

Inventarisatie Preventieve Interventies met betrekking tot het versterken van mentale veerkracht en psychische gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen

Colofon

© Arq Psychotrauma Expert Groep

Opdrachtgever: Menzis COA Administratie

Verantwoordelijke uitvoerenden: Pharos en Arq Psychotrauma Expert Groep



Auteurs

Merel van Herpen

Larissa van Beek

Jeroen Knipscheer

Diemen, december 2017

Inhoudsopgave

Inventarisatie Preventieve Interventies (IPI)	3
Inleiding	3
Methode.....	9
Resultaten	10
Tabel 1. Overzicht inhoudelijke aspecten interventies.....	11
Tabel 2. Overzicht mate van beschrijving interventies	14
Doorontwikkeling en borging van de preventieve interventies.....	16
Conclusies en aanbevelingen.....	18
Bijlage I: De interventies.....	20
Interventie 1: KOPP, Indigo Zeeland	20
Interventie 2: Liever Bewegen Dan Moe (LBDM) voor AZC, Indigo Preventie Rotterdam.....	22
Interventie 3: Kindergroep, GGNet.....	25
Interventie 4: Kracht van gedachten, GGNet	28
Interventie 5: Slaapmodule, GGNet	31
Interventie 6: Pubergroep, GGNet.....	34
Interventie 7: Less Stress, GGNet	36
Interventie 8: Laat maar zien wie je bent, Indigo Brabant	39
Interventie 9: Spreekuur, Prezens/GGZ inGeest	42
Interventie 10: Toekomstvisie Training, Nieuwlander.....	44
Interventie 11: Go Win, Indigo Preventie Rijnmond	46
Interventie 12: L.A.P. Aterlier, Fier	49
Interventie 13: Concentratielessen voor statushouders, NT2	51
Interventie 14: Mind-Spring Junior, Arq.....	54
Interventie 15: Mind-Spring volwassenen, Arq	59
Interventie 16: Vrouwenrechten en integratie, Stichting Femina.....	65
Interventie 17: TeamUp, War Child, Save the Children, UNICEF Nederland	68
Interventie 18: De Vrolijkheid.....	73
Interventie 19: Bruggenbouwers, Jellinek.....	78
Interventie 20: Classroom-Community-Culture Based Intervention (CBI), ParlanJeugdhulp.....	81
Interventie 21: Meergezinsgroepen (MGG), Stichting Centrum '45	86
Interventie 22: Powerr, GGZ Drenthe, De Evenaar	93
Bijlage II: Interventies die niet meegenomen zijn.....	96
Bijlage III: Reacties uit het veld.....	98
Bijlage IV: Projectgroep, adviesraad en stuurgroep.....	99
Bijlage V: Contactpersonen interventies	100

Inventarisatie Preventieve Interventies (IPI)

Inleiding

De psychische gezondheid van vluchtelingen en asielzoekers vraagt extra aandacht

De prevalentie van psychische problematiek bij mensen met een migratieachtergrond ligt in het algemeen hoger dan bij mensen zonder een dergelijke achtergrond (e.g., Fazel e.a., 2005¹).

Vluchtelingen en asielzoekers (V&A) verkeren vaak in een extra risicovolle situatie: bij deze groepen spelen mogelijke traumatisering voor, tijdens en na de vlucht; bestaansonzekerheid en onzekerheid over lot van familieleden; ongunstige leefomstandigheden (zoals langdurige onzekerheid door procedure, stressvol verblijf in opvanglocaties met weinig dagbesteding, vele overplaatsingen); en maatschappelijke uitsluiting en negatieve stereotypering een rol – allen factoren die kunnen bijdragen aan de ondermijning van de psychische gezondheid (Haker e.a., 2016; Ikram & Stronks, 2016²). Daarbij is bijzondere aandacht voor de afhankelijke positie van kinderen van belang (Li e.a., 2016; Turrini e.a., 2017; van Schie & van den Muijsenbergh, 2017³).

De weg naar adequate hulpverlening vinden individuen en gezinnen met migratieachtergrond gemiddeld minder goed, vanwege onder meer taalbarrières en een ontoereikende kennis met het bestaan en de gebruiken van, en routes binnen, de reguliere zorg (e.g., Bean, 2006; Fassaert e.a., 2009; Lui e.a., 2015⁴). Zo is de scheiding tussen GGz en maatschappelijk werk voor patiënten niet altijd duidelijk, kunnen verwachtingen over de zorg groter zijn dan wat de GGz daadwerkelijk kan bieden, en kan onbekendheid bestaan met de manier waarop klachten worden geïnterpreteerd en/of geclassificeerd. Verder kan stigmatisering een rol spelen; negatieve beeldvorming, uitsluiting en discriminatie kunnen leiden tot een zekere terughoudendheid om over klachten te spreken of zich tot een psycholoog of psychiater te wenden (Bellaart, 2016; zie ook Knipscheer, Mooren & Kurt, 2017⁵).

¹ 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, 1309-1314.

² Haker F, e.a. (2016). Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos

Ikram U. & Stronks K (2016) Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers. A Literature Review for the Health Council of the Netherlands. Amsterdam: Department of Public Health, Academic Medical Center, University of Amsterdam.

³ Li, S.S.Y., Liddell, B.J., & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18(9), 82.

Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 51.

Van Schie R.M., & van den Muijsenbergh, M.E.T.C. (2017). Psychische problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren. Handreiking voor herkenning, benadering en beleid in de eerste lijn. Utrecht: Pharos.

⁴ Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A., & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 342-355.

Fassaert, T., de Wit, M.A., Verhoeff, A.P., Tuinebreijer, W.C., Gorissen, W.H., Beekman, A.T., & Dekker, J. (2009). Uptake of health services for common mental disorders by first-generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *BMC Public Health*, 9, 1-9. doi:10.1186/1471-2458-9-307.

Liu, C. H., Meeuwesen, L., van Wesel, F., & Ingleby, D. (2015). Why do ethnic chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. *Transcultural psychiatry*, 52, 331-352.

⁵ Bellaart, H. (2016). *I-psy: Maatwerk in een interculturele context*. Den Haag: I-psy.

Uit divers onderzoek komt naar voren dat om de psychische gezondheid te versterken het accent moet liggen op preventie, gericht op de specifieke gezondheidsrisico's van deze groep. Daarbij is vroege signalering van groot belang, net als actieve betrokkenheid van vluchtelingen zelf, een persoonsgerichte en cultuursensitieve benadering en een duidelijke regierol hierop door. Investing hierin betaalt zich later terug (van Berkum e.a. 2016⁶).

Waarom een inventarisatie van preventie-interventies?

GGZ- en verslavingspreventie richt zich op het voorkómen van het ontstaan of terugkeren van psychische klachten, problemen of stoornissen inclusief verslaving, het bevorderen van psychische gezondheid en het versterken van de eigen kracht. Dit gebeurt met behulp van interventies die inspelen op risico- en beschermende factoren zoals fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, individuele veerkracht en genetische aanleg. In Nederland wordt op verschillende plaatsen algemene gezondheidsvoorlichting uitgevoerd waarbij versterken van psychische gezondheid aan bod komt. Meestal betreft het interventies die zijn opgenomen in de database van het Centrum voor Gezond Leven van het RIVM⁷.

Doelgroepen van deze preventieve interventies zijn: de gezonde bevolking (universele preventie); groepen met een verhoogd risico op een psychische stoornis (selectieve preventie); individuen met beginnende psychische klachten (geïndiceerde preventie); patiënten en cliënten (zorggerelateerde preventie). Universele en selectieve preventie zijn vooral een zaak van gemeenten op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie was een taak van de GGZ en verslavingszorg die sinds 2006 onder de Zorgverzekeringswet (ZVW) viel. Vanaf 2014 is geïndiceerde preventie een taak voor de huisarts. Zorggerelateerde preventie kan een plaats houden in de curatieve GGZ. Dit betreft vooral terugvalpreventie en preventie van comorbiditeit door in het kader van de behandeling van cliënten ondersteuning te bieden aan naastbetrokkenen (Trimbos Instituut, 2014).

Er zijn diverse preventie interventies na schokkende gebeurtenissen ontwikkeld (zie voor een overzicht de Multidisciplinaire richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen'), de aanname is evenwel dat dergelijke interventies onvoldoende geschikt en effectief zijn voor de doelgroep V&A; aanpassingen van reguliere preventieve methoden dan wel specifiek te ontwikkelen interventies voor de doelgroep, zijn daarom noodzakelijk. De afgelopen jaren zijn diverse overzichten op dit terrein verschenen⁸. De grote hoeveelheid nieuwe initiatieven en het ontbreken van een overzicht van de mogelijkheden (waardoor mogelijk kansen voor het inzetten van goede (preventieve) methoden worden gemist), maakten het evenwel noodzakelijk een nieuwe inventarisatie uit te voeren. Op deze wijze kunnen we komen tot een overzicht van interventies om vluchtelingen en asielzoekers te ondersteunen in het omgaan met de uitdagingen die zij tegenkomen. Hierbij maken we onderscheid tussen asielzoekers verblijvend in COA-opvanglocaties en statushouders wonend in gemeenten.

Versterken psychische gezondheid in COA-opvanglocaties: Convenant GGZ voor asielzoekers

In oktober 2015 is het convenant GGZ voor asielzoekers, geïnitieerd door Menzis COA Administratie (MCA) ondertekend door partners werkzaam in de (GGZ-) keten van asielzoekers.⁹ Het convenant richt zich op het verbeteren van de psychische gezondheid van asielzoekers en statushouders die verblijven in de opvanglocaties van het COA. In de implementatie van de werkafspraken uit dit

Knipscheer, J.W, Mooren, G.T.M. & Kurt, A. (2017). Klinische psychologie in cultureel perspectief. In: J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (redactie), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 217-239). Amsterdam: Boom.

⁶ Van Berkum e.a. (2016). *Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: Wat is er nodig?* Utrecht: Pharos.

⁷ <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/zoeken-en-invoeren>

⁸ Zie voetnoot 1 en 2; Arq (2016). *Veerkracht en Vertrouwen*; Pharos (2011) *Podium voor Preventie*; ZonMw (2010) *Toekomstgericht en intercultureel werken aan preventieve GGZ van ZonMw*.

⁹ Menzis COA Administratie (2015) *Convenant GGZ voor asielzoekers*. Zie: <https://www.rzasielzoekers.nl/zorgsoorten/convenant-ggz.html>

convenant is een visie op preventie en een matrix ontwikkeld. In deze matrix wordt - uitgaande van de behoeften van asielzoekers benoemd door professionals - een wenselijk basisaanbod voor preventieve interventies per COA opvangmodaliteit beschreven. Daarnaast bleek bij de ketenpartners de behoefte aan een overzicht van interventies: een overzicht dat actueel is en goed onderbouwd. Een overzicht ook dat kan dienen om wildgroei tegen te gaan en alle partijen betrokken bij het versterken van psychische gezondheid in zowel de centrale opvang als gemeenten (zie paragraaf hieronder) zoals GGD-en, gemeenten en anderen te ondersteunen bij keuze voor uitvoering en inkoop.

In het kader van het Convenant GGZ heeft een werkgroep zich gericht op preventie en daartoe een visie geformuleerd¹⁰. Deze visie heeft de volgende uitgangspunten: herstel van zelfredzaamheid, behoud van versterking van veerkracht, een integrale GGZ-preventiestructuur en een basis-preventieaanbod op de COA locaties. Deze geformuleerde visie kan model staan voor een overkoepelende visie op een integrale aanpak GGZ-preventie aan asielzoekers op COA-locaties. Met als doel om de verschillende preventie activiteiten beter op elkaar af te stemmen met betrokken ketenpartners om tegemoet te komen aan de noden van de asielzoekers. In de implementatie van het Convenant GGZ voor asielzoekers is het vaststellen van een dergelijke overkoepelende visie nodig.

Versterken psychische gezondheid in gemeenten: 'Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders'

Het 'Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders' is een programma dat gemeenten (praktische) ondersteuning biedt bij het vormgeven van een integrale aanpak rondom de gezondheid en vitaliteit van statushouders in de gemeente en bestaat uit twee deelprogramma's. Het praktische programmadeel wordt uitgevoerd door VNG/OTAV. Het 'Kennisdelingsprogramma Gezondheid Statushouders' wordt uitgevoerd onder regie van Pharos in samenwerking met GGD GHOR Nederland.

Regio coördinatoren zijn vanuit de VNG intensief betrokken en zijn in hun regio in gesprek met zowel gemeenten als zorgaanbieders. Zij hebben grote behoefte aan een overzicht van preventieve interventies die lokaal ingezet kunnen worden voor statushouders maar ook overdraagbaar zijn waardoor ze ook door lokale uitvoerders (GGZ, AMW, GGD en andere partijen) uitgevoerd kunnen worden.

Doel en beoogd resultaat inventarisatie

Het doel is een inventarisatie te realiseren van bestaande preventieve interventies in Nederland met betrekking tot het versterken van veerkracht en psychische gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen. De inventarisatie beperkt zich tot interventies die geïnitieerd worden vanuit de GGZ en/of organisaties die zich specifiek op psychische gezondheid richten én specifiek op asielzoekers/vluchtelingen. We wijzen er dan ook op dat ook in andere vormen preventie gericht op het versterken van veerkracht en psychische gezondheid kan worden ingezet.

Het resultaat van de inventarisatie is een overzicht van bestaande methodieken en interventies, waarbij helder is welke interventies in de praktijk toegepast worden, hoe vaak en waar deze ingezet zijn, en hoeveel asielzoekers en vluchtelingen daarmee bereikt zijn. Tevens is geïnventariseerd wat het resultaat is van deze methodieken en interventies en in hoeverre er wetenschappelijke evidentie voor is. Daarbij is gespiegeld aan de kwalificatie-indeling van Centrum Gezond Leven RIVM, maar dan praktisch gericht. Wat betreft de COA opvanglocaties worden hiermee de visie en resultaten van werkgroep 2 preventie van het convenant GGZ voor asielzoekers¹¹ geborgd.

Samenvattend is het beoogde resultaat:

- Inventarisatie van bestaande preventie methoden;
- De preventieve methoden onderbrengen bij de bestaande digitale database van het Centrum Gezond Leven (zie www.loketgezondleven.nl).

¹⁰ Menzis COA Administratie (2017). Overdrachtsdocument Convenant GGZ. 25-10-2017

¹¹ Menzis COA Administratie (2015) Convenant GGZ voor asielzoekers. Zie: <https://www.rzasielzoekers.nl/zorgsoorten/convenant-ggz.html>

- Het ontwikkelen van een uniform kwaliteitstraject – afgestemd op de praktijk – dat inzichtelijk maakt hoe veelbelovende methoden aan een minimum kwaliteitseis kunnen gaan voldoen en vervolgens door kunnen groeien.

In het navolgende worden kaders, gehanteerde definities, en criteria die leidend waren voor deze interventie, uiteengezet.

Kaders en definities

Doelgroepen

- Asielzoekers en statushouders (inclusief kinderen en ouderen) gehuisvest in de diverse COA opvanglocaties
- Statushouders die in een Nederlandse gemeente (zijn komen) wonen.
- Alleenstaande Minderjarige Vreemdelingen: AMV-ers vanaf 15 tot 18 jaar die wonen in KWV (kleine woonvoorziening) van COA (AMV-ers zonder verblijfsvergunning), jonge AMV-ers tot 15 jaar die in gemeenten wonen of AMV-ers met verblijfsstatus die in NIDOS opvang wonen.

Definities: vluchteling, asielzoeker, statushouder

In dit rapport gebruiken we de term ‘asielzoeker’ om de groep aan te duiden waarvan de asielprocedure nog loopt. Nadat een vergunning voor een verblijf in Nederland is verleend wordt gesproken over ‘statushouders’. De groep als geheel duiden we aan met de term ‘vluchtelingen’.

Preventieve interventies

Voor het begrip preventie is uitgegaan van de definitie van het Preventie Platform Friesland (2004): ‘Het geheel van inspanningen die door de verschillende actoren worden geleverd met als doel de gezondheid c.q. het welbevinden van de bevolking en/of groepen te bevorderen, beschermen of te bewaken.’

Preventieve interventies dragen impliciet de vooronderstelling in zich dat we al op het verkeerde pad (naar klachten) zitten en er dus een interventie nodig is. Ons uitgangspunt is om het reguliere functioneren van asielzoekers en vluchtelingen zo goed mogelijk te ondersteunen. De reden dat wij toch de term ‘preventieve interventies’ hanteren, is dat dit de geëigende term is, die gebruikt wordt ook door MCA en andere relevante partijen. Dit is per definitie zo vroeg mogelijk en gericht op empowerment en veerkracht versterken.

In dit project nemen we veel definities over dit ook gehanteerd zijn in de inventarisatie “Podium voor Preventie” uitgevoerd door Pharos.

Interventie piramide

Vluchtelingen die naar Nederland komen hebben verschillende zorgvragen – en behoeften, al naar gelang hun eigen verhaal en geschiedenis. Om relevante en goede psychosociale hulpverlening beschikbaar te stellen is het van belang om verschillende niveaus van zorg te hebben, die complementair zijn aan elkaar en gelijktijdig beschikbaar zijn, en die inspelen op verschillende type zorgvragen (onderscheiden in aard en ernst) en waarvoor ook verschillende interventies beschikbaar zijn met de daarbij behorende expertise. Op deze wijze kan een piramide worden gevormd waarbij basisbehoeften en veiligheid de eerste laag van de piramide vormen. De top van de piramide wordt gevormd door gespecialiseerde diensten (bijvoorbeeld traumagerichte psychotherapie). Deze piramide wordt veel gehanteerd bij de organisatie van psychosociale ondersteuning en zorg in crisis-situaties (zie Figuur 1).¹²

Deze ‘interventie-piramide’ die ook in *public health* wordt gehanteerd, waarbij verschillende niveaus van interventies worden onderscheiden (vergelijk *stepped care*), vormt een model voor de ordening van met elkaar verbonden activiteiten die ten doel hebben de psychische gezondheid te bevorderen. In Nederland is weliswaar geen sprake van een humanitaire crisis; de uitgangspunten van dit model kunnen niettemin bijdragen aan betere samenhang tussen de vele activiteiten die ten behoeve

¹² Inter-Agency Standing Committee (2007). IASC Guidelines on MHPSS.

van vluchtelingen worden georganiseerd. Zowel professionals als vrijwilligers kunnen in de eerste, tweede en derde niveaus actief zijn.

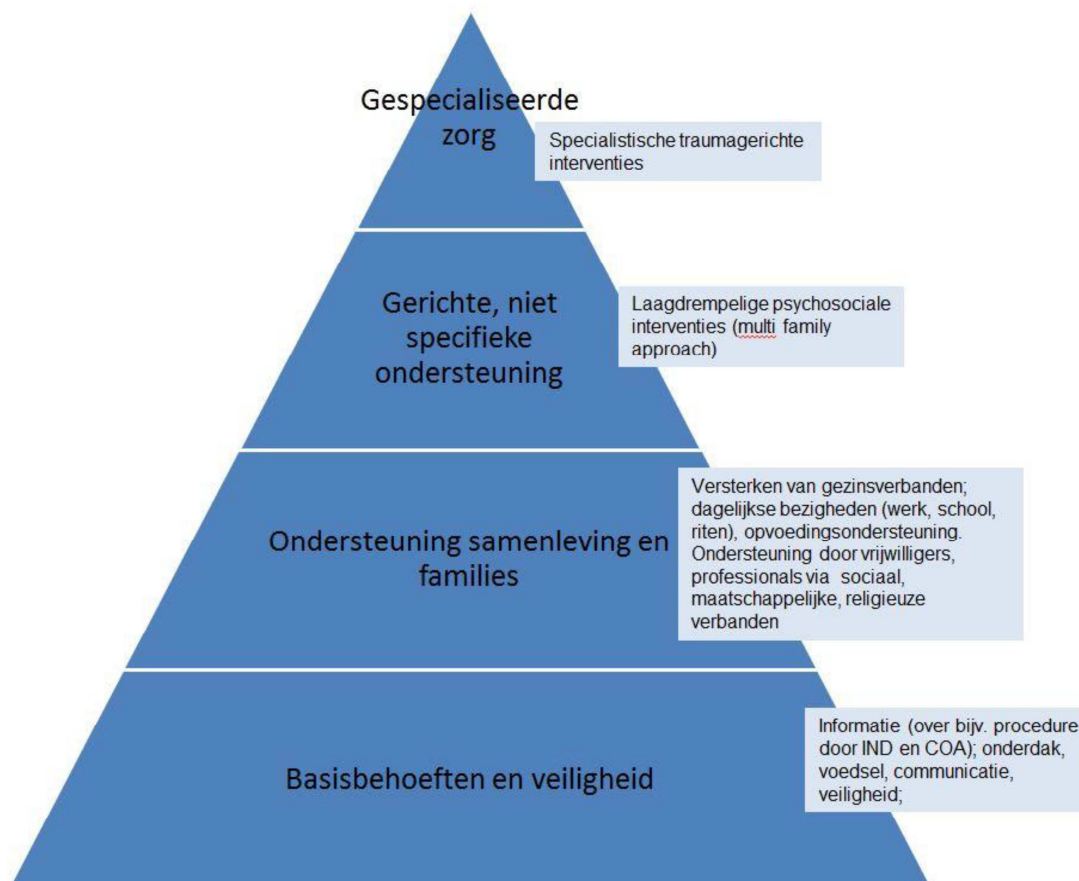
In de basis van de piramide gaat het om basisvoorzieningen en veiligheid op gebied van psychosociale zorg en ondersteuning. Hebben vluchtelingen toegang tot goede en betrouwbare informatie, bijvoorbeeld over hun procedure. Zijn onderdak, voedsel en kleding gegarandeerd? Op dit niveau worden zo veel mogelijk mensen bereikt, en de geboden voorzieningen worden mogelijk gemaakt door zowel vrijwilligers als professionals.

Het tweede niveau gaat verder over activiteiten die zich richten op ondersteuning van gezinnen en de lokale gemeenschap: het versterken van gezinsverbanden, het mogelijk maken van contact met familieleden; dagelijkse bezigheden (werk, school), opvoedingsondersteuning, of ondersteuning middels rituelen. Ondersteuning door vrijwilligers, professionals via sociaal, maatschappelijke, religieuze verbanden

Het derde niveau beslaat gerichte, doch niet gespecialiseerde ondersteuning en behandeling en de top van de piramide, geeft het gespecialiseerde hulpaanbod weer (trauma- en rouw en/of comorbiditeit gerichte therapie bijvoorbeeld). Daarbij werken de niveaus van de piramide idealiter onderling samen en vindt afstemming plaats.

De preventieve interventies in dit rapport vallen voornamelijk binnen het derde niveau van gerichte, doch niet specifieke ondersteuning.

Figuur 1: interventie piramide



We gaan uit van een integrale benadering, waarbij meerdere factoren de veerkracht van asielzoekers en vluchtelingen kunnen versterken. Natuurlijk zijn preventieve interventies een ondersteuning in het vergroten van de veerkracht, maar er zijn diverse andere factoren die invloed hebben op het psychisch welbevinden, zoals woon- en leefsituatie, participatie, de procedure en bredere interventies waarin veerkracht is geïntegreerd.

Kadering van begrip preventie

De kadering van de term preventie is in dit project iets anders dan in de inventarisatie “Podium voor Preventie”. Het betreft preventie op basis van een niet-geïndiceerde of een geïndiceerde hulpvraag, maar niet een GGZ-behandelgerichte hulpvraag. Ze mogen collectief, selectief of geïndiceerd zijn. Preventie op basis van een niet-geïndiceerde hulpvraag, wil zeggen dat bijvoorbeeld binnen de COA-opvang asielzoekers op basis van zorgen over het psychisch welbevinden bij bijvoorbeeld COA-medewerkers kunnen worden voorgesteld deel te nemen aan een preventieactiviteit. Preventie op basis van een geïndiceerde hulpvraag, betekent dat asielzoekers geen gerichte hulpvraag gericht op psychische ondersteuning stellen aan een huisarts en toch door een huisarts verwezen kunnen worden om deel te nemen aan een preventieactiviteit.

Inclusiecriteria

Bij de start van de inventarisatie van deze programma's zijn de volgende inclusiecriteria vastgesteld. Psychosociale preventieprogramma's moeten:

1. Gericht zijn op psychosociaal welbevinden. De activiteiten, programma's of methodieken dragen expliciet of impliciet bij aan het psychosociaal welbevinden.
2. Activiteiten vinden met regelmaat plaats of hebben met regelmaat plaatsgevonden in een AZC in Nederland of binnen een gemeente in Nederland. Activiteiten kunnen ook recent begonnen zijn, als er zicht is op doorloop van deze activiteiten.
3. Uitgevoerd na 2011. Ze mogen afgerond of nog lopend zijn.
4. Goede beschrijving bieden (schriftelijk dan wel mondeling); een effect- of procesevaluatie is echter niet noodzakelijk.

Cultuursensitiviteit belangrijk criterium

Tevens moeten de aangeboden preventieve interventies cultuursensitief zijn. De interventies en methoden moeten aansluiten bij de gezondheidsbeleving van de deelnemers, die gezien hun culturele en religieuze achtergrond, andere coping mechanismen kunnen hebben dan mensen met een van oorsprong Nederlandse achtergrond. In de GGZ is het bekend dat wanneer cliënten niet het belang begrijpen van de behandeling, er een hoog percentage no-show of drop out ontstaat. In veel GGZ behandelingen ligt de focus op het verleden, op problemen en bestaat het veelal uit praten, terwijl veel vluchtelingen liever de focus leggen op de toekomst en meer actie gericht zijn. Hier ligt een link met, en waarde van, de vaktherapeutische beroepen waar je ‘al doende’ aan de slag kunt in het hier en nu. Daarnaast is het belangrijk om preventieve interventies zo laagdrempelig mogelijk te houden en zo mogelijk te integreren in bredere interventies (taalprogramma, schoolprogramma's of gezondheidsvoorlichting) en deze niet een GGZ-stempel geven. Dit is van belang gezien het beeld dat vluchtelingen hebben over psychosociale hulpverlening en het taboe dat in vele culturen bestaat op psychische problematiek. Juist het laagdrempelig bespreekbaar maken van psychische problemen op cultuursensitieve wijze, bijvoorbeeld door inzet van trainers met vluchtelingenachtergrond of opgeleide cultural mediators is essentieel voor succesvolle preventieve interventies.

Diversiteit doelgroepen

Het is belangrijk om in het aanbod rekening te houden met de diversiteit aan doelgroepen, in elke fase van de opvang als ook na vestiging in gemeenten hebben asielzoekers en statushouders verschillende behoeften. Bij deze inventarisatie is voorts expliciet aandacht voor jeugd (zowel AMV-ers van alle leeftijden, maar ook kinderen en jongeren die op AZC's en in gemeenten wonen) en voor verslavingszorg.

Ordering van interventies

Voor inzicht in het proces van selectie van interventies voor verdere onderbouwing/doorontwikkeling en advies implementatie, zijn de interventies geordend op doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen, gezinnen) en niveau van de interventie.

Methode

Benadering organisaties

Allereerst is nagegaan welke organisaties (GGZ-instellingen, ketenpartners in vluchtelingenketen, AMW, beperkte andere organisaties) methodieken en interventies hebben ontwikkeld en ingezet bij de doelgroep asielzoekers en statushouders. Dit is geïnventariseerd via de GGZ instellingen die bij MCA bekend zijn. Naast GGZ instellingen zijn ook andere organisaties benaderd die zich inzetten voor asielzoekers en statushouders. Daarbij is de database van loketgezondleven.nl geraadpleegd en zijn interventies die gericht zijn op de doelgroepen van deze inventarisatie, benaderd. Pharos heeft via het kennisdelingsprogramma Gezondheid Statushouders het format uitgezet bij de betreffende partijen die betrokken zijn preventieve interventies voor statushouders. Dit is verlopen via de regio coördinatoren van VNG OTAV die dit in hun regio's hebben geïnventariseerd. Daarbij beseffen we dat niet alle organisaties benaderd zijn, zo hebben we geen welzijnsinstellingen en kennisinstellingen benaderd. Tevens zijn organisaties die zich richten op (preventie van) verslavingszorg benaderd (zie hoofdstuk 'reflectie', de paragraaf over verslavingszorg).

Vervolgens zijn al deze (circa 100) organisaties benaderd met het verzoek of zij het format willen invullen. Alle verzamelde gegevens zijn geanalyseerd en samengevat in een concept rapportage die is voorgelegd ter beoordeling aan een adviesraad en een stuurgroep (zie bijlage II).

Format beschrijving interventies

Als uitgangspunt voor de analyse is gebruik gemaakt van het "werkblad beschrijving interventie" opgesteld door het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) en diverse partners (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Vilans, Nederlands Jeugd Instituut, Trimbos Instituut, Kenniscentrum Sport, Movisie en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Dit rapport biedt de resultaten van de analyses van de interventies; in een aparte bijlage (genaamd bijlagen rapport IPI) staat het format en het scoreformulier zoals gebruikt voor de analyse en de ingevulde scoreformulieren per interventie.

Analyse

Iedere interventie is geanalyseerd aan de hand van het bovengenoemde analyseformat. De analyse is gecategoriseerd naar de volgende thema's: 1) beschrijving doelgroep, doel en aanpak; 2) uitvoering (locatie, bereik en deelname, uitvoerenden, kwaliteitsborging en randvoorwaarden, kosten en financiering en samenwerking); 3) onderbouwing (theoretische onderbouwing van het probleem, oorzaken, verband tussen aanleiding, doel en doelgroepen en hoe de doelen behaald zullen worden bij de doelgroep); 4) werkzame elementen van de interventie; en 5) onderzoek naar uitvoering en effectiviteit.

Elke categorie kent één of meerdere onderwerpen waar de analyse op gebaseerd wordt. Deze onderwerpen zijn ondergebracht in verschillende vragen. De vragen worden beantwoord met 'ja' of 'nee'. De opgestelde normering bepaalt vervolgens de beschrijving van de interventie in termen van fase ontwikkeling. Een overzicht van de gehanteerde normering is te vinden in bijlage met de naam "Bijlagen rapport IPI".

De analyse is verricht door een onafhankelijk onderzoeker, Merel van Herpen, beleidsadviseur bij Impact en promovendus bij Arq. De controle van de scoring is gedaan door Jeroen Knipscheer, universitair docent Universiteit Utrecht en psychotherapeut Centrum'45, coördinator research track diversiteit & trauma.

Geen kwaliteitsoordeel

Er wordt met klem op gewezen dat 'de beschrijving' geen waardeoordeel in zich bergt; of een interventie op een bepaald onderdeel of thema als goed, voldoende of onvoldoende is beschreven, hangt enkel af van de mate waarin informatie over dat onderdeel is gegeven, dus in hoeverre de interventie op dat punt helder en volledig is beschreven (gebaseerd op de feitelijke informatie zoals aangeleverd door de organisaties). De beschrijving zegt dus niets over de kwaliteit van de interventie, het betreft enkel een indicatie van de mate van volledigheid waarmee de interventie (qua uitvoering, onderbouwing, etc.) is beschreven.

Resultaten

In totaal zijn 22 preventieve interventies ontvangen. Het merendeel van de organisaties die benaderd zijn om het format in te vullen, hebben gereageerd. Veel organisaties gaven aan dat zij geen interventies specifiek voor de doelgroep hebben, waardoor zij het format niet konden invullen. In dit hoofdstuk zetten we de uitkomsten van de analyses met deze 22 interventies op een rij. Ook blikken we terug op de diverse reacties die we hebben gekregen van organisaties die we benaderd hebben voor deze inventarisatie.

Interpretatie

Doelgroep

Uit Tabel 1 blijkt dat er 10 preventieve interventies zijn die zowel voor asielzoekers op COA opvanglocaties (vaak AZC's) en voor statushouders die in gemeenten wonen worden ingezet. Er zijn 6 interventies die alleen op AZC's worden uitgevoerd en 6 interventies die alleen voor statushouders in gemeenten worden ingezet. Het merendeel is gericht op volwassenen (11 interventies) en op kinderen (7 interventies). Van de 7 interventies die gericht zijn op kinderen, zijn er 3 die naast de kinderen ook bijeenkomsten hebben met de ouders van deze kinderen. Er zijn 3 interventies specifiek voor jongeren. Tot slot is er 1 interventie die gericht is op ouderen.

Uitvoering

Er zijn 7 interventies die recent gestart zijn in Nederland, dat zijn CBI, de concentratielessen, het spreekuur voor Eritrese statushouders, L.A.P. Atelier, Liever Bewegen Dan Moe, Bruggenbouwers en Vrouwenrechten. Interventies die al jarenlang en/of veelvuldig (50+) worden ingezet zijn: Less Stress, Kracht van Gedachten, Mind-Spring volwassenen, de Vrolijkheid en Team-Up.

Regio

Er zijn 4 interventies die landelijk worden uitgevoerd, dat zijn Vrolijkheid, Team Up, Mind-Spring volwassenen en Mind-Spring Junior. En tot slot zal CBI ook landelijk uitgevoerd gaan worden, maar die zijn pas in oktober 2017 gestart. Verder is in het overzicht te zien dat in sommige provincies veel interventies zijn, zoals Gelderland en in Zuid-Holland. Interventies die nu in een bepaalde regio worden uitgevoerd, zouden in de toekomst ook in andere regio's uitgevoerd kunnen worden.

Aantal

Er is grote variatie tussen het aantal bijeenkomsten per interventie. Er zijn interventies die slechts eenmalig zijn (1 bijeenkomst), en interventies die bestaan uit een serie van bijvoorbeeld 8 bijeenkomsten en er zijn interventies die doorlopend wekelijks plaatsvinden.

Inhoudelijke aspecten

In Tabel 1 is een overzicht van de belangrijkste inhoudelijke aspecten van de preventieve interventies opgenomen. De interventies in dit overzicht zijn gesorteerd naar leeftijdscategorie: kinderen en evt. hun ouders, jongeren, volwassenen en ouderen. Per leeftijdscategorie zijn de interventies gerangschikt op locatie van inzet: AZC of gemeenten of beiden.

Tabel 1. Overzicht inhoudelijke aspecten interventies

Interventie	Doelgroep	Regio	AZC of Gemeente	Uitgevoerd	Deelnemers Gestart	Afgerond	Bijeenkomsten	Kosten	Cultuursensitief	Onderzoek
KOPP (1)	Kind	Zeeland	A+G	1-10	5-10	40%	8	Personeel: 50 uur Materiaal: €100	X	Nee
Kindergroep (3)	Kind	Gelderland	A+G	10-20	5-10	50%	8	€5.500	Ja	Nee
Meergezinsgroep en (21)	Kind Ouders	Landelijk	A+G	10-20	15-20	90-95%	5	€7.500	Ja	Ja
TeamUp (17)	Kind	Landelijk	A	50+	5-25	N.v.t.	Wekelijks	Opleiding facilitators	Ja	Ja
Laat maar zien wie je bent (8)	Kind	Gelderland	A	1-10	5-10	75%	8	Personele kosten: 40 uur	Ja	Nee
Vrolijkheid (18)	Kind Ouders	Landelijk	A	50+	10-15	70%	Wekelijks	€400	Ja	Ja
Mind-Spring junior (14)	Kind Ouders	Landelijk	A	10	10-15	70% kind 90% Ouders	8	€9.726	Ja	Nee
Pubergroep (6)	Jongeren	Gelderland	A+G	10-20	10-15	65%	6	€5.500	Ja	Nee
Powerr (22)	Jongeren	Drenthe	A	1-10	5-10	X	8	X	Ja	Ja
CBI (20)	Jongeren	Landelijk	G	0	10-15	N.v.t.	12	Vorbereiding: 3 uur Trainer: 24 uur Tolk: 18 uur Materiaal: €850	Ja	Ja

Mind-Spring volwassenen (15)	Volwassen	Landelijk	A+G	50+	15	Varieert	8	€4.971	Ja	Ja
Vrouwenrechten en integratie (16)	Nadruk Volwassen , ook kind	Groningen	A+G	3	10-15	95%	41	€18.715	Ja	Ja
Kracht van gedachten (4)	Volwassen	Gelderland	A+G	50+	10-15	Varieert	4	€5.000	Ja	Ja
Slaapmodule (5)	Volwassen	Gelderland	A+G	1-10	30	50-75%	4	€5.000	Ja	Nee
Less Stress (7)	Volwassen	Gelderland	A+G	50+	10-15	60%	4	€5.000	Ja	Ja
Toekomst Visie Training (10)	Alle	Zuid-Holland	A+G	20-30	10-15	95%	8	X	Ja	Ja
LBDM (2)	Volwassen	Zuid-Holland	A	1	15-20	X	8	Personeel: 26 uur Materiaal: €450	Ja	Ja
Spreekuur (9)	Volwassen	Noord-Holland	G	1-10	1-5	100%	1	Personele kosten per spreekuur	Ja	Nee
L.A.P. Atelier (12)	Volwassen	Friesland	G	1 maand gestart	8 (per dag)	X	Doorlopend	Projectleider= 0,22 fte Leermeester- 0,67 fte Docent= 0,25 fte	Ja	Nee
Concentratielessen (13)	Volwassen	X	G	1	9	X	3	€3.000	Ja	Ja
Bruggenbouwers (19)	Volwassen	Noord-Holland Utrecht	G	1	20-25	X	X	X	X	Nee
Go Win (11)	Ouderen	Zuid-Holland	G	20	10-20	Varieert	6	Personeel: 38,5 uur Organisatie: €1.200 Materiaal: €300	Ja	Ja

Fase van ontwikkeling

Tabel 2 biedt een overzicht van de fase van ontwikkeling waarin de 22 preventieve interventies zich bevinden. Twee interventies, KOPP en Bruggenbouwers, zijn qua beschrijving volgens het gehanteerde stramen 'onvoldoende beschreven'. Als eerder genoemd, benadrukken we dat dit niet betekent dat deze interventies niet geschikt zijn voor de doelgroep asielzoekers en statushouders; het betekent slechts dat we onvoldoende informatie hebben gekregen van de organisaties die deze methodieken inzetten, om goed te bepalen in welke fase van ontwikkeling ze verkeren. We hebben meerdere malen contact gehad met deze organisaties, maar het lukte hen niet in de beperkte tijd om de informatie aan te leveren. Er zijn 2 interventies die 'voldoende beschreven' zijn, dat zijn Powerr en het spreekuur voor Eritrese statushouders. Het spreekuur is recent pas ingezet en nog niet heel vaak toegepast, maar het is wel een veelbelovende interventie die cultuursensitief is. Powerr is recentelijk niet ingezet vanwege gebrek aan financiering, en bepaalde informatie ontbrak om de interventie goed te beoordelen.

Er zijn 10 interventies die goed beschreven zijn en 7 interventies waarvan ook de onderbouwing goed is beschreven. Het verschil tussen beiden is dat de interventies die het label 'goed onderbouwd' hebben gekregen, sterk scoren op het onderdeel 'onderbouwing'. De vragen die gesteld zijn bij de onderbouwing zijn:

- Is de aard, ernst of omvang, spreiding en eventuele gevolgen van het probleem of thema helder omschreven?
- Zijn de factoren die het probleem veroorzaken beschreven?
- Is het verband tussen aanleiding, doelen, doelgroep(en) en aanpak duidelijk beschreven?
- Is er verantwoord hoe de aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep moeten bereiken?

*Tot slot heeft 1 preventieve interventie het label 'effectief' (zie tabel 2 *) gekregen. Dat is Classroom-Community-Culture Based Intervention CBI, omdat deze interventie in het buitenland wetenschappelijk is onderzocht op de effectiviteit. Deze interventie is echter nog niet in Nederland uitgevoerd, dat loopt vanaf oktober 2017.

Cultuursensitiviteit

Op 2 interventies na, zijn alle interventies qua beschrijving voldoende cultuursensitief.

Werkzame bestanddelen

De werkzame bestanddelen van de interventies zijn voor vrijwel alle methodieken duidelijk beschreven, alleen bij Spreekuur en KOPP is minder helder beschreven welke elementen effectief zijn.

Tabel 2. Overzicht mate van beschrijving interventies

Interventie	1. Doelgroep	2. Uitvoering	3. Onderbouwing	4. Werkzame elementen	5. Onderzoek	Samenvattend
CBI	Sterk	Sterk	Sterk	Sterk	Sterk	Effectief*
Meergezinsgroepen	Sterk	Sterk	Sterk	Sterk	N.v.t.	Goed onderbouwd
L.A.P. Atelier	Sterk	Redelijk	Sterk	Sterk	Zwak	Goed onderbouwd
Concentratielessen	Sterk	Redelijk	Sterk	Sterk	Redelijk	Goed onderbouwd
Mind-Spring Junior	Sterk	Sterk	Sterk	Sterk	N.v.t.	Goed onderbouwd
Mind-Spring volwassenen	Sterk	Sterk	Sterk	Sterk	Redelijk	Goed onderbouwd
TeamUP	Sterk	Sterk	Sterk	Sterk	Sterk (niet op effectiviteit, maar op uitvoer)	Goed onderbouwd
Vrolijkheid	Sterk	Sterk	Sterk	Sterk	Sterk	Goed onderbouwd
LBDM	Sterk	Redelijk	Zwak	Sterk	Zwak	Goed beschreven
Kindergroep	Sterk	Sterk	Redelijk	Sterk	N.v.t.	Goed beschreven
Kracht van gedachten	Sterk	Redelijk	Redelijk	Sterk	Redelijk	Goed beschreven
Slaapmodule	Sterk	Redelijk	Redelijk	Sterk	N.v.t.	Goed beschreven
Pubergroep	Sterk	Sterk	Redelijk	Sterk	N.v.t.	Goed beschreven
Less Stress	Sterk	Sterk	Redelijk	Sterk	Redelijk	Goed beschreven
Laat maar zien wie je bent	Sterk	Redelijk	Redelijk	Sterk	N.v.t.	Goed beschreven
Toekomst Visie Training	Sterk	Redelijk	Zwak	Sterk	Zwak	Goed beschreven
Go Win	Sterk	Redelijk	Redelijk	Sterk	Zwak	Goed beschreven
Vrouwenrechten en integratie	Sterk	Sterk	Redelijk	Sterk	N.v.t.	Goed beschreven
Powerr	Redelijk	Redelijk	Zwak	Sterk	N.v.t.	Voldoende beschreven
Spreekuur	Sterk	Redelijk	Zwak	Redelijk	N.v.t.	Voldoende beschreven
KOPP	Redelijk	Redelijk	Redelijk	Sterk	N.v.t.	Onvoldoende beschreven
Bruggenbouwers	Redelijk	Redelijk	Redelijk	Zwak	Zwak	Onvoldoende beschreven

Reflectie

Preventie of behandeling?

Veel instellingen die GGZ aanbod hebben gericht op asielzoekers en statushouders, hebben niet zozeer *preventieve* interventies aan asielzoekers en statushouders. Sommigen van hen hebben wel werkzame methoden, maar die vallen onder behandelaanbod en dat valt buiten de scope van dit onderzoek. Ook bieden zij soms wel deskundigheidsbevordering aan, bijvoorbeeld aan intermediairs. Zij trainen o.a. professionals of vrijwilligers hoe zij asielzoekers en statushouders kunnen bereiken en hoe zij psychische problemen kunnen signaleren (op cultuursensitieve wijze). Ook bestaan er preventie trainingen die relevantie lijken te hebben voor de doelgroep, maar nog niet met structurele regelmaat zijn ingezet bij V&A groepen (zoals Liever Bewegen Dan Moe van Indigo in Haaglanden). Twee interventies waren wel ingediend met een format, maar zij bleken bij navraag nog niet in Nederland voor de doelgroep uitgevoerd te zijn en ook is er voor beiden nog geen financiering, zodat op korte termijn ze nog niet ingezet worden in Nederland. Daarom zijn deze interventies afgefallen voor de inventarisatie. Dat zijn Resilience Flower Model Groepsprogramma en Get2KnowU. De interventie van Mutsaersstichting 'Korte Interventie Methode (KIM), ouderbegeleiding' had onvoldoende informatie verstrekt om opgenomen te kunnen worden in de inventarisatie. Deze interventies zijn in bijlage II vermeld.

Er zijn er meer...

Tevens zijn er organisaties die graag een format van hun preventieve interventie hadden willen invullen, maar daar wegens omstandigheden niet aan toe zijn gekomen om deze volledig in te vullen, zoals 'Dokters van de Wereld / Rode kruis – Het Zorgcafé' en CoTeam – Groepsmethode: oriëntatie, motivatie en een betere toekomst'. Meer informatie over deze interventies is opgenomen in bijlage II.

'Gemiste' interventies

Diverse soorten interventies voor specifieke problematiek of bevattende een specifieke methodiek zijn niet meegenomen in deze inventarisatie, zoals verslaving, gezonde leefstijl, ouderen (met dementie), sport- en bewegingsinterventies en vaktherapeutische interventies. We reflecteren hieronder kort op enkele hiervan.

Verslavingszorg

Voor de inventarisatie zijn ook instellingen die verslavingszorg bieden gevraagd of zij preventieve interventies hebben gericht op asielzoekers of statushouders. De conclusie van de inventarisatie over de 22 interventies is dat vanuit verslavingspreventie geen specifiek aanbod bestaat voor vluchtelingen, asielzoekers of statushouders. Bij Indigo Haaglanden zijn de voorzieningen in huis en combineren verslavingspreventie en GGZ preventie vaker met de thema's zoals stress, slecht slapen en alcohol/druggebruik. Meestal zijn het eenmalige interventies zoals een voorlichting of workshop. De manier waarop de informatie over middelenmisbruik wordt overgebracht is altijd op maat, rekening houdend met de doelgroep. Er wordt gebruik gemaakt van tolken. Wel is het nodig om de culturele context nader in beeld te krijgen. Dit wordt in 2018 met het Trimbos Instituut opgepakt.

Vaktherapie

De vaktherapeutische beroepen (beeldende therapie, dramatherapie, muziektherapie, danstherapie, psychomotorische therapie, speltherapie) zijn niet expliciet meegenomen in de inventarisatie, maar deze kunnen wel degelijk van waarde zijn in het ontwikkelen en uitvoeren van interventies. Het ervaringsgerichte karakter, waarbij de taligheid niet voorop staat, en de vormen sport- en bewegen,

beeldend werken, en muziek kunnen ook vanuit cultureel aspect goed aansluiten bij de doelgroep (en schrikken daarmee minder af voor de doelgroep dan interventies voor ‘psychische problemen’).

Wanneer het in de beleving van de doelgroep bijvoorbeeld sport en spel is, maar er juist gewerkt wordt aan samenwerken, communicatieve vaardigheden en leren ontspannen, worden mensen wel (preventief) ondersteund op psychisch vlak en op het gebied van gezondheid in brede zin zonder dat ze de vaak grote (culturele) drempel richting GGZ over moeten. De Federatie van Vaktherapeutische Beroepen (FVB) heeft recent een brede inventarisatie van interventies uitgevoerd om daarmee ook deze kennis uit het werkveld op te halen en te kunnen delen of verbinden. Preluderend op de definitieve uitkomsten kan worden gesteld dat vaktherapeutische interventies veelvuldig gebruikt worden bij de doelgroep. De recent verschenen Generieke Module Vaktherapie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, november 2017), biedt nadere informatie, onder meer rond welke klachten en problemen aangepakt worden door vaktherapeutische beroepen, en wat vaktherapie kan betekenen in preventieve zin (onder meer qua ‘activering’ en ‘empowerment’).

Doorontwikkeling en borging van de preventieve interventies

In dit hoofdstuk wordt vooruit geblikt, centrale vragen zijn: hoe wordt de doorontwikkeling van preventieve interventies geborgd? Wat is er nodig zodat veelbelovende methoden aan een minimum kwaliteitseis gaan voldoen? Welke preventieproducten zijn wel wenselijk en ontbreken nog?

Database CGL

Centrum Gezond Leven (CGL) beschikt over een online database (www.loketgezondleven.nl). Deze database wordt onder andere veel gebruikt door gemeenten en GGD'en en is daarom een goed medium om de methodieken onder de aandacht te brengen en continuïteit te waarborgen. Een belangrijk doel van deze inventarisatie is om de preventieve methoden onder te brengen bij deze database. Daartoe worden de organisaties die deze 22 preventieve interventies hebben ontwikkeld, aangespoord om het uitgebreide format in te vullen en in te dienen bij RIVM Centrum Gezond Leven. CGL zal de interventies beoordelen en vervolgens opnemen in hun online database.

Overdraagbaarheid en acceptatiekansen interventies

Om een advies te kunnen geven over welke interventies in aanmerking komen om te worden aanbevolen en/of te worden door ontwikkeld, is de mate van overdraagbaarheid van de interventies een cruciale vraag. Daarnaast speelt het financieringsvraagstuk (welke interventies willen zorgverzekeraars en/of gemeenten eventueel betalen?). De kans op uitvoering van interventies op diverse plaatsen in het land is het grootst als een interventie overdraagbaar is, als helder is hoe een interventie gefinancierd kan worden en als een interventie al bewezen effectief is (zoals bijv. Kanjertraining). Het is dus belangrijk om de criteria voor overdraagbaarheid te expliciteren: zoals kosten, beschikbaarheid deskundigheid in het land, graad van evidence, acceptatie door doelgroep, acceptatie door potentiële uitvoerders (GGZ, instellingen) en duurzaamheid (ook toepasbaar als samenstelling verandert). Voor uitvoering in de opvang van asielzoekers is de duur van de interventie hierbij een essentieel criterium (m.u.v. gezinslocatie), omdat de in- en uitstroom van asielzoekers groot is.

Borging richting gemeenten

Dit rapport wordt via de regio coördinatoren van VNG Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders verspreid in gemeenten. Hiermee kunnen gemeenten gericht preventieve interventies inkopen en uitvoerende partijen kunnen kiezen welke interventies zij het beste kunnen uitvoeren voor welke doelgroep en met welk doel. Het is dan ook zaak om samen met de regio coördinatoren te komen tot een speciaal op gemeenten gerichte versie van dit rapport. Essentieel daarin is dat de keuze

voor gemeenten helder en compact is (bijv. niet meer dan twee interventies per soort (collectieve, selectieve en geïndiceerde preventie)).

Referentiekader richting de COA-centra voor asielzoekers

Ten aanzien van de psychische gezondheid is er de afgelopen jaren gewerkt aan de invulling van de GGZ preventie en curatie. Hiertoe is een Convenant GGZ voor asielzoekers opgesteld. Dit rapport komt mede voort uit de in de traject geformuleerde behoefte aan overzicht van de bestaande preventieve interventies. Volgens de betrokken professionals moeten de interventies zich richten op: omgaan met stress, onzekerheid, machteloosheid, frustratie en uitzichtloosheid, opvoedingsproblematiek, sociale weerbaarheid en leeftijdsspecifieke ontwikkelingsvragen. Dit leidt tot een volgende wensenlijst voor preventieve interventies, die in een basisaanbod vertegenwoordigd zou moeten zijn:

- Bevorderen bewustzijn over fysieke en psychologische reacties van lichaam op stress (voor herkenning en erkenning van klachten);
- Bevorderen gezond gedrag aan de hand van psycho-educatie;
- Leren omgaan met verleidingen en frustraties (ter voorkoming van agressie);
- Activering;
- Interventies gericht op deze thema's specifiek voor kinderen.

Deze thema's komen ruim aan bod in de interventies van deze inventarisatie. Alleen het onderwerp 'leren omgaan met verleidingen en frustraties (ter voorkoming van agressie)' is minder expliciet vertegenwoordigd in het huidige aanbod en behoeft mogelijk aandacht in de toekomst.

Door de betrokkenen bij het Convenant GGZ voor asielzoekers is aangedrongen op een landelijke impuls voor de inzet op preventie als het gaat om de psychische gezondheid van asielzoekers. Daartoe is landelijke coördinatie nodig om te komen tot een basisaanbod preventieve interventies voor alle asielzoekers. De huidige inventarisaties is een eerste stap hierin.

Conclusies en aanbevelingen

Voor deze inventarisatie is - gezien de beschikbare tijd - een redelijk aantal interventies ontvangen. Een deel van de benaderde organisaties heeft alleen curatief aanbod en geen preventieve interventies voor asielzoekers en statushouders. In totaal betreft het 22 preventieve interventies, waarvan er 10 zowel voor asielzoekers op COA opvanglocaties (vaak AZC's) als voor statushouders die in gemeenten wonen, kunnen worden uitgevoerd, 6 alleen op AZC's en 6 andere alleen voor statushouders in gemeenten kunnen worden ingezet. Het merendeel is gericht op volwassenen (11 interventies) en op kinderen (7 interventies waarvan er 3 die naast de kinderen ook bijeenkomsten hebben met de ouders van deze kinderen). Er zijn 3 interventies specifiek voor jongeren, en er is 1 interventie gericht is op ouderen.

De belangrijkste resultaten uit deze inventarisatie zijn:

- Er zijn 10 interventies die goed beschreven zijn en 7 interventies waarvan ook de onderbouwing goed is beschreven. Het verschil tussen beiden is dat de interventies die het label 'goed onderbouwd' hebben gekregen, sterk scoren op het onderdeel 'onderbouwing'. Er is 1 interventie bewezen effectief in het buitenland, maar deze is nog niet bewezen effectief in Nederland. Er zijn 2 interventies die 'voldoende beschreven' zijn, en 2 interventies die 'onvoldoende beschreven' zijn.
- De kans op uitvoering van interventies op diverse plaatsen in het land, en op doorontwikkeling, is het grootst als een interventie overdraagbaar is, onderliggende financiering helder is en als een interventie bewezen effectief is.
- Op 2 interventies na, zijn alle interventies qua beschrijving voldoende cultuursensitief.
- De werkzame bestanddelen van de interventies zijn voor vrijwel alle methodieken duidelijk beschreven; het betreft onder meer praktisch, kortdurend en laagdrempelig aanbod, psycho-educatie, vaardigheidstrainingen, ontspanningsmethodieken, veerkrachtversterkende technieken, expliciete aansluiting op behoeften van de doelgroep, bevorderen van onderlinge steun, en de inzet van intercultureel getrainde werkers.

Conclusies

Op basis van deze inventarisatie kunnen onderstaande conclusies getrokken worden:

- Bewezen effectiviteit kan op dit moment niet fungeren als basis voor inkoop of verspreiding, aangezien er nog geen in Nederland bewezen effectieve preventie interventies zijn gericht op de doelgroep asielzoekers en statushouders.
- De geïnventariseerde interventies sluiten voldoende goed aan op belangrijke behoeften zoals geïdentificeerd door professionals, het betreft onder meer het bevorderen van bewustzijn over fysieke en psychologische reacties van lichaam op stress, psycho-educatie; en activering.
- Belangrijke lacunes (onderwerpen waar huidige interventies zich niet of onvoldoende op richten) zijn onder meer het leren omgaan met frustratie en agressie, preventie van suïcide, preventie van postnatale depressie, en voorkomen kindermishandeling.
- Geconcludeerd kan worden dat er nog meer preventieve interventies zijn: enkele partijen hebben aangegeven dat zij niet tijdig de benodigde informatie konden aanleveren. Diverse soorten interventies voor specifieke problematiek of bevattende een specifieke methodiek zijn niet meegenomen in deze inventarisatie, zoals verslaving, gezonde leefstijl, ouderen (met dementie), sport- en bewegingsinterventies en vaktherapeutische interventies. Ook bestaan er preventie trainingen die relevantie lijken te hebben voor de doelgroep, maar nog niet met structurele regelmaat zijn ingezet bij V&A groepen.

Aanbevelingen

De volgende adviezen en aanbevelingen kunnen op basis van deze inventarisatie worden geformuleerd.

- Een kwaliteitsmeting bleek in deze fase niet mogelijk, maar wel belangrijk; het advies is om met name onderzoek te doen naar werkzame elementen (effectiviteit).
- In 2020 een nieuwe inventarisatie uitvoeren om zicht te houden op landelijke ontwikkelingen op gebied van preventieve interventies.
- Impuls is nodig voor een aantal breder landelijk in te zetten interventies aan de hand van overdraagbare interventies (train-de-trainer).
- Voor zowel opvang als gemeente geldt: wees realistisch, en houd rekening met contextfactoren als beperkte middelen (kosteneffectiviteit is essentieel), korte verblijfsduur in opvang, andere aanbieders (naast de GGZ), het belang van samenwerking met ketenpartners (zodat gezamenlijk draagvlak komt), teruglopende aandacht voor statushouders, beperkte acceptatie door/taboe op psychische gezondheid bij doelgroep.
- Met betrekking tot nieuwe preventieve interventies die zich richten op de psychische gezondheid van asielzoekers en statushouders en andere mogelijke interventies die nu niet in deze inventarisatie zijn opgenomen, geldt: maak gebruik van de mogelijkheid om de interventie in te dienen bij RIVM Centrum Gezond Leven, zodat deze in de toekomst in de database van Centrum Gezond Leven terecht komen.
- Maak bestaande en effectief bewezen preventieve interventies in de GGZ en de verslavingszorg toegankelijk voor de doelgroep asielzoekers en vluchtelingen. Om de interventies voldoende te laten aansluiten op de vragen en behoeften zouden de interventies moeten worden getoetst en/of herschreven op de specifieke gezondheidsaspecten waarmee asielzoekers en vluchtelingen kampen. Ook cultuursensitiviteit moet een vaste waarde in deze interventies worden. Interventies die hiervoor in aanmerking komen zijn bijvoorbeeld: alle KOPP-interventies (kinderen van ouders met psychische problemen), de gezonde school en genotmiddelen, interventies op het gebied van depressie- en angstpreventie, zoals de effectief bewezen Klachtgerichte Mini Interventies (piekeren, slapen en stress). Het verdient ook aanbeveling om de resultaten van CBI in Nederland te meten op effectiviteit.
- Vanuit strategisch oogpunt is het belangrijk in het vervolgtraject een grotere rol voor het Trimbos instituut te realiseren. Draagvlak en regulier inbedden is cruciaal; psychische gezondheid van asielzoekers/vluchtelingen is breder dan trauma. Daarnaast is het van belang aandacht te hebben voor gesignaleerde lacunes, te denken valt aan thema's die niet of nauwelijks geadresseerd worden in de interventies in de inventarisatie: bijvoorbeeld leren omgaan met frustratie en agressie, preventie van suïcide, preventie van postnatale depressie, voorkomen kindermishandeling. Ook toekomstige initiatieven die mogelijk relevant zijn (zoals Resilience Flower Model dat in België is ingezet op AZC's).
- Aandacht voor alternatieven zoals e-mental health (klachtgerichte mini-interventies over piekeren, slapen en stress) en samenwerking in de keten is essentieel.

Bijlage I: De interventies

Interventie 1: KOPP, Indigo Zeeland

Ontwikkeld in: 2017

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich zowel op asielzoekers als op statushouders tussen de 6 en 12 jaar oud. De deelnemers komen uit Afghanistan, Irak, Rusland, Armenië en Nigeria. De verblijfsduur van deze kinderen varieert. Ongeveer evenveel jongens als meisjes hebben deelgenomen aan de interventie. De doelgroep wordt geselecteerd via formele doorverwijzing. De kinderen zijn niet betrokken bij de ontwikkeling van de interventie.

1.2 Doel

Het doel van de interventie is dat kinderen in een ongedwongen sfeer ervaringen met elkaar uitwisselen en vragen kunnen stellen aan de trainers. Thema's zijn: waarom de kinderen in Nederland zijn, waar ze vandaan komen, het herkennen en uiten van gevoelens, sociale vaardigheden leren, ontspanning en het opbouwen van een sociaal netwerk. Afleiding en ontspanning, zoals knutselen en spelletjes spelen, zijn een belangrijk onderdeel van de interventie. Subdoelen van de interventie zijn het aanleren van sociale vaardigheden en assertiviteit.

1.3 Aanpak

De interventie bestaat uit acht bijeenkomsten van een uur en een kwartier. De leidraad van de KOPP kindergroep (kinderen van ouders met psychiatrische of verslavingsproblematiek) is aangevuld met oefeningen vanuit SoVa en Mindfulness voor kinderen.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden op locaties van het COA.

2.2 Bereik en deelname

In de afgelopen drie jaar is de interventie een tot tien keer uitgevoerd. Gemiddeld per keer zijn er vijf tot tien deelnemers gestart met de interventie. Van de deelnemers die gestart zijn heeft 40% de interventie volledig afgerond.

2.3 Uitvoerenden

De interventie wordt uitgevoerd door preventiemedewerkers van de GGZ. Er is geen gebruik gemaakt van een tolk.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Gezien het feit dat de interventie zich nog in de pilotfase bevindt is de kwaliteitsborging van de interventie nog niet uitgewerkt.

2.5 Kosten en financiering

De kosten van de interventie zijn uitgesplitst in 50 uur personele kosten en 100 euro voor materiaal. De ontwikkeling en uitvoering van de interventie zijn gefinancierd door WMO.

2.6 Samenwerking

Indigo werkt samen met het COA wat betreft de coördinatie van de werving van de deelnemers en het COA stelt een ruimte beschikbaar voor het uitvoeren van de interventie. Daarnaast werkt Indigo samen met de GCA, deze organisatie heeft de kinderen geïndiceerd.

3. Onderbouwing

De interventie is een preventieve aanpak om problematiek zoals aanpassingsproblemen te voorkomen en te signaleren. Het biedt ondersteuning aan kinderen van ouders met psychische klachten.

4. Werkzame elementen

De werkzame elementen van de interventie zijn praktisch bezig zijn in de vorm van tekenen en spelvormen. Kinderen blijken het lastig te vinden zich verbaal te (mogen) uiten over de psychische klachten van hun ouders. Door middel van non-verbale communicatietechnieken kunnen de kinderen dit oefenen.

5. Onderzoek

Er is geen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Redelijk Zwak
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Redelijk Zwak Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Zwak
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Onvoldoende beschreven

Toelichting:

De doelgroep van de interventie zijn kinderen tussen de 6 en 12 jaar oud. De interventie geeft ondersteuning aan kinderen met ouders met psychische problemen. Het is minder duidelijk beschreven hoe de doelen bereikt dienen te worden. De interventie is de afgelopen drie jaar één tot tien keer uitgevoerd, 10 tot 15 kinderen starten per keer met de interventie en ongeveer 40% rond de interventie volledig af. Het is niet duidelijk aan welke eisen de uitvoerenden moeten voldoen om de interventie uit te voeren en hoe de kwaliteit van de interventie geborgd gaat worden. Hetzelfde geldt voor de implementatie en contextuele en organisatorische randvoorwaarden. De onderbouwing van het probleem, oorzaken en factoren zijn onvoldoende beschreven. Er is geen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie.

Interventie 2: Liever Bewegen Dan Moe (LBDM) voor AZC, Indigo Preventie Rotterdam

Ontwikkeld in: 2007

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op volwassen asielzoekers en statushouders uit alle landen. De deelnemers van de interventie woonden minder dan één jaar in Nederland. 100% van de deelnemers zijn vrouw en worden via het AZC geworven om deel te nemen aan de interventie. Er zijn twee type groepen: de “open groep” en de “bestaande groep”. De open groep wordt geselecteerd via open werving, door middel van folders, flyers en mond-tot-mond reclame en via persoonlijk contact. De bestaande groep is een groep op een bestaande locatie/organisatie, waar de deelnemers regelmatig komen. De doelgroep is niet betrokken bij de ontwikkeling van de interventie, wel bij de evaluatie achteraf.

Indigo Preventie heeft een uitgebreid netwerk van intermediairs die in contact komen met deze groepen. Deze contactpersonen krijgen informatie van Indigo ten behoeve van de werving. Een preventiedeskundige geeft een informatieve, wervende voorlichtingsbijeenkomst.

1.2 Doel interventie

De interventie heeft als doel om het risico op depressie te verminderen door middel van het stimuleren van een gezondere leefstijl, gericht op meer bewegen. De interventie kent de volgende subdoelen:

- Verbetering van de ervaren kwaliteit van leven, zoals gemeten met Euroqol thermometer
- Vermindering van depressieve klachten, zoals gemeten met de MHI-5
- Inzicht geven in het belang van goede voeding, ontspanning en beweging voor lichamelijk en geestelijk welbevinden, gemeten met de tevredenheidslijst
- Opdoen van positieve ervaringen met bewegen, gemeten met mondelinge evaluatie van deelnemers
- Verbeteren fitheid deelnemers
- Stimuleren om na afloop van de interventie te blijven bewegen

1.3 Aanpak

De interventie bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van ongeveer twee uur per bijeenkomst. Een groep kan bestaan uit 8 tot 15 deelnemers, afhankelijk van de grootte van de locatie. De eerste bijeenkomst is een voorlichtingsbijeenkomst van een uur, om kennis te maken met de trainers, informatie te geven en vragen te beantwoorden. De andere bijeenkomsten staan in het teken van psycho-educatie en bewegen, 45 minuten voorlichting, 15 minuten omkleden en 60 minuten bewegen. Deelnemers krijgen een deelnemersmapje met informatie over de bijeenkomst.

In de training is aandacht voor de mogelijkheden en sterke kanten van de deelnemers (positieve psychologie) en wordt het gevoel van eigenwaarde gestimuleerd (mentale veerkracht). Voorbeelden van onderwerpen die aan bod komen bij de voorlichting zijn: piekeren, spanning en ontspanning, beter slapen en actief blijven. Tijdens alle bijeenkomsten worden deelnemers gestimuleerd om na afloop van de training te blijven bewegen. Hierover wordt gesproken met de deelnemers.

De interventie houdt rekening met de cultuur van de doelgroep door indien nodig een tolk in te schakelen en met afbeeldingen en materialen te werken. De vragenlijsten zijn vertaald in het Turks en Arabisch. De interventie vindt binnen plaats, zodat de Turks en Marokkaanse vrouwen niet buiten hoeven te bewegen.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan binnen en buiten plaatsvinden. De ruimte dient groot genoeg te zijn en privacy voor de deelnemers is zeer belangrijk. Organisaties die de interventie kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld welzijnsorganisaties, GGZ preventie organisaties.

2.2 Bereik en deelname

De interventie wordt 20 tot 30 keer per jaar ingezet bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. Voor de doelgroep asielzoekers is de interventie één keer uitgevoerd, in het AZC in 's Gravendeel. Op dit moment wordt de interventie ingezet op het AZC in Beverwaard. Er zijn ongeveer 20 deelnemers gestart. Het percentage dat de interventie volledig heeft afgerond kan nog niet gegeven worden omdat de interventie op dit moment uitgevoerd wordt.

2.3 Uitvoerenden

Er wordt gebruik gemaakt van een informele tolk. De tolk wordt op indicatie aangesteld, soms is het een contactpersoon en soms een deelnemer die voldoende taalvaardig is. De preventiemedewerkers van Indigo worden getraind door andere trainers. Hiervoor is een train de trainer cursus ontwikkeld. Preventiewerkers die de training willen geven, moeten verplicht deze cursus volgen.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

De kwaliteit van de uitvoering van de interventie wordt bewaakt door het volgen van een vast draaiboek per bijeenkomst waardoor alle thema's aan bod komen. Daarnaast wordt de interventie door de deelnemers geëvalueerd. De deelnemers vullen vooraf aan de interventie en na afloop een vragenlijst in over hun stemming, hiermee wordt het effect van de interventie gemeten. Daarnaast wordt de conditie van de deelnemers gemeten door middel van een sportief circuit bij de start en na afloop van de interventie. Het draaiboek wordt via de train de trainer cursus verspreid.

2.5 Kosten en financiering

Personele kosten per training bestaan uit 8 bijeenkomsten van 2 uur, voorbereiding 6 uur, reistijd en onderzoek/verslaglegging 30 minuten. Materiele kosten zijn: vragenlijst (1 euro per lijst), sportmaterialen (400 euro), reis/parkeerkosten, trainingsmaterialen (10 euro), zaalhuur, catering en kosten van de werving. De interventie is ontwikkeld en wordt grotendeels uitgevoerd met gemeentelijke middelen en subsidies.

2.6 Samenwerking

Het oorspronkelijke draaiboek is ontwikkeld door Parnassia en is in oktober 2007 aangepast en gestandaardiseerd door een samenwerking tussen Parnassia, Context & RIAGG Rijnmond. Het doel hiervan is om de training beter aan te laten sluiten op het niveau en de behoefte van de doelgroep.

3. Onderbouwing

Uit onderzoek (de Graaf et al, 2010) blijkt dat bij 5,2% van de Nederlandse bevolking in de leeftijd van 18 tot 65 per jaar een depressie ontstaat. Bekend is dat vrouwen tweemaal zo vaak depressief zijn als mannen, dat depressie relatief vaker voorkomt bij mensen met een laag inkomen, werkloosheid of arbeidsongeschiktheid (ibid.). Bij allochtone bevolkingsgroepen is nog weinig onderzoek gedaan naar depressieve klachten. Uit een literatuurstudie blijkt dat migranten een verhoogd risico hebben op gezondheidsproblemen, zoals depressie (Lassetter e.a., 2009). Uit Nederlands onderzoek komt naar voren dat ongeveer een kwart van de Turkse vrouwen depressieve klachten heeft (CBS,2013).

4. Werkzame elementen

De interventie heeft de volgende werkzame elementen: het combineren van bewegen en gezondheidsvoorlichting in één programma. Vanuit de veronderstelling dat beide benaderingen, praten en doen, elkaars werkzaamheid versterken: men leert door informatie tot zich te nemen, te betrekken op het eigen leven, door ervaringen en tips uit te wisselen met anderen en het ondergaan van de (heilzame) werking van beweging.

5. Onderzoek

De interventie wordt geëvalueerd door de deelnemers na afloop van de interventie. Er is onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie door middel van een vragenlijst over stemming die de deelnemers bij het begin en het einde van de interventie invullen. Daarnaast wordt er aan het begin en aan het einde van de interventie een sportief circuit afgelegd en de scores worden hiervan bijgehouden.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Redelijk Redelijk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Zwak
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Zwak
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De interventie heeft als doel om het risico op depressie te verminderen door middel van het stimuleren van een gezondere leefstijl, gericht op meer bewegen. De interventie wordt 20 tot 30 keer per jaar uitgevoerd bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. De interventie is één keer uitgevoerd bij de doelgroep asielzoekers, op het AZC in 's Gravendeel. Op dit moment wordt de interventie uitgevoerd op het AZC in Beverwaard. Hier zijn ongeveer 20 deelnemers gestart. Het is onduidelijk aan welke eisen de preventiemedewerkers moeten voldoen om de interventie uit te voeren. De kwaliteitsborging en samenwerking met andere organisaties zijn duidelijk beschreven. De onderbouwing van het probleem en oorzaken zijn niet beschreven gericht op de doelgroep asielzoekers. Het is niet duidelijk hoe de aanpak de doelen moet bereiken bij de doelgroep. De werkzame elementen van de interventie zijn duidelijk beschreven. Er is onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie maar hier wordt beperkte informatie over beschikbaar gesteld.

Interventie 3: Kindergroep, GGNet

Ontwikkeld in: 2016

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op asielzoekers en statushouders kinderen. Bij het samenstellen van de groepen worden er drie leeftijdscategorieën gehanteerd: vier tot en met zes jaar, zes tot en met negen jaar en acht tot en met twaalf jaar. Op deze manier sluit de interventie aan bij de ontwikkelingsfase van de kinderen. Kinderen uit alle landen van herkomst kunnen deelnemen aan de interventie. De verblijfsduur in Nederland verschilde onder de kinderen. Ongeveer evenveel meisjes als jongens hebben deelgenomen aan de interventie.

De kinderen worden via formele doorverwijzing geselecteerd: GCA, GGD, huisarts, welzijns- of zorgorganisaties en via doorverwijzing via anderen, namelijk: school, COA woonbegeleiders en COA programmabegeleiders. De programmabegeleiders van de interventie overleggen met de aanmelders hoe de groepen samengesteld worden, op basis van advies van mentoren en woonbegeleiders. Hierbij wordt rekening gehouden met leeftijd en taal. Op dit moment wordt er gewerkt aan een evaluatie instrument om de kinderen te kunnen betrekken bij de doorontwikkeling van de interventie.

1.2 Doel interventie

Het doel van de interventie is het versterken van de mentale gezondheid en zelfredzaamheid van kinderen van vluchtelingen om zo bij te dragen aan een gezonde ontwikkeling. Het verwerken van ingrijpende levensgebeurtenissen, het aanleren van gezondheidsvaardigheden en hierdoor het voorkomen of verminderen van (de ontwikkeling van) ernstige psychische klachten of gedragsproblematiek staat hierbij centraal. Subdoelen zijn: het ventileren van emoties, het versterken van zelfvertrouwen en zelfwaardering, werken aan eigen competenties, creëren van veiligheid, saamhorigheid en sociale steun, ontspannen en plezier maken.

1.3 Aanpak

De interventie bestaat uit 8 bijeenkomsten van 1 tot 1,5 uur. Er kunnen maximaal 10-12 kinderen deelnemen aan de groep om een zo optimaal mogelijk klimaat te creëren om de doelen te bereiken. Voor de jongste kinderen, 4 t/m 6 jaar, duurt de bijeenkomst één uur i.v.m. de kortere concentratieboog. Elke bijeenkomst start en eindigt met een kringgesprek. Daarna volgt er een creatieve werkvorm die verschillende doelen kan hebben; één doel is altijd om aan de hand van de tekening met het kind in gesprek te komen. Enkele thema's zijn: vluchtverhaal, familie en toekomst.

De laatste bijeenkomst bestaat uit een expositie van al het werk dat de kinderen gemaakt hebben. Hiervoor worden de medewerkers van het COA, het GCA en de school uitgenodigd. Ook de ouders worden uitgenodigd waardoor de ouders zien wat de kinderen gedaan hebben en kunnen zij in gesprek gaan met de programmabegeleiders.

Er wordt voor gezorgd dat de interventie aansluit bij de doelgroep door elke bijeenkomst de groepsdynamiek te bekijken en waar nodig de inhoud bij te stellen. Bijvoorbeeld kinderen met een ontwikkelingsachterstand door de vlucht kunnen een andere werkvorm krijgen. Daarnaast wordt vanwege de korte concentratieboog van de jongste kinderen de werkvormen afgewisseld met het voorlezen van een boek en het zingen van een liedje; beide sluiten altijd aan bij het thema van die bijeenkomst. Het programma is flexibel zodat het aansluit bij de behoefte van de groep, de uitvoerenden observeren deze behoeften. De interventie houdt rekening met de cultuur van de doelgroep doordat de interventie uitgevoerd wordt door professionals die getraind zijn in intercultureel werken.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden op een AZC of op een basisschool waar de kinderen naartoe gaan. Andere mogelijkheden zijn gemeenten of wijkcentra.

2.2 Bereik en deelname

In de afgelopen drie jaar is de interventie tien tot twintig keer uitgevoerd. De interventie is uitgevoerd op AZC's in Aalten, Winterswijk, Zutphen en Dronten. Per keer zijn er vijf tot tien deelnemers gestart met de interventie. Bij de jongste groep worden er acht kinderen uitgenodigd omdat daar meer begeleiding nodig is. 50% van de kinderen rond de volledige interventie af. Het percentage kinderen dat de volledige interventie afrondt verschilt per interventie.

2.3 Uitvoerenden

De interventie wordt uitgevoerd door twee preventiefunctionarissen. De volgende eisen worden aan de uitvoerenden gesteld: affiniteit met, kennis over, en ervaring met de doelgroep, inlevingsvermogen, ervaring met preventief werken, deskundig op gebied van cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheden, didactische vaardigheden, ervaring binnen zorgsector.

Er wordt gebruik gemaakt van een formele tolk. De tolk moet snel kunnen schakelen en soms ook beslissen wat hij voorrang geeft bij het tolken omdat kinderen vaak door elkaar praten. Om deze reden wordt er met voorkeurstolken gewerkt en vanwege de continuïteit en veiligheid in de groep heeft het ook de voorkeur wanneer de tolk er alle bijeenkomsten bij kan zijn.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

De programmaleiders vragen aan de kinderen, ouders en begeleiders naar wat werkzame elementen van de interventie zijn geweest. Daarnaast wordt er op dit moment een meetinstrument voor de evaluatie van de interventie. Halfjaarlijks wordt er met de betrokken medewerkers van de AZC locatie een gezamenlijke evaluatie gehouden. Ook wordt de kwaliteit bewaakt door het inzetten van professionals met specifieke deskundigheid.

2.5 Kosten en financiering

De kosten bedragen naar verwachting 5.500,- euro, inclusief materiele kosten, 55-60 uur, 2 begeleiders. Zolang mensen op een COA-opvanglocatie zijn, is de interventie gefinancierd door de zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor de inkoop van zorg aan asielzoekers. Wanneer de interventie voor statushouders wordt ontwikkeld en uitgevoerd moet deze door andere partijen worden gefinancierd, zoals bijvoorbeeld de gemeente.

2.6 Samenwerking

De volgende organisaties hebben een verwijzende rol: COA, GCA, GGD, scholen en huisartsen. Het verloop van de module wordt teruggekoppeld aan de contactpersoon van COA. Indien gewenst kan een deelnemer worden verwezen naar een vervolgbehandeling, hiervoor zal met toestemming van de deelnemer contact plaatsvinden met de desbetreffende organisatie.

3. Onderbouwing

Kinderen van asielzoekers hebben vaak al veel ingrijpende en/of traumatische gebeurtenissen in hun eigen land of tijdens de vlucht meegemaakt: oorlog, verlies van ouders en/of familieleden, dakloos zijn, niet naar school kunnen, geen veilige en vertrouwde omgeving hebben, ondervoeding, onzekerheid over de toekomst, zorgen over de gezondheid van familie, etc. Daarnaast kan ook het verblijf in een asielzoekerscentrum of vaak meerdere asielzoekerscentra ingrijpend zijn voor kinderen. Toch zijn gelukkig ook veel vluchtelingkinderen weerbaar en veerkrachtig. Prevalentiecijfers van PTSS wisselen deze per studie en zijn afhankelijk van de bestudeerde etnische groep en de oorlogssituatie. Volgens de review van Fazel et al. (2005) werd bij 11% van de vluchtelingkinderen (N=260) die inmiddels woonachtig waren in westerse landen PTSS vastgesteld. Bij alleenstaande minderjarige asielzoekers is de prevalentie 20-53% (Unterhitzenberger et al., 2015). Er zijn geen eenduidige cijfers over nog bijkomende klachten of stoornissen op het gebied van depressie en angst bij vluchtelingkinderen. GGNet zien uit ervaring dat deze ingrijpende levenservaringen bij veel kinderen leiden tot angst, stress, somberheid, bindingsangst, parentificatie. Dit zijn kinderen zich lang niet altijd bewust, maar ze hebben bijvoorbeeld meer last van: hoofdpijn, slaapproblemen, piekeren, meer of juist minder eten, lusteloosheid, problemen in contact maken, problemen in emotieregulatie waarbij we vaak agressief en conflict zoekend gedrag zien.

4. Werkzame elementen

De interventie kent de volgende werkzame elementen:

- Op een laagdrempelige manier kwetsbare onderwerpen (vluchtverhaal, psychische klachten, identiteit) bespreekbaar maken. Dit gebeurt niet alleen talig, maar wordt juist ook ingegeven door inzet van meer non-verbale creatieve en interactieve methodieken.
- Aansluiting bij de belevingswereld van de kinderen, o.a. door tekentaal te gebruiken. De uitwerking van de thema's sluit zoveel mogelijk aan bij de ontwikkeling en belevingswereld van de kinderen. Door deze aanpak kan de mentale weerbaarheid, het sociaal/emotioneel functioneren en de fysieke gezondheid verbeteren.
- Aansluiten op de behoeften die de groep zelf aangeeft. Via het flexibele modulenboek kan het programma elke keer opnieuw specifiek op de groep worden aangepast om te voldoen aan de vragen die op dat moment bij hen leven (aansluiten op de behoefte van de groep, klachtgericht/vraaggericht werken).
- Bevorderen van sociale steun door interventie in een groep aan te bieden
- Combinatie van verwerking, psycho-educatie en vaardigheid, waardoor de kinderen niet enkel ervaringen met elkaar delen en zich bewust worden van processen in hun leven, maar ook aangereikte vaardigheden in hun leven kunnen toepassen om de eigen kracht te versterken (versterking eigen kracht en zelfredzaamheid).

5. Onderzoek

Er is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de interventie. Er staat een effectiviteitsstudie gepland in 2018.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Sterk Redelijk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Redelijk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op kinderen en delen de doelgroep op in verschillende leeftijdscategorieën. Het doel van de interventie is het versterken van de mentale gezondheid en zelfredzaamheid van kinderen van vluchtelingen om zo bij te dragen aan een gezonde ontwikkeling. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven, evenals de eisen gesteld aan de uitvoerenden, het gebruik van een tolk, het bereik en deelname en de kosten. Het is niet onderbouwd hoe de aanpak ook daadwerkelijk de

doelen bij deze doelgroep moet bereiken en wat het verband is tussen de aanleiding, doelen en doelgroep. De werkzame elementen van de interventie zijn helder beschreven. Onderzoek naar de effectiviteit van de interventie zal in 2018 plaatsvinden en om deze reden is dit onderdeel niet meegenomen in de beoordeling van de interventie.

Interventie 4: Kracht van gedachten, GGNet

Ontwikkeld in: 2014

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op asielzoekers en statushouders. Deelnemers zijn jongvolwassenen (achttien tot 21 jaar), volwassenen, ouders en ouderen (65 jaar en ouder). Mensen uit alle landen van herkomst kunnen deelnemen aan de interventie. De verblijfsduur van de deelnemers is zeer verschillend. Ongeveer 70% van de deelnemers is man.

De deelnemers worden via formele doorverwijzing geselecteerd, via CGA en GGD, via doorverwijzing door COA programmaleiders en door middel van de cursussen LessStress (ook van GGNet). Elke uitgevoerde interventie wordt met de deelnemers geëvalueerd. Zowel op proces, als op de effecten op gezondheidsklachten. Daarnaast is er een ervaringsdeskundige betrokken bij de doorontwikkeling en aansluiting op de behoefte van de doelgroep.

1.2 Doel interventie

Het doel van de interventie is het versterken van de mentale gezondheid en zelfredzaamheid van asielzoekers en vluchtelingen om zo bij te dragen aan een gezonde ontwikkeling. Het verwerken van ingrijpende levensgebeurtenissen, het aanleren van gezondheidsvaardigheden en hierdoor het voorkomen of verminderen van (ontwikkeling van) ernstige psychische klachten of (gedrags-)problematiek staat hierin centraal. Subdoelen zijn: het ventileren van emoties, het versterken van zelfvertrouwen en zelfwaardering, werken aan eigen competenties, creëren van veiligheid, saamhorigheid en sociale steun, ontspannen en plezier maken.

1.3 Aanpak

De kracht van gedachten is een interventie van vier bijeenkomsten van 2 uur, gebaseerd op de Rationeel-Emotieve Therapie (RET). RET is een onderdeel van de Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) en ontwikkeld door Albert Ellis (1913-2007).

De interventie wordt gegeven door twee preventiefunctionarissen. Daarnaast is er een tolk aanwezig die alles vertaalt. De eerste bijeenkomst staat in het teken van herkennen van zes basisgevoelens en herkennen van helpende en niet-helpende gedachten. De tweede bijeenkomst richt zich op positief denken leren en negatief denken stoppen. De derde bijeenkomst gaat over het herkennen en uitdagen van gedachten, en het GGGG-model. De laatste bijeenkomst richt zich op aanvullende technieken om gedachten uit te dagen, luchtigheid en evaluatie van de interventie.

Er wordt rekening gehouden met de cultuur van de deelnemers zoals bijvoorbeeld het hebben van geen of weinig basiskennis over stress en spanning in relatie tot lichamelijke klachten. Andere manieren van omgaan met stress (geloof, rituelen) zijn bespreekbaar.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan op AZC- locaties en POL-locaties worden gegeven. De interventie kan ook gegeven worden bij instellingen waar inburgeringsprogramma's gegeven worden, gemeenten, wijkcentra.

2.2 Bereik en deelname

De interventie is in de afgelopen drie jaar meer dan 50 keer uitgevoerd. De interventie is op de AZC locaties Aalten, Schalkhaar, Winterswijk, Zutphen en Dronten uitgevoerd. Per keer starten 10 tot 15 deelnemers met de interventie. De ideale groeps grootte is 12 personen. Het percentage deelnemers dat

de volledige interventie afrondt verschilt per locatie. Dit heeft te maken met de manier van werving, verhuizing van deelnemers, en afstemming van andere activiteiten op de locatie.

2.3 Uitvoerenden

De volgende eisen worden aan de uitvoerenden gesteld: affiniteit met, kennis over, en ervaring met de doelgroep, inlevingsvermogen, ervaring met preventief werken, deskundig op gebied van cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheden, didactische vaardigheden, ervaring binnen zorgsector. Er wordt gebruik gemaakt van een formele tolk, een persoon uit de doelgroep (peer educator) en een opgeleide trainer met vluchtelingenachtergrond.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Elke uitvoering wordt met een voor- en nameting en met een persoonlijke evaluatie met de deelnemers afgerond. Resultaten worden in een overleg geanonimiseerd gerapporteerd aan de verwijzers. Jaarlijks is er met alle medewerkers van de locatie een gezamenlijke evaluatie van de ervaringen.

2.5 Kosten en financiering

De kosten zijn naar schatting 5.000,- euro, inclusief materiele kosten, 45-55 uur, 2 begeleiders. Zolang mensen in een COA-opvanglocatie zijn, is de interventie gefinancierd door de zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor de inkoop van zorg aan asielzoekers. Wanneer de interventie voor statushouders wordt uitgevoerd moet deze door andere partijen worden gefinancierd, zoals bijvoorbeeld de gemeente.

2.6 Samenwerking

De volgende organisaties hebben een verwijzende rol: COA, GCA, GGZ Consulent, Vluchtelingenwerk, gemeenten, scholen en huisartsen. Het verloop van de module wordt geanonimiseerd teruggekoppeld aan de contactpersoon van COA. Indien gewenst kan een deelnemer worden verwezen naar een vervolgbehandeling, hiervoor zal met toestemming van de deelnemer contact plaatsvinden met de desbetreffende organisatie. Met de GGD wordt geregeld in samenwerking een training vormgegeven wanneer onderwerpen elkaar raken. Ook met de verslavingszorg in onze regio is dit het geval.

3. Onderbouwing

Asielzoekers maken vaak ingrijpende gebeurtenissen mee zoals: toenemende onveiligheid en levensbedreigingen, onzekerheid over waar de vlucht toe leidt, verlies van de vertrouwde omgeving, verlies van of afstand nemen van het gezin, familie en naasten, zorgen over het gezin, familie en naasten die zijn achtergebleven, verlies van werk en/of status en onzekerheid over de toekomst. In Nederland is het leven in een asielzoekerscentrum vaak niet makkelijk door een nieuwe cultuur, sobere omstandigheden, wachten op beslissing asielaanvraag, gerechtelijke procedures, nieuwe taal, inburgering, etc. Dit heeft consequenties voor de lichamelijke en psychische gezondheid van asielzoekers. Door de ingrijpende levenservaringen kunnen zij te maken krijgen met angst, stress, somberheid, verlies van zelfwaardering en eenzaamheid. Dit kan zich lichamelijk uiten: hoofdpijn, zweten, slaapproblemen, piekeren, meer of juist minder eten, hyperventilatie, lusteloosheid, hartritme stoornissen of een continu gevoel van onrust.

Asielzoekers hebben een hoger risico op de ontwikkeling van psychische klachten/stoornissen. Het percentage posttraumatische-stressstoornissen (PTSS) en depressie ligt fors hoger dan de gemiddelde inwoner van Nederland. 13 – 25 % van de asielzoekers/statushouders kampt met depressie en/of PTSS (meta-analyse van vóór hoge instroom 2014, percentages naar verwachting hoger vanwege toename oorlogsslachtoffers Syrië). Er is sprake van een nog hoger percentage als ook andere psychische problematiek (o.a. angst) wordt meegenomen. Ter vergelijking: in Nederland 3 – 6% (Gezondheidsraad, februari 2016).

4. Werkzame elementen

De interventie gaat dieper in op belangrijke thema's voor asielzoekers, waardoor het enkel psycho-educatieve karakter ontstegen kan worden en mensen daadwerkelijk in de gelegenheid worden gesteld het geleerde in de eigen praktijk toe te passen en implementeren. De deelnemers reflecteren hier

tijdens de 4 bijeenkomsten samen met de begeleiders en mede-asielzoekers op. Op deze manier is de verwachting dat het effect van de preventieve interventies verhoogd kan worden. Er kan meer naar een structurele gedragsverandering toegewerkt worden..

De kans dat meer asielzoekers een korte module met succes en effect afronden en er minder sprake is van drop-out, wordt fors vergroot. Ook kan in de module worden gesignaleerd of extra hulp/behandeling nodig is. Afhankelijk van het gesignaleerde probleem kan via GCA worden doorverwezen naar een zorginstelling in de regio.

5. Onderzoek

In 2016 en 2017 is de interventieonderzocht op effectiviteit door medewerkers van GGNet. 47 respondenten hebben deelgenomen aan de voormeting en 33 aan de nameting. De vragenlijst meet het sociale, psychologische en het lichamelijke welbevinden. Uit de resultaten blijkt dat de interventie een positief effect lijkt te hebben op het verminderen van de psychische en de lichamelijke klachten, afgeleid uit een lagere score op klachten in de nameting. Het aantal respondenten is te laag om hier harde uitspraken over te doen. Daarnaast is het niet duidelijk of er gecontroleerd is voor andere factoren die mogelijk van invloed zijn op het welbevinden van de respondenten.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Redelijk Redelijk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Redelijk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Redelijk
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op jongvolwassenen, volwassenen en ouderen. Het doel van de interventie is het versterken van de mentale gezondheid en zelfredzaamheid van asielzoekers en vluchtelingen om zo bij te dragen aan een gezonde ontwikkeling. De aanpak en uitvoering van de interventie is duidelijk beschreven. Het is duidelijk hoe de kwaliteit van de interventie geborgd wordt maar minder duidelijk hoe rekening wordt gehouden met contextuele en organisatorische randvoorwaarden. Het probleem en de oorzaken zijn duidelijk onderbouwd, maar het verband tussen de aanleiding, doel en doelgroep en een verantwoording hoe de aanpak de doelen daadwerkelijk moet realiseren bij de doelgroep zijn niet onderbouwd. De werkzame elementen van de interventie zijn goed beschreven. Er is onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie.

Interventie 5: Slaapmodule, GGNet

Ontwikkeld in: 2017

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op asielzoekers en statushouders. De deelnemers zijn jong volwassenen (18-21 jaar), volwassenen, ouders en ouderen (65 jaar en ouder). Mensen uit alle landen van herkomst kunnen deelnemen aan de interventie. De verblijfsduur in Nederland is zeer verschillend onder de deelnemers. Meer mannen dan vrouwen hebben deelgenomen aan de interventie (70% mannen). De deelnemers worden geworven via een contactpersoon preventie door het COA. Deze persoon zorgt er samen met GGNet voor de organisatie en het slagen van de interventies. GCA, GGD, mentoren, woonbegeleiders en programmaleiders zorgen samen voor de selectie van deelnemers.

De deelnemers worden betrokken bij de doorontwikkeling van de interventie door middel van evaluaties. Daarnaast wordt het effect op de gezondheidsklachten van de deelnemers ook meegenomen in de doorontwikkeling. Daarnaast is er een ervaringsdeskundige in dienst (heeft de interventie ook gevolgd) waardoor er aansluiting is met de doelgroep.

1.2 Doel interventie

De doelen van de interventie zijn: het verkrijgen van kennis en inzicht over slapen, aanleren van vaardigheden voor beter slapen, versterken zelfvertrouwen, sociale steun, ontspanning, plezier, verbeteren van de weerstand door beter slapen, verminderen medicijngebruik, bewustwording van het belang van een dag- en nachtritme, en een andere visie op gezondheid creëren.

1.3 Aanpak

De interventie is een korte cursus van vier bijeenkomsten. Elke bijeenkomst duurt 2 uur. In de cursus worden vaardigheden aangereikt waarmee de deelnemer inzicht krijgt in het belang van slapen, in oorzaken van slaapproblemen en de aanpak van slaapproblemen. Hierdoor leert de deelnemer zijn of haar eigen situatie te verbeteren zodat de slaapproblemen verminderen, de deelnemer zal zich beter uitgerust voelen en daardoor meer energie hebben om met de problemen in zijn of haar leven om te gaan.

De interventie wordt op AZC locaties en POL locaties gegeven. De eerste bijeenkomst staat in het teken van kennismaking en wordt er een voormeting d.m.v. een vragenlijst afgenomen om de problematiek in kaart te brengen. Tijdens de tweede bijeenkomst wordt de analyse van de voormeting besproken en daarmee de behoeften in kaart gebracht. Daarnaast worden de oorzaken van slaapproblemen behandeld en een ontspanningsoefening aangeleerd. De derde bijeenkomst wordt besteed aan het aanpakken van slaapproblemen in de specifieke situatie van de deelnemers door Competitive Memory Training. In de vierde bijeenkomst wordt stilgestaan bij de winst die geboekt is en hoe deze vastgehouden kan worden. Daarnaast worden er verschillende vervolgbehandelingen besproken die van belang kunnen zijn. Het tweede deel van deze bijeenkomst vindt de nameting plaats alsmede de groeps-evaluatie.

Er wordt ook rekening gehouden met een eventuele mindere kennis over gezondheid in relatie tot lichamelijke en psychische klachten. De inhoud van de bijeenkomsten wordt hierop aangepast. Geloof en rituelen zijn bespreekbaar als omgang met problemen. Er is gebruik gemaakt van de input van de doelgroep en van de kennis van ervaren cursusleiders en van een GZ-psycholoog om de interventie aansluitend te maken op de doelgroep.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan op AZC locaties en op POL locaties worden uitgevoerd. Ook kan de interventie uitgevoerd worden op instellingen waar inburgeringsprogramma's gegeven worden, gemeenten, wijkcentra.

2.2 Bereik en deelname

In de afgelopen drie jaar is de interventie één tot tien keer uitgevoerd. Voor elke interventie worden 30 deelnemers uitgenodigd. Ongeveer 50% tot 75% is bij de eerste bijeenkomst aanwezig. Het percentage deelnemers dat de interventie volledig afrond verschilt per locatie.

2.3 Uitvoerenden

De volgende eisen worden aan de uitvoerenden gesteld: affiniteit met, kennis over, en ervaring met de doelgroep, inlevingsvermogen, ervaring met preventief werken, deskundig op gebied van cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheden, didactische vaardigheden, ervaring binnen zorgsector. Er wordt gebruik gemaakt van een formele tolk en een *cultural mediator*.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Elke interventie bevat een voor- en nameting en een persoonlijke evaluatie van de deelnemers. Resultaten worden in een overleg geanonimiseerd gerapporteerd aan de verwijzers. Jaarlijks is er met alle medewerkers van de locatie een gezamenlijke evaluatie van de ervaringen. Daarnaast wordt de kwaliteit bewaakt door de professionals met hun specifieke deskundigheid en ervaring.

2.5 Kosten en financiering

Indicatie: 5.000,-, inclusief materiele kosten, 45-55 uur, 2 begeleiders. Zolang mensen in een COA-opvanglocatie zijn, is de interventie gefinancierd door de zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor de inkoop van zorg aan asielzoekers. Wanneer de interventie voor statushouders wordt uitgevoerd moet deze door andere partijen worden gefinancierd, zoals bijvoorbeeld de gemeente.

2.6 Samenwerking

De volgende organisaties hebben een verwijzende rol: COA, GCA, GGZ Consulent, Vluchtelingenwerk, gemeenten, scholen en huisartsen. Het verloop van de module wordt geanonimiseerd teruggekoppeld aan de contactpersoon van COA. Indien gewenst kan een deelnemer worden verwezen naar een vervolgbehandeling, hiervoor zal met toestemming van de deelnemer contact plaatsvinden met de desbetreffende organisatie. Met de GGD wordt geregeld in samenwerking een training vormgegeven wanneer onderwerpen elkaar raken. Ook met de verslavingszorg in onze regio is dit het geval.

3. Onderbouwing

Asielzoekers maken vaak ingrijpende gebeurtenissen mee zoals: toenemende onveiligheid en levensbedreigingen, onzekerheid over waar de vlucht toe leidt, verlies van de vertrouwde omgeving, verlies van of afstand nemen van het gezin, familie en naasten, zorgen over het gezin, familie en naasten die zijn achtergebleven, verlies van werk en/of status en onzekerheid over de toekomst. In Nederland is het leven in een asielzoekerscentrum vaak niet makkelijk door een nieuwe cultuur, sobere omstandigheden, wachten op beslissing asielaanvraag, gerechtelijke procedures, nieuwe taal, inburgering, etc. Dit heeft consequenties voor de lichamelijke en psychische gezondheid van asielzoekers. Door de ingrijpende levenservaringen kunnen zij te maken krijgen met angst, stress, somberheid, verlies van zelfwaardering en eenzaamheid. Dit kan zich lichamenlijk uiten: hoofdpijn, zweten, slaapproblemen, piekeren, meer of juist minder eten, hyperventilatie, lusteloosheid, hartritme stoornissen of een continu gevoel van onrust.

Asielzoekers hebben een hoger risico op de ontwikkeling van psychische klachten/stoornissen. Het percentage posttraumatische-stressstoornissen (PTSS) en depressie ligt fors hoger dan de gemiddelde inwoner van Nederland. 13 – 25 % van de asielzoekers/statushouders kampt met depressie en/of PTSS (meta-analyse van vóór hoge instroom 2014, percentages naar verwachting hoger vanwege toename oorlogsslachtoffers Syrië). Er is sprake van een nog hoger percentage als ook andere psychische problematiek (o.a. angst) wordt meegenomen. Ter vergelijking: in Nederland 3 – 6% (Gezondheidsraad, februari 2016).

4. Werkzame elementen

- Kortdurend, gericht en laagdrempelig bieden van psycho-educatie en vaardigheidstraining m.b.t. methodieken om beter te leren slapen (inzicht geven in combinatie met aangeleerd krijgen van effectieve technieken, versterking eigen kracht en zelfredzaamheid).
- Aansluiten op de behoeften die de groep zelf aangeeft. Via het meetinstrument kan het programma elke keer opnieuw het accent krijgen wat de groep nodig heeft. (aansluiten op de behoefte van de groep, klachtgericht/vraaggericht werken).
- Groepsgewijze training: er wordt niet alleen gesprek aangegaan en vaardigheidstraining en psycho-educatie gegeven. Door deze hele persoonlijke en specifieke ervaringen met elkaar in de groep te kunnen delen, ontstaat er ook een band tussen de deelnemers uit de groep en kunnen de mensen elkaar tot steun zijn (bevordering onderlinge sociale steun).
- De professionals zijn allen getraind in intercultureel werken en kunnen in die zin aansluiten op het verlenen van de juiste preventieve zorg aan mensen met een andere culturele afkomst (afgestemd zijn op werken met mensen van een andere culturele afkomst).

5. Onderzoek

Er is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de interventie omdat deze zich in de pilot fase bevindt.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Redelijk Redelijk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Redelijk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op volwassen asielzoekers en statushouders. De doelen van de interventie zijn gericht op een gezond slaapritme en daarmee een gezonder leven en weerbaardere deelnemers. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven. Het is niet duidelijk hoe de tolk precies ingezet wordt bij de interventie en hoe het werken met een tolk verloopt. In de afgelopen drie jaar is de interventie één tot tien keer uitgevoerd en worden er 30 deelnemers per keer uitgenodigd. De probleem en de oorzaken waar de interventie zich op richt zijn goed onderbouwd, maar dit geldt niet voor het verband tussen de aanleiding, doelen en doelgroep en een verantwoording van hoe de doelen daadwerkelijk bereikt gaan worden bij de doelgroep. De werkzame elementen van de interventie zijn helder. Er is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de uitvoering en effectiviteit van de interventie en daarom is dit onderdeel niet meegenomen in de beoordeling.

Interventie 6: Pubergroep, GGNet

Ontwikkeld in: 2017

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op asielzoekers, statushouders en alleenstaande minderjarige vreemdelingen. De deelnemers vallen in de leeftijdscategorie jeugdigen (12 tot 18 jaar oud). Iedere puber kan deelnemen, ongeacht land van herkomst. De verblijfsduur in Nederland van de deelnemers is korter dan 1 jaar of tussen de 1 en 3 jaar. 60% van de deelnemers zijn man.

De deelnemers worden geworven in samenwerking met COA, CGA, GGD, scholen, gemeenten en welzijnsorganisaties. Hiervoor is folder/flyermateriaal beschikbaar en er wordt gebruik gemaakt van een persoonlijke benadering om de deelnemers te motiveren. Mond-tot-mond reclame speelt ook een rol in de werving en selectie. De doelgroep is betrokken bij de interventie door de deelnemers de eerste twee pilots te laten evalueren. Zij hebben een actieve bijdrage gehad in de doorontwikkeling van de interventie.

1.2 Doel interventie

Het doel van de interventie is het versterken van de mentale gezondheid en zelfredzaamheid van pubers en AMV-en om zo bij te dragen aan een gezonde ontwikkeling. Het verwerken van ingrijpende levensgebeurtenissen, het aanleren van gezondheidsvaardigheden en hierdoor het voorkomen of verminderen van (ontwikkeling van) ernstige psychische klachten of (gedrags-)problematiek staat hierin centraal. Subdoelen zijn: ventileren emoties, aanleren vaardigheden verbeteren psychische gezondheid, veiligheid, saamhorigheid en sociale steun, ontspanning en plezier.

1.3 Aanpak

De interventie bestaat uit 6 bijeenkomsten van 1,5 uur. Er kunnen maximaal 10-12 pubers/AMV's deelnemen aan de groep om een zo optimaal mogelijk klimaat te creëren om de doelen te bereiken. Omdat de groep pubers en AMV-en sterk verschilt qua land van herkomst, opleidingsniveau, perspectief, lengte van verblijf in Nederland, ervaringen in land van herkomst en tijdens de vlucht, interesses, levensfase en behoeften, wordt gewerkt met een flexibel moduleboek. Thema's die afhankelijk van behoefte ingezet kunnen worden zijn: vluchtverhaal, een veranderende identiteit, stress en spanning, draagkracht en draaglast, angst en stemming, sociale weerbaarheid, grenzen, doelen voor de toekomst, rouw en verlies, sociale steun, slapen, een gezonde leefstijl.

De interventie houdt rekening met de cultuur van de deelnemers door het inzetten van professionals die getraind zijn in intercultureel werken. Het moduleboek kan per groep aangepast worden naar aanleiding van achtergrond, opleidingsniveau, etc. Er wordt ook rekening gehouden met de kennis die de jongeren hebben over gezondheid, stress en spanning in relatie tot lichamelijke klachten. Omgaan met stress door geloof of rituelen is bespreekbaar.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden op asielzoekerscentra, internationale schakel klassen, wijkcentra of op andere locaties waar AMV'ers zich bevinden.

2.2 Bereik en deelname

In de afgelopen drie jaar is de interventie tien tot twintig keer uitgevoerd. Per interventie zijn er tien tot vijftien deelnemers gestart. 65% van de deelnemers rond de interventie volledig af. Dit heeft te maken dat AMV'ers regelmatig verhuizen.

2.3 Uitvoerenden

De volgende eisen worden aan de uitvoerenden gesteld: affiniteit met, kennis over, en ervaring met de doelgroep, inlevingsvermogen, ervaring met preventief werken, deskundig op gebied van cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheden, didactische vaardigheden, ervaring binnen zorgsector. Er

wordt gebruik gemaakt van een formele tolk. Er is een netwerk van voorkeurstolken verzameld door de ontwikkelaars. Dit zijn mensen die bekend zijn met de doelgroep, methodieken en terminologie. De ontwikkelaars hebben gemerkt dat wanneer de tolk dezelfde culturele achtergrond heeft, deelnemers zich makkelijker uiten in hun moedertaal over kwetsbare onderwerpen en zich genuanceerder uit kunnen drukken waardoor het makkelijker wordt de onderwerpen te bespreken.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Er wordt momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van een meetinstrument om de effectiviteit van de interventie te kunnen onderzoeken. De kwaliteit van de interventie wordt daarnaast bewaakt door het inzetten van professionals en door aan te sluiten op de behoefte van de doelgroep.

2.5 Kosten en financiering

Indicatie: 5.500,-, inclusief materiele kosten, 55-60 uur, 2 begeleiders. Zolang mensen in een COA-opvanglocatie zijn, is de interventie gefinancierd door de zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor de inkoop van zorg aan asielzoekers. Wanneer de interventie voor statushouders wordt uitgevoerd moet deze door andere partijen worden gefinancierd, zoals bijvoorbeeld de gemeente.

2.6 Samenwerking

De volgende organisaties hebben een verwijzende rol: COA, GCA, GGD, scholen en huisartsen. Het verloop van de module wordt teruggekoppeld aan de contactpersoon van COA. Indien gewenst kan een deelnemer worden verwezen naar een vervolgbehandeling, hiervoor zal met toestemming van de deelnemer contact plaatsvinden met de desbetreffende organisatie. Met de GGD wordt geregeld in samenwerking een training vormgegeven wanneer onderwerpen elkaar raken. Ook met de verslavingszorg in onze regio is dit het geval.

3. Onderbouwing

AMV'ers zijn een kwetsbare groep. Ze lopen tegen de volgende problemen aan: een onduidelijk en onzeker toekomstperspectief, migratieproblematiek, acculturatieproblemen, rouw- en verlieservaringen, zorgen over achterblijvers in het land van herkomst, etc. Door hun leeftijd, het niet kunnen terugvallen op of zich identificeren met een meerderjarige ouder of bloedverwant, de afhankelijkheid van derden waardoor zij een potentieel slachtoffer zijn voor uitbuiting, geweld, mensenhandel, prostitutie of andere vormen van misbruik en de ontwikkelingsfase waarin zij zich gezien hun leeftijd bevinden, maken deze groep extra kwetsbaar.

Er is een verhoogde prevalentie op het gebied van post-traumatische stressstoornissen, depressieve stoornissen, angststoornissen en identiteitsproblematiek. Ook ontstaan er bij AMV's veel psychosociale problemen als gevolg van de afwezigheid van ouders. De ontwikkelaars van de interventie zien dat de problemen met elkaar samenhangen. Zij hebben een hoog risico op verslaving aan alcohol of drugs, problemen met heersende sociale waarden en normen in Nederland die soms botsen met de sociale waarden en normen uit de eigen culturele afkomst, seksuele gezondheidsrisico's (tienerzwangerschappen en SOA's) en de soms doorlopende onderdrukking vanuit het thuisland en/of religie.

4. Werkzame elementen

- Op een laagdrempelige manier kwetsbare onderwerpen (vluchtverhaal, psychische klachten, identiteit) bespreekbaar maken. Dit gebeurt niet alleen talig, maar wordt juist ook ingegeven door inzet van meer non-verbale creatieve en interactieve methodieken.
- Aansluiten op de behoeften die de groep zelf aangeeft via het flexibele moduleboek.
- Bevorderen van onderlinge steun door de interventie in groepsverband aan te bieden.
- Combinatie van verwerking, psycho-educatie en vaardigheid, waardoor de pubers/AMV-en niet enkel ervaringen met elkaar delen en zich bewust worden van processen in hun leven, maar ook aangereikte vaardigheden in hun leven kunnen toepassen om de eigen kracht te versterken (versterking eigen kracht en zelfredzaamheid).

5. Onderzoek

Er is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de interventie. Er wordt nu gewerkt aan de ontwikkeling van een meetinstrument.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Sterk Redelijk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Redelijk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op asielzoekers en statushouders van 12 tot 18 jaar oud en AMV-ers. Het doel van de interventie is het versterken van de mentale gezondheid en zelfredzaamheid van pubers en AMV-en om zo bij te dragen aan een gezonde ontwikkeling. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven. Dit geldt ook voor de uitvoerenden en de kosten en financiering van de interventie. In de afgelopen drie jaar is de interventie tien tot twintig keer uitgevoerd en per interventie zijn er tien tot vijftien deelnemers gestart. De probleem en de oorzaken waar de interventie zich op richt zijn goed onderbouwd, maar dit geldt niet voor het verband tussen de aanleiding, doelen en doelgroep en een verantwoording van hoe de doelen daadwerkelijk bereikt gaan worden bij de doelgroep. De werkzame elementen van de interventie zijn helder. Gezien de recente ontwikkeling van de interventie is er nog geen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie en daarom is dit onderdeel niet meegerekend in de beoordeling van de interventie.

Interventie 7: Less Stress, GGNet

Ontwikkeld in: 2014

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op asielzoekers en statushouders. De deelnemers zijn jong volwassenen (18-21 jaar oud), volwassenen en ouders. Mensen afkomstig uit alle landen kunnen deelnemen. De verblijfsduur van de deelnemers in Nederland verschilt. Ongeveer 70% van de deelnemers is man. De deelnemers worden geworven via foldermateriaal, posters, brieven, formele doorverwijzing en doorverwijzing via het COA. In overleg worden groepen samengesteld op basis van verwijzingen van GCA, GGD, mentoren, woonbegeleiders en programmabegeleiders.

De deelnemers worden betrokken bij de doorontwikkeling van de interventie door middel van evaluaties. Daarnaast wordt het effect op de gezondheidsklachten van de deelnemers ook meegenomen in de doorontwikkeling. Daarnaast is er een ervaringsdeskundige in dienst (heeft de interventie ook gevolgd) waardoor er aansluiting is met de doelgroep.

1.2. Doel interventie

De doelen van de interventie zijn: verkrijgen van kennis en inzicht in stressfactoren, gezonde/ongezonde stress, relatie tussen stress en lichamelijke en psychische klachten, aanleren van vaardigheden gericht op stressreductie, versterken zelfvertrouwen, sociale steun, ontspanning en plezier.

1.3 Aanpak

'Less stress' is een korte cursus van vier bijeenkomsten. Elke bijeenkomst duurt 2 uur. In de cursus worden vaardigheden aangereikt om spanning te verminderen. Het leert de deelnemers op een gezonde manier te kijken naar en omgaan met ervaringen. Door het aanleren van deze vaardigheden worden de deelnemers mentaal sterker en wordt de algemene en mentale gezondheid verbeterd. Tijdens de cursus krijgen de deelnemers meer inzicht in de eigen situatie en maken ze kennis met praktische technieken die zich richten op het verminderen van spanning en het aanleren van ontspanning.

De eerste bijeenkomst staat in het teken van kennismaking, de motivering van de deelnemers en om inzicht te krijgen in hun problemen wordt er een voormeting gedaan middels een vragenlijst. Daarnaast gaat het over informatie over stress en spanning en de relatie tussen stress en gezondheid. De tweede bijeenkomst wordt eerst de analyse van de voormeting besproken. Op deze wijze wordt de training aangepast op de behoefte van de deelnemers. Verder staat centraal om inzicht te geven in stressoren, oorzaken van stress en draagkracht versus draaglast. De derde bijeenkomst wordt besteed aan het opbouwen van persoonlijke/mentale kracht en fysieke conditie. De relatie tussen bewegen en stress wordt gesproken, net als de rol van gezonde voeding. Tijdens de vierde bijeenkomst wordt het G-schema toegelicht en worden er oefeningen gedaan. Ook in deze bijeenkomst wordt steeds weer de relatie aangegeven met het voorkomen i.c. verminderen van stress. Het tweede deel van deze bijeenkomst vindt de nameting plaats alsmede de groeps-evaluatie.

De interventie houdt rekening met de cultuur van de deelnemers door het inzetten van professionals die getraind zijn in intercultureel werken. Het moduleboek kan per groep aangepast worden naar aanleiding van achtergrond, opleidingsniveau, etc. Er wordt ook rekening gehouden met de kennis die de jongeren hebben over gezondheid, stress en spanning in relatie tot lichamelijke klachten. Omgaan met stress door geloof of rituelen is bespreekbaar.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden op asielzoekerscentra, POL-locaties, en instellingen waar inburgeringsprogramma's gegeven worden, gemeenten, wijkcentra.

2.2 Bereik en deelname

In de afgelopen drie jaar is de interventie meer dan vijftig keer uitgevoerd. Per keer starten tien tot vijftien deelnemers met de interventie. Ongeveer 60% van de deelnemers rond de volledige interventie af. Het percentage deelnemers dat de volledige interventie afrondt verschilt erg per locatie.

2.3 Uitvoerenden

De volgende eisen worden aan de uitvoerenden gesteld: affiniteit met, kennis over, en ervaring met de doelgroep, inlevingsvermogen, ervaring met preventief werken, deskundig op gebied van cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheden, didactische vaardigheden, ervaring binnen zorgsector. Er wordt gebruik gemaakt van een formele tolk, een peer educator en een opgeleide trainer met vluchtelingenachtergrond.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Elke uitvoering wordt met een voor- en nameting en met een persoonlijke evaluatie met de deelnemers afgerond. Resultaten worden in een overleg geanonimiseerd gerapporteerd aan de verwijzers. Jaarlijks is er met alle medewerkers van de locatie een gezamenlijke evaluatie van de ervaringen. Daarnaast wordt de kwaliteit bewaakt door het inzetten van professionals.

2.5 Kosten en financiering

Indicatie: 5.000,-, inclusief materiele kosten, 45-55 uur, 2 begeleiders. Zolang mensen in een COA-opvanglocatie zijn, is de interventie gefinancierd door de zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor de inkoop van zorg aan asielzoekers. Wanneer de interventie voor statushouders wordt uitgevoerd moet deze door andere partijen worden gefinancierd, zoals bijvoorbeeld de gemeente.

2.6 Samenwerking

De volgende organisaties hebben een verwijzende rol: COA, GCA, GGD, scholen en huisartsen. Het verloop van de module wordt teruggekoppeld aan de contactpersoon van COA. Indien gewenst kan een deelnemer worden verwezen naar een vervolgbehandeling, hiervoor zal met toestemming van de deelnemer contact plaatsvinden met de desbetreffende organisatie. Met de GGD wordt geregeld in samenwerking een training vormgegeven wanneer onderwerpen elkaar raken. Ook met de verslavingszorg in onze regio is dit het geval.

3. Onderbouwing

Asielzoekers maken vaak ingrijpende gebeurtenissen mee zoals: toenemende onveiligheid en levensbedreigingen, onzekerheid over waar de vlucht toe leidt, verlies van de vertrouwde omgeving, verlies van of afstand nemen van het gezin, familie en naasten, zorgen over het gezin, familie en naasten die zijn achtergebleven, verlies van werk en/of status en onzekerheid over de toekomst. In Nederland is het leven in een asielzoekerscentrum vaak niet makkelijk door een nieuwe cultuur, sobere omstandigheden, wachten op beslissing asielaanvraag, gerechtelijke procedures, nieuwe taal, inburgering, etc. Dit heeft consequenties voor de lichamelijke en psychische gezondheid van asielzoekers. Door de ingrijpende levenservaringen kunnen zij te maken krijgen met angst, stress, somberheid, verlies van zelfwaardering en eenzaamheid. Dit kan zich lichamelijk uiten: hoofdpijn, zweten, slaapproblemen, piekeren, meer of juist minder eten, hyperventilatie, lusteloosheid, hartritme stoornissen of een continu gevoel van onrust.

Asielzoekers hebben een hoger risico op de ontwikkeling van psychische klachten/stoornissen. Het percentage posttraumatische-stressstoornissen (PTSS) en depressie ligt fors hoger dan de gemiddelde inwoner van Nederland. 13 – 25 % van de asielzoekers/statushouders kampt met depressie en/of PTSS (meta-analyse van vóór hoge instroom 2014, percentages naar verwachting hoger vanwege toename oorlogsslachtoffers Syrië). Er is sprake van een nog hoger percentage als ook andere psychische problematiek (o.a. angst) wordt meegenomen. Ter vergelijking: in Nederland 3 – 6% (Gezondheidsraad, februari 2016).

4. Werkzame elementen

- Kortdurend, gericht en laagdrempelig bieden van psycho-educatie en vaardigheidstraining m.b.t. stress reducerende methodieken (inzichtgeven in combinatie met aangeleerd krijgen van effectieve stress reducerende technieken, versterking eigen kracht en zelfredzaamheid).
- Aansluiten op de behoeften die de groep zelf aangeeft. Via het meetinstrument kan het programma elke keer opnieuw het accent krijgen wat de groep nodig heeft.
- Bevorderen van onderlinge steun door de interventie in groepen aan te bieden.
- Het inzetten van professionals, getraind in intercultureel werken.

5. Onderzoek

In 2016 en 2017 is de interventie onderzocht op effectiviteit door twee medewerkers van GGNet. 271 deelnemers hebben de voormeting ingevuld, en 197 respondenten de nameting. De vragenlijst gaat in op het sociale, psychologische en lichamelijke welbevinden. Uit de resultaten blijkt dat de interventie een positief effect lijkt te hebben op het verminderen van de psychische en de lichamelijke klachten.

Het is niet duidelijk of er gecontroleerd is voor andere factoren die mogelijk van invloed zijn op het welbevinden van de respondenten.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Sterk Redelijk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Redelijk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Redelijk
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op volwassen asielzoekers en statushouders. De doelen van de interventie zijn gericht op de omgang met stress en de relatie tussen stress en lichamelijke en psychische klachten. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven. Dit geldt ook voor de uitvoerenden en de kosten en financiering van de interventie. Echter is het gebruik van een tolk niet toegelicht. In de afgelopen drie jaar is de interventie meer dan vijftig keer uitgevoerd en per interventie zijn er tien tot vijftien deelnemers gestart. De probleem en de oorzaken waar de interventie zich op richt zijn goed onderbouwd, maar dit geldt niet voor het verband tussen de aanleiding, doelen en doelgroep en een verantwoording van hoe de doelen daadwerkelijk bereikt gaan worden bij de doelgroep. De werkzame elementen van de interventie zijn helder. Er is onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie.

Interventie 8: Laat maar zien wie je bent, Indigo Brabant

Ontwikkeld in: 2001

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De primaire doelgroep zijn asielzoekerskinderen in de middenbouw en de bovenbouw van AZC scholen(basisonderwijs). Kinderen afkomstig uit alle landen hebben deelgenomen aan de interventie. De verblijfsduur van de kinderen in Nederland varieert. Ongeveer evenveel jongens als meisjes nemen deel aan de interventie. De kinderen worden geworven via de AZC school. De intermediaire doelgroep zijn leerkrachten en de directie van de scholen. Elk jaar wordt de interventie met hen geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie wordt de interventie indien nodig aangepast. Door de interventie uit te voeren is ervaring opgedaan met welke onderdelen het best aansluiten bij de doelgroep.

1.2 Doel interventie

Het doel van de interventie is het versterken van de affectieve en sociale competentie van asielzoekerskinderen. Door het zelfvertrouwen en het vertrouwen in anderen te vergroten, draagt de interventie bij aan het ontwikkelingsproces van asielzoekerskinderen. Hierdoor krijgen de kinderen een gevoel van veiligheid, ervaren hun eigen identiteit, krijgen een positiever zelfbeeld, kunnen contact met anderen leggen, kunnen anderen vertrouwen, hebben het gevoel erbij te horen, kunnen samenwerken en samen spelen en durven zichzelf te presenteren en een presentatie te geven.

1.3 Aanpak

De interventie bestaat uit acht lessen van ongeveer 60 minuten die, in de meest wenselijke situatie, wekelijks worden gegeven. De interventie werkt grotendeels met non-verbale werkvormen en is daarom geschikt voor kinderen die de Nederlandse taal (nog) onvoldoende beheersen. De werkvormen zijn grotendeels non-verbaal; beeldend- spel en beweging. Elke les wordt gestructureerd door een verhaal over Sang Baga (schildpad handpop) die moest vertrekken uit zijn fijne warme land, vanwege een grote storm. Hij gaat naar een nieuw land waar hij nieuwe vrienden maakt, zich steeds veiliger voelt en nieuwe avonturen beleeft. Ook is er iedere bijeenkomst een herkenbaar lied over het thema van dat uur.

Er wordt rekening gehouden met de cultuur van de deelnemers door de trainers/begeleiders van de interventie. Zij hebben kennis van en houden rekening met een mogelijk stigma op psychische problematiek in het land van herkomst. Ook kennis van culturele gebruiken; bijvoorbeeld wel of niet aankijken van volwassenen bij correctie van gedrag, is vereist

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden op de school zelf, in een speelzaal of grotere ruimte. Door het op de school zelf te laten plaatsvinden is het contact met de leerkrachten en directie geborgd.

2.2 Bereik en deelname

Indigo Brabant voert de interventie twee tot vier keer per jaar uit, op verzoek van leerkrachten. Per interventie starten gemiddeld acht kinderen. 75% van de kinderen rond de volledige interventie af. Het percentage verschilt per groep. Dit heeft te maken met dat kinderen een status krijgen en vertrekken uit het AZC, terug moeten naar het land van herkomst of naar een onbekende bestemming vertrekt.

2.3 Uitvoerenden

De trainers werken vanuit het team GGZ Preventie van Indigo Brabant. Er wordt gebruik gemaakt van opgeleide trainers met een vluchtelingen achtergrond. Ze hebben ervaring in het werken met asielzoekerskinderen met geringe kennis van de Nederlandse taal. Er wordt geen gebruik gemaakt van een tolk of vertaler.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

De kwaliteit wordt geborgd door de interventie te evalueren met de leerkrachten. Daarnaast ontvangt de subsidie verstreckende gemeente een terugkoppeling over de interventie en de deelnemende kinderen. Deze informatie wordt opgesteld door de trainer en ook opgenomen in het digitale dossier van de school.

2.5 Kosten en financiering

De kosten van de interventie bedragen twee trainers per interventie voor acht bijeenkomsten van anderhalf uur, totaal 24 uur personeelskosten. Daarnaast zijn er acht uur personeelskosten voor het voorbereiden van de bijeenkomsten en de verslaglegging. Reiskosten zijn variabel.

2.6 Samenwerking

Er wordt samengewerkt met de gemeente, leerkrachten en schoolbestuur. De werving van de kinderen verloopt via de leerkrachten en de evaluatie van de interventie ook.

3. Onderbouwing

Het leven van asielzoekers, en dus ook van hun kinderen, wordt gekenmerkt door een opeenstapeling van risicofactoren voor hun geestelijke gezondheid: oorlogs- en andere geweldservaringen in het land van herkomst, verlies door dood of vermissing van familieleden, verlies van huis en haard, land en aanzien. Een soms traumatische vluchtperiode, en vaak langdurige en soms uitzichtloze opvangperiode in Nederland op wisselende locaties en lange onzekerheid over de toekenning van een verblijfsstatus. De gedwongen leegheid van het bestaan in de centrale opvang versterkt stress en psychosociale problemen bij ouders en leidt niet zelden tot apathie en verslechtering van de kwaliteit van zorg en opvoeding. Voor kinderen betekent vaak onverwacht op transfer gaan dat zij telkens weer afscheid moeten nemen van school, leerkrachten en vriendjes of vriendinnetjes. De verwerking van ingrijpende gebeurtenissen kan in deze periode nauwelijks plaatsvinden, omdat veiligheid en onzekerheid ontbreken.

4. Werkzame elementen

Werkzame elementen zijn: de gestructureerde methode, de non-verbale werkvormen, de visuele ondersteuning d.m.v. prenten, het leren samenwerken in een multiculturele groep en de samenwerking met leerkrachten en directie

5. Onderzoek

Er is geen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Redelijk Redelijk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Redelijk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De doelgroep van de interventie is asielzoekerskinderen in de midden- en bovenbouw van AZC scholen. Het doel van de interventie is het versterken van de affectieve en sociale competentie van asielzoekerskinderen. De aanpak van de interventie is helder beschreven, evenals het bereik en deelname. De interventie wordt op verzoek van leerkrachten uitgevoerd, gemiddeld twee tot vier keer per jaar. Er starten ongeveer acht kinderen per interventie. Het is onduidelijk aan welke eisen de uitvoerenden moeten voldoen. Daarnaast zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie niet beschreven en is niet toegelicht hoe en op welke manier ondersteuning wordt geboden bij de implementatie en uitvoering van de interventie. Het probleem waar de interventie zich op richt en de werkzame elementen van de interventie zijn helder toegelicht, maar het is onduidelijk hoe de aanleiding, doelgroepen en doelen zich tot elkaar verhouden

en hoe de doelen daadwerkelijk bereikt gaan worden bij de doelgroep. Er is geen onderzoek verricht naar de effectiviteit van de interventie.

Interventie 9: Spreekuur, Prezens/GGZ inGeest

Ontwikkeld in: 2017

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op volwassen statushouders tot 30 jaar oud. De deelnemers komen met name uit Syrië en Eritrea en verbleven korter dan één jaar in Nederland. Er zijn meer mannelijke deelnemers. De doelgroep wordt formeel benaderd door maatschappelijke organisaties zoals Vluchtelingenwerk en informeel benaderd door een Eritrese sleutelfiguur. Deze sleutelfiguren zijn ook betrokken bij de ontwikkeling van de interventie.

1.2 Doel interventie

Het doel van de interventie is het voorkomen van psychische problematiek bij statushouders en de vroeg signalering hiervan. Subdoelen zijn het in kaart brengen van de behoeften aan zorg van de doelgroep en een soepele signalering en doorverwijzing naar zorg en maatschappelijke organisaties in de wijk.

1.3 Aanpak

De pilot is net van start gegaan. Het is een laagdrempelig preventief spreekuur door een GGZ professional, in Tigrinya of Nederlands. Hier is geen verwijzing voor nodig en het is gratis. Tijdens het spreekuur kan of ter plekke ondersteuning worden aangeboden door 1 tot 3 adviesgesprekken, of doorverwezen worden naar andere organisaties. Er wordt rekening gehouden met de cultuur van de doelgroep door de benaderingswijze van de doelgroep, taal hulpverlener en inzet sleutelfiguren.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden op een grootschalig wooncomplex voor statushouders.

2.2 Bereik en deelname

Een pilot van de interventie is net gestart. Eén tot vijf deelnemers zijn gestart met de interventie. Het aandeel dat de interventie volledig afrond is niet van toepassing, omdat de interventie een gesprek betreft.

2.3 Uitvoerenden

De interventie wordt uitgevoerd door een GGZ professional en spreekt de taal van de doelgroep, dus er is geen tolk nodig.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Er is een projectgroep gevormd met alle betrokken organisaties (gemeente, stadsdeel, GGD, Socius, Vluchtelingenwerk, huisarts, Prezens) . De projectgroep bespreekt de vorderingen en denkt mee. Sleutelfiguren en hulpverleners worden betrokken bij het verdere verloop van de interventie.

2.5 Kosten en financiering

De gemeente Amsterdam financiert de pilot.

2.6 Samenwerking

Er wordt met de volgende partijen samengewerkt: gemeente (in projectgroep en financier), Stadsdeel (opdrachtgever en in projectgroep, aanjager), GGD (projectgroep), Vluchtelingenwerk (projectgroep en verwijzer), Socius (woonbegeleiders die in de projectgroep zitten en doorverwijzen), Huisarts (projectgroep en ketenpartner) en Prezens (uitvoering spreekuur, deelname projectgroep).

3. Onderbouwing

De interventie richt zich op het signaleren van psychische problemen bij statushouders woonachtig op het wooncomplex, suïcidepogingen, huisuitzettingen, apathie, somberheid, etc. Reguliere hulpverlening wordt vaak niet gevonden/vertrouwd/ benut door de doelgroep. De interventie bestaat uit laagdrempelige hulp, waarbij eerst vertrouwen gewonnen wordt en gevolgd wordt door een warme overdracht, tijdig als de klachten nog minder ernstig zijn. Toegankelijk voor de organisaties actief op het wooncomplex als back up bij signalering van de problemen.

4. Werkzame elementen

De werkzame elementen van de interventie moeten nog onderzocht worden, de interventie bevindt zich in de pilot fase. Naar verwachting zijn werkzame elementen de samenwerking met verschillende organisaties, laagdrempelige en kosteloze ondersteuning in de eigen taal en cultuur door een professionele hulpverlener die samenwerkt met informele vertrouwenspersonen.

5. Onderzoek

Er is geen onderzoek uitgevoerd naar de interventie want deze bevindt zich nog in de pilot fase.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Redelijk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Redelijk Redelijk Redelijk Redelijk
3. Onderbouwing	Zwak
4. Werkzame elementen	Redelijk
5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Voldoende beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op volwassen statushouders tot 30 jaar oud. Het doel van de interventie is het voorkomen van psychische problematiek bij statushouders en de vroeg signalering hiervan. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven, evenals het bereik en deelname. De interventie is pas net van start gegaan en er hebben ongeveer vijf statushouders deelgenomen. Het is niet duidelijk aan welke eisen de uitvoerenden van de interventie dienen te voldoen, hoe rekening wordt gehouden met contextuele en organisatorische randvoorwaarden en hoe de kwaliteit geborgd zal gaan worden. Het is wel duidelijk met welke organisaties en op welke manier er samengewerkt wordt, maar niet hoe er draagvlak gecreëerd kan worden voor de uitvoering van de interventie. De aard, ernst en gevolgen van het probleem worden beperkt omschreven, evenals de factoren die het probleem veroorzaken. Het verband tussen de aanleiding, doelen en doelgroep en hoe de aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep moeten bereiken wordt niet onderbouwd. De werkzame elementen van de interventie

worden ook beperkt beschreven. Omdat de interventie zich nog in de pilotfase bevindt, is er nog geen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit, dit onderdeel is niet meegenomen in de beoordeling.

Interventie 10: Toekomstvisie Training, Nieuwlander

Ontwikkeld in: 2015

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie is voor asielzoekers en statushouders van alle leeftijden en verblijfduren in Nederland. Er nemen meer mannen deel aan de interventie, ongeveer 65%. De deelnemers worden geworven door de opdrachtgevers (gemeente, Nidos, COA, Vluchtelingenwerk en andere hulpverleners). Iedere interventie wordt geëvalueerd met de doelgroep.

1.2 Doel interventie

Toekomstvisie Training helpt deelnemers een Toekomstplan te maken voor hun korte en lange termijn doelen op het gebied van zelfverwezenlijking. De training richt zich op “eigen belang” door hernieuwde kennismaking met zichzelf, met de eigen cultuur en de Nederlandse cultuur. Met de mogelijkheden en onmogelijkheden, maar met vooral de eigen wensen, talenten en vaardigheden als startpunt. Na de Toekomstvisie Training hebben deelnemers: 1) een toekomstplan opgesteld richting werk of studie; 2) hun talenten en vaardigheden duidelijk kunnen benoemen; 3) presentatietechnieken geleerd; 4) inzicht gekregen in cultuurverschillen in communicatiestijlen; 5) voorlichting gekregen over fysieke en psychische gezondheid; 6) hun netwerk in beeld gebracht en 7) een basis om bewuster een keuze te maken richting studie of werk. Bovenal zullen deelnemers beter geschikt zijn om te begeleiden richting werk en/of studie door de sociale dienst of een extern bemiddelingsbureau.

1.3 Aanpak

De interventie bestaat uit verschillende modules: Toekomstvisie Training, Land Inzicht en individuele begeleiding.

Toekomstvisie

Tijdens de eerste bijeenkomst is er een voorlichting voor de deelnemers en vrijwilligers en een training introductie en presentatie techniek van een theatermaker en acteur. De tweede bijeenkomst gaat over cultuurverschillen en rechten en plichten. De derde bijeenkomst gaat over opleiding en werk in Nederland met een gastles van een rolmodel die zijn/haar doel heeft gerealiseerd. De vierde bijeenkomst is een bedrijfsbezoek. De vijfde bijeenkomst richt zich op inzicht verwerven in talenten, vaardigheden en dromen. De zesde bijeenkomst is een voetbal clinic door straatvoetbalcoach HaileAfeworki of EriStars. De zevende bijeenkomst gaat over de toekomstvisie, met een gastles presentatietechniek van een theatermaker en acteur. Tijdens de laatste bijeenkomst presenteren de deelnemers hun toekomstvisie en wordt de interventie feestelijk afgesloten met eten, drinken en muziek.

Land Inzicht

Deze workshop is erop gericht op het leren kennen van migranten, gegeven door ervaringsdeskundige trainers. De deelnemer leert sneller contact te leggen en gedrag te begrijpen. De workshop bespreekt de volgende zaken: land van herkomst: politieke en sociale situatie, vluchtreis, communicatie en gedrag, onderwijs & opvoeding en religie. Er zijn ook speciale thema workshops mogelijk per cultuur over thema's als seksualiteit, religie, community building en (psychische) gezondheid.

Individuele begeleiding

Nieuwlander biedt individuele begeleiding aan organisaties naar aanleiding van mogelijke problemen die ontstaan met de culturele achtergrond van statushouders.

Om aansluiting te vinden met de doelgroep worden mensen uit de doelgroep betrokken als bruggenbouwer. Dit zijn ervaringsdeskundigen die vergelijkbare ervaringen hebben meegemaakt maar

net iets verder zijn. Deelnemers herkennen zich in de bruggenbouwers en kunnen ervaringen delen. De bruggenbouwer dient als inspiratie, maar ook als coach. Nieuwlander past de interventie aan op de verblijfsduur van de deelnemers in Nederland. De Toekomstvisie kan in verschillende talen gegeven worden zoals Tigrinya, Arabisch, Farsi en Dari.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden op scholen, bij de gemeente, GGD, etc.

2.2 Bereik en deelname

In de afgelopen drie jaar is de interventie 20 tot 30 keer uitgevoerd. Gemiddeld starten er tien tot vijftien deelnemers met de interventie. 95% van de deelnemers heeft de volledige interventie afgerond.

2.3 Uitvoerenden

Nieuwlander is een collectief van ervaringsdeskundige en meertalige trainers/ adviseurs. Nieuwlander heeft trainers en adviseurs uit vele herkomstlanden. De interventie wordt uitgevoerd door trainers/ervaringsdeskundigen. Daarnaast zijn er vrijwillige coaches betrokken. Zij helpen de deelnemers tijdens de interventie met huiswerkopdrachten en na de interventie met het uitvoeren van gemaakte plannen. Er wordt gebruik gemaakt van een opgeleide trainer met vluchtelingenachtergrond, voorlichter eigen taal en cultuur (VETC-er), een peer educator en een cultural mediator.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Geen informatie beschikbaar.

2.5 Kosten en financiering

De interventie wordt op maat aangeboden, hierdoor verschillen de kosten. Dit is afhankelijk van de aangevraagde modules. De interventie wordt gefinancierd door de aanvrager. De ontwikkeling van de interventie is door Nieuwlander bekostigd.

2.6 Samenwerking

Nieuwlander werkt met verschillende organisaties die lokaal actief zijn. Als het gaat om toeleiding naar werk, werkt Nieuwlander met het reïntegratiebedrijf Shared Values. Nieuwlander en Shared Values hebben een nieuwe stichting opgericht: Grenzeloos Talent. Grenzeloos Talent helpt stathouders aan een duurzame baan.

3. Onderbouwing

Vluchtelingen maken vaak verschrikkelijke dingen mee in het land van herkomst en op de vluchtreis. Daarnaast hebben vluchtelingen vaak, anders dan migranten, geen netwerk in Nederland. Hun netwerk bestaat vaak uit lotgenoten, die ze onderweg of in de AZC's hebben leren kennen.

Om snel te integreren hebben vluchtelingen een doel en een perspectief nodig en dient het voorkomen te worden dat zij zich afzonderen. Nieuwkomers kunnen assertiviteit of een duidelijk stemgebruik als "brutaal" of ongemanierd ervaren. Om een basis te bieden krijgen deelnemers een gastles van een theatermaker of presentatiecoach over stemgebruik, lichaamshouding en oogcontact. Dit helpt om comfortabel te worden met communicatievormen in Nederland. Nieuwkomers hebben niet altijd een correct beeld over loopbaanmogelijkheden. Overschatting of onderschatting spelen vaak een rol.

4. Werkzame elementen

Nieuwlander is een collectief van ervaringsdeskundige en meertalige trainers/ adviseurs. Het bieden van deskundigheidsbevordering aan professionals en het begeleiden van nieuwlanders richting hun doel. Belangrijke werkzame elementen bestaan uit werken vanuit de belevingswereld van de stathouder en de communicatie is maximaal omdat letterlijk dezelfde taal wordt gesproken (cultureel en taal). De trainers kennen beide werelden: Herkomstlanden en de wereld van de stathouder: en Nederland en de wereld van de professionals in Nederland. Daardoor wordt effectief voorlichting of training gegeven. De boodschap wordt begrepen, komt binnen. Effectieve voorlichting en training

over belangrijkste thema's vormt een goede basis om versnelt te integreren en voorkomt mismatch omdat anders ieder vanuit eigen percepties en verwachtingen gaat communiceren en handelen.

5. Onderzoek

Er is onderzoek uitgevoerd naar de interventie. Geen verdere informatie beschikbaar.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Redelijk Zwak Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Zwak
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Zwak
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De interventie is geschikt voor asielzoekers en statushouders en alle leeftijden en herkomst. Het doel van de interventie is om deelnemers te helpen een Toekomstplan te maken voor hun korte en lange termijn doelen op het gebied van zelfverwezenlijking. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven. In de afgelopen drie jaar is de interventie 20 tot 30 keer uitgevoerd en starten er tien tot vijftien deelnemers met de interventie. De kosten van de interventie en de financiering hiervan is duidelijk beschreven. De specifieke vaardigheden van de uitvoerenden zijn onvoldoende beschreven, dit geldt ook voor de kwaliteitsborging en randvoorwaarden. De onderbouwing van het probleem, oorzaken en factoren wordt beperkt beschreven. Er is onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie maar hier wordt geen toelichting bij gegeven.

Interventie 11: Go Win, Indigo Preventie Rijnmond

Ontwikkeld in: 2017

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op migranten ouderen van 50 jaar en ouder. De deelnemers komen uit Eritrea, Somalië, Iran, Kaapverdië, Marokko en Turkije. Zij verblijven langer dan vijf jaar in Nederland. Er nemen meer vrouwen deel aan de interventie. Deelnemers worden geworven via een persoonlijke benadering. Sleutelfiguren uit de doelgroep spelen hierbij een grote rol, omdat zij het vertrouwen genieten van de doelgroep en hen goed kennen. Er wordt samengewerkt met een klankbordgroep bij de (door)ontwikkeling van de interventie. In deze klankbordgroep zitten migranten ouderen van verschillende afkomst en sleutelfiguren. Zij geven bij alle fasen van de interventie feedback en input en worden betrokken bij aanpassingen aan de interventie. De achterban van de ouderen (intermediaire

doelgroep) krijgt indien gewenst een voorlichting gericht op bewustwording, dit wordt samen met de sleutelfiguren georganiseerd. De sleutelfiguren worden financieel gefaciliteerd om mee te werken aan de interventie.

1.2 Doel interventie

Het hoofddoel van de interventie is om deelnemende ouderen zelfmanagementvaardigheden te leren waardoor hun welbevinden wordt vergroot. Zij vergroten hun vaardigheden, staan positiever in het leven en ervaren meer zelfregie in hun leven.

1.3 Aanpak

De cursus bestaat uit 6 bijeenkomsten van 2 uur, plus een terugkombijeenkomst na 6 weken. Het thema is: oud worden in Nederland. De interventie is cultuursensitief en ervaringsgericht. Actieve werkvormen met eenvoudige lichamelijke oefeningen en/of energizers hebben de voorkeur boven cognitieve en reflectieve werkvormen. Het taalgebruik dient eenvoudig te zijn, doordat veel migranten-ouderen de Nederlandse taal niet of slecht beheersen. Mede daarom wordt er veel met beeldmateriaal gewerkt.

Plannen maken voor de toekomst is een belangrijk onderdeel van de cursus, maar tegelijkertijd voor veel oudere migranten een moeilijk aspect. Bepaalde groepen ouderen leven vaak in het hier en nu. Nadenken en plannen maken over de toekomst past minder binnen hun referentiekader. De cursus wordt, waar mogelijk, ingebed in andere (bestaande) activiteiten, bijvoorbeeld vooraf gegaan door een gezamenlijk ontbijt, het bidden of een groepswandeling na afloop. ‘

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden bij migranten zelforganisaties, uitvoerende organisaties: ggz preventie, en naar verwachting ook welzijnsorganisaties en organisaties die veel met migranten werken.

2.2 Bereik en deelname

Binnen het project Doorontwikkeling Grip & Glans voor allochtone ouderen in Rotterdam is de cursus vijf keer uitgevoerd in de afgelopen drie jaar. In project GO-WIN (juli 2017-oktober 2018) wordt de cursus 20 keer uitgevoerd. 10 tot 20 deelnemers starten met de interventie. Het verschilt per groep hoeveel deelnemers de interventie volledig afronden.

2.3 Uitvoerenden

Er wordt gebruik gemaakt van een formele tolk en een peer educator/persoon uit de doelgroep. Een professionele tolk is gewenst. Trainers van Indigo preventie voeren samen met sleutelfiguren de cursus uit, bijgestaan door enkele trainers van DonaDaria.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Geen informatie beschikbaar.

2.5 Kosten en financiering

1e project: Met subsidie van ZonMw en cofinanciering gemeente Rotterdam

2e project: subsidie van Fonds Nuts Ohra

De interventie is net gestart, de kosten zijn als volgt begroot:

Personele kosten:

- Uitvoer cursus: 7 bijeenkomsten van 4,5 uur (voorbereiding, uitvoer, reistijd) = 31,5 uur
- Coördinatie: 5 uur
- Evaluatie: 2 uur:
- Totaal: 38,5 uur

Organisatie:

- Voorlichting, ruimte, catering, etc.: 1200 euro

Materiele kosten:

- GO-WIN poster: 150 euro
- Algemeen cursus materiaal: 100 euro
- Reiskosten: 50 euro

2.6 Samenwerking

St. MeSam en DonaDaria vervullen een brugfunctie tussen migranten ouderen / migranten zelforganisaties en de ggz preventie organisaties, brengen hun deskundigheid t.a.v. cultuur sensitief werken in en creëren de voorwaarden zodat de cursus uitgevoerd kan worden (o.a. vinden en informeren sleutelfiguren, werven deelnemers en leden voor de klankbordgroep en mede begeleiden van de klankbordgroep). Indigo preventie zorgt voor de inhoudelijke deskundigheid voor het aanpassen van de cursus, ontwikkelen een trainershandleiding en een train-de-trainer scholing.

3. Onderbouwing

Uit onderzoek (gezondheid in kaart; GGD, Rotterdam 2014) blijkt dat een groot deel van de ouderen in Rotterdam zich eenzaam voelt en een minder goede (psychische) gezondheid ervaart. Ouderen met een (zeer) lage sociaaleconomische status zijn hierin oververtegenwoordigd. Uit dit onderzoek blijkt eveneens dat niet alleen autochtone ouderen zich eenzaam kunnen voelen, ook onder migranten-ouderen komt eenzaamheid voor. Uit een denktank met vertegenwoordigers uit de Turkse en Marokkaanse gemeenschap is naar voren gekomen dat ouderen zich tussen hun land van herkomst en Nederland, waar hun (klein)kinderen wonen, heen en weer 'geslingerd' voelen. Het idee van tijdelijk in Nederland zijn, heeft een grote groep ouderen lang voor ogen gestaan. Hierdoor is ook minder energie gestopt in het opbouwen en beeld vormen van oud worden in Nederland. Inmiddels hebben hun (klein)kinderen een eigen leven opgebouwd in Nederland. De ouderen pendelen heen en weer tussen hun land van herkomst en Nederland en zij voelen zich nergens echt thuis. Momenteel breekt de fase aan dat deze ouderen erkennen dat ze niet meer teruggaan naar hun land van herkomst, maar oud worden in Nederland. Daarbij hebben ze zich altijd georiënteerd op hun eigen cultuur, ervaren een taalbarrière en zijn niet zo goed bekend met het gezondheidszorgsysteem in Nederland. Dit gegeven gecombineerd met een langzaam slechter wordende (lichamelijk en/of mentale) gezondheid maakt dat ze zich eenzaam voelen. Heimwee versterkt de ervaren eenzaamheid. Hun netwerk en activiteitenpatroon beperkt zich vaak tot familie en moskeebezoeken. Deze eenzijdigheid in contacten maakt hen extra kwetsbaar op hogere leeftijd. Tegelijkertijd zijn veel zaken onbespreekbaar binnen gemeenschappen. De sociale controle is sterk. Het aantal migranten-ouderen zal naar verwachting de komende tijd groeien en daarmee zal dit probleem groter worden.

4. Werkzame elementen

Het creëren van bewustzijn ten aanzien van ouder worden in Nederland is een belangrijke voorwaarde; mensen dienen voor zichzelf eerst helder te krijgen hoe zij aankijken tegen oud worden, wat oud worden voor hen betekent en waar zij willen oud worden, voordat ze actief aan de slag kunnen gaan met gezond ouder worden. De GO-WIN-schijf staat centraal: Gemak/gezondheid, Omgeving/erbij horen, Waar je goed in bent, Inzetten/impuls en Naasten/dierbaren. De cursus GO-WIN is gebaseerd op de Grip & Glans methodiek. Centraal in deze methodiek staan de 6 zelfmanagementvaardigheden en de 5 domeinen van welbevinden. De aanname in deze methodiek is: goede zelfmanagementvaardigheden verbeteren het fysieke en sociaal welbevinden.

5. Onderzoek

Er is onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie. Geen informatie beschikbaar.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving	

1.1 Doelgroep	Sterk
1.2 Doel	Sterk
1.3 Aanpak	Sterk
2. Uitvoering	
2.1 Beschrijving	Sterk
2.2 Bereik en deelname	Zwak
2.3 Uitvoerenden	Redelijk
2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden	Zwak
2.5. Kosten en financiering	Redelijk
2.6 Samenwerking	Redelijk
3. Onderbouwing	Redelijk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Zwak
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op migrantenouderen, 50 jaar en ouder, voornamelijk van Turkse en Marokkaanse komaf. De interventie is in beperkte mate gericht op vluchtelingen. Het is onduidelijk hoeveel vluchtelingen hebben deelgenomen aan de interventie. Daarnaast is het onduidelijk welke competenties de uitvoerenden van de interventie dienen te bezitten. Het is niet beschreven op welke manier de kwaliteit van de interventie gewaarborgd wordt. De onderbouwing van het probleem en de beschrijving van de werkzame elementen zijn goed onderbouwd, maar het is niet onderbouwd hoe de interventie ook aan zal sluiten bij vluchtelingen en asielzoekers. Er is geen informatie over het onderzoek dat uitgevoerd is naar de effectiviteit van de interventie.

Interventie 12: L.A.P. Aterlier, Fier

Ontwikkeld in: 2017

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op kwetsbare vrouwen waaronder statushouders; jong volwassenen en volwassenen met een afstand tot de arbeidsmarkt die ondersteuning nodig hebben om te kunnen participeren in de samenleving. Deelnemers uit alle landen kunnen deelnemen aan de interventie. De verblijfsduur in Nederland van de deelnemers varieert. Werving vindt plaats via de gemeente Leeuwarden, via job coaches en foldermateriaal. De doelgroep wordt betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie door elke zes weken een evaluatie te organiseren.

1.2 Doel interventie

Het doel van de interventie is om een kwetsbare doelgroep te empoweren en daarmee isolement, armoede en uitbuiting tegen te gaan. Bevorderen van participatie en zelfredzaamheid door vergroten van werknemersvaardigheden. Subdoelen zijn taalontwikkeling, werkervaring opdoen, vergroten van netwerk, halen van een diploma en werk krijgen.

1.3 Aanpak

De interventie leidt deelnemers naar werk of een opleiding, dit neemt maximaal één jaar in beslag. Deelnemers kunnen een mbo opleiding volgen richting interieur, design, medewerker en productpresentatie. Er wordt ook Nederlandse les gegeven. De deelnemers maken reststoffen nieuwe design accessoires. De deelnemers worden voorbereid op de arbeidsmarkt door te werken aan

basis en generieke geavanceerde competenties. Dit begint met een intakegesprek, ze krijgen tijdens de dagelijkse werkzaamheden vakkennis bijgebracht en ze leren hoe een onderneming draaiende te houden. De interventie houdt rekening met de cultuur van de doelgroep door te focussen op cultuur specifieke affiniteit m.b.t. werk en samenleving. Er wordt ingespeeld op de cultuur eigen coping mechanismen van de doelgroep.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie wordt uitgevoerd in *A House of Happiness*, een commercieel bedrijf. Hierdoor komen de deelnemers in contact met het bedrijfsleven.

2.2 Bereik en deelname

De interventie is doorlopend, acht deelnemers starten per dag met de interventie. De interventie is tot nu toe één maand bezig, in deze eerste maand is er één deelnemer doorgestroomd naar betaald werk.

2.3 Uitvoerenden

Er is een leermeester aanwezig in het Atelier die de deelnemers begeleidt bij het werk. In de huidige opstart fase wordt onderzocht op welke wijze het vertaalproces het beste kan plaatsvinden.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

De kwaliteit van de interventie wordt geborgd door het meetinstrument 'Werkbron' te gebruiken. Dit instrument is gericht op zelfredzaamheid in het werk. Doormiddel van een intakeformulier, evaluatieformulier en de registratie van het eindgesprek vindt monitoring en evaluatie plaats.

2.5 Kosten en financiering

De ontwikkeling en de uitvoering van de interventie zijn gefinancierd door Start Foundation. De kosten bestaan grotendeels uit personeelskosten: projectleider (0,22 fte), leermeester (0,67 fte) en job coach (0,25 fte).

2.6 Samenwerking

Fier werkt samen met House of Happiness, een commercieel bedrijf, met Friesland college i.v.m. de opleiding en met de gemeente Leeuwarden.

3. Onderbouwing

Wanneer asielzoekers een status ontvangen kunnen zij zich al op het AZC voorbereiden op integratie. Taal, tekort aan kennis en informatie over de Nederlandse samenleving, competenties die aansluiten bij de Nederlandse maatschappij en arbeidsmarkt zijn risico factoren die integratie kunnen belemmeren. Statushouders hebben een afstand tot de arbeidsmarkt; taal, kennis en werknemersvaardigheden om deel te nemen en te participeren in de samenleving. Het voorzetten van de bevordering van competenties en kansen t.b.v. inburgering en participatie helpt isolement, ontstaan en/of verergeren van psychische problemen voorkomen. De interventie L.A.P. biedt statushouders kansen en mogelijkheden om te participeren en de zelfredzaamheid te vergroten waardoor mensen weerbaarder worden en mogelijkheden krijgen om deel te nemen aan de maatschappij; economische en sociale zelfstandigheid. Het volgen van een opleiding of het hebben van werk is de sleutel tot succes voor statushouders om uiteindelijk volledig mee te kunnen draaien in de maatschappij.

4. Werkzame elementen

Werkzame elementen van de interventie zijn: ritme krijgen zowel op het werk als privé, in aanraking komen met de Nederlandse cultuur, in aanraking komen met gelijken, werkervaring opdoen, begeleiding waardoor er een leerproces kan ontstaan, oefenen met competenties, zingeving en het gevoel ertoe te doen, erbij te horen, mogelijkheden tot het leren van de Nederlandse taal en een focus op het dagelijkse leven in Nederland.

5. Onderzoek

Door middel van het meetinstrument Werkbron wordt er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de interventie.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Redelijk Redelijk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Sterk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Zwak
Fase van ontwikkeling	Goed onderbouwd

Toelichting:

De interventie richt zich op vrouwelijke statushouders. Het doel van de interventie is om een kwetsbare doelgroep te empoweren en daarmee isolement, armoede en uitbuiting tegen te gaan. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven. De interventie is minder gericht op psychische problematiek, en meer op het ondersteunen en verhogen van de arbeidsparticipatie. Het is duidelijk beschreven wat het bereik en deelname aan de interventie is. De interventie is vorige maand pas van start gegaan. Het is niet duidelijk beschreven aan welke competenties de uitvoerenden dienen te voldoen. Het werken met een tolk moet nog uitgezocht worden. Het is niet duidelijk hoe er rekening wordt gehouden met contextuele en organisatorische randvoorwaarden. De kosten en financiering van de interventie zijn duidelijk. De interventie is goed onderbouwd en de werkzame elementen zijn helder beschreven. Er wordt onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie maar hierover wordt geen informatie gegeven.

Interventie 13: Concentratielessen voor statushouders, NT2

Ontwikkeld in: 2017

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op statushouders, jong volwassenen (18-21 jaar oud), volwassenen, ouders en ouderen (65 jaar en ouder). Aan de pilot hebben statushouders uit Pakistan, Eritrea en Syrië deelgenomen, maar er kunnen deelnemers uit alle landen deelnemen. De deelnemers verbleven één tot drie jaar in Nederland. Ongeveer evenveel mannen als vrouwen hebben deelgenomen aan de pilot. De deelnemers aan de pilot volgen lessen Nederlands en konden via de lessen heel eenvoudig worden bereikt door persoonlijke benadering. Zij hebben meegewerkt aan een evaluatie, dit wordt gebruikt in de doorontwikkeling van de interventie.

1.2 Doel interventie

Het doel van de concentratielessen is om het leerproces en zo de gezondheid en integratie van vluchtelingen te verbeteren via het inzetten van ontspanningstechnieken en Emotionally Focused Therapy.

1.3 Aanpak

De pilot bestond uit drie groepsconcentratielessen van 75 minuten per keer, frequentie één keer in de twee weken. Na de les kregen de deelnemers huiswerk mee. De interventie bestaat uit twee onderdelen: individuele behandeling gericht op het aanleren en toepassen van de EFT-techniek en behandeling in groepsverband. Hier worden ontspannings- en aandachtsoefeningen aangeleerd. De eerste les bestaat uit kennismaking, grondings- en ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen en uitleg van de huiswerkopdracht. De tweede les bestaat uit het bespreken van de huiswerkopdracht, kennismaking met EFT en uitleg van de volgende huiswerkopdracht. De derde les bestaat uit het bespreken van de huiswerkopdracht, EFT, uitleg huiswerkopdracht, evaluatie van de lessen en het invullen van een screeningslijst.

Door de interventie een concentratie les te noemen en geen hulp, is er weinig tot geen drempel om eraan mee te doen. In veel culturen bestaat weerzin tegen hulp bij psychische problemen. Deze interventie combineert hulp met het leren van de Nederlandse taal en de hierbij benodigde concentratie.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De concentratielessen kunnen overal worden uitgevoerd. In de pilot zijn de lessen uitgevoerd tijdens de lessen Nederlands die de statushouders volgen.

2.2 Bereik en deelname

De pilot heeft plaatsgevonden in juni en juli 2017. Er hebben negen mensen deelgenomen aan de pilot.

2.3 Uitvoerenden

Er was voor de meeste deelnemers geen tolk nodig. Een deelnemer die al verder gevorderd was met de Nederlandse taal kon zo nodig vertalen voor anderen. Dit heeft goed gewerkt tijdens de pilot. De interventie wordt uitgevoerd door therapeuten.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Een belangrijke randvoorwaarde voor een succesvolle interventie is dat de deelnemers de huiswerkopdrachten maken. De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt door het afnemen van vragenlijsten.

2.5 Kosten en financiering

De kosten zijn € 750,- per dagdeel/4 keer een groepsles van 60 minuten voor maximaal 10 personen. Dit bedrag is inclusief voorbereiding. Reiskosten zijn niet in dit bedrag inbegrepen. Alle betrokkenen hebben kosteloos meegewerkt aan de pilot.

2.6 Samenwerking

De therapeuten hebben samengewerkt met de docent Nederlands (contactpersoon en initiator van dit project) en met Taalbureau Mondo B.V. in Vlissingen/Goes.

3. Onderbouwing

Tijdens lessen Nederlands valt op dat statushouders moe, gespannen of verdrietig zijn en daardoor spreken zij de Nederlandse taal (veel) minder goed dan wanneer het goed (genoeg) met ze gaat. Voor veel vluchtelingen geldt bovendien dat zij veel minder goed leren dan te verwachten is op basis van hun intelligentie of vooropleiding. Velen vertellen dat hun hoofd 'vol' is. Vol met herinneringen,

zorgen om familie en om de situatie in hun land, maar regelmatig ook vol vanwege de inburgeringsverplichting in Nederland en de noodzaak tot het opbouwen van een nieuw leven.

Als statushouders geholpen worden bij het verkrijgen van rust en ontspanning, door het bevrijden van emotionele lading/spanning die het (dagelijks) functioneren kan belemmeren, verbetert het concentratievermogen en hiermee het leerproces. Hierdoor kunnen zij de Nederlandse taal beter en sneller leren. Dit komt ten goede aan gezondheid en welzijn van statushouders, wat vervolgens positief bijdraagt aan gezonde en zelfredzame inwoners die volop kunnen participeren in de Nederlandse maatschappij.

4. Werkzame elementen

De mini-pilot heeft een positief resultaat gegeven: er wordt meer rust in het hoofd en meer ontspanning in het lichaam waargenomen door de deelnemers. Verschillende deelnemers gaven bovendien aan dat lichamelijke klachten - zoals buikpijn of hoofdpijn - tijdens de lessen waren afgenomen. Dit had ook een positief effect op het leren van de Nederlandse taal en de lessen Nederlands. Doordat deelnemers zich meer ontspannen voelden en zich beter konden concentreren, waren de cursisten beter in staat de Nederlandse les te volgen en de Nederlandse taal te leren. Onze verwachting is dat dit effect nog groter kan zijn als we het project verder handen en voeten kunnen geven en de verbeterpunten uit de pilot kunnen doorvoeren.

5. Onderzoek

Met behulp van screeningslijsten en eindevaluatie zijn de resultaten gemeten. Uit de resultaten is gebleken dat er na de oefeningen direct minder spanning/stress werd waargenomen. Dit levert zowel in praktijk als vanuit de resultaten een positieve invloed op de uitvoering van de oefeningen tijdens de lessen. Zowel de ademhalingsoefeningen als de EFT leverden dan ook direct een positief effect op de concentratie. Deelnemers voelden zich rustiger en konden zich daarna beter concentreren.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Redelijk Redelijk Zwak Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Sterk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Redelijk
Fase van ontwikkeling	Goed onderbouwd

Toelichting:

De interventie richt zich op volwassen statushouders. Het doel van de interventie is om het leerproces en zo de gezondheid en integratie van vluchtelingen te verbeteren. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven. Daarnaast is het duidelijk waar en bij welke organisaties de interventie

uitgevoerd kan worden. Het is minder duidelijk beschreven wat het bereik en de deelname aan de interventie is en aan welke eisen de uitvoerenden dienen te voldoen om de interventie uit te voeren. Het is niet duidelijk hoe de kwaliteit van de interventie geborgd gaat worden. De onderbouwing en werkzame elementen van de interventie zijn helder beschreven. Er is onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventie, maar hier wordt geen toelichting bij gegeven.

Interventie 14: Mind-Spring Junior, Arq

Ontwikkeld in: 2015 en 2016

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op asielzoekers en statushouders, kinderen van 8 tot 13 jaar met een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychopathologische klachten (selectieve preventie) of kinderen die al symptomen van een pathologische ontwikkeling laten zien (geïndiceerde preventie). Tevens worden de ouders in een parallel lopende ouder groep getraind met de methodiek Opvoedingsondersteuning (Opgroeien binnen twee culturen voor vluchtelingen en asielzoekers). Deelnemers zijn woonachtig op opvanglocaties of wonen zelfstandig (met ouders) in een gemeente. Het land van herkomst is afhankelijk van de instroom van vluchtelingen in Nederland. Er wordt in de deelnemers registratielijsten niet bijgehouden hoe lang iemand al in Nederland is. Gemiddeld nemen evenveel jongens als meisjes deel aan de interventie. Voor de ouders varieert dit. Toeleiding naar de training verloopt via GCA-GGD /COA/JGZ (MDO- multidisciplinair overleg), idealiter in afstemming met leerkrachten van school. Uitnodigingsbrieven en foldermateriaal worden gebruikt ter ondersteuning bij de (gerichte) werving van de mensen die een indicatie hebben.

In 2015 en 2016 is Mind-Spring Junior doorontwikkeld vanuit de al (sinds 2004) bestaande methodiek Mind-Spring. De doelgroep (zowel kinderen als de ouders) is door middel van interviews en deelname aan focusgroepen betrokken geweest bij de doorontwikkeling van de Mind-Spring Junior interventie. Deze interviews en gedeelde meningen en ervaringen tijdens de focusgroep zijn verwerkt in het rapport 'Het gaat goed, maar ik heb wel hoofdpijn' (auteurs: Maria Verkade en AdimkaUzozie). Bij de doorontwikkeling van het draaiboek zijn de bevindingen uit dit rapport meegenomen. Ook zijn de Mind-Spring Junior trainers met vluchtelingen achtergrond betrokken bij de doorontwikkeling van de methodiek.

1.2 Doel interventie

Het einddoel van de interventie is het verbeteren van de mentale gezondheid en psychosociale vaardigheden van asielzoekers en vluchtelingen kinderen in de leeftijdscategorie (8-13 jaar), teneinde het ontstaan of verergeren van psychische en psychiatrische klachten te voorkomen en een bijdrage te leveren aan het verbeteren van het algeheel functioneren.

De deelnemers verwerven kennis en inzicht in de relatie tussen de vluchtelingsituatie met de daarbij behorende gebeurtenissen en met het ontstaan van psychische en psychosociale klachten (oudergroepen). Daarnaast zetten de deelnemers gezonde coping mechanismen (sociale steun, RET, ontspanningsoefeningen) in bij het omgaan met moeilijke of stressvolle omstandigheden in het hier en nu (ouder en kindergroepen). Ook verwerven deelnemers kennis en inzicht hoe zij hun kinderen veilig kunnen opvoeden in de 'nieuwe samenleving' (oudergroepen). De deelnemers hernemen de controle en het initiatief over hun leven (ouder en kindergroepen)

Voorwaarde scheppende doelen

Op het niveau van ervaringsdeskundige trainers (peer educators)

- De peer educators hebben de Mind Spring Junior training gevolgd en zijn bekend met de doelen op het niveau van de deelnemers;
- De peer educators leren trainersvaardigheden aan, die hen in staat stellen de Mind-Spring Junior interventie uit te voeren;
- De peer educators zijn zich bewust van hun functie als rolmodel en dragen deze uit;

- De peer educators leren wanneer normale reacties overgaan in pathologische ontwikkeling en zijn in staat dit te signaleren bij deelnemers;
- De peer educators zetten cultuureigen leeraspecten in en maken de vertaalslag van ‘westerse’ concepten naar de einddoelgroep;

Op het niveau van de GGZ hulpverleners

- Hulpverleners zijn bekend op welke manier de einddoelgroep kan worden bereikt middels laagdrempelig aanbod in eigen taal;
- Hulpverleners verwijzen de einddoelgroep naar specialistische hulp in de GGZ wanneer geïndiceerd.

1.3 Aanpak

Mind-Spring Junior is mede door inzet van een opgeleide Mind-Spring Junior vluchtelingen trainer met zelfde culturele/taal achtergrond geschikt voor diverse taal/cultuur groepen. Mind-Spring Junior is een preventieve groepsinterventie van psycho-educatie en opvoedingsondersteuning voor en door vluchtelingen. Mind-Spring Junior kenmerkt zich door de samenwerking tussen een trainer met een vluchtelingenachtergrond en een trainer vanuit de regionale GGZ.

Mind-Spring Junior bestaat uit:

1. Cursus psycho-educatie van 8 bijeenkomsten van 2 uur voor kinderen 8 t/m 12 jaar
2. Cursus opvoedingsondersteuning voor ouders, 8 bijeenkomsten van 2 uur, parallel aan de cursus van hun kinderen.

De eerste bijeenkomst staat in het teken van kennismaking, uitleg van de training en vertrouwen krijgen. De tweede bijeenkomst gaat over identiteit. De derde bijeenkomst staat in het teken van het ontdekken van de eigen kwaliteiten, talenten en kansen. In de vierde bijeenkomst leren de deelnemers wat stress is en hoe ze er mee om kunnen gaan. Het doel van de vijfde bijeenkomst is leren welke klachten bij de situatie horen en wanneer en misschien meer aan de hand is. De zesde bijeenkomst staat in het teken van omgaan met emoties. In de zevende bijeenkomst leren de deelnemers steun zoeken en vinden. De laatste bijeenkomst richt zich op evaluatie, diploma uitreiking en afscheid nemen.

Binnen Mind-Spring Junior hebben de Mind-Spring trainers met vluchtelingenachtergrond een prominente rol. Deze peer educators zetten cultuureigen leeraspecten in en maken de vertaalslag van ‘westerse’ concepten naar de doelgroep. Zij weten goed welke stigma’s er bij de doelgroep kunnen leven en hoe daar als trainer mee om te gaan. In de werving geven zij de organisaties betrokken bij de werving advies en bij de voorlichtingsbijeenkomst zijn zij betrokken. Er wordt veel aandacht besteed aan goede aansluiting bij de gezondheidsbeleving van de doelgroep. Ook binnen het wervingsmateriaal wordt rekening gehouden met de culturele achtergrond van de deelnemers en met de mogelijke stigma’s. Tevens is dit materiaal in verschillende talen beschikbaar voor de deelnemers.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

Mind-Spring Junior wordt sinds dit jaar op de AZC’s aangeboden en daar verblijven grotendeels mensen die tussen minder dan een jaar woonachtig zijn in Nederland. Incidenteel wordt Mind-Spring Junior ook uitgevoerd op de Gezinslocaties en daar verblijven gezinnen die vaak al meer dan 5 jaar in Nederland verblijven.

2.2 Bereik en deelname

Mind-Spring Junior is in 2015 ontwikkeld en in 2016 ge-pilot en geëvalueerd. Er zijn in 2016 drie pilot trainingen uitgevoerd. Arq heeft sinds begin 2017 de landelijke coördinatie. In het eerste kwartaal zijn medewerkers van verschillende regionale GGZ instellingen en vluchtelingen trainers opgeleid als Mind-Spring Junior trainer. Mind-Spring Junior kan (na de pilot in 2016) pas sinds mei 2017 daadwerkelijk worden aangeboden op verschillende opvanglocaties in het land. In 2017 zijn er 7 trainingen gestart, waarvan er momenteel nog 4 lopen. 8 tot 15 kinderen kunnen deelnemen en 10 tot

15 ouders. Hoeveel deelnemers de training afronden varieert en is ook afhankelijk van verschillende externe factoren (zoals verhuizing).

2.3 Uitvoerenden

Door inzet van zowel een trainer met een vluchtelingenachtergrond (zelfde culturele/taalachtergrond als de deelnemers) als een formele tolk verloopt het vertaal proces erg goed. De trainer met vluchtelingen achtergrond praat in eigen taal met de deelnemers. De tolk wordt met name ingezet voor de communicatie tussen de GGZ medewerker en de deelnemers.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

- De kwaliteit van de uitvoering en Mind-Spring Junior peer educators wordt gevolgd en beoordeeld door de GGZ mede-trainer en de opleider Mind-Spring Junior vanuit Arq. Hiervoor zijn gestandaardiseerde vragenlijsten in gebruik.
- Interne toezicht- en kwaliteitscontroles worden gedaan door middel van feedback en toetsing van trainingen en prestaties door collega-trainers, coördinatieteam, hoofdtrainers en co-trainer.
- De kwaliteit en de prestaties hoofdtrainers tijdens de Train de Trainers programma's worden gecontroleerd door de coördinatie teams met behulp van overleg en feedbacksessies.
- De tevredenheid van de deelnemers wordt gemeten door een evaluatie lijst. Deze meet de tevredenheid niveau van welbevinden, empowerment en participatie.

2.5 Kosten en financiering

De kosten van de volledige training bedragen €9.726 (inzet trainers oudergroep, inzet trainers kindergroep, voorbereiding, evaluatie, reiskosten en materiaal). Indien er een tolk wordt ingeschakeld via een erkend tolk- en vertaalcentrum: inhuur Tolk, 16 bijeenkomsten rond de € 4.000 en tevens reiskostenvergoeding. Dit wordt via de zorgverzekeraar vergoed. Daarnaast zijn er coördinatiekosten voor Arq, MCA geeft hier een vergoeding voor.

De doorontwikkeling van de Mind-Spring Junior methodiek is tot stand gekomen met financiering van Kinderpostzegels. De uitvoering van Mind-Spring Junior (incl. de ouder groepen) op de AZC's wordt (tot 31-12-2017) gefinancierd door MCA. Arts en Zorg heeft nog niet bekend gemaakt welk preventief aanbod op de AZC's zij vanaf 1-1-2018 zal gaan financieren. De methodiek wordt nu op een aantal plekken incidenteel aangeboden met financiering van particuliere fondsen. Voor de doorontwikkeling van de Mind-Spring Junior methodiek voor de 13 plus doelgroep heeft Kinderpostzegels medio 2017 financiering beschikbaar gesteld.

2.6 Samenwerking

Regionale GGZ instellingen voeren Mind-Spring Junior uit en zijn betrokken bij de organisatie. Verder wordt voor de uitvoering en implementatie van Mind-Spring Junior op het AZC samengewerkt met regionale GCA-GGD /COA/JGZ (MDO- multidisciplinair overleg), idealiter in afstemming met leerkrachten van school. De samenwerking in gemeenten is afhankelijk van de lokale situatie, er kan worden samengewerkt met regionale GGD en andere gemeentelijk organisaties en/of maatschappelijke organisaties en scholen.

3. Onderbouwing

De lichamelijke en geestelijke gezondheid van vluchtelingen en migranten blijkt vaak slechter te zijn in vergelijking met de populatie van het gastland (Fox & Tang, 2000). Asielzoekers en vluchtelingen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van onder meer depressieve stoornissen, angststoornissen, posttraumatische klachten, somatoforme stoornissen en verslavingsproblematiek (Fazel, et al., 2005; Gerritsen et al., 2006; Laban et al., 2004; 2005; Roodenrijs, Scherpenzeel, & de Jong, 1998). Velen kampen met stressklachten, spanningen en psychosociale problematiek als gevolg van de huidige leefsituatie (AZC, integratie in Nederlandse samenleving).

Verschiedende pre- en postmigratiefactoren blijken van significante invloed op de prevalentie van symptomatologie en psychische stoornissen (van Willigen, 2010). Deze factoren zijn vooral te vinden op psychologisch gebied en komen voort uit de specifieke omstandigheden van de vluchteling.

Rohlof(2001) vat deze omstandigheden samen onder de noemers traumatisering, migratie, acculturatie, en sociale marginalisatie:

De psychische en psychiatrische problemen staan vaak op de voorgrond en worden bevestigd door onderzoek onder asielzoekers en vluchtelingen (Gerritsen et al. 2006). Van de asielzoekers uit deze groep heeft 68% angst- of depressieve klachten en 28% PTSS symptomen. Bij vluchtelingenjeugd worden meer stress gerelateerde klachten en PTSS gezien dan bij hun Nederlandse leeftijdgenoten (Bean 2004, Tuk e.a. 2006).

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat veel asielzoekerskinderen kampen met psychische en lichamelijke problemen, zoals stress, depressie, verslavingsproblemen, angst en gedragsproblemen. Factoren die hierop van invloed zijn, zijn onder ander de vluchthistorie, de onzekerheid over de asielprocedure, problematiek van ouders en de omstandigheden op en om het asielzoekerscentrum. Ze zijn doorgaans meer dan gemiddeld kwetsbaar en groeien op in een omgeving waar ondersteuning voor het gezin en de opvoeding verre van optimaal is. Ze hebben te maken met een opeenstapeling van risicofactoren die hun ontwikkeling bedreigen. De zorg voor deze kinderen wordt grotendeels gefaciliteerd via het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA). Onderzoekers constateren echter dat de toegang tot gezondheidszorg voor kinderen niet altijd gemakkelijk verloopt. Kennis over asielzoekerskinderen en hun specifieke (psychosociale)klachten lijkt onvoldoende. Ook de screening en signalering zou problematisch verlopen. (Uit rapport 'Het gaat goed maar ik heb wel hoofdpijn'. Vrienden van Samah).

Tegelijkertijd ervaren asielzoekers en vluchtelingen een hoge drempel naar de professionele hulpverlening. Daar zijn verschillende redenen voor: o.a. zij ervaren het als onvoldoende laagdrempelig, er zijn wachtlijsten, er is in verschillende regio's gebrek aan voldoende cultuur sensitieve expertise en specialistische GGZ kennis, er is flink bezuinigd op tolkvergoedingen en er heerst vaak een taboe op.

Met name sinds de grote instroom van asielzoekers in 2015 is er vanuit diverse betrokken bij de opvang behoefte getoond aan een psycho-educatieprogramma voor kinderen binnen de opvangcentra is. Ook vanuit gemeenten en diverse maatschappelijke organisaties en onderwijsinstellingen is er sinds kort een steeds grotere vraag naar een psycho-educatieprogramma voor kinderen van statushouders woonachtig in de gemeente.

Mind-Spring Junior is gebaseerd op beproefde preventieve methoden en gedragswetenschappelijke theoretische principes zoals Psycho-educatie, Rational Emotieve Therapie, stress reductie en Empowerment. Naast de inhoud, is de vorm waarin de interventie wordt aangeboden een belangrijk element. Dit gebeurt door de inzet van vluchtelingtrainers die de vertaalslag in taal en cultuur maken. Mind-Spring trainers zijn tevens ervaringsdeskundigen en kunnen een rolmodel zijn en zodoende het culturele aspect toevoegen aan de "standaard" modules die het trainingspakket bevat. Als mede lotgenoten zijn zij een goede gesprekspartner en peer-educator in de fase dat her- en erkenning van problemen belangrijk zijn.

Naast het preventieve aspect van de interventie, versoepelt Mind-Spring Junior de doorverwijzing naar specialistische zorg wanneer ernstige problematiek in de training bij een kind aan het licht komt.

4. Werkzame elementen

De inzet van een Mind-Spring Junior trainer met vluchtelingen achtergrond en zelfde culturele/taal achtergrond is één van de belangrijke werkzame elementen van deze preventieve interventie. Peer educatie en rolmodel van de trainers is een van de belangrijkste ingrediënten, zij hebben hetzelfde meegemaakt en hebben een manier gevonden om daar boven uit te stijgen. Mind-Spring is een programma vóór en dóór vluchtelingen en asielzoekers. Het werkt als een nieuwe verbondenheid, een nieuw vertrouwen (welk ze eigenlijk kwijt waren) en hoop voor de toekomst. Andere belangrijke werkzame elementen:

- De functie van her- en erkenning die je bereikt door een coherente groep, dit zijn mensen (ouders en kinderen) met dezelfde culturele achtergrond, bij elkaar te brengen. (zowel trainers als deelnemers)
- Het leren omgaan met stress en eigen angsten in het hier en nu.
- Een oriëntatie op de opvoedingsverschillen tussen eigen en Nederlandse cultuur. Vooral bewustwording dat die soms wel heel groot kunnen zijn, maar niet zo beangstigend hoeven te zijn als je er meer over weet en ze begrijpt.
- De informatie over de normale reactie op een abnormale situatie. De bijbehorende psychisch normale verwerking processen.
- Het inzicht gevende element over hoe je ondanks alle moeilijkheden en verlies, toch een positieve nieuwe identiteit kan opbouwen. Maar ook dat je dat zelf alleen kan doen, en eventueel hulp moet zoeken als dat even nodig is.

5. Onderzoek

In oktober 2017 is het expertiseteam Kind, Gezin en Trauma gestart met een systematische evaluatie onder leiding van deskundigen van Arq (klinisch psycholoog dr. Trudy Mooren, GZ-psycholoog / orthopedagoog drs. Paul Sterk. Deze evaluatie dient twee doelen:

1. Monitoring van de uitvoering van de sessies. Wordt geboden wat het programma beoogt? Worden deze thema's voldoende behandeld en leiden ze tot het gewenste resultaat? Zowel ouders als kinderen zullen hier bij betrokken worden. Het draaiboek zal hierbij indien nodig worden aangepast en verbeterd.
2. Effect onderzoek. Door middel van een voor- en nameting wordt het effect van de sessies vastgesteld. De inhoud van deze meting wordt wederom vastgesteld op grond van de eerder beschreven doelstellingen en thema's. Waar mogelijk zal gebruik worden gemaakt van bestaande vragenlijsten.

De resultaten zullen worden geanalyseerd en worden gerapporteerd. Het rapport geeft inzicht in de werkbaarheid van het programma (in hoeverre is het uit te voeren binnen deze doelgroep), alsmede de werkzaamheid (effecten).

Het expertiseteam Kind, Gezin en Trauma werkt daarbij samen met de Universiteit van Utrecht. In België zijn de Universiteit van Luik en de Universiteit van Leuven betrokken bij de evaluatie van Mind-Spring Junior en in Denemarken de Universiteit van Kopenhagen. De Universiteit van Kopenhagen werkt daarbij samen met het Expertise team Jeugd en Gezin.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Sterk Redelijk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Sterk
4. Werkzame elementen	Sterk

5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Goed onderbouwd

Toelichting:

De interventie richt zich op asielzoekers en vluchtelingen kinderen tussen de 8 en 13 jaar oud en hun ouders. Het einddoel van de interventie is het verbeteren van de mentale gezondheid en psychosociale vaardigheden. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven. De interventie is in 2016 drie keer uitgevoerd. In 2017 zijn er 7 trainingen gestart, waarvan er momenteel nog 4 lopen. Per keer kunnen 8 tot 15 kinderen en 10 tot 15 ouders starten met de interventie. Er zijn functieprofielen voor zowel de Mind-Spring trainer met vluchtelingenachtergrond als voor de GGZ professional. Ook is het minder duidelijk hoe er draagvlak gecreëerd wordt bij de implementatie van de interventie. De onderbouwing van de interventie en de werkzame elementen zijn zeer sterk beschreven. Het onderzoek naar de interventie is ten tijde van schrijven van dit rapport net gestart dus kan er nog geen informatie over gegeven worden.

Interventie 15: Mind-Spring volwassenen, Arq

Ontwikkeld in: 2004

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie is bedoeld voor asielzoekers die in AZC's verblijven in afwachting van de beslissing over hun asielverzoek of al met verblijfsstatus in afwachting tot huisvesting en mensen met een vluchtelingachtergrond die binnen een gemeente wonen. Het aanbod is gericht op volwassenen. MindSpring is mede door inzet van een opgeleide Mind Spring vluchtelingen trainer met zelfde culturele/taal achtergrond geschikt voor diverse taal/cultuur groepen. De verblijfsduur in Nederland varieert onder de deelnemers.

Deelnemers worden geworven via persoonlijke benadering, formele doorverwijzing vanuit het AZC naar GCA, GGD en COA en via foldermateriaal en uitnodigingsbrieven in eigen taal worden, ter ondersteuning van de werving via doorverwijzing. Daarnaast worden deelnemers aan de training op het AZC of in de gemeente geworven door de opgeleide vluchtelingen zelf, in samenwerking met buurthuizen, vluchtelingenwerk, andere vrijwilligersorganisaties en migrantenorganisaties.

Mind-Spring is in 1998 in Sierra Leone ontwikkeld door orthopedagoog/GZ psycholoog Paul Sterk, waar hij voor Artsen zonder Grenzen hulpverleners trainde in het bieden van psychische ondersteuning aan de door oorlog getroffen bevolking. In 2004 is de methodiek door Paul Sterk, samen met een groepje asielzoekers, verder ontwikkeld. De Mind-Spring trainers met vluchtelingenachtergrond leveren in de standaard evaluatie feedback op de inhoud van het programma.

1.2 Doel interventie

Het einddoel van de interventie is het verbeteren van de mentale gezondheid en psychosociale vaardigheden van asielzoekers en vluchtelingen, teneinde het ontstaan of verergeren van psychische en psychiatrische klachten te voorkomen en een bijdrage te leveren aan het verbeteren van het algeheel functioneren ten behoeve van integratie.

De deelnemers verwerven kennis en inzicht in de relatie tussen de vluchtelingsituatie met de daarbij behorende gebeurtenissen en met het ontstaan van psychische en psychosociale klachten

Subdoelen:

1. De deelnemers kunnen na afloop van de interventie benoemen:

- Hoe de vluchteling situatie kan bijdragen aan het ontstaan van psychische en psychosociale problematiek en wat het verschil is tussen normale en pathologische ontwikkeling van klachten
- Wat de invloed is van stress en overmatige stress op lichaam en geest, en op welke manier dit kan leiden tot veel voorkomende klachten als depressie, angst, psycho somatische klachten
- Waar ze professionele hulp kunnen vinden wanneer problemen niet langer hanteerbaar zijn

2. De deelnemers zetten gezonde coping mechanismen (sociale steun, RET, ontspanningsoefeningen) in bij het omgaan met moeilijke of stressvolle omstandigheden

3. De deelnemers hernemen de controle en het initiatief over hun leven

Na afloop van de interventie

- hebben deelnemers een positiever zelfbeeld en plaatsen ze zich minder in een slachtoffer identiteit;
- zetten deelnemers hun energie effectiever in, waardoor ze meer controle hebben over hun mogelijkheden/situatie;
- gaan deelnemers op zoek naar hoe ze meer invloed kunnen krijgen op hun eigen leven binnen de mogelijkheden die de situatie biedt.

Voorwaarde scheppende doelen

Op het niveau van ervaringsdeskundige trainers (peer educators)

- De peer educators/ trainers met vluchtelingenachtergrond hebben de Mind Spring training gevolgd en zijn bekend met de doelen op het niveau van de asielzoekers en vluchtelingen;
- De peer educators/ trainers met vluchtelingenachtergrond leren trainersvaardigheden aan, die hen in staat stellen de Mind-Spring interventie uit te voeren;
- De peer educators/ trainers met vluchtelingenachtergrond zijn zich bewust van hun functie als rolmodel en dragen deze uit
- De peer educators/ trainers met vluchtelingenachtergrond leren wanneer normale reacties overgaan in pathologische ontwikkeling en zijn in staat dit te signaleren bij deelnemers;
- De peer educators/trainers met vluchtelingenachtergrond zetten cultuur eigen leeraspecten in en maken de vertaalslag van 'westerse' concepten naar de einddoelgroep.

Op het niveau van de GGZ hulpverleners

- Hulpverleners zijn bekend op welke manier de einddoelgroep kan worden bereikt middels laagdrempelig aanbod in eigen taal;
- Hulpverleners verwijzen de einddoelgroep naar specialistische hulp in de GGZ wanneer geïndiceerd.

1.3 Aanpak

Tijdens de bijeenkomsten is de voertaal die van de doelgroep, mits deze homogeen is. Een cursus Mind-Spring telt 8 bijeenkomsten van elk twee uur. Asielzoekers en vluchtelingen worden geïnformeerd over problemen die kunnen spelen op het gebied van stress, depressie en lusteloosheid, trauma, rouw, schuldgevoelens, ontheemding en acculturatie, verlies van verworvenheden in eigen land en de dagelijkse besommingen op een asielzoekerscentrum. Dit wordt concreet uitgewerkt in de acht bijeenkomsten van het programma. Mind Spring probeert zo beeldend mogelijk met deelnemers te werken. Het programma maakt veel gebruik van inzicht gevende oefeningen steeds met het doel deelnemers bewust te maken van eigen processen en te leren hoe ze weer zelf controle over het leven kunnen krijgen. Een voorbeeld van een bijeenkomst: Stress en stressreductie, psychosomatische klachten. Het doel van de bijeenkomst is het vergroten van inzicht in stress (positieve –en negatieve) en stress situaties. Ook wat de reacties per individu kunnen zijn. Informatieverstrekking en oefeningen staan centraal in de bijeenkomst. Indien nodig worden deelnemers doorverwezen naar meer specialistische hulp.

Binnen Mind-Spring hebben de Mind-Spring trainers met vluchtelingenachtergrond een prominente rol. Deze peer educators zetten cultuureigen leeraspecten in en maken de vertaalslag van 'westerse'

concepten naar de doelgroep. Zij weten goed welke stigma's er bij de doelgroep kunnen leven en hoe daar als trainer mee om te gaan. In de werving geven zij de organisaties betrokken bij de werving advies en bij de voorlichtingsbijeenkomst zijn zij betrokken. Er wordt veel aandacht besteed aan goede aansluiting bij de gezondheidsbeleving van de doelgroep. Ook binnen het wervingsmateriaal wordt rekening gehouden met de culturele achtergrond van de deelnemers en met de mogelijke stigma's. Tevens is dit materiaal in verschillende talen beschikbaar voor de deelnemers.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan zowel op een opvanglocatie worden uitgevoerd als in een gemeente. Op een opvanglocatie wordt Mind-Spring georganiseerd door GCA (t/m 31/12/2017), COA, GGD en uitgevoerd door een regionale GGZ instelling. In de gemeente kan de interventie georganiseerd worden i.s.m. regionale GGD en GGZ in opdracht van een gemeente of een maatschappelijke organisatie (zoals bijvoorbeeld Vluchtelingenwerk, vrijwilligersorganisaties etc).

2.2 Bereik en deelname

Mind-Spring is in 2004 ontwikkeld en wordt sindsdien (met name) op de AZC's uitgevoerd. Parnassia / I-Psy was in 2017 verantwoordelijk voor de landelijke coördinatie. Er zijn de afgelopen drie jaren 50+ trainingen aangeboden in de centra door verschillende GGZ instellingen. Bij start van de training zijn er gemiddeld 15 deelnemers. Hoeveel deelnemers de interventie afronden varieert sterk, maar ligt rond de 75%. De verhouding man/vrouw is niet overal consequent bijgehouden.

2.3 Uitvoerenden

Door inzet van zowel een trainer met een vluchtelingenachtergrond (zelfde culturele/taalachtergrond als de deelnemers) als een formele tolk verloopt het vertaal proces erg goed. De trainer met vluchtelingen achtergrond praat in eigen taal met de deelnemers. De tolk wordt met name ingezet voor de communicatie tussen de GGZ medewerker en de deelnemers.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

- De kwaliteit van de uitvoering en Mind-Spring peer educators/trainers met vluchtelingenachtergrond wordt gevolgd en beoordeeld door de GGZ mede-trainer en opleider Mind-Spring. Hiervoor zijn gestandaardiseerde vragenlijsten in gebruik.
- Interne toezicht- en kwaliteitscontroles worden gedaan door middel van feedback en toetsing van trainingen en prestaties door collega-trainers, coördinatieteam, hoofdtrainers en co-trainer.
- De kwaliteit en de prestaties van de hoofdtrainers tijdens de Train de Trainers programma's worden gecontroleerd door de coördinatie teams met behulp van overleg en feedbacksessies
- De tevredenheid van de deelnemers wordt gemeten door een evaluatie lijst. Deze meet de tevredenheid niveau van welbevinden, empowerment en participatie.\

2.5 Kosten en financiering

De kosten voor een volledige interventie met 15 deelnemers zijn € 4.971 (inzet twee trainers: voorbereiding, uitvoer, evaluatie en reiskosten, materialen). De kosten voor het inhuren van een formele tolk zijn € 2.000. Dit wordt door de zorgverzekeraar van de uitvoerende GGZ instelling vergoed. Afhankelijk van het aantal Mind-Spring trainingen in de gemeenten zullen door Arq (beperkt) kosten voor in rekening worden gebracht voor de coördinerende taken.

De uitvoering van Mind-Spring op de AZC's wordt (tot 31-12-2017) gefinancierd door MCA. Arts en Zorg heeft nog niet bekend gemaakt welk preventief aanbod op de AZC's zij vanaf 1-1-2018 zal gaan financieren. Voor de uitvoering van Mind-Spring voor de doelgroep woonachtig in de gemeente is nog geen structurele financiering aanwezig. De methodiek wordt nu op een aantal plekken incidenteel aangeboden met financiering van particuliere fondsen. Een aantal gemeenten heeft zich interesse getoond.

2.6 Samenwerking

Regionale GGZ instellingen voeren Mind-Spring uit en zijn betrokken bij de organisatie van de trainingen. Voor de uitvoering en implementatie van Mind-Spring op het AZC wordt samengewerkt met regionale GCA-GGD /COA (MDO- multi disciplinair overleg). De samenwerking in gemeenten is afhankelijk van de lokale situatie, er kan worden samengewerkt met regionale GGD en andere gemeentelijke organisaties en/of maatschappelijke organisaties.

3. Onderbouwing

De gezondheid en geestelijke gezondheid van vluchtelingen en migranten blijkt vaak slechter te zijn in vergelijking met de populatie van het gastland (Fox & Tang, 2000). In recent onderzoek in Nederland worden tekenen van traumatisering vaak gevonden bij vluchtelingen (Gernaat e.a., 2002; Laban e.a., 2002). Asielzoekers en vluchtelingen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van onder meer depressieve stoornissen, angststoornissen, posttraumatische klachten, somatoforme stoornissen en verslavingsproblematiek (Fazel, et al., 2005; Gerritsen et al., 2006; Laban et al., 2004; 2005; Roodenrijs, Scherpenzeel, & de Jong, 1998). Velen kampen met stressklachten, spanningen en psycho-sociale problematiek als gevolg van de huidige leefsituatie (AZC, integratie in Nederlandse samenleving).

Verscheidende pre- en postmigratiefactoren blijken van significante invloed op de prevalentie van symptomatologie en psychische stoornissen (van Willigen, 2010). Deze factoren zijn vooral te vinden op psychologisch gebied en komen voort uit de specifieke omstandigheden van de vluchteling. Rohlof (2001) vat deze omstandigheden samen onder de noemers traumatisering, migratie, acculturatie, en sociale marginalisatie.

Problemen met acculturatie, sociale marginalisatie, gevoelens van schuld, sociale passiviteit en ideologische vervreemding veroorzaken een veranderde identiteit en verlaagd gevoel van controle, welke de kwetsbaarheid voor psychologische stress en lichamelijke ziektes verder vergroot (Groenenberg, 1999; Sundquist et al., 2000). Het ontstaan van psychische problematiek kan hierbij vanuit een stresskwetsbaarheid perspectief verklaard worden (Rohlof, 2003). Stressoren zijn ten eerste te vinden in de traumatische gebeurtenissen vóór de migratie; ervaren spanningen in land van herkomst of tijdens de vlucht ten gevolge van geweld, oorlog en de wijze waarop vluchtelingen een heenkomen moesten zoeken, blijvende situatie van geweld en onlusten in land van herkomst bij aankomst in Nederland. Daarnaast hebben vluchtelingen en asielzoekers te maken met diverse stressoren die een negatieve invloed kunnen hebben op hun geestelijke gezondheid, zoals spanningen door ondoorzichtige asielprocedure, leefsituatie in de opvang en bij uitplaatsing in gemeenten om isolatie en integratieproblemen (Rohlof & Jasperse, 1996; Hofstede, 1991).

Voor die personen die onvoldoende coping vaardigheden hebben kan het moeilijker zijn om de trauma en dagelijkse besommeringen een plaats te geven. Ook gebrek aan sociale steun (zowel professionele steun, maar ook uit informele netwerken) kan bijdragen aan psychische problematiek (Joseph, 1999). Veelal blijken de asielzoekers door de spanningen en gevoelens van onmacht die de huidige leefsituatie met zich mee brengen een passieve leefstijl te hebben ontwikkeld (van Willigen, 2010).

Daarnaast is psychische hulp niet makkelijk toegankelijk. Vluchtelingen vinden moeilijk of niet de weg naar de reguliere hulpverlening. Culturele en religieuze verschillen, taalbarrières, onbekendheid en het ontbreken van vertrouwen spelen daarbij een grote rol (Pharos, 2009).

De Mind-Spring cursus heeft aandacht voor de weerslag van de vluchteling situatie op het zelfbeeld en gevoel van controle, welke in combinatie met gebrekkige coping vaardigheden bijdragen aan het ontwikkelen van gezondheidsproblemen. Mind-Spring heeft een preventief karakter en maakt gebruik van bestaande en beproefde preventieve methoden en theoretische principes zoals Psycho-educatie, RET, Stress reductie en Empowerment. Naast de inhoud, is de vorm waarin de interventie wordt aangeboden een belangrijk element. Dit gebeurt door de inzet van vluchtelingstrainers die de vertaalslag in taal en cultuur maken

Naast aandacht voor mentale en psychosociale problemen van vluchtelingen en asielzoekers, besteedt Mind-Spring ook aandacht aan de theorie van rouwverwerking. Hoewel uitingsvormen per cultuur

kunnen verschillen, verlopen in alle culturen de fases van rouwverwerking hetzelfde. In Mind-Spring wordt onder andere uitgegaan van het zogeheten rouwtaken model van de Amerikaanse psychiater W. Worden. Deelnemers krijgen inzicht in hoe een rouwproces als gevolg van het ervaren van verlies (land, familie, positie) eruit ziet en leren hun klachten te begrijpen als gevolg van verlies en het doorwerken van een rouwproces.

Naast psycho-educatie over gezonde en ongezonde coping reacties en het gebruik van RET als een gezonde coping strategie, werken de deelnemers ook aan stress reductie door het inzetten van ontspanningsoefeningen. De deelnemers leren om ontspanningsoefeningen toe te passen in hun dagelijks leven. Mind-Spring heeft naast de elementen voorlichting, her- en erkenning ook Empowerment toegevoegd. “Empowerment” betekent letterlijk: het verlenen van kracht of macht of eigenmachtig maken. Kracht wordt opgevat als het regie voeren over het eigen leven. Onder macht verstaan we het beschikken over hulpbronnen die daarvoor nodig zijn, zoals kennis, vaardigheden en sociale contacten” (Penninx & Scholten, 2005).

De volledige theoretische onderbouwing van MindSpring volwassenen ingezonden door de organisatie kan opgevraagd worden bij de IPI projectgroep, deze is te omvangrijk voor deze rapportage.

4. Werkzame elementen

De inzet van een Mind-Spring trainer met vluchtelingen achtergrond en zelfde culturele/taal achtergrond is één van de belangrijke werkzame elementen van deze preventieve interventie. Peer educatie en rolmodel van de trainers is een van de belangrijkste ingrediënten, zij hebben hetzelfde meegemaakt en hebben een manier gevonden om daar boven uit te stijgen. Mind-Spring is een programma vóór en dóór vluchtelingen en asielzoekers. Het werkt als een nieuwe verbondenheid, een nieuw vertrouwen (welk ze eigenlijk kwijt waren) en hoop voor de toekomst.

Andere belangrijke werkzame elementen:

- De functie van her- en erkenning die je bereikt door een coherente groep, dit zijn mensen (ouders en kinderen) met dezelfde culturele achtergrond, bij elkaar te brengen. (zowel trainers als deelnemers)
- Het leren omgaan met stress en eigen angsten in het hier en nu.
- De informatie over de normale reactie op een abnormale situatie. De bijbehorende psychisch normale verwerking processen.
- Het inzicht gevende element over hoe je ondanks alle moeilijkheden en verlies, toch een positieve nieuwe identiteit kan opbouwen. Maar ook dat je dat zelf alleen kan doen, en eventueel hulp moet zoeken als dat even nodig is.

5. Onderzoek

Mind-Spring werkt volgens het concept van “Project-Cycle management”, wat wil zeggen dat het proces en inhoud wordt gemonitord en met deelnemers uitvoerders geëvalueerd. Naar aanleiding van deze cyclische processen worden voorlichtingsmateriaal en draaiboeken aangepast. Het huidige draaiboek psycho-educatie is van 2015.

De psycho-educatie groepen worden afgesloten met een vragenlijst voor zowel deelnemers als GGZ medewerkers en Mind-Spring peer educators. De vluchtelingen en asielzoekers zijn zeer positief over het programma en het positieve proces dat op gang komt bij hen na het deelnemen aan een Mind-Spring psycho-educatie groep (Verschoor et al., 2010). Deelnemers zijn erg positief over de bijeenkomsten. Het overgrote deel heeft alle bijeenkomsten bijgewoond (soms uitval door overplaatsing of familie omstandigheden). Gaandeweg voegden meerdere nieuwe deelnemers zich bij de bijeenkomsten. Wanneer Mind-Spring eenmaal gaande is op een asielzoekerscentrum blijkt het een grotere wervende kracht te hebben onder de bewoners. Bewoners stimuleren elkaar mee te doen.

Vluchtelingen en asielzoekers voelen zich gesteund door de her- en erkenning, er is weer een positief zelfbeeld (positieve identiteit) en mensen hebben het gevoel zelf weer iets te kunnen ondernemen. Dit werkt activerend, stimulerend en enthousiasmerend. Deelname aan de groepen werkt ook stressreducerend.

In 2010 werd door de HVU een haalbaarheidsstudie uitgevoerd betreffende de samenwerking met Vluchtelingen Werk Nederland (Rapport ter inzage bij Mind-Spring coördinatie). Onderdeel van het onderzoek was ook het kijken naar de effectiviteit. Dit werd d.m.v. interviews bij gebruikers (asielzoekers en vluchtelingen, intermediairs (peer educators en GGZ) en aanbieders (Gemeenten) gedaan. De onderzoekers concludeerden dat de effectiviteit waarneembaar is aan de hand van onderstaande punten:

- De methodiek van Mind-Spring is te vergelijken met ervaringen en bestaande methodieken uit de hulpverlening gericht op dezelfde doelgroep.
- De ervaringen van verschillende gemeenten met Mind-Spring zijn zeer positief. De ervaringen betreffen vooral betere resultaten op de inburgering cursus en het aanpassingsvermogen van de deelnemers.

Mind-Spring blijkt voor hulpbehoevende bewoners de drempel te verlagen om professionele hulp te zoeken (betrokkenheid van GGZ is belangrijk i.v.m. toeleiding naar hulp) Het legitimeert asielzoekers met een fors trauma dat ze een hulpvraag mogen hebben. Het hebben van een psychisch probleem hoeft niet meteen te betekenen dat je “gek” bent.

De ervaring heeft geleerd dat deelname aan de Training voor Trainers voor de deelnemers (peer educators) zelf verschillende positieve effecten heeft. Enerzijds worden kennis en trainersvaardigheden opgedaan om als peer educator actief te zijn in de psychosociale zorg en mede-vluchtelingen support te bieden. Dit geeft de peer educator bagage om beroepsmatig –vrijwillig dan wel betaald- aan de slag te gaan, als ook een gevoel (weer) zinvolle activiteiten te ondernemen. Voor veel vluchtelingen in Nederland is het vinden van werk niet eenvoudig, maar is het wel van groot belang om maatschappelijk actief en betrokken te zijn. De mogelijkheid om anderen te helpen en een netwerk in de geestelijke gezondheidszorg op te bouwen biedt zelfvertrouwen en perspectief om middels werkervaring de kans op regulier werk te vergroten. Voor deze doelgroep betekent empowerment tevens een stijging op de participatieladder.

Voor de peer educators zelf is er ook het effect dat het eigen welbevinden, het hanteren van de eigen klachten en het omgaan met de eigen problemen door de deelname verbetert. Immers, door de ervaringsdeskundigheid zijn de thema's die worden behandeld in grote mate eveneens van toepassing op de persoon van de trainer zelf. Behalve dat de peer educators leren om empowerment-methodieken over te brengen op anderen, zorgt deelname aan de training voor trainers ook voor empowerment en een positieve identiteit (nl. die van trainer) bij de Mind-Spring peer educator zelf.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving	
1.1 Doelgroep	Sterk
1.2 Doel	Sterk
1.3 Aanpak	Sterk
2. Uitvoering	
2.1 Beschrijving	Sterk
2.2 Bereik en deelname	Sterk
2.3 Uitvoerenden	Redelijk
2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden	Sterk
2.5. Kosten en financiering	Sterk
2.6 Samenwerking	Redelijk
3. Onderbouwing	Sterk
4. Werkzame elementen	Sterk

5. Onderzoek	Redelijk
Fase van ontwikkeling	Goed onderbouwd

Toelichting:

De interventie richt zich op volwassen asielzoekers. Het einddoel van de interventie is het verbeteren van de mentale gezondheid en psychosociale vaardigheden. De aanpak van de interventie is zeer duidelijk beschreven. Er zijn functieprofielen waar zowel de Mind-Spring trainers met vluchtelingenachtergrond als de GGZ professionals aan moeten voldoen. Er zijn de afgelopen drie jaren 50+ trainingen aangeboden in de centra. Bij start van de training zijn er gemiddeld 15 deelnemers. Hoeveel deelnemers de interventie afronden varieert sterk, dit ligt gemiddeld rond de 75%. De kwaliteit en randvoorwaarden, evenals de kosten en de financiering van de interventie zijn beschreven. Het probleem, de oorzaken, het verband tussen de aanleiding, doelen en doelgroep en hoe de interventie de gestelde doelen daadwerkelijk bij de doelgroep bereikt zijn onderbouwd. Er is onderzoek uitgevoerd naar de interventie, de opzet hiervan is minder duidelijk beschreven maar de uitkomsten en aanpassingen zijn helder beschreven.

Interventie 16: Vrouwenrechten en integratie, Stichting Femina

Ontwikkeld in: 2016

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op minderjarige meisjes en volwassen vrouwen, met en zonder status, woonachtig op een AZC of in een gemeente. Meisjes en vrouwen uit alle landen kunnen deelnemen aan de interventie. De deelnemers verbleven of korter dan 1 jaar in Nederland of langer dan vijf jaar. De deelnemers worden geselecteerd door gemeentes, COA, doorverwijzing voor instanties als vrouwenopvang, crisis interventie, politie, wijkteams, zorg- en welzijnsinstanties.

Intermediaire doelgroepen zijn: leerkrachten, maatschappelijk werkers, huisartsen, therapeuten, zorgmedewerkers, medewerkers van overheidsinstellingen en vrijwilligers.

De doelgroep zelf is de initiatiefnemer en de uitvoerder van het traject. Alle trajecten die wordt door Femina uitgevoerd is gebaseerd op eigen de ervaringen en behoeften uit de doelgroep zelf.

1.2 Doel interventie

Het doel is om de weerbaarheid te vergroten, mind-set veranderen, grotere deelname samenleving en integratie, brug slaan tussen twee culturen, brug slaan naar hulpinstanties. Subdoelen zijn: vrouwen informeren over belangrijke onderwerpen, als huiselijk geweld en gevolgen op het hele gezin, vrouwen uit het isolement te halen, anticonceptiemiddelen, ongewenste zwangerschap, over taboeonderwerpen met elkaar bespreken.

1.3 Aanpak

‘In Holland staat een huis’ is het basisprogramma van Femina. Het gaat over leven in Nederland: de regels, rechten en plichten, normen en waarden. Vanuit het perspectief (normen, waarden, cultuur) van de vrouwen wordt gekeken naar de Nederlandse samenleving. Doel van het programma is een brug te slaan tussen de Nederlandse samenleving en de cultuur, normen en waarden van de vrouwen. De deelnemers krijgen informatie en bespreken allerlei onderwerpen zoals de Nederlandse grondwet, zwangerschap en anticonceptie, rechten, etc. De training beslaat in totaal 8 (nieuwkomers) of 10 (oudkomers) aaneengesloten weken.

De training In Holland staat een huis wordt gecombineerd met het Sociaal Spreekuur, hier kunnen vrouwen individueel terecht met hun vragen of problemen. Ze spreken met een vrouw met dezelfde

culturele achtergrond. Afhankelijk van het onderwerp kan samen een oplossing voor het probleem van de vrouw worden gezocht.

Daarnaast heeft Femina het 'Zusterprogramma'. Het doel is vrouwen uit de deelnemersgroep te werven en op te leiden om contact met de plaatselijke gemeenschap uit het land van herkomst te onderhouden. Deze vrouwen signaleren vragen en problemen binnen de eigen gemeenschap en nemen deze mee naar het periodiek overleg van Femina. De vrouwen zijn dus als het ware de "voelsprietten" in de eigen gemeenschap.

Ook heeft Femina het programma 'In Holland' als vervolgentraining op 'in Holland staat een huis'. De vrouwen komen maandelijks bijeen en krijgen actuele onderwerpen aangeboden in de vorm van workshops, waarbij ze zelf ook zeggenschap hebben over de vorm en inhoud van de workshops. De vrouwen blijven actief, houden contact met de Nederlandse samenleving, problemen worden in kaart gebracht en waar mogelijk opgelost. Vanuit het programma worden ook externe contacten gelegd. Het wordt gecombineerd met het 'Sociaal spreekuur' en 'zusterprogramma'.

Femina is opgericht door ervaring deskundig en staat zeer dichtbij de doelgroep. Omdat ze hebben hetzelfde meegemaakt en kennen het cultuur en achtergrond van de doelgroep.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden bij gemeentes, COA, maatschappelijk en welzijn organisaties.

2.2 Bereik en deelname

De interventie is drie keer uitgevoerd. Er hebben vijftien vrouwen deelgenomen waarvan 95% de interventie volledig heeft afgerond.

2.3 Uitvoerenden

De trainers zijn ervaringsdeskundigen en academisch geschoold. Een persoon uit de doelgroep fungeert als tolk.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Na iedere training wordt er geëvalueerd. Niet alleen het effect van de cursus op de deelnemers maar ook op de kwaliteit wordt er geëvalueerd. Opdrachtgever en de Hanze hogeschool evalueren de cursus. Voor aanvang van de interventie wordt er een bijeenkomst georganiseerd door Femina waarbij de vrouwen worden geïnformeerd over wat zij kunnen verwachten, dit is een belangrijk deel van de implementatie.

2.5 Kosten en financiering

De ontwikkelingskosten heeft Femina betaald en de uitvoering wordt gefinancierd door gemeentes en COA. De kosten zijn als volgt opgebouwd:

Module: In Holland staat een huis

Acht bijeenkomsten van vier uur

Trainer: €3.040

Tolk: €320

Reiskoten: €250 - €300

Lesmateriaal: €75 - €100

Totaal: €3.685 - €3760

Module In Holland

Elf bijeenkomsten van vier uur.

Trainer: €4.180

Tolk: €440

Reiskosten: €275 - €325

Lesmateriaal: €75 - €100
Totaal: €4.970 - €5.045

Module: Sociaal spreekuur
Elf bijeenkomsten van 4 uur
Trainer: €4.180
Tolk: €440
Reiskosten: €275 - €325
Totaal: €4.895 – 4.945

Module: Zusterprogramma
Elf bijeenkomsten van één uur
Trainer: €1.045
Tolk: €110
Reiskosten: €275 - €325
Totaal: €1.430 - €1.480

Facilitaire kosten per groep: €3.485 (€85 per bijeenkomst).

De totale kosten voor het gehele traject (alle modules): €18.465 - €18.715

2.6 Samenwerking

Gemeentes en COA zijn de opdrachtgevers en Hanze hogeschool, RUG zijn de onderzoekers.

3. Onderbouwing

De meeste mensen die in een nieuwe, volledig onbekende omgeving terecht komen, zijn geneigd zich af te sluiten, zich terug te trekken en zoeken naar mensen die in hun oude levenswijze passen. Dat betekent dat ze niet meedoen in de samenleving en meer en meer vervreemden van die samenleving. Dit is volgens stichting Femina een van de grootste problemen van vluchtelingen. Vooral voor de vrouwen heeft dit grote consequenties. De meeste vluchtelingen vrouwen komen uit een patriarchale cultuur en – samenleving, dit ligt in Nederland anders. Dit kan een cultuurschok veroorzaken bij de vrouwen. Ook mannen ervaren die cultuurschok. Ze vinden dat bedreigend voor hun gezin en zullen een defensiever gedrag vertonen. Als reactie gaan ze hun vrouw (en dochters en zelfs hun moeders) nog sterker onderdrukken dan ze in het land van herkomst al deden. De meeste vrouwen van Femina hebben dit zelf ervaren, waardoor ze weten wat de vluchtelingen vrouwen meemaken.

De vrouwen van Femina zijn bekend met de cultuur van de doelgroep en hierdoor kunnen ze beter dan wie ook een vertrouwensband met de vluchtelingen vrouwen opbouwen. Hierdoor signaleren ze problemen sneller en kunnen ze efficiënter en beter doorverwijzen naar de verschillende hulpinstanties.

De vrouwen informeren wij over hun rechten en plichten waardoor ze actiever en bewuster kunnen deelnemen aan de Nederlandse samenleving. Dit voorkomt in vele gevallen psychosomatische problemen.

4. Werkzame elementen

Vrouwen zijn bewuster geworden van hun posities in de samenleving en in het gezin. Daardoor zijn ze in staat om deel te nemen aan de activiteiten in de samenleving. Ze kunnen zich beroepen op de Nederlandse wet en regelgeving, door de kennis die ze opgedaan hebben.

5. Onderzoek

Er worden momenteel onderzoeken uitgevoerd in samenwerking met de Hanzehogeschool Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen.

Beoordeling

Onderdeel	Score
-----------	-------

1. Beschrijving	
1.1 Doelgroep	Sterk
1.2 Doel	Sterk
1.3 Aanpak	Sterk
2. Uitvoering	
2.1 Beschrijving	Sterk
2.2 Bereik en deelname	Sterk
2.3 Uitvoerenden	Redelijk
2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden	Sterk
2.5. Kosten en financiering	Redelijk
2.6 Samenwerking	Zwak
3. Onderbouwing	Redelijk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Goed beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op minderjarige meisjes en volwassen vrouwen, met en zonder status, woonachtig op een AZC of in een gemeente. Het doel is om de weerbaarheid te vergroten, mind-set veranderen, grotere deelname samenleving en integratie, brug slaan tussen twee culturen, brug slaan naar hulpinstanties. De interventie is tot nu toe drie keer uitgevoerd en er hebben vijftien vrouwen deelgenomen. De aanpak van de interventie is beschreven aan de hand van de verschillende modules. Het is minder duidelijk aan welke eisen de uitvoerenden van de interventie moeten voldoen en hoe er samengewerkt wordt met andere organisaties en welk draagvlak er gecreëerd moet worden voor een succesvolle implementatie. Het is helder hoe de kwaliteit van de interventie geborgd wordt. Het verband tussen aanleiding, doelen, doelgroep en aanpak is niet beschreven, evenals hoe de aanpak daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep moeten bereiken. Onderzoek naar de uitvoer en effectiviteit van de interventie wordt momenteel uitgevoerd en daarom is dit onderdeel niet meegenomen in de beoordeling.

Interventie 17: TeamUp, War Child, Save the Children, UNICEF

Nederland

Ontwikkeld in:2016

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De doelgroep van de interventie is kinderen in de leeftijd 6-18 jaar, woonachtig in een opvanglocatie. Het gaat om kinderen die net zijn aangekomen in Nederland en asiel hebben aangevraagd, of om kinderen die reeds langere tijd in Nederland zijn, verblijfsstatus hebben en ‘wachten’ op een woning. Ongeveer evenveel jongens als meisjes nemen deel aan de interventie. De intermediaire doelgroep is vrijwilligers. In de recentelijk opgestarte pilot waar de TeamUp aanpak wordt vertaald naar het basisonderwijs zijn de leerkrachten ook een intermediaire doelgroep. Wanneer TeamUp actief wordt op een locatie worden de bewoners geïnformeerd middels posters, flyers, foldermateriaal of een informatiebijeenkomst, dit is afhankelijk van de locatie en de TeamUp facilitators.

Ter voorbereiding van TeamUp op Nederlandse opvanglocaties is een assessment verricht op enkele locaties en gesproken met personeel, bewoners, en actors uit de sector werkzaam met vluchtelingen kinderen. In dit assessment is niet specifiek met kinderen gesproken, er zijn wel observaties in opvanglocaties verricht ten aanzien van het gedrag van kinderen. De kinderen worden betrokken bij de doorontwikkeling van de interventie.

De intermediaire doelgroep binnen dit project zijn de TeamUp facilitators die wekelijks de TeamUp sessies organiseren op de opvanglocaties. Deze facilitators krijgen maandelijkse supervisie en vullen wekelijks een evaluatie rapport in n.a.v. sessie waarin meningen en opmerkingen worden gedeeld. TeamUp hoofdkantoor neemt input mee in doorontwikkeling.

1.2 Doel interventie

Algemeen doel: Het vergroten van de veerkracht van gevluchte kinderen om hen in staat te stellen hun moeilijkheden te overwinnen. Hoofddoel interventie: Kinderen woonachtig in opvanglocaties, in de leeftijd van 6-18, hebben toegang tot gestructureerde sport-, spel en dansactiviteiten.

Subdoelen:

- Op 32 opvanglocaties zijn voldoende en gekwalificeerde facilitators om gestructureerde recreatieve activiteiten uit te voeren en, indien nodig, kinderen door te verwijzen (via COA) naar specialistische hulp
- De kwaliteit van activiteiten door facilitators bewaken en verbeteren door adequate supervisie en aanbieden van leermogelijkheden
- Continu in contact blijven met organisaties werkzaam met dezelfde doelgroep en op hetzelfde werkterrein, namelijk het aanbieden van sport, spel en dans. Duplicatie voorkomen, het delen van ervaringen en kennis maximaliseren en activiteiten met elkaar afstemmen om zoveel mogelijk van elkaar te leren.
- Er is een landelijke intentie verklaring getekend met COA. Naast regelmatig overleg met COA worden er lobby activiteiten uitgevoerd om te streven naar inbedding en continuering van TeamUp in opvanglocaties met overheidssteun.

1.3 Aanpak

TeamUp wordt uitgevoerd aan de hand van de volgende stappen:

1. Identificeren opvanglocatie & afspraken maken
2. Werving & selectie facilitators voor locatie
3. Training van facilitators
4. Voorbereiding op locatie:
5. Mapping locaties (inventarisatie contacten, procedures, diensten, overige organisaties met activiteiten voor kinderen), informeren bewoners/ doelgroep.
6. Organiseren TeamUp sessie (sport, spel, dans) op locatie
7. Evalueren TeamUp sessie (verwijzing kind indien van toepassing)
8. Supervisie en begeleiding door coördinatoren van TeamUp facilitators
9. Afstemming COA opvanglocatie & TeamUp
10. (Verdiepings-) training voor facilitators en leermomenten
11. Doorlopende monitoring (en evaluatie) voor kwaliteitsverbetering methodiek en werkwijze.

De werving zal gemiddeld tussen 2-4 maanden liggen. De mapping zal eenmalig plaatsvinden en daarna bijgesteld waar zaken veranderen. Stap 3 beslaat 2 dagen (verplicht) en stap 9 omvat nogmaals 2 dagen (verplicht) en daarna optionele training momenten tijdens de projectduur. Stap 5 en 6 vinden wekelijks plaats. De TeamUp sessies worden wekelijks georganiseerd, indien veel deelnemers kunnen groepen worden gesplitst in leeftijd. Stap 7, de begeleiding is dagelijks mogelijk indien nodig en supervisie vindt maandelijks plaats. Indien nodig is er mogelijkheid tot psychosociale support van Antares Foundation voor TeamUp Facilitators (samenwerking). De activiteiten duren ongeveer 1 uur. Aan de hoeveelheid sessies of periode waarin sessies worden gegeven zit geen einde, de uitvoering kan 'oneindig' vaak.

Bij de uitvoering van activiteiten staat voordoen, demonstreren ‘non verbale’ uitleg centraal, zodat ook kinderen die geen of weinig Nederlandse taal machtig zijn deel kunnen nemen. De facilitators zijn getraind om de activiteiten aan te passen aan de groepsdynamiek en ‘inclusiviteit’ is belangrijk uitgangspunt van de sessies. De interventie is cultuursensitief doordat de meerderheid van de uitvoerenden werkzaam is geweest in het buitenland en er facilitators met een migrantenachtergrond meewerken. Er wordt aandacht besteed aan cultuursensitiviteit tijdens de training van de uitvoerenden en is dit een onderwerp tijdens het teamoverleg.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan binnen en buiten uitgevoerd worden, de grootte van de ruimte maakt niet uit. De ruimte moet veilig zijn en voldoende leeg (of gemaakt worden) zodat er goed bewogen kan worden.

2.2 Bereik en deelname

De interventie is meer dan vijftig keer uitgevoerd. Momenteel worden TeamUp sessies op 12 COA opvanglocaties uitgevoerd. Deelname aan de sessies varieert en kan tussen de 5 en 25 deelnemers liggen. TeamUp is geen ‘afgeronde’ interventie. Kinderen kunnen meedoen wanneer ze willen of als ze op de locatie komen wonen.

2.3 Uitvoerenden

Binnen TeamUp zijn er verschillende niveaus van uitvoering:

- Hoofdkantoor TeamUp: projectleiders, projectmanagers, programma inhoudelijke staf, trainers, facilitators en vrijwillige coördinatoren en ondersteunende staf. De medewerkers verantwoordelijk voor de kwaliteit dienen HBO of WO geschoold te zijn en ervaring te hebben met het werken met kinderen met diverse achtergronden.
- Vrijwillige facilitators: worden geselecteerd op op: leeftijd, opleiding, ervaring met (groepen) kinderen uit verschillende culturen. Zij worden telefonisch gescreend en uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek. Daarna volgen zij een tweedaagse training en moeten zij een Verklaring Omtrent Gedrag aanleveren.

Er wordt geen gebruik gemaakt van een tolk want de interventie heeft een non-verbaal karakter. Vaak vertalen de kinderen voor de andere deelnemers indien nodig, dit is locatie afhankelijk.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Voor kwaliteitsbewaking binnen TeamUp zijn de volgende groepen geformeerd:

- Management Team (verantwoordelijk voor het dagelijks toezicht op de uitvoering van het project en de afstemming tussen de consortia leden)
- Stuurgroep (verantwoordelijk voor de monitoring en controle op de uitvoering en waar aan de orde de bijsturing van het project).
- Programma overle

TeamUp heeft verschillende monitoringsinstrumenten ontwikkeld om tussentijds verbeteringen toe te kunnen passen. Daarnaast krijgen de uitvoerende facilitators feedback en supervisie. De feedback uit de monitoringsinstrumenten wordt besproken tijdens het programma overleg en verbeteringen worden doorgevoerd.

2.5 Kosten en financiering

De kosten zijn afhankelijk van de context waarin de interventie wordt uitgevoerd. Daarnaast zijn de kosten afhankelijk van het aantal facilitators dat nodig is op locatie, het aantal facilitators dat getraind moet worden. De kosten voor de interventie moeten per uitvoering berekend worden.

De ontwikkeling van de TeamUp aanpak en methodiek (Handboek, Gamebook, Trainingmanual) is gefinancierd geworven middelen van stichtingen, bedrijven en particulieren die War Child, Save theChildren en UNICEF Nederland hebben benaderd. Verdere doorontwikkeling van de methodiek en

uitrol van TeamUp naar meerdere opvanglocaties is gefinancierd door de Nederlandse Postcode Loterij en andere fondsen (i.e. Adessium Foundation) en bedrijven.

2.6 Samenwerking

TeamUp is een consortium project van War Child, Save theChildren en Unicef. Het project is gezamenlijk uitgedacht en ontwikkeld. War Child voert de projectcoördinatie, implementatie en de financiële administratie uit. De organisatie is verantwoordelijk voor de externe communicatie naar onder andere COA en AZC's en is het aanspreekpunt voor pers en media. Ook coördineert War Child de gezamenlijke fondsenwerving. War Child en Save theChildren hebben samen de methodiek voor de activiteiten ontwikkeld en stellen die waar nodig bij.

Save theChildren is verantwoordelijk voor de werving en selectie van de facilitators en War Child traint en begeleidt hen. Beide organisaties houden strikt toezicht op het naleven van de standaarden voor 'childsafety'. Save theChildren en War Child zijn met betrekking tot Monitoring en Evaluatie samen verantwoordelijk voor design, dataverzameling en uitvoering. Ook werken beide organisatie aan verdere doorontwikkeling van de methodiek. UNICEF Nederland ziet toe op de naleving van het Kinderrechtenverdrag en communicatie met de overheid.

Het consortium overlegt regelmatig met COA, de Vrolijkheid, Pharos, Arq, MindSpring, Vluchtelingenwerk en RBCZ. Ook organiseert TeamUp bijeenkomsten waar externen kennis kunnen maken met het project. Daarnaast is TeamUp een samenwerking aangegaan met de Hogeschool Windesheim om naast het Gamebook ook multimedia filmpjes te maken van de spellen. Met de CED-Groep is TeamUp momenteel een pilot aan het implementeren waarbij TeamUp methodiek wordt vertaald naar het onderwijs. Met Antares Foundation heeft TeamUp een samenwerking voor de ondersteuning van psychosociale zorg (staff care) van Facilitators en het TeamUp team.

3. Onderbouwing

Vluchtelingenkinderen zijn in land van herkomst en tijdens de reis naar Nederland blootgesteld aan oorlog, geweld, misbruik en stressvolle situaties. Echter ook in Nederland blijven ze geconfronteerd met onzekerheid en stress, o.a. doordat ze vele malen moeten verhuizen (van opvang), gescheiden worden van (nieuw gemaakte) vrienden en leraren op school en de angst voelen van hun ouders die zich bezighouden met de asielprocedures.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat van deze kinderen vaak maar 3-5% professionele psychische zorg nodig heeft. De meerderheid zal met de steun van een actief sociaal netwerk; ouders, nieuwe vrienden op opvanglocatie en school, een veilige omgeving met structuur, basisvoorzieningen en psychosociale programma's en zijn/ haar veerkracht verder gezond en goed verder kunnen ontwikkelen.

Wanneer er niet voldoende focus en interventies zijn gericht op het versterken van het sociaal en emotioneel welzijn van deze kinderen is de kans groot dat in de toekomst een deel van deze kinderen meer professionele psychische zorg nodig hebben. Daarnaast kan hun gedrag ook hun omgeving steeds meer negatief gaan beïnvloeden.

De reis naar Nederland kan traumatisch zijn. Het kwijtraken van familieleden, gevaarlijke bootreis, smokkelaars, etc. Kinderen die alleen reizen lopen tevens een verhoogd risico op uitbuiting en mensenhandel. Ook na aankomst in Nederland zijn er nog steeds factoren aanwezig die stress kunnen veroorzaken. Allereerst is er de onzekerheid rondom de lange procedure en het wel of niet verkrijgen van een verblijfsvergunning. Het opbouwen van een toekomst is moeilijk, zeker wanneer de asielprocedure gepaard gaat met de nodige verhuizingen tussen AZC's. Ouders zijn vaak gestrest en daardoor minder capabel in hun opvoedingsrol. Dit maakt kinderen kwetsbaarder voor geweld, al dan niet in de familiesfeer. Discriminatie, armoede en soms langdurig niet naar school gaan vergroten allemaal het risico op stress.

Aan te pakken factoren: gevoel van normaliteit en structuur, gevoel van stabiliteit en sociale contacten. TeamUp organiseert gestructureerde recreatieve activiteiten met kinderen op diverse opvanglocaties in Nederland. Deze activiteiten zijn gebaseerd op sociaal-emotionele thema's die op dit moment actueel zijn in de levens van de kinderen – denk aan boosheid, angst, pesten etc.. De activiteiten worden aangeboden op een stimulerende en kindvriendelijke manier en regelmatig herhaald. Deze aanpak versterken de sociaal-emotionele vaardigheden en veerkracht van de kinderen.

TeamUp focust op acht hoofdthema's: boosheid, angst, stress, conflict, respect, pesten, assertiviteit, en vriendschap en vrienden. De thema's worden op basis van de ervaringen en de realiteit op de locaties aangepast en aangevuld om aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep. Binnen de thema's komen gevoelens en emoties aan de orde, zoals eigenwaarde, optimisme, angst, hoop, veiligheid, humor, hoe om te gaan met situaties en het uiten van positieve en negatieve emoties. Daarnaast wordt gewerkt aan de sociale ontwikkeling in de vorm van gedragsvaardigheden zoals communicatie, samenwerking, leiderschap, empathie, vertrouwen, en relaties met leeftijdsgenoten, familie en de gemeenschap.

De volledige theoretische onderbouwing van TeamUp ingezonden door de organisaties kan opgevraagd worden bij de IPI projectgroep, deze is te omvangrijk voor deze rapportage.

4. Werkzame elementen

TeamUp draagt bij aan structuur, stabiliteit en sociale netwerken in het leven van kinderen woonachtig in opvanglocaties. Dit gebeurt door het organiseren van gestructureerde sport, spel en dans activiteiten door professionele, getrainde facilitators.

Het TeamUp Hand- en Gamebook:

- Geeft inzicht in de doelgroep, de werkwijze, rol facilitators en biedt de facilitators concrete activiteiten en inzichten hoe deze toe te passen en organiseren.
- In het Gamebook zijn de beschrijvingen van de sport, spel en dansactiviteiten gegroepeerd per leeftijdsgroep, per beschikbare ruimte en vervolgens per te versterken vaardigheid.
- De vaardigheden zijn gekoppeld aan eerder genoemde thema's.

5. Onderzoek

De interventie is niet onderzocht op effectiviteit, maar middels een tussentijdse interne evaluatie wel onderzocht op de uitvoering. De interne evaluatie is uitgevoerd in September 2016, enkele maanden na opstart van TeamUp op opvanglocaties. De doelen van de evaluatie: inzicht krijgen in de aanpak en beleving van TeamUp, verbeterpunten identificeren en onderzoeken van mogelijkheden tot opschaling. De evaluatie werd uitgevoerd met interviews, groepsdiscussies en observaties. 79 respondenten verdeeld over vijf opvanglocaties hebben deelgenomen aan de evaluatie.

Belangrijkste overkoepelende conclusies;

- Meerwaarde TeamUp: professionele aanpak bestaande uit methodiek & professionele getrainde vrijwilligers, herkenbaar en betrouwbaar
- Kinderen enthousiast in/ over TeamUp sessies
- Positieve veranderingen zijn waargenomen bij kinderen (luisteren beter, werken beter samen, leren samen spelen, open houding, meer vertrouwen, minder fysiek afreageren, leren acceptabel gedrag, minder angstig en meer vertrouwen, behulpzamer en meer onderlinge steun).
- Context van opvanglocatie beïnvloedt succes: aantal beschikbare facilitators/vrijwilligers, ruimte voor activiteit, draagvlak voor TeamUp op locatie, grootte van doelgroep, soort opvang, aanbod recreatieve activiteiten andere partijen
- Meerderheid is voor opschaling TeamUp naar andere locaties
- Samenwerking TU en COA is goed

Beoordeling

Onderdeel	Score
-----------	-------

1. Beschrijving	
1.1 Doelgroep	Sterk
1.2 Doel	Sterk
1.3 Aanpak	Sterk
2. Uitvoering	
2.1 Beschrijving	Sterk
2.2 Bereik en deelname	Sterk
2.3 Uitvoerenden	Sterk
2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden	Redelijk
2.5. Kosten en financiering	Sterk
2.6 Samenwerking	Sterk
3. Onderbouwing	Sterk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Sterk (niet op effectiviteit maar op uitvoering)
Fase van ontwikkeling	Goed onderbouwd

Toelichting:

De interventie richt zich op kinderen van 6 tot 18 jaar oud. Het doel van de interventie is het vergroten van de veerkracht van gevluchte kinderen om hen in staat te stellen hun moeilijkheden te overwinnen door middel van sport-, spel- en dansactiviteiten. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven, evenals de competenties die de uitvoerenden dienen te hebben, hoe er samengewerkt wordt met de drie organisaties en met andere partijen. De oorzaken, gevolgen en aan te pakken factoren van het probleem zijn zeer helder beschreven, net als de werkzame elementen en hoe het onderzoek naar de uitvoering van de interventie heeft plaatsgevonden.

Interventie 18: De Vrolijkheid

Ontwikkeld in: 1999

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op kinderen, jongeren en ouders-kinderen woonachtig op asielzoekerscentra in Nederland. De deelnemers kunnen uit alle landen van herkomst komen en de verblijfsduur in Nederland varieert. Ongeveer evenveel mannen als vrouwen nemen deel aan de interventie, dit verschilt per locatie en periode. De intermediaire doelgroepen zijn vrijwilligers en medewerkers van overheidsinstellingen. De deelnemers worden via persoonlijke benadering geworven.

De invloed van deelnemers op de interventie is groot. Met name de programma's voor jongeren (15+) en ouders-kinderen zijn de laatste jaren ontwikkeld samen met de doelgroep. Ook door het bewust betrekken van (oud)bewoners van AZC's als vrijwilliger heeft de doelgroep invloed op de ontwikkeling van de interventies.

1.2 Doel interventie

Het doel van de interventie is het bijdragen aan het vinden en vergroten van de eigen kracht en capaciteiten, het ontdekken van dromen en talenten, het vergroten van eigenwaarde en zelfvertrouwen

en het bevorderen van het welzijn en de psychosociale ontwikkeling van de doelgroep. Ouder-kind-projecten hebben tot doel de onderlinge band te versterken en weer positief te laden, ouders (weer) in hun kracht te zetten. Voor jongeren, vooral die boven de 15/16 gebeurt weinig op het azc terwijl juist deze groep veel behoefte heeft aan contact en activiteiten.

1.3 Aanpak

De interventie bestaat uit wekelijkse kunstzinnige en creatieve workshops/projecten binnen alle mogelijke kunstdisciplines, muziek, theater, beeldende kunst, media, etc. Workshops worden voor verschillende leeftijdscategorieën aangeboden. In alle workshops is gezelligheid, veiligheid en vertrouwelijkheid belangrijk, evenals het aanbieden van een drankje en wat lekkers. De workshops duren gemiddeld anderhalf uur en worden aangeboden in series van minimaal vier en maximaal twaalf weken. De workshops worden op eenzelfde manier geopend en beëindigd.

De interventies zijn altijd gratis, grotendeels non-verbaal of eenvoudig verwoord, structureel (vaste teams, vast tijdstip en vaste locatie op het azc zelf) aanwezig en uitnodigend. Door cultureel diverse teams zorgt de Vrolijkheid ook voor herkenbare rolmodellen en meertaligheid. Door behoeftegericht te werken sluiten onze interventies goed aan bij de doelgroep. Op deze manieren wordt ook rekening gehouden met de cultuur van de doelgroep.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De Vrolijkheid biedt op minimaal 27 AZC's wekelijks op een vast moment workshops aan. Dit gebeurt in door het COA ter beschikking gestelde ruimtes. Het werk kan op vele locaties zinvol zijn maar is in principe ontwikkeld voor de specifieke context van het azc.

2.2 Bereik en deelname

Vrolijkheid werkt op 27 AZC's, in principe één keer per week. De interventie is meer dan 50+ keer uitgevoerd in de afgelopen drie jaar. 15 tot 20 deelnemers starten per keer. Het verschilt per AZC en per project hoeveel procent de interventie volledig afgerond, het percentage wordt geschat op 70%.

2.3 Uitvoerenden

De interventie wordt uitgevoerd door een vast, zo cultureel divers mogelijk team, veelal vrijwilligers. Vrolijkheid werkt zoveel mogelijk met oud-azc-bewoners als coördinator, kunstenaar of vrijwilliger.

Programmacoördinatoren: werven teams, verzinnen programma's, productie, sponsorwerving, communicatie. Kunstenaars: leiden workshops; professionals binnen hun discipline met waardering voor en kennis van de gehanteerde methode, met gevoel voor kinderen en de specifieke context van het azc. Vrijwilligers: begeleiden de workshops. Voor allen geldt dat zij basistraining van de gehanteerde methode (5V's) moeten volgen, betrouwbaar en vrolijk zijn.

Er is geen standaardvoorziening voor het gebruik van een tolk. Indien nodig wordt er een informele tolk ingezet of iemand uit de doelgroep vertaald. De toestemmingsformulieren die de deelnemers moeten invullen voor foto- of filmopnamen zijn in vele talen beschikbaar. Door de cultureel diverse teams en door zo non-verbaal mogelijk te werken worden taalbarrières ook ondervangen.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

De Vrolijkheid werkt met professionele programma coördinatoren die over de juiste kwalificaties beschikken om de kwaliteit van het werk van de Vrolijkheid te waarborgen. Daarnaast is er een trainingsprogramma, de Vrolijke Academie. Er is een landelijk inhoudelijk team van methodisch onderlegde medewerkers die regelmatig activiteiten bezoekt en monitort op kwaliteit.

Voordat het team op een centrum aan de slag gaat, wordt van haar verwacht dat zij een jaarplan oplevert. De programma coördinatoren van het desbetreffende team zijn hier verantwoordelijk voor. Het jaarplan is een kort en bondig document waarin staat wat 1) de Vrolijkheid is en doet en 2) wat de globale plannen zijn van het team voor het komende jaar. Alle interventies worden geëvalueerd aan de

hand van feedback gesprekken of evaluatieformulieren. Deze kennis wordt verwerkt in volgende projecten en worden geïmplementeerd in het trainingsprogramma.

Randvoorwaarden zijn: een goede samenwerking met COA waar het beschikbare ruimte (vaak eigen, soms gedeeld met andere partijen) en toegang (toestemming) tot de AZC's betreft. COA krijgt wekelijks van de programmacoördinatoren te horen wie van de Vrolijkheid wat waar gaat doen. Het kantoor in Amsterdam faciliteert de inhoudelijke ondersteuning (inclusief trainingen – (3 fte), ondersteuning in wervings-, toestemmings- en promotiematerialen alsmede administratie (2,5 fte). Er zijn jaarlijkse meerdere gratis trainingen voor de teams via de eigen Vrolijke Academie plus minimaal 2 inspiratiedagen waarop het hele netwerk samenkomt om ervaringen uit te wisselen en inspiratie op te doen.

2.5 Kosten en financiering

De activiteiten worden per programma of project begroot en de hoogte van de kosten zijn afhankelijk van het soort activiteit. Voorbeeld:

Gemiddelde kosten per middag Vrolijk Atelier

- landelijke personeelskosten	€	87
- Coördinatie, methodiek en netwerk (lokaal)	€	182
- Kunstenaars en workshopleiders (lokaal)	€	48
- Materiaal en catering (lokaal)	€	30
- Reis- en vrijwilligersvergoedingen (lokaal)	€	32
- overige landelijke kosten	€	20

Totaal gemiddelde kosten Vrolijk Atelier € 400

Er wordt vanuit het kantoor in Amsterdam geld geworven en ondersteuning geboden. Dit is voor budget om per locatie 2 coördinatoren elk 8 uur p/w te betalen plus een startbudget voor de activiteiten en onkosten (voornamelijk reis-) vergoeding van workshops/begeleiders.

Stichting De Vrolijkheid heeft in de loop der jaren binnen het eigen netwerk methodes ontwikkeld. De Vrolijkheid is beneficiant van de Nationale Postcode Loterij, ontvangt particuliere donaties, giften van kerken, scholen en o.m. serviceclubs plus subsidie van AMIF en bijdragen van vele fondsen en sponsors als bijvoorbeeld St. Kinderpostzegels Nederland, Janivo, Fonds voor Cultuurparticipatie, Jeugdcultuurfonds, Oranjefonds. Ongeveer 85% van de gelden wordt landelijk geworven. De lokale teams zijn verantwoordelijk voor lokale sponsorwerving (15%).

2.6 Samenwerking

- COA: sinds de start voor toegang tot AZC's, vaak eigen ruimtes, en toestemming om verbindingen te maken met buitenwereld via PR of presentaties.
- De Werkelijkheid: netwerk van kunstenaars met een vluchtelingenachtergrond, in 2008 voortgekomen uit de Vrolijkheid, belangrijk cultureel diverse partner voor het geven van workshops e.d..
- ICDI stichtte Nesten (meerdaagse naschoolse opvang voor 6-12-jarigen) in oorlogsgebieden; Vrolijkheid nam concept over en paste het aan naar de situatie op AZC's in Nederland.
- NPL: financierde vanaf 2008 uitbreiding van de Vrolijkheid en is nog steeds de belangrijkste, zeer betrokken, financiële partner (5-jaarlijkse financiering).

3. Onderbouwing

Eén op de drie vluchtelingen in Nederland is jonger dan achttien jaar. Leven en opgroeien in AZC's is een bedreiging voor de psychosociale gezondheid van jonge azc-bewoners¹³. De (vaak lange en) onzekere asielpprocedure en de vele verhuizingen zorgen voor een gevoel van onzekerheid bij deze jeugd die juist veel behoefte heeft aan stabiliteit, veiligheid en continuïteit.

¹³ Bron: Factsheet Asielzoekers en Gezondheidszorg, Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, oktober 2015.

Het VN kinderrechtenverdrag is de leidraad van de activiteiten van Stichting de Vrolijkheid. Kunst heeft het vermogen om veerkracht te versterken en talent te ontwikkelen. Kunst inspireert, ontstijgt tijd en ruimte en geeft ruimte voor verhalen. Het geeft de vrijheid om positieve nieuwe ervaringen op te doen. Kunst nodigt uit om samen in verbinding iets moois te maken. Structurele aanwezigheid van een vaste groep kunstenaars en vrijwilligers biedt veiligheid. Prikkeling van de creatieve vermogens van kinderen draagt sterk bij aan een gezonde psychosociale en culturele ontwikkeling. Dit is hoognodig om in Nederland te aarden, te integreren en een eigen weg vinden, ook als die weg buiten Nederland ligt.

De onzekerheid die inherent is aan een verblijf op een AZC, waar mensen niet weten of ze mogen blijven of vertrekken moeten, wanneer er een uitslag komt, etc. is een belangrijke factor in de bedreiging van de psychosociale gezondheid van jonge azc-bewoners. Andere factoren zijn: veel verschillende nationaliteiten, krappe behuizing, ouders die gestrest of depressief zijn, niet mogen werken en door dit alles vaak hun ouderrol niet meer naar behoren kunnen vervullen. Jongeren mogen vanaf 18 jaar niet meer naar school. Verlies, materieel en emotioneel, geleden voor of door een vlucht of vertrek. Kinderen met een grote behoefte aan veiligheid, aan dromen over later, verkeren in situaties die contrair zijn aan wat zij nodig hebben.

Factoren die aangepakt worden door de interventie zijn onveiligheid, negativiteit, depressie en onvrijheid. Vertrouwen in zichzelf en in de omgeving, waarderen van talenten en verhalen, fantasie stimuleren, talenten ontdekken en ontwikkelen zijn thema's waar de interventie zich op richt om de eerder genoemde factoren aan te pakken.

De interventie zal de doelen bij de doelgroep bereiken door veerkracht en positiviteit voorop te stellen. De op veerkracht en positiviteit gestoelde benadering van de Vrolijkheid doet mensen goed en helpt hen hun veerkracht te (her)vinden, hun talenten te ontwikkelen. Na 17 jaar is ook het aantal alumni dat in de media melding maakt van de belangrijke rol die de Vrolijkheid in hun jeugd speelde, groeiend en opmerkelijk.

4. Werkzame elementen

De 5 V's:

Verhalen: erkenning van eigen geschiedenis, waarde daarvan, en fantasie daarin. Verhalen zijn universeel, in alle culturen van belang en vaak het enige wat vluchtelingen nog hebben.

Veiligheid en vertrouwen: binnen onzekere wereld van het azc biedt de Vrolijkheid veiligheid en vertrouwen waardoor mensen kracht (her) vinden, durven dromen, fantaseren, zich uiten, zichzelf zijn – als kind, jongere of als ouder van een kind.

Veerkracht: de Vrolijkheid gelooft in Veerkracht. Het versterken van wat er wel is, wat zij kunnen en/of kunnen ontwikkelen is wat wij doen en willen. Kunst is het middel daarbij. Het versterkt veerkracht.

Vrolijkheid: vrolijkheid is binnen het azc van grote waarde om weer verder te komen. Om veerkracht te hervinden en niet weg te zakken in afwachten, negativisme of depressie.

Behoeftegerichtheid van de aanpak – mensen ervaren eigen verantwoordelijkheid, vertrouwen in eigen kunnen en komen daarmee weer in hun kracht of versterken die.

5. Onderzoek

Floor ten Holder en Marije de Boer, Het onderzoeksrapport Kleine stappen van grote betekenis: een nieuw perspectief op humane opvang van asielzoekers, Vrije Universiteit Amsterdam, 2012.

Deze studie heeft als centrale onderzoeksvraag: Welke condities zorgen ervoor dat veerkracht onder bewoners van asielzoekerscentra overeind blijft of kan worden hersteld? Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Project De Werkelijkheid, een gezamenlijk initiatief van Stichting de Vrolijkheid, Stichting voor VluchtelingStudenten UAF en VluchtelingenWerk Nederland, en richt zich op het

vinden van bruikbare handvatten die de opvang van asielzoekers humaner kunnen maken binnen de gegeven beleidskaders. De studie doet dat door interviews met 30 (oud-) bewoners van AZC's, vele korte gesprekken en observaties in een periode van ruim drie maanden.

Uit het onderzoek bleek dat de benadering van de Vrolijkheid positief bijdroeg aan het welzijn van de azc bewoners. Ook het ruimte maken voor sociale verbindingen, externe contacten, afleiding en eigen verantwoordelijkheid zorgen voor versterking van veerkracht. Al deze factoren maken een opvang mogelijk die zowel de asielzoekers zelf als de samenleving in zijn geheel op den duur meer winst oplevert.

T. de Ruijter & S. Haaij, Vrolijkheid in asielzoekerscentra. Een onderzoek naar de mogelijke impact van activiteiten, Vrije Universiteit Amsterdam, 2014.

In dit onderzoek wordt beschreven hoe het leven van azc-kinderen er uit ziet en welke impact de activiteiten van de Vrolijkheid kunnen hebben. De (voormalige) deelnemers aan activiteiten van Stichting de Vrolijkheid vertellen over de impact die ze hier zelf van ervaren. Zij geven in verhalen de betekenis weer die ze hechten aan wat zij hebben meegemaakt, ze koppelen hun beleving aan vermeende intenties en nawerkingen. Dergelijke verhalen bieden de gelegenheid om de verschillende manieren waarop gebeurtenissen beleefd kunnen worden een plekje te geven. Het zijn niet de volledige levensverhalen van individuen, het zijn verhaalfragmenten geordend op basis van het onderzoek. De fragmenten zijn geselecteerd omdat ze in de ogen van de onderzoekers kenmerkend zijn, ze typeren een ervaring die vaker in verschillende vormen voorkwam, of ze geven de (potentiële) impact van de Vrolijkheid op treffende wijze weer. De lezer krijgt een beeld van iets dat zich grotendeels buiten ons gezichtsveld afspeelt: hoe groeien kinderen op die als vluchteling naar Nederland komen en welke mogelijke rol kunnen de aangeboden creatieve activiteiten van de Vrolijkheid daarin spelen?

Fase 1: Uitvoerige vragenlijst, beantwoord door eenentwintig jonge vluchtelingen en zeven van hun ouders. Vergelijkbare vragenlijst ingevuld door zeven activiteitenbegeleiders, acht medewerkers van asielzoekerscentra en vijf externe contacten, onder andere van scholen waar de kinderen heen gaan. Daarom kan gezegd worden dat de vragenlijst is voorgelegd aan ervaringsdeskundigen die konden vertellen over hun beleving van de Vrolijkheid.

Fase 2: Diepte interviews - aan de hand van een uitgebreide lijst met open vragen op de vijf thema's die in fase 1 pregnant naar voren kwamen - met acht wat oudere (voormalige) deelnemers aan de activiteiten van de Vrolijkheid over de impact daarvan in hun leven.

Uit het onderzoek blijkt dat het werk van de Vrolijkheid niet alleen een belangrijke impact kan hebben in het leven van jonge vluchtelingen, maar ook een bredere maatschappelijke rol vervult. Met de brugfunctie, het uit de wachtkamer halen en gezicht geven aan vluchtelingen naar buiten toe oefent de Vrolijkheid gecontroleerde invloed uit op de mobiliteit en het gedrag van vluchtelingen. Iets wat gedurende de asielprocedure, wanneer de Vrolijkheid haar activiteiten aanbiedt, vanuit meerdere invalshoeken gewenst is. Zo worden mogelijk psychische klachten, onaangepast gedrag en verdwijning in de (illegale) anonimiteit vermeden. In plaats daarvan blijkt uit de verhalen dat de Vrolijkheid, met het bieden van een normalere kindertijd met rolmodellen om na te streven, jonge vluchtelingen een toekomstperspectief biedt, ongeacht waar ze zich na afloop van hun procedure hervinden.

Cees Laban, Dutch study Iraqi asylum seekers. Impact of a long asylum procedure on health and health related dimensions among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. An epidemiological study. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 2010

Klinisch wordt een lange asielprocedure geassocieerd met psychiatrische problemen. Data hierover ontbreken echter. In een nationale "cross-sectional community-based study" onder verschillende leeftijdsgroepen, met steekproefsgewijs via vragenlijsten verzamelde data, zijn in dit onderzoek twee

groepen Iraakse asielzoekers (totaal ca 300 respondenten) vergeleken, die respectievelijk minder dan 6 maanden en langer dan 2 jaar in Nederland waren. Respondenten werden geïnterviewd d.m.v. volledig gestructureerde, cultureel gevalideerde en vertaalde vragenlijsten. Psychiatrische (DSM-IV) afwijkingen werden meegenomen volgens de “Composite International Diagnostic Interview 2.1” en bekeken in relatie met pre- en postmigratie tegenslagen in de levens van de betrokkenen.

De conclusie van het onderzoek was dat de duur van een asielprocedure een belangrijke factor is voor het ontstaan van psychiatrische problemen en dat de veerkracht-georiënteerde benadering van de Vrolijkheid bij mensen in de asielprocedure juist een positieve invloed heeft en helpt bij het voorkomen of verlichten van deze problematiek.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Sterk Sterk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Sterk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Redelijk
Fase van ontwikkeling	Goed onderbouwd

Toelichting:

De interventie richt zich op kinderen, jongeren en hun ouders, woonachtig op een AZC in Nederland. Het doel van de interventie is het bijdragen aan het vinden en vergroten van de eigen kracht en capaciteiten, het ontdekken van dromen en talenten, het vergroten van eigenwaarde en zelfvertrouwen en het bevorderen van het welzijn en de psychosociale ontwikkeling van de doelgroep. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven, evenals het bereik en deelname aan de interventie, welke eisen aan de uitvoerenden gesteld worden, hoe de kwaliteit geborgd wordt en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om de interventie te laten slagen. De interventie wordt wekelijks op 27 AZC's uitgevoerd. Het is minder duidelijk welk draagvlak bij wie nodig is voor de uitvoering en hoe dit gecreëerd kan worden. De onderbouwing en de werkzame elementen van de interventie zijn sterk beschreven. Er is onderzoek uitgevoerd naar de uitvoering van de interventie, hierin wordt niet duidelijk gemaakt of de activiteiten volgens plan uitgevoerd zijn. De onderzoeksopzet en de mogelijke succes- en faalfactoren worden wel duidelijk beschreven.

Interventie 19: Bruggenbouwers, Jellinek

Ontwikkeld in: 2017

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op jongvolwassen en volwassen asielzoekers en statushouders. Deelnemers komen uit Syrië, Eritrea, Irak en Somalië. De verblijfsduur in Nederland varieert. Ongeveer evenveel mannen als vrouwen nemen deel aan de interventie. De intermediaire doelgroep zijn vertrouwenspersonen afkomstig uit de doelgroep, zij zoeken aansluiting bij de doelgroep. De doelgroepen worden via persoonlijke benadering geworven.

De intermediaire doelgroep beslist mee over de inhoud en de vorm van de interventie. Informatie die door de vertrouwenspersonen uit de eigen doelgroep wordt overgebracht, wordt door de doelgroep zelf als betrouwbaarder beoordeeld, dan dat de voorlichting door professionals wordt gegeven. Mensen uit deze doelgroep (peereducators) spreken dezelfde taal, hebben dezelfde achtergrond en zijn ervaringsdeskundige.

1.2 Doel interventie

Samen met de vertrouwenspersonen uit de doelgroep worden nieuwe samenwerkingsvormen (interventies ontwikkeld) om de zorg aan mensen uit de doelgroep te verbeteren en toegankelijker maken. Het accent ligt op het verbeteren van de toeleiding van cliënten naar preventieaanbod en het verhogen van sociale en het zelf oplossend vermogen van deze doelgroep, daarbij spelen bewustwording en het versterken van eigen kracht een belangrijke rol.

De intermediaire doelgroepen worden meer zelfredzaam door voorlichting te ontvangen, een opleiding te volgen en werkervaring op te doen. Hierdoor verbeteren hun kansen op de arbeidsmarkt. De geestelijke gezondheidszorg verhoogt haar kennis over doelgroep participatie en diversiteit.

1.3 Aanpak

Jellinek legt contact met de GGD, begint met werving en selectie van bruggenbouwers en benaderd een wooncomplex waar de doelgroep woonachtig is. Daarna start de opleiding voor de bruggenbouwers. Vervolgens worden professionals getraind, voornamelijk in het signaleren en bespreekbaar maken van genotmiddelen op de werkvloer. De einddoelgroep krijgt voorlichting over genotmiddelen en verslaving en er vinden adviesgesprekken op individueel niveau plaats. Tot slot wordt er geëvalueerd en verbeterpunten en knelpunten geïnventariseerd.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden bij wooncomplexen in Amsterdam, Utrecht, en Amersfoort.

2.2 Bereik en deelname

De interventie gaat binnenkort van start in Amsterdam, in Utrecht is de interventie i.s.m. een AZC in 2016 begonnen. Per keer starten gemiddeld 25 deelnemers en minimaal vier tot maximaal twaalf vertrouwenspersonen met de interventie.

2.3 Uitvoerenden

Voor de Arabisch sprekenden is vertaling niet nodig omdat Jellinek een Arabisch sprekende medewerker heeft. Voor de Eritrese doelgroep wordt samen met de vertrouwenspersonen uit de doelgroep samen gewerkt.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Geen informatie beschikbaar.

2.5 Kosten en financiering

Voorlopig wordt de interventie met eigen budget gefinancierd. Vanaf 2018 wordt er subsidie aangevraagd bij de gemeente Amsterdam en Utrecht.

2.6 Samenwerking

Met de GGD wordt er samengewerkt, evenals met studenten, woonachtig op het wooncomplex. Jellinek sluit aan bij reeds bestaande activiteiten in buurtcentra. Op buurtwerkkamers werft Jellinek vrijwilligers.

3. Onderbouwing

Psychosociale problemen en riskant middelengebruik kunnen leiden tot ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren, door gezondheidsproblemen, slecht sociaal functioneren, verminderde schoolprestaties, angststoornissen en depressie (Wille et al, 2008). Voor een deel van de kinderen en jongeren zijn deze problemen echter van tijdelijke aard. Bij een ander deel lijkt er daarentegen dat depressies, angststoornissen, middelenmisbruik, slaapstoornissen en een stoornis als gevolg van een trauma sprake kan zijn van een blijvende kwetsbaarheid en hiermee een kans op herhaling. Ook krijgen jeugdigen met psychosociale problemen vaker problemen als ze volwassen zijn (Schrijvers & Schoemaker, 2008, Hofstra et al, 2001) hetgeen kan leiden tot een toename van gezondheidskosten (Scott et al, 2001).

Door de verschillende werking van alcohol en andere drugs gaat het bij de mogelijke gevolgen van middelengebruik om zeer uiteenlopende risico's. Samenvattend kunnen gebruikers van alcohol en andere drugs diverse acute gezondheidsproblemen ervaren als direct gevolg van hun middelengebruik, in zeldzame gevallen met dodelijke afloop. Daarnaast zijn er lange termijn risico's verbonden aan het gebruik zoals hersenschade en afhankelijkheid. Ook kan het gebruik (in)direct leiden tot agressie en geweld, onveilig rijden, verkeersongevallen en maatschappelijke overlast (Kerssemakers et al., 2008).

Psychosociale problematiek

Onder psychosociale problemen wordt een breed scala aan problemen verstaan, die op te delen zijn in drie categorieën; internaliserende problemen, (teruggetrokken gedrag, depressie, angst), externaliserende problemen (agressie, pesten, delinquentie) en sociale problemen (problemen die het kind heeft met het maken en onderhouden van contacten met anderen).

Riskant middelengebruik

Over de definitie van riskant middelengebruik is geen consensus en dit verschilt per middel. De grens tussen middelengebruik, middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid is lastig te trekken. Het is dan ook moeilijk om een harde maat te geven voor gebruik, misbruik of afhankelijkheid, zeker bij jongeren. Veel definities spreken alleen van riskant gebruik wanneer er sprake is van signalen die wijzen op afhankelijkheid.

Comorbiditeit

Overmatig alcohol- en druggebruik komt aanzienlijk vaker voor bij mensen met een psychische stoornis. Dat geldt zowel voor volwassenen als voor jongeren. Psychische problemen die risicofactoren vormen zijn: delinquent gedrag; angststoornissen; posttraumatische stress stoornis; depressie en bipolaire stoornissen, ADHD; oppositieel-opstandig gedrag; antisociale gedragsstoornis (Pumariega et al., 2004).

4. Werkzame elementen

Geen informatie beschikbaar.

5. Onderzoek

Jellinek Preventie heeft in 2009 een kwalitatieve studie uitgevoerd in Amsterdam Zuidoost, waarbij 16 sleutelfiguren/panelleden zijn ondervraagd. Doel van deze verkennende studie was inzicht te verkrijgen in het aantal kinderen van 0-18 jaar die in hun omgeving geconfronteerd worden met middelengebruik en psychische problematiek; welke hulp hiervoor aangeboden wordt en of die te verbeteren is. Het resultaat van dit onderzoek is dat de prioriteit van Jellinek Preventie bij deze specifieke doelgroep is gaan liggen op het ontwikkelen van laagdrempelige interventies.

Beoordeling

Onderdeel	Score
-----------	-------

1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Zwak
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Redelijk Redelijk Zwak Redelijk Redelijk
3. Onderbouwing	Redelijk
4. Werkzame elementen	Zwak
5. Onderzoek	Zwak
Fase van ontwikkeling	Onvoldoende beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op volwassen asielzoekers en statushouders, met als belangrijke intermediaire doelgroep vertrouwenspersonen, afkomstig uit de doelgroep. Het doel van de interventie is om samen met de vertrouwenspersonen uit de doelgroep nieuwe samenwerkingsvormen/interventies te ontwikkelen om de zorg aan mensen uit de doelgroep te verbeteren en toegankelijker maken. Het is minder duidelijk wat de aanpak van de interventie is: hoe de interventie aansluit bij de doelgroep en of en hoe er rekening wordt gehouden met de cultuur van de doelgroep. Het is niet duidelijk hoeveel procent van de deelnemers de interventie volledig afrond en het is niet beschreven hoe de kwaliteit van de interventie geborgd wordt en aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden. De kosten van de interventie zijn niet duidelijk, de onderbouwing van het probleem, de oorzaken, het verband tussen doel en doelgroep en hoe de doelen bereikt moeten gaan worden zijn ook onduidelijk. De werkzame elementen van de interventie zijn niet beschreven. Er is onderzoek uitgevoerd maar de resultaten hiervan zijn niet toegelicht.

Interventie 20: Classroom-Community-Culture Based Intervention (CBI), ParlanJeugdhulp

Ontwikkeld in: 1999-2017

Ontwikkeld door: International Trauma Center (ITC), Boston, MA.

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De CBI® groepen in Nederland focussen op leerlingen van eerste opvang anderstaligen-klassen in de leeftijd van (ongeveer) 15 tot 18 jaar. De interventie is geschikt voor personen uit alle landen van herkomst. CBI® zal in eerste instantie worden aangeboden aan leerlingen van de internationale schakelklassen, deze leerlingen zijn over het algemeen maximaal twee jaar in Nederland (want ze hebben 2 jaar recht op taalonderwijs). Ongeveer evenveel jongens als meisjes zullen deelnemen aan de interventie. De intermediaire doelgroep van de interventie zijn leerkrachten.

De jongeren melden zich vrijwillig aan voor de training, nadat ze een algemene voorlichting hebben gekregen over CBI® op school. Een mogelijke contra-indicatie kan zijn dat jongeren al in een

hulpverlenings-/ behandelingstraject zijn, en dat na overleg met de betreffende jongere/ hulpverlener/ behandelaar wordt besloten dat deelname aan CBI® niet verstandig is. Voor alle deelnemende jongeren geldt dat als zij gedurende CBI® (meer) klachten ervaren of als de trainers dit signaleren, de trainers dit met de jongeren bespreken. Als de jongeren dit willen, worden zij dan doorverwezen richting GGZ/ hulpverlening.

In Nederland starten de groepen in oktober 2017. Op basis van evaluatie onderzoek zullen de ervaringen van de deelnemers meegenomen worden in de verdere ontwikkeling van CBI in de Nederlandse context. Hierover zal afstemming plaatsvinden met de ontwikkelaars.

1.2 Doel interventie

CBI is een groepsgerichte psychosociale interventie om de veerkracht en coping vaardigheden van kinderen en jongeren, die blootgesteld zijn aan traumatische gebeurtenissen en extreme omstandigheden, weer te herstellen.

Subdoelen zijn: 1) preventie: de kans op onaangepast gedrag en angst- en stemmingsklachten verlagen; 2) de veerkracht vergroten en normaal gedrag stimuleren; 3) geloof in eigen kracht vergroten (empowerment); en 4) screening van hoog risico individuen die meer begeleiding nodig hebben.

1.3 Aanpak

De interventie bestaat uit 12 sessies. Elke sessie duurt 80 à 90 minuten. Er worden 2 of 3 sessies per week gegeven, bij voorkeur niet op achtereenvolgende dagen, maar op bijvoorbeeld maandag, woensdag en vrijdag. Aan een groep nemen minimaal 6 deelnemers mee. Er zijn altijd minimaal 2 CBI® facilitators (1 leader en 1 co-leader).

De eerste sessies zijn gericht op het herstellen van vertrouwen en normaal gedrag. De tussensessies zijn gericht op gebeurtenissen waar deelnemers aan zijn blootgesteld en mogelijk last van hebben. De laatste sessies zijn gericht op het leren van nieuwe copingvaardigheden. Er worden zowel cognitieve (vertellen), expressieve (tekenen) als psychomotore (zang, dans, spel) technieken gebruikt.

De interventie wordt aangeboden in een natuurlijke omgeving, namelijk op school. Deelnemers hoeven hiervoor niet naar een onbekende locatie. De interventie is laagdrempelig omdat deze tijdens schooltijd wordt aangeboden; er wordt geen extra tijdsinvestering van de deelnemers verwacht. De deelnemers kennen elkaar bovendien al van school. Het is een groepsgerichte interventie (bij voorkeur tussen de 8 en 12 deelnemers), die bovendien bestaat uit vele creatieve technieken (muziek, dans, spel) waarbij taal een minder grote rol speelt. Dit sluit aan bij de cultuur van de deelnemers. Voor de deelnemers die nog niet genoeg Nederlands spreken, is er bovendien een tolk bij de training, zodat zij zich goed kunnen uiten. Tijdens de CBI® sessies mogen deelnemers er bij alle activiteiten voor kiezen om passief aanwezig te zijn en niet actief deel te nemen.

Bij de samenstelling van de groep (bv. t.a.v. geslacht en land van herkomst) wordt rekening gehouden met de voorkeuren van de beoogde deelnemers. Ook wordt op basis van de deelnemers gekeken of de training door mannelijke en/ of vrouwelijke trainers wordt gefaciliteerd. CBI wordt niet gepresenteerd als hulpverlening (therapiegroep). Gedurende de interventie is veel ruimte om cultuurspecifieke elementen (muziek, beweging, rituelen) te vervlechten.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

CBI® is ontwikkeld om uitgevoerd te worden op scholen en buurtcentra.

2.2 Bereik en deelname

Wereldwijd is de CBI-interventie meer dan 50 keer toegepast. Begin 2017 hadden ruim 595.000 jeugdigen het CBI programma doorlopen. In Nederland zal de interventie voor het eerst in oktober 2017 worden aangeboden. Per groep starten 10 tot 15 jongeren. Over het percentage dat de interventie volledig afrondt in Nederland kan nog niks gezegd worden.

2.3 Uitvoerenden

In Nederland CBI® uitvoerenden in dienst van Parlan Jeugdhulp of GGZ NHN. Zij zijn HBO of WO opgeleid en werkzaam als (ambulant) begeleider AMV of gedragswetenschapper AMV (Parlan) of als GZ psycholoog (GGZ NHN). Daarnaast zijn zij getraind in het gebruik van het handboek van de interventie. Dit is een vierdaagse training en eendaagse vervoltraining.

Voor de uitvoering in Nederland zal gebruik worden gemaakt van tolken Tigrinja en Arabisch, die ervaring hebben met het werken met kinderen/ vluchtelingen en zelf een vluchtelingenachtergrond hebben. De tolken hebben de training CBI zelf ook gevolgd.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

De trainers hebben de basistraining CBI (minimaal 4 dagen) succesvol afgerond. Deze training is gegeven door de ontwikkelaars van de methode Robert Macy en Dicki Johnson Macy. De trainers staan onder supervisie van een Nederlandse (hoofd)trainer, die CBI eerder in Eritrea heeft geïmplementeerd. Alleen onder deze voorwaarden mag de training worden uitgevoerd.

Een randvoorwaarde is dat de deelnemers aan de CBI® groep, een homogene groep vormen; dat wil zeggen elkaar kennen (door school/ woonverblijf)/ dezelfde culturele achtergrond/ dezelfde religieuze achtergrond etc. Andere randvoorwaarden zijn: samenwerking met scholen en draagvlak bij de scholen, leerkrachten en management, er is een grote ruimte nodig voor de interventie, supervisie van de trainers en genoeg voorbereidingstijd (voorlichting en screening van de deelnemers).

2.5 Kosten en financiering

Een CBI®-training wordt altijd door (minimaal) 2 trainers gegeven en afhankelijk van de samenstelling van de groep een tolk.

- Voorbereidingsfase per groep (screening en voorlichting) = 3 uur.
- Elke trainer krijgt 12 x 2 uur = 24 uur uitbetaald conform CAO.
- Een tolk krijgt 12 x 1.5 uur = 18 uur uitbetaald. Het tarief is afhankelijk van de tolk die beschikbaar is. Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met CBI-getrainde informele tolken. Wanneer deze niet beschikbaar zijn, wordt gewerkt met formele tolken die uitbetaald worden conform TVCN-tarief.

Bijvoorbeeld:

- Een CBI®-groep waarbij geen tolk nodig is en twee trainers, heeft een totale inzet van 51 uur.
- Een CBI®-groep met twee trainers en een tolk heeft een totale inzet van 69 uur.
- Een CBI®-groep met drie trainers (NB: waarvan 1 kan tolken) heeft een totale inzet van 75 uur.
- Een CBI® kit kost € 850,-. De inhoud van de kit is gedeeltelijk herbruikbaar.
- Een aantal materialen moet nog los worden aangeschaft (zoals papier/ frisbees).

De pilot in Nederland wordt gefinancierd door het Stimuleringsprogramma Trauma en Gezondheid, opgezet door de samenwerkende fondsen; Stichting Femi, Stichting Het R.C. Maagdenhuis, en Stichting Projecten in Nederland. Deze financiering omvat de kosten voor het voorbereiden en trainen van 15 Nederlandse professionals, het aanschaffen van 3 CBI-kits, het verzorgen van 8 trainingen (waarmee zo'n 80 tot 135 jongeren bereikt worden; inclusief inzet van tolken) en het uitvoeren van een onderzoek naar de effecten en ervaringen van deze trainingen.

2.6 Samenwerking

Bij de uitvoering van de pilot in Nederland werken Parlan Jeugdhulp en GGZ NHN samen. De CBI® uitvoerders zijn medewerkers van zowel Parlan als GGZ NHN. Daarnaast is sprake van nauwe samenwerking met onderwijsinstellingen met taalklassen in het werkgebied van deze organisaties.

3. Onderbouwing

CBI is ontwikkeld voor kinderen en jongeren die zijn blootgesteld aan trauma's als gevolg van geweld, oorlog, gedwongen vlucht, genocide, etnische zuiveringen en natuurlijke rampen (bv. storm en aardbevingen). Over trauma-gerelateerde problematiek is uit onderzoek bekend dat 11% van de vluchtelingkinderen (<18 jaar) een PTSS heeft. Ander onderzoek spreekt over een kans van 19 tot 54% dat vluchtelingen jonger dan 25 jaar een PTSS ontwikkelen. Dit laatste onderzoek geeft ook de kans op een depressieve stoornis bij jonge vluchtelingen: 3 tot 30%. Deze problemen hebben grote invloed op het welbevinden op de langere termijn en de mate waarin de integratie succesvol verloopt.

Van de doelgroep is bekend dat zij niet snel de stap naar hulpverlening zullen zetten. Juist omdat CBI aangeboden wordt in de context van school (laagdrempelig en op bekend terrein) en niet als hulpverlening wordt geïntroduceerd noch uitgevoerd, is de verwachting dat CBI goed aansluit bij de doelgroep.

In de traumatisering van de doelgroep zijn drie beïnvloedende periodes te onderscheiden. Allereerst zijn er de ervaringen die voorafgingen aan de vlucht (en die vaak de aanleiding waren om (gedwongen) te vluchten). Hierbij gaat het bijvoorbeeld om oorlogsgeweld, bedreigingen en martelingen. Daarna zijn er ervaringen tijdens de vlucht, zoals (seksueel) misbruik, voedselgebrek en gedwongen arbeid. Ten slotte zijn er ervaringen na de vlucht, bijvoorbeeld de onzekerheid en uitzichtloosheid tijdens de asielpprocedure en discriminatie. Al deze gebeurtenissen hebben mogelijk geleid tot gevoelens van hulpeloosheid.

CBI is gericht op het vergroten van veerkracht en coping vaardigheden. Het gaat bewust niet op cognitieve wijze in op de traumatiserende gebeurtenissen. Via spel, beweging en creatieve elementen ontstaat ruimte om gebeurtenissen te verwerken. Via oefeningen en opdrachten wordt onderzocht wat iemands krachten zijn. Door te focussen op veerkracht en coping vaardigheden nemen gevoelens van hulpeloosheid af.

Gedurende jarenlange toepassing van en ervaring met CBI hebben de ontwikkelaars de interventie continu aangescherpt om de effectiviteit te optimaliseren. De positieve insteek sluit aan bij de doelgroep, die niet als 'gek' wil worden bestempeld. Verschillende wetenschappelijke studies onderbouwen de effectiviteit van CBI.

4. Werkzame elementen

1. CBI biedt een combinatie van cognitief gedragstherapeutische elementen, psycho-educatie, creatieve en lichaamsgerichte elementen.
2. CBI is een zeer gestructureerde interventie, zowel tijdens een sessie als over de 12 sessies heen.
3. CBI werkt in de eerste sessies aan het versterken van hoop en veerkracht en aan het creëren van een veilige sfeer in de groep om in de latere sessies via optionele tekenopdrachten aandacht te besteden aan traumatische ervaringen. Deze manier van blootstelling aan trauma's sluit aan bij evidentie uit psycho-biologisch onderzoek naar de verwerking van traumatische stress, waaruit blijkt dat mensen beelden en gevoelens moeilijker omzetten in woorden dan in beelden.
4. CBI wordt laagdrempelig in de schoolsetting aangeboden waarbij nadrukkelijk wordt vermeden om te spreken over CBI als 'behandeling'.
5. CBI legt de nadruk op veerkracht, hoop en andere adaptieve krachten bij de deelnemers.
6. Bij de implementatie van CBI is een nauwe samenwerking met de school (docenten en management).
7. CBI is een interventie die gemakkelijk aangepast kan worden – binnen de bestaande structuur – aan de context waarbinnen de interventie wordt aangeboden. Er is veel ruimte om cultuurspecifieke elementen in te vlechten, zoals muziek, gebaren en rituelen.

5. Onderzoek

Onderzoek naar de uitvoering van de interventie

De CBI interventie wordt continu aangescherpt op basis van nieuwe inzichten uit wetenschappelijk onderzoek en nieuwe ervaringen in verschillende culturele contexten. De toepassing van de interventie in een gebied waar conflict en oorlog actief zijn en mensen in tenten in vluchtelingenkampen verblijven vraagt een andere insteek dan toepassing van de interventie in de internationale schakelklassen in Nederland. Waar in de eerste situatie vaak sprake is van homogene culturele groepen en vergelijkbare (traumatische) ervaringen, is in de tweede situatie vaak sprake van heterogene culturele groepen en verschillende (traumatische) ervaringen.

De aanpassingen en aandachtspunten voor de Nederlandse situatie zijn uitgebreid aan bod gekomen tijdens de CBI-training door dr. Robert Macy en DickiMacy. Zo is gesproken over mannelijke of vrouwelijke trainers, de samenstelling van de groep (verdeling jongens-meisjes, land van herkomst) en de beschikbaarheid van een psychosociaal vangnet gedurende de periode na de interventie. In de interventie is veel ruimte voor het invlechten van cultureel-eigen elementen van de deelnemers, zoals muziek, gebaren en rituelen.

In de huidige implementatie wordt via intervisie en supervisie van de trainers onderzoek gedaan naar de uitvoering. Centraal hierbij staan vragen met betrekking tot de werving van deelnemers, uitval van deelnemers, samenstelling van de groep en samenwerking met school.

Onderzoek naar effectiviteit van de interventie

Het afgelopen decennium zijn 12 cluster-controlledrandomized trials gepubliceerd. Deze trials zijn uitgevoerd in een breed scala aan landen over de hele wereld, waaronder Sri Lanka, Burundi, Nepal, Indonesië, Palestina, Turkije en de Verenigde Staten. Uit deze onderzoeken blijkt een sterk effect van CBI op meerdere domeinen. Tol (2009) liet zien dat CBI een positief effect heeft op posttraumatische stressklachten en het toekomstbeeld van kinderen in conflictgebieden, waardoor zij beter kunnen functioneren in het dagelijks leven. Ander onderzoek (UNICEF, 2001), onder Turkse jongeren die ernstige aardbevingen overleefden, laat zien dat deze jongeren na het volgen van CBI minder angst-, depressieklachten en minder somatische traumaklachten hadden. Recenter onderzoek (Tol e.a., 2014) gaf bewijs voor CBI als preventieve interventie gericht op het versterken van veerkracht bij kinderen in conflictgebieden. Positieve preventieve effecten werden bijvoorbeeld gevonden op de domeinen hoop, positieve coping, sociale steun, functioneren en pro-sociaal gedrag.

Tijdens de huidige implementatie van CBI wordt onderzoek gedaan in een observationeel design met voor- en nameting alsook een follow up. Alle deelnemers en trainers wordt gevraagd om vragenlijsten in te vullen met betrekking tot ervaren hoop, traumatische klachten, pro-sociaal gedrag en ervaringen met de CBI methode.

Onderzoek 1: Less fearful, more active. The psychosocial school project for children affected by the 1999 earthquakes in Turkey. UNICEF, 2001.

Opzet: Randomized controlled trial, symptoomlijsten voor en na de interventie bij 644 kinderen ouder dan twaalf jaar en 798 ouders van kinderen jonger dan twaalf jaar.

Uitkomsten: CBI bleek het meest effectief in het verminderen van angst- en depressieklachten en de fysieke effecten van trauma bij de kinderen die voorafgaand aan de interventie ernstige klachten hadden. Trainers rapporteerden ook een vermindering in uitingen van angst, agressief gedrag, en een verbetering in aandacht en functioneren op school. Ten slotte leidde CBI tot een afname van slaap- en digestieve problemen, verbeterde relaties met leeftijdgenoten en volwassenen, zelfzorg, speelgedrag en gevoelens van veiligheid en zelfcontrole.

Onderzoek 2: Tol, W.A. (2009). Healing in the aftermath of war-Conceptualization and Evaluation of Mental Health and Psychosocial Support for Populations Exposed to Political Violence in Low-Income Settings. Chapter 9 Efficacy of intervention.

Opzet: cluster-controlledrandomized trial, symptoomlijsten voor en na de interventie.

Uitkomsten: CBI bleek effectief in het verminderen van lichamelijke klachten en algeheel functioneren. Er werden geen verschillen gevonden met de controlegroep in afname van psychiatrische symptomen (PTSS-, angst- en depressieve klachten).

Onderzoek 3: Tol, W.A. e.a. (2014). School-based mental health intervention for children in war-affected Burundi: A cluster randomized trial. *BMC Medicine*, 12, 56.

Opzet: cluster-controlled randomized trial, symptoomlijstenen interviews (waaronder Child Posttraumatic Symptom Scale, Depression Self-Rating Scale, Screen for Anxiety Related Emotional Disorders, Children's Hope Scale, Kidcope, Social Support Inventory Scheme) voorena de interventie in een follow up bij 329 kinderen

Uitkomsten: CBI is een effectieve interventie in het versterken van de veerkracht bij kinderen in conflictgebieden.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Sterk Sterk Sterk Redelijk
3. Onderbouwing	Sterk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	Sterk
Fase van ontwikkeling	Effectief

Toelichting:

De interventie richt zich op leerlingen van eerste opvang anderstaligen-klassen in de leeftijd van (ongeveer) 15 tot 18 jaar. CBI is een groepsgewijze psychosociale interventie om de veerkracht en coping vaardigheden van kinderen en jongeren, die blootgesteld zijn aan traumatische gebeurtenissen en extreme omstandigheden, weer te herstellen. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven. De interventie is in Amerika ontwikkeld, over de hele wereld geïmplementeerd en onderzocht. In Nederland zal de interventie voor het eerst in oktober 2017 gaan starten op scholen. Het is duidelijk beschreven hoe de kwaliteit van de interventie geborgd gaat worden en wat randvoorwaarden zijn voor een succesvolle implementatie. De uitvoerenden dienen aan een aantal eisen te voldoen en een uitgebreide training te volgen voor zij de interventie mogen uitvoeren. De onderbouwing van het probleem, de oorzaken en de aan te pakken factoren zijn duidelijk uiteengezet, evenals de werkzame elementen van de interventie. In een randomizedcontrolled trial en twee cluster-controlledrandomized trial is de effectiviteit van de interventie aangetoond in het versterken van veerkracht en algeheel functioneren en het verminderen van lichamelijke klachten.

Interventie 21: Meergezinsgroepen (MGG), Stichting Centrum '45

Ontwikkeld in:2014

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie is voor alle gezinnen of ouder-kind koppels die zich hebben gevestigd in een Nederlandse gemeente of in een opvanglocatie verblijven ongeacht de beschikking over een verblijfsvergunning. Gezinsgroepen kunnen worden ingezet voor gezinnen afkomstig uit alle landen. Op het AZC, in het bijzonder de gezinslocatie verbleven gezinnen al langer dan 5 jaar in Nederland, nog altijd in afwachting van hun asielprocedure. In de gemeente daarentegen, waren sommige gezinnen korter dan een jaar, andere tussen 1 en 3 jaar in Nederland. Verdeling naar geslacht hangt af van de gezinssamenstelling in Nederland. Deelnemers worden via persoonlijke benadering geworven.

De intermediaire doelgroepen zijn: leerkrachten, therapeuten, zorgmedewerkers, vrijwilligers en cultural mediators. Met deze professionals wordt nauw samengewerkt.

Er zijn pilot groepen gedraaid, en de ervaringen van deze groepen zijn nagegaan. In 2017-2018 vindt een procesevaluatie van deze interventie plaats; deelnemers worden bevraagd op hun ervaringen en waardering, maar zijn ook gerepresenteerd in de klankbordgroep.

1.2 Doel interventie

De gezinsgroepen zijn gericht op het ondersteunen van “ouderschap in moeilijke tijden”, het versterken van veerkracht, en het vermogen zelf problemen op te lossen. Doel is verder de samenwerking tussen lokale professionals en de sociale netwerken van nieuwkomers te verbeteren.

Subdoelen zijn: 1) ouders zicht geven op de invloed van stress op het eigen handelen, de sfeer in het gezin en de relatie met andere gezinsleden; 2) ouders kunnen deze stress beter hanteren, en hun kinderen ertegen beschermen; 3) verbetering van onderlinge relaties: meer steun, vertrouwen en tevredenheid; 4) vertrouwen in het eigen vermogen om problemen op te lossen; 5) bouwen aan een sociaal netwerk ter bevordering van onderlinge hulp, adviezen en steun; 6) gezinnen die nieuwkomers zijn raken bekend met lokale structuren, en vice versa; en 7) gemeentelijke instanties, al dan niet op het AZC, zoals CJG, JGT, school en gemeente raken bekend met deze gezinnen.

1.3 Aanpak

De aanpak bestaat allereerst uit een training in de MGG aan professionals die rond gezinnen werken (onderwijs, JGT, CJG, GGD). Bij deze training wordt tenminste één cultural mediator of tolk betrokken. De training is in de gemeente, of op het AZC/gezinslocatie. Daarnaast zijn er mogelijkheden voor supervisie.

Nadat training van professionals heeft plaatsgevonden, zijn er de volgende activiteiten: a) planning van de groep; b) informatiebijeenkomst, inclusief werving; c) bijeenkomsten; en d) technieken.

a. Planning van de groep

Een groep wordt samengesteld uit gezinnen die een vergelijkbaar probleem hebben. De ruimte dient groot genoeg te zijn voor een bijeenkomst van zes tot acht gezinnen. Het is wenselijk dat de ruimte plezierig is, en een wat huiselijke sfeer uitstraalt. Koffie, thee, limonade en koekjes dragen bij aan een informele sfeer.

b. Informatie en verwachtingen

In overleg met COA, GGD, GCA of andere professionals (school) op het AZC/GLO dan wel in overleg met gemeentelijke instanties (school, gemeente, CJG/JGGZ etc.) wordt bepaald wie en op welke wijze worden benaderd om aan de groepen deel te nemen. Vervolgens wordt een introductiebijeenkomst (taster) georganiseerd om gezinnen te informeren over de meergezinsgroepen en hen tegelijkertijd de methodiek al te laten ervaren. Tijdens de taster worden de doelen en werkwijze uitgelegd en krijgt men een idee van de wederzijdse verwachtingen. De tastergroep heeft een motiverende functie en kan het best gepland worden op het einde van de middag gedurende 1 tot 1,5 uur.

c. De bijeenkomsten

MGG is een in tijd en aantal sessies gelimiteerd programma: vijf sessies, met een afsluitende bijeenkomst. Een stress-coping paradigma ligt ten grondslag aan de ordening van bijeenkomsten. Volgens de metafoor 'de emmer en de schatkist', wordt vanuit het inventariseren van (on)oplosbare problemen toegewerkt naar het ophalen van krachtbronnen (schatkist). Het ervaren van plezier en de groei van hoop en vertrouwen is tevens belangrijk. Bijeenkomsten duren 2,5-3 uur. Dat is inclusief lunch of pauze.

De bijeenkomsten hebben een vaste structuur. Een vaste structuur van sessies creëert holding (een gevoel van geborgenheid en veiligheid), en vergroot de effectiviteit. Er is allereerst een activiteit die het ijs moet breken. De activiteiten zijn kort (circa 10-15 minuten, bijvoorbeeld 'speed dating', gooien van een bal en informatie uitwisselen, een groepsdier creëren en 'complimenten geven'). Vervolgens is er de hoofdactiviteit, waarbij gebruik wordt gemaakt van een passende werkvorm bij het thema dat actueel is in de groep. Voorbeelden zijn: het maken en versieren van een schatkist en die vullen met geïnventariseerde krachtbronnen; een beschermend schild construeren, of met een denkbeeldige scan van het brein het mentaliserende vermogen van gezinsleden verkennen.

Elke bijeenkomst wordt afgesloten met het reflecteren op en delen van elkaars ervaringen en inzichten. Gezinsleden vertellen elkaar wat ze hebben gedaan en wat ze hebben gezien bij het eigen gezin en bij de interacties van en met andere gezinnen. Dit kan aan de hand van de resultaten van een bepaalde activiteit zijn, zoals het aan elkaar vertellen welke 'schatten' (krachtbronnen) zijn bedacht. Andere gezinsleden kunnen daarover vragen stellen, commentaar geven en reflecteren.

d. Technieken en activiteiten

De methode meergezinsgroepen maakt gebruik van verschillende technieken en interventies die met succes zijn toegepast in gezinsbehandelingen, mentaliseren- de gezinsbehandelingen en/of cognitieve gedragstherapie. Technieken die ingezet kunnen worden om met interacties te werken zijn: videofeedback, uitvergroten, feedback van groepsgenoten, rollenspel met omkering van rollen, andere ouders als model of als coach laten fungeren, of het positief bekrachtigen van gewenst gedrag (bijvoorbeeld via het uitreiken van certificaten of meegeven van al het bewerkte materiaal).

De interventie versterkt de 'veerkracht', het vermogen zich aan de nieuwe, soms spanningsvolle omstandigheden aan te kunnen passen doordat deelnemers worden gestimuleerd juist zelf met oplossingen en suggesties voor elkaars moeilijkheden te komen. De begeleider van de groepen is getraind om "op de handen te zitten". De gezinsleden zijn de experts, niet de begeleider. De begeleider is verantwoordelijk voor het in gang zetten van interacties tussen volwassenen en volwassenen en hun kinderen. Voor zinvolle interacties binnen de groep is tot zekere hoogte herkenning bij een gedeeld 'probleem' of omstandigheid nodig. Verder zijn vooral verschillen of contrasten 'leerzaam'. Die contrasten kunnen zijn ingegeven of gekleurd door verscheidene culturele achtergronden. In een prettige (en veilige) context ontstaat samenwerking tussen deelnemers waarbij juist verschillen, onder meer in achtergrond maar bijvoorbeeld ook in ervaring op gebied van ouderschap, de drijvende motor is om nieuwe perspectieven te ontwikkelen, en vervolgens nieuwe ervaring op te doen.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan worden uitgevoerd op plaatsen nabij de woon- of verblijfplaats van gezinnen. Er is een redelijk grote ruimte nodig; waar in ieder geval 6-8 gezinnen (24-32 personen) zich comfortabel kunnen bewegen. Een tweede of derde parallelle ruimte is aan te bevelen. School is mogelijk een goede keuze, maar niet noodzakelijkwijs.

Organisaties met professionals die betrokkenheid hebben bij gezinnen kunnen deze interventie uitvoeren. Van groeps-begeleiders wordt in het algemeen vereist dat zij ervaring hebben in het werken met gezinnen. Ervaring met groepswerk is verder aan te bevelen.

2.2 Bereik en deelname

In de afgelopen drie jaar is de interventie 10 tot 20 keer uitgevoerd. De groepen op het AZC/GLO hadden gemiddeld bij aanvang 15-20 deelnemers; de gezinsgroepen in de gemeente hadden een groter aantal deelnemers. Het percentage dat de groepen heeft afgerond verschilde. De groepen op het AZC/GLO verschilden onderling; sommige groepen kenden een moeizame start en wisselende aanwezigheid; andere groepen groeiden in aanwezigheid van deelnemers. In de gemeente werden de groepen tot het einde trouw bezocht – schatting: 90-95%.

2.3 Uitvoerenden

Een training over de techniek van gezinsgroepen wordt voorafgaand aangeboden. Van tolken of cultural mediators wordt verwacht dat zij helpen met vertalen, maar vooral ook terughoudend zijn bij interacties tussen deelnemers. Van alle betrokken professionals wordt een open houding ten aanzien van alle deelnemende gezinnen verwacht.

Een coördinator is verantwoordelijk voor de afspraken met locatie, betrokken professionals (soms/idealiter van verschillende organisaties) en – via tolk of cultural mediator – met ouders. Daarnaast is een inhoudelijk coördinator verantwoordelijk voor afstemming over het precieze programma, continuïteit en bijvoorbeeld ook materiaal.

Om de groepen te kunnen begeleiden is ervaring met het werken met gezinnen nodig. Er is niet een specifieke vooropleiding gewenst; weliswaar geldt een aantal vuistregels vanuit de methode om zoveel mogelijk interacties tussen deelnemers tijdens bijeenkomsten te bewerkstelligen (en niet overnemen). Een training in de methode is daarvoor mogelijk.

Bij de groepen op het AZC/GLO is gebruik gemaakt van de inzet van formele tolken. Die zijn geïnstrueerd. Bij de groepen in de gemeente voor tot dusver Syrische en Eritrese nieuwkomers zijn cultural mediators ingezet. Zij hebben meegedaan aan een training vooraf.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt door:

- Voor en nabespreking met het team;
- Tot dusver: inzet van ervaren begeleiders (in diverse contexten en voor diverse doelgroepen);
- Er wordt een Program Integrity List ingezet, hiermee worden de bijeenkomsten gemonitord en gedocumenteerd;
- Intervisie of supervisie.

Organisatorische en contextuele randvoorwaarden zijn:

- Samenwerking met organisaties op het AZC/GLO, onder meer COA (beschikbaarheid ruimte), GCA, de Vrolijkheid, school;
- Samenwerking met organisaties in de gemeente rond vluchtelingen, onder meer school, CJG, JGGZ, VVN, initiatieven voor vluchtelingen;
- Uitvoering onder auspiciën van de gemeente; overleg met gemeente, financiering;
- Ondersteuning door organisatie, afspraken over beschikbare tijd etc.

Er is een systeem voor implementatie, gebaseerd op de ervaring met implementatie van gezinsgroepen op zowel AZC/GLO, als gemeente-terrein. Dit omvat de volgende activiteiten:

- Overleg, bespreken initiatief met key-person op AZC/GLO of in gemeente;
- Schrijven business-case;
- Planning, in tijd en plaats;
- Training betrokken professionals;
- “Taster”, informatiebijeenkomst voor ouders (overhandiging programma met data en plaats; contactgegevens);
- Bijeenkomsten, inclusief voor- en nabesprekingen;
- Evaluatie.

2.5 Kosten en financiering

7.500 euro voor een groep van 5 bijeenkomsten plus informatiebijeenkomst (1-1,5 uur voor ouders); afsluitingsbijeenkomst zoals op initiatief van Syrische en Eritrese gezinnen valt buiten begroting.

Personele inzet:

- Organisatorisch coördinator: bijeenkomsten (20 uur) plus organisatie: 8 uur = 28 uur;
- Inhoudelijk coördinator, trainer (voorbereiding), bijeenkomsten (20 uur) = 24 uur;
- Begeleiders, inclusief oppas (in geval 0-4 jaar), cultural mediator (20 uur) = 20 uur.
- Training: per persoon 6 uur.

Materiele kosten:

- Schrijf, teken en knutselmaterialen: 150,- (vouwplaten voorhanden)
- Lunches, of koffie/thee etc.: 250,-

De interventie is binnen Stichting Centrum '45 ontwikkeld, en door Centrum '45 ten behoeve van AZC/GLO groepen gefinancierd; gemeente heeft groepen in gemeente financieel ondersteund, met bijdrage van Centrum '45.

2.6 Samenwerking

AZC/GLO

In de organisatie, initiatief, exploratie en implementatie, is nauw samengewerkt met COA, en het expertiseteam Kind, gezin en trauma van Centrum '45. Er is afstemming gezocht met Stichting de Vrolijkheid.

Gemeente

Een bureau voor deskundigheidsbevordering in het onderwijs is in de gemeente de organisatorische kracht geweest binnen de gemeente. Met dit bureau is organisatie, initiatief en implementatie uitgewerkt. In samenwerking met dit bureau is samenwerking met gemeente, en gemeentelijke instanties gerealiseerd.

3. Onderbouwing

Gezinsgroepen zijn met name geschikt voor gezinnen waarbij veel is gebeurd in de afgelopen tijd. Vluchtelingen staan voor de taak op een nieuwe verblijfs- of woonplaats een weg te vinden. Tijdelijke omstandigheden op het AZC/GLO zijn vaak stressvol. Er kunnen problemen met taalbeheersing zijn, onbekendheid met administratieve en procedurele regels die het adequaat oplossen van moeilijkheden belemmeren. Toegang tot en verwachtingen van onderwijs en school, en gezondheidszorg en instanties, zijn in de nieuwe gemeente nog onbekend.

Verder bestaan soms ongewild forse klachten (niet kunnen inslapen, nachtmerries, snel schrikken, veel huilen, geen zin in activiteiten hebben etc.) na diep ingrijpende gebeurtenissen of periodes. In relaties kan ongeduld en frustratie leiden tot onvoldoende aandacht, vertrouwen en soms ook geweld. De gezinsgroepen dragen bij om deze klachten te verminderen.

Factoren die bijdragen aan het probleem of risico:

- continuïteit van uitdagingen of ervaren stress;
- ervaringen met geweld en/of verlies, in het verleden, tijdens de vlucht of gedurende de tijd in Nederland;
- het niet goed begrijpen of spreken van de Nederlandse taal;
- sociaal maatschappelijke omstandigheden, zoals moeite met opleiding, vinden van baan, verminderd inkomen en statusverlies;
- sociale isolatie;
- verminderde belastbaarheid of weerbaarheid als gevolg van opstapeling van stress-gerelateerde omstandigheden – en mogelijk daardoor fysieke of psychische klachten of ziekte;
- verminderde aandacht voor de kinderen door ouders;
- problematische aanpassing binnen het gezin; geen plezier, geen vrolijkheid;
- moeite met aanpassing van kinderen aan school;

- draagkracht van gezinsdynamiek is ondermijnd geraakt.

Aan te pakken factoren:

Invloed van stress (continue) op ouderschap:

Doel: Ouders hebben zicht op de invloed van stress op het eigen handelen, de sfeer in het gezin en de relatie met andere gezinsleden.

Doel: Ouders kunnen deze stress beter hanteren, en hun kinderen ertegen beschermen.

Doel: Ouders hebben meer aandacht voor hun kinderen.

Doel: Betere sfeer, meer plezier en meer open communicatie binnen het gezin.

Verbetering draagkracht van gezinnen, ondanks moeilijke omstandigheden:

Doel: Verbetering van onderlinge relaties: meer steun, vertrouwen en tevredenheid; voorkomen van conflicten.

Doel: Vertrouwen in het eigen vermogen om problemen op te lossen, veerkracht.

Belastbaarheid en weerbaarheid:

Doel: Bouwen aan een sociaal netwerk ter bevordering van onderlinge hulp, adviezen en steun.

Doel: Gezinnen die nieuwkomers zijn raken bekend met lokale structuren, en vice versa:

Doel: Gemeentelijke instanties, al dan niet op het AZC, zoals CJG, JGT, school en gemeente raken bekend met deze gezinnen.

Doel: Meer sociale contacten, of inbedding.

De ontwikkelaars hebben ervaring opgedaan in de klinische praktijk en hebben hier het preventieve programma op gebaseerd. Ouders hebben aangegeven dat zij het waarderen dat er ruimte en vrijheid is om ervaringen te delen. Daarnaast is het aangenaam dat daadwerkelijk doelen worden behaald vanwege de theoretische basis waarop de interventie is gestoeld.

Theoretische achtergrond

Kinderen en volwassenen die asiel vragen hebben veelal een opstapeling van ontwrichtende ervaringen meegemaakt. Er is onder vluchtelingenkinderen een aantoonbaar verhoogd risico op traumatische ervaringen. De confrontatie met geweld is herhaaldelijk bewezen verband te hebben met angst- en depressieve (en andere) psychische symptomen. Fazele.a. (2012) concludeerden op basis van een review: "Exposure to violence has been shown to be a key risk factor, whereas stable settlement and social support in the host country have a positive effect on the child's psychological functioning" (pp. 266). De gevolgen van psychotraumatische stressreacties reiken verder dan het individu. Wanneer één gezinslid is getraumatiseerd, ondervinden alle gezinsleden daar de nadelen van. Dit is hierboven bij de achtergronden van het projectvoorstel al in termen van gezinsaanpassing en intergenerationele gevolgen beschreven.

De MFT die in het Marlborough Center in London (Asen, 2002; Asen & Scholz, 2010) is uitgewerkt hecht veel belang aan het leren mentaliseren. Mentaliseren, het kunnen onderscheiden van en zich kunnen verplaatsen in het perspectief van een ander ("havingone's mind in mind") kan goed worden begrepen vanuit de object-relatie theorie. Het in staat zijn tot mentaliseren draagt in die opvatting bij aan de ontwikkeling van goede hechtingsrelaties tussen ouders en kinderen en dientengevolge aan de ontwikkeling van kinderen tot autonome volwassenen (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Asen, Dawson & McHugh, 2001; Fonagy & Bateman, 2006; Schore, 2003). Verder wordt waargenomen dat het zelfvertrouwen van ouders en kinderen binnen een groep wordt vergroot (anderen hebben ook grote problemen), en dat competenties worden ontdekt of uitgebouwd. Wat zich aan gedrag tijdens een bijeenkomst voordoet biedt kans voor beïnvloeding en verandering ("get it in the room"). Door expliciet aandacht te schenken aan wat gezinnen aan gedrag laten zien, worden ervaringen geïntensiveerd en kan feedback van groepsleden optimaal worden gebruikt; nieuw gedrag kan vervolgens geoefend worden in een veilige omgeving. Dit bevordert reflectie en moedigt mensen aan tot meer openheid en het vergroten van zelfvertrouwen door uitwisseling. Het is tevens een gezinsgerichte aanpak. De relaties tussen gezinsleden onderling en hun mogelijkheden om uit steunbronnen te putten, staan centraal. Uit verhalen kan duidelijk worden hoe pedagogische principes

verankerd kunnen zijn in meerdere generaties binnen het gezin, of in een (sub)cultuur vanuit het land van herkomst.

Theoretische noties komen dus voort uit verschillende stromingen, zoals object-relatietheorie (ontwikkeling en mentaliseren), groepsdynamica (groepsprocessen), structurele gezinstherapie (Minuchin) en systeemtheorie (gezinnen zijn eenheden die gericht zijn op balans). Op het huidige projectvoorstel zijn ook theoretische ontwikkelingen uit de psycho-traumatologie en het omgaan met stress betrokken. Er zijn duidelijk ook elementen uit het cognitieve gedragswetenschappelijke kader te herkennen. Het werken met culturele diversiteit tot slot, zit in het ontwerp van het programma vervat. Cultureel-sensitieve aanpak houdt onder meer een natuurlijke attitude van “not-knowing”, van nieuwsgierigheid in. Alleen dan worden vooroordelen vermeden, en wordt persoonlijke inbreng bemoedigd.

4. Werkzame elementen

Als werkzame elementen (die ook worden onderzocht) zien we:

- (h)erkenning door en bij anderen, het samenwerken met andere gezinnen;
- feedback en steun door anderen;
- “yes, I can” door het opdoen van nieuwe ervaringen;
- genereren van hoop;
- bewustzijn van aandacht voor kinderen (mentaliseren);
- aandacht voor wat in partner, of kind(eren) omgaat en vice versa;
- positieve interacties en plezier;
- zelf oplossen door samenwerking – niet verteld krijgen.

Cultuur sensitieve elementen, specifiek, zijn:

- samenwerking met bij voorkeur cultural mediators – vervullen brugfunctie tussen culturele achtergronden;
- ouders en kinderen hebben belangrijkste stem – en wisselen verschil in perspectief uit;
- ‘not-knowing stance’ bevordert wederkerige nieuwsgierigheid en stellen van vragen.

5. Onderzoek

De interventie, specifiek voor de doelgroep vluchtelingen en asielzoekers wordt momenteel onderzocht op effectiviteit (financiering Kinderpostzegels). In een andere setting zijn gezinsgroepen onderzocht onder Bosnische vluchtelingen in Chicago, USA (Weine, et al., 2004, 2008). Ook de uitwerking van de methodiek is wat anders geweest. Tegelijkertijd is meer onderzoek beschikbaar (ook gecontroleerde studies) naar de effectiviteit van multifamilytherapy voor bijvoorbeeld adolescenten met eetstoornissen, depressie, huiselijk geweld, en veteranen. Maar die studies staan te ver af van de huidige, preventieve toepassing, om hier uitgebreider te vermelden.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Sterk
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Sterk Sterk Sterk Sterk Redelijk

3. Onderbouwing	Sterk
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Goed onderbouwd

Toelichting:

De interventie is voor alle gezinnen of ouder-kind koppels die zich hebben gevestigd in een Nederlandse gemeente of in een opvanglocatie verblijven ongeacht de beschikking over een verblijfsvergunning. De gezinsgroepen zijn gericht op het ondersteunen van “ouderschap in moeilijke tijden”, het versterken van veerkracht, en het vermogen zelf problemen op te lossen. De aanpak van de interventie is duidelijk beschreven, evenals het bereik en de deelname aan de interventie en de eisen waar de uitvoerenden aan dienen te voldoen. De interventie is in de afgelopen drie jaar tien tot twintig keer uitgevoerd bij de doelgroep. De doelgroep wordt betrokken bij de ontwikkeling van de interventie. Het is duidelijk hoe de kwaliteit van de interventie geborgd wordt en aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden voor een succesvolle uitvoering van de interventie. Het is minder duidelijk hoe en waar er draagvlak gecreëerd dient te worden voor de interventie. Het probleem, de oorzaken en de aan te pakken factoren zijn theoretisch goed onderbouwd. Het onderzoek naar de effectiviteit van de interventie wordt momenteel uitgevoerd.

Interventie 22: Powerr, GGZ Drenthe, De Evenaar

Ontwikkeld in: 2012

1. Beschrijving

1.1 Doelgroep

De interventie richt zich op Alleenstaande Minderjarige Vluchtelingen en vluchtelingen tussen de 12 en 21 jaar oud. Het land van herkomst van de deelnemers varieert en de verblijfsduur in Nederland ligt onder de drie jaar. Ongeveer evenveel mannen als vrouwen hebben deelgenomen aan de interventie. De intermediaire doelgroepen zijn leerkrachten en zorgmedewerkers. Zij krijgen uitleg over de interventie.

De doelgroep wordt geselecteerd via persoonlijke benadering en krijgen een uitnodiging voor een algemene voorlichting. Ze schrijven zichzelf in voor de interventie. De jongeren zijn betrokken bij de ontwikkeling van de interventie, op basis van de training ‘Heb jij Power’ van Glenn Uiterloo e.a.

1.2 Doel interventie

De interventie heeft als doel om jongeren te helpen meer controle over hun leven en hun omgeving te krijgen. De deelnemers leren problemen inzichtelijk te krijgen en manieren te vinden om problemen op te lossen en eigen keuzes te durven maken. De training is gericht op groepen en bevordert zelfbewustzijn, zelfvertrouwen en een positief zelfbeeld. Subdoelen zijn het aanbieden van individuele ondersteuning en indien nodig doorverwijzen naar aanvullende hulp.

1.3 Aanpak

De interventie bestaat uit acht bijeenkomsten van anderhalf uur, verdeeld in drie modules. De eerste module bestaat uit kennismaking en het opbouwen van vertrouwen. Module twee bestaat uit psycho-educatie, over thema's als: angst, rouw en verlies, boosheid, slapen, dromen en nachtmerries, piekeren, stress en pijn. De derde module gaat over kracht en identiteit en er wordt een weerbaarheidstraining gegeven. De module focust zich op relaties, vertrouwen, verbinding, discriminatie, pesten en nee zeggen, relaties en mensensmokkel en rituelen. Thema's als normen, waarden, respect, religie, intimiteit en keuzevrijheid komen ook aan bod. Thema's zijn afhankelijk van de groep, leeftijd,

verblijfsduur in Nederland en klachten. Onderwerpen aangedragen door de deelnemers worden behandeld.

2. Uitvoering

2.1 Beschrijving

De interventie kan uitgevoerd worden op AZC's en scholen.

2.2 Bereik en deelname

De interventie is in de afgelopen drie jaar één tot tien keer uitgevoerd. Per interventie zijn er vijf tot tien jongeren gestart.

2.3 Uitvoerenden

De interventie wordt uitgevoerd door twee trainers. Naast deze taak bieden de twee trainers ook individuele ondersteuning aan de deelnemers en verwijzen indien nodig door. Kennis over de doelgroep is een vereiste om de interventie uit te kunnen voeren, evenals kennis over andere culturen, religies, asielprocedure, adolescentieproblematiek en culturele problemen. De trainer moet om kunnen gaan met taalproblemen en kunnen improviseren, luisteren en oplossingsgericht zijn. Het gebruik van een tolk is afhankelijk van de groep deelnemers.

2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden

Een belangrijke randvoorwaarde is de samenwerking met andere organisaties die ook contact hebben met de deelnemers. Zij kunnen de jongeren stimuleren om mee te doen aan de interventie.

2.5 Kosten en financiering

De ontwikkeling van de interventie is gefinancierd door Indigo. De interventie wordt niet vergoed door de verzekeraar, daarom is deze recentelijk niet uitgevoerd.

2.6 Samenwerking

Er wordt niet samengewerkt met andere organisaties, wel is er contact met Pharos.

3. Onderbouwing

Jongeren krijgen te maken met verschillende problematiek, agressie, angststoornissen, depressie, etc. Veel vluchtelingen jongeren bevinden zich in moeilijke positie, door de vlucht, verliezen van dierbaren en een onzekere toekomst en procedure. Cultuur- en taalbarrières zijn ook lastig voor de jongeren. Aan te pakken factoren zijn: 1) het opbouwen van vertrouwen en elkaar leren kennen. Hiermee wordt inzicht verkregen in waar de jongeren mee te maken krijgen, welke problemen zij hebben en welke kracht zij hebben; 2) Psycho-educatie en indien nodig doorverwijzen. Problemen als slaapproblemen en piekeren worden aangepakt; en 3) kracht en identiteit, het ontwikkelen van de eigen kracht van de jongeren.

De gezondheid van vluchtelingenjongeren is vaak kwetsbaar. Veel van die klachten horen, hoe belastend ook, bij de normale verwerking. Bijvoorbeeld (opnieuw) bedplassen, angstdromen en verlatingsangst. Als dergelijke klachten lang voortduren en het dagelijks functioneren van kinderen belemmeren is soms extra ondersteuning nodig. Niet iedereen die een traumatische gebeurtenis ondergaat, ontwikkelt ook automatisch een PTSS. De interventie hanteert het SSKK-model; een algemeen model dat interne en externe invloeden op een persoon beschrijft. Energiebronnen werken beschermend, stressoren en gebrek aan steun werken belastend.

4. Werkzame elementen

Werkzame elementen zijn: het gebruiken van muziek tijdens de interventie, de interventie in een groep aan te bieden waarmee veiligheid en vertrouwen gecreeerd wordt. Onderwerpen in de module relaties maken veel los bij de deelnemers, met name de positie van de vrouw, homorechten, dieren, etc. De deelnemers voelen zich gehoord door de interventie.

5. Onderzoek

GGZ Drenthe heeft Pharos benaderd om de training op effectiviteit te onderzoeken, er werd destijds geconcludeerd dat het aantal deelnemers te laag was om dit onderzoek uit te kunnen voeren.

Beoordeling

Onderdeel	Score
1. Beschrijving 1.1 Doelgroep 1.2 Doel 1.3 Aanpak	Sterk Sterk Zwak
2. Uitvoering 2.1 Beschrijving 2.2 Bereik en deelname 2.3 Uitvoerenden 2.4 Kwaliteitsborging en randvoorwaarden 2.5. Kosten en financiering 2.6 Samenwerking	Sterk Redelijk Sterk Zwak Redelijk Redelijk
3. Onderbouwing	Zwak
4. Werkzame elementen	Sterk
5. Onderzoek	N.v.t.
Fase van ontwikkeling	Voldoende beschreven

Toelichting:

De interventie richt zich op vluchtelingen en Alleenstaande Minderjarige Vluchtelingen tussen de 12 en 21 jaar oud. Het doel is om jongeren te helpen meer controle over hun leven en hun omgeving te krijgen. Het is niet beschreven welke activiteiten er minimaal uitgevoerd dienen te worden voor de interventie. De ontwikkelaars geven aan dat er rekening wordt gehouden met de cultuur van de deelnemers, maar het is niet duidelijk hoe dit precies gebeurt. Hoe er samengewerkt wordt met een tolk is onduidelijk. De interventie kan uitgevoerd worden op AZC's en scholen en is in de afgelopen drie jaar één tot tien keer uitgevoerd, waarbij er vijf tot tien deelnemers gestart zijn per interventie. Door gebrek aan financiering en doordat de interventie niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar is de interventie recent niet uitgevoerd. De kosten van de interventie zijn niet bekend. Het is niet bekend welk percentage van de deelnemers de interventie volledig afrond. Het is onduidelijk hoe de kwaliteit van de interventie geborgd wordt. De werkzame elementen van de interventie zijn beschreven. Er is geen onderzoek uitgevoerd naar de interventie omdat het aantal deelnemers hiervoor te laag is, daarom is dit onderdeel niet meegenomen inde beoordeling.

Bijlage II: Interventies die niet meegenomen zijn

Wel ingediend via format, maar niet vallend onder criteria:

Get2KnowU

De interventie is een bijeenkomst op basis van de ‘Get2knowU’ methodiek, zoals uitgevoerd door Indigo op middelbare scholen. De “Get2knowU” methodiek is oorspronkelijk niet ontwikkeld voor de doelgroep, maar Indigo heeft de intentie om deze methodiek door te ontwikkelen voor AMV-ers. In een bijeenkomst van ongeveer vier uur leren de deelnemende jongeren en volwassenen/mentoren elkaar steeds beter kennen. Ze krijgen de gelegenheid om in een veilige setting verhalen, ervaringen, gedachten, gevoelens en dromen te delen die ze tot dusver voor zichzelf hebben gehouden. Het doel van de interventie is herkenning en begrip creëren voor psychische problemen bij AMV-ers. Een subdoel is dat de jongeren ontdekken dat ze elkaar meer kunnen steunen.

ResilienceFlower Model Groepsprogramma

Het ResilienceFlower Groepsprogramma is een workshopprogramma voor kinderen tussen 8 en 12 jaar oud met een apart aanbod voor hun ouders (intermediaire doelgroep). Het ResilienceFlower Model is gericht op het versterken van veerkracht op 15 verschillende veerkracht gerelateerde domeinen. Het model/programma richt zich op 8 veerkracht gerelateerde kind domeinen en 7 veerkracht gerelateerde omgevingsdomeinen die uit onderzoek blijken bij te dragen aan veerkracht. De 15 veerkracht gerelateerde domeinen zijn vervolgens opgebouwd uit verscheidene concrete sub-domeinen waarmee de hulpverlener concreet aan de slag kan met het versterken van veerkracht.

Het ResilienceFlower Groepsprogramma voor vluchtelingen is gebaseerd op het ResilienceFlower model en richt zich op het versterken van veerkracht middels het aanbieden van uitgewerkte en gestandaardiseerde kinder- en ouderworkshop. Psycho-educatie sessieonderdelen afgewisseld met creatieve sessieonderdelen vormen de basis van elke workshop. De creatieve workshops hebben als doel bij te dragen aan het psychologische welbevinden van vluchtelingenjongeren en hun ouders middels het versterken van aan veerkracht verbonden factoren. Door middel van workshops wordt de veerkracht versterkt. De workshops bestaan uit een educatieve fase (inzichten en vaardigheden krijgen) en een expressieve fase (op een creatieve manier verder werken aan het thema). Veiligheid en vrijheid staan hierbij centraal. Voorbeelden van thema's zijn: omgaan met emoties (coping), omgaan met gebeurtenissen (probleemoplossende vaardigheden), omgaan met anderen (sociale vaardigheden) en omgaan met mijzelf (identiteit, culturele verschillen, racisme).

Het ResilienceFlower Groepsprogramma is vier keer uitgevoerd op een AZC in België.

Mutsaersstichting: Korte Interventie Methode (KIM), ouderbegeleiding:

Het doel is om de ontwikkelmogelijkheden van het kind te optimaliseren. Door het vergroten van de pedagogische kwaliteiten van ouders en gezin wordt toegewerkt naar het bereiken van de doelen en oplossen van de hulpvraag. Hierdoor worden negatieve gezinspatronen veranderd, draagkracht vergroot en draaglast verminderd, tevens nemen risico's op ernstigere vormen van probleemgedrag af. In het geval van huiselijk geweld kan een nieuwe traumatische geweldsituatie mogelijk voorkomen worden. De methodiek Korte Interventie Methode (KIM) wordt tijdens de ouderbegeleiding ingezet. De Korte Interventie Methode is een laagdrempelige, kortdurende interventie gericht op communicatie problemen binnen niet-westerse migranten gezinnen. KIM richt zich op gezinnen waarbinnen de kinderen onvoldoende gesteund worden door een veilige ouder-kind relatie. Er is sprake van communicatieproblemen tussen gezinsleden welke zijn impact heeft op de opvoedingsrelatie. De kinderen hebben gedragsproblemen ontwikkeld die de draagkracht van de ouders overstijgen.

Inzicht in de verschillende verhalen van de gezinsleden over de problematische opvoedingssituatie. Door inzicht in en erkenning van elkaars verhalen en waarheden kan er een nieuw gezamenlijk gezinsverhaal ontstaan waarin de verschillende perspectieven naast elkaar mogen staan, maar het gezin wel als gezin verder wil. Het bestaat uit vijf bijeenkomsten waar ouders altijd bij aanwezig zijn en de

kinderen in ieder geval de eerste vier bijeenkomsten. Er zijn twee hulpverleners aanwezig. De gesprekken starten met het gehele gezin; effecten worden besproken en de huiswerkopdrachten, vervolgens vinden afzonderlijke gesprekken met ouders en kinderen plaats.

Niet ingediend:

Dokters van de Wereld / Rode Kruis – Het Zorgcafé:

Het Zorgcafé is een initiatief van Dokters van de Wereld en het Rode Kruis in Amsterdam en Nijmegen, waar asielzoekers en statushouders laagdrempelig, zonder afspraak terecht kunnen voor vragen of problemen over hun gezondheid of over de gezondheidszorg. Vrijwilligers met een medische of GGZ achtergrond en tolken in 3 verschillende talen, zijn 4 middagen per week aanwezig in een ontmoetingscentrum om te luisteren, informatie en advies te geven en te begeleiden in lichte psychosociale problematiek. Zij zijn getraind door Drs. P. Sterk van St. Mind-Spring. Indien nodig worden mensen met klachten toegeleid naar de eerste lijn zorgverleners.

CoTeam: Groepsmethode; Oriëntatie, motivatie en een betere toekomst

Gebaseerd op de interventie toolbox voor trauma. Deze methode is ontwikkeld vanuit eigen ervaringsdeskundige professionals door het CoTeam (Aram Hasan) en in samenwerking met Stichting Centrum45.

Doel methode; autonomie en motivatie bij de cliënt bevorderen. De focus ligt op het versterken van de gezonde en positieve kant van de cliënt. De cliënt is beter in staat om zijn hulpvraag te formuleren. Van een passieve naar een actieve houding. Groepsgrootte van 8 tot 10.

Fases in de methode, inzicht, overzicht en uitzicht in:

1. Wat is er met mij aan de hand?
2. Wat is mijn huidige situatie?
3. Wat wordt er van mij verwacht?
4. Wat kan ik zelf en welke hulp en ondersteuning kan ik verwachten van anderen?

Middelen

1. Interventie Toolbox Trauma
2. Multimedia (film, eigen taal)
3. Lichaamsgerichte oefeningen (ademhaling en ontspanning)
4. Persoonlijke tekeningen

Bijeenkomsten, aantal 5

1. Signalering; waar sta je nu in het leven. De interventie Toolbox wordt gebruikt ter inventarisatie.
2. Oriëntatie; aandacht voor het eigen verhaal waaronder rouw en verlies.
3. Verdieping van het eigen verhaal; aandacht voor gezin en relatie en psychosociale problemen.
4. Aandacht voor persoonlijke competenties; wat kan helpen, welke mogelijkheid heb je en waar wil je uiteindelijk staan in het leven waarbij haalbare, realistische doelen worden geformuleerd.
5. Onderscheid in wat kan jezelf, gebruik maken van de eigen energiebron en de ervaringen van anderen en betekenis geven van wat zij hebben meegemaakt. En daarnaast, waar heb je ondersteuning van anderen bij nodig; op een positieve wijze geformuleerd. Streven naar eigen motivatie. Afscheid en afronden met een persoonlijk positief statement.

Bijlage III: Reacties uit het veld

Reactie van Indigo preventie Haaglanden:

Vanuit GGZ preventie biedt Indigo preventie Haaglanden, net zoals Indigo preventie Rijnmond de beweeginterventie, "Liever bewegen dan moe". Dit hebben we voor 2013 ook aan de doelgroep asielzoekers/ statushouders gegeven. Wij in Haaglanden hebben het nog niet gegeven aan de huidige groep vluchtelingen.

We hebben Mind-Spring trainers (voor volwassenen). De Mind-Spring training hebben we vroeger (voor 2013) vaak gegeven, nu (nog) niet gegeven aan de huidige groep vluchtelingen. Daarnaast werken we samen met Arq en I-psy aan het vroegsignaleringsinstrument MIRROR App Vluchtelingen voor intermediairs, waarbij de vrijwilligers van Vluchtelingenwerk getraind worden om psychische en verslavingsproblemen bij statushouders te signaleren. Niet structureel, maar op aanvraag geven we in AZC in Rijswijk, GGZ voorlichtingen en workshops met tolken, thema's stress, opvoeding in andere omstandigheden enz. Het gaat om eenmalige interventie die op maat worden gemaakt met het materiaal van onze reguliere interventies. Tijdens de voorbereiding van de interventies is literatuur over de doelgroep geraadpleegd en is gesproken met Syriërs en Eritrees vluchtelingen.

Een reactie van Dimence:

- *Bieden van intervisie en kennisoverdracht aan medewerkers van sociale wijkteams in Zwolle en andere gemeenten. Thema's als interculturele communicatie, effecten t.g.v. oorlog en geweldservaringen, psychische problematiek, aandacht voor verschillende leeftijdsfasen, empowerment, samenwerking in de keten komen aan bod. Tevens is er ruimte voor casuïstiek bespreking. Er wordt samengewerkt met portefeuille houders vanuit de gemeente.*

- *We denken mee in een aantal gemeenten in ons werkgebied over het aanbod bedoeld voor statushouders. We werken hierin samen met gemeente, GGD (OTAV), onderwijs, Vluchtelingenwerk etc. Vanuit de Dimence groep kunnen wij actief meedenken en meedoen gezien het feit dat we ook aanwezig zijn in het voorveld. Onderdelen welke hierin actief zijn vanuit de Dimence groep zijn o.a. welzijnswerk, maatschappelijke dienstverlening (WIJZ, Landstede Welzijn, Welzijn Kampen, De Kern) en de (Jeugd) ggz. Voorbeelden zijn o.a. deelname aan werkgroepen rondom bevordering van integratie in de gemeente Dalfsen en Kampen. Waarbij er aandacht is voor nieuwkomers en oudkomers.*

Onderstaand aanbod wordt vanuit Preventie aangeboden en incidenteel heeft in de afgelopen jaren een kind/gezin met een vluchtelingenachtergrond meegedaan. Wanneer meerdere kinderen hiervoor worden aangemeld is het te overwegen om een specifieke groep hiervoor aan te bieden.

- *KOPP, individueel en groepsaanbod (methodiek is bekend)*

- *Piep zei de muis 4t/m7 en Billy Boem 8-12jaar (methodiek is bekend)*

Tevens zijn er organisaties die graag een format van hun preventieve interventie hadden willen invullen, maar daar wegens omstandigheden niet aan toe zijn gekomen om deze volledig in te vullen. Hierbij benoemen we twee preventieve interventies die graag opgenomen hadden willen worden in deze inventarisatie:

- Dokters van de Wereld / Rode kruis – Het Zorgcafé
- CoTeam – Groepsmethode: oriëntatie, motivatie en een betere toekomst.

Bijlage IV: Projectgroep, adviesraad en stuurgroep

Opdrachtgever

Bep Snelder (Manager Menzis COA Administratie)

Projectgroep

Er is een interne projectorganisatie ingesteld die de regie heeft gevoerd over het project en zorgde dat het project uitgevoerd werd. Daartoe is een projectgroep samengesteld.

Leden van de projectgroep zijn:

- Jeroen Knipscheer (psychotherapeut Centrum'45, coördinator research track 'diversiteit & trauma', universitair docent UU)
- Larissa van Beek (coördinator Arq Kenniscentrum Migratie)
- Anna de Haan (Pharos, Senior Projectleider Kennisdelingsprogramma Gezondheid Statushouders)
- Pauline Tichelman (GGD GHOR Nederland, Senior beleidsmedewerker, dossier Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers/Statushouders)

Vanuit implementatie werkgroep GGZ Convenant MCA (2 leden van werkgroep 2):

- Ellen Geutjes (GGNet, Orthopedagoog en Preventiefunctionaris)
- Ursula Dewkalie (Indigo Haaglanden, Accountmanager GGZ en Verslavingspreventie)

Ondersteunend aan de projectgroep heeft Joost Beekman gedurende 2 weken geholpen bij het bieden van support aan organisaties die door tijdsdruk moeite hadden met het invullen van de formats.

De werkwijze is dat de projectgroep voorstellen deed en deze aan de adviesraad voorlegde. De producten van de projectgroep met advies van de adviesraad is voorgelegd aan de Stuurgroep die beslissingsbevoegd is.

Adviesraad:

Deelnemers aan de adviesraad zijn:

- Miranda Olf: AMC
- Hans te Brake: Impact
- Aram Hasan: Centrum'45 en CoTeam Rotterdam
- Simone Goossen: GGD GHOR Nederland
- Kees van Veldhuizen, Margreet Bekedam en Carola Schrijvers: VNG-OTAV
- Tessa Smets: Kinderpostzegels
- Marc van Gerdingen: Sociaal Werk
- Danielle Meije: Trimbos Instituut
- Pim Hoek, Hogeschool Zwolle

Stuurgroep:

- Evert Bloemen: Pharos, arts, senior adviseur, trainer
- Eddy Sas: Centrum '45, directeur

Bijlage V: Contactpersonen interventies

In onderstaand overzicht staan alle contactpersonen vermeld van de organisaties die de 22 preventieve interventies bieden.

Naam preventieve interventie	Organisatie:	Contactpersoon pr	Emailadres	Telnr
Bruggenbouwers	Jellinek	Floor van Bakkum	floor.van.bakkum@jellinek.nl	020-5901330
Classroom-Community-Culture Based Intervention (CBI)	Parlan/De Praktijk	Iris van der Sluis	Iris.van.der.Sluis@parlan.nl ;	06-25704362
Concentratie lessen voor stathouders	Docent NT2	Anouk Dieleman	krachtvankwetsbaarheid@gmail.com ;	06-45602261
Go-win. Oud worden in NL	Indigo Rijnmond	Maria Smedts	m.smedts@indigorijnmond.nl	088-3571700
Kindergroep	GGNet	Erika Espinola y Vázquez	e.espinola.y.vazquez-wamelink@ggnet.nl	088-933 4557
KOPP kinderen	Indigo Zeeland	Saskia Vermeule	vermeule@indigozeeland.nl	0113-246060
Kracht van gedachten	GGNet	L. van Gerven	l.vangerven@ggnet.nl	088-9331919
L.A.P. Atelier	Fier	Nynke van der Wal	nvanderwal@fier.nl	06-44085910
Laat maar zien wie jij bent	Indigo Brabant	Nadine Claassen	n.claassen@indigobrabant.nl	088-0161800
Less Stress	GGNet	M. Sabanoglu	m.sabanoglu@ggnet.nl	06-22908859
Liever bewegen dan moe	Indigo landelijk preventie platform	Jeltje Kramer	j.kramer@indigorijnmond.nl	088-3571700
Meergezinsgroepen	Centrum 45	Trudy Mooren	t.mooren@centrum45.nl	020-6274974
Mind-Spring junior	Arq	Miranda Dabboubi-Broersen	m.broersen@arq.org	020-8407674
Mind-Spring volwassenen	Arq	Miranda Dabboubi-Broersen	m.broersen@arq.org	020-8407674
Power	GGZ Drenthe	Kees Laban, Johan Hilhorst	kees.laban@ggzdrenthe.nl ; johan.hilhorst@ggzdrenthe.nl	06-46740236
Pubergroep	GGNet	Ellen Geutjes	e.geutjes@ggnet.nl	088-9334609
Slaapmodule	GGNet	D. Keurntjes	d.keurntjes@ggnet.nl	088-9334495
Spreekuur	Prezens/GGZ InGeest	Maartje Goudriaan	m.goudriaan@prezens.nl	06-12956432
Team Up	War Child Team Up	Ernst Suur; Birgitte van Delft	ernst.suur@warchild.nl ; birgitte.van.Delft@savethechildren.nl	020-4227777
Toekomstvisie Training	Nieuwlander	Binyam Andebrhan	binyam@nieuwlander.nl	06-85197213
Vrolijkheid	Vrolijkheid	Marjolein Marreveld	tom@vrolijkheid.nl ; marjolein@vrolijkheid.nl	020-627 32 86
Vrouwenrechten en integratie	Stichting Femina	Mastoora Sultani	m.sultani@stichtingfemina.nl	06-28730856