert, M. & Verslyppe, C. (red.) (2005). *Goede praktijkvoorbeelden uit de hulpverlening aan vluchtelingen*. Praktijkboek. Gent: FDGG.
- 4 Haans, T. & Tienhoven, H. van (2000). *Het labirint van Ares: werkbelasting door hulpverlening aan geweldsoverlevenden*. Utrecht: Pharos.

CASUS 1 'IK BEN ALLEEN MET TWEE KINDEREN...'

TREFWOORDEN:

Alleenstaande jonge moeder; opvoedingsproblemen; psychische problemen; gemis familie; samenwerken in de zorg

A. Personalia

Thana, een vrouw van 22 jaar, komt vanuit een land in Azië samen met haar dochter van 5 jaar en haar zoontje van bijna 1 jaar als hervestigde vluchteling naar Nederland.

B. Informatie vooraf

Als begeleider weet je dat Thana met haar kinderen via UNHCR als zogenaamde emergency case naar Nederland komt. Zij was gevlucht uit haar land en kwam niet in een vluchtelingenkamp terecht, maar belandde in de hoofdstad van het buurland. Daar zwierf zij als alleenstaande jonge moeder met haar kinderen op straat en werd voortdurend lastig gevallen. Omdat het voor haar te onveilig was, is zij via UNHCR in een opvanghuis voor vrouwen geplaatst. Daar is ook haar zoon geboren. Vanwege het feit dat zij zich als alleenstaande moeder in een bedreigende situatie bevond, is zij door UNHCR voorgedragen aan Nederland voor hervestiging. Omdat zij als emergency case is aangemerkt en ze vanwege de dreiging snel vertrekt, heeft zij geen Culturele Oriëntatie-training gevolgd.

Bekend is dat zij in haar land een paar jaar naar school is geweest, maar daarna niet meer vanwege de gevechten en problemen daar. Zij spreekt een beetje Engels, dat zij voornamelijk heeft geleerd al zwerfend op straat en later in het opvanghuis.

Meer informatie is vooraf niet beschikbaar, zoals vaak wel het geval is bij vluchtelingen die na een selectieprocedure hervestigd worden. Dit maakt het voor jou als begeleider lastiger om vooraf een beeld te vormen over de persoon die je straks zult gaan begeleiden.

C. Beschermende en belastende factoren

Als begeleider sta je voor haar komst stil bij de factoren die een beschermend en/of belastend effect op Thana en haar kinderen kunnen hebben. Je bedenkt de volgende dingen:

- Als alleenstaande jonge vrouw heeft zij mogelijk blootgestaan aan belastende ervaringen, maar vanwege de beperkte informatie die je hebt is dit niet bekend.
- Over haar familie is ook niets bekend. Weet zij of haar familieleden ook zijn gevlucht en zo ja, waar ze zijn? Onzekerheid over het lot van familieleden kan iemand enorm belasten.
- Het feit dat zij twee kinderen heeft kan beschermend uitpakken, omdat het structuur en zingeving geeft. Maar het kan ook belastend zijn, omdat de opvoedtaken van een jonge alleenstaande moeder zwaar zijn, zeker in een vreemde en nieuwe omgeving. Je realiseert je wel dat in Azië vrouwen veel jonger kinderen krijgen dan in Nederland.
- De wijze waarop de kinderen zijn verwekt roept vragen op, want gezien haar levensomstandigheden behoort seksueel geweld tot de mogelijkheden.
- Daarbij komt het gemis van familieleden die een ondersteunende rol zouden kunnen spelen bij de opvoeding. In haar land worden kinderen vaak opgevoed binnen de grootfamilie.
- Het feit dat zij een beetje Engels spreekt kan helpen in het contact tijdens de eerste periode.
- Andere beschermende en belastende factoren kun je op dit moment niet benoemen vanwege de beperkte informatie. Dit is jou als begeleider vaker overkomen.

Door op deze manier al vooraf te kijken naar een casus op papier krijg je een eerste beeld over een vluchteling. Het overzicht kan je helpen om na aankomst van Thana beter te letten op de verschillende factoren. Je hebt jezelf hiermee al voorbereid op je taak als begeleider. Het

gaat hierbij niet om het plaatsen van mensen in hokjes, maar vooral om een korte analyse vooraf van iemands draagkracht en draaglast. En natuurlijk zijn er factoren die pas duidelijk worden als Thana eenmaal in Nederland is.

D. Verloop eerste periode

Je ziet dat Thana aanvankelijk blij is met haar eigen huis en het nieuwe land. Ze praat beter Engels dan verwacht, waardoor het contact redelijk makkelijk verloopt. Wel is het lastig om opvang voor haar zoontje te regelen, want er zijn geen plekken beschikbaar. Hierdoor kan Thana de taallessen in het begin maar beperkt volgen en zit ze hele dagen met haar zoontje thuis. Haar dochter gaat wel gewoon naar de basisschool. Je regelt een bevriende vrouw die twee keer per week bij Thana thuis een begin maakt met het leren van de Nederlandse taal.

Thana lijkt goed voor haar kinderen te zorgen en is lief voor hen. Wel huilt haar zoontje regelmatig in de nacht. Je hoorde dit van haar burens. Tijdens de regelmatige contacten wordt het je duidelijk dat Thana zwanger is geworden na ongewenste seksuele contacten in de chaos van de vlucht en de zwerftochten daarna. Het is niet duidelijk of er sprake is geweest van gewelddadige verkrachtingen, daar is Thana vaag over. Ook blijkt dat zij niets weet over het lot van haar familie (moeder, twee zussen en een broer). Die is Thana uit het oog verloren in de chaos van de vlucht. Ze vertelt te piekeren over haar familieleden. Ook droomt ze vaak over hen. Je ziet dat dit haar verdrietig maakt.

E. Signalering

Je vraagt je af of het zinvol is om gericht te signaleren op basis van wat je nu weet over Thana en hiervoor de Protect vragenlijst te gebruiken. Je overlegt dit met je werkbegeleider. Het lijkt jullie een goed idee om te proberen de vragenlijst met Thana door te nemen. Dit vanwege de belastende factoren en omdat er tekenen zijn dat zij stressklachten ervaart. Maar je maakt je zorgen of Thana dit wel wil. Je legt haar uit dat je tien vragen met haar wil doornemen over haar psychische gezondheid. Thana begrijpt het begrip psychisch niet. Je legt haar uit dat het gaat om de gezondheid van haar hoofd, omdat ze veel heeft meegemaakt en daar veel over piekert, net als over haar familie, die ze erg mist. Thana begrijpt het nu wel en stemt in met het bespreken van de vragen. Je bent opgelucht dat dit is gelukt.

Je ziet wel op tegen het stellen van de vragen op de lijst. Het zijn immers persoonlijke vragen over emotioneel beladen zaken. Toch valt het mee, het lukt om in een kwartier de vragen door te nemen. Gaandeweg vertelt Thana meer en meer, ondanks dat haar Engels nu wel wat tekortschiet. Het lijkt bijna alsof ze opgelucht is haar hart te kunnen luchten over hoe ze zich voelt. Ze bedankt je na afloop en zegt dat ze blij is dat je die vragen hebt gesteld, want ze voelt zich vaak niet zo goed.

Je schrikt wel van haar antwoorden op de tien vragen. Veel vragen blijkt ze met 'ja' te hebben beantwoord. Zo heeft Thana problemen met slapen en heeft ze nare dromen over slechte ervaringen die ze heeft meegemaakt. Ze piekert daar vaak over, en ook over het lot van haar familie. Dan krijgt ze hoofdpijn. Ze merkt dat ze prikkelbaar is en snel boos wordt op haar kinderen. Ze vertelt dat ze weinig zin heeft in allerlei dingen en het liefst thuis blijft. Ook de taallessen gaan moeizaam, ze kan haar gedachten er niet bijhouden en vergeet veel van wat ze zou moeten onthouden. Terwijl je met haar hierover spreekt, moet ze een paar keer huilen.

Als je de antwoorden bekijkt op de Protect vragenlijst komt je tot een score van 8 van de 10. Dit is een hoge score. Je realiseert je dat Thana veel klachten heeft die kunnen wijzen op psychische problemen en dat verder medisch en psychologisch onderzoek nodig is.

Je zegt tegen haar dat het verstandig is om te kijken wie haar kan helpen om zich beter en sterker te voelen en haar hoofd iets rustiger te maken, zodat ze beter kan slapen. Thana antwoordt dat ze niet opnieuw met anderen hierover wil praten, want dat vindt ze te moeilijk en het doet haar te veel verdriet. Je wilt haar niet onder druk zetten en haar de tijd te geven. Daarom vraag je haar na te denken over wat zij nodig denkt te hebben om zich beter te voelen.

Voor jou is het nu wel duidelijk dat Thana psychische problemen heeft door alles wat ze meegemaakt en verloren heeft. En je maakt je zorgen dat dit in de nabije toekomst kan zorgen voor meer problemen.

F. Beloop

Een paar weken later hoor je van Thana dat ze via landgenoten heeft vernomen dat haar moeder, een broer en een zus nog in leven zijn. Ze zijn opgedoken in een vluchtelingenkamp in het land van waaruit Thana zelf naar Nederland is gekomen. Dit nieuws heeft gevolgen voor haar gedrag. Zij kan met niets anders meer bezig zijn dan met het lot van deze familieleden. Iedere keer als je haar spreekt gaat het over hen. Ze

eist dat ze ook naar Nederland komen. Je weet uit ervaring hoe lastig en bureaucratisch ingewikkeld dit is. Het lukt je niet om dit aan Thana uit te leggen. Zij wordt dan verdrietig, opstandig en boos. Zij zegt dat zonder haar familie haar leven geen zin heeft.

Daarna krijg je steeds meer signalen dat het niet goed gaat met Thana. Zij verschijnt steeds onregelmatiger op de taalles. Als je haar bezoekt, treft je haar steeds vaker aan op bed liggend. Ook lijkt ze zich minder om haar kinderen te bekommeren. Zij zegt bozig dat ze voortdurend over haar familie piekert en dat ze niet kan slapen. Ze wil bij haar familie zijn, en als zij niet hierheen kunnen komen, wil zij terug naar Azië, zegt ze. De burens klagen meer over nachtelijke onrust en kindergehuil. Als dit op een nacht heel erg wordt, belt de buurvrouw de politie. De politie gaat kijken en treft een radeloze Thana aan, en haar twee kinderen die om haar heen hangen. Haar zontje heeft een grote bult op zijn hoofd. Thana vertelt dat dit komt door een val uit zijn bed. Zij lijkt erg te schrikken van de agenten die 's nachts voor haar deur staan. De politie weet de situatie te kalmeren.

De volgende dag meldt de politie dit voorval bij de gemeente, die het weer doorgeeft aan VluchtelingenWerk Nederland en aan het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling (AMK). Je realiseert je dat nu het moment aangebroken is dat er extra zorg komt voor Thana en haar kinderen. Maar hoe moet je dit aanpakken?

G. Verder onderzoek

Je gaat met Thana in gesprek. Zij is erg geschrokken van de politieagenten die 's nachts ineens voor haar deur stonden en vragen stelden over haar kinderen en de bult op het hoofd van haar zontje. Angstig vraagt zij of de politie haar kind van haar komt afpakken. Ze heeft gehoord van landgenoten dat dit in Nederland kan gebeuren. Je zegt haar dat dit alleen maar gebeurt als iemand niet goed voor een kind zorgt, en dat je niet denkt dat dit bij Thana een rol speelt. Je probeert te achterhalen wat er die nacht is gebeurd. Open en onbevangen vertelt zij dat ze zich die avond verdrietig voelde en niet kon slapen. Haar zontje was de hele dag al zeurderig geweest. 's Avonds raakte haar geduld op. Ze heeft hem toen een duw gegeven in zijn kinderbedje, waardoor hij hard met zijn hoofd tegen de zijwand van het bed aankwam, hard moest huilen en een bult kreeg.

De volgende dag belt een medewerkster van het AMK naar VluchtelingenWerk Nederland over de melding van de politie over Thana. Zij moet naar aanleiding van deze melding een onderzoek doen en wil een huisbezoek doen bij Thana. Zij vraagt jou als begeleider om nadere informatie. Je vertelt iets algemeen over hervestigde vluchtelingen, maar zegt dat je vanwege de privacy weinig kan vertellen over Thana. Uiteindelijk vraagt de medewerkster of je bij het gesprek aanwezig wilt zijn. Je spreekt af dat je dit met Thana gaat bespreken.

Als je dit enkele dagen later doet, kost het veel tijd en uitleg om de angst en het wantrouwen van Thana weg te nemen. Ook wordt zij boos: *'Mijn familie mag al niet hier komen en nu willen ze ook nog mijn kinderen afpakken.'* Het lukt je om haar gerust te stellen door te zeggen dat je ziet dat zij goed voor haar kinderen zorgt. En dat je haar wilt helpen om dit uit te leggen aan de vrouw van het AMK. Daar wil zij wel mee instemmen.

Een week later vindt het huisbezoek van het AMK plaats. Er is een tolk bij aanwezig. Het gesprek loopt goed, Thana kan haar verhaal doen. Zij vertelt over haar zware leven en hoe ze haar familie mist. Ook nu weer praat ze open over het voorval dat tot de bult leidde bij haar zontje. De medewerkster van het AMK is begripvol. Zij spreekt uit dat ze ziet dat Thana het niet makkelijk heeft. Zij vraagt wat Thana ervan zou vinden als een vrouw haar komt helpen met de zorg voor het kind. Zij denkt aan opvoedondersteuning aan huis. Thana stemt toe. Ook spreekt de medewerkster uit dat het goed zou zijn als Thana met de huisarts spreekt over dat zij niet goed slaapt. Je vertelt haar dat je daar al met Thana over hebt gesproken, maar dat ze aarzelt. De medewerkster zegt dat ze over een tijdje weer langskomt om te kijken hoe het met Thana en haar kinderen gaat.

Als de AMK-medewerkster en de tolk zijn vertrokken, reageert Thana opgelucht. Zij snapt niet precies wat voor hulp er nu komt, maar verzet zich niet. Je bent blij dat er op deze manier toch een eerste stap wordt gezet naar professionele bemoeienis. Je drukt enigszins door dat Thana over een paar dagen naar de huisarts gaat. Thana wil dat jij meegaat. Je vindt dit eigenlijk wel prettig want je weet niet of Thana haar hulpvraag goed kan presenteren. Bovendien heeft zij nog weinig kennis van wat een huisarts voor haar kan betekenen. Ook kun je dan samen met Thana de uitkomst van de Protect vragenlijst onder de aandacht brengen van de dokter.

H. Overleg en verwijzen

Enkele dagen later neemt de huisarts de tijd voor Thana. Hij schrikt even van de uitkomsten van de signalering, maar is blij dat hij deze infor-

matie heeft. Hij vraagt Thana hoeveel uur zij per nacht slaapt. Dit blijkt gemiddeld toch maar 4-5 uur te zijn. Dit vindt de huisarts onvoldoende. Hij stelt voor dat zij slaapmedicatie krijgt die zij drie keer per week kan gebruiken zodat ze dan beter kan slapen. Hij vraagt Thana om hem over een paar weken te komen vertellen of de pillen helpen.

Een week later vertelt Thana je dat de pillen niet helpen, dat ze er meer nare dromen van krijgt met beelden van haar familie en slechte, agressieve mannen. Ze zegt boos en wanhopig dat haar leven geen zin heeft zonder haar familie. Ze laat zich dreigend uit dat ze zo niet verder kan leven. Je schrikt en weet niet goed raad hiermee. Manipuleert Thana nu, hoe serieus is dit? Je zegt dat als het echt zo erg is dat je dan weer met haar naar de huisarts wil gaan. Gelukkig lukt het snel om een afspraak te maken. De huisarts weet even niet goed raad met de situatie. Hij vraagt Thana of ze zelfmoordplannen heeft. Zij antwoordt daarop dat ze zonder haar familie niet verder wil leven. De huisarts vraagt jou wat de mogelijkheden zijn voor haar familie om naar Nederland te komen. Je legt uit dat dit lastig is. De huisarts laat merken dat hij van mening is dat dit toch te regelen moet zijn. Het doet Thana zichtbaar goed dat de huisarts ook een beetje boos is. Na wat heen en weer gepraat zeg je toe met de IND te gaan overleggen en de moeilijke situatie van Thana uit te leggen. Je doet je best niet te veel hoop te geven. Verder zegt de huisarts dat hij toch wil dat Thana met een psycholoog gaat praten. Hij maakt haar duidelijk dat dit iemand is die gespecialiseerd is in problemen die mensen te veel laten denken en slecht laten slapen. Hij zal dit proberen met spoed te regelen.

Tien dagen later vindt er een spoedintake plaats bij de ggz. Het valt Thana zwaar haar verhaal alweer te moeten vertellen. Na afloop van het gesprek wordt een nieuwe afspraak gemaakt, waarbij Thana zal horen wat de behandelaars voor haar kunnen doen. Ondertussen is de vrouw die vanuit de thuiszorg opvoedingsondersteuning geeft, begonnen bij Thana thuis langs te komen.

Enkele dagen later belt de buurvrouw van Thana jou op omdat zij zich erge zorgen maakt over de toestand bij Thana thuis. De buurvrouw vertelt dat Thana de halve nacht buiten op straat heen en weer heeft gelopen. Dit is voor jou het signaal dat Thana verder afglijdt. In overleg met je werkbegeleider probeer je de betrokken hulpverleners op korte termijn bij elkaar te krijgen om over Thana's problemen te spreken en de zorg af te stemmen. Nadat je de huisarts hebt geïnformeerd, bel en mail je mede namens hem naar de betrokken hulpverleners. Het lukt een afspraak te maken over een paar weken. Ondertussen heeft de huisarts contact met de ggz gezocht voor een advies over betere medicatie. Hij krijgt het advies om – al is het maar tijdelijk – Thana een sterk rustgevend middel te geven voor de nacht. Dit medicijn slaat wel aan en hiermee worden haar nachten rustiger.

Op de casuïstiekbespreking drie weken later zijn naast jezelf en je werkbegeleider aanwezig: de huisarts en vertegenwoordigers van de ggz, thuiszorg en het AMK. Daar worden afspraken gemaakt over een intensievere aanpak, waarin naast medicatie en gesprekken ook begeleiding afgesproken wordt bij concrete activiteiten (boodschappen doen, samen met haar zontje buiten wandelen, een kerkdienst bijwonen enzovoort). Dit plan van aanpak lijkt aan te slaan. Thana slaapt beter, went aan de verschillende personen die haar proberen te helpen. Na verloop van tijd gaat ze ook weer naar school.

Als er twee maanden later een vervolgbespreking is, vraag je de aanwezigen om medische informatie en hun bevindingen over Thana op papier te zetten. Je wilt die informatie dan naar de IND sturen, samen met een aanvraag voor de overkomst van haar familie. Je hebt namelijk enige hoop gekregen dat dit misschien toch kan lukken.

I. Leerpunten begeleiding

- 1 Het is goed om de mogelijke kwetsbaarheid van een vluchteling al vroeg in kaart te brengen.
- 2 Gerichte signalering van psychische klachten is soms nodig omdat hervestigde vluchtelingen hier zelf niet mee komen. Het afnemen van de Protect vragenlijst helpt om hierover in gesprek te komen, en het is bruikbaar bij het inschakelen van hulpverlening.
- 3 Uitleg over hoe dingen in Nederland werken en over psychosociale aspecten is een belangrijke taak voor de begeleider. Daarbij is aansluiting bij het taal- en begripniveau van de vluchteling cruciaal. Herhalingen zijn geen overbodige luxe maar eerder nodig bij traumatisering.
- 4 Begeleiding van hervestigde vluchtelingen brengt met zich mee, zeker in de beginperiode, dat de begeleider een intermediaire en bemiddelende rol heeft naar instanties en hulpverleners.
- 5 Er is een spanningsveld tussen gevoelens van onveiligheid – die eigen zijn aan de start van het verblijf in Nederland en het niet gewend zijn of niet willen praten over wat men eerder heeft meegemaakt – en het vertrouwen dat nodig is om open en eerlijk met elkaar te praten. Door vertrouwen op te bouwen kan de spanning afnemen.
- 6 Een goede relatie met de huisarts is belangrijk in de begeleiding van vluchtelingen.
- 7 Het is soms nodig om, als een situatie complex wordt, (reeds betrokken) hulpverleners bijeen te roepen. Het initiatief om een casuïstiekbespreking te hebben kan van de begeleider komen maar het is raadzaam om het in overleg met de huisarts te doen.

CASUS 2 'WAAROM KAN IK GEEN NIEUWE VOET KRIJGEN?'

TREFWOORDEN:

Handicap; ernstige ziekte; hoge medische verwachtingen; gemis familie; samenwerken in de zorg

A. Personalia

Lula, een vrouw van 29 jaar, haar man Oualo, 31 jaar oud, en hun dochter van 6, zoon van 4 en dochter van 1 jaar komen vanuit een Afrikaans land als hervestigde vluchtelingen naar Nederland.

B. Informatie vooraf

Als begeleider beschik je over informatie van UNHCR en van de Nederlandse selectiecommissie. Lula komt als *medical case* naar Nederland, zij loopt slecht omdat zij een geboortefwijking heeft aan haar voet. Zij heeft een misvormde voet, waar zij met moeite een zelfgemaakte slipper aan kan doen. Ze loopt met een waggelende gang. Lula kreeg in het vluchtelingenkamp een eenvoudige aangepaste schoen, maar omdat die zo zwaar was droeg ze die weinig. Ze hoopt in Nederland behandeld te worden en weer normaal te kunnen lopen.

Haar man Oualo heeft een hartafwijking, die geconstateerd is in het vluchtelingenkamp. Hierdoor is hij zijn leven lang moe en niet in staat tot inspanning. Ook is hij kleiner dan anderen in zijn familie gebleven. Hij zou een gaatje in zijn hart hebben dat via een operatie in principe goed behandelbaar is. Het is de bedoeling dat hij na aankomst in Nederland snel geopereerd wordt, zo blijkt uit de beschikbare informatie. Ook hij komt als *medical case* naar Nederland.

Lula en Oualo wonen al acht jaar in het vluchtelingenkamp. Zij hebben elkaar daar ook leren kennen en hebben daar hun kinderen gekregen. De moeder en zus van Lula zijn achtergebleven in het kamp, zij mochten niet meekomen naar Nederland. Het lot van de ouders van Oualo is onbekend. Lula en Oualo spreken hun eigen taal, waarvoor in Nederland weinig tolken zijn. Oualo spreekt daarnaast een beetje Engels, dat hij heeft geleerd door privélessen in het kamp. Tot slot zijn ze gelovig (katholiek).

C. Beschermende en belastende factoren

Als begeleider sta je voor hun komst stil bij de factoren die een beschermend en/of belastend effect op Lula, Oualo en hun kinderen kunnen hebben. Je bedenkt de volgende dingen:

- Haar handicap lijkt belastend voor Lula, zowel door de beperking die deze oplevert, maar mogelijk ook door het stigma dat zij hierdoor ervaart.
- Hetzelfde geldt voor Oualo met zijn hartafwijking en de beperkingen die deze oplevert. Doordat zijn medisch probleem niet van buiten zichtbaar is, zal het stigma bij hem geen rol spelen.
- Het feit dat zij samen drie kinderen hebben kan beschermend uitpakken, omdat het gezinsleven structuur en zingeving geeft. Maar het kan hen ook belasten, want het is niet makkelijk om de ouderlijke taken ten aanzien van de kinderen goed op te pakken in een nog vreemd land.
- Voor hun medische problemen is de zorg in Nederland beter dan waar zij vandaan komen. Dit is een beschermende factor, want hier is winst te verwachten. Maar er is altijd het risico van te hoge verwachtingen. Dit geldt zeker voor Lula met haar aangeboren handicap. En dan kan het niet uitkomen van een niet-realistische verwachting een belastende factor worden.
- De onzekerheid over de familie van Oualo en het hebben moeten achterlaten van de moeder en zus van Lula zal zeker een punt van zorg zijn voor beiden.
- Beide ouders zijn nog relatief jong, kunnen nog de taal leren en iets doen in de samenleving. Hopelijk hebben zij daar nog de nodige veerkracht voor.
- Omdat zij christen zijn is het misschien mogelijk aansluiting te krijgen met een kerk. Een plek verwerven in een kerkelijke gemeenschap werkt vaak beschermend. Leden van de kerk zorgen vaak voor sociale steun en hand- en spandiensten.
- Problemen in de communicatie kunnen belastend zijn, zeker omdat er weinig tolken in hun taal beschikbaar zijn.

Door vooraf naar deze casus te kijken kun je je beter voorbereiden op het 'echte' werk, als het gezin er straks is. Het gaat niet om het plakken van labels, maar vooral om het vooraf methodisch kijken naar een gezin dat onder jouw hoede komt. Een korte analyse vooraf maken van de kwetsbaarheid van het gezin is daar een onderdeel van. Sommige dingen zullen echter pas duidelijk worden als het gezin in Nederland is.

D. Verloop eerste periode

Aanvankelijk is er een soort euforie over veel zaken. Het gezin is blij met de woning, alle nieuwe dingen worden bewonderd en de opwinding over alles is nog groot.

Het valt je meteen op dat Lula slecht loopt, op een soort verdikte teenslipper. Ze kan maar beperkte stukken lopen en beweegt dan langzaam. Vrij snel na aankomst regel je een afspraak bij de huisarts, die gelukkig medische documentatie over het gezin heeft ontvangen en dus voorbereid is. De huisarts verwijst beiden naar medisch specialisten. Lula wordt verwezen naar de orthopeed van het regionale ziekenhuis en Oualo naar de cardioloog van de universiteitskliniek. Je bent meteen druk met het regelen van het vervoer. Vers in Nederland weten Lula en Oualo niet hoe het openbaar vervoer werkt en hoe de gang van zaken in een ziekenhuis is. Een complicatie is dat er vaak geen tolk bij kan zijn omdat de enkele tolken die in hun taal beschikbaar zijn dan verhinderd zijn. En de artsen kunnen sinds 2012 geen gebruik meer maken van gratis tolkdiensten, waardoor zij of de patiënt ervoor moeten betalen. Hierdoor wordt er vaak met handen en voeten gesproken. Je hebt al het idee dat dit tot misverstanden zal leiden.

Oualo blijkt naast de hartafwijking ook nog een chronische leverontsteking te hebben. Dit moet eerst verder onderzocht worden voordat er sprake kan zijn van een operatie.

Het medische traject van Lula verloopt moeizaam. De orthopeed ziet dat het gaat om een onbehandelde klompvoet, een aangeboren afwijking die bij ingrijpen na de geboorte vaak goed behandeld kan worden. Maar in het geval van Lula is dit lastiger omdat zij al volwassen is en er nooit iets aan gedaan is. Zij wordt verwezen naar het revalidatiecentrum in de buurt, dat gespecialiseerd is in de behandeling van klompvoeten bij pasgeborenen. De specialist daar legt Lula uit met behulp van een tolk dat een genezing niet mogelijk is. De arts wil proberen of Lula met fysiotherapie en aangepast schoeisel beter kan lopen. Lula lijkt het niet te snappen. Ze blijft aandringen op een operatie en 'een nieuwe voet' om weer gewoon te kunnen lopen. De specialist vraagt aan jou om het thuis nog eens rustig uit te leggen. Maar ook bij Lula thuis lukt het je niet om haar duidelijk te maken dat iets wat al zo lang bestaat ook in Nederland niet meteen 'gerepareerd' kan worden. Ze wil geen aparte schoen en blijft maar vragen om een nieuwe voet.

Na een paar afspraken bij de fysiotherapeut en de orthopedisch schoenmaker wil Lula niet meer behandeld worden. Ze is prikkelbaar en het lijkt ook of zij steeds passiever wordt, en meer op bed gaat liggen.

Door de beperkingen van Lula moet Oualo veel doen voor de kinderen (halen en brengen naar school, boodschappen doen). Hij klaagt veel over moeheid. Ook hij dringt aan op een goede behandeling voor zijn vrouw. Zelf blijkt hij een chronische leverontsteking (hepatitis) te hebben, hiervoor krijgt hij een kuur met medicijnen.

Door alle medische problemen en bezoeken aan het ziekenhuis moeten Lula en Oualo regelmatig verzuimen bij de taalles. Je maakt je zorgen over de stagnerende situatie bij de ouders van dit gezin, waarbij vooral het gedrag van Lula lastig te begrijpen is.

E. Signalering

Omdat Lula steeds vaker op bed blijft liggen en zich minder lijkt te bekommeren om haar gezin, zit je met de handen in het haar. Je hebt het gevoel dat Lula depressief aan het worden is. Omdat je geen grip op haar toestand krijgt en niet weet wat te doen, overleg je met de werkbegeleider. Je vindt het een goede suggestie van hem om samen met een tolk met Lula te praten over psychische klachten aan de hand van de Protect vragenlijst. Je hoopt hiermee een ingang te krijgen bij haar.

Als je Lula hierover spreekt reageert ze in eerste instantie afwerend, want ze lijkt niet te snappen waar het over gaat. Pas als je zegt dat je wilt praten over hoe zij zich voelt, of ze slecht slaapt en veel moet huilen of niet, lijkt ze het op te pikken. Ze wil wel hierover praten.

Het doornemen van de vragen samen met een tolk heeft een bijzonder effect. Voor het eerst vertelt Lula over hoe zwaar haar leven is geweest, met haar handicap, hoe ze gepest is en hoe ze zich altijd waardeloos en nutteloos heeft gevoeld door de handicap. Uit de antwoorden op de vragen blijkt dat ze slecht slaapt, veel hoofdpijn heeft, snel boos is op haar man en kinderen, dat ze geen interesse meer heeft in veel dingen, dat ze vergeetachtig is en zich niet kan concentreren. Ook droomt ze soms dat ze moet wegrennen voor gevechten en dat dit dan niet lukt, waarna ze angstig wakker wordt. Terwijl ze dit vertelt is ze regelmatig verdrietig en huilt dan. Maar het lijkt ook dat Lula blij is dat ze hierover kan vertellen.

Pas nu wordt jou duidelijk hoe groot de invloed van de handicap op het leven van Lula is geweest. En hoe dit haar karakter heeft gevormd. Het

verklaart ook waarom zij zo hardnekkig blijft vasthouden aan de verwachting van totale genezing. Een niet-haalbare verwachting, waar zij zich niet mee lijkt te kunnen verenigen.

Ze vraagt aan het einde van het gesprek of je haar wilt helpen met haar voet. Je zegt dat je geen dokter bent, maar eens zal nadenken of er nog iets mogelijk is. Op jouw beurt vraag je aan Lula of zij wil proberen minder in bed te liggen en haar man meer te helpen met de zorg voor de kinderen. Ze zegt dat te zullen proberen.

F. Beloop

Na dit gesprek zie je dat Lula iets meer haar best probeert te doen in huis. Ze helpt haar man met koken. Maar ze wil niet met hem mee om de kinderen naar school te brengen. Ze zegt dat dit te ver is voor haar, terwijl het maar een paar straten is van hun huis. Op je vraag of ze liever niet buiten gezien wil worden met haar handicap, beaamt Lula dit. Ondertussen blijkt dat Lula slecht blijft slapen en dat ze Oualo ook 's nachts soms wakker houdt.

Jouw pogingen om haar toch weer naar het revalidatiecentrum te krijgen lukken niet. Ze blijft volharden dat de medewerkers daar haar niet kunnen helpen en dat er vast anderen zijn die dit wel zouden kunnen. Ze zegt zelfs dat andere mensen wel een nieuwe voet krijgen, maar zij niet omdat ze een vluchteling is en de taal niet goed spreekt. Je voelt dat een dergelijke uitspraak je irriteert, maar je houdt je in en zegt er niets van.

De behandeling van de leverontsteking van Oualo loopt ondertussen goed. Hij gaat nu zelf iedere week naar het ziekenhuis voor een injectie. Wel heeft hij last van bijwerkingen, waardoor hij nog meer moe is dan hij al was. Ook lijkt hij wat minder levenslustig en heb je het idee dat hij zich steeds meer terugtrekt van zijn vrouw.

G. Verder onderzoek

Je realiseert je dat Oualo cruciaal is in het draaiende houden van dit gezin en in de zorg voor de kinderen. Je bedenkt dat het misschien goed is om je nadrukkelijk wat meer op hem te richten in je begeleiding in plaats van voornamelijk op Lula. Een soort belonen van de harde werker die Oualo is, en wat meer negeren van het gedrag van Lula. Je beschouwt dit ook als een vorm van onderzoek om te kijken of er een reactie komt. Als de verschuiving in je aanpak een reactie geeft, betekent dit dat het evenwicht tussen Lula en Oualo nog te veranderen is.

Tot je verbazing heeft het meer aandacht geven aan Oualo meteen effect. Hij reageert toeschietelijk op vragen en vertelt meer uit zichzelf. Hij lijkt blij met wat meer aandacht. Lula daarentegen wordt ietwat bozig, alsof ze jaloers is dat haar man aandacht krijgt. Tegen Lula leg je uit dat je ook wilt praten met Oualo. Hij is erg belangrijk, want zonder hem zou het niet goed gaan met de kinderen. Dat beaamt Lula met enige moeite.

H. Overleg en verwijzen

Na ruggespraak met de werkbegeleider hebben jullie een paar stappen bedacht. Het doel is ook om jezelf iets meer te ontlasten, want je bent wel erg druk met de begeleiding van dit gezin. Het is vooral de bedoeling anderen erbij te betrekken, waaronder ook professionele hulpverleners. En aangezien Lula zelf geen stappen onderneemt om hulp te vragen, wil je het proces actiever gaan sturen.

Allereerst wil je proberen om Lula bij de huisarts te krijgen vanwege haar psychische klachten. Vooral het slechte slapen en de apathie vind je zorgelijk. Je realiseert je goed dat de Nederlandse vorm van hulpverlening voor psychische klachten bij Lula onbekend is. Gelukkig lukt het je om Lula te motiveren naar de huisarts te gaan. Wel vraagt ze of je mee wil gaan. Dit was ook je bedoeling want daarmee kun je wat sturing geven aan het contact. De huisarts is blij met de gegevens van de Protect vragenlijst. Met behulp van een telefonische tolk spreekt hij even met Lula over haar klachten. Hij probeert haar uit te leggen dat ze depressieve klachten heeft. Lula lijkt dit niet te snappen. Maar ze reageert wel positief als de arts voorstelt om een medicijn te geven waardoor ze beter kan slapen en meer energie krijgt. Verder zegt de huisarts te willen overleggen met de revalidatiearts om te kijken hoe de behandeling weer vlot is te trekken.

Een week later word je gebeld door de maatschappelijk werkster van het revalidatiecentrum. Het overleg tussen de huisarts en de revalidatiearts heeft ertoe geleid dat de maatschappelijk werkster gaat proberen contact te krijgen met Lula om te kijken of ze niet te motiveren is tot een behandeltraject. Ze zal op huisbezoek gaan. Ook zal ze contact proberen te leggen met de vereniging van klompvoetpatiënten. Er zullen vast vaker problemen zijn met acceptatie van deze handicap bij nieuwkomers in Nederland. Misschien kan een vorm van lotgenotencontact ook nog iets betekenen.

Een paar maanden later is de situatie voor Lula en Oualo duidelijk ten positieve gekeerd. De antidepressieve medicatie is goed aangeslagen. Lula slaapt beter, is vrolijker, doet meer met haar kinderen en gaat zelfs af en toe naar buiten met hen.

De maatschappelijk werkster van het revalidatiecentrum is het gelukt goed contact te krijgen met Lula. Dit komt mede doordat zij via de vereniging van klompvoetpatiënten contact heeft weten te krijgen met een Afrikaanse vrouw met een vergelijkbare afwijking als Lula. Deze vrouw was bereid met Lula te praten over de ziekte en de mogelijkheden van behandeling. Vooral is er veel gesproken over de schaamte die de handicap bij Lula oproept en hoe deze te overwinnen. Deze Afrikaanse vrouw komt nu iedere twee weken een middag bij Lula op bezoek en er is goed contact tussen beiden. Dankzij dit contact gaat Lula weer naar de fysiotherapeut en probeert zij te lopen op de aangepaste schoenen. De behandeling van de leverontsteking van Oualo is bijna afgerond. Hij hoopt daarna snel aan zijn hart te worden geopereerd.

I. Leerpunten begeleiding

- 1 Het voor de aankomst kijken naar belastende en beschermende factoren helpt bij de voorbereiding van de begeleidingstaak.
- 2 Bij een stagnerende begeleiding en het vermoeden van psychische klachten kan gerichte signalering aan de hand van de Protect vragenlijst zinnig zijn. Het is ook een hulpmiddel om over zaken te spreken die niet makkelijk spontaan aan bod komen. En het is nuttig bij het inschakelen van hulpverlening.
- 3 Begeleiding van hervestigde vluchtelingen kan zeker in de beginperiode aardig wat tijd kosten. Het is dan goed de eigen grenzen te bewaken en andere, professionele hulpverleners erbij te betrekken. Daarin kun je als begeleider een belangrijke sturende rol spelen.
- 4 Een goede relatie met de huisarts is belangrijk in de begeleiding van hervestigde vluchtelingen.
- 5 Bepaalde vormen van hulp, met name voor psychische klachten, zijn onbekend voor veel hervestigde vluchtelingen. Dan is het zoeken naar een voor de vluchteling acceptabele vorm. Gerichte medicatie via de huisarts kan een goede (eerste) stap zijn hierbij, zeker als een vluchteling niet makkelijk wil of kan praten.
- 6 Het is soms zaak creatief te zoeken naar wie de juiste persoon of instantie is die een stagnerende situatie bij een hervestigde vluchteling vlot kan trekken. Het betrekken hierbij van land- en lotgenoten kan soms erg effectief zijn.

CASUS 3 'IK HEB GEEN ZIN MEER IN HET LEVEN...'

TREFWOORDEN:

Psychische en lichamelijke klachten; dreigende crisis; samenwerken in begeleiding en zorg

A. Personalia

Selam is een man van 35 jaar die vanuit een land in het Midden-Oosten als hervestigde vluchteling naar Nederland komt.

B. Informatie vooraf

Via informatie van het COA en UNHCR weet je dat Selam als mensenrechtenactivist in zijn thuisland actief was. Hij kreeg daardoor problemen met de overheid. Hij werd bedreigd. Bekend is ook dat zijn vrouw en kinderen voor zijn ogen zijn vermoord. Hij duikt onder, weet te vluchten naar het buurland en meldt zich daar bij UNHCR. Omdat hij daar ook bedreigd werd, komt hij met spoed voor hervestiging naar Nederland. Hierdoor is er niet meer informatie beschikbaar.

C. Beschermende en belastende factoren

Als begeleider sta je voor zijn komst stil bij de factoren die een beschermend en/of belastend effect op Selam kunnen hebben. Je bedenkt de volgende dingen:

- Voorop staat natuurlijk het gegeven van de dood van zijn vrouw en kinderen, waar hij ook nog eens ooggetuige van is geweest. Dit traumatisch gegeven maakt je bezorgd over de psychische conditie waarin je hem zult aantreffen. Het is overduidelijk dat deze gebeurtenis zeer belastend is.
- Dit betekent ook dat hij als weduwnaar nu alleenstaand is, wat extra belastend is.
- Onduidelijk is of hij daarnaast fysiek geweld heeft ondergaan. Als dit het geval is, kan dit een extra belastende factor opleveren.
- Het feit dat hij mensenrechtenactivist was, betekent waarschijnlijk dat Selam qua intelligentie en opleiding mogelijkheden heeft. Dit kan een beschermend effect hebben.
- Het gebrek aan meer informatie maakt dat je geen idee hebt van andere belastende of beschermende factoren.

Het is je vooraf nu al duidelijk dat dit een ingewikkelde en zware begeleiding voor je kan worden. Maar hoe het echt zal zijn, wordt pas duidelijk als Selam in de gemeente is aangekomen.

D. Verloop eerste periode

Meteen na aankomst in de gemeente is duidelijk dat Selam een aangeslagen man is. Gelukkig praat hij behoorlijk Engels, dus lukt de communicatie redelijk. In je eerste contact met hem als begeleider maakt hij melding van lichamelijke pijnen en slaapproblemen. Hij praat daarbij monotoon en bijna mechanisch, zucht regelmatig nadrukkelijk en kijkt starend in de verte langs je heen. Hij vertelt je dat hij in de weken voor vertrek naar Nederland al kalmerende medicatie kreeg van een arts ter plekke.

Je regelt snel een contact met de huisarts, die je pas de week ervoor hebt benaderd. Prettige bijkomstigheid is dat deze huisarts meer vluchtelingen in de praktijk heeft, die tevreden zijn over zijn hulp.

Twee dagen na aankomst ga je met Selam mee naar de huisarts. Selam wil graag dat je bij het gesprek aanwezig bent. De huisarts twijfelt hierover gezien zijn beroepsgeheim. Zelf weet je ook niet of het verstandig is. Maar je doet het toch maar omdat Selam erop aandringt en de arts het daarom ook goed vindt. De huisarts neemt gelukkig de tijd, maar heeft zichtbaar moeite met de wanhoop die Selam uitstraalt. Je hoort dan dat hij ondanks slaappillen slecht slaapt en voortdurend last heeft van beelden over de dood van zijn vrouw en kinderen. Dat is drie maanden geleden gebeurd. Ook is hij in die tijd 10 kg afgevallen. Hij zegt tegen de arts dat hij geen zin meer heeft in het leven. Op de vraag van de arts

of hij veel denkt aan zelfdoding, beaamt Selam dit aarzelend en met schaamte. Hij vertelt dan dat kennissen hem vorige maand ervan hebben weerhouden van een brug te springen.

De huisarts zit met de situatie in zijn maag en twijfelt wat te doen. Hij kijkt daarbij naar jou als begeleider. Dit voelt niet gemakkelijk. Doordat je zegt dat dit toch een soort crisis is, bedenkt de huisarts dat hij de crisisdienst van de ggz gaat bellen. Daar dringt hij aan op een snel contact. De crisisdienst stelt een afspraak voor de volgende dag voor, mits het de huisarts lukt Selam te laten beloven niet de hand aan zichzelf te slaan. Dit wil Selam gelukkig wel beloven. Bovendien adviseert de hulpverlener van de crisisdienst de huisarts om voor vanavond sterkere medicatie voor te schrijven.

Je haalt samen met Selam de medicatie op bij de apotheek. Je probeert meteen uit te leggen hoe de huisarts en de apotheek werken in Nederland. Maar je merkt dat het niet aankomt; de informatie glijdt langs hem af.

Je merkt bij jezelf dat je als begeleider meteen in een heftige situatie bent beland. Je maakt je zorgen over Selam, je bent er niet gerust op dat hij vanavond uit zichzelf zijn medicijnen inneemt. Daarom overleg je met je werkbegeleider over wat te doen. Je weet dat je de begeleiding moet begrenzen, maar je weet ook dat er vanavond geen andere zorg zal zijn. Samen kom je tot de constructie dat je Selam wat soep brengt die avond en dan zorgt dat hij de medicatie neemt en naar bed gaat. De volgende ochtend haal je hem dan op om naar de afspraak bij de crisisdienst te gaan.

E. Signalering

Als de problematiek zo duidelijk is heeft het signaleren geen zin. Dit is dan al achterhaald door de realiteit. Dit is bij Selam het geval.

F. Beloop

De volgende ochtend ben je opgelucht als blijkt dat Selam voor het eerst sinds weken weer een uur of 5 heeft geslapen. Hij oogt zichtbaar beter dan de dag ervoor. Wel zegt hij nog erg slap en slaperig te zijn.

Het gesprek bij de crisisdienst duurt ruim een uur. Je bent blij dat je er niet bij wordt gevraagd. De hulpverlener is daar duidelijk in: hij wil alleen met Selam praten.

Als het gesprek afgelopen is, heeft Selam roodbetrande ogen en maakt hij een uitgeputte indruk. Je krijgt te horen dat hij wordt aangemeld voor een traumabehandeling. Totdat deze begint, krijgt hij afspraken bij de crisisdienst, waar hij ook medicijnen voorgeschreven zal krijgen. Op de terugweg zegt Selam dat hij het zo moeilijk vindt telkens over zijn verleden te moeten praten en dat hij dan ook weer de pijn voelt in zijn hart. Je beaamt dat dit inderdaad erg zwaar is, maar toch ook nodig om weer sterker te worden. Je voelt je ook machteloos en je vraagt je af of de pijn niet zo erg is dat eigenlijk niets kan helpen. Toch wil je Selam moed inspreken en zeg je dat hij moet volhouden en dat het dan langzaam beter kan worden. Je vertelt hem over een andere vluchteling die jij ooit hebt begeleid en die er ook bovenop is gekomen.

De weken daarna gaat Selam eerst nog tweemaal per week en daarna wekelijks naar de crisisdienst voor gesprekken en medicijnen. Hij slaapt hierdoor beter en is duidelijk minder gespannen, zelfs een beetje versuft. Hij reist nu zelf naar de crisisdienst. Hij zegt blij te zijn met de gesprekken, maar vooral met de pillen, die hem verdoven en de pijn minder doen voelen. Ook zegt hij beter te eten. Het is ook zichtbaar dat hij een beetje is aangekomen.

Na bijna drie maanden komt hij in behandeling bij de afdeling van de ggz die zich met traumabehandeling bezighoudt.

G. Verder onderzoek

Door de bemoeienis van de ggz richt jouw bemoeienis als begeleider van Selam zich nu vooral op de meer praktische zaken. Wel probeer je te volgen hoe het met de hulpverlening in de ggz gaat. Je vraagt naar Selams tevredenheid met de zorg en naar de effecten van de hulp. Selam is daar positief over, maar je vindt het lastig er goed hoogte van te krijgen. Maar je laat dit verder rusten, want je vindt het niet jouw taak om je daarmee te bemoeien.

Op een gegeven moment hoor je via de werkbegeleider dat Selam steeds meer verzuimt op de taallessen. Aanvankelijk werd dit getolereerd vanwege zijn psychische toestand, maar nu het ogenschijnlijk beter gaat niet meer. De school heeft dit al met Selam besproken en daarbij beriep hij zich op het feit dat hij ziek is. Je weet dat de gemeente zelfs kan komen met een strafkorting op zijn uitkering als dit zo doorgaat. In overleg met de woonbegeleider stel je voor dit bij een volgend contact met Selam te bespreken.

Een week later heb je de kans om rustig met Selam te spreken. Als je vraagt hoe het op school gaat, zegt hij dat hij het heel zwaar vindt. Hij kan zich niet goed concentreren en het onthouden van wat hij probeert te leren lukt ook niet goed. Verder blijkt dat hij in de ochtend erg moe is

door de medicatie die hij in het kader van de ggz-behandeling krijgt. Het lukt hem vaak niet om op tijd op te staan en dan laat hij het er vaak maar helemaal bij zitten en gaat niet naar school. Ook heeft hij iedere week een afspraak voor zijn therapie en dan verzuimt hij ook de les. Dit verklaart dus zijn absentie. Je legt nog eens uit hoe belangrijk de school voor hem is. Dat begrijpt hij ook wel, maar hij verzekert je dat het echt niet gaat. Hij zegt ook dat hij dit ook heeft uitgelegd aan zijn mentor op school, maar dat die heel streng was. Hij vraagt je of jij zijn mentor wilt bellen voor hem. Je belooft dit te doen.

H. Overleg en verwijzen

Als je de mentor van Selam belt, hoor je van haar dat hij alleen maar gezegd heeft dat hij ziek is en dat hij zich ook vaak niet eens afmeldt. Zij blijkt niets te weten van zijn ggz-behandeling en van de medicijnen die hij neemt. Dit verandert de zaak mogelijk wel. Je bespreekt met de mentor of er mogelijkheden zijn voor een aangepast traject voor Selam, waarbij hij later op de dag kan beginnen of alleen 's middags les krijgt. De mentor sputtert tegen en zegt dat dit praktisch heel lastig is en dat het onderwijsinstituut dit weer moet verantwoorden aan de gemeente. Uitzonderingen kunnen alleen maar gemaakt worden als er een brief van zijn behandelaar is waaruit duidelijk wordt dat lessen in de ochtend niet haalbaar zijn voor Selam. Je baalt van de moeite die het kost voor de school om rekening te houden met een individuele situatie. En je voelt de bui al hangen: dat jij daar achteraan moet gaan. Je verwacht namelijk niet dat Selam deze vraag goed kan uitleggen aan zijn ggz-behandelaar. Omdat je zijn therapeut niet telefonisch te pakken krijgt, ga je in overleg met Selam een keer mee naar zijn afspraak bij de ggz om de vraag van de school te bespreken. Daar blijkt de behandelaar erg begripvol. Hij vindt het geen probleem op papier te zetten wat de effecten kunnen zijn van Selams problematiek en behandeling op zijn vermogen om goed naar school te kunnen gaan. Als Selam het briefje van zijn behandelaar heeft afgegeven, blijkt er toch iets te regelen te zijn op school, en kan hij later beginnen met zijn lessen. Dit blijkt goed te helpen tegen het verzuim. Hij komt regelmatig op school en boekt ook meer vooruitgang.

Tijdens het gesprek dat je met de behandelaar hebt, vraagt hij of je zou kunnen helpen om te kijken of er mogelijkheden zijn voor Selam om iets aan sport te doen, omdat dit vaak goed is voor mensen met psychische problemen. Hij heeft dit al met Selam besproken maar die lijkt het niet zelf geregeld te krijgen. Of jij dus zou willen helpen hiermee?

Je bespreekt met Selam de suggestie van het doen van sport. Hij aarzelt wel of hij dit aankan, hij heeft namelijk nog nooit gesport. Al pratende komen jullie op twee mogelijkheden: hardlopen of fitness. Je weet dat er vanuit het buurtcentrum in de wijk waar Selam woont hardlooptoer- en start een paar weken later met een voorzichtige opbouw. De man die deze hardlooptoer begeleidt heb je al gesproken en je hebt hem iets uitgelegd over de achtergrond van deze aanmelding. Er is alle begrip, want meer mensen in deze groep hebben zo hun eigen achtergrond en problemen. Selam blijkt het hardlopen leuk te vinden en het doet hem zichtbaar goed. Met een van de Turkse mannen loopt hij een keer extra per week hard.

Een aantal maanden later blijkt Selam zich echt beter te voelen. Hij voelt zich zowel fysiek als psychisch sterker. Hij slaapt beter. Zijn therapeut overweegt de medicatie al iets te verlagen. De resultaten op school zijn ook goed. Hij zit nu in een andere groep en het lukt hem een paar keer in de week in de ochtend naar school te gaan.

Je realiseert je dat Selam zijn weg enigszins gevonden lijkt te hebben. Het heeft even geduurd, maar met de hulp van diverse personen is het toch gelukt hem een nieuwe start te laten maken, hoe moeilijk dat ook leek.

I. Leerpunten begeleiding

- 1 Belastende en beschermende factoren vooraf in kaart brengen helpt om snel na aankomst te anticiperen op de situatie van een hervestigde vluchteling.
- 2 Het is goed je vooraf te realiseren dat de confrontatie met de problematiek van een hervestigde vluchteling soms heftig kan zijn.
- 3 Als de ernst van de psychische problemen duidelijk is, moet professionele hulp snel in beeld komen. Meestal gebeurt dit via de huisarts.
- 4 Het iemand in het begin op weg helpen naar goede hulpverlening kan een belangrijk onderdeel zijn van de begeleiding. Daarbij hoort uitleg en motivering, maar vooral ook het praktisch regelen van afspraken met hulpverleners en ervoor zorgen dat de vluchteling die nakomt.
- 5 Ondanks professionele hulp zijn er nog genoeg zaken die overblijven voor de begeleiding door vrijwilligers. Naast de eerdergenoemde praktische zaken, gaat het vooral om het fungeren als intermediair tussen partijen die met een hervestigde vluchteling van doen hebben.
- 6 Het zoeken naar aansluiting bij lokale initiatieven voor activering, zoals sport, kan aanvullend zijn op het lopende behandelaanbod. Dit draagt ook bij aan de integratie en het opdoen van sociale contacten.

CASUS 4 'MIJN TANTE SNAPT ALLES NIET ZO GOED'

TREFWOORDEN:

Verminderd begaafd; activeren; samenwerken in de zorg

A. Personalia

Thop, een 42-jarige man, zijn zoon Ku (12 jaar) en de 62-jarige Phura (een tante van Thop) komen uit een Aziatisch land als hervestigde vluchtelingen naar Nederland.

B. Informatie vooraf

De beschikbare informatie van UNHCR en het COA meldt dat dit drietal de enige overlevenden zijn van hun familie, nadat hun dorp zes jaar geleden was aangevallen door het regeringsleger. Zij behoren tot een etnische minderheid die streeft naar meer autonomie en een gewapend conflict heeft met de regering. Verder wordt er weinig opvallends gemeld. Thop heeft als klusjesman in het vluchtelingenkamp gewerkt. Verder leek Phura de Culturele Oriëntatie-training van het COA niet te kunnen volgen en klampt ze zich erg vast aan haar neef.

C. Beschermende en belastende factoren

Voor hun komst kijk je als begeleider naar mogelijke factoren die een beschermend en/of belastend effect zouden kunnen hebben op dit drietal. Je bedenkt de volgende dingen.

- Het verlies van hun familieleden is een belastende factor. Wie er allemaal zijn omgekomen is onduidelijk. De impact hiervan lijkt vooralsnog niet op de voorgrond te staan. Misschien heeft de tijd het verdriet enigszins doen slijten?
- Ze hebben elkaar nog. Dit kan een beschermend effect hebben, mits ze een goede verstandhouding hebben.
- De afhankelijkheid van Phura kan een ballast zijn voor de andere twee.
- Het feit dat Thop een actieve en handige man is kan hem helpen in de toekomst in Nederland en is als een beschermende factor te beschouwen.
- Het feit dat Ku nog jong is geeft hem kansen snel te integreren. Dit beschermt hem in psychosociale zin. Een kind in dit bijzondere gezin geeft zingeving en structuur voor de andere gezinsleden. Het kan echter ook belasten, want Thop moet als alleenstaande vader zijn zoon opvoeden en daarnaast waarschijnlijk ook nog zorgen voor zijn tante.

Je weet niet wat je kunt verwachten bij dit gezin met een bijzondere samenstelling. Dit zal pas blijken als ze in de gemeente aangekomen zijn.

D. Verloop eerste periode

Na aankomst in de gemeente zijn Thop, Ku en Phura zichtbaar blij met hun gezinswoning. Thop blijkt een beetje Engels te spreken, wat voor sommige basiszaken wel handig is. Ze zijn vriendelijk en lachen vaak in reactie op vragen, maar je krijgt niet echt goed hoogte van hen. Je denkt dat dit lastig te doorgronden Aziaten zijn.

Je bent al met hen voor een kennismaking bij de huisarts geweest. Die bleek medische informatie te hebben ontvangen van de arts van de IND die mee was met de missie naar het kamp waar het gezin vandaan komt. Er waren alleen bij Phura enkele medische zaken die de huisarts met jou wil delen. Phura is in het vluchtelingenkamp behandeld voor tuberculose. In Nederland moet gecontroleerd worden of zij hiervan genezen is. Ook zou er sprake zijn van staar, waarvoor zij naar de oogarts moet. De huisarts legt het regelen van deze zaken makkelijk bij jou neer. Je weet uit ervaring dat het hierin meegaan vaak goed uitpakt, want er komt vast een moment dat je de huisarts nodig hebt om iets voor je te doen. Na een aantal weken wordt duidelijk dat Phura niet alleen thuis durft te blijven, en voortdurend bij een van de andere twee moet zijn. Ook op school wil Phura naast Thop zitten, terwijl ze eigenlijk de les niet kan volgen. Van Thop hoor je dat zijn tante klaagt over een 'ziek' hoofd. Vooral in de nacht speelt dit op en kan ze niet slapen. Ze klaagt over kou in haar lijf, gaat heen en weer lopen in huis en houdt daarmee de

andere twee wakker.Je spreekt af met Thop dat je een keer alleen met Phura wilt praten, samen met een tolk, om van haar iets meer te horen over haar problemen. Hij vindt dit een goed idee.

E. Signalering

Omdat je het lastig vindt een goed beeld van Phura te krijgen en haar gedrag toch zorgen oproept, wil je het gesprek met haar ook gebruiken om gericht te signaleren aan de hand van de Protect vragenlijst. De werkbegeleider vindt dit een goed idee.

Het gesprek met Phura loopt aanvankelijk moeizaam. Ze lijkt niet mee te willen werken, is dwars en opstandig, zonder dat duidelijk is waar dit door komt. Als je haar uitlegt dat je haar probleem wilt begrijpen om te bekijken of er iets aan te doen is door een dokter, lijkt ze dit te snappen, en wordt wat toeschietelijker. Ze vertelt dan dat ze vaak iets voelt kruipen in haar hoofd. Dit is vooral als ze plat gaat liggen. Daarom wil ze 's nachts lopen, want als ze gaat liggen komt het gevoel terug. Dit maakt haar bang en daarom zegt ze niet alleen te kunnen blijven. Als je doorvraagt, blijkt dat zij dit ook al in het vluchtelingenkamp had. Vroeger, voor de vlucht uit haar land, had zij het niet. Je grijpt je kans om door te vragen over haar vroegere leven. Zij blijkt altijd bij een broer (de vader van Thop) te hebben gewoond, totdat die omkwam bij de aanval van het regeringsleger. Ze deed niet zo veel, zorgde voor de tuin en de paar dieren die ze hielden. Je vraagt Phura of je een paar vragen mag stellen over haar gezondheid. Zij stemt in. Zij blijkt slecht te slapen, veel hoofdpijn te hebben, vaak bang te zijn. De vragen over nachtmerries en denken aan pijnlijke herinneringen begrijpt ze niet. Het lijkt alsof ze niet snapt wat wordt bedoeld met de begrippen 'droom' en 'herinnering'. Dan vraag je haar of ze nog wel eens haar gestorven broer ziet. Deze vraag blijkt een trigger te zijn voor een heftige reactie: ze grijpt naar haar hoofd, keert zich naar binnen, het contact is weg. Ze jammert zacht en gaat heen en weer lopen. Je realiseert je dat je een pijnlijk punt hebt geraakt. Phura kalmeert langzaam een beetje, krijgt een kopje thee. Je probeert met haar verder te praten, maar dat wil ze niet meer. Ze zegt alleen dat het gekruip in haar hoofd weer begonnen is. Je hebt duidelijk meer informatie gekregen, maar het blijft lastig om deze te duiden.

F. Beloop

Een paar weken later word je benaderd door de taaldocent van Thop. Die geeft aan dat de aanwezigheid van Phura in de klas niet zinnig is. Ze pikt niets op, lijkt niet 'leerbaar' en kan dus niet participeren. Dit begint steeds lastiger te worden voor haar als docent en voor de cursisten. Het isoleert Thop ook van zijn medecursisten. Je zoekt samen met de docent naar mogelijkheden voor Phura die beter bij haar passen. Maar je realiseert je ook dat het probleem dieper zit dan wel of niet naar de taalles gaan. Je vraagt geduld en zegt dat je met de huisarts gaat overleggen over de situatie van Phura. Later vraag je Thop naar zijn ervaringen. Het blijkt inderdaad dat hij toenemend last heeft van zijn tante, dat hij meer dan hij eigenlijk wil thuis zit, omdat hij haar niet mee wil nemen. Daar lijkt schaamte een rol bij te spelen.

In overleg met de werkbegeleider benader je de huisarts voor advies over Phura. Nu kun je de huisarts iets terug vragen. Hij kent je gelukkig en is bereid mee te denken. Maar hij weet ook niet wat hier nu allemaal speelt. Er zijn een paar mogelijke oorzaken die boven komen drijven, zoals verminderde begaafdheid, traumatisering of dementie. Maar dit vraagt allemaal om nader specialistisch onderzoek. Volgens jou is dit wellicht een te grote stap. Je vraagt expliciet of de huisarts Phura niet eens kan zien. Eerst sputtert hij tegen (*'Ik weet niet wat ik zou kunnen doen...'*), maar hij gaat toch overstag. Je belooft te regelen dat er een tolk bij dit gesprek aanwezig zal zijn.

Een week later heeft het gesprek tussen de huisarts en Phura plaatsgevonden en belt de arts je op. Hij is niet veel verder gekomen. Wel heeft zij tegen hem gezegd dat ze niet goed kan denken en dingen slecht kan onthouden. De huisarts heeft haar voorgesteld dat zij een pil krijgt die haar helpt om beter te slapen. Hij wil kijken of dit effect heeft op haar nachtelijke klachten en onrust. Hij heeft het ook met Phura gehad over een onderzoek door een specialist. De huisarts twijfelt tussen de neuroloog en de ouderenpsychiater.

Een dag of tien later spreek je Phura en Thop, en dan blijkt de slaappil de eerste dagen wel geholpen te hebben. Phura kwam beter in slaap en was minder onrustig. Maar de laatste dagen dient het oude gedrag zich in de loop van de nacht weer aan. En overdag is er niets veranderd. Thop zegt niet zo veel, maar met zijn lichaamstaal straalt hij uit dat de situatie hem zwaar valt.

G. Verder onderzoek

Enkele weken later ga je met Phura en Thop mee voor de controleafspraak bij de huisarts. Dan blijkt het aanvankelijke succes van de slaapmedicatie helemaal weggeëbd te zijn. Het enige voordeel is dat Phura iets rustiger lijkt geworden. De huisarts blijkt de casus van Phura besproken te hebben met de psychiater van het regionale ziekenhuis. Hij stelt nu voor dat Phura daarheen gaat. Zij is akkoord, terwijl je niet het idee hebt dat ze begrijpt wat dit precies inhoudt. Maar goed, denk je, schijnbaar heeft ze toch vertrouwen in de huisarts en in mij.

De situatie houdt aan. Zes weken later is de afspraak bij de psychiater. Het vervelende is dat de tolk niet beschikbaar is die dag. Maar Thop kent ondertussen een paar landgenoten en heeft een van hen bereid gevonden mee te gaan naar deze afspraak om te tolken. Je besluit het even aan Thop over te laten en gaat niet mee naar de afspraak. Je hoort later van Thop dat Phura weinig wilde zeggen, en het vooral aan Thop overliet om het verhaal te vertellen. Je begrijpt dat er nog bloed geprikt gaat worden bij haar en een scan van haar hoofd wordt gemaakt. Als deze onderzoeken allemaal achter de rug zijn, is er een vervolgspraak. Je dringt niet aan om mee te gaan en Thop vraagt het ook niet. Je merkt dat je moe wordt van nadenken over deze situatie die maar niet verandert.

Van Thop hoor je dat de psychiater heeft gezegd dat alle uitslagen goed waren en dat er niets gevonden is. Er blijkt geen nieuwe afspraak te zijn gemaakt. Je krijgt het moedeloze gevoel weer terug bij af te zijn.

H. Overleg en verwijzen

Enigszins wanhopig bespreek je de patstelling met je werkbegeleider. Die belooft om jou tijdelijk een paar dingen uit handen te nemen en te gaan overleggen met de huisarts en de gemeente.

Je hoort daarna van je werkbegeleider dat de huisarts ook erg teleurgesteld was in de psychiater. De enige suggestie lag op het gebied van medicatie. Hij zou nog een antidepressivum kunnen proberen of iets anders kalmerends. Maar de huisarts is daar terughoudend in.

Overleg met de gemeente levert meer op. De ambtenaar suggereert of het gezien de vermoedelijke verminderde begaafdheid van Phura niet iets is voor MEE, een organisatie die mensen met een (verstandelijke of lichamelijke) beperking ondersteunt. De gemeente zou dan via het Wmo-loket daar aan kunnen bijdragen. De ambtenaar zegt zelfs toe dit bij MEE aan te kaarten. Binnen een paar dagen wordt de werkbegeleider al gebeld door MEE om verder door te praten over de zaak.

Nu er weer zicht is op een aanpak draagt de werkbegeleider het weer over aan jou. De medewerkster van MEE die zich met Phura gaat bezighouden belt een paar keer met jou. Je deelt algemene informatie over deze groep hervestigde vluchtelingen en schetst kort het probleem in dit gezin. Het fijne is dat MEE alles regelt. De medewerkster belt Thop zelf voor een afspraak en regelt dat er een tolk komt. Bij een van de gesprekken ben jij aanwezig. Je hoort hoe de MEE-medewerkster vertelt over de mogelijkheid voor Phura om in een tuin te gaan werken. Dit idee spreekt Phura zichtbaar aan. Na een paar gesprekken overlegt de medewerkster van MEE haar bevindingen. Het bijzondere is dat zij zich in eerste instantie niet richt op de oorzaak en achtergrond, maar vooral heel praktisch denkt. Het enige probleem is wel dat iemand moet vaststellen dat Phura een laag IQ (Intelligentie Quotiënt) heeft, want dat is een voorwaarde voor ondersteuning door MEE. Gelukkig lukt het de medewerkster een psycholoog te vinden, die met een paar niet-verbale testen een uitspraak hierover doet.

Als je Thop spreekt merk je dat hij erg druk is met alle afspraken. Je voelt je een beetje schuldig, want jij bent sinds MEE betrokken is juist minder tijd kwijt met de begeleiding. Je besluit vaker even langs te wippen om een vinger aan de pols te houden. Een maand later hoor je dat Phura is wezen kijken bij het tuinbouwproject. Via een CIZ-indicatie of Wmo-budget van de gemeente kunnen mensen met een beperking daar werken in de tuinbouw als dagbesteding. Al snel blijkt dit aan te slaan bij Phura. Geleidelijk aan kan ze zich meer losmaken van Thop, die zichtbaar opgelucht is. Phura komt thuis met allerlei groenten en fruit, en wordt ook actiever in het huishouden. En al werkend met de anderen blijkt ze toch wel wat Nederlandse woordjes te leren.

Een tijd later is duidelijk dat deze vorm van activering een goed effect heeft gehad op het gedrag en de angsten van Phura. Ze slaapt beter en durft zelfs alleen naar dit project te lopen, een afstand van 3 km. In de winter is er minder werk in de tuin, maar dan regelt het project klusjes binnenshuis. Via 'haar' tuin heeft Phura een paar kennissen gekregen, die soms bij haar thuis over de vloer komen.

I. Leerpunten begeleiding

- 1 Een begeleider kan zich voorbereiden op de komst van een gezin van hervestigde vluchtelingen door voor de aankomst de belastende en beschermende factoren te inventariseren.
- 2 Een goed contact met de huisarts is erg behulpzaam in de begeleiding van deze groep. Dit maakt het makkelijker de huisarts erbij te betrekken of te consulteren.
- 3 Signaleren met behulp van de Protect vragenlijst kan helpen om beter in beeld te krijgen welke psychische klachten er schuilgaan achter een onduidelijke situatie.
- 4 Het is in de begeleiding van vluchtelingen de kunst te zoeken naar de aanpak of verwijzing die het best aansluit bij hun leefwereld. Dit kan soms belangrijker zijn dan het zoeken naar specialistische hulp.
- 5 Als de begeleider op een dood punt zit, kan het zinvol zijn iemand anders te vragen het even over te nemen. Zo kan de begeleider even op adem komen en wordt een nieuwe impuls gegeven aan een problematische situatie.

BIJLAGE 1

Achtergrond: Wie zijn hervestigde vluchtelingen en hoe komen ze hier?

In Nederland gaat het bij hervestigde vluchtelingen om een relatief klein aantal, in tegenstelling tot landen als Australië, Canada of de VS die elk jaar vele duizenden hervestigde vluchtelingen opnemen. Voor 2012 gaf de vluchtelingenorganisatie van de Verenigde Naties, UNHCR, de namen op van in totaal 172.000 vluchtelingen die in aanmerking kwamen voor een plek in een van de hervestigingslanden. In totaal zullen (slechts) 5.500 van hen eind 2012 in Europa gehuisvest zijn. In 2011 vertrokken in totaal 5.800 hervestigde vluchtelingen naar Europese landen, waarvan bijna 1900 naar Zweden en 479 naar Nederland.¹ De meesten van hen waren afkomstig uit Myanmar, Irak, Somalië, DR Congo en Eritrea. Uit de Nederlandse gegevens voor 2009 blijkt dat de grootste groepen ook uit deze herkomstlanden afkomstig zijn.²

Hervestiging in Nederland is gebaseerd op grond van Artikel 29 van de Vreemdelingenwet 2000, waarin onder meer humanitaire redenen en gezins-hereniging genoemd worden als basis voor het verkrijgen van een verblijfsvergunning. Nederland neemt alleen hervestigde vluchtelingen op die door UNHCR aan ons land gepresenteerd worden. UNHCR, werkzaam in de vluchtelingenkampen, doet de eerste screening conform de criteria zoals in het Vluchtelingenverdrag zijn aangegeven. Op voordracht van UNHCR ondernemen de IND en het COA selectiemissies naar de kampen, waarbij sinds 2005 ook naar de mogelijkheid tot integratie gekeken wordt. Integratie houdt daarbij in: de bereidheid de Nederlandse taal te leren, de mogelijkheid een eigen bestaan op te bouwen alsook de wil zich aan te passen aan de heersende normen en waarden.

In principe draagt UNHCR *groepen* personen (clusters) voor die niet terug kunnen naar hun land van herkomst vanwege dreiging van vervolging, geweld of discriminatie, maar die zich, om dezelfde of andere redenen, ook niet in het land kunnen vestigen waar ze zich dan bevinden. Daarnaast worden op dossierbasis ook *individuen* voorgedragen, al of niet vergezeld van het kerngezin. Het kan daarbij gaan om kwetsbare personen zoals alleenstaande vrouwen met of zonder kinderen, ouderen, martelingslachtoffers (om humanitaire redenen) of mensen met (urgente) medische problemen. Deze kwetsbare individuen worden opgespoord aan de hand van de *Heightened Risk Identification Tool*. Daaruit blijkt of een vluchteling in aanmerking moet komen voor snelle hervestiging vanwege dreiging of medische urgentie (de zogenaamde *emergency cases*). Nederland heeft vanaf 1977 toegezegd om ook emergency cases en urgente medical cases op te vangen en heeft die afspraak nog in 2011 bevestigd.³

Ieder jaar is er een aantal emergency cases waarbij de persoonlijke veiligheid of gezondheid van vluchtelingen wordt bedreigd en zij met grote spoed moeten worden hervestigd. Daarnaast neemt Nederland ieder jaar vluchtelingen op voor hervestiging vanwege medische redenen. Bijvoorbeeld wanneer medische behandeling in het gastland voor een vluchteling niet mogelijk is en er bij niet-behandelen het risico bestaat van zeer ernstig fysiek of psychisch lijden dan wel overlijden. Het gaat hierbij om vluchtelingen met ernstige ziekten (bijvoorbeeld aangeboren hartafwijkingen), chronische ziekten (bijvoorbeeld diabetes), om gehandicapten of om personen met psychische problematiek (bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornis of autisme). Zij komen doorgaans in familieverband naar ons land, zodat een zekere mate van mantelzorg aanwezig is.

De beslissing om een vluchteling als emergency case in Nederland te hervestigen verloopt veel sneller dan de standaard selectieprocedure. Een standaardprocedure kan maanden tot jaren duren, terwijl in het geval van een emergency case de procedure binnen vier weken afgerond moet zijn.

In geval van medische problematiek wordt het medisch dossier van UNHCR over de te hervestigen vluchteling besproken met de IND. Een arts van het Bureau Medische Advisering (BMA) van de IND adviseert dan over de medische aspecten van een eventuele overkomst naar Nederland.

In de beslissing, zeker voor wat betreft hervestiging vanwege medische redenen, wordt altijd meegenomen of hervestiging een oplossing kan zijn voor de medische problematiek van de vluchteling. Dat blijkt onder meer ook uit het interview met de Congolees Kasongo in de brochure van VluchtelingenWerk Nederland over hervestigde vluchtelingen.⁴ Zijn martelervaringen, de daaruit voortkomende psychische klachten, in combinatie met de onmogelijkheid tot behandeling en integratie in het gastland Ethiopië, maakten dat hij op voordracht van UNHCR samen met zijn familie uiteindelijk naar Nederland kwam.

Tot slot is er nog een groep hervestigde vluchtelingen als gevolg van het feit dat Nederland binnen Europa de lasten deelt van vluchtelingenopvang (*burden sharing*). Zo heeft Nederland enkele keren een groep op Malta aangespoelde bootvluchtelingen opgenomen om de druk op dit kleine eiland iets te doen afnemen. Incidenteel gebeurt dit ook bij vluchtelingen uit andere Europese landen. Het is zeer goed mogelijk dat onder deze categorie hervestigde vluchtelingen ook personen met medische problematiek zijn.

Literatuur

¹ UNHCR (2011). *Resettlement Fact Sheet*.

² VluchtelingenWerk (2011). *Vluchtelingen in getal*, figuur A.20. Amsterdam: VluchtelingenWerk Nederland.

³ UNHCR (2011). *Resettlement Handbook*, The Netherlands, p. 7, www.unhcr.org/4a2ccf4c6.html.

⁴ VluchtelingenWerk (2008). *Uitgenodigde vluchtelingen in Nederland*. Brochure. Amsterdam: VluchtelingenWerk Nederland.

BIJLAGE 2

Belangrijke gemeentelijke voorzieningen voor hervestigde vluchtelingen

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Momenteel zit Nederland in een transitie naar een ander zorgsysteem. Zo wordt een deel van het voor de AWBZ bestemde geld overgeheveld naar de Wmo. Hiermee krijgen de gemeenten een taak in de begeleiding van zieke en kwetsbare ingezetenen en in preventieactiviteiten die voorheen via de AWBZ bekostigd werden. De gemeente krijgt daardoor een steeds belangrijkere rol in het vormgeven van de ondersteuning van haar (kwetsbare) burgers, 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.¹ Van elke gemeente wordt verwacht dat ze randvoorwaarden creëert die het haar burgers, inclusief hervestigde vluchtelingen, mogelijk maakt op eigen kracht te participeren. De Wmo verplicht gemeenten om op een aantal terreinen resultaat te boeken.

Wet publieke gezondheid (Wpg)

De Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) vormen de belangrijkste wettelijke kaders om de gezondheid van de bevolking te beschermen en te bevorderen. De Wpg omschrijft publieke gezondheidszorg als 'gezondheid beschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit'. 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 spelen immers bij de naoorlogse generatie (de kinderen) vaak problemen die te maken hebben met het oorlogsverleden van de ouders.

Wet participatiebudget (Wpb)

Deze wet voorziet sinds 2009 in financiering van voornamelijk activiteiten die mensen toegeleiden naar werk of mogelijk maken dat kwetsbare of zieke mensen beter toegerust zijn om werkervaring op te doen. Voorzieningen en cursussen voor inburgeringstrajecten, re-integratieprogramma's, maar ook taalcursussen en andere middelen die de participatie bevorderen, vallen onder het participatiebudget volgens de Wpb en kunnen hiermee bekostigd worden. Van belang is het feit dat de voorziening zich richt op ingezetenen van Nederland. Hervestigde vluchtelingen kunnen omdat zij meteen na aankomst een verblijfsvergunning hebben dus gebruikmaken van het participatiebudget. Dit geldt niet voor asielzoekers, die immers geen ingezetene zijn. Activerende en participatie bevorderende activiteiten voor hervestigde vluchtelingen vallen onder deze voorziening.

Literatuur

¹ Gruijter, M. de, Marissing, E. van & Nederland, T. (2010). *Participatiebevordering in de WMO. Participeren in drie leefdomeinen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

BIJLAGE 3

Vluchtelingenkinderen

Naar schatting telt Nederland 100.000 kinderen en jongeren uit vluchtelingengezinnen. De vluchtelingenjeugd vormt een kwetsbare groep. Zij hebben in het land van herkomst of tijdens de vlucht dikwijls te maken gehad met bedreigende levensomstandigheden. Ze hebben soms jaren in vluchtelingenkampen geleefd. Hun leefsituatie is vaak minder goed dan die van veel andere kinderen in Nederland. Maar het zijn vaak ook kinderen die zeer gemotiveerd zijn om maatschappelijk succesvol te worden.

Bekend is dat vluchtelingenkinderen vergeleken met andere kinderen in Nederland meer psychosociale problemen hebben. De belangrijkste voorspellers hiervoor zijn psychische problemen van de moeder en de afwezigheid van een vader of moeder. Kinderen in kleine gezinnen hebben meer problemen dan kinderen in grote gezinnen.

Enkele thema's die relevant zijn voor de begeleiding van vluchtelingen met kinderen komen hierna aan de orde.

Opvoeden in verschillende culturen

De ouders van vluchtelingenkinderen staan voor een dubbele opgave. Niet alleen moeten ze wennen aan een voor hen totaal vreemde omgeving met andere gedragsnormen en waarden, maar bovendien dienen ze in deze compleet andere context hun kinderen wegwijs te maken en te begeleiden zodat deze zich hier kunnen gaan thuis voelen. Bij de begeleiding van vluchtelingenouders met kinderen is het dan ook uitermate belangrijk om veel waardering te tonen voor de moeite die de ouders doen om aan de nieuwe werkelijkheid te wennen en tegelijk hun kinderen op te voeden op een voor hen andere manier.¹

In vluchtelingengezinnen is het niet vanzelfsprekend dat kinderen en ouders onderhandelen, zoals in veel Nederlandse gezinnen wel gebeurt. De afstand tussen ouders en kinderen kan bij vluchtelingen vrij groot zijn. Daarmee is niet gezegd dat dit geen hechte en warme families kunnen zijn. Een autoritaire opvoeding die samengaat met voldoende steun kan heel goed verlopen.

Vluchtelingenouders geven zelf aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij opvoeden in Nederland. Het kan gaan om informatie, pedagogische advisering, netwerkondersteuning, ontwikkelingsstimulering en opvoedingscursussen. Bij opvoedingsondersteuning kan samenwerken met vluchtelingenorganisaties en sleutelpersonen zeer waardevol zijn.

Opvoedingsondersteuning

Door een goede opvoedingsondersteuning inclusief het informeren over rechten en plichten, het weerbaar maken van kinderen en het tijdig signaleren en bespreken ervan met kinderen en ouders wordt het risico op psychosociale problemen kleiner. Dat vraagt een actieve aanpak. Overigens benadrukken Zweedse onderzoekers van vluchtelingenkinderen dat focussen op trauma's bij deze kinderen niet verstandig is. Over het algemeen nemen de klachten na verloop van tijd af.² Volgens hen is sociale steun vanuit de omgeving en informatie aan ouders over opvoeden en schoolgaan belangrijker. Het gaat erom de ouders handgrepen te geven zodat ze hun ouderlijke rol in Nederland beter kunnen invullen.

Huiselijk geweld en kindermishandeling

Kindermishandeling komt vaker voor in gezinnen waar de opvoeding onder druk staat. Werkloosheid, armoede, nare herinneringen en het wennen aan de nieuwe samenleving zetten het gezinsleven van vluchtelingen en de opvoeding onder druk. Als kinderen (een dreiging van) geweld meemaken, kan dat veel directe en indirecte gevolgen hebben. Zo zijn somberheid en angst veelvoorkomende klachten onder vluchtelingenkinderen. Het feit dat de ouders hun kinderen niet voldoende kunnen beschermen, kan het zelfvertrouwen en de ontwikkeling van kinderen ernstig beschadigen. Daarnaast kunnen traumatische ervaringen van de ouders, en als gevolg daarvan psychologische schade, verwaarlozing of zelfs mishandeling van hun kinderen tot gevolg hebben. Volgens een recent rapport over kindermishandeling is de kans op kindermishandeling binnen de 'nieuwe etnisch-culturele minderheden' (waaronder vluchtelingen) drie keer hoger dan het landelijk gemiddelde.³ Van belang is wel dat rekening gehouden wordt met de sociaaleconomische situatie (SES). Onder allochtone gezinnen met een vergelijkbare SES als autochtonen werden geen hogere cijfers gevonden dan onder autochtonen.

Seksualiteit en gezondheid

Vooraf jonge (alleenstaande) vrouwen en meisjes die uit oorlogsgebieden komen kunnen voorafgaand en tijdens hun vlucht te maken hebben gehad met seksueel geweld. Dat kan veel invloed hebben, ook binnen het gezin. Maar ook hier in Nederland lopen jonge vluchtelingen het risico om met seksueel geweld in aanraking te komen. Dat komt omdat ze maatschappelijk kwetsbaar zijn en nog weinig van Nederland weten. De Nederlandse jeugd kent weinig tienerzwangerschappen en abortussen omdat zij zelfstandig en weerbaar zijn op dit terrein. Seksuele voorlichting vindt vaak op school plaats maar ook in gezinnen. Maar vluchtelingenouders zijn niet gewend om hier zelf een actieve rol in te spelen. Veel ouders hebben zelf beperkte kennis op dit gebied. Vluchtelingenkinderen die tijdens hun puberteit naar Nederland komen, worden ook op school vaak onvoldoende seksueel voorgelicht. Daardoor lopen zij risico's op ongewenste zwangerschappen en soa's. Zowel de ouders als de kinderen, jongens en meisjes, dienen dan ook – zodra er sprake is van een vertrouwensband met de begeleider – voorlichting te krijgen over seksualiteit en gezondheid in Nederland. De lokale GGD kan daarbij helpen.

Meisjesbesnijdenis

Sommige vluchtelingen komen uit landen waar meisjes en vrouwen besneden worden. In die landen is het in veel families de gewoonste zaak van de wereld, maar in Nederland is elke vorm van meisjesbesnijdenis verboden. Het wordt beschouwd als een vorm van kindermishandeling. Het is ook verboden om een meisje dat in Nederland geboren is in een ander land te laten besnijden. Bijvoorbeeld tijdens een vakantie in het land van herkomst. Consultatiebureaus, jeugdverpleegkundigen en ouders bespreken dit met de ouders. Als begeleider van hervestigde vluchtelingen moet je begrijpen dat meisjesbesnijdenis van oudsher en door sociale druk van binnenuit een moeilijk te weerstaan ritueel is, maar tegelijk dient duidelijk gemaakt te worden dat het zowel verboden is in Nederland als veel lichamelijke en psychische klachten veroorzaakt. Informatie daarover is te vinden op de Pharos-website www.meisjesbesnijdenis.nl.

Onderwijs

Ouders stimuleren hun kinderen vaak om op school hard te werken, maar slagen er niet altijd in hun kinderen daar daadwerkelijk bij te ondersteunen. Desondanks presteren veel vluchtelingenkinderen goed op school. De gezondheid van kinderen van hervestigde vluchtelingen vraagt net zoals de gezondheid van andere nieuwkomers om extra aandacht van de school. De onderwijzers en de jeugdgezondheidszorg maar zeker ook de begeleider kunnen daar een rol in spelen.

Al met al vraagt de begeleiding van kinderen van hervestigde vluchtelingen dan ook een meer integrale aanpak. Niet alleen de kinderen hebben ondersteuning nodig, ook de ouders dienen op een positieve wijze wegwijs gemaakt te worden. Zodat ze in staat zijn om te voldoen aan de (soms onuitgesproken) verwachtingen die in Nederland gelden met betrekking tot het opvoeden en ondersteunen van hun kinderen.

Literatuur

- 1 Tummala-Narra, P. (2004). Mothering in a foreign land. *The American Journal of Psychoanalysis* 64(2), 167-182.
- 2 Hjern, A. & Jeppsson, O. (2004). Mental health care for refugee children in exile. In: D. Ingleby (ed.), *Forced migration and mental health: Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Springer.
- 3 Alink, L., IJzendoorn, R. van, Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T. & Euser, S. (2011). *Kindermishandeling 2010*. Leiden: Attachment Research Program/TNO.

BIJLAGE 4

Achtergrond: Kwetsbaarheid, belastende en beschermende factoren

Het is belangrijk voor de begeleiding van hervestigde vluchtelingen om te kijken naar hun achtergrond in termen van beschermende en belastende factoren. De balans hierbij bepaalt de mate van kwetsbaarheid. Aan de hand van onderzoeken en publicaties gaat deze bijlage dieper in op dit thema.

Kwetsbaarheid

Ieder individu draagt een kwetsbaarheid in zich. Anderzijds zijn er altijd zaken die daar invloed op hebben in de vorm van beschermende en belastende factoren. In principe heeft iedere vluchteling een zekere mate van kwetsbaarheid. Vluchten betekent een verlies van veel zaken (huis, werk, familie, vrienden). Dit algemene niveau van kwetsbaarheid geldt feitelijk voor iedere vluchteling.^{1,2} Binnen de groep hervestigde vluchtelingen zijn er groepen die extra kwetsbaar zijn, zoals ouderen, minderjarigen, zwangere vrouwen, alleenstaande vrouwen (met of zonder kinderen) en slachtoffers van martelingen, seksueel misbruik of ander geweld. Dit is te beschouwen als een specifiekere vorm van kwetsbaarheid.³ In deze gevallen kan de mate van kwetsbaarheid worden geïdentificeerd door eenvoudigweg te kijken naar de basisgegevens van individuele vluchtelingen.

Bij nog meer toegespitst kijken naar kwetsbaarheid kom je terecht bij het individuele niveau van kwetsbaarheid. In veel gevallen gaat het dan om bedreigende factoren die iemand materieel, fysiek of psychisch hebben verzwakt. Zo draagt een combinatie van traumatisering, migratie en aanpassingsmoeilijkheden bij aan deze kwetsbaarheid, die een aantal medische en psychische gezondheidsrisico's met zich meebrengt en het risico op een verminderd functioneren. Het is daarom belangrijk om aspecten van kwetsbaarheid in kaart te brengen door deze te signaleren.

De begrippen beschermende en belastende factoren komen uit het competentiemodel.^{4,5} In dit model gaat het voor ieder individu om het vinden van evenwicht tussen de taken waar iemand voor staat en de vaardigheden die iemand daartoe heeft. Met andere woorden: de taken die iemand moet doen om zich te ontwikkelen moeten in evenwicht zijn met de vaardigheden die iemand heeft en/of verder ontwikkelt. Dit evenwicht kan worden verstoord door stressfactoren (van buiten) of door psychische problemen (innerlijk). Deze verstoring van het evenwicht leidt tot probleemgedrag.

Het in kaart brengen van beschermende en belastende factoren helpt om een beeld te vormen van iemands competenties en mogelijkheden.

Belastende factoren

De gezondheid van vluchtelingen, zo blijkt uit divers onderzoek, is slecht in vergelijking met die van andere allochtone groepen en van autochtone Nederlanders.^{6,7} Deels heeft dat te maken met hun ervaringen uit het verleden en deels met het leven in Nederland, en dan vooral met de aanpassingen die van hen gevraagd worden. Eerst wordt kort ingegaan op de achtergrond en het verleden, daarna komen de factoren die in Nederland spelen aan de orde.

Factoren voor de komst naar Nederland

Hervestigde vluchtelingen zijn vanwege (de dreiging van) geweld, discriminatie of hongersnood hun land van herkomst ontvlucht en zijn toen in een kamp of stad buiten de landsgrenzen terechtgekomen. In feite bestaat deze periode voor de migratie uit twee fasen: eerst ontvluchtte men zijn land van herkomst, waarna men een tijd in een aangrenzend land heeft gewoond. Vluchtelingen die in een stad hun toevlucht vonden, wonen meestal bij familie, vrienden of landgenoten.

De meeste vluchtelingen echter wonen jaren in erbarmelijke omstandigheden in een kamp. Naast de onveiligheid, inherent aan overvolle vluchtelingenkampen, zijn er meestal nauwelijks voorzieningen op het gebied van huisvesting, werk, hygiëne, voeding en zorg. Met als gevolg dat nogal wat vluchtelingen allerlei lichamelijke problemen en ziekten ontwikkelen. Voorbeelden zijn infecties, malaria (gebrekkige mogelijkheid van preventie!) en parasitaire aandoeningen, ondermaatse tandzorg, bloedarmoede en vitaminetekorten. Ook komen tropische ziekten

voor en tuberculose, hepatitis, hiv/aids en geslachtsziekten.⁸ Na aankomst in Nederland blijkt regelmatig dat er sprake is van onderdiagnose of een verkeerde diagnose van ziekten. Dit kan de mogelijkheid ondermijnen van de individuele vluchteling om zich effectief te integreren in ons land.

Daarnaast spelen vaak psychologische en gedragsproblemen. Uit een overzicht van twintig onderzoeken onder 6.743 volwassen hervestigde vluchtelingen in zeven gastlanden komt naar voren dat 9 procent van hen gediagnosticeerd werd met posttraumatische stressstoornis (PTSS) en 5 procent met depressie. Een deel van de vluchtelingen is bovendien zowel getraumatiseerd als depressief.³ In het overzicht zijn ook vijf onderzoeken bij kinderen onder de 15 jaar meegenomen. Daaruit blijkt dat dat 11 procent van hen traumagerelateerde klachten heeft. De oorzaken van deze hoge scores – tien maal hoger dan onder de algemene bevolking in Nederland – liggen grotendeels in het feit dat men op de vlucht sloeg vanwege de onveilige situatie en nare ervaringen in het thuisland. Naast vrouwen zijn vooral ouderen en personen met een onverwerkte traumatische ervaring meer kwetsbaar dan anderen.⁹ Onder ouderen kan het gevoel voorkomen dat ze 'op de verkeerde plaats' ouder worden.¹⁰ Ook onzekerheid over het lot van achtergebleven familieleden is van invloed op de psychische gesteldheid van vluchtelingen, zeker wanneer het onmogelijk is om contact te krijgen met hen. Twijfels en schuldgevoelens worden meegenomen naar het gastland en kunnen een continue bron van zorg zijn.

Naast de eerdere nare ervaringen speelt het leven in het vluchtelingenkamp zelf een grote rol. Kwetsbare personen zoals ouderen, alleenstaande moeders, wezen en mindervaliden worden er met grote regelmaat slecht behandeld. En er vindt veel seksueel geweld plaats; alleenstaande vrouwen kunnen worden gedwongen tot seks. Of vrouwen 'kopen' als het ware veiligheid door verplichte seksuele diensten te verlenen.

Als gevolg van al dat geweld hebben sommige hervestigde vluchtelingen specifieke lichamelijke klachten. Het kan gaan om aanwijsbare klachten zoals (oude) botbreuken, (chronische) hoofd- en buikpijn als gevolg van hoofdwonden of seksueel geweld, littekens of andere letsels door klappen of kogels. Vaak worden ook klachten aangegeven waar niet meteen een medische oorzaak voor te vinden is. Het is bekend dat spanning en piekeren hoofdpijn en buikpijn kunnen veroorzaken of dat angst en extreme waakzaamheid tot uitputting leiden, maar deze klachten zijn niet altijd medisch aanwijsbaar. De belangrijkste onbegrepen lichamelijke klachten als gevolg van stress zijn: benauwdheid, misselijkheid, rug- en hoofdpijn, hartkloppingen, zweten en trillen, moeheid en buikkrampen.¹¹ Vluchtelingen kunnen in meer of mindere mate deze en andere onbegrepen lichamelijke klachten hebben als gevolg van wat ze meemaakten voor ze in Nederland aankwamen.

Factoren na de komst naar Nederland

Leven in Nederland is van een heel andere orde dan leven in een vluchtelingenkamp. Veel vluchtelingen leven jaren, sommigen zelfs decennia, in een kamp. Al die tijd worden ze door hulporganisaties voorzien in hun basisbehoeften: een dak boven het hoofd, voedsel, water en medicijnen. Krachtige personen vinden de weg naar informele arbeid of werken voor organisaties in de kampen. Zij kunnen zich daardoor redelijk staande houden. Veel anderen, en zeker de kwetsbare personen, zitten in een afhankelijke positie. Ze houden hun hand op en wachten tot deze gevuld wordt. Als zo'n situatie lang duurt, veroorzaakt dat bij veel mensen gebrek aan initiatief. Iemand is dan zodanig gewend geraakt aan het feit dat de oplossing 'van buiten af' komt – mits hij maar lang genoeg wacht – dat hij een zekere lusteloosheid ontwikkelt en niet zelf meer het leven kan, durft of wil invullen.¹²

Hervestiging in Nederland vraagt van een kwetsbare vluchteling een grote mentale omslag. Van hervestigde vluchtelingen wordt immers verwacht dat ze weer eigen keuzes maken en initiatief tonen. Zeker nu ze vrijwel direct in de gemeente geplaatst worden. Na aankomst in Nederland wordt begeleiding geboden, maar ook die gaat ervan uit dat men gauw op eigen benen weet te staan – iets wat in de Nederlandse samenleving vanzelfsprekend gevonden wordt. Dat een vluchteling daar soms niets van snapt of aangeeft dat niet te kunnen, is gezien de jarenlange ervaring in zo'n afhankelijkheidsbevorderende context dan ook begrijpelijk.

Daarnaast komen vluchtelingen vaak uit culturen waar men anders met elkaar omgaat dan in Nederland. In Nederland hecht men aan persoonlijke vrijheid, terwijl de mening van een individu in veel niet-westerse culturen eerder ondergeschikt is aan die van de groep waar men onderdeel van uitmaakt (familie, clan, gemeenschap). Ook speelt mee dat men in Nederland leert om voor zichzelf op te komen, terwijl veel vluchtelingen van oudsher geleerd hebben zich aan te passen aan de groepsnorm c.q. de wens van anderen. Zulke andere boodschappen leiden in een aantal gevallen tot twijfel over hoe te handelen. Tot slot zijn er soms moeilijk overbrugbare verschillen over de rol van de vrouw, omgaan met seksualiteit of de plaats die religie inneemt. Die verschillen in opvattingen maken dat een vluchteling zich onwennig kan voelen wanneer zulke onderwerpen aan de orde komen. Het kan er ook toe leiden dat bepaalde contacten of situaties gemeden worden. Zulke

gevoelens van uitsluiting en onbegrip worden vaak versterkt doordat men de taal niet beheerst, andere gewoonten en voedingspatronen heeft en de tradities niet kent. Zeker in het begin kijkt een hervestigde vluchteling vaak wat vreemd aan tegen de wijze waarop zaken in Nederland zijn georganiseerd.

Al de aanpassingen die een vluchteling en diens familie moeten maken in het gastland kunnen aanleiding zijn voor psychische en sociale problemen. Uit onderzoek blijkt dat in 20 procent van de gevallen van een PTSS-diagnose deze stoornis veroorzaakt werd in de periode voor de verhuizing naar het gastland, terwijl in 14 procent van de gevallen de PTSS na de migratie is ontstaan.¹³ En we weten ook dat vluchtelingen die uit een landelijke omgeving komen en vluchtelingen met een hoge opleiding meer kans hebben om na hervestiging psychische problemen te ontwikkelen. Dit wordt toegeschreven aan de het verlies aan status en beperkte kansen op de arbeidsmarkt.^{9,14} Het gemis van familie, vrienden en kennissen (het steunsysteem) is voor veel vluchtelingen een probleem. Zij hebben afscheid moeten nemen van tal van zaken die belangrijk waren (mensen, gedrag, structuren enzovoort). Het begrip culturele ontworteling (*cultural bereavement*) is hier van toepassing. De ontworteling, het woord zegt het al, betekent dat iemand zijn of haar wortels kwijt is. Dit uit zich in gevoelens van rouw, spijt en schuld. De band met land en voorouders, met cultuur en tradities, is verbroken en dat wordt als een groot verlies ervaren. Een zekere mate van heimwee is normaal, en blijft soms heel lang aanwezig. Bij culturele ontworteling gaat het daarnaast om het gevoel dat men er voortaan alleen voor staat, dat de band met het verleden (de navelstreng) onherroepelijk gebroken is en de toekomst ongewis.^{15,16} Ontworteling is daarmee een vorm van rouw. Het verwerken van rouw kent een aantal te onderscheiden en opeenvolgende fasen: 1) ontkenning; 2) boosheid; 3) onderhandelen; 4) het onder ogen zien; 5) acceptatie en nieuwe ervaringen opdoen; en 6) integratie. Het is waarschijnlijk dat ook hervestigde vluchtelingen na aankomst in Nederland een vergelijkbaar proces doormaken.

Op sociaal gebied wordt vooral het verlies van inbedding (geen werk of levensdoel, verlies van sociale rol en identiteit, scheiding van familieleden) als ernstig ervaren. Dit leidt vaak tot gevoelens van sociale isolatie.^{17,18} Uit het Nederlandse onderzoek 'Gevlucht-Gezond?' onder 232 asielzoekers en 178 vluchtelingen blijkt dat meer dan een derde van de ondervraagden sociale problemen heeft in de zin dat men weinig contact heeft noch steun ervaart van anderen.⁶ Van de asielzoekers gaf 58 procent aan slechts oppervlakkige contacten te hebben, 42 procent dat er niemand klaarstaat om te helpen wanneer dat nodig is en 34 procent dat 'eenzaamheid de afgelopen maand zeer veel op hen van toepassing is'. Bovendien blijkt dat asielzoekers met minder dan drie contacten significant meer traumagerelateerde klachten hebben. Asielzoekers zijn natuurlijk geen hervestigde vluchtelingen, maar een aantal parallellen is te trekken. Waarschijnlijk bestaat de bovenaangegeven groep asielzoekers met minder dan drie contacten voor een deel uit personen met een traumatisch verleden die moeite hebben om contacten aan te gaan. Zo kan het hebben van geen of een beperkt aantal sociale contacten te maken hebben met de gevolgen van het ervaren (fysiek) geweld. Het is bekend dat personen die lijden aan PTSS zich vaak terugtrekken en sociale contacten mijden uit angst geconfronteerd te worden met prikkels (geluiden, woorden, beelden) die hen aan het trauma doen denken. Daarmee lijken deze asielzoekers een vergelijkbare achtergrond en kwetsbaarheid te hebben als hervestigde vluchtelingen.

Hoe vluchtelingen tegen gezondheid aankijken kan ook een risico inhouden. Uit diepte-interviews met 40 hervestigde vluchtelingen in San Diego (VS) blijkt dat ze verschillend aankijken tegen preventie, verwachtingen van zorg, de houding t.a.v. de hulpverlener en het stigma op psychiatrische stoornissen.¹⁹ Vluchtelingen zijn niet gewend aan het idee van preventieve screenings en tandzorg, hebben andere ideeën over chronische zorg ('genezen van chronische ziekten in plaats van ermee leren omgaan'), hebben daarbij hoge, soms niet reële verwachtingen van de gezondheidszorg en kijken anders aan tegen psychische problemen. Een van de geïnterviewden daarover: 'Vluchtelingen denken bij psychische problemen dat die woorden alleen gebruikt worden voor iemand met een handicap zoals het syndroom van Down of iets vergelijkbaars. Zij weten niet dat psychische gezondheid ook kan slaan op zaken als een depressie of PTSS.'

Soms hebben problemen bij vluchtelingen na de hervestiging te maken met hoe hulpverleners naar hen kijken. Zo wordt in Australië onderscheid gemaakt tussen een actieve en passieve kijk. Bij een actieve kijk worden de vluchtelingen gezien als consumenten, als burgers die dingen voor elkaar krijgen ('*achievers*'). Bij een passieve kijk worden de vluchtelingen gezien als slachtoffers, lijdens ('*endurers*'). Bij deze laatste benadering hoort dat vluchtelingen snel vinden dat ze medicijnen nodig hebben en dat ze minder positief reageren op de migratie.²⁰ Ook speelt mee dat de traditionele westerse psychologische hulpverlening niet past bij de vooronderstellingen van vluchtelingen en dat vluchtelingen geneigd zijn hun problemen als lichamelijke klachten te presenteren. Uit een Italiaans onderzoek onder eerste generatie migranten en vluchtelingen blijkt bijvoorbeeld dat personen die traumatische ervaringen achter de rug hebben vaker lichamelijke klachten presenteren.²¹

Beschermende factoren

De balans draagkracht–draaglast is bepalend voor in hoever iemand met de problemen die hij ervaart weet om te gaan. Veel van bovenstaande belastende factoren gelden voor alle hervestigde vluchtelingen, maar veel van hen kunnen de last ervan dragen. Wanneer de draagkracht groot genoeg is, krijgen moeilijkheden niet de kans uit te groeien tot problemen. Draagkracht krijgt een persoon als er genoeg beschermende factoren zijn: krachten die problemen draaglijk maken en die ze kunnen voorkomen.

Voor hervestigde vluchtelingen zijn er naast de persoonlijkheid als factor een drietal beschermende factoren te benoemen die specifiek gelden voor deze groep. Het gaat om veiligheid, zekerheid en het belang van tijd. Dit zijn in feite drie basisvoorwaarden die met elkaar te maken hebben en die de situatie van hervestigde vluchtelingen beduidend anders maken dan die van asielzoekers en statushouders. Hieronder komen de diverse beschermende factoren aan bod. Eerst wordt ingegaan op persoonlijkheid, veiligheid, zekerheid en het belang van tijd. Daarna komen aan bod: sociale steun, het opbouwen van een netwerk aan contacten, en activering en participatie.

Persoonlijkheid

Een groot deel van de persoonlijke draagkracht ligt uiteraard binnen de persoon zelf. Zo kunnen een optimistische instelling, intelligentie en humor de vluchteling helpen om zich overeind te houden bij moeilijkheden.

Intelligentie kan naar twee kanten uitpakken. Als beschermende factor helpt het om een betere inschatting te maken van wat verwacht wordt en wat de mogelijkheden zijn. En het helpt om sneller Nederlands te leren waardoor de kansen op de arbeidsmarkt groter worden. Aan de andere kant komt de klap harder aan als dingen niet goed lukken en dan is het weer een belastende factor.

Ook veerkracht is een belangrijke persoonlijke factor. Waar de een zichzelf bij moeilijkheden slecht kan herpakken, heeft een ander slechts een klein duwtje in de rug nodig om een activiteit opnieuw op te pakken. Een ander element dat de persoonlijkheid kenmerkt is iemands manier van 'coping', oftewel hoe hij met zijn problemen omgaat. Waar de een continu beren op de weg ziet en geneigd is dan maar geen actie te ondernemen, zoekt een ander eerder snel naar een oplossing. Ook het zoeken van steun bij anderen of het juist zelf willen oplossen zijn vormen van coping. Onder coping valt verder het middelengebruik. Alcohol en drugs worden regelmatig gebruikt om problemen of herinneringen te vergeten en zich even beter te voelen.

Het karakter en de persoonlijkheid van iemand is niet gemakkelijk te veranderen, maar bekend is dat nieuwe copingstijlen wel degelijk aangeleerd kunnen worden. Kunnen loslaten en reflecteren, flexibel zijn, en veerkracht tonen zijn in dat geval belangrijke persoonlijkheidskenmerken die beschermen bij moeilijke situaties.

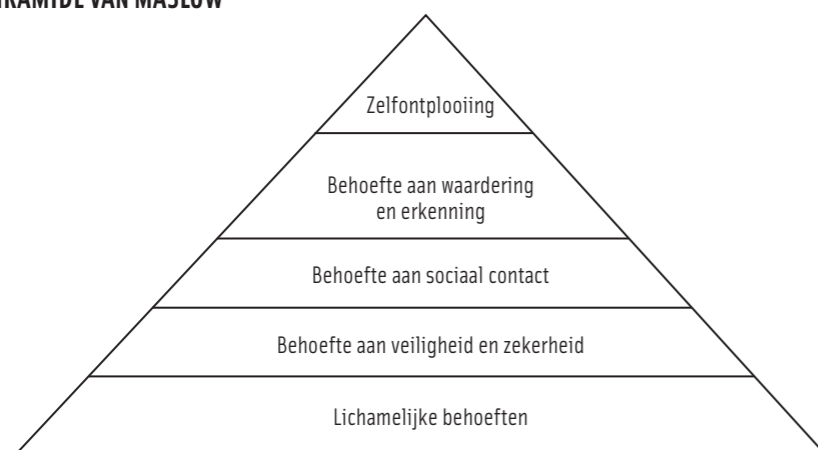
Veiligheid

Veiligheid is een basisvoorwaarde voor herstel na traumatische ervaringen. Het gevoel veilig te zijn in deze wereld, het basisvertrouwen, ontstaat in de vroegste jeugd. Dit gevoel ondersteunt mensen tijdens hun levenscyclus en geeft zin aan hun ervaringen. Een aanzienlijk deel van de vluchtelingen heeft ervaringen gehad die dit basisvertrouwen beschadigd hebben. Negatieve ervaringen kunnen het vertrouwen in een natuurlijke of goddelijke orde schenden en kunnen leiden tot een existentiële crisis: 'traumatische gebeurtenissen doen de fundamentele veronderstellingen over de veiligheid van de wereld, de positieve eigenwaarde en de zinvolheid van het bestaan teniet'.²² Door hun overtocht naar en verblijf in Nederland zijn hervestigde vluchtelingen verzekerd van veiligheid; ze zijn daadwerkelijk uit de gevarenzone – wat in scherp contrast staat met hun leven in vluchtelingenkampen. Het feit dat zij meteen een verblijfsstatus krijgen, maakt dat ze een start kunnen maken met het verwerken van het leed dat ze hebben meegemaakt. In veel gevallen duurt het echter nog een tijd voor een gevoel van veiligheid bij hen is ingedaald. Na alles wat zij hebben meegemaakt blijven zij meestal een tijd lang erg waakzaam, of zij voelen zich uitgeput en willen eerst tot rust komen.

Zekerheid

In combinatie met gevoelens van veiligheid kunnen hervestigde vluchtelingen na verloop van tijd weer gevoelens van zekerheid ontwikkelen. Sommigen hebben zich in de kampen lang afgevraagd waar ze aan toe zijn, of het ooit weer beter zal gaan, wanneer ze hun gezin kunnen onderhouden, hun kinderen naar school sturen enzovoort. Kortom, ze hebben lange tijd in grote onzekerheid doorgebracht. Nu alles achter de rug is en zij al of niet samen met familieleden in Nederland wonen, kan weer over de toekomst nagedacht worden. Vluchtelingen krijgen een eigen woning toegewezen, er is zicht op (betere) zorg voor familieleden of henzelf, de kinderen krijgen de kans zich te ontwikkelen, en ze krijgen ondersteuning bij het zoeken naar werk of studie. Het feit dat deze en andere voorzieningen nu ook voor hen toegankelijk zijn, biedt structurele zekerheid. Het bieden van veiligheid en zekerheid (zowel fysiek, materieel als immaterieel) maakt dat aan de eerste basisbehoeften (zie het kader over de piramide van Maslow) wordt voldaan.

DE PIRAMIDE VAN MASLOW



Piramide van Maslow (1943)

Klinisch psycholoog Maslow rangschikte de volgens hem universele behoeften van de mens in een piramidevorm. Volgens zijn theorie zal de mens pas streven naar bevrediging van de behoeften die hoger in de hiërarchie geplaatst zijn nadat de lager geplaatste behoeften bevredigd zijn. De grootste kritiek op Maslow's hiërarchie is echter dat behoeften op verschillende niveaus tegelijkertijd aanwezig kunnen zijn.

Maslow's behoeftehiërarchie ziet er als volgt uit:

- 1 **Organische of lichamelijke behoeften.** Deze behoeften houden verband met ons organisme en het lichamenlijk evenwicht. Hieronder vallen onder meer de behoefte aan slaap, voedsel, drinken en, enigszins opvallend, ook aan seks.
- 2 Behoeftte aan **lichamelijke veiligheid en zekerheid.** Een mens zoekt veiligheid in een georganiseerde groep, bijvoorbeeld de buurt, het gezin of de eigen gemeenschap. Een uitgebreid stelsel van sociale zekerheid helpt daarbij.
- 3 Behoeftte aan **saamhorigheid**, vriendschap, liefde en positief-sociale relaties.
- 4 Behoeftte aan **waardering, erkenning en zelfrespect**, die de competentie en het aanzien in groepsverband verhogen. Het belang dat iemand hecht aan de status in sociaal verband.
- 5 Behoeftte aan **zelfverwerkelijking**, oftewel iemands behoefte om zijn persoonlijkheid en mentale groeimogelijkheden te ontwikkelen. De omgeving is hierbij van groot belang.

Uit: Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.

bevolking.²⁵ Een groot deel van de psychische problemen waar hervestigde vluchtelingen mee kampen lossen dus in de tijd op of worden beter hanteerbaar.

Zeker voor gezinnen met kinderen is tijd een beschermende factor van belang. De kinderen zullen hier opgroeien en krijgen kansen die ze nooit in een vluchtelingenkamp zouden krijgen. Hun toekomst kan er rooskleurig uitzien, wat een hele verademing kan zijn voor hun ouders. De eerdere zorg om de toekomst van de kinderen is door hervestiging in Nederland afgenomen.

Sociale steun en contacten

Naast veiligheid, zekerheid, de helende kracht van tijd en zicht op een nieuwe en betere toekomst zijn meer factoren aan te geven die bescherming bieden. De veruit belangrijkste is het hebben van sociale contacten.

Hervestigde vluchtelingen hebben veel aan sociale steun en contacten. Die bieden hen de mogelijkheid om weer een gevoel van verbondenheid te ervaren en helpen bij het opnieuw opbouwen van geloof, hoop en vertrouwen in anderen.²² Onderzoek wijst uit dat 'individuen met ondersteunende relaties binnen de familie en wijdere omgeving een betere lichamelijke en psychische gezondheid hebben dan personen met een beperkt aantal contacten of met contacten van slechte kwaliteit'.²⁶ In Canada bleek dat vluchtelingen die persoonlijke en sociale steun ontberen een verhoogde kans hebben op een depressie tien tot twaalf maanden na hun aankomst.^{23,27} Het hebben van een sociaal netwerk is dan ook cruciaal voor de start van hun nieuwe leven en het verwerken dan wel vergeten van wat zich eerder afspeelde.^{20,28,29}

Een sociaal netwerk is van belang voor de eigen ontwikkeling en om de materiële, sociale en emotionele behoeften die men heeft te bevredigen. Het bevordert het psychisch welbevinden bij mensen die geweldservaringen meemaakten.^{20,22,30} En het helpt wanneer men om hulp verlegen zit of zich zorgen maakt en het eigen probleemoplossend vermogen tekortschiet.

VOORBEREIDEN VAN DE NIEUWE LEEFGEMEENSCHAP

In British Columbia (Canada) loopt sinds 2009 *Operation Swaagatem*. In vier jaar tijd worden 5.000 Bhutanese vluchtelingen uit Nepal hervestigd in deze provincie. Lokale autoriteiten, ngo's, zorginstellingen, scholen, religieuze en vluchtelingenorganisaties hebben hun krachten gebundeld en informeren lokale bewoners voorafgaand aan de komst van een nieuwe groep. Men kwam op deze 'totale aanpak' na eerdere slechte ervaringen met negatieve aandacht in de pers over hervestigde vluchtelingen uit Burma.

Het Finse Rode Kruis startte in 2010 het *Spirit-project*. Ook bij dit project staan openheid en informatie naar dorpsbewoners toe centraal, in combinatie met het tegengaan van een negatieve instelling naar vluchtelingen toe. In dit geval zijn tevens vrijwilligers getraind die de vluchteling de eerste periode begeleiden en activiteiten opzetten die hen helpen bij de opbouw van een sociaal netwerk.

Uit: *Paving the Way. A Handbook on the Reception and Integration of Resettled Refugees*. ICMC, 2011.

Sociale contacten kunnen de hervestigde vluchteling helpen wegwijs te raken in de wirwar van voorzieningen in Nederland, hij krijgt een netwerk waar hij op kan terugvallen en daardoor de kans om te experimenteren met nieuw gedrag en sociale vaardigheden. De meeste vluchtelingen hebben bij aankomst in Nederland een klein sociaal netwerk en kunnen bij het maken van contact dan ook een steuntje in de rug gebruiken. Het is zinvol zo snel mogelijk na aankomst in de gemeente contactmogelijkheden te creëren. Hoe sneller, hoe beter in feite. In de beginperiode zijn vooral contacten met en ondersteuning van mensen uit de eigen *community* van groot belang.^{28,31} Zij weten immers uit eigen ervaring welke problemen men tegenkomt en hoe er mee om te gaan en/of welke wegen dienen te worden bewandeld. Personen uit de eigen gemeenschap kunnen als brug fungeren en de drempel verkleinen tussen het verleden en het heden, tussen hoe het voordien was en in Nederland zou kunnen worden.

Later heeft men ook behoefte aan contact met ingezetenen. Uit een driejarig Noors follow-up onderzoek blijkt dat, ongeacht of men traumatische ervaringen meemaakte, het hebben van Noorse vrienden naast het hebben van een baan voor de 240 hervestigde vluchtelingen die meededen aan het onderzoek het teken was dat men in goede gezondheid verkeerde.²⁹ De conclusie van de onderzoekers is dan ook dat als er psychologische hulp geboden wordt die vergezeld moet gaan van een bredere aanpak waarin het volgen van een opleiding, het hebben van werk en betekenisvolle relaties met derden mogelijk is.

Tijd is een krachtige heler ('Time is a powerful healer')

Zoals aangegeven zijn de gevoelens van veiligheid en zekerheid meteen na aankomst in Nederland nog broos. Tijd speelt hierbij een grote rol. Uit een aantal onderzoeken is op te maken dat vluchtelingen zich pas na verloop van tijd beter gaan voelen. Volgens prof. Beiser (2009) in Canada nemen de psychische klachten de eerste 10 tot 24 maanden eerst toe, om daarna af te nemen.²³ Uit het eerder aangehaalde overzicht van onderzoeken onder hervestigde vluchtelingen in zeven gastlanden blijkt dat vluchtelingen die geen extreem ernstige traumatisering doormaakten zich na vijf jaar psychisch beter voelen. De onderzoekers concluderen dan ook dat: 'in general, it seems that time is a powerful healer'.⁹ Een van de onderzoeken waar ze zich op hebben gebaseerd werd in Australië gedaan onder Vietnamese bootvluchtelingen. Uit dat onderzoek blijkt dat hun psychisch lijden ook te maken heeft met het aantal nare ervaringen. Vluchtelingen die minder dan drie traumatiserende ervaringen achter de rug hebben, hebben na vijf jaar even veel klachten als mensen die geen traumatiserende ervaring achter de rug hebben. Terwijl bij drie of meer traumatiserende ervaringen het voorkomen van psychisch lijden nog steeds hoog is 'maar wel over de tijd heen progressief afneemt'.²⁴ In een ander onderzoek over het gebruik van zorg door vluchtelingen in Canada vond men dat in het begin 80 procent van hen op zoek was naar hulp. Vier jaar later was dat percentage 66 procent; wat lager is dan onder de gehele Canadese

Activering, participatie en bewegen

Activering betekent 'dingen doen', participatie is 'samen dingen doen'. Bij beide gaat het in feite over betrokkenheid bij en deelname aan activiteiten en processen die invloed hebben op de eigen toekomst. Uiteindelijk gaat het er om dat men daadwerkelijk zelf actie onderneemt.³² Van belang is dat mensen door activering en participatie positief bijdragen aan hun omgeving, dat ze zich nuttig voelen, gewaardeerd worden en dat het afhankelijkheidsgevoelens bij hen vermindert. De meeste winst is te boeken indien de vluchteling de regie over zijn activiteiten in eigen hand heeft; en daarmee de leiding houdt over zijn leven. Tegelijk moet gekeken worden naar in hoever de individuele vluchteling daarbij ondersteund kan worden. We weten van vluchtelingen met PTSS-problematiek dat deze problemen van invloed zijn op de taalverwerving: hoe meer traumagerelateerde klachten iemand heeft, hoe meer stress hij ervaart bij het aanleren van een nieuwe taal.³³ De verwachtingen over en weer dienen dan ook regelmatig besproken te worden. In veel gevallen zijn heldere kaders en enige structuur aanbieden beter dan simpelweg aan de hervestigde vluchteling overlaten welke activiteiten gedurende de dag plaatsvinden. In de gesprekken met een vluchteling kan worden aangegeven dat activering, participatie en vooral beweging belangrijk zijn voor zijn psychosociaal welbevinden; de persoon zal zich dan fysiek sterker voelen, kan meer eigen initiatief tonen en is psychologisch minder kwetsbaar.³⁴ Zich fysiek inspannen vraagt om uithoudings- en incasseringsvermogen maar levert ook een hoop op: het stimuleert het zelfvertrouwen en verbetert de stemming.^{35, 36} Daarnaast bevordert samen sporten en creatief of anderzijds actief bezig zijn de aansluiting met de directe omgeving (denk aan fietstochten maken of leren schaatsen in de winter). Samen met anderen actief bezig zijn helpt de vluchteling behalve op psychologisch gebied ook bij het leren van de Nederlandse taal en stimuleert mede daardoor het integratieproces.

ACTIVERING EN PARTICIPATIE IN SHEFFIELD (GROOT-BRITANNIË)

Het Verenigd Koninkrijk ontvangt elk jaar 750 hervestigde vluchtelingen. Zij worden opgevangen in een van de drie programma's die speciaal voor deze groep zijn opgezet (de *UK Gateway* programma's). Het Sheffield-programma is er een van. Gedurende het eerste jaar worden de hervestigde vluchtelingen stap voor stap begeleid naar zelfstandigheid. Samen met een begeleider maakt de vluchteling een Personal Integration Plan (PIP). Hierin wordt aangegeven wat de verwachtingen en wensen zijn, waar men naartoe wil groeien, en waar men hulp bij nodig denkt te hebben in dat eerste jaar. Op de universiteit en hogeschool van Sheffield worden 'maatjes' geworven die met de vluchteling recreatieve activiteiten bezoeken – ondertussen Engels pratend. Ook gaan nieuwkomer en begeleider op bezoek bij vluchtelingen uit de eigen gemeenschap en worden bijeenkomsten georganiseerd voor die gemeenschap zodat vluchtelingen elkaar gemakkelijk weten te vinden.

De Refugee Council in Sheffield ondersteunt en begeleidt de hervestigde vluchtelingen ook bij het opzetten van sportactiviteiten, een vrouwensteungroep en andere zaken die enerzijds de integratie bevorderen en anderzijds de samenhang en onderlinge steun binnen de gemeenschap versterken. Speciale aandacht is er voor de kinderen en voor getraumatiseerde vluchtelingen. Zo is er voor die laatsten de mogelijkheid om deel te nemen aan het Greenfingers-project, een tuinproject waarbij vooral psychisch kwetsbare vluchtelingen samen met anderen, waaronder dorpelingen, het land leren bewerken en daardoor afleiding vinden.

Uit: *Welcome to Sheffield. Reflexions on 8 years experience of receiving resettled refugees at local level* (2011), Sheffield City Council & ICMC.

Tot slot: voor veel zieke mensen is het vasthouden aan een positief zelfbeeld moeilijk. Ze beseffen dat zij een sociaal en/of psychisch probleem hebben. Twijfel, schuldgevoelens en schaamte maken dat de hervestigde vluchteling huiverig kan staan ten opzichte van activiteiten in het bijzijn van anderen. Een gesprek aangaan over zaken waar men tegenop ziet, over het belang van goede zelfzorg of over hoe de omgangsvormen zijn in Nederland kan de drempel enigszins verlagen. Het uitgangspunt is dat heldere uitleg en betrouwbare informatie houvast kunnen geven. Het hebben van een luisterend oor creëert een vertrouwensbasis en meer wederzijds begrip. Terwijl het geven van informatie en uitleg over waar men mee zit iemand kan opluchten of stimuleren, waardoor ook de motivatie om zich te houden aan eerder gemaakte afspraken groter wordt.

Literatuur

- 1 Aspinall, P. & Watters, C. (2010). *Refugees and asylum seekers. A review from an equality and human rights perspective*. Manchester: Equality and Human Rights Commission.
- 2 Straimer, C. (2010). *Vulnerable or invisible? Asylum seekers with disabilities in Europe*. Geneva: UNHCR.
- 3 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.
- 4 Bassant, J. & Roos, S. de (2010). *Methoden voor sociaal-pedagogisch hulpverleners*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- 5 Bartels, A. (2001). *Het sociale-competentiemodel en de kinder- en jeugdpsychotherapie. Ontstaan, betekenis, stand van zaken en toekomst*. Amsterdam: Paedologisch Instituut.
- 6 Gerritsen, A., Ploeg, H. van der, Devillé, W. & Lamkaddem, M. (2005). *Gevlucht-Gezond?. Een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland*. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/VUmc.
- 7 Dourleijn, E. & Dagevos, J. (2011). *Vluchtelingengroepen in Nederland. Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten*. Den Haag: SCP.
- 8 Tiong, A., Patel, M., Gardiner, J., Ryan, R., Linton, K., Walker, K., Scopel, J. & Biggs, B. (2006). Health issues in newly arrived African refugees attending general practice clinics in Melbourne. *Medical Journal Australia* 185(11-12), 602-606.
- 9 Murray, K., Davidson, G. & Schweitzer, R. (2008). *Psychological Wellbeing of Refugees Resettling in Australia. A literature Review prepared for the Australian Psychological Society*.
- 10 Hugman, R., Bartolomei, L. & Pittaway, E. (2004). It is part of your life until you die: Older refugees in Australia. *Australasian Journal of Ageing* 23 (3), 147-149.
- 11 Bruinsma, K., Kock, H., Ruuk, N. de & Tenhaeff, C. (2004). *Meer weten? Achtergrond informatie over Activeren en gezondheid van vluchtelingen*. Utrecht: Pharos/NIZW.
- 12 Goffman, E. (1998). *Totale Instituties*. Baarn: HB Uitgevers.
- 13 Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P. & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress* 12 (3), 421-435.
- 14 Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 294 (5), 602-612.
- 15 Eisenbruch, M. (1990). The cultural bereavement interview: a new clinical research approach for refugees. *Psychiatric Clinics North America* 13 (4), 715-735.
- 16 Guiaux, M., Uiters, A., Wubs, H. & Beenackers, E. (2008). *Uitgenodigde vluchtelingen. Beleid en de maatschappelijke positie in nationaal en internationaal perspectief*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers/WODC.
- 17 Miller, K., Weine, S., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z., Smajkic, A. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress* 15 (5), 377-387.
- 18 Mollica, R., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic, I. & Massagli, M. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association* 286 (5), 546-554.
- 19 Morris, M., Popper, S., Rodwell, T., Brodine, S. & Brouwer, K. (2009). Healthcare Barriers of Refugees Post-Resettlement. *Journal Community Health* 34 (6), 529-538.
- 20 Colic-Peisker, V. (2009). Visibility, settlement success and life satisfaction in three refugee communities in Australia. *Ethnicities* 9 (2), 175-199.
- 21 Aragona, M., Pucci, D., Carrer, S., Catino, E., Tomaselli, A., Colosimo, F., Lafuente, M., Mazzetti, M., Maisano, B. & Geraci, S. (2011). The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Annali dell'Istituto superiore di sanità* 47 (2), 207-213.
- 22 Herman, J. (1996). *Trauma en Herstel. De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- 23 Beiser, M. (2009). Resettling Refugees and Safeguarding their Mental Health: Lessons learned from the Canadian Refugee Resettlement Project. *Transcultural Psychiatry* 46 (4), 539-583.
- 24 Steel, Z., Silove, D., Phan, T. & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *The Lancet* 360 (9339), p. 1060.
- 25 McKeary, M. (2010). Barriers to Care: The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. *Journal of Refugee Studies* 23 (4), 524-538.
- 26 UNHCR (2002). *Refugee Resettlement, An International Handbook to Guide Reception and Integration*, Ch. 2.3, p.77.
- 27 Rousseau, C., Pottie, K., Thombs, B., Munoz, M. & Jurcik, T. (2011). Post traumatic stress disorder: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. Appendix (11) in: K. Pottie, C. Greenaway et.al. (2011), Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). *Canadian Medical Association Journal* 183 (12), E824-E925. Gedownload op 14 september 2012 vanaf www.cmaj.ca/content/183/12/E824/suppl/DC1
- 28 Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z. & Lacherez, P. (2006). Trauma, Post-migration Living Difficulties, and Social Support as Predictors of Psychological Adjustment in Resettled Sudanese Refugees. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40 (2), 179-187.
- 29 Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106 (6), 415-425.
- 30 Gorst-Unsworth, C. & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared to social factors in exile. *British Journal of Psychiatry* 172, 90-94.
- 31 ICMC (2011). *Paving the Way. A Handbook on the Reception and Integration of Resettled Refugees*. Brussel: Crossmark.
- 32 Eklund, L. (1999). *From citizen participation towards community empowerment. An analysis on health promotion from citizen perspective*. Academic dissertation, University of Tampere, Finland.
- 33 Söndergaard, H. & Theorell, T. (2004). Language acquisition in relation to cumulative Posttraumatic Stress Disorder symptom load over time in a sample of resettled refugees. *Psychotherapy and Psychosomatics* (73), 320-323.
- 34 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 publicatie.
- 35 Hassmen, P., Koivula, N. & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine* 30 (1), 17-25.
- 36 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.

BIJLAGE 5

Participatie en gezondheidsbevordering van hervestigde vluchtelingen in de gemeente

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel, de Wmo en andere voorzieningen heeft de gemeente meer dan voorheen de taak regie te voeren over wat binnen haar grenzen aan participatieve, gezondheid bevorderende activiteiten plaatsvindt. 'Gemeenten worden geacht burgers met beperkingen in staat te stellen om medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan'.¹ De uitvoering van op participatie, activering en gezondheid gerichte activiteiten voor hervestigde vluchtelingen ligt dus ook op het bord van de gemeente. Gelukkig hoeft het wiel niet opnieuw te worden uitgevonden. Er bestaan (preventie)programma's en activiteiten die de gezondheid en zelfredzaamheid bevorderen en tegelijk het sociale steunsysteem versterken. Onderstaand passeren drie van zulke activiteiten de revue.

BigMove

Het ggz-programma BigMove helpt mensen die kampen met psychische aandoeningen in combinatie met lichamelijke klachten. De complexe problematiek waar deze mensen mee worstelen, brengt hen geregeld bij de huisarts. Maar ze hebben meer begeleiding nodig en zijn gebaat bij een integrale aanpak van zowel psychische, somatische als sociale problemen.

Met als doel 'bewegen helpt' bij het overwinnen van lichamelijke en geestelijke problemen komt een groep een half jaar lang wekelijks bij elkaar. Er is ondersteuning door speciaal hiervoor opgeleide professionals. Een psycholoog helpt door gesprekken te voeren over het kiezen en bereiken van doelen; de huisarts beoordeelt of de activiteiten geschikt zijn en houdt contact over de voortgang en de BigMove-begeleiders coachen, motiveren en inspireren tijdens de groepssessies. De verwijzing vindt plaats via de huisarts of specialist.

Tussen 2003 en 2011 hebben circa 2500 deelnemers het BigMove-programma doorlopen in circa 170 groepen in heel Nederland, met onder meer de volgende resultaten:

- Deelnemers komen met plezier en hebben plezier tijdens de bijeenkomsten.
- Meer dan 50 procent van de deelnemers voelt zich gezonder en gaat anders om met zijn gezondheid.
- 45 procent van de deelnemers is blijvend in beweging.
- Meer dan 50 procent van de deelnemers is 2 of meer kilo afgevallen.
- Meer dan 70 procent van de deelnemers onderhoudt na het programma sociale contacten met elkaar (www.bigmove.nu/resultaten).

Ook zijn er steeds meer hardloopgroepen die therapeutisch worden ingezet voor mensen met psychische klachten. Het non-verbale aspect daarvan kan juist migranten en vluchtelingen aanspreken.

Mind-Spring

Mind-Spring is een 'voor en door' interventieprogramma (peer-educatie) waarin opgeleide asielzoekers en vluchtelingen psycho-educatie en psychosociale ondersteuning geven aan groepen asielzoekers en vluchtelingen. De psycho-educatie en opvoedingsondersteuning worden gegeven in de eigen taal, en houden rekening met cultuur en gewoonten. De getrainde asielzoeker of vluchteling werkt samen met en wordt gecoacht door een hulpverlener uit de ggz. Beiden werken met het Mind-Spring trainingshandboek. Trainers en ggz-medewerkers volgen een opleidingstraject om zich de methodiek eigen te maken.

De psycho-educatiecursus richt zich op volwassen vluchtelingen die behoefte hebben aan psychosociale ondersteuning. Het is een cursus die mensen leert 'zichzelf te helpen'.

De opvoedingsondersteuning (Opgroeien binnen twee culturen) richt zich op vluchtelingenouders met kinderen. Doel van de opvoedingsondersteuning is het ondersteunen bij de opvoeding, voorkomen van kindermishandeling en het bespreken van de verschillen in opvoeden tussen Nederland en de eigen culturele achtergrond.

Mind-Spring loopt vanaf 2003 en wordt zowel op azc-locaties gegeven als in gemeenten. Het programma houdt zes tot acht bijeenkomsten in van telkens twee uur. Vluchtelingen worden aangespoord om zelf Mind-Springtrainer te worden.

Meer informatie: www.mind-spring.org

FLITS: Fit Leven en Integreren door Training en Sport

FLITS is een (groeps)programma met de nadruk op gezonder beweeg- en voedingsgedrag. Dit programma heeft als doelgroep mensen met gezondheidsproblemen en een ongezonde leefstijl. Het programma is bij uitstek geschikt voor migranten. Gezamenlijk werkt men aan het verbeteren van de conditie, verminderen van beperkingen in dagelijkse activiteiten, verhogen van de kwaliteit van leven en ervaren gezondheid, en verminderen van huisartsenbezoek. Er zijn veel samenwerkende partners: een zorgverzekeraar, (allochtone) sportclubs, diëtist, de fietsersbond en lokale welzijnsinstellingen. Het is daarmee een schoolvoorbeeld van een integrale benadering, waarbij samenwerking en onderlinge afstemming van alle betrokkenen van groot belang is.

Er is een programma voor vrouwen en een voor mannen, met voor beiden verschillende opdrachten, oefenvormen en manieren van patiënteneducatie. Participatie is een kerndoel van het FLITS-programma. Door zelfmanagement krijgt men grip op het eigen leven, leert men persoonlijke doelen te stellen en om te gaan met de eigen beperkingen. Zelfstandig opdrachten uitvoeren maakt dat men zich meer dan voorheen eigenaar voelt van een oplossing voor problemen waar men mee zit, wat een positief effect kan hebben op hoe men zich na het programma opstelt. Tijdens het programma wordt geleerd ook nadien zelfstandig door te gaan met gezonder leven, alleen of in kleine groepjes ('maatjes'-vorming).

Meer informatie: www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/f/15561

Literatuur

¹ Dorscheidt, E. & Heida, F. (2010). *Participatieladder: Meedoen gemeten*. Den Haag/Amersfoort/Utrecht: VNG/BMC/Stimulansz.

Korte uitleg bij de verschillende factoren

Bij de verschillende factoren wordt kort uitleg gegeven over de manier waarop en de mate waarin het als beschermend of belastend gezien moet worden voor iemands welzijn en gezondheid. Veel factoren kunnen zowel een beschermend als belastend effect hebben, afhankelijk van invulling ervan in een individueel geval.

1. Leeftijd

Leeftijd is een lastige factor. Enerzijds doen kinderen en jongeren het vaak beter op het gebied van integratie en gezondheid. Anderzijds hangt dit ook sterk af van de taken waar zij voor gesteld worden en de veiligheid in hun gezin. Zo lopen kinderen uit een gezin met ouders die psychische problemen hebben risico op eigen problemen. Ook alleenstaande jonge moeders hebben het vaak moeilijk met de opvoedingstaken. Voor oudere vluchtelingen is het vaak moeilijk om volwaardig te integreren in de Nederlandse samenleving. Dit kan in psychologische zin gecompenseerd worden door het hebben van kinderen die dit wel lukt.

2. Geslacht

Vrouwen lopen in een vluchtsituatie meer risico. Zij worden vaker slachtoffer van (seksueel) geweld. Voor mannen geldt dat ze vaker betrokken zijn bij oorlogs- of politiek geweld.

3. Opleiding

Hoe meer opleiding, hoe meer kans om snel de Nederlandse taal te leren en te kunnen integreren. De keerzijde is dat een hoge opleiding ook kan leiden tot frustraties over de barrières die er in Nederland zijn om opleiding en werk te krijgen op een vergelijkbaar niveau als voorheen. Een lage opleiding betekent vaak lage gezondheidsvaardigheden. Hierdoor worden geschreven teksten (voorlichtingsfolders) en medische termen niet begrepen. Inzicht over ziekte en gezond gedrag is dan lastig over te brengen.

4. Ontwikkeling

Een onbezorgde goede jeugd in een veilige gezinssituatie leidt tot een gezonde ontwikkeling. Een moeizame jeugd met verlies en mishandeling draagt bij aan kwetsbaarheid. Vluchtelingen die in kampen geboren zijn, hebben doorgaans een moeizame jeugd doorgebracht.

5. Gezondheid

Een chronische ziekte of handicap is een belastende factor. Het kan de gezondheid verder doen verslechteren. Een goede gezondheid beschermt en geeft mogelijkheden voor verdere ontwikkeling. Langdurig lichamelijke problemen hebben tast de psychische weerstand aan.

6. Religie

Religie kan beschermen als het gaat om zingeving, antwoorden op levensvragen en de geborgenheid van een gemeenschap. Maar het kan ook belastend uitpakken als afwijken van een norm leidt tot uitsluiting.

7. Wooneenheid

Het leven in gezinsverband heeft meestal een beschermend effect op individuen, mits de onderlinge relaties goed zijn. Een slecht functionerend gezinsverband is een belasting. Alleen wonen geeft een groter risico op eenzaamheid. Het als alleenstaande samen met anderen in groepsverband wonen kan zowel beschermend als bedreigend uitpakken. Dit is afhankelijk van de kwaliteit van de onderlinge relaties.

8. Verwachtingen

Het niet uitkomen van (irreële en te hoge) verwachtingen leidt tot frustratie en teleurstelling. Verwachtingen die haalbaar zijn leiden tot succeservaringen en werken beschermend. Reële verwachtingen, wanneer waargemaakt, stimuleren het werken aan andere, nieuwe mogelijkheden en verwachtingen.

9. Familie in Nederland

Vanwege het grote belang van de familieband geeft het hebben van familie in Nederland bescherming. Met de kanttekening dat dit alleen geldt als de onderlinge relaties goed en betekenisvol zijn. Familie kan ook belasten als het leidt tot strenge normen die bewegingen en mogelijkheden beperken. Indien het kerngezin compleet is, is het mogelijk om een nieuwe toekomst voor ogen te zien. Wanneer dat niet het geval

is, bestaat de mogelijkheid dat er veel energie gaat in het laten overkomen van de anderen (focus op de achterblijvers) en bestaat het risico dat het gezin niet met het hier en nu en de eigen ontwikkeling bezig is.

10. Geweldservaringen

Het hebben ondergaan van geweld is vaak belastend voor gezondheid en welzijn. De mate waarin dit effect optreedt, hangt af van de aanwezigheid van de ernst van het ondergaan geweld, van beschermende factoren en van de copingstijl van de desbetreffende persoon. In het algemeen zijn matige fysieke inspanning en creatieve taken beschermend, terwijl apathie, isolement en onverantwoord druggebruik belastend werken.

11. Verlieservaringen

Het verlies van dierbaren, maatschappelijke positie en bezittingen is belastend. Het niet hebben gehad van deze ervaringen beschermt in relatieve zin.

12. Verblijf in eerste opvangland

Een lang verblijf in het eerste opvangland, vaak in kampen of onder primitieve omstandigheden, geeft vaak stilstand in het leven van een hervestigde vluchteling en is daarmee belastend. Een relatief kort verblijf in een dergelijke situatie is beschermend.

13. Cultureel afstand tussen land van herkomst – Nederland

Als de culturele afstand tussen het land van herkomst van de hervestigde vluchteling en Nederland groot is, betekent dit dat het meer moeite kost om in Nederland te integreren. Dit kan een belastende factor zijn. Een geringere culturele afstand kan dit proces makkelijker maken en is daarmee beschermend. Uiteraard zijn persoonlijke karaktertrekken daarop van invloed.

14. Persoonlijkheidskenmerken

Migratie, zeker als het gedwongen migratie betreft, stelt hoge eisen aan de veerkracht en draagkracht van mensen. Deze krachten zijn deels ook persoonsgebonden. Dit is in dit kader een lastig vast te stellen factor. Toch voelt een begeleider vaak aan of een hervestigde vluchteling makkelijk zal integreren in Nederland of niet. Het kan dan gaan om zaken als flexibel, sociaal vaardig, nieuwsgierig en emotioneel stabiel zijn.

15. Uitplaatsing in gemeente (individueel/groepsgewijs)

Het groepsgewijs uitplaatsen van hervestigde vluchtelingen heeft meestal een beschermend effect op individuele vluchtelingen, door de mogelijkheid van sociale steun en onderlinge contacten. Individuele uitplaatsing zal eerder belastend zijn.

BIJLAGE 8

Protect vragenlijst voor signalering van posttraumatische klachten bij asielzoekers en vluchtelingen

Dit Protect signaleringsinstrument is ontwikkeld door een aantal organisaties in Bulgarije, Duitsland, Frankrijk, Hongarije en Nederland en gefinancierd door het Europees Vluchtelingen Fonds (ERF).¹ De vragenlijst is oorspronkelijk bedoeld om in een vroeg stadium asielzoekers op te sporen bij wie er aanwijzingen zijn dat zij psychisch kwetsbaar zijn door de gevolgen van ernstige en traumatische ervaringen. De Protect vragenlijst is ook goed bruikbaar in de begeleiding van hervestigde vluchtelingen, die meestal zeer vergelijkbare ervaringen hebben doorgemaakt als asielzoekers. De lijst kan worden gebruikt door begeleiders die geen achtergrond hebben als professional in de zorg.

Wanneer wordt de vragenlijst voorgelegd?

Als er aanwijzingen zijn of een aanleiding is om te denken aan psychische klachten.

Hoe de vragenlijst te gebruiken?

Introduceer de vragenlijst bij de vluchteling aan de hand van onderstaande voorbeeldtekst. Hiermee krijgt de vluchteling informatie over het gebruik van de vragenlijst. Het helpt om tot medewerking te motiveren.

Lees onderstaande tekst voor voordat je begint met het stellen van de vragen:

Geachte mevrouw, geachte heer,

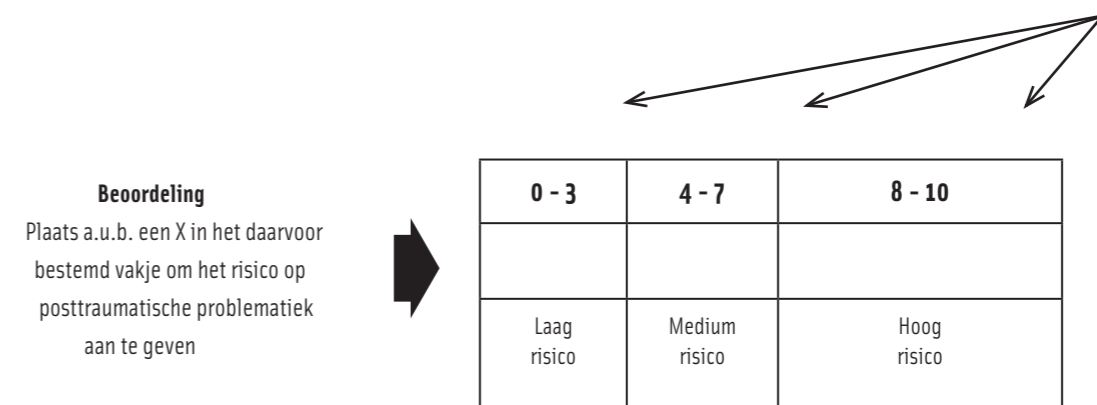
Deze vragenlijst is samengesteld door een team van gespecialiseerde professionals op medisch en juridisch terrein. Het stelt ons in staat om te praten over uw gezondheid.

Het doel van deze vragenlijst is u te helpen om meer aandacht te krijgen voor uw specifieke behoeften. Er zijn dan ook geen goede of slechte antwoorden op de vragen. Het is belangrijk dat u zo eerlijk en open mogelijk antwoord geeft.

Hou er bij de beantwoording van de vragen rekening mee dat het gaat om de ervaringen van de afgelopen weken.

Protect vragenlijst voor signalering van posttraumatische klachten bij asielzoekers en vluchtelingen

	VRAGEN 'Vaak' betekent: meer dan normaal en leed veroorzakend	JA	NEEN
1	Val je vaak moeilijk in slaap?		
2	Heb je vaak last van nachtmerries?		
3	Heb je vaak hoofdpijn?		
4	Heb je vaak last van lichamelijke pijnklachten?		
5	Word je snel en gemakkelijk boos?		
6	Denk je vaak terug aan pijnlijke ervaringen uit het verleden?		
7	Voel je je vaak bang of angstig?		
8	Vergeet je vaak gewone dagelijkse dingen?		
9	Valt je op dat je steeds minder interesse hebt in dingen?		
10	Heb je vaak moeite om je te concentreren?		
	Aantal antwoorden met 'JA' →		



In het geval van een 'medium' of 'hoog' risico is het nodig de vluchteling te verwijzen voor verder onderzoek, meestal naar de huisarts! Een 'laag risico' houdt niet in dat de vluchteling geen traumatische ervaringen meegemaakt heeft. De klachten kunnen zich later aandienen. Een herhaling van de signalering kan dan nodig zijn.

¹ Meer informatie over het Europees PROTECT-project is te vinden op www.pharos.nl > Projectenoverzicht.

Enkele observaties:

(bijvoorbeeld: de persoon huilt veel, reageert amper op vragen, lijkt met zijn gedachten afwezig te zijn)

Naam vluchteling:

Geboortedatum:

Land van herkomst:

Datum:

Naam begeleider:

De uitkomsten van deze Protect vragenlijst dienen met de vluchteling worden besproken.

Na het interview kan de vluchteling een kopie krijgen van de ingevulde vragenlijst om te gebruiken bij het vragen om professionele hulp.

Ik ben akkoord dat een kopie van dit document wordt gehouden door de begeleidende organisatie voor het doel van begeleiding en hulp.

(handtekening vluchteling)

Veel gestelde vragen (FAQ) over de Protect vragenlijst

Hieronder volgt een lijst met vragen en de bijbehorende antwoorden over het gebruik van de Protect vragenlijst.

1. Wat zijn de doelstellingen van de Protect vragenlijst?

- De vragenlijst is een hulpmiddel om vluchtelingen te signaleren die psychisch kwetsbaar zijn op basis van ondergane traumatische ervaringen (zoals verlies van dierbaren of psychologisch, lichamelijk of seksueel geweld inclusief martelingen en verkrachting).
- Het signaleren van psychische kwetsbaarheid kan helpen voorkomen dat zich ernstige psychische klachten ontwikkelen en bijkomende problemen ontstaan.
- De uitkomsten van de vragenlijst kan de noodzaak van verder hulp en verwijzing onderbouwen.

2. Bij wie kan de Protect vragenlijst worden afgenomen?

- Bij vluchtelingen met aanwijzingen voor (psychische) problematiek. Of in situaties waarbij er onduidelijkheid bestaat over de achtergrond van gedrag of problematiek van een vluchteling.

3. Kan de Protect vragenlijst worden gebruikt om kinderen te beoordelen?

- Nee, de Protect vragenlijst is ontwikkeld voor volwassenen. In sommige gevallen kan het gebruikt worden voor adolescenten van 17 en 18 jaar.

4. Hoe een vluchteling voor te bereiden op het afnemen van de Protect vragenlijst?

- De vluchteling dient voldoende uitleg over het doel van de vragenlijst te krijgen. Het is belangrijk de vluchteling te vertellen dat het invullen van de vragenlijst tot meer inzicht leidt in de gezondheid. De uitkomst kan het makkelijker maken om hulp te krijgen.
- Het is raadzaam om te benoemen dat het lastige vragen kunnen zijn omdat sommige vragen gaan over herinneringen uit het verleden.
- Een ondersteunende en begripvolle houding en erkenning van de ervaringen van de vluchteling is hierbij belangrijk.
- Als een vluchteling na de uitleg toch niet wil meewerken is het zaak dit te accepteren.

5. Mag je de Protect vragenlijst wel voorleggen aan een vluchteling?

- Ja. In principe is het spreken over iemands klachten en over hoe iemand zich voelt onderdeel van de begeleiding. Aan de hand van de vragenlijst gebeurt dit op een gestructureerde manier.
- De vragenlijst is ontwikkeld om ook door niet-medisch of niet-psychologisch geschoolde personen te worden afgenomen.
- De vragen die aan de orde komen zijn tamelijk intiem en raken per definitie een gevoelig en moeilijk onderwerp. Het is daarom belangrijk dat de vragensteller zich houdt aan de opzet van de vragenlijst en vooral niet in details treedt wat betreft de traumatische ervaringen. Dit helpt om de privacy van de betrokkene te respecteren en geen onnodige emoties op te roepen. Hierdoor kan de vluchteling controle houden.

6. Hoe staan vluchtelingen tegenover de Protect vragenlijst?

- Afhankelijk van de persoonlijke ervaringen, land van oorsprong en huidige psychische toestand, zijn sommige vragen wellicht lastig te beantwoorden. Veel vluchtelingen hebben moeite om over hun traumatische ervaringen te praten, en dus ook over klachten die daaraan gekoppeld zijn (zoals nachtmerries en herbelevingen). Ook kan het vragen naar psychische klachten schaamte, verdriet of wantrouwen oproepen.
- Mocht dit te veel het geval zijn, dan is het beter om niet dieper door te vragen om meer informatie te krijgen. Een verwijzing naar een professionele hulpverlener is dan aangewezen, mits de vluchteling dit ook wil.
- Tegelijk zorgt de vragenlijst ervoor dat de vluchteling zich meer bewust wordt van de eigen situatie. Het kan hem helpen een verband te zien tussen de verschillende symptomen, hun oorsprong en gevolgen. Hierdoor kunnen ook klachten die voor verwarring en onbegrip zorgen anders bekeken worden.

7. Kan het werken met de Protect vragenlijst belastend zijn voor een vluchteling?

- Het praten over gezondheid is in principe niet belastend. Dit geldt wel voor de relatie die de gezondheidsklachten kunnen hebben met ervaringen in het verleden.
- Het is belangrijk niet in details te treden over pijnlijke ervaring(en) uit het verleden.
- Het helpt om een neutrale houding te hebben en de inhoud van de vragenlijst als leidraad te houden. Dit geeft de vluchteling controle over de situatie.
- Het is belangrijk niet de rol van therapeut aan te nemen.

8. Wie kan de Protect vragenlijst afnemen?

- Personen betrokken bij de begeleiding van vluchtelingen kunnen de vragenlijst afnemen. Dit geldt zowel voor vrijwillige begeleiders van vluchtelingen als voor professionele begeleiders en hulpverleners, zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en artsen.

9. Kan de vluchteling de Protect vragenlijst zelf en alleen invullen?

- Nee, de begeleider moet de vluchteling door de vragenlijst heen leiden, al dan niet met behulp van een tolk. De vragenlijst is niet bedoeld om aan de vluchteling te geven voor zelfstandige invulling. Bovendien zijn de observaties tijdens het gesprek van belang om vast te leggen bij de vragenlijst.

10. Wat wordt er precies bedoeld met het woord 'vaak' dat in de meeste vragen voorkomt?

- Het betekent dat de gebeurtenis vaker voorkomt dan door de betrokkene als gebruikelijk wordt ervaren, en daarmee bijdraagt aan zijn situatie.

11. Wat is de bedoeling van het vakje 'Enkele observaties'?

- In dit vakje kan de begeleider observaties en opmerkingen noteren die het vermelden waard zijn. Hierbij is het van belang de observaties zo feitelijk mogelijk weer te geven. Ze kunnen van nut zijn voor de professionele zorgverleners die de zaak later zullen bekijken. Enkele voorbeelden:
 - Het gedrag van de vluchteling: *huilt veel, vertoont geen emotie, zit onrustig te wiebelen, reageert geprikkeld, reageert niet, lijkt met zijn gedachten afwezig te zijn* enzovoort.
 - Problemen met de vragen: wijze van formuleren, vaag, moeilijk te begrijpen, vertaalprobleem enzovoort.
 - Bijzondere omstandigheden waaronder de vragenlijst is afgenomen: vertraging na aankomst, tweede keer afname enzovoort.

12. Wat te doen als het afnemen van de Protect vragenlijst leidt tot een heftige reactie?

- De voornaamste regel is rustig en beheerst te blijven. Dit kan op zichzelf al een kalmerend effect hebben.
- Ten tweede is het belangrijk om een respectvolle en invoelende houding aan te nemen, en te vragen hoe je de vluchteling kunt helpen (bijvoorbeeld door een glaasje water te halen, te zeggen dat de betrokkene nog even in de kamer mag blijven zodat hij zich kan herpakken, een familielid erbij te roepen, even een pauze in te lassen enzovoort).

13. Leidt de Protect vragenlijst tot een diagnose?

- Nee, de vragenlijst geeft alleen een vermoeden van de mate van psychische kwetsbaarheid (laag, medium of hoog). Dit houdt in dat er bij verhoogde kwetsbaarheid verder onderzoek nodig is door een daartoe gekwalificeerde professional, zoals een huisarts. Dit onderzoek zal zich richten op de ernst van de klachten en de mogelijkheid voor behandeling. Leidend hierbij zijn de wensen van de vluchteling zelf.

14. Wat te doen met een medium of hoge uitkomst van de Protect vragenlijst?

- In dat geval is een verwijzing van de vluchteling nodig, zodat nader onderzoek gedaan kan worden naar de gezondheidstoestand, de eventuele mate van traumatisering en de behandelopties. De huisarts is de eerst aangewezen hiervoor.
- In sommige gevallen kan bij een medium score nog afgewacht worden als het idee bestaat dat iemand zelf voldoende kracht heeft om klachten te hanteren. Dan kan de vragenlijst enige tijd later nog eens worden afgenomen om te kijken of de situatie is veranderd.
- Onderzoek en therapeutische behandeling kunnen niet worden geforceerd. Dit kan de vluchteling alleen worden aangeboden. Hij heeft het recht om zelf te beslissen om een verwijzing te accepteren of niet. Sommige vluchtelingen zijn veerkrachtig genoeg of maken gebruik van andere bronnen (familie, religie, gemeenschap, burens, buurt enzovoort) om hun problemen te overwinnen. Het is belangrijk de specifieke behoefte van de betreffende persoon te begrijpen en een passend advies of een goede verwijzing voor te stellen. Een universele oplossing bestaat niet.

15. Wat te doen met een 'lage' score op de Protect vragenlijst?

- Een lage score betekent dat er op dit moment weinig tekenen zijn van psychische kwetsbaarheid. Het is echter goed je te realiseren dat in sommige gevallen de psychische effecten van een heftige ervaring pas na verloop van tijd naar boven komen. Daarbij speelt schaamte van de vluchteling vaak een rol, zowel over de ervaring zelf als over de symptomen.

16. Hoe een vluchteling te motiveren voor 'hulpverlening' of 'therapie'?

- Vaak zijn vluchtelingen niet bekend met hulpverlening voor psychische problemen. Deze onbekendheid, samen met een negatieve associatie (bang voor 'gek' uitgemaakt te worden), kan bijdragen aan een afhouden van hulp op dit gebied.
- Het is belangrijk om goed op je woordkeus te letten. Zinspelen op een psychische of psychiatrische ziekte kan veel weerstand opleveren.
- Als begeleider kun je benadrukken dat hulp zoeken kan helpen om de klachten te verlichten, ook als de vluchteling het nu lastig vindt om te praten over wat er is gebeurd.
- Het kan nuttig zijn om uit te leggen dat er een verband bestaat tussen een traumatische ervaring en de daarop volgende klachten. Hierdoor kan de vluchteling de klachten beter begrijpen en het helpt hem om een weg voor zich te zien waarop herstel mogelijk is.
- Een vluchteling met psychische klachten moet weten dat er altijd een mogelijkheid bestaat om later in behandeling te gaan en dat hij zelf mag besluiten wanneer het moment is aangebroken waarop een behandeling gewenst is.
- Het kan goed zijn om uit te leggen dat praten over pijnlijke zaken vooral in het begin moeilijk kan zijn omdat het allerlei zaken oprakelt. Dit wordt meestal na enige tijd behandeling minder.
- Het is belangrijk om de privacy van de vluchteling te respecteren, evenals het recht om te zwijgen. Leg niet te veel druk op wat hij zou moeten doen. Respecteer het herstelproces dat de betrokkene voor zichzelf kiest.

17. Is de Protect vragenlijst ook in andere talen beschikbaar?

- Ja, de vragenlijst bestaat in meerdere taalversies en is te vinden op www.protect-able.eu. De vragenlijst is er in de volgende talen:

Albanees, Arabisch, Bulgaars, Duits, Engels, Ethiopisch (Oromo), Farsi, Frans, Hongaars, Nederlands, Spaans, Pools, Russisch, Servo-Kroatisch, Somalisch.

De verwachting is dat het aantal vertaalde vragenlijsten in de loop der tijd toeneemt. Het is belangrijk dat de begeleider en de vluchteling de gekozen taal beiden (met of zonder hulp van een tolk) verstaan. De vragenlijst kan zowel in het Nederlands als in de taal van de vluchteling worden afgenomen. Invulling gebeurt dan in het Nederlands.

BIJLAGE 9

Materialen en gedeelde ervaringen

Brochures over psychische klachten

Pharos heeft materialen zoals publicaties, werkmethode en folders ontwikkeld over (omgaan met) psychische klachten en over de ggz in Nederland. Vaak bedoeld voor asielzoekers of migranten in het algemeen, maar ook bruikbaar voor (de begeleiding van) hervestigde vluchtelingen.

Brochures met informatie over hoe een vluchteling kan omgaan met psychische problemen – waarover sprake is in hoofdstuk 3 – zijn in verschillende talen gratis beschikbaar.

De thema's van deze brochures zijn:

1. Als u last heeft van concentratieproblemen, nachtmerries, angst of somberheid
2. Langdurige stressklachten en wat u eraan kunt doen
3. Waar kunt u hulp vinden voor uw psychische klachten?

Deze brochures zijn in het Engels, Frans, Arabisch, Farsi, Sorani en Somalisch te downloaden via: www.pharos.nl > Asielzoekers en vluchtelingen > Publicaties, rapporten, presentaties.

Via www.pharos.nl > Publicaties, kom je bij de webshop. Na in het venster Onderwerp (links) 'geestelijke gezondheid' te typen, zie je het aanbod van deze en andere publicaties die, al of niet tegen betaling, beschikbaar zijn.

Informatie, kennis en ervaringen over hervestigde vluchtelingen (Engelstalig)

- Het UNHCR-boek *Refugee Resettlement: An International Handbook to Guide Reception and Integration* (2011) geeft informatie over verschillende aspecten die te maken hebben met hervestiging. Hoofdstukken 2 en 3 (Part 2 & 3) behandelen de eerste opvang, oriëntatie, begeleiding, integratie en hulpverlening.
Download: www.unhcr.org/4a2cfe336.html
- De ICMC (International Catholic Migration Commission) werkt al lang met hervestigde vluchtelingen. Er zijn bruikbare documenten te downloaden vanaf de website. Relevante publicaties zijn *Paving the Way. A Handbook on the reception and integration of resettled refugees* (2011) en *Welcome to Sheffield*, het rapport over acht jaar ervaringen met de opvang van hervestigde vluchtelingen in de Sheffield-regio (Groot-Brittannië).
Download: www.icmc.net > Resources > Publications and research
- Het digitale SHARE-netwerk biedt mogelijkheden voor online dialoog en uitwisseling van praktijkervaringen. SHARE is een Europees netwerk van begeleiders van hervestigde vluchtelingen die werkzaam zijn in steden en dorpen. Op de website is informatie te vinden over speciale programma's die in Europese landen ontwikkeld worden voor hervestigde vluchtelingen.
Website: www.resettlement.eu/page/share-project
- Via het sociale netwerk LinkedIn kan men contact maken met collega's, wijkcoaches, professionals en ambtenaren uit Nederland en Europa. Praktische tips alsook nieuwe initiatieven en hun resultaten met betrekking tot vestiging, werk, sociale contacten, integratie en zorg worden gedeeld en becommentarieerd in enkele gespecialiseerde LinkedIn-groepen. Na aanmelding als lid van LinkedIn (via www.linkedin.com of de App) kun je lid worden van onder andere de volgende groepen:
 - The EU Resettlement Practitioners Network
 - Inburgering, integratie en participatie

Online documenten en informatie over activering en participatie

- Hervestigde vluchtelingen hebben als kwetsbare groep recht op de gemeentelijke voorzieningen (Wmo, Wpb) op het terrein van gezondheidsbevordering (bijvoorbeeld depressie, overgewicht, roken). Het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl) van het Centrum Gezond Leven (CGL) biedt een overzicht van bruikbare interventies met betrekking tot volksgezondheid, welzijn en zorg in wijken, dorpen en steden.
Via www.loketgezondleven.nl > Interventies > Interventiedatabase > Zoeken in I-database komt men bij het keuzemenu van de interventie-database. Bij de keuze Doelgroep (links) vinkt u 'Andere nieuwe Nederlanders' aan. Meer keuzes (geslacht, thema, leeftijd, etc.) kunnen indien gewenst daarna gedaan worden.
- FORUM maakte in 2010 de brochure *Betrokkenheid loont. Handreiking voor het verhogen van de participatie van nieuwe Nederlanders*. Participatieprojecten verlopen via fases (werving en contact leggen; keuzes maken; de uitvoeringfase, terugkijken). In het document worden per fase voorbeelden, vuistregels en tips aangereikt.
Download: www.forum.nl/BetrokkenheidLoont
- *Taal en participatie in de wijk. Handreiking voor gemeenten*. Deze publicatie van de Rijksoverheid gaat over hoe migranten stapsgewijs zijn aan te sporen om de Nederlandse taal te leren. Bruikbaar bij onderbouwing van een eigen activiteit.
Download: www.rijksoverheid.nl > Documenten en publicaties (zoek op 'Instrument stakeholderanalyse')
- *Handreiking participatie allochtonen in gezondheidsbevordering*. Deze handleiding van het NIGZ (2011) biedt concrete stappen, tips, adviezen en voorbeelden voor professionals in de gezondheidsbevordering, die aan de slag willen met participatie.
Download: www.nigz-toolkits.nl

Dit is een uitgave van VluchtelingenWerk Nederland, november 2012,
in het kader van het project 'uitgenodigde vluchtelingen' april 2011-december 2012

Vormgeving: Pleuni Hooghiemstra
Foto cover: Goedele Monnens