

# KIND ZIJN IN EEN ASIELCENTRUM

Kansen versterken voor  
gezinnen na de vlucht

KATJA FOURNIER, KAAT VAN ACKER,  
DIRK GELDOLF & ANKE HEYERICK

---

Eerste uitgave: 2022

Gepubliceerd door

Acco cv, Sluisstraat 10, 3000 Leuven, België

E-mail: [uitgeverij@acco.be](mailto:uitgeverij@acco.be) – Website: [www.acco.be](http://www.acco.be)

Voor Nederland:

Acco Uitgeverij, Westvlietweg 67 F, 2495 AA Den Haag, Nederland

E-mail: [info@uitgeverijacco.nl](mailto:info@uitgeverijacco.nl) – Website: [www.acco Uitgeverij.nl](http://www.acco Uitgeverij.nl)

Omslagontwerp: [www.frisco.be](http://www.frisco.be)

Zetwerk: Carius Group

© 2022 by Acco (Academische Coöperatieve Vennootschap cv), Leuven (België)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. De uitgever heeft geprobeerd alle rechthebbenden voor het copyright op te sporen. Mogelijk is dat niet overal gelukt. Wie toch denkt rechten te kunnen doen gelden, kan contact opnemen met de uitgever.

D/2022/0543/92

NUR 130

ISBN 978-94-6379-918-8



EUROPEAN UNION  
Asylum, Migration  
and Integration Fund



Wetenschappelijk Centrum  
Gezinswetenschappen

# INHOUD

<b>1. Kinderen en gezinnen in de opvang beter ondersteunen</b>	<b>9</b>
1	10
2	11
3	11
4	12
5	13
6	14
7	16
8	17
<b>2. Naar een kindvisie in cocreatie: methodologie en aanpak</b>	<b>21</b>
1	22
1.1	22
1.2	22
1.3	23
2	25
2.1	25
2.2	26
<b>3. Kindertijd en ouderschap in de opvang</b>	<b>29</b>
1	30
1.1	30
1.2	30
1.3	31
1.4	32
1.5	33
1.6	34
2	34
2.1	34
2.2	35
2.3	37
2.4	38
3	38
3.1	38
3.2	40
3.3	41
4	44

<b>4. Positieve gezinsdynamieken ondersteunen</b>	<b>47</b>
1 Bewustzijn van verschillende referentiekaders	48
1.1 Gezinnen begeleiden: vanuit welk referentiekader?	48
1.2 (H)erkennen van de collectieve opvang als aparte opvoedingscontext	49
2 Welke rol hebben opvangmedewerkers bij gezinsondersteuning?	51
2.1 De nood aan gezinsondersteuning	51
2.2 Vormen van gezinsondersteuning	54
2.3 Relatie tussen ouder en kind ondersteunen	55
2.4 Positieve groepsdynamieken tussen kinderen ondersteunen	57
3 In gesprek gaan over ouderschap en gezinsdynamieken	59
3.1 Een transgeneratieel, transcultureel en transnationaal perspectief	59
3.2 Inspirerende gespreksmethodieken	61
4 Ouders en gezinnen gericht en actief ondersteunen	65
<b>5. De (on)veiligheid van opvangcentra voor kinderen en gezinnen</b>	<b>69</b>
1 Een centraal thema bij kinderen, ouders en medewerkers	69
2 Hoe ervaren kinderen en gezinnen (on)veiligheid?	70
2.1 Een continuüm van geweld	70
2.2 Een brede kijk op (on)veiligheid	72
3 Wat bepaalt (on)veiligheid in de collectieve opvang?	73
3.1 Onveilige infrastructuur	73
3.2 Relatieve (on)veiligheid	76
3.3 De vele gezichten van geweld in de collectieve opvang	79
3.4 Factoren die voor geborgenheid, verbinding en vertrouwen zorgen	85
4 Meer inzetten op veiligheid	87
<b>6. Samen werk maken van veilige opvangcentra</b>	<b>91</b>
1 Voorkomen van onveiligheid en geweld	92
1.1 Een positief leefklimaat en kwaliteitsvolle begeleiding	92
1.2 Oog hebben voor drempels om onveiligheid te melden	93
1.3 Participatie als preventie	97
1.4 Risicoanalyses maken onveiligheid zichtbaar	99
2 Reageren op geweld	100
2.1 Signalen herkennen	100
2.2 Reageren bij en na geweld	103
2.3 Het opvolgen van gevoelige situaties als team	109
2.4 Bijzondere aandacht voor seksueel geweld	111
2.5 Gericht doorverwijzen wanneer noodzakelijk	112
3 Het taboe rond geweld doorbreken	114

<b>7. Werken aan het psychosociaal welzijn van gezinnen</b>	<b>117</b>
1 Het traumamodel	118
1.1 Wat is het traumamodel?	118
1.2 Een kritische evaluatie van het traumamodel	119
2 Een psychosociale benadering van welzijn	121
3 Een psychosociale benadering in de praktijk van de opvang	123
3.1 De voorwaarden voor een gesprek over geestelijke gezondheid	123
3.2 Directe en indirecte hulpvragen herkennen	125
3.3 Effectief doorverwijzen, of net niet?	127
3.4 Inzetten op psychosociaal welzijn	129
4 Kinderen en ouders psychosociaal ondersteunen	131
<b>8. Schakelen en verbinden naar onderwijs en vrije tijd</b>	<b>135</b>
1 Opvangmedewerkers als schakelfiguren	135
2 Onderwijs voor alle kinderen ondersteunen	135
2.1 'School is cool'	136
2.2 Samenwerkingen met scholen	137
2.3 Samen zoeken naar aangepast onderwijs	139
2.4 Kinderen ondersteunen bij hun schoolwerk	140
2.5 Schakelen en verbinden is ook ouders betrekken	141
2.6 Kinderen met specifieke leernoden	143
2.7 Transfers tussen centra vermijden	144
3 Schakelen naar spel, sport en vrije tijd	144
3.1 Vrije tijd in het centrum	145
3.2 Kindvriendelijke ruimtes in het centrum	146
3.3 Schakelen naar en verbinden met het lokale vrijetijdsaanbod	148
4 Niet altijd bevoegd, wel mee verantwoordelijk	149
<b>9. Kind- en gezinsvriendelijk werken als opvangmedewerker</b>	<b>153</b>
1 Werken in een opvangsector onder constante druk	154
1.1 Een genormaliseerde crisismodus	154
1.2 Opvangcrisissen werken door in alle opvangcentra	155
1.3 Tijdelijkheid als hypotheek	156
1.4 Worstelen met maatschappelijke ambiguïteit	157
1.5 Worstelen met institutionele ambiguïteit	158
2 Werken in een opvangcentrum	159
2.1 Personeelsbeleid in crisismodus?	159
2.2 Personeelsverloop versus duurzame relaties	160
2.3 Breed samenwerken in teamverband	160
2.4 Maatwerk versus flexibiliteit?	161
3 Bewoners en medewerkers delen (on)macht en nood aan erkenning	164

4	De nood aan steun en zelfzorg	166
4.1	De nood aan ondersteuning	166
4.2	Het belang van zelfzorg	167
5	Duurzaam inzetten op opvangmedewerkers	169
<b>10. The ways forward... Aanbevelingen voor het beleid</b>		<b>173</b>
1	Een gedeelde verantwoordelijkheid	174
2	Kindvriendelijke opvangcentra	174
3	Kinderen ondersteunen vraagt om gezinnen te ondersteunen	175
4	Infrastructuur op maat van kinderen en gezinnen	176
5	Maak van veiligheid een beleidsprioriteit	177
5.1	Een plan voor de veiligheid van kinderen en gezinnen	178
5.2	Personeelsbeleid met oog voor veiligheid	178
5.3	Interne processen en externe samenwerking	179
5.4	Omgaan met situaties van geweld en risicobeheer	180
5.5	Menselijke, beschermende en faciliterende omstandigheden	180
5.6	Monitoring van de toepassing van het veiligheidsplan	181
6	Schakelen en verbinden: organiseer een sterk netwerk rond opvangcentra	182
6.1	Nood aan geestelijke gezondheidszorg invullen	182
6.2	Sterker schakelen naar onderwijs	183
7	Hoe kindvriendelijk is het asiel- en opvangbeleid?	184
8	Zet het belang van kinderen centraal	185
<b>Referenties</b>		<b>187</b>

# 7. WERKEN AAN HET PSYCHOSOCIAAL WELZIJN VAN GEZINNEN

**DIT HOOFDSTUK IS MEE GESCHREVEN DOOR ZEHRA ALTUN COLAK.**

**L**even in een collectieve opvangstructuur zet het welzijn van kinderen en gezinnen onder druk. Het stelt in het bijzonder uitdagingen voor ouderschap en positieve gezinsdynamieken en voor veiligheid in de brede zin van het woord.

In dit hoofdstuk focussen we op het psychosociaal welzijn en de geestelijke gezondheid van kinderen en gezinnen. Hoe kunnen medewerkers in de opvang daaraan werken? Problemen op het vlak van psychosociaal welzijn en geestelijke gezondheid worden door westerse hulpverleners vaak benaderd vanuit een traumaperspectief. De focus ligt dan op het voorkomen en behandelen van stoornissen zoals posttraumatische stressstoornissen (PTSS), depressies of angsten (De Haene & Rousseau, 2020; Kien *et al.*, 2019; Nickerson *et al.*, 2011). Om te werken aan het welzijn en de geestelijke gezondheid van kinderen en gezinnen in de opvang is het zinvol om niet louter vanuit een traumaperspectief te vertrekken maar om daarnaast ook een breder psychosociaal perspectief te hanteren.

Om aan te geven hoe dat kan, staan we eerst stil bij de betekenis van zowel een trauma- als een psychosociaal perspectief voor de begeleiding van vluchtelingen-gezinnen. Vervolgens bespreken we verschillende stappen in het werken aan het bredere psychosociaal welzijn en de geestelijke gezondheid bij vluchtelingengezinnen. Het gaat om problemen op het vlak van geestelijke gezondheid en welzijn te herkennen en manieren te vinden om die bespreekbaar te maken. Volgende stappen zijn dan tot een gedeelde hulpvraag komen en hulp mobiliseren die aansluit bij de noden van het gezinslid. Bij ieder van deze stappen spelen taalverschillen en een tekort aan tolken, cultuurverschillen met betrekking tot het praten over en het begrijpen van psychosociale problemen en niet in het minst een gebrek aan doorverwijzingsmogelijkheden naar divers-sensitieve hulpverlening.

# 1 HET TRAUMAMODEL

## 1.1 WAT IS HET TRAUMAMODEL?

Problemen met geestelijke gezondheid bij vluchtelingen trokken de laatste decenia veel aandacht van onderzoekers en professionals, met bijzondere aandacht voor de impact van geweld, conflicten, misbruik en schendingen van de mensenrechten op het welzijn. Deze focus is sterk geïnspireerd door een medische benadering, ook wel bekend als het traumamodel. Dat model houdt zich voornamelijk bezig met het begrijpen en diagnosticeren van problematieken en stoornissen, en met de behandeling van symptomen door middel van farmacologische of psychotherapeutische interventies (de Berry *et al.*, 2003; Ryan *et al.*, 2008). Het bouwt voort op de erkenning van posttraumatische stressstoornis (PTSS) als officiële ziekte en diagnostische categorie. PTSS wordt daarbij onderscheiden van depressie en angst.



### DEFINITIES

#### Posttraumatische stressstoornissen (PTSS)

Bij een posttraumatische stressstoornis kunnen de volgende groepen van klachten ontstaan na blootstelling aan levensbedreigende gebeurtenissen, die heftige (doods)angst veroorzaakten:

- > herbelevingen (nachtmerries, flashbacks, denken aan ervaring);
- > vermijden van op trauma lijkende prikkels (geluiden, uniformen, groepen);
- > verandering van denkvermogen en stemming (negatief denken, niet alles kunnen herinneren, geen interesse in dingen, zich isoleren);
- > verhoogde waakzaamheid (slecht slapen, snel boos worden, schrikken, concentratieproblemen).

#### Angststoornissen

Angststoornissen zijn vormen van excessieve angst en bezorgdheid (bange voorgevoelens) die gedurende minstens zes maanden vaker wel dan niet aanwezig zijn en die betrekking hebben op een aantal gebeurtenissen of activiteiten. De persoon vindt het dan moeilijk om de gevoelens van angst onder controle te houden. De angst en bezorgdheid gaan gepaard met minimaal drie van de volgende zes symptomen:

- > rusteloosheid;
- > snel vermoeid raken;
- > moeite met concentreren;
- > prikkelbaarheid;
- > spierspanning;
- > slaapstoornissen.

De angstgevoelens brengen beperkingen in het sociale en/of werklevens met zich mee.



### Depressie

Bij een depressie is er een mix van klachten, die het functioneren van iemand belemmeren:

- > sombere stemming;
- > slaapproblemen;
- > psychische en lichamelijke remming;
- > moeheid en verlies van energie;
- > geen eetlust en gewichtsverlies;
- > gevoelens van waardeloosheid of schuld;
- > verminderd vermogen tot denken, concentreren;
- > of besluiten tot en gedachten aan de dood en aan zelfdoding.

Bron: Pharos (2020), DSM-5.

Een belangrijke meta-analyse van onderzoeken over geestelijke gezondheidsproblemen bij vluchtelingenkinderen leert dat meer dan één op de vijf (22,7%) van deze kinderen aan PTSS lijdt, meer dan één op de zeven kinderen (15,7%) last heeft van angststoornissen of meer dan één op de acht (13,8%) depressief is of depressieve klachten vertoont (Blackmore *et al.*, 2020). Hoewel deze diagnostische categorieën voor hulpverleners en gezinnen bij momenten zeer bruikbaar kunnen zijn, maken we voorbehoud bij een te eenzijdige traumabepaling.

## 1.2 EEN KRITISCHE EVALUATIE VAN HET TRAUMAMODEL

Er zijn drie problemen met een te eenzijdige benadering vanuit trauma. Ten eerste zijn traumabepalingen gebaseerd op inherent westerse psychiatrische concepten. PTSS is ontwikkeld in een specifieke sociaal-politieke context in Noord-Amerika om mannelijke Vietnam-veteranen te beoordelen. Het is dus niet kritiekloos toepasbaar op vluchtelingen uit andere culturen. Briere (2004, p. 103) argumenteert dat de ene cultuur bijvoorbeeld de gevolgen van een trauma in de psyche plaatst, een andere cultuur ervan uitgaat dat de gevolgen voor het lichaam zijn, en een derde cultuur het letsel als spiritueel interpreteert. Verschillende culturen putten uit verschillende wereldbeelden die de nadruk leggen op thema's zoals spiritualiteit, holisme en harmonie in hun begrip van psychosociaal welzijn, ziekte en gezondheid (Fernando, 2018). Toch wordt PTSS te vaak gezien als een universele wetenschappelijke benadering en krijgen cultureel relevante modellen en inheemse genezingsystemen weinig aandacht. Door sterk vanuit een traumabril te kijken, riskeren we aansluiting te missen met de belevingswereld van gezinnen. Het wordt dan moeilijker om tot een gedeeld begrip, een gedeelde hulpvraag en een bruikbare aanpak te komen.

Een tweede fundamentele kritiek is de neiging van traumaparadigma's om geestelijke gezondheidsproblemen te individualiseren (Kleinmann, 1997; Summerfield,

1999). Daardoor onderschat men de impact van sociale en materiële stressfactoren na de vlucht en tijdens het hervestigingsproces. De aandacht gaat dan vooral uit naar gebeurtenissen in de context vóór de migratie (King *et al.*, 2021; Lenette, 2011). De vorige hoofdstukken in dit boek documenteerden hoe ook de materiële en sociale omstandigheden na de vlucht een grote invloed hebben op de kwaliteit van het leven van ouders en kinderen in de opvang. Ze zijn evenzeer mee bepalend voor de uitkomsten op het gebied van psychosociaal welzijn en geestelijke gezondheid (Riley *et al.*, 2017). Een opvangmedewerker schetst dat treffend:

*“Bij kinderen, ja, die onzekerheid, de permanente onzekerheid bij kinderen die verblijven in een centrum. ‘Blijf ik in België? Blijf ik niet in België? Ik heb al zoveel keer negatief gekregen.’ De impact die de procedure heeft op mama of papa, heeft natuurlijk ook een impact op de kinderen in termen van motivatie om nog verder te gaan met school, motivatie om nog Nederlands te leren, motivatie om zelfs gewoon nog maar uit de kamer te komen of proberen mee te doen aan het leven in het centrum of mee te doen aan de activiteiten die wij proberen voorzien: naar speelplein te gaan, naar die bouwwoordekampen te komen. Ja, dat kinderen daar gewoon volledig gedesinteresseerd in zijn. Vorige week was er nog een Iraakse jongen die echt aan het wenen was, aan het wenen en zei: ‘Ik heb geen toekomst in België. Ik zie geen toekomst in mijn land van herkomst. Al vier jaar in België, we zitten nog altijd in de opvang’. Je merkt gewoon dat dat een heel heel heel zware impact heeft op de psyche en de gemoedstoestand van de kinderen. Dat kan gewoon niet anders.”*

– Hulpverlener

Een derde probleem bij een te sterke focus op trauma is de pathologisering van normale reacties op ongunstige omstandigheden en het herleiden van vluchtelingen tot slachtoffers en per definitie kwetsbaar. Dat miskent vluchtelingen als ‘actor’ van en expert over hun eigen leven. Vooraf gedefinieerde categorieën van psychische aandoeningen krijgen prioriteit op de eigen opvattingen, noden en prioriteiten van vluchtelingen op het vlak van psychosociaal welzijn en geestelijke gezondheid (Summerfield, 1995; Watters & Derluyn, 2018). Het is bovendien gevaarlijk om interventies op het vlak van psychosociaal welzijn te beperken tot het intrapsychische niveau. Ondanks de voordelen van deze interventies – zoals het bieden van troost en zingeving – kunnen ze de machteloosheid van vluchtelingen om hun situatie te veranderen verder vergroten (Morgan *et al.*, 2017). In extremis kunnen traumamodellen leiden tot verdere stigmatisering van vluchtelingen omdat ze mensen loskoppelen van de context van hun ervaringen en de betekenissen die ze er zelf aan geven (Summerfield, 1999).

Daarom pleiten we voor een ruimere benadering van welzijn in opvangcentra, gericht op het versterken van het psychosociaal welzijn van kinderen en gezinnen in de opvang. In een latere meer specifieke fase van behandeling kan op gepaste wijze plaats gemaakt worden voor traumabehandeling na en/of naast de brede psychosociale benadering. Het is ook belangrijk om te vermelden dat veel

traumatherapeuten die met vluchtelingen werken zich bewust zijn van de tekortkomingen van een eenzijdige traumabehandeling en hier in hun (samen)werking aan tegemoet komen.

In wat volgt schetsen we de belangrijkste kenmerken van een psychosociale benadering en bespreken we hoe opvangmedewerkers vanuit deze benadering problemen bespreekbaar kunnen maken, een gedeelde hulpvraag kunnen formuleren en vervolgens hulp inschakelen die aansluit bij de leefwereld en noden van gezinnen.

## 2 EEN PSYCHOSOCIALE BENADERING VAN WELZIJN

Traumabehandelingen worden de laatste jaren in toenemende mate aangevuld met of uitgedaagd door ruimere psychosociale modellen, die de aandacht vestigen op de materiële en sociale omstandigheden waarin vluchtelingen leven, om zo hun welzijn en geestelijke gezondheid in de postmigratiecontext beter te begrijpen (Allan, 2015; Rasmussen & Annan, 2010; Song & Ventevogel, 2020).

De opkomst van psychosociale modellen dateert van de jaren zeventig en tachtig. Ze hebben hun wortels in de mensenrechtenbewegingen in Latijns-Amerika en Zuid-Afrika (Meyer *et al.*, 2016). Verbannen psychologen en psychiaters ontwikkelden er *community-based* interventies om overlevenden van misbruik en geweld te begeleiden (Miller & Rasmussen, 2010). Daarnaast verschoof de focus in het humanitaire veld van de 'tekorten' van individuen naar het belang van een ondersteunende sociale omgeving voor het omgaan met psychologische uitdagingen (Ager, 1997). Aanvullend op traumagerichte benaderingen, richten psychosociale modellen de aandacht op factoren na de migratie eerder dan traumatische ervaringen uit het verleden.

Men vertrekt daarbij van een breed begrip van welzijn. Een eng begrip van welzijn is gekoppeld aan een individuele gemoedstoestand en gaat uit van de tweedeling tussen ziekte en gezondheid (Lenette, 2011). Een breder begrip van welzijn verwijst naar een evenwicht tussen fysieke, emotionele, psychologische en spirituele tevredenheid. Een dergelijk evenwicht gaat gepaard met lage niveaus van ongemak en een optimale levenskwaliteit. Vanuit deze brede visie gebruikt men soms ook het concept 'welbevinden'. Met welbevinden benadrukt men de subjectieve beleving van de persoon: hoe ervaren mensen hun welzijn? Een recent rapport van Fedasil (2021) over welzijn in de opvang analyseert het welbevinden van de bewoners volgens de tien *capabilities* van Martha Nussbaum.



### WELBEVINDEN DOOR DE BRIL VAN DE TIEN 'CAPABILITIES' VAN NUSSBAUM

(Nederlandstalige beschrijving van de *capabilities* volgens den Braber & Tirions, 2016)

Welke *capabilities* hebben mensen nodig?

1. **Leven:** een leven kunnen leiden volgens een normale levensduur.
2. **Lichamelijke gezondheid:** in staat zijn tot een gezond leven, voortplanting, voedsel, onderdak.
3. **Lichamelijke onschendbaarheid:** zich vrij kunnen bewegen zonder bedreiging van geweld, inclusief vrijwaring van seksueel en huiselijk geweld.
4. **Verbeeldingskracht en denken:** over de mogelijkheden beschikken om de zintuigen te gebruiken, te fantaseren, te denken en te redeneren. Denk ook aan vrijheid van religie, literatuur, muziek, wetenschap.
5. **Gevoelens:** in staat zijn om zich te hechten aan dingen en mensen buiten zichzelf, liefhebben, rouwen, verdriet, beminnen, woede.
6. **Praktische rede:** in staat zijn om ideeën te vormen over het goede en hoe ik mijn leven daarop kan inrichten, denk aan gewetensvrijheid en vrijheid van godsdienstoefening.
7. **Sociale banden:** in staat zijn om met en voor anderen te leven: aangaan van sociale banden, deel uitmaken van een gemeenschap, zelfrespect en eigenwaarde, antidiscriminatie op grond van geslacht, etniciteit, seksualiteit, kaste, religie, nationaliteit.
8. **Andere biologische soorten:** kunnen leven met dieren, planten, de natuur.
9. **Spelen:** kunnen lachen, spelen en recreëren.
10. **Vormgeving van eigen omgeving:** in de mogelijkheid zijn tot politieke, materiële en arbeidsparticipatie.



### TEAMOEFENING

Reflecteer voor elk van de tien *capabilities* over de mate waarin bewoners daarover beschikken. Vertrek daarbij van de volgende richtvragen:

- In welke mate kunnen kinderen en gezinnen [leven/spelen/sociale banden ontwikkelen]?
- Hoe kan men de mogelijkheden van kinderen en gezinnen vergroten binnen de grenzen van de huidige infrastructuur en het beleid?
- Hoe zou dat in een ideale wereld kunnen? Welk soort opvangcentrum biedt de meeste mogelijkheden tot [leven/spelen/sociale banden ontwikkelen]?

Psychosociale benaderingen gaan ervan uit dat naast individuele kenmerken ook de sociale en fysieke omgeving de gezondheid beïnvloedt. In opvangcentra kan de levenskwaliteit van een vluchteling in het gedrang komen door dagelijkse materiële stressfactoren, waaronder slechte infrastructurele omstandigheden (Chiumento

et al., 2020; Fazel et al., 2012). Ook dagelijkse sociale stressfactoren, zoals beperkte toegang tot ondersteuningsmechanismen, scheiding van familieleden en blootstelling aan racisme en discriminatie, dragen bij aan de psychische belasting (Montgomery & Foldspang, 2008). Een sociaal-ecologisch model koppelt deze stressfactoren op het niveau van de opvangcentra aan de bredere sociale en beleidscontext die de asiel- en opvangvoorwaarden regelt. Factoren op individueel niveau zijn immers onlosmakelijk verbonden met de onmiddellijke sociale omgeving en die is op haar beurt verbonden met de bredere culturele en politieke context.

### 3 EEN PSYCHOSOCIALE BENADERING IN DE PRAKTIJK VAN DE OPVANG

Hoe werk je nu vanuit een psychosociale benadering in de dagelijkse praktijk van opvangcentra? Hoe kan je de voorwaarden scheppen zodat kinderen en gezinnen zich veilig voelen om over geestelijke gezondheid te praten? Hoe kom je tot een gedeelde hulpvraag vanuit een niet altijd leesbare hulpvraag? Hoe kan je doorverwijzen en tot slot hoe kun je inzetten op psychosociaal welzijn in het centrum?

#### 3.1 DE VOORWAARDEN VOOR EEN GESPREK OVER GEESTELIJKE GEZONDHEID

Wanneer een gezinlid kampt met psychologische problemen, dan kan dat zich op allerlei manieren manifesteren in het dagelijkse leven in een centrum. Psychologische problemen kunnen tot uiting komen in incidenten, grensoverschrijdend gedrag of problematische gezinsdynamieken (hoofdstuk 4 en 5). Maar voordat er problematische situaties plaatsvinden kunnen signalen de aandacht trekken (hoofdstuk 6). Traumatische ervaringen sijpelen overal in het centrum door: in de gemeenschappelijke ruimtes, in de activiteiten en in de menselijke en gezinsbanden.

*“Wat ik moeilijk vind is als kinderen tijdens een activiteit last hebben, [...] dat ze tijdens een activiteit een opstoot krijgen van hun trauma of wat er gebeurd is. Wij hebben een paar keer gehad dat kinderen soms agressief worden en dat die op dat moment niet aanspreekbaar zijn... dat er voor psychosociale reden ineens zo iets, een situatie voorkomt waarin ze agressief zijn naar andere kinderen en zelfs naar begeleiders soms. [...] Hoe je dan op die moment best kan reageren? Ik denk dat dat iets is wat ik in de toekomst graag nog zou willen leren.”*

– Hulpverlener

Het is voor opvangmedewerkers niet altijd makkelijk om te weten of en hoe men moet reageren bij dergelijke situaties, of hoe men vervolgens het gesprek kan

aangaan over de psychologische moeilijkheden. Ze krijgen weinig tot geen vorming rond deze thema's. Opvangmedewerkers zijn ook geen therapeuten of psychologen. Wel is het belangrijk om noden en hulpvragen te leren identificeren en eventueel door te verwijzen.

Wanneer men moet reageren in crisissituaties, geldt opnieuw het principe "first regulate, then relate, then reason" (zie hoofdstuk 6). Eerst kunnen opvangmedewerkers het kind of andere bewoners ondersteunen bij de emotieregulatie. Daarna kan men inzetten op de relationele verbinding. Pas daarna komt er eventueel ruimte voor gesprekken over de psychologische moeilijkheden en de pistes ter ondersteuning of hulp. Een medewerker illustreert hoe belangrijk het kan zijn om ruimte te bieden om te praten, en om zich luisterbereid op te stellen.

*"Veel praten en veel luisteren. Heel veel luisteren. [...] Zeker zo in een situatie kan je weinig oplossing bieden, want je hebt zelf geen vat op wie dat er uw centrum binnenkomt en welke trauma's of welke problematiek die mensen hebben. Maar ik merk wel dat heel veel luisteren en toch proberen om wel oplossingsgericht te denken... Als mensen zien dat je moeite doet, dan krijg je al heel veel respect terug, vind ik, en dan is dat veel leuker dan dat je tegen een boom, of dat je die eufkes laat spreken en dat je dan gewoon zegt van: 'Sorry maat, maar dat is het leven hier. Deal with it'. Dan heb je die niet geholpen. Als die zo zelf zo een oplossing aanreiken van: 'Dat zou kunnen gebeuren' en je denkt daar samen luidop over na of je zegt van: 'Ik zal het eens afchecken bij de manager' of zo, [...] dan voelt dat voor bewoners ook veel harder aan als in: 'Ik ben gehoord en er wordt geluisterd naar mij'. Ook al 9 van de 10 brengt dat dan niets op en gebeurt er waarschijnlijk niets om dat te veranderen, maar dan toch hebben die het gevoel dat ze dat toch eufkes, ja, dat ze ertoe doen, dat er wordt geluisterd."*

*– Hulpverlener*

Bij een divers-sensitieve gespreksvoering probeert men rekening te houden met cultureel specifieke betekenisystemen die vluchtelingengezinnen uit verschillende herkomstlanden en culturele groeperingen gebruiken om psychische nood te verklaren en erop te reageren. Sommigen hanteren ook heel andere verklaringssystemen voor psychische klachten, zoals bezetenheid of boze geesten (djinn, het boze oog). Men legt de oorzaak dan bij een 'hogere macht' en niet bij traumatische ervaringen. In sommige gemeenschappen leeft het idee dat mensen met psychische klachten gek zijn en worden ze buitengesloten. In dat geval zullen mensen het label 'psychisch' het koste wat het kost willen vermijden en kan het bezoeken van een psycholoog zeer gevoelig liggen. Onderzoek benadrukt het belang om verschillende culturele interpretaties van gezondheid en ziekte te erkennen (Colucci et al., 2015).

Vaak vormt mentale gezondheid een taboe voor kinderen en gezinnen. Geestelijke gezondheid is voor velen, ook zonder vluchtparcours, een gevoelig onderwerp. Angsten voor uitsluiting, oordelen en schaamtegevoelens kunnen hier meespelen.

Het is evenmin eenvoudig om gevoelens en belevingen onder woorden te brengen, al zeker niet in een andere taal. Daarnaast is de vraag of de tussenperiode waarin gezinnen zich in de opvang bevinden wel het 'goede' moment is om traumatische ervaringen bespreekbaar te maken. Een andere vraag is of de bestaande (vaak talige) aanpakken daarvoor het meest geschikt zijn. Indien daar twijfels rond bestaan is het belangrijk dat als team te bespreken en eventueel raad in te winnen bij een psycholoog of psychiater.

*"Ze zitten ook met de vraag, ga je ook een psycholoog bijvoorbeeld inzetten nu, in deze periode. Ze zijn eigenlijk nog aan het wachten op een beslissing. Gaat een psycholoog die pot vol trauma's openmaken met eigenlijk ook de onzekerheid van misschien is die volgende week weg, misschien krijgt die een negatief."*

*– Hulpverlener*

### 3.2 DIRECTE EN INDIRECTE HULPVVRAGEN HERKENNEN

Het is niet altijd vanzelfsprekend om psychosociale hulpvragen van bewoners te herkennen. Gezinsleden formuleren de nood aan psychosociale steun op verschillende wijzen. Sommige ouders zoeken hulp omdat kinderen slecht slapen, nachtmerries hebben, bedplassen of moeilijk gedrag vertonen. In de interviews vertelden opvangmedewerkers dat ze soms niet goed weten hoe om te gaan met dergelijke klachten. In bepaalde culturele groepen is het gebruikelijker om psychische klachten op somatische manieren uit te drukken. Mensen klagen dan bijvoorbeeld over buikpijn, hoofdpijn of maagpijn; ook voor kinderen is dat gebruikelijk. Verschillende ouders gaven aan dat ze zich niet serieus genomen voelden wanneer ze daarop als reactie kregen: "Neem maar een aspirine of drink water".

Psychosomatische klachten kunnen een aanknopingspunt zijn om psychosociale ondersteuning op te starten, maar dat is allesbehalve eenvoudig. Opvangmedewerkers en ouders hebben dan ook regelmatig het gevoel dat ze situaties 'moeten' laten escaleren voordat een aanvraag tot of nood aan begeleiding wordt opgepikt.

*R: "Twee keer heeft mijn dochter zelfmoord willen plegen. Eén keer heeft zichzelf neergestoken. [...] Twee politiemannen zijn daarvoor gekomen. En tweede keer heeft ze geprobeerd om uit het raam te springen. Maar nu is het beter."*

*I: "Weet jij wat voor jouw dochter zo de redenen zijn waarom het voor haar zo zwaar is?"*

*R: "We zijn gevlucht door problemen. We zijn gevlucht en onderweg hebben wij echt psychische problemen gekregen. Op een gegeven moment voelden wij ons niet lekker. Dat kwam door omstandigheden, ons traject naar hier. We zijn gevlucht van Palestina naar Griekenland. Overal waar we zijn gepasseerd. Onze toestand hier dat kan ervoor zorgen dat wij ons niet lekker voelen. Ik zoek een psychiater voor mijn klein zoontje."*

*– Alleenstaande moeder, uit Palestina, 2 kinderen*

Meerdere ouders die we interviewden hadden een hulpvraag voor psychologische ondersteuning van hun kind(eren). Voor sommige ouders ging de erkenning van de moeilijkheden van hun kinderen en van de nood aan externe hulp gepaard met gevoelens van onmacht en van verlies van de ouderrol.

*“Ik denk dat ouders vaak zelf de tools niet hebben om dat op te vangen bij hun eigen kinderen. Voor veel ouders is de situatie waarin zij nu verkeren ook nieuw. Het is niet dat ze dat ooit al eens meegemaakt hebben, daar lessen kunnen uit trekken die ze kunnen doorgeven aan hun kinderen. (...) Ik denk dat zij als ouder ook wel zien dat hun kinderen daaronder lijden, maar dat ze misschien niet de juiste vaardigheden hebben of weten hoe dat ze dat kunnen opvangen bij hun eigen kinderen. Ik weet dat er een aantal ouders zijn die daarvoor in begeleiding zijn, specifiek over ‘Hoe neem ik die rol als ouder op in België? Hoe spreek ik daarover met mijn kinderen?’ want dat is gewoon niet evident.”*

*– Hulpverlener*

Soms vragen kinderen zelf om hulp, maar hun hulpvraag is niet altijd dezelfde als die van hun ouders. In sommige gevallen kan de nood aan ondersteuning van het kind er ook voor zorgen dat de ouder(s) zelf meer openstaan voor psychologische ondersteuning.

*R: “Ik heb ook een psycholoog. Ik heb Congolese vrienden en we zien elkaar. We hebben dezelfde zaken meegemaakt. We proberen te praten over de dingen die ons dwarszitten. We helpen elkaar ook.”*

*I: “Was het makkelijk of moeilijk voor u om ermee in te stemmen om naar een psycholoog te gaan?”*

*R: “Voordien wist ik niet echt hoe belangrijk het voor me zou zijn. In het begin moest ik met mijn dochter mee naar haar sessies. En toen realiseerde ik me dat er dingen waren die ik ook zou willen delen. Aangezien ze me dit al een tijd geleden hadden aangeboden, heb ik het aanbod aangenomen.”*

*– Alleenstaande moeder, uit RD Congo, 3 kinderen*

Tot een gedeelde hulpvraag komen, is dikwijls een uitdaging. Opvangmedewerkers moeten noties hebben van andere mogelijke verklaringsmodellen die gezinnen kunnen hanteren. Ze moeten hun eigen opvattingen kunnen parkeren om bewoners vanuit een nieuwsgierige en niet-oordelende wijze te benaderen. Dat vraagt ook om een zelfbewustzijn en zelfreflectie over het eigen persoonlijke, familiale en culturele referentiekader (Lecoyer & Oizaz, 2022).





### TIPS OM GEESTELIJKE GEZONDHEID BESPREEKBAAR(ER) TE MAKEN

- Bouw aan vertrouwensbanden. Dat vergt tijd en regelmatige informele contactmomenten. Probeer mensen aan te spreken met termen die voor hen aanvaardbaar zijn: 'stress', 'zorgen', 'slecht slapen', 'veel denken', 'een vol hoofd'.
- Benoem dat je weet dat het lastig is om het over gevoelige onderwerpen te spreken.
- Vertel dat je weet dat veel mensen die op de vlucht zijn moeten gaan, psychische klachten hebben en dat dit normaal is, door wat ze hebben meegeemaakt. Het eerst hebben over anderen kan veiliger aanvoelen.
- Vraag op niet-oordelende wijze naar de overtuigingen van het kind en de ouder hoe zijzelf de symptomen, klachten of moeilijkheden verklaren.
- Werk samen met een gevormde tolk of culturele bemiddelaar om taalbarrières te overbruggen.
- Vraag het kind en de ouder welke ondersteuning voor hen gewenst is. Wat denken ze dat kan helpen en door wie? Indien je eigen inschatting verschilt van die van de ouders of het kind, breng dan je eigen inschatting voorzichtig in en maak ruimte voor wat het kind en de ouders daarvan vinden. Wees zelf bereid om je idee te herzien.
- Indien het gezin(slid) dat wenst, kan het helpen om mee te gaan naar een eerste gesprek met de huisarts, een psycholoog of psychiater, om zo vertrouwen door te geven.
- Moedig bewoners aan om momenten te creëren waar ze hun gedachten een beetje kunnen verzetten.
- Indien gezinnen hulp weigeren, reageer dan begripvol. Leg nog eens uit waarom je dacht dat een bepaalde vorm van hulp of ondersteuning kon helpen om zich beter te voelen. Na een tijdje kan het interessant zijn om de ondersteuning opnieuw, op een vrijblijvende manier, voor te stellen.

Geïnspireerd op Pharos (2019).

## 3.3 EFFECTIEF DOORVERWIJZEN, OF NET NIET?

Niet alles is in een opvangcentrum op te vangen. Soms moeten opvangmedewerkers bewoners doorverwijzen. Dat is niet altijd vanzelfsprekend. Een belangrijke drempel is de verplichting om de hulpvraag vaak, en aan verschillende personen te herhalen vooraleer men mensen kan doorverwijzen.

*"Maar soms [...] denken we dat het goed is dat hij naar een psycholoog zou gaan. Dus stel dat we dat dan beslissen, dan moet de individuele begeleider eigenlijk de bewoner doorsturen naar het medische uur, en dan moet hij eigenlijk vertellen wat het probleem is en de nood voor een psycholoog bespreken. En dan wordt die doorgestuurd naar de dokter. En als dan de centrumarts dat toestaat, dan schrijft hij een doorverwijzing. Met die doorverwijzing kunnen we eigenlijk drie maanden psychologische ondersteuning aanbieden en dan ga ik eigenlijk contact opnemen met de psycholoog voor een afspraak. Wij hebben een paar vaste psychologen waar we mee samenwerken, omdat niet alle psychologen daarvoor open staan om met de doelgroep te werken en zeker ook niet met een tolk."*

– Hulpverlener

Het veelvuldig moeten herhalen van moeilijkheden is oncomfortabel – en in extreme gevallen zelfs hertraumatiserend – voor kinderen of hun ouders. Het geeft minstens het gevoel dat men zich moet verantwoorden om in aanmerking te komen voor externe hulp. De beperkte toewijzing in tijd vormt ook een drempel. Het kan stresserend zijn voor zowel de bewoner als de hulpverlener/psycholoog die het gevoel krijgen dat ze moeten bewijzen dat de begeleiding een effect heeft. Bovendien zijn er nog heel wat externe drempels.

*“Ze moeten een doorverwijzing hebben, we moeten kijken in ons netwerk, een matching maken, want elke psycholoog waarmee wij werken, legt andere accenten. Dus dan moeten wij al weten welk accent is hier echt belangrijk, moeten wij een matching maken. Moeten wij vragen: ‘Heeft u ruimte voor nieuwe begeleidingen? Zo ja, wanneer volgt het? Is er een tolk nodig?’ Voor sommige talen vinden wij amper tolken. Dus er zijn wel veel drempels die we over moeten vooraleer iemand kan starten.*

*We hebben bijvoorbeeld een situatie gehad nu, op dit moment, met iemand die eigenlijk al sinds begin juli vraagt achter psychologische begeleiding, waar wij ook volledig achter staan. Die doorverwijzing is gebeurd. Maar dan de eerste weken vonden wij geen psycholoog die ruimte had. Nu we iemand hebben die ruimte heeft, vinden we geen tolk. Dus die man is nu al twee, bijna drie maanden aan het wachten om op te starten. Puur door praktische zaken. En ik denk dat dit soms moeilijk is voor de bewoners om daar zicht op te hebben. Want we krijgen ook wel vaak van: ‘Waarom duurt dat allemaal zo lang?’ En wij proberen dat uit te leggen. Maar ze zien dat niet altijd. Ze hebben vaak de indruk dat we het niet willen, terwijl dat dat absoluut niet zo is.”*

– Hulpverlener

Een aantal drempels die vaak werden vermeld zijn de lange – en voor jeugdpsychiatrie extreem lange – wachtlijsten, en de weerstand om met de doelgroep en/of met tolken te werken. Omdat doorverwijzen vaak niet lukt of ontzettend lang duurt, kiest men in de tussentijd geregeld voor medicamenteuze ondersteuning. Verschillende hulpverleners stelden zich vragen bij het (veelvuldig) voorschrijven van psychofarmaca.

*“Het overgemedicaliseerde, dat is ook iets dat mij, dat zei ik daarstraks al, dat mij ontzettend raakt. Ik denk dat er bewoners zijn die verslaafd worden aan medicatie in de asielcentra.”*

– Verpleegster

Opvangmedewerkers kunnen al deze drempels niet wegwerken of compenseren. Wel kunnen ze zo open en empathisch mogelijk het gesprek aangaan. Voorbereid zijn betekent ook beschikken over een duidelijke en geactualiseerde sociale kaart, externen sensibiliseren over de noden van de doelgroep, warm doorverwijzen en actief proberen om interne en externe drempels weg te werken. Dat alles behoort wel tot de actiemogelijkheden van opvangmedewerkers. Ook kan men

in de dagelijkse werking inzetten op het versterken van een breed psychosociaal welzijn en van de veerkrachtige handelingen en houdingen van gezinsleden (Groeninck *et al.*, 2019).



#### DOORVERWIJZEN, HOE DOEN WE DAT?

Bespreek op een teamvergadering hoe doorverwijzingen praktisch verlopen.

- Welke interne en externe procedures moet men doorlopen om effectief toegang te krijgen tot een doorverwijzing?
- Zijn er interne drempels? Hoe kan men die verkleinen of wegwerken?
- Zijn er drempels op het vlak van attitude, bij de medewerkers (op elk van de geledingen), bij de bewoners?
- Wat is nodig om gerichter te kunnen doorverwijzen wanneer nodig?

### 3.4 INZETTEN OP PSYCHOSOCIAAL WELZIJN

Voorwaarden creëren om te kunnen spreken over psychosociale moeilijkheden, gedeelde hulpvragen formuleren en doorverwijzen waar nodig zijn cruciale bouwstenen voor laagdrempelige ondersteuning van het psychosociale welzijn en de geestelijke gezondheid van gezinnen.

Daarbij blijft het belangrijk om preventief te werken op het vlak van geestelijke gezondheidszorg. Dat behelst inzetten op een conviviaal leefklimaat, met aandacht voor en ondersteuning van gezinsrelaties (zie hoofdstuk 6). De impact van ouders op kinderen kan moeilijk overschat worden: hun beschikbaarheid, responsiviteit en psychologische gezondheid werkt door op kinderen. Opvangcentra kunnen ouders op vele manieren ondersteunen. Het aanbieden van vormen van kinderopvang of het organiseren van initiatieven om positieve relaties tussen ouders en hun kinderen te bevorderen kunnen van cruciaal belang zijn (El Khani *et al.*, 2016).

Belangrijk is ook dat opvangmedewerkers de veerkracht van kinderen en ouders (h)erkennen. Vele vluchteling gezinnen bezitten vaardigheden in het mobiliseren van individuele en sociale hulpbronnen en ondersteuningsmechanismen die hun psychosociale welzijn in hun nieuwe omgeving verbeteren (El-Bialy en Mulay, 2015; Groeninck *et al.*, 2020; Hawkes *et al.*, 2021; McFarlane *et al.*, 2011; Ogbu *et al.*, 2014; Van Acker *et al.*, 2022). Die veerkrachtige handelingen en houdingen van gezinsleden (h)erkennen en ze zo veel mogelijk ondersteunen, is essentieel voor een krachtgerichte kijk op gezinnen.



### OOG HEBBEN VOOR VEERKRACHTIGE HANDELINGEN VAN VLUCHTELINGEGEZINNEN

In het onderzoek *Veerkracht in beweging. Dynamieken van vluchtelinggezinnen versterken* vinden we negen verschillende vormen van veerkrachtige handelingen die opvangmedewerkers kunnen (h)erkennen, mee ondersteunen en waarvoor ze randvoorwaarden kunnen scheppen om ze tot hun kracht te laten komen (Groeninck *et al.*, 2019; Van Acker *et al.*, 2022).

1. **Hoop behouden.** Actief een positieve ingesteldheid nastreven en in stand trachten te houden. De pogingen die men doet om optimistisch, ondernemend en hoopvol te denken met en voor elkaar.
2. **Veerkracht in verzet.** Verzet bieden tegen structuren en hegemonische normen; vormen van opkomen voor zichzelf en actief omgaan met en onderhandelen van de heersende kaders.
3. **Leefbaarheid creëren.** Het mogelijke doen binnen een kader waarin men grotendeels overgeleverd is aan de beslissingen en controle van de ander. Dat kan gaan over het herinstalleren van vroeger gekende ontspanningsactiviteiten of gebruikmaken van het nieuwe aanbod, maar ook de capaciteit van gezinnen om leefbaarheid te creëren in een nieuwe context met het oog op nieuwe uitdagingen, gebruikmakend van oude en nieuwe kennis, indrukken, relaties of inzichten.
4. **Opdoen van nieuwe kennis en ervaring.** Actief op zoek gaan naar informatie binnen en buiten het centrum en bij ander(en) om greep te krijgen op de gang van zaken. Inzicht en daardoor ook controle verwerven.
5. **Zwijgen of delen om te helen.** Zoeken naar een balans tussen zwijgen en delen om binnen het gezin "ondraaglijke draaglijk te houden" en "te zorgen voor elkaar".
6. **Zorgen voor elkaar als gezinsleden.** Samen zijn en zorgen voor elkaar in en door moeilijke omstandigheden.
7. **Netwerken.** Het uitbouwen en onderhouden van sociale relaties en uitgebreidere netwerken. Sociale steun kan de vorm aannemen van emotionele ondersteuning, maar ook van samenwerken aan een gedeeld doel, iets oprichten enzovoort. Specifiek voor kinderen het onderhouden van een vertrouwensrelatie met een of meer invloedrijke volwassenen uit hun omgeving, zoals leerkrachten, sociaal assistenten of volwassenen uit bevriende families.
8. **Gebruikmaken van integrale hulp.** Hulpbronnen verkrijgen alsook de ondersteuning die gezinsleden nodig hebben in het omgaan met deze kwetsbaarheden. Daarnaast gaat het ook over het onderhandelen over de manier waarop hulp aangeboden wordt.
9. **Twee werelden samenbrengen.** Erin slagen om zaken uit het land van herkomst en het land van aankomst met elkaar te verbinden, te verzoenen of op elkaar af te stemmen.



#### TEAMOEFENING

Reflecteer in het team over de mate van (h)erkenning en ondersteuning van veerkrachtige handelingen van bewoners in het opvangcentrum.

- › Denk na over een recent voorbeeld van een veerkrachtige handeling of houding van een gezin in het centrum. Waarom zag je daar veerkracht?
- › Hoe kan men dergelijke handelingen/houdingen meer mogelijk maken of versterken?
- › Welk veerkrachtig gedrag van gezinsleden is lastig voor opvangmedewerkers? Waarom? Hoe kunnen medewerkers en gezinnen bondgenoten worden?

## 4 KINDEREN EN OUDERS PSYCHOSOCIAAL ONDERSTEUNEN

---

Langdurig leven in een collectieve opvangstructuur zet het welzijn van kinderen en gezinnen onder druk. Om kinderen in collectieve asielopvang maximale kansen te geven, is het cruciaal dat opvangmedewerkers in hun dagelijkse begeleiding het psychosociaal welzijn van kinderen en gezinnen op verschillende manieren ondersteunen. We pleiten ervoor om dat te doen vanuit een brede psychosociale benadering, die niet beperkt is tot trauma en niet alleen kijkt naar de stressoren voor en tijdens de vlucht, maar minstens evenveel aandacht schenkt aan de stressoren die aanwezig zijn in het hier en nu.

Veel postmigratiestressoren, zoals de asielprocedure en de infrastructuur, vallen buiten de controle en bevoegdheid van opvangmedewerkers. Ze kunnen die niet ingrijpend veranderen, maar ze kunnen er wel op een divers-sensitieve manier over in gesprek gaan met gezinnen en luisteren naar wat voor hen zwaar is en hoe zij zelf betekenis geven aan de moeilijkheden. Opvangmedewerkers kunnen inpikken op signalen dat het met de kinderen en/of de ouders niet zo goed gaat. Ze kunnen samenwerken met gezinnen aan een gedeelde hulpvraag of werk maken van een gerichte en warme doorverwijzing.

Dat vraagt van opvangmedewerkers dat ze aan de slag kunnen en durven gaan met bestaande drempels en taboes rond geestelijke gezondheid. Het betekent aan de slag gaan met bewoners, maar ook kritisch durven te kijken naar interne drempels en procedures die ertoe kunnen leiden dat de bewoners niet de gepaste zorg krijgen. De externe drempels in de vorm van wachtlijsten en weerstand om met de doelgroep en tolken te werken zijn zeer consequent en hardnekkig.

Opgangmedewerkers kunnen deze externe drempels niet wegnemen. Wel kunnen ze proberen om gezinnen zo warm mogelijk proberen te verbinden met externe diensten en ze kunnen proberen om andere actoren te sensibiliseren over de noden van kinderen en ouders in de opvang.

Daarbij betekent psychosociaal welzijn ondersteunen ook een luisterend oor bieden en de veerkrachtige handelingen en houdingen die kinderen en hun ouders dagelijks stellen in al hun vormen (h)erkennen en ondersteunen.