



MARIEKE SCHOUTEN EN SIMONE DE LA RIE

*Psychosociale zorg voor vluchtelingen*

# Veerkracht en vertrouwen



*Vluchtelingen worden opgevangen in de sporthal van de Erasmus Universiteit in Rotterdam, september 2015. Studenten hebben de vluchtelingen getrakteerd op eten in de kantine (Frank de Roo/HH).*

**Veel vluchtelingen die in 2015 en 2016 naar Nederland zijn gekomen hebben een risicovolle reis achter de rug en komen uit oorlogsgebieden. Hoewel de meeste vluchtelingen veerkrachtig zijn en in staat blijken om hun leven weer op te bouwen, is voor een aantal van hen psychosociale ondersteuning wenselijk. Hoe kunnen we volwassenen en kinderen die als vluchteling naar Nederland komen zo goed mogelijk begeleiden in hun psychosociale behoeften?**

In opdracht van ZonMW heeft Arq Psychotrauma Expert Groep in het voorjaar van 2016 een inventarisatie gedaan van het aanbod van Psychosociale Hulpverlening (PSH) in noodopvang, AZCs en gemeenten. Voor deze studie is met tal van organisaties gesproken, zoals het COA, VluchtelingenWerk Nederland, het Rode Kruis, Stichting de Vrolijkheid, Stichting Pharos, War Child en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Het conceptrapport is tijdens een invitational conference bij ZonMw besproken. Wat deze studie vooral zichtbaar maakt, is hoeveel er door vrijwilligers en professionals reeds in gang is gezet om zo goed mogelijk psychosociale hulp te bieden aan vluchtelingen en asielzoekers<sup>1</sup>. Dat is een hoopgevend signaal van veerkracht en betrokkenheid in de Nederlandse samenleving. Echter, het PSH-aanbod is gefragmenteerd en er vindt geen structurele monitoring van kwaliteit plaats: onderlinge afstemming en coördinatie, en wetenschappelijke onderbouwing van het PSH aanbod is wenselijk.

‘Voor veel asielzoekers en vluchtelingen is het al heel belangrijk dat er iemand is die naar hen luistert, iemand bij wie ze hun verhaal kwijt kunnen. Iemand die niet na de derde keer zegt “Joh ... positief denken, ga lekker sporten dat leidt wel af ...”.

Veel asielzoekers en vluchtelingen hebben hele akelige ervaringen achter de rug, niet iedereen heeft daar professionele hulp bij nodig. Wat goed werkt is dat vrijwilligers er voor die mensen die dat nodig hebben zijn én dat zij de weg kennen in ggz-land en daardoor duidelijk kunnen maken wat in een aantal gevallen de meerwaarde kan zijn van een volgende stap zetten in het zoeken naar hulp.’ (respondent interview, mei 2016)

### **Veerkracht en vertrouwen: bouwen aan sociaal kapitaal**

In de inventarisatie van de PSH-programma's is gekeken op welke wijze de veerkracht en het vertrouwen van mensen kan worden versterkt, waardoor het sociaal kapitaal wordt opgebouwd. Het begrip sociaal kapitaal betreft maatschappelijke netwerken die zich kenmerken door onderling verbondenheid, wederkerigheid, burgerschap en vertrouwen in de gemeenschap. Er bestaat een wetenschappelijk aangetoonde relatie tussen sociaal kapitaal en diverse gezondheidsparameters enerzijds en economisch potentieel anderzijds. Hoewel slechts gedeeltelijk aangetoond, ligt ook een relatie tussen sociaal kapitaal en mentaal welzijn voor de hand, vooral via sociale steun en participatie<sup>2</sup>. Sociaal kapitaal bouwt op veerkracht van individuen en groepen, en kan als leidraad

gebruikt worden om te beslissen welk aanbod het meest wenselijk en nodig is. Veel van de PSH programma's blijken hier impliciet dan wel expliciet aandacht aan te besteden.

De Gemeente Breda is gestart met de aanpak 'Integratie door wijkparticipatie', waarin vijftien organisaties samenwerken op het gebied van gezondheid, taal, onderwijs en begeleiding naar werk. Door het verbinden van zorg, onderwijs, integratie, arbeid en wonen wordt het sociaal kapitaal van de vluchteling versterkt, er worden immers mogelijkheden gecreëerd om nieuwe verbindingen aan te gaan. Daarnaast wordt ook het sociaal kapitaal van andere inwoners verbonden met dat van de vluchteling, hierdoor wordt wederzijdse integratie bevorderd. Hierdoor wordt het ook mogelijk om inzicht te krijgen in gezondheid-gerelateerde behoeften van vluchtelingen.

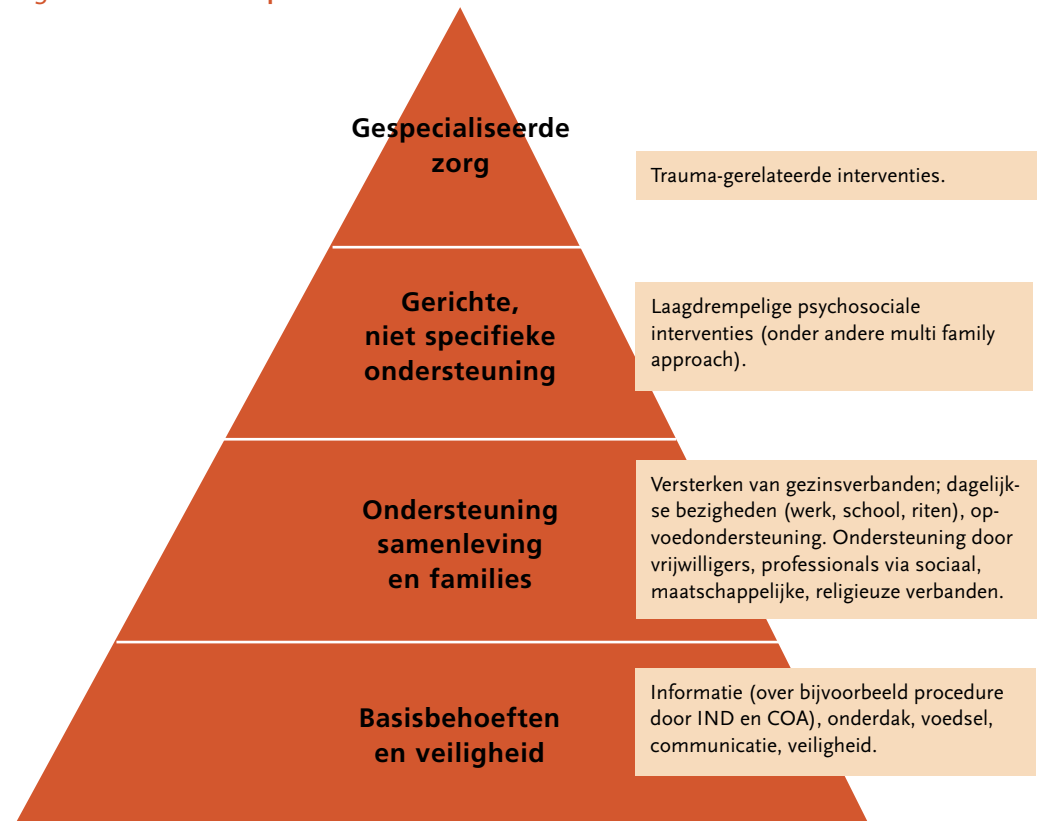
**Het aanbod van psychosociale hulp**

Vluchtelingen hebben verschillende zorgvragen, al naar gelang hun eigen verhaal en geschiedenis. Om relevante en goede PSH beschikbaar te stellen is het van belang om verschillende niveaus van zorg en interventies te hebben, die complementair zijn aan elkaar, gelijktijdig beschikbaar zijn, en die inspelen op verschillende type zorgvragen onderscheiden in aard en ernst. De zogenaamde interventiepiramide biedt een model voor de ordening van met elkaar verbonden PSH activiteiten die ten doel hebben de psychische gezondheid te bevorderen. In deze piramide

vormen basisbehoeften en veiligheid de eerste laag van de piramide, de top wordt gevormd door gespecialiseerde diensten (bijvoorbeeld traumagerichte therapie). Deze piramide wordt veel gebruikt bij de organisatie van psychosociale ondersteuning en zorg in crisis-situaties (figuur 1)<sup>3</sup> en wordt ook in public health gehanteerd en is bruikbaar voor zowel *stepped care* als *matched*

*care*. Bij *stepped care* is de zorg zo georganiseerd dat je niet meer doet dan nodig. Met zo min mogelijk middelen probeert een hulpverlener dan een zo groot mogelijke verbetering te bereiken. Je biedt pas meer aan, als het oorspronkelijke aanbod niet aanslaat. Bij *matched care* stemt de hulpverlener het aanbod af op de complexiteit en behoeften van de betreffende persoon.

**Figuur 1 Interventie piramide**



Er gebeurt veel als het gaat om PSH op verschillende lagen van de piramide, zowel preventief als curatief, in de noodopvang, AZCs en in gemeenten waar vluchtelingen gaan wonen; door professionals en door veel vrijwilligers. Vanuit de (in)formele contacten die vrijwilligers en professionals met vluchtelingen hebben, kan een sterk preventieve werking uitgaan. Het draagt bij aan de betekenisgeving en geeft mensen mogelijkheden om nieuwe sociale verbanden aan te gaan en zo ook hun eigen sociaal kapitaal te versterken (zie het voorbeeld van de gemeente Breda).

Er is grote variatie in het lokale PSH-aanbod en er is niet altijd voldoende inzicht in de kwaliteit van de PSH-programma's of de mensen die het uitvoeren, dit wordt niet structureel gemonitord. De respondenten in het onderzoek geven aan dat er behoefte is aan een heldere visie of 'code of good practice' hoe om te gaan met psychische problemen van vluchtelingen en aan welke kwaliteitseisen PSH-programma's moeten voldoen. Er is een kloof tussen de bestaande wetenschappelijke kennis in de vakliteratuur en wat bekend is bij de hulpverleners in het veld.

Om te komen tot een *stepped of matched care model* tijdens de verschillende stadia van verblijf van de vluchteling, kunnen gemeenten in samenwerking met de GGD en andere ketenpartners hun aandeel in preventieve en curatieve zorg verder ontwikkelen met daarbij aandacht voor risicogroepen zoals kinderen, pubers, alleenstaande moeders en na-reizigers. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het bevorderen van de samenhang binnen de publieke

gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg. De samenhang binnen de psychosociale preventie en zorg voor vergunninghouders die in de gemeente wonen en niet meer onder de COA-opvang vallen, vallen hier ook onder.

Gemeenten zouden ook de sociale wijkteams kunnen equiperen in hun preventieve- en signaleringstaken van psychosociale problematiek van vluchtelingen die zijn gevestigd in de gemeente. Verbetering van de mogelijkheden van signalering en screening kan bijdragen aan het bieden van PSH en verwijzing waar dat nodig is. Vluchtelingen kunnen diverse verhuizingen doormaken voordat ze zich vestigen. Een eenduidige manier van informatieoverdracht en borging van continuïteit in zorg is noodzakelijk, vanaf de noodopvang, AZC naar de zorg in gemeenten, wat vooral voor kinderen en kwetsbare mensen belangrijk is. Een dossier dat de vluchteling ook kan mede-beheren en regie op heeft, kan de continuïteit van zorg verbeteren.

'Er zijn heel veel tekorten. Kennis is niet goed te zien in de praktijk, scholen roepen om kennis op het gebied van begeleiding van getraumatiseerde kinderen, dat geldt ook voor COA. Online zijn wel initiatieven maar in de praktijk is de betekenis niet helemaal helder, dat kan veel beter. De aansluiting met gezondheidszorg kan beter. Hier lopen veel kinderen en jongeren rond die behoefte hebben aan veel meer aandacht en behandeling, die kloppen aan bij

zorgprofessionals en krijgen paracetamol. Ze krijgen niet wat zij nodig hebben. Het heeft ook te maken met culturele verschillen: *hoofdpijn ... neem een paracetamol*, maar er zit meer achter, ze voelen zich niet gezien of gehoord. Het merendeel van bewoners kampt hier mee. Komt dat door hun verwachtingen? Of kijken wij er anders naar qua cultuur? Geen behandeling nodig? Waar zit dat dan in dat zij zich niet gehoord voelen?' (respondent werkzaam voor AZC, mei 2016)

### Het aanbod van psychosociale hulp voor kinderen

De versnippering in het zorgaanbod geldt zeker ook voor kinderen. Zij krijgen steeds nieuwe mensen om zich heen, vluchtelingen(kinderen) worden sceptisch en voorzichtig in het opbouwen van relaties. Continuïteit van zorg, snelle toegang tot onderwijs is van cruciaal belang, het biedt kinderen structuur en toegang tot de Nederlandse samenleving. Vanuit het onderwijs is er vraag naar deskundigheidsbevordering, kennis over hoe beschermende factoren versterkt kunnen worden.

Het onderwijs speelt een centrale rol in de signalering van problemen bij kinderen. Leerkrachten zien kinderen gedurende langere periode dagelijks. Er is al een aantal initiatieven die de scholen en leerkrachten kunnen ondersteunen. Bijvoorbeeld

de e-learning module van Augeo, en organisaties zoals LOWAN, Pharos en Centrum '45 geven veel lezingen en cursussen. Bij de Internationale Schakelklassen (ISK) is er grotere sensitiviteit voor problematiek vergeleken met regulier onderwijs.

Er worden regelmatig zorgen geuit over de psychosociale gezondheid van kinderen en jongeren, maar recent epidemiologisch onderzoek of klinische registraties die de psychosociale gezondheid in kaart brengen, ontbreken. In het verleden is wel onderzoek gedaan naar psychische problemen en zorgbehoefte van jonge asielzoekers en vluchtelingen, maar de maatschappelijke situatie is gewijzigd, de populatie is veranderd en het is van belang om dit goed in kaart te brengen. Ook is er tot op heden geen systematische studie verricht naar de noodzaak van tijdige interventie, bijvoorbeeld die van traumagerichte behandeling of naar de ontwikkeling van de psychische gezondheid van kinderen in de tijd. *Evidence-based* behandeling is wel degelijk voorhanden, ook voor kinderen en volwassenen. Nader onderzoek naar psychosociale gezondheid bij kinderen, bij voorkeur longitudinaal, maar ook studies naar de implementatie en effectiviteit van interventies is nodig om te kunnen komen tot een doelmatige inzet van deze beschikbare behandelingen.

### Kennisvragen

De inventarisatie levert nieuwe vragen op:

- Hoe kan afstemming en coördinatie worden vormgegeven?
- Hoe kan coördinatie en afstemming, en kwaliteit van PSH vervolgens worden geborgd op de verschillende niveaus van eerste opvang tot in gemeenten zonder daarmee de lokale initiatieven (mits kwalitatief goed) te beperken?
- Kan er een eenvoudig instrument worden ontwikkeld, dat vrijwilligers en niet-zorgprofessionals helpt om psychische problematiek te onderscheiden en de toeleiding naar zorg te borgen?
- Kan een praktijkgericht onderzoek worden uitgevoerd naar behoeften van kinderen en gezinnen om hen effectief te ondersteunen?

### Conclusie

De inventarisatie laat zien hoe veel er al in gang is gezet op het gebied van PSH voor vluchtelingen. De vele bouwstenen verspreid in het landschap missen vooral cement. Om al deze initiatieven in het aanbod samen te brengen en onderling af te stemmen is coördinatie en wetenschappelijke onderbouwing van PSH programma's nodig. Dit zal ten goede komen aan de kwaliteit van PSH voor vluchtelingen en bijdragen aan hun veerkracht en vertrouwen.

Het rapport *Veerkracht en vertrouwen* is geschreven met medewerking van dr. Annelieke Drogendijk, dr. Trudy Mooren, drs. Petra Pannekoek, dr. Simone de la Rie, Marieke Schouten MPH & Suzan Soydas MSc; zie [http://www.arq.org/sites/default/files/domain-9/2016-06-20\\_Veerkracht%20en%20vertrouwen\\_Arq.pdf](http://www.arq.org/sites/default/files/domain-9/2016-06-20_Veerkracht%20en%20vertrouwen_Arq.pdf)

- 1 Asielzoekers zijn mensen bij wie de asielprocedure nog loopt. Nadat een vergunning voor een verblijf in Nederland is verleend wordt gesproken over 'statushouders'. De groep waarvan de asielaanvraag wordt afgewezen zijn 'uitgeprocedeerde asielzoekers'. De groep als geheel duiden we aan als 'vluchtelingen'.
- 2 Zie ook A. Ager (2008): 'For many migrants social bonds established through refugee community organizations or other forms of co-ethnic, co-religious or co-national organization are the most tangible source of social capital.' Social capital and the dynamics of (re) integration. Paper presented at the Return and Onward Migration Workshop, School of Social and Political Studies, University of Edinburgh, 9-11 April 2008.
- 3 Inter-Agency Standing Committee (2007). IASC Guidelines on MHPSS

MARIEKE SCHOUTEN is manager van het Psychotrauma Diagnose Centrum | Arq Psychotrauma Expert Groep.  
SIMONE DE LA RIE is klinisch psycholoog/psychotherapeut en expertiseteamleider Vluchtelingen en Trauma bij Stichting Centrum '45 | Arq Psychotrauma Expert Groep.