



**Hoge  
Gezondheidsraad**

**PSYCHOLOGISCHE  
KWETSBAARHEIDSFACTOREN EN  
HERSTELFACTOREN BIJ PERSONEN  
DIE OM INTERNATIONALE  
BESCHERMING VERZOEKEN**

**SEPTEMBER 2024  
HGR NR. 9744**



**.be**

## **COPYRIGHT**

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

### **Hoge Gezondheidsraad**

Galileelaan 5 bus 2  
B-1210 Brussel

Tel: 02/524 97 97

E-mail: [info.hgr-css@health.fgov.be](mailto:info.hgr-css@health.fgov.be)

Auteursrechten voorbehouden.

U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:

Hoge Gezondheidsraad. Psychologische kwetsbaarheidsfactoren en herstelfactoren bij personen die om internationale bescherming verzoeken. Brussel: HGR; 2024. Advies nr. 9744.

De integrale versie van dit advies kan gedownload worden van de website: [www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)

Deze publicatie mag niet worden verkocht.



## ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9744

### Psychologische kwetsbaarheidsfactoren en herstelfactoren bij personen die om internationale bescherming verzoeken

This report aims at providing public health policy-makers, the authorities responsible for examining asylum applications, the authorities responsible for accommodation, and the carers of this population with specific recommendations on mental health of people seeking international protection.

Versie gevalideerd op het College van  
5 juni - 2024<sup>1</sup>

#### SAMENVATTING

Vanwege diverse stressfactoren vóór, tijdens en na migratie lopen verzoekers van internationale bescherming (VIB) een aanzienlijk risico op geestelijke gezondheidsproblemen. De kwetsbaarheden, die reeds aanwezig zijn bij aankomst, kunnen in stand worden gehouden of zelfs worden verergerd door de procedures voor het verkrijgen van een verblijfsvergunning en de levensomstandigheden in het gastland. De geestelijke gezondheid van VIB baart ook de World Health Organisation (WHO) zorgen. De prevalentie van posttraumatische stressstoornis, angst- en depressieve stoornissen ligt hoger in deze groep dan in de algemene bevolking. Daarenboven lopen niet-begeleide minderjarigen (minderjarigen die zonder ouders migreren) een specifiek verhoogd risico op het meemaken van ernstige traumatische gebeurtenissen.

Eenmaal aangekomen in het gastland krijgen VIB niet alleen vaak te maken met racisme, discriminatie en sociaal isolement, maar ook met een aantal kwetsbaarheidsfactoren die specifiek zijn voor de **procedure voor verzoek om internationale bescherming**.

Om verschillende redenen, duren procedures tot verzoek om internationale bescherming steeds langer en tijd speelt een doorslaggevende rol bij het ontstaan, blijven bestaan of verergeren van kwetsbaarheden. Deze wachttijd maakt het voor VIB onmogelijk om vooruit te plannen of om een perspectief te hebben, gezien het niet duidelijk is of ze al dan niet in het land mogen blijven en wanneer deze beslissing zal vallen.

De manier waarop de procedure wordt uitgevoerd heeft ook een impact op het psychosociaal welzijn, vooral door het gebrek aan informatie. VIB worden niet altijd voldoende geïnformeerd over de juridische context en de verschillende fasen van de procedure voor internationale bescherming, wat hen ertoe brengt soms ook te vertrouwen op (dikwijls onvolledige en/of onjuiste) informatie die ze via informele kanalen ontvangen. Dit kan stress veroorzaken en gevoelens van machteloosheid versterken.

Aangezien het asielrecht voorziet dat de VIB zijn aanvraag om internationale bescherming zelf rechtvaardigt, kan dit leiden tot een permanente vrees om bepaalde elementen van gebeurtenissen te vergeten en om niet serieus genomen te worden. Het voortdurend moeten

<sup>1</sup> De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

vertellen van persoonlijke verhalen, maakt het risico op kwetsbaarheid groter. De omstandigheden van het interview zelf (bv. de duur ervan) kunnen vormen bovendien een andere belangrijke stressfactor voor de VIB.

Dit psychisch lijden kan op zijn beurt een directe impact op de procedure voor internationale bescherming hebben, en in het bijzonder op het vermogen om te getuigen, aangezien bepaalde psychische problemen (en ook schaamte en angst) een impact kunnen hebben op het geheugen en daarmee op het vermogen om ervaringen te delen.

Het verblijf in **collectieve opvangcentra** kan ook een impact hebben op het welzijn van de bewoners, vooral door een gebrek aan fysieke en psychologische veiligheid (verlies van sociale identiteit, ontgoocheling), autonomie (gevoel afhankelijkheid te zijn van het personeel, strikte regels, rigide tijdsindeling), verbinding (spanningen tussen bewoners in collectieve centra, moeilijkheden om nieuwe banden aan te knopen in de gemeenschap) en ruimte om tot rust te komen (samenwonen, te weinig ruimtes die privacy toelaten en het welzijn bevorderen). Het leven in een centrum bemoeilijkt vooral het gezinsleven en de opvoeding (verlies van ouderlijk gezag en gevoelens van machteloosheid tegenover gevaren voor kinderen die inherent zijn aan het leven in een centrum, gebrek aan privacy en vrijetijdruimten, vaak gebrek aan ruimte waar kinderen huiswerk kunnen maken, enz.). Andere groepen, zoals vrouwen, LGBTQIA+ en jonge kinderen lopen ook een bijzonder risico in deze contexten.

Om behandeling van psychische problemen mogelijk te maken, is tijdige **toegang tot gepaste zorg** noodzakelijk. Ondanks verschillende rapporten die in België over dit onderwerp gepubliceerd werden, blijft voor deze doelgroep de toegang tot gezondheidszorg problematisch, in het bijzonder de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg. Systematisch onderzoek heeft verschillende barrières bij deze toegang tot gezondheidszorg geïdentificeerd:

- Gebrek aan kennis (bij VIB en zorgverleners) over het recht op gezondheidszorg of de procedures om toegang te krijgen.
- Taal- en communicatieproblemen: werken met professionele tolken in de zorg faciliteert uiteraard de communicatie en toch is het gebruik van tolken nog steeds erg beperkt. Het inzetten van familieleden of andere bewoners als tolk wordt in deze context niet aanbevolen (o.m. omwille van vertrouwelijkheid, vrijheid van meningsuiting en tolkproblemen).
- Culturele factoren (verschillende opvattingen over geestelijke gezondheid(zorg)).
- Verwachtingen ten aanzien van geestelijke gezondheidszorg of verschillen in behandelmethoden. VIB kunnen bijvoorbeeld geneigd zijn te geloven dat het hun persoonlijke verantwoordelijkheid is om met stressfactoren om te gaan; en als ze hulp zoeken, zal die vaker van informele bronnen komen (familie, vrienden, religieuze leiders, ...).
- Gebrek aan vertrouwen in overheidsinstanties (onbekenden niet in vertrouwen willen nemen of gevoelige informatie willen delen), met name vanwege het gebrek aan informatie (met betrekking tot het beroepsgeheim, de scheiding der machten, enz.), vrees voor discriminatie.
- Praktische moeilijkheden (vervoer, kinderopvang) en structurele moeilijkheden (moeilijkheden om toegang te krijgen tot reguliere gezondheidsdiensten, wachtlijsten, administratieve vereisten, gebrek aan gespecialiseerde diensten en opgeleide professionals).

De overheden die verantwoordelijk zijn voor het beoordelen van het verzoek tot internationale bescherming moeten rekening houden met de kwetsbaarheid van deze verzoekers en mechanismen implementeren om deze kwetsbaarheden te identificeren en verzoekers tijdens de gehele procedure de juiste ondersteuning te bieden. Op basis van een analyse van de literatuur en hoorzittingen met deskundigen en belanghebbenden heeft de HGR echter tekortkomingen vastgesteld in de uitvoering van deze maatregelen.

Dit psychologisch lijden en de moeilijkheden om toegang te krijgen tot gepaste zorg zullen ook een impact hebben op het vermogen van de VIB om deel te nemen aan en zich te integreren in de samenleving van het gastland. Aangezien alle aanvragers van internationale bescherming kans maken om Belgische burgers te worden, is investeren in hun mentale gezondheid vanaf het moment dat ze in België aankomen een belangrijke voorwaarde voor hun toekomstige integratie in en participatie aan de Belgische samenleving. Het uitblijven van de nodige acties zal aanzienlijke kosten voor de samenleving met zich meebrengen (zoals onder meer een hoger gebruik van gezondheidszorgdiensten en een verminderde deelname aan economische activiteiten).

De HGR beveelt de Europese en Belgische overheden daarom aan om **veilige migratietrajecten** aan te bieden en om beleidsmaatregelen ter bestrijding van racisme te **implementeren, net als programma's die participatie en diversiteit bevorderen en discriminatie verminderen**.

De HGR formuleert eveneens specifieke aanbevelingen aan de verschillende federale overheden en gefedereerde entiteiten:

- Overheden die verantwoordelijk zijn voor de opvang: ervoor zorgen dat **elke VIB bij aankomst in België een huisvesting krijgt die een menswaardig bestaan garandeert** en die voldoet aan de minimale opvangnormen (van Fedasil sinds 2018), en in het bijzonder aan de volgende voorwaarden:
  - o Opvang op maat, gebaseerd op een evaluatie van de behoeften,
  - o Zorgen voor een gevoel van veiligheid in de centra,
  - o Het bevorderen van privacy, autonomie, verbinding (met familie, binnen het centrum en met de lokale gemeenschap) en toekomstperspectief,
  - o Ervoor zorgen dat psychosociale ondersteuning beschikbaar is,
  - o Ervoor zorgen dat basisinformatie over het affectieve, seksuele en relationele leven beschikbaar is,
  - o Bijzondere aandacht besteden aan zwangere vrouwen, ouders met baby's, kinderen en jongeren.

Het personeel van de opvangcentra de nodige middelen en hulpbronnen verschaffen:

- o Zorgen voor meer personeel in opvangcentra (met name in de sociale en medische diensten),
- o de mogelijkheden onderzoeken om lotgenoten en ervaringsdeskundigen te incorporeren,
- o vaardigheden en expertise optimaal benutten,
- o de toegang tot voortgezette opleidingen bevorderen, met name met betrekking tot algemene voorlichting over psychopathologie (bij infants, (jonge) kinderen, adolescenten en volwassenen) en tot specifieke opleidingen (o.a. over culturele invloeden op de geestelijke gezondheid, de invloed van de ervaring van migratie en van de context van het gastland op de geestelijke gezondheid in alle leeftijdsfasen, trauma, veerkracht-en copingfactoren bij stress en crisissen, enz).

- Autoriteiten verantwoordelijk voor de procedures (Dienst Vreemdelingenzaken, Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen - DVZ, CGVS):
  - o De **aanwezigheid van de advocaat en/of een vertrouwenspersoon** (gekozen door de persoon) toestaan **zodra het verzoek tot internationale bescherming ingediend is bij de Dienst Vreemdelingenzaken;**
  - o personen die internationale bescherming aanvragen, correct **informer** over de inhoud, de methode en de timing van de aanvraagprocedure;
  - o naleving van **wettelijke termijnen** voor beslissingen;
  - o **de verwachtingen** met betrekking tot de ingediende medische en psychologische documenten **verduidelijken;**
  - o meer **rekening houden met de kwetsbaarheden** tijdens de procedure in het algemeen en tijdens het persoonlijke interview in het bijzonder;
  - o zorgen voor **opleidingen van tolken** (in GGZ en specifieke moeilijkheden gelinkt aan verzoek tot internationale bescherming) en toezicht houden op de kwaliteit van hun diensten.
  
- Overheden bevoegd voor gezondheid:
  - o Iedereen, ongeacht zijn administratieve status, het recht op gezondheid en toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidsdiensten garanderen.
  - o De zorgbehoeften van VIB integreren
    - in de bestaande diensten om toegang tot kwaliteitsvolle geestelijke en somatische gezondheidszorg te garanderen,
    - in het (nieuwe) gezondheidsbeleid van de federale en gefedereerde entiteiten,
    - in het preventie- en gezondheidsbevorderingsbeleid van de Gemeenschappen (met name op scholen).
  - o Het huidige aanbod van interculturele bemiddeling en tolken versterken:
    - Het aanbod van diensten uitbreiden en de (gratis) toegang ertoe verbeteren voor alle zorgverleners die er gebruik van willen maken.
    - Ervoor zorgen dat deze tolken voldoende worden gevormd op het gebied van geestelijke gezondheid en de specifieke problemen van mensen die internationale bescherming aanvragen.
    - De kwaliteit van de diensten bewaken.
  - o Multidisciplinaire ondersteuning en samenwerking tussen professionals aanmoedigen.
  - o Transdisciplinaire werken met het betrekken van ervaringsdeskundigen (cf voorkeur voor informele netwerk) aanmoedigen

Tot slot doet de HGR aanbevelingen voor professionals in de gezondheidszorg; de HGR richt zich daarbij tot:

- Zorgverleners: zich openstellen voor het werken met VIB en de **nodige vaardigheden verwerven** voor een **cultuursensitieve zorg**, om onderscheid te kunnen maken tussen normale stressreacties en psychische stoornissen (de klachten begrijpen binnen de culturele context, met behulp van de *Cultural Formulation Interview*).
  
- Beroepsverenigingen:
  - o Psychologen, (huis)artsen, psychiaters en andere zorgverleners begeleiden bij het opstellen van attesten met betrekking tot specifieke procedurele behoeften of als bewijs van wat er is gebeurd (gebaseerd op het protocol van Istanbul) : duidelijkheid verschaffen voor het opstellen van gepaste attesten;
  - o Gezondheidszorgmedewerkers ondersteunen bij en motiveren tot een cultuur- en contextsensitieve aanpak.

- De weg wijzen naar digitale tools of online diensten om communicatie in de moedertaal van de personen die internationale bescherming aanvragen, te vergemakkelijken.
  - Professionals bewust maken van het nut van interculturele bemiddelaars en tolken.
  - Inzetten van ervaringsdeskundigen waar mogelijk
  - Zorgverleners informeren over de rechten op gezondheidszorg.
- De commissies die verantwoordelijk zijn voor de ethiek binnen de beroepen: Een deontologische reflectie opzetten over het risico op spanning tussen de rol van therapeut en die van diagnosticus en de verschillende aspecten met betrekking tot het respecteren van het beroepsgeheim.
  - Universiteiten - hogescholen: Werk maken van afdoende opleidingen (zowel op basis- als voortgezet niveau) voor alle professionals in de gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en psychosociaal werk, met name in cultuursensitief werk, gezondheidsproblemen die specifiek zijn voor migranten en vluchtelingen en het gezondheidszorgsysteem (netwerken, rechten en procedures).

#### Sleutelwoorden en MeSH descriptor terms<sup>2</sup>

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Refugees	Applicant for international protection	Verzoeker om internationale bescherming	Demandeur de protection internationale	Antragsteller auf internationalen Schutz
Mental Health	Mental health	Geestelijke gezondheid	Santé mentale	Psychische Gesundheit
Health Services Accessibility	Access to care	Toegang tot zorg	Accès aux soins	Zugang zu medizinischer Versorgung
Stress Disorders, Post-Traumatic	Trauma	Trauma	Trauma	Trauma
	Vulnerability	Kwetsbaarheid	Vulnérabilité	Verletzlichkeit

MeSH (Medical Subject Headings) is de thesaurus van de NLM (National Library of Medicine) met gecontroleerde trefwoorden die worden gebruikt voor het indexeren van artikelen voor PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

<sup>2</sup> De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-termen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk "methodologie" raadplegen.

## Lijst van afkortingen

ASS	Autismespectrumstoornissen
CGVS	Commissaris-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen
CFI	<i>Cultural Formulation Interview</i>
CIBA	Centrum Intensieve Begeleiding Asielzoekers
DVZ	Dienst Vreemdelingenzaken
EUAA	<i>European Union Agency for Asylum</i>
HGR	Hoge Gezondheidsraad
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
LOI	Lokale Opvanginitiatieven
NBMV	Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen
OOOC	Onthaal-, Observatie- en Oriëntatiecentra
POZAH	Psychiatrische Ondersteuning en Zorg voor Asielzoekers aan Huis
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
VIB	Verzoekers om internationale bescherming
WHO	<i>World Health Organisation</i>



## INHOUDSTAFEL

Samenvatting.....	1
Inhoudstafel .....	7
I Inleiding en vraagstelling.....	8
II Methodologie .....	9
III UITWERKING EN ARGUMENTATIE .....	10
1. Verzoekers om internationale bescherming .....	10
2. (Geestelijke) gezondheid van verzoekers om internationale bescherming.....	10
2.1 Prevalentie.....	10
2.2 Risico- en beschermingsfactoren.....	11
3. Effect op de geestelijke gezondheid: procedure .....	12
3.1 Duur en complexiteit van de procedure.....	12
3.2 Modaliteiten van de procedure (hoorzittingen) .....	14
3.3 Impact van geestelijke gezondheid op aanvragen voor internationale bescherming	15
4. Effect op de geestelijke gezondheid: opvang in een centrum.....	19
4.1 Inleiding .....	19
4.2 Kwetsbaarheidsfactoren .....	21
4.3 Gezin .....	23
4.4 Kwetsbare groepen.....	24
4.5 Screening en detecteren van noden .....	24
5. Toegang en kwaliteit van de zorg.....	26
5.1 Inleiding .....	26
5.2 Belemmeringen voor toegang tot gezondheidszorg .....	27
5.3 Situatie in België .....	33
6. Impact van geestelijke gezondheid: Toekomstige integratie.....	35
IV CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	36
V REFERENTIES.....	44
VI SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP .....	52
VII BIJLAGE: Methodologie Umbrella Review.....	54

## I INLEIDING EN VRAAGSTELLING

In België vroegen, volgens het jaarverslag van het CGVS in 2023, 35.507 mensen internationale bescherming aan bij de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ). Gezien de moeilijke, niet zelden traumatische ervaringen die ze hebben doorstaan in hun land van herkomst of tijdens hun migratietraject, lopen deze mensen een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen. Deze kwetsbaarheden, die al aanwezig zijn bij aankomst, kunnen in stand worden gehouden of zelfs worden versterkt door de levensomstandigheden in het nieuwe gastland. De eisen van de verblijfsprocedure kunnen schadelijke effecten hebben op de gezondheid van de betrokkenen en hun families, wat ertoe kan leiden dat de geestelijke gezondheid van VIB er sterk op achteruitgaat. Een systematische review van de literatuur toont dat er in hoge inkomenslanden een grote correlatie bestaat tussen de geestelijke gezondheid van migranten en een restrictief toegangsbeleid, met inbegrip van daaruit voortvloeiende beperkingen van de toegang tot werk en onderwijs (Juárez et al., 2019).

Als geestelijke gezondheidsproblemen op tijd en onder de juiste omstandigheden worden aangepakt, kunnen deze effectief worden behandeld. Om verschillende redenen wordt er echter weinig aandacht besteed aan de geestelijke gezondheidsproblemen van VIB. Toegang tot gezondheidszorg blijft een probleem voor deze doelgroep. In 2019 had het KCE al een uitgebreid rapport gepubliceerd over dit onderwerp (Dauvrin et al., 2019) waarin ernstige beperkingen werden aangegeven en aanbevelingen werden gedaan om de toegang tot gezondheidszorg voor deze bevolkingsgroep te verbeteren. In 2020 benadrukte het ETHEALTH-rapport van de FOD Volksgezondheid (Coune et al., 2020) opnieuw de tekortkomingen in de toegang tot en de kwaliteit van de zorg voor migranten en etnische minderheden en merkte op dat, acht jaar na het eerste ETHEALTH-rapport (Derluyn et al., 2011), de meeste van zijn aanbevelingen nog steeds relevant en van uiterst belang waren.

Onbehandelde geestelijke gezondheidsproblemen kunnen een grote impact hebben, vooral op leervermogen, familierelaties en sociale vaardigheden. Als er niet wordt ingegrepen om de geestelijke gezondheid te ondersteunen, brengt dit aanzienlijke kosten met zich mee voor de samenleving: de grootste economische kosten van een slechte mentale gezondheid zijn verminderde deelname aan het maatschappelijk leven, zoals bv. werken, onderwijs, vrijwilligerswerk, mantelzorg, enz. (Christensen et al., 2020).

Gezien deze bevindingen, de urgentie van de situatie en na overleg met de geestelijke gezondheidssector om de prioriteiten op het gebied van geestelijke gezondheid te bepalen, heeft de HGR beslist een advies op te stellen met aanbevelingen aan de overheidsinstanties, de instanties verantwoordelijk voor de beoordeling van verzoek om internationale bescherming, de instanties verantwoordelijk voor de opvang en de zorgverleners en begeleiders van deze doelgroep, met als doel:

- enerzijds de risicofactoren voor de achteruitgang van de geestelijke gezondheid van personen die om internationale bescherming verzoeken, te beperken;
- en anderzijds de factoren te versterken die hun psychologisch herstel bevorderen.

Deze acties kunnen dan de actieve deelname van deze personen aan onze samenleving vergemakkelijken, zowel tijdens hun verblijfsprocedure als nadat ze hun verblijfsvergunning hebben gekregen.

## II METHODOLOGIE

Na analyse van de vraag hebben het College en de voorzitter van de werkgroep de nodige expertises bepaald. Op basis hiervan werd een *ad-hoc* werkgroep opgericht met deskundigen in de volgende disciplines: psychologie, psychiatrie, sociologie, algemene geneeskunde, volksgezondheid en pedagogiek. De experts van de werkgroep hebben een algemene belangenverklaring en een *ad-hoc* verklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het potentieel risico op belangenconflicten beoordeeld.

Het advies berust op een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, zowel uit wetenschappelijke tijdschriften als uit rapporten van nationale en internationale organisaties die in deze materie bevoegd zijn (*peer-reviewed*), alsook op het oordeel van de experts.

Er werd een *umbrella review* uitgevoerd, meer specifiek voor het deel "toegang tot gezondheidszorg", om een overzicht te geven van de huidige literatuur over de obstakels die personen met een recente migrantenachtergrond tegenkomen bij de toegang tot geestelijke gezondheidszorg (zie details in punt 5.2).

Verschillende belanghebbenden werden gehoord (FEDASIL, CGVS, Dokters Van De Wereld, enz. - zie punt VI. Samenstelling van de werkgroep).

Voor het deel "procedure" werden ook hoorzittingen gehouden met juridische deskundigen uit de academische wereld.

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep (en door de permanente werkgroep geestelijke gezondheid) werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

### III UITWERKING EN ARGUMENTATIE

#### 1. Verzoekers om internationale bescherming

Volgens het jaarverslag van het CGVS vroegen in België in 2023, 35.507 personen internationale bescherming aan bij de DVZ. 67,6% van de aanvragers waren mannen, tegenover 32,4% vrouwen en de belangrijkste landen van herkomst van de aanvragers waren Syrië, Afghanistan, Palestina, Turkije en Eritrea. In 2023 registreerde de DVZ ook 2.594 aanvragers van internationale bescherming die verklaarden niet-begeleide minderjarige vreemdelingen te zijn (waarvan 87% jongens).

Er zijn ook mensen zonder wettig verblijf in België, waarvan het aantal moeilijker in te schatten is (een schatting van Surkyn (VUB) spreekt van 112.000 mensen zonder verblijfsdocumenten in België in 2023<sup>3</sup>). Deze mensen worden geconfronteerd met specifieke problemen die in dit advies niet aan bod komen (zie in het bijzonder het KCE-rapport (Roberfroid et al., 2015) en het [Groenboek](#) (2014), met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg en dringende medische hulp).

#### 2. (Geestelijke) gezondheid van verzoekers om internationale bescherming

##### 2.1 Prevalentie

Het rapport van 2018 van het Regionaal Kantoor van de WHO voor Europa bracht verschillende aandachtspunten aan het licht met betrekking tot de gezondheid van VIB, waaronder de geestelijke gezondheid (zoals posttraumatische stressstoornis, depressieve en angststoornissen).

In België is er momenteel geen gecentraliseerde databank die gegevens verzamelt over de gezondheidsproblemen van VIB of hun gebruik van gezondheidszorg (Dauvrin et al., 2019). De meeste van hen zijn niet opgenomen in (nationale of regionale) gezondheidsenquêtes. De enige gegevens die over hen beschikbaar zijn, zijn het resultaat van lokale initiatieven.

Volgens de internationale literatuur is de prevalentie bij VIB van posttraumatische stressstoornis (PTSS) 25,5%, depressieve stoornissen 30,1%, angststoornissen 11% en psychosen 1,5% (Blackmore et al., 2020). Andere onderzoeken geven percentages aan van 48,7% voor PTSS (Hamrah et al., 2020), 40-50% voor angst en psychische nood of 16% voor ernstige psychische aandoeningen (Chen et al., 2017; Guajardo et al., 2018; Taylor et al., 2014). In een rapport uit 2018 meldt het expertisecentrum Pharos (Nederland) dat 13% tot 26% van de vluchtelingen lijden aan PTSS en/of depressie. De levenslange prevalentie van PTSS in de algemene bevolking in Europa wordt geschat op 1-3%, terwijl de prevalentie van depressie wordt geschat op 6,38% (Arias-de la Torre et al., 2021).

De verschillen in prevalentie die in de onderzoeken zijn aangetroffen, hangen niet alleen samen met methodologische verschillen, maar ook met de aanzienlijke heterogeniteit in de populatie. Psychische gezondheid is namelijk sterk afhankelijk van tal van risico- en beschermingsfactoren waarmee VIB tijdens het migratieproces worden geconfronteerd, waardoor hun behoeften ook verschillen van die van de inheemse bevolking van de gastlanden.

<sup>3</sup> <https://www.belganewsagency.eu/new-research-suggests-there-are-112000-undocumented-migrants-in-belgium>

## 2.2 Risico- en beschermingsfactoren

Giacco (2019) heeft verschillende risico- en beschermingsfactoren voor de geestelijke gezondheid van migranten geïdentificeerd, die verband houden met verschillende momenten in het migratietraject:

Levensomstandigheden in het land van herkomst: vluchtelingen komen vaak uit bevolkingsgroepen die getroffen zijn door oorlog, discriminatie, conflicten, natuurrampen, milieuverontreiniging of economische crisis. Gewelddadige of traumatische gebeurtenissen, marteling, armoede, discriminatie en eerdere geestelijke gezondheidsproblemen zijn risicofactoren, terwijl een hoog opleidingsniveau en goede financiële omstandigheden beschermende factoren kunnen zijn.

Migratieroutes: de toegang tot voedsel en water, sanitaire voorzieningen en andere essentiële diensten, evenals gezondheidszorg, is vaak ontoereikend. Deze mensen kunnen ook blootgesteld worden aan (soms ernstige vormen van) geweld door smokkelaars (mensenhandel), door de lokale bevolking of zelfs de politie (bijvoorbeeld in Libië, in bepaalde landen van de Schengenzone, enz.), gedwongen terugkeer (Orsini et al., 2022; Uzureau et al., 2022) en lopen risico op ongevallen, onderkoeling, brandwonden, ongewenste zwangerschap en complicaties bij bevallingen. Scheiding van familieleden kan ook een risicofactor zijn.

Toelatings- en integratiebeleid en leef- en werkomstandigheden in het gastland: VIB komen in België aan met een aantal psychologische kwetsbaarheden die verband houden met de situatie in hun land van herkomst voor vertrek, de ballingschap zelf en de migratietocht. Met al deze bestaande kwetsbaarheden en vaak zonder de tijd te hebben gehad om eerdere traumatische ervaringen te verwerken, wordt de asielzoeker bij aankomst geconfronteerd met andere stressfactoren die zijn welzijn beïnvloeden, zoals:

- **de duur en onzekerheid van de procedure om internationale bescherming** (gebrek aan kennis van de juridische aspecten, onzekerheid over de toekomst),
- **de opvang:** een gebrek aan onderdak en voedselonzekerheid kunnen risicofactoren zijn, terwijl basisbehoeften die voldoende vervuld zijn beschermende factoren vormen (Giacco, 2019). De opvang in collectieve centra kan ook problematisch zijn (zie details hieronder) ;
- moeilijkheden om **de nodige gezondheidszorg** te krijgen: in het gastland is gezondheid vaak ook gekoppeld aan sociale gezondheidsdeterminanten (werk, inkomen, onderwijs, huisvesting). Vluchtelingen behoren tot de meest kwetsbare groepen in de samenleving en net zij hebben vaak te maken met ontoereikende of beperkte toegang tot algemene gezondheidsdiensten;
- ervaringen met **racisme en discriminatie** en een beperkt sociaal netwerk: als gevolg van deze xenofobie en sociaal isolement, bevinden ze zich vaak in deplorabele leef-, woon- en werkomstandigheden (werkloosheid, zwartwerk, met alle risico's van dien op misbruik en uitbuiting). Ze hebben ook te maken met de dreiging van uitzetting of detentie, de vrees om werk of sociale rol te verliezen, identiteits- en familieconflicten, acculturatiestress en veranderingen in sociale status. Beschermende factoren zijn onder andere sociale netwerken die verband houden met etniciteit, banden met het gastland, een betere huisvestingssituatie en een hoge etnische dichtheid.

Individuele factoren: bepaalde groepen zijn kwetsbaarder, zoals personen met een handicap of met psychiatrische aandoeningen, vrouwen en LGBTQIA+ (bv. slachtoffers van seksueel geweld), kinderen (bv. slachtoffers van uitbuiting, misbruik), en baby's, die ook beïnvloed zullen worden door de geestelijke gezondheid van hun moeder (zie bijvoorbeeld Zietlow et al., 2019; Brennan et al., 2008; Feldman et al., 2009; Madigan et al., 2018; Oberlander et al., 2018), met name wat betreft het risico op autismespectrumstoornissen (ASS) (Beverdorp et

al., 2019; Linnsand et al., 2021). Prenatale stress bij de zwangere moeder kan ook invloed hebben op de ontwikkeling van het embryo, met mogelijk levenslange gevolgen (Van den Bergh et al., 2020).

Onderzoek heeft met name ruimschoots aangetoond dat **niet-begeleide minderjarigen vreemdelingen** (NBMV) een groter risico lopen om steeds ernstigere traumatische gebeurtenissen mee te maken, vooral onderweg van hun land van herkomst naar het gastland, maar ook tijdens hun verblijf in het gastland. Hun migratietrajecten zijn - net als die van vele, zo niet de meeste, volwassen vluchtelingen - complex en zeer lang, met meerdere onderbrekingen, meerdere langere verblijven in andere Europese landen en herhaalde ervaringen met geweld en misbruik (zie bijvoorbeeld Orsini et al., 2022). Bovendien maken zij deze ervaringen en de hele migratietocht door zonder steun noch raad van ouders of familieleden, terwijl ze nauw verbonden blijven met en zich zorgen maken over hun familie. Dit maakt de impact op de geestelijke gezondheid van deze jonge vluchtelingen nog groter, zoals blijkt uit tal van studies in Europa en elders (zie bijvoorbeeld Bean et al., 2007; Derluyn et al., 2009). Onderzoek heeft ook aangetoond dat deze geestelijke gezondheidsproblemen nog lang kunnen aanhouden nadat de minderjarigen gevestigd zijn en dat hun problemen vaak nog erger worden door de dagelijkse materiële en sociale uitdagingen, waaronder stigmatisering en discriminatie, waarmee zij te maken krijgen in hun gastland (zie bijvoorbeeld Verelst et al., 2022; Pfeiffer et al., 2022). Minderjarigen kunnen deze procedure op een nog stressvollere manier ervaren, vaak zijn hun hoop en verwachtingen hoger dan die van volwassenen wat een groter risico op teleurstelling met zich mee brengt.

### 3. Effect op de geestelijke gezondheid: procedure

#### 3.1 Duur en complexiteit van de procedure

Tal van onderzoeken over migratie en vluchtelingen hebben aangetoond dat de procedures voor internationale bescherming in Europa en in de meeste welvarende landen ter wereld erg lang zijn geworden (zie voor de Verenigde Staten en Noord-Amerika in het algemeen bijvoorbeeld Fisher et al., 2022; Boyce, 2020; Ellermann & Gorokhovskaia, 2020; voor andere delen van de wereld zoals Australië of Japan, zie bijvoorbeeld Vogl & Methven, 2020 en Sigona et al., 2021; voor Europa, zie bijvoorbeeld Bertoli et al., 2022, Drangland, 2020 en Tschalaer, 2023). In België varieert de gemiddelde verblijfsduur in het Fedasil-netwerk tussen 15 en 22 maanden, afhankelijk van het jaar; de gemiddelde duur van de procedure bedroeg volgens het CGVS 392 dagen in 2019 (een langere proceduretermijn kan ook het gevolg zijn van een verzoek van de aanvrager zelf of het opstarten van nieuwe procedures)..

Artikel 6, lid 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens dat normaliter het recht op een beslissing binnen een redelijke termijn garandeert, is niet van toepassing op het gebied van migratie; noch het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie. Op het gebied van migratie legt de procedurerichtlijn 2013/32/EU indicatieve termijnen vast voor de behandeling van verzoek om internationale bescherming, met een maximumtermijn van 21 maanden. De Belgische wet zet deze termijnen om, maar er zijn geen sancties voor niet-naleving<sup>4</sup>.

Bovendien worden de voorgeschreven termijnen vaak niet gerespecteerd, wat de onzekerheid van VIB vergroot. De niet-naleving van de termijnen kan als onredelijk worden beschouwd, maar er worden geen positieve of negatieve gevolgen gespecificeerd voor verzoekers. Echter, het principe van redelijke termijn is al een algemeen rechtsbeginsel van toepassing in de context van de uitvoering van het vreemdelingenrecht. Dit beginsel moet aanvragers van

<sup>4</sup> In het strafrecht is de naleving van de redelijke termijn cruciaal om ongerechtvaardigde vertragingen in strafprocedures te voorkomen en om een eerlijk bewijsbeheer te waarborgen (tijd kan inderdaad de kwaliteit van getuigenissen in het strafrecht aantasten). Er is voorzien in sancties, zoals strafvermindering, als de redelijke termijn wordt overschreden.

internationale bescherming in staat stellen snel te weten wat hun lot is en rechtszekerheid waarborgen door te veel onzekerheid over de uitkomst van de procedure te vermijden. Concrete gevallen tonen aan dat de huidige VIB jaren op een beslissing hebben moeten wachten, wat heeft geleid tot veroordelingen en schadevergoedingen wegens het niet naleven van de redelijke termijn. In België zijn er plannen zoals "Tabula Rasa" om de achterstand in verzoeken om internationale bescherming weg te werken, maar de doeltreffendheid van dergelijke maatregelen moet nog worden beoordeeld.

Eenmaal aangekomen in het gastland worden VIB geconfronteerd met een lange periode van wachten, waarin ze niet alleen te maken krijgen met onopgeloste aspecten uit het verleden (ballingschap, trauma, culturele rouw) en moeilijke levensomstandigheden van dat moment, maar ook met onzekerheid over de toekomst. In de feiten duren asielpcedures steeds langer en tijd speelt een doorslaggevende rol bij het optreden, blijven bestaan of verergeren van de kwetsbaarheid. Veel onderzoeken tonen aan dat de duur van procedures een belangrijke bron van kwetsbaarheid is voor verzoekers, wat leidt tot verschillende vormen van stress voor henzelf en hun familie (zie bijvoorbeeld Giacco 2020, Wu et al. 2021, en Alim et al. 2021, Laban et al., 2004; Laban et al., 2009). Er is met name een verband aangetoond tussen zeer langdurige procedures voor bepaalde groepen (bijvoorbeeld alleenstaande mannen) en verslavingsgedrag dat zich sterk ontwikkelt (pijnstillers, hasj, marihuana, psychotrope drugs, cocaïne, enz.) (Horyniak et al., 2016; De Kock et al., 2016). De lengte van de wachttijd zou een nog grotere risicofactor zijn voor psychopathologie dan andere risicofactoren zoals negatieve gebeurtenissen in het land van herkomst (Laban et al., 2004).

In werkelijkheid hebben VIB momenteel **geen controle** over de tijd die nodig is om hun verzoek te behandelen. Dit hangt niet af van hun betrokkenheid bij of medewerking aan de procedure, maar hangt volledig af van de goede wil van de administratie en de prioriteit die de instantie bevoegd voor internationale bescherming er al dan niet aan geeft. De verzoeker begint dan van dag tot dag te leven en verliest alle toekomstperspectief, wat kan leiden tot wat Seligman 'aangeleerde hulpeloosheid' heeft genoemd (*learned helplessness*; Seligman & Maier, 1967); dit is een gevoel van machteloosheid als gevolg van herhaalde ervaringen van situaties waarin en waarover het individu geen controle heeft; dit leidt tot psychisch lijden dat dicht bij depressie en angst ligt en bevordert een houding van berusting en passiviteit, die zich uitbreidt naar alle aspecten van het leven van het individu. In deze context verwijst Furtos (2009) naar de "*syndrome d'auto-exclusion*" d.w.z. het vermogen van het subject om een psychologische activiteit binnen zichzelf uit te voeren, zodat hij zich afsluit van de situatie, om er niet aan onderworpen te zijn of eraan te denken, waardoor hij zichzelf uitsluit van de band met zichzelf, met anderen en met de wereld.

Deze wachttijd maakt het voor VIB **onmogelijk om vooruit te plannen**, om een perspectief te hebben, omdat ze niet weten of ze in het land mogen blijven en zelfs niet wanneer ze dat te weten zullen komen. Sarolea et al. (2021) hebben vastgesteld dat er een gebrek aan motivatie is om de taal te leren, te integreren in de Belgische samenleving, enz. omdat verzoekers niet weten of ze in België zullen kunnen blijven. Zingeving levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven (Van Dijk et al., 2001; Ghazinour et al., 2004). In een onderzoek naar de relatie tussen enerzijds levenskwaliteit, handicap, lichamelijke gezondheid en anderzijds psychopathologie identificeerden Cornelis et al. (2007) de verblijfsduur als de belangrijkste voorspeller van een lage levenskwaliteit onder verzoekers. Langdurige procedures worden ook geassocieerd met meer functionele beperkingen en meer lichamelijke klachten. Later onderzoek bevestigt dat een langdurig verblijf in een opvangcentrum negatieve gevolgen heeft voor de geestelijke gezondheid en de sociaaleconomische integratie belemmert (Bakker et al., 2014; Hainmueller et al., 2016). Onzekerheid over de toekomst vermindert de kans op een baan op de lange termijn, ongeacht leeftijd en opleidingsniveau. De invloed van de procedure op het mentaal welbevinden riskeert groter te zijn als de opvangcondities moeilijk zijn of als de procedure op zich angst genereert. Volgens Cornelis e.a. (2007) worden de gezondheidsindicatoren ook beïnvloed door negatieve gebeurtenissen

in het gastland, gezinsproblemen en sociaaleconomische factoren, los van de psychopathologie, en treffen ze zelfs mensen zonder psychiatrische stoornissen.

### 3.2 Modaliteiten van de procedure (hoorzittingen)

De procedure heeft een impact op het psychosociale welzijn, om de volgende redenen:

#### 1) Gebrek aan informatie

Zodra ze in het opvangcentrum aankomen, bevinden VIB zich in een staat van vrees voor het interview, omdat ze niet weten wat ze moeten zeggen of wat ze moeten vermijden te zeggen (Gils et al., 2012). Volgens Sarolea et al. (2021) zijn er lacunes in het uitleggen van de juridische context en de verschillende fasen in de asielpcedure, zodat aanvragers niet altijd begrijpen wat er op het spel staat (zie Ahmadinia et al. 2022 voor een recent systematisch overzicht van bestaande studies met betrekking tot de Europese context). VIB vertrouwen dan op informatie die ze via verschillende kanalen krijgen: vrienden, familieleden, leden van hun gemeenschap, andere VIB, het internet, enz. Deze verkregen informatie is nooit helemaal juist of volledig. Daarbij komen taalproblemen, tolken en slechte vertalingen, waardoor het moeilijk kan zijn om de doorgegeven informatie te begrijpen.

Dit gebrek aan informatie veroorzaakt niet alleen stress omdat zij niet weten hoe de hoorzittingen zullen verlopen of wat zij wel en niet moeten zeggen, maar versterkt ook dit gevoel van machteloosheid en controleverlies (dat ook verband houdt met andere willekeurige aspecten van de procedure, zoals de keuze van het centrum, de advocaat, de taalrol, enz.).

#### 2) Bewijslast

Het is erg belangrijk om goed geïnformeerd te zijn omdat, in het geval van asielaanvragen, de bewijslast over het algemeen bij de aanvrager ligt (behalve in uitzonderlijke gevallen). Het CGVS<sup>5</sup> legt uit dat de aanvrager "moet aantonen dat zijn asielaanvraag gerechtvaardigd is en de concrete gebeurtenissen moeten beschrijven die hem persoonlijk aanbelangen. Hij moet plausibele en coherente verklaringen afleggen die niet in tegenspraak zijn met algemeen bekende feiten. Indien mogelijk moet hij ook documenten voorleggen om zijn beweringen te staven". Zijn geloofwaardigheid en de waarde van de verstrekte documenten vormen de basis van de beslissing.

Volgens Sarolea et al. (2021) kan dit verschillende soorten psychologisch lijden veroorzaken:

- de constante angst om bepaalde elementen van de beleefde gebeurtenissen te vergeten (aangezien elke aarzeling, verwarring, vergissing in tijd of plaats als een leugen kan worden geïnterpreteerd) zorgt voor veel stress;
- het gevoel niet serieus genomen te worden, niet gerespecteerd te worden en het gevoel van vijandigheid vanwege de asielinstanties hebben ook een impact op het gevoel van eigenwaarde;
- tot slot kan de noodzaak om zijn verhaal te moeten vertellen de toestand van posttraumatische stress onderhouden, zelfs versterken. De aanvrager heeft immers de indruk dat hij of zij niet mag vergeten wat er is gebeurd, waardoor het moeilijk wordt om psychologisch afstand te nemen van het ervaren trauma.

<sup>5</sup> Zie: [https://www.cgra.be/sites/default/files/content/download/files/examen\\_dune\\_demande\\_dasile\\_20150512.pdf](https://www.cgra.be/sites/default/files/content/download/files/examen_dune_demande_dasile_20150512.pdf)



NBMV's worden ook onderworpen aan medische onderzoeken en/of onderzoek van hun geboortedocumenten om hun minderjarigheid te bevestigen als een autoriteit twijfel heeft geuit over hun opgegeven leeftijd. Deze leeftijdsgerelateerde tests zijn een grote bron van stress voor minderjarigen. Terwijl ze wachten op de testresultaten, staan de bewoners onder druk omdat hun onthaal in België dan mogelijk ingrijpend kan veranderen. De "bottest"<sup>6</sup> kan bijvoorbeeld bijdragen tot het in stand houden van psychologisch lijden (met name het gevoel voor leugenaar te worden gehouden), aangezien deze tests een grote foutenmarge hebben (volgens Fournier, 2017: tussen 1-2 jaar).

### 3) De omstandigheden van het interview

De omstandigheden van het gesprek zelf (dat meestal 4 uur duurt, soms twee of zelfs drie gesprekken, soms met maanden tussenpozen) vormen ook een andere belangrijke stressfactor voor de aanvragers. Het niveau van opleiding, de taal (vooral wanneer de gebruikte talen niet de moedertaal zijn van de verschillende betrokkenen) en culturele verschillen kunnen het wederzijds begrijpen bemoeilijken, wat de angst om misbegrepen te worden versterkt. Bovendien is het volgens de wetgeving betreffende asielaanvragen **niet toegestaan om een advocaat of vertrouwenspersoon** bij te hebben tijdens het indienen van de aanvraag bij de DVZ (de eerste fase van het verzoek om internationale bescherming). In het strafrecht daarentegen is de bijstand van een advocaat vereist tijdens de hoorzitting wanneer de persoon zich in een kwetsbare situatie bevindt (vrijheidsberoving, minderjarigen), om ervoor te zorgen dat de hoorzitting vlot verloopt. Tegenstrijdigheden tussen wat wordt verklaard tijdens het interview bij de DVZ en de hoorzitting bij het CGVS zullen waarschijnlijk in het nadeel van de vluchteling werken.

### 3.3 Impact van geestelijke gezondheid op aanvragen voor internationale bescherming

#### 1) Impact van psychologische kwetsbaarheid

Het psychologisch lijden kan een impact hebben op het vermogen om te getuigen en dus op de voortgang van de asielaanvraagprocedure.

In het kader van een aanvraag voor internationale bescherming organiseert het CGVS, in overeenstemming met de Belgische, Europese en internationale regelgeving, een persoonlijk onderhoud waarin de aanvrager de kans krijgt om de redenen voor zijn aanvraag uit te leggen en aan te tonen. Dit persoonlijk onderhoud is een essentieel onderdeel van het verzoek om internationale bescherming en omvat een hele reeks relevante informatie, waaronder de verklaringen van de asielzoeker en alle relevante documenten die hij in zijn bezit heeft. Deze verklaringen kunnen beschrijvingen bevatten van traumatische ervaringen in het land van herkomst.

Psychologische, emotionele en culturele factoren kunnen echter een impact hebben op het vermogen van de asielzoeker om zijn verhaal op een coherente en geloofwaardige manier te vertellen (BCHV - CBAR, 2014). Sommige VIB vinden het moeilijk, zo niet helemaal onmogelijk, om deze ervaringen te delen uit angst, schaamte of omdat ze het gewoon moeilijk vinden om de herinneringen terug op halen, c.q. te herbeleven. Het menselijk geheugen is onderhevig aan fouten en verandert na verloop van tijd. Vooral PTSS en depressie kunnen op verschillende manieren het vermogen beïnvloeden om zich traumatische ervaringen accuraat te herinneren en erover te praten tijdens het asielinterview:

---

<sup>6</sup> Röntgenfoto van de hand en pols, waarmee de verbening van de botten en de aanwezigheid van groeikraakbeentjes kunnen worden vergeleken met referentieplaten.

**PTSS:** De persoon kan de traumatische ervaring voortdurend herbeleven of in sommige gevallen, zich de feiten niet herinneren (Saadi et al. (2021). Herinneringen aan een traumatische ervaring zijn ook verschillend van aard, gefragmenteerd en meer zintuiglijk en emotioneel en dus vaak moeilijk onder woorden te brengen. Wanneer VIB gevraagd wordt naar een traumatische gebeurtenis, hebben ze vaak alleen maar fragmenten of indrukken (gevoelens die ze ervoeren op het moment van de gebeurtenis, zoals angst, schaamte, schuld, woede, enz.). Hoe langer het interval tussen de interviews, hoe meer de details veranderen voor mensen met hoge PTSS-scores. Hun verhaal zou dan door de asielinstanties als onsamenhangend kunnen beschouwd worden.

Andere symptomen van PTSS kunnen ook invloed hebben op het vermogen om te onthouden: slaapstoornissen kunnen bijvoorbeeld concentratieproblemen veroorzaken, moeilijkheden met het voelen of uitdrukken van emoties kunnen invloed hebben op de manier waarop men zijn verhaal vertelt.

**Depressie:** er zal een voorkeur zijn voor negatieve gebeurtenissen en een neiging tot een te algemene herinnering, wat kan leiden tot een verhaal dat te weinig details bevat en daarom als ongeloofwaardig wordt beoordeeld.

**Stress en angst** (gekoppeld aan de procedure en de hoorzitting zelf): invloed op het vermogen om te onthouden, om accuraat te zijn in zijn verhaal (Tapia et al., 2007).

**Schaamte en stigma:** weerhouden VIB er soms van om over hun traumatische ervaringen te praten. VIB die het slachtoffer zijn van foltering, verkrachting en andere vernederende behandelingen, schamen zich vaak. Schaamte moedigt dan stilte aan, wat een copingmechanisme kan zijn of een manier om te vermijden dat men opnieuw aan de gebeurtenis denkt en geconfronteerd wordt met pijnlijke herinneringen. VIB kunnen jarenlang zwijgen over hun trauma. Bepaalde culturele taboes kunnen het onthullen van pijnlijke gebeurtenissen ook ontmoedigen. Overtuigingen (over wat te zeggen en wat niet te zeggen, bijvoorbeeld, in het bijzonder gekoppeld aan een gebrek aan informatie of verkeerde informatie) en wantrouwen (in het geval van de aanwezigheid van een tolk of een onbekende vertegenwoordiger van de autoriteiten, bijvoorbeeld) zullen ook een impact hebben op de bereidheid en het vermogen om het verhaal te vertellen. Dit stilzwijgen kan een impact hebben op de beoordeling van de asielaanvraag, omdat de asielinstanties het als een persoonlijke keuze beschouwen, terwijl er krachtige en complexe psychologische processen bij betrokken zijn.

## 2) Situatie in België

Deze verschillende factoren doen vragen rijzen over de validiteit van de getuigenissen. Het asielrecht is het enige gebied waar de getuigenis van een persoon die psychisch lijdt, zo zwaar weegt<sup>7</sup>.

In het asielrecht stelt het gemeenschappelijk Europees asielbeleid strengere normen voor de bescherming van bepaalde **kwetsbare groepen**, waaronder slachtoffers van foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld. De Europese wetgeving en de Belgische wetgeving leggen een duidelijk wettelijk kader op dat de overheidsinstanties verplicht om VIB met speciale behoeften in een vroeg stadium van het verzoek om internationale bescherming te identificeren (dit omvat het opsporen van trauma's en andere vormen van kwetsbaarheid) en om rekening te houden met de kwetsbaarheden van VIB. VIB die in het verleden zijn blootgesteld aan vervolging of ernstige schendingen, genieten ook van een omkering van de bewijslast, wat betekent dat de staat moet bewijzen dat hun aanvraag ongegrond is. Als kwetsbaarheid wordt vastgesteld, moet de aanvrager ook worden doorverwezen naar de juiste diensten voor opvang en geestelijke gezondheidszorg.

De Europese en Belgische wetgeving voorzien daartoe in een aantal mogelijkheden, zoals het organiseren van een medisch onderzoek in geval van vervolging of geleden ernstige schade. De artikelen 48/8 en 48/9 van de wet van 15 december 1980 (ingevoegd bij wet van 21 november 2017 tot omzetting van de procedurerichtlijn) voorzien ook in de mogelijkheid om een bevoegde gezondheidswerker te raadplegen om een advies te vragen over een medisch attest dat de aanvrager op eigen initiatief en op eigen kosten heeft ingediend in verband met aanwijzingen van vervolging in het verleden of ernstige schendingen.

Hoewel het feit dat een persoon lijdt aan een geestesziekte of een verstandelijke beperking op zich niet betekent dat deze persoon niet in staat is om de procedure voor het onderzoeken van een asielaanvraag te begrijpen en er effectief aan deel te nemen (HCR, 2020), voorzien de Europese en Belgische wetgevingen ook in de mogelijkheid om medische aanbevelingen te vragen over de **specifieke procedurele behoeften** en de gepaste ondersteuning die een VIB nodig kan hebben om de procedure volledig te doorlopen en om de redenen en elementen ter ondersteuning van zijn aanvraag op een bruikbare manier te kunnen meedelen.

Binnen de verschillende agentschappen die betrokken zijn bij het verzoek om internationale bescherming (Fedasil en het CGVS) zijn mechanismen ingevoerd om rekening te houden met kwetsbaarheid:

- Artikel 22, § 1/1 van de Opvangwet voorziet dat *"er tegelijk met het onderzoek naar de specifieke noden inzake opvang ook onderzocht dient te worden of er bijzondere procedurele noden in de zin van artikel 48/9 de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen zijn. Het Agentschap kan, mits instemming van de betrokkene, aanbevelingen met betrekking tot de bijzondere procedurele noden doen aan Dienst Vreemdelingenzaken en het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen."*

---

<sup>7</sup> In het strafrecht wordt bij de beoordeling van bewijs of getuigenissen rekening gehouden met rapporten en analyses van psychiatrische deskundigen die door de rechtbank zijn aangesteld (eventuele tegenexpertise). In het geval van uitsluiting van strafrechtelijke aansprakelijkheid kan de rechter een maatregel "tot bescherming van de maatschappij" nemen: de persoon kan worden doorverwezen naar een inrichting tot bescherming van de maatschappij om zorg te ontvangen in plaats van een straf uit te zitten. Het burgerlijk recht voorziet ook in de bescherming van kwetsbare personen, op basis van een medisch verslag. Medische experts worden ook ingeschakeld om te helpen bij geschillen in burgerzaken (bij voorbeeld geschillen tussen slachtoffers van arbeidsongevallen en de verzekeringsmaatschappij van de werkgever).

- Alvorens verklaringen af te nemen, biedt de DVZ de aanvrager overeenkomstig artikel 48/9, § 1 van de Vreemdelingenwet, de mogelijkheid om, door middel van een laagdrempelige vragenlijst, alle informatie die zijn bijzondere procedurele noden aangeeft, gedetailleerd en nauwkeurig weer te geven;
- In toepassing van artikel 48/9, § 3 van de Vreemdelingenwet, kan de aanvrager van internationale bescherming nieuwe elementen aan het CGVS meedelen in een latere fase van de procedure (na het interview op DVZ, na het asielinterview bij CGVS).

De technieken en methoden die tijdens het interview worden gebruikt, zijn ontworpen om de aanvrager de procedurele waarborgen te bieden die cruciaal zijn voor het beheren van de psychologische, culturele en omgevingsgebonden factoren die het verloop van het interview kunnen beïnvloeden. Dit houdt bijvoorbeeld in dat de kandidaat aan het begin, tijdens en aan het einde van het interview de nodige uitleg krijgt, dat er een klimaat van vertrouwen en dialoog wordt gecreëerd, dat neutraliteit, empathie en flexibiliteit worden gewaarborgd en dat de voorkeur wordt gegeven aan open vragen afgewisseld met meer gerichte vragen. Dit vereist een goede voorbereiding van de zaak vooraf door de *protection officer*. Om dit te bereiken moeten de *protection officers* die verantwoordelijk zijn voor het interviewen van kwetsbare VIB, in het bijzonder degenen die trauma's hebben opgelopen, een passende opleiding krijgen. De *protection officers* van het CGVS krijgen bijvoorbeeld een aantal multidisciplinaire opleidingen van het Asielagentschap van de Europese Unie (*European Union Agency for Asylum - EUAA*): "Interviewmethode voor asielzoekers", "Interviewen van kwetsbare personen" en "Interviewen van kinderen".

Andere gepaste ondersteunende maatregelen zijn bijvoorbeeld een prioritaire behandeling of uitstel van de aanvraag, het geslacht van de *protection officer* of tolk, de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon, de indeling of locatie van de hoorzitting, de vorm en inhoud van het persoonlijk onderhoud, het gebruik van een schriftelijk verzoek om informatie, het horen van getuigen of het gebruik van een andere bron om informatie te verzamelen die relevant is voor de aanvraag, enz.

Het administratieve dossier bij de instanties verantwoordelijk voor verzoeken om internationale bescherming moet aangeven welke noden zijn vastgesteld als onderdeel van de procedure en welke passende ondersteuning er is geboden.

In de praktijk wordt er tijdens de procedure echter niet altijd voldoende rekening gehouden met de psychologische kwetsbaarheid:

- 1) VIB zijn niet altijd in staat om de procedure en de werking van de rechtsstaat voldoende te begrijpen (niet geletterd in de eigen taal bij voorbeeld). Het zou daarom belangrijk zijn om een advocaat aanwezig te laten zijn bij het interview bij DVZ.
- 2) VIB hebben niet noodzakelijk rechtstreeks toegang tot een gezondheidswerker die aanwijzingen van vervolging of specifieke procedurele behoeften kan vaststellen en bevestigen. Om een psycholoog of psychiater te zien, moeten ze eerst langs de medische dienst van het centrum. Het zou daarom belangrijk zijn om het raadplegen van een psycholoog, psychiater, enz. mogelijk te maken op een tijdstip dat voldoende lang voorafgaat aan het asielinterview. Niet alle gezondheidswerkers hebben de nodige expertise om dergelijke gedetailleerde rapporten te schrijven. Gespecialiseerde centra (bv de vzw Constans, die deskundigenrapporten uitvoert in overeenstemming met het Protocol van Istanbul, of de afdeling psychologie van het CHU Brugmann die gedetailleerde rapporten maakt op basis van psychometrische tests) hebben wachtlijsten of hoge kosten.

- 3) Er bestaan momenteel geen vaste objectieve criteria voor het afleveren van medische attesten. Het Protocol van Istanbul definieert hoe de overstemming tussen psychische en somatische symptomen en wat de persoon beweert te hebben meegemaakt kan worden beoordeeld. Het bepaalt ondermeer de medische en psychologische onderzoeksprocedures en omschrijft hoe het medisch certificaat moet worden opgesteld om het oorzakelijk verband vast te stellen tussen de marteling en de gevolgen ervan (somatisch, psychologisch, enz.) Het Protocol bevat ook enkele algemene overwegingen en beschrijft een aantal technieken met betrekking tot het horen van vermeende slachtoffers van foltering of andere vormen van mishandeling door een persoon die er beroepshalve mee te maken krijgt, alsook elementen die in vraag kunnen worden gesteld; maar het richt zich niet op de bekwaamheid van de persoon om te getuigen. Het CGVS heeft onlangs een gids opgesteld betreffende de "Medische elementen in de context van een verzoek om internationale bescherming (asielprocedure)", die hierbij zou kunnen helpen.  
Het feit dat het de therapeut van de aanvrager is die het attest aflevert, vormt ook een probleem van rolverwarring, waardoor de therapeutische relatie dreigt te worden verstoord (zie in het bijzonder artikel 45 van de Ethische Code van Psychologen: "de psycholoog beperkt zich tot één activiteit met dezelfde persoon").
- 4) Volgens Sarolea et al. (2021) is het ook niet altijd duidelijk in hoeverre attesten worden meegenomen in de beslissingen. Volgens deze auteurs wordt het in rekening nemen van kwetsbaarheden eerder bepaald door de capaciteit van het asielsysteem om een bepaalde kwetsbaarheid al dan niet in overweging te nemen, dan door de kwetsbaarheid zelf van de persoon die asiel aanvraagt. Kwetsbaarheid wordt dan vaak gereduceerd tot "technische" aspecten (bv. praktische regelingen tijdens de hoorzitting).
- 5) Ten slotte, hoewel het CGVS volgens artikel 57/5ter, § 2, 2° van de wet van 15 december 1980 een beslissing kan nemen zonder de persoon die om internationale bescherming verzoekt te hebben gehoord, zijn vrijstellingen van het persoonlijk onderhoud om psychologische redenen een uitzondering. Het gaat om gevallen waarin het CGVS oordeelt *dat "de aanvrager niet persoonlijk kan worden gehoord wegens blijvende omstandigheden buiten zijn of haar wil"* en deze omstandigheden moeten worden gestaafd door zeer goed onderbouwde medische attesten en worden slechts zeer uitzonderlijk erkend (bijvoorbeeld in het geval van een langdurige psychiatrische opname, een aanvrager die lijdt aan dementie of een ernstige verstandelijke handicap, een doofstomme persoon, een verzoeker met een ernstig en chronisch drugsverslavingsprobleem of een zeer ernstige posttraumatische stressstoornis met dissociatie, ...).

Een lopend project van het Fonds voor Asiel, Migratie en Integratie (AMIF) wil onderzoeken hoe het CGVS zijn aanpak op dit vlak kan stroomlijnen en verbeteren, bijvoorbeeld met betrekking tot de deelname van aanvragers met fysieke en/of mentale kwetsbaarheden aan het verzoek om internationale bescherming in het algemeen en aan het persoonlijk onderhoud in het bijzonder.

#### 4 Effect op de geestelijke gezondheid: opvang in een centrum

##### 4.1 Inleiding

De wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van VIB en van andere categorieën van vreemdelingen (ook bekend als de "opvangwet") vormt de referentie inzake de opvang in België. Deze wet zet de richtlijnen 2003/9/EG en 2013/33/EU van de Europese Unie om in Belgisch recht. Deze wet voorziet in materiële hulp voor VIB en bepaalde andere categorieën vreemdelingen. Deze materiële hulp omvat huisvesting, maaltijden, kleding, medische, sociale

en psychologische ondersteuning, de toekenning van een dagvergoeding en toegang tot rechtsbijstand, diensten zoals tolken en opleiding. Deze hulp wordt verleend binnen collectieve structuren die door Fedasil of haar partners worden beheerd.

Hoewel sommige VIB worden opgevangen in lokale opvanginitiatieven (georganiseerd door lokale overheden), waar ze een zekere mate van privacy en autonomie hebben, worden de meesten van hen opgevangen in collectieve opvangcentra die deel uitmaken van het Fedasil-netwerk. In deze centra hebben gezinnen afzonderlijke kamers, maar alleenstaanden delen soms een kamer; de sanitaire voorzieningen worden meestal gedeeld. Deze voorzieningen moeten voldoen aan de minimumnormen voor opvang (sinds 2018) (Europese normen – EUAA, 2016), maar deze normen volstaan niet altijd om het welzijn van bewoners te garanderen.

Onderzoek naar geestelijke gezondheid toont aan dat stressfactoren in het dagelijks leven van invloed zijn op psychologisch welzijn. De fysieke omgeving heeft invloed op het welzijn en de geestelijke gezondheid omdat die verschillende soorten gedrag, dagelijkse activiteiten en sociale interacties mogelijk maakt (Hauge et al., 2017). De kwaliteit van de huisvesting heeft bij voorbeeld een grote invloed op gevoelens van veiligheid, controle en 'thuis zijn' en kan die dit gevoel van eigenwaarde en identiteit beïnvloeden. Mouratidis (2021) en Moore (2018) laten ook zien hoe de bebouwde omgeving het welzijn beïnvloedt.

Het verband tussen huisvesting en welzijn is nog belangrijker voor VIB. Ze komen in het opvangcentrum terecht na een moeilijke ervaring in hun land van herkomst en/of tijdens hun migratie; het leed waaraan ze worden blootgesteld, zal zich waarschijnlijk na hun aankomst in de loop van de tijd manifesteren. Deze bevolkingsgroep heeft vooral nood aan een band met een fysieke plaats waar ze veilig zijn en aan het opnieuw opbouwen van een thuis in hun gastland (O'Mahony & Sweeney, 2010 ; geciteerd in Lietaert et al., 2020); dit geldt in het bijzonder voor niet-begeleide minderjarigen (Pfeiffer et al., 2022; Behrendt et al., 2023). Ondanks het besef dat zij eindelijk op een veilige plek zijn beland, worden ze ook snel geconfronteerd met een aantal moeilijkheden die te maken hebben met zowel de fysieke omgeving als de organisatie van het collectieve leven (op elkaar gepakt zitten, inactiviteit en verveling, geweld, verlies van referentiepunten, meervoudige regels en infantilisatie, cultuurschok, enz.).

Verschillende onderzoekers hebben gewezen op de impact van de kwaliteit van de huisvesting in **collectieve asielcentra** op het welzijn van de bewoners (Hauge et al., 2017; Van der Horst, 2004; Hajak et al., 2021; Lietaert et al., 2020).

Volgens Hajak et al. (2021) draagt de kwaliteit van de huisvesting voor 20% bij aan de geestelijke gezondheid en neemt de kans op depressieve symptomen af naarmate de tevredenheid met de huisvesting toeneemt. Gedeelde huisvesting wordt in verband gebracht met een grotere achteruitgang van de geestelijke gezondheid en dan vooral noodhuisvesting (scholen, sportzalen). Er is ook een verband aangetoond tussen enerzijds tevredenheid met huisvesting of het voldoen aan basisbehoeften (eten, genoeg middelen hebben om dagelijks te functioneren) en anderzijds PTSS-symptomen.

Het KCE-rapport (Dauvrin et al., 2019) stelde in 2019 al dat de literatuur duidelijk de negatieve impact van collectieve opvangcentra op de gezondheid van VIB aantoont. Volgens het rapport wordt een verblijf van meer dan 4 maanden schadelijk voor het welzijn van de bewoners, vanwege het ontstaan van gezondheidsproblemen zoals slaapgebrek, angst en depressie. Uit een Fedasil-onderzoek naar het welzijn van VIB in collectieve structuren (2022) blijkt ook dat bewoners over het algemeen hun welzijn als negatief ervaren.

## 4.2 Kwetsbaarheidsfactoren

De impact van opvang in een collectief centrum kan beschreven worden aan de hand van de 5 principes van psychosociale steuninterventie in noodsituaties beschreven door Hobfoll et al. (2007) : een gevoel van veiligheid bieden, een gevoel van persoonlijke en collectieve effectiviteit geven, opnieuw verbinden, kalmeren, hoop geven.

### Gevoel van veiligheid

VIB hebben aanvankelijk een gevoel van veiligheid wanneer ze in een centrum aankomen, maar dit gevoel kan snel omslaan in "**psychisch geweld**", dat verband houdt met de cultuurschok, de "onteigening van de eigenwaarde, de eigen identiteit", de procedure, enz. (Gsir et al., 2012). De geografische en temporele afstand tot het leven van voor de migratie en de blootstelling aan nieuwe culturele contexten kunnen de identiteit doen wankelen (WHO, 2023). Het verlies van sociale referentiepunten, dat al inherent is aan het asiel (verlies van sociale en professionele status, groepen waartoe men behoort, identiteit als ouder, plaats in een afstamming, enz.), wordt nog versterkt in de centra, waar alle bewoners in dezelfde context leven, volgens dezelfde regels, met als enige identiteit die van "asielzoeker". Zij moeten opnieuw leren leven met deze status, in deze nieuwe context (ook al spreken ze de taal vaak niet) (zie in het bijzonder Adams & Ghanem, 2023; Asmal-Lee et al., 2022; Crapolicchio et al., 2023).

Hun aankomst brengt ook grote ontgoocheling met zich mee, omdat de hoop op rechtvaardigheid en rechten die ze in Europa hadden gevestigd, wordt geconfronteerd met een gebrek aan rechten, afwijzing en racisme (Elsrud, 2020; Lavdas et al., 2023; Wilhelm & Bartel, 2021).

Bewoners van opvangcentra worden ook geconfronteerd met **fysiek geweld**, zowel individueel als tussen gemeenschappen (Gsir et al., 2012). Hoewel de centra altijd onder toezicht staan (wat op zich ook een gevoel van onveiligheid creëert), worden ze door de bewoners niet altijd als een veilige plek ervaren (Saroléa, et al., 2021): bewoners kunnen worden lastiggevallen, verkracht en onderworpen aan geweld tijdens hun verblijf in het centrum. Deze veiligheidsproblemen zijn 's nachts nog groter omdat er dan minder werknemers zijn.

### Gevoel van effectiviteit

Vanaf het begin verliezen VIB hun autonomie, omdat ze niet kunnen kiezen naar welk centrum ze gaan om hun procedure te voltooien (Sarolea et al., 2021). Sommige centra zijn echter beter gelegen dan andere, vooral op het vlak van verplaatsingsmogelijkheden (hoorzittingen, medische afspraken) en activiteiten (aanwezigheid van verenigingen in de buurt, recreatieve activiteiten en onderwijs, opleiding en tewerkstelling) en meer in het algemeen de manier waarop de VIB worden opgevangen.

De autonomie van de bewoners wordt ook sterk aangetast door de vele regels en procedures die in collectieve centra worden opgelegd. Een dergelijke organisatie, die weliswaar noodzakelijk is, blijkt moeilijk te verdragen als men er lange tijd (soms jaren) verblijft. De strikt georganiseerde dagelijkse routines hebben een grote invloed op het welzijn (Lietaert et al., 2020), wat ook is aangetoond in onderzoek naar de levenskwaliteit in instellingen voor ouderen (Welford et al., 2010; Moilanen et al., 2021; Verderber et al., 2022;). In een asielcentrum zal de impact des te groter zijn, omdat de strak gestructureerde dag in schril contrast staat met de dagelijkse ervaringen van VIB , die geconfronteerd worden met lang wachten, onzekerheid, chaos en verveling. Verschillende onderzoekers (Hauge et al., 2017; Van der Horst, 2004) hebben aangetoond dat deze vaste schema's, samen met de controle-, belonings- en strafmaatregelen, leiden tot een verlies van autonomie en gevoelens van

frustratie als gevolg van een infantiliserende behandeling. Omdat bewoners hun leven niet volledig kunnen plannen en beheren, hebben ze het gevoel dat ze er geen controle over hebben (Gsir et al., 2012). Alles wordt routine, omdat de asielzoeker weinig kan doen. Het kan gebeuren dat bewoners zich afhankelijk voelen van het personeel, of het nu gaat om zeer elementaire zaken zoals eten en wassen (niet altijd een eigen of gedeelde keuken, ze kunnen niet altijd beslissen wat ze eten; rigide tijdsstructuur met vaste tijden voor maaltijden, slapen en bezoek) of belangrijkere zaken, zoals het volgen van een taalcursus of beroepsopleiding. Bewoners moeten een procedure volgen of een afspraak maken om aan al hun behoeften te voldoen. Als gevolg hiervan kunnen bewoners dit gebrek aan onafhankelijkheid en langdurige, onzekere verwachtingen ervaren als een vorm van "gevangenschap". Dit leidt tot een gevoel van verlies van identiteit en maakt het vaak moeilijk om weer zelfstandig te worden als ze eenmaal als vluchteling erkend zijn. Het dagelijkse leven in een collectief centrum belemmert zodoende het toch al moeilijke herstelproces. Rapporten van Fedasil geven ook aan dat bewoners over het algemeen hun welzijn positief ervaren in de individuele opvang en zich beter en zelfstandiger voelen dan in de collectieve opvang. Dauvrin et al. (2019) hebben het ook over het gebrek aan autonomie en de infantilisering van VIB in collectieve opvangcentra.

Taalbarrières, die een belangrijke rol spelen in alle aspecten van welzijn, verminderen vooral de autonomie, omdat bewoners zich afhankelijk voelen van degenen die voor hen kunnen vertalen.

### Opnieuw verbinden

Doorgaans zijn familiale en sociale netwerken van grote waarde bij het omgaan met moeilijkheden. VIB zijn echter vaak geïsoleerd.

Hun familie in het land van herkomst is eerder een bron van kwetsbaarheid (Gsir et al., 2012, Sarolea et al., 2021). Wanneer VIB hun familie in hun land van herkomst bellen, voelen ze zich vaak schuldig omdat ze vertrokken zijn in over het algemeen moeilijke omstandigheden en omdat ze niet weten of en wanneer ze erkend zullen worden. Als gevolg van deze druk, nemen ze steeds minder contact op. Voor niet-begeleide minderjarigen is contact houden met de familie een beschermende factor (Behrendt et al., 2023).

Het leven in collectieve centra kan tegenwicht bieden aan sociaal isolement, vooral wanneer VIB aankomen met zeer weinig kennis van de lokale taal (Kox & van Liempt, 2022), maar het leven in een centrum wordt vaak ervaren als een omgeving van gedwongen samenwonen, in een klimaat van algemeen wantrouwen (Ní Raghallaigh, 2014; Alessi, 2016; Kahn et al., 2018; Sarolea et al., 2021), waar sociale relaties tussen bewoners vaak oppervlakkig zijn en diepe vriendschappen zeldzaam (Fedasil, 2022). Er is een mix van verschillende gemeenschappen, wat spanningen veroorzaakt tussen bewoners van verschillende afkomst; deze spanningen houden ook verband met de ervaringen in het land van herkomst of tijdens het migratietraject. Het is dus niet gemakkelijk om de eigen ervaringen te delen.

De meest duurzame ondersteunende netwerken zijn de netwerken die de VIB hebben opgebouwd tijdens hun reis en in hun land van herkomst (Behrendt et al., 2023), of eenmaal aangekomen in België. De WHO (2023) stelt ook dat gemeenschapssteun een belangrijke factor voor de geestelijke gezondheid is en benadrukt dat beleidsmaatregelen die sociale integratie bevorderen en familie- en gemeenschapsbanden versterken, worden aanbevolen. Maar deze relaties zijn moeilijk op te bouwen als je de taal niet kent. Studies hebben ook aangetoond dat vluchtelingen die in collectieve asielcentra wonen meer discriminatie ervaren dan zij die in zelfstandige appartementen wonen (Hajak et al., 2021).

Het waar mogelijk betrekken van ervaringsdeskundigen en lotgenoten zou zeker kunnen bijdragen tot het initiëren van meer verbinding.



## Kalmeren

Een groot probleem bij het wonen in een centrum is het gebrek aan privacy wanneer men langere tijd in kleine ruimten woont (Sarolea et al., 2021, Fedasil, 2022). Mensen met zeer verschillende achtergronden (land van herkomst, sociale status in het land, opleidingsniveau, enz.) worden verplicht om samen te wonen en hebben weinig kans om alleen te zijn. Het is erg moeilijk om een plek voor jezelf te vinden in het centrum, een privéruimte waar je jezelf kunt afzonderen en alleen kunt zijn met jezelf. Bewoners zijn constant onderhevig aan controle (van hun schema, activiteiten, enz.) door de gemeenschap, hun familie en het personeel. Zelfs in dokterspraktijken is privacy niet altijd gegarandeerd (wachtrijen, geen geluidsisolatie) (Gsir, 2012). Dit bemoeilijkt het omgaan met moeilijke momenten, stress, frustratie en depressieve gevoelens. Gedwongen worden om je kwetsbaarheid (nachtmerries, angsten, trauma's, enz.) te tonen aan een volstrekt vreemde kan een bron van extra angst zijn, niet alleen voor de kwetsbare persoon, maar ook voor wie er getuige van is.

Behalve het gebrek aan ruimte voor privacy is er ook een gebrek aan ruimten die het welzijn bevorderen: de vrijetijdsvoorzieningen in opvangcentra zijn vaak beperkt en worden als onvoldoende gevarieerd ervaren (Fedasil, 2022) en de hygiënische omstandigheden en de staat van de gebouwen (soms versleten, koud, vies en stinkend) bieden geen plek waar mensen waardig kunnen leven en stabiliteit kunnen vinden (Lietaert et al., 2020; Sarolea 2021).

### 4.3 Gezin

Het gezin kan een beschermende rol spelen, maar verschillende organisatorische en fysieke aspecten van het leven in een centrum bemoeilijken het gezinsleven en het vervullen van de ouderrol; in de centra wordt hier weinig rekening mee gehouden, ook al benadrukken de centra het belang van deze ouderlijke verantwoordelijkheid (Lietaert et al., 2020). Deze bevindingen worden bevestigd in andere studies over gezinnen in asielcentra (Ogbuet al., 2014 ; Moran et al., 2017), die aantonen dat er weinig of geen aandacht wordt besteed aan de ouderrol van VIB in de opvangcentra (Williams, 2010; Merry et al., 2017 ; Fournier et al., 2023).

**Autonomie:** ouders hebben het gevoel dat ze hun gezag over hun kinderen verliezen, omdat ze zelf afhankelijk zijn van en onderworpen zijn aan het gezag van het personeel en voor veel dingen toestemming moeten vragen, waaronder het zorgen voor hun kinderen (Sarolea et al., 2020). Vaste regels, procedures en tijdschema's verhinderen ouders om zelf in te spelen op de behoeften van hun kinderen (Lietaert et al., 2020): ze kunnen hen bijvoorbeeld geen eten geven als ze honger hebben of kiezen welke voeding ze hen geven. Ouders zeggen ook dat het wachten leidt tot chronische stress, hun vermogen om geduldig te zijn met hun kinderen vermindert en een gevoel van machteloosheid creëert omdat ze geen antwoord kunnen geven op de vragen van hun kinderen over wanneer ze het centrum zullen verlaten of wat er in de toekomst zal gebeuren.

**Privacy:** gezinnen hebben vaak niet genoeg ruimte om fatsoenlijk te leven. Ze hebben een eigen familiekamer, maar dit betekent dat ouders geen privacy hebben.

**Veiligheid:** er is vaak een gebrek aan veilige ruimte voor kinderen. Ouders zien hun slaapkamer als de enige veilige ruimte die ze hebben (Lietaert et al., 2020). Ze zijn ervan overtuigd dat hun kinderen aan veel gevaren worden blootgesteld als ze in het centrum zijn en voelen zich machteloos om hen te beschermen (vooral tegen andere bewoners: slechte manieren en gedrag aanleren, fysiek en seksueel geweld, enz.).

**Rust:** gezinnen hebben ook een gebrek aan ruimte en ontspanningsmogelijkheden (Fedasil). Bovendien weerhoudt het ouderschap (en het gebrek aan kinderopvang) ouders (en vrouwen

in het bijzonder) er ook van om activiteiten te ontplooiën die bevorderlijk zijn voor hun welzijn: opleidingen volgen, werken, enzovoort (Sarolea et al., 2021).

#### 4.4 Kwetsbare groepen

VIB die asiel aanvragen op basis van hun **seksuele geaardheid of genderidentiteit** hebben ook specifieke noden in de opvangcentra (verhoogd risico op geweld in het bijzonder).

Collectieve centra zijn slecht aangepast aan **vrouwen**: er is te weinig ruimte voor hen voorbehouden (toiletten, douches, ruimte voor borstvoeding en babyverzorging); bestendinging van genderonderdrukking.

De behoeften van **baby's** zouden specifiek aandacht moeten krijgen, zowel op het niveau van de ouders als door middel van interventies zoals die bekend zijn in de kinderpsychiatrie om de ouder-baby-interactie te verbeteren. Vroegtijdige interventies bij gezinnen bestaan inderdaad (met inbegrip van degenen die internationale bescherming aanvragen), voornamelijk om ouders te helpen bij het interactieproces en om de problemen van hun kinderen te identificeren. Een multidisciplinair team zou de noden van de gezinnen moeten beoordelen om de impact op het kind te verminderen en de sociale situatie en het leven van het gezin te verbeteren, als intermediaire factor in de toestand van het kind. Het is ook nodig om geestelijke gezondheidsproblemen of ontwikkelingsstoornissen in een vroeg stadium op te sporen en om adequaat en snel te kunnen ingrijpen. De ondersteuning die aan baby's en jonge kinderen wordt geboden, evenals de ondersteuning van de ouder-kindrelatie, waarbij bij voorkeur het hele gezin betrokken is, kan latere, mogelijk significante psychische moeilijkheden voorkomen.

**Kinderen en jongeren** hebben ook zwaar te lijden onder het leven in de centra, vooral door de overbezetting, het gebrek aan vrijetijdsvoorzieningen, ruimte om huiswerk te maken, te studeren, enz. Minderjarigen hebben ook vaak te maken met de schaamte van het leven in een centrum, ten aanzien van andere minderjarigen die ze buiten het centrum ontmoeten (op school, enz.). (Sarolea et al., 2021).

**NBMV's** worden normaal gesproken eerst 40 dagen naar een van de vier specifieke onthaal-, observatie- en oriëntatiecentra (OOOC) gestuurd, waar de minderjarige wordt geobserveerd en eventuele kwetsbaarheden worden vastgesteld. Deze observatie en oriëntatie zal de dispatching van Fedasil helpen om hen naar de meest geschikte verblijfplaats binnen het collectieve opvangnetwerk of naar een ander centrum, bijvoorbeeld een centrum van het Integrale Jeugdhulpnetwerk, te leiden.

**Alleenstaande mannen** worden als sterker beschouwd dan vrouwen en worden daarom soms in minder gunstige opvangomstandigheden geplaatst. De reproductie van "patriarchale" normen kan het psychisch lijden ook versterken, omdat zij hun kwetsbaarheid niet kunnen tonen.

#### 4.5 Screening en detecteren van noden

Screening is een mogelijke aanpak om de noden van de VIB op het gebied van geestelijke gezondheidszorg vast te stellen (Magwood et al., 2022). Een systematische screening snel na aankomst, vergemakkelijkt de vroegtijdige opsporing van psychische stoornissen en kan helpen voorkomen dat het probleem chronisch wordt en/of dat een psychologische decompensatie wordt uitgelokt of zelfs de risicovol gedrag zich ontwikkelt (drugsgebruik, zelf- of hetero-agressief gedrag, etc.) (Schmidt e.a., 2023). Uit internationaal onderzoek (Magwood et al., 2022) blijkt inderdaad dat de noden van de bewoners vaak laat worden vastgesteld, wat betekent dat de ondersteuning ook laat of helemaal niet wordt aangeboden, waardoor de complexiteit van de vastgestelde noden toeneemt.

Er bestaat echter ook een risico dat het screenen op psychische stoornissen tot verdere trauma's leidt (re-actualisatie van traumatische symptomen wanneer de persoon praat of denkt over traumatische gebeurtenissen). Screening moet daarom worden uitgevoerd in een veilige omgeving, wanneer aan de basisbehoeften is voldaan, met behulp van gevalideerde, cultuurgevoelige instrumenten (Magwood et al., 2022).

De gegevens suggereren ook dat screening een vertekend beeld kan geven van de prevalentie van psychische stoornissen. Voorzichtigheid is geboden bij het zonder onderscheid toepassen van drempelwaarden op vluchtelingen onmiddellijk na hun aankomst (Schumacher et al., 2021).

Er bestaat geen internationale consensus over het meest doeltreffende screeningsinstrument voor VIB. De *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) en de *Refugee Health Screener* (RHS-15) zijn momenteel de meest gebruikte instrumenten (Magwood et al., 2022). Bij het kiezen van het meest geschikte screeningsinstrument moet rekening worden gehouden met de geschatte prevalentie van psychische stoornissen en de specifieke kenmerken van het werken met VIB (cultureel gerelateerde stressoren, omgevingsstressoren, traumatische gebeurtenissen) (Magwood et al., 2022). Naast screening moet er ook adequate geestelijke gezondheidszorg en follow-up beschikbaar zijn, bijvoorbeeld wanneer onmiddellijke interventie nodig is na screening of wanneer opheldering van de diagnose nodig lijkt (Schmidt et al., 2023).

Om dit te bereiken is ook een basistraining over de geestelijke gezondheid en de context waarin DPI's leven (omstandigheden in opvangcentra, de impact van de procedure, scheiding van het gezin, enz.) nodig voor al het personeel. Opleidingsprogramma's kunnen hierbij ondersteuning bieden (Magwood et al., 2022). Het TOPPSY-project van HOGENT, met steun van AMIF, heeft als doel het opvangnetwerk te ondersteunen bij het opsporen en opvolgen van psychische kwetsbaarheden en hiervoor een opleidingsprogramma te ontwikkelen. In 2023 werd een enquête gehouden waaruit bleek dat 86% van de respondenten behoefte had aan professionalisering. Eerstelijns werkers voelen zich niet zeker over hun eigen vaardigheden in het ondersteunen van bewoners met behoeften aan psychische zorg.

Er is een grote behoefte aan algemene voorlichting over psychopathologie en aan specifieke opleidingen voor het werken met asielzoekers (bv cultuur- en traumasensitiviteit e.a.) (zie aanbevelingen).

Dit onderzoek identificeert ook een aantal **voorwaarden voor het optimaal benutten** van de opleidingsmogelijkheden:

- De opleiding moet deel uitmaken van een bredere kijk op de geestelijke gezondheid van de bewoners en al het personeel moet het mandaat en vertrouwen hebben om de bewoners met geestelijke gezondheidszorgbehoeften te ondersteunen.
- De theorie moet in de praktijk worden gebracht.
- Structurele beperkingen aanpakken, zoals infrastructuur, lange asielprocedures, tekort aan werknemers, gebrek aan verwijsmogelijkheden in de geestelijke gezondheidszorg, enz. om de begeleiding van VIB te vergemakkelijken.
- Een betere samenwerking, zowel intern als extern, wordt gezien als een essentiële voorwaarde.

## 5 Toegang en kwaliteit van de zorg

### 5.1 Inleiding

VIB worden geconfronteerd met een veelheid aan factoren die een negatieve invloed hebben op hun geestelijke gezondheid. Om hiermee om te gaan, is toegang tot zorg een bewezen beschermende factor (Dennis et al. 2017). Uit onderzoek blijkt echter dat de gezondheidstoestand van vluchtelingen vaak slechter is in transitlanden en landen van bestemming door problemen met de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg (zie met name Dauvrin et al., 2019 voor de situatie in België).

Specifiek met betrekking tot geestelijke gezondheid, is het beroep dat VIB doen op diensten ook laag in verhouding tot hun behoeften (Satinsky et al. 2019). Nederlands onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat slechts 8,8% van de Irakese VIB met psychiatrische stoornissen contact had met een geestelijke gezondheidszorgdienst (Laban et al. 2007). Volgens Slewa-Younan et al. (2015) zoekt slechts ongeveer een vijfde van de Iraakse VIB in westerse landen hulp, zowel professioneel als informeel. Minder dan één op de tien Australische vluchtelingen met PTSS-symptomen heeft een beroep gedaan op geestelijke gezondheidszorg gespecialiseerd in trauma en foltering (4,6%-10%) (Slewa-Younan et al., 2017). Ook in België schiet de geestelijke gezondheidszorg voor VIB schromelijk tekort (Dauvrin et al. 2019). Het is ook vaak moeilijk om zorg te vinden die aangepast is aan de behoeften (vooral voor druggebruikers) (Derluyn et al., 2008; De Kock et al., 2016).

Er moeten multidisciplinaire ondersteunende maatregelen beschikbaar zijn (waaronder universele, selectieve en geïndiceerde preventie) op de verschillende niveaus van de interventiepiramide voor psychosociale ondersteuning in noodsituaties ([IASC-richtlijnen](#), 2007):

Figure 1. Intervention pyramid for mental health and psychosocial support in emergencies. Each layer is described below.



## 5.2 Belemmeringen voor toegang tot gezondheidszorg

Om de obstakels te identificeren waarmee mensen die internationale bescherming zoeken<sup>8</sup> te maken hebben, werd een literatuuroverzicht (*umbrella review*) uitgevoerd naar de obstakels die mensen met een recente migratieachtergrond tegenkomen bij de toegang tot geestelijke gezondheidszorg (inclusief erkende vluchtelingen en VIB).

Deze *review* leidde tot de identificatie van 18 artikelen (zie methodologie in de bijlage), die werden geanalyseerd in combinatie met de systematische review van Claus et al. (2022). Er werden zes categorieën obstakels geïdentificeerd die de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor volwassen VIB belemmeren :

### 1. Gebrek aan kennis over het gezondheidszorgsysteem en het recht op zorg

Volgens de review van Claus et al. (2022) ontbreekt het zowel bij VIB als bij zorgverleners aan kennis over het recht op gezondheidszorg of over de procedures om er toegang toe te krijgen. VIB hebben moeite om hun weg te vinden in een vreemd en complex gezondheidszorgsysteem en het ontbreekt zorgverleners aan kennis over het gezondheidszorgnetwerk en de specifieke behoeften van deze bevolkingsgroep.

De *umbrella review* die als onderdeel van dit advies werd uitgevoerd, identificeerde ook een gebrek aan kennis over hoe het gezondheidszorgsysteem werkt (Due et al., 2020; Pollard en Howard, 2021) en over de beschikbare diensten (Colucci et al., 2014; Thomson et al., 2015; Derr, 2016) als belemmeringen voor de toegang tot geestelijke gezondheidszorg.

Dauvrin et al. (2019) noemen ook de ondoorzichtigheid van het systeem voor zorgverleners als een belemmering voor de toegang tot zorg.

In 2014 identificeerde het [Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België](#) de onwetendheid bij de zorgverstrekkers inzake rechten en procedures (waardoor er schrik ontstaat niet te worden terugbetaald voor de zorgen) en de schrik om zich tot openbare diensten te wenden, als belemmeringen voor de toegang tot gezondheidszorg.

Het bestaande gezondheidszorgkader voor deze doelgroep is vaak onduidelijk of ingewikkeld, waardoor deze groep moeite heeft om dit kader te begrijpen en om de fasen van de procedure te volgen, zonder extra uitleg en ondersteuning.

### 2. Beperkte beheersing van de taal van het gastland

De review van Claus et al. (2022) identificeerde **taalbarrières** als een van de grootste uitdagingen in de zorg voor VIB. Bischoff et al. (2003) beschrijven bijvoorbeeld dat wanneer de communicatie tussen de VIB en de zorgverleners moeizaam verloopt, er twee tot drie keer minder symptomen worden gerapporteerd. Werken met professionele **tolken** helpt om het begrip van de problemen te optimaliseren, een vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen en de betrokkenheid van de patiënt bij de zorg te vergroten. Toch beschikt slechts 53% van de Europese geestelijke gezondheidsdiensten voor vluchtelingen en VIB over tolken (Satinsky et al. 2019). Het laten tolken door familieleden is geen goed antwoord op dit probleem (Donnelly et al. 2011).

---

<sup>8</sup> In dit hoofdstuk leggen we onze focus op VIB. We wensen te onderstrepen dat deze belemmeringen ook gelden voor mensen zonder wettig verblijf. Deze doelgroep wordt vaak vergeten terwijl zij vaak in nog kwetsbaardere situaties vertoeven.

De *umbrella review* identificeerde ook de taalproblemen (Salam et al., 2022) en het ontbreken van een vertaler om te helpen met de communicatie als belangrijke belemmeringen (Satinsky et al., 2019; Nematy et al., 2022; Desa et al., 2022; Pollard en Howard, 2021; O'Brien et al., 2023). Taalbarrières belemmeren de communicatie en het begrip tussen de patiënten en de zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Het gebruik van tolken lijkt beperkt te zijn (Salam et al., 2022) en de talen die door de tolkdiensten worden aangeboden zijn doorgaans de meest gangbare en geen dialecten (Pollard & Howard, 2021). Het gebruik van een tolk had ook invloed op de doorstroming en de planning van de artsen vanwege de lengte van de afspraken en dus op de beschikbaarheid van afspraken voor het grote publiek (Wohler & Dantas, 2017).

In België is er volgens de belanghebbenden een tekort aan tolken en interculturele bemiddelaars (Dauvrin et al., 2019). Er zijn georganiseerde tolkdiensten van goede kwaliteit (bijv. Zorg en Gezondheid, Intercult van de FOD Volksgezondheid, Setis, Brussel Onthaal, etc.) die live, via videoconferentie of telefonisch werken. Telefonisch tolken is echter niet geïndiceerd of zelfs gecontra-indiceerd bij dit publiek en videoconferenties zijn soms ingewikkeld (ongeschikte lokalen of zelfs helemaal geen lokalen, soms slechte internetverbinding, etc.). De zorgverlener moet zich vaak behelpen en erkende tolken zijn duur (€60 per uur). Sommigen werken met vrijwilligers, maar de kwaliteit laat soms te wensen over en vrijwilligers zijn soms minder betrouwbaar als het gaat om het nakomen van afspraken. Er loopt momenteel een onderzoek aan de UGent (in samenwerking met de Stichting Kom op tegen Kanker) om na te gaan of er vaker een beroep wordt gedaan op een reeds betaalde tolk. Economische aspecten zijn namelijk niet de enige belemmering voor het gebruik van tolken: sommige professionals in de geestelijke gezondheidszorg zijn ook terughoudend om een derde partij te betrekken bij de therapeutische relatie en sommige tolken zijn weinig opgeleid om voor geestelijke gezondheidsproblemen (Dauvrin et al., 2019).

### 3. Uiting van leed en over de ziekte

De populatie van VIB is een diverse groep met verschillende culturele achtergronden en opleidingsniveaus, die op hun beurt een aanzienlijke invloed hebben op de houding ten opzichte van geestelijke gezondheid.

Culturele factoren hebben een sterke invloed op de ervaring en uiting van geestelijke gezondheidsproblemen (Kleinman 1977). Het begrip psychosociale behoeften en geestelijke gezondheid wordt door mensen met een migratie-achtergrond op verschillende manieren ervaren (religieuze of bovennatuurlijke verklaringsmodellen, perceptie van stoornissen als een persoonlijke zwakte, taboe, enz.).

De *umbrella review* heeft **verschillende opvattingen** aan het licht gebracht die migranten, vluchtelingen of VIB kunnen hebben over **geestelijke gezondheid**, psychische aandoeningen en de aard van de behandeling, die per cultuur kunnen verschillen (Colucci et al., 2014; Chaze et al., 2015; Satinsky et al., 2019; Demazure et al., 2022; Salam et al., 2022). Sommige culturen hebben bijvoorbeeld geen woord voor het begrip postpartum depressie en vinden het daarom moeilijker om erover te praten (Tobin et al., 2018). Een lage geletterdheid op het gebied van geestelijke gezondheid (Colucci et al., 2014), waaronder een gebrek aan bewustzijn en kennis van de geestelijke gezondheidsproblemen (Thomson et al., 2015; Derr, 2016; Hendrickx et al., 2019) en onwetendheid over de oorzaken van psychische aandoeningen (Byrow et al., 2018) vormen ook belemmeringen. Twee artikels (Colucci et al., 2014; Demazure et al., 2022) melden dat de lage prioriteit die wordt gegeven aan geestelijke gezondheid door personen met recente immigratieachtergronden de toegang tot geestelijke gezondheidszorg kan belemmeren, omdat ze deze niet beschouwen als een fundamentele behoefte zoals onderwijs en materiële goederen (Demazure et al., 2022). Voor de zorgverlener kan het ook moeilijk zijn om een diagnose te stellen: moeite om onderscheid te maken tussen psychiatrische stoornissen en symptomen van tijdelijke psychologische nood bij VIB (Derlet & Deschietere, 2019), om bepaalde manifestaties van psychologische noden ,

zoals somatisatie, te herkennen (Byrow et al., 2020) of om cultureel conform gedrag te onderscheiden van pathologie (Sen, 2016; Jannesari et al., 2020).

De WHO (2023) heeft ook culturele concepten van geestelijke gezondheid geïdentificeerd als risicofactoren en wijst erop dat diagnoses en behandelingen niet altijd rekening houden met de betekenissen die individuen aan hun problemen toekennen.

#### 4. Verwachtingen ten aanzien van de therapeutische relatie en de behandeling

Culturele factoren hebben ook invloed op de relatie tussen de zorgverleners en hun patiënten. Volgens Claus et al. (2022) heeft de culturele achtergrond van patiënten ook invloed op hun **verwachtingen ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg**: sommigen hopen bijvoorbeeld dat artsen hun leefomstandigheden kunnen verbeteren of hen kunnen helpen met hun asielaanvraag. Vluchtelingen benaderen bijvoorbeeld zorgverleners met de verwachting dat zij hun administratieve problemen oplossen of hen van medicatie voorzien (Horn et al., 2015; Salami et al., 2019; Knipscheer et al., 2000). Dit kan leiden tot een gevoel van onverenigbaarheid tussen het zorgsysteem en de waargenomen behoeften (Kiselev et al. 2020).

Vaak zullen VIB geneigd zijn te geloven dat het **hun persoonlijke verantwoordelijkheid is om hun stressoren te beheersen** en ermee om te gaan, zonder tussenkomst van iemand extern. Als er hulp wordt gezocht, komt deze vaker van familieleden, vrienden of andere informele bronnen (traditionele leiders, spirituele begeleiding), dan van professionele psychosociale en geestelijke gezondheidszorgverleners (Nguyen et al., 2018; van der Boor & White, 2019; Salami et al., 2019; Knipscheer et al., 2000).

De *umbrella review* heeft aan het licht gebracht dat verschillen in het begrip van de oorzaken van psychische aandoeningen en hoe ermee om te gaan, ertoe leiden dat migranten, vluchtelingen en VIB aarzelen om formele hulp te zoeken voor hun mentale problemen (Colucci et al., 2014; Satinsky et al., 2019; Almutairi et al., 2022). Ze zullen op zoek gaan naar andere copingmechanismen zoals muziek, steun van familie en gebed om stress en spanning te verlichten (Thomson et al., 2015). In vijf artikels was sprake van spiritualiteit, religie en traditie als redenen waarom personen met een recente immigratie-achtergrond aarzelen om psychische hulp te zoeken (Colucci et al., 2014; Chaze et al., 2015; Wohler en Dantas, 2017; Satinsky et al., 2019; Almutairi et al., 2022) en zich eerder wenden tot andere bronnen van psychosociale hulp, zoals religieuze leiders of God (Colucci et al., 2014; Chaze et al., 2015, Satinsky et al., 2019; Almutairi et al., 2022), traditionele genezers, vrienden en familie (Colucci et al., 2014; Wohler en Dantas).

Genderrol en -identiteit werden ook geïdentificeerd als obstakels, vooral in situaties waarin er een intersectionaliteit was van verschillende geslachten tussen dienstverleners en patiënten (O'Brien et al., 2023). In het bijzonder wordt genderhiërarchie genoemd (mannelijke dominantie in relaties), waarbij mannen niet willen dat de stem van hun partner door iemand buiten de familie wordt gehoord (Desa, et al. 2019; en Nyikavaranda et al. 2023). Uit interviews met vrouwelijke migranten en vluchtelingen over hun ervaringen met het zoeken naar hulp voor postnatale depressie bleek dat diepgewortelde genderhiërarchieën een belemmering zijn geworden voor het zoeken naar geestelijke gezondheidszorg (Salam et al., 2022).

Culturele barrières dragen er ook toe bij dat patiënten met een recente migratieachtergrond het gevoel krijgen dat beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg ongevoelig zijn voor hun behoeften en weinig flexibel, zoals vooral blijkt uit onderzoek van Wohler en Dantas (2017). O'Brien et al. (2023) stelden vast dat professionals in de gezondheidszorg het gevoel hadden onbekwaam of ongeschikt te zijn bij het inspelen op de geestelijke gezondheidsbehoeften van migrantenpopulaties.

Ook in België worden verschillen in attitudes en verwachtingen ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg door zorgverleners als een uitdaging ervaren (Dauvrin et al. 2019).

Medewerkers van de sociale diensten in de centra melden ook dat professionals (soms terecht) vermoeden dat psychische problemen worden versterkt of verborgen om bepaalde privileges/steun te krijgen: medewerkers moeten kunnen bepalen of er sprake is van echt leed of een middel om uitzonderingen of uitstel te krijgen.

Er zijn ook meningsverschillen over de **behandelmethode**n (medische benadering of psychotherapeutische benadering). Volgens sommige auteurs zouden vluchtelingen de voorkeur geven aan groepstherapie boven individuele therapie (Rucci et al., 2014), maar het klimaat van wantrouwen tegenover anderen zal de doeltreffendheid van dergelijke programma's waarschijnlijk verminderen. In ieder geval is het belangrijk om cultureel specifieke behandelmethoden te hebben, omdat de westerse behandelmethoden vaak aanleiding geven tot bezorgdheid bij de zorgvragers (Byrow et al. 2020).

Het [Cultural Formulation Interview](#) (CFI) opgenomen in het DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) diagnostisch handboek (Bäärnhielm, S., 2016) is een voorbeeld van een instrument dat op grotere schaal gebruikt zou kunnen worden in de geestelijke gezondheidszorg.

Behandelingen gericht op functioneel herstel (wat moet je doen?) zouden beter aansluiten bij de noden van de VIB dan behandelingen gericht op emoties (hoe voel je je?) of praat-therapie (Sen 2016). De verwachting van een holistische benadering van problemen lijkt een terugkerend thema te zijn (Colucci et al 2015; Jarlby et al 2018).

Volgens Dauvrin et al. (2019) zouden andere behandelingsvormen die in de literatuur beschreven worden, geschikt kunnen zijn (vooral voor NBMV's), zoals therapieën met behulp van dieren of verschillende vormen van kunsttherapie of bewegingstherapie.

Andere meer lichaamsgerichte benaderingen worden ook genoemd in de literatuur (Van der Kolk, enz.) zoals bewegingstherapieën, ontspanningstechnieken, mindfulness, fysiotherapie, enz.

In elk geval is het belangrijk om de therapeutische ondersteuning voor deze patiënten aan te passen aan hun vraag, behoeften en cultuur. Elke benadering die voldoende is gevalideerd (evidence-based, c.q. practice based) kan worden gebruikt, op voorwaarde dat rekening wordt gehouden met de kenmerken van elke patiënt en zijn tijdlijn (op welk punt in het migratietraject, enz.).

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, is het daarom belangrijk dat zorgverleners voldoende opgeleid zijn om deze overtuigingen te herkennen en rekening te houden met de culturele bijzonderheden.

Ook in het buitenland bestaan verschillende modellen die etnopsychiatrie promoten (zie in het bijzonder het werk van Thierry Baubet<sup>9</sup>, Daniele Pierre<sup>10</sup> en Marie-Rose Moro<sup>11</sup> over dit onderwerp).

Veel organisaties en initiatieven in Europa (bijv. MHealth4All, 2022-2024) en België<sup>12</sup> werken ook aan de verbetering van de transculturele geestelijke gezondheidszorg.

## 5. Gebrek aan vertrouwen en stigmatisering

Volgens Claus et al. (2022) kunnen VIB een gebrek aan vertrouwen hebben in overheidsinstanties, deels vanwege hun eigen ervaringen, wat het vertrouwen in een buitenlands gezondheidszorgsysteem en het delen van gevoelige informatie ondermijnt.

Hun angsten zijn gerelateerd aan het wantrouwen ten opzichte van vreemden en in het bijzonder de angst dat informatie wordt doorgegeven aan overheidsinstanties of naasten, maar ook de vrees om niet te kunnen betalen en vervolgd te worden en het gevoel niet

<sup>9</sup> <https://utrpp.univ-paris13.fr/user/baubet+thierry/>

<sup>10</sup> [Danièle PIERRE, Auteur à L'autre - Cliniques, Cultures et Sociétés \(revuelautre.com\)](#)

<sup>11</sup> [HOME | Marie Rose Moro | Officiële website](#)

<sup>12</sup> Bij voorbeeld : Solentra, opleiding Transcultural Mental Health Care, KU Leuven, bepaalde CGG (Ulysse, Exil, D'ici et d'Ailleurs, de transculturele en etnopsychiatrische consultatiedienst van de CGG Chapelle aux Champs en van het Universitair Ziekenhuis Brugmann, CGG-VBO Leuven), enz.



begrepen te worden. De anti-immigratieretoriek in gastlanden kan de VIB ertoe aanzetten om gezondheidszorg te vermijden (da Silva Rebelo et al., 2018; Devakumar et al., 2020).

De behandeling van medische problemen in de centra kan ook zorgen voor spanningen: lange wachttijden voor afspraken, het gevoel niet geloofd te worden door het medisch personeel, angst om gezondheidsproblemen te melden uit vrees niet serieus genomen te worden of negatieve gevolgen te vrezen voor de procedure... Het gebrek aan keuze van zorgverlener in de collectieve centra kan ook een obstakel zijn.

De *umbrella review* identificeerde ook een gebrek aan vertrouwen als een belemmering. Sommige deelnemers aan eerdere onderzoeken gaven aan dat ze er niet zeker van waren dat de "westerse geestelijke gezondheidszorgverstreker" hen zou begrijpen, omdat ze niet dezelfde cultuur of achtergrond delen (Byrow et al., 2018; Satinsky et al., 2019). Twee artikels wijzen erop dat sommige mensen het nut er niet van inzagen om met een "vreemde" over hun problemen te praten, wat de gesprekken onaangenaam maakte (Colucci et al., 2014; Demazure et al., 2022). Een aantal personen gaven aan dat ze zich niet comfortabel voelden om hun problemen te bespreken met iemand die ze niet kenden (Byrow et al., 2018). Anderen gaven de voorkeur aan een geestelijke gezondheidszorgverstreker met een vergelijkbare achtergrond, omdat die hen beter zou begrijpen (Pollard en Howard, 2021), maar deelnemers aan andere onderzoeken meldden dat zij net meer bezorgd waren over de betrouwbaarheid wanneer de zorgverstreker iemand uit hun eigen gemeenschap was (Byrow et al., 2018).

Ook hadden sommige vluchtelingen, VIB en migranten geen vertrouwen in de "westerse geneeskunde", in het gebruik van medicijnen die werden aanbevolen door hun zorgverlener (Desa et al., 2022) en in de gezondheidszorg en het rechtssysteem. Sommigen waren bang dat hun kinderen van hen zouden worden afgenomen, omdat ze vanwege hun gezondheidsproblemen als "onbekwame ouders" zouden worden bestempeld (Salam et al., 2022).

Vier artikelen beschrijven dat er zorgen rezen over privacybescherming wanneer niet-professionele tolken werden geraadpleegd, omdat zij meestal uit dezelfde gemeenschap kwamen en iemand uit hun familiale of sociale kring kenden (Desa et al., 2022; Byrow et al., 2018; Nematy et al., 2022; Salam et al., 2022).

**Stigmatisering** is een andere belangrijke belemmering voor de psychiatrische zorg. Stigmatisering wordt als belemmering genoemd in 14 artikels van de *umbrella review*. Stigmatisering is een belemmering op zowel persoonlijk als maatschappelijk niveau, waardoor migranten geen toegang krijgen tot geestelijke gezondheidszorg. In sommige culturele contexten worden geestesziekten sterk gestigmatiseerd, wat vaak leidt tot sociaal isolement en bestraffing van de persoon die eraan lijdt. Salam et al. (2022) wijzen erop dat stigmatisering een groot probleem is bij nieuwkomers, terwijl migranten die al langer in het land verblijven er doorgaans minder last van hebben. Byrow et al. (2020) verdiepen zich in de thema's rond stigmatisering met betrekking tot geestelijke gezondheid, met name de persoonlijke gevolgen zoals schaamte, discriminatie en de vrees voor isolement of verstoting uit de samenleving. De vrees om gestigmatiseerd te worden bij het onthullen van seksuele oriëntatie of genderidentiteit is een andere belemmering die Nematy et al. (2022) hebben waargenomen in verschillende facetten van de geestelijke gezondheidszorg. Vrees voor discriminatie was een extra belemmering, net als stigmatisering, zoals benadrukt door Hendrickx et al. (2019), Pollard & Howard (2021), Nematy et al. (2022) en Salam et al. (2022).

Zorgverleners die met VIB werken, gaven ook aan dat de negatieve perceptie van de psychiatrie (65,7%) en de vrees voor stigmatisering in de eigen gemeenschap (66,4%) de twee belangrijkste obstakels waren in deze bevolkingsgroep (Bartolomei et al. 2016). Volgens Sarolea e.a. (2021) weigeren sommige VIB naar een psycholoog te gaan, ofwel omdat psychische aandoeningen in hun land van herkomst worden gestigmatiseerd, ofwel omdat ze liever de trauma's die ze in hun land van herkomst hebben meegemaakt, vergeten (Sarolea e.a., 2021).

## 6. Praktische moeilijkheden

Volgens Claus et al. (2022) kunnen **financiële beperkingen** en precare leefomstandigheden VIB dwingen om prioriteit te geven aan basisbehoeften boven geestelijke gezondheid (wat ook leidt tot overconsumptie van spoedeisende zorg en een gebrek aan continuïteit van zorg). Vrouwen met jonge kinderen worden geconfronteerd met praktische moeilijkheden omdat iemand op hun kinderen moet passen wanneer zij naar de gezondheidsdiensten gaan. Financiële beperkingen in verband met transport kunnen ook een belemmering vormen.

Deze obstakels werden ook geïdentificeerd in de *umbrella review*: mensen met een recente migratieachtergrond ondervinden problemen om een **transportmiddel** te vinden om naar de geestelijke gezondheidszorgverlener te gaan (Colluci et al., 2014 ; Wohler en Dantas, 2017 ; Tobin et al., 2018 ; Byrow et al., 2018 ; Due et al., 2020). De betaling van dit transportmiddel (Satinsky et al., 2019) en het ontbreken van openbare vervoersverbinding(en), in combinatie met moeilijke winter- en weersomstandigheden en lichamelijke ziekte (Salam et al., 2022) vormen belemmeringen. Twee artikelen wijzen erop dat personen die in kleinere gebieden wonen, moeite hebben om een geschikte aanbieder van geestelijke gezondheidszorg voor zichzelf te vinden, terwijl personen die in grotere steden wonen meer opties ter beschikking hebben (Salam et al., 2022 ; Nematy et al., 2022).

Mensen met kinderen noemen daarnaast het gebrek aan gratis of goedkope **kinderopvang** (Wohler en Dantas, 2017; Tobin et al., 2018) en stellen bovendien dat reizen met kinderen een belemmering vormt om toegang te krijgen tot geestelijke gezondheidszorg (Salam et al., 2020).

## 7. Structurele (institutionele) moeilijkheden

**Institutionele discriminatie** (uitsluiting van nationale programma's voor gezondheidsbevordering, preventie, behandeling en zorg en sociale zekerheid) is een andere belangrijke belemmering. Geestelijke gezondheidszorg voor VIB en mensen in onwettig verblijf is geen politieke prioriteit, omdat deze vaak al ontoereikend is voor de algemene bevolking (Pollard & Howard, 2021). De inadequate inschatting van de psychologische behoeften van VIB maakt dat die behoeften moeilijk te begrijpen zijn voor de beleidsmakers (Kiselev et al 2020).

In de *umbrella review* werd het **ontbreken van een verzekering** (Derr, 2016; Byrow et al., 2018, Almutairi et al., 2022) of beperkte verzekeringsregelingen voor VIB en vluchtelingen (Nematy et al, 2022) als een belemmering genoemd, omdat dit de kosten van de geestelijke gezondheidszorg opdrijft en aanleiding geeft tot zorgen voor personen die onlangs naar een gastland zijn gemigreerd en vaak in precare financiële omstandigheden (Byrow et al., 2018) en ongunstige sociaaleconomische omstandigheden, in armoede, onzekerheid over huisvesting en sociaal isolement leven (O'Brien et al., 2023).

Structurele obstakels, zoals **lange wachtlijsten en problemen om zich in te schrijven** bij de juiste gezondheidsdiensten zijn als belemmeringen genoemd door Tobin et al. (2018); Colucci et al. (2019) ; Satinsky et al. (2019) en Due et al., (2020).

Tenslotte vormen zowel de **onzekerheid m.b.t. de verblijfsstatus** en de implicaties ervan als de vijandige omgeving structurele belemmeringen voor migranten die nood hebben aan geestelijke gezondheidszorg, zoals wordt benadrukt door Byrow et al. (2020); en Pollard et Howard (2021). De tijd die nodig is om de asielaanvragen te verwerken, de angst voor uitzetting, geweld van de overheden, discriminatie door het personeel of leden van de samenleving op persoonlijk niveau, zijn allemaal geïdentificeerd als obstakels, samen met de complexe bureaucratische beleidsmaatregelen (Colucci et al., 2014; Thomson et al., 2015; Byrow et al., 2020; Pollard et Howard, 2021).

Dauvrin et al. (2019) wijzen op de onzekerheid over de verblijfsduur in centra en het onvermogen om kwalitatief therapeutisch werk op te zetten binnen een te korte periode als redenen waarom sommigen terughoudend zijn om VIB te helpen.

### 5.3 Situatie in België

In België bepaalt de administratieve situatie in feite de toegang tot gezondheidszorg. Volgens de "Opvangwet" moeten personen die om internationale bescherming verzoeken sociale, medische en psychologische begeleiding krijgen. In de praktijk hangt dit af van de situatie van de aanvrager:

Collectieve opvangcentra: de toegang tot gezondheidszorg is altijd op dezelfde manier georganiseerd en de zorg is gratis voor de bewoners:

- eerstelijnszorg beschikbaar in het centrum (verpleegkundigen, huisartsen, kinderartsen en psychologen);
- medische bedden in bepaalde centra, voor mensen met ernstige lichamelijke gezondheidsproblemen;
- raadplegingen bij specialisten en ziekenhuisopnames na verwijzing van de arts of verpleegkundige van het centrum;
- specifieke ondersteuning, afhankelijk van het centrum: referentiepersonen in elk centrum voor bijzondere gevallen van kwetsbaarheid, geestelijke gezondheidsproblemen en vrouwelijke genitale verminking, specifieke ondersteuning (gendergerelateerd geweld, VGV, LGBTQIA+, verslaving, enz.), proefprojecten (bijv. R-sense) en een budget voor externe samenwerking (met verenigingen voor gezondheidsbevordering, psychosociale ondersteuning, enz.)

Alle verwijzingen naar externe zorg (inclusief psychologische consulten) worden georganiseerd door de medische dienst van het centrum, die een verwijzingsformulier moet afgeven, wat kan leiden tot vertragingen in de verwijzingen. Daarnaast zijn er wachtlijsten voor deze psychologische consulten en is het moeilijk om psychologen te vinden die opgeleid en bereid zijn om met deze populatie te werken.

Voor mensen met psychische gezondheidsproblemen die intensieve dagelijkse begeleiding nodig hebben, wordt samengewerkt met [CIBA](#) (Centrum Intensieve Begeleiding Asielzoekers) en [CARDA](#) (*Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile*): deze centra van het Rode Kruis Vlaanderen en Croix Rouge de Belgique bieden tijdelijke residentiële begeleiding voor VIB met lichte psychische en/of psychiatrische problemen die intensievere begeleiding nodig hebben. Ze zijn alleen toegankelijk onder bepaalde procedurele voorwaarden (toelatingsformulier gevalideerd door het CIBA- of Carda-centrum zelf) en op vrijwillige basis door de betrokken bewoner. Ze bieden een breed scala aan therapeutische activiteiten (ontspanning, bezigheidstherapie, fysiotherapie, kunsttherapie, sport, enz.)

Het POZAH-project (Psychiatrische Ondersteuning en Zorg voor Asielzoekers aan Huis) biedt een vrijwillig behandelprogramma aan voor volwassen VIB met ernstige psychiatrische problemen. De opnames gebeuren in overleg met de medische diensten van de opvangcentra. Net als bij andere projecten moet een aanvraagformulier worden ingediend bij de medisch coördinator in de betreffende regio. Het project is verantwoordelijk voor de beslissing om de patiënt al dan niet op te nemen. Indien opname niet aangewezen is en/ of de VIB zelf weigert, kan een outreachend behandelplan worden opgesteld. Daarnaast wordt er ook zoveel mogelijk ingezet op coaching van het personeel van de opvangcentra om een goed begrip van en ondersteuning voor de psychiatrische aandoening te verkrijgen.

Het toelatingsproces tot deze centra neemt tijd in beslag (er zijn meerdere bijeenkomsten nodig), waardoor crisiszorg niet mogelijk is.

Voor minderjarigen (12 tot 18 jaar): [PASO](#) is een dagcentrum voor minderjarigen met psychische problemen of traumatische ervaringen na hun vlucht uit hun land van herkomst, voor wie de huidige ondersteuning vanuit hun omgeving of ambulante hulpverlening onvoldoende is. Er is een wachtlijst voor toegang tot dit centrum.

Deze specifieke zorgstructuren zijn alleen beschikbaar in bepaalde delen van het land (CIBA in Sint-Niklaas, CARDA in Luik, POZAH in Grimbergen, PASO in Leuven).

Huisvesting in een LOI: mensen beheren hun eigen gezondheidszorg, in samenwerking met het OCMW, dat de betaling van de gezondheidszorgkosten beheert (die ook barrières kunnen opwerpen voor toegang of een gebrek aan vrijheid in termen van keuze van verzorger, enz.).

Code 207 "No show": wanneer de VIB niet in het opvangsysteem verblijft (uit vrije keuze of omdat Fedasil hem geen plaats heeft toegewezen), is een specifieke procedure van toepassing die hem toegang geeft tot zorg via een online platform.

Voor mensen die in een LOI gehuisvest zijn of een 207 "No show" code hebben, vormen administratieve vereisten een groot obstakel om toegang tot zorg te krijgen.

NBMV: niet-begeleide minderjarigen hebben recht op een verplichte Belgische ziektekostenverzekering op voorwaarde dat ze minstens drie opeenvolgende maanden basisonderwijs of secundair onderwijs hebben gevolgd (of door een erkende instantie zijn vrijgesteld van de leerplicht). Volgens Dauvrin et al. (2019) hebben NBMV echter te maken met specifieke problemen bij de toegang tot gezondheidszorg, zoals een tekort aan zorgverleners, problemen bij het voldoen aan de voorwaarden voor toegang tot de verplichte ziektekostenverzekering en een dekking door de ziekenfondsen die niet altijd effectief is voor de NBMV.

Volgens Dauvrin et al. (2019) bemoeilijkt de ongelijke spreiding van VIB over België de toegang tot gespecialiseerde zorg en in het bijzonder geestelijke gezondheidszorg. Administratieve vereisten vormen ook een belemmering voor de toegang tot gespecialiseerde zorg of ziekenhuisopname. Volgens dit rapport is er daarbovenop een gebrek aan professionals die specifiek opgeleid zijn in PTSS en andere geestelijke gezondheidsproblemen die vaker voorkomen in de populatie van VIB. Zorgverleners zijn terughoudend om deze populatie te zien, vanwege de complexiteit van de procedures voor het verkrijgen van betaling, het gebrek aan administratieve en logistieke ondersteuning (tolken), vrees voor hun reputatie en soms angst voor de patiënten.

Het gebrek aan gecentraliseerde gegevens en indicatoren verhindert een goede opvolging van de gezondheidstoestand van de VIB, hun behoeften, de kwaliteit van de verstrekte zorg en de kosten ervan, waardoor het onmogelijk is om het aanbod aan te passen aan de noden.

De medewerkers van de sociale diensten in de centra beschrijven ook het probleem van de wachtlijsten voor toegang tot psychologen en psychiaters, het gebrek aan doorverwijzingsmogelijkheden in de omgeving (tekort aan psychologen in de onmiddellijke omgeving van de centra), een tekort aan plaatsen in psychiatrische/gespecialiseerde instellingen (ook voor de Belgische bevolking) en het gebrek aan plaatsen die aangepast zijn aan specifieke trauma's en kwetsbaarheden (deze plaatsen zijn gekoppeld aan bepaalde vereisten die verband houden met het verzoek om internationale bescherming).

## 6 Impact van geestelijke gezondheid: Toekomstige integratie

Zonder passende en tijdige behandeling kunnen psychische problemen bij VIB het risico op verslaving, arbeidsongeschiktheid of handicap vergroten. Psychische problemen die niet adequaat worden aangepakt, brengen dus aanzienlijke kosten met zich mee voor de samenleving door een hoger gebruik van gezondheidszorg, gebrek aan onderwijs en verminderde arbeidsproductiviteit (Dijk & Kiernan, 2023).

Ook de manier waarop verzoekers worden opgevangen en geïntegreerd in de gastlanden (inclusief de duur van de procedures, hun toegang tot gezondheidszorg en tot sociale diensten) kunnen op lange termijn negatieve gevolgen hebben voor hun mentale en fysieke gezondheid en hun levenskwaliteit.

Bovendien verdwijnt het psychologische leed niet met de beslissing al dan niet erkend te zijn als vluchteling. Een negatieve beslissing, vooral als die jaren na aankomst in België valt, zal natuurlijk worden ervaren als een afwijzing en een veroordeling tot uitsluiting. In dit geval is de re-integratie in de samenleving van herkomst niet altijd vanzelfsprekend. Maar zelfs in het geval van een positieve beslissing, die wordt ervaren als een opening naar nieuwe mogelijkheden, is er nog steeds een risico op ontgoocheling: het psychologische herstel zal vaak lang duren, en de praktische aspecten zijn nog niet allemaal opgelost: problemen in verband met de gezinsherenigingsprocedure, de arbeidsmarkt, de huurmarkt, de taalbarrière en culturele verschillen, racisme en discriminatie, enz.

Mensen met psychische gezondheidsproblemen kunnen ook uitgesloten worden van de samenleving door stigmatisering en discriminatie en hun mensenrechten worden niet altijd volledig gerespecteerd. Mensen met psychische stoornissen zijn vaker slachtoffer van fysiek en seksueel misbruik dan de algemene bevolking (WHO, 2023).

Zonder effectieve en betaalbare toegang tot geestelijke gezondheidszorg kunnen psychische klachten verergeren en komen deze mensen terecht op psychiatrische spoedafdelingen of spoedafdelingen van algemene ziekenhuizen. Onderzoek van Cornelis et al. (2007) toont aan dat psychopathologie een voorspeller is van invaliditeiten.

Het ontbreken van een vroegtijdige diagnose en interventie voor geestelijke stoornissen bij vluchtelingen resulteert dus op lange termijn in een toename van het gebruik van het gezondheidszorgsysteem, maar ook in maatschappelijke kosten gerelateerd aan het verlies van economische productiviteit (Maier et al., 2010; Bauhoff en Göppfarth, 2018; Blackmore et al., 2020; Tzogiou et al., 2022).

## IV CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

VIB (en in het bijzonder kinderen en niet-begeleide minderjarigen) zijn bijzonder kwetsbaar voor mentale gezondheidsproblemen door de vele stressfactoren voor, tijdens en na de migratie. Deze kwetsbaarheden worden verder versterkt door de procedures voor het aanvragen van internationale bescherming, die vaak lang zijn en stressvol door het gebrek aan duidelijke informatie over het verloop van de procedure, de noodzaak om zelf de aanvraag te rechtvaardigen en het gebrek aan perspectief. Het verblijf in een collectief centrum kan ook een impact hebben op de mentale gezondheid van VIB, vanwege het gebrek aan veiligheid, autonomie en privacy, wat het welzijn van de bewoners beïnvloedt en het gezinsleven bemoeilijkt. De moeilijkheid om connecties te creëren, evenals ervaringen van racisme en discriminatie hebben ook invloed. Aangepaste en tijdige geestelijke gezondheidszorg zou kunnen helpen deze factoren aan te pakken, maar er zijn verschillende obstakels die de toegang daartoe belemmeren, zoals gebrek aan kennis over de rechten die de VIB heeft, taalproblemen, culturele verschillen, gebrek aan vertrouwen in overheidsinstanties en andere praktische en structurele moeilijkheden.

Psychopathologie kan een aanzienlijke impact hebben op de procedure zelf, evenals op het integratieproces in het gastland. Investeren in de mentale gezondheid van VIB vanaf hun aankomst in het land helpt dus niet alleen om hun rechten te respecteren, maar ook om hun toekomstige deelname aan de samenleving te bevorderen, aangezien elke VIB kan Belgisch staatsburger worden.

Voor een betere aandacht voor de kwetsbaarheden van DPI doet de HGR de volgende aanbevelingen :

### I. Aan de Europese overheden:

De HGR beveelt aan om het asielbeleid te funderen op mensenrechten, met inbegrip van het aanbieden van **veilige migratieroutes** om de naleving van de mensenrechten te garanderen, om aanvragers van internationale bescherming, ontheemden, vluchtelingen en alle migranten te beschermen tegen geweld en andere potentieel traumatische gebeurtenissen en om hen de nodige bescherming en zorg te bieden.

### II. Aan de Belgische overheden

De aanbevelingen van de HGR hebben geen betrekking op de minimale opvangvoorwaarden die België zou moeten naleven in het kader van zijn internationale verplichtingen, maar bevatten aanvullende aanbevelingen die belangrijk worden geacht voor het bevorderen van de geestelijke gezondheid van personen die om internationale bescherming verzoeken.

Allereerst wordt algemeen aanbevolen (zoals door de WHO werd voorgesteld in 2023) om een beleid tegen racisme te implementeren en **programma's** op te zetten die

- **de deelname aan de samenleving bevorderen** van personen die internationale bescherming aanvragen,
- **integratie en diversiteit bevorderen,**
- en **discriminatie verminderen.**

Voorbeelden hiervan zijn mediacampagnes om het bewustzijn van het publiek voor het geweld tegen deze personen te vergroten, om correcte informatie te bevorderen, hun positieve bijdragen aan de samenleving te benadrukken en negatieve stereotypen te bestrijden.

### Opvang

**Eerst en vooral moet elke persoon die om internationale bescherming verzoekt bij aankomst in België kunnen beschikken over huisvesting die beantwoordt aan de normen inzake menselijke waardigheid.**

De WHO (2023) identificeert het gebrek aan huisvesting, financiële zekerheid, werk, wettelijke status en toegang tot voedsel als risicofactoren voor de geestelijke gezondheid en is van mening dat het garanderen van de basisbehoeften (voeding, huisvesting, veiligheid en onderwijs of werk) van deze bevolkingsgroepen de prioriteit en de eerste noodzakelijke interventie is. Deze minimale opvangvoorzieningen zijn ook verplicht volgens de internationale verbintenissen van België.

De **opvang moet ten minste voldoen aan minimumnormen** (Fedasil, 2018 en de EUAA, 2016). De HGR doet o.a. de volgende aanbevelingen om het welzijn van de bewoners te garanderen:

- Opvang op maat, in functie van de noden: Voortdurende beoordeling van de behoeften van bewoners en regelmatige screening op geestelijke gezondheid in opvangstructuren:
  - o door middel van een geschikt en aanvaardbaar instrument (bijv. HTQ of RHS), dat voldoende empirisch gevalideerd is, ook voor gebruik in een interculturele context,
  - o door te zorgen dat het personeel goed wordt begeleid en gecontroleerd,
  - o en door ervoor te zorgen dat adequate en voldoende snelle doorverwijzingsmogelijkheden beschikbaar zijn.
- Zoals bepaald in de "Opvangwet" van 12 januari 2007, een centrum aanwijzen dat aangepast is aan de noden van de persoon die om internationale bescherming verzoekt en, indien er geen plaatsen beschikbaar zijn, zorgen voor een overplaatsing naar een individuele huisvesting binnen 4 maanden na de aankomst van de persoon.
- Een gevoel van veiligheid creëren in de centra, door nog meer nadruk te leggen op deze aspecten.
- Privacy bevorderen: één kamer per gezin; een individuele kamer (ten minste voor personen met speciale behoeften/kwetsbaarheden, inclusief psychologische noden die een aparte kamer rechtvaardigen); anders maximaal 2 personen per kamer.
- Autonomie bevorderen: bewoners betrekken bij het beleid van het centrum, toegang tot informatie (in hun taal), mogelijkheden om te werken, het leren van talen aanmoedigen als instrument voor meer autonomie, zelf kunnen koken, enz.
- Verbinding bevorderen:
  - o met de familie thuis en met hun eigen culturele omgeving, met bijzondere aandacht in het geval van niet-begeleide minderjarigen;
  - o binnen het centrum (bewoners en personeel);
  - o en met de lokale gemeenschap: ondersteuning van het opbouwen van een sociaal netwerk, met name door samenwerking met andere diensten en ondersteuning, bijv. de school; activiteiten georganiseerd met lokale partners
- Toekomstperspectieven bevorderen: in samenwerking met de onderwijssectoren, integratie op de arbeidsmarkt en algemeen, de toegang tot werk bevorderen; toegang tot onderwijs (minderjarigen) en taalonderwijs (volwassenen); erkenning van diploma's.
- Zorgen voor een basisaanbod van psychosociale ondersteuning, volgens de principes van *matched-care* en *stepped-care*:
  - o psycho-educatie (in groepen, brochures, enz.) over stress en slaapproblemen, relaxatie, normalisering van psychische symptomen en destigmatisering van geestelijke gezondheid, enz.;
  - o de samenwerking met psychologen vergemakkelijken (inclusief de mogelijkheid van consultaties ter plaatse of videoconferenties indien men zich niet kan verplaatsen).
- Ervoor zorgen dat basisinformatie over het affectieve, seksuele en relationele leven beschikbaar is, in samenwerking met centra voor gezinsplanning.
- Speciale aandacht besteden aan

- zwangere vrouwen en ouders met baby's, om de aanstaande moeder of de jonge ouder-kind-eenheid te helpen en te ondersteunen (zie bijvoorbeeld de methoden die worden toegepast in de M-K-afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, die gericht zijn op het ondersteunen van de moeder-babyrelatie, en ook de Maisons Vertes in Vlaanderen en Brussel: Speelbrug in Antwerpen, Speel-o-droom Leuven, La Margelle Ixelles, enz.),
- kinderen en jongeren, in het bijzonder niet begeleide minderjarigen.

Het terugdringen van het personeelsverloop in de opvangcentra is een groot aandachtspunt, om het contact met de bewoners te vergemakkelijken en de vaardigheden die het personeel heeft verworven, te behouden. Daarom moet het personeel van de opvangcentra de middelen krijgen die ze nodig hebben om hun taken uit te voeren in een veilige omgeving waarin hun vaardigheden worden gerespecteerd:

- zorgen voor meer personeel in opvangcentra (met name in de sociale en medische diensten),
- de mogelijkheden onderzoeken om lotgenoten en ervaringsdeskundigen te incorporeren,
- vaardigheden en expertise optimaal benutten,
- de toegang tot het basistrainingsprogramma "*Mental health & Psychosocial Support / Mental Health & Well Being*" bevorderen voor al het personeel dat in contact komt met opvanggebruikers en tot voortdurende training om de ontwikkeling van vaardigheden te ondersteunen, zodat al het personeel het mandaat en vertrouwen heeft om de bewoners met geestelijke gezondheidsbehoeften te ondersteunen.

Wat de opleidingen betreft, zijn er algemene en specifieke opleidingsbehoeften die uit het onderzoek van het TOPPSY-project naar voren zijn gekomen:

- Algemeen :
  - psychopathologieën, zoals depressie, zelfverminking, slaapproblemen, middelenmisbruik, psychose, rouw en verliesstoornissen, psychosomatische klachten, angst, zelfmoordgedachten en psychogene niet-epileptische aanvallen
- Specifiek :
  - culturele invloeden op de geestelijke gezondheid (de impact van de geschiedenis en de context van de bewoners begrijpen, rekening houden met de eigen hulpstrategieën van de bewoners);
  - de invloed van de ervaring van de vluchteling en de gastomgeving op de geestelijke gezondheid (inzicht in de stressfactoren die bewoners ervaren, vermijden van pathologiseren van gedrag dat een normale reactie is op een abnormale situatie);
  - trauma en traumagerichte ondersteuning;
  - een gunstige context voor het verminderen van stressfactoren;
  - hoe omgaan met onmacht;
  - hoe zorg je voor jezelf en hoe zorg je voor je collega's (een preventieve aanpak is belangrijk omdat verhalen van bewoners of crisismomenten een sterke emotionele impact kunnen hebben en werknemers niet altijd weten hoe ze voor zichzelf moeten zorgen);
  - eerste hulp voor geestelijke gezondheidsbehoeften (het is belangrijk om de vaardigheden van alle disciplines te versterken, niet alleen van de medische of sociale diensten);
  - het delen van informatie (beroepsgeheim) en deontologie (omgaan met ethische dilemma's);
  - prioritering en besluitvorming: leren inschatten wanneer intern advies kan worden ingewonnen of wanneer men zich beter richt tot externe referentiepersonen;



- netwerken en samenwerken: het opbouwen van een netwerk is cruciaal, maar het is vaak moeilijk om te weten wie verantwoordelijk is om dit netwerk op te bouwen en hoe samenwerking tot stand kan worden gebracht.

## Procedure

### Dienst Vreemdelingenzaken

- De **aanwezigheid van een advocaat en/of een vertrouwenspersoon** (gekozen door de betrokkene) toestaan **zodra het asielverzoek is ingediend**, om ervoor te zorgen dat alle personen die om internationale bescherming verzoeken tijdens dit proces worden bijgestaan.
- Een objectieve beoordeling (vragenlijst, gestructureerd interview, semi-gestructureerd interview, enz.) maken van de gezondheidstoestand bij aankomst: een mechanisme instellen voor de **vroegtijdige identificatie van de kwetsbaarheid** van VIB, in het bijzonder van degenen die lijden aan psychische stoornissen, trauma's of ernstig geweld, zodat vanaf het begin van de procedure passende hulp kan worden geboden.
- Personen die om internationale bescherming verzoeken correct **informer** over de procedure:
  - inhoudelijk: de informatie moet met name betrekking hebben op de beginselen van de rechtsstaat, het feitelijke verloop van de procedure, de hoorzittingen (wanneer en hoe ze zullen worden opgeroepen, enz.), de verschillende betrokkenen, de rol van de verschillende actoren enz.
  - in termen van methode: individueel in plaats van in groep, via brochures in verschillende talen, digitale media, enz. (door het versterken van partnerschappen met verenigingen die al correcte informatie verspreiden, zoals CIRÉ, en door het versterken van de aanwezigheid van officiële informatiekkanalen op sociale netwerken om de valse informatie die daar circuleert, tegen te gaan).
  - in termen van timing: bij aankomst, maar ook daarna regelmatig

### CGVS:

- De **wettelijke termijnen** voor beslissingen naleven en deze zoveel mogelijk verkorten, gezien de bewezen impact van de lengte van de procedure op de geestelijke gezondheid en de aanvrager voldoende informeren over de status van zijn aanvraag, aangezien het vaak de onzekerheid is waarmee moeilijk te leven valt.
- **De verwachtingen** met betrekking tot de medische en psychologische documenten die worden ingediend als onderdeel van het verzoek om internationale bescherming **verduidelijken** om hun geldigheid te vergroten en de mogelijkheid om ermee rekening te houden te verbeteren.
- **Meer rekening houden met de kwetsbaarheden** tijdens het verzoek om internationale bescherming in het algemeen en tijdens het persoonlijke interview in het bijzonder.
- Personen die om internationale bescherming verzoeken voldoende, correcte en tijdige **informatie** (in hun eigen taal) geven over het verloop van de procedure.
- Zorgen voor **de opleiding van de tolken** (in GGZ en specifieke moeilijkheden gelinkt aan verzoek tot internationale bescherming) en toezicht houden op de kwaliteit van hun diensten.

## Toegang tot zorg

Iedereen, ongeacht hun administratieve status, heeft **recht op gezondheid en moet toegang hebben tot kwaliteitsvolle gezondheidsdiensten**. De toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare groepen is al het onderwerp geweest van verschillende rapporten en aanbevelingen (in het bijzonder: Dauvrin et al., 2019).

In theorie is toegang tot gezondheidszorg gegarandeerd voor VIB. Er zijn echter een aantal belemmeringen die een effectieve toegang tot deze diensten in de weg staan, vooral op het gebied van geestelijke gezondheid. Toch moet geestelijke gezondheidszorg (preventief en curatief) een prioriteit zijn voor deze bijzonder kwetsbare bevolkingsgroep.

### **Overheden bevoegd voor gezondheid (federaal, gewest, gemeenschap)**

De HGR benadrukt allereerst de aanbevelingen van het KCE (2019) en de ETHEALTH-rapporten (2011 en 2020), met name de aanbeveling om ervoor te zorgen dat deze populatie **toegang heeft tot reguliere gezondheidszorg zonder onderscheid te maken op basis van hun administratieve status** (door vereenvoudiging en informatieverstrekking).

De HGR adviseert derhalve om de zorgnoden van de VIB te integreren in

- de bestaande diensten, om toegang tot kwaliteitsvolle geestelijke en somatische gezondheidszorg te garanderen:
  - o Eerstelijns psychologische zorg, in opvangcentra of in de gemeenschap;
  - o Gespecialiseerde psychologische zorg (aangepast aan de specifieke behoeften van deze groep, d.w.z. de interculturele dimensie, een minimale kennis van het asielrecht, enz.), met voldoende diversiteit in termen van locaties, aanbieders, verwijzingen en therapeutische benaderingen (dit betekent vaak langdurige zorg, gezien het meestal gaat om ernstige vormen van psychisch lijden);
  - o Algemene en gespecialiseerde psychiatrische zorg indien nodig (ambulant en residentieel);
  - o Aangepaste structuren indien nodig;
- het (nieuwe) gezondheidsbeleid van de federale en gefedereerde entiteiten (financiering, planning, implementatie, opvolging en evaluatie): lopende hervorming van de geestelijke gezondheidszorg op federaal niveau (FOD Volksgezondheid - RIZIV), en op gewestelijk niveau (EZL in Vlaanderen, ProxiSanté in Wallonië, Geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan in Brussel);
- het beleid voor preventie en gezondheidsbevordering dat door de Gemeenschappen is ontwikkeld, zodat ze toegang hebben tot de programma's die voor de algemene bevolking beschikbaar zijn. De HGR adviseert in het bijzonder dat scholen preventieve psychosociale programma's opzetten om anderstalige nieuwkomers te ondersteunen.

**Taal- en cultuurbarrières** vormen een grote belemmering voor de geestelijke gezondheidszorg. Mensen uitsluiten van zorg op basis van taal is een vorm van discriminatie. Laten tolken door familieleden of leden van de gemeenschap lijkt geen goede manier om deze obstakels weg te werken. Door te werken met professionele tolken die getraind zijn in geestelijke gezondheid en in culturele bemiddeling kan gezorgd worden voor een beter onderling begrip van de problemen, kan gemakkelijker een vertrouwensrelatie met de patiënt worden opgebouwd en kan de betrokkenheid van de patiënt bij de geestelijke gezondheidszorg worden vergroot.

De HGR adviseert daarom om **het huidige aanbod van interculturele bemiddeling en tolken te versterken**:

- a) Het aanbod van diensten uitbreiden en de (gratis) toegang ertoe verbeteren voor alle zorgverleners die er gebruik van willen maken, ook door de mogelijkheid van langere consultaties te voorzien wanneer er met tolken gewerkt wordt. Dit zou het mogelijk maken om rekening te houden met de behoeften van mensen die de taal van hulpverleners niet spreken en met de linguïstische diversiteit die in België aanwezig is.
- b) Ervoor zorgen dat deze tolken voldoende worden gevormd op het gebied van geestelijke gezondheid en de specifieke problemen van mensen die internationale bescherming aanvragen en de kwaliteit van hun diensten opvolgen.

Tot slot draagt een beter begrip van de rechten op zorg en gepaste verwijzingen naar zorgdiensten ook bij aan een verbeterde toegankelijkheid. Daartoe adviseert de HGR de multidisciplinaire ondersteuning en **samenwerking tussen professionals** aan te moedigen. Informatie uitwisseling tussen beroepsbeoefenaars verloopt momenteel moeilijk gezien het gebrek aan een aangepast uitwisselingsplatform. Deze uitwisseling dient te gebeuren mits respect van het beroepsgeheim en met de goedkeuring van de patiënt. Transdisciplinaire werken ondermeer ook het betrekken van ervaringsdeskundigen (cf voorkeur voor informele netwerk) moet ook worden aangemoedigd

## **Beroepsbeoefenaars in de (geestelijke) gezondheidszorg**

### *Gezondheidswerkers*

Eerst en vooral moeten gezondheidswerkers zich openstellen voor het werken met aanvragers van internationale bescherming en de nodige vaardigheden verwerven om dit te doen (kennis en vaardigheden m.b.t. kliniek van extreem psychotrauma, ethnopsychiatrie, transculturele aspecten, juridische context en zijn mogelijke invloed op het mentaal welbevinden).

De World Psychiatric Association (WPA) benoemt in zijn richtlijnen over zorg voor mensen op de vlucht de nood aan **zorg die cultuursensitief**, toegankelijk en emotioneel afgestemd is met een verplichte training in culturele competentie (Bhugra et al., 2011).

In de beoordeling van klachten moeten clinici onderscheid kunnen maken tussen normale stressreacties en psychische stoornissen. In de zorg voor asielzoekers kan dit voor clinici moeilijker zijn, omdat er culturele verschillen zijn in het uiten van symptomen, verklaringsmodellen, verwachtingen van hulp en copingstrategieën. De symptomen van asielzoekers kunnen vaak begrepen worden als een persoonlijke uitdrukking van lijden dat zich situeert binnen een socio-relationale context als reactie op een specifieke situatie. Bijgevolg wordt het belang benadrukt van **een gecontextualiseerd begrip van de klachten** (bv. door de UNHCR, 2015) om verkeerde interpretaties te voorkomen en de identificatie van hulpbronnen, hulpzoekgedrag en copingstijlen te bevorderen. De clinicus dient de manier waarop patiënten hun lijden uitdrukken en verklaren daarom actief te bevragen. Een nuttig hulpmiddel bij de evaluatie van culturele en contextuele factoren is het CFI ([Cultural Formulation Interview](#)) uit de DSM-5

Geestelijke gezondheidszorg voor asielzoekers moet **persoonsgericht** zijn, gebaseerd op hun huidige behoeften en geleverd worden op een cultuursensitieve en responsieve manier die de veerkracht versterkt en ieders sociale inclusie en participatie in de gastsamenleving ondersteunt. Het bieden van cultureel veilige zorg vereist ook reflexiviteit van de zorgverlener over zijn eigen waarden, houding en aanpak en inspanningen om een gevoel van wederzijdse erkenning, respect en betrokkenheid te bevorderen.

De betrokkenheid van de zorgverlener en zijn holistische visie ten aanzien van de aanvragers van internationale bescherming kunnen ook bijdragen aan het vertrouwen en het opbouwen

van positievere relaties in gastlanden waar negatieve maatschappelijke percepties bestaan over aanvragers van internationale bescherming.

### *Beroepsverenigingen*

De HGR raadt beroepsverenigingen (van artsen, psychiaters, psychologen en andere zorgverleners) aan om:

- Deze beroepsbeoefenaars te begeleiden bij het opstellen van attesten (duidelijkheid verschaffen voor het opstellen van gepaste attesten)
  - o enerzijds met betrekking tot specifieke procedurele behoeften (het interview aan te passen aan de kwetsbaarheden van de persoon en uit te leggen hoe hun toestand hun getuigenis kan beïnvloeden, zoals bv. stress, geheugenproblemen, gebrek aan vertrouwen, moeite met het structureren van hun verhaal...); eventueel via neuropsychologische evaluaties voor stoornissen (bijv. neuro-cognitieve stoornissen, verstandelijke beperking) die specifieke expertise vereisen (binnen een *evidence-based* referentiekader) en de aanpassing van testomstandigheden en interpretatie van resultaten aan de interculturele dimensie,
  - o en om anderzijds een bewijs te vormen van wat er is gebeurd, van wat de persoon vertelt (gebaseerd op het protocol van Istanbul), wat voldoende kennis van het protocol veronderstelt.

Deze attesten moeten voldoen aan de kwaliteitscriteria vastgesteld door het CGVS.

- Gezondheidszorgmedewerkers ondersteunen bij en motiveren tot een cultuur- en contextsensitieve aanpak (opstellen van richtlijnen op dit gebied). Het is namelijk belangrijk dat zorgverleners de overtuigingen (h)erkennen, rekening houden met de culturele specificiteit en de beoordeling van problemen en therapeutische begeleiding van deze patiënten aanpassen aan hun verzoeken, behoeften en cultuur.
- De weg wijzen naar digitale tools of online diensten om communicatie in de moedertaal van de personen die internationale bescherming aanvragen te vergemakkelijken.
- Professionals bewust te maken van het nut van interculturele bemiddelaars en tolken (op elk moment van het zorgproces).
- Inzetten van ervaringsdeskundigen waar mogelijk.
- Gezondheidsprofessionals te informeren over het recht op zorg.

### *Commissies verantwoordelijk voor ethiek binnen de beroepsgroepen*

- Een ethische reflectie op te zetten over het risico op spanning in dit kader, tussen verschillende rollen (therapeut, expert, diagnosticus) en de verschillende aspecten met betrekking tot het respecteren van het beroepsgeheim.

*Universiteiten - Hogescholen*

- Werk maken van afdoende opleidingen (zowel op basis- als voortgezet niveau) voor alle professionals in de gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en psychosociale beroepen
  - o over het werken met respect voor culturele aspecten (het (h)erkennen van overtuigingen en rekening houden met de culturele specificiteit),
  - o over gezondheidsproblemen die specifiek zijn voor migranten en vluchtelingen (zoals identificatie van psychische problemen, begeleiding en zorg voor slachtoffers van trauma's, foltering, seksueel geweld of vrouwelijke genitale verminking),
  - o over het gezondheidszorgsysteem (netwerken, rechten en procedures).

## V REFERENTIES

- Adams H, Ghanem S. Solastalgia and nostalgia: the role of emotional bonds to place in refugee and host community interactions. *J Ethn Migr Stud* 2023;1-23.
- Ahmadinia H, Eriksson-Backa K, Nikou S. Health-seeking behaviours of immigrants, asylum seekers and refugees in Europe: a systematic review of peer-reviewed articles. *J Doc* 2022;78(7):18-41.
- Alessi EJ. Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative exploration. *Traumatology* 2016;22(3):203–13.
- Alanezi ST, Almutairi WM, Cronin M, Gobbo O, O'Mara SM, Sheppard D et al. Mental health disorders among Middle Eastern immigrant women living in the United States: A scoping review. *Perspect Psychiatr Care* 2022;58(4):3079-102.
- Alim M, Due C, Strelan P. Relationship between experiences of systemic injustice and wellbeing among refugees and asylum seekers: a systematic review. *Aust Psychol* 2021;56(4):274-88.
- Anne Drangslund K. Bordering through recalibration: Exploring the temporality of the German “Ausbildungsduldung”. *Environment and Planning C: Politics and Space* 2020;38(6):1128-45.
- Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martín V, Peters M et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *Lancet Public Health* 2021;6(10):e729-e738.
- Asmal-Lee M, Liebling H, Goodman S. “Syria is Our Mom, UK is Like Aunty”: The Psychosocial Experiences of Acculturation in Syrian Refugees. *Refug Surv Q* 2022;41(4):645-72.
- Bäärnhielm S. Refugees’ mental health—a call for a public health approach with focus on resilience and cultural sensitivity. *Eur J Public Health* 2016;26(3):375-76.
- Bakker L, Dagevos J, Engbersen G. The Importance of Resources and Security in the Socio-Economic Integration of Refugees. A Study on the Impact of Length of Stay in Asylum Accommodation and Residence Status on Socio-Economic Integration for the Four Largest Refugee Groups in the Netherlands. *J Int Migr and Integr* 2014;15:431-48.
- Bauhoff S, Göppfarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS One* 2018;13(5):e0197881.
- BCHV / CBAR – Belgisch Comité voor Hulp aan Vluchtelingen / Comité Belge d'Aide aux Réfugiés. Trauma, geloofwaardigheid en bewijs in de asielpcedure. 2014.
- Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Spinhoven Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(4):288-97.
- Behrendt M, Vervliet M, Rota M, Adeyinka S, Uzureau O, Rasmussen A et al. A conceptual study on the relationship between daily stressors, stressful life events, and mental health in refugees using network analysis. *Front Psychol* 2023;14:1134667.
- Bertoli S, Brücker H, Moraga JFH. Do Processing Times Affect the Distribution of Asylum Seekers across Europe? IZA Discussion Papers No. 13018. Institute of Labor Economics (IZA) 2022.
- Beversdorf DQ, Stevens HE, Margolis KG, Van de Water J. Prenatal Stress and Maternal Immune Dysregulation in Autism Spectrum Disorders: Potential Points for Intervention. *Curr Pharm Des* 2019;25(41):4331-43.

- Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011;10(1):2-10.
- Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2020;17(9):e1003337.
- Boyce GA. Immigration, policing, and the politics of time. *Geography Compass* 2020;14(8):e12496.
- Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P, Newport DJ, Stowe Z. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(10):1099-107.
- Byrow Y, Pajak R, Specker P, Nickerson A. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health helpseeking amongst refugees: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2020;75:101812.
- Chaze F, Thomson MS, George U, Guruge S. Role of cultural beliefs, religion, and spirituality in mental health and/or service utilization among immigrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2015;34(3):87–101.
- Chen W, Hall BJ, Ling L, Renzaho AM. Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *Lancet Psychiatry* 2017;4(3):218-29.
- Christensen MK, Lim CCW, Saha S, Plana-Ripoll O, Cannon D, Presley F et al. The cost of mental disorders: A systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29:e161.
- Claus L, Van de Vliet L, Dockx K, Sabbe BGC, Destoop N, van den Aemele S. Barrières in de ggz voor asielzoekers in hoge-inkomenslanden [Barriers in mental health care for asylum seekers]. *Tijdschr Psychiatr.* 2022;64(8):524-528. Dutch. PMID: 36117486.
- Colucci E, Szwarc J, Minas H, Paxton G, Guerra C. The utilisation of mental health services by children and young people from a refugee background: a systematic literature review. *Int J Cult Ment Health* 2014;7(1):1-23.
- Coune I., Dauvrin M., Verrept H. ETHEALTH Rapport 2020. Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Prioritaire aanbevelingen. Brussel : Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning. 2020. FOD Volksgezondheid.
- Coune I., Dauvrin M., Verrept H. ETHEALTH Rapport 2020. Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Toelichting. Brussel : Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning. 2020. FOD Volksgezondheid.
- Crapolicchio E, Matuella M, Carones G, Marzana D, Regalia C. Identity Threats and Individual, Relational, and Social Resources among Refugees in Italy. *Soc Sci* 2023;12(3):149.
- Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, Roberfroid D, Vinck I. Asylum seekers in Belgium: options for a more equitable access to health care. A stakeholder consultation Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 319. D/2019/10.273/5 <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/asylum-seekers-in-belgium-options-for-a-more-equitable-access-to-health-care-a-stakeholder>
- De Kock C, Decorte T, Schamp J, Vanderplasschen W, Hauspie B, Derluyn I et al. Substance use among people with a migration background: a Community-Based Participatory Research study. Universiteit Gent; 2016.
- De Kock C, Schamp J, Hauspie B, Sacco M, Decorte T, Vanderplasschen W et al. Substance use and service use among people with a migration background. BELSPO - Belgian Science Policy. Brussels; 2016.  
Internet: [https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR69\\_PADUMI\\_summary\\_en.pdf](https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR69_PADUMI_summary_en.pdf)

Declercq E. Clinique de l'humanisation à l'épreuve des traumatismes extrêmes cumulés à l'exil. De la torture déshumanisante à une psychanalyse de la réhumanisation. Louvain-La-Neuve: Presses Universitaires de Louvain; 2018.

Demazure G, Baeyens C, Pinsault N. Review: Unaccompanied refugee minors' perception of mental health services and professionals: a systematic review of qualitative studies. *Child Adolesc Ment Health* 2022 Sep;27(3):268-80.

Dempsey KE. Spaces of violence: A typology of the political geography of violence against migrants seeking asylum in the EU. *Political Geography* 2020;79:102157.

Derluyn, I. Lorant V, Dauvrin, M. Coune I, Verrept H. Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden, 2011. <http://hdl.handle.net/2078.1/100991>

Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health* 2009;44(3):291-7.

Derluyn I, Vanderplasschen W, Alexandre S, Stoffels I, Scheirs V, Vindevogel S et al. Etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg. Les minorités ethnico-culturelles et le traitement des problèmes de drogues. Gent; 2008.

Derr AS. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic Review. *Psychiatr Serv* 2016;67(3):265-74.

DeSa S, Gebremeskel AT, Omonaiye O, Yaya S. Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Syst Rev* 2022;11(1):62.

Devakumar D, Bhopal SS, Shannon G. COVID-19: the great unequaliser. *J R Soc Med* 2020; 113(6):234-5.

Dijk HH, Kiernan CK. Maatschappelijke kosten van trauma. *Tijdschr psychiatr* 2023;65(9):563-7.

Due C, Green E, Ziersch A. Psychological trauma and access to primary healthcare for people from refugee and asylum-seeker backgrounds: a mixed methods systematic review. *Int J Ment Health Syst* 2020;14:71.

EUAA - [European Union Agency for Asylum](#). EASO guidance on contingency planning in the context of reception, 2018.

Ellermann A, Gorokhovskaia Y. The impermanence of permanence: The rise of probationary immigration in Canada. *International Migration* 2020;58(6):45-60.

Elsrud T. Resisting social death with dignity. The strategy of re-escaping among young asylum-seekers in the wake of Sweden's sharpened asylum laws. *Eur J Soc Work* 2020;23(3):500-13.

Fakhoury J, Burton-Jeangros C, Consoli L, Duvoisin A, Courvoisier D, Jackson Y. Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2021;21:175.

FEDASIL – Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile. Bien-être et vie quotidienne au sein de l'accueil collectif. 2022. Internet: [https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport\\_bien\\_etre\\_dans\\_accueil\\_collectif.pdf](https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport_bien_etre_dans_accueil_collectif.pdf)

FEDASIL – Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile. Bien-être et vie quotidienne au sein de l'accueil individuel. 2022. Internet: [https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport\\_bien\\_etre\\_dans\\_accueil\\_individuel.pdf](https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport_bien_etre_dans_accueil_individuel.pdf)



Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(9):919-27.

Fisher D, Gill N, Paszkiewicz N. To fail an asylum seeker: Time, space and legal events. *Environment and Planning D: Society and Space* 2022;40(1):21-40.

Fournier K, Van Acker K, Geldof D, Heyerick A. Être un enfant dans un centre d'asile. Renforcer les chances pour les familles après l'exil. 2023.

Fournier K. L'estimation de l'âge des MENA en question : problématique, analyse et recommandations. Plate-forme Mineurs en Exil Septembre 2017. Internet: <https://www.mineursenexil.be/files/Image/mena-Cadre-juridique/Estimation-de-l-age-as-printed.pdf>

Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion. 2009.

Ghazinour M, Richter J, Eisemann M. Quality of life among Iranian refugees resettled in Sweden. *J Immigr Health* 2004;2:71–81

Giacco D. Identifying the critical time points for mental health of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;29:e61.

Gsir S, Poncelet A, Martiniello M. Les Profils des demandeurs d'asile dans les centres d'accueil de la Croix-Rouge de Belgique francophone/Rapport de recherche pour le Département d'accueil pour demandeurs d'asile de la Croix Rouge. Melreux, Belgium: Département d'accueil pour demandeurs d'asile de la Croix Rouge 2012.

Hainmueller J, Hangartner D, Lawrence D. When Lives Are Put on Hold: Lengthy Asylum Processes Decrease Employment Among Refugees. *Science Advances* 2016;2:1-7.

Hajak VL, Sardana S, Verdelli H, Grimm S. A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Front Psychiatry* 2021;12:643704.

Hamrah MS, Hoang H, Mond J, Pahlavanzade B, Charkazi A, Auckland S. The prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) among resettled Afghan refugees in a regional area of Australia. *J Ment Health* 2020;30(6):674-80.

Hassan G, Kirmayer LJ, Mekki-Berrada A, Quosh C, el Chammay, R, Deville-Stoetzel J.B et al. Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR; 2015.

Hendrickx M, Woodward A, Fuhr DC, Sondorp E, Roberts B. The burden of mental disorders and access to mental health and psychosocial support services in Syria and among Syrian refugees in neighboring countries: a systematic review. *J Public Health (Oxf)* 2020;42(3):e299-e310.

Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. *PLoS ONE* 2016;11(7):e0159134.

IASC – Inter Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007.

Johnson S, Birken M, Nyikavaranda P, Kular A, Gafoor R, Parkinson J et al. Barriers and facilitators to seeking and accessing mental health support in primary care and the community among female migrants in Europe: a “feminisms” systematic review. *Int J Equity Health* 2023;22(1):196.

Juárez SP, Honkaniemi H, Dunlavy AC, Aldridge RW, Barreto ML, Katikireddi SV et al. (2019) Effects of non-health-targeted policies on migrant health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7(4):e420–e435.

- Kahn S, Alessi EJ, Kim H, Woolner L, Olivieri CJ. Facilitating mental health support for LGBT forced migrants: A qualitative inquiry. *J Couns Dev* 2018;96(3): 316–26.
- Khan S, Kuhn SK, Haque S. A Systematic Review of Autobiographical Memory and Mental Health Research on Refugees and Asylum Seekers. *Front Psychiatry* 2021;12:658700.
- Kox M, van Liempt I. “I Have to Start All over Again”. The Role of Institutional and Personal Arrival Infrastructures in Refugees’ Home-making Processes in Amsterdam. *Comp Popul Stud* 2022;47:165-84.
- Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JTVM. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2004;192(12):843–51.
- Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Van der Tweel I, De Jong JTVM. Post migration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(12):825–32.
- Lavdas M, Guribye E, Sandal GM. “Of course, you get depression in this situation”: Explanatory Models (EMs) among Afghan refugees in camps in Northern Greece. *BMC psychiatry* 2023; 23(1):125.
- Lietaert I, Verhaeghe F, Derluyn I. Families on hold: how the context of an asylum centre affects parenting experiences. *Child & Family Social Work* 2020;25:1-8.
- Linnsand P, Gillberg C, Nilnes Å, Hagberg B, Nygren G. A High Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Preschool Children in an Immigrant, Multiethnic Population in Sweden: Challenges for Health Care. *J Autism Dev Disord* 2021;51(2):538-49.
- Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RMP, Schumacher L, Akbari E et al. A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57(9):645-57.e8.
- Magwood O, Kassam A, Mavedatnia D, Mendonca O, Saad A, Hasan H et al. Mental Health Screening Approaches for Resettling Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(6):3549.
- Maier T, Schmidt M, Mueller J. Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss Med Wkly* 2010;140:w13110.
- Moilanen T, Kangasniemi M, Papinaho O, Mynttinen M, Siipi H, Suominen S et al. Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review. *Nurs Ethics* 2021 ;28(3):414-34.
- Moore THM, Kesten JM, López-López JA, Ijaz S, McAleenan A, Richards A et al. The effects of changes to the built environment on the mental health and well-being of adults: Systematic review. *Health Place* 2018;53:237-57.
- Mouratidis K. Urban planning and quality of life: A review of pathways linking the built environment to subjective well-being. *Cities* 2021;115:103229.
- Nematy A, Namer Y, Razum O. LGBTQI + Refugees’ and Asylum Seekers’ Mental Health: A Qualitative Systematic Review. *Sex Res Social Policy* 2022;20:636–63.
- Ní Raghallaigh M. The causes of mistrust amongst asylum seekers and refugees: Insights from research with unaccompanied asylum-seeking minors living in the Republic of Ireland. *J Refug Stud* 2014;27(1)82-100.
- Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, Grunau R, Misri S, Devlin AM. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008;3(2):97-106.

Orsini G, Rota M, Uzureau O, Behrendt M, Adeyinka S, Lietaert I et al. Loops of Violence(s) Within Europe's Governance of Migration in Libya, Italy, Greece, and Belgium. *Politics Gov* 2022;10(2):256–66.

Overmier JB, Seligman ME. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *J Comp Physiol Psychol* 1967;63:28-33.

Pfeiffer E, Behrendt M, Adeyinka S, Devlieger I, Rota M, Uzureau O, et al. Traumatic events, daily stressors and posttraumatic stress in unaccompanied young refugees during their flight: a longitudinal cross-country study. *Child Adolesc. Psychiatry Ment Health* 2022;16:26.

Peñuela O Brien E, Wan MW, Berry K, Edge D. Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcult Psychiatry* 2023;60(1):176-98.

Pollard T, Howard N. Mental healthcare for asylum-seekers and refugees residing in the United Kingdom: a scoping review of policies, barriers, and enablers. *Int J Ment Health Syst* 2021;15(1):60.

Refle JE, Fakhoury J, Burton-Jeangros C, Consoli L, Jackson Y. Impact of legal status regularization on undocumented migrants' self-reported and mental health in Switzerland. *SSM - Population Health* 2023;22:101398.

Roberfroid D, Dauvrin M, Keygnaert I, Desomer A, Kerstens B, Camberlin C et al. What health care for undocumented migrants in Belgium?. *Health Services Research (HSR)*. Brussel. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 257. DOI: 10.57598/R257C. <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/what-health-care-for-undocumented-migrants-in-belgium>

Saadi A, Hampton K, de Assis MV, Mishori R, Habbach H, Haar RJ. Associations between memory loss and trauma in US asylum seekers: A retrospective review of medico-legal affidavits. *PLoS One* 2021;16(3):e0247033.

Salam Z, Odenigbo O, Newbold B, Wahoush O, Schwartz L. Systemic and Individual Factors That Shape Mental Health Service Usage Among Visible Minority Immigrants and Refugees in Canada: A Scoping Review. *Adm Policy Ment Health* 2022;49(4):552-74.

Saroléa S, Raimondo F, Crine Z. Exploring Vulnerability's Challenges and Pitfalls in Belgian Aylum System – Research Report on the Legal and Policy Framework and Implementing Practices in Belgium. 2021. VULNER Research Report 1. Internet: [https://www.vulner.eu/80233/VULNER\\_WP2\\_Report1.pdf](https://www.vulner.eu/80233/VULNER_WP2_Report1.pdf)

Saroléa S, Raimondo F, Crine Z. Through the Eyes of the “Vulnerable”: Exploring Vulnerabilities in the Belgian Asylum System. 2021. VULNER Research Report 2. Internet: [https://www.vulner.eu/117832/VULNER\\_WP2\\_Report-2.pdf](https://www.vulner.eu/117832/VULNER_WP2_Report-2.pdf)

Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy* 2019;123(9):851-63.

Schmidt TL, Catani C, Dumke L, Groß M, Neldner S, Scharpf F et al. Welcome, how are you doing? - towards a systematic mental health screening and crisis management for newly arriving refugees. *Eur J Psychotraumatol* 2023;14(2):2202053.

Schumacher L, Burger J, Zoellner F, Zindler A, Epskamp S, Barthel D. Using clinical expertise and empirical data in constructing networks of trauma symptoms in refugee youth. *Eur J Psychotraumatol* 2021;12(1):1920200.

Seligman ME, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *J Exp Psychol* 1967;74(1):1-9.

Sigona N, Kato J, Kuznetsova I. Migration infrastructures and the production of migrants' irregularity in Japan and the United Kingdom. *Comp Migr Stud* 2021;9(1):1-19.

Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 1997;170:351–7.

Silveira K, Garcia-Barrera MA, Smart CM. Neuropsychological Impact of Trauma-Related Mental Illnesses: A Systematic Review of Clinically Meaningful Results. *Neuropsychol Rev* 2020;30(3):310-44.

Tapia G, Clarys D, Isingrini M, El-Hage W. Mémoire et émotion dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT). *Canadian Psychology* 2007;48(2):106-19.

Thomson MS, Chaze F, George U, Guruge S. Improving Immigrants Populations' Access to Mental Health Services in Canada: A review of Barriers and Recommendations 2015; *J Immigr Minor Health* 2015;17(6):1895-905.

Tobin CL, Di Napoli P, Beck CT. Refugee and Immigrant Women's Experience of postpartum Depression: A Meta-Synthesis. *J Transcult Nurs* 2018;29(1):84-100.

Tschalaer M. Queering migration temporalities: LGBTQI+ experiences with waiting within Germany's asylum system. *Ethnic and Racial Studies* 2023;46(9):1833-53.

Tzogiou C, Spycher J, Bize R, Sanchis Zozaya J, Blaser J, Pahud Vermeulen B et al. Detecting and describing heterogeneity in health care cost trajectories among asylum seekers. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):978.

Uzureau O, Lietaert I, Senovilla Hernandez D, Derluyn I. No one is responsible for me: Unaccompanied adolescent migrants' experiences of exception and abandonment in the Ventimiglia border space. *Politics and Governance* 2022;10(2), 267–78.

UNHCR – L'agence des Nations Unies pour les réfugiés. Normes relatives aux procédures de détermination du statut de réfugié relevant du mandat du HCR.

Van Dijk R, Bala J, Ory F, Kramer S. “Now we have lost everything”, Asylum seekers in the Netherlands and their experiences with health care. *Medische Antropologie* 2001;13(2):284–300. Internet: [http://tma.socsci.uva.nl/13\\_2/lost.pdf](http://tma.socsci.uva.nl/13_2/lost.pdf)

Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, Hoyer D, Roseboom T, Räikkönen K, King S, Schwab M. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020 Oct;117:26-64. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.003. Epub 2017 Jul 28. PMID: 28757456.

Verderber S, Koyabashi U, Cruz CD, Sadat A, Anderson DC. Residential Environments for Older Persons: A Comprehensive Literature Review (2005-2022). *HERD* 2023;16(3):291-337.

Verelst A, Spaas C, Pfeiffer E, Devlieger I, Kankaanpää R, Peltonen K, Vänskä M, Soye S, Watters C, Osman F, Durbeej N, Sarkadi A, Andersen A, Langer Primdahl N, & Derluyn I. Social determinants of the mental health of young refugees and migrants. *European Journal of Health Psychology*. 2022; 29, 61-73

Vogl A, Methven E. Life in the shadow carceral state: Surveillance and control of refugees in Australia. *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy* 2020;9(4):61-75.

Welford C, Murphy K, Wallace M, Casey D. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *J Clin Nurs* 2010;19(9-10):1226-35.

WHO – World Health Organization. Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care. Geneva: World Health Organization 2023. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373279/9789240081840-eng.pdf?sequence=1>

Wilhelm I, Bartel A. Impacts of political and social contexts on refugees' experiences: A comparison between Southeast Asian refugees arriving in France in the 70s and recent refugee migration. *EurJ Cult Political Sociol* 2021;8(4):449-69.

Wohler Y, Dantas JA. Barriers Accessing Mental Health Services Among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Immigrant Women in Australia: Policy Implications. *J Immigr Minor Health* 2017;19(3):697-701.

Zietlow AL, Nonnenmacher N, Reck C, Ditzen B, Müller M. Emotional Stress During Pregnancy – Associations With Maternal Anxiety Disorders, Infant Cortisol Reactivity, and Mother–Child Interaction at Pre-school Age. *Front Psychol* 2019;10:2179

## VI SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experts is beschikbaar op de website van de HGR: [wie zijn we?](#).

Al de experts hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR ([belangenconflicten](#)).

De volgende experts hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Emmanuel DECLERCQ** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD.

<b>CATTHOOR Kirsten</b>	Psychiatrie	ZNA
<b>CLAUS Lukas</b>	Psychiatrie	UAntwerpen
<b>DAUVIRIN Marie</b>	Volksgezondheid	UCLouvain
<b>DE MAESSCHALCK Stéphanie</b>	Geneeskunde	UGent
<b>DECLERCQ Emmanuel</b>	Psychologie	Privépraktijk
<b>DERLUYN Ilse</b>	Pedagogiek	UGent
<b>GIBEAUX Audrey Adeline</b>	Psychologie	Privépraktijk
<b>JANSSENS Mileen</b>	Psychotherapie	Privépraktijk
<b>MASQUELIER Etienne</b>	Fysische geneeskunde en revalidatie	UCLouvain
<b>MERTENS DE WILMARS Serge</b>	Psychiatrie	HNP Saint-Martin
<b>ORSINI Giacomo</b>	Sociologie	UGent
<b>PICARD Eric</b>	Kinder- en jeugdpsychiatrie	Privépraktijk
<b>SABBE Bernard</b>	Psychiatrie	UA
<b>SCHOENMAKERS Birgitte</b>	Geneeskunde	KULeuven
<b>VAN DE VLIET Laura</b>	Psychiatrie	PZ Sint-Alexius
<b>VAN DEN AMEELE Seline</b>	Psychiatrie	UZ Brussel
<b>VAN PRAET Koen</b>	Psychologie	RoogemPsy
<b>VERMEIREN Etienne</b>	Psychologie	UCLouvain

De volgende verenigingen werden gehoord:

DECAT Wouter	AUVB
MONHONVAL Pauline	SSM Ulysse
ROPPE Nele	Médecins du Monde
SERNEELS Geertrui	Solentra Asbl
VANOETEREN Alain	SSM Ulysse
WILLEKENS Thomas	Vluchtelingenwerk Vlaanderen

De volgende experts werden gehoord maar waren niet betrokken bij de goedkeuring van het advies.

Bilican Sinem	Meertalige communicatie Criminologie	KULeuven Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde - KULeuven
Ghani Mohamed Irfan		UC Louvain
Flamand Christine	Asielrecht	UGent
Daem Geertrui	Asielrecht	UGent
Desmet Ellen	Asielrecht	UGent

De volgende administraties/ministeriële kabinetten werden gehoord:

HABETS Gunter	Attaché - Juridische afdeling	CGVS
VAN BALBERGHE Sophie	Commissaris-generaal voor vluchtelingen en staatlozen	CGVS
VANDERKELEN Julie	Psychosociaal Coördinator	FEDASIL

De permanente werkgroep Geestelijke gezondheid heeft het advies goedgekeurd. Het voorzitterschap van de permanente werkgroep werd waargenomen door **Olivier LUMINET** en **Frieda MATTHYS** en het wetenschappelijk secretariaat door **Sylvie GERARD**.

Dit advies werd door een extern vertaalbureau vertaald.

## VII BIJLAGE: METHODOLOGIE UMBRELLA REVIEW

Om de obstakels te identificeren waarmee mensen die internationale bescherming zoeken te maken hebben, werd een literatuuroverzicht uitgevoerd om de systematische review van Claus et al. (2022) aan te vullen en bij te werken<sup>13</sup>. Hierin werden zes categorieën obstakels geïdentificeerd die de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen VIB belemmeren.

Een onderzoeksteam voerde een *umbrella review* uit naar de obstakels die mensen met een recente migratieachtergrond tegenkomen bij de toegang tot geestelijke gezondheidszorg (inclusief erkende vluchtelingen en VIB), gebaseerd op de richtlijnen van het Joanna Briggs Institute (JBI).

Er werd systematisch gezocht in PubMed (via NCBI, inclusief MEDLINE), Embase (via Embase.com), Web of Science Core Collection, Scopus en Cochrane Database of Systematic Reviews (via Cochrane Library) om artikels over dit onderwerp te vinden (zie bijlage voor zoekreeksen).

De basisconcepten die werden gebruikt om de zoekreeksen samen te stellen waren: "vluchtelingen - geestelijke gezondheidszorg (diensten) en tijdschriften (type publicatie)". Het begrip 'toegang' werd niet opgenomen, omdat de conceptualisering van 'toegang' in publicaties kan verschillen en sommige auteurs het niet duidelijk in hun titel vermelden.

Peer-reviewed artikels gepubliceerd tussen 2013 en 2023 in het Engels werden opgenomen in dit onderzoek.

De reviews werden opgenomen

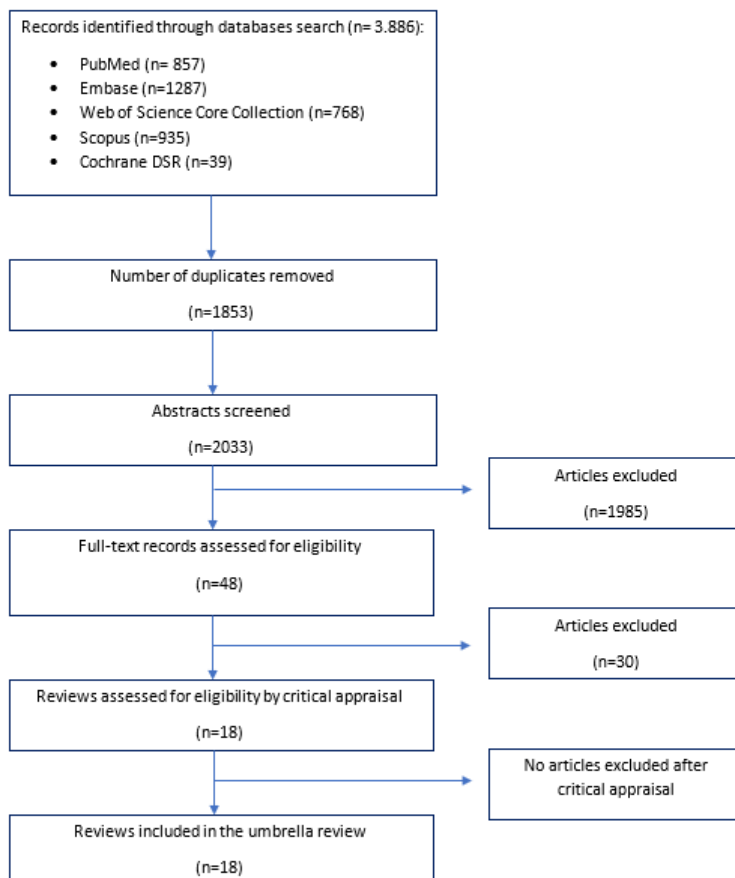
- als de deelnemers vluchtelingen, VIB en migranten waren (zie bijlage voor definities), d.w.z. personen met recente migratieachtergronden. Andere deelnemers aan het onderzoek waren diensten voor geestelijke gezondheidszorg, werknemers in de gezondheidszorgsector of andere zorgverleners die werken met mensen met een recente immigratieachtergrond, aangezien sommige artikels gebaseerd zouden kunnen zijn op hun ervaringen en inzichten (cf. Satinsky et al., 2019);
- als ten minste één van de besproken onderwerpen belemmeringen voor de toegang tot geestelijke gezondheidszorg was en wanneer het concept van toegang viel binnen de vijf elementen van toegang van Panchansky en Thomas (1981), aangevuld met drie extra elementen van Satinsky et al. (2019): betaalbaarheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid, overeenstemming, aanvaardbaarheid, bewustzijn, stigmatisering, hulp zoeken;
- als het een systematische review, scoping review, meta-analyse of metasynthese was, en het een volledige tekst was, peer-reviewed en in het Engels.

Deze systematische opzoeking werd uitgevoerd in december 2023, waarbij vijf elektronische databases werden geraadpleegd, wat resulteerde in een totaal van 3.886 artikels. Na het verwijderen van dubbele artikels werden 2.033 citaties onderzocht op basis van titel en abstract. 48 artikelen werden in detail onderzocht om te zien of ze voldeden aan de in- en exclusiecriteria. Slechts 18 artikelen voldeden aan de inclusiecriteria. Vervolgens werd de kwaliteit van de geselecteerde artikels beoordeeld. Er werden geen artikelen uitgesloten na deze kritische beoordeling.

---

<sup>13</sup> In dit hoofdstuk leggen we onze focus op VIB, hoewel we graag ook willen aangeven dat deze belemmeringen ook gelden voor mensen zonder wettig verblijf. Deze doelgroep wordt vaak vergeten ondanks zij vaak in nog kwetsbaardere situaties vertoeven.





## Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experten (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de *pool* van benoemde experten). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website ([www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar [info.hgr-css@health.belgium.be](mailto:info.hgr-css@health.belgium.be).



[www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)



Deze publicatie mag niet worden verkocht.



Volksgezondheid  
Veiligheid van de Voedselketen  
Leefmilieu