reach.out plus

Online Manual for the Replication of the reach.out plus Model

A practical framework for adapting community-based GBV prevention and response in refugee and migrant contexts

Main manual

Germany • Greece • Netherlands

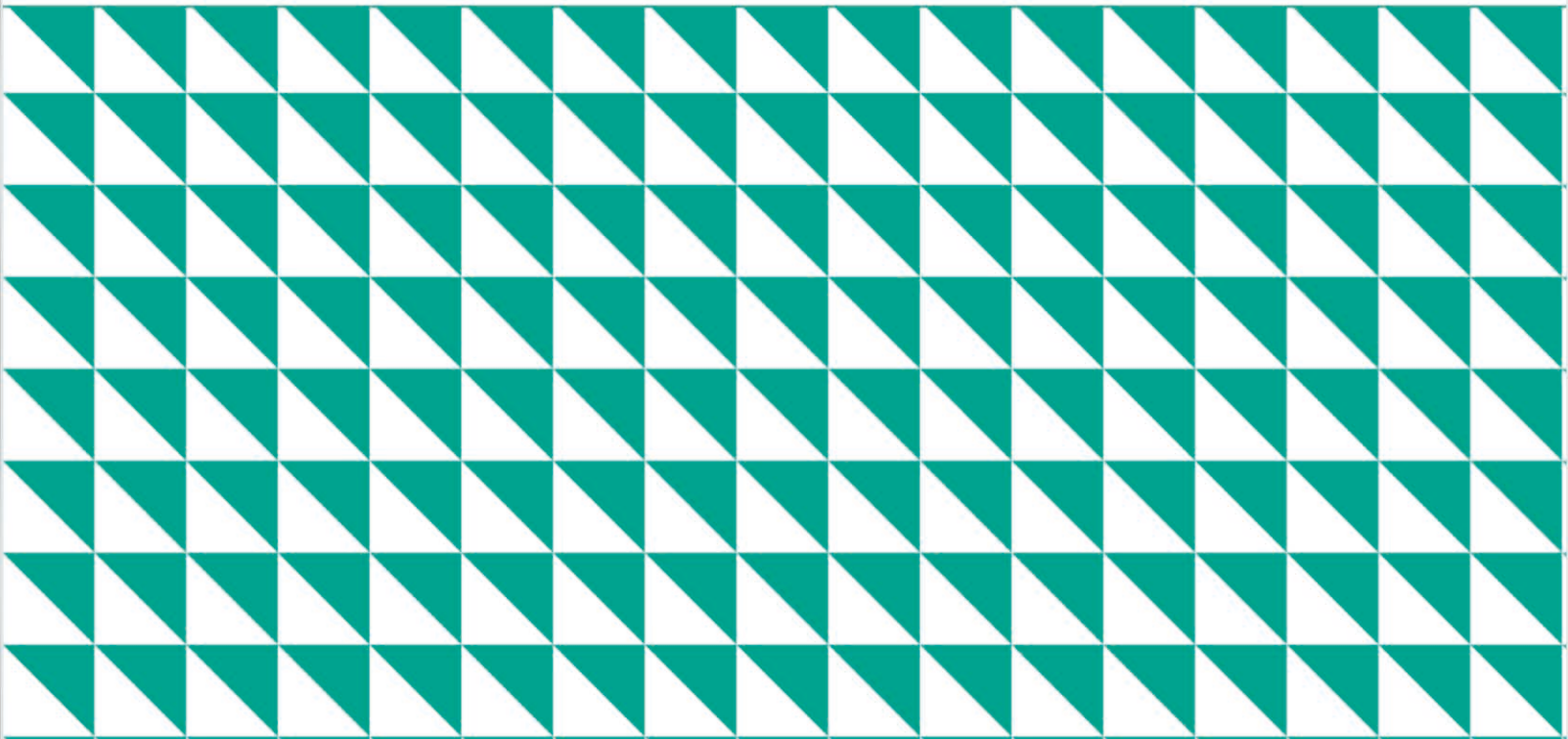


TABLE OF CONTENT

Executive Summary 2

1. Introduction 4
- 1.1 About reach.out plus 4
- 1.2 Purpose of the Manual 4
- 1.3 How to Use the Manual 4

2. Objectives and Guiding Principles 6
- 2.1 Objectives 6
- 2.2 Guiding Principles 6

3. The reach.out plus Replication Framework 7

4. Community Empowerment 8
- 4.1 Purpose and Approach 8
- 4.2 Recruitment of Community Multipliers 8
- 4.3 Training of Multipliers 9
- 4.4 Implementation and Ongoing Support 9
- 4.5 Replication Essentials 9

5. Outreach and Group Activities 11
- 5.1 Purpose and Delivery Model 11
- 5.2 Group Activities 11
- 5.3 Individual Support 11
- 5.4 Outreach Activities 12
- 5.5 Replication Essentials 12

6. Capacity Building for Professionals 13
- 6.1 Purpose 13
- 6.2 Replication Training Cycle 13
- 6.3 Adaptation Across Countries 13
- 6.4 Replication Essentials 14

7. Communication Activities 15
- 7.1 Purpose and Strategy 15
- 7.2 Audience and Channel Matrix 15
- 7.3 Core Communication Tools 15
- 7.4 Replication Essentials 16

8. Advocacy 17
- 8.1 Purpose 17
- 8.2 Multi-Level Advocacy 17
- 8.3 Evidence-to-Advocacy Cycle 17
- 8.4 Building Shared Advocacy Capacity 17
- 8.5 Replication Essentials 18

9. Learning, Transferability and Sustainability 19
- 9.1 Common Success Factors and Challenges 19
- 9.2 Cross-Country Learning 19
- 9.3 Sustainability 19
- 9.4 Transferability Conditions 20

10. Replication Readiness Checklist 21
- 10.1 Suggested Implementation Sequence 22

Conclusion 23

Executive Summary

Overview

reach.out plus is a transnational initiative led by Médecins du Monde / Doctors of the World chapters in Germany, Greece, and the Netherlands, with CARE Germany and CARE International as partners. The project protects and supports survivors of gender-based violence (GBV), and those at risk, within refugee communities. It combines community-based outreach, professional capacity building, accessible communication, and evidence-based advocacy, with particular attention to women, children, youth, and LGBTIQ+ individuals who face compounded risks during and after migration.

Refugees and asylum seekers may face fear of retaliation, stigma, language barriers, and distrust of authorities when seeking support, while frontline services may lack the specialized knowledge and resources required to identify and respond to GBV. The reach.out plus model addresses these gaps by linking trusted community entry points with competent services and systemic change.

Core objectives

- **Empower survivors and at-risk individuals.** Strengthen agency, knowledge, and access to support through community-based outreach, training, and low-threshold services.
- **Strengthen frontline response.** Equip professionals with practical tools, knowledge, and functional referral pathways.
- **Promote systemic change.** Use field evidence to improve implementation and monitoring of GBV-related policies.
- **Foster collaboration.** Connect civil society, state authorities, community actors, and EU institutions to scale good practice and improve policy.

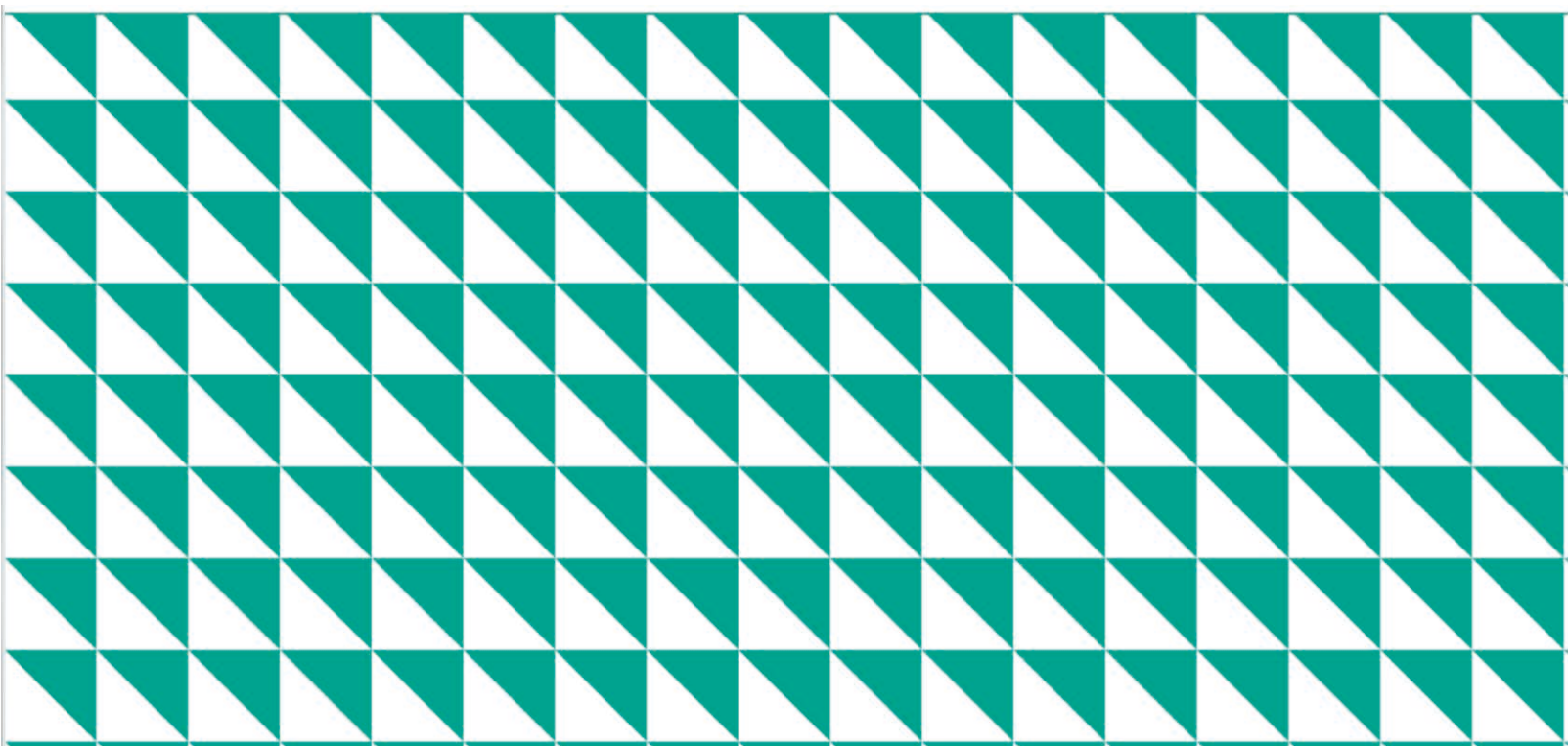
Model components

- **Community empowerment.** Recruit, train, and support trusted multipliers and cultural mediators from refugee and migrant communities.
- **Outreach and group activities.** Create safe, accessible spaces for information, dialogue, early identification, individual support, and referral.
- **Capacity building for professionals.** Strengthen practical competence among frontline staff and institutions.
- **Communication.** Provide multilingual, non-discriminatory, trauma-informed information and disseminate learning.
- **Advocacy.** Translate field experience into evidence-based policy engagement at local, national, and EU levels.

Main lessons for replication

- Cultural mediators and peer multipliers are critical trust-builders when formal services are difficult to approach.
- Frontline professionals need practical tools, referral pathways, and ongoing support, not awareness training alone.
- Low-threshold access must be visible, approachable, multilingual, and linked to competent services.
- Communication should be empowering, culturally responsive, and free from stereotypes rather than merely informative.

- Multi-stakeholder coordination links direct support to policy change and strengthens long-term sustainability.



1. Introduction

1.1 About reach.out plus

reach.out plus was implemented in Germany, Greece, and the Netherlands to address gender-based violence within refugee and asylum-seeking communities. The model responds simultaneously to individual barriers to support, service-level gaps in identification and referral, and structural barriers that require policy and institutional change.

Target groups

- Women, youth, children, unaccompanied minors, and LGBTIQ+ individuals in refugee communities
- Frontline professionals, including medical staff, social workers, interpreters, protection staff, and security personnel
- State authorities and decision-makers at regional, national, and EU levels

Consortium partners

Partner	Role
Médecins du Monde / Doctors of the World Germany (MdM DE)	Lead partner
Médecins du Monde / Doctors of the World Greece (MdM GR)	Project partner
Médecins du Monde / Doctors of the World Netherlands (MdM NL)	Project partner
CARE Germany	Project partner
CARE International	Associated partner; advocacy expertise

1.2 Purpose of the Manual

This manual documents the reach.out plus model as a replicable framework for organizations seeking to implement similar interventions in other contexts. It consolidates experiences, methodologies, and lessons from the implementing countries into a practical resource.

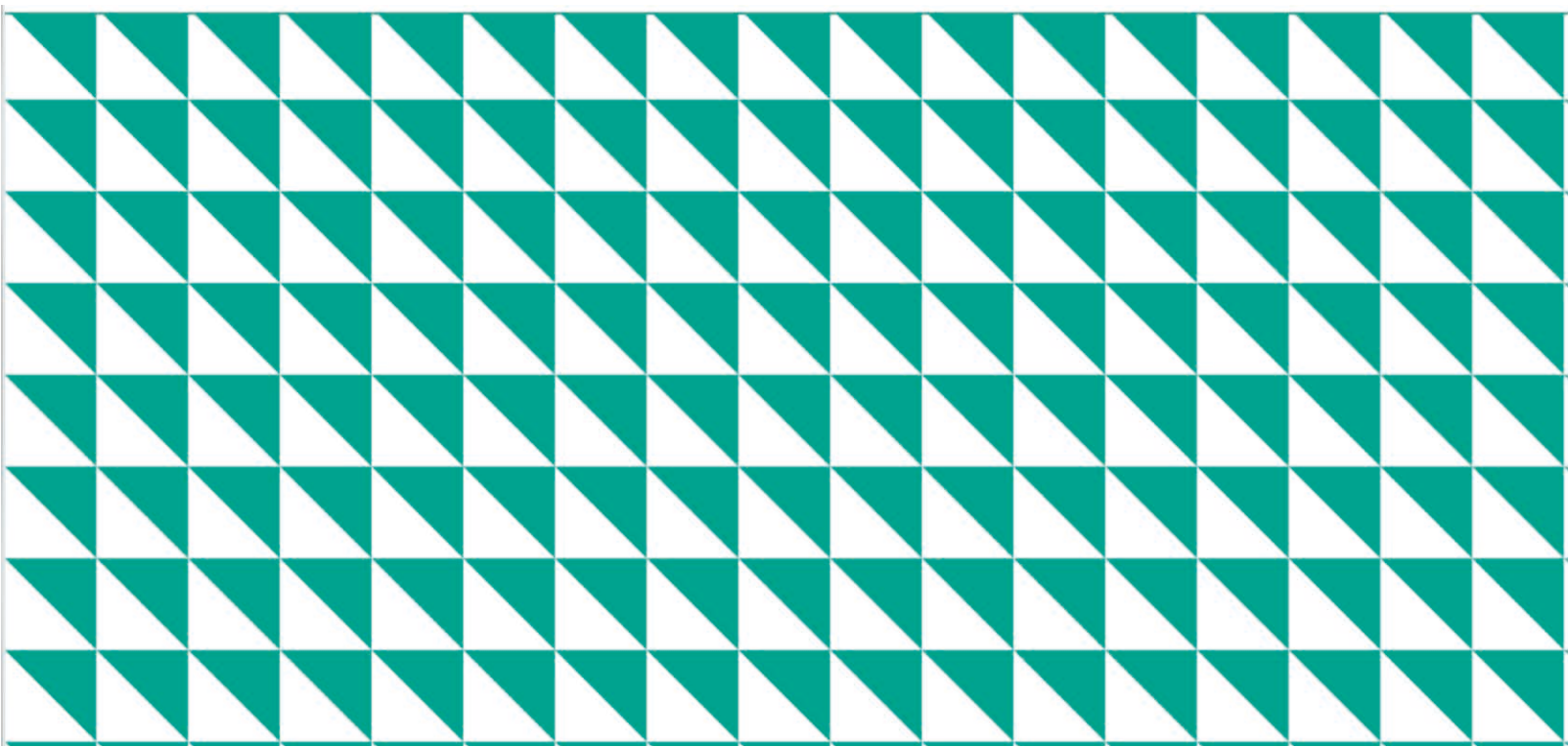
The manual is not a rigid blueprint. It presents a common logic, guiding principles, minimum conditions, and core components while showing how methods can be adapted to different target groups, service systems, institutional landscapes, and national contexts. It is intended to support NGOs, civil society organizations, public-health actors, community organizations, and relevant authorities in designing, implementing, and sustaining GBV prevention and response with refugee and migrant communities.

1.3 How to Use the Manual

The main chapters explain the model at replication level: what needs to be in place, why it matters, where adaptation is expected, and what lessons should guide implementation. Detailed operational tools should be used alongside the relevant chapters.

Operational tools referenced by this manual

Annex 1: Translations of the manual (German, Greek, Dutch)
Annex 2: Guidelines for Training of Multipliers / Cultural Mediators
Annex 3: Guidelines for Workshop Implementation
Annex 4: Guidelines for Individual Counselling
Annex 5: Guidelines for Training of Professionals
Annex 6: Country Implementation Example



2. Objectives and Guiding Principles

The reach.out plus model operates across three interconnected levels. Change at one level reinforces the others, so replication should combine individual empowerment, service improvement, and wider community or system change.

2.1 Objectives

Level	Intended change
Individual	Increase empowerment and self-determination; improve health literacy and knowledge of rights; reduce barriers to medical, psychosocial, legal, and social support.
Service	Improve identification of GBV and protection needs; strengthen referral pathways; improve the quality of support delivered by trained professionals, multipliers, and cultural mediators.
Community / system	Increase awareness of barriers faced by target groups; strengthen networks and cooperation; document and transfer good practices for future implementation.

2.2 Guiding Principles

Principle	Application in practice
Rights-based	Recognize survivors as rights holders. Provide clear information on entitlements and support people to make informed choices and claim their rights.
Gender-sensitive	Recognize how unequal power relations and gender shape risk, experience, and access to services, including the specific barriers faced by women, girls, and LGBTIQ+ people.
Trauma-informed	Priorities safety, trust, predictability, consent, and choice. Avoid re-traumatization in workshops, counselling, communication, and referral.
Participant-centered	Let needs, preferences, and pace determine the response. Adapt support to individual circumstances rather than applying one uniform procedure.
Culturally responsive	Adapt materials, language, communication, and methods to diverse backgrounds. Involve community multipliers and cultural mediators in design and delivery.
Confidentiality and safeguarding	Handle information securely and share it only with informed consent and on a need-to-know basis. Protect participants, multipliers, and staff from harm, exploitation, and retaliation.

3. The reach.out plus Replication Framework

The framework presents the model as an integrated system. The components are mutually reinforcing rather than a rigid chronology: partners may run activities in parallel or adjust emphasis according to context. The underlying logic is that community trust enables engagement, accessible activities create routes to support, competent services improve response, communication broadens access, and frontline evidence informs advocacy and long-term change.

Component	Replication function
GUIDING PRINCIPLES	Shape every design and implementation decision.
COMMUNITY EMPOWERMENT	Build trusted community entry points through trained and supported multipliers.
OUTREACH & GROUP ACTIVITIES	Create low-threshold spaces for information, discussion, early identification, and referral.
CAPACITY BUILDING	Ensure professionals and institutions can respond safely and practically.
COMMUNICATION	Extend access to information and disseminate learning through culturally responsive formats.
ADVOCACY	Translate operational evidence into policy and structural change.
LONG-TERM IMPACT	Embed stronger community agency, responsive services, networks, practices, and policies.

Replication rule
Preserve the logic; adapt the methods. Assess which components already exist in your context, which need to be strengthened, and what adaptations are required by the target population, service landscape, and legal or institutional environment.

4. Community Empowerment

4.1 Purpose and Approach

Community empowerment is the foundation of the reach.out plus model. Trusted community members are recruited, trained, and supported to serve as low-threshold contacts for survivors and those at risk. Multipliers and cultural mediators may share language, cultural background, displacement experience, or trusted community networks with target groups. Their credibility can lower barriers to engagement and connect people who may avoid formal services with appropriate support.

- Peer support is most effective when delivered through trusted community relationships.
- Multipliers act as bridges between refugee/migrant communities and medical, psychosocial, legal, and protection services.
- Training should be practical, ongoing, culturally responsive, and linked to real referral pathways.
- Multipliers need continuing supervision and support, not one-off capacity building.

4.2 Recruitment of Community Multipliers

Recruitment should prioritise interpersonal suitability and trust as well as technical motivation. Selection criteria should be explicit from the outset and reflect the communities the project intends to reach.

Dimension	Germany	Greece	Netherlands
Recruitment channels	Open call through partner organizations, platforms, and networks	Existing volunteer and worker pools plus humanitarian coordination networks	Volunteer recruitment followed by staged interviews
Selection emphasis	Motivation, reliability, English skills, diversity, community connection	GBV/human-rights interest and experience; community and professional representation	Representative, LGBTIQ+-friendly group; capacity and support system to work with SGBV
Selection process	Motivation letter, CV, interview, volunteer agreement	In-person interview involving project and HR staff	Short digital interview followed by in-person interview and reflection period

Key replication insight
There is no single correct recruitment channel. What matters is clarity about expectations, assessment of both technical motivation and interpersonal suitability, attention to representation, and a role structure that defines responsibilities, support, boundaries, and any allowance or equipment provided.

4.3 Training of Multipliers

Foundational training should establish a common baseline while allowing specialized content to respond to national context, target group, and service landscape. Training should connect knowledge with facilitation practice, referral navigation, self-care, and boundary-setting.

Core area	Examples from reach.out plus
GBV, gender, power, and rights	Forms of GBV; power dynamics; consent; protection rights; human rights
Health and psychosocial knowledge	Mental health, trauma, sexual health, self-care, psychological first aid
Asylum and service systems	Asylum procedures, healthcare entitlements, institutional ecosystems, local referral options
Practical support skills	Active listening, low-threshold advice, role-play, discussion techniques, facilitation
Safe implementation	Triggers, professional distance, boundaries, referral limits, supervision, safeguarding

Germany used a structured multi-session programme covering the asylum and healthcare system, mental health, sexual health, GBV prevention as well as rights of GBV survivors. Greece developed a dedicated multiplier training guide and practical session kit. The Netherlands combined a baseline GBV training with specialized follow-up topics according to demand. Detailed curricula and tools are in Annex 2.

4.4 Implementation and Ongoing Support

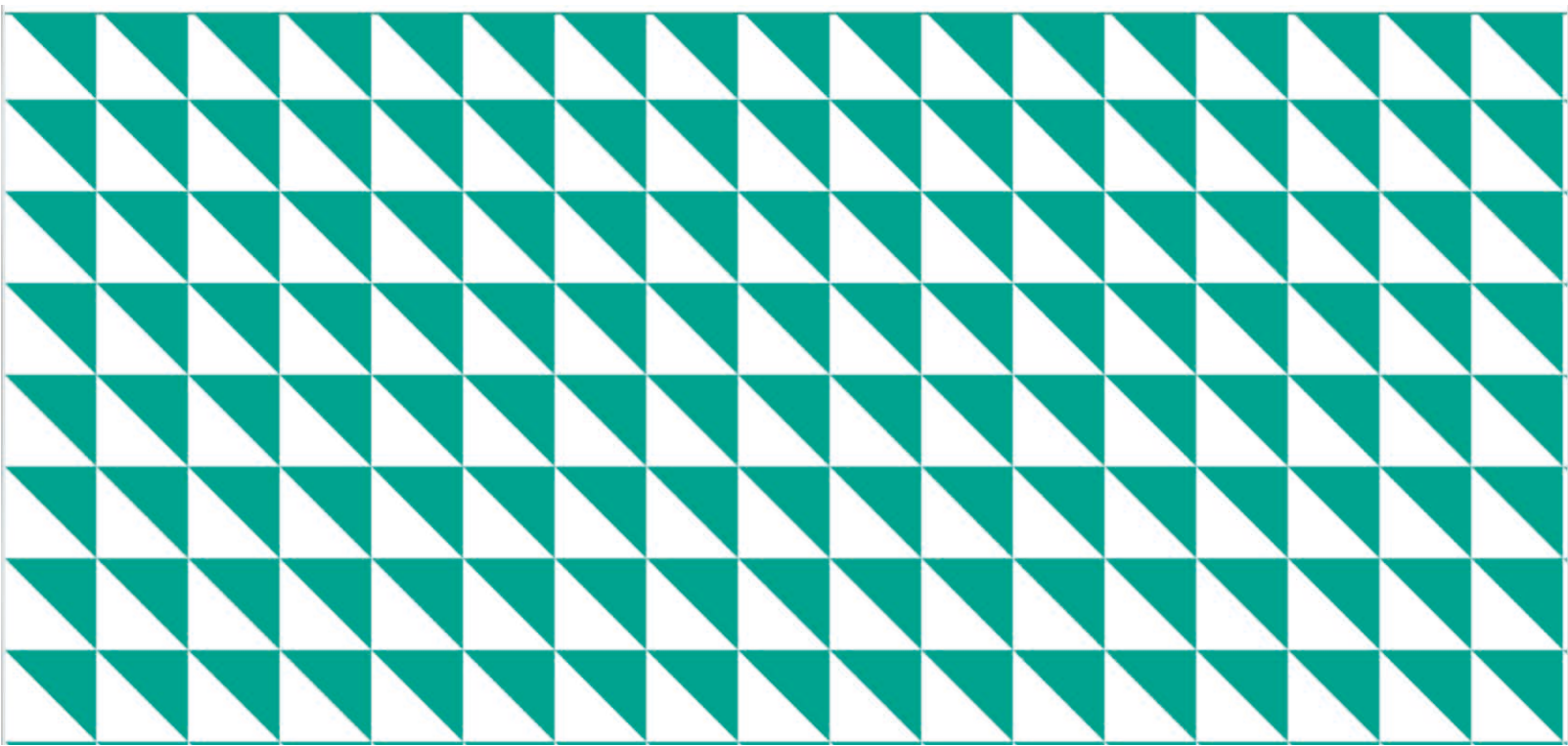
Training alone does not create effective multipliers. Continuity, supervision, and clear lines of support are necessary to sustain motivation, maintain quality, and protect volunteers from carrying an excessive emotional or practical burden.

- **Designated contact person.** Each multiplier should know who to approach for urgent questions, case advice, and clarification of role boundaries.
- **Regular group reflection or supervision.** Use peer exchange and facilitated supervision to discuss challenges, professional distance, wellbeing, and learning.
- **Individual check-ins.** Schedule periodic conversations to review successes, difficulties, training needs, and availability.
- **Continuity from training into practice.** Where possible, keep teams together across training, outreach, and knowledge-sharing so trust and facilitation capacity deepen over time.

4.5 Replication Essentials

1. **Recruit for suitability and representation.** Combine community connection, motivation, reliability, sensitivity, and diversity rather than using demographic representation as the only criterion.
2. **Set expectations early.** Clarify participation, documentation, availability, confidentiality, supervision, and referral limits before multipliers begin work.

3. **Plan for turnover.** Build induction and condensed catch-up mechanisms so new members can join without weakening quality.
4. **Adapt selection culturally.** Questions about gender, sexuality, and lived experience may require culturally sensitive approaches and diverse interview teams.
5. **Budget for continuing support.** Supervision, case advice, group reflection, and refresher training are core implementation costs, not optional extras.



5. Outreach and Group Activities

5.1 Purpose and Delivery Model

This component creates multiple entry points to information, support, and referral. The model distinguishes three related workstreams: participatory group activities; individual support delivered by qualified staff and specialists; and community outreach conducted by multipliers and cultural mediators. Multiplier supervision is addressed in Chapter 4.

5.2 Group Activities

Group activities raise awareness, build health literacy, create safe discussion spaces, and help participants recognize available support. Across countries, effective workshops followed a similar logic while adapting content and facilitation methods to context. Detailed guidance in workshop implementation is in Annex 3.

Suggested workshop pathway
1. Establish safety: introduce purpose, respect, confidentiality, voluntary participation, and the right not to disclose.
2. Build shared understanding: use accessible information on GBV, rights, health, safety, and available services.
3. Explore through participation: use picture cards, scenarios, role-play, discussion, or other low-threshold methods.
4. Practice supportive responses: reinforce consent, boundaries, non-judgment, and respect for survivor choice.
5. Close with referral information and a clear route to individual support.

Country	Distinctive adaptation
Germany	Participatory, mother-tongue and gender-specific workshop series in reception centres; progressive sessions combined information with self-care and coping strategies.
Greece	Multiplier-facilitated sessions in camps, shelters, accommodation centres, and MdM facilities; practical scenarios reinforced consent, safe disclosure responses, boundaries, and referral.
Netherlands	Cultural mediators and medical volunteers used group dynamics, social-ecological thinking, Socratic questioning, and discussion of moderate viewpoints on taboo topics.

5.3 Individual Support

Individual support complements workshops and outreach with personalised assessment, referral, accompaniment, and follow-up. It should be delivered by qualified professionals or appropriately supervised staff within their competence. Support may involve medical, psychosocial, legal, housing, or protection needs. In some cases, several contacts are required before a person connects symptoms such as stress, nightmares, or physical complaints with violence or feels ready to discuss specialised care. Detailed counselling guidance is in Annex 4.

5.4 Outreach Activities

Outreach brings support to settings where people already live and gather, including reception facilities, shelters, accommodation centres, community organisations, and health or social-service locations. Multipliers can provide information, basic needs assessment, referral, accompaniment, interpretation, and community workshops within clearly defined role boundaries. Local relationships, word-of-mouth, and existing professional networks are important access routes.

5.5 Replication Essentials

1. **Clarify who delivers what.** Group activities may be multiplier-led or staff-led depending on complexity; individual clinical, legal, and specialised support should remain with qualified professionals.
2. **Use participatory and structured formats.** Begin with safety and ground rules, use low-threshold methods, and always close with support options.
3. **Link activities to individual support and referral.** Awareness without a practical next step can leave identified needs unresolved.
4. **Protect multiplier boundaries.** Use fixed availability, clear referral limits, supervision, and guidance on private contact information.
5. **Allow time for trust.** Do not force disclosure or rush directly to violence; general health, wellbeing, and practical topics may be necessary entry points.
6. **Prioritise continuity.** A consistent facilitator or contact person can help people return and gradually build trust.

Adaptation prompts

- Where do target groups already gather, and which settings feel safest and most accessible?
- Which activities can multipliers lead independently, and which require professional staff?
- How will participants move from a group activity or outreach contact into confidential individual support?
- What boundary and continuity arrangements will protect both participants and multipliers?

6. Capacity Building for Professionals

6.1 Purpose

Professional capacity building strengthens the ability of frontline staff and institutions to identify, respond to, and appropriately refer survivors of GBV. The purpose is not awareness alone. Training should improve practical skills, local knowledge, interdisciplinary cooperation, and the functioning of referral pathways.

6.2 Replication Training Cycle

Step	What to do
1. Assess needs	Use desk research, field interviews, service mapping, or consultation with professionals to identify real knowledge, practice, and referral gaps.
2. Define target groups	Include direct-contact staff and relevant planning or decision-making staff whose work affects accommodation, referral, protection, or access.
3. Design interdisciplinary content	Bring medical, psychosocial, legal, protection, interpretation, and community perspectives together where appropriate.
4. Combine expertise and lived experience	Use technical specialists alongside cultural mediators or experts by experience to connect practice with the realities faced by target groups.
5. Practise application	Prioritise less visible violence, trauma-informed communication, risk recognition, cultural dimensions, case scenarios, and referral navigation.
6. Connect training to services	Ensure participants know locally relevant referral pathways and understand complementary institutional roles.
7. Follow up	Provide refresher training, updated materials, peer exchange, supervision, or new sessions as needs and services change.

6.3 Adaptation Across Countries

Country	Approach
Germany	Training for government staff combined project input, external specialists, multipliers as experts by experience, practice reflection, and Q&A. A desk review also curated existing audiovisual and written resources.
Greece	Needs assessment combined desk research and qualitative field research. Interdisciplinary training focused on hidden violence, trauma-informed communication, risk assessment, cultural dimensions, and referral networks.
Netherlands	Digital mapping of SGBV services identified service gaps, collaboration opportunities, and training needs; culturally sensitive external expertise supported targeted training.

What the approach produced
More practical and locally relevant training content.
Stronger links between professionals, services, referral systems, and community actors.
Reusable and open-access resources that extend impact beyond those attending in person.
Greater engagement when technical information is combined with survivor or multiplier perspectives.

6.4 Replication Essentials

1. **Assess before training.** Design curricula around actual practice gaps
2. **Train across roles and disciplines.** GBV cases require complementary medical, psychosocial, legal, protection, and administrative responses.
3. **Balance technical and experiential input.** Lived experience can humanise theory and reveal barriers that formal guidance may overlook.
4. **Focus on application.** Practical communication, recognition, risk, referral, and coordination should take priority over abstract awareness.
5. **Curate as well as create.** Review existing resources before producing new materials; combine national guidance with local service information.
6. **Provide continuing support.** One-off sessions rarely sustain competence in changing service and policy environments.

Cross-country peer-learning visits are addressed in Chapter 9 because their primary replication value lies in exchange, transferability, and adaptation. Detailed professional-training guidance is in Annex 5.

Adaptation prompts
- Which professional groups most directly influence survivor safety, access, accommodation, and referral?
- What practice gaps are visible in the current system, and how will they be assessed before curriculum design?
- Which disciplines and experts by experience should be represented in the training?
- How will refresher learning and referral updates be maintained after the initial training?

7. Communication Activities

7.1 Purpose and Strategy

Communication is an intervention in its own right. It enables target groups to access information on rights, services, and support; raises public and institutional awareness of GBV in refugee communities; disseminates project learning; and supports visibility among stakeholders and decision-makers. Communication should remain non-discriminatory, culturally sensitive, trauma-informed, and responsive to feedback.

A shared strategy should establish common goals, audiences, messages, and minimum standards while allowing national adaptation. Communication can be embedded within monitoring, evaluation, accountability, and learning (MEAL) so that reach, engagement, and feedback inform continuous improvement.

7.2 Audience and Channel Matrix

Audience	Primary need	Suitable formats
Survivors / people at risk	Practical information on rights, services, safety, and support	Multilingual video, visual materials, messaging channels, posters, direct handouts
Women, youth, children, LGBTIQ+ groups	Targeted information that addresses specific barriers without increasing stigma or exposure	Tailored visual or spoken content, safe community distribution
Frontline professionals / CSOs	Practice-oriented tools, training resources, and referral information	Web resources, presentations, training materials, professional networks
Authorities / decision-makers	Evidence on implementation gaps and workable solutions	Briefings, presentations, policy materials, stakeholder meetings
General public	Awareness and empathy without sensationalising trauma	Human-centred storytelling, public events, social media

7.3 Core Communication Tools

Use a mix of digital, physical, and stakeholder channels rather than relying on one platform. reach.out plus used dedicated website subpages, multilingual videos, social media, printed posters and leaflets, WhatsApp information channels, public events, and audience-specific presentations. QR codes and short visual formats supported low-threshold access across literacy and language differences.

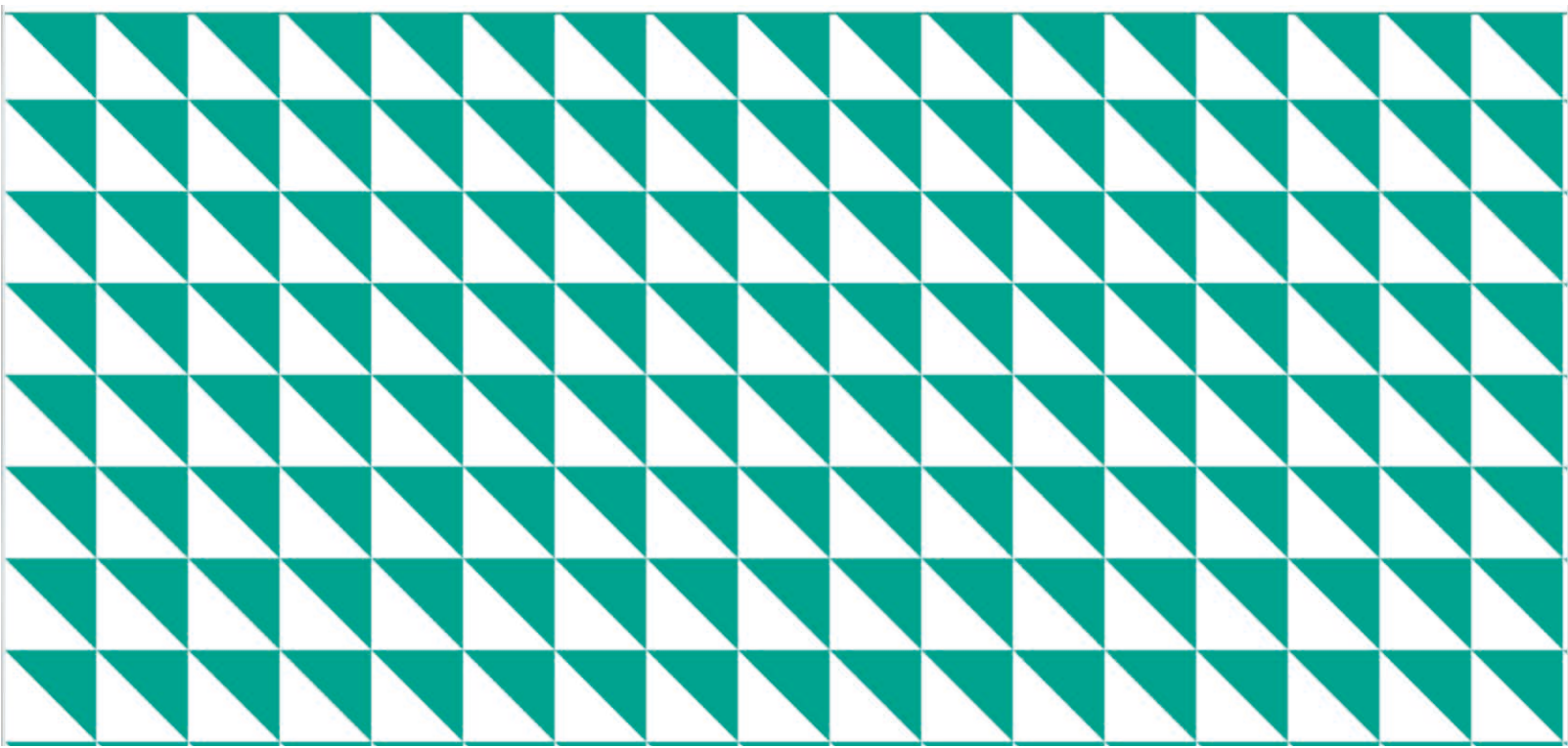
Country	Distinctive emphasis
Germany	Animated audiovisual content, QR-code posters, direct dissemination, and deliberate avoidance of stereotypical representation.
Greece	Sustained multi-platform communication that evolved from activity reporting toward thematic awareness and human-centred storytelling.
Netherlands	Local adaptation of shared consortium content, including timing and framing around locally relevant moments.

7.4 Replication Essentials

1. **Plan communication from the start.** Define audiences, messages, channels, responsibilities, and a communication calendar during project design.
2. **Prioritise multilingual, low-threshold formats.** Video, visual materials, spoken content, and clear design can reach people excluded by text-heavy communication.
3. **Combine digital and physical touchpoints.** Web and social media should be complemented by materials placed where target groups already access services.
4. **Adapt shared content locally.** Maintain consistent core messaging while allowing context-specific timing, cultural references, and channel choices.
5. **Protect dignity and monitor feedback.** Review language and imagery for stereotyping or stigma, involve target-group representatives, and use MEAL feedback to improve content.

Adaptation prompts

- Which audiences need different messages, languages, formats, or levels of detail?
- Which digital and physical channels are already trusted and routinely used by the target groups?
- Who will review language and imagery for stigma, stereotyping, confidentiality, and cultural relevance?
- What feedback or engagement indicators will trigger adaptation of communication content?



8. Advocacy

8.1 Purpose

Advocacy is an integral pillar of the reach.out plus model rather than a separate workstream. Its purpose is to translate barriers, gaps, and good practices identified through case work, multiplier training, workshops, professional training, and referral experience into credible recommendations for policy and structural change.

8.2 Multi-Level Advocacy

Level	Typical action
Local	Engage accommodation providers, service organisations, municipal structures, and local authorities around barriers observed in implementation.
Regional	Raise structural issues with authorities responsible for protection standards, accommodation systems, or regional service coordination.
National	Work with ministries, parliamentarians, national working groups, and civil-society coalitions to address laws, funding, and system-wide access.
EU	Translate field evidence into policy papers and targeted engagement with relevant institutions, agencies, networks, and parliamentary actors.

8.3 Evidence-to-Advocacy Cycle

CARE International led EU-level advocacy and linked it deliberately to the operational cycle. The approach can be replicated through five connected pillars:

1. **Review the legal and regulatory framework.** Establish a baseline and identify implementation gaps.
2. **Build the evidence base.** Combine project-generated evidence with literature and existing civil-society work.
3. **Identify stakeholders.** Map the specific institutions, networks, units, committees, and individuals with authority or influence.
4. **Map advocacy moments.** Identify policy processes and decision points early while retaining flexibility for emerging opportunities.
5. **Engage strategically.** Direct evidence and recommendations to actors best positioned to act rather than pursuing broad, undifferentiated outreach.

8.4 Building Shared Advocacy Capacity

Advocacy should not depend on one specialist alone. Project teams can build shared capacity through baseline legal and policy overviews, regular policy updates, systems-level reflection in routine consortium meetings, advocacy workshops, and clear mechanisms for frontline staff to surface barriers and emerging evidence.

8.5 Replication Essentials

1. **Embed advocacy from project design.** Define how frontline activities will generate and document evidence for policy engagement.
2. **Map who can change what.** Different policy levers sit at different administrative levels; direct recommendations accordingly.
3. **Build alliances and institutional relationships.** Working groups, coalitions, ministries, agencies, and service networks create more credible and durable routes to influence.
4. **Use survivor perspectives safely.** Where feasible and consented, first-hand perspectives can humanise statistics without compromising confidentiality or safety.
5. **Make advocacy a shared function.** Give all partners the language and mechanisms needed to connect operational learning with policy action.

Adaptation prompts

- Which decision-makers control the barriers identified through frontline work?
- What evidence can be documented routinely without compromising confidentiality or survivor safety?
- Which existing coalitions, working groups, or institutional relationships can amplify the evidence?
- Who inside the project is responsible for turning operational learning into advocacy messages and follow-up?

9. Learning, Transferability and Sustainability

9.1 Common Success Factors and Challenges

What enabled the model	What required active management
Trust-based, participatory methods and safe spaces	Context specificity: no single workshop or outreach format could be copied unchanged
Community multipliers as bridges, supported by training and supervision	Sustained multiplier commitment alongside work, family, and community responsibilities
Interlinked components: community work, professional training, communication, and advocacy reinforced each other	Boundary-setting, safeguarding, emotional demands, and professional distance
Cross-country exchange and consortium dialogue	Trust-building takes time and outreach turnout can be unpredictable
Low-threshold, practical formats such as visuals, role-play, and multilingual content	Need to keep referral information, service relationships, and training content current

9.2 Cross-Country Learning

Partner visits and consortium exchange created structured opportunities to observe services, meet practitioners and authorities, compare referral practices, and reflect on adaptation. Visits in Greece, Germany, and the Netherlands moved from understanding the host organisation and context to observing service delivery, engaging with external stakeholders, and identifying lessons for replication. A key lesson was that outreach should be understood as part of a broader rights-based approach rather than only as a mechanism for delivering services outside mainstream systems.

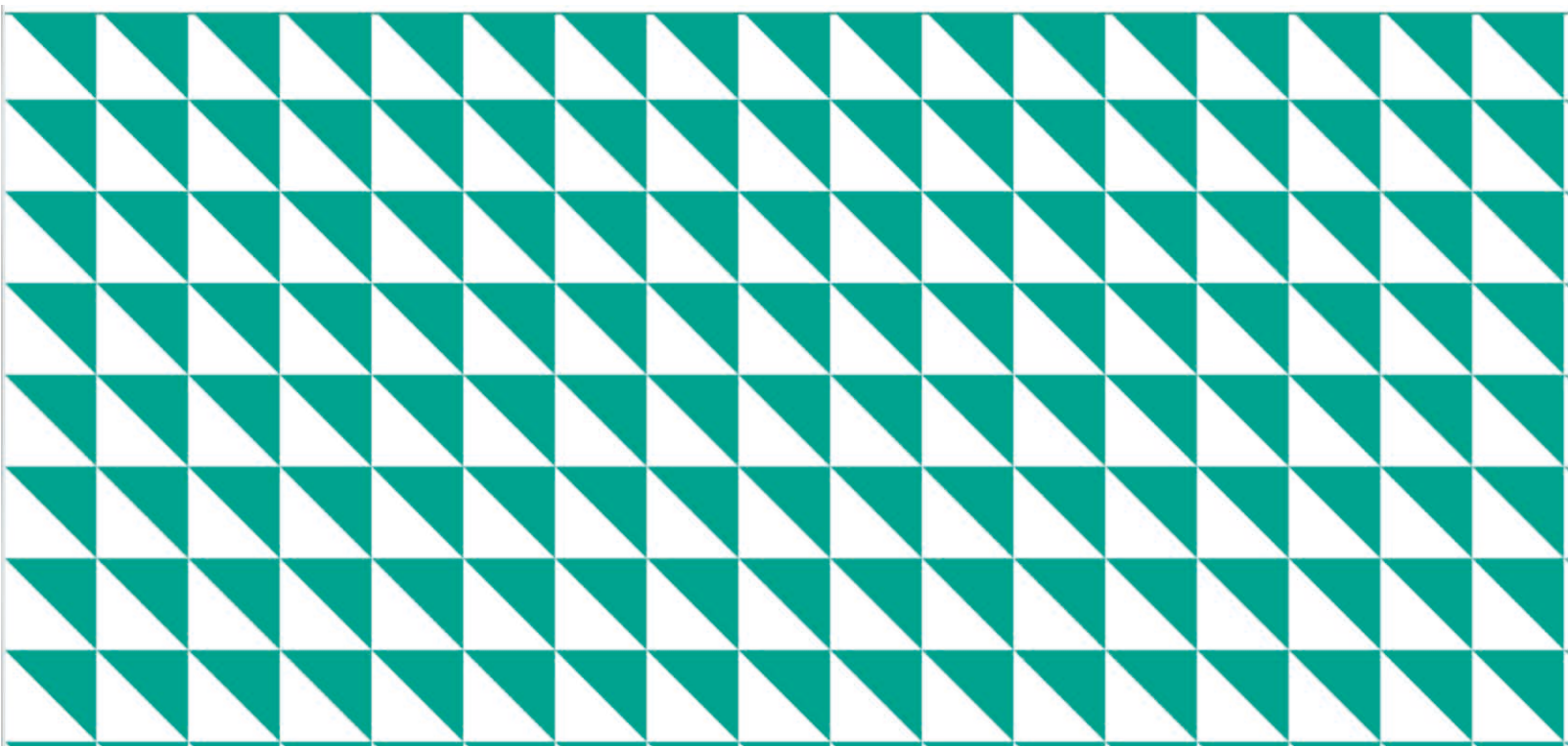
Cross-country exchange also generated practical innovations, including visual key-message cards, increased use of pictures and low-literacy formats, facilitator familiarity measures, and grounding tools, that could then be adapted locally. Detailed examples are included in Annex(and relevant operational annexes.

9.3 Sustainability

- **Integrate into existing services.** Identify health, social, legal, and protection structures that can absorb referral pathways, training, supervision, and multiplier networks after the project cycle.
- **Maintain partnerships.** Civil society, public authorities, service providers, and migrant community networks sustain access, referral, credibility, and advocacy channels.
- **Plan future financing.** Multiplier support, professional training, coordination, and supervision require continued investment. Documenting outcomes and resource needs supports future funding or mainstream financing.

9.4 Transferability Conditions

The model can be adapted to different settings when implementers can uphold a rights-based approach, have sufficient political and operational space for civil-society action, and are willing to invest in long-term trust-building rather than rapid transactional service delivery. Potential settings include refugee accommodation centres, urban health and social-service facilities, mobile outreach environments, and asylum-seeker centres.



10. Replication Readiness Checklist

Use this checklist before launch and at regular review points. Not every element must be fully mature at the beginning, but gaps should be identified, resourced, and assigned to responsible actors.

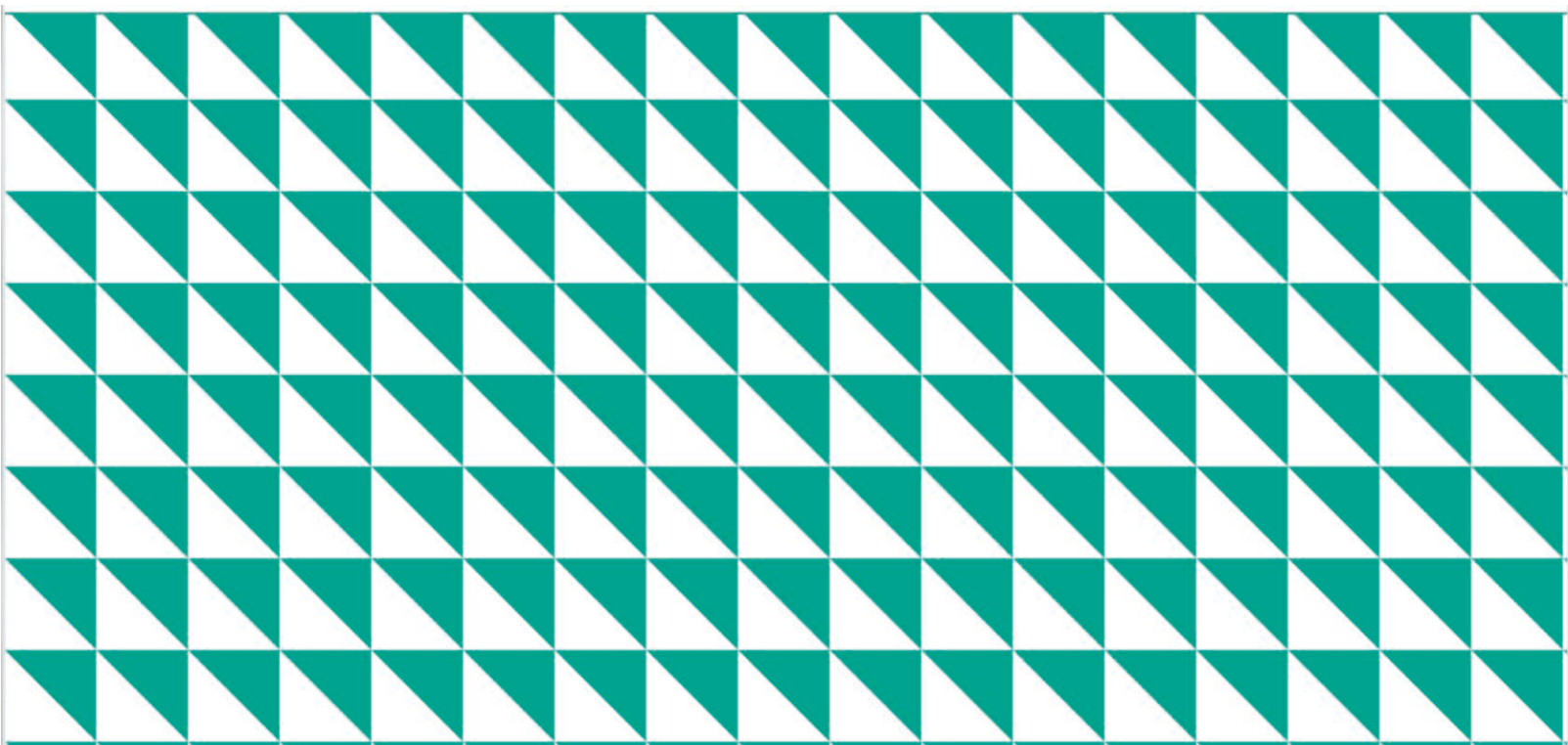
Area	Readiness question
Community trust	Have trusted multipliers or cultural mediators been identified from, or in close relationship with, the target communities?
Human resources	Is there dedicated capacity for project coordination, multiplier supervision, professional support, administration, and safeguarding?
Role clarity	Are multiplier responsibilities, limits, confidentiality, availability, referral duties, support, and any allowance clearly defined?
Safe access	Are there accessible and confidential spaces or channels for group activities and individual support?
Referral pathways	Have medical, psychosocial, legal, housing, and protection services been mapped, contacted, and incorporated into clear protocols?
Professional response	Are qualified staff available for specialised support, and have relevant frontline professionals been trained for identification and referral?
Training	Have curricula been adapted to local needs, systems, languages, and community context, with practical skills and follow-up included?
Communication	Are multilingual, low-threshold, non-stigmatising materials available through both digital and physical channels?
Partnerships	Are community networks, service providers, civil society organisations, and relevant authorities engaged early enough to support access and coordination?
Advocacy	Is there a mechanism for frontline evidence to be documented and channelled to the decision-makers who can address structural barriers?
MEAL / learning	Can participant feedback, implementation challenges, outcomes, and emerging needs be captured and used to adapt activities?
Sustainability	Is there a plan to embed referral, training, supervision, communication, and partnership structures beyond the initial funding period?

Minimum functional requirements
A supported multiplier/cultural-mediator structure connected to target communities.
Safe, accessible entry points for group activities and individual support.
Functional referral pathways to medical, psychosocial, legal, and protection services.
Qualified professional capacity for specialised support and supervision.
Project-team capacity for coordination, safeguarding, learning, and documentation.
Accessible communication in relevant languages and formats.

Implementation experience from reach.out plus shows that multiplier supervision and coordination require substantial dedicated staff capacity and should be explicitly budgeted. Staffing levels should be adapted to team size, case complexity, geography, and available service infrastructure rather than treated as a universal fixed ratio.

10.1 Suggested Implementation Sequence

1. **Map the context and services.** Identify target groups, barriers, referral options, policy structures, and existing community networks.
2. **Build partnerships and safeguarding structures.** Clarify responsibilities, referral relationships, confidentiality, and escalation routes before outreach begins.
3. **Recruit and train multipliers.** Establish role clarity, practical training, supervision, and support mechanisms.
4. **Launch group activities, outreach, and individual support together.** Ensure awareness activities are connected from the start to competent referral and follow-up.
5. **Strengthen professional response.** Train relevant frontline and decision-making staff based on identified practice gaps.
6. **Activate communication, learning, and advocacy.** Use multilingual communication, participant feedback, and documented frontline evidence to adapt implementation and address structural barriers.
7. **Plan institutional embedding early.** Maintain partnerships, update referral systems, and identify future financing before project funding ends.

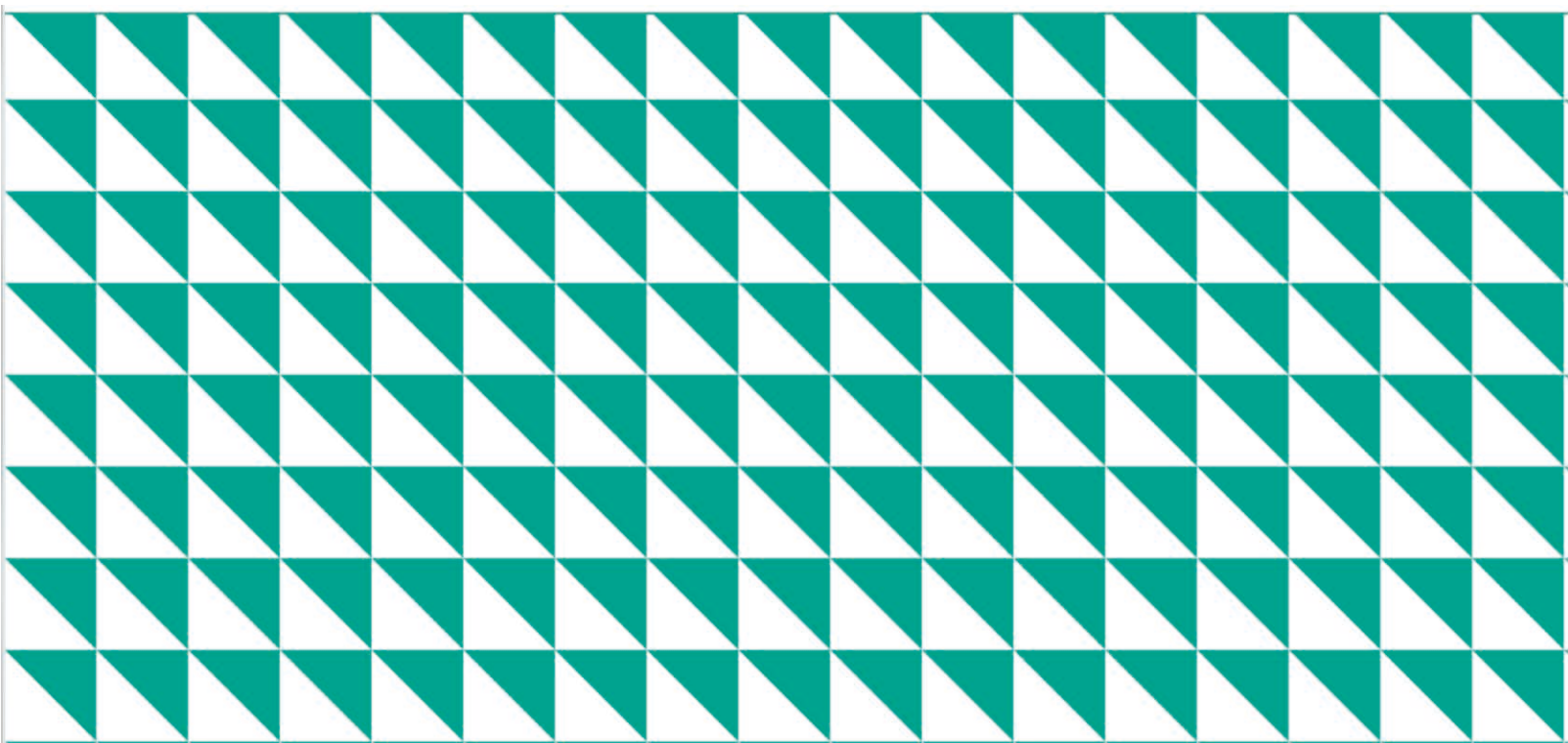


Conclusion

The strength of the reach.out plus model lies less in a fixed set of activities than in a transferable methodology: trusted community actors, safe participatory spaces, context-sensitive facilitation, practical information, functional referrals, competent professional response, and continuous reflection linked to systemic advocacy. Differences between Germany, Greece, and the Netherlands demonstrate that the same principles can be translated into different methods depending on target populations, institutional landscapes, and national policy environments.

Five principles to carry into replication

1. Start with community trust. Invest in credible, supported community contacts.
2. Link direct service to systemic change. Design documentation and learning so frontline experience can inform advocacy.
3. Adapt the framework, not the principles. Preserve rights-based, gender-sensitive, trauma-informed, participant-centred, culturally responsive, and safeguarding commitments while adapting methods.
4. Build sustainability from the outset. Embed partnerships, referral systems, professional capacity, and multiplier support into existing structures wherever possible.
5. Treat communication as intervention. Accessible, empowering information reduces isolation, increases visibility of support, and extends the model's reach.



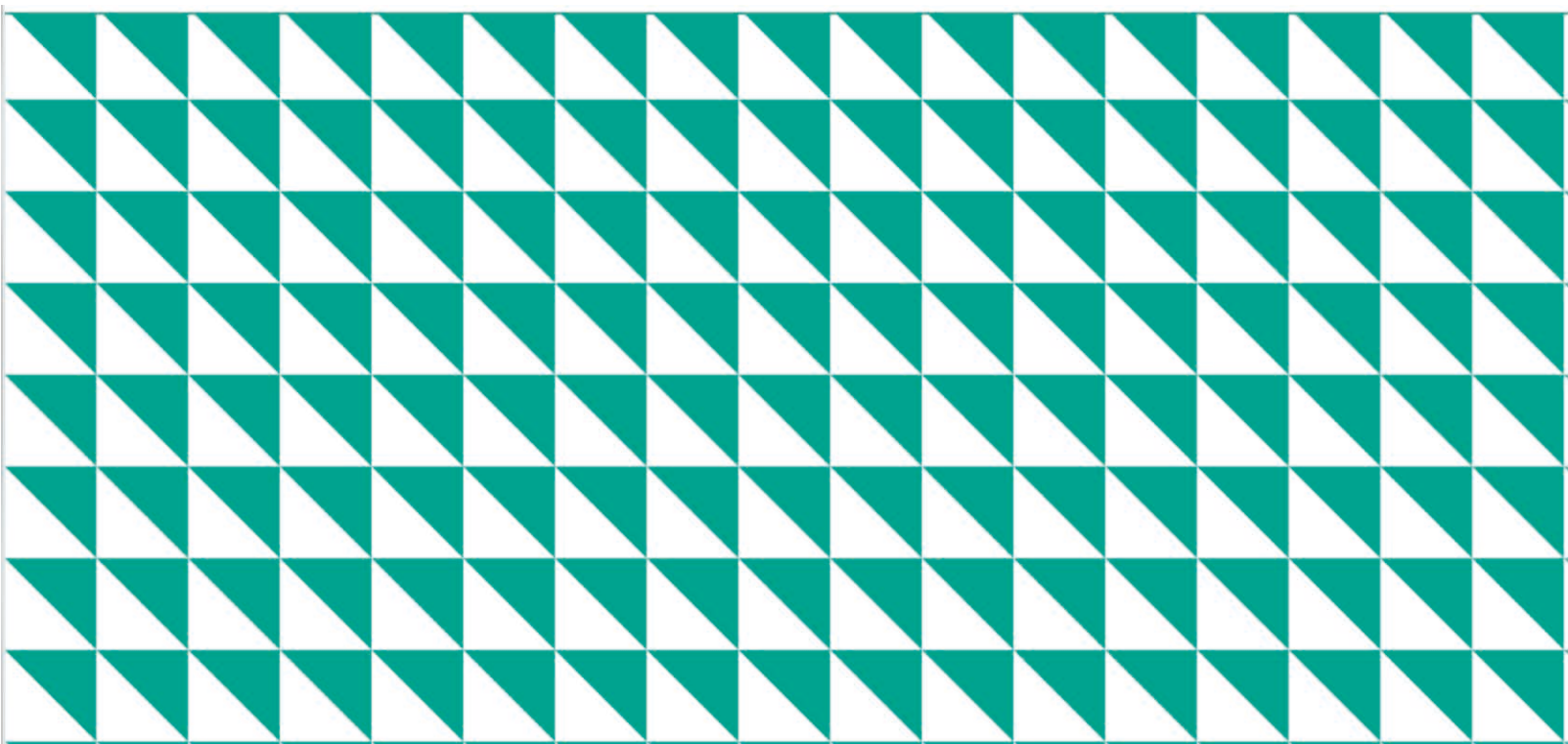
Reach.Out Plus is a collaborative European initiative dedicated to supporting survivors of gender-based violence (GBV), with a particular focus on refugee communities in Germany, Greece, and The Netherlands. The project is grounded in the belief that empowerment begins with access to information, support systems, and community engagement

reach.out plus



Funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.



Handbuch

zur Umsetzung und Anpassung des Projektansatzes reach.out plus



Co-funded by
the European Union

Inhalt

Zusammenfassung 4

Überblick 4

Kernziele 4

Modellkomponenten 5

Praxislehren für die Übertragung in andere Kontexte 5

1. Einleitung 6

1.1 Über reach.out plus 6

Zielgruppen 6

Konsortiumspartner*innen 6

1.2 Zweck des Handbuchs 6

1.3 Verwendung des Handbuchs 7

2. Ziele und Leitprinzipien 8

2.1 Ziele 8

2.2 Leitprinzipien 8

3. Der reach.out plus-Replikationsrahmen 10

4. Community-Empowerment 11

4.1 Zweck und Ansatz 11

4.2 Rekrutierung von Community-Multiplikator*innen 11

4.3 Schulung von Multiplikator*innen 12

4.4 Umsetzung und fortlaufende Unterstützung 12

4.5 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext 13

5. Outreach und Gruppenaktivitäten 14

5.1 Zweck 14

5.2 Gruppenaktivitäten 14

5.3 Individuelle Unterstützung 15

5.4 Outreach-Aktivitäten 15

5.5 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext 16

6. Kapazitätsaufbau für Fachkräfte 17

Co-funded by
the European Union

6.1 Zweck 17
6.2 Schulungszyklus 17
6.3 Anpassung über Ländergrenzen hinweg 18
6.4 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext 19
7. Kommunikationsaktivitäten 20
7.1 Zweck und Strategie 20
7.2 Zielgruppen- und Kanalmatrix 20
7.3 Kernkommunikationswege 21
7.4 Grundlegende Faktoren für die konzeptionelle Anpassung 21
8. Advocacy 23
8.1 Zweck 23
8.2 Advocacy auf mehreren Ebenen 23
8.3 Kreislauf aus Praxiswissen und politischer Einflussnahme 24
8.5 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext 24
9. Lernen, Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit 26
9.1 Gemeinsame Erfolgsfaktoren und Herausforderungen 26
9.2 Länderübergreifendes Lernen 26
9.3 Nachhaltigkeit 27
9.4 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext 27
10. Checkliste zur Umsetzung 28
10.1 Vorgeschlagene Implementierungsabfolge 30
Fazit 31

Co-funded by
the European Union

Zusammenfassung

Überblick

reach.out plus ist eine grenzübergreifende Initiative, die von den deutschen, griechischen und niederländischen Sektionen von Médecins du Monde / Ärzte der Welt getragen wird. CARE Deutschland und CARE International sind Partner. Das Projekt schützt und unterstützt Überlebende von geschlechtsbasierter Gewalt (GBV) sowie gefährdete Menschen mit Fluchterfahrung. Es verbindet aufsuchende Angebote vor Ort, die Schulung von Fachkräften und möglichen ersten Ansprechpartner*innen, leicht verständliche Kommunikation und evidenzbasierte Advocacy - mit besonderem Fokus auf Frauen, Kinder, Jugendliche und LGBTIQ*-Personen, die während und nach der Flucht einem besonders hohen Risiko ausgesetzt sind.

Wenn Geflüchtete und Asylsuchende Hilfe suchen, stehen sie oft vor großen Hürden: Sie fürchten sich vor Vergeltung, fühlen sich stigmatisiert, haben Sprachbarrieren zu überwinden und misstrauen Behörden. Zugleich fehlt es vielen Mitarbeitenden in Unterstützungsdiensten an Fachwissen und Mitteln, um geschlechtsbasierte Gewalt zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Das reach.out plus-Modell begegnet diesen Problemen, indem es vertrauensvolle Zugänge zu den Betroffenen mit fachkundiger Unterstützung und strukturellen Veränderungen verbindet.

Kernziele

• **Stärkung von Überlebenden und gefährdeten Personen:** Betroffene sollen in ihrer Handlungsfähigkeit gestärkt, mit Informationen ausgestattet und beim Zugang zu Unterstützung begleitet werden. Das geschieht durch niedrigschwellige Beratungen, Gruppenangebote und Schulungen.

• **Verbesserung der Hilfe vor Ort:** Fachkräfte erhalten praktische Werkzeuge, Fachwissen und funktionierende Überweisungswege, um gezielt unterstützen zu können.

• **Strukturelle Veränderungen voranbringen:** Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Projekt werden genutzt, um die Umsetzung und Überprüfung von Richtlinien zu geschlechtsbasierter Gewalt zu verbessern.

Co-funded by
the European Union

• **Zusammenarbeit fördern:** Zivilgesellschaft, staatliche Behörden, Akteur*innen aus den Communities und EU-Institutionen werden vernetzt. Ziel ist es, bewährte Ansätze auszuweiten und politische Rahmenbedingungen zu verbessern.

Modellkomponenten

- **Community-Empowerment**: Rekrutierung, Schulung und Unterstützung vertrauensschaffender Multiplikator*innen und kultureller Mediator*innen aus Geflüchteten- und Migrant*innen-Communities.
- **Aufsuchende Arbeit und Gruppenaktivitäten**: Schaffung sicherer, leicht zugänglicher Räume für Information, Austausch, frühzeitige Erkennung, individuelle Begleitung und Überweisung.
- **Kapazitätsaufbau für Fachkräfte**: Stärkung praktischer Kompetenzen von Personal und Institutionen.
- **Kommunikation**: Bereitstellung mehrsprachiger, diskriminierungsfreier, traumasensibler Informationen und Verbreitung von Lerninhalten.
- **Advocacy**: Nutzung praktischer Erfahrungen für politisches Engagement auf Grundlage gesicherter Erkenntnisse - auf lokaler, nationaler und EU-Ebene.

Praxislehren für die Übertragung in andere Kontexte

- Kulturelle Mediator*innen und Peer-Multiplikator*innen sind wichtige Vertrauenspersonen, insbesondere wenn vorhandene Angebote schwer erreichbar sind.
- Fachkräfte im Unterstützungssystem benötigen praktische Werkzeuge, klare Verweiswege und kontinuierliche Begleitung.
- Der Zugang zu Angeboten muss sichtbar, erreichbar und mehrsprachig sein. Angebote müssen gut vernetzt mit bestehenden Strukturen sein.
- Kommunikation sollte stärkend wirken, kultursensibel und traumabewusst sein sowie frei von Klischees und Stereotypen.
- Die Zusammenarbeit verschiedener Akteure verbindet direkte Unterstützung mit politischem Wandel und stärkt die langfristige Nachhaltigkeit.

Co-funded by
the European Union

1. Einleitung

1.1 Über reach.out plus

reach.out plus wurde von März 2025 bis Februar 2027 in Deutschland, Griechenland und den Niederlanden umgesetzt, um genderbasierte Gewalt unter Geflüchteten und Asylsuchenden zu adressieren. Das Modell reagiert gleichzeitig auf individuelle Barrieren bei der Hilfesuche, Lücken auf der Versorgungsebene bezüglich der Identifizierung und Versorgung Betroffener sowie auf strukturelle Barrieren, die politischen und institutionellen Wandel erfordern.

Zielgruppen

- Frauen, Jugendliche, Kinder, unbegleitete Minderjährige und LGBTIQ*-Personen in Geflüchteten-Communities
- Fachkräfte, einschließlich medizinischen Personals, Sozialarbeiter*innen, Dolmetscher*innen, Schutzpersonal und Sicherheitskräften
- Staatliche Behörden und Entscheidungsträger*innen auf regionaler, nationaler und EU-Ebene

Konsortiumspartner*innen

Partner*in	Rolle
Médecins du Monde / Ärzte der Welt Deutschland (MdM DE)	Projektkoordination
Médecins du Monde / Ärzte der Welt Griechenland (MdM GR)	Projektpartner
Médecins du Monde / Ärzte der Welt Niederlande (MdM NL)	Projektpartner
CARE Deutschland	Projektpartner
CARE International	Assoziierter Partner; Advocacy-Expertise

1.2 Zweck des Handbuchs

Dieses Handbuch stellt das reach.out plus-Modell als übertragbaren Rahmen vor. Es richtet sich an Organisationen und Institutionen, die ähnliche Interventionen in anderen Kontexten umsetzen möchten. Das Handbuch fasst Erfahrungen, Methoden und Erkenntnisse aus der Praxis aller beteiligten Länder zusammen.

Co-funded by the European Union

Es ist kein starres Regelwerk. Es nennt Leitprinzipien, Mindestanforderungen und Kernbestandteile. Gleichzeitig zeigt es, wie die Methoden an verschiedene Zielgruppen, Versorgungssysteme, institutionelle Gegebenheiten und nationale Kontexte angepasst werden können.

Ziel ist die Unterstützung von NGOs, zivilgesellschaftlichen Organisationen, Akteur*innen des öffentlichen Gesundheitswesens, Community-Organisationen und zuständigen Behörden. Unterstützt wird die Konzeption, Umsetzung und langfristige Verankerung von Prävention und Intervention bei geschlechtsbasierter Gewalt (GBV) in Geflüchteten- und Migrant*innen-Communities.

1.3 Verwendung des Handbuchs

Die unterschiedlichen Kapitel erklären die unterschiedliche Projektaktivitäten und zeigen auf, wie diese angepasst werden können. Die Anhänge liefern detaillierte operative Werkzeuge zur Umsetzung und sollten zusammen mit den relevanten Kapiteln verwendet werden.

- Anhang 1: Übersetzungen des Handbuchs (Deutsch, Griechisch, Niederländisch)
- Anhang 2: Leitlinien für die Schulung von Multiplikator*innen / Kulturellen Mediator*innen
- Anhang 3: Leitlinien für die Umsetzung von Workshops
- Anhang 4: Leitlinien für individuelle Beratung
- Anhang 5: Leitlinien für die Schulung von Fachkräften
- Anhang 6: Beispiele für die Länderumsetzung

Co-funded by
the European Union

2. Ziele und Leitprinzipien

Das reach.out plus-Modell operiert auf drei miteinander verbundenen Ebenen: Individuelles Empowerment, Verbesserung der Versorgungsangebote und strukturelle Verbesserungen.

2.1 Ziele

Ebene	Angestrebte Veränderung
Individuell	Steigerung von Empowerment und Selbstbestimmung; Verbesserung der Gesundheitskompetenz und des Rechtswissens; Reduzierung von Barrieren bei medizinischer, psychosozialer, rechtlicher und sozialer Unterstützung.
Versorgungsangebote	Verbesserung der Identifizierung von GBV und Schutzbedürfnissen; Stärkung von Verweiswegen; Verbesserung der Qualität der Versorgung durch geschulte Fachkräfte, Multiplikator*innen und kulturelle Mediatoren.
Struktureller und systemischer Wandel	Steigerung des öffentlichen Bewusstseins für Versorgungsbarrieren, denen Zielgruppen gegenüberstehen; Stärkung von Netzwerken und Kooperation; Dokumentation und Transfer guter Praktiken für zukünftige Umsetzung.

2.2 Leitprinzipien

Prinzip	Anwendung in der Praxis
Rechtebasiert	Überlebende werden als Rechteinhaber*innen anerkannt. Sie erhalten verständliche Informationen über Rechte und Ansprüche und werden unterstützt, informierte Entscheidungen zu treffen und ihre Rechte einzufordern.

Co-funded by the European Union

Gendersensibel	Es wird anerkannt, dass ungleiche Machtverhältnisse und Geschlecht stark beeinflussen, wie verwundbar Menschen sind, welche Erfahrungen sie machen und wie sie Hilfe und Unterstützung erreichen. Frauen, Mädchen und LGBTIQ+-Personen stehen dabei vor besonderen Barrieren, die gesehen und ernst genommen werden müssen.
Traumasensibel	Sicherheit, Vertrauen, Transparenz, Vorhersehbarkeit, Einverständnis und Wahlfreiheit werden priorisiert. Re-Traumatisierungen in Workshops, Beratung, Kommunikation und Überweisung sollen vermieden werden.
Teilnehmer*innen-orientiert	Bedarfe, Präferenzen und Ressourcen der Teilnehmer*innen bestimmen die Intervention. Die Unterstützung wird an die individuellen Situationen angepasst.
Kulturell responsiv	Materialien, Sprache, Kommunikation und Methoden werden an die diversen Hintergründe der Zielgruppen angepasst. Community-Multiplikator*innen und kulturelle Mediator*innen werden in die Konzeption und Umsetzung der Aktivitäten einbezogen.
Vertraulichkeit und Schutz	Informationen werden vertraulich behandelt und nur mit informiertem Einverständnis und zwar ausschließlich mit Personen, die diese für ihre Aufgabe zwingend benötigen. Teilnehmer*innen, Multiplikator*innen und Mitarbeiter*innen werden vor negativen Auswirkungen der Interventionen, Ausbeutung und Vergeltung geschützt.

Co-funded by
the European Union

3. Der reach.out plus-Replikationsrahmen

Dieses Manual zeigt das Projekt reach.out plus integriertes Modell: Die Projektkomponenten beeinflussen sich gegenseitig und sind keine starre Chronologie: Aktivitäten können parallel durchgeführt werden; Schwerpunkte können an den jeweiligen Kontext angepasst werden. Die zugrundeliegende Logik ist, dass Vertrauen der Zielgruppen deren Engagement ermöglicht, barrierefreie Aktivitäten Wege zur Unterstützung schaffen, geschulte Fachkräfte ausschlaggebend für die Qualität der Intervention sind, niedrigschwellige Kommunikation den Zugang zu Zielgruppen erweitert und evidenzbasierte Advocacy-Arbeit einen langfristigen Wandel ermöglicht.

Komponente	**Replikationsfunktion**
LEITPRINZIPIEN	Sämtliche Gestaltungs- und Umsetzungsentscheidungen orientieren sich an den Leitprinzipen.
COMMUNITY-EMPOWERMENT	Aufbau vertrauenswürdiger Zugänge zur Zielgruppe durch geschulte und unterstützte Multiplikator*innen.
OUTREACH & GRUPPENAKTIVITÄTEN	Schaffung niedrigschwelliger Räume für Information, Diskussion, Früherkennung und Anbindung an Versorgungsstrukturen.
KAPAZITÄTSAUFBAU	Sicherstellen, dass Fachkräfte und Institutionen bedarfsgerecht und kompetent reagieren können.
KOMMUNIKATION	Erweiterung des Zugangs zu Informationen und Verbreitung von Lerninhalten durch kulturell responsive Formate.
ADVOCACY	Evidenzbasierte Advocacy-Arbeit ermöglicht strukturellen Wandel.
LANGFRISTIGE WIRKUNG	Stärkung der eigenen Handlungsfähigkeit der Zielgruppen; Verbesserung der Versorgungsstrukturen und Netzwerke, Praktiken und Politiken.

Bei der Anpassung des Ansatzes gilt es zu bewerten, welche Komponenten im jeweiligen Kontext bereits existieren, welche gestärkt werden müssen und welche Anpassungen aufgrund der Zielgruppen, der vorhandenen Versorgungsangebote sowie der rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen erforderlich sind.

Co-funded by
the European Union

4. Community-Empowerment

4.1 Zweck und Ansatz

Community-Empowerment ist das Fundament des reach.out plus-Modells. Vertrauenswürdige Community-Mitglieder werden rekrutiert, geschult und eng begleitet, um als niedrigschwellige Ansprechpartner*innen Überlebende und gefährdete Personen zu unterstützen. Multiplikator*innen und kulturelle Mediatoren sprechen die gleiche Sprache und haben ähnliche kulturelle Hintergründe und Fluchterfahrungen. Ihre Glaubwürdigkeit kann Barrieren im Zugang abbauen und Menschen, die durch bestehende Angebote nicht erreicht werden, mit passenden Unterstützungsmaßnahmen vernetzen.

4.2 Rekrutierung von Community-Multiplikator*innen

Bei der Rekrutierung werden Motivation, Engagement, soziale Kompetenzen, Kommunikationsfähigkeiten sowie fachliches Wissen und Erfahrungen berücksichtigt. Die Auswahlkriterien sind von Beginn an transparent festgelegt und an der Zielgruppenvielfalt des Projekts ausgerichtet.

Dimension	Deutschland	Griechenland	Niederlande
Rekrutierungskanäle	Offener Aufruf über Partnerorganisationen, Plattformen und Netzwerke	Bestehende Freiwilligen- und Mitarbeiter*innen-Pools sowie humanitäre Koordinierungsnetzwerke	Freiwilligenrekrutierung gefolgt von gestaffelten Interviews
Auswahlschwerpunkte	Motivation, Zuverlässigkeit, Englischkenntnisse, Diversität, Community-Verbindung	Interesse und Erfahrung in GBV/Menschenrechten; Community- und professionelle Repräsentation	Repräsentative, LGBTIQ+-freundliche Gruppe; Kapazität und Unterstützungssystem zur Arbeit mit SGBV
Auswahlprozess	Motivationsschreiben, Lebenslauf, Interview, Ehrenamtsvereinbarung	Persönliches Interview mit Projekt- und HR-Personal	Kurzes digitales Interview gefolgt von persönlichem Interview und Reflexionsphase

Co-funded by the European Union

4.3 Schulung von Multiplikator*innen

Grundlagenschulungen sollten eine gemeinsame Basis etablieren und gleichzeitig Fachinhalte ermöglichen, die den nationalen Kontext, die Zielgruppen und die Versorgungsstrukturen berücksichtigen. Schulungen sollten Wissen mit Moderationspraxis, Überweisungsnavigation, Selbstfürsorge und Grenzsetzung verbinden.

Kernbereich	**Beispiele aus reach.out plus**
GBV, Gender, Macht und Rechte	Formen von GBV; mögliche Indikatoren von Betroffenen; lokale Unterstützungsangebote; Machtdynamiken; Menschenrechte
Gesundheits- und psychosoziales Wissen	Psychische Gesundheit; Psychoedukation; Traumawissen; Sexuelle Gesundheit; Selbstfürsorge; psychologische Erste Hilfe
Asyl- und Gesundheitssystem	Asylverfahren; medizinische Ansprüche während des Asylverfahrens; lokale Überweisungsoptionen
Beratungskompetenzen	Aktives Zuhören; Niedrigschwellige Beratung; Rollenspiel; Diskussionstechniken; Gesprächsmoderation
Sichere Umsetzung	Wissen über Trigger; Professionelle Distanz; Persönliche Grenzen; Supervision; Schutzmaßnahmen

In Deutschland wurde ein strukturiertes Schulungsmodell mit acht halbtägigen Einheiten eingesetzt. Die Inhalte umfassten das Asyl- und Gesundheitssystem, psychische Gesundheit, sexuelle Gesundheit, GBV-Prävention sowie die Rechte von GBV-Überlebenden. In Griechenland wurde eine Schulungsanleitung für Multiplikator*innen und ein begleitendes Praxiskit für Sitzungen entwickelt. In den Niederlanden wurde eine GBV-Grundlagenschulung mit bedarfsgerechten Spezialisierungen kombiniert. Detaillierte Curricula und Werkzeuge sind in Anhang 2 dokumentiert.

4.4 Umsetzung und fortlaufende Unterstützung

Kontinuität, Supervision und klar definierte Unterstützungsstrukturen sind erforderlich, um die Motivation der Multiplikator*innen aufrechtzuerhalten, die Qualität ihrer

Co-funded by
the European Union

Angebote zu sichern und Ehrenamtliche vor übermäßiger emotionaler und praktischer Belastung zu schützen.

• **Transparente und klare Ansprechperson.** Jede*r Multiplikator*in benötigt eine feste Ansprechperson für dringende Fragen, Fallberatungen und die Klärung von Rollengrenzen.

• **Regelmäßige Gruppenreflektion oder Supervision.** Peer-Austausch und begleitete Supervision dienen der Reflektion von Herausforderungen, der Wahrung professioneller Distanz, dem Wohlbefinden und dem kontinuierlichen Lernen.

• **Individuelle Unterstützung.** Periodische Einzelgespräche sind zur Besprechung von Erfolgen, Schwierigkeiten, Schulungsbedarfen und Verfügbarkeit vorzusehen.

• **Kontinuität von der Schulung bis zur Anwendung in der Praxis.** Soweit möglich, sollten dieselben Personen gemeinsam an Schulung, aufsuchenden Angeboten und Wissensaustausch teilnehmen. Dadurch wächst das gegenseitige Vertrauen und die gegenseitige Unterstützung im Team.

4.5 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext

- **Rekrutierung nach Eignung und Repräsentation**: Verbindung zur Community, Motivation, Zuverlässigkeit, Sensibilität und Diversität als Auswahlkriterien kombinieren.
- **Gegenseitige Erwartungen frühzeitig klären**: Teilnahme, Dokumentation, Verfügbarkeit, Vertraulichkeit, Supervision und persönliche Grenzen vor Beginn der Arbeit der Multiplikator*innen klären.
- **Fluktuation einplanen**: Einführungs- und komprimierte Aufholschulungen einplanen, damit neue Mitglieder beitreten können, ohne die Qualität zu schwächen.
- **Auswahl kulturell anpassen**: Fragen zu Gender, Sexualität und gelebten Erfahrungen erfordern kultursensible und traumainformierte Ansätze.
- **Budget für fortlaufende Unterstützung einplanen**: Supervision, Fallberatung, Gruppenreflektion und Auffrischungsschulungen sind Kernimplementierungskosten.

Co-funded by
the European Union

5. Outreach und Gruppenaktivitäten

5.1 Zweck

Diese Projektkomponente schafft mehrfache Wege, Zielgruppen zu informieren, unterstützen und an bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen anzubinden. Das Modell unterscheidet drei verbundene Arbeitsstränge: partizipative Gruppenaktivitäten, individuelle Unterstützung durch qualifiziertes Personal und Spezialist*innen, sowie Community-Outreach durch Multiplikator*innen und kulturelle Mediatoren.

5.2 Gruppenaktivitäten

Gruppenaktivitäten wie aufsuchende Workshops schärfen das Bewusstsein, bauen Gesundheitskompetenz auf, schaffen sichere Diskussionsräume und helfen Teilnehmer*innen, Handlungsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote kennenzulernen. In allen Ländern folgten effektive Workshops einer ähnlichen Logik und passten Inhalt und Moderationsmethoden an den Kontext an. Detaillierte Anleitungen zur Workshop-Implementierung befinden sich in Anhang 3.

Beispielhafter Workshop-Pfad

1. Sicherheit etablieren: Ziele und Grundprinzipien der Workshops vorstellen: Respekt, Vertraulichkeit, freiwillige Teilnahme und das Recht, nichts preiszugeben.
2. Gemeinsames Verständnis aufbauen: Barrierefreie Informationen zu GBV, Rechten, Gesundheit, Sicherheit und verfügbaren Unterstützungsmaßnahmen nutzen.
3. Themen partizipativ und gemeinsam erkunden: Bildkarten, Modellszenarien und Fallbeispiele, Rollenspiel, Diskussion oder andere niedrigschwellige Methoden verwenden.
4. Handlungskompetenzen stärken und üben: Bedeutung von Consent, persönlicher Grenzziehung und Recht auf Respekt als Grundlage jeder Reaktion verdeutlichen.
5. Mit Informationen über individuelle Unterstützungsmöglichkeiten abschließen.

Land	Besondere Anpassung
Deutschland	Partizipative, muttersprachliche und geschlechtshomogen Workshop-Reihen in Aufnahmeeinrichtungen; progressive Sitzungen kombinierten Information mit Selbstfürsorge und Bewältigungsstrategien.

Co-funded by the European Union

Griechenland	Durch Multiplikator*innen begleitete Sitzungen in Unterkünften, Aufnahmeeinrichtungen und MdM-Einrichtungen; praktische Szenarien verstärkten Einverständnis, sichere Offenbarungsreaktionen, Grenzen und Überweisung.
Niederlande	Kulturelle Mediator*innen und Ehrenamtliche aus dem Gesundheitswesen nutzten Gruppendynamik, sozial-ökologisches Denken, sokratisches Fragen und Diskussion zu Tabuthemen.

5.3 Individuelle Unterstützung

Individuelle Unterstützung ergänzt Workshops und Outreach durch Bedarfserhebung, Anbindung an Versorgungsstrukturen, Begleitung und Nachsorge. Sie sollte durch qualifizierte Fachkräfte innerhalb ihrer Kompetenz geleistet werden. Die Unterstützung kann medizinische, psychosoziale, rechtliche, Wohnungs- oder Schutzbedarfe umfassen. In manchen Fällen sind mehrere Kontakte erforderlich, bevor eine Person Symptome wie Stress, Alpträume oder körperliche Beschwerden mit Gewalt in Verbindung bringt oder bereit ist, über spezialisierte Versorgung zu sprechen. Detaillierte Beratungsleitlinien sind in Anhang 4 zu finden.

5.4 Outreach-Aktivitäten

Outreach bringt Unterstützung in Settings, in denen Menschen bereits leben oder sich aufhalten, einschließlich Aufnahmeeinrichtungen, Unterkünfte, Wohnheime, Community-Organisationen sowie Standorte der Gesundheitsversorgung. Multiplikator*innen bieten hier Informationen, grundlegende Bedarfseinschätzungen, Überweisung, Begleitung, Dolmetschen und Community-Workshops innerhalb klar definierter Rollengrenzen an.

Co-funded by
the European Union

5.5 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext

- **Rollenklärung**: Gruppenaktivitäten können je nach Komplexität von Multiplikator*innen oder Projektmitarbeiter*innen geleitet werden; individuelle medizinische, psychologische, sozialpädagogische oder rechtliche Unterstützung verbleibt bei qualifizierten Fachkräften.
- **Partizipative und strukturierte Formate nutzen**: Mit vertrauensaufbauenden Maßnahmen und Verhaltensregeln beginnen, niedrigschwellige Methoden verwenden und immer mit Unterstützungs- und Handlungsoptionen abschließen.
- **Gruppenaktivitäten mit individueller Unterstützung**: Aufklärung muss mit dem Aufzeigen klarer Handlungsoptionen einhergehen.
- **Grenzen der Multiplikator*innen schützen**: Feste Verfügbarkeit, klare Grenzen, Supervision und Anleitung zur Nutzung dienstlicher Geräte etablieren.
- **Zeit für Vertrauen schaffen**: Offenlegung persönlicher Gewalterfahrungen nicht erzwingen; allgemeine Gesundheits-, Wohlbefindens- und praxisnahe Themen wie Asylverfahren können notwendige, vertrauensschaffende Zugangswege sein.
- **Kontinuität priorisieren**. Eine kontinuierliche Ansprechpartner*in kann Menschen helfen, Vertrauen schrittweise aufzubauen.

Grundlegende Fragen für die konzeptionelle Anpassung

• Wo treffen sich Zielgruppen bereits, welche Settings sind für die Zielgruppen sicher und zugänglich?
• Welche Aktivitäten können Multiplikator*innen eigenständig leiten, und welche erfordern Fachpersonal?
• Wie gelangen Teilnehmer*innen von einer Gruppenaktivität oder einem Outreach-Kontakt in vertrauliche individuelle Unterstützung?
• Welche Regeln und Grenzen schützen sowohl Teilnehmer*innen als auch Multiplikator*innen?

Co-funded by
the European Union

6. Kapazitätsaufbau für Fachkräfte

6.1 Zweck

Professioneller Kapazitätsaufbau stärkt die Fähigkeit von Fachpersonal und ersten Ansprechpartner*innen, Überlebende von GBV zu identifizieren und kompetent auf identifizierte Bedarfe zu reagieren. Neben der Sensibilisierung sollten Schulungen praktische Fähigkeiten, Wissen über lokale Versorgungsstrukturen und interdisziplinäre Kooperation verbessern.

6.2 Schulungszyklus

Schritt	Was zu tun ist
1. Bedarfsanalyse	Sekundärforschung, Feldinterviews, Erstellung einer Angebotsübersicht oder Konsultation mit Fachkräften nutzen, um reale Wissens-, Praxis- und Überweisungslücken zu identifizieren.
2. Zielgruppen definieren	Personal mit direktem Kontakt zu Betroffenen und Personal mit Entscheidungskompetenzen (z.B. bzgl. Unterbringung, Schutz) einbeziehen.
3. Interdisziplinäre Inhalte gestalten	Medizinische, psychologische, psychosoziale, rechtliche und Community-Perspektiven angemessen zusammenbringen.
4. Expertise und gelebte Erfahrung kombinieren	Fachliche Expert*innen und Menschen mit eigenen Fluchterfahrungen einsetzen, um Theorie mit den Realitäten der Zielgruppen zu verbinden.
5. Anwendung üben	Praktische Übungen zu Themen wie traumasensible Kommunikation, Risikoerkennung, kulturelle Dimensionen, Fallszenarien und Überweisungsnavigation anwenden.
6. Kenntnisse über Versorgungsstrukturen vermitteln	Sicherstellen, dass Teilnehmer*innen lokal relevante Überweisungswege und Versorgungsstrukturen kennen.

Co-funded by
the European Union

7. Nachbereitung	Auffrischungsschulungen, aktualisierte Materialien und regelmäßigen Austausch anbieten.

6.3 Anpassung über Ländergrenzen hinweg

Land	**Ansatz**
Deutschland	Schulungen für Mitarbeitende der Bezirksregierung (zuständig für Unterbringung von Asylsuchenden) kombinierten Projekterfahrungen mit Inputs durch Fachexpertinnen und Multiplikator*innen. Teilnehmende wurden zur Reflektion ihrer eigenen Arbeitspraxis angeregt. Teilnehmende erhielten umfassende Guidelines zur Identifizierung und Versorgung von GBV-Betroffenen.
Griechenland	Eine Bedarfsanalyse kombinierte zunächst Sekundärforschung und qualitative Feldforschung. Interdisziplinäre Schulungen legten Fokus auf nicht-sichtbare Gewaltformen, traumasensible Kommunikation, Risikoeinschätzung, kulturelle Dimensionen und Überweisungsnetzwerke.
Niederlande	Digitale Kartierung von GBV-Diensten identifizierte Lücken in der Versorgungslandschaft, Kooperationsmöglichkeiten und Schulungsbedarfe; kulturell sensible externe Expertise unterstützte gezielte Schulungen.

Co-funded by
the European Union

6.4 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext

- **Bedarfsanalyse vor der Schulung**: Curricula sind an konkreten Praxisdefiziten auszurichten.
- **Rollen- und disziplinenübergreifende Schulung**: Bei Fällen von GBV sind medizinische, psychologische, psychosoziale, rechtliche und administrative Kenntnisse erforderlich.
- **Ausgewogener Einsatz von Fachwissen und Erfahrungswissen**: Expertise aus Erfahrung verleiht theoretischen Inhalten einen menschlichen Bezug und macht Barrieren sichtbar, die formale Leitlinien möglicherweise übersehen.
- **Fokus auf praktische Anwendung**: Praktische Kommunikation, Erkennung, Risikoeinschätzung, Überweisung und Koordination sind vorrangig zu behandeln.
- **Aufbereitung bestehender sowie Erstellung neuer Materialien:** Bestehende Ressourcen sind vor der Produktion neuer Materialien zu sichten; nationale Leitlinien sind mit lokalen Angebotsinformationen zu verknüpfen.

Grundlegende Fragen für die konzeptionelle Anpassung

• Welche Berufsgruppen haben direkten Einfluss auf die Sicherheit von Überlebenden, den Zugang zu Versorgungsstrukturen und ihre Unterbringung?
• Welche Praxislücken sind im aktuellen System sichtbar, und wie werden sie vor der Konzeptentwicklung analysiert?
• Welche Disziplinen und Expert*innen sollten in der Schulung vertreten sein?
• Wie können kontinuierliches Lernen und Wiederholung nach der Erstschulung gewährleistet werden?

Co-funded by
the European Union

7. Kommunikationsaktivitäten

7.1 Zweck und Strategie

Kommunikation ist eine eigenständige Intervention. Sie eröffnet betroffenen Personen Zugang zu Informationen über ihre Rechte sowie zu Versorgungs- und Unterstützungsangeboten. Sie schärft das Bewusstsein von Fachkräften und der Öffentlichkeit für geschlechtsbasierte Gewalt in Geflüchteten-Communities, macht Projekterkenntnisse verfügbar und trägt dazu bei, Versorgungslücken bei Entscheidungsträger*innen sichtbar zu machen. Kommunikation in diesem Kontext sollte diskriminierungsfrei, kulturell sensibel, traumasensibel und reaktionsfähig sein.

7.2 Zielgruppen- und Kanalmatrix

Zielgruppe	Primärbedürfnis	Geeignete Formate
Überlebende / gefährdete Personen	Praktische Informationen und Unterstützung bzgl. Rechte, Versorgung und Sicherheit	Mehrsprachige Videos, visuelle Materialien, Messaging und Social Media-Kanäle, Plakate, Flyer
Frauen, Jugendliche, Kinder, LGBTIQ+-Gruppen	Gezielte Informationen, die spezifische Barrieren adressieren, ohne Stigma oder Exposition zu erhöhen	Zugeschnittene visuelle oder gesprochene Inhalte, sichere Community-Verteilung
Fachkräfte mit Direktkontakt zu GBV-Überlebenden	Praxisorientierte Werkzeuge, Schulungsressourcen und Überweisungsinformationen	Webressourcen, Präsentationen, Schulungsmaterialien, professionelle Netzwerke
Behörden / Entscheidungsträger*innen	Evidenzen zu Implementierungslücken und umsetzbaren Lösungen	Briefings, Präsentationen, Politikmaterialien, Austausch- und Vernetzungstreffen
Allgemeine Öffentlichkeit	Sensibilisierung und einfühlsame Haltung - ohne Dramatisierung traumatischer Erfahrungen	Menschenzentriertes Storytelling, öffentliche Veranstaltungen, Social Media

Co-funded by the European Union

7.3 Kernkommunikationswege

reach.out plus nutzte eine Mischung aus digitalen und analogen Kanälen: dedizierte Website-Unterseiten, mehrsprachige Videos, Social Media, gedruckte Plakate und Flyer, WhatsApp-Informationskanäle, öffentliche Veranstaltungen und zielgruppenspezifische Präsentationen. QR-Codes und kurze visuelle Formate unterstützten niedrigschwelligen Zugang über Sprachbarrieren hinweg.

Land	Besonderer Schwerpunkt
Deutschland	Animierte audiovisuelle Inhalte, QR-Code-Plakate, direkte Verbreitung und bewusste Vermeidung stereotyper Darstellung.
Griechenland	Kontinuierliche Multi-Plattform-Kommunikation, die sich von Aktivitätsberichterstattung hin zu thematischem Bewusstsein und menschenzentriertem Storytelling entwickelte.
Niederlande	Gemeinsame Projektinhalte und -botschaften wurden lokal angepasst, einschließlich Timing und Rahmung um lokal relevante Momente wie internationale Aktionstage.

7.4 Grundlegende Faktoren für die konzeptionelle Anpassung

- **Kommunikation von Anfang an planen:** Zielgruppen, Botschaften, Kanäle, Verantwortlichkeiten und einen Kommunikationskalender im Rahmen der Projektgestaltung definieren.
- **Mehrsprachige, niedrigschwellige Formate priorisieren:** Videos, visuelle Materialien, gesprochene Inhalte und klares Design können Menschen erreichen, die durch textlastige Kommunikation ausgeschlossen werden.
- **Digitale und analoge Kanäle kombinieren:** Internetinhalte und Social Media sollten durch analoge Materialien ergänzt werden, die dort platziert werden, wo Zielgruppen bereits Dienste in Anspruch nehmen.
- **Würde schützen und Feedback überwachen**: Sprache und Bildsprache auf Stereotypisierung oder Stigma prüfen, Vertreter*innen der Zielgruppen einbeziehen und Feedback nutzen, um Inhalte zu verbessern.

Co-funded by
the European Union

Grundlegende Fragen

• Welche Zielgruppen benötigen welche Botschaften, Sprachen, Formate oder Detaillierungsgrade?
• Welche digitalen und physischen Kanälen werden bereits vertraut und routinemäßig von den Zielgruppen genutzt?
• Wer überprüft Sprache und Bildsprache auf Stigma, Stereotypisierung, Vertraulichkeit und kulturelle Relevanz?

Co-funded by
the European Union

8. Advocacy

8.1 Zweck

Advocacy bildet eine zentrale Säule des reach.out Plus-Modells. Sie übersetzt Erkenntnisse aus der direkten Projektarbeit - darunter Einzelberatungen, Workshops, Schulungen und das Engagement von Multiplikator*innen - in glaubwürdige Empfehlungen für politische und strukturelle Veränderungen. Ziel ist es, identifizierte Barrieren und Versorgungslücken nachhaltig zu beseitigen und bewährte Praktiken zu verankern.

8.2 Advocacy auf mehreren Ebenen

Ebene	**Typische Aktion**
Lokal	Unterbringungsanbieter, Dienstleister, kommunale Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen und lokale Behörden zu identifizierten Lücken und Bedarfen sowie Lösungsansätze sensibilisieren.
Regional	Strukturelle Lücken und Handlungsbedarfe bei Behörden thematisieren, die für Schutzstandards, Unterbringungssysteme oder die Koordination von Versorgungsstrukturen zuständig sind.
National	Mit Ministerien, Parlamentarier*innen, nationalen Arbeitsgruppen und zivilgesellschaftlichen Koalitionen zusammenarbeiten, um Gesetze, Finanzierung und systemweiten Zugang zu Versorgung zu adressieren.
EU	Praxiserkenntnisse in politische Empfehlungen überführen und gezielt mit Institutionen, Agenturen, Netzwerken sowie parlamentarischen Akteur*innen zusammenarbeiten.

Co-funded by
the European Union

8.3 Kreislauf aus Praxiswissen und politischer Einflussnahme

CARE International leitete die Advocacy auf EU-Ebene und verknüpfte sie eng mit der operativen Projektarbeit. Der Ansatz lässt sich in fünf aufeinander aufbauenden Schritten übertragen:

- **Rahmenbedingungen prüfen:** Rechtliche Grundlagen und Vorgaben analysieren sowie Implementierungslücken in den Projektregionen ermitteln.
- **Wissensgrundlage schaffen:** Erkenntnisse aus der Projektarbeit mit Fachliteratur und Erfahrungen zivilgesellschaftlicher Partner*innen zusammenführen.
- **Stakeholder ermitteln:** Institutionen, Netzwerke, Ausschüsse und Schlüsselpersonen mit Entscheidungsbefugnis oder Einfluss gezielt identifizieren.
- **Einflussmöglichkeiten erkennen:** Politische Prozesse und Entscheidungspunkte frühzeitig im Blick behalten und gleichzeitig flexibel auf sich bietende Chancen reagieren.
- **Strategisch adressieren:** Evidenz und Empfehlungen gezielt an diejenigen Akteur*innen richten, die handlungsfähig sind - statt breit und undifferenziert zu streuen.

8.5 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext

- **Advocacy von Projektbeginn an verankern:** Klären, wie Erkenntnisse aus der direkten Projektarbeit systematisch für politisches Engagement gesammelt und dokumentiert werden.
- **Verantwortliche identifizieren:** Hebel für Veränderung sitzen auf unterschiedlichen Verwaltungsebenen - Empfehlungen sollten sich an die jeweiligen Zuständigkeiten richten.
- **Bündnisse und Beziehungen aufbauen:** Zusammenarbeit mit Arbeitsgruppen, Koalitionen, Ministerien, Agenturen und Fachnetzwerken schafft glaubwürdigere und nachhaltigere Einflusswege.
- **Perspektiven von Betroffenen sicher einbringe:** Wo möglich und mit Einwilligung können persönliche Erfahrungen Zahlen ein Gesicht geben - ohne Vertraulichkeit oder Sicherheit zu gefährden.

Co-funded by
the European Union

- **Advocacy als gemeinsame Teamaufgabe etablieren:** Allen Partner*innen Werkzeuge und Begrifflichkeiten an die Hand geben, um Praxiserkenntnisse mit politischem Handeln zu verbinden.

Grundlegende Fragen für die Umsetzung

- **Wer ist zuständig?** Welche Entscheidungsträger*innen können die Barrieren beeinflussen, die in der direkten Projektarbeit sichtbar geworden sind?
- **Was lässt sich sicher festhalten?** Welche Erkenntnisse können im Regelbetrieb dokumentiert werden, ohne die Vertraulichkeit oder Sicherheit von Betroffenen zu gefährden?
- **Wer verstärkt die Stimme?** Welche bestehenden Bündnisse, Arbeitsgruppen oder institutionellen Kontakte können diese Erkenntnisse wirksamer machen?
- **Wer übersetzt und begleitet?** Wer im Team ist dafür zuständig, Praxiserkenntnisse in politische Forderungen zu überführen und deren Umsetzung nachzuverfolgen?

Co-funded by
the European Union

9. Lernen, Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit

9.1 Gemeinsame Erfolgsfaktoren und Herausforderungen

Was das Modell ermöglichte	Was aktives Management erforderte
Vertrauensbasierte, partizipative Methoden und sichere Räume	Kontextspezifität: Workshop- oder Outreach-Formate mussten an Zielgruppen und lokale Kontexte angepasst werden.
Community-Multiplikator*innen als Brücken, unterstützt durch Schulungen, enge Begleitung und Supervision	Kontinuierliches Engagement der Multiplikator*innen neben Arbeit, Familie und Community-Verpflichtungen
Verknüpfte Projektkomponenten: Community-Arbeit, Fachschulungen, Kommunikation und Advocacy verstärkten sich gegenseitig	Grenzsetzung, Schutzmaßnahmen, emotionale Anforderungen und professionelle Distanz
Länderübergreifender Austausch und Konsortiumsdialog	Vertrauensaufbau braucht Zeit
Niedrigschwellige, praktische Formate wie Visuals, Rollenspiel und mehrsprachige Inhalte	Notwendigkeit, Überweisungsstrukturen, Dienstbeziehungen und Schulungsinhalte aktuell zu halten

9.2 Länderübergreifendes Lernen

Transnationale Besuche bei den Projektpartner*innen und monatliche digitale Konsortiumstreffen boten strukturierte Gelegenheiten, Angebote vor Ort kennenzulernen, Fachkräfte und Behörden zu treffen sowie Überweisungspraktiken zu vergleichen. Im Mittelpunkt stand dabei stets die Frage, welche Ansätze sich in den eigenen Arbeitskontext übertragen lassen und wie die eigenen Angebote dadurch verbessert werden können. Die Besuche in Griechenland, Deutschland und den Niederlanden folgten einem gestuften Verlauf: zunächst ging es um das Verständnis der Gastorganisation und des lokalen Kontexts, anschließend um die Beobachtung der praktischen Projektumsetzung und den Austausch mit externen Akteurinnen. Daraus gewonnene Erkenntnisse wurden direkt auf die eigene Arbeit bezogen und auf Übertragbarkeit geprüft. Eine zentrale Lehre für

Co-funded by the European Union

alle Partner*innen war, dass Outreach als Teil eines umfassenden menschenrechtsbasierten Ansatzes verstanden werden sollte.

Der länderübergreifende Austausch förderte zudem praktische Innovationen, die die Partner*innen an ihre lokalen Gegebenheiten anpassten und in die eigene Arbeit integrierten. Dazu gehörten Bildkarten mit Kernbotschaften für GBV-Überlebende, der verstärkte Einsatz von Bildmaterial, Formate für Menschen mit geringer Lese- und Schreibfähigkeit, Maßnahmen zum Aufbau von Vertrauen zwischen Moderator*innen und Teilnehmenden sowie Erdungsübungen. Detaillierte Beispiele für diese Übertragungen finden sich in Anhang 6 und den zugehörigen operativen Anhängen.

9.3 Nachhaltigkeit

- **In Regelstrukturen überführen:** Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Schutzeinrichtungen identifizieren, die nach Projektende Überweisungswege, Schulungen, Supervision und Multiplikator*innen-Netzwerke dauerhaft aufnehmen können.
- **Partnerschaften langfristig sichern:** Zivilgesellschaft, Behörden, Untersützungsstrukturen und Community-Netzwerke brauchen weiterhin Zugang zu Ressourcen, verlässliche Überweisungswege, Vertrauen und Advocacy-Strukturen.
- **Finanzierung dauerhaft absichern:** Multiplikator*innen-Unterstützung, Fachschulung, Koordination und Supervision erfordern kontinuierliche Mittel. Ergebnisse und Ressourcenbedarfe dokumentieren, um Folgefinanzierungen oder die Einbindung in reguläre Haushalte zu ermöglichen.

9.4 Grundlagen für die Anpassung an den eigenen Kontext

Das Modell lässt sich auf verschiedene Settings übertragen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: ein menschenrechtsbasiertes Grundverständnis, ausreichend politischer und operativer Spielraum für zivilgesellschaftliches Handeln sowie Bereitschaft und Kapazität für langfristigen Vertrauensaufbau. Mögliche Einsatzorte sind Unterkünfte für Geflüchtete, städtische Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, mobile Outreach-Angebote und Beratungsstellen für Asylsuchende.

Co-funded by
the European Union

10. Checkliste zur Umsetzung

Die Checkliste ist vor Projektstart und zu festgelegten Überprüfungspunkten im Verlauf der Umsetzung anzuwenden. Dabei müssen nicht alle Aspekte von Beginn an vollständig ausgereift sein; wichtig ist jedoch, dass vorhandene Lücken frühzeitig erkannt, mit den nötigen Mitteln versehen und verantwortlichen Akteur*innen übertragen werden.

Bereich	**Kernfrage**
Community-Vertrauen	Wurden vertrauenswürdige Multiplikator*innen oder kulturelle Mediatoren aus den Ziel-Communities oder in enger Beziehung zu ihnen identifiziert?
Personelle Ressourcen	Gibt es dedizierte Kapazität für Projektkoordination, Multiplikator*innen-Supervision, Fachunterstützung, Administration und Schutzmaßnahmen?
Rollenklärung	Sind die Verantwortlichkeiten und Grenzen der Projektmitarbeitenden und Multiplikator*innen klar definiert, inkl. Vertraulichkeit, Verfügbarkeit, Überweisungspflichten, Unterstützung und etwaige Vergütung klar definiert?
Sicherer Zugang	Gibt es zugängliche und vertrauliche Räume oder Kanäle für Gruppenaktivitäten und individuelle Unterstützung?
Überweisungswege	Wurden medizinische, psychosoziale, rechtliche, Wohnungs- und Schutzdienste kartiert, kontaktiert und in klare Protokolle eingebunden?
Zielgruppen der Fachkräfteschulungen	Sind qualifizierte Fachkräfte für spezialisierte Unterstützung verfügbar, und wurden relevante vordergründige Fachkräfte zur Identifizierung und Überweisung geschult?
Schulungsinhalte	Wurden Curricula an lokale Bedarfe, Systeme, Sprachen und Community-Kontext angepasst, mit praktischen Fähigkeiten und Nachbereitung?
Kommunikation	Sind mehrsprachige, niedrigschwellige, traumainformierte, nicht-

Co-funded by the European Union

	stigmatisierende Materialien über digitale und analoge Kanäle verfügbar?
Partnerschaften	Sind Community-Netzwerke, Versorgungsstrukturen, zivilgesellschaftliche Organisationen und relevante Behörden früh genug eingebunden, um Zugang und Koordination zu unterstützen?
Advocacy	Gibt es einen Mechanismus, durch den Evidenzen dokumentiert und an die Entscheidungsträger*innen weitergeleitet werden können, die strukturelle Barrieren adressieren können?
Monitoring und Evaluation	Können Teilnehmer*innen-Feedback, Implementierungsherausforderungen, Ergebnisse, neu auftretende Bedarfe und strukturelle Änderungen erfasst und zur Anpassung von Aktivitäten genutzt werden?
Nachhaltigkeit	Gibt es einen Plan, Überweisung, Schulung, Supervision, Kommunikation und Partnerschaftsstrukturen über die anfängliche Finanzierungsphase hinaus zu verankern?

Zentrale Bedingungen für die Umsetzung

- **Verankertes Netzwerk von Multiplikator*innen und Kulturvermittler*innen**, das in den Zielgruppen verwurzelt ist.
- **Sichere und gut erreichbare Einstiegspunkte** für Gruppenangebote und Einzelunterstützung.
- **Überblick über Überweisungswege** zu medizinischen, psychosozialen, rechtlichen und Schutzeinrichtungen.
- **Fachlich qualifizierte Kapazitäten** für spezialisierte Beratung und Supervision.
- **Ausreichende Ressourcen im Projektteam** für Koordination, Schutzmaßnahmen, organisatorisches Lernen und Dokumentation.
- **Barrierearme Kommunikation** in den relevanten Sprachen und Formaten.

Co-funded by
the European Union

10.1 Vorgeschlagene Implementierungsabfolge

1. Lagebild erstellen. Zielgruppen, Barrieren, Überweisungsmöglichkeiten, politische Strukturen und bestehende Community-Netzwerke analysieren.

2. Partnerschaften und Schutzstrukturen aufbauen. Verantwortlichkeiten, Überweisungswege, Vertraulichkeit und Eskalationswege klären, bevor die direkte Arbeit mit den Communities beginnt.

3. Geeignete Multiplikator*innen gewinnen und qualifizieren. Klare Rollen, praktische Schulung, Supervision und Begleitstrukturen etablieren.

4. Gruppenangebote, Outreach und Einzelunterstützung gleichzeitig starten. Sicherstellen, dass Aufklärung von Beginn an mit fachkundiger Überweisung und Nachsorge verbunden ist.

5. Professionelles Handeln stärken. Fachkräfte und Entscheidungsträger*innen anhand erkannter Praxislücken schulen.

6. Kommunikation, Austausch und Advocacy aufbauen. Mehrsprachige Angebote, Rückmeldungen der Teilnehmenden und dokumentierte Praxiserkenntnisse nutzen, um die Umsetzung anzupassen und strukturelle Barrieren anzugehen.

7. Verankerung in Regelstrukturen frühzeitig planen. Partnerschaften pflegen, Überweisungssysteme aktualisieren und Folgefinanzierung sichern, bevor die Projektförderung ausläuft.

Co-funded by
the European Union

Fazit

Das reach.out Plus-Modell zeichnet sich nicht durch ein starres Maßnahmenpaket aus, sondern durch eine übertragbare Methodik. Kernelemente sind vertrauenswürdige Community-Akteur*innen, sichere partizipative Räume, kontextangepasste Moderation, praktische Informationen, funktionierende Überweisungswege, Stärkung der Kompetenzen relevanter Fachkräfte, Reaktion und kontinuierliche Reflexion - verbunden mit systemischer Advocacy. Die Erfahrungen in Deutschland, Griechenland und den Niederlanden zeigen, dass dieselben Grundprinzipien je nach Zielgruppe, lokalen Strukturen und politischem Rahmen auf unterschiedliche Weise umgesetzt werden können.

Fünf Prinzipien für die Übertragung und Umsetzung von reach.out plus

- **Vertrauen in der Community aufbauen.** In glaubwürdige Ansprechpartner*innen aus der Zielgruppe investieren und sie nachhaltig begleiten.
- **Direkte Arbeit mit politischem Wandel verbinden.** Dokumentation und internes Lernen so gestalten, dass Erkenntnisse aus der Projektarbeit die Advocacy-Arbeit stärken.
- **Methoden anpassen, Prinzipien bewahren.** Rechtebasierte, gendersensible, traumasensible, menschenzentrierte, kultursensible und schützende Standards beibehalten und gleichzeitig die Methoden dem Kontext anpassen.
- **Nachhaltigkeit von Beginn an planen.** Partnerschaften, Überweisungssysteme, Fachkapazitäten und die Unterstützung von Multiplikator*innen nach Möglichkeit in bestehende Strukturen verankern.
- **Kommunikation als eigenständige Intervention verstehen.** Barrierefreie Information, die Betroffene stärkt, reduziert Isolation, macht Hilfsangebote sichtbar und erweitert die Reichweite des Modells.

Co-funded by
the European Union

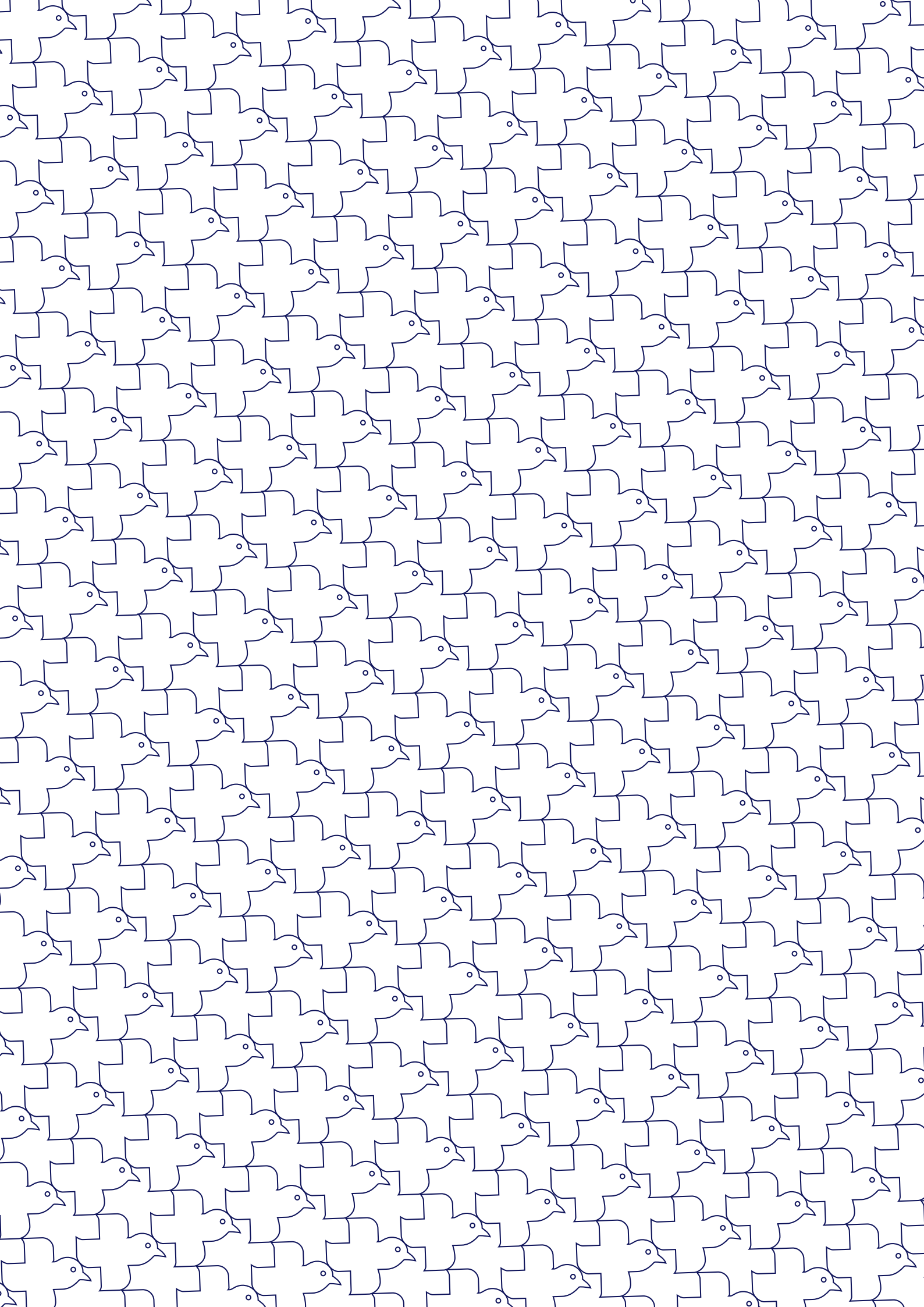
reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

ΨΗΦΙΑΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ REACH.OUT PLUS

Ένας πρακτικός οδηγός για την προσαρμογή των κοινοτικών δράσεων πρόληψης και αντιμετώπισης της έμφυλης βίας σε περιβάλλοντα προσφύγων και μεταναστών

Co-funded by the European Union



Σύνοψη 4
1. Εισαγωγή 7
1.1 Σχετικά με το Reach.out Plus 7
1.2 Σκοπός του εγχειριδίου 8
1.3 Πώς να χρησιμοποιήσετε το εγχειρίδιο 8
2. Στόχοι και κατευθυντήριες αρχές 9
2.1 Στόχοι 9
2.2 Κατευθυντήριες αρχές 10
3. Το πλαίσιο αναπαραγωγής του reach.out Plus 11
4. Ενδυνάμωση της κοινότητας 12
4.1 Σκοπός και προσέγγιση 12
4.2 Διαδικασία επιλογής πολλαπλασιαστών (multipliers) 13
4.3 Εκπαίδευση των πολλαπλασιαστών 14
4.4 Εφαρμογή και συνεχής υποστήριξη 15
4.5 Βασικά στοιχεία αναπαραγωγής 15
5. Δράσεις προσέγγισης και ομαδικές δραστηριότητες 16
5.1 Σκοπός και μοντέλο υλοποίησης 16
5.2 Ομαδικές δραστηριότητες 16
5.3 Ατομική υποστήριξη 17
5.4 Δράσεις outreach 17
5.5 Βασικά στοιχεία αναπαραγωγής 18
6. Ανάπτυξη ικανοτήτων για επαγγελματίες 19
6.1 Σκοπός 19
6.2 Κύκλος εκπαίδευσης για αναπαραγωγή 19
6.3 Προσαρμογή σε διάφορες χώρες 20
6.4 Βασικά στοιχεία για την αναπαραγωγή 21
7. Δραστηριότητες επικοινωνίας 22
7.1 Σκοπός και στρατηγική 22
7.2 Πίνακας κοινού και καναλιών 23
7.3 Βασικά εργαλεία επικοινωνίας 23
7.4 Βασικά στοιχεία αναπαραγωγής 24
8. Συνηγορία (advocacy) 25
8.1 Σκοπός 25
8.2 Πολυεπίπεδη Συνηγορία 25
8.3 Κύκλος «από τα στοιχεία στην υπεράσπιση» 26
8.4 Ανάπτυξη κοινών ικανοτήτων προώθησης 26
8.5 Βασικά στοιχεία αναπαραγωγής 27
9. Μάθηση, μεταβιβασιμότητα και βιωσιμότητα 28
9.1 Κοινοί παράγοντες επιτυχίας και προκλήσεις 28
9.2 Διακρατική μάθηση 29
9.3 Βιωσιμότητα 29
9.4 Όροι μεταβιβασιμότητας 29
10. Checklist 30
10.1 Προτεινόμενη πορεία υλοποίησης 32
Συμπέρασμα 33

Σύνοψη

Το Reach.out Plus είναι μια διακρατική πρωτοβουλία υπό τον συντονισμό των Γιατρών του Κόσμου Γερμανίας και εταίρους τους Γιατρούς του Κόσμου Ελλάδας, Γιατρούς του Κόσμου Ολλανδίας, την CARE Γερμανίας και την CARE International. Το πρόγραμμα στοχεύει στην προστασία και υποστήριξη των επιζώντων έμφυλης βίας (GBV) και ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο, εντός των κοινοτήτων προσφύγων. Συνδυάζει κοινοτικές δράσεις προσέγγισης, ανάπτυξη επαγγελματικών ικανοτήτων, προσιτή επικοινωνία και υπεράσπιση βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων, με ιδιαίτερη έμφαση στις γυναίκες, τα παιδιά, τους νέους και τα άτομα της κοινότητας LGBTIQ+, τα οποία αντιμετωπίζουν πολλαπλούς κινδύνους κατά τη διάρκεια και μετά τη μετανάστευση.

Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο ενδέχεται να αντιμετωπίζουν φόβο αντιποίνων, στιγματισμό, γλωσσικά εμπόδια και δυσπιστία απέναντι στις αρχές όταν αναζητούν υποστήριξη, ενώ οι υπηρεσίες πρώτης γραμμής ενδέχεται να στερούνται των εξειδικευμένων γνώσεων και πόρων που απαιτούνται για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της έμφυλης βίας. Το μοντέλο «reach.out Plus» αντιμετωπίζει αυτά τα κενά συνδέοντας αξιόπιστα σημεία πρόσβασης στην κοινότητα με αρμόδιες υπηρεσίες και συστημικές αλλαγές.

Βασικοί στόχοι

Ενδυνάμωση των επιζώντων έμφυλης βίας και των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο.

Ενίσχυση της αυτονομίας, της γνώσης και της πρόσβασης στη στήριξη μέσω κοινοτικών δράσεων προσέγγισης, κατάρτισης και υπηρεσιών χαμηλού ορίου πρόσβασης.

Ενίσχυση των ικανοτήτων προσωπικού πρώτης γραμμής.

Ενίσχυση των επαγγελματιών με πρακτικά εργαλεία, γνώσεις και αποτελεσματικά δίκτυα και κανάλια παραπομπής.

Προώθηση της συστημικής αλλαγής.

Χρήση στοιχείων από το πεδίο για τη βελτίωση της εφαρμογής και της παρακολούθησης των πολιτικών που σχετίζονται με τη βία λόγω φύλου.

Προώθηση της συνεργασίας.

Σύνδεση της κοινωνίας των πολιτών, των κρατικών αρχών, των κοινοτικών φορέων και των θεσμικών οργάνων της ΕΕ με σκοπό την επέκταση των ορθών πρακτικών και τη βελτίωση της πολιτικής.

Αρχές του έργου

- **Ενδυνάμωση της κοινότητας**. Πρόσληψη, εκπαίδευση και υποστήριξη αξιόπιστων διαμεσολαβητών και πολιτιστικών μεσολαβητών από κοινότητες προσφύγων και μεταναστών.
- **Δράσεις outreach και ομαδικές δραστηριότητες**. Δημιουργία ασφαλών και προσβάσιμων χώρων για ενημέρωση, διάλογο, έγκαιρη αναγνώριση, ατομική υποστήριξη και παραπομπή.
- Ανάπτυξη ικανοτήτων για επαγγελματίες. Ενίσχυση των πρακτικών ικανοτήτων του προσωπικού πρώτης γραμμής και των θεσμικών φορέων.
- **Επικοινωνία**. Παροχή πολύγλωσσων, χωρίς διακρίσεις και ευαισθητοποιημένων ως προς τα τραύματα πληροφοριών και διάδοση των γνώσεων.
- **Υπεράσπιση**. Μετατροπή της εμπειρίας από το πεδίο σε εμπλοκή σε πολιτικές βασισμένες σε τεκμηριωμένα στοιχεία σε τοπικό, εθνικό και κοινοτικό επίπεδο.

Κύρια διδάγματα για αναπαραγωγή της προσέγγισης

- Οι πολιτισμικοί μεσολαβητές και άτομα μέσα από την κοινότητα που δρουν ως «πολλαπλασιαστές» (multipliers) γνώσης διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης όταν η πρόσβαση στις επίσημες υπηρεσίες είναι δύσκολη.
- Οι επαγγελματίες πρώτης γραμμής χρειάζονται πρακτικά εργαλεία, διαδρομές παραπομπής και συνεχή υποστήριξη, και όχι μόνο εκπαίδευση ευαισθητοποίησης.
- Η πρόσβαση χαμηλού ορίου πρέπει να είναι ορατή, προσιτή, πολυγλωσσική και συνδεδεμένη με αρμόδιες υπηρεσίες.
- Η επικοινωνία πρέπει να είναι ενδυναμωτική, να ανταποκρίνεται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και να είναι απαλλαγμένη από στερεότυπα, αντί να είναι απλώς ενημερωτική.
- Ο συντονισμός μεταξύ των διαφόρων ενδιαφερόμενων μερών συνδέει την άμεση υποστήριξη με την αλλαγή πολιτικής και ενισχύει τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα.

1. Εισαγωγή

1.1 Σχετικά με το Reach.out Plus

Το πρόγραμμα Reach.out Plus υλοποιήθηκε στη Γερμανία, την Ελλάδα και την Ολλανδία με σκοπό την αντιμετώπιση της έμφυλης βίας στις κοινότητες προσφύγων και αιτούντων άσυλο. Το μοντέλο ανταποκρίνεται ταυτόχρονα στα ατομικά εμπόδια στην πρόσβαση στη στήριξη, στα κενά σε επίπεδο υπηρεσιών όσον αφορά τον εντοπισμό και την παραπομπή, καθώς και στα διαρθρωτικά εμπόδια που απαιτούν αλλαγές σε επίπεδο πολιτικής και θεσμών.

ΟΜΑΔΕΣ-ΣΤΟΧΟΙ

- Γυναίκες, νέοι, παιδιά και ασυνόδευτοι ανήλικοι σε κοινότητες προσφύγων
- Άτομα της κοινότητας LGBTIQ+ στις κοινότητες προσφύγων
- Επαγγελματίες πρώτης γραμμής, συμπεριλαμβανομένου του ιατρικού προσωπικού, των κοινωνικών λειτουργών, των διερμηνέων, του προσωπικού προστασίας και του προσωπικού ασφαλείας
- Κρατικές αρχές και φορείς λήψης αποφάσεων σε περιφερειακό, εθνικό και κοινοτικό επίπεδο

ΣΧΗΜΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΤΑΙΡΟΣ	ΡΟΛΟΣ
Γιατροί του Κόσμου Γερμανία (MdM-DE)	Συντονιστής εταιρικού σχήματος
Γιατροί του Κόσμου Ελλάδα (MdM-GR)	Εταίρος του έργου
Γιατροί του Κόσμου Ολλανδία (MdM-NL)	Εταίρος του έργου
CARE Γερμανία	Εταίρος του έργου
CARE International	Συνεργαζόμενος εταίρος· εμπειρογνώμων σε θέματα υπεράσπισης

1.2 Σκοπός του εγχειριδίου

Το παρόν εγχειρίδιο αναλύει το μοντέλο «reach.out Plus» ως ένα πλαίσιο που μπορεί να αναπαραχθεί από οργανισμούς που επιδιώκουν να υλοποιήσουν παρόμοιες παρεμβάσεις. Συγκεντρώνει τις εμπειρίες, τις μεθοδολογίες και τα διδάγματα του έργου από τις τρεις χώρες υλοποίησης σε έναν ενιαίο πρακτικό οδηγό.

Το εγχειρίδιο δεν αποτελεί ένα άκαμπτο σχέδιο. Παρουσιάζει μια κοινή συλλογιστική πορεία μεταξύ των φορέων που ανέλαβαν τις δράσεις, τις κατευθυντήριες αρχές τους, τις ελάχιστες προϋποθέσεις και τα βασικά συστατικά στοιχεία του έργου, ενώ παράλληλα δείχνει πώς οι μέθοδοι μπορούν να προσαρμοστούν σε διαφορετικές ομάδες-στόχους, συστήματα παροχής υπηρεσιών, θεσμικά και εθνικά πλαίσια. Σκοπός του είναι να υποστηρίξει τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, τους φορείς της δημόσιας υγείας, τις κοινοτικές οργανώσεις και τις αρμόδιες αρχές στον σχεδιασμό, την υλοποίηση και τη διατήρηση της πρόληψης και της αντιμετώπισης της έμφυλης βίας στις κοινότητες προσφύγων και μεταναστών.

1.3 Πώς να χρησιμοποιήσετε το εγχειρίδιο

Τα κύρια κεφάλαια εξηγούν το μοντέλο σε επίπεδο αναπαραγωγής: τι πρέπει να υπάρχει ήδη διαθέσιμο, γιατί είναι σημαντικό, πού αναμένεται προσαρμογή και ποια διδάγματα πρέπει να καθοδηγούν την εφαρμογή. Τα εργαλεία που βρίσκονται στα παραρτήματα του οδηγού θα πρέπει να χρησιμοποιούνται παράλληλα με τα σχετικά κεφάλαια.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΙ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ	
Παράρτημα 1	Μεταφράσεις του εγχειριδίου (γερμανικά, ελληνικά, ολλανδικά)
Παράρτημα 2	Κατευθυντήριες γραμμές για την εκπαίδευση πολλαπλασιαστών / πολιτιστικών διαμεσολαβητών
Παράρτημα 3	Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διεξαγωγή εργαστηρίων
Παράρτημα 4	Κατευθυντήριες οδηγίες για την ατομική συμβουλευτική
Παράρτημα 5	Κατευθυντήριες οδηγίες για την εκπαίδευση επαγγελματιών
Παράρτημα 6	Εφαρμογή της στρατηγικής προώθησης
Παράρτημα 7	Παράδειγμα εφαρμογής σε εθνικό επίπεδο

2. Στόχοι και κατευθυντήριες αρχές

Το μοντέλο reach.out Plus λειτουργεί σε τρία αλληλένδετα επίπεδα. Η αλλαγή σε ένα επίπεδο ενισχύει τα άλλα, οπότε η αναπαραγωγή του μοντέλου θα πρέπει να συνδυάζει την ενδυνάμωση του ατόμου, τη βελτίωση των υπηρεσιών και την ευρύτερη αλλαγή στην κοινότητα ή στο σύστημα.

2.1 Στόχοι

ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΗ ΑΛΛΑΓΗ
Ατομικό	Αύξηση της ενδυνάμωσης και της αυτοδιάθεσης· βελτίωση της υγειονομικής παιδείας και της γνώσης των δικαιωμάτων· μείωση των εμποδίων στην πρόσβαση σε ιατρική, ψυχοκοινωνική, νομική και κοινωνική υποστήριξη.
Υπηρεσίες	Βελτίωση της αναγνώρισης της έμφυλης βίας και των αναγκών προστασίας· ενίσχυση των διαδρομών παραπομπής· βελτίωση της ποιότητας της υποστήριξης που παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες, πολλαπλασιαστές και πολιτισμικούς μεσολαβητές.
Κοινότητα / σύστημα	Ενίσχυση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ομάδες-στόχοι· ενίσχυση των δικτύων και της συνεργασίας· καταγραφή και μεταφορά ορθών πρακτικών για μελλοντική εφαρμογή.

2.2 Κατευθυντήριες αρχές

ΑΡΧΗ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ
Με βάση τα δικαιώματα	Αναγνώριση των επιζώντων ως κατόχων δικαιωμάτων. Παροχή σαφών πληροφοριών σχετικά με τα δικαιώματα και υποστήριξη των ατόμων ώστε να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις και να διεκδικούν τα δικαιώματά τους.
Με ευαισθησία ως προς το φύλο	Αναγνώριση του τρόπου με τον οποίο οι άνισες σχέσεις εξουσίας και το φύλο διαμορφώνουν τον κίνδυνο, την εμπειρία και την πρόσβαση στις υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των συγκεκριμένων εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, τα κορίτσια και τα άτομα της κοινότητας LGBTIQ+.
Με γνώμονα το τραύμα	Δίνει προτεραιότητα στην ασφάλεια, την εμπιστοσύνη, την προβλεψιμότητα, τη συγκατάθεση και την επιλογή. Αποφεύγει την εκ νέου τραυματική εμπειρία κατά τη διάρκεια εργαστηρίων, συμβουλευτικής, επικοινωνίας και παραπομπής.
Εστίαση στον συμμετέχοντα	Αφήστε τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τον ρυθμό να καθορίσουν την ανταπόκριση. Προσαρμόστε την υποστήριξη στις ατομικές περιστάσεις αντί να εφαρμόζετε μια ενιαία διαδικασία.
Πολιτισμικά ευαίσθητη	Προσαρμόζουμε το υλικό, τη γλώσσα, την επικοινωνία και τις μεθόδους σε διαφορετικά κοινωνικά υπόβαθρα. Εμπλέκουμε κοινοτικούς πολλαπλασιαστές και πολιτισμικούς μεσολαβητές στο σχεδιασμό και την υλοποίηση.
Εμπιστευτικότητα και προστασία	Χειριστείτε τις πληροφορίες με ασφάλεια και μοιραστείτε τις μόνο με τη συγκατάθεση των ενδιαφερομένων και μόνο όταν είναι απαραίτητο. Προστατεύστε τους συμμετέχοντες, τους πολλαπλασιαστές και το προσωπικό από βλάβη, εκμετάλλευση και αντίποινα.

3. Το πλαίσιο αναπαραγωγής του reach.out Plus

Το πλαίσιο παρουσιάζει το μοντέλο ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα. Τα συστατικά στοιχεία αλληλοενισχύονται, αντί να ακολουθούν μια γραμμική χρονολογική σειρά: οι εταίροι μπορούν να υλοποιούν δραστηριότητες παράλληλα ή να προσαρμόζουν το πού δίνουν έμφαση ανάλογα με το περιβάλλον εφαρμογής. Η βασική λογική είναι ότι η εμπιστοσύνη της κοινότητας διευκολύνει τη συμμετοχή, οι προσβάσιμες δραστηριότητες δημιουργούν διαύλους πρόσβασης στην υποστήριξη, οι ικανές υπηρεσίες βελτιώνουν την ανταπόκριση, η επικοινωνία διευρύνει την πρόσβαση και η φωνή των συμμετεχόντων τροφοδοτεί την συνηγορία και τη μακροπρόθεσμη αλλαγή.

ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
Κατευθυντήριες αρχές	Διαμορφώνουν κάθε απόφαση σχεδιασμού και υλοποίησης.
Ενδυνάμωση της κοινότητας	Δημιουργία αξιόπιστων σημείων πρόσβασης στην κοινότητα μέσω εκπαιδευμένων και υποστηριζόμενων πολλαπλασιαστών.
Εξωτερική δράση και ομαδικές δραστηριότητες	Δημιουργία χώρων εύκολης πρόσβασης για ενημέρωση, συζήτηση, έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή.
Ανάπτυξη ικανοτήτων	Διασφάλιση της δυνατότητας των επαγγελματιών και των φορέων να ανταποκρίνονται με ασφάλεια και πρακτικότητα.
Επικοινωνία	Επέκταση της πρόσβασης στην πληροφόρηση και διάδοση της γνώσης μέσω μορφών που ανταποκρίνονται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.
Υπεράσπιση	Μετατροπή των επιχειρησιακών στοιχείων σε πολιτικές και διαρθρωτικές αλλαγές.
Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις	Ενίσχυση της ενεργού συμμετοχής της κοινότητας, των υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες, των δικτύων, των πρακτικών και των πολιτικών.

Κανόνας αναπαραγωγής

Διατηρήστε τη λογική· προσαρμόστε τις μεθόδους. Αξιολογήστε ποια στοιχεία υπάρχουν ήδη στο πλαίσιο σας, ποια πρέπει να ενισχυθούν και ποιες προσαρμογές απαιτούνται από τον πληθυσμό-στόχο, το τοπίο των υπηρεσιών και το νομικό ή θεσμικό περιβάλλον.

4. Ενδυνάμωση της κοινότητας

4.1 Σκοπός και προσέγγιση

Η ενδυνάμωση της κοινότητας αποτελεί το θεμέλιο του μοντέλου reach.out Plus. Αξιόπιστα μέλη της κοινότητας προσλαμβάνονται, εκπαιδεύονται και υποστηρίζονται ώστε να λειτουργούν ως προσβάσιμοι σύνδεσμοι για τους επιζώντες και όσους διατρέχουν κίνδυνο. Οι πολλαπλασιαστές και οι πολιτισμικοί μεσολαβητές ενδέχεται να μοιράζονται τη γλώσσα, το πολιτισμικό υπόβαθρο, την εμπειρία εκτοπισμού ή αξιόπιστα κοινοτικά δίκτυα με τις ομάδες-στόχους. Η αξιοπιστία τους μπορεί να μειώσει τα εμπόδια στη συμμετοχή και να συνδέσει άτομα που ενδέχεται να αποφεύγουν τις επίσημες υπηρεσίες με την κατάλληλη υποστήριξη.

- Η αλληλοϋποστήριξη είναι πιο αποτελεσματική όταν παρέχεται μέσω αξιόπιστων κοινοτικών σχέσεων.
- Οι «πολλαπλασιαστές» λειτουργούν ως γέφυρες μεταξύ των κοινοτήτων προσφύγων/μεταναστών και των ιατρικών, ψυχοκοινωνικών, νομικών και υπηρεσιών προστασίας.
- Η κατάρτιση πρέπει να είναι πρακτική, συνεχής, να ανταποκρίνεται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και να συνδέεται με πραγματικές διαδρομές παραπομπής.
- Οι πολλαπλασιαστές χρειάζονται συνεχή εποπτεία και υποστήριξη, όχι εφάπαξ ενδυνάμωση ικανοτήτων.

4.2 Διαδικασία επιλογής πολλαπλασιαστών (multipliers)

Η διαδικασία επιλογής πρέπει να δίνει προτεραιότητα στην διαπροσωπική συμβατότητα και την εμπιστοσύνη, καθώς και στην τεχνική παρακίνηση. Τα κριτήρια επιλογής πρέπει να είναι σαφή από την αρχή και να αντανακλούν τις κοινότητες στις οποίες το έργο σκοπεύει να απευθυνθεί.

ΔΙΑΣΤΑΣΗ	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΟΛΛΑΝΔΙΑ
Κανάλια εύρεσης ατόμων	Ανοιχτή πρόσκληση μέσω συνεργαζόμενων οργανώσεων, πλατφορμών και δικτύων	Υπάρχουσες ομάδες εθελοντών και εργαζομένων, καθώς και δίκτυα ανθρωπιστικού συντονισμού	Πρόσληψη εθελοντών ακολουθούμενη από σταδιακές συνεντεύξεις
Κριτήρια επιλογής	Κίνητρα, αξιοπιστία, γνώσεις αγγλικών, ποικιλομορφία, σύνδεση με την κοινότητα	Ενδιαφέρον και εμπειρία σε θέματα έμφυλης βίας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων· εκπροσώπηση της κοινότητας και του επαγγελματικού χώρου	Ομάδα αντιπροσωπευτική και φιλική προς την κοινότητα LGBTIQ+· ικανότητα και σύστημα υποστήριξης για την εργασία σε θέματα σεξουαλικής και έμφυλης βίας
Διαδικασία επιλογής	Επιστολή κινήτρων, βιογραφικό σημείωμα, συνέντευξη, συμφωνία εθελοντισμού	Προσωπική συνέντευξη με τη συμμετοχή προσωπικού του προγράμματος και του τμήματος ανθρώπινου δυναμικού	Σύντομη ψηφιακή συνέντευξη, ακολουθούμενη από προσωπική συνέντευξη και περίοδο αναστοχασμού

Βασική διαπίστωση για την αναπαραγωγή

Δεν υπάρχει ένας μοναδικός σωστός τρόπος πρόσληψης. Αυτό που έχει σημασία είναι η σαφήνεια όσον αφορά τις προσδοκίες, η αξιολόγηση τόσο της τεχνικής παρακίνησης όσο και της διαπροσωπικής καταλληλότητας, η προσοχή στην εκπροσώπηση, καθώς και μια δομή ρόλων που καθορίζει τις ευθύνες, την υποστήριξη, τα όρια και τυχόν παροχές ή εξοπλισμό που παρέχονται.

4.3 Εκπαίδευση των πολλαπλασιαστών

Η βασική εκπαίδευση πρέπει να καθιερώνει ένα κοινό επίπεδο αναφοράς, επιτρέποντας παράλληλα την προσαρμογή του εξειδικευμένου περιεχομένου στο εθνικό πλαίσιο, την ομάδα-στόχο και το τοπίο των υπηρεσιών. Η εκπαίδευση πρέπει να συνδέει τη γνώση με την πρακτική της διευκόλυνσης, την καθοδήγηση προς τις κατάλληλες υπηρεσίες, την αυτοφροντίδα και τον καθορισμό ορίων.

ΤΟΜΕΑΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ REACH.OUT PLUS
Ενδοοικογενειακή βία, φύλο, εξουσία και δικαιώματα	Μορφές έμφυλης βίας/σεξουαλικής έμφυλης βίας· δυναμικές εξουσίας· συναίνεση· δικαιώματα προστασίας· ανθρώπινα δικαιώματα
Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη	Ψυχική υγεία, τραύμα, σεξουαλική υγεία, αυτοφροντίδα, ψυχολογική πρώτη βοήθεια
Συστήματα ασύλου και παροχής υπηρεσιών	Διαδικασίες ασύλου, δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης, θεσμικά οικοσυστήματα, τοπικές επιλογές παραπομπής
Δεξιότητες πρακτικής υποστήριξης	Ενεργητική ακρόαση, συμβουλευτική χαμηλού ορίου πρόσβασης, παιχνίδι ρόλων, τεχνικές συζήτησης, διευκόλυνση
Ασφαλής εφαρμογή	Παράγοντες που προκαλούν αντίδραση, επαγγελματική απόσταση, όρια, περιορισμοί παραπομπής, εποπτεία, προστασία

Η Γερμανία χρησιμοποίησε ένα δομημένο πρόγραμμα πολλαπλών συνεδριών που κάλυπτε το σύστημα ασύλου και υγειονομικής περίθαλψης, την ψυχική υγεία, καθώς και τη σεξουαλική υγεία και τα δικαιώματα. Η Ελλάδα ανέπτυξε έναν ειδικό οδηγό κατάρτισης πολλαπλασιαστών και ένα πακέτο πρακτικών ασκήσεων. Η Ολλανδία συνδύασε μια βασική κατάρτιση για τη σεξουαλική και έμφυλη βία με εξειδικευμένα θέματα παρακολούθησης ανάλογα με τα αιτήματα. Λεπτομερή προγράμματα σπουδών και εργαλεία περιλαμβάνονται στο Παράρτημα 2.

4.4 Εφαρμογή και συνεχής υποστήριξη

Η εκπαίδευση από μόνη της δεν δημιουργεί αποτελεσματικούς πολλαπλασιαστές. Η συνέχεια, η εποπτεία και οι σαφείς γραμμές υποστήριξης είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της παρακίνησης, τη διασφάλιση της ποιότητας και την προστασία των εθελοντών από το να φέρουν υπερβολικό συναισθηματικό ή πρακτικό φορτίο.

- Καθορισμένο πρόσωπο επικοινωνίας. Κάθε πολλαπλασιαστής πρέπει να γνωρίζει σε ποιον να απευθύνεται για επείγοντα ερωτήματα, συμβουλές σχετικά με συγκεκριμένες περιπτώσεις και διευκρινίσεις σχετικά με τα όρια του ρόλου του.

- Τακτική ομαδική ανασκόπηση ή εποπτεία. Χρησιμοποιήστε την ανταλλαγή απόψεων μεταξύ ομοτίμων και τη διευκολυνόμενη εποπτεία για να συζητήσετε τις προκλήσεις, την επαγγελματική απόσταση, την ευημερία και τη μάθηση.

- Ατομικές συναντήσεις. Προγραμματίστε περιοδικές συνομιλίες για να εξετάζετε τις επιτυχίες, τις δυσκολίες, τις εκπαιδευτικές ανάγκες και τη διαθεσιμότητα.

- Συνέχεια από την εκπαίδευση στην πράξη. Όπου είναι δυνατόν, διατηρήστε τις ομάδες ενωμένες κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, της προβολής και της ανταλλαγής γνώσεων, ώστε η εμπιστοσύνη και η ικανότητα διευκόλυνσης να εμβαθύνονται με την πάροδο του χρόνου.

4.5 Βασικά στοιχεία αναπαραγωγής

1. Προσλάβετε άτομα με βάση τις ικανότητες και την εκπροσώπηση. Συνδυάστε τη σύνδεση με την κοινότητα, το κίνητρο, την αξιοπιστία, την ευαισθησία και την ποικιλομορφία, αντί να χρησιμοποιείτε τη δημογραφική εκπροσώπηση ως μοναδικό κριτήριο.

2. Καθορίστε τις προσδοκίες από νωρίς. Διευκρινίστε τα όρια συμμετοχής, τεκμηρίωσης, διαθεσιμότητας, εμπιστευτικότητας, εποπτείας και παραπομπής πριν οι πολλαπλασιαστές αρχίσουν να εργάζονται.

3. Προγραμματίστε για την εναλλαγή προσωπικού. Δημιουργήστε μηχανισμούς έγκαιρης ενημέρωσης, ώστε τα νέα μέλη να μπορούν να ενταχθούν χωρίς να υποβαθμίζεται η ποιότητα.

4. Προσαρμόστε την επιλογή σύμφωνα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Οι ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, τη σεξουαλικότητα και τις βιωματικές εμπειρίες ενδέχεται να απαιτούν προσεγγίσεις που λαμβάνουν υπόψη τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και ομάδες συνεντεύξεων με ποικιλομορφία.

5. Προϋπολογισμός για τη συνέχιση της υποστήριξης. Η εποπτεία, η παροχή συμβουλών για συγκεκριμένες περιπτώσεις, ο ομαδικός αναστοχασμός και η επιμόρφωση αποτελούν βασικά έξοδα υλοποίησης και όχι προαιρετικά επιπλέον στοιχεία.

5. Δράσεις προσέγγισης και ομαδικές δραστηριότητες

5.1 Σκοπός και μοντέλο υλοποίησης

Αυτή η συνιστώσα δημιουργεί πολλαπλά σημεία πρόσβασης σε πληροφορίες, υποστήριξη και παραπομπή. Το μοντέλο διακρίνει τρεις σχετικές ροές εργασίας: συμμετοχικές ομαδικές δραστηριότητες, ατομική υποστήριξη που παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό και ειδικούς, καθώς και κοινοτική προσέγγιση που διεξάγεται από πολλαπλασιαστές και πολιτιστικούς μεσολαβητές. Η εποπτεία των πολλαπλασιαστών εξετάζεται στο Κεφάλαιο 4.

5.2 Ομαδικές δραστηριότητες

Οι ομαδικές δραστηριότητες ευαισθητοποιούν, ενισχύουν την υγειονομική παιδεία, δημιουργούν ασφαλείς χώρους συζήτησης και βοηθούν τους συμμετέχοντες να αναγνωρίσουν τη διαθέσιμη υποστήριξη. Σε όλες τις χώρες, τα αποτελεσματικά εργαστήρια ακολούθησαν παρόμοια λογική, προσαρμόζοντας παράλληλα το περιεχόμενο και τις μεθόδους διευκόλυνσης στο εκάστοτε πλαίσιο.

Προτεινόμενη πορεία εργαστηρίου

1. Εξασφάλιση ασφάλειας: παρουσίαση του σκοπού, του σεβασμού, της εμπιστευτικότητας, της εθελοντικής συμμετοχής και του δικαιώματος μη αποκάλυψης.
2. Δημιουργία κοινής κατανόησης: χρήση προσιτών πληροφοριών σχετικά με την έμφυλη βία, τα δικαιώματα, την υγεία, την ασφάλεια και τις διαθέσιμες υπηρεσίες.
3. Εξερεύνηση μέσω της συμμετοχής: χρησιμοποιήστε εικονογραφικές κάρτες, σενάρια, παιχνίδια ρόλων, συζήτηση ή άλλες μεθόδους χαμηλού ορίου πρόσβασης.
4. Εξάσκηση υποστηρικτικών αντιδράσεων: ενίσχυση της συναίνεσης, των ορίων, της μη κρίσης και του σεβασμού στην επιλογή του επιζώντος.
5. Ολοκλήρωση με πληροφορίες παραπομπής και σαφή πορεία προς την ατομική υποστήριξη.

5.3 Ατομική υποστήριξη

Η ατομική υποστήριξη συμπληρώνει τα εργαστήρια και τις δράσεις προσέγγισης με εξατομικευμένη αξιολόγηση, παραπομπή, συνοδεία και παρακολούθηση. Θα πρέπει να παρέχεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες ή από προσωπικό που εποπτεύεται κατάλληλα, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του. Η υποστήριξη μπορεί να αφορά ιατρικές, ψυχοκοινωνικές, νομικές, στεγαστικές ή προστατευτικές ανάγκες. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτούνται αρκετές επαφές προτού ένα άτομο συνδέσει συμπτώματα όπως άγχος, εφιάλτες ή σωματικές ενοχλήσεις με τη βία ή αισθανθεί έτοιμο να συζητήσει για εξειδικευμένη φροντίδα. Λεπτομερείς οδηγίες συμβουλευτικής παρέχονται στο Παράρτημα 4.

5.4 Δράσεις outreach

Με τις δράσεις outreach παρέχεται υποστήριξη σε χώρους όπου οι άνθρωποι ήδη ζουν και συγκεντρώνονται, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων υποδοχής, των καταλυμάτων, των κέντρων διαμονής, των κοινοτικών οργανώσεων και των χώρων υγείας ή κοινωνικών υπηρεσιών. Οι πολλαπλασιαστές μπορούν να παρέχουν πληροφορίες, αξιολόγηση βασικών αναγκών, παραπομπή, συνοδεία, διερμηνεία και κοινοτικά εργαστήρια εντός σαφώς καθορισμένων ορίων ρόλων. Οι τοπικές σχέσεις, η διαφήμιση από στόμα σε στόμα και τα υπάρχοντα επαγγελματικά δίκτυα αποτελούν σημαντικές οδούς πρόσβασης.

5.5 Βασικά στοιχεία αναπαραγωγής

1. Διευκρινίστε ποιος κάνει τι. Οι ομαδικές δραστηριότητες μπορούν να καθοδηγούνται από «πολλαπλασιαστές» ή από το προσωπικό, ανάλογα με την πολυπλοκότητα· η ατομική ιατρική, νομική και εξειδικευμένη υποστήριξη πρέπει να παραμένει στην αρμοδιότητα των εξειδικευμένων επαγγελματιών.

2. Χρησιμοποιήστε συμμετοχικές και δομημένες μορφές. Ξεκινήστε με θέματα ασφάλειας και βασικούς κανόνες, χρησιμοποιήστε προσβάσιμες μεθόδους και ολοκληρώνετε πάντα τις συναντήσεις προσφέροντας επιλογές επιπλέον υποστήριξης.

3. Συνδέστε τις δραστηριότητες με την ατομική υποστήριξη και την παραπομπή. Η ευαισθητοποίηση χωρίς ένα πρακτικό επόμενο βήμα μπορεί να αφήσει τις ανάγκες τους ανεπίλυτες.

4. Προστατεύστε τα όρια των πολλαπλασιαστών. Χρησιμοποιήστε σταθερή διαθεσιμότητα, σαφή όρια παραπομπής, εποπτεία και καθοδήγηση σχετικά με τα προσωπικά στοιχεία επικοινωνίας.

5. Αφήστε χρόνο για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης. Μην πιέζετε για αποκάλυψη προσωπικών πληροφοριών και μην προχωράτε αμέσως στο θέμα της βίας· η γενική υγεία, η ευημερία και πρακτικά θέματα μπορεί να αποτελέσουν απαραίτητα σημεία εισόδου.

6. Δώστε προτεραιότητα στη συνέχεια. Ένας σταθερός συντονιστής ή υπεύθυνος επικοινωνίας μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να επιστρέψουν και να χτίσουν σταδιακά εμπιστοσύνη.

Προτάσεις προσαρμογής

1. Πού συγκεντρώνονται ήδη οι ομάδες-στόχοι και ποια περιβάλλοντα θεωρούνται πιο ασφαλή και πιο προσβάσιμα;

2. Ποιες δραστηριότητες μπορούν να διευθύνουν ανεξάρτητα οι πολλαπλασιαστές και ποιες απαιτούν επαγγελματικό προσωπικό;

3. Πώς θα μεταβούν οι συμμετέχοντες από μια ομαδική δραστηριότητα ή μια επαφή εξωστρέφειας σε εμπιστευτική ατομική υποστήριξη;

4. Ποιες ρυθμίσεις όσον αφορά τα όρια και τη συνέχεια θα προστατεύουν τόσο τους συμμετέχοντες όσο και τους πολλαπλασιαστές;

6. Ανάπτυξη ικανοτήτων για επαγγελματίες

6.1 Σκοπός

Η ανάπτυξη επαγγελματικών ικανοτήτων ενισχύει τη δυνατότητα του προσωπικού πρώτης γραμμής και των φορέων να εντοπίζουν, να ανταποκρίνονται και να παραπέμπουν κατάλληλα τα θύματα έμφυλης βίας. Ο σκοπός δεν είναι μόνο η ευαισθητοποίηση . Η κατάρτιση πρέπει να βελτιώνει τις πρακτικές δεξιότητες, τις τοπικές γνώσεις, τη διεπιστημονική συνεργασία και τη λειτουργία των διαδρομών παραπομπής.

6.2 Κύκλος εκπαίδευσης για αναπαραγωγή

ΒΗΜΑ	ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ
1 **Αξιολόγηση αναγκών**	Χρησιμοποιήστε έρευνα από έγγραφα, συνεντεύξεις στο πεδίο, χαρτογράφηση υπηρεσιών ή διαβούλευση με επαγγελματίες για να εντοπίσετε πραγματικά κενά στις γνώσεις, τις πρακτικές και την παραπομπή.
2 **Προσδιορισμός των ομάδων-στόχων**	Συμπεριλάβετε το προσωπικό που έρχεται σε άμεση επαφή με τους χρήστες, καθώς και το αρμόδιο προσωπικό σχεδιασμού ή λήψης αποφάσεων, του οποίου το έργο επηρεάζει τη στέγαση, την παραπομπή, την προστασία ή την πρόσβαση.
3 **Σχεδιάστε διεπιστημονικό περιεχόμενο**	Συνδυάστε ιατρικές, ψυχοκοινωνικές, νομικές, προστατευτικές, διερμηνευτικές και κοινοτικές προοπτικές, όπου αυτό είναι σκόπιμο.
4 **Συνδυάστε την εξειδίκευση με την εμπειρία της καθημερινής ζωής**	Χρησιμοποιήστε τεχνικούς ειδικούς παράλληλα με πολιτισμικούς μεσολαβητές ή εμπειρογνώμονες με βάση την εμπειρία τους, ώστε να συνδέσετε την πρακτική με τις πραγματικές συνθήκες που αντιμετωπίζουν οι ομάδες-στόχοι.
5 **Εφαρμογή στην πράξη**	Δώστε προτεραιότητα στη λιγότερο ορατή βία, στην επικοινωνία με γνώμονα το τραύμα, στην αναγνώριση κινδύνων, στις πολιτισμικές διαστάσεις, στα σενάρια περιπτώσεων και στην καθοδήγηση για παραπομπές.
6 **Συνδέστε την εκπαίδευση με τις υπηρεσίες**	Βεβαιωθείτε ότι οι συμμετέχοντες γνωρίζουν τις τοπικά σχετικές διαδρομές παραπομπής και κατανοούν τους συμπληρωματικούς θεσμικούς ρόλους.
7 **Παρακολούθηση**	Παρέχετε επιμορφωτικά σεμινάρια ανανέωσης γνώσεων, επικαιροποιημένο υλικό, ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ ομοτίμων, εποπτεία ή νέες συνεδρίες, καθώς οι ανάγκες και οι υπηρεσίες μεταβάλλονται.

6.3 Προσαρμογή σε διάφορες χώρες

ΧΩΡΑ	ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
Γερμανία	Η εκπαίδευση για το προσωπικό της κυβέρνησης συνδύαζε εισήγηση από το πλαίσιο του έργου, εξωτερικούς ειδικούς, «πολλαπλασιαστές» ως εμπειρογνώμονες βάσει εμπειρίας, αναστοχασμό πάνω στην πρακτική και ερωτήσεις-απαντήσεις. Στο πλαίσιο μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης συγκεντρώθηκαν επίσης υπάρχοντα οπτικοακουστικά και γραπτά υλικά.
Ελλάδα	Η αξιολόγηση των αναγκών συνδύαζε έρευνα από έγγραφα και ποιοτική έρευνα πεδίου. Η διεπιστημονική εκπαίδευση εστίασε στην κρυφή βία, την επικοινωνία με γνώμονα το τραύμα, την εκτίμηση κινδύνου, τις πολιτισμικές διαστάσεις και τα δίκτυα παραπομπής.
Ολλανδία	Η ψηφιακή χαρτογράφηση των υπηρεσιών για τη σεξουαλική και έμφυλη βία (SGBV) εντόπισε κενά στις υπηρεσίες, ευκαιρίες συνεργασίας και εκπαιδευτικές ανάγκες· εξωτερική εμπειρογνωμοσύνη με πολιτισμική ευαισθησία υποστήριξε την στοχευμένη εκπαίδευση.

Τι απέφερε η προσέγγιση

- Πιο πρακτικό και τοπικά σχετικό εκπαιδευτικό περιεχόμενο.
- Ισχυρότεροι δεσμοί μεταξύ επαγγελματιών, υπηρεσιών, συστημάτων παραπομπής και φορέων της κοινότητας.
- Πόροι που μπορούν να επαναχρησιμοποιηθούν και είναι ελεύθερα προσβάσιμοι, οι οποίοι επεκτείνουν τον αντίκτυπο πέρα από όσους συμμετέχουν αυτοπροσώπως.
- Μεγαλύτερη συμμετοχή όταν οι τεχνικές πληροφορίες συνδυάζονται με τις προοπτικές των επιζώντων ή των «πολλαπλασιαστών».

6.4 Βασικά στοιχεία για την αναπαραγωγή

1. Αξιολόγηση πριν από την εκπαίδευση. Σχεδιάστε τα προγράμματα σπουδών με βάση τα πραγματικά κενά στην πρακτική και όχι με βάση υποθέσεις.

2. Εκπαίδευση σε διάφορους ρόλους και επιστημονικούς κλάδους. Οι περιπτώσεις έμφυλης βίας απαιτούν συμπληρωματικές ιατρικές, ψυχοκοινωνικές, νομικές, προστατευτικές και διοικητικές παρεμβάσεις.

3. Εξισορρόπηση τεχνικών και εμπειρικών στοιχείων. Η βιωμένη εμπειρία μπορεί να ανθρωποποιήσει τη θεωρία και να αποκαλύψει εμπόδια που ενδέχεται να παραβλέπονται από τις επίσημες οδηγίες.

4. Εστίαση στην εφαρμογή. Η πρακτική επικοινωνία, η αναγνώριση, η διαχείριση κινδύνων, η παραπομπή και ο συντονισμός πρέπει να έχουν προτεραιότητα έναντι της αφηρημένης ευαισθητοποίησης.

5. Επιμεληθείτε καθώς και δημιουργήστε. Εξετάστε τους υπάρχοντες πόρους πριν δημιουργήσετε νέο υλικό· συνδυάστε τις εθνικές οδηγίες με τις πληροφορίες για τις τοπικές υπηρεσίες.

6. Παροχή συνεχούς υποστήριξης. Οι εφάπαξ συνεδρίες σπάνια διατηρούν την επάρκεια σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα υπηρεσιών και πολιτικών.

Οι διακρατικές επισκέψεις αμοιβαίας μάθησης εξετάζονται στο Κεφάλαιο 9, καθώς η κύρια αξία αναπαραγωγής τους έγκειται στην ανταλλαγή, τη μεταβιβασιμότητα και την προσαρμογή. Λεπτομερείς οδηγίες επαγγελματικής κατάρτισης περιλαμβάνονται στο Παράρτημα 5.

Προτροπές

- Ποιες επαγγελματικές ομάδες επηρεάζουν πιο άμεσα την ασφάλεια, την πρόσβαση, τη στέγαση και την παραπομπή των επιζώντων;
- Ποια κενά στην πρακτική είναι ορατά στο τρέχον σύστημα και πώς θα αξιολογηθούν πριν από τον σχεδιασμό του προγράμματος σπουδών;
- Ποιες επιστημονικές ειδικότητες και ποιοι εμπειρογνώμονες με βιωματική εμπειρία θα πρέπει να εκπροσωπούνται στην εκπαίδευση;
- Πώς θα διατηρηθεί η επανεκπαίδευση και η ενημέρωση σχετικά με την παραπομπή μετά την αρχική κατάρτιση;

7. Δραστηριότητες επικοινωνίας

7.1 Σκοπός και στρατηγική

Η επικοινωνία αποτελεί ξεχωριστή και βασική δράση του έργου. Επιτρέπει στις ομάδες-στόχους να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα, τις υπηρεσίες και την υποστήριξη· ευαισθητοποιεί το κοινό και τους θεσμούς σχετικά με την έμφυλη βία· επικοινωνεί τα διδάγματα του προγράμματος· και ενισχύει την προβολή μεταξύ των διαφόρων εμπλεκόμενων μερών και των φορέων λήψης αποφάσεων. Η επικοινωνία πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα διάφορα πολιτισμικά υπόβαθρα στο κοινό που απευθύνεται και να διεξάγεται με γνώμονα την αντιμετώπιση του τραύματος.

Μια κοινή στρατηγική μεταξύ του εταιρικού σχήματος οφείλει να καθορίζει κοινούς στόχους, ακροατήρια, μηνύματα και ελάχιστα πρότυπα, επιτρέποντας παράλληλα την προσαρμογή σε εθνικό επίπεδο. Η επικοινωνία μπορεί να ενσωματωθεί στις διαδικασίες παρακολούθησης και αξιολόγησης, (MEAL), έτσι ώστε η εμβέλεια, η συμμετοχή και η ανατροφοδότηση να συμβάλλουν στη συνεχή βελτίωση.

7.2 Πίνακας κοινού και καναλιών

ΚΟΙΝΟ	ΚΥΡΙΑ ΑΝΑΓΚΗ	ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ
Επιζώντες / άτομα που διατρέχουν κίνδυνο	Πρακτικές πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα, τις υπηρεσίες, την ασφάλεια και την υποστήριξη	Βίντεο σε διάφορες γλώσσες, οπτικό υλικό, κανάλια επικοινωνίας, αφίσες, έντυπα που διανέμονται απευθείας
Γυναίκες, νέοι, παιδιά, ομάδες LGBTIQ+	Στοχευμένες πληροφορίες που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα εμπόδια χωρίς να αυξάνουν το στίγμα ή την έκθεση	Προσαρμοσμένο οπτικό ή προφορικό περιεχόμενο, ασφαλής διανομή στην κοινότητα
Επαγγελματίες πρώτης γραμμής / Οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών	Εργαλεία προσανατολισμένα στην πράξη, εκπαιδευτικοί πόροι και πληροφορίες παραπομπής	Διαδικτυακοί πόροι, παρουσιάσεις, εκπαιδευτικό υλικό, επαγγελματικά δίκτυα
Αρχές / υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων	Στοιχεία σχετικά με κενά στην εφαρμογή και αποτελεσματικές λύσεις	Ενημερωτικά δελτία, παρουσιάσεις, υλικό άσκησης πίεσης, συναντήσεις με εμπλεκόμενους φορείς
Ευρύ κοινό	Ευαισθητοποίηση και ενσυναίσθηση χωρίς να δίνεται υπερβολική έμφαση στο τραύμα	Αφήγηση με επίκεντρο τον άνθρωπο, δημόσιες εκδηλώσεις, μέσα κοινωνικής δικτύωσης

7.3 Βασικά εργαλεία επικοινωνίας

Χρησιμοποιήστε ένα συνδυασμό ψηφιακών και φυσικών καναλιών των ενδιαφερόμενων μερών αντί να βασίζεστε σε μία μόνο πλατφόρμα. Το reach.out Plus χρησιμοποίησε ειδικές ιστοσελίδες, πολύγλωσσα βίντεο, μέσα κοινωνικής δικτύωσης, έντυπες αφίσες και φυλλάδια, κανάλια ενημέρωσης μέσω WhatsApp, δημόσιες εκδηλώσεις και παρουσιάσεις προσαρμοσμένες στο εκάστοτε κοινό. Οι κωδικοί QR και οι σύντομες οπτικές μορφές υποστήριξαν την εύκολη πρόσβαση.

ΧΩΡΑ	ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΕΜΦΑΣΗ
Γερμανία	Κινούμενο οπτικοακουστικό περιεχόμενο, αφίσες με κωδικούς QR, άμεση διάδοση και σκόπιμη αποφυγή στερεοτυπικών αναπαραστάσεων.
Ελλάδα	Συνεχής επικοινωνία σε πολλαπλές πλατφόρμες, η οποία εξελίχθηκε από την απλή αναφορά δραστηριοτήτων προς τη θεματική ευαισθητοποίηση και την ανθρωποκεντρική αφήγηση.
Ολλανδία	Τοπική προσαρμογή του κοινού περιεχομένου της κοινοπραξίας, συμπεριλαμβανομένου του χρονισμού και του πλαισίου γύρω από τοπικά σημαντικές στιγμές.

7.4 Βασικά στοιχεία αναπαραγωγής

1. Σχεδιάστε την επικοινωνία από την αρχή. Καθορίστε το κοινό, τα μηνύματα, τα κανάλια, τις αρμοδιότητες και ένα χρονοδιάγραμμα επικοινωνίας κατά τη φάση σχεδιασμού του έργου.

2. Δώστε προτεραιότητα σε πολυγλωσσικές μορφές. Τα βίντεο, το οπτικό υλικό, το προφορικό περιεχόμενο και ο σαφής σχεδιασμός μπορούν να προσεγγίσουν άτομα που αποκλείονται από την επικοινωνία με βαρύ κείμενο.

3. Συνδυάστε ψηφιακά και φυσικά σημεία επαφής. Ο ιστός και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης πρέπει να συμπληρώνονται από υλικό που τοποθετείται σε χώρους όπου οι ομάδες-στόχοι έχουν ήδη πρόσβαση σε υπηρεσίες.

4. Προσαρμόστε το περιεχόμενο σε τοπικό επίπεδο. Διατηρήστε τη συνέπεια των βασικών μηνυμάτων, επιτρέποντας παράλληλα τον προσαρμοσμένο στο συγκεκριμένο πλαίσιο χρονισμό, τις πολιτισμικές αναφορές και τις επιλογές καναλιών.

5. Προστατεύστε την αξιοπρέπεια και παρακολουθήστε την ανατροφοδότηση που λαμβάνετε. Ελέγξτε τη γλώσσα και τις εικόνες για στερεότυπα ή στιγματισμό, εμπλέξτε εκπροσώπους των ομάδων-στόχων και αξιοποιήστε τα σχόλια από το MEAL για τη βελτίωση του περιεχομένου.

Οδηγίες προσαρμογής

- Ποια ακροατήρια χρειάζονται διαφορετικά μηνύματα, γλώσσες, μορφές ή επίπεδα λεπτομέρειας;
- Ποια ψηφιακά και φυσικά κανάλια χαίρουν ήδη εμπιστοσύνης και χρησιμοποιούνται συστηματικά από τις ομάδες-στόχους;
- Ποιος θα ελέγχει τη γλώσσα και τις εικόνες ως προς το στιγματισμό, τα στερεότυπα, την εμπιστευτικότητα και την πολιτισμική συνάφεια;
- Ποια σχόλια ή δείκτες συμμετοχής θα οδηγήσουν στην προσαρμογή του περιεχομένου της επικοινωνίας;

8. Συνηγορία (advocacy)

8.1 Σκοπός

Η συνηγορία αποτελεί αναπόσπαστο πυλώνα του μοντέλου reach.out Plus και όχι ξεχωριστή ροή εργασιών. Σκοπός της είναι να μετατρέψει τα εμπόδια, τα κενά και τις ορθές πρακτικές που εντοπίζονται μέσω της επεξεργασίας περιπτώσεων, της κατάρτισης πολλαπλασιαστών, των εργαστηρίων, της επαγγελματικής κατάρτισης και της εμπειρίας παραπομπής σε αξιόπιστες συστάσεις για αλλαγές πολιτικής και δομικές αλλαγές.

8.2 Πολυεπίπεδη Συνηγορία

ΧΩΡΑ	ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
Επίπεδο	Δράση
Τοπικό	Συμμετοχή παρόχων στέγασης, οργανισμών παροχής υπηρεσιών, δημοτικών δομών και τοπικών αρχών σχετικά με τα εμπόδια που παρατηρήθηκαν κατά την εφαρμογή.
Περιφερειακό	Να θέτει διαρθρωτικά ζητήματα στις αρχές που είναι αρμόδιες για τα πρότυπα προστασίας, τα συστήματα στέγασης ή τον περιφερειακό συντονισμό των υπηρεσιών.
Εθνικό	Συνεργαστείτε με υπουργεία, βουλευτές, εθνικές ομάδες εργασίας και συνασπισμούς της κοινωνίας των πολιτών για την αντιμετώπιση ζητημάτων που αφορούν τη νομοθεσία, τη χρηματοδότηση και την πρόσβαση σε επίπεδο συστήματος.
Ευρωπαϊκή 'Ενωση	Μετατρέψτε τα στοιχεία που συλλέγονται στο πεδίο σε έγγραφα πολιτικής και στοχευμένη συνεργασία με τα αρμόδια θεσμικά όργανα, τους οργανισμούς, τα δίκτυα και τους κοινοβουλευτικούς παράγοντες.

8.3 Κύκλος «από τα στοιχεία στην υπεράσπιση»

Η CARE International ηγήθηκε της προώθησης σε επίπεδο ΕΕ και τη συνέδεσε σκόπιμα με τον επιχειρησιακό κύκλο. Η προσέγγιση αυτή μπορεί να αναπαραχθεί μέσω πέντε αλληλένδετων πυλώνων:

1. Αναθεώρηση του νομικού και κανονιστικού πλαισίου. Καθορισμός μιας βάσης αναφοράς και εντοπισμός κενών στην εφαρμογή.

2. Δημιουργία της βάσης τεκμηρίωσης. Συνδυασμός των στοιχείων που προκύπτουν από τα προγράμματα με τη βιβλιογραφία και το υπάρχον έργο της κοινωνίας των πολιτών.

3. Προσδιορισμός των ενδιαφερόμενων μερών. Χαρτογράφηση των συγκεκριμένων θεσμικών οργάνων, δικτύων, μονάδων, επιτροπών και ατόμων που διαθέτουν εξουσία ή επιρροή.

4. Χαρτογράφηση των κατάλληλων στιγμών για την προώθηση των θέσεων. Προσδιορισμός των πολιτικών διαδικασιών και των σημείων λήψης αποφάσεων σε πρώιμο στάδιο, διατηρώντας παράλληλα την ευελιξία για την αξιοποίηση αναδυόμενων ευκαιριών.

5. Στρατηγική εμπλοκή. Κατεύθυνση των στοιχείων και των συστάσεων προς τους φορείς που βρίσκονται στην καλύτερη θέση να δράσουν, αντί της επιδίωξης μιας ευρείας και αδιαφοροποίητης προσέγγισης.

8.4 Ανάπτυξη κοινών ικανοτήτων προώθησης

Η προώθηση των θεμάτων δεν πρέπει να εξαρτάται αποκλειστικά από έναν μόνο ειδικό. Οι ομάδες του έργου μπορούν να αναπτύξουν κοινές ικανότητες μέσω βασικών νομικών και πολιτικών επισκοπήσεων, τακτικών ενημερώσεων σχετικά με τις πολιτικές, αναστοχασμού σε επίπεδο συστημάτων ( ) κατά τη διάρκεια των τακτικών συναντήσεων της κοινοπραξίας, εργαστηρίων προώθησης των θεμάτων και σαφών μηχανισμών που επιτρέπουν στο προσωπικό πρώτης γραμμής να αναδεικνύει εμπόδια και νέα στοιχεία.

8.5 Βασικά στοιχεία αναπαραγωγής

1. Ενσωματώστε την υπεράσπιση από το στάδιο του σχεδιασμού του έργου. Καθορίστε πώς οι δραστηριότητες πρώτης γραμμής θα παράγουν και θα τεκμηριώνουν στοιχεία για την εμπλοκή στην πολιτική.

2. Χαρτογραφήστε ποιος μπορεί να αλλάξει τι. Διαφορετικοί μοχλοί πολιτικής βρίσκονται σε διαφορετικά διοικητικά επίπεδα· κατευθύνετε τις προτάσεις πολιτικής αναλόγως.

3. Δημιουργήστε συμμαχίες και θεσμικές σχέσεις. Οι ομάδες εργασίας, οι συνασπισμοί, τα υπουργεία, οι υπηρεσίες και τα δίκτυα παροχής υπηρεσιών δημιουργούν πιο αξιόπιστους και διαρκείς τρόπους άσκησης επιρροής.

4. Χρησιμοποιήστε τις απόψεις των επιζώντων με ασφάλεια. Όπου είναι εφικτό και υπάρχει συγκατάθεση, οι απόψεις από πρώτο χέρι μπορούν να προσδώσουν ανθρώπινη διάσταση στα στατιστικά στοιχεία χωρίς να διακυβεύεται η εμπιστευτικότητα ή η ασφάλεια.

5. Κάντε την υπεράσπιση μια κοινή λειτουργία. Δώστε σε όλους τους εταίρους τη γλώσσα και τους μηχανισμούς που απαιτούνται για να συνδέσουν τη μάθηση από την επιτόπια δράση με τη δράση σε επίπεδο πολιτικής.

Λεπτομερής μεθοδολογία και εργαλεία προάσπισης των δικαιωμάτων παρατίθενται στο Παράρτημα 6.

Προτροπές προσαρμογής

- Ποιοι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων ελέγχουν τα εμπόδια που εντοπίστηκαν μέσα από την δουλειά στο πεδίο;
- Ποια στοιχεία μπορούν να τεκμηριώνονται συστηματικά χωρίς να διακυβεύεται η εμπιστευτικότητα ή η ασφάλεια των επιζώντων;
- Ποιες υπάρχουσες συμμαχίες, ομάδες εργασίας ή θεσμικές σχέσεις μπορούν να ενισχύσουν τα στοιχεία;
- Ποιος εντός του έργου είναι υπεύθυνος για τη μετατροπή των επιχειρησιακών διδαγμάτων σε μηνύματα προώθησης και παρακολούθησης;

9. Μάθηση, μεταβιβασιμότητα και βιωσιμότητα

9.1 Κοινοί παράγοντες επιτυχίας και προκλήσεις

ΤΙ ΕΚΑΝΕ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΝΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΣΕΙ	ΤΙ ΑΠΑΙΤΟΥΣΕ ΣΥΝΕΧΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
Μέθοδοι βασισμένες στην εμπιστοσύνη, συμμετοχικές και ασφαλείς χώροι	Ειδικότητα του πλαισίου: κανένα εργαστήριο ή μορφή προσέγγισης δεν μπορούσε να αντιγραφεί χωρίς αλλαγές
Οι πολλαπλασιαστές της κοινότητας ως γέφυρες, με την υποστήριξη της κατάρτισης και της εποπτείας	Συνεχής δέσμευση των πολλαπλασιαστών παράλληλα με τις επαγγελματικές, οικογενειακές και κοινοτικές ευθύνες
Αλληλένδετα στοιχεία: η κοινοτική εργασία, η επαγγελματική κατάρτιση, η επικοινωνία και η υπεράσπιση αλληλοενισχύονταν	Καθορισμός ορίων, προστασία, συναισθηματικές απαιτήσεις και επαγγελματική απόσταση
Διακρατικές ανταλλαγές και διάλογος στο πλαίσιο της κοινοπραξίας	Η οικοδόμηση εμπιστοσύνης απαιτεί χρόνο και η συμμετοχή στις δράσεις προσέγγισης μπορεί να είναι απρόβλεπτη
Προσβάσιμες, πρακτικές μορφές, όπως οπτικό υλικό, παιχνίδια ρόλων και πολυγλωσσικό περιεχόμενο	Ανάγκη να διατηρούνται ενημερωμένες οι πληροφορίες παραπομπής, οι σχέσεις παροχής υπηρεσιών και το εκπαιδευτικό περιεχόμενο

9.2 Διακρατική μάθηση

Οι επισκέψεις σε εταίρους και οι ανταλλαγές στο πλαίσιο της κοινοπραξίας δημιούργησαν δομημένες ευκαιρίες για την παρατήρηση των υπηρεσιών, τη συνάντηση με επαγγελματίες και αρχές, τη σύγκριση πρακτικών παραπομπής και τον προβληματισμό σχετικά με την προσαρμογή. Οι επισκέψεις στην Ελλάδα, τη Γερμανία και την Ολλανδία εκτυλίχθηκαν υπο την καθοδήγηση του εκάστοτε οργανισμού υποδοχής, με την συμμετοχή των επισκεπτών στην παρατήρηση της παροχής υπηρεσιών, τη συνεργασία με εξωτερικούς ενδιαφερόμενους φορείς και τον εντοπισμό καλών πρακτικών από άλλους φορείς. Ένα βασικό δίδαγμα ήταν ότι η προσέγγιση του κοινού πρέπει να θεωρείται μέρος μιας ευρύτερης προσέγγισης βασισμένης στα δικαιώματα και όχι απλώς ως μηχανισμός παροχής υπηρεσιών που λειτουργεί ως ένα παράλληλο σύστημα, έξω από το θεσμοθετημένο σύστημα υπηρεσιών της χώρας.

Η διακρατική ανταλλαγή οδήγησε επίσης σε πρακτικές καινοτομίες, όπως κάρτες με οπτικά βασικά μηνύματα, αυξημένη χρήση εικόνων και μορφών προσαρμοσμένων σε άτομα με χαμηλό επίπεδο αλφαβητισμού, μέτρα εξοικείωσης των συντονιστών και εργαλεία εδραίωσης, τα οποία μπορούσαν στη συνέχεια να προσαρμοστούν σε τοπικό επίπεδο. Λεπτομερή παραδείγματα περιλαμβάνονται στο Παράρτημα 7 και στα σχετικά επιχειρησιακά παραρτήματα.

9.3 Βιωσιμότητα

- **Ενσωμάτωση στις υπάρχουσες υπηρεσίες**. Προσδιορισμός των δομών υγείας, κοινωνικής πρόνοιας, νομικής υποστήριξης και προστασίας που μπορούν να απορροφήσουν τις διαδρομές παραπομπής, την κατάρτιση, την εποπτεία και τα δίκτυα πολλαπλασιασμού μετά τη λήξη του κύκλου του έργου.

- **Διατήρηση συνεργασιών**. Η κοινωνία των πολιτών, οι δημόσιες αρχές, οι πάροχοι υπηρεσιών και τα δίκτυα των μεταναστευτικών κοινοτήτων διασφαλίζουν την πρόσβαση, την παραπομπή, την αξιοπιστία και τα κανάλια υπεράσπισης.

- **Σχεδιασμός της μελλοντικής χρηματοδότησης**. Η υποστήριξη των δικτύων πολλαπλασιασμού, η επαγγελματική κατάρτιση, ο συντονισμός και η εποπτεία απαιτούν συνεχή επένδυση. Η τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των αναγκών σε πόρους υποστηρίζει τη μελλοντική χρηματοδότηση ή τη χρηματοδότηση από το γενικό κρατικό προϋπολογισμό.

9.4 Όροι μεταβιβασιμότητας

Το μοντέλο μπορεί να προσαρμοστεί σε διαφορετικά περιβάλλοντα, όταν οι υπεύθυνοι υλοποίησης μπορούν να τηρήσουν μια προσέγγιση βασισμένη στα δικαιώματα, διαθέτουν επαρκή πολιτικό και επιχειρησιακό χώρο για δράση της κοινωνίας των πολιτών και είναι πρόθυμοι να επενδύσουν στη μακροπρόθεσμη οικοδόμηση εμπιστοσύνης αντί για την ταχεία παροχή υπηρεσιών με βάση συναλλαγές. Τα πιθανά περιβάλλοντα περιλαμβάνουν κέντρα φιλοξενίας προσφύγων, αστικές εγκαταστάσεις υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, περιβάλλοντα κινητής προσέγγισης και κέντρα αιτούντων άσυλο.

10. Checklist

Χρησιμοποιήστε αυτόν τον κατάλογο πριν από την έναρξη και σε τακτικά σημεία αναστοχασμού γύρω από την υλοποίηση του έργου. Δεν είναι απαραίτητο κάθε στοιχείο να είναι πλήρως ώριμο από την αρχή, αλλά τα κενά πρέπει να εντοπίζονται, να εξασφαλίζονται οι απαραίτητοι πόροι και να ανατίθενται στους αρμόδιους φορείς.

ΤΟΜΕΑΣ	ΕΡΩΤΗΣΗ
Εμπιστοσύνη της κοινότητας	Έχουν εντοπιστεί αξιόπιστοι πολλαπλασιαστές ή πολιτισμικοί μεσολαβητές από τις κοινότητες-στόχους ή που έχουν στενή σχέση με αυτές;
Ανθρώπινοι πόροι	Υπάρχει εξειδικευμένη ικανότητα για τον συντονισμό του έργου, την εποπτεία των πολλαπλασιαστών, την επαγγελματική υποστήριξη, τη διοίκηση και την προστασία;
Σαφήνεια ρόλων	Έχουν καθοριστεί με σαφήνεια οι ευθύνες των πολλαπλασιαστών, τα όρια, η εμπιστευτικότητα, η διαθεσιμότητα, τα καθήκοντα παραπομπής, η υποστήριξη και τυχόν αποζημιώσεις;
Ασφαλής πρόσβαση	Υπάρχουν προσβάσιμοι και εμπιστευτικοί χώροι ή κανάλια για ομαδικές δραστηριότητες και ατομική υποστήριξη;
Διαδρομές παραπομπής	Έχουν χαρτογραφηθεί, επικοινωνηθεί και ενσωματωθεί σε σαφή πρωτόκολλα οι ιατρικές, ψυχοκοινωνικές, νομικές, στεγαστικές και προστατευτικές υπηρεσίες;
Επαγγελματική ανταπόκριση	Υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό διαθέσιμο για εξειδικευμένη υποστήριξη και έχουν εκπαιδευτεί οι σχετικοί επαγγελματίες πρώτης γραμμής για τον εντοπισμό και την παραπομπή;
Εκπαίδευση	Έχουν προσαρμοστεί τα προγράμματα σπουδών στις τοπικές ανάγκες, τα συστήματα, τις γλώσσες και το κοινοτικό πλαίσιο, συμπεριλαμβανομένων πρακτικών δεξιοτήτων και παρακολούθησης;
Επικοινωνία	Υπάρχουν πολυγλωσσικά, εύκολα προσβάσιμα και μη στιγματιστικά υλικά διαθέσιμα τόσο μέσω ψηφιακών όσο και φυσικών καναλιών;
Συνεργασίες	Έχουν εμπλακεί εγκαίρως τα κοινοτικά δίκτυα, οι πάροχοι υπηρεσιών, οι οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών και οι αρμόδιες αρχές, ώστε να υποστηρίξουν την πρόσβαση και τον συντονισμό;

Υπεράσπιση	Υπάρχει μηχανισμός για την καταγραφή των στοιχείων που προέρχονται από την πρώτη γραμμή και τη διαβίβασή τους στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων που μπορούν να αντιμετωπίσουν τα διαρθρωτικά εμπόδια;
Συλλογή δεδομένων	Μπορούν τα σχόλια των συμμετεχόντων, οι προκλήσεις στην υλοποίηση, τα αποτελέσματα και οι αναδυόμενες ανάγκες να καταγραφούν και να χρησιμοποιηθούν για την προσαρμογή των δραστηριοτήτων;
Βιωσιμότητα	Υπάρχει σχέδιο για την ενσωμάτωση δομών παραπομπής, κατάρτισης, εποπτείας, επικοινωνίας και συνεργασίας πέραν της αρχικής περιόδου χρηματοδότησης;

Ελάχιστες προϋποθέσεις

- Μια υποστηριζόμενη δομή πολλαπλασιαστή/πολιτισμικού διαμεσολαβητή που συνδέεται με τις κοινότητες-στόχους.
- Ασφαλείς και προσβάσιμοι κόμβοι πρόσβασης για ομαδικές δραστηριότητες και ατομική υποστήριξη.
- Λειτουργικές διαδρομές παραπομπής σε ιατρικές, ψυχοκοινωνικές, νομικές και υπηρεσίες προστασίας.
- Επαγγελματικό δυναμικό με τα κατάλληλα προσόντα για εξειδικευμένη υποστήριξη και εποπτεία.
- Ικανότητα της ομάδας έργου για συντονισμό, προστασία, μάθηση και τεκμηρίωση.
- Προσβάσιμη επικοινωνία στις σχετικές γλώσσες.

Η εμπειρία από την υλοποίηση του προγράμματος reach.out Plus δείχνει ότι η εποπτεία και ο συντονισμός πολλαπλών φορέων απαιτούν σημαντική εξειδικευμένη δυναμική προσωπικού και θα πρέπει να προβλέπονται ρητά στον προϋπολογισμό. Τα επίπεδα στελέχωσης θα πρέπει να προσαρμόζονται στο μέγεθος της ομάδας, στην πολυπλοκότητα των περιπτώσεων, στη γεωγραφική θέση και στη διαθέσιμη υποδομή υπηρεσιών, αντί να αντιμετωπίζονται ως μια καθολική σταθερή αναλογία.

10.1 Προτεινόμενη πορεία υλοποίησης

1	**Χαρτογράφηση του πλαισίου και των υπηρεσιών**. Προσδιορισμός των ομάδων-στόχων, των εμποδίων, των επιλογών παραπομπής, των δομών πολιτικής και των υφιστάμενων κοινοτικών δικτύων.
2	**Δημιουργήστε συνεργασίες και δομές προστασίας**. Διευκρινίστε τις ευθύνες, τις σχέσεις παραπομπής, την εμπιστευτικότητα και τις διαδρομές αναφοράς σε ανώτερα επίπεδα πριν από την έναρξη της προσέγγισης.
3	**Προσλάβετε και εκπαιδεύστε «πολλαπλασιαστές»**. Καθορίστε με σαφήνεια τους ρόλους, την εκπαίδευση, την εποπτεία και τους μηχανισμούς υποστήριξης.
4	**Ξεκινήστε ταυτόχρονα ομαδικές δραστηριότητες, δράσεις outreach και ατομική υποστήριξη**. Διασφαλίστε ότι οι δραστηριότητες ευαισθητοποίησης συνδέονται εξ αρχής με την κατάλληλη παραπομπή και παρακολούθηση.
5	**Ενισχύστε την επαγγελματική ανταπόκριση**. Εκπαιδεύστε το αρμόδιο προσωπικό πρώτης γραμμής και το προσωπικό λήψης αποφάσεων με βάση τα εντοπισμένα κενά στην πρακτική.
6	**Ενεργοποιήστε την επικοινωνία, τη μάθηση και την υπεράσπιση**. Χρησιμοποιήστε πολυγλωσσική επικοινωνία, ανατροφοδότηση από τους συμμετέχοντες και τεκμηριωμένα στοιχεία από την πρώτη γραμμή για να προσαρμόσετε την υλοποίηση και να αντιμετωπίσετε τα διαρθρωτικά εμπόδια.
7	**Προγραμματίστε έγκαιρα την ενσωμάτωση σε θεσμικό επίπεδο**. Διατηρήστε τις συνεργασίες, επικαιροποιήστε τα συστήματα παραπομπής και προσδιορίστε τη μελλοντική χρηματοδότηση πριν από τη λήξη της χρηματοδότησης του έργου.

Συμπέρασμα

Η δύναμη του μοντέλου reach.out Plus έγκειται λιγότερο σε ένα σταθερό σύνολο δραστηριοτήτων και περισσότερο σε μια ευέλικτη και προσαρμοστική μεθοδολογία: αξιόπιστοι φορείς της ΚτΠ, ασφαλείς χώροι συμμετοχής, διευκόλυνση ευαίσθητη στο πλαίσιο, πρακτικές πληροφορίες, λειτουργικές παραπομπές, αρμόδια επαγγελματική ανταπόκριση και συνεχής αναστοχασμός συνδεδεμένος με τη συστημική υπεράσπιση. Οι διαφορές μεταξύ Γερμανίας, Ελλάδας και Ολλανδίας καταδεικνύουν ότι οι ίδιες αρχές μπορούν να μεταφραστούν σε διαφορετικές μεθόδους ανάλογα με τους πληθυσμούς-στόχους, το θεσμικό τοπίο και το εθνικό πολιτικό περιβάλλον.

Πέντε αρχές που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αναπαραγωγή του μοντέλου

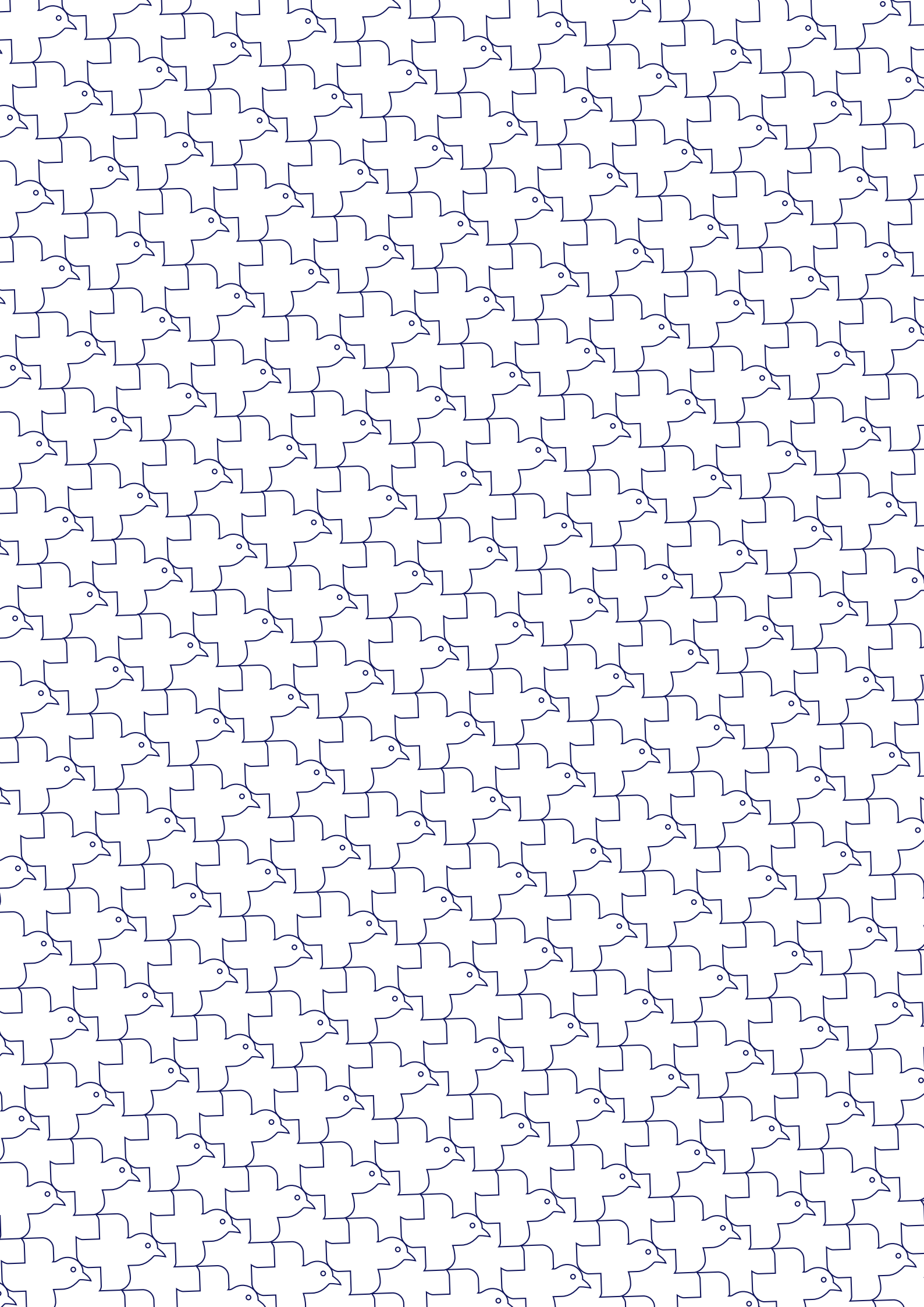
1. Ξεκινήστε διεκδικώντας την εμπιστοσύνη της κοινότητας. Επενδύστε σε αξιόπιστες και αποτελεσματικές επαφές με άτομα μέσα από την κοινότητα.

2. Συνδέστε την άμεση παροχή υπηρεσιών με τη συστημική αλλαγή. Σχεδιάστε την τεκμηρίωση και τη μάθηση έτσι ώστε η εμπειρία από την παροχή υπηρεσιών να μπορεί να τροφοδοτήσει τη συνηγορία.

3. Προσαρμόστε το πλαίσιο, όχι τις αρχές. Διατηρήστε τις δεσμεύσεις που βασίζονται στα δικαιώματα, λαμβάνουν υπόψη το φύλο, βασίζονται στη γνώση του τραύματος, είναι επικεντρωμένες στους συμμετέχοντες, ανταποκρίνονται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και εξασφαλίζουν την προστασία, ενώ προσαρμόζετε τις μεθόδους.

4. Οικοδομήστε τη βιωσιμότητα από την αρχή. Ενσωματώστε συνεργασίες, συστήματα παραπομπής, επαγγελματική ικανότητα και υποστήριξη πολλαπλασιασμού στις υπάρχουσες δομές, όπου είναι δυνατόν.

5. Αντιμετωπίστε την επικοινωνία ως παρέμβαση. Οι προσιτές, ενδυναμωτικές πληροφορίες μειώνουν την απομόνωση, αυξάνουν την ορατότητα της υποστήριξης και διευρύνουν την εμβέλεια του μοντέλου.




reach.out
plus
MÉDECINS
DU MONDE

Co-funded by
the European Union

reach.out plus

Online handleiding

voor het repliceren van het reach.out plus-model

EEN PRAKTISCH KADER VOOR HET AANPASSEN VAN GEMEENSCHAPSGERICHTE PREVENTIE VAN EN REACTIE OP GENDERGERELATEERD GEWELD IN VLUCHTELINGEN- EN MIGRANTENCONTEXT

Hoofdhandleiding **Duitsland • Griekenland • Nederland**

Inhoud

SAMENVATTING 3

1. INLEIDING 4

2. DOELSTELLINGEN EN LEIDENDE PRINCIPES 6

3. HET REACH.OUT PLUS-REPLICATIEKADER 7

4. EMPOWERMENT VAN DE GEMEENSCHAP 8

5. OUTREACH EN GROEPSACTIVITEITEN 10

6. CAPACITEITSOPBOUW VOOR PROFESSIONALS 12

7. COMMUNICATIEACTIVITEITEN 15

8. BELANGENBEHARTIGING EN PLEITBEZORGING 17

9. LEREN, OVERDRAAGBAARHEID EN DUURZAAMHEID 19

CONCLUSIE 23

Samenvatting

OVERZICHT

reach.out plus is een transnationaal initiatief onder leiding van de afdelingen van Médecins du Monde / Dokters van de Wereld in Duitsland, Griekenland en Nederland, met CARE Duitsland en CARE International als partners. Het project beschermt en ondersteunt slachtoffers en overlevers van gendergerelateerd geweld (GBV) en mensen die hieraan blootgesteld zijn binnen vluchtelingengemeenschappen. reach.out plus combineert outreach in de gemeenschap, professionele capaciteitsopbouw, toegankelijke communicatie en op bewijs gebaseerde belangenbehartiging, met bijzondere aandacht voor vrouwen, kinderen, jongeren en LHBTIQ+-personen die tijdens en na migratie met verhoogde risico's worden geconfronteerd.

Vluchtelingen en asielzoekers kunnen bij het zoeken naar hulp te maken krijgen met angst voor represailles, stigmatisering, taalbarrières en wantrouwen richting autoriteiten, terwijl de eerstelijns zorg mogelijk niet beschikt over de gespecialiseerde kennis en middelen die nodig zijn om GBV te herkennen en erop te reageren. Het reach.out plus-model pakt deze hiaten aan door vertrouwde toegangspunten in de gemeenschap te koppelen aan deskundige hulpverlening en systemische verandering.

Kerndoelstellingen

- **Overlevenden en risicogroepen zelfredzamer maken.** Zelfredzaamheid, kennis en toegang tot ondersteuning versterken door middel van gemeenschapsgerichte outreach, training en laagdrempelige diensten.
- **De respons in de eerstelijnszorg versterken.** Professionals voorzien van praktische hulpmiddelen, kennis en functionele doorverwijzingsroutes.
- **Systemische verandering bevorderen.** Gebruik maken van praktijkervaringen om de uitvoering en monitoring van beleid inzake gendergerelateerd geweld te verbeteren.
- **Samenwerking bevorderen.** Het maatschappelijk middenveld, overheidsinstanties, lokale actoren en EU-instellingen met elkaar verbinden om goede praktijken op te schalen en het beleid te verbeteren.

Modelcomponenten

- **Empowerment van de gemeenschap**. Werf, train en ondersteun betrouwbare cultuurmediators (of: sleutelpersonen), peer-educators en community leiders uit vluchtelingen- en migrantengemeenschappen.
- **Outreach en groepsactiviteiten**. Creëer veilige, toegankelijke ruimtes voor informatie, dialoog, vroegtijdige signalering, individuele ondersteuning en doorverwijzing.
- Capaciteitsopbouw voor professionals. Versterk de praktische vaardigheden van eerstelijnsmedewerkers en instellingen.
- Communicatie. Verstrek meertalige, niet-discriminerende en op trauma's afgestemde informatie en verspreid de opgedane kennis.
- **Belangenbehartiging en pleitbezorging.** Ervaringen uit de praktijk vertalen naar empirisch onderbouwde beleidsbeïnvloeding op lokaal, nationaal en EU-niveau.

BELANGRIJKSTE LESSEN VOOR REPLICATIE EN HERHALING

- Cultuurmediators en peer-educators zijn essentieel voor het opbouwen van vertrouwen wanneer formele hulpverlening moeilijk toegankelijk is.
- Eerstelijnsprofessionals hebben praktische hulpmiddelen, doorverwijzingsroutes en voortdurende ondersteuning nodig, niet alleen bewustwordingstraining.
- Laagdrempelige toegang moet zichtbaar, toegankelijk en meertalig zijn en aansluiten op deskundige hulpverlening.
- Communicatie moet zelfregie bevorderen, cultuursensitief zijn en vrij van stereotypen, in plaats van louter informatief te zijn.
- Coördinatie tussen meerdere belanghebbenden koppelt directe ondersteuning aan beleidsverandering en versterkt de duurzaamheid op lange termijn.

1. Inleiding

1.1 OVER REACH.OUT PLUS

reach.out plus werd geïmplementeerd in Duitsland, Griekenland en Nederland om gendergerelateerd geweld binnen vluchtelingen- en asielzoekersgemeenschappen aan te pakken. Het model pakt tegelijkertijd individuele belemmeringen voor ondersteuning, tekortkomingen op dienstverleningsniveau bij het signaleren en doorverwijzen, en structurele belemmeringen aan die beleids- en institutionele veranderingen vereisen.

Doelgroepen

- Vrouwen, jongeren, kinderen, alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV'ers) en LHBTIQ+-personen in vluchtelingengemeenschappen
- Professionals in de *frontlinie* (eerstelijn), waaronder medisch personeel, maatschappelijk werkers, tolken, beschermingsmedewerkers en beveiligingspersoneel
- Overheidsinstanties, beleidsmakers en besluitvormers op regionaal, nationaal en EU-niveau

Consortiumpartners

Partner	Rol
Médecins du Monde / Doctors of the World Germany (MdM DE)	Hoofdpartner en penvoerder
Médecins du Monde / Doctors of the World Greece (MdM GR)	Projectpartner
Médecins du Monde / Dokters van de Wereld Nederland (MdM NL)	Projectpartner
CARE Duitsland	Projectpartner
CARE International	Geassocieerde partner; expertise op het gebied van belangenbehartiging

1.2 DOEL VAN DE HANDLEIDING

Deze handleiding beschrijft het reach.out plus-model als een repliceerbaar kader voor organisaties die soortgelijke interventies in andere contexten willen uitvoeren. Het bundelt ervaringen, methodologieën en lessen uit de landen waar het model is geïmplementeerd tot een praktisch hulpmiddel.

De handleiding is geen starre blauwdruk. Ze presenteert een gemeenschappelijke logica, leidende principes, minimumvoorwaarden en kerncomponenten, en laat tegelijkertijd zien hoe methoden kunnen worden aangepast aan verschillende doelgroepen, dienstverleningssystemen, institutionele landschappen en nationale contexten. Ze is bedoeld om ngo's, maatschappelijke organisaties, actoren in de volksgezondheid, gemeenschapsorganisaties en relevante autoriteiten te ondersteunen bij het ontwerpen, uitvoeren en in stand houden van preventie en respons op gendergerelateerd geweld binnen vluchtelingen- en migrantengemeenschappen.

1.3 HOE DE HANDLEIDING TE GEBRUIKEN

In de hoofdhoofdstukken wordt het model op replicatieniveau toegelicht: wat er moet zijn, waarom het belangrijk is, waar aanpassing wordt verwacht en welke lessen als leidraad moeten dienen bij de uitvoering. Gedetailleerde operationele hulpmiddelen moeten naast de relevante hoofdstukken worden gebruikt.

OPERATIONELE HULPMIDDELEN WAARNAAR IN DEZE HANDLEIDING WORDT VERWEZEN

Bijlage 1: Vertalingen van de handleiding (Duits, Grieks, Nederlands)

Bijlage 2: Richtlijnen voor de opleiding van cultuurmediators / peer-educators

Bijlage 3: Richtlijnen voor het organiseren van workshops

Bijlage 4: Richtlijnen voor individuele begeleiding

Bijlage 5: Richtlijnen voor de opleiding van professionals

Bijlage 6: Uitvoering van de belangenbehartigingsstrategie

Bijlage 7: Voorbeeld van uitvoering in een land

2. Doelstellingen en leidende principes

Het reach.out plus-model werkt op drie onderling verbonden niveaus. Verandering op het ene niveau versterkt de andere niveaus, dus bij replicatie moeten individuele zelfregie en empowerment, verbetering van de dienstverlening en bredere verandering in de gemeenschap of het systeem worden gecombineerd.

2.1 DOELSTELLINGEN

Niveau	Beoogde verandering
Individueel	Zelfregie en zelfbeschikking vergroten; gezondheidsvaardigheden en kennis van rechten verbeteren; belemmeringen voor medische, psychosociale, juridische en sociale ondersteuning verminderen.
Dienstverlening	De signalering van gendergerelateerd geweld en beschermingsbehoeften verbeteren; doorverwijzingsroutes versterken; de kwaliteit van de ondersteuning door opgeleide professionals, peer-educators en cultuurmediators verbeteren.
Gemeenschap / systeem	Het bewustzijn vergroten van de belemmeringen waarmee doelgroepen worden geconfronteerd; netwerken en samenwerking versterken; goede praktijken documenteren en overdragen voor toekomstige implementatie.

2.2 LEIDENDE PRINCIPES

Beginsel	Toepassing in de praktijk
Rechtengebaseerd	Erken slachtoffers als rechthebbenden. Geef duidelijke informatie over aanspraken en ondersteun mensen om weloverwogen keuzes te maken en hun rechten op te eisen.
Gendersensitief	Erken hoe ongelijke machtsverhoudingen en gender van invloed zijn op risico's, ervaringen en toegang tot diensten, met inbegrip van de specifieke belemmeringen waarmee vrouwen, meisjes en LHBTIQ+-personen worden geconfronteerd.
Trauma-geïnformeerd	Geef prioriteit aan veiligheid, vertrouwen, voorspelbaarheid, toestemming en keuzevrijheid. Voorkom hertraumatisering tijdens workshops, begeleiding, communicatie en doorverwijzing.
Deelnemergericht	Laat behoeften, voorkeuren en tempo de aanpak bepalen. Pas de ondersteuning aan individuele omstandigheden aan in plaats van één uniforme procedure toe te passen.
Cultuursensitief	Pas materiaal, taal, communicatie en methoden aan diverse achtergronden aan. Betrek community leaders en cultuurmediators bij het ontwerp en de uitvoering.
Vertrouwelijkheid en bescherming	Ga zorgvuldig om met informatie en deel deze alleen met geïnformeerde toestemming (*informed consent)* en op basis van 'need-to-know'. Bescherm deelnemers, cultuurmediators en medewerkers tegen schade, uitbuiting en vergelding.

3. Het reach.out plus-replicatiekader

Het raamwerk presenteert het model als een geïntegreerd systeem. De onderdelen versterken elkaar in plaats van een rigide chronologie te volgen: partners kunnen activiteiten parallel uitvoeren of de nadruk aanpassen aan de context. De onderliggende logica is dat vertrouwen in de gemeenschap betrokkenheid mogelijk maakt, toegankelijke activiteiten wegen naar ondersteuning creëren, competente diensten de respons verbeteren, communicatie de toegang verbreedt en praktijkervaring uit de *frontlinie* (eerstelijn) als basis dient voor belangenbehartiging, pleitbezorging en verandering op de lange termijn.

Onderdeel	**Replicatiefunctie**
LEIDENDE BEGINSELEN	Geef vorm aan elke ontwerp- en implementatiebeslissing.
EMANCIPATIE VAN DE GEMEENSCHAP	Bouw betrouwbare toegangspunten tot de gemeenschap op via getrainde en ondersteunde cultuurmediators.
OUTREACH & GROEPSACTIVITEITEN	Creëer laagdrempelige ruimtes voor informatie, discussie, vroegtijdige signalering en doorverwijzing.
CAPACITEITSOPSBOUW	Zorg ervoor dat professionals en instellingen veilig en praktisch kunnen reageren.
COMMUNICATIE	De toegang tot informatie vergroten en kennis verspreiden via cultuursensitieve communicatie vormen.
BELANGENBEHARTIGING	Operationele bevindingen vertalen naar beleids- en structurele veranderingen.
IMPACT OP LANGE TERMIJN	Verankeren van grotere zeggenschap van de gemeenschap, responsieve diensten, netwerken, werkwijzen en beleid.

REGEL VOOR REPLICATIE

Behoud de logica; pas de methoden aan. Beoordeel welke componenten al in uw context aanwezig zijn, welke versterkt moeten worden en welke aanpassingen nodig zijn gezien de doelgroep, het dienstenaanbod en de juridische of institutionele omgeving.

4. Empowerment van de gemeenschap

4.1 DOEL EN AANPAK

Empowerment van de gemeenschap vormt de basis van het reach.out plus-model. Betrouwbare leden van de gemeenschap worden geworven, opgeleid en ondersteund om als laagdrempelige contactpersonen te fungeren voor slachtoffers en risicogroepen. Cultuurmediators en peer-educators kunnen een gemeenschappelijke taal, culturele achtergrond, ervaring met ontheemding of vertrouwde gemeenschapsnetwerken delen met de doelgroepen. Hun geloofwaardigheid kan drempels voor betrokkenheid verlagen en mensen die formele diensten mogelijk mijden, in contact brengen met passende ondersteuning.

- Ondersteuning door lotgenoten is het meest effectief wanneer deze wordt geboden via vertrouwde relaties binnen de gemeenschap.
- Cultuurmediators (of: *sleutelpersonen*) fungeren als bruggen tussen vluchtelingen- en migrantengemeenschappen en medische, psychosociale, juridische en beschermingsdiensten.
- De opleiding moet praktisch, doorlopend en cultuursensitief afgestemd zijn en aansluiten bij concrete doorverwijzingsroutes.
- Cultuurmediators (of: *sleutelpersonen*) hebben voortdurende en duurzame begeleiding en ondersteuning nodig, geen eenmalige capaciteitsopbouw.

4.2 WERVING VAN CULTUURMEDIATORS EN PEER-EDUCATORS

Bij de werving moet prioriteit worden gegeven aan interpersoonlijke geschiktheid en vertrouwen, evenals aan technische motivatie. Selectiecriteria moeten vanaf het begin expliciet zijn en een afspiegeling vormen van de gemeenschappen die het project beoogt te bereiken.

Dimension	Duitsland	Griekenland	Nederland
Wervingskanalen	Open oproep via partnerorganisaties, platforms en netwerken	Bestaande pools van vrijwilligers en medewerkers plus netwerken voor humanitaire coördinatie	Werving van vrijwilligers gevolgd door gefaseerde sollicitatiegesprekken
Nadruk bij selectie	Motivatie, betrouwbaarheid, Engelse taalvaardigheid, diversiteit, band met de gemeenschap	Interesse in en ervaring met gendergerelateerd geweld (GBV) en mensenrechten; vertegenwoordiging van de gemeenschap en de beroepsgroep	Representatieve, LHBTIQ+-vriendelijke groep; capaciteit en ondersteuningssysteem om met seksueel en gendergerelateerd geweld (SGBV) te werken
Selectieprocedure	Motivatiebrief, cv, sollicitatiegesprek, vrijwilligersovereenkomst, *code of conduct*	Persoonlijk gesprek met project- en HR-medewerkers	Kort digitaal interview, gevolgd door een persoonlijk interview en bedenktijd

BELANGRIJK INZICHT VOOR REPLICATIE

Er is niet één juist wervingskanaal. Wat telt, is duidelijkheid over de verwachtingen, beoordeling van zowel technische motivatie als interpersoonlijke geschiktheid, aandacht voor diversiteit, en een functiebeschrijving waarin verantwoordelijkheden, ondersteuning, grenzen en eventuele vergoedingen of verstrekte apparatuur worden vastgelegd.

4.3 OPLEIDING VAN CULTUURMEDIATORS

Een basistraining moet een gemeenschappelijk uitgangspunt bieden, terwijl gespecialiseerde inhoud kan worden afgestemd op de nationale context, de doelgroep en het dienstenaanbod. De training moet kennis koppelen aan begeleidingspraktijken, het navigeren door doorverwijzingen, zelfzorg en het stellen van grenzen.

Kerngebied	Voorbeelden uit reach.out plus
GBV, gender, macht en rechten	Vormen van GBV; machtsverhoudingen; toestemming; recht op bescherming; mensenrechten
Kennis over gezondheid en psychosociale aspecten	Geestelijke gezondheid, trauma, seksuele gezondheid, zelfzorg, psychologische eerste hulp
Asiel- en hulpverleningssystemen	Asielprocedures, recht op gezondheidszorg, institutionele ecosystemen, lokale doorverwijsmogelijkheden
Vaardigheden voor praktische ondersteuning	Actief luisteren, laagdrempelige begeleiding, rollenspel, discussietechnieken, faciliteren
Veilige uitvoering	Triggers, professionele afstand, grenzen, doorverwijzingsbeperkingen, supervisie, bescherming

Duitsland maakte gebruik van een gestructureerd programma met meerdere sessies over het asiel- en gezondheidszorgstelsel, geestelijke gezondheid, seksuele gezondheid, preventie van gendergerelateerd geweld en de rechten van slachtoffers van gendergerelateerd geweld. Griekenland ontwikkelde een speciale handleiding voor het opleiden van cultuurmediators en een pakket met materiaal voor praktische sessies. Nederland combineerde een basistraining over gendergerelateerd geweld met gespecialiseerde vervolgonderwerpen op basis van de vraag. Gedetailleerde leerplannen en hulpmiddelen zijn te vinden in bijlage 2.

4.4 UITVOERING EN VOORTDURENDE ONDERSTEUNING

Training alleen leidt niet tot effectieve cultuurmediators. Continuïteit, supervisie en duidelijke ondersteuningslijnen zijn noodzakelijk om de motivatie in stand te houden, de kwaliteit te waarborgen en vrijwilligers te beschermen tegen een buitensporige emotionele of praktische belasting.

- • Aangewezen contactpersoon. Elke cultuurmediator moet weten bij wie hij of zij terecht kan voor dringende vragen, advies over casussen en verduidelijking van rolgrenzen.

- Regelmatige groepsreflectie of supervisie. Maak gebruik van uitwisseling tussen collega's en begeleide supervisie om uitdagingen, professionele afstand, welzijn en leerprocessen te bespreken.
- Individuele gesprekken. Plan periodieke gesprekken in om successen, moeilijkheden, opleidingsbehoeften en beschikbaarheid te bespreken.
- Continuïteit van training naar praktijk. Houd teams waar mogelijk bij elkaar tijdens trainingen, outreach-activiteiten en kennisuitwisseling, zodat het vertrouwen en het vermogen om processen te faciliteren in de loop van de tijd groeien.

4.5 ESSENTIËLE PUNTEN VOOR REPLICATIE

1. **Selecteer op geschiktheid en vertegenwoordiging.** Let op een combinatie van band met de gemeenschap, motivatie, betrouwbaarheid, inlevingsvermogen en diversiteit, in plaats van demografische vertegenwoordiging als enige criterium te hanteren.

2. **Stel verwachtingen vroeg vast.** Maak afspraken over deelname, documentatie, beschikbaarheid, vertrouwelijkheid, begeleiding en doorverwijzingsgrenzen voordat de cultuurmediators aan de slag gaan.

3. **Houd rekening met verloop.** Zorg voor inwerkprogramma's en beknopte inhaalmechanismen, zodat nieuwe leden kunnen toetreden zonder dat de kwaliteit eronder lijdt.

4. **Pas de selectie aan de cultuur aan.** Vragen over gender, seksualiteit en levenservaring kunnen een cultuursensitieve aanpak en diverse interviewteams vereisen.

5. **Maak budget vrij voor voortdurende ondersteuning.** Begeleiding, advies bij casussen, groepsreflectie en opfriscursussen zijn essentiële implementatiekosten, geen optionele extra's.

5. Outreach en groepsactiviteiten

5.1 DOEL EN UITVOERINGSMODEL

Dit onderdeel creëert meerdere toegangspunten tot informatie, ondersteuning en doorverwijzing. Het model onderscheidt drie onderling samenhangende werkstromen: participatieve groepsactiviteiten; individuele ondersteuning door gekwalificeerd personeel en specialisten; en outreach in de gemeenschap door cultuurmediators en peer-educators. De begeleiding van cultuurmediators komt aan bod in hoofdstuk 4.

5.2 GROEPSACTIVITEITEN

Groepsactiviteiten vergroten het bewustzijn, verbeteren gezondheidsvaardigheden, creëren veilige discussieruimtes en helpen deelnemers inzicht te krijgen in de beschikbare ondersteuning. In verschillende landen volgden effectieve workshops een vergelijkbare opzet, waarbij de inhoud en begeleidingsmethoden werden aangepast aan de context. Gedetailleerde richtlijnen voor de uitvoering van workshops zijn te vinden in bijlage 3.

VOORGESTELD WORKSHOPTRAJECT

1. **Zorg voor een veilige omgeving: leg het doel, respect, vertrouwelijkheid, vrijwillige deelname en het recht om niets te onthullen uit.**
2. **Bouw een gedeeld begrip op: gebruik toegankelijke informatie over gendergerelateerd geweld, rechten, gezondheid, veiligheid en beschikbare diensten.**
3. **Verken door middel van participatie: gebruik afbeeldingskaarten, scenario's, rollenspellen, discussies of andere laagdrempelige methoden.**
4. **Oefen ondersteunende reacties: benadruk toestemming, grenzen, niet-oordelen en respect voor de keuze van de overlevende.**
5. **Sluit af met doorverwijzingsinformatie en een duidelijk traject naar individuele ondersteuning.**

Land	Kenmerkende aanpassing
Duitsland	Participatieve, in de moedertaal gegeven en genderspecifieke workshopreeksen in opvangcentra; de sessies waren opgebouwd in verschillende fasen en combineerden informatie met zelfzorg- en copingstrategieën.
Griekenland	Door cultuurmediator begeleide sessies in kampen, opvangcentra, verblijfscentra en MdM-faciliteiten; praktische scenario's versterkten het belang van toestemming, veilige reacties op onthullingen, grenzen en doorverwijzing.
Nederland	Cultuurmediators en medische vrijwilligers maakten gebruik van groepsdynamiek, sociaal-ecologisch denken, socratische vraagtechnieken en discussies over gematigde standpunten over taboe-onderwerpen.

5.3 INDIVIDUELE ONDERSTEUNING

Individuele ondersteuning vormt een aanvulling op workshops en outreach met gepersonaliseerde beoordeling, doorverwijzing, begeleiding en nazorg. Deze ondersteuning moet worden verleend door gekwalificeerde professionals of door personeel dat onder passend toezicht staat, binnen hun bevoegdheden. De ondersteuning kan betrekking hebben op medische, psychosociale, juridische, huisvestings- of beschermingsbehoeften. In sommige gevallen zijn meerdere contactmomenten nodig voordat iemand symptomen zoals stress, nachtmerries of lichamelijke klachten in verband brengt met geweld of zich klaar voelt om gespecialiseerde zorg te bespreken. Gedetailleerde richtlijnen voor begeleiding zijn te vinden in bijlage 4.

5.4 OUTREACH-ACTIVITEITEN

Outreach brengt ondersteuning naar omgevingen waar mensen al wonen en samenkomen, waaronder opvangfaciliteiten, opvangcentra, huisvestingscentra, maatschappelijke organisaties en locaties voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening. Cultuurmediators kunnen binnen duidelijk afgebakende rolgrenzen informatie verstrekken, basisbehoeften beoordelen, doorverwijzen, begeleiden, tolken en gemeenschapsworkshops verzorgen. Lokale relaties, mond-tot-mondreclame en bestaande professionele netwerken zijn belangrijke toegangswegen.

5.5 ESSENTIËLE PUNTEN VOOR REPLICATIE

1. **Maak duidelijk wie wat doet.** Groepsactiviteiten kunnen, afhankelijk van de complexiteit, worden geleid door cultuurmediators of door medewerkers; individuele klinische, juridische en gespecialiseerde ondersteuning moet voorbehouden blijven aan gekwalificeerde professionals.

2. **Gebruik participatieve en gestructureerde werkvormen.** Begin met veiligheids- en basisregels, gebruik laagdrempelige methoden en sluit altijd af met ondersteuningsmogelijkheden.

3. **Koppel activiteiten aan individuele ondersteuning en doorverwijzing.** Bewustwording zonder een praktische volgende stap kan ervoor zorgen dat geïdentificeerde behoeften onopgelost blijven.

4. **Bescherm de grenzen van de cultuurmediators.** Hanteer vaste beschikbaarheidstijden, duidelijke doorverwijzingsgrenzen, supervisie en richtlijnen inzake persoonlijke contactgegevens.

5. **Geef tijd om vertrouwen op te bouwen.** Dwing mensen niet om zich bloot te geven en ga niet direct over op het onderwerp geweld; algemene gezondheid, welzijn en praktische onderwerpen kunnen noodzakelijke aanknopingspunten zijn.

6. **Geef prioriteit aan continuïteit.** Een vaste begeleider of contactpersoon kan mensen helpen terug te komen en geleidelijk vertrouwen op te bouwen.

AANPASSINGSVRAGEN

Waar komen doelgroepen al samen, en welke omgevingen voelen het veiligst en meest toegankelijk aan?

Welke activiteiten kunnen cultuurmediators zelfstandig leiden, en voor welke is professionele begeleiding nodig?

Hoe kunnen deelnemers de overstap maken van een groepsactiviteit of outreach-contact naar vertrouwelijke individuele begeleiding?

Welke afspraken over grenzen en continuïteit zullen zowel deelnemers als cultuurmediators beschermen?

6. Capaciteitsopbouw voor professionals

6.1 DOEL

Capaciteitsopbouw voor professionals versterkt het vermogen van eerstelijnsmedewerkers en instellingen om slachtoffers van gendergerelateerd geweld te herkennen, erop te reageren en op de juiste manier door te verwijzen. Het doel is niet alleen bewustwording. Training moet praktische vaardigheden, lokale kennis, interdisciplinaire samenwerking en het functioneren van doorverwijzingsroutes verbeteren.

6.2 TRAININGSCYCLUS VOOR REPLICATIE

Stap	Wat te doen
1. Behoeften in kaart brengen	Gebruik deskresearch, veldinterviews, het in kaart brengen van dienstverlening of overleg met professionals om daadwerkelijke hiaten in kennis, praktijk en doorverwijzing te identificeren.
2. Doelgroepen definiëren	Betrek medewerkers met direct contact met cliënten en relevante medewerkers op het gebied van planning of besluitvorming wier werkzaamheden van invloed zijn op huisvesting, doorverwijzing, bescherming of toegang.
3. Ontwerp interdisciplinaire inhoud	Breng waar nodig medische, psychosociale, juridische, beschermings-, tolk- en gemeenschapsperspectieven samen.
4.Combineer expertise en praktijkervaring	Zet technische specialisten in, samen met cultuurmediators of ervaringsdeskundigen, om de praktijk te koppelen aan de realiteit waarmee doelgroepen worden geconfronteerd.
5. Oefen de toepassing	Geef prioriteit aan minder zichtbaar geweld, traumagerichte communicatie, risicobepaling, culturele dimensies, casusscenario's en begeleiding bij doorverwijzing.
6. Koppel training aan dienstverlening	Zorg ervoor dat deelnemers op de hoogte zijn van lokaal relevante doorverwijzingsroutes en inzicht hebben in de complementaire rollen van instellingen.
7. Zorg voor follow-up	Bied opfriscursussen, bijgewerkt materiaal, uitwisseling tussen collega's, supervisie of nieuwe sessies aan naarmate de behoeften en diensten veranderen.

6.3 AANPASSING IN VERSCHILLENDE LANDEN

Land	Aanpak
Duitsland	De training voor overheidsmedewerkers combineerde projectinput, externe specialisten, cultuurmediators die tevens ervaringsdeskundigen waren, reflectie op de praktijk en vraag-en-antwoordrondes. Daarnaast werden in het kader van een documentanalyse bestaande audiovisuele en schriftelijke bronnen geselecteerd.
Griekenland	De behoefteanalyse combineerde documentonderzoek met kwalitatief veldonderzoek. De interdisciplinaire training richtte zich op verborgen geweld, traumagerichte communicatie, risicobeoordeling, culturele dimensies en doorverwijzingsnetwerken.
Nederland	Digitale inventarisatie van diensten op het gebied van seksueel en gendergerelateerd geweld bracht hiaten in de dienstverlening, samenwerkingsmogelijkheden en opleidingsbehoeften in kaart; cultuursensitieve externe expertise ondersteunde gerichte trainingen.

WAT DE AANPAK OPLEVERDE

Praktischer en lokaal relevantere opleidingsinhoud.

Sterkere banden tussen professionals, diensten, doorverwijzingssystemen en actoren uit de gemeenschap.

Herbruikbare en vrij toegankelijke bronnen die de impact uitbreiden tot buiten degenen die de training persoonlijk bijwonen.

Grotere betrokkenheid wanneer technische informatie wordt gecombineerd met de perspectieven van slachtoffers of cultuurmediators.

6.4 ESSENTIËLE PUNTEN VOOR REPLICATIE

1. **Evalueer vóór de training.** Ontwerp lesprogramma's op basis van daadwerkelijke hiaten in de praktijk

2. **Train over rollen en disciplines heen.** Gevallen van gendergerelateerd geweld vereisen complementaire medische, psychosociale, juridische, beschermings- en administratieve maatregelen.

3. **Zorg voor een evenwicht tussen technische en ervaringsgerichte input.** Ervaringen uit het echte leven kunnen theorie menselijker maken en barrières aan het licht brengen die in formele richtlijnen wellicht over het hoofd worden gezien.

4. **Richt je op de toepassing.** Praktische communicatie, herkenning, risicobeoordeling, doorverwijzing en coördinatie moeten voorrang krijgen boven abstracte bewustwording.

5. **owel samenstellen als creëren.** Bekijk bestaande bronnen voordat je nieuw materiaal maakt; combineer nationale richtlijnen met lokale informatie over dienstverlening.

6. **Bied voortdurende ondersteuning.** Eenmalige sessies zijn zelden voldoende om competenties in stand te houden in veranderende dienstverlenings- en beleidsomgevingen.

Bezoeken aan andere landen voor wederzijds leren worden behandeld in hoofdstuk 9, omdat de belangrijkste waarde ervan ligt in uitwisseling, overdraagbaarheid en aanpassing. Gedetailleerde richtlijnen voor professionele training zijn te vinden in bijlage 5.

AANZETTEN TOT AANPASSING

Welke beroepsgroepen hebben de meest directe invloed op de veiligheid, de toegang, de opvang en de doorverwijzing van slachtoffers?

Welke hiaten in de praktijk zijn zichtbaar in het huidige systeem, en hoe zullen deze worden beoordeeld vóór het ontwerpen van het curriculum?

Welke disciplines en ervaringsdeskundigen moeten in de opleiding vertegenwoordigd zijn?

Hoe worden bijscholing en updates over doorverwijzingen na de initiële opleiding in stand gehouden?

7. Communicatieactiviteiten

7.1 DOEL EN STRATEGIE

Communicatie is een interventie op zich. Het stelt doelgroepen in staat toegang te krijgen tot informatie over rechten, diensten en ondersteuning; vergroot het publieke en institutionele bewustzijn van gendergerelateerd geweld in vluchtelingengemeenschappen; verspreidt projectkennis; en ondersteunt de zichtbaarheid bij belanghebbenden en besluitvormers. Communicatie moet niet-discriminerend, cultuursensitief, trauma-geïnformeerd en responsief op feedback blijven.

Een gezamenlijke strategie moet gemeenschappelijke doelen, doelgroepen, boodschappen en minimumnormen vastleggen, terwijl ruimte blijft voor nationale aanpassing. Communicatie kan worden geïntegreerd in monitoring, evaluatie, verantwoording en leren (MEAL), zodat bereik, betrokkenheid en feedback bijdragen aan voortdurende verbetering.

7.2 DOELGROEP- EN KANAALMATRIX

Doelgroep	Primaire behoefte	Geschikte formats
Overlevenden / mensen die risico lopen	Praktische informatie over rechten, diensten, veiligheid en ondersteuning	Meertalige video's, beeldmateriaal, communicatiekanalen, posters, direct uitgedeelde folders
Vrouwen, jongeren, kinderen, LHBTIQ+-groepen	Gerichte informatie die specifieke belemmeringen aanpakt zonder het stigma of de blootstelling te vergroten	Op maat gemaakte visuele of gesproken inhoud, veilige verspreiding binnen de gemeenschap
Eerstelijnsprofessionals / maatschappelijke organisaties	Praktijkgerichte hulpmiddelen, trainingsmateriaal en doorverwijzingsinformatie	Webbronnen, presentaties, trainingsmateriaal, professionele netwerken
Overheden / besluitvormers	Bewijs van implementatiekloven en werkbare oplossingen	Briefings, presentaties, beleidsdocumenten, bijeenkomsten met belanghebbenden
Het grote publiek	Bewustwording en empathie zonder trauma te sensationaliseren	Mensgerichte verhalen, publieke evenementen, sociale media

7.3 BELANGRIJKSTE COMMUNICATIEMIDDELEN

Gebruik een mix van digitale, fysieke en belanghebbendenkanalen in plaats van te vertrouwen op één platform. reach.out plus maakte gebruik van speciale subpagina's op de website, meertalige video's, sociale media, gedrukte posters en folders, WhatsApp-informatiekanalen, openbare evenementen en doelgroepgerichte presentaties. QR-codes en korte visuele formaten zorgden voor laagdrempelige toegang, ongeacht leesvaardigheid en taalverschillen.

Land	Kenmerkende nadruk
Duitsland	Geanimeerde audiovisuele inhoud, posters met QR-codes, directe verspreiding en het bewust vermijden van stereotiepe afbeeldingen.
Griekenland	Aanhoudende communicatie via meerdere platforms, die zich ontwikkelde van het rapporteren van activiteiten naar thematische bewustwording en mensgerichte verhalen.
Nederland	Lokale aanpassing van gedeelde consortiumcontent, inclusief timing en inpassing rond lokaal relevante momenten.

7.4 ESSENTIËLE PUNTEN VOOR REPLICATIE

1. **Plan de communicatie vanaf het begin.** Bepaal tijdens de projectontwikkeling de doelgroepen, boodschappen, kanalen, verantwoordelijkheden en een communicatiekalender.

2. **Geef prioriteit aan meertalige, laagdrempelige formats.** Video, beeldmateriaal, gesproken inhoud en een helder ontwerp kunnen mensen bereiken die worden uitgesloten door tekstzware communicatie.

3. **Combineer digitale en fysieke contactpunten.** Het internet en sociale media moeten worden aangevuld met materiaal dat wordt geplaatst op locaties waar doelgroepen al gebruikmaken van diensten.

4. **Pas gedeelde inhoud lokaal aan.** Houd de kernboodschap consistent, maar sta contextgebonden timing, culturele verwijzingen en kanaalkeuzes toe.

5. **Bescherm de waardigheid en houd feedback in de gaten.** Controleer taalgebruik en beeldmateriaal op stereotypen of stigmatisering, betrek vertegenwoordigers van de doelgroepen erbij en gebruik MEAL(monitoring&evaluatie)-feedback om de inhoud te verbeteren.

AANPASSINGSVRAGEN

Welke doelgroepen hebben behoefte aan andere boodschappen, talen, formaten of detailniveaus?

Welke digitale en fysieke kanalen worden al vertrouwd en regelmatig gebruikt door de doelgroepen?

Wie controleert de taal en beeldmateriaal op stigmatisering, stereotypering, vertrouwelijkheid en culturele relevantie?

Welke feedback of betrokkenheidsindicatoren zullen aanleiding geven tot aanpassing van de communicatie-inhoud?

8. Belangenbehartiging en pleitbezorging

8.1 DOEL

Belangenbehartiging en pleitbezorging vormt een integrale pijler van het reach.out plus-model en is geen afzonderlijke werkstroom. Het doel ervan is om barrières, hiaten en goede praktijken die zijn geïdentificeerd via casuswerk, trainingen voor cultuurmediators, workshops, professionele trainingen en doorverwijservaringen te vertalen naar geloofwaardige aanbevelingen voor beleids- en structurele verandering.

8.2 BELANGENBEHARTIGING OP MEERDERE NIVEAUS

Niveau	Typische actie
Lokaal	Betrek opvangorganisaties, dienstverlenende organisaties, gemeentelijke structuren en lokale overheden bij de besproken belemmeringen bij de uitvoering.
Regionaal	Breng structurele kwesties ter sprake bij autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor beschermingsnormen, huisvestingssystemen of regionale dienstcoördinatie.
Nationaal	Werk samen met ministeries, parlementsleden, nationale werkgroepen en coalities uit het maatschappelijk middenveld om wetgeving, financiering en systeemwijde toegankelijkheid aan te pakken.
EU	Zet bevindingen uit het veld om in beleidsdocumenten en gerichte dialoog met relevante instellingen, agentschappen, netwerken en parlementaire actoren.

8.3 DE CYCLUS VAN BEWIJS NAAR BELANGENBEHARTIGING

CARE International nam het voortouw bij belangenbehartiging en pleitbezorging op EU-niveau en koppelde dit bewust aan de operationele cyclus. Deze aanpak kan worden overgenomen via vijf onderling verbonden pijlers:

1. **Evalueer het wettelijke en regelgevende kader.** Stel een uitgangssituatie vast en breng tekortkomingen in de uitvoering in kaart.

2. **Bouw de bewijsbasis op.** Combineer uit projecten verkregen bewijsmateriaal met literatuur en bestaand werk van het maatschappelijk middenveld.

3. **Identificeer belanghebbenden.** Breng de specifieke instellingen, netwerken, afdelingen, commissies en personen met gezag of invloed in kaart.

4. **Breng pleitbezorgings-momenten in kaart.** Identificeer beleidsprocessen en beslissingsmomenten in een vroeg stadium, terwijl je flexibel blijft voor nieuwe kansen.

5. **Ga strategisch te werk.** Richt bewijsmateriaal en aanbevelingen op de actoren die het best in staat zijn om actie te ondernemen, in plaats van te streven naar brede, ongedifferentieerde outreach.

8.4 OPBOUWEN VAN GEZAMENLIJKE PLEITBEZORGINGSCAPACITEIT

Belangenbehartiging mag niet afhankelijk zijn van één specialist alleen. Projectteams kunnen gezamenlijke capaciteit opbouwen door middel van juridische en beleidsmatige basisoverzichten, regelmatige beleidsupdates, reflectie op systeemniveau tijdens routinematige consortiumvergaderingen, workshops over belangenbehartiging en duidelijke mechanismen waarmee eerstelijnsmedewerkers belemmeringen en nieuw bewijsmateriaal aan het licht kunnen brengen.

8.5 ESSENTIËLE ASPECTEN VAN REPLICATIE

1. **Veranker pleitbezorging vanaf het projectontwerp.** Bepaal hoe activiteiten in de frontlinie bewijsmateriaal voor beleidsbetrokkenheid zullen genereren en documenteren.

2. **Breng in kaart wie wat kan veranderen.** Verschillende beleidshefbomen bevinden zich op verschillende bestuurlijke niveaus; richt aanbevelingen daarop af.

3. **Bouw allianties en institutionele relaties op.** Werkgroepen, coalities, ministeries, instanties en dienstverleningsnetwerken creëren geloofwaardigere en duurzamere wegen om invloed uit te oefenen.

4. **Maak op een veilige manier gebruik van de perspectieven van overlevenden.** Waar haalbaar en met toestemming kunnen perspectieven uit de eerste hand statistieken een menselijk gezicht geven zonder de vertrouwelijkheid of veiligheid in gevaar te brengen.

5. **Maak pleitbezorging tot een gezamenlijke taak.** Geef alle partners de taal en mechanismen die nodig zijn om operationele ervaringen te koppelen aan beleidsmaatregelen.

Gedetailleerde methodologieën en hulpmiddelen voor belangenbehartiging en pleitbezorging zijn te vinden in bijlage 6.

AANPASSINGSVRAGEN

Welke besluitvormers hebben zeggenschap over de belemmeringen die via het werk in de praktijk zijn vastgesteld?

Welk bewijsmateriaal kan routinematig worden gedocumenteerd zonder de vertrouwelijkheid of de veiligheid van overlevenden in gevaar te brengen?

Welke bestaande coalities, werkgroepen of institutionele relaties kunnen dit bewijsmateriaal versterken?

Wie binnen het project is verantwoordelijk voor het omzetten van operationele lessen in pleitbezorgingsboodschappen en vervolgacties?

9. Leren, overdraagbaarheid en duurzaamheid

9.1 ALGEMENE SUCCESFACTOREN EN UITDAGINGEN

Wat maakte het model mogelijk?	Wat vereiste actief beheer
Op vertrouwen gebaseerde, participatieve methoden en veilige ruimtes	Contextgebondenheid: geen enkele workshop of outreach-vorm kon ongewijzigd worden overgenomen
Cultuurmediators uit de gemeenschap als bruggenbouwers, ondersteund door training en begeleiding	Aanhoudende inzet van de cultuurmediators naast hun werk, gezins- en gemeenschapsverantwoordelijkheden
Onderling verweven componenten: gemeenschapswerk, professionele training, communicatie en belangenbehartiging versterkten elkaar	Grenzen stellen, bescherming bieden, emotionele eisen en professionele afstand
Uitwisseling tussen landen en dialoog binnen het consortium	Vertrouwensopbouw kost tijd en de opkomst bij outreach-activiteiten kan onvoorspelbaar zijn
Laagdrempelige, praktische vormen zoals visuele hulpmiddelen, rollenspellen en meertalige inhoud	Noodzaak om doorverwijzingsinformatie, dienstverleningsrelaties en trainingsinhoud actueel te houden

9.2 LEREN OVER DE LANDSGRENZEN HEEN

Partnerbezoeken en uitwisselingen binnen het consortium boden gestructureerde mogelijkheden om diensten te observeren, praktijkbeoefenaars en autoriteiten te ontmoeten, doorverwijspraktijken te vergelijken en na te denken over aanpassing. Bezoeken in Griekenland, Duitsland en Nederland evolueerden van het leren kennen van de gastorganisatie en de context naar het observeren van de dienstverlening, het aangaan van contacten met externe belanghebbenden en het identificeren van lessen die kunnen worden toegepast. Een belangrijke les was dat outreach moet worden gezien als onderdeel van een bredere, op rechten gebaseerde aanpak, in plaats van louter als een mechanisme om diensten te verlenen buiten de reguliere systemen om.

De uitwisseling tussen landen leidde ook tot praktische innovaties, waaronder visuele kaarten met kernboodschappen, meer gebruik van afbeeldingen en formaten voor mensen met een lage geletterdheid, maatregelen om de vertrouwdheid van begeleiders te vergroten en hulpmiddelen om de dienstverlening te verankeren, die vervolgens lokaal konden worden aangepast. Gedetailleerde voorbeelden zijn opgenomen in bijlage 7 en de relevante operationele bijlagen.

9.3 DUURZAAMHEID

- **Integratie in bestaande diensten.** Breng gezondheids-, sociale, juridische en beschermingsstructuren in kaart die na afloop van de projectcyclus doorverwijzingsroutes, opleidingen, supervisie en netwerken van cultuurmediators kunnen overnemen.

- **Onderhoud partnerschappen.** Het maatschappelijk middenveld, overheidsinstanties, dienstverleners en netwerken van migrantengemeenschappen zorgen voor de instandhouding van toegang, doorverwijzing, geloofwaardigheid en belangenbehartiging.
- **Plan toekomstige financiering.** Ondersteuning van cultuurmediators, professionele training, coördinatie en supervisie vereisen voortdurende investeringen. Het documenteren van resultaten en middelenbehoeften ondersteunt toekomstige financiering of reguliere financiering.

9.4 VOORWAARDEN VOOR OVERDRAAGBAARHEID

Het model kan worden aangepast aan verschillende omgevingen wanneer uitvoerders een op rechten gebaseerde aanpak kunnen handhaven, voldoende politieke en operationele ruimte hebben voor acties van het maatschappelijk middenveld, en bereid zijn te investeren in het opbouwen van vertrouwen op de lange termijn in plaats van in snelle, transactionele dienstverlening. Mogelijke omgevingen zijn onder meer opvangcentra voor vluchtelingen, stedelijke gezondheids- en sociale voorzieningen, mobiele outreach-omgevingen en opvangcentra voor asielzoekers.

10. Checklist voor gereedheid tot replicatie

Gebruik deze checklist vóór de start en bij regelmatige evaluatiemomenten. Niet elk onderdeel hoeft in het begin volledig uitgerijpt te zijn, maar hiaten moeten worden geïdentificeerd, van middelen worden voorzien en aan verantwoordelijke actoren worden toegewezen.

Gebied	Vraag over gereedheid
Vertrouwen van de gemeenschap	Zijn er vertrouwde cultuurmediators of peer-educators geïdentificeerd uit, of die een nauwe band hebben met, de doelgemeenschappen?
Personeel	Is er specifieke capaciteit voor projectcoördinatie, begeleiding van cultuurmediators, professionele ondersteuning, administratie en bescherming?
Duidelijkheid over de rol	Zijn de verantwoordelijkheden, grenzen, vertrouwelijkheid, beschikbaarheid, doorverwijzingsplichten, ondersteuning en eventuele vergoedingen voor de cultuurmediators duidelijk gedefinieerd?
Veilige toegang	Zijn er toegankelijke en vertrouwelijke ruimtes of kanalen voor groepsactiviteiten en individuele ondersteuning?
Doorverwijzingsroutes	Zijn medische, psychosociale, juridische, huisvestings- en beschermingsdiensten in kaart gebracht, benaderd en opgenomen in duidelijke protocollen?
Professionele aanpak	Is er gekwalificeerd personeel beschikbaar voor gespecialiseerde ondersteuning en zijn relevante eerstelijnsprofessionals getraind in het herkennen van signalen en het doorverwijzen van slachtoffers?
Opleiding	Zijn de leerplannen aangepast aan de lokale behoeften, systemen, talen en de context van de gemeenschap, inclusief praktische vaardigheden en follow-up?
Communicatie	Zijn er meertalige, laagdrempelige en niet-stigmatiserende materialen beschikbaar via zowel digitale als fysieke kanalen?
Partnerschappen	Worden gemeenschapsnetwerken, dienstverleners, maatschappelijke organisaties en relevante autoriteiten vroeg genoeg betrokken om de toegang en coördinatie te ondersteunen?
Belangenbehartiging en pleitbezorging	Is er een mechanisme om praktijkervaringen uit de frontlinie te documenteren en door te geven aan de besluitvormers die structurele belemmeringen kunnen aanpakken?
Monitoring & evaluatie / leren	Kunnen feedback van deelnemers, uitdagingen bij de uitvoering, resultaten en nieuwe behoeften worden vastgelegd en gebruikt om activiteiten aan te passen?
Duurzaamheid	Is er een plan om doorverwijzing, training, supervisie, communicatie en partnerschapsstructuren ook na de initiële financieringsperiode te verankeren?

MINIMALE FUNCTIONELE VEREISTEN

Een ondersteunde structuur van cultuurmediators/peer-educators die verbonden is met de doelgroepen.

Veilige, toegankelijke toegangspunten voor groepsactiviteiten en individuele ondersteuning.

Functionele doorverwijzingsroutes naar medische, psychosociale, juridische en beschermingsdiensten.

Gekwalificeerde professionele capaciteit voor gespecialiseerde ondersteuning en begeleiding.

Capaciteit van het projectteam voor coördinatie, bescherming, leren en documentatie.

Toegankelijke communicatie in relevante talen en formaten.

Uit de implementatie-ervaring met reach.out plus blijkt dat supervisie en coördinatie op meerdere niveaus aanzienlijke, toegewijde personele capaciteit vereisen en expliciet in de begroting moeten worden opgenomen. De personeelsbezetting moet worden afgestemd op de teamgrootte, de complexiteit van de casussen, de geografische ligging en de beschikbare dienstverleningsinfrastructuur, in plaats van te worden behandeld als een universele, vaste verhouding.

10.1 VOORGESTELDE IMPLEMENTATIEREEKS

1. **Breng de context en de diensten in kaart.** Identificeer doelgroepen, belemmeringen, doorverwijsmogelijkheden, beleidsstructuren en bestaande gemeenschapsnetwerken.

2. **Bouw partnerschappen en beschermingsstructuren op.** Verduidelijk verantwoordelijkheden, doorverwijzingsrelaties, vertrouwelijkheid en escalatieroutes voordat de outreach begint.

3. **Werf en train cultuurmediators.** Zorg voor duidelijke rolverdeling, praktische training, supervisie en ondersteuningsmechanismen.

4. **Start groepsactiviteiten, outreach en individuele ondersteuning gelijktijdig op.** Zorg ervoor dat bewustmakingsactiviteiten vanaf het begin zijn gekoppeld aan deskundige doorverwijzing en opvolging.

5. **Versterk de professionele respons.** Train relevant eerstelijns- en besluitvormend personeel op basis van geïdentificeerde hiaten in de praktijk.

6. **Stimuleer communicatie, leren en belangenbehartiging.** Maak gebruik van meertalige communicatie, feedback van deelnemers en gedocumenteerd bewijsmateriaal uit de praktijk om de uitvoering aan te passen en structurele belemmeringen aan te pakken.

7. **Plan de institutionele verankering in een vroeg stadium.** Onderhoud partnerschappen, werk doorverwijzingssystemen bij en breng toekomstige financiering in kaart voordat de projectfinanciering afloopt.

Conclusie

De kracht van het reach.out plus-model ligt niet zozeer in een vaste reeks activiteiten als wel in een overdraagbare methodologie: vertrouwde actoren uit de gemeenschap, veilige participatieve ruimtes, contextgevoelige begeleiding, praktische informatie, functionele doorverwijzingen, competente professionele respons en voortdurende reflectie gekoppeld aan systemische belangenbehartiging. Verschillen tussen Duitsland, Griekenland en Nederland tonen aan dat dezelfde principes kunnen worden vertaald naar verschillende methoden, afhankelijk van doelgroepen, institutionele landschappen en nationale beleidsomgevingen.

VIJF PRINCIPES OM MEE TE NEMEN BIJ REPLICATIE

1. **Begin met vertrouwen in de gemeenschap. Investeer in geloofwaardige, ondersteunde contacten binnen de gemeenschap.**

2. **Koppel directe dienstverlening aan systemische verandering. Ontwerp documentatie en leerprocessen zodanig dat ervaringen uit de praktijk als basis kunnen dienen voor belangenbehartiging.**

3. **Pas het kader aan, niet de principes. Behoud de toezeggingen op het gebied van rechten, gendergevoeligheid, traumagerichte benadering, deelnemersgerichtheid, culturele responsiviteit en bescherming, terwijl je de methoden aanpast.**

4. **Bouw vanaf het begin aan duurzaamheid. Veranker waar mogelijk partnerschappen, doorverwijzingssystemen, professionele capaciteit en ondersteuning door cultuurmediators in bestaande structuren.**

5. **Beschouw communicatie als een interventie. Toegankelijke, empowerende informatie vermindert isolatie, vergroot de zichtbaarheid van ondersteuning en vergroot het bereik van het model.**

Reach.Out Plus is a collaborative European initiative dedicated to supporting survivors of gender-based violence (GBV), with a particular focus on refugee communities in Germany, Greece, and The Netherlands. The project is grounded in the belief that empowerment begins with access to information, support systems, and community engagement

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

Co-funded by
the European Union

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Training Guide

for multipliers

REACTING TO GENDER-BASED VIOLENCE AGAINST REFUGEES THROUGH COORDINATED HELP, ADVOCACY AND OUTREACH ACTIONS PLUS

CERV-2024-DAPHNE - 101194850

TABLE OF CONTENT

3 Multiplier Training Guide - MdM Germany

4 Overview: Multiplier Training Sessions

6 Training Number 1: Introduction

9 Training Number 2: Asylum Rights

13 Training Number 3: Medical Rights and Healthcare System Germany

16 Training Number 4 and 5: Psychiatric support and Mental Health; Psychoeducation and Trauma

22 Training Number 6: Sexual Health and Sexual Self Determination

27 Training Number 7: Rights of GBV Survivors

33 Training Number 8: Safety and Emergency Help

Multiplier training guide - MdM Germany

This guide is designed to train volunteers as community multipliers. The group consists of eight adults of diverse genders, backgrounds, and ages, all of whom have personal experiences of displacement and currently reside in various collective accommodation facilities across Upper Bavaria.
The training prepares participants to support asylum seekers who have experienced gender-based violence (GBV). Through group sessions, the community multipliers gain the knowledge and skills needed to act as trusted members within their communities, sharing information and experiences on equal footing. This approach strengthens both individual resilience and collective resources, fostering self-help structures.
By promoting low-threshold access to information and empowerment, the training enables individuals to exercise their rights—especially in contexts where formal support services are limited or difficult to access.
Volunteers working in the fields of health and GBV protection face complex challenges. However, there is a notable lack of targeted training materials to adequately prepare them for this vital work. This guide aims to fill that gap by providing a practical foundation of knowledge and tools for volunteers committed to promoting health and safety among those affected or at risk.

Key Objectives of the Training:

- Support volunteers' own health and self-care
- Provide essential knowledge about medical rights and protection from GBV
- Teach methods for community-based knowledge sharing and low-threshold advisory support

The training sessions build upon one another. Since the group of volunteers does not know each other prior to the training, and not all participants are familiar with the project team, the program begins with lighter topics. More sensitive, intimate, and potentially distressing content—such as forms of gender-based violence (GBV) or trauma—is addressed toward the end of the training block.
By that stage, a strong sense of team spirit, belonging, and trust among volunteers and the project team will have been established, creating a safer and more supportive environment for discussing challenging issues. Each training unit therefore also aims to foster trust and strengthen group cohesion.
All training sessions are designed as full-day workshops. It is recommended to schedule regular breaks (approximately every two hours) and to provide adequate snacks and lunch.
The training is structured into three main modules that build upon one another. Together, they offer the basis for responsible, informed, and empathetic volunteer engagement.

Overview: Multiplier Training Sessions according to the Training Modules

Module	Training Session
Module 1: Asylum and Healthcare System	1.1 Introduction
	1.2 Asylum Rights
	1.3 Medical Rights and Healthcare System Germany
Module 2: Mental Health	2.1 Psychiatric Support and Mental Health
	2.2 Psychoeducation and Trauma
Module 3: Sexual Health and rights of GBV survivors	3.1 Sexual Health and Sexual Self Determination
	3.2 Rights of GBV survivors
	3.3 Safety and Emergency help

Overview: Multiplier Training Sessions according to the Training Modules

Module 1: Asylum and Healthcare System

This introduction module marks the starting point of the training program for volunteers. It provides an essential orientation to the structure, values, and working principles of the organization, and introduces participants to the broader training context and their role within the support network. Additionally, the module offers basic knowledge about the asylum procedure in Germany and the German healthcare system, with a focus on access pathways, legal rights, and common challenges faced by refugees. The aim is to build a shared understanding and prepare participants for their meaningful engagement in supporting asylum seekers who have survived GBV or are at risk.

Module 2: Mental Health

This module equips volunteers with foundational knowledge about mental health in the context of flight and asylum. It introduces professional support systems and practical psychoeducational techniques that promote emotional stabilization and self-care. Participants will learn how to inform affected individuals about their rights, facilitate access to psychosocial services, and strengthen health-promoting strategies. The goal is to enhance volunteers' ability to provide sensitive, resource-oriented support and empower survivors of GBV in navigating their healing journey.

Module 3: Sexual Health and Rights of GBV Survivors

This module raises awareness among volunteers about sexual self-determination, sexual health, and the rights of GBV survivors. Participants are introduced to forms of GBV that are often experienced in the context of flight and asylum as well as to respective support structures. It also presents essential rights of vulnerable people and teaches how to respond appropriately in emergency situations using established guidelines. The goal is to foster a safe and empowering environment for GBV survivors and those at risk.

Training Number: 1
Topic of the Training: 1.1 Introduction (Module 1: Basic Module - Asylum and Healthcare System)

ICEBREAKER ACTIVITY: SPEED DATING

Setup and Procedure:
Chairs are arranged in two rows or concentric circles. Each person faces a partner
The facilitator reads one question at a time. Each pair discusses the question for 1 minute. After each round, one row or circle rotates to form new pairs.

Sample Questions:
1. Today will be a great day if...
2. If I had a superpower, it would be...
3. Choose one: Life is short / Life is long
4. What quality do you value most in a friendship?
5. Which item of clothing is most important to a person's look?
6. If you could invent a new holiday, what would it celebrate?

Objectives:

- ✔ Build connections among participants
- ✔ Energize the group
- ✔ Foster team spirit for collaborative training

Content Overview, including suggested methods for delivering the key messages

Key Messages	Methods [1]
Introduction to the Organization: Ärzte der Welt Ärzte der Welt is the German branch of the international humanitarian network Médecins du Monde/Doctors of the World. The organization works globally and in Germany to ensure that everyone can exercise their right to health.	**Informal Verbal Introduction** The facilitator shares background information and encourages spontaneous questions and interaction.

[1] The listed methods are flexible and may be adapted to suit the group's needs, available resources, and facilitation style. Content can be shared through informal conversations, presentations, visual aids, or interactive exercises, etc.

Introduction to the Project: reach.out plus

reach.out plus is a European initiative supporting survivors of gender-based violence (GBV), with a focus on refugee communities in Germany, Greece, and the Netherlands.
The project promotes low-threshold community empowerment through individual consultations, group workshops for women* in refugee centers, and outreach by trained multipliers. It also strengthens frontline professionals through capacity building and advocates for health rights and protection through evidence-based policy work.

Objectives:

- Introduce participants to the project environment
- Provide a clear understanding of the project's overall goals

Introduction to the Multiplier Role

Outreach activities are central to the project and reflected in its name. These activities are carried out by the project team as well as by trained volunteers referred to as multipliers. The group consists of eight adults from diverse backgrounds, all with lived experience of flight and asylum. After completing intensive training, multipliers engage with asylum seekers and GBV survivors in or near accommodation centres, supporting access to health rights and protection. Activities include group formats (e.g., health cafés) and individual consultations.

Timeline of Multiplier Role

- 01.06.2025 - 31.12.2026: Duration of multiplier engagement
- June - August 2025: Intensive training phase
- September 2025 - December 2026: Outreach phase with monthly group meetings and quarterly coaching (individual and group supervision)

Training Content

- Eight sessions covering: asylum and health rights, mental health, sexual health, focusing on GBV survivors and those at risk
- Delivered by project team and

Informal Verbal Introduction & Schedule Overview

The facilitator introduces the multiplier role through a free-form explanation, using the training schedule as visual support. This format encourages open questions and interaction.

Exercise: Expectations Analysis

Materials:

- 3 flipcharts (one per station)
- Markers (various colors)
- Sticky dots (min. 12 per participant, ideally in different colors)
- Printed list of training topics (for Station 3)
- Station labels

Setup and Procedure:

Participants are divided into three groups and rotate through three stations.

Station 1:
Question: What is your goal in joining the volunteer project?
→Answers are written on the flipchart.

Station 2:
Question: What are your expectations of the multiplier team and the project team?
→Answers are written on the flipchart.

external experts
- Includes training materials, service information, and outreach tools

Ongoing Support
- Monthly group meetings for methodological input, peer exchange, and reflection
- Additional sessions on safety, protection, and tailored training as needed

Multiplier Responsibilities
- Sign a volunteer agreement
- Attend all training sessions and follow-up meetings
- Actively participate in outreach activities
- Document outreach monthly
- Maintain regular communication with the project team
- Collaborate respectfully with team members and target groups

Rights within the Multiplier Role
- Volunteers may terminate the volunteer agreement at any time during the project
- Volunteers may choose outreach activities based on their strengths, interests, and availability

Station 3:
The training topics are listed on a flipchart. Participants use sticky dots to prioritize training topics.
After all groups complete the stations, results are discussed in plenary.

Objectives:
- Encourage active participation
- Strengthen self-efficacy
- Build team spirit
- Establish shared goals and a foundation for collaboration

Pre-Evaluation Survey
Before the training begins, volunteers complete an anonymous survey to assess their prior knowledge of the training topics. They rate their understanding on a scale from 1 to 4 (with 4 indicating full knowledge). The results will be compared with a post-training survey to measure learning progress.

Objectives:
- Assess participants' initial knowledge
- Adapt training content based on survey results
- Evaluate training effectiveness through comparison of pre- and post-surveys

Training Outcomes:
By the end of this training session, participants will:

- ✔ **Build trust and get to know one another**
- ✔ **Establish a positive group dynamic**
- ✔ **Clarify expectations and understand the training structure and goals**
- ✔ **Feel motivated to actively participate**
- ✔ **Reflect on their initial knowledge and commit to the learning process**

Training Number: 2
Topic of the Training: 1.2 Asylum Rights (Module 1: Basic Module - Asylum and Healthcare System)

ICEBREAKER ACTIVITY: FOUR CORNERS

Materials:
• Four paper cards: Strongly Agree, Agree, Disagree, Strongly Disagree

Setup and Procedure:
Place four signs in the room's corners. The facilitator reads a statement. Participants move to the corner that reflects their opinion. Some volunteers briefly explain their choice.

Sample Statements:
1. I enjoy working in the morning.
2. I trust my team to support me in challenging situations.
3. I feel confident discussing sensitive topics like gender-based violence.
4. Building trust with clients is more important than quick solutions.
5. I know my emotional limits and when to step back.
6. I understand the roles of authorities in the asylum and accommodation process.

Objectives:

- ✔ Energize participants
- ✔ Encourage openness and reflection
- ✔ Build a safe, inclusive group atmosphere

Content Overview, including suggested methods for delivering the key messages

Key Messages	Methods [1]
Understanding the Right to Asylum People who face serious human rights violations in their home country may be entitled to asylum. To qualify, they must show they were persecuted for reasons such as: • Race (as defined by the Geneva Refugee Convention)	**Question Prompt: Exploring Asylum** Facilitator starts with two open questions: 1. What does asylum mean to you? 2. Who is entitled to asylum? Participants share their thoughts. The facilitator collects responses and adds key points using a PowerPoint presentation.

[1] The listed methods are flexible and may be adapted to suit the group's needs, available resources, and facilitation style. Content can be shared through informal conversations, presentations, visual aids, or interactive exercises, etc.

• Nationality • Political opinion • Religious beliefs • Membership in a particular social group (including gender-based persecution, e.g. LGBTIQ* persons) They must also show that they cannot find protection or safety anywhere in their country of origin.	**Objectives:** • Build understanding of asylum • Encourage reflection and participation • Prepare for deeper discussion on asylum procedures
Key Authorities in the Asylum Process • BAMF (Federal Office for Migration and Refugees) decides whether a person qualifies for international protection. • In Upper Bavaria, the Regierung von Oberbayern (District Government) handles accommodation and transfers for asylum seekers.	**Recognizing Authorities and Their Roles** **Materials:** • Cards with logos of authorities • PowerPoint presentationr **Setup and Procedure:** The facilitator shows participants cards with logos of key authorities and asks them to name each authority and describe its role. After the discussion, the facilitator presents the correct answers using a PowerPoint. **Objective:** • Clarify the responsibilities of different authorities in the asylum process
Dublin III and the Asylum Hearing Process The Dublin III Regulation determines which EU country is responsible for processing an asylum application. Usually, it is the country of first entry. **Hearings:** • Dublin Hearing: Focuses on migration route. If necessary, applicants should explain why they cannot return to an other EU country (e.g. GBV) and present evidence • Main Hearing: Applicants explain reasons for fleeing and present evidence (e.g. social media, medical reports)	**Interactive Group Exercise + Video** **Materials:** • Moderation cards • Projector **Setup and Procedure:** Participants arrange cards showing asylum process stages in right order and explain different stages to each other. Facilitator adds missing info. To summarize the information, the following video is shown: https://www.asylindeutschland.de/en/film/ **Objectives:** • Deepen understanding of asylum stages • Clarify purpose of hearings • Encourage active participation

Interview Rights for GBV Survivors
GBV survivors can request gender-sensitive interviews (female interviewer/translator). BAMF must be informed beforehand in writing.
They may also request a specially trained interviewer („Sonderbeauftragter").
Support persons are allowed, but must not be asylum applicants themselves.

PowerPoint + Q&A Session
Objectives:
- Inform GBV survivors of their rights during interviews
- Explain how to request gender-sensitive and trauma-informed procedures

Possible Outcomes After the Main Interview
- Refugee Protection / Asylum Recognition: 3-year permit, work access, family reunification
- Subsidiary Protection: 1-year permit, work access
- National Ban on Deportation: 1-year permit, work possible with permission
- Outright Rejection, must be made within 2 weeks
- Rejection as „manifestly unfounded", appeal must be made within 1 week

The appeal must be made in written form at the court. Usually one month after notification, a written statement of the grounds for appeal must be handed in. For this, the support of a lawyer is recommended. After this, the applicant is invited to a personal hearing at the court.

Expert Talk: Understanding Asylum Outcomes and Appeals
A lawyer specialized in asylum law uses a power point presentation, followed by an open Q&A session.

Objectives:
- Understand the possible outcomes to an asylum application
- Learn how to appeal to negative outcomes

Support Services for GBV Survivors in the Asylum Process
Various organizations in Munich support GBV survivors (e.g. survivors of trafficking, honor-based violence, violence against LGBTIQ* persons).
Free asylum-related counseling is available.

Mapping Support – Identifying Helpful Organisations
Materials:
- Brochure with support organizations for GBV survivors

Setup and Procedure:
Facilitator asks:
- What organizations support GBV survivors?
- What are their target groups and services?

The brochure is handed out and explained.

	Objectives: • Gain an overview of available support structures • Understand how to access relevant support organisations
Accommodation in GBV Cases GBV survivors and those at risk can apply for protection shelter. Applications must include evidence (e.g. medical letters) and be submitted in writing to the Regierung von Oberbayern.	**Explanation: How to Apply** **Materials:** • Application form for protection shelter **Setup and Procedure:** Facilitator explains the application form and process **Objective:** • Understand how to apply for protective accommodation forms

Training Outcomes:
By the end of this training session, participants will:

- ✔ **Understand asylum eligibility criteria**
- ✔ **Be able to identify key authorities and their roles**
- ✔ **Know the steps of the asylum process in Germany**
- ✔ **Be aware of special rights for GBV survivors**
- ✔ **Know how to support GBV survivors in accessing their rights**

Training Number: 3
Topic of the Training: 1.3 Medical Rights and Healthcare System Germany (Module 1: Basic Module - Asylum and Healthcare System)

ICE BREAKER: "WHAT I LIKE TO DO FOR MY HEALTH"

Materials and Setup:
- Health statements on paper (e.g. I eat vegetables and fruit every day.)
- Chairs arranged in a circle (one fewer than participants)

Instructions: All participants sit in the circle. One chair remains empty. The facilitator introduces a statement regarding to health activities (e.g. "I do sports every day"). Participants move when a statement applies to them. One chair is removed each round until one person remains.

Objectives:
- ✔ Foster connection and engagement among participants
- ✔ Energize participants
- ✔ Encourage movement and laughter

Content Overview, including suggested methods for delivering the key messages

Key Messages	Methods [1]
• **Emergency numbers** • Police: 110 • Ambulance and fire brigade: 112 • Helpline violence against women: 116 016 • Medical on-call service (ärztlicher Bereitschaftsdienst): 116 117 • **Access to Healthcare for Asylum Seekers** • Limited coverage under the Asylum Seekers Benefits Act (Asylbewerberleistungsgesetz) • Mandatory health check upon arrival • In-house medical services in some	**Information Sharing via PowerPoint Presentation** **Materials:** • Emergency Contact Cards (business card size): For personal use and distribution to target groups • Printed sample of the Krankenbehandlungsschein: To illustrate formal procedures **Setup and Procedure:** A structured presentation on medical rights, featuring key terms and essential information visually displayed on slides.

[1] The listed methods are flexible and may be adapted to suit the group's needs, available resources, and facilitation style. Content can be shared through informal conversations, presentations, visual aids, or interactive exercises, etc.

reception centres
- Visits to doctors outside reception centres require a **Krankenbehandlungsschein**

- **Key information on Krankenbehandlungsschein**
- Must be obtained from the authority responsible for social benefits (Sozialamt or Landratsamt)
- Typically, valid for three months
- The original document remains with the doctor
- Generally applicable for visits to general practitioners, gynaecologists, ophthalmologists, and paediatricians
- For specialist doctors, a referral **(Überweisungsschein)** from a general practitioner is required. The specialist must receive both the referral and a copy of the Krankenbehandlungsschein.
- For dental treatment, a separate form (Zahnbehandlungsschein) must be requested.

- **Covered Medical Services**
- Emergency care (treatment and medication for pain and illness, treatment after accidents); pregnancy care; abortion; cancer screening; preventive medical examinations for children; all recommended vaccinations; psychiatric care)
- Children are entitled to regular and mandatory health screenings, known as U-Untersuchungen, which monitor the physical and mental development and overall well-being.
- Not covered: non-acute dental care, fertility treatments, chronic illness care unless acute
- Psychotherapy requires special request.

Healthcare after 36 months or after receiving a residence permit/regular employment
- Health card/health insurance replaces treatment slip.
- Regular insurance for people in employment subject to social security contributions

Objectives:
- Share essential information on medical rights and procedures
- Visualize theoretical concepts and formal processes
- Provide practical tools for emergency and medical support
- Empower participants to act effectively in urgent or health-related situations

Closing Game: "True or False"

Materials:
- Green and red cards for each participant

Setup and Procedure:
Participants receive a green card (true) and a red card (false). The facilitator reads statements based on the training content. Participants respond by showing the appropriate card.
Example Statement:
"A. is an asylum seeker with dental pain. He can visit a dentist without any documents. True or false?"

Objectives:
- Energize participants
- Review key training content
- Encourage active, critical thinking
- Assess understanding and clarify open questions

Training Outcomes:
By the end of this training session, participants will:

- **Understand key medical rights during and after the asylum process**
- **Know the procedures to access these rights**
- **Have a basic overview of the German healthcare system**
- **Be aware of local support services for migrants**
- **Reflect on and strengthen their own health and well-being**

Training Number: 4 and 5
Topic of the training: 2.1 Psychiatric Support and Mental Health & 2.2 Psychoeducation and Trauma (Module 2 - Mental health)

Given the broad scope and high importance of the topic among GBV survivors, the mental health training is delivered across two separate days. The first session is facilitated by a psychiatrist, while the second is led by two psychologists from a specialized support service for refugees and asylum seekers.

ICEBREAKER ACTIVITY: "ACTIVATING RESOURCES"

Setup and Procedure:
Participants sit in small groups (2–3 people). The facilitator reads reflective prompts focused on personal strengths. After three prompts, groups are reshuffled to encourage broader sharing.

Sample Prompts:
1. A place where I feel safe is...
2. One thing I'm proud of is...
3. Something that lifts my mood is...
4. A person who inspires me is...
5. When I need strength, I think of...
6. A resource I carry within me is...

Objectives:

- Foster a safe, open atmosphere
- Encourage reflection on inner strengths and coping strategies
- Build emotional awareness and group connection
- Set a positive tone and introduce mental health themes gently

Content Overview, including suggested methods for delivering the key messages

Key Messages	Methods [1]
Understanding Influences on Mental Well-Being Mental health is shaped by personal experiences, biological factors, social environments, and structural conditions - including the impact of displacement and asylum. Understanding these influences helps support affected individuals more effectively.	**Exercise: Mental Health Clustering & Personal Reflection** **Materials:** • Flash cards or picture cards depicting determinants of mental health (e.g. picture of a family, picture of an isolated person sitting alone) • Flipcharts or large paper • Markers in different colours **Setup and Procedure:** Participants work in small groups. Each group receives flash or picture cards and creates clusters of determinants of mental health. Afterwards, participants share personal reflections with plenum. Reflections are complemented by facilitator **Objectives:** • Foster awareness of diverse mental health perspectives • Promote empathy for those affected by forced migration • Encourage emotional and personal reflection
Psychiatrists and Psychotherapists: Different Roles and Benefits **Psychiatrists and psychotherapists provide distinct forms of support for individuals experiencing mental health challenges. Psychiatrists** are medical specialists in mental health. Consulting a psychiatrist should not be associated with stigma. They are qualified to assess psychological symptoms and, when appropriate, prescribe medication. Certain medications may assist with sleep	**Expert Input + Q&A: Understanding Mental Health Professions** **Materials:** • PowerPoint presentation • Printed psychoeducational handouts **Setup and Procedure:** A psychiatrist provides expert input through a PowerPoint presentation. The facilitator moderates a participatory Q&A session where participants can ask questions and express concerns.

[1] The listed methods are flexible and may be adapted to suit the group's needs, available resources, and facilitation style. Content can be shared through informal conversations, presentations, visual aids, or interactive exercises, etc.

regulation, energy levels, or motivation. It is essential to follow the prescribed dosage and instructions. If no improvement is observed or symptoms worsen, it is important to consult the psychiatrist for further evaluation.

Psychotherapists and psychologists offer support through structured therapeutic conversations. Psychotherapy involves regular sessions in which individuals discuss their psychological concerns. The therapist provides confidential guidance and introduces methods and exercises to help process experiences and alleviate symptoms. Unlike psychiatrists, psychotherapists are not authorized to prescribe medication.

Psychoeducational materials/handouts are distributed to clarify the use of medication and therapy.

Objectives:
- Clarify the roles of mental health professionals
- Reduce fear and stigma around psychiatric care
- Encourage informed engagement with mental health services

Common Mental Health Disorders: Causes and Symptoms

Predisposition of mental disorders: especially depression and schizophrenia are found to be passed on genetically.

Many persons who have made traumatic experiences and additionally suffer from the uncertainty, lack of self-determination, and negative stress related to the asylum process, face mental health challenges. Common illnesses are anxiety, depression, post-traumatic stress disorder (PTSD).

Symptoms of anxiety disorder:
- panic attacks with physical symptoms like short of breath, heart racing, sweating, dizziness
- constant feeling of threat, anxiety, tension

Symptoms of depression:
- main symptoms: feeling of hopelessness, sadness, joylessness, exhaustion, loss of interest and drive
- further symptoms (optional): Lack of concentration and awareness, reduced self-confidence, feeling of guilt and shame, negative perspective of future, sleeping problems, alteration of appetite

Deductive Teaching by Psychiatrist and Emotional Safety through Team Contact Person

Materials:
- Projector for the presentation
- Printed psychoeducational handouts

Setup and Procedure:
Prior to the presentation, the facilitator informs participants that they may leave the room at any time and introduces a designated contact person from the project team, available throughout the training for private conversations. This individual does not participate in the presentation and discreetly observes participants during the session.
If necessary—for example, if a participant exhibits signs of psychological distress—the contact person will intervene and provide appropriate support.
The session is delivered in a structured, didactic format to ensure emotional safety and minimize potential distress. Following the presentation, participants receive a handout summarizing the key points.

(more/less), inner tension, restlessness, inactivity, suicidial thoughts or tendencies

Symptoms of PTSD:
- Re-experiencing symptoms: intrusive memories, flashbacks, nightmares, intense distress, physical reactions
- Avoidance symptoms: avoiding thoughts and feelings, avoiding reminders, numbing, limited future
- Negative changes in thoughts and mood: negative thoughts, feelings of guilt, shame, or blame, loss of interest, feeling alienated
- Increased arousal and reactivity: difficulty sleeping, irritability and anger, difficulty concentrating, hypervigilance, reckless behavior: Engaging in risky or self-destructive behaviours
- Additional symptoms/dissociations: In the course of reexperiencing traumatic memories, it can happen that people loose contact to reality, orientation or consciousness

These symptoms may indicate the need for psychiatric treatment. However, such treatment is only appropriate if the individual wishes to receive it.
A diagnosis can help those affected in understanding their feelings, mood, and behaviour.

Objectives:
- Acquire knowledge of symptoms associated with common mental health conditions
- Facilitate the identification of individuals experiencing mental health disorders
- Promote normalization and reduce stigma related to mental health symptoms

---

Understanding Stress and Trauma Responses
Stress and trauma are natural responses to adversity—recognizing symptoms and understanding their origins is essential for healing and resilience.

There is positive stress (eustress) and negative stress (distress). Eustress helps you thrive, while **distress** makes you **struggle**.

Eustress
- Effects: Improves performance, focus, and resilience
- Examples: Preparing for a presentation,

Interactive Presentation + Body Awareness: Understanding Stress and Trauma

Materials:
- Flipcharts or posters with key concepts (e.g. eustress vs. distress)
- Markers in different colours
- Facilitation cards

Setup and Procedure:
The facilitator conducts an interactive presentation on stress and trauma, using visual aids such as flipcharts.
Participants are asked to write examples

starting a new job, training for a marathon
- Characteristics: Short-term, feels manageable, linked to growth and achievement

Distress
- **Effects:** Causes anxiety, fatigue, and can lead to physical or mental health issues
- **Examples:** Chronic work overload, financial problems, relationship conflicts, traumatic experiences
- **Characteristics:** Often long-term, feels uncontrollable, linked to burnout or illness

A **flashback** is a sudden, involuntary, and often vivid recollection of traumatic past experience. It feels as though the person is reliving the event rather than just re-membering it. Flashbacks can involve:
- **Sensory details** (images, sounds, smells, physical sensations)
- **Emotions** associated with the original event
- A sense of being "transported" back in time

They are commonly linked to traumatic experiences and are a key symptom of conditions like Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Flashbacks can be triggered by reminders of the event (e.g., certain sounds, places, or smells) or occur unexpectedly.

for eustress and distress on facilitation cards. The answers are clustered on a blackboard and complemented by the facilitator.

Objectives:
- Normalize stress responses
- Provide strategies for recognizing and managing trauma-related symptoms
- Promote reflective practice and self-awareness
- Enhance emotional regulation through somatic awareness

Self-Help Strategies for Everyday Mental Health

Empowering individuals with self-help strategies and resource activation builds resilience and supports symptom

management in everyday life.

When experiencing flashbacks, it is im-portant to stay grounded in the present moment. Using items that engage your senses—such as those with distinct tastes or smells—can help bring the focus back

Self-Help Kits + Grounding Practice

Materials:
- "Self-help kits" for coping with stressful memories
- Mats or chairs for grounding exercises
- Pens and paper for reflection tasks

Setup and Procedure:
A "Self-help kit" for coping with distressing memories and flashbacks is introduced and distributed to participants. The kit in-cludes lavender-scented cushions, strong

to the here and now.

Deep breathing exercises can be highly effective in managing stressful situations. Additionally, setting incremental steps and goals for both the near and distant future is essential. Regularly reminding oneself of individual strengths and available resources can further support resilience and well-being.

chewing gum, fluorescent star stickers (to help return to the here and now after nightmares), rubber bands and rings (to create sensory stimuli on the skin), and small massage balls.
Grounding techniques such as breathing exercises are demonstrated and practiced collectively. Participants are guided through reflection exercises to identify personal strengths and recall joyful experiences, reinforcing positive coping mechanisms.

Objectives:
- Strengthen self-efficacy
- Foster proactive mental health practices
- Promote self-reflection and positive orientation

Learning Outcomes
By the end of this training session, participants will:

- ✔ **Develop a deeper understanding of mental health, stress, and trauma**
- ✔ **Reduce stigma around psychiatric care and medication**
- ✔ **Gain awareness of symptoms related to anxiety, depression, and PTSD**
- ✔ **Receive practical self-help tools**
- ✔ **Reflect on personal coping strategies**
- ✔ **Share experiences that foster peer support**
- ✔ **Be able to identify challenges linked to flight and asylum that impact mental well-being**

Training Number: 6
Topic of the Training: 3.1 Sexual Health and Sexual Self Determination (Module 3: Sexual Health and Rights of GBV Survivors)

ICEBREAKER ACTIVITY: "RESONANCE THROUGH IMAGERY"

Materials:
• Selection of symbolic or abstract image cards
(e.g. nature scenes, colours, metaphors, emotions)

Setup and Procedure:
Participants select an image card that reflects their personal experience of sexuality or sexual health. They briefly reflect on their choice and share insights in pairs or small groups, guided by questions such as:
• What does this image represent for you?
• How does it relate to your experience or beliefs?

Objectives:

- ✔ Establish emotional safety and openness
- ✔ Promote self-reflection and personal engagement
- ✔ Acknowledge diversity of perspectives
- ✔ Build trust and set an inclusive tone

Content Overview, including suggested methods for delivering the key messages

Key Messages	Methods [1]
Sexual Health, Contraception, Abortion & Pregnancy Care **Sexual Health** Sexual health is part of overall well-being and includes the right to self-determination, access to medical care and contraception, and informed choices about pregnancy and abortion. Sexual health – just as health in general – is a human right. **Medical Consultations** • Women: See a gynecologist promptly for symptoms like menstrual pain, pain	**Thematic Input + Group Reflection: Sexual Health & Bodily Autonomy** **Materials:** • PowerPoint presentation • Contraception samples (e.g., condom, IUD) and anatomical models • Printed handouts **Setup and Procedure:** The facilitator introduces sexual health topics through an interactive PowerPoint. Contraceptive methods are explained and demonstrated using the provided

[1] The listed methods are flexible and may be adapted to suit the group's needs, available resources, and facilitation style. Content can be shared through informal conversations, presentations, visual aids, or interactive exercises, etc.

during intercourse, itching, unusual discharge, bleeding, incontinence, or menopausal issues. Annual exams from age 20 are recommended (also accessible for asylum seekers). Regular breast self-checks are important.

- Men: Common issues include STIs, erectile dysfunction, and prostate disorders. Consult a urologist for symptoms. Men 45+ are entitled to yearly prostate exams (also accessible for asylum seekers).

Contraception

- Methods: Pills, IUDs (hormonal/copper), implants, patches, etc.
- Financial aid: Available in many districts for low-income individuals (apply before procedure)
- Counseling: Pregnancy counseling centers provide guidance

Abortion in Germany

- Abortion is possible within the first 14 weeks of pregnancy (12 weeks after conception) in three cases:
  - **Medical Indication**
  At any stage of pregnancy, if the pregnant person's **life or physical/mental health is seriously endangered**, and this cannot be prevented by other means
  - Criminological Indication
  If the pregnancy resulted from a criminal act (e.g., rape)
  - After counselling
  Mandatory session with state certified pregnancy counselling service plus 3-day waiting period

- Methods: Surgical (vacuum aspiration) or medical (pill)
- Costs: Can be covered by state insurance for low-income individuals (also asylum seekers without health insurance)
- Support: 24/7 anonymous and free helpline with language mediation: 0800 40 40 020
- No shame: Abortion is a personal decision

materials.
After the presentation, participants discuss the legal and cultural situation concerning abortion in their countries of origin in small groups (2–3 people). Beforehand, the facilitator emphasizes respect for differing opinions and values—disrespectful comments are not allowed.

Objectives:

- Promote understanding of sexual health as a human right
- Explain German laws and procedures related to sexual health
- Empower participants to make informed decisions about their bodies
- Foster reflection and knowledge-based empowerment

Influence of Cultural and Social Norms on Sexuality and Sexual Identity

Cultural and societal norms shape how individuals understand and express their sexuality by prescribing what is considered acceptable or taboo within a given community. These norms influence everything from gender roles and sexual orientation to relationship dynamics and expressions of desire. For example, in some cultures, open discussions about sexuality are encouraged, while in others, they are stigmatized or suppressed. Recognizing these influences helps us understand that sexual identity and behavior are not solely personal choices but are also responses to external pressures and expectations. This awareness fosters empathy by allowing us to see others' experiences in context, and it reduces stigma by challenging rigid or judgmental views about what is „normal" or „acceptable" in matters of sexuality

In some societies, there is a widespread misconception that virginity can be determined by examining the hymen or by bleeding during sexual intercourse. These beliefs are incorrect and harmful.

Facts:

- **The hymen is not a barrier**. It is a thin, elastic tissue with natural openings; it does not "break" during first intercourse.
- **Bleeding is not proof of virginity**. Many do not bleed at all; if bleeding occurs, it is usually due to tissue tears or lack of lubrication.
- **Virginity cannot be medically tested**. Hymenal appearance varies and does not indicate sexual history. Virginity testing is unscientific and harmful.
- **Tampons and sports do not affect virginity**. Physical activities may change hymen shape but do not signify sexual activity.
- **Virginity is a social concept**, not biological. It reflects cultural norms, not anatomy.

Storytelling + Role Play: Exploring Cultural Narratives on Sexuality

Materials:

- Storytelling prompts (optional)
- Role-play scenario cards
- Flipchart or whiteboard for key points

Setup and Procedure:

Participants reflect on cultural narratives about sexuality from personal experience or known stories. The trainer facilitates a storytelling round where volunteers share stories illustrating how cultural norms shape sexuality. If not mentioned by participants, facilitator presents information on myths about virginity and the hymen. Next, participants engage in role play using prepared scenarios that explore diverse sexual identities and experiences, followed by short group discussions. The session ends with a guided conversation on how societal expectations influence sexual behaviour, identity, and self-expression.

Objectives:

- Raise awareness of cultural influences on sexuality
- Dispel myths about virginity and hymen
- Encourage respectful dialogue across differences
- Foster group connection through shared reflection

Sexual Health Rights & Inclusive Access to Care

Knowledge on own sexual health rights and communication skills are vital for healthy relationships and personal safety.

Preventive Sexual Health Rights

- Contraception: Everyone should have access and support in choosing suitable methods.
- Regular Care: Includes check-ups, STI screenings, and counseling for physical and emotional well-being.
- Equal Education: Men and women have the same right to information on consent, pleasure, and reproductive choices.
- Autonomy: Being informed empowers individuals to make decisions about their bodies and relationships.
- Support Services: Available for all, including those affected by traumatic experiences and/or FGM/C

Materials

- Prepared case study (e.g., a young woman faces barriers to contraception; a man faces stigma when trying to access STI screening)

Setup and Procedure:

The facilitator introduces sexual health rights and presents the case study. Participants work in two groups to identify:

- Relevant rights
- Barriers to inclusive care
- Possible interventions and communication strategies

The groups share findings; the facilitator summarizes best practices and links discussion to the sexual health rights framework.

Objectives

- Foster critical thinking and problem-solving
- Strengthen understanding of sexual health rights and inclusive care
- Develop practical strategies for overcoming barriers
- Encourage collaborative learning and ethical reflection
- Improve communication skills for sensitive topics

Understanding STIs: Facts, Prevention and Care

Knowing about sexually transmitted infections (STIs) and accessing healthcare helps prevent transmission and reduces stigma:

- STIs can affect anyone—risk is not limited by age, gender, or orientation.
- Prevention works: Use condoms, get tested regularly, and communicate openly with partners.
- Early detection is vital: Many STIs are treatable if diagnosed promptly.
- STIs are medical conditions, not moral failings.
- Stigma harms: Shame and misinformation stop people from seeking

Expert Input & Myth-Busting: Understanding STIs

Materials:

- PowerPoint presentation
- Printed brochures on STI prevention and testing

Setup and Procedure:

The facilitator presents information on common STIs, transmission, and prevention using a PowerPoint. A Q&A session follows, and brochures are distributed. To close, participants share myths they have heard about STIs and work together to debunk them, with facilitator support as needed.

help—education and empathy matter.
- Symptoms aren't always visible: Regular testing is essential.
- Access to care is a right: Everyone deserves STI testing, treatment, and education without discrimination.

Objectives:
- Provide accurate knowledge about STIs
- Encourage proactive health-seeking behavior
- Reduce stigma and misinformation
- Create space for open dialogue

Training Outcomes:
By the end of this training session, participants will:

- ✔ **Understand sexual health as a human right and feel empowered to make informed choices**
- ✔ **Gain essential knowledge on sexual and reproductive health and STIs**
- ✔ **Recognize cultural influences on sexuality and engage respectfully in dialogue**
- ✔ **Develop communication skills for discussing sexual health and safety**
- ✔ **Know how to access healthcare resources for prevention and care**

Training Number: 7
Topic of the Training: 3.2 Rights of GBV Survivors (Module 3: Sexual Health and Rights of GBV Survivors)

Content Overview, including suggested methods for delivering the key messages

Key Messages	Methods [1]
Understanding Sexual Self-Determination Every individual possesses the fundamental right to sexual self-determination. This principle encompasses the following rights: • The right to decide whether or not to engage in sexual activity • The right to choose with whom to engage in sexual activity • The right to determine the types of sexual activities in which to participate	**Partner Work & Group Presentation** **Materials:** • Facilitation cards **Setup and Procedure:** Each pair receives facilitation cards to discuss the concept of sexual self-determination. They note their interpretations and later present their findings to the group, fostering shared reflection and dialogue. **Objective:** • Encourage critical reflection on sexual self-determination.
Gender-Based Violence as a Human Rights Violation Gender Based Violence (GBV) is the worst violation of the right to sexual self-determination. It is a violation of human rights.	**Emotional Safety and Support** **Setup and Procedure:** Before introducing the topic of GBV, the facilitator issues a trigger warning and informs participants that they may leave the room at any time. A designated contact person from the project team is introduced as available throughout the training for confidential support. This person observes participants and intervenes if signs of distress appear, offering appropriate assistance. **Objectives:** • Highlight GBV as a violation of fundamental human rights • Ensure emotional safety during

[1] The listed methods are flexible and may be adapted to suit the group's needs, available resources, and facilitation style. Content can be shared through informal conversations, presentations, visual aids, or interactive exercises, etc.

	sensitive discussions • Provide access to confidential support throughout the session
Gender Roles and GBV Gender roles are socially prescribed behaviors considered desirable or obligatory based on sex assigned at birth, typically determined by physical characteristics. These roles are shaped by influences such as family, peers, cultural and religious institutions, education, workplaces, media, and advertising. They both reflect and reinforce differences in social status, economic opportunities, and political power between women and men, making them deeply connected to gender-based violence.	**Group Activity: Creative Drawing & Discussion on Gender Roles** **Materials:** • Two large posters per group • Colored markers **Setup and Procedure:** Participants work in small groups (2–3 people). The facilitator introduces the concept of gender roles and asks: "From which sources do we develop ideas and expectations about gender and gender roles?" The groups create two posters illustrating the "ideal" man and woman based on their upbringing, using drawings, colours, and words. Afterward, participants view other groups' posters and engage in a discussion about common themes, differences, and significant observations. **Objectives:** • Reflect on personal and cultural perspectives on gender roles • Encourage dialogue on societal expectations • Raise awareness of how gender norms are shaped
What is Gender-Based Violence? GBV refers to any harm inflicted on a person or group due to their actual or perceived sex, gender, sexual orientation, or gender identity (see Istanbul Convention, 2011). It includes, but is not limited to: • **Physical violence:** hitting, beating, bodily harm • **Sexual violence:** rape, assault, coercion,	**Activity: Categorizing Forms of GBV** **Materials:** • Large board or wall • Four labeled cards: Sexual, Physical, Psychological/Emotional, Economic • Blank cards and markers **Setup and Procedure:** The four category cards are placed in the corners of the blackboard or wall. After a trigger warning, participants are asked to

exploitation, harassment
- **Psychological violence:** intimidation, threats, humiliation, controlling behavior, isolation
- **Economic violence:** restricting access to resources, employment, education; financial exploitation

Many forms of GBV combine multiple types of violence, such as intimate partner violence or violence against LGBTIQ* persons.

name different forms of GBV (e.g., intimate partner violence, FGM/C, human trafficking). Each form is written on a card. The participants are asked to place the cards under the category it fits best—or between categories if it spans multiple types. The facilitator supports placement and encourages brief reflections.

Objectives:
- Show that GBV often involves overlapping forms of violence
- Promote active participation and discussion
- Create a visual overview the complexity of GBV experiences

Who Is at Risk? Understanding GBV and Power Structures

Gender-based violence is an issue involving power relations. It is based on a **feeling of superiority**, and an **intention to assert that superiority** in the family, at school, at work, in the community or in society as a whole.

Persons in **lower power position** (e.g., women, children, people with disabilities), especially when they are dependent on others, as well as **persons who do not fulfil strict gender norms** (e.g. LGBTIQ*, women who are sexually active outside marriage) are especially **at risk of experiencing GBV.**

Visualizing Gender Norms: Group Reflection

Materials:
- Drawings of the "ideal" man and woman (from previous activity)

Setup and Procedure:
The facilitator displays the drawings so all participants can see them, and initiates a group discussion on how gender roles and power dynamics are represented in the drawings. Participants are encouraged to share observations about posture, clothing, facial expressions, and symbols of status or strength. The facilitator highlights recurring patterns—such as men depicted as powerful or financially dominant and women as passive or dependent—and broadens the conversation to societal expectations and the marginalization of individuals who do not conform to traditional norms (e.g., LGBTIQ*, women sexually active outside marriage).

Objectives:
- Explore root causes of GBV
- Reflect on how norms and power structures create vulnerability
- Encourage critical thinking about gender expectations and inequality

Forms and Indicators of GBV

GBV can be perpetrated by anyone—partners (current or former), family members, colleagues, acquaintances, strangers, or individuals acting on behalf of cultural, religious, or state institutions.
Different forms of GBV exist, each with possible indicators. These signs may suggest that someone is affected by GBV. However, these indicators are not definitive, as individuals respond differently.

Common Forms of GBV:

- **Sexualized violence**: Any non-consensual sexual act or behaviour, including attempts or threats, targeting a person's sex or gender identity.
- **Intimate partner violence:** Physical, sexual, or psychological harm within an intimate relationship.
- **Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C):** Partial or total removal of external female genitalia or other injury for non-medical reasons.
- **Human trafficking and forced prostitution:** Recruitment or transport of persons through coercion or fraud for exploitation, including sexual exploitation and forced labour.
- **Violence "in the name of honour":** Acts intended to protect or restore perceived family honour, such as forced marriage or control of women's sexuality.
- **Violence against LGBTIQ persons:** Targeted harm based on sexual orientation or gender identity.

Deductive teaching: Protected GBV Presentation Format

Materials:

- PowerPoint presentation
- Printed list of local support organisations

Setup and Procedure:
The session is delivered in a didactic format to ensure emotional safety and minimize distress. A trigger warning is issued before the session begins. Participants remain seated in a calm and focused setting. The facilitator ensures that the presentation space is quiet and respectful. Participants are asked not to share detailed personal stories or ask questions that could be triggering for others. Key messages are presented via PowerPoint, and a brochure with local support services is distributed at the end.

Objectives:

- Provide a clear, safe overview of GBV
- Raise awareness of forms and indicators
- Inform about available support services
- Protect participants' emotional well-being

Key Principles on GBV

Gender-based violence is never justifiable and never the survivor's fault. GBV can affect anyone. Survivors should not feel shame or guilt for a crime committed against them. They have the right to professional support, including legal advice, social services, and psychological care.

Communicating Support Messages to GBV Survivors

Materials:

- PowerPoint presentation

Setup and Procedure:
The facilitator presents supportive messages one by one, displayed on slides and

	read aloud. Participants may ask general questions but are reminded not to share personal stories or triggering details. **Objectives:** • Empower survivors through validating messages • Promote empathy and respectful communication • Raise awareness of available support services
GBV Risks and Rights in the Asylum Process Refugees – especially women, children, and LGBTIQ* persons – face high GBV risk, often experiencing a continuum of violence: before flight, during migration, and after arrival (e.g., in refugee centers lacking violence protection and prevention). Reporting GBV in camps, including harassment by staff, does not affect asylum decisions. It is very important to talk about GBV experiences during the asylum interviews. GBV survivors have special rights in the asylum process, including access to protection shelters for women at risk and LGBTIQ* persons.	**Didactic Teaching: GBV in the Context of Flight and Asylum** **Materials:** • PowerPoint on GBV risks during flight and asylum • Printed overview of special rights for GBV survivors (optional) **Setup and Procedure:** Due to the sensitivity of the topic, the facilitator delivers a structured presentation using PowerPoint. **Objectives:** • Raise awareness of GBV risks in the asylum context • Encourage survivors to speak up and assert their rights
You have the right to choose who you want to be	**Activity: Drawing Your Ideal Self** **Materials:** • Cardstock or thick paper (one per participant) • Coloured pencils, markers, or crayons **Setup and Procedure:** Participants draw an "ideal version" of themselves, e.g., depicting a moment when they feel strong, confident, or empowered. The facilitator informs participants beforehand that drawings will be shared. Afterward, participants

may present their work. Each participant writes a short, positive message on the back of each drawing — highlighting a pleasant or empowering characteristic of the respective person. The drawings, now containing affirming messages, are returned to their creators.

Objectives:
- End the session on a positive, empowering note
- Encourage self-reflection and self-worth
- Affirm the right to define one's identity beyond cultural norms

Training Outcomes:
By the end of this training session, participants will:

- ✔ **Explain the concept of sexual self-determination**
- ✔ **Summarize dominant societal messages about the "ideal" woman and man**
- ✔ **Discuss common expectations regarding male and female sexuality**
- ✔ **Reflect on the root causes of gender-based violence**
- ✔ **Identify different forms of GBV and possible indicators**
- ✔ **Recognize available regional support services**
- ✔ **Understand the rights of GBV survivors within the asylum process**

Training Number: 8
Topic of the Training: 3.3 Safety and Emergency Help (Module 3: Sexual Health and Rights of GBV Survivors)

Content Overview, including suggested methods for delivering the key messages

Key Messages	Methods [1]
Emergency Response Guidelines **General Principle** Personal safety of volunteers and clients is paramount in all emergency situations. The following emergency situations may occur during volunteer activities (see guideline): **1. Self-Endangerment (Suicidal Tendencies / Self-Harm)** **Prevention** • Identify coping resources and activities • Provide emergency tools (e.g., sensory stimuli) • Teach breathing techniques • Refer to mental health services; arrange appointments if needed • Contact reach.out team for support or client takeover **Critical Situations** • Flashback/Dissociation: Stay calm, speak gently, avoid touch, use grounding techniques • Severe Distress: Call Psychiatric Crisis Service 0800 655 3000 (24/7) https://www.krisendienste.bayern/mental-health-support-in-over-120-languages • Suicidal Intent: Do not leave client alone; alert social services/security; contact crisis service and reach.out team; assist with clinic admission; involve police (110) if necessary; consult reach.out team afterward	**Realistic Scenario-Based Training** **Material:** • Guideline for volunteers reach.out: Dealing with emergency situations (attached) **Setup and Procedure:** The facilitator distributes the volunteer guidelines to all participants. Each scenario, based on real-life situations, is presented by the facilitator and discussed collectively in an open dialogue format. Participants are encouraged to share perspectives, raise questions, and reflect on appropriate intervention and communication strategies. **Objectives:** • Ensure volunteers can respond promptly and safely under pressure • Prepare volunteers for appropriate and effective responses • Build confidence in managing sensitive and high-risk scenarios • Ensure volunteers are aware and know how to reach out to emergency services

[1] The listed methods are flexible and may be adapted to suit the group's needs, available resources, and facilitation style. Content can be shared through informal conversations, presentations, visual aids, or interactive exercises, etc.

2. Danger to Others (Aggression / Threats)

Prevention

- Keep security contacts accessible; carry phone; maintain distance and escape route

Response

- Latent Threat: Trust intuition; request distance; alert security; avoid confrontation
- Acute Threat: Maintain distance; do not intervene; notify security; if escalation occurs, call 110
- Post-Incident: Counseling optional; prioritize self-protection; consult reach.out team

3. Child Welfare Endangerment

Prevention

- Enable disclosure; monitor warning signs; provide information on counselling services

Response

- Violence by Caregivers: Contact staff or reach.out team; explain legal prohibition; suggest counselling centers (e.g., ProFamilia, Refugio)
- Suspected Abuse/Neglect: Document evidence; consult staff; seek anonymous advice:
  - Child Protection Hotline 0800 19 210 00
    https://kinderschutzhotline.de

4. Gender-Based Violence

Prevention

- Create safe disclosure opportunities; monitor warning signs; provide info on rights/support

Response

- Assess medical needs (call 112 if urgent); ensure safety; involve staff or reach.out team; call 110 if threat persists
- Refer to emergency hotlines:
  - For women*: 116016 (24//)
  - For men*: 0800 1239900
- Emphasize safety, absence of blame, and voluntary action

- Document injuries; advise forensic care at emergency departments
- For mental health crisis: Psychiatric Crisis Service 0800 655 3000 (24/7)
- Post-incident: consult reach.out team; practice self-care

Act Professionally and Compassionately

Volunteers should act with compassion while maintaining professional boundaries and self-care.

Incidents must be documented and reported to the project team. In emergency situations, the project team must be contacted immediately, including options for anonymous reporting.

Role-Playing and Interactive Discussions

Materials:
- Prepared scenario prompts for role-play
- Flipchart and markers (optional for group reflections)

Setup and Procedure:
Participants engage in role-play exercises simulating emergency situations (e.g., a suicidal client). The trainer assumes the role of the client, while volunteers act as responders. Through these simulations, participants practice de-escalation and boundary-setting. Each exercise is followed by a guided group discussion to reflect on emotional responses, ethical considerations, and communication strategies. The facilitator ensures constructive dialogue and promotes professional awareness in high-stress contexts.

Objectives:
- Enhance communication competence
- Foster emotional resilience
- Encourage ethical reflection
- Strengthen confidence in managing challenging interactions

Training Outcomes:
By the end of this training session, participants will:

- **Recognize and respond appropriately to emergencies involving self-harm, aggression, child endangerment, and gender-based violence**
- **Communicate effectively during crises using de-escalation techniques and empathetic approaches**
- **Access and refer clients to appropriate internal and external emergency services**
- **Maintain professional boundaries and prioritize personal mental and emotional well-being**
- **Apply reach.out protocols and determine when to escalate cases to internal teams or external authorities**

Reach.Out Plus is a collaborative European initiative dedicated to supporting survivors of gender-based violence (GBV), with a particular focus on refugee communities in Germany, Greece, and The Netherlands. The project is grounded in the belief that empowerment begins with access to information, support systems, and community engagement

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

Co-funded by
the European Union

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Training Guide
for multipliers

REACTING TO GENDER-BASED VIOLENCE AGAINST REFUGEES THROUGH COORDINATED HELP, ADVOCACY AND OUTREACH ACTIONS PLUS

CERV-2024-DAPHNE - 101194850

INTRODUCTION

The following Training Guide of community members to act as multipliers of knowledge within migrant and refugee communities is formed through the cooperation of three Medecins du Monde chapters (MdM-Greece, MdM-Germany & MdM-Netherlands), within the framework of the Reach.out Plus project. The Reach.out plus project is co-funded by the European Union under the CERV (Citizens, Equality, Rights and Values) program and the CERV-2025-DAPHNE call for proposals.

This document was created in the framework of the Reach.out plus project, co-funded by the European Union under the CERV (Citizens, Equality, Rights and Values) program. Its content represents the views of the authors only and is their sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

1. Educational needs of multipliers/cultural mediators people coming straight from the refugee and migrant communities: the findings of the Educational Needs Assessment

Gender based violence is a widespread public health problem and a major human rights violation with deep roots in gender and power inequalities. Asylum seekers, migrants and refugees hosted in Reception and Identification Centers, Accommodation Facilities and to other types of shelters (ex. Unaccompanied Minors Shelters, Women's open accommodation centers, etc.) are particularly vulnerable to sexual and gender-based violence. The training activities decribed in the following Training Guide are addressed to cultural mediators and community members who come in daily contact with the vulnerable target groups of asylum seekers, refugees and migrants, either through their work or their daily routine. All 8 participants to the trainings, were consulted in the training needs assessment, which was conducted in June 2025 through face-to-face interviews. What the survey revealed is that while some community members have considerable experience in identifying and managing incidents of gender-based violence, others lack even basic knowledge on the subject.

The main findings of the educational needs assessment are the following:

- Lack of systematic and comprehensive training on sexual and gender-based violence
- Existence of many tools for the guidance of professionals in the field, although general and not adapted to the specific context of the hospitality structures
- Professionals' knowledge and experience of identifying, managing and preventing incidents of gender-based violence varies and depends largely on their background and previous experience of similar incidents. The management of these incidents is mainly instinctive and lacks a clear standardised approach.
- The need to focus training activities on each of the stages of gender-based violence management, specifically on identification, management and prevention.
- Prevention in this area is particularly lacking and therefore we need to address the role of awareness, information and empowerment and the importance of community participation in prevention activities.

Regarding the methodology of the training activities, the participants of the training needs assessment survey expressed a clear preference for the combination of lectures, hands-on exercises and case studies, with the main expected outcome of the trainings being the creation of practical tools adapted to the characteristics of the field of gender-based violence.

2. Design of the Workshops

QUALIFICATIONS OF TRAINERS

During the workshop there will be two trainers per topic who will work together to coordinate communication and presentation. The two trainers have in-depth knowledge of gender-based violence, human rights and the individual details of these issues for the refugee and asylum-seeking population. In addition, they have appropriate knowledge about gender-based violence issues in both large urban centres and in the periphery and their presentations are based on the Empower_Ref project's needs mapping research. Trainers understand the sensitivity of this issue at all levels (cultural, political, religious, etc.), and that the scope and nature of gender-based violence has a global impact and is a major issue in the field of Human Rights. The trainers are fully conversant with the tradition, culture and language of the participants and have considerable experience in the field.

SELECTION OF PARTICIPANTS

The participants of the training workshop on gender-based violence are people with refugee or migrant background and active community members within refugee communities that reside in Reception and Accommodation facilities in Greece, as well as field professionals that work closely with key population groups. Participants to the workshops are selected upon relevant coordination with the Social Services and management of each facility and accommodation center, with priority to:

- People who have a professional interest and relevant experience in gender-based violence and human rights issues
- Young adults, women, LGBTQI+ members who are community members of refugee and migrant communities in Greece.

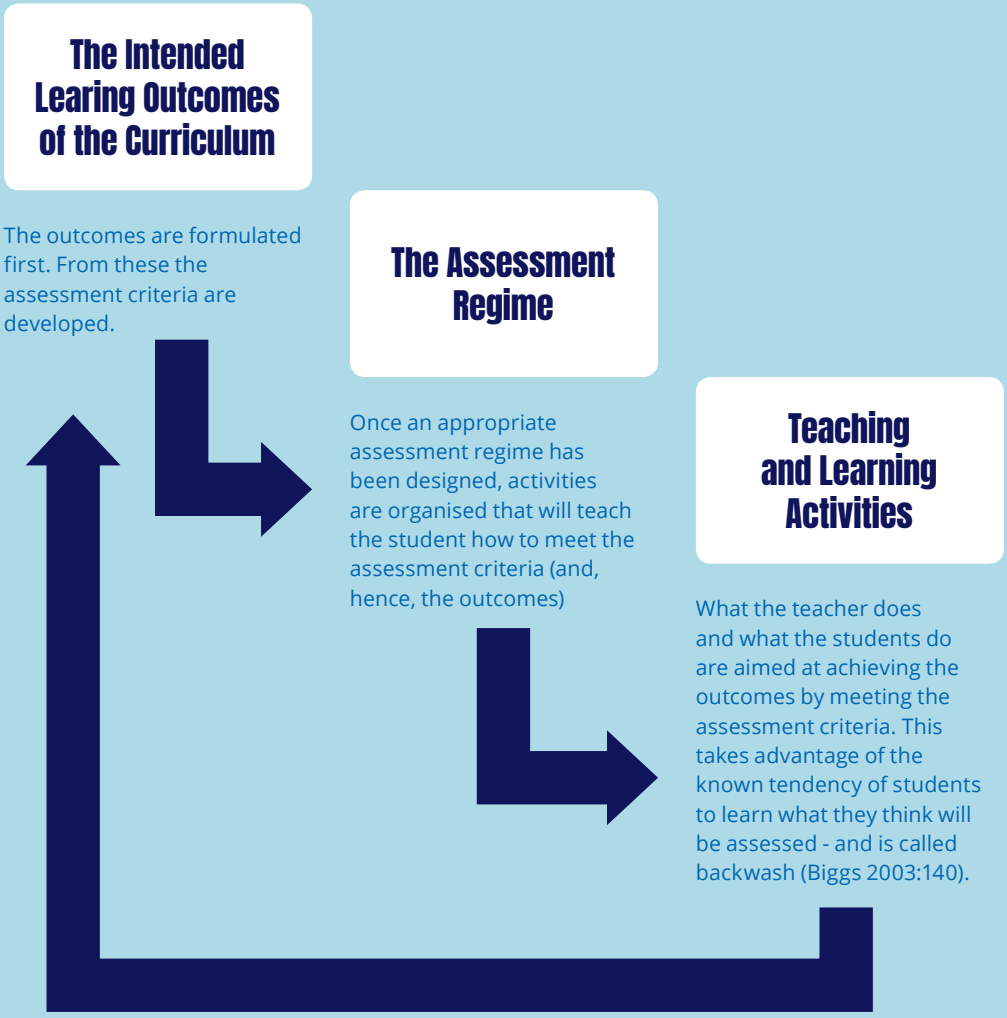
MATERIAL FOR PARTICIPANTS

All brochures or other information material have been prepared and printed for use in the workshop. The distribution of the training material in its entirety, together with the available project material, will be done by electronic mailing or in-person giveaways to the participants. In addition, any books or manuals on the subject will be made available prior to the training.

MODEL

The workshop was designed using Biggs' "Constructive Alignment" model. Constructive alignment is used in outcome-oriented teaching and learning activities and links intended learning outcomes, teaching methods and assessment. Constructive alignment starts with the intended outcomes and aligns teaching and assessment to them.

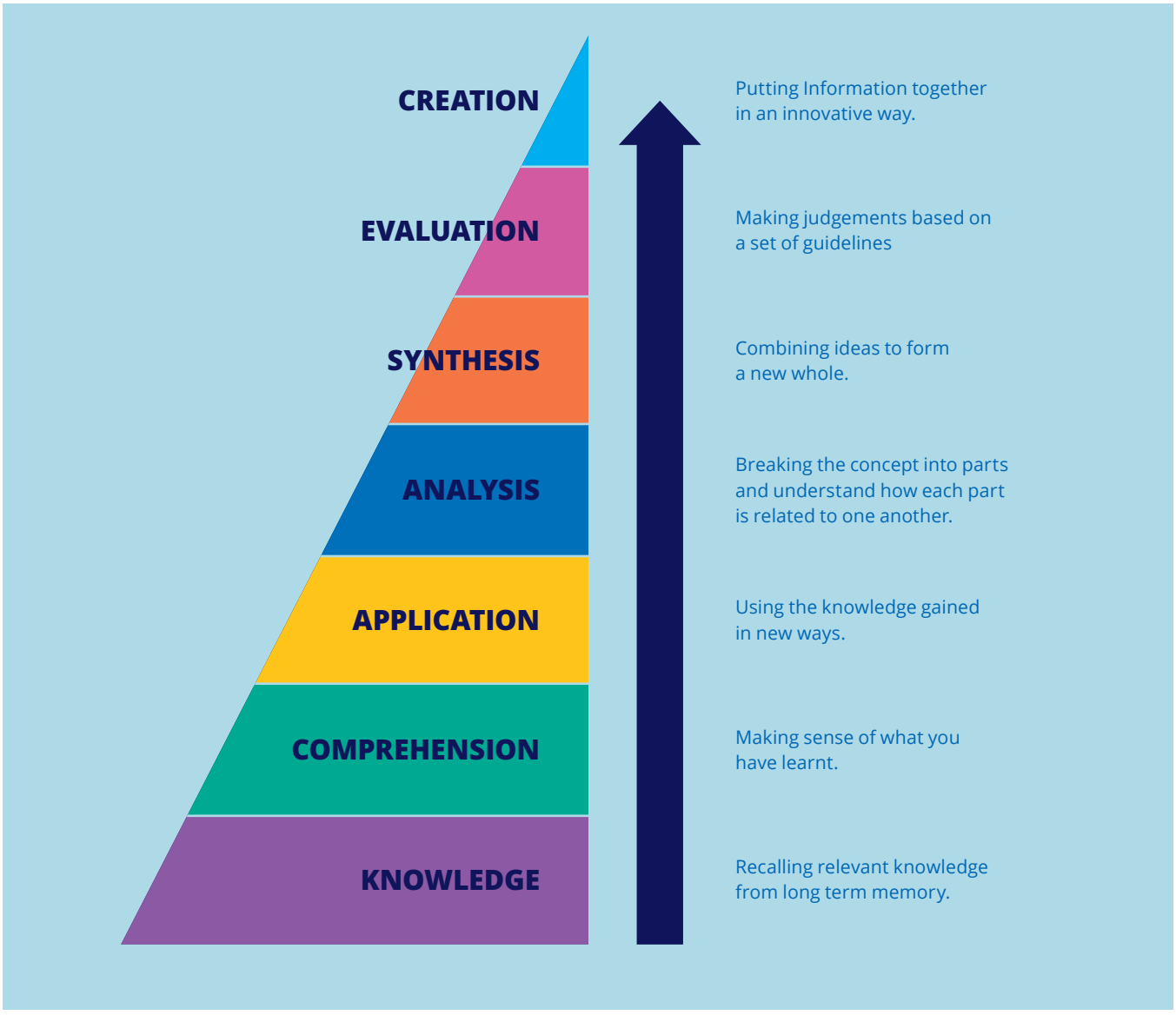
Figure 1: Basic Aligned Course Model



Source: http://www.ucdoer.ie/index.php/Using_Biggs%27_Model_of_Constructive_Alignment_in_Curriculum_Design/Introduction

2.1. Learning

Taking into account the findings of the training needs assessment, the learning outcomes of the workshop cover three levels of learning described by Bloom's taxonomy: knowledge, understanding and application.



The learning outcomes of the workshop are defined as follows:

- ✔ Acquisition of knowledge regarding the concept of sexual and gender-based violence and the expressions of different forms of violence in a specific context of hospitality (open accommodation structures and apartments in the urban fabric) and techniques for the identification, management and prevention of incidents among refugee and migrant populations.
- ✔ Linking knowledge to real situations and events (understanding)
- ✔ Applying this knowledge to hypothetical cases (application).

2.2. Learning and teaching

Educational methods offer a huge variety of alternative teaching and learning activities. Traditional learning activities include teacher-centred methods, such as lectures, aimed at explaining knowledge and transferring information. Experiential methods aim to develop knowledge and skills through experience and practice.

Based on the findings of the training needs assessment research, the specific characteristics of the target groups and the specific context in which the training takes place, the workshop will include a combination of activities that will focus on both the trainer and the learner, with more emphasis on the latter, especially on problem-based learning and peer learning which are suitable for professionals.

The methods chosen to best achieve the desired learning outcomes are:

- ✔ Lectures and short presentations on theoretical concepts and existing knowledge and techniques
- ✔ Problem based training through group work around pre-selected case studies focusing on the application of the above-described concepts in the context of a) open shelters and b) the apartments of the housing programme ESTIA
- ✔ Peer learning through group discussions and exchange of views between participants
- ✔ Review of the modules by the participants

2.3. Evaluation method

Common ways of assessing learning include diagnostic, formative or summative assessments. No assessment activities will be included in the workshop. Summative assessment in the form of feedback from participants will be used to assess the extent to which learning outcomes have been achieved.

2.4. The overall design of the Workshops

Results	Evaluation	Learning/Didactic activities
Acquisition of knowledge regarding the concept of sexual and gender-based violence and the expressions of different forms in a specific context of hospitality (open shelters and apartments in the urban fabric) and techniques for the identification, management and prevention of incidents among refugee and migrant populations.	Evidence of participation in seminars	Introductory course/leaflets/cards
Linking knowledge to real situations and events	Participation in the debate and question and answer sessions	Group discussions/Questions/ Group games
Application of this knowledge to hypothetical cases	Evidence of participation in a working group on studies	Problem based learning (PBL)
	Self-reflective statement on the professional and personal benefits of education	Peer learning (Peer learning)

3. Agenda of the Training Workshops

Training Sessions (Learning courses: 7 meetings)	
Duration	**Activity/Subject**
2 hours	Introduction to basic terminology and definitions of GBV
2 hours	Signs and Recognition of GBV
3 hours	GBV in refugee populations / during displacement (MoMA)
2 hours	Human Rights & Legal Framework
2 hours	Active Listening & Open-Ended Questions in GBV Survivor Interviews
2 hours	Psychological First Aid for GBV survivors and refugees
3 hours	Protection and health services in reception and accommodation facilities (RIS, MoMA)

4. Detailed content of the workshop

According to the findings of the educational needs assessment survey, the content of the workshop will be as follows:

Module 1:

RECOGNISING INCIDENTS OF SEXUAL AND GENDER-BASED VIOLENCE

In this module, participants will become familiar with the basic concepts and definitions of sexual and gender-based violence as well as techniques for identifying incidents of gender-based violence. The findings of the field research conducted with the participation of frontline practitioners and reflected in the mapping study conducted as part of the project, as well as the experiences and incidents described during the interviews will form the basis for the discussion that will follow.

In a next step, participants will put into practice the concepts and steps for identifying incidents of gender-based violence by working in small groups on case studies - both hypothetical and real.

Module 2:

MANAGING INCIDENTS OF SEXUAL AND GENDER-BASED VIOLENCE

The purpose of this module is to understand the context of managing incidents of gender-based violence as well as the existing institutional framework and obligations with emphasis on professional confidentiality. Participants will apply the steps of managing gender-based violence incidents in both hospitality contexts (open shelters and ESTI apartments) through small working groups where they will work on case hypothetical or real-life studies.

- ✔ The steps of gender-based incident management
- ✔ Statutory reporting obligations for professionals and the limits of professional secrecy
- ✔ Case studies and group work: the case studies will include examples of real-life incidents of gender-based violence, where participants will have to apply the management steps in both hosting contexts
- ✔ Discussion

Module 3:

PREVENTION OF SEXUAL AND GENDER-BASED VIOLENCE INCIDENTS

The aim of this module is to develop participants' reflexive thinking through the creative use of awareness raising, information and empowerment techniques to develop cooperation with refugee communities to prevent incidents of gender-based violence. The module will combine lectures with case studies and guest speakers from institutional carriers such as the Ministry of Migration and Asylum or the Ministry of Health to give an overview of set services.

- ✔ Awareness raising, information and empowerment techniques
- ✔ Cooperation with refugee communities
- ✔ Case studies and group work
- ✔ Group discussion among participants

Module 4:

ACTIVE LISTENING & PSYCHOLOGICAL FIRST AID

This module aims to equip multipliers with the necessary knowledge and skills to recognize signs of gender-based violence (GBV) among survivors and to apply basic mental health and counseling techniques to support them. Additionally, participants develop effective presentation skills to enable them to organize psychoeducational group sessions, aligned with the module's objectives, as well as provide individual supportive sessions based on Psychological First Aid (PFA) principles.

The training of this module adopts a selective approach, utilizing the most effective tools and techniques from the WHO-developed Self Help+ and Problem Management Plus (PM+) programs, adapted to the specific needs of GBV survivors. Furthermore, a dedicated workshop on PFA and basic psychosocial and communication skills is included to strengthen trainers' capacities.

The primary goal is to empower the participants with simple knowledge and self-awareness which is required to identify cognitive, emotional, corporal, and behavioral symptoms among GBV survivors. The participants are trained to facilitate workshops focused on self-care techniques, basic skills building, and problem management strategies in both group and individual settings. A significant portion of the training also focuses on community-based support mechanisms and GBV referral protocols, in accordance with WHO and IASC guidelines.

Goals of the Module include:

— Being prepared in order to offer help
— Learn to support values: Safety, Empowerment, Choice, and Trustworthiness.
— Trauma-informed communication

5. Educational material

To support the learning outcomes of the workshops, the following types of educational material will be used:

The material discussed and shared during the workshop includes the following:

A. MATERIAL AND EXERCISES

— Exercise for the introduction of participants to the group in subgroups of three
— Exercises for Attitudes regarding perception on sex; gender and GBV
— Exercise regarding the imbalance of power in relation with GBV
— Exercise for Communication Do's and Don'ts
— Pre training tests
— Mapping needs
— Case Action Planning
— Safety planning tool
— Survivor-Centered Case Management Quality Checklist
— Case Management Service Evaluation - Survivor feedback tool
— Interagency coordination tool (Coordination and string)
— Case Management Responses to Intimate Partner Violence
— Key Messages to share with survivors of Intimate Partner Violence
— Facts and myths on IPV
— The SSOGI spectrums (sex, sexual orientation and gender identity) on the Response to LGBTQI+ survivors
— Working with male survivors
— Understanding and stress
— Mediation on GBV "Putting it all together"
— Relaxation exercise for the closure of the sessions

B. PRESENTATION

— Introduction on GBV
— Core principles and basic guidelines on GBV
— Early signs and indications on GBV
— Vulnerable groups at risk of GBV
— Case Management Responses to GBV incidents
— Steps of GBV case management
— Case workers' role
— National context and legal framework on GBV and Violence against women and children
— National protocol for the interagency cooperation on the protection of refugee women
— GBV prevention measures and GBV risks mitigation
— Raising Awareness Activities in the refugee community
— Empowerment and participation of community members methods

C. FLIP CHARTS

D. MANUALS

— **Inter-agency Standing Committee (IASC)**. Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action Camp Coordination and Camp Management Food Security and Agriculture Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery. Available at: https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines_lo-res.pdf
— **UNFPA**: Minimum Standards for Prevention and Response to Gender-Based Violence in Emergencies. Available at: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBVIE.Minimum.Standard.Publication.FINAL_.ENG_.pdf
— **Global GBV Technical Support Project**; JSI Research & Training Institute; RHRC Consortium. Training Manual Facilitator's Guide Interagency & Multisectoral Prevention and Response to Gender-based Violence in Populations Affected by Armed Conflict 2004) Available at: http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/Interagency%20Multisector%20Response%20to%20GBV.pdf
— **Islam MM**, Jahan N, Hossain MD. violence against women and mental disorder: a qualitative study in Bangladesh. trop med health. 2018 Mar 1;46:5. doi: 10.1186/s41182-018-0085-x. available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5831218/
— **World Health Organization**. global health cluster health. emergencies programme "The Health Response To Gender-Based Violence In Emergencies: a Webinar" 2018. available at: https://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/genderbased-violence/en/
— **Inter-agency Standing Committee** MHPSS Reference Group (IASC-MHPSS RG). Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Available at: https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
— **UNHCR**: Action against Sexual and Gender-Based Violence: An Updated Strategy, UNHCR Division of International Protection, June 2011, available at: https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/51689/
— **Inter-agency** Gender-Based Violence Case Management Training. facilitator's guide first edition. 2017. available at: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/interagency-gbv-case-management-guidelines_final_2017_low-res.pdf
— **UNHCR**: Handbook for the Protection of Women and Girls. First edition, January 2008. Available at: https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/51689/UNHCR+Handbook+for+the+Protection+of+Women+and+Girls/f26257af-9d66-4eff-af5b-7b0e6ff6424f
— **UNHCR**: Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons. Guidelines for Prevention and Response. May 2003. Available at: https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/51689/
— **GBV Area of Responsibility Working Group**: Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. July 2010.
— **Age Marker Toolkit**. European Commission's Directorate General for Humanitarian Aid and Civil Protection. Available at: https://ec.europa.eu/echo/what/humanitarian-aid/gender-sensitive-aid_en
— **DG ECHO** Thematic Policy Document n.6 Different Needs: Adapted Assistance, European Commission's Directorate General for Humanitarian Aid and Civil Protection, available at: https://ec.europa.eu/echo/what/humanitarian-aid/policy-guidelines_en
— **World Health Organization**: Responding to children and adolescents who have been sexually abused. WHO Clinical guidelines. 2017 Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/

— **World Health Organization**: WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/post-violence-care-in-health-facilities/en/

Extra Material for engagement (Greek Context)

— **UN Convention** on the Rights of Persons with Disabilities
— **Council of Europe Convention** on preventing and combating violence against women and domestic violence
— **UN Convention** on the Rights of the Child
— **Law 4531/2018** - Government Gazette 62/A/5-4-2018 I) Ratification of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence and adaptation of Greek legislation,
— **Law 3500/2006** - Government Gazette A 232/24.10.2006 - for the treatment of domestic violence and other provisions.
— **N 3727/2008** - Government Gazette A΄ 257/18.12.2008 Ratification and implementation of the Council of Europe Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse, measures for the improvement of living conditions and the decongestion of detention facilities and other provisions
— **Criminal Code**, Article 336 for rape, Article 337 for indecent assault, Article 338 for indecent assault
— **Law 3896/2010** - Government Gazette 207/8.12.2010 on the "Implementation of the principle of equal opportunities and equal treatment of men and women in matters of labour and employment"
— **Law 4216/2013** - Government Gazette 266/A/10-12-2013
— **Law 3386/2005** - Government Gazette 212/A/23-8-2005, Articles 46-52 "Entry, residence and social integration of third country nationals in the Greek territory
— **Article 34**. par. 7 of Law 3274/2004 - Government Gazette A'195/19-8-04 "Organization and operation of the Local Authorities of the first and second degree"
— **Presidential Decree**. 233/2003 (FEK 204/A/2-9-2003).
— **Law 3064/2002** - Government Gazette 248/A/15-10-2002 on the regulation of the fight against human trafficking, crimes against sexual freedom, pornography of minors and, in general, the economic exploitation of sexual life
— **Law 4636/2019** - Government Gazette A/1.11.2019 "On International Protection and other provisions"

Audiovisual Material

— **Tony Porter**: "A call to men". Available at: https://www.ted.com/talks/tony_porter_a_call_to_men/discussion?nolanguage=it%23t-399728

6. Evaluation

The evaluation of the seminar will be based on the information provided by the participants through the evaluation questionnaires they will fill in. The pre-training and post-training evaluation questionnaires developed will have a common format across all workshops implemented to ensure consistency. They will include general questions on the participants' overall satisfaction with the programme and the organisation of the workshop, learning methods, objectives and outcomes, the training material distributed and the methodology of the training. Finally, participants will be asked to record their general thoughts about the workshop and general comments and ideas for further training. Responses will be provided anonymously. This questionnaire structure will allow the different aspects of the workshop to be evaluated in an objective and consistent manner.


reach.out
plus
MÉDECINS
DU MONDE

Co-funded by
the European Union

reach.out plus

Training Guide

for Multiplier and Medical Volunteers

SUPPORTING & EMPOWERING SURVIVORS OF SEXUAL AND GENDER-BASED VIOLENCE THROUGH MEDICAL ASSISTANCE; PSYCHOSOCIAL SUPPORT AND THROUGH FACILITATING ACCESS TO INFORMATION, SUPPORT SYSTEMS AND DUTCH SGBV SERVICES.

CERV-2024-DAPHNE - 101194850

CONTENT

INTRODUCTION 3

EDUCATIONAL NEEDS DUTCH MULTIPLIERS 4

1. THE ROLE OF DOCTORS OF THE WORLD & MULTIPLIERS 5
1.1 Doctors of the World Netherlands 5
1.1.1 Humanitarian Mandate 5
1.1.2 Services and SGBV Cases 6
1.2 Roles & Skills Multipliers/ Cultural Mediators 8
1.2.1 The role of a Multiplier 8
1.2.2 Skills & Employability of a Multiplier 9
1.3 Cultural Sensitivity & Sexuality 10
1.4 Referral to & Collaboration with Dutch SGBV Services (in-depth in 2026) 12

2. BASICS OF GENDER-BASED VIOLENCE 14
2.1 Defining Gender-Based Violence 15
2.1.1 Definition of Gender-based Violence 15
2.1.2 Biological Sex and Gender Explained 15
2.1.3 Who can be a Survivor? 16
2.1.4 Forms of Gender-based Violence 16
2.2 Survivor Centered Approach 17
2.3 Gender based-violence Dynamics 18
2.4 The Pyramid of Violence 20

3. PSYCHOSOCIAL SUPPORT 22
3.1 Psychosocial Support Activities 22
3.2 The Usefulness of Psychosocial Support 22
3.3 Psychoeducation 22
3.4 Recognizing SGBV 22
3.5 Conversation Starters Individual Consultations 22
3.6 Do's and Don'ts 23

4. WORKSHOPS 24
4.1 Cultural awareness in SGBV workshops 24
4.2 Socratic-method & addressing the Middle 24

INTRODUCTION

This Reach.Out Plus training manual builds on the experience from the previous Reach.Out Project as well as the Samen Project and takes into account the Empower Ref Project. In particular the Empower Ref training materials and makes use of the trainings and modules developed and expedited by external Dutch professionals.

This manual and training opportunity under Reach.Out Plus is seen as the momentum for Doctors of the World Netherlands to gather all the materials and expertise gained in previous projects and to conduct a basic training on the most essential topics cultural mediators should be aware of. Hence, the following supervision sessions are easy to guide as all volunteers speak the 'same language' independent on their further background and expertise. SGBV cases under Reach.Out Plus are used as a basis for discussion to ensure it is a hands on training and plain language is being used.

Under Reach.Out Plus Doctors of the Worlds the Netherlands is offering continuous training on the job. Pending on trends under the SGBV cases that come in and challenges the volunteers encounter, needs-based ad hoc training are organized. In 2026, following the finalization of the SGBV service mapping, a training will be provided on the usage of the mapping and referral.

In short, Doctors of the Worlds Netherlands is happy to be able to provide this training manual and will continue to use it beyond the Reach.Out Plus Project and hopes it will be used by others to replicate (parts of) the manual for other SGBV work and projects.

Dorothee Riepma
Sexual and Gender-based Violence Coordinator

EDUCATIONAL NEEDS FROM MULTIPLIERS/CULTURAL MEDIATORS IN THE NETHERLANDS

The educational needs found among Dutch Doctors of the World staff and volunteers ranged from requests for basic information on gender-based violence to questions on the role of the multipliers and more broadly on the role of Doctors of the World as an NGO versus Dutch SGBV services. The main needs phrased into questions that were found – based on 30 consultations that will be addressed in this training manual – were:

- What entails gender-based violence?
- What is our role as an NGO & and my role? Where start and ends our responsibility?
- Should I be an expert to talk about SGBV? Should certain conditions be in place?
- How do I bring up SGBV? Are there things I should not say or do? Or things I should do?
- To what extent should I directly ask about SGBV experiences?
- Whom can I consult with? And who do I refer to if needed?
- Should I do everything in consultation with the client?
- What do we do if there are no services/ crisis beds available while I have huge concerns?
- What if the survivor is sending mixed signals? How can I work culture sensitive?
- What do we do if the SGBV services do not live up to our expectations?
- What do I do if Dutch social services are not inclined to help?

1. The Role of Doctors of the World Netherlands and Multipliers

1.1 THE ROLE OF DOCTORS OF THE WORLD NETHERLANDS

1.1.1 HUMANITARIAN MANDATE

Learning goal

- Being able to explain why Doctors of the World is a humanitarian organization and how it relates to the global Protection and GBV Area of Responsibility.

Content

The participants will be provided with an overview of the origins of humanitarian assistance; the responsibility to protect and humanitarian work on SGBV.

Starting with the work of Henri Dunant and the origins of the humanitarian principles participants will be explained how humanitarian assistance came into existence and how we base all the work of Doctors of the World Netherlands on these principles.

Starting with humanitarian crisis in Sri Lanka, but also the genocide in Rwanda and Srebrenica, participants will be explained how the responsibility to protect came into being. Explaining in plain language that whenever you provide humanitarian services you become co-responsible for the situation you put somebody in (afterwards). Hence, within the 'Protection Area of Responsibility' attention is paid specifically to gender-based violence mitigation, but also to prevention and response. Particularly, dedicated attention is paid to this within the 'Gender-based violence Area of Responsibility'.

Lastly, the presentation will provide attention to the global Médecins du Monde (MDM) Network and how MDM came into existence as a demerger from Doctors without Borders in order to understand the positioning and the mandate of the organization even more in depth as well as how to relate to other humanitarian organisations.

Facilitator instructions

- Welcome all participants and conduct an informal introduction activity.
- Conduct a presentation in which participants can listen.
- Plan time for questions considering the compact information provided.

Materials

- Powerpoint 'Doctors of the World Netherlands; a medical humanitarian organization'
- The responsibility to protect: Sri Lanka: UN admits it failed to protect civilians – BBC News

1.1.2 – SERVICES AND SGBV CASES

Learning goal

- Being able to explain the Dutch Doctors of the World's services and the importance of low-threshold and cultural sensitive services for SGBV survivors.

Content

Although SGBV survivors with a migration background have higher chances of experiencing or witnessing SGBV in their country of origin; while fleeing or even (in the asylum system[1]) in the Netherlands, they are underrepresented in the Dutch SGBV services[2]. As formal assistance is not requested by many survivors with a migration background it is of significant importance to have low-threshold more informal services where these survivors do come like the services Doctors of the World is offering.

Doctors of the World in the Netherlands is providing a variety of services ranging from low threshold medical and sexual reproductive health consultation hours to workshops and support group sessions. Here within the role of the multiplier cooperating with a medical volunteer is key to ensure that services are 'low-threshold' since they are cultural sensitive as the multiplier ensures that not only a literal but also a 'cultural translation' is made. This means for instance that an Ethiopian multiplier will understand that an Ethiopian refugee will be aware that after a SGBV disclosure the survivor will assume that an automatic referral to the judicial system is being made and that this needs therefore additional explanation or that additional explanation is needed on the Dutch system wherein the assumption is incorrect that doctors will tell a survivor it's problem and medical solution without a clearly formalized help request.

As a help request is needed in the Dutch medical system and the SGBV services, it is of significant importance to provide cultural sensitive support in order for survivors to find their way, if wished for, to the formal SGBV services.

Globally, but also in the Netherlands, medical assistance such as sexual and reproductive health consultations are one of the main entrances for SGBV survivors to get into contact with aid providers.

Facilitator instructions

- Firstly, starting to talk more in-depth about SGBV; provide a trigger warning explaining that the information that will be provided, or exchange that will be happening, may be too much. Explain that everybody should feel free to leave the room or stop the participation at any time. Make sure to explain that one of the facilitators will leave the room with you if you want to leave to make sure that you're okay; to see if you would like to have support and/ or how to continue.
- Secondly, present the data underneath from the Samen project on the chances[3] of experiencing SGBV for a refugee.

Mensen op de vlucht lopen voor, tijdens en na hun reis een hoger risico om overlever of getuige te worden van seksueel en gendergerelateerd geweld (SGGG). Voor vrouwen en de gemeenschap met diverse seksuele orientaties, genderidentiteiten, genderexpressies en geslachtskenmerken (SOGIE-

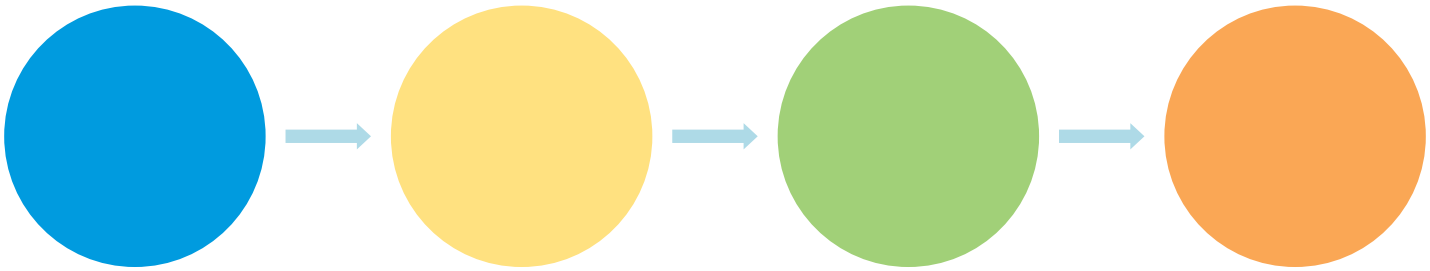
1 AMNL_Rapport_Seksueel-geweld_blinde-vlek.pdf

2 NL_IOM SAMEN recommendations report_v4.pdf

3 Page 15 from the Samen Recommendation report: NL_IOM SAMEN recommendations report_v4.pdf

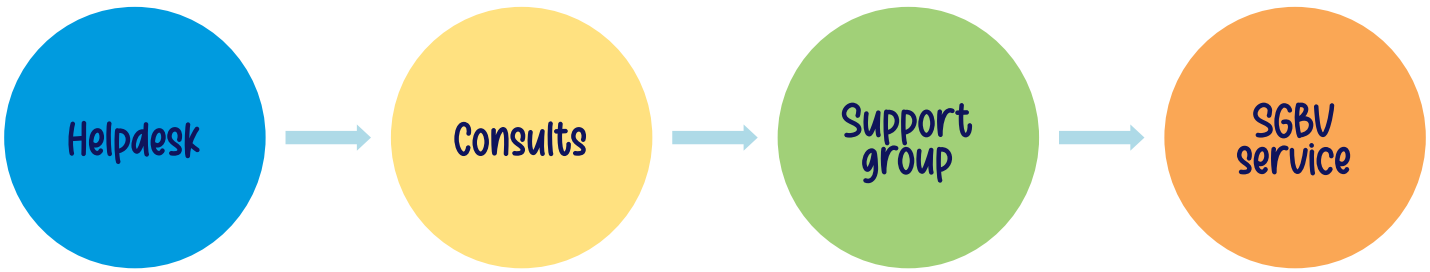
SC) is geweld de belangrijkste reden om het land van herkomst te verlaten (IOM, 2021; Hall and IOM, 2023). Naar schatting maakt 63-80% van de vrouwen en 25-56% van de mannen met een vluchtachtergrond seksueel geweld mee (Amnesty International, 2023; Busch, Hansen, Hougen, 2015) en volgens de cijfers van UN Women wordt 90% van de vrouwen en meisjes die vluchten via de Middelandse Zeeroute naar Italië verkracht tijdens hun reis (IOM, MMC & UNHCR, 2024). Een studie in zeven verschillende Europese landen, waaronder Nederland, laat zien dat 50.1% van de bewoners op de azielzoekerscentra gendergerelateerd geweld meemaakte in het land van bestemming (Oliveira et al., 2018). Cijfers van Pharos laten zien dat 13-25% van de statushouders een posttraumatische stress stoornis (PTSS) of depressie ontwikkelt en suïcide komt onder mannelijke asielzoekers twee keer zo vaak voor vergeleken met mannen zonder vluchtachtergrond (Pharos, 2018a). Ondanks deze hoge cijfers blijkt uit onderzoek dat slechts 4% van de asielzoekers formele hulp zoekt na een ervaring met seksueel geweld (De Schrijver, et al., 2022). In deze context werd in Nederland het SAMENproject uitgevoerd door de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) en Dokters van de Wereld (DvdW) van september 2022 tot en met augustus 2024.

- Knowing the data and thus the difficulty to reach SGBV survivors with a migration background, explain the exercise where a paper with the following graphic will be provided to all participants to fill in in pairs:



Ask each of the pairs to fill it in based on a situation of an SGBV survivor they have encountered. Request in each balloon an activity that was needed before a survivor was ready to be referred to formal SGBV services. Request the pairs to discuss together the importance of the multipliers role.

If no experiences yet, an actual case description can be found under the materials based on which participants can discuss the possible role of a multiplier. For this case the graphic looks as follows:



Following the work in pairs facilitate an exchange on 1 or 2 of the most clear examples to showcase that discussing SGBV might take a trusted face; building up a relationship; time and several contact moments. Pay attention in the exchange to what was needed from a multiplier (such as the aforementioned additional explanation examples) for a survivor to access support.

- Provide some closing words appreciating the pair work and highlighting the unique position of the low threshold services and the need to work in a culture sensitive manner in order to be able to help survivors to find their way to formal SGBV services.

Materials

- Powerpoint 'Dutch MDM Services including Trigger Warning'
- Hard copies of the graphic for all the participants
- Case description:

A pregnant undocument woman is consulting at Doctors of the Worlds Sexual and Reproductive Health consultation hour. She has been experiencing sexual violence in her county of origin as well as in Europe. During the consultation hour psychoeducation was provided on symptoms we sometimes see in reaction to this. After the baby was born the woman is consulting again indicating she is bothered by headaches and flashbacks. During individual consultations a referral is made for psychological support by a Dutch services and during the waiting time psychosocial support is provided.

1.2 ROLES & SKILLS MULTIPLIERS/ CULTURAL MEDIATORS

1.2.1 THE ROLE OF A MULTIPLIER

Learning goal

- Knowledge on the possibilities and limitation of the role of multipliers, in particular on guiding SGBV survivors to regular Dutch SGBV services.

Content

Knowing from sessions 1.1.1 that humanitarian organisations provide support when governments are not able to, clarify that Doctors of the World's main goal is to facilitate access to regular Dutch services. Nevertheless, some basic medical services are provided such as smear tests; ultra sounds and contraception. Hence, Doctors of the World can fill a gap temporarily but does not want to create a duplication system. Therefore, the role of the multiplier is not the role of a case manager but the role of a supporter that provides psychosocial support, in collaboration with medical volunteers, and if wished for acts as a bridge to regular Dutch SGBV services.

Facilitator instructions

- Ask participants what they think if they hear the saying 'Not a case manager, but a human focused supporter with attention and time'.
- After, or based on the reactions, explain the role of the multiplier as described in the content.
- Watch the 6 movies from 5 multipliers and 1 client working on SGBV in the Samen project and check after each movie if there are reactions the participants would like to talk about.
- If no reactions on the 6 movies and/ or if there is still time left in the session, ask the multipliers about challenges they already experience in their role or are expecting to face.
- Explain that if this is challenging, this can also be discussed together in supervision sessions later on.

Materials

- Movies from the previous Samen project: SAMEN VIDEO'S - IOM Nederland

1.2.2 SKILLS & EMPLOYABILITY OF A MULTIPLIER

Learning goal

- Increase practice with communication skills through Pharos exercises.

Content

Explanation on the 4 roles a multiplier can fulfill followed by exercises to practice skills:

1. **Scout**: a.o. through observation, asking questions, finding out about the situation.
2. **Information officer**: providing the correct information that is needed.
3. **Mediator**: accompanying to appointments a.o. with a general practitioner.
4. **Advisor**: providing options to the client the client can choose from.

Facilitator instructions

- Discuss the 4 roles of a multiplier with the participants.
- Explain that there will be 2 activities to practice communication skills.
- Ask one of the participants to read the exercise instruction. Ask if there are any questions and explain that the aim is to focus on what is being said, so not on 'what do I think this persons means'. Give the ball to one of the participants to start the activity. Ask afterwards how this activity was. I.e. was it hard to listen instead of being busy making sense of what was said?
- Ask again to read the instruction after which they can practice in pairs. Pass by each pair and exchange if needed. Have a group exchange afterwards and ask how it was for them not to try to influence the options provided. If tempted, was it because of personal biases or if it is grounded in knowledge?

Materials

- One hard copy of document exercise 1 'listening and summarizing':
  We will take turns and tell each other a story. Everybody listens and the one who's turn it is to tell a short story has the ball. Everybody listens until the end of the story. Following this the storyteller puts the ball on the floor and the next person that wants to share a story first summarizes the story. If that is correct the ball can be picked up for the next story. If not, the first story teller picks up the ball again and adds essentials that were missing before passing the ball on.
- One hard copy of document exercise 2 'advising':
  You want to advise a client to go to a general practitioner for a referral to a psychologist or a general practitioner supporter.

1.3 CULTURAL SENSITIVITY & SEXUALITY

Learning goal

- Gain insights into the importance of being aware of differences and communalities across cultures in communicating about sexuality.

Content

After discussion the importance of cultural sensitivity and ability to reflect in the previous sessions, this sessions entails 3 activities aiming to internalize insights:

SGBV and sexuality are difficult, or even taboo topics, to discuss. In order not to only realise this, but to feel this for yourself as well, the activity 'Sexuality Bingo' will be conducted. After this activity participants will experience obstacles within themselves when talking about sexuality and will share about these experiences among each other in order to realise it is not easy for anyone but that exchanging about this empowers.

This exchange is followed by an exercise in which participants will be asked to make together a wordweb with all words they associate with sexuality. Most often, more terminology is written down to describe the impact of unhealthy sexuality such as 'gender based violence' and 'abortion' while positive sexuality terminology such as 'pleasure' and 'sensuality' might be less represented. Reflecting on this as a group leads to an internalization that positive sexuality is the other side of the 'sexual based violence coin' and that attention for this in any culture might help to prevent gender-based violence.

Lastly, working as a group with statements will facilitate a realization that you might have more in common in your sexuality upbringing with somebody from a different culture than with your neighbor in your own country (or origin).

Facilitator instructions

Please note, this sessions can be conducted together with multipliers and medical volunteers in order to facilitate even more in-depth cultural exchange benefiting from the collaboration in pairs.

First of all, mention that we might feel ashamed or hesitant to talk about subjects regarding sexuality. We will talk in another session more about social norms which are very directive for our behavior. A taboo is a social norm that says there is something that is not allowed. For instance in a lot of cultures it is a taboo too talk about sex, sexual problems, virginity or genital mutilation. By discussion this as a professional the taboo is reduced. The more normal we practice for ourselves to talk about subjects regarding intimacy and physical problems, the more easy it will become for others to talk to us.

ACTIVITY 1 'SEXUALITY BINGO'

1. Provide each participant with a bingo card:

First french kiss	I lied to children about conception of babies	First time in love	Childhood information about sex independent of wedding or after wedding
First time physical intimacy	First time I learned about conception	Information about anticonception	Clothing instructions
Communication on physical pleasure	Age of first relationship	First time experience nudity other sex	Number of parents that talked about sexuality

Add boxes or adjust the boxes if more appropriate.

2. Explain that a box can be crossed when you discussed one of the topics with another participant that did neither cross the particular box yet. Make the participants move through the room with the instruction that the winner is the first who has a complete row followed by the participant with a completed card.
3. After one of the participants has a completed card, finalise the game and have a group exchange about how it felt to conduct this exercise. Emphasize responses that stress how ice-breaking and empowering exchanging can feel.

ACTIVITY 2 SEXUALITY WORD WEB

1. Draw the word sexuality on a flipover and ask all participants to write down at least 3 associative words on the sticky notes and to stick it on the flip over.
2. Facilitate an exchange while concluding with a focus on positive sexuality as a challenge in every culture but of utmost importance in feeling comfortable to address gender-based violence. To illustrate this the facilitator can give the example that if you address positive sexuality by explaining that physical arousal in the form of an erection or producing vaginal lubrication is normal and that this can be an automatic reaction from the body, the facilitator can directly make a link that if you are comfortable to explain this you can also use this to explain a survivor of sexual violence that the vaginal lubrication is not necessarily a sign of excitement but a normal physical reaction of the female body. This can take away hesitation from a survivor to speak out and facilitate a disclosure and request for help.

ACTIVITY 3 STATEMENTS

1. Explain the participants that standing up means 'YES' and remain seated 'NO'.
2. Read aloud one statement at the time following which participants might like to comment on their own response:

- ✔ Intimacy was something we did not talk about in our household.
- ✔ I was warned about physical intimacy.
- ✔ My clothing had/ has to be 'modest'/ I want my clothing to be modest.
- ✔ Pleasure was part of my initial sexuality education.
- ✔ My parents/ caregiver did to talk to me about sexuality.
- ✔ From a young age on I was learned to name my body parts.
- ✔ I had to learn about my sexual characteristics myself.
- ✔ I, or my female family members, celebrated my first menstruation.
- ✔ A relative talked to me about pleasure.
- ✔ I talk with my close friends about sexuality, sexual orientation or sex life.

3. Facilitate an exchange after all the statements are discussed and ask the participants about commonalities and surprises they faced probably this will lead to a discussion about commonalities across cultures and surprises within cultures.

Materials

- Pencils
- Bingo cards for each participant
- Flip-over and sticky notes

1.4 REFERRAL TO & COLLABORATION WITH DUTCH SGBV SERVICES (TRAINING 2026)

Learning goal

- Ability to refer SGBV survivor to Dutch SGBV services.

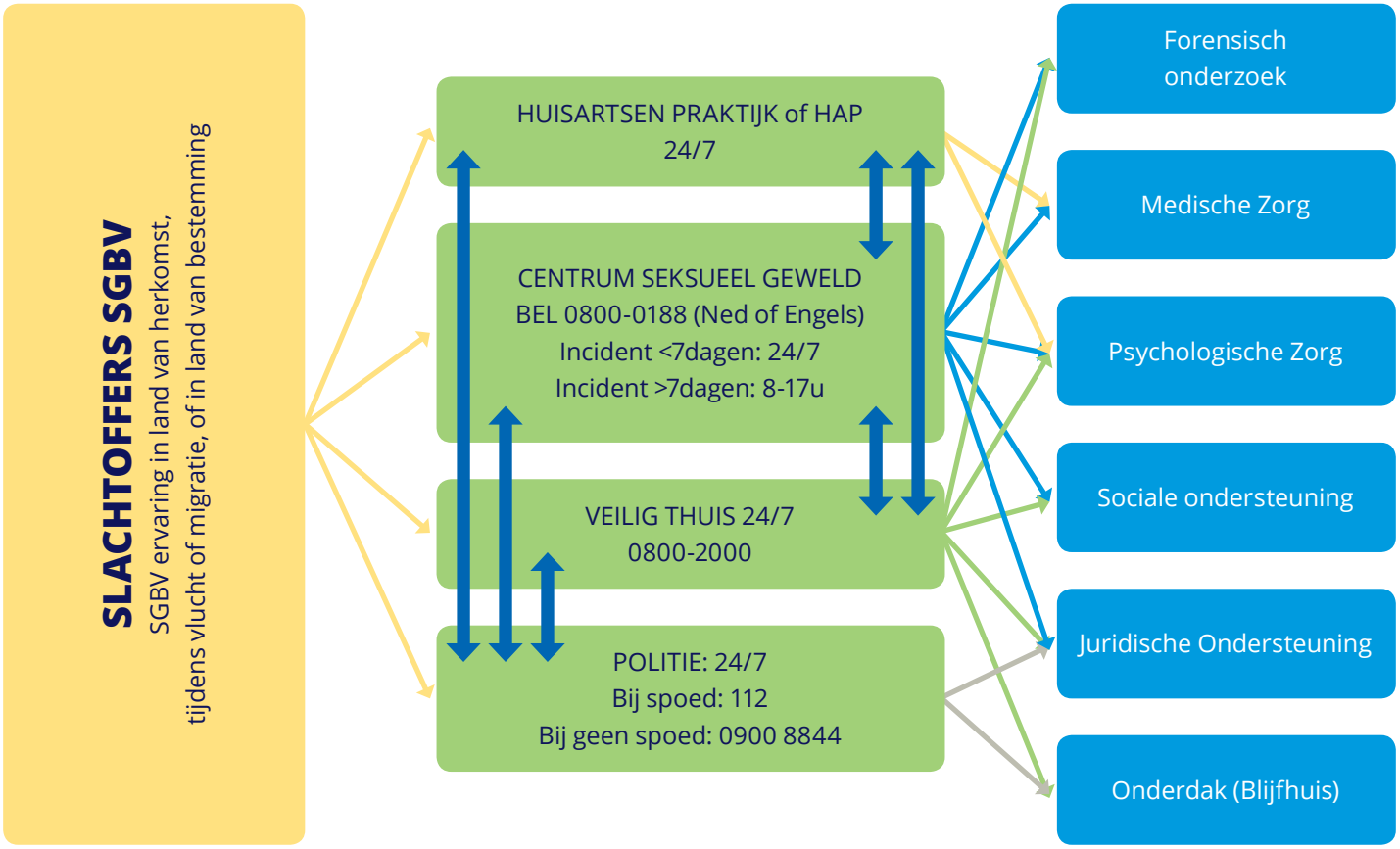
Content

Based on the Reach.Out Mapping, explain that in the Dutch health care system, the general practitioner (GP) is the main entry point of the system and functions as the gatekeeper. The GP is responsible for first-line diagnosis and treatments and decides about referrals to medical specialists in the second or third line health services. This is a very difficult system for refugees and migrants to understand as in most of their countries of origin they can access specialists and hospitals directly themselves. Making use of a figure the gate keeping and the main SGBV services will be shown.

Under Reach.Out Plus an in-depth mapping for the SGBV services in Amsterdam will be created in 2026. Following this another training will be conducted and the in-depth mapping will be shown based on recent SGBV cases. Until then referral is done based on the general mapping and on ad hoc searches together with the SGBC Coordinator.

Facilitator instructions

- Explanation Dutch health care system and referral to SGBV services.[4]



Materials

- Digital in-depth mapping SGBV services Amsterdam (to be finalized in 2026)
- Recent documented anonymized cases

4 SGBV Mapping Report – Reach.Out – 2020 – page 27

2. Basics of Gender-based Violence

CREATIVE INTRODUCTION

1.1.1 HUMANITARIAN MANDATE

Learning goal

- Showcasing suitability for the role of a multiplier by identifying characteristics.

Content

A creative introduction in order to have a fun start to gender-based violence as a topic which might be tough. Creating the informal space for exchange among multipliers in order to stimulate an environment where a playful element is allowed to be able to deal with difficult situations and where the foundations are created for the pool of multipliers to rely on each other for exchange and support knowing each other's strengths.

This will contribute to a trust base for future supervision sessions, and also, a link will be made within this training to characteristics that typically fit a man or woman box (2.3).

Facilitator instructions

- At the start of a new training provide a trigger warning that this training session provides an understanding of the dynamics behind gender-based violence but also information will be shared on forms of violence which might be triggering. Explain that everybody should feel free to leave the room. Make sure to explain that one of the facilitators will leave the room to make sure that you're okay; to see if you would like to have support and/ or how to continue.
- Ask each participant to choose a stuffed animal from whom they can relate to one of their typical characteristics and ask them to explain what they chose and how that characteristic can be helpful in the role of multiplier. If participants are hesitant highlight some characteristics.

Fox – *smartness*; **Bear** – *powerful*; **Hare** – *alert/ protective*; **Bat** – *social and communicative*; **Frog** – *careful or alive*; **Dog** – *loyal*; **Donkey**– *quirky*; **Owl** – *wisdom/ intuition*; **Elephant** – *great memory or kind*; **Reindeer** – *perseverance*; **Monkey** – *adaptability*; **Rabbit** – *curious*;

Materials

- Variety of stuffed animals to which certain character traits can be assigned like on the following picture:



2.1 DEFINING GENDER-BASED VIOLENCE

Learning goal

🏆 Ability to explain gender-based violence and diverse forms in which it manifests.

Content

In this session a presentation including movies will be combined with an activity.

2.1.1 DEFINITION OF GENDER-BASED VIOLENCE

The following Dutch definition will be presented as it is all encompassing:

> *'Gendergerelateerd geweld is een overkoepelende term waaronder meerdere vormen van geweld vallen. Het gaat om geweld dat iemand wordt aangedaan vanwege gender, biologisch geslacht/ sexe, genderidentiteit of genderexpressie. En om geweld dat mensen van een bepaald biologisch geslacht of genderidentiteit onevenredig raakt.'*[5]

Also a short movie, focused on refugees, will be watched as it might be a more appealing form than a written definition.

2.1.2 BIOLOGICAL SEX AND GENDER EXPLAINED

After the movie the terminology in the definition is explained.

In the movie it says gender-based violence means being hurt because of gender identity, sexual orientation or just because you're a man or a woman.

Starting with being a man or a woman, explain that biological sex is about physical characteristics. Whereas the gender of a person is based on a personal identification of being a man, a woman, or neither of these two. Gender refers to the characteristics of women, men, girls and boys that are socially constructed. This includes norms, behaviors and roles associated with being a woman, man, boy or girl. As a social construct, gender varies per society and can change over time. Most commonly people born with female reproductive organs identify as women and people born with male reproductive organs identify as men which means that they identify as cisgender. This is often a direct consequence of the choice of parents and society to raise children in a gender -specific manner, according to their sex, which governs the messages they receive on gender norms throughout their childhood (e.g. how to dress; how to behave; which social roles to carry out).

If a person identifies as another gender than the one assigned based on their reproductive organs assigned at birth they identify as transgender. Some people identify as non-binary meaning that they do not identify with genders that are exclusively male or female. Explain that non-binary (in addition to male or female) is therefore an option to indicate on participant lists. (If it comes up; gender expression concerns how someone is expressing it's gender identity)

Some people that indicate 'non-binary, or man or woman' might be intersex as explained in the movie.

5 Toolbox Alliantie Verandering van Binnenuit 2.0-35-38.pdf

2.1.3 WHO CAN BE A SURVIVOR?

Anyone can be a survivor. Independ of your biological sex, gender identity, gender expression or sexual orientation.

Sexual orientation was also named in the movie and concerns who you are romantically and/ or sexually attracted to; who you have relations with and how you name yourself. For example heterosexual (attraction to the opposite sex); homosexual (attraction to the same sex); bisexual (attraction to both sexes) or pansexual (attraction any gender).

When individuals fail to respect societal or their closer communities expectations, and what is considered as 'normal' they have an increased risk to become survivors of gender-based violence.[6] But also in situation of unequal power relations or when protective systems are (temporary) not available as explained in the video.

2.1.4 FORMS OF GENDER-BASED VIOLENCE

The official definition continuous about the forms of violence as follows:

> '*Gendergerelateerd geweld kan bestaan uit (de dreiging met) fysiek, seksueel, psychologisch of economisch geweld. Het kan plaatsvinden in de privésfeer, maar ook daarbuiten.*'[7]

Through an activity the different forms of violence will be discussed within the group.

Facilitator instructions

- Start the presentation showing the definition and show the movies until 1:23.
- Continue the presentation explaining the terminology in the definition and stress that all genders can be affected for which 'gender based-violence' should not be used interchangeably with 'violence against women and girls'. Leave space for questions.
- Show the movie in which intersexe is explained from 0:50 to 1:47 (dutch movie) and from 0:44 (english movie). Stress that they can identify as non-binary, but also as man or woman.
- Continue the presentation explaining that anyone can be a survivor and show the movie until 0:39 to showcase the heightened risks refugees face.
- In the first movie physical, emotional and sexual violence were named and some examples of violence were mentioned such as verbally hurting and isolating from family and friends. Write the 4 forms of violence (physical, sexual, psychological and economical) each on a flipover. Ask each participant to write down examples of violence on the sticky notes and to put them down on the correct flip over and to look after that at the examples fellow participants wrote down. If participants are hesitant, use examples like intimate partner violence, female genital mutilation; rape; manipulation and withdrawal from id card and finances. Make sure to name that even though sexual violence is a form of gender-based violence, we explicitly name this to increase awareness.

6 Module 1 Gender-Based Violence (GBV) and GBV Response Systems | Rise 360

7 Toolbox Alliantie Verandering van Binnenuit 2.0-35-38.pdf

Materials

- Powerpoint 'Gender-based Violence'
- Movie 2.1.1 'No one has the right to hurt you' https://youtu.be/KsIE6Q7hXe8
- Movie 2.12. 'Gender-based violence in a migratory context' Gender-based violence in a migratory context - NL
- Movie 2.1.2 'Genderkoek' in Dutch Genderkoek - YouTube or in English 'Genderbread Genderbread Cookie - YouTube
- Flip-over
- Sticky notes

2.2 SURVIVOR CENTERED APPROACH

Learning goal

- Ability to work from a survivor centered approach.

Content

The survivor centered approach will be explained in a movie following which applying this approach in practice will be discussed through an activity. Throughout this whole session the goal is to emphasize that the survivor owns their own story, as well as eventual actions, which is empowering in itself.

Facilitator instructions

- Write down before the session on each flip over the guiding principles of a survivor centered approach:

Safety
Confidentiality
Respect
Non-discrimination

- Show the survivor centered movie until 4:00 as an explanation of the approach.
- Ask one person in the room to write along on the flip overs during the discussion activity. In the discussion ask per principle how it could be applied in practice.
  If needed use prompts such as:
  Safety: what kind of space? Comfortable to talk? Separate room?
  Confidentiality: e.g. only a link to SGBV services based on consent and request.
  Respect: how to express no judgements? Using the word survivor?
  Non-discrimination: how to make sure a lesbian woman feels welcome?
- Close with the Samen movie in which it is explained that there are trustworthy organisations in the Netherlands; that there are people that will listen and have compassion with your situation; that they will not share your experience without consent and that your story is safe with them. Share this as an attractive example in which survivor centered approach principles are taken into account.

Materials

- Movie The Survivor-Centred Approach
- Movie You are not alone – SAMEN video on SGBV survivor support (English)
- Pen and 4 flip-overs

2.3 GENDER-BASED VIOLENCE DYNAMICS

Learning goal

- Ability to explain that unequal power relations and gender inequality create the facilitating environment for SGBV (hence, not a difficult situation in itself).

Content

Short movie fragment accompanied with explanations and followed with an activity for participants to realise how gender inequality influences them and the society.

In session 2.1 gender was explained. Gender refers to the socially constructed roles, behavior, activities and attributes associated with being women and men. So, this means that gender norms are the social expectations and assumptions made about how people will and should behave based on their sex or gender identity.[8]

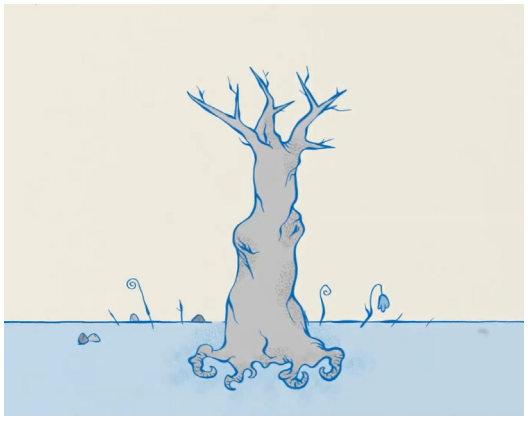
Through the activity the participants will think together about social expectations and reflect on this with the goal to realise that everybody is caught within or outside of these boxes and suffering from these boxes.

This realization will be confirmed with an explanation that societal expectations about femininity and masculinity lead to inequalities, dependencies and unequal power relations between men and women resulting in structural gender inequality. This means unequal societal positions of persons based on their sex, gender identity, expression or sexual orientation. The reason for this is that masculinity in society is often more valued than femininity and heterosexuality more than bi- or homosexuality. This also means that men adhering to the traditional societal expectations are often, generally speaking, more privileged and less discriminated than women, non-binary persons or gay men.[9]

Cause of SGBV are deeply entrenched in social norms and attitudes. Root causes are gender inequality, systemic discrimination and unequal power relations.

Contributing factors are elements that contribute to the tree/ SGBV's occurring, such as the lack of legal framework; the presence of armed conflict or natural disasters as protective mechanism are lost and there might be an aid dependency as community support got disrupted and families separated.

Whereas the causes are feeding the soil of a tree, the consequences can be envisioned as the leaves. The contributing factors contribute to its occurrence but are not the cause, for instance occupation or stress is not the cause but a contributing factors.



8 Abortion Values Clarification for Action and Transformation (VCAT) page 86

9 Hoe gender(on)gelijk is Nederland? De rol van mannelijkheid | College voor de Rechten van de Mens

10 Gender-Based Violence (GBV): Causes, Contributing Factors & Consequences - YouTube

Facilitator instructions

- Draw ahead of the session the human figure on 2 flipovers. Write 'ideal man' and 'ideal woman' above one of the figures.[11]
- Start the session if somebody remembers in their own words how gender can be defined and explain what gender norms and societal expectations are.
- Explain the participants that in the activity they will look at societal traditional/ typical expectations of men and women. Mention (in your own words) that 'The gender norms we will discuss reinforce the idea of binary gender and those who live and identify outside of this binary are also stigmatized by this system."
- Split the group up in 2 subgroups. 1 group focuses on the man and 1 on the woman. Ask them to draw in 5 minutes the ideal or real man or woman and to write down typical societal expectations (and behaviors). Mention that these drawings reinforce the idea of binary gender, but these drawings are helpful for the purpose of the exercise to think about societal expectations.
- After 5 minutes interchange the groups and ask them to add if they have ideas that are not visualized or written down yet and ask to draw black circles around the characteristics that women they know also have.
- Let each participant choose a colour sticker and ask them to put stickers with the characteristics they identify themselves with.
- Put the two flip overs next to each other. Ask the participants to think about the characteristic they identified themselves with at the introduction and ask them to write this down where they think it best belongs in society.
- Lastly, ask the participants one more time to regroup in their original groups and ask each group to put 3 circles around characteristics that are most punished by society.
- Discuss the different expectations societies hold for a man versus for a woman by asking what struck them in the exercise; how they feel about the boxes; wat it feels like to have adhere to their boxes (for themselves and their eventual children); in what way people are punished or stigmatized looking at the red circled characteristics and how they would feel if those boxes did not exist.
- Following up on the discussing by stressing that if you look at individuals many characteristic are not gender specific. Many examples that showcase how freeing it can be. Like Tony Porter from a 'Call to Men' is saying that we cannot keep one box in tact and the other not which he illustrates by saying 'my liberation as a man is tied to your liberation as a woman. Show the movie 10:36 to 10:51.
- It might be most self-evident to think about examples of how a refugee woman or a refugee gay men or somebody identifying outside of the binary system are impacted by these boxes/ societal expectations. The impact on men is also good to highlight through an example from the Doctors of the World Netherlands MHPSS team which is a good illustration wherein a family is fleeing and overseas their daughter dies on the sea and where the woman puts the responsibility for this with the man in his protector role. Ask participants if other examples come to mind they would like to share. Thinking about SGBV prompt with the example of a lesbian woman that does not dress and act as expected from an ideal woman and therefore gets raped by a man who believes that that is a way to make her heterosexual and feels he is righteous doing so.
- Introduce the movie that will be displayed from 0:48 until 1:18 by saying that we will now see a movie that will explain how gender inequality, systemic discrimination and unequal power relations form the facilitating environment for SGBV.

11 Abortion Values Clarification for Action and Transformation (VCAT) page 84

- Continue with an explanation of contributing factors from 1:57 to 2:26. Hence, explain that it is for instance not the alcohol or the occupation that is the cause of the physical and sexual violence but is it a contributing factor.
- Then the consequence of SGBV 3:30 of 3:35 are the branches, leaves and fruit for instance an unwanted pregnancy as a consequence of sexual violence.
- Ask if there are any questions and mention that if later on a questions comes to mind to please pose this as this is a lot of input that needs time to process.

Materials

- Movie A call to men | Tony Porter
- Movie Gender-Based Violence (GBV): Causes, Contributing Factors & Consequences - YouTube
- 2 Flip-overs
- Per participant 5 distinctive colorful stickers.
- Marker
- Tape

2.4 THE PYRAMID OF VIOLENCE

Learning goal

- Increase understanding that all forms of violence are interconnected and that 'small forms of violence' might lead to 'more severe forms of violence'.

Content

After session 2.3 it is good to plan a coffee break to use session 2.4 as a session in which remaining thoughts can be expressed and questions can be asked.

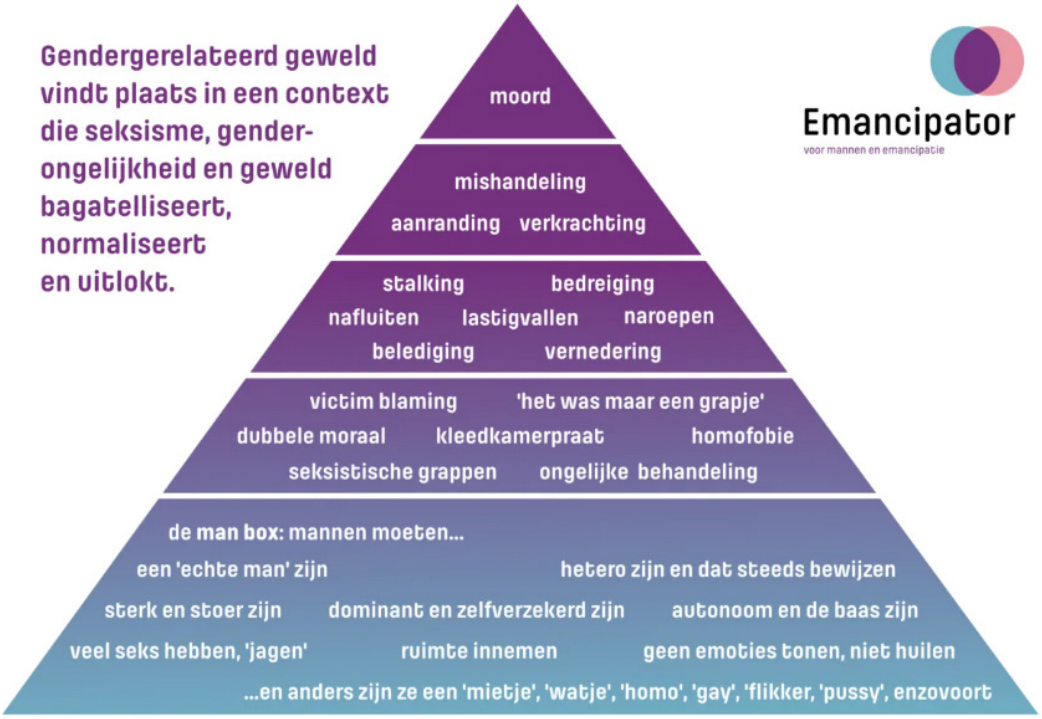
The pyramid figures will be used as an alternative visualization of what was learned in session 2.3 that SGBV is rooted in gender equality, systemic discrimination and unequal power distribution. The pyramid is focused on men and shows how the man box contributes to SGBV. The pyramid showcase examples of gender equality, systemic discrimination and it shows how a system works in which SGBV exists.

Facilitator instructions

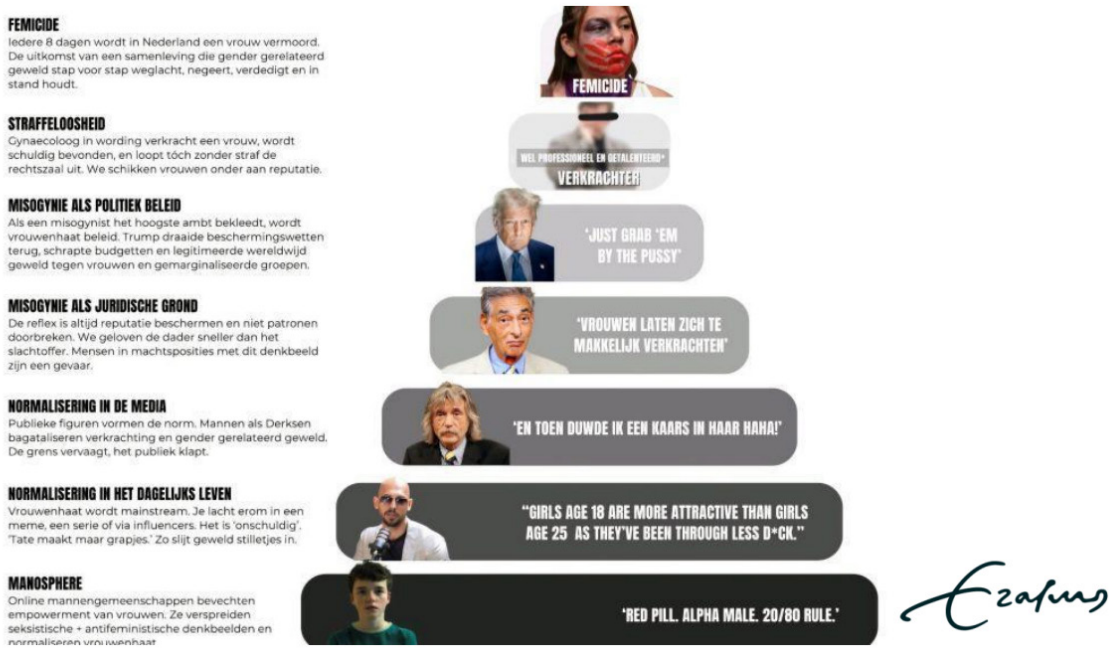
- Ask if there are any remaining thoughts or questions on the session in which SGBV power dynamics were discussed.
- Show and explain that as we have discussed the boxes there is a useful illustration including a reference to the man box which showcases how the societal expectations of an ideal man and therefore the man box contributes to SGBV.
- Mention that we have discussed that anybody can be a survivor of SGBV but that most perpetrators are men, although most men are not a perpetrator.
- Explain the layers from physical intimidation, to verbal intimidation to cultural micro-aggressions to the lowest layer of attitudes and convictions. By tackling the lowest layer the man box can be broken down and the facilitating environment for SGBV can be disrupted.
- Ask participants to have a look at the Dutch pyramid and discuss in pairs of three if they all know the different examples in the layers.

Materials

- Powerpoint slide Pyramid of Violence[12]



- Powerpoint slide Pyramid of Violence in the Dutch Context



- Pyramid stickers from Emancipator which can be ordered: info@emancipator.nl

12 White Ribbon Campagne - Emancipator

3. Psychosocial Support

Learning goal

- Ability to explain the importance of psychosocial support and how to work on it as a multiplier.

Content

3.1 PSYCHOSOCIAL SUPPORT ACTIVITIES

A definition of psychosocial support is provided and it is explained that psychosocial support takes place in all activities especially through consultations and workshops.

3.2 THE USEFULNESS OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT

Through two activities the participants will experience how it is to have the feeling 'not to have to carry it alone' through which they realise the importance of psychosocial support.

3.3 PSYCHOEDUCATION

Explanation on the understanding of stress in different parts of the world. In the Netherlands and the Western world most learned that stress exist, though this is new to many people we work with. Symptoms like headaches, intrusions, insomnia, drinking a lot of coffee or alcohol are not linked to experiences in the past. Often making the link between how you feel and how you behave is something new as well. Therefore, explaining clients about symptoms we often see after particular violence experiences might help to normalise, to look for peer support and to cope better with the violence experienced. Lastly, showing the movie (from 8:35) to have an explanation on: the workings of the nervous system, an explanation on the increased risk of mental health problems after i.e. abuse and on the need for 'connection' as a supportive mechanism.

3.4 RECOGNISING SGBV

Explanation of possible signals that might indicate SGBV experience such as fear of being touched in a sexual reproductive consultation hour.

3.5 CONVERSATION STARTERS INDIVIDUAL CONSULTATIONS

Start discussing from health and violence as a topic in which attention can be paid to problems after violence, possible services and referral. Or start discussing from a social safety perspective in the house and in the close environment in which safety and violence against children, LHBT+ community and others can be discussed. This discussion can also be based on violence during the flight or the legal system.

3.6 DO'S AND DON'TS

Stress and explain general do's and don'ts such as always respecting someone's choice and no phone interference or letting clients leave when they're still high up in their emotions. Also explain what to do when there are emotional reactions such as remaining calm, naming the emotion, normalizing, reassuring and focusing on the here and now. In addition, providing advise such distraction when reliving a situation.

Facilitator instructions

- Explain what psychosocial support (an approach that addresses both the psychological and social needs of individuals, families and communities and focuses on well-being) entails in Doctors of the World Netherlands and in which activities multipliers will work on this, namely: individual consultations and workshops. Workshops can be either thematic meetings or support groups.
- Ask participants to imagine for 2 minutes the weight of your burdens which may press on you like a heavy bag that you carry on your shoulders. In your bag you carry lots of things you need, but also worries, problems, and other obstacles that can make a journey or your life at this moment heavy. Walk through the space and show with your body and through your attitude how this burden is influencing you. Afterwards take another 2 minutes in which participants are paired into same-sex pairs and request to encourage them to support each other with the burdens they are carrying.[13]
- Ask the participants to sit down again and ask what they noted? Ask as a follow up question how the burden on their shoulders affected their relationship with others? Followed by a question on how they experienced the support received. Facilitate a discussion in which it is discussed that you cannot see the other anymore once you are carrying so much on your back. Though sharing and exchanging, or least carrying it together, might help for the burden to feel lighter.
- After the activity follow up with the presentation on psychoeducation; possible signals of SGBV and conversation starters.

Materials

- Powerpoint presentation 'SGBV and Psychosocial Support'
- Ensure two spaces where men and women can walk in pairs
- Movie 'Webinar misbruik en mentale gezondheid' https://youtu.be/qS04qjzK0q4?si=G-GujxIpi6L3X6t3f

13 Dokters van de Wereld Cap-train Stress and Problem Management Facilitators Manual

3. Workshops

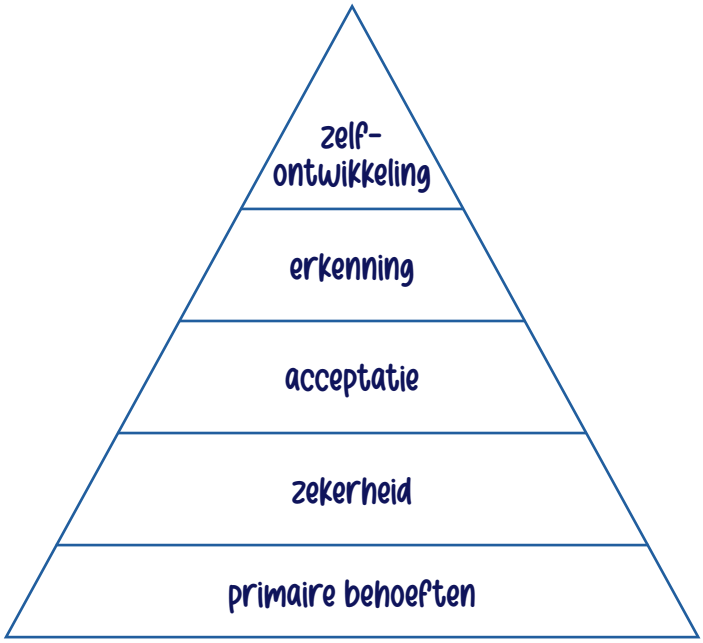
Learning goal

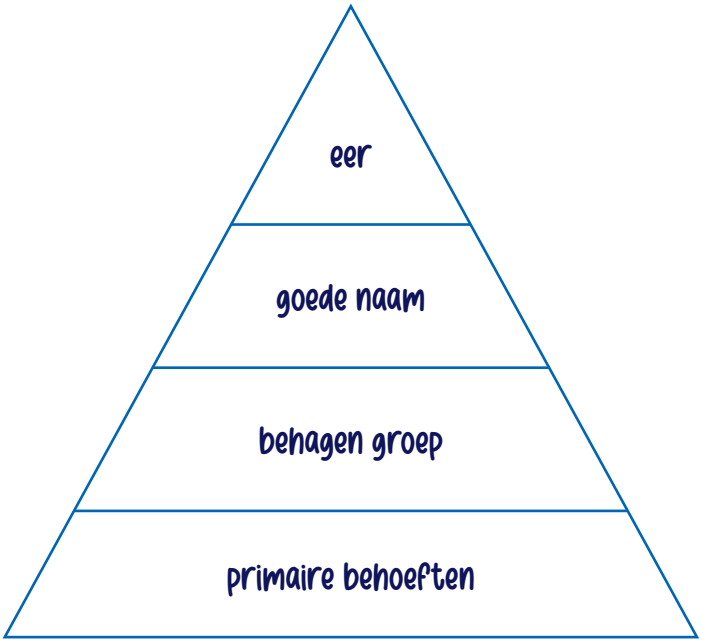
🏆 Increased cultural awareness and skills to be able to provide workshops on SGBV topics.[14]

Content

4.1 CULTURAL AWARENESS IN SGBV WORKSHOPS

Western SGBV awareness and other activities are often focused on Western, liberal, individualistic frameworks of self-determination, freedom and agency. Less attention is paid to the cultural spectrum of expression collective motivations or the influence of family, religion and spirituality on choices. You can see the difference if you compare the pyramid of Maslow to the pyramid of Pinto as visualized in the Dutch pyramid figures.[15]





4.2 SOCRATIC-METHOD & ADDRESSING THE SILENT MIDDLE

Explanation of the significant importance of conversation techniques, namely: *facilitating discussion instead of leading by stimulating critical thinking and space for different perspectives.

**Guarding a safe workshop environment by inviting and limiting.*
**Aiming for connection*

Socratic conversation techniques are important to expose underlying norms, experiences and fears. It concerns how you think, what you think and what the thinking is based on. It stimulates critical thinking; explores different perspectives and it encourages self-reflection.

14 Based on the training materials from the Seksualiteitsschool for the Doctors of the Word's Netherland Sexual and Reproductive Health team focusing on sexual formation instead of sexual education.

15 Piramide van Pinto – Management Platform

Within the socratic conversation techniques use can be made of deepening and broadening questions. Also, to ensure a safe space in workshops the facilitator should limit and invite people if there is misinformation, if hurtful comments are made or when it becomes a game. These skills will be practiced through an activity.

Facilitator instructions

- Explain participants about collective versus individual motives which is good to be aware of working on SGBV workshops.
- Ask the participants to think 3 minutes about the impact of collective (i.e. group harmony, family interest, role in society) or individualistic (i.e. independence, taking initiative, self-determination, own enjoyment/ happiness) motives on your own sexual choices. Ask them to make use of the arrows and ask them to cross on the spectrum where their motivation is settled for having children; partner choice; sexual identity and having sex.



- In addition to the motives is it dependent on the (cultural) spectrum of expression versus privacy if somebody is silence or talks; if somebody ask for help; if public displays of affection are acceptable and what clothes somebody wears. Ask participants to indicate their own position on the spectrum and ask them to reflect on how this influences leading a workshop and their reaction to behavior. Expressive concerns showing emotion and strong non-verbal communication as in for instance Italy and hesitant is about controlling emotions and appreciation for calmness and self-control such as in Japan and Scandinavia.



- After having this awareness explain the Socratic conversation techniques. Explain that this might be a change compared to workshops in the past where the focus might have been more on education instead of formation. In order to facilitate instead of leading the discussion show examples of deepening questions:

— What happens?
— Can you tell me a bit more about that?
— Which experience confirms this?
— Are there people in your environment that think differently?
— Is this your own experience/ how did you experience this?
— Can you explain me what that says about what it is that is important to you?
— Did your opinion about this change over time?
— What is difficult in those moments?

- Explain that if there are opinions that are important to you as a facilitator to challenge you can make use of broadening questions such as:

— Who recognizes this?
— Who has different of additional thoughts about this?
— Which opinion exist in the Netherlands?
— Do you think this applies for everybody (if the whole group agrees)?

— Are there any other reactions/ opinions/ sides to this we can think about?
— Is see you thinking... you wanna tell this to the group?
— Is there anybody that wants to respond to this?

Often deepening and broadening questions are enough to facilitate exchange though in case of misinformation or hurtful remarks, it is your role as a facilitator to address the language used. Not the underlying thinking as you are interested in that! Let's practice with that. Ask all participants to think of a conversation they have been in where a hurtful comment was not addressed while you wish you had. Ask them to work in pairs to practice limiting followed by an invitation in the following way:

Express the words that are crossing a limit

'I hear you say the word...'

Stress what this word does

'This word is hurtful because...'

Stress that you limit

'So please do not use this word as we agreed at the start of the sessions we would respect each other and each other's opinion'

Ensure an invitation immediately

'I am really interested how you think about this and would love to talk about this but that cannot if you use these words. So, i.e. what feeling do you have now? What does this with you?'

✔ Close the workshop by asking for the experiences of the participants and ensure that workshops will always be done with 2 persons to continue practicing this together.

Materials

- Powerpoint presentation 'Workshops'
- Hard copy for each participant with the 2 arrows indicated under facilitator instructions.
- Small affirmation cards for each participant
- Pencils

Be hesitant to explain your point of view as a facilitator. Facilitate and ask the workshop participants, especially quiet participants. They might form the silent middle who need to be heard in order not to only have the more radical opinions voiced which are mostly not supported by most group members. The input from the group where people have a connection with each other is more influential in reflecting on and changing norms than a presentation or an educated vision.


reach.out
plus
MÉDECINS
DU MONDE

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Leitlinien für die Umsetzung von Workshops

Gesundheitsförderung und Gewaltschutz für geflüchtete Frauen*

INHALTSVERZEICHNIS

1. Allgemeines Konzept 2
   1.1 Zielgruppe 2
   1.2 Setting und Rahmenbedingungen 2
   1.3 Ziele der Workshops 3
   1.4 Grundprinzipien (Qualitätsstandards & Grundsätze) 4
   1.5 Methoden 4

2. Workshopsitzungen 6
   2.1 Sitzung 1: Kennenlernen und Asylprozess 6
   2.2 Sitzung 2: Gesundheit und medizinische Rechte 8
   2.3 Sitzungen 3 – 5: Psychische Gesundheit und Psychoedukation 10
   2.4 Sitzung 6: Sexuelle Gesundheit und Selbstbestimmung 14
   2.5 Sitzung 7: GBV 17
   2.6 Sitzung 8: Abschlusssitzung 21

3. Fazit 23

4. Anhang: Beispiel-Bildkarten 24
   Was kann ich für meine Gesundheit tun? 24
   Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit 27
   Was ist wichtig für meine sexuelle Gesundheit? 30

1. Allgemeines Konzept

Dieses Manual wurde im Rahmen des Projekts **reach.out plus** erarbeitet und richtet sich an Organisationen sowie Fachkräfte, die **Workshops für geflüchtete Frauen*** planen oder durchführen. Ziel ist es, in einem geschützten, vertrauensvollen Setting einerseits **Gesundheitskompetenzen** zu stärken und andererseits die Teilnehmerinnen in ihrer **Selbstwirksamkeit** zu unterstützen.

Das übergeordnete Thema der Workshopreihe ist **genderbasierte Gewalt (GBV)**. GBV wird dabei nicht als isoliertes Thema behandelt, sondern als Querschnittsaspekt verstanden, der sich mit **Gesundheit, Rechten, Selbstfürsorge** und dem **Zugang zu Unterstützungsstrukturen** verbindet. Jede Workshop-Session trägt dazu bei, Betroffene frühzeitig zu erreichen, Informationen aufzubereiten und den Übergang in eine **Einzelberatung** zu ermöglichen.

1.1 Zielgruppe

GBV kann grundsätzlich alle Menschen betreffen. Aufgrund der besonderen Verwundbarkeit geflüchteter Frauen* richten sich die Workshops jedoch gezielt an Frauen*, die **GBV überlebt haben oder aufgrund intersektionaler Vulnerabilitäten einem erhöhten Risiko** ausgesetzt sind.

Im Fokus stehen **Bewohnerinnen von Geflüchtetenunterkünften** sowie Frauen mit **Fluchtgeschichte**, die sich aktuell im **Asylverfahren** befinden. Die Zielgruppe ist divers und altersgemischt - sie umfasst Frauen jeden Alters und unterschiedlicher kultureller sowie sozialer Hintergründe.

Viele Teilnehmerinnen bringen komplexe Erfahrungen mit. Nicht alle werden sich jedoch explizit als von GBV-Betroffene verstehen. Daher ist es wichtig, dass die Workshops als **niederschwelliges**, **nicht stigmatisierendes Format** konzipiert sind, das über die Themen Gesundheit und Rechte einen gestützten Einstieg bietet - **ohne Betroffene zu outen oder unter Druck zu setzen**.

Die Adressatinnen sind gleichzeitig die Expertinnen ihrer eigenen Lebenssituation. Die Workshops bieten einen **partizipativen Raum**, in dem Wissen gemeinsam erarbeitet und Handlungsoptionen gemeinsam erkundet werden.

1.2 Setting und Rahmenbedingungen

Die Workshopreihe gliedert sich in **acht wöchentliche Sitzungen** von circa zwei Stunden. Bei der Planung sollte ausreichend Zeit für mögliche Einzelgespräche vor oder nach dem Workshop eingeplant werden.

Das Angebot ist als **aufsuchendes Format** konzipiert und findet direkt in **AnkER- bzw. (Erst)aufnahmeeinrichtungen** statt. Diese räumliche Nähe ist entscheidend für die **Niederschwelligkeit**: Viele Teilnehmerinnen unterliegen einer Residenzpflicht, verfügen über keine eigenen finanziellen Mittel für Fahrten oder können aufgrund von Sprach- oder Leseschwierigkeiten schriftliche Informationen nicht selbstständig erfassen. Ein aufsuchendes Angebot stellt sicher, dass die Workshops für alle zugänglich sind.

Die Gruppen sind für **maximal 20 Frauen*** angelegt. Diese Größe ermöglicht einerseits eine geschützte Atmosphäre, in der sich die Teilnehmerinnen wohlfühlen können, und erlaubt andererseits eine partizipative Gestaltung. Eine **genderhomogene** Durchführung fördert den Aufbau

von Sicherheit - insbesondere vor dem Hintergrund, dass viele Teilnehmerinnen Gewalt durch Männer erfahren haben.

Die Workshops werden in einer den Teilnehmerinnen vertrauten Sprache angeboten, wenn möglich in **Muttersprache**. Um Verwirrung und zeitintensive Übersetzungsprozesse zu vermeiden, findet jeder Workshop in einer Sprache statt.

Der **Raumaufbau** verfolgt das Ziel eines **Gemeinschaftsgefühls**. Die Sitzgelegenheiten werden kreisförmig angeordnet, sodass alle Teilnehmerinnen sich auf derselben Ebene gegenübersitzen und ein Gefühl des Zusammenhalts entsteht. In der Mitte befinden sich Arbeitsmaterialien und gegebenenfalls eine dezente Lichtquelle, wie elektrische Kerzen. Diese Elemente schaffen eine wohnliche, entspannte Atmosphäre, die Vertrauen fördert und die Hemmschwelle zur Teilnahme senkt. Der Fokus liegt stets auf der **Mitte**, um den Zusammenhalt der Gruppe zu stärken.

1.3 Ziele der Workshops

Die Workshop-Reihe verfolgt zwei große, eng miteinander verknüpfte Ziele:

- **Empowerment und Gesundheitsprävention**, Information und Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten während des Asylverfahrens
- **Überleitung in Einzelberatungen** zu stigmatisierten Themen wie GBV, psychischen Erkrankungen und LGBTIQ*-Rechte

Zweck ist es, Menschen niederschwellig zu erreichen sowie **Betroffene von GBV zu identifizieren** und den Zugang zu Unterstützung zu ermöglichen. Im Bereich Empowerment, Gesundheitsprävention und Information liegt der Fokus auf einem **präventiven Ansatz**. Es werden Informationen vermittelt, Aufklärung über medizinische Rechte, Frauenrechte, Rechte bei Gewalt sowie Rechte im Asylverfahren betrieben und Fehlinformationen korrigiert. Ein großer Schwerpunkt liegt auf der **Entstigmatisierung** vorurteilsbelasteter Themen wie sexuelle und psychische Gesundheit sowie GBV-Erfahrungen.

Den Teilnehmerinnen soll außerdem vermittelt werden, wie sie sich **selbstständig Hilfe** holen können, welche Beratungsangebote und -stellen es gibt und welche Funktion diese Stellen haben. Weiterhin sollen die Teilnehmerinnen **Methoden der Stressbewältigung** erlernen und üben.

Ziele im Überblick:

- **Informationsvermittlung und Aufklärung:** Medizinische Rechte, Frauenrechte, Rechte bei Gewalt und im Asylverfahren; Entstigmatisierung sexueller und psychischer Gesundheit sowie GBV; Richtigstellung von Fehlinformationen
- **Individuelle Gesundheitskompetenz stärken:** Überblick über das deutsche Gesundheitssystem; Psychoedukation und Enttabuisierung psychischer Erkrankungen; Selbsthilfestrategien, Selbstfürsorge, Stressbewältigung und Rechte im Bereich psychischer Gesundheit; sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Verhütungsmethoden, STIs und Schwangerschaftsabbruch
- **GBV-Prävention und Gewaltschutz:** Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, Formen und Auswirkungen von GBV, Rechtslage in Deutschland; bei Bedarf: gewaltfreie Erziehung, Kinderrechte und Aufgaben des Jugendamts
- **Unterstützung und Anbindung:** Rechte und Handlungsmöglichkeiten für Betroffene; Vorstellung regionaler Anlauf- und Beratungsstellen und deren Funktion; Anbindung an bedarfsgerechte Angebote

- **Vertrauen und Übergang zur Einzelberatung:** Vertrauensaufbau durch wiederkehrende Sitzungen, Teilen eigener Erfahrungen und den behutsamen Weg in Einzelgespräche
- **Partizipation und Empowerment:** Sicherer Ort für psychosoziales Empowerment und gegenseitigen Austausch

1.4 Grundprinzipien (Qualitätsstandards & Grundsätze)

- **Niederschwelligkeit** - Die Workshops finden direkt in der Unterkunft der Teilnehmerinnen statt; eine vorherige Anmeldung ist nicht notwendig, wodurch bürokratische und räumliche Hürden entfallen.
- **Muttersprachlichkeit** - Die Workshops werden in der Muttersprache oder einer vertrauten Sprache durchgeführt, damit Inhalte präzise verstanden und emotionale Themen in vertrauter Sprache besprochen werden können.
- **Genderhomogenität** - Ein geschützter, geschlechterhomogener Raum schafft Sicherheit und erleichtert es den Teilnehmerinnen, über sensible Erfahrungen zu sprechen.
- **Partizipation & Interaktion** - Partizipative Methoden stärken die Selbstwirksamkeit und ermöglichen es den Teilnehmerinnen, Inhalte an ihre Bedürfnisse und Erfahrungen anzuknüpfen.
- **Traumasensibilität** - Traumasensible Gestaltung verhindert Re-Traumatisierung, respektiert individuelle Grenzen und ermöglicht eine sichere Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt.
- I**ntersektionalität** - Die Workshopinhalte und -gestaltung berücksichtigen die vielseitigen Vulnerabilitäten der Teilnehmerinnen und adressieren diese in sensibler, traumainformativer Weise.
- **Vertraulichkeit** - Die klare Kommunikation von Vertraulichkeit schafft Vertrauen und schützt die Teilnehmerinnen vor Stigmatisierung sowie vor rechtlichen oder sozialen Nachteilen.
- **Freiwilligkeit** - Freiwillige Teilhabe ohne Zwang oder Erwartungsdruck sichert die Autonomie der Frauen* und ermöglicht echte Selbstbestimmung über den Umfang der Teilnahme.

1.5 Methoden

Bei der Durchführung der Workshops wird bewusst auf die Nutzung **niederschwelliger, wiederkehrender Methoden** geachtet. Der Fokus liegt auf **Interaktion** und **freier Assoziation**, wobei die Teilnehmerinnen ihre eigenen Erfahrungen teilen können. Auf diese Weise entstehen ein Gemeinschaftsgefühl und ein Setting, in dem **gemeinsames Lernen** gefördert wird. Besonders bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen ist es wichtig, **vertraute Strukturen** zu schaffen, die einen Wiedererkennungswert haben. Diese geben Sicherheit und etablieren eine vertraute Atmosphäre.

Zu Beginn jeder Sitzung wird den Teilnehmerinnen die **Schweigepflicht** der Referentinnen erläutert. Persönliche Informationen werden **vertraulich behandelt** und nicht an Dritte weitergegeben. Um einen geschützten Raum zu schaffen, in der sich jede Teilnehmerin sicher fühlt, wird zudem vereinbart, dass auch die Teilnehmerinnen keine persönlichen Informationen über andere Gruppenmitglieder nach außen tragen.

Die Workshop-Themen werden den Teilnehmerinnen von Beginn an **transparent** kommuniziert. Vor der Behandlung sensibler Inhalte werden **Triggerwarnungen** ausgesprochen, sodass die

Teilnehmerinnen sich auf die Auseinandersetzung vorbereiten können oder auch frei entscheiden können, an dieser Sitzung nicht teilzunehmen.

Die Workshops bieten Raum für **interaktive Gruppendiskussionen** mit einer **hohen Partizipation** der Teilnehmerinnen. Verschiedene Moderationstechniken wechseln sich ab, so dass reine Frontalvermittlung vermieden wird. Die Wissensvermittlung erfolgt **kognitiv und motorisch**, indem theoretische Inhalte direkt mit praktischen Elementen verknüpft werden. Es werden **Entspannungs- und Atemübungen** eingeführt. Körperliche Übungen zur Prävention werden so vermittelt, dass sie später allein durchgeführt oder an andere weitergegeben werden können. Unterstützend wird das Angebot durch einen **WhatsApp-Kanal** ergänzt, in dem die Teilnehmerinnen wöchentlich weiterführendes Infomaterial zu den Workshop-Sitzungen finden.

Sprachliche Barrieren werden so gut wie möglich abgebaut. Die Workshops werden **muttersprachlich** oder in einer Sprache angeboten, in der sich die **Teilnehmerinnen sicher fühlen**; bei Bedarf mit Unterstützung einer Übersetzerin. **Einfache Sprache** ergänzt das Angebot, um möglichst alle Teilnehmerinnen zu erreichen. Geschriebene Texte werden auf ein Minimum reduziert; stattdessen kommen anschauliche Bilder und **visuelle Materialien** zum Einsatz.

Ein Grundprinzip ist dabei die **Einsprachigkeit**, durch die ein Gruppengefühl entsteht, das aktive Teilnahme am Workshop ermöglicht. Es wird die Entstehung einer **offenen Lerngruppe** statt kleiner Grüppchen gefördert. Wichtig ist zu beachten, dass ein Workshop, der mithilfe einer Dolmetscherin durchgeführt wird, wesentlich langsamer abläuft und somit eine thematisch kürzere Session-Planung erfordert.

Damit Teilnahme für alle möglich ist, werden strukturelle Hürden abgebaut: Während des Workshops wird eine **Kinderbetreuung** in einem separaten Raum bereitgestellt. Dazu ist es hilfreich, gegebenenfalls eine oder zwei (ehrenamtliche) Kinderbetreuerinnen einzusetzen.

Um die **Motivation zur Auseinandersetzung mit den besprochenen Themen** zu fördern, werden am Ende jeder Sitzung **passende Materialien** verteilt, die die Frauen mitnehmen können. Das Ausgabematerial wird mündlich vorgestellt.

Zur **Qualitätssicherung** wird in der letzten Sitzung ein **anonymisierter Fragebogen** ausgefüllt. Damit lässt sich messen, wie hilfreich die Workshops empfunden wurden und welche Inhalte tatsächlich angekommen sind.

2. Workshopsitzungen

Die Workshopreihe ist **modular** aufgebaut; die konkreten Inhalte und Gestaltung (z.B. Nutzung geschriebener Materialien vs. ausschließliche Nutzung von Bild- und Videomaterialien) werden an die jeweilige Zielgruppe angepasst. Der folgende **beispielhafte Workshop-Plan** umfasst acht Sitzungen:

1. Kennenlernen und Asylprozess
2. Gesundheitliche Rechte und Möglichkeiten während des Asylverfahrens
3. Psychische Gesundheit und Psychoedukation I
4. Psychische Gesundheit und Psychoedukation II
5. Psychische Gesundheit und Psychoedukation III
6. Sexuelle Gesundheit und Selbstbestimmung
7. Prävention und Schutz bei GBV
8. Zusammenfassung, Nachbefragung und Wirkungsevaluation

Traumasensibler Aufbau und Progression:

Die inhaltliche Ausgestaltung folgt einem **traumasensiblen, stärkungsorientierten Konzept**. Jedes behandelte Thema wird systematisch mit GBV in Verbindung gebracht, um die Teilnehmerinnen schrittweise für die siebte Session zu sensibilisieren. Über den gesamten Verlauf wird bewusst Vertrauen aufgebaut und das Selbstbild der Teilnehmerinnen gestärkt.

Da Traumatisierungen im Kontext von GBV ein hochbelastendes Thema darstellen, ist ein **behutsamer Einstieg** erforderlich. Die ersten Sessions beginnen mit vergleichsweise zugänglichen Themenfeldern (Asylverfahren, gesundheitliche Rechte), um sich sukzessive den sensibleren Inhalten anzunähern. **GBV** ist dabei als **Querschnittsthema** zu verstehen, das mit sämtlichen Workshop-Inhalten verknüpft ist - es wird nicht isoliert behandelt, sondern durchgehend als **relevante Ebene** sichtbar gemacht.

Flexibilität und Anpassung:

Ein **Quereinstieg** zu jeder Session ist möglich, sodass auch neu hinzukommende Frauen teilnehmen können. Je nach Bedarf der Zielgruppe können zudem Themen wie **Kinderschutz** oder **LGBTIQ*-Rechte** ergänzt werden.

Im Folgenden werden mögliche Methoden und Inhalte der einzelnen Sitzungen des beispielhaften Workshop-Plans (s.o.) skizziert:

2.1 Sitzung 1: Kennenlernen und Asylprozess

Ziele:

- Kennenlernen
- Vertrauensaufbau
- Bedarfsanalyse
- Verständnis stärken über das Asylverfahren und die eigenen Rechte sowie Unterstützungsangebote

Inhaltsübersicht:

Inhalt	Methoden
Einstieg: **Vorstellung** der Workshop-Referentinnen und der Organisation. Betonung der **Vertraulichkeit**, des **Datenschutzes** und die **Unabhängigkeit** von der Regierung.	Die Referentinnen sollten bereits Namensschilder tragen, sodass eine **persönliche, professionelle Haltung** vermittelt wird. Die Teilnehmerinnen können ihre Namen auf Namensschilder schreiben.
Einstiegsübung: Interaktive Vorstellungsrunde – Signature Move	Alle Teilnehmerinnen und die Referentinnen stellen sich nacheinander vor. Jede nennt ihren **Namen**, ihre Nationalität und ihr Lieblingsessen - und erfindet dazu eine **kurze Bewegung**. Die gesamte Gruppe wiederholt diese Bewegung gemeinsam. Dann ist die nächste Person an der Reihe: Sie stellt sich vor, zeigt ihre eigene Bewegung, und die **Gruppe wiederholt nacheinander alle bisherigen Bewegungen**. So entsteht Schritt für Schritt eine **gemeinsame Tanzabfolge**, bis jede Person vorgestellt wurde.
Bedarfsanalyse: Um die Workshop-Reihe auf die Zielgruppe abzustimmen ist die Durchführung einer Bedarfsanalyse vorteilhaft.	Zu Beginn werden **Bilder zu möglichen Workshop-Themen** ausgelegt und kurz erklärt. Die Bilder sind bewusst einfach gehalten - sie kommen ohne Text aus und sind auf den ersten Blick verständlich. Das macht die Methode besonders zugänglich und niedrigschwellig. Jede Teilnehmerin erhält **vier Klebepunkte**. Sie verteilt diese auf die Bilder, die für sie persönlich am wichtigsten sind. So entsteht ein schneller **Überblick** darüber, welche Themen die Gruppe am meisten beschäftigen. Diese Rückmeldung fließt direkt in die weitere Planung des Workshops ein.
Asylsystem: In Bezug auf das Asylsystem werden die **Abläufe**, die verschiedenen **Verfahren**, **Rechte**, **Pflichten** und **Handlungsmöglichkeiten** bei unterschiedlichen BAMF-Entscheidungen erläutert. Es wird erklärt, welche **Behörden** für welche Bereiche des Asylprozesse zuständig sind.	Die einzelnen Schritte des Asylverfahrens werden visuell anhand von Bildern und Pfeilen erklärt. Diese werden auf dem Boden ausgelegt und Schritt für Schitt durchgegangen, sodass eine **„Asylweg-Linie“** entsteht. Zusätzlich können folgende Videos in Muttersprache gemeinsam geschaut und/oder im Nachgang per WhatsApp an die Teilnehmerinnen geschickt werden: https://youtu.be/nChNAvxlW1g https://youtu.be/Uuad8V5f_QA?si=R3pkZbj-MO5jzqwJ Die Logos der einzelnen Behörden werden gezeigt. Die Teilnehmerinnen werden gefragt, wo die Behörden sitzen und welche Zuständigkeiten sie haben.
Überblick über Notfallnummern: Ein kurzer Überblick über die wichtigsten Notfallnummern wird gegeben (Feuerwehr, Polizei, Psychiatrischer Krisendienst, Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen).	Dazu werden **Flyer** verteilt.
Einzelberatung und Kontaktliste: Zum Abschluss wird auf die **Möglichkeit der Einzelberatung** zu Themen der Gesundheit und Gewaltschutz hingewiesen.	Es wird eine **Kontaktliste** ausgelegt, auf der Teilnehmerinnen ihre WhatsApp-Nummer eintragen können, sollten sie Interesse daran haben, **weiterführende Infos per WhatsApp** zu erhalten.
Abschluss: Zum Abschied wird ein Dank für die aktive Teilnahme ausgesprochen. Das **Ausgabematerial** wird verteilt und erklärt.	Ausgabe des **Ausgabematerials**. Der gemeinsam gestaltete **Signature-Tanz** aus der Einstiegsübung wird wiederholt.

Materialien:

- Namensschilder
- Abbildungen der Workshopthemen und Klebepunkte
- Abbildungen der Schritte des Asylprozesses
- Ausgabematerial: Desinfektionsmittel (Gel, Tücher, Spray) und Handseife

2.2 Sitzung 2: Gesundheit und medizinische Rechte

Ziele:

- Verständnis von Gesundheit als ganzheitlichen Zustand, der Körper, Psyche und soziales Wohlbefinden umfasst - nicht nur als Abwesenheit von Krankheit.
- Informationsvermittlung über medizinische Rechte und Handlungsmöglichkeiten als Asylbewerberin

Inhaltsübersicht:

Inhalt	Methoden
Vorstellungsrunde	Jede Person stellt sich mit ihrem Namen und einer Sache, die sie wertschätzt, vor: **„Ich bin … und ich schätze wert, …“** Die Teilnehmerinnen können ihre Namen auf Namensschilder schreiben.
Einstiegsübung: Ja/Nein-Fragen-Spiel	Die Teilnehmerinnen und Referentinnen setzen sich hin und es werden verschiedene **Ja-oder-Nein-Fragen** vorgelesen: - Ist dein Geburtstag im Winter? - Magst du das Meer lieber als die Berge? - Hast du Kinder? - Hast du in der letzten Woche getanzt? Wird eine Frage bejaht, steht man auf und sucht sich einen neuen Platz. Verneint man eine Frage, wird sitzen geblieben. Diese Übung fördert die **Partizipation** und das **Durchmischen der Gruppe**.
Einstieg Gesundheit: Beleuchtung der verschiedenen **Aspekte von Gesundheit**: Gesundheit als ganzheitlicher Zustand, der Körper, Psyche und soziales Wohlbefinden umfasst - nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit.	Einstiegsfrage: **„Was kann ich für meine eigene Gesundheit tun?“** Es werden Bilder mit unterschiedlichen **Einflussfaktoren auf die Gesundheit** ausgelegt (Beispielbilder siehe Anhang). Jede Teilnehmerin sucht sich ein Bild aus und erklärt, was das Bild bedeutet und warum es in ihren Augen für die eigene Gesundheit wichtig ist.

Medizinische Versorgung und Rechte im Asylverfahren und Gesundheitssystem in Deutschland **- Überblick über die medizinische Versorgung während des Asylverfahrens**: Die Teilnehmerinnen erfahren, welche **gesetzlichen Regelungen** für ihre Gesundheitsversorgung gelten und an welchen Stellen sie **Beratung und Unterstützung** erhalten können. **- Orientierung im deutschen Gesundheitssystem**: Welche Ärzt*innen gibt es und was sind ihre Aufgaben (zum Beispiel Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Ärzt*innen der Gesundheitsämter oder der Erstaufnahme)?	Zur Veranschaulichung wird **Beispielmaterial** gezeigt und erklärt: Krankenbehandlungsschein, Rezepte, Überweisungen, etc. Ergänzend kann folgendes **Video** in der Sprache der Teilnehmerinnen gezeigt werden oder im Nachgang an die Teilnehmerinnen verschickt werden: Zainab Explains: Medical Rights In The Asylum Procedure - YouTube
Abschluss: Abschlussfrage und Ausgabe des Ausgabematerials.	Abschlussfrage: **„Was nehme ich mir vor für meine Gesundheit zu tun?“** Diese Frage kann als Überleitung zur nächsten Sitzung genutzt werden.

Materialien:

- Namensschilder
- Bildkarten (siehe Anhang 1: Was kann ich für meine Gesundheit tun?)
- Beispielmaterial (Krankenbehandlungsschein, Rezept, Überweisung, etc.)
- Ausgabematerial: Zahnpflegeartikel: Zahnbürste, Zahnpasta, Zahnseide (auch für Kinder)

2.3 Sitzungen 3 - 5: Psychische Gesundheit und Psychoedukation

Ziele:

- Psychoedukation
- Entstigmatisierung psychischer Krankheiten
- Information über professionelle Hilfsangebote
- Reduktion der Angst von psychologischen Fachkräften

Inhaltsübersicht:

Aufgrund **traumatischer Erfahrungen** und der **unsicheren, häufig fremdbestimmten Lebensbedingungen** im Asylsystem zeigen viele Frauen* im Asylverfahren **psychische Symptome** wie Schlafstörungen oder Dissoziationen. Drei aufeinander aufbauende Workshopsitzungen ermöglichen einen vertieften Zugang zum Thema.

Für ausgewählte Sitzungen können **Fachfrauen*** aus dem **Gesundheitsbereich** eingeladen werden, die die jeweilige Session fachlich begleiten oder mitgestalten.

Psychiatrie entstigmatisieren:

Um **Ängste vor psychiatrischer Behandlung** zu nehmen und **Psychiatrie als reguläres medizinisches Fachgebiet** zu verstehen, empfiehlt es sich, eine **Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie** einzuladen. Sie kann den Teilnehmerinnen aus erster Hand erklären, wie eine psychiatrische Behandlung abläuft, und Fragen zu Medikamenten sowie Behandlungsmöglichkeiten beantworten.

Psychologische Beratung zugänglich machen:

Um Vorbehalte gegenüber **psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung** abzubauen und Hürden beim Zugang zu überwinden, hat sich die Einbindung einer **Psychologin oder Psychotherapeutin** bewährt. Ideal ist die Einladung einer Fachkraft aus einer **lokalen Beratungsstelle**, da die Teilnehmerinnen so direkt einen Ansprechpartnerin vor Ort kennenlernen.

Inhalt	Methoden
Vorstellungsrunde	Alle Teilnehmerinnen und Referentinnen stellen sich mit ihrem Namen vor. Sie wiederholen, was sie sich in der vergangenen Sitzung vorgenommen haben für ihre Gesundheit zu tun und reflektieren das Ergebnis. Alle Teilnehmerinnen bekommen ein Namensschild.
Einstiegsübung: Stretching-Runde mit bewusster Atmung	Die Referentin leitet einen **Yoga-inspirierten Bewegungsablauf** an, der die Teilnehmerinnen aktiviert und mobilisiert. Ein besonderer Fokus wird dabei auf die bewusste und tiefe **Atmung** gelegt. Dazu wird Entspannungsmusik abgespielt.
Einstieg mentale Gesundheit: Die Teilnehmerinnen können sich selbst gegenseitig inspirieren und motivieren.	Mögliche Fragen an die Teilnehmerinnen: „Was tue ich, um mich zu trösten?“ „Was tue ich, wenn ich gestresst bin?“ „Was kann ich tun, wenn ich mich einsam fühle?“

Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit
Die psychische Gesundheit wird von verschiedenen Bereichen des Lebens beeinflusst:
1. Lebenssituation - z. B. Sicherheit über die Zukunft, erfüllende Tätigkeiten, Selbstbestimmung, sicheres und angenehmes Wohnen
2. Persönliche Biografie und Erfahrungen - z. B. Kindheitserfahrungen, schmerzhafte Erfahrungen oder Gewalt
3. Soziale Beziehungen - z. B. vertraute Freund*innen oder Familie, Menschen, die uns nahestehen
4. Persönliche Merkmale und Biologie - z. B. Temperament, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, biologische Voraussetzungen

Im Kontext von Flucht und Asyl erleben viele Menschen **psychischen Stress**. Das liegt daran, dass sie oft **schmerzhafte Erfahrungen** gemacht haben (Einflussfaktor 2) und sich in einer **unsicheren Lebenssituation** befinden (Einflussfaktor 1).

Die **vier Einflussfaktoren** auf die psychische Gesundheit - Lebenssituation, persönliche Biografie und Erfahrungen, soziale Beziehungen sowie persönliche Merkmale und Biologie - werden als große Karten in einem Viereck auf den Boden platziert. Dazwischen werden verschiedene Bildkarten ausgelegt, die unterschiedliche Lebensbereiche und Situationen darstellen (z.B. Bild von Familie, siehe Anhang). Die Teilnehmerinnen wählen je eine Bildkarte aus, beschreiben sie in eigenen Worten und ordnen sie einem oder mehreren der vier Faktoren zu. So wird gemeinsam erarbeitet, welche **Bereiche des Lebens** die psychische Gesundheit beeinflussen.

Entstigmatisierung und Normalisierung psychischer Erkrankungen
Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet. **Sie können jeden Menschen betreffen** - genau wie körperliche Erkrankungen. Häufig sind sie eine **normale Reaktion** des Körpers und der Psyche auf **belastende Erfahrungen** wie Gewalt, Verfolgung oder extreme Unsicherheit. Wer unter psychischen Symptomen leidet, ist deshalb nicht "schwach" oder "verrückt". Belastende Erlebnisse hinterlassen Spuren - das ist **menschlich und verständlich**.

Wichtiger Hinweis zum Asylverfahren: Eine psychische Erkrankung ist **kein Ausschlussgrund für Asyl**. Sie gefährdet den Asylantrag nicht und wird nicht negativ bewertet. Im Gegenteil - sie kann ein wichtiger Hinweis auf durchlebte Verfolgung oder Gewalt sein.

Mit Bezug auf die Einflussfaktoren wird hervorgehoben, dass es menschlich ist, wenn es Menschen in schwierigen und unsicheren Lebensbedingungen nicht gut geht, der Bezug zu den Einflussfaktoren 1 und 2 wird hergestellt.

Im Gespräch mit den Teilnehmerinnen sollte der Begriff „psychische Krankheit" vermieden werden, da er stigmatisierend wirken und Schamgefühle verstärken kann. Einfühlsamer ist es, von einer **„Verwundung der Seele"** zu sprechen - eine Formulierung, die **Verständnis** und **Würde** vermittelt.

Trauma und posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Was ist ein Trauma?
Ein Trauma entsteht, wenn eine Erfahrung zu bedrohlich oder überwältigend ist. Das Nervensystem gerät in einen **Ausnahmezustand** und kann das Erlebte nicht verarbeiten. Es bleibt wie eingefroren zurück. Das ist keine Schwäche, sondern eine **normale Reaktion** auf eine unnormale Situation.

Wodurch wird es ausgelöst?
Ein Trauma wird häufig durch **Gewalt, Krieg, Verfolgung, sexuelle Übergriffe** oder **bedrohliche Fluchterfahrungen** ausgelöst. Auch das Gefühl von **Hilflosigkeit** und **extreme Unsicherheit** können traumatisieren.

Wie zeigt sich eine PTBS?
- Wiedererleben: Plötzlich fühlt es sich an, als wäre man zurück in der bedrohlichen Situation.
- Alpträume und Schlafstörungen
- Vermeidung: Man meidet alles, was an das Trauma erinnert.
- Ständige Anspannung: Man ist leicht erschreckbar, nervös oder konzentrationsschwach.
- Gefühlsstarre: Man fühlt sich abgestumpft oder von anderen entfremdet.
Was kann ich selbst tun?
- Atmung: Langsam und bewusst ein- und ausatmen.
- Bodenanker: Feststellen, wo man gerade ist. „Ich bin hier. Das ist heute. Ich bin sicher."
- Sinne nutzen: Kaltes Wasser trinken, einen angenehmen Geruch riechen, Musik hören (Bezug zu Mental-Health-Kits)
- Routine: Regelmäßige Mahlzeiten und Schlafenszeiten geben Halt.
- Mit anderen sprechen: Nicht allein bleiben.
- Bewegung: Spazierengehen hilft, Anspannung abzubauen.
- Hilfe suchen: Psychotherapie oder Beratung sind ein wichtiger Schritt zur Heilung.

Es werden Übungen zur **Körperwahrnehmung** und einem Fokus auf den eigenen Körper durchgeführt.
- Body Scan
- Progressive Muskelentspannung
Außerdem werden **Mental-Health-Kits** verteilt. Diese beinhalten unterschiedliche Tools zur **Aktivierung der Sinne** und zur Lenkung der Aufmerksamkeit in die Gegenwart.
Die Tools und Übungen sind praktische Vorschläge und dienen als individuelle Inspiration und Anregung.
Ergänzend kann folgendes **Video** in der Muttersprache der Teilnehmerinnen gezeigt werden oder im Nachgang an die Teilnehmerinnen verschickt werden:

Elim Explains: Dealing With Displacement And Trauma - YouTube

Professionelle Unterstützung: Genauso wie körperliche Beschwerden von Ärzt*innen behandelt werden können, gibt es auch für psychische Erkrankungen **professionelle Hilfe**. Es ist wichtig zu wissen: Man muss nicht allein mit Symptomen wie Stress oder Schlafstörungen zurechtkommen. **Wer kann helfen?** **- Psychiater*innen** sind Fachärzt*innen für psychische Gesundheit. Sie können einschätzen, wie es einer Person geht, eine Diagnose stellen und bei Bedarf Medikamente verschreiben - zum Beispiel, um besser schlafen zu können oder die Nerven zu beruhigen. **- Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen** begleiten Betroffene durch Gespräche. Gemeinsam werden Wege gesucht, wie es wieder leichter wird. Sie helfen dabei, belastende Erinnerungen zu verarbeiten und neue Stärken zu entwickeln. Für viele Menschen ist eine **Kombination** aus beiden hilfreich: die **ärztliche Begleitung** und die **therapeutischen Gespräche**. Zusätzlich gibt es **spezialisierte Versorgungsangebote**, die auf bestimmte Erfahrungen - wie Flucht, Gewalt oder Trauma - zugeschnitten sind.	Wenn möglich, werden eine **Psychiaterin** und eine **Psychologin** oder **Psychotherapeutin** in die Workshopsitzungen eingeladen. Sie stellen ihre Arbeit verständlich und niedrigschwellig vor und beantworten Fragen der Teilnehmerinnen. Das hilft, **Ängste** vor einer Behandlung **abzubauen** und **falsche Vorurteile** aus dem Weg zu räumen. Die Teilnehmerinnen können so unverbindlich kennenlernen, worauf sie sich einlassen würden, wenn sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.
Abschlussfrage: Diese Fragen können zu Beginn der nächsten Sitzung wieder aufgegriffen werden, sodass die Teilnehmerinnen motiviert sind das neu Gelernte umzusetzen.	„Was nehmen Sie sich vor, bis zur nächsten Sitzung für sich zu tun?“ „Wo möchten Sie in 2 Jahren stehen?“

Materialien:

- Bildkarten (siehe Anhang 2: Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit)
- Ausgabematerial: Mental-Health-Kits (Tools zur Aktivierung der Sinne, um Fokus von belastenden Gedanken auf die körperliche Wahrnehmung zu lenken; mögliche Tools: scharfe Kaugummis, Sensorikring, Lavendelbeutelchen, Leuchtsterne, Gummiband, Sorgenstein, etc.), Notizbücher

2.4 Sitzung 6: Sexuelle Gesundheit und Selbstbestimmung

Ziele:

- Erweiterung des Wissens über den eigenen Körper und die eigene Sexualität
- Stärkung des Verständnisses für die eigenen Bedürfnisse und Grenzen, um selbstbestimmt und selbstsicher Entscheidungen treffen zu können
- Entstigmatisierung von Krankheiten und Lustempfindung
- Aufklärung über Verhütungsmittel, Schwangerschaftsabbrüche und Prävention von sexuell übertragenen Krankheiten
- Verständnis von eigenen Grenzen und Einverständnis (Consent)

Inhaltsübersicht:

Inhalt	Methoden
Vorstellungsrunde	Jede Person nennt ihren Namen und eine Sache, die sie an sich selbst mag (äußerlich und/oder innerlich). Alle Teilnehmerinnen bekommen ein Namensschild.
Einstiegsübung: Progressive Muskelentspannung	Diese Übung hilft, den **Körper bewusst wahrzunehmen** und gezielt zu entspannen. Dazu werden einzelne Muskelgruppen kurz angespannt und anschließend bewusst locker gelassen. **Ablauf:** In einer festen Reihenfolge werden verschiedene Körperregionen - zum Beispiel Hände, Schultern, Gesicht und Bauch - nacheinander bearbeitet. Jede Region wird für etwa 5 bis 7 Sekunden **fest angespannt**. Danach folgen 20 bis 30 Sekunden **bewusste Entspannung**. Die Teilnehmerinnen achten dabei auf den Unterschied zwischen gespanntem und lockerem Muskel. Dieser Kontrast macht deutlich, wie sich Entspannung im Körper anfühlt und hilft, sie selbstständig hervorzurufen.
Einstieg: Was ist sexuelle Gesundheit? 1. Ein Umfeld in dem die eigene Sexualität frei und sicher ausgelebt werden kann. 2. Medizinische Prävention und Behandlung von sexuellen Krankheiten. 3. Freiheit von sexueller Nötigung, Missbrauch und sexueller Gewalt.	Auf dem Boden werden **Abbildungen** ausgelegt (z.B. Bild mit Verhütungsmittel, Bild von Frau, die Stopp sagt). Jede Frau sucht sich ein Bild aus, erklärt es und beschreibt, wie und warum es mit **sexueller Gesundheit** in Verbindung steht.

Aufklärung über die weibliche Vulva und die inneren Geschlechtsorgane Die Teilnehmerinnen lernen den Aufbau der **äußeren weiblichen Geschlechtsorgane** kennen. Gemeinsam werden die einzelnen Körperteile mit ihren richtigen Namen benannt und ihre Funktionen besprochen. Dabei wird deutlich gemacht, dass die Vulva nicht nur für die **Fortpflanzung** oder das Empfangen eines Babys wichtig ist. Sie ist auch ein Organ der **Lust** und des **Wohlbefindens**. **Bei Bedarf: Weibliche Genitalbeschneidung (FGM/C)** In einem kurzen, sensiblen Gespräch wird das Thema weibliche Genitalbeschneidung (FGM-C) angesprochen. Es wird erklärt, dass diese Praktik in vielen Ländern verboten ist und in Deutschland **strafrechtlich** verfolgt wird. Betroffene Frauen haben **Anspruch auf medizinische Hilfe** und **Beratung** - ohne Angst vor Strafe oder Ablehnung. **Bei Bedarf: Mythen über den Hymen** Je nach Zielgruppe werden Mythen über den Hymen und Jungfräulichkeit aufgegriffen und richtiggestellt. Dabei wird verdeutlicht, dass die Form des Hymens sowie das Auftreten von Blutungen beim ersten Geschlechtsverkehr kein Indikator für sexuelle Erfahrung bzw. Jungfräulichkeit sind.	Anhand von Abbildungen und Anschauungsmaterial (Vulva aus Plüsch und Modell der inneren weiblichen Geschlechtsorgane) werden die **inneren und äußeren weibliche Geschlechtsorgane anschaulich erklärt**. Dabei werden die Teilnehmerinnen aktiv mit in das Gespräch einbezogen, sodass sie untereinander ihr Wissen teilen können.
Schwangerschaft: Medizinische Abläufe und Rechte in Deutschland.	Anschauungsmaterialien wie ein Mutterpass oder Anschauungsvideos werden gezeigt.
Verhütung: Die Teilnehmerinnen erhalten einen **Überblick über verschiedene Verhütungsmethoden** - von Kondom und Pille bis zu länger wirkenden Methoden wie Spirale oder Implantat. Unter Umständen besteht die **Möglichkeit der Kostenübernahme** durch die Kommunen. **Schwangerenberatungsstellen** können individuelle Beratung über geeignete Verhütungsmittel bieten und bei der Antragsstellung zur Kostenübernahme unterstützen.	Unterschiedliche **Verhütungsmittel** (Kondom, Spirale, Pille) werden einzeln vorgestellt. Die **praktische Anwendung** wird erklärt und wenn möglich ausgeführt. Freiwillige können das Material ansehen und in die Hand nehmen.
Schwangerschaftsabbruch Jede Frau entscheidet selbst über eine Schwangerschaft. Niemand muss davon erfahren - weder der Partner noch das BAMF. Der Eingriff ist sicher und beeinträchtigt in der Regel die zukünftige Fruchtbarkeit nicht. Er ist in der Regel bis zur 12. Woche nach der Empfängnis möglich und für Asylbewerberinnen meist kostenlos.	Die Teilnehmerinnen werden darauf hingewiesen, dass sie sich bei einem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch jederzeit an das Projektteam oder die zuständige Sozialarbeiter*in wenden können. Die **Nummer des Hilfetelefons** „Schwangere in Not“ (Hilfetelefon - Schwangere in Not: Startseite) wird ausgegeben und erklärt.

Sexuelle Selbstbestimmung Sexuelle Selbstbestimmung bedeutet, dass jeder Mensch **selbst über den eigenen Körper und die eigene Sexualität entscheidet.** Konkret heißt das: - Jeder Mensch bestimmt selbst, **ob, wann, mit wem und welche Art von sexuellen Aktivitäten sie möchte**. Dies beinhaltet auch das Recht zu entscheiden, ob man mit einem Mann oder einer Frau intim werden möchte. - Ein **Nein ist jederzeit möglich** - ohne eine Erklärung abgeben zu müssen. - Ein Ja ist nur dann ein echtes Ja, wenn es freiwillig gegeben wird und kein Druck ausgeübt wird. **Sexuelle Selbstbestimmung ist ein Recht**. Niemand darf einen anderen zu sexuellen Handlungen zwingen oder unter Druck setzen - auch nicht in einer Ehe oder Beziehung. Beide Menschen müssen einverstanden sein. Wenn eine Person betrunken, bewusstlos oder unter Druck gesetzt wird, kann sie nicht selbst bestimmen. In solchen Situationen ist Sex nicht freiwillig.	Es kann auf die **Bildkarten** vom Beginn der Sitzung Bezug genommen werden.
Abschlussfragen und Hinweis zu lokalen Beratungsangeboten Lokale Schwangerschaftsberatungen und weitere Anlaufstellen wie STI-Teststellen werden vorgestellt.	Abschlussfragen: „Was kann ich selbst für meine sexuelle Gesundheit tun?“ „Wo bekomme ich Hilfe bei Themen, die meine sexuelle Gesundheit betreffen?“
Verabschiedung und Ausgabematerial	Ausgabe und Erklärung des Ausgabematerials.

Materialien:

- Bildkarten (siehe Anhang 3: Was ist wichtig für meine sexuelle Gesundheit)
- Anschauungsmaterial weiblicher Geschlechtsorgane
- Anschauungsmaterial (Spirale, Pille, Kondome, Schwangerschaftstest etc.)
- Ausgabematerial: Tampons, Binden, Kondome, Intimwaschgel

2.5 Sitzung 7: GBV

Ziele:

- Empowerment und Stärkung nach GBV-Erfahrungen
- Verständnis über Formen von GBV, Handlungsmöglichkeiten und Rechte, auch im Bezug zum Asylverfahren
- Reduzierung von Schuld- und Schamgefühlen durch Freisprechung einer Mitverantwortlichkeit

Inhaltsübersicht:

Diese Sitzung erfordert eine **besondere Triggerwarnung**. Das Thema genderbasierte Gewalt (GBV) ist bewusst an vorletzter Stelle platziert, damit die Teilnehmerinnen das Setting und die Gruppe bereits kennen und **sich sicher fühlen**. Das erleichtert eine **behutsame Auseinandersetzung**. Die konkrete Gestaltung richtet sich nach der Gruppendynamik und den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen.

Mindestens **zwei Referentinnen** leiten diese Sitzung. Eine übernimmt die Moderation, während die andere die Gruppe beobachtet und bei Bedarf einzelnen Teilnehmerinnen anbietet, den Raum mit ihr für ein Einzelgespräch zu verlassen.

Inhalt	Methoden
Vorstellungsrunde	Jede Teilnehmerin stellt sich mit ihrem Namen vor und nennt etwas, auf das sie stolz ist.
Einstiegsübung: Yoga-Flow	**Strech-Übungen** verknüpft mit einer Fokussierung auf den eigenen **Atem** werden ausgeführt.
Einstieg: Was bedeutet Sicherheit für mich?	Jede Teilnehmerin stellt vor oder schreibt auf eine Moderationskarte, was **Sicherheit** für sie bedeutet.

Was ist genderbasierte Gewalt (GBV)?
GBV ist Gewalt, die aufgrund des **Geschlechts oder der sexuellen Orientierung oder Identität einer Person** ausgeübt wird. Sie kann verschiedene Formen annehmen und betrifft vor allem Frauen und Mädchen, aber auch LGBTIQ*-Personen.
Vier Dimensionen von GBV
GBV zeigt sich auf vier Ebenen:
- Körperliche Gewalt - z. B. Schlagen, Tritte, Zwang
- Sexuelle Gewalt - z. B. sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung (auch in der Ehe)
- Psychische Gewalt - z. B. Bedrohung, Erniedrigung, Isolation
- Ökonomische Gewalt - z. B. Wegnahme von Geld, Zwangsprostitution
Zu den **häufigsten Formen** gehören:
- Gewalt in der Partnerschaft
- Sexuelle Belästigung
- Gewalt im Namen der „Ehre" und Zwangsverheiratung
- Weibliche Genitalbeschneidung (FGM/C)
- Menschenhandel und Zwangsprostitution
- Gewalt gegen LGBTIQ*-Personen

Sichtbare und unsichtbare Gewalt
Manche Formen von Gewalt sind leicht zu erkennen - wie körperliche Verletzungen. Andere bleiben lange unsichtbar: psychische Gewalt, ökonomische Abhängigkeit oder die Angst vor einem Partner. Beide Formen sind schwerwiegend und eine Menschenrechtsverletzung.
Ursachen: Macht und Genderrollen
GBV entsteht oft bei **Machtungleichgewicht** und **Abhängigkeit von Täter*innen**. Feste Vorstellungen davon, wie Frauen und Männer sein sollen (**Genderrollen**), können Gewalt verstärken oder rechtfertigen. Das Verstehen dieser Zusammenhänge hilft, Gewalt und die besondere Vulnerabilität geflüchteter Frauen richtig einzuordnen.
Die Verantwortung für die Gewalt liegt immer bei den Täter*innen; es ist ihre Entscheidung, gewaltvoll zu sein. **Opfer trifft nie eine Schuld.**

Das Wohlbefinden und die Vermeidung einer Retraumatisierung steht stets an erster Stelle. Der Grad der Detailliertheit richtet sich nach der Stimmung und Dynamik der Gruppe. Niemand muss über eigene Erfahrungen sprechen. Jede Teilnehmerin entscheidet selbst, ob und wie viel sie teilen möchte.
Methode 1: Die vier Dimensionen von Gewalt
Die Teilnehmerinnen erhalten Zettel und schreiben **Gewaltformen**, die sie kennen, auf (z.B. Partnerschaftsgewalt, Vergewaltigung). Wer möchte, kann sich dabei von einer Referentin helfen lassen. Anschließend werden auf dem Boden vier Felder für die Dimensionen körperlich, sexuell, psychisch und ökonomisch ausgelegt. Im Plenum werden die Zettel vorgelesen und gemeinsam den passenden Feldern zugeordnet. Hier zeigt sich, dass viele GBV-Formen unterschiedliche Dimensionen haben; so ist z.B. Partnerschaftsgewalt meist körperlich, sexuell, psychisch und ökonomisch.
Methode 2: Der Eisberg - Sichtbare und unsichtbare Gewalt
Ein großes Eisberg-Plakat wird in der Mitte ausgelegt. Die Teilnehmerinnen nennen **verschiedene Formen von GBV**. Gemeinsam wird besprochen, welche davon von außen sichtbar sind und welche unsichtbar bleiben. Die sichtbaren Formen werden oberhalb der Wasseroberfläche notiert, die unsichtbaren unterhalb. So wird deutlich, dass viel Gewalt nicht zu sehen ist - aber genauso schwerwiegend ist.

Handlungsmöglichkeiten stärken: Beratungs- und Hilfsangebote Den Teilnehmerinnen werden Beratungsstellen und Hilfsangebote vorgestellt, die sowohl bei akuten als auch bei länger zurückliegenden GBV-Erfahrungen unterstützen. Da **vertrauliche externe Beratung** in vielen Herkunftsländern nicht üblich ist, wird dieses Angebot bewusst erklärt und enttabuisiert: Im Mittelpunkt steht die **Selbstbestimmung** der Teilnehmerinnen: Sie sind die **Expertinnen ihrer eigenen Lebenswirklichkeit und entscheiden eigenverantwortlich** über ihre nächsten Schritte. Die Beraterin begleitet sie dabei informationsbasiert und unterstützend - **ohne Druck und ohne Vorgaben**.	Ausgabe von **Broschüren und Infomaterial**. Angebot bei der Terminvereinbarung zu unterstützen und ggf. zum Ersttermin zu begleiten.
GBV und Asylverfahren Geschlechtsspezifische Verfolgung - etwa durch Zwangsverheiratung, häusliche Gewalt, die Bedrohung durch FGM/C oder Verfolgung aufgrund der sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität - kann einen Grund für Asyl darstellen. Deshalb ist es wichtig, **GBV-Erfahrungen und Bedrohungen im Herkunftsland während der Anhörungen so präzise wie möglich darzulegen**. Da es für Betroffene oft schwierig ist, über derart schmerzhafte Erfahrungen vor fremden Personen zu sprechen, können sie als besonders schutzbedürftige Personen **besondere Verfahrensgarantien** beantragen. Dazu gehört das Recht, von einer **Sonderbeauftragten des BAMF** angehört zu werden und/oder eine **weibliche Dolmetscherin** hinzuzuziehen. Auch können **ärztliche Gutachten** (z.B. zur Dokumentation von FGM/C) als Beweismittel in das Verfahren eingeführt werden. Individuelle Beratung und eine sorgfältige Anhörungsvorbereitung sind dabei zentral. Überlebende und gefährdete Personen von GBV haben zudem Anspruch auf **bedarfsgerechte Unterbringung** (z.B. in einer Schutzunterkunft) sowie auf **psychologische Unterstützung**.	Ergänzend kann folgendes **Video** in der Muttersprache der Teilnehmerinnen gezeigt werden oder im Nachgang an die Teilnehmerinnen verschickt werden: Mina explains: Violence Against Women* - Finding Your Way To A SelfDetermined Life - YouTube Den Frauen wird bei Bedarf eine **individuelle Beratung** angeboten.

Empowerment: **Die Schuld an der Gewalt tragen allein die Täter*innen** - nie die Frauen, die die Gewalt erlebt haben. Oft versuchen Täter*innen, den Betroffenen die Schuld zu geben. Dies ist nie wahr. Sie wollen damit Macht behalten. Frauen*, die Gewalt überlebt haben, sind **sehr stark und haben viele wichtige Ressourcen und Fähigkeiten**. Hilfe anzunehmen ist kein Zeichen von Schwäche. Es bedeutet, gut auf sich selbst aufzupassen. Die Folgen der Gewalt - für den Körper und für die Seele - müssen sie nicht allein aushalten. Sie haben das **Recht auf professionelle Hilfe und Beratung.**	Auf dem Boden werden verschiedene **kurze Affirmationen** (z.B. „Gewalt kann jede Frau treffen“, „Gewalt ist nie die Schuld des Opfers“, „GBV ist eine Menschenrechtsverletzung“, „Betroffene haben das Recht auf Unterstützung“) ausgelegt. Eine Referentin oder die Workshopteilnehmerinnen abwechselnd lesen die kurzen Sätze langsam vor und die Gruppe wiederholt die Sätze gemeinsam.
Abschluss: Ausgabe von Ohropax und Tanzrunde Viele GBV-Überlebende leiden unter **Schlafstörungen**. Dies wird durch die oft hohe Lautstärke in den Unterkünften verschlimmert. Als erste Hilfe bei lauter Umgebung können Ohropax helfen. Sie helfen, Geräusche abzudämmen und einen ruhigeren Raum für sich zu schaffen.	Jede Teilnehmerin erhält eine Packung Ohropax, die Benutzung wird gezeigt. **Positiver Abschluss**: Jede Teilnehmerin sucht sich ein Lied aus (wenn gewollt aus ihrer Heimat). Die Lieder werden nacheinander abgespielt. Dazu **tanzen** alle Teilnehmerinnen und Referentinnen im Kreis zusammen.

Materialien:

- Abbildungen, z.B. Poster mit Eisberg oder Karten mit den 4 Dimensionen von Gewalt
- Moderationskarten
- Broschüren mit Anlaufstellen und Beratungsstellen für Betroffene
- Ausgabematerial: Ohropax

2.6 Sitzung 8: Abschlusssitzung

Ziele:

- Positiver Abschluss der Workshop-Reihe
- Ausblick auf eine hoffnungsvolle Zukunft
- Evaluation

Inhaltsübersicht:

Die letzte Workshop-Sitzung hat **kein festgelegtes Thema**. Sie kann zum einen dazu genutzt werden, das Gelernte zusammenzufassen und bei **Vertiefungsbedarf** weitere Fragen zu klären. Zum anderen bietet sie die Möglichkeit, vorher eruierte Bedarfe aufzugreifen und Informationen zu **gewünschten Themen** zu liefern.

Inhalt	Methoden
Vorstellungsrunde und Einstiegsspiel: Wollknäul-Knoten	Die Workshopleitung wirft ein Wollknäul zu einer Teilnehmerin. Sie bittet diese, eine Erkenntnis oder Gefühl aus den vorhergegangenen Workshops zu teilen und dann das Wollknäuel an eine weitere Person zu werfen. Die Person, die das Knäul fängt, beantwortet wiederum die Frage, wirft das Knäul weiter zu einer anderen Teilnehmerin und hält ebenfalls ein Stück Faden fest. Das wird so lange wiederholt, bis jede Teilnehmerin mit in das Netz eingespannt ist. Dieses Netz symbolisiert den **Zusammenhalt der Frauen***.
Wiederholung der Kernbotschaften Die wichtigsten Messages der vergangenen Sitzungen werden gemeinsam erarbeitet und zusammengefasst, z.B.: • Nach belastenden Erfahrungen und der großen Unsicherheit im Asylverfahren ist es normal und menschlich, psychische Beschwerden zu haben. Das ist keine Schwäche, sondern eine Reaktion des Körpers und der Seele auf Schweres. • Wie bei körperlichen Beschwerden gibt es auch bei seelischen Problemen - etwa Schlafstörungen oder quälende Erinnerungen - professionelle Behandlung und Unterstützung. Hilfe zu suchen, ist ein starkes Zeichen von Selbstfürsorge. • Jede Frau* hat das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung. Wenn dieses Recht verletzt wird, trägt sie niemals die Schuld. Es gibt vielfältige Unterstützungsangebote, die sie in ihrer Entscheidungsfreiheit respektieren. • Das Asylverfahren ist eine Phase im Leben - es definiert nicht die Menschen und ihre Würde.	Evtl. erneute Auslage der Abbildungen der Workshop-Themen.
Bei Bedarf: z.B. Kindergesundheit und -schutz, LGBTIQ* -Rechte	

Entspannungsübung: Traumreise: „Mein Wunschleben in 5 Jahren“	Die Workshopleitung lädt die Gruppe zu einer **freiwilligen Zukunftsvisualisierung/geleiteten Traumreise** ein. Die Teilnehmerinnen stellen sich vor, wie ihr Leben in fünf Jahren aussehen könnte - ganz nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen.
Positiver Abschluss und Betonung der eigenen Stärke Die Workshopleitung bedankt sich bei den Teilnehmerinnen für ihre Offenheit und Vertrauen. Jede Teilnehmerin besitzt eine enorme Stärke und Resilienz. Sie hat es geschafft, sich aus meist gewaltvollen Strukturen zu befreien – ein deutlicher Beweis für ihre **große Stärke, Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit**. Die aktuelle schwierige Situation im Asylverfahren ist eine vorübergehende Lebensphase, die ein Ende haben wird und die die Betroffenen nicht definiert.	Jede Teilnehmerin bekommt zum Abschluss eine **Rose**. Diese symbolisiert die Schönheit, aber auch **Stärke und Resilienz jeder einzelnen Frau***.
Workshop-Evaluation	Jede Teilnehmerin ist dazu angehalten, einen **anonymen Evaluationsbogen** auszufüllen, um weitere Workshop-Reihen zu optimieren.

Materialien:

- Wollknäul
- Abbildung der Workshopthemen
- Ausgabematerial: Rosen
- Evaluationsbogen

3. Fazit

Die vorliegende Guideline versteht sich als **flexibles und modulares Planungsinstrument** für Fachkräfte, die Empowerment-Workshops für geflüchtete Frauen* durchführen. Sie ist keine starre Anleitung, sondern bietet methodische Bausteine, inhaltliche Impulse und didaktische Anregungen, die an den jeweiligen Kontext - Zielgruppe, räumliche Gegebenheiten, Zielsetzungen und personelle Ressourcen - angepasst werden können.

Im Mittelpunkt steht eine **heterogene Zielgruppe**, die vielfältige Erfahrungen mitbringt, sich jedoch nicht notwendigerweise als von genderbasierter Gewalt (GBV) betroffen identifiziert. Die Workshops sind daher als **niedrigschwelliges, entstigmatisierendes Format** konzipiert, das über die Themen Gesundheit, Rechte und Selbstfürsorge einen geschützten Zugang ermöglicht. Die Teilnehmerinnen sind dabei stets als **Expertinnen ihrer eigenen Lebenssituation** zu verstehen. Die Workshops schaffen einen partizipativen Raum, in dem Wissen gemeinsam erarbeitet und Handlungsoptionen kollektiv erkundet werden.

Die Evaluation vergangener Workshopreihen bestätigt die **Relevanz** des gewählten Ansatzes: Die Teilnehmerinnen bewerteten sämtliche Themen als sehr relevant, wobei die Sitzung zu **Prävention und Schutz bei genderbasierter Gewalt** durchgehend als hilfreichste Einheit eingestuft wurde. Dies unterstreicht, dass GBV als Querschnittsthema einen wirksamen, frühen Zugang zu Betroffenen eröffnet, Stigmatisierungen sowie Schuld- und Schamgefühle reduziert und den Übergang in bedarfsgerechte Einzelberatungen erleichtert.

Fachkräfte, die mit dieser Guideline arbeiten, sind eingeladen, die vorgeschlagenen Methoden und Inhalte kreativ zu nutzen, Triggerwarnungen situativ anzupassen und stets die Bedürfnisse sowie die gruppendynamische Verfassung der Teilnehmerinnen in den Blick zu nehmen. Das Format dient dem **Aufbau von Vertrauen**, der **Stärkung von Gesundheitskompetenzen und der Öffnung von Zugängen zu Selbsthilfe und professioneller Unterstützung**. Ein zentraler Wirkmechanismus ist dabei das **Group Empowerment**: Durch den strukturierten, geleiteten Austausch erfahren die Teilnehmerinnen, dass sie in ihren Erfahrungen und deren psychischen Auswirkungen nicht allein sind. Dies trägt schrittweise zur Überwindung von Scham- und Schuldgefühlen bei. Die Workshops fungieren folglich nicht nur als Informationsveranstaltungen, sondern auch als Instrumente **gemeinschaftlicher Stärkung und zur Förderung von Selbstwirksamkeit**.

4. Anhang: Beispiel-Bildkarten

Was kann ich für meine Gesundheit tun?














20
SEC
SOAP





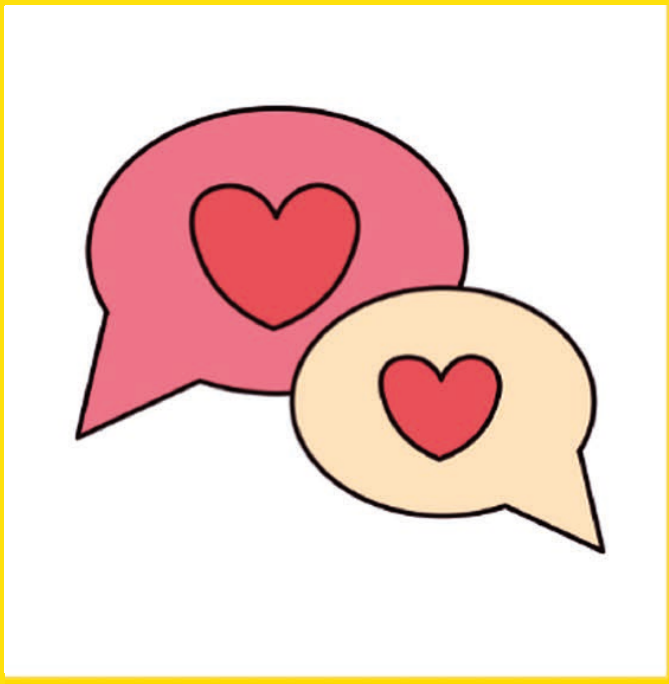
Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit

















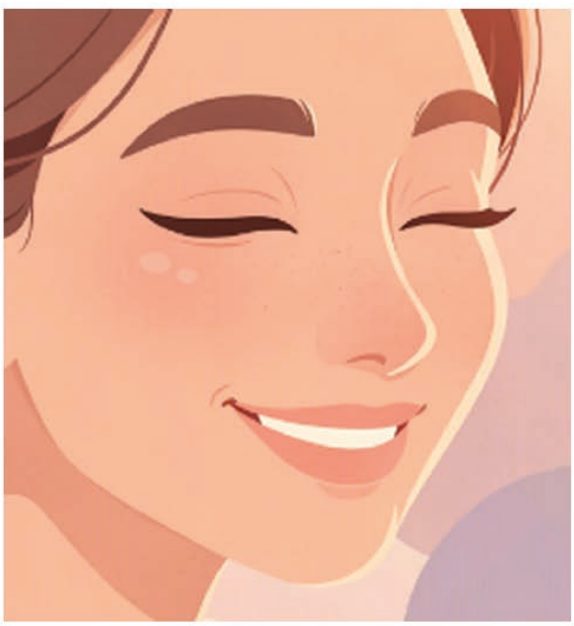








Was ist wichtig für meine sexuelle Gesundheit?





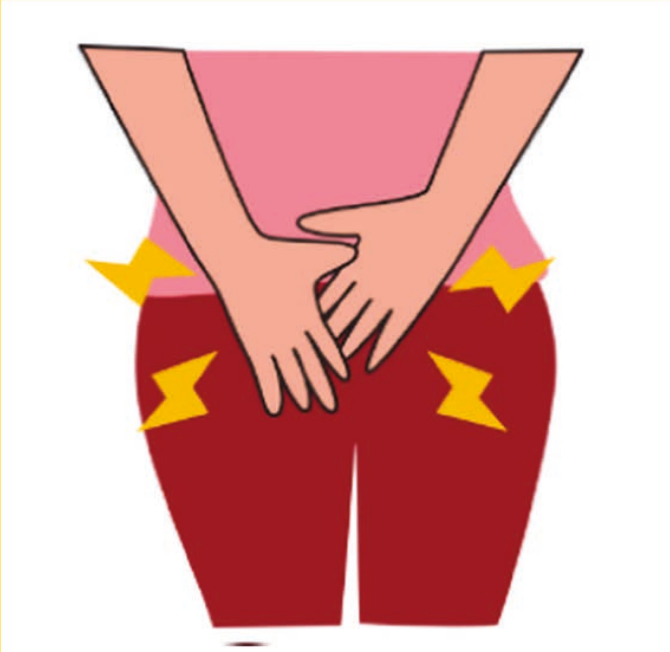














Reach.Out Plus ist eine europäische Kooperationsinitiative zur Unterstützung von Überlebenden geschlechtsspezifischer Gewalt (GBV) mit besonderem Fokus auf geflüchtete Communities in Deutschland, Griechenland und den Niederlanden. Das Projekt beruht auf der Überzeugung, dass Empowerment mit dem Zugang zu Informationen, Unterstützungssystemen und gemeinschaftlichem Engagement beginnt.

reach.out plus

Funded by the European Union

Finanziert von der Europäischen Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Kommission wider. Weder die Europäische Union noch die Bewilligungsbehörde können dafür verantwortlich gemacht werden.

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Guideline for the Implementation of Workshops

Health Promotion and Violence Protection for Refugee Women*

TABLE OF CONTENT

1. General Concept 2
1.1 Target Group 2
1.2 Setting and Framework Conditions 2
1.3 Objectives of the Workshops 3
1.4 Basic Principles (Quality Standards & Guiding Principles) 4
1.5 Methods 4

2. Workshop Sessions 6
2.1 Session 1: Getting to Know Each Other and the Asylum Process 6
2.2 Session 2: Health and Medical Rights 8
2.3 Sessions 3 – 5: Mental Health and Psychoeducation 10
2.4 Session 6: Sexual Health and Self-Determination 14
2.5 Session 7: GBV 17
2.6 Session 8: Closing Session 21

3. Conclusion 23

4. Annex: Example Picture Cards 24
What can I do for my health? 24
Influencing factors on mental health 27
What is important for my sexual health? 30

1. General Concept

This manual was developed as part of the **reach.out plus** project implemented by Doctors of the World Germany in the target region of the federal state of Bavaria. It is aimed at organizations and professionals who are planning or **conducting workshops for refugee women***. The aim of the workshops is twofold: to **strengthen health literacy within a safe, trust-based setting**, and to support participants in **developing self-efficacy**.

The overarching theme of the workshop series is **gender-based violence (GBV)**. GBV is not treated as an isolated topic but is understood as a cross-cutting issue that connects with **health, rights, self-care**, and **access to support structures**. Each workshop session contributes to reaching affected persons at an early stage, preparing information, and enabling the transition into **individual counseling**.

1.1 Target Group

GBV can fundamentally affect all people. Due to the particular vulnerability of refugee women*, however, the workshops are specifically aimed at **women* in the asylum system who have survived GBV or are exposed to an increased risk due to intersectional vulnerabilities**.

The focus is on **residents of refugee accommodation** as well as women with a **history of flight** who are currently in the **asylum procedure**. The target group is diverse and mixed in age—it includes women of all ages and from different cultural and social backgrounds.

Many participants have made complex GBV experiences. However, not all will explicitly understand themselves as a GBV survivor. It is therefore important that the workshops are designed as a **low-threshold, non-stigmatizing format** that offers a supported entry point through the topics of health and rights—**without outing survivors or putting them under pressure**.

The participants are simultaneously the experts on their own life situations. The workshops offer a **participatory space** in which knowledge is developed jointly and options for action are explored together.

1.2 Setting and Framework Conditions

The workshop series is divided into **eight weekly sessions** of approximately two hours each. When planning, sufficient time for possible individual conversations before or after the workshop should be scheduled.

The offer is designed as an **outreach format** and takes place directly in the **initial reception facilities**. This spatial proximity is crucial for **low-threshold access**: many participants are subject to a residence obligation, have no financial means of their own for travel, or are unable to independently comprehend written information due to language or literacy barriers. An outreach offer ensures that the workshops are accessible to all.

The groups are designed for a **maximum of 20 women***. This size enables a protected atmosphere in which participants can feel comfortable on the one hand, and allows participatory design on the other. A **gender-homogeneous** implementation promotes the establishment of safety—particularly against the background that many participants have had experiences with GBV in contexts involving men.

The workshops are offered in a language familiar to the participants, if possible in their **native language**. To avoid confusion and time-intensive translation processes, each workshop takes place in one language.

The **room setup pursues the goal of creating a sense of community**. Seating is arranged in a circle so that all participants sit at the same level facing one another and a feeling of togetherness emerges. In the center are working materials and, if appropriate, a discreet light source, such as electric candles. These elements create a homely, relaxed atmosphere that fosters trust and lowers the threshold for participation. The focus is always on the **center** in order to strengthen the cohesion of the group.

1.3 Objectives of the Workshops

The workshop series pursues two major, closely linked objectives:

- **Empowerment and health promotion**, information, and highlighting options for action during the asylum procedure
- **transition into individual counseling** on stigmatized topics such as GBV, mental illness, and LGBTIQ+ rights.

The purpose is to reach people on a low-threshold basis as well as **to identify GBV survivors** and enable access to support. In the area of empowerment, health prevention, and information, the focus is on a **preventive approach**. Information is conveyed, awareness is raised about medical rights, women's rights, rights after violence, and rights in the asylum procedure. Myths and misinformation is corrected. A major emphasis is placed on the **destigmatization** of prejudiced topics such as sexual and mental health as well as GBV experiences.

Participants should also be shown how they can **independently seek help**, what counseling services and contact points exist, and what function these services have. Furthermore, participants should **learn and practice stress management methods.**

Overview of Objectives:

- **Information and awareness-raising**: Medical rights, women's rights, rights in cases of violence and in the asylum procedure; destigmatization of sexual and mental health; correction of misinformation
- **Strengthening of individual health literacy**: Overview of the German healthcare system; psychoeducation and destigmatization of mental illness; self-help strategies, self-care, stress management, and rights in the area of mental health; sexual health and family planning including myth-busting, contraceptive methods, STIs, and abortion
- **GBV prevention and protection from violence**: Right to sexual self-determination, forms and effects of GBV, legal situation in Germany; if needed: non-violent parenting, children's rights, and the responsibilities of the youth welfare office
- **Support and connection**: Rights and options for action for GBV survivors; presentation of regional contact and counseling centers and their functions; connection to needs-based services for mental and sexual health as well as GBV
- **Trust and transition to individual counseling**: Building trust through recurring sessions, sharing personal topics, and the careful path toward individual counseling
- **Participation and empowerment**: Safe space for psychosocial empowerment and mutual exchange

1.4 Basic Principles (Quality Standards & Guiding Principles)

- **Low-threshold approach** - The workshops take place directly in the participants' accommodation; prior registration is not necessary, eliminating bureaucratic and spatial barriers.
- **Native-language delivery** - The workshops are conducted in the native language or a familiar language so that content is precisely understood and emotional topics can be discussed in a familiar language.
- **Gender homogeneity** - A protected, gender-homogeneous space creates safety and makes it easier for participants to talk about sensitive experiences.
- **Participation & Interaction** - Participatory methods strengthen self-efficacy and enable participants to connect content with their own needs and experiences.
- **Trauma sensitivity** - Trauma-sensitive design prevents re-traumatization, respects individual boundaries, and enables safe engagement with the topic of violence.
- **Intersectionality** - The workshop content and design take into account the diverse vulnerabilities of the participants and address these in a sensitive, trauma-informed manner.
- **Confidentiality** - Clear communication of confidentiality creates trust and protects participants from stigmatization as well as from legal or social disadvantages.
- **Voluntariness** - Voluntary participation without coercion or pressure of expectation safeguards the autonomy of the women* and enables genuine self-determination over the extent of participation.

1.5 Methods

In conducting the workshops, conscious attention is paid to the use of **low-threshold, recurring method**s. The focus is on **interaction** and **free association**, whereby participants can share their own experiences. In this way, a sense of community and a setting that promotes **shared learning** are created. Particularly when working with traumatized people, it is important to create **familiar structures** that have a recognition value. These provide safety and establish a familiar atmosphere.

At the beginning of each session, the Facilitator explains the **duty of confidentiality** to the participants. Personal information is **treated confidentially** and is not passed on to third parties. To create a protected space in which every participant feels safe, it is also agreed that the participants themselves will not share personal information about other group members outside the group.

The workshop topics are communicated to the participants **transparently** from the outset. Before addressing sensitive content, **trigger warnings** are issued so that participants can prepare themselves for the engagement or freely decide not to participate in that session.

The workshops offer space for **interactive group discussions** with a **high level of participation** from the participants. Various moderation techniques alternate so that pure frontal teaching is avoided. Knowledge transfer takes place **cognitively and motorically**, by directly linking theoretical content with practical elements. **Relaxation and breathing exercises** are introduced. Physical exercises for prevention are conveyed in such a way that they can later be carried out alone or passed on to others. The offer is supplemented by a **WhatsApp channel** in which participants find weekly follow-up informational material on the workshop sessions.

Language barriers are removed as far as possible. The workshops are offered in **native language** or in a language in which the **participants feel safe**; if needed, with the support of an interpreter. **Plain**

language supplements the offer in order to reach all participants. Written texts are reduced to a minimum; instead, vivid images and **visual materials** are used.

A basic principle here is **monolingualism**, through which a group feeling emerges that enables active participation in the workshop. The emergence of an **open learning group** is promoted instead of small subgroups. It is important to note that a workshop conducted with the help of an interpreter proceeds significantly more slowly and therefore requires a thematically shorter session plan.

So that participation is possible for all, structural barriers are removed: **childcare** is provided in a separate room during the workshop. For this purpose, it is helpful to deploy one or two (volunteer) childcare workers if necessary.

To promote **motivation to engage with the topics discussed**, **appropriate materials** are distributed at the end of each session that the women can take with them. The handout material is presented orally.

For **quality assurance**, an **anonymized questionnaire** is completed in the last session. This makes it possible to measure how helpful the workshops were perceived to be and which content actually reached the participants.

2. Workshop Sessions

The workshop series is **modular** in design; the specific content and design (e.g., use of written materials vs. exclusive use of image and video materials) are adapted to the respective target group. The following **exemplary workshop plan** comprises eight sessions:

1. Getting to Know Each Other and the Asylum Process
2. Health Rights and Options During the Asylum Procedure
3. Mental Health and Psychoeducation I
4. Mental Health and Psychoeducation II
5. Mental Health and Psychoeducation III
6. Sexual Health and Self-Determination
7. Prevention and Protection in Cases of GBV
8. Summary, Follow-up Survey, and Impact Evaluation.

Trauma-Sensitive Structure and Progression:

The content design follows **a trauma-sensitive, strength-based concept**. Every topic addressed is systematically connected with GBV in order to gradually sensitize participants for the seventh session. Over the entire course, trust is consciously built and the self-image of the participants is strengthened.

Since traumatization in the context of GBV is a highly stressful topic, **a careful approach** is required. The first sessions begin with comparatively accessible topic areas in order to gradually approach the more sensitive content. **GBV** is to be understood as a **cross-cutting theme** that is linked to all workshop content—it is not treated in isolation but is made visible throughout as a **relevant dimension**. Joining at any point is possible for every session, so that newly arriving participants can also take part.

Flexibility and Adaptation:

Joining the series at any session is possible so that newly arrived women can also take part. Depending on the needs of the target group, topics such as **child protection** or **LGBTIQ+ rights** can be added.

In the following, possible methods and contents of the individual sessions of the exemplary workshop plan (see above) are outlined:

2.1 Session 1: Getting to Know Each Other and the Asylum Process

Objectives:

- Getting to know each other
- Building trust
- Needs assessment
- Strengthening understanding of the asylum procedure and one's own rights as well as support services

Content Overview:

Content	Methods
Introduction: Presentation of the Workshop facilitator and the organization. Emphasis on **confidentiality**, **data protection**, and **independence from the government**.	The facilitator should already be wearing name tags so that a **personal, professional attitude** is conveyed. Participants can write their names on name tags.
Icebreaker: Interactive introduction round - Signature Move	All participants and the facilitator introduce themselves one after another. Each person states her name, nationality, and favorite food—and invents a short movement to go with it. The entire group repeats this movement together. Then the next person takes a turn: she introduces herself, shows her own movement, and the group repeats all previous movements one after another. Step by step, a joint dance sequence is created until every person has been introduced.
Needs assessment: In order to tailor the workshop series to the target group, conducting a needs assessment is beneficial.	At the beginning, pictures of possible workshop topics are laid out and briefly explained. The pictures are deliberately simple—they contain no text and are understandable at first glance. This makes the method particularly accessible and low-threshold. Each participant receives four dot stickers. She distributes these on the pictures that are most important to her personally. This creates a quick overview of which topics concern the group the most. This feedback flows directly into the further planning of the workshop.
Asylum system: Regarding the asylum system, the **procedures, various processes, rights, obligations, and options for action** for different BAMF decisions are explained. The BAMF (Federal Office for Migration and Refugees) is Germany's central authority responsible for asylum procedures, refugee protection, and integration. It is explained which **authorities** are responsible for which areas of the asylum process.	The individual steps of the asylum procedure are explained visually using pictures and arrows. These are laid out on the floor and gone through step by step, so that an "Asylum Path Line" emerges. In addition, the following videos can be watched together in native language and/or sent to the participants after the workshop: https://youtu.be/SdTBSPyZcIs https://youtu.be/ntRtpe180K8?si=BqlFQ7knAYVKG1lU The logos of the individual authorities are shown. Participants are asked where the authorities are located and what responsibilities they have.
Overview of emergency numbers: A brief overview of the most important emergency numbers is given (fire department, police, psychiatric crisis service, helpline for violence against women).	Flyers are distributed for this purpose.
Individual counseling and contact list: At the end, reference is made to the **possibility of individual counseling** on topics of health and violence protection.	A contact list is laid out on which participants can enter their WhatsApp number if they are interested in receiving further information via WhatsApp.
Closing: To say goodbye, thanks are expressed for the active participation. The handout material is distributed and explained.	Distribution of brochures on the different steps of the asylum procedure as well as the handout material. The jointly created signature dance from the icebreaker is repeated.

Materials:

- Name tags
- Illustrations of workshop topics and dot stickers
- Illustrations of the steps of the asylum process
- Brochures on the asylum procedure
- Handout material: Disinfectant (gel, wipes, spray) and hand soap

2.2 Session 2: Health and Medical Rights

Objectives:

- Understanding health as a holistic state encompassing body, mind, and social well-being—not merely the absence of illness.
- Providing information about medical rights and options for action as an asylum seeker

Content Overview:

Content	Methods
Introduction round	Each person introduces herself with her name and something she values: "I am... and I value..." Participants can write their names on name tags.
Icebreaker: Yes/No Question Game	The participants and Facilitator sit down and various yes-or-no questions are read aloud: Is your birthday in winter? Do you prefer the sea to the mountains? Do you have children? Have you danced in the last week? If a question is answered yes, one stands up and finds a new spot. If a question is answered no, one remains seated. This exercise promotes participation and mixing up the group.
Introduction to health: Exploration of the various aspects of health: Health as a **holistic state encompassing body, mind, and social well-being**—not as mere absence of illness.	Opening question: **"What can I do for my own health?"** Pictures with different factors influencing health are laid out (example pictures see annex). Each participant chooses a picture and explains what the picture means and why it is important for her own health in her view.
Medical care and rights in the asylum procedure and healthcare system in Germany: **Overview of medical care during the asylum procedure**: Participants learn which legal regulations apply to their healthcare and what is needed to receive medical treatment. **Orientation in the German healthcare system**: What kinds of doctors are there and what are their tasks (for example general practitioners, specialists, doctors at the public health department or in initial reception)?	For illustration, example materials are shown and explained: medical treatment certificate, prescriptions, referrals, etc. Additionally, the following video can be shown in the participants' language or sent to them afterward: Zainab Explains: Medical Rights In The Asylum Procedure - YouTube
Closing: Closing question and distribution of handout material.	Closing question: **"What do I intend to do for my health?"** This question can be used as a transition to the next session.

Materials:

- Name tags
- Picture cards (see Annex 1: What can I do for my health?)
- Example materials (medical treatment certificate, prescription, referral, etc.)
- Handout material: Dental care items: toothbrush, toothpaste, dental floss (also for children)

2.3 Sessions 3 - 5: Mental Health and Psychoeducation

Objectives:

- Psychoeducation
- Destigmatization of mental illness
- Information about professional help services
- Reduction of fear of psychological professionals

Content Overview:

Due to **traumatic experiences** and the **uncertain, low-autonomy living conditions** in the asylum system, many women* in the asylum procedure show **psychological symptoms** such as sleep disturbances or dissociation. Three consecutive workshop sessions enable in-depth access to the topic.

For selected sessions, **professional women*** from the healthcare sector can be invited to accompany or co-design the respective session professionally.

Destigmatizing Psychiatry:

To **allay fears of psychiatric treatment** and **anchor psychiatry as a regular medical specialty**, it is recommended to invite **a specialist in psychiatry and psychotherapy**. She can explain to the participants firsthand how psychiatric treatment proceeds and answer questions about medications and treatment options.

Making Psychological Counseling Accessible:

To break down reservations against **psychological or psychotherapeutic treatment** and overcome barriers to access, the involvement of a **psychologist or psychotherapist** has proven effective. Ideally, a professional from a **local counseling center** is invited, so that participants can directly get to know a contact person on site.

Content	Methods
Introduction round	All participants and the facilitator introduce themselves with their names. They repeat what they had intended to do for their health in the previous week and reflect on the result. All participants receive a name tag.
Icebreaker: Stretching round with conscious breathing	The facilitator leads **a yoga-inspired movement sequence** that activates and mobilizes the participants. Special focus is placed on conscious and deep **breathing**. Relaxation music is played for this purpose.
Introduction to mental health: Participants can inspire and motivate each other.	Possible questions for the participants: "What do I do to comfort myself?" "What do I do when I am stressed?" "What can I do when I feel lonely?"

Influencing factors on mental health: Mental health is influenced by various areas of life: **Life situation;** e.g., security about the future, fulfilling activities, self-determination, safe and pleasant housing. **Personal biography and experiences;** e.g., childhood experiences, painful experiences or violence. **Social relationships;** e.g., trusted friends or family, people who are close to us. **Personal characteristics and biology;** e.g., temperament, religious or worldview convictions, biological prerequisites. In the context of flight and asylum, many people experience **psychological stress**. This is because they have often had **painful experiences** (influencing factor 2) and are in an **uncertain life situation** (influencing factor 1).	The **four influencing factors** on mental health—life situation, personal biography and experiences, social relationships, and personal characteristics and biology—are placed as large cards in a square on the floor. In between, various **picture cards** are laid out depicting different life areas and situations (e.g., picture of a family, see annex). The participants each choose a picture card, describe it in their own words, and assign it to one or more of the four factors. In this way, it is jointly worked out which areas of life influence mental health.
Destigmatization and normalization of mental illness: Mental illnesses are widespread. **They can affect anyone**—just like physical illnesses. Often, they are a **normal reaction** of the body and mind to **stressful experiences** such as violence, persecution, or extreme uncertainty. Therefore, someone suffering from psychological symptoms is not "weak" or "crazy". Stressful experiences leave traces—that is **human and understandable**. **Important note on the asylum procedure**: A mental illness is **not a reason for exclusion from asylum**. It does not endanger the asylum application and is not evaluated negatively. On the contrary - it can be an important indication of experienced persecution or violence.	With reference to the influencing factors, it is emphasized that one's own life situation and personal history are very formative and it is human if people are not doing well in difficult and uncertain living conditions. In conversation with the participants, the term "mental illness" should be avoided, as it can have a stigmatizing effect and reinforce feelings of shame. More empathetic is to speak of a **"wound of the soul"** - a term that conveys **understanding** and **dignity**.
Trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD): **What is trauma?** Trauma arises when an experience is too threatening or overwhelming. The nervous system enters a **state of exception** and cannot process what was experienced. It remains frozen, as it were. This is not a weakness but a **normal reaction** to an abnormal situation. **What triggers it?** Trauma is frequently triggered by **violence, war, persecution, sexual assault, or threatening flight experiences**. Also **the feeling of helplessness and extreme**	Exercises for **body awareness** and a focus on one's own body are conducted: **Body Scan** **Progressive Muscle Relaxation** Additionally, **Mental Health Kits** are distributed. These contain various tools for **activating the senses** and directing attention to the present moment. The tools and exercises are practical suggestions and serve as individual inspiration and stimulation. Additionally, the following **video** can be shown in the participants' native language and/or sent to them afterward: Elim Explains: Dealing With Displacement And Trauma - YouTube

uncertainty can traumatize. **How does PTSD manifest?** **Reliving**: Suddenly it feels as if one is back in the threatening situation. **Nightmares and sleep disturbances.** **Avoidance**: One avoids everything that reminds them of the trauma. **Constant tension**: One is easily startled, nervous, or has difficulty concentrating. **Emotional numbness:** One feels dulled or alienated from others. **What can I do myself?** **Breathing**: Breathe slowly and consciously in and out. **Grounding**: Establish where one is right now. "I am here. This is today. I am safe." **Use senses**: Drink cold water, smell a pleasant scent, listen to music (reference to Mental Health Kits). **Routine**: Regular meals and bedtimes provide stability. **Talk to others**: Do not remain alone. **Movement:** Going for walks helps to reduce tension. **Seek help:** Psychotherapy or counseling are an important step toward healing.	
Professional support: Just as physical complaints can be treated by doctors, there is also **professional help** for mental illnesses. It is important to know: One does not have to cope with it alone. **Who can help?** **Psychiatrists** are specialists in mental health. They can assess how a person is doing, make a diagnosis, and prescribe medication if needed—for example, to sleep better or to calm the nerves. **Psychologists and psychotherapists** accompany affected persons through conversations. Together, ways are sought to make things easier again. They help to process stressful memories and develop new strengths. For many people, a **combination** of both is helpful: **medical support** and **therapeutic conversations**. In addition, there are **specialized care services** tailored to specific experiences—such as flight, violence, or trauma.	If possible, a **psychiatrist** and **a psychologist** or **psychotherapist** are invited to the workshop sessions. They present their work in an understandable, low-threshold manner and answer questions from the participants. This helps **to reduce fears** of treatment and **eliminate false prejudices**. Participants can thus get to know in a non-binding way what they would be getting into if they made use of professional help.
Closing question: These questions can be taken up again at the beginning of the next session, so that participants are motivated to implement what they have learned.	"What do you intend to do for yourself until the next session?" "Where would you like to be in 2 years?"

Materials:

- Picture cards (see Annex 2: Influencing factors on mental health)
- Handout material: Mental Health Kits (tools for activating the senses to shift focus from distressing thoughts to bodily perception; possible tools: strong chewing gum, sensory ring, lavender sachet, glow-in-the-dark stars, rubber band, worry stone, etc.), notebooks

2.4 Session 6: Sexual Health and Self-Determination

Objectives:

- Expanding knowledge about one's own body and own sexuality
- Strengthening understanding of one's own needs and boundaries in order to make self-determined and self-confident decisions
- Destigmatization of illnesses and sexual pleasure
- Awareness-raising about contraceptives, abortion, and prevention of sexually transmitted diseases
- Understanding of one's own boundaries and consent

Content Overview:

Content	Methods
Introduction round	Each person states her name and one thing she likes about herself (external and/or internal). All participants receive a name tag.
Icebreaker: Progressive Muscle Relaxation	This exercise fosters conscious body awareness and targeted relaxation. Individual muscle groups are briefly tensed and then deliberately released. Procedure: In a fixed sequence, various body regions—for example hands, shoulders, face, and stomach—are addressed one after another. Each region is **tensed firmly** for about 5 to 7 seconds. This is followed by 20 to 30 seconds of **conscious relaxation**. Participants pay attention to the difference between tensed and relaxed muscle. This contrast makes clear what relaxation feels like in the body and helps to evoke it independently.
Introduction: What is sexual health? An environment in which one's own sexuality can be lived freely and safely. Medical prevention and treatment of sexual diseases. Freedom from sexual coercion, abuse, and sexual violence.	**Illustrations** are laid out on the floor (e.g., picture of contraceptives, picture of a woman saying stop). Each woman chooses a picture, explains it, and describes how and why it is connected to **sexual health**.

Awareness-raising about the female vulva and internal reproductive organs The participants learn the structure of the **external female reproductive organs**. Together, the individual body parts are named with their correct names and their functions are discussed. It is made clear that the vulva is important not only for **reproduction** or receiving a baby. It is also an organ of **pleasure** and **well-being**. **If needed: Female Genital Mutilation (FGM/C)** In a brief, sensitive conversation, the topic of female genital mutilation (FGM/C) is addressed. It is explained that this practice is prohibited in many countries and is **prosecuted under criminal law** in Germany. Affected women are **entitled to medical help and counseling**—without fear of punishment or rejection. **If needed: Myths about the hymen** Depending on the target group, myths about the hymen and virginity are addressed and corrected. It is clarified that the shape of the hymen and the occurrence of bleeding during first sexual intercourse are not indicators of sexual experience or virginity.	Using illustrations and teaching materials (plush vulva and model of the internal female reproductive organs), **the internal and external female reproductive organs are explained in an understandable way**. Participants are actively included in the conversation so that they can share their knowledge with one another.
Pregnancy: Medical procedures and rights in Germany.	Teaching materials such as a maternity record book or educational videos are shown.
Contraception: The participants receive an **overview of various contraceptive methods**—from condoms and the pill to longer-acting methods such as the IUD/coil or implant. Under certain circumstances, there is a **possibility of cost coverage** by the municipalities. **Pregnancy counseling centers** can provide individual advice on suitable contraceptives and support with the application for cost coverage.	**Different contraceptives** (condom, IUD/coil, pill) are presented individually. **The practical application** is explained and, if possible, demonstrated. Volunteers can examine and hold the materials.
Abortion: Every woman decides for herself about a pregnancy. No one has to know about it—neither the partner nor the BAMF. The procedure is safe and usually does not impair future fertility. It is generally possible up to the 12th week after conception and is usually free of charge for asylum seekers.	Participants are informed that they can contact the project team or the responsible social worker* at any time if they wish to have an abortion. The **number of the helpline** "Pregnant in Need" (Hilfetelefon - Schwangere in Not: Startseite) is provided and explained.

Sexual self-determination Sexual self-determination means that **every person decides for themselves about their own body and their own sexuality**. Concretely, this means: Every person decides for themselves **whether, when, with whom, and what kind of sexual activities they want**. This also includes the right to decide whether one wants to be intimate with a man or a woman. A **no is possible at any time**—without having to give an explanation. A yes is only a real yes when it is given voluntarily and no pressure is exerted. **Sexual self-determination is a right.** No one may force or pressure another person into sexual acts—not even in a marriage or relationship. Both people must agree. If a person is drunk, unconscious, or under pressure, they cannot self-determine. In such situations, sex is not voluntary.	Reference can be made to the **picture cards** from the beginning of the session.
Closing questions and reference to local counseling services: Local pregnancy counseling centers and other contact points such as STI testing sites are presented.	Closing questions: "What can I do myself for my sexual health?" "Where can I get help on topics concerning my sexual health?"
Farewell and handout material	Distribution and explanation of the handout material.

Materials:

- Picture cards (see Annex 3: What is important for my sexual health)
- Teaching materials on female reproductive organs
- Teaching materials (IUD/coil, pill, condoms, pregnancy test, etc.)
- Handout material: Tampons, sanitary pads, condoms, intimate wash gel

2.5 Session 7: GBV

Objectives:

- Empowerment and strengthening after GBV experiences
- Understanding of GBV, options for action, and rights, also in relation to the asylum procedure
- Reduction of guilt and shame feelings by absolving any co-responsibility

Content Overview:

This session requires a **special trigger warning**. The topic of gender-based violence (GBV) is deliberately placed second to last so that the participants already know the setting and the group and **feel safe**. This facilitates a **careful engagement**. The concrete design depends on the group dynamics and the needs of the participants.

At least **two facilitators** lead this session. One takes over the moderation while the other observes the group and offers individual participants the opportunity to leave the room with her for a one-on-one conversation.

Content	Methods
Introduction round	Each participant introduces herself with her name and names something she is proud of.
Icebreaker: Yoga Flow	**Stretching exercises** combined with a focus on one's own **breath** are performed.
Introduction: What does safety mean to me?	Each participant presents or writes on a moderation card what **safety** means to her.

What is gender-based violence (GBV)?
GBV is violence that is exercised **on the basis of a person's gender or sexual orientation or identity**. It can take various forms and primarily affects women and girls, but also LGBTIQ+ persons.
Four Dimensions of GBV
GBV manifests itself on four levels:
Physical violence—e.g., hitting, kicking, coercion.
Sexual violence—e.g., sexual assault, rape (also within marriage).
Psychological violence—e.g., threats, humiliation, isolation.
Economic violence—e.g., taking away money, forced prostitution.
The **most common forms** include:
Violence in partnership
Sexual harassment
Violence in the name of "honor" and forced marriage
Female genital mutilation (FGM/C)
Human trafficking and forced prostitution
Violence against LGBTIQ+ persons
Visible and Invisible Violence
Some forms of violence are easy to recognize—such as physical injuries. Others remain invisible for a long time: psychological violence, economic dependence, or fear of a partner. Both forms are serious and a human rights violation.
Causes: Power and Gender Roles
GBV often arises from **power imbalances** and **dependence on perpetrators**. Fixed ideas about how women and men should be (**gender roles**) can reinforce or justify violence. Understanding these connections helps to correctly classify violence and the particular vulnerability of refugee women.
The responsibility for violence always lies with the perpetrators; it is their decision to be violent. **The victim is never at fault**.

The well-being and avoidance of re-traumatization always come first. The degree of detail depends on the mood and dynamics of the group. No one has to talk about their own experiences. Each participant decides for herself whether and how much she wants to share.
Method 1: The Four Dimensions of Violence The participants receive slips of paper and write down **forms of violence** they know (e.g., intimate partner violence, rape). Those who wish can be helped by a facilitator. Subsequently, four fields for the dimensions physical, sexual, psychological, and economic are laid out on the floor. In the plenary, the slips are read aloud and jointly assigned to the appropriate fields. Here it becomes clear that many forms of GBV have different dimensions; for example, intimate partner violence is usually physical, sexual, psychological, and economic.
Method 2: The Iceberg—Visible and Invisible Violence
A large iceberg poster is laid out in the center. The participants name **various forms of GBV**. Together, it is discussed which of these are visible from the outside and which remain invisible. The visible forms are noted above the water surface, the invisible ones below. This makes clear that much violence is not visible—but is just as serious.

Strengthening options for action: Counseling and support services The participants are introduced to counseling centers and support services that assist with both acute and longer-standing GBV experiences. Since **confidential external counseling** is not common in many countries of origin, this offer is consciously explained and destigmatized: The focus is on the **self-determination** of the participants: They are the **experts of their own life reality and decide independently** about their next steps. The counselor accompanies them in an information-based and supportive manner—**without pressure and without prescriptions**.	Distribution of **brochures and informational materia**l. Offer to support with making appointments and, if necessary, accompanying them to the first appointment.
GBV and Asylum Procedure Gender-specific persecution—such as through forced marriage, domestic violence, the threat of FGM/C, or persecution due to sexual orientation or gender identity—can constitute grounds for asylum. It is therefore important to **present GBV experiences and threats in the country of origin during hearings as precisely as possible**. Since it is often difficult for affected persons to speak about such painful experiences before strangers, they can **apply for special procedural guarantees** as particularly vulnerable persons. This includes the right to be heard by a **special rapporteur of the BAMF** and/or to have a **female interpreter** added. **Medical certificates** (e.g., for documenting FGM/C) can also be introduced as evidence in the procedure. Individual counseling and careful hearing preparation are central here. Survivors and persons at risk from GBV are also **entitled to needs-based accommodation** (e.g., in a safe house) as well as **psychological support**.	Additionally, the following video can be shown in the participants' native language or sent to them afterward: Mina explains: Violence Against Women* - Finding Your Way To A SelfDetermined Life - YouTube The women are offered individual counseling if needed.
Empowerment **The blame for the violence lies solely with the perpetrators**—never with the women who experienced the violence. Perpetrators often try to make the affected person feel guilty. This is never true. They want to retain power with this. Women* who have survived violence are **very strong and have many important resources and abilities**. Accepting help is not a sign of weakness. It means taking good care of oneself. The consequences of the violence—for the body and for the soul—do not have to be endured alone. They have **the right to professional help and counseling**.	Various **short affirmations** are laid out on the floor (e.g., "Violence can affect any woman", "Violence is never the fault of the victim", "GBV is a human rights violation", "Affected persons have the right to support"). A facilitator or the workshop participants alternately read the short sentences aloud slowly and the group repeats the sentences together.

Closing: Distribution of earplugs and dance round Many GBV survivors suffer from **sleep disturbances**. This is exacerbated by the often high noise level in the accommodations. As a first aid against a loud environment, earplugs can help. They help to dampen noises and create a quieter space for oneself.	Each participant receives a pack of earplugs; their use is demonstrated. **Positive closing:** Each participant chooses a song (if desired, from her home country). The songs are played one after another. All participants and Facilitators **dance** together in a circle.

Materials:

- Illustrations, e.g., poster with iceberg or cards with the 4 dimensions of violence
- Moderation cards
- Brochures with contact points and counseling centers for affected persons
- Handout material: Earplugs

2.6 Session 8: Closing Session

Objectives:

- Positive conclusion of the workshop series
- Outlook on a hopeful future
- Evaluation

Content Overview:

The last workshop session has **no fixed topic**. On the one hand, it can be used to summarize what has been learned and to clarify further questions where **deeper exploration** is needed. On the other hand, it offers the opportunity to take up previously identified needs and provide information on **desired topics**.

Content	Methods
Introduction round and icebreaker game: Ball of yarn knot	The facilitator throws a ball of yarn to a participant. She asks her to share an insight or feeling from the previous workshops and then to throw the ball of yarn to another person. The person who catches the ball answers the question in turn, throws the ball on to another participant, and also holds onto a piece of yarn. This is repeated until every participant is caught in the web. This web symbolizes the **solidarity of the women***.
Repetition of key messages The most important messages from the past sessions are jointly developed and summarized, e.g.: After stressful experiences and the great uncertainty in the asylum procedure, it is normal and human to have psychological complaints. That is not a weakness but a reaction of the body and soul to hardship. Just as with physical complaints, there is also professional treatment and support for emotional problems—such as sleep disturbances or tormenting memories. Seeking help is a strong sign of self-care. Every woman* has the right to sexual self-determination. When this right is violated, she is never at fault. There are diverse support services that respect her freedom of decision. The asylum procedure is a phase in life—it does not define the people and their dignity.	Possibly re-lay out the illustrations of the workshop topics.
If needed: e.g., child health and protection, LGBTIQ+ rights	
Relaxation exercise: Dream journey: "My Dream Life in 5 Years"	The facilitator invites the group to a **voluntary future visualization/guided dream journey**. The participants imagine what their lives could look like in five years—entirely according to their own wishes and ideas.

Positive closing and emphasis on one's own strength The facilitator thanks the participants for their openness and trust. Every participant possesses enormous strength and resilience. She has managed to free herself from mostly violent structures—clear proof of **her great strength, self-care, and self-efficacy**. The current difficult situation in the asylum procedure is a temporary life phase that will have an end and does not define the affected persons.	Each participant receives a **rose** at the end. This symbolizes the beauty but also the **strength and resilience of every single woman***.
Workshop evaluation	Each participant is asked to complete an **anonymous evaluation** form in order to optimize further workshop series.

Materials:

- Ball of yarn
- Illustration of workshop topics
- Handout material: Roses
- Evaluation form

3. Conclusion

This guideline is intended as **a flexible and modular planning instrument** for professionals conducting empowerment workshops for refugee women*. It is not a rigid manual but offers methodological building blocks, content impulses, and didactic suggestions that can be adapted to the respective context—target group, spatial conditions, objectives, and personnel resources.

At the center is a **heterogeneous target group** that brings diverse experiences with it but does not necessarily identify as affected by gender-based violence (GBV). The workshops are therefore designed as a **low-threshold, destigmatizing format** that enables protected access through the topics of health, rights, and self-care. The participants are always to be understood as the **experts of their own life situation**. The workshops create a participatory space in which knowledge is jointly developed and options for action are collectively explored.

The evaluation of past workshop series confirms the **relevance** of the chosen approach: the participants rated all topics as highly relevant, with the session **on prevention and protection in cases of gender-based violence** consistently rated as the most helpful unit. This underscores that GBV as a cross-cutting theme opens up an effective, early access to affected persons, reduces stigmatization as well as guilt and shame feelings, and facilitates the transition into needs-based individual counseling.

Professionals working with this guideline are invited to use the suggested methods and contents creatively, to adapt trigger warnings situationally, and to always keep the needs and group-dynamic condition of the participants in view. The format serves the **building of trust, the strengthening of health literacy, and the opening of access to self-help and professional support.** A central mechanism of action here is **group empowerment**: through the structured, guided exchange, participants experience that they are not alone in their experiences and their psychological effects. This contributes step by step to overcoming shame and guilt feelings. The workshops thus function not only as information events but also as instruments of **communal strengthening and the promotion of self-efficacy**.

4. Annex: Example Picture Cards

What can I do for my health?














20
SEC
SOAP





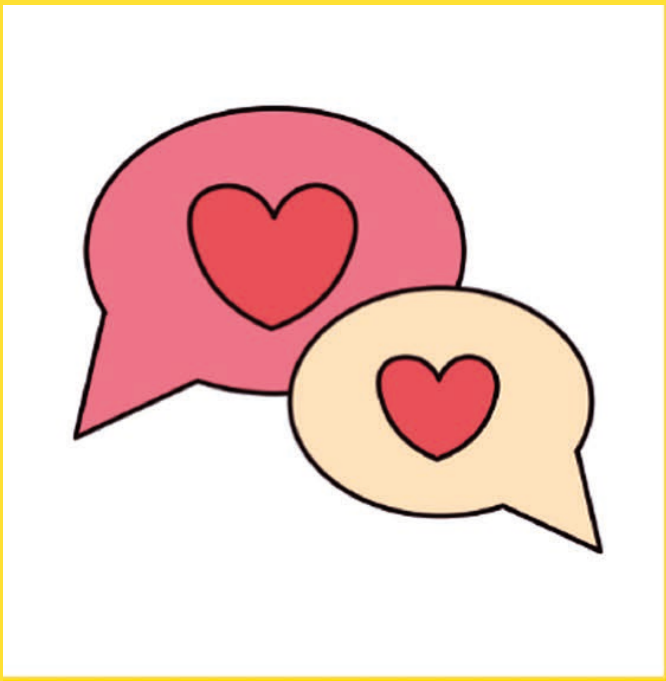
Influencing factors on mental health

















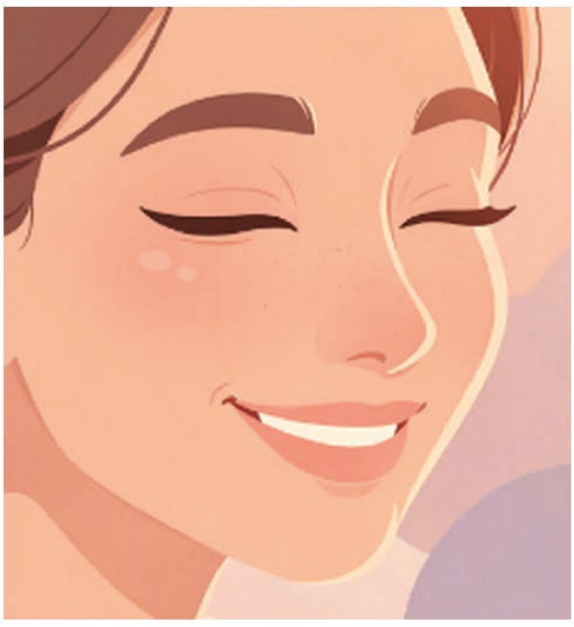








What is important for my sexual health?



















Reach.Out Plus is a collaborative European initiative dedicated to supporting survivors of gender-based violence (GBV), with a particular focus on refugee communities in Germany, Greece, and The Netherlands. The project is grounded in the belief that empowerment begins with access to information, support systems, and community engagement

reach.out plus



Funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

Co-funded by
the European Union

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Session Kit Guide

GBV Awareness & Survivor Identification

REACTING TO GENDER-BASED VIOLENCE AGAINST REFUGEES THROUGH COORDINATED HELP, ADVOCACY AND OUTREACH ACTIONS PLUS

CERV-2024-DAPHNE - 101194850

This guide is designed for multipliers facilitating GBV awareness sessions with refugee communities in Greece. It provides structure, key talking points, and example scenarios to support consistent, safe, and empowering delivery.

This document was created in the framework of the Reach.out plus project, co-funded by the European Union under the CERV (Citizens, Equality, Rights and Values) program. Its content represents the views of the authors only and is their sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

KEY PRINCIPLES

Safety

Ensure the physical and emotional safety of participants.

Confidentiality

Respect and protect personal information.

Empowerment

Encourage participation and respect survivor choices.

Do No Harm

Avoid re-traumatizing or exposing survivors.

EXAMPLE SCENARIOS

1. Disclosure during session:

A participant shares that they are experiencing violence at home. Your role is to thank them for trusting you, avoid pressing for details, and explain that support services exist. Refer them calmly using the referral pathway sheet.

2. Resistance or discomfort:

Some participants may dismiss GBV as a 'private matter.' you should acknowledge their perspective respectfully, then emphasize that GBV affects health, dignity, and rights, and services are available for those who seek help.

3. Child protection concern:

If a child shares or shows signs of abuse, explain that this must be reported for their protection. Follow the agreed child safeguarding protocol immediately.

90-Minute Run Sheet

Time	Activity
0–10 min	Welcome, introductions, and setting ground rules (confidentiality, respect).
10–25 min	Icebreaker activity related to safety and trust.
25–45 min	Discussion: What is GBV? Types, myths vs. facts.
45–65 min	Small group activity: Identifying safe/unsafe situations.
65–80 min	Scenarios role-play and group reflections.
80–90 min	Wrap-up, key messages, referral pathways, and Q&A.

Quick Reminders

- ✔ Always validate participants' feelings.
- ✔ Do not promise things you cannot provide.
- ✔ Keep referral sheet handy during every session.
- ✔ Know your own limits – you are not a counselor, but a bridge to services.

FACILITATOR SCRIPT FOR THE 90-MINUTE SESSION

Use this plain-language talk-track to guide the session. Read it naturally in your own words. Stay trauma-informed, offer choices, and avoid details.

0-10 min – Welcome & Ground Rules

Goal: set safety, expectations, and tone.

Say this (welcome):
"Welcome, everyone. My name is _____. Today, we'll discuss safety, respect, and support in cases where someone is hurt by a partner, family member, or anyone else. You choose how much you share OR listening is enough."

Say this (confidentiality & limits):
"What we share here stays here. If someone is in immediate danger or a child is unsafe, I must act to protect them. I'll explain what that looks like if it comes up."

Group agreements (invite the room): "session rules"
— One person speaks at a time
— No judgment or blaming
— Pass if you don't want to answer
— What else? (invite them to set up some rules they wish to have, no pressure if they don't want. move on)

Check-in prompt:
"On a scale from 1–5 with your fingers, how comfortable do you feel talking about safety today?" If many low numbers: "Thanks for showing me. We'll move gently, and you can pass anytime."

10-25 min – Icebreaker (Safety & Trust)

Activity: Two Statements & One Wish for Safety (pairs or trios). No personal violence stories.

Say this (instructions):
"In pairs, share two things that help you feel safe in your daily life, and one wish for safety in the community. No personal stories. just general safety ideas."

Debrief prompts:
— What themes did you hear?
— What helps safety most?

Transition: "I'm hearing that respect, privacy, and clear information matter. Let's look at what GBV is and how support works."

25-45 min – GBV Basics: What Myths, Consent

Key points to cover (short & conversational):
— What is GBV? Harm because of gender or power differences (physical, sexual, emotional, economic, digital).
— Who can be affected? Anyone; women, men, LGBTQI+ people; adults and children.
— Why it happens: Power and control, not "anger" or "culture."

Please highlight and say it out loud,

**"Never the survivor's fault.
Always the aggressor's responsibility."**

Plain definition:
"GBV is when someone uses power to control or hurt another person. hitting, forcing sex, threats, insults, taking money, or controlling phones and friends."

Myths → quick check (True/False):
— If someone didn't fight back, it wasn't assault. → **False**
— Only partners can cause GBV. → **False**
— Help is available even if you don't want to report to police. → **True**

Consent mini-script (FRIES simplified):
"Consent is Freely given, Reversible, Informed, Enthusiastic, and Specific. A past yes is not a forever yes."

If pushback appears:
"I respect your view. Here we focus on health, dignity, and access to help for anyone who wants it."

45-65 min – Small Group Activity: Safe / Boundary / Unsafe

Materials: 12–16 situation cards (or read aloud). Categories:

"Safe," "Needs a Talk/Boundary," "Unsafe—Get Help."

Say this (instructions):
"In small groups, sort these situations. Discuss why you placed them there. If not sure, place it in the middle."

Example cards:
— Partner checks your phone daily without asking.
— Landlord asks for "favors" instead of rent.
— Friend pressures you to share photos or your location.
— Ex waits outside work every day.
— You feel scared to say "no" at home.

Debrief prompts:
— What signs show something is unsafe?
— What could a first small step be if this happens to someone you know?

Micro-teach: "Fear, isolation, control, threats, forced sex, or injuries are red flags. Support is available without police if that's safer."

65-80 min – Role-Plays + Reflection

Goal: practice helpful responses and referrals. Roles: Survivor, Helper (multiplier), Observer.

Scenario A (disclosure):
"I haven't been sleeping. My partner won't let me see friends and last night pushed me."

Scenario B (friend asking):
"My cousin says she has to give her boss 'favors' to keep her job. She's scared."

Helper — core phrases to model:
— "Thank you for trusting me. You're not to blame."
— "You can share only what you want. I don't need details."
— "We can look at options together—medical, emotional support, legal information, and safety planning."
— "If you prefer, I can call and introduce you to a service, so you don't have to do it alone."
— "If you're in danger tonight, let's talk immediate safety."

If someone discloses real harm during role-play:
Pause the activity. Use the same supportive phrases.
Offer a quiet break and follow the referral steps after the session.

Debrief (2–3 questions):
— What felt supportive?
— What phrasing would you keep or change?
— What next step would feel doable within 24–72 hours?

80-90 min – Wrap-Up, Key Messages, Referrals, Q&A

3 key takeaways (say them slowly):
— You deserve safety and respect.
— Help exists with or without police reporting.
— You choose the pace. We'll support your choices.

Show the referral cheat sheet:
"These are 24/7 lines and local services. If you want, I can help make the first call with you."

Normalize help-seeking:
"Many people worry about being judged. In our space, no judgment. Your choices are respected."

Micro-evaluation (30–60 seconds):
"On a sticky note or privately to me: one thing you learned, and one question you still have."

Closing: "If you want to talk after we finish, I'll stay for a few minutes."

Micro-Scripts for Tough Moments

If someone challenges ('it's a private matter'):
"I hear you. Today we focus on health and safety. If someone wants help, we make it easy and respectful."

If emotions rise / participant cries:
"Thank you for sharing. Would you like a short break or some water? We can pause."

If someone asks for detailed legal advice:
"I'm not a lawyer, but I can connect you with legal support who can explain options clearly."

If a child risk is mentioned:
"Because a child may be unsafe, I must act to protect them. I can explain each step and keep you informed."

If immediate danger now:
"We can call 112 together. If you prefer, we can step outside to talk and plan what feels safest."

Quick Facts You Can State Confidently

— Types of GBV: physical, sexual, psychological, economic, digital.
— Consent: clear yes; can change; silence is not consent.
— Medical window (sexual assault): time-sensitive care is available (e.g., PEP, emergency contraception).
— No pressure to report: Services exist with or without police.
— Confidentiality limits: immediate danger / child risk → follow SOP.

Tips for Time Cues & Transitions

— "We'll spend 5 more minutes here, then move to activities."
— "Let's park that great question; I'll return to it during Q&A."
— "We're at time one last comment from someone who hasn't spoken yet?"

REFERENCES & KEY RESOURCES:

1. **World Health Organization (WHO)**. (2014; updated eds.). Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook (LIVES). https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.26

2. **GBV AoR / IASC**. (2019). GBV Pocket Guide: How to support survivors of gender-based violence when a GBV actor is not available in your area. https://gbvguidelines.org/gbv-pocket-guide/

3. **UNFPA**. (2015; 2020 updates). Minimum Standards for Prevention and Response to Gender-Based Violence in Emergencies. https://www.unfpa.org/minimum-standards

4. **Inter-Agency GBV Case Management Guidelines**. (2017). https://www.gbvims.com/gbv-case-management/

5. **Council of Europe**. (2011). Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention) – Explanatory Report. https://coe.int/istanbul-convention

6. **U.S. Dept. of Veterans Affairs**, National Center for PTSD. (n.d.). Sexual Assault—Overview and Myths. https://www.ptsd.va.gov/understand/types/sexual_assault.asp

7. **Centers for Disease Control and Prevention** (CDC). (n.d.). Sexual Violence: Definitions & Consent. https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/fastfact.html

8. **Planned Parenthood**. (n.d.). What Is Consent? (FRIES). https://www.plannedparenthood.org/learn/relationships/sexual-consent

9. **WHO**. (2019). Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis (PEP) and emergency contraception (EC) in sexual assault care. (See: Clinical management of rape/sexual assault resources). https://www.who.int/health-topics/hiv/


reach.out
plus
MÉDECINS
DU MONDE

Co-funded by
the European Union

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Guidelines

for Workshop Implementation Médicins du Monde Netherlands

INTRODUCTIE, VEILIGHEID, ACHTERGRONDINFORMATIE EN OEFENINGEN

Introductie

SGBV is een groot en ingewikkeld onderwerp om te bespreken. Des te belangrijker is het om dit te doen op een manier die zo passend mogelijk is en past bij jezelf en de groep. Het is belangrijk om het onderwerp goed in te leiden, neem hier de tijd voor. Je kunt hierbij oefeningen gebruiken. Een aantal voorbeeld oefeningen zijn in dit document opgenomen. Belangrijk is de dialoog op te zoeken en de oefeningen te zien als gespreksstarters. Zorg ervoor dat als één van de gender gerelateerd geweld onderwerpen aan bod komen de bijbehorende kernboodschappen (zie de themabijeenkomsten tas) besproken worden. Bijvoorbeeld als seksueel geweld ter sprake komt zorg ervoor dat minimaal de volgende kernboodschappen aan bod komen:

- Het is nooit jou schuld.
- Reacties (flight, freeze, fight, fawn) als beschermingsreacties van het lichaam.
- De freeze reactie als normale reactie.
- Genitale response als beschermingsreactie van het lichaam.
- Reageren op een geweldservaring bij een bekende zoals geen victim blaiming
- Bereikbaarheid van Dokters van de Wereld en Centrum Seksueel Geweld
- Er is hulp beschikbaar

Het is belangrijk om te achtergrond informatie te lezen, met name over de survivor centerd approach. Bij het gebruik van oefeningen is het belangrijk je vantevoren te verdiepen in traumasensitief werken. Zorg dat je weet waar overlevers steun kunnen krijgen. Hiervoor kun je sinds de zomer van 2026 de digitale sociale kaart van Dokters van de Wereld raadplegen. Maak duidelijk dat je aan het einde van de themabijeenkomst beschikbaar bent voor individuele vragen. Indien tijdens een themabijeenkomst een geweldsonthulling wordt gedaan, volg dan de guidelines voor individual counselling.

Veiligheid

De basis van vertrouwen en spreken over onderwerpen rondom geweld is een veilige setting. Het is belangrijk om iedereen persoonlijk welkom te heten, één kring te vormen en bewust 5-10 minuten te nemen aan het begin van de themabijeenkomst om groepregels af te stemmen en een fijne sfeer te creëren door middel van een icebreaker.

Een open, vriendelijke en geïnteresseerde houding zorgt ervoor dat deelnemers zich gezien voelen en stelt ze op hun gemak. Zoek verbinding, jullie zijn immers gelijkwaardige gesprekspartners. Dank ze voor het feit dat je uitgenodigd bent en voor hun tijd.

Co-funded by
the European Union

Omgeving: zorg voor een rustige, liefst vertrouwde omgeving waar geen onbekenden kunnen inlopen.
Afspraken maken: respect, vertrouwen/privacy & geen verplichtingen

- Randvoorwaarden benoemen: vraag aan de groep: wat heb je nodig om vandaag op een fijne en veilige manier te spreken over …? Laat de groep gezamenlijk afspraken maken en schrijf deze eventueel op een flipover of bord, dit helpt bij het begrenzen wanneer iemand zich niet aan deze randvoorwaarden houdt ('we hebben deze samen opgesteld, laten we ons er ook aanhouden');

- Willen mensen de beurt krijgen? Of uit zichzelf informatie delen?;

- Wat wil je zelf graag meegeven aan het begin? Denk hierbij ook aan je eigen grenzen;

- Ervaring en kennis delen mag, maar het hoeft nooit. Je bent altijd vrij om vragen niet te beantwoorden, zowel als vrijwilliger en als deelnemer.

Begrenzen en uitnodigen:
Het kan gebeuren dat een deelnemer van de themabijeenkomst iets zegt waarop ingrijpen belangrijk is om een veilige, respectvolle sfeer te waarborgen. Bijvoorbeeld bij:

- Misinformatie;

- Kwetsende opmerkingen: kwetsende taal/gedrag, discriminatie, uitsluiten, haat zaaien of oproepen tot geweld;

- Wanneer het een spelletje wordt.

In dat geval is het goed om te begrenzen. Je begrenst de taal. Niet de onderliggende mening of het gedachtegoed, daarin ben je juist geïnteresseerd. Vrijheid van meningsuiting is echter geen vrijbrief voor intolerantie. Zorg dat op een begrenzing een uitnodiging volgt: enkel begrenzen voelt als een afwijking.

Bijvoorbeeld: 'welk gevoel geeft dit jou? Wat doet dat met jou? Wat zie je dan?'

'Ik vind het heel interessant hoe jij hierover denkt, dus ik wil er graag over praten.
Dat kan niet als je deze woorden gebruikt.'

Vervolgens stel je vooral verhelderende vragen: 'Wat zie jij dan?', 'Wat doet dit met jou?'

Gesprekstechnieken
Het uitgangspunt is het gesprek te begeleiden in plaats van te leiden. Stimuleer kritisch denken en laat ruimte voor verschillende perspectieven. Belangrijk is dat sociale normen door iemand uit de groep worden gesteld en niet door iemand die wordt gezien als 'van buiten'. Sociale normen veranderen kan dus alleen met mensen die enige binding hebben met elkaar. Uit onderzoek is gebleken dat in een dergelijke setting eerder een andere perspectief wordt aangenomen.

Co-funded by
the European Union

Verdiepende vragen (Socratische gespreksvoering): d.m.v. verdiepende vragen uitvragen hoe je denkt, wat je denkt en waarop dat denken gebaseerd is. De onderliggende norm, ervaring en angst wordt blootgelegd. Het stimuleert kritisch denken, exploreert verschillende perspectieven en bevordert zelfreflectie.

Enkele voorbeeldvragen:
- Wat gebeurt er dan?
- Hoe voel je je dan?
- Wat vind je daarin moeilijk?
- Kun je daar meer over vertellen?
- Wat is daarin niet oké volgens jou?
- Denken mensen in jouw omgeving daar anders over?
- Is je mening over dit onderwerp in de loop van de tijd veranderd?

Verbredende vragen: een belangrijke tip is om niet te hard te werken en op zoek te gaan naar meningen in de groep, in plaats van zelf “het andere geluid” te vertegenwoordigen.
Enkele voorbeeldvragen:
- Wie herkent dit?
- Wie heeft hier nog een andere of aanvullende gedachte over?
- Welke meningen bestaan er in Nederland?
- Indien de hele groep het met elkaar eens is: denken jullie dat dit voor iedereen geldt?
- Wil iemand hierop reageren?

Gendergerelateerd Geweld Achtergrondinformatie

Gendergerelateerd geweld is een zeer groot en complex onderwerp, wat onmogelijk te vatten is in enkele pagina’s. Het kent vele vormen, variërend van subtiel tot overduidelijk. Onderstaande informatie vormt een basis, maar is absoluut niet volledig. Het is belangrijk om kennis te hebben van de survivor centered approach en in dit kader te overwegen of het woord overlever of slachtoffer meer passend is.
-Gendergerelateerd geweld is geweld richting een persoon op basis van iemand gender, of geweld dat disproportioneel vaak iemand van een bepaald gender wordt aangedaan. Hieronder valt onder andere lichamelijk, psychologisch, seksueel en economisch geweld.

Co-funded by
the European Union

- Het kan gaan om aanranding, verkrachting, seksueel misbruik en online seksueel geweld. Ook vallen hier de zogenaamde 'schadelijke praktijken' onder, vormen van onderdrukking en geweld die voortkomen uit traditie, cultuur, religie en/of bijgeloof binnen een samenleving, zoals eergerelateerd geweld, huwelijksdwang, achterlating, huwelijkse gevangenschap, gedwongen isolement, maagdenvliesherstelloperaties en vrouwelijke genitale verminking. Een voorbeeld in Nederland zijn de operaties bij intersekse kinderen.

- Seksueel geweld wordt ook wel seksuele mishandeling, seks tegen je wil of seks onder dwang genoemd. Bij seksueel misbruik onder kinderen is het verschil tussen meisjes en jongens minder groot dan vaak wordt aangenomen. In ca. 80% van de gevallen is de pleger een familielid, kennis, vriend, collega of iemand anders is die het slachtoffer kent.

- De basis van dit type geweld ligt bij gendernormen, namelijk de rollen en verwachtingen die er van mannen en vrouwen zijn, vaak gebaseerd op traditionele denkbeelden en rolpatronen. Een voorbeeld van zo'n norm is 'mannen zijn stoer en vrouwen zijn zorgzaam'. Deze genderstereotypen versterken de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen. 'Mannelijke' eigenschappen worden in het algemeen hoger gewaardeerd dan 'vrouwelijke' eigenschappen. Uiteindelijk kan die ongelijkheid leiden tot geweld. Bijvoorbeeld als mannen het gevoel hebben dat zij 'eigendom over vrouwen' hebben. Ook zijn genderstereotypen sturend in wat een man of vrouw 'hoort te doen'. Wanneer iemand van de norm afwijkt, kan de maatschappij hen als minderwaardig beschouwen en dit kan een voedingsbodem zijn voor geweld.

- Veel overlevers schamen zich voor wat er is gebeurd en leggen de schuld (deels) bij zichzelf. Het is belangrijk te herhalen dat het nooit iemands eigen schuld is. Een automatische reactie als beschermingsmechanisme van het lichaam (nat worden, erectie) betekent niet dat ze het zelf graag wilden of lekker vonden, en dat er geen reden is voor schaamte.

- Door de stress of adrenaline ontstaat er een automatische overlevingsreactie: fight, flight, freeze of fawn (meebewegen). Deze reacties vergroten de kans om te overleven met zo min mogelijk schade. Bij seksueel geweld is de overlevingsreactie vaak dat er meebewogen wordt of dat iemand bevriest. Daar kies je niet voor, dat gebeurt vanzelf.

- De gemiddelde tijd tussen de gebeurtenis en een onthulling is tussen de 3 en 18 jaar

- Veel vluchtelingen ervaren seksueel geweld tijdens hun vlucht vanwege de kwetsbare positie waarin ze zich bevinden. Het is bekend dat op sommige vluchtroutes vrouwen van tevoren anticonceptie innemen omdat ze er al vanuit gaan dat zij tijdens de vlucht verkracht zullen worden.

- Seksueel geweld in het thuisland kan voor sommige vluchtelingen juist de reden zijn om het land te ontvluchten. Vrouwelijke (maar ook mannelijke) asielzoekers en vluchtelingen lopen in Nederland in en om de opvangcentra en azc's meer risico op seksuele intimidatie, seksuele uitbuiting, seksueel geweld en homonegatief gedrag.

- Naast de algemene barrières die iedereen ondervindt in een nieuw land, zijn er voor overlevers van SGBV nog specifieke belemmeringen om hulp te zoeken:

Co-funded by
the European Union

Veel migranten en vluchtelingen die SGBV hebben meegemaakt, schamen zich omdat zulke ervaringen niet passen bij noties van een goede vrouw of een goede man.

Men is bang te worden gestigmatiseerd door familie, vrienden en hun gemeenschap, dat er zal worden geroddeld of dat hun partners hen zullen verlaten.

In het geval van mensenhandel spelen bedreigingen om familieleden iets aan te doen een belangrijke rol om te zwijgen over de ervaringen.

Bronnen: Kennisdossier Seksueel Geweld Rutgers, Centrum Seksueel Geweld, Pharos, Fier en Amnesty International

Survivor-centred Approach

Een survivor-centred approach stelt de rechten van elke overlevende centraal en behandelt iedere overlever met waardigheid en respect. Door de overlever in het middelpunt van het proces te plaatsen, bevordert dit herstel, vermindert het risico op verdere schade en versterkt het diens eigen kracht en zelfbeschikking. Het toepassen van een survivor-centred approach betekent het opbouwen van een relatie met de overlever die hun emotionele en fysieke veiligheid bevordert, vertrouwen opbouwt en helpt om weer enige controle over hun leven terug te krijgen.
Hierbij staan vier principes centraal:

- Veiligheid;
- Respect;
- Vetrouwelijkheid: de overlever kiest met wie bepaalde informatie gedeeld wordt;
- Non-discriminatie.

Deze video geeft een goede uitleg: https://www.youtube.com/watch?v=Fk3pQyeobZE

Voorbeeld Oefeningen
Praten over geweld

Dit heb je nodig: powerpoint SGBV (te vinden in Microsoft Teams omgeving), eventueel een flip-over met kernboodschappen
Aan de slag:

- Zorg dat er voldoende ruimte is voor de deelnemers om te bewegen. Maak een denkbeeldige lijn op de grond en vertel welke kant mee eens/oneens is.
- Lees de kernboodschappen/stellingen voor en laat de deelnemers op de lijn staan. Als ze geen antwoord willen/kunnen geven, geef deelnemers dan de ruimte om te blijven zitten.

Co-funded by
the European Union

- Vraag of deelnemers de stelling willen toelichten en stel eventueel verhelderende vragen.

- Zorg dat tijdens de rest van de themabijeenkomst de kernboodschappen in beeld blijven.

- Laat de deelnemers weer zitten en neem de PowerPoint door. Dit stukje kennisoverdracht draagt bij aan het begrip van SGBV en geeft deelnemers woorden om erover te spreken.

- Stel vragen aan de groep om het gesprek op gang te brengen. Enkele voorbeelden:
  - We hebben net gesproken over geweld tegen vrouwen. Hoe zouden vrouwen zich voelen die daarmee te maken krijgen?
  - Wat zou er omgaan in een meisje dat gedwongen wordt om te trouwen?
  - Hoe zou jij je voelen als je te maken krijgt met huwelijksdwang of eergerelateerd geweld?

- Indien je bij de groep een opening voelt om het onderwerp verder uit te diepen kun je de volgende vragen stellen:
  - Wie kent iemand in diens omgeving die … geweld heeft meegemaakt omdat diegene …
  - is en wil vertellen hoe dat was? (aanpassen aan de doelgroep)
  - Hoe ging diegene daarmee om?
  - Heb je het gevoel dat mensen begrijpen wat diegene heeft meegemaakt?
  - Waar had diegene het meest behoefte aan op dat moment?
  - Wat of wie heeft diegene geholpen bij het verwerken van negatieve gevoelens, zoals eenzaamheid, depressie, geweld of discriminatie?

Co-funded by
the European Union

Oefening Film: No one has the right to hurt you

Dit heb je nodig: film (ca 2 min) No one has the right to hurt you (ondertiteling beschikbaar)
https://www.youtube.com/playlist?list=PLgCe3owpAl-sg191mh16xM_SvLdUf52-Z

Aan de slag:

- Laat deze video van IOM zien, deze animatiefilm gaat over wat seksueel en gender gerelateerd geweld is en wat je kunt doen wanneer je ermee in aanraking bent gekomen;

- Vraag de deelnemers wat zij van de film vinden, welke emoties zij erbij voelen en of zij de situaties uit de film herkennen. Het kan moeilijk zijn voor deelnemers om hun emoties/gevoelens hierbij te benoemen, het kan helpen als je zelf deelt wat deze video met jou doet;

- Noem vervolgens een voor een verschillende stellingen op en laat de deelnemers hierover in discussie gaan. Stellingen kunnen op basis van voorkennis, sfeer of behoeften groep altijd aangepast worden.

Deze voorbeeldstellingen zijn zeer heteronormatief, wees daarop bedacht en pas ze zo nodig aan:

- - Stelling 1: Een man moet zijn vrouw goed opvoeden en daarom mag hij haar slaan.

- - Stelling 2: Een broer mag zijn zus slaan, dat is normaal want de broer zorgt voor zijn zus.

- - Stelling 3: Een vrouw moet trouwen met een man met wie zij niet wil trouwen.

- Stelling 4: Een vrouw heeft haar man beledigd en hij slaat haar.

- Stelling 5: Als een man vreemdgaat, is het de schuld van de vrouw. Als zij goed was, ging hij niet vreemd.

- Stelling 6: Een man is van zijn vrouw gescheiden, dan zal het wel een slechte vrouw zijn.

Bron: 'Seksueel en gendergerelateerd geweld bespreekbaar maken bij vluchtelingenvrouwen' van Pharos, VOAW en ZonMW (2022)

- Aan de hand van de stellingen geef je uitleg over de weten regelgeving in Nederland.
  Hierbij is het belangrijk om in ieder geval te volgende dingen te benoemen.

1. Je hebt rechten: keuzevrijheid (geaardheid, trouwen, kinderen krijgen), gelijkwaardigheid tussen mannen en vrouwen (in een relatie, in bed, maar ook op straat of op werk)

2. Er zijn wetten: het is strafbaar als niet beide partijen instemmen met een seksuele handeling. Lichamelijk, psychisch of verbaal geweld is strafbaar, ook binnen een relatie.

VGV: *"In Nederland is meisjesbesnijdenis ook een vorm van lichamelijk geweld en is het strafbaar om dit uit te voeren of ervoor te zorgen dat een meisje in het buitenland besneden wordt".*

Co-funded by
the European Union

Reach.Out Plus is a collaborative European initiative dedicated to supporting survivors of gender-based violence (GBV), with a particular focus on refugee communities in Germany, Greece, and The Netherlands. The project is grounded in the belief that empowerment begins with access to information, support systems, and community engagement

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Beratungsleitfaden

INHALTSVERZEICHNIS

1. Nutzung des Leitfadens 2

2. Ziele der Beratung 2
2.1 Übergeordnete Ziele 2
2.2 Praktische Ziele (das „WAS“ in der Beratung) 2
2.3 Setting: Trauma-informierte Beratung (das „WIE“ in der Beratung) 3

3. Dokumentation und Kommunikation 5
3.1 Dokumentation 5
3.2 Kommunikation und Datenübermittlung 5

4. Leitfaden für Beratungen nach Themenschwerpunkt 5
4.1 Grundlegender Ablauf 5
4.2 Psychische Probleme 6
4.3 Umgang mit Suizidalität 7
4.4 Gender Based Violence (GBV) 8
4.4.1 (Verdacht auf) Akute Partnerschaftsgewalt 8
4.4.2 Vergangene sexualisierte Gewalterfahrungen 9
4.4.3 Menschenhandel 9
4.4.4 Gewalt im Namen der „Ehre“ / Zwangsverheiratung 9
4.4.5 Female Genital Mutilation / Cutting (FGM/C) 9
4.5 LGBTIQ* 10
4.6 Schwangerschaft 10
4.7 Körperliche Beschwerden und Erkrankungen 10
4.8 Probleme bei Kindererziehung und psychische Beschwerden von Kindern 11

5. Umgang mit Anfragen per WhatsApp 11
5.1 Zielgruppe und Aufnahmekriterien 11
5.2 Modus der Aufnahme 11
5.3 Ablauf bei nicht akuten Anfragen 12
5.4 Ablauf bei akuten Anfragen (akute Bedrohung/Selbst- oder Fremdgefährdung) 12

6. Anhang 1: Fragen zur Einschätzung des Suizidrisikos 13

Anhang 2: Beratungsstellen nach Thema im Großraum München (Auswahl) 14

1. Nutzung des Leitfadens

Der vorliegende Leitfaden wurde im Rahmen des Projekts **reach.out plus** der Organisation **Ärzte der Welt** erarbeitet. Er definiert einen übergeordneten Rahmen für die Durchführung von Einzelberatungen, die im Regierungsbezirk Oberbayern überwiegend aufsuchend in Erstaufnahmeeinrichtungen für geflüchtete Menschen angeboten werden. Die Beratungen erfolgen in der Regel im Anschluss an aufsuchende Gruppenworkshops zur Gesundheitsförderung und zum Gewaltschutz für geflüchtete Frauen*. Die Workshops nehmen dabei eine Türöffner-Funktion für die nachfolgenden Einzelberatungen ein: In der Gruppe werden sensible Themen wie psychische Erkrankungen oder Gewalterfahrungen thematisiert, wodurch eine beratungsfreundliche Atmosphäre geschaffen und Entstigmatisierung angestrebt wird. Dies führt dazu, dass sich Workshopteilnehmerinnen im Anschluss verstärkt mit persönlichen Bedarfen im Bereich psychische Gesundheit oder Gewaltverarbeitung an das Beratungsteam wenden. Entsprechend liegt der inhaltliche Schwerpunkt der Einzelberatungen in der Unterstützung und Begleitung bei diesen Themenkomplexen.

Zielgruppe der Workshops und Beratungen sind Asylsuchende mit besonderem Schutzbedarf - insbesondere Betroffene von Gender Based Violence (GBV) sowie Frauen* mit psychischen Erkrankungen und Traumatisierungen.

Der Leitfaden dient der internen Orientierung und Qualitätssicherung des Beratungsangebots. Er kann zudem als planungs- und implementierungsunterstützende Grundlage für andere Organisationen herangezogen werden, die vergleichbare Beratungsangebote umsetzen. Da er auf den spezifischen Kontext und die Zielgruppen von reach.out plus zugeschnitten ist, erhebt er keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist bedarfsgerecht anzupassen sowie zu erweitern.

2. Ziele der Beratung

2.1 Übergeordnete Ziele

Die Einzelberatung orientiert sich primär an den Bedarfen der Klient*innen.

Die übergeordneten Ziele lassen sich wie folgt benennen:

- Klärung persönlicher Fragen zu Workshopthemen und deren Vertiefung
- Identifizierung und Unterstützung von Menschen mit besonderen Schutzbedarfen im Asylsystem
- Wissensvermittlung über eigene Rechte – mit dem Ziel, Empowerment zu ermöglichen

2.2 Praktische Ziele (das „WAS“ in der Beratung)

Neben den übergeordneten Zielen lassen sich konkrete Handlungsfelder benennen, die den inhaltlichen Kern der Beratung ausmachen:

- Bedarfsermittlung
- Information über Rechte und Handlungsmöglichkeiten; bei Bedarf Unterstützung bei

der Wahrnehmung dieser Rechte
- Anbindung an Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen (medizinische, therapeutische und psychosoziale Versorgung, Rechtsberatungen)
- Unterstützung im Asylverfahren
- Unterstützung bei der Verlegung in bedarfsgerechte Unterkünfte
- Psychosoziale Unterstützung (Präsenz, Zuhören, Raum geben) als Überbrückung, bis anderweitige Anbindung oder Ansprechpersonen gefunden sind

2.3 Setting: Trauma-informierte Beratung (das „WIE" in der Beratung)

Personen mit potenziell traumatisierenden Erfahrungen (z. B. Flucht, Gewalt) erleben häufig überwältigende Ohnmacht oder Kontrollverlust, verbunden mit einem Verlust von Vertrauen in sich selbst, in andere und in die Umwelt. Daher ist es zentral, in der Einzelberatung Voraussetzungen zu schaffen, die das **Entstehen eines sicheren Raumes** ermöglichen. In diesem Rahmen können Klient*innen Erfahrungen machen, in denen sie sich (relativ) sicher fühlen und **Kontrolle erfahren**, **Solidarität und Verbindung spüren**, in ihren **persönlichen und sozialen Ressourcen gestärkt** werden und ein **Fokus auf das Hier und Jetzt** entsteht. Zugleich müssen Rahmenbedingungen gegeben sein, die **Staff Care** ermöglichen.

Kontrolle und (relative) Sicherheit

- Ein **geschützter Raum** ist zu wählen; Beratungen „zwischen Tür und Angel" sind zu vermeiden (räumlich und zeitlich). Die Tür ist zu schließen, der Raum jedoch nie abzuschließen.
- **Wasser und Taschentücher** sind bereitzustellen.
- Die Klient*in ist zu fragen, ob und wo sie sitzen möchte, sowie ob sie sich wohlfühlt (z. B. bei der Präferenz, die Tür im Blick zu haben).
- **Transparente Aufklärung über die eigene Rolle**, die Organisation, Inhalt, Umfang und Ablauf der Beratung sowie das Recht der Klient*innen, Fragen nicht zu beantworten oder die Beratung ohne negative Konsequenzen abzubrechen.
- Keine „falschen" Versprechungen sind zu machen (besser: „Ich tue, was ich kann" statt „Es wird alles gut").
- Aufklärung über die Nutzung der Daten (z. B. Mit wem spricht die Berater*in über die Klient*in?).
- Immer wieder **Zeit für Fragen lassen**, sicherstellen, dass die Klient*in alles versteht. Die Sprache ist an die Klient*in anzupassen (Überforderung vermeiden).
- **Pausen anbieten**, wenn das Gefühl entsteht, dass das Stresslevel, die Müdigkeit oder Erschöpfung zunehmen.

Solidarität und Verbindung

- Schwierige Erfahrungen der Klient*in sind anzuerkennen und nicht abzusprechen. Besser: „Ich kann mir gar nicht vorstellen, was Sie erlebt haben" statt „Ich weiß genau, wie Sie sich fühlen", „Zum Glück ist das vorbei" oder „Alles wird jetzt besser".
- Bei der Verweisberatung sind gegebenenfalls auch Angebote zu erwägen, die Verbindung zu Menschen in ähnlichen Situationen schaffen können wie Frauencafés etc.
- Erlebtes Unrecht ist klar zu benennen.

„Relativ" bezieht sich hier auf den Kontext (z. B. Gemeinschaftsunterkunft, offener Ausgang des Asylverfahrens, Trennung von Freund*innen und Familie), welcher ein Erleben vollständiger Sicherheit unmöglich macht.

Hier und Jetzt

- **Vermeidung potenzieller Trigger**: Gegebenenfalls ist im Vorfeld abzusprechen, wann sich eine Person unsicher fühlt (z. B. bestimmte Gerüche, Klänge).
- **Keine detaillierten Nachfragen zu traumatischen Erfahrungen**. Der Fokus liegt auf aktuellen Herausforderungen bei gleichzeitiger Anerkennung des Erlebten.
- Wenn die Klient*in von traumatischen Erfahrungen spricht und starke Gefühle aufzukommen scheinen, ist empathisch zu reagieren. Zugleich ist **bestimmt in die Gegenwart zu steuern**, z. B.: „Es tut mir leid, dass Sie das erlebt haben", „Danke, dass Sie das mit mir teilen. Können wir noch einmal zu der Frage XY gehen?" oder gezielt unterbrechen: „Wollen Sie einen Schluck Wasser trinken?"
- Bei Dissoziation (teils starrer Blick, abwesend wirken, Stimmänderung): Keine Panik. Die Klient*in ist anzusprechen, nie (ohne Vorwarnung) anzufassen. Eine 5-Sinne-Übung kann hilfreich sein (Was sehen, hören, riechen, schmecken, spüren Sie gerade?). Unter Ankündigung kann ein akustischer Reiz gesetzt werden. Bei Vorhandensein eines Notfallsets kann ein physischer Reiz angeboten werden (z. B. Igelball, vorab gewählter Geruch).

Ressourcen stärken

- Fragen, was den **Alltag leichter macht** und wann sich die Klient*in etwas wohler fühlt.
- Fragen, welche Schritte oder Handlungen in der Vergangenheit geholfen haben.
- Gemeinsam überlegen, was der Klient*in wichtig und auch hier umsetzbar ist.
- „Baby-Steps" anregen; keine Überforderung.
- Berücksichtigen, dass Klient*innen **Überlebende mit Stärken und Fähigkeiten** sind, nicht primär „Opfer" – auch wenn sie Opfer von Gewalt geworden sind.
- Stigmatisierung stets beachten, Normalisierung von Erfahrungen anstreben. **Jede Klient*in ist mehr als ihr Trauma**.
- Am Ende der Beratung ist zu fragen, wie es der Klient*in geht. Bei Bedarf können der weitere Tagesablauf oder eine positive Aktivität geplant werden.

Staff Care

In der Beratung besteht ein **schmaler Grat zwischen Empathie und Distanzierung**. Auch Berater*innen haben Gefühle – das ist gut so. Distanzierung lässt sich teils üben und ist wichtig, um nicht mit der Klient*in „mitzuschwimmen". Techniken zum Grounding funktionieren auch für Berater*innen (Füße auf dem Boden spüren, Bauchatmung). Belastung, die durch Beratungsinhalte entsteht, ist wahrzunehmen und mit Kolleg*innen zu besprechen. Wöchentliche Fallbesprechungen sind einzuhalten, in denen alle Berater*innen von den Beratungen sowie potenziellen Schwierigkeiten oder Belastungen berichten (auch Anerkennung von Erfolgen hat hier Platz). Bei **starken Belastungen einzelner Berater*innen erfolgt eine Umverteilung bzw. werden Optionen der Entlastung besprochen** (unter Umständen Etablierung einer Belastungsanzeige in der Organisation). **Selbstfürsorge lässt sich leichter umsetzen, wenn in der Arbeit Wertschätzung, Vertrauen, Flexibilität, Verbindung und Bedeutung gespürt wird**.

3. Dokumentation und Kommunikation

3.1 Dokumentation

Die ordnungsgemäße Aufbewahrung von Beratungsunterlagen gewährleistet sowohl die Kontinuität der Betreuung (z. B. nach längeren Beratungspausen oder Wechsel der Zuständigkeiten im Team) als auch den Schutz sensibler Daten.

- Klient*innen-Ordner sind unter Beachtung des Datenschutzes anzulegen. Der Zugang muss stets auf das Nötigste eingeschränkt sein.
- Inhalt: Verlaufsdokument (erste Seite: wichtige Stammdaten wie zuständige Berater*in, Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Nationalität, ggf. MID; relevante Ergebnisse mit Datum, z. B. Transfer, weitere Anbindung). Anschließend chronologische Auflistung der Beratungstermine mit Zusammenfassung des Verlaufs, Ergebnissen, Vereinbarungen und Reflexion aus der teaminternen Fallbesprechung.
- Zusätzliche Sammlung aller Unterlagen (z. B. Facharztbriefe, Anträge, BAMF-Entscheidungen) sowie relevanter E-Mail-Korrespondenz im Ordner der Klient*in.

3.2 Kommunikation und Datenübermittlung

Die Art und Weise, wie Informationen ausgetauscht werden, richtet sich nach dem Kommunikationskanal und der jeweiligen Vertraulichkeitsstufe. Im Team sollte Klarheit darüber bestehen, wie die üblichen Kommunikationswege ablaufen.

- Die Kommunikation findet in den Beratungen mündlich statt.
- Terminabsprachen oder Verweisberatungen können unter Umständen auch per WhatsApp erfolgen (im Sinne der Niederschwelligkeit oder bei Anfragen externer Klient*innen).
- Anmeldungen, Anträge und Stellungnahmen an Dritte (z. B. Behörden, weitere Versorgungsangebote) sind verschlüsselt zu übersenden.
- Klient*innen unterzeichnen bei der Erstberatung eine Datenschutzerklärung mit Zustimmung zur Verarbeitung der Daten und bei Bedarf eine Entbindung von der Schweigepflicht zum Zweck der Unterstützung.
- Zur Entbindung Dritter von der Schweigepflicht gegenüber der eigenen Organisation wird ein separates Formular ausgefüllt.

4. Leitfaden für Beratungen nach Themenschwerpunkt

4.1 Grundlegender Ablauf

Unabhängig vom konkreten Anliegen lassen sich bestimmte Schritte identifizieren, die zu Beginn jeder Beratung sinnvoll sind, um Vertrauen zu schaffen und die Bedarfe zu strukturieren:

1. **Vertraulichkeit erklären** (im Gespräch, Datenschutzerklärung).

2. **Offene Frage stellen**: „Wie kann ich Ihnen helfen?“
3. **Bedarfe filtern; Angebot transparent erklären**: Was kann angeboten werden, was nicht? Bei welchen Problemen kann unterstützt werden, bei welchen nicht (informieren, welche Anlaufstelle bei erwähnten Themen unterstützen kann)?
4. **Eigene Rolle erklären und Erwartungsmanagement betreiben** (ggf. Verweis auf passende Strukturen).
5. **Bereits vorhandene oder vergangene Anbindung in Erfahrung bringen**: „Waren Sie bereits bei Ihrem Sozialdienst oder einer anderen Beratungsstelle?“, „Was wurde Ihnen gesagt bzw. gemacht? Wer ist die Ansprechperson?“

Nachfolgend werden Handlungsabläufe und Empfehlungen zu spezifischen Bedarfen beschrieben. Da Bedarfe in der Regel überlagert auftreten und individuell sehr unterschiedlich sind, lässt sich die Beratung nicht an starren Schemata orientieren. Vielmehr ist stets Flexibilität sowie eine Anpassung an neue Bedarfskonstellationen gefragt.

4.2 Psychische Probleme

- **Nach häufiger Symptomatik fragen:** „Wie schlafen Sie? Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? Können Sie gut einschlafen? Wachen Sie oft nachts auf? Seit wann haben Sie Schlafprobleme?“ Bei Bedarf nach weiteren Symptomen psychischer Erkrankungen (z. B. PTBS, Depression) fragen: Nervosität, Trauer, fehlende Motivation, Reizbarkeit, Vergesslichkeit, Schreckhaftigkeit. Ggf. auch nach physischen Symptomen fragen: plötzlich schlecht Luft bekommen, Kopfschmerzen, Beklemmung.
- **Bisherige Versorgung erfragen**: „Haben Sie in der Vergangenheit oder aktuell Unterstützung gegen diese Probleme bekommen? Waren Sie schon einmal bei einem*einer Psychiater*in, Therapeut*in etc. (auch im Herkunftsland)? Nehmen Sie Medikamente ein?“
- **Symptome entstigmatisieren**: „Ihre Beschwerden sind eine menschliche Reaktion auf schwierige Erlebnisse und die aktuell schwierige Situation. Ihr Körper reagiert auf den starken Stress. Genauso wie unser Körper Wunden von Verletzungen bekommt, wird auch unsere Seele durch schlimme Erfahrungen verwundet.“
- **Inanspruchnahme von Unterstützung anregen**: „Symptome können gelindert und geheilt werden. Es gibt Unterstützungsmöglichkeiten, und Sie haben das Recht, diese in Anspruch zu nehmen. Es ist meistens schon hilfreich, mit jemandem darüber sprechen zu können, was man erlebt hat.“
- **Wunsch nach Unterstützung erfragen und mögliche Maßnahmen erklären:** „Wollen Sie Unterstützung?“ Erklären, wie unterstützt werden kann, z. B. Anbindung an Psychiatrie oder Beratungsstelle.

Einzuleitende Schritte

- **Grundlegende Psychoedukation** (Erklärung von Krankheitsbildern, Symptomatiken; oft kann das Wissen und die Einordnung der eigenen Belastung schon helfen).
- **Nach vorhandenen Ressourcen fragen** (z. B. soziale Unterstützung, erprobte Methoden zur Besserung oder zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens); gemeinsam überlegen, was individuell helfen könnte.
- **Anbindung an weitere Unterstützungsmaßnahmen**: z. B. Psychiater*in, psychologische oder therapeutische Angebote.

- **Asylverfahren**: Bei Bedarf Aufklärung über die Relevanz von psychischen Erkrankungen und Arztbriefen oder Stellungnahmen für das Asylverfahren. Anregung, Anhörungsvorbereitung in Anspruch zu nehmen, um strukturierter von (traumatischen) Erfahrungen berichten zu können.
- Wenn gewünscht und aussichtsreich: **Unterstützung bei der Verlegung** durch Stellung eines Verlegungsantrags inkl. Facharztbriefen, Stellungnahmen und weiteren Dokumenten; mündliche Abklärung mit der Klient*in.

4.3 Umgang mit Suizidalität

- **Äußerungen suizidaler Gedanken** (z. B.: „Ich mag nicht mehr", „Ich will nicht mehr leben", „Ich habe gar keine Hoffnung mehr") **nicht übergehen**, sondern nachfragen und Sorge ausdrücken. Es ist wissenschaftlich widerlegt, dass das Nachfragen nach Suizidplänen Menschen erst auf die Idee bringt, sich das Leben zu nehmen.
- **Gezielt nachfragen, wie hoch das Suizidrisiko ist**: „Wie meinen Sie das genau?", „Gibt es Gedanken, nicht mehr leben zu wollen?", „Können Sie sich vorstellen, dass es auch wieder besser werden könnte?", „Haben Sie darüber nachgedacht, Ihr Leben zu beenden?", „Haben Sie dazu Pläne gemacht?", „Wie würden Sie sich das Leben nehmen?", „Haben Sie in der Vergangenheit bereits einen oder mehrere Suizidversuche begangen"? (siehe Anhang 1: Fragen zur Einschätzung des Suizidrisikos)
- **Das Suizidrisiko steigt mit der Konkretheit der Pläne und ist bei vorausgegangenen Suizidversuchen besonders hoch**. Oft überwiegt bei akuter Suizidalität ein Gefühl von Leere oder Abgeschnittensein von der Welt – in der Konsequenz spürt auch das Gegenüber oft wenig. Die meisten Menschen mit Suizidgedanken sind ambivalent. Als Berater*in kann daher versucht werden, an die Seite der Klient*in zu appellieren, die leben möchte.
- **Keine Schuldzuweisung** gegenüber der Klient*in (z. B.: „Denken Sie doch an Ihre Kinder"), stattdessen präsent sein und zuhören. Keine Verurteilung: Verzweiflung ernst nehmen, eigene Position als Advokat*in des Lebens klar machen. Gegebenenfalls ein Versprechen einholen, z. B. in den nächsten XY Minuten hier zu warten und sich nichts anzutun.

Wichtige Hinweise

- „Geschlechterfalle": In westlichen Ländern gilt besondere Sorge bei Männern höheren Alters. Neuere Forschung zeigt, dass in vielen Lower-/Middle-Income Countries verheiratete Frauen ähnlich gefährdet sind.
- Suizidalität immer ernst nehmen (Suizidgedanken oder -pläne sind immer Anzeichen tiefer Verzweiflung, selbst wenn es nicht zur Handlung kommt).
- Wording: „Selbstmord" vermeiden (Implikation Kriminalität), eher „Suizid" oder Umschreibungen nutzen („sich das Leben nehmen").
- Glauben der Person berücksichtigen (in den meisten Religionen und vielen Ländern ist Suizid eine Sünde oder Straftat; daher ggf. eher Umschreibungen wählen).
- Paradoxon der Stimmung: Bei tendenziell depressiv erkrankten Menschen kann sich die Stimmung durch die Planung des Suizids unerwartet verbessern; sie wirken dann gegebenenfalls plötzlich erleichtert oder gelöst. Daher sollte auch ein plötzlich positiver Stimmungswandel Grund zur Sorge geben.
- Auf eigenes Gefühl achten: Wenn man sich nach Verlassen der Beratungssituation

nicht gut fühlt, das Gespräch mit in den Schlaf nehmen würde, Dritte einschalten und sich als Berater*in Hilfe holen.
- Nachbesprechung und Debriefing mit Kolleg*innen einfordern.

Einzuleitende Schritte

- **Wenn möglich: Kolleg*in hinzuziehen**. Weiteres Vorgehen gegenüber der Klient*in transparent machen.
- **Bei hohem Risiko** (konkrete Pläne und/oder zurückliegende Suizidversuche): **Freiwillige Einweisung in die zuständige Psychiatrie** besprechen. Wenn die Klient*in hierzu bereit ist, bei der zuständigen Psychiatrie anrufen und nach Platz fragen; wenn möglich, begleiten.
  Wichtig: Die Klient*in nicht allein lassen, bis die Weiterversorgung sichergestellt ist!
  Wichtig: Die Klient*in nie selbst mit Auto in die Psychiatrie fahren!
- Wenn die Klient*in nicht bereit ist und **akute Selbstgefährdung** vorliegt: **Notarzt oder Polizei kontaktieren,** Einrichtungsleitung informieren. Eine Mitarbeiter*in bleibt bei der Klient*in, bis diese weiterversorgt wird.
- Bei geringem Risiko (keine konkreten Pläne und keine zurückliegenden Versuche): An Psychiater*in anbinden, in Absprache mit Klient*in eigene Stellungnahme/ Einschätzung verfassen und an Psychiater*in schicken.
- Anbindung an Krisenintervention und/oder psychologische Beratung oder Behandlung. Nach Absprache mit Klient*in: Sozialdienst in der Einrichtung informieren. Gemeinsam über nächste Schritte sprechen. Ggf. Non-Suizidvertrag unterschreiben lassen (z. B. bis zum Ersttermin bei weiterer Versorgung). Bei Unsicherheiten stehen Krisendienste telefonisch rund um die Uhr auch für Fachkräfte zur Verfügung (in Bayern: Krisendienst Bayern, Tel.: 0800 655 3000).

4.4 Gender Based Violence (GBV)

GBV umfasst verschiedene Formen von Gewalt, die aufgrund der sozialen Geschlechterrolle ausgeübt werden. Bei Verdacht auf GBV gilt es zunächst, die Art der Gewalt sowie die Aktualität der Bedrohung zu klären, um adäquat handeln zu können.

Wichtig: Klient*in darauf hinweisen, dass Informationen aus der aktuellen Beratung und aus der Anhörung beim BAMF nicht an Angehörige etc. weitergegeben werden.

4.4.1 (Verdacht auf) Akute Partnerschaftsgewalt

- **Proaktiv nach Gewalt fragen**; Verletzungen vorhanden?
- **Rolle und Möglichkeiten der Polizei erklären**, ggf. unterstreichen, dass die Klient*in Recht auf Schutz hat und die Polizei verpflichtet ist, Betroffene von Gewalt zu schützen.
- **Notrufnummern weitergeben** (Polizei, Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“)
- **Eigene Diensthandynummer geben**. Erklären, dass Frau sich melden kann; eigene Bereitschaft zur Unterstützung aufzeigen. Beratungszeiten und Erreichbarkeiten transparent darlegen.
- **Lokale Frauenberatungsstelle erklären**: vertrauliche und ergebnisoffene Beratung und Begleitung. Wenn gewünscht, Ersttermin vereinbaren und bei Bedarf begleiten.
- Wenn vorhanden: Über unterkunftsinterne*n Gewaltschutzkoordinator*in aufklären.

Das BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) ist die zentrale Behörde in Deutschland, die für Asylverfahren, Flüchtlingsschutz und Integration zuständig ist.

- Kinder vorhanden? Kindeswohlgefährdung klären und erklären. Wenn die Mutter nicht bereit ist, Unterstützung anzunehmen oder eine Beratungsstelle aufzusuchen, ist selbst eine Fachberatung aufzusuchen, um den Fall und weitere Möglichkeiten zu besprechen.
- **Relevanz im Asylverfahren erklären**: getrennte Anträge, Angst nehmen vor negativen Auswirkungen von Trennung während des Verfahrens, wichtig: alle Gewalterfahrungen in der Anhörung thematisieren.

4.4.2 Vergangene sexualisierte Gewalterfahrungen

- **Körperliche Verletzungen erfragen**.
- **Schwangerschaft erfragen**, aufklären über Abbruch (siehe 4.5).
- Wenn erwünscht, **Anbindung an psychosoziale, psychologische oder psychotherapeutische Unterstützung** (siehe Punkt 4.2).
- Über **Relevanz sexualisierter Gewalterfahrungen in BAMF-Anhörungen aufklären**. Ggf. zur Anhörungsvorbereitung anmelden. Ggf. Begleitung bei Anhörung anbieten.

4.4.3 Menschenhandel

- Der Klient*in erklären, dass das Erlebte Menschenhandel ist und somit eine Straftat darstellt. **Eigene Ressourcen und Überlebenskampf würdigen; Sorge nehmen vor möglicher eigener Strafbarkeit; auf Nichtvorhandensein eigener Schuld hinweisen**.
- **Bei akuter Bedrohung: Sofort entsprechende Hilfsorganisation kontaktieren und Ersttermin vereinbaren**; ggf. einrichtungsinterne*n Gewaltschutzkoordinator*in miteinbeziehen.
- Keine akute Bedrohung: Wenn erwünscht, Termin bei Fachberatungsstelle vereinbaren (mögliche Wartezeit erklären).
- Anbindung an Anhörungsvorbereitung (z. B. Rosa Asyl), ggf. Begleitung zur Anhörung anbieten. Wenn Anhörung bereits stattgefunden hat, Interviewprotokoll lesen. Wenn Menschenhandel nicht thematisiert wurde, Fachberatung einholen, was nachträglich noch getan werden kann.
- Wenn erwünscht: Unterstützung bei der Verlegung in eine bedarfsgerechte Unterkunft.

4.4.4 Gewalt im Namen der „Ehre“ / Zwangsverheiratung

- **Abklären, ob akut oder vergangen**.
- **Bei akuter Bedrohung** (siehe Punkt 4.4.1): **Polizei erklären, Notrufnummer ausgeben**, wenn erwünscht: Termin bei Fachberatungsstelle vereinbaren und ggf. begleiten, ggf. einrichtungsinterne*n Gewaltschutzkoordinator*in einschalten.
- Unterstützung im Asylverfahren und Verlegung anbieten.

4.4.5 Female Genital Mutilation / Cutting (FGM/C)

- Abklärung, ob **körperliche Beschwerden in Zusammenhang mit der Beschneidung bestehen**; Anbindung an Gynäkolog*in.
- Bei akuten körperlichen Beschwerden aufgrund von FGM/C und/oder Bedrohung (auch der Töchter): **Anbindung an Fachberatungsstelle**.

- Klient*in dabei unterstützen, ein ärztliches Gutachten für die Anhörung oder das Asylverfahren zu erhalten; ehrlich erklären, dass vergangene Beschneidung für das Asylverfahren relevant ist, aber kein Garant für eine Anerkennung.
- **Bei Eltern von Töchtern: Bedrohung für Töchter abklären**; erklären, dass FGM/C eine Straftat ist; erklären, dass eine befürchtete Beschneidung der Tochter in der Anhörung thematisiert werden muss.

4.5 LGBTIQ*

- **Hinweise auf schutzrelevante Regelungen für LGBTIQ*-Personen** bereits im Erstkontakt geben (bzgl. Asylverfahren und Unterbringung) um Menschen aus der Community proaktiv die Möglichkeit zu geben, sich bei Bedarf zu äußern.
- **Herausfinden, ob eine akute Bedrohung oder ein Unsicherheitsgefühl** vorhanden sind.
- **Empowerment und Entstigmatisierung**; z. B. „Es gibt bei uns viele verschiedene Lebensweisen und Beziehungsformen - das ist völlig in Ordnung. Sie sind so, wie Sie sind, genau richtig und willkommen."; „Ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität ist kein Grund für Scham. Sie verdienen Respekt und Unterstützung genauso, wie Sie sind."
- Wenn gewünscht: **Anbindung an Fachberatungsstelle**.
- Unterstützung im Asylverfahren und Verlegung in Zusammenarbeit mit Fachberatungsstelle ggf. in die Wege leiten.

4.6 Schwangerschaft

- **Schwangerschaftswoche und/oder Entbindungstermin** in Erfahrung bringen.
- Wenn Frau nicht in gynäkologischer Vorsorge ist, an **Gynäkolog*in zur Schwangerschaftsvorsorge** anbinden!
- Über **medizinische Rechte informieren**.
- Bereits geschehene Anbindung an eine Beratungsstelle erfragen.
- Rolle und Aufgaben von **Schwangerschaftsberatungsstellen erklären**, auf Wunsch Termin vereinbaren. Erklären, dass Stiftungsantrag für finanzielle Unterstützung nur einmal gestellt werden darf.
- Bei Frühschwangerschaften (erste 12 Wochen): **Gezielt nachfragen, ob die Frau die Schwangerschaft fortsetzen will**, über **Schwangerschaftsabbruch informieren** und Unterstützung/Begleitung anbieten.
- Wenn Frau nach erstem Trimester unglücklich über die Schwangerschaft wirkt, Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs nach medizinischer Indikation klären (Fachberatung einholen).

4.7 Körperliche Beschwerden und Erkrankungen

- Erfragen: Ärztliche Abklärung schon erfolgt? Was wurde gemacht? Arztbrief vorhanden?
- Informieren über Abläufe und Rechte (z. B. „Was brauche ich, um zum Facharzt zu gehen?“).
- Unterstützung bei der Inanspruchnahme medizinischer Rechte (z. B. Schreiben an Ärzt*in in Unterkunft um Überweisung an Fachärzt*in zu erwirken)

4.8 Probleme bei Kindererziehung und psychische Beschwerden von Kindern

- Dafür sensibilisieren, dass **Unsicherheit und Strukturlosigkeit große Auswirkungen auf das kindliche Wohlbefinden** haben können. Daher ist es umso wichtiger, dass Eltern dem Kind **Vertrauen und Sicherheit** geben, z. B. durch geordnete Tagesstruktur, Nähe und feste Regeln und Abläufe. Oft verbessert sich die Situation nach einer Änderung der Rahmenbedingungen (z. B. fester Wohnort, Integration in Schule/Kita).
- **Aufklären über Rechte**: Aufenthaltsdauer in Aufnahmeeinrichtung max. sechs Monate, Kind nach drei Monaten schulpflichtig, nach Verlegung Integration in Kindergarten möglich und empfehlenswert.
- **Klären, ob Gewalt in der Familie vorhanden ist.** Wenn ja, Fachberatung einschalten.
- Sensibilisieren, dass psychische Belastung der Mutter auch durch das Kind spürbar ist (nur wenn es einem selbst gut geht, kann man anderen helfen), ggf. Anbindung der Mutter an psychologische Unterstützung.
- Anregen, Sorgen bzgl. der psychischen Gesundheit und Entwicklung mit Kinderärzt*in zu besprechen.
- Bei Bedarf: Anbindung an Familienberatung, Elterntraining etc.
- Bei Bedarf: Anbindung an psychologische Beratung/Behandlung für das Kind.

5. Umgang mit Anfragen per WhatsApp

Anfragen gelangen wiederholt über WhatsApp (seltener über Anruf oder E-Mail) an das Beratungsteam, ohne dass zuvor ein persönlicher Kontakt mit der betreffenden Person bestanden hat. Teilweise ist zudem eine erhebliche räumliche Distanz zwischen dem Wohnort der Anfragenden und dem Beratungsstandort gegeben, was die Vereinbarung und Durchführung einer persönlichen Einzelberatung erheblich erschwert. Im Folgenden wird erläutert, wie mit derartigen Anfragen umzugehen ist.

5.1 Zielgruppe und Aufnahmekriterien

- Übergeordnetes Ziel der Kommunikation: **Anbindung bedarfsgerechte Beratungsstellen in der Region.**
- Zur Einzelberatung im Projekt aufgenommen werden Menschen mit Bedarfen im Bereich GBV sowie psychischen Gesundheit. Bei sonstigen Anfragen (z. B. Deutschkurs, Asylsystem) wird der Kontakt zu einer passenden Beratungsstelle weitergegeben.

5.2 Modus der Aufnahme

Ob eine Person aufgenommen werden kann, ist immer eine **Einzelfallentscheidung**. Die Entscheidungsfindung erfolgt in der Regel in der wöchentlichen Fallbesprechung (Ausnahme: Verdacht auf akute Bedrohung sowie Selbst- oder Fremdgefährdung). Fragen, die dabei zu klären sind:

- **Wie akut ist der Bedarf**?
- Wie lange steht man nach der Anbindung noch für Beratung zur Verfügung?
- Umgang mit der „Mittlerfunktion“ nach Anbindung an Versorgungsstruktur?
- Wie ist die **aktuelle Auslastung der Beraterin**?

5.3 Ablauf bei nicht akuten Anfragen

- Kontakt und Information zu bedarfsgerechter lokaler Anlauf- bzw. Beratungsstellen etc. weitergeben, erklären, wie sie sich anmelden können.
- Wenn die Person nicht in der Lage ist, selbst Kontakt zur empfohlenen Stelle aufzunehmen: Nach Absprache mit Klient*in, Ersttermin vereinbaren.
- Klient*in am Vortag des Termins per WhatsApp erinnern.
- Dokumentation: Bei Bedarf Ordner für Klient*in erstellen und relevante Dokumente sowie Verlaufsdokumentation speichern.

5.4 Ablauf bei akuten Anfragen (akute Bedrohung/Selbst- oder Fremdgefährdung)

- Kolleg*in heranziehen; Fall und Anfrage gemeinsam reflektieren!
- 24-Stunden-Hilfenummern weitergeben (Polizei, psychiatrischer Krisendienst, Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“, Hilfetelefon Sexueller Missbrauch).
- Sofortiger Austausch über weiteres Vorgehen mit geeigneter Fachberatungsstelle, auch Weitergabe personenbezogener Daten ohne Absprache möglich (Einwilligungserklärung nachträglich einholen).
- Wenn möglich, sofortigen Termin mit Person vereinbaren.
- Dokumentation: Ordner für Klient*in erstellen und relevante Dokumente sowie Verlaufsdokumentation speichern.

6. Anhang 1: Fragen zur Einschätzung des Suizidrisikos

Fragen 1 und 2 immer stellen.	Letzter Monat	
1) Haben Sie sich gewünscht, tot zu sein, oder gewünscht, Sie könnten einschlafen und nicht mehr aufwachen?		
2) Hatten Sie tatsächlich Gedanken daran, sich das Leben zu nehmen?		
Wenn JA bei 2: Fragen 3, 4, 5 und 6 stellen. **Wenn NEIN bei 2: weiter mit Frage 6.**		
3) Haben Sie darüber nachgedacht, wie Sie das tun könnten?		
4) Hatten Sie diese Gedanken und auch die Absicht, danach zu handeln?	Hohes Risiko	
5) Haben Sie konkret geplant, wie Sie sich das Leben nehmen könnten? Hatten Sie vor, diesen Plan umzusetzen?	**Hohes Risiko**	
Frage 6 immer stellen	Jemals	Letzte 3 Monate
6) Haben Sie jemals etwas getan, damit begonnen oder Vorbereitungen getroffen, um Ihr Leben zu beenden? Beispiele: Tabletten genommen, versucht, sich zu erschießen, zu schneiden oder zu erhängen; Tabletten gesammelt, Waffe besorgt, Wertsachen verschenkt, Testament oder Abschiedsbrief geschrieben, Tabletten herausgenommen, aber nicht geschluckt, Waffe in der Hand gehalten, es sich aber anders überlegt oder sie wurde Ihnen abgenommen, aufs Dach gegangen, aber nicht gesprungen usw. Wenn ja: War dies innerhalb der letzten 3 Monate?		**Hohes Risiko**

Anhang 2: Beratungsstellen nach Thema im Großraum München (Auswahl)

Gender Based Violence

- FGM/C: IMMA Wüstenrose (nach Fachberatung)
- Menschenhandel und Zwangsprostitution: JADWIGA, SOLWODI
- Gewalt im Namen der Ehre/Zwangsverheiratung: IMMA Wüstenrose (nach Fachberatung), SOLWODI
- Partnerschaftsgewalt: Frauenhilfe München; Hilfenummer „Gewalt gegen Frauen“; lokale Beratungsstellen
- Sexuelle Gewalt: Frauennotruf München; lokale Beratungsstelle
- LGBTIQ*: LeTRa, sub, Trans*Inter* Beratungsstelle
- Gewalt gegen Kinder: Lokale Beratungsstelle, Kinderschutzzentrum, IMMA, Hilfetelefon sexueller Missbrauch
- Sexarbeit: Marikas, Mimikry

Psychische Gesundheit

- Refugio München (Anmeldung nur zweimal jährlich möglich)
- Psychologische Beratung für Geflüchtete in ganz Oberbayern PSZ NUR
- Therapeutische Angebote für Flüchtlinge (TAFF)
- Frauentherapiezentrum (nach Fachberatung)
- Suizidalität: Arche München
- Lokale Anlaufstellen, z. B. SPDi
- Kinder: Refugio München, kbo Kinderzentrum München (Projekt INCLUDE)

Rechtsberatung / Asylberatung

- Münchner Flüchtlingsrat (Infobus oder Anlaufstelle in München)
- Bayerischer Flüchtlingsrat: Sprechstunde für geflüchtete Frauen (bei geschlechtsspezifischer Verfolgung)
- LGBTIQ*: Rosa Asyl
- Arrival Aid: Anhörungsvorbereitung, Klagebegleitung
- Münchner Rechtshilfe (Rechtsberatung im EineWeltHaus)
- Asylberatung im Bellevue di Monaco
- Lokale Anlaufstellen, z. B. Asylverfahrensberatung durch FIB in der Unterkunft

Reach.Out Plus ist eine europäische Kooperationsinitiative zur Unterstützung von Überlebenden geschlechtsspezifischer Gewalt (GBV) mit besonderem Fokus auf geflüchtete Communities in Deutschland, Griechenland und den Niederlanden. Das Projekt beruht auf der Überzeugung, dass Empowerment mit dem Zugang zu Informationen, Unterstützungssystemen und gemeinschaftlichem Engagement beginnt.

reach.out plus

Funded by the European Union

Finanziert von der Europäischen Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Kommission wider. Weder die Europäische Union noch die Bewilligungsbehörde können dafür verantwortlich gemacht werden.

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Counselling Guideline

TABLE OF CONTENT

1. Purpose and Use of this Guideline 2

2. Goals of Counselling 2
- **2.1 Overarching Objectives** 2
- **2.2 Practical Objectives (the „WHAT“ in Counselling)** 2
- **2.3 Setting: Trauma-Informed Counselling (the „HOW“ in Counselling)** 3

3. Documentation and Communication 4
- **3.1 Documentation** 4
- **3.2 Communication and Data Transmission** 5

4. Counselling Guide by Topic 5
- **4.1 Basic Procedure for Every Session** 5
- **4.2 Mental Health Issues** 6
- **4.3 Dealing with Suicidality** 6
- **4.4 Gender-Based Violence (GBV)** 9
  - 4.4.1 (Suspected) Acute Intimate Partner Violence 9
  - 4.4.2 Past Sexualized Violence Experiences 9
  - 4.4.3 Human Trafficking 9
  - 4.4.4 Violence in the Name of „Honor“ / Forced Marriage 10
  - 4.4.5 Female Genital Mutilation / Cutting (FGM/C) 10
- **4.5 LGBTIQ+** 10
- **4.6 Pregnancy** 10
- **4.7 Physical Complaints and Illnesses** 11
- **4.8 Problems with Child Rearing and Mental Health Issues in Children** 11

5. Handling Inquiries via WhatsApp 11
- 5.5.1 Target Group and Admission Criteria 12
- 5.5.2 Mode of Admission 12
- 5.5.3 Procedure for Non-Acute Inquiries 12
- 5.5.4 Procedure for Acute Inquiries (Acute Threat / Self- or Other-Directed Danger) 12

6. Annex 1: Questions for Assessing Suicide Risk 13

Annex 2: Counselling Centres by Topic in the Greater Munich Area (Selection) 14

1. Purpose and Use of this Guideline

This guideline was developed as part of the reach.out plus project of the organization Doctors of the World Germany. It defines an overarching framework for conducting individual counselling sessions offered predominantly as outreach services in initial reception facilities for asylum seekers in the German state of Bavaria. The counselling sessions usually follow outreach group workshops on health promotion and violence prevention for refugee women*. The workshops serve as a door-opener function for the subsequent individual counselling sessions: In the group setting, sensitive topics such as mental illness or experiences of violence are addressed, thereby creating a counselling-friendly atmosphere and aiming for destigmatization. This leads to workshop participants increasingly approaching the counselling team with personal needs in the areas of mental health or violence processing. Accordingly, the content focus of the individual counselling sessions lies in supporting and accompanying clients with these thematic complexes.

The target group of the workshops and counselling sessions are asylum seekers with special protection needs - especially those affected by Gender-Based Violence (GBV) as well as women* with mental illnesses and traumatization.

The guideline serves the internal orientation and quality assurance of the counselling service. It can also be used as a planning and implementation-supporting basis for other organizations that are implementing similar counselling services. Since it is tailored to the specific context and target group of reach.out plus, it does not claim to be exhaustive and should be adapted and expanded according to needs.

2. Goals of Counselling

2.1 Overarching Objectives

Individual counselling is primarily oriented toward the needs of the clients. The overarching objectives can be named as follows:

- Clarification of personal questions regarding workshop topics and their deepening
- Identification and support of individuals with special protection needs in the asylum system, esp. GBV survivors and individuals with mental health disorders
- Dissemination of knowledge about one's own rights - with the goal of enabling empowerment

2.2 Practical Objectives (the „WHAT" in Counselling)

- Needs assessment
- Information about rights and options for action; if needed, support in exercising these rights
- Connection to care and support structures (medical, therapeutic, and psychosocial care, legal counselling)
- Support in the asylum procedure
- Support with transfer to needs-based and safe accommodation

- Psychosocial support (presence, listening, holding space) as a bridge until other connections or contact persons are found

2.3 Setting: Trauma-Informed Counselling (the „How“ in Counselling)

Persons with potentially traumatizing experiences (e.g., flight, violence) frequently experience overwhelming helplessness or loss of control, connected with a loss of trust in themselves, in others, and in their environment. Therefore, it is central to create conditions in individual counselling that enable the **emergence of a safe space**. Within this framework, clients can have experiences in which they feel (relatively) safe and **experience control, sense solidarity and connection**, are **strengthened in their personal and social resources**, and a **focus on the here and now** emerges. At the same time, framework conditions must be given that enable **staff care**.

Control and (Relative) Safety

- **A protected space** is to be chosen; counselling „between door and hinge“ (in passing) is to be avoided (spatially and temporally). The door is to be closed, but the room is never to be locked.
- **Water and tissues** are to be provided.
- The client is to be asked whether and where she would like to sit, as well as whether she feels comfortable (e.g., regarding the preference to keep the door in sight).
- **Transparent explanation of one's own role**, the organization, content, scope, and procedure of the counselling, as well as the client's right not to answer questions or to terminate the counselling without negative consequences.
- No „false“ promises are to be made (better: „I will do what I can“ instead of „Everything will be fine“).
- Explanation of data usage (e.g., with whom does the counsellor speak about the client?).
- **Leave time for questions** repeatedly, ensure that the client understands everything. Language is to be adapted to the client (avoid overwhelming her).
- Offer breaks when the feeling arises that stress levels, tiredness, or exhaustion are increasing.

Solidarity and Connection

- Difficult experiences of the client should be acknowledged and not dismissed. Better: „I cannot even imagine what you have experienced“ instead of „I know exactly how you feel,“ „Fortunately that is over now,“ or „Everything will be better now.“
- In referral counselling, offers that can create connection to people in similar situations should also be considered, such as women's cafés, etc.
- Experienced injustice should be named clearly.

Here and Now

- **Avoidance of potential triggers:** If necessary, ask in advance when a person feels unsafe (e.g., certain smells, sounds).
- **No detailed questions about traumatic experiences.** The focus lies on current challenges while simultaneously acknowledging what has been experienced.

“Relative" here refers to the context (e.g., mass accommodation, a pending asylum decision, separation from friends and family), which makes any experience of complete safety impossible.

- If the client speaks about traumatic experiences and strong emotions seem to arise, react empathically. At the same time, **steer determinedly into the present,** e.g.: „I am sorry that you experienced that," „Thank you for sharing that with me. Can we return to question XY?" or deliberately interrupt: „Would you like to take a sip of water?"
- In case of dissociation (partly rigid gaze, appearing absent, change of voice): Do not panic. Address the client, never touch her (without warning). A 5-senses exercise can be helpful (What do you see, hear, smell, taste, feel right now?). Under announcement, an acoustic stimulus can be set. If an emergency kit is available, a physical stimulus can be offered (e.g., hedgehog ball, previously chosen scent).

Strengthening Resources

- Ask what makes **everyday life easier** and when the client feels somewhat better.
- Ask which steps or actions have helped in the past.
- Consider together what is important to the client and implementable here.
- Suggest „baby steps"; do not overwhelm.
- Consider that clients are **survivors with strengths and abilities**, not primarily „victims" - even if they have become victims of violence.
- Always pay attention to stigmatization, aim for normalization of experiences. **Every client is more than her trauma**.
- At the end of the counselling session, ask how the client is doing. If needed, the rest of the day's schedule or a positive activity can be planned.

Staff Care

In counselling, there is a **narrow line between empathy and distancing**. Counsellors also have feelings - that is a good thing. Distancing can partly be practiced and is important in order not to „swim along" with the client. Grounding techniques also work for counsellors (feet on the floor, abdominal breathing). Stress arising from counselling content is to be perceived and discussed with colleagues. **Regular case discussions** should be held, in which all counsellors report on the counselling sessions as well as potential difficulties or stress (recognition of successes also has a place here). **In case of severe stress of individual counsellors, redistribution takes place or options for relief are discussed** (possibly establishment of a stress indicator in the organization). **Self-care is easier to implement when appreciation, trust, flexibility, connection, and meaning are felt in the work.**

3. Documentation and Communication

3.1 Documentation

The proper storage of counselling documents ensures both the continuity of care (e.g., after longer counselling breaks or changes of responsibilities within the team) and the protection of sensitive data.

- Client folders are to be created in compliance with data protection. Access must always be restricted to the necessary minimum.

- Content: Progress documentation (first page: important basic data such as responsible counsellor, name, date of birth, contact details, nationality, if applicable MID; relevant results with date, e.g., transfer, further connection). Subsequently, chronological listing of counselling appointments with summary of the course, results, agreements, and reflection from the internal team case discussion.
- Additional collection of all documents (e.g., specialist medical reports, applications, BAMF decisions) as well as relevant email correspondence in the client's folder.

3.2 Communication and Data Transmission

- Communication in the counselling sessions takes place orally.
- Appointment arrangements or referral counselling may also take place via WhatsApp (in the sense of low-threshold access or in response to inquiries from external clients).
- Registrations, applications, and statements to third parties (e.g., authorities, other care services) are to be sent encrypted.
- Clients sign a data protection declaration with consent to data processing during the initial counselling session and, if needed, a waiver of the duty of confidentiality for the purpose of support.
- For the waiver of confidentiality by third parties toward one's own organization, a separate form is completed.

4. Counselling Guide by Topic

4.1 Basic Procedure for Every Session

Regardless of the specific concern, certain steps can be identified that are useful at the beginning of every counselling session to create trust and structure the needs:

1. **Explain confidentiality** (in conversation, data protection declaration).
2. **Ask an open question**: „How can I help you?"
3. **Filter needs; explain the offer transparently**: What can be offered, what cannot? With which problems can support be provided, with which not (inform which contact point can support on the mentioned topics)?
4. **Explain one's own role and practice expectation management** (if necessary, referral to appropriate structures).
5. **Find out about existing or past (professional) support and care**: „Have you already been to your social services or another counselling centre?", „What were you told or what was done? Who is the contact person?"

In the following, courses of action and recommendations for specific needs are described. Since needs usually occur in an overlapping manner and are individually very different, counselling cannot be oriented toward rigid schemas. Rather, flexibility and adaptation to new need constellations are always required.

4.2 Mental Health Issues

- **Ask about frequent symptoms:** „How are you sleeping? How many hours do you sleep per night? Can you fall asleep well? Do you often wake up at night? Since when have you had sleep problems?“ If needed, ask about further symptoms of mental illness (e.g., PTSD, depression): recurring memories, nervousness, sadness, lack of motivation, irritability, forgetfulness, startling easily. If necessary, also ask about physical symptoms: suddenly getting short of breath, headaches, tightness in the chest.
- **Inquire about previous care:** „Have you received or are you currently receiving support for these problems? Have you ever been to a psychiatrist or therapist (also in your country of origin)? Are you taking medication?“
- **Destigmatize symptoms:** „Your complaints are a human reaction to difficult experiences and the currently difficult situation. Your body is reacting to the severe stress. Just as our body gets wounds from injuries, our soul is also wounded by terrible experiences.“
- **Encourage use of support:** „Symptoms can be alleviated and healed. There are support options, and you have the right to make use of them. It is often already helpful to be able to talk to someone about what one has experienced.“
- **Inquire about desire for support and explain possible measures:** „Do you want support?“ Explain how support can be provided, e.g., connection to psychiatry or a counselling centre.

Steps to Be Initiated

- **Basic psychoeducation** (explanation of illness patterns, symptomatology; often the knowledge and classification of one‘s own burden can already help).
- **Ask about available resources** (e.g., social support, tried-and-tested methods for improvement or for increasing general well-being); consider together what could help individually.
- **Connection to further support measures**: e.g., psychiatrist, psychological or therapeutic offers.
- **Asylum procedure**: If needed, raise awareness about the relevance of mental illnesses and medical reports or expert opinions for the asylum procedure. Suggest making use of hearing preparation in order to be able to report on (traumatic) experiences in a more structured manner.
- If desired and promising: **Support with transfer** by submitting a transfer application including specialist medical reports, expert opinions, and further documents.

4.3 Dealing with Suicidality

- **Do not ignore expressions of suicidal thoughts** (e.g.: „I don‘t want to anymore,“ „I don‘t want to live anymore,“ „I have no hope left at all“) but ask follow-up questions and express concern. It has been scientifically refuted that asking about suicide plans gives people the idea to take their own life.

- **Ask specifically how high the suicide risk is**: „What exactly do you mean by that?“, „Are there thoughts about not wanting to live anymore?“, „Can you imagine that things could get better again?“, „Have you thought about ending your life?“, „Have you made plans to do so?“, „How would you take your life?“, „Have you already attempted suicide one or more times in the past?“ (see Annex 1: Questions for Assessing Suicide Risk)
- The suicide risk increases with the concreteness of the plans and is especially high when previous suicide attempts have occurred. Often, in acute suicidality, a feeling of emptiness or being cut off from the world predominates - consequently, the person opposite often also feels very little. Most people with suicidal thoughts are ambivalent. As a counsellor, one can therefore try to appeal to the side of the client that wants to live.
- **No blaming** of the client (e.g.: „Think of your children“), instead be present and listen. No condemnation: Take desperation seriously, make one‘s own position as an advocate for life clear. If necessary, obtain a promise, e.g., to wait here for the next XY minutes and not to harm oneself.

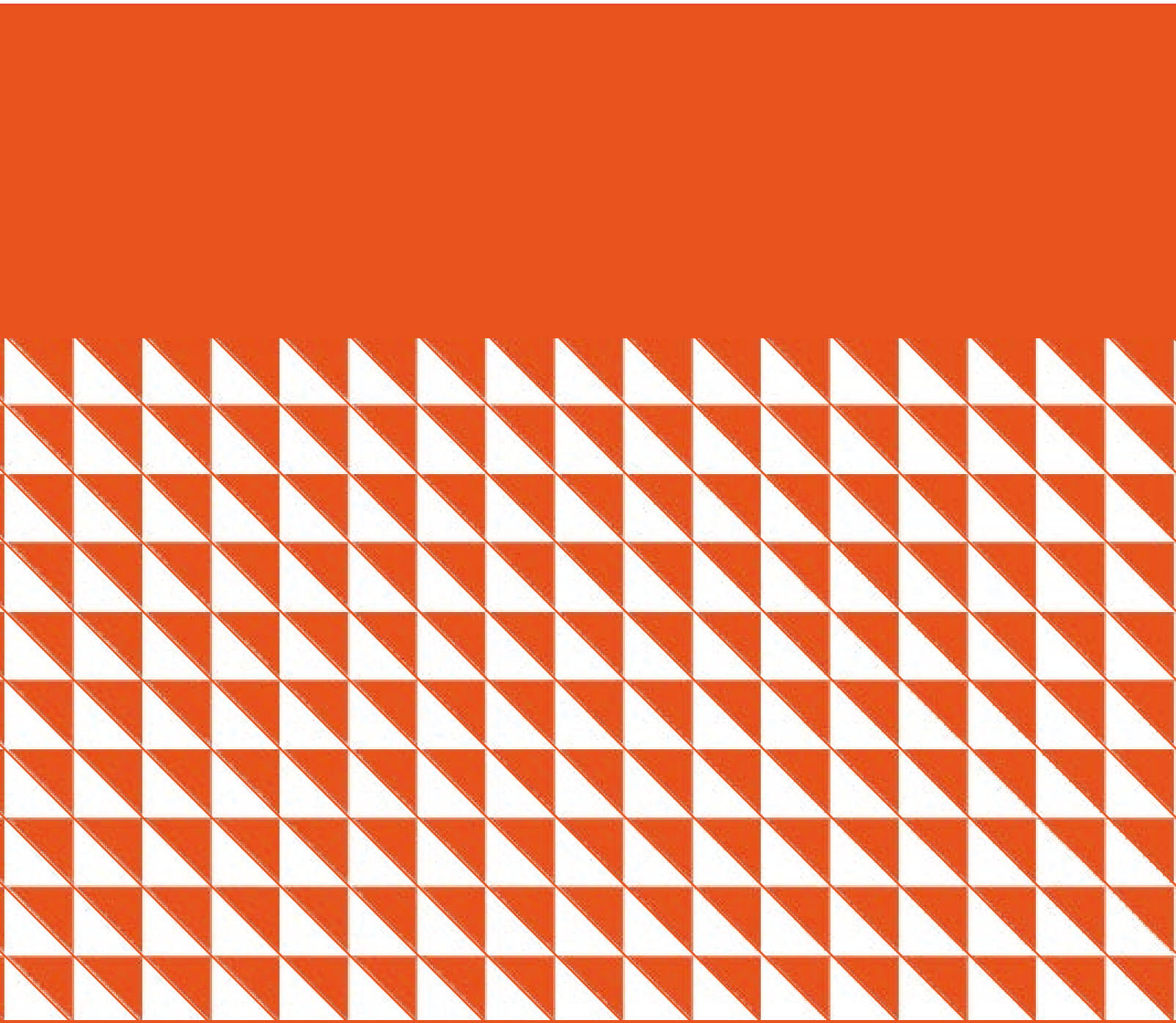
Important Notes

- „Gender trap“: In Western countries, particular concern is considered higher for older men. More recent research shows that in many lower-/middle-income countries, married women are similarly at risk.
- Always take suicidality seriously (suicidal thoughts or plans are always signs of deep despair, even if they do not lead to action).
- Respect the person‘s beliefs and backgrounds: In many religions and countries, suicide is regarded as a sin or a criminal offence; therefore, opt for indirect phrasing where appropriate.
- Paradox of mood: In people who tend to be depressed, mood can unexpectedly improve through the planning of suicide; they may then suddenly appear relieved or relaxed. Therefore, a suddenly positive mood shift should also be cause for concern.
- Pay attention to one‘s own feelings: If one does not feel well after leaving the counselling situation, if one would take the conversation to bed, involve third parties and seek help for oneself as a counsellor.
- Request follow-up discussion and debriefing with colleagues.

Steps to be initiated

- **If possible: involve a colleague**. Make further procedure transparent to the client.
- **In case of high risk** (concrete plans and/or previous suicide attempts): **Discuss voluntary admission to the responsible psychiatric hospital**. If the client is willing to do so, call the responsible psychiatric hospital and ask about availability; if possible, accompany her. **Important: Do not leave the client alone until further care is ensured! Important: Never drive the client to the psychiatric hospital yourself!**
- If the client is not willing and **acute self-endangerment** exists: **Contact emergency physician or police**, inform facility management. A staff member remains with the client until she is transferred to further care.
- In case of low risk (no concrete plans and no previous attempts): Connect to psychiatrist, write own statement/assessment in consultation with client and send to psychiatrist.

- Connection to crisis intervention and/or psychological counselling or treatment. After consultation with client: Inform social services in the facility. Speak together about next steps. If necessary, have a non-suicide contract signed (e.g., until the first appointment with further care). In case of uncertainties, crisis services are available by telephone around the clock also for professionals (in Bavaria: Crisis Service Bavaria, Tel.: 0800 655 3000).



4.4 Gender-Based Violence (GBV)

GBV encompasses various forms of violence that are exercised based on social gender roles. In case of suspected GBV, it is first necessary to clarify the type of violence and the actuality of the threat in order to be able to act adequately.

Important: Point out to the client that information from the current counselling session and from the hearing at the BAMF is not passed on to relatives, etc.

4.4.1 (Suspected) Acute Intimate Partner Violence

- **Proactively ask about violence**; are there any injuries?
- **Explain the role and possibilities of the police**. If necessary, emphasize that the client has a right to protection and that the police is obligated to protect individuals affected by violence.
- **Provide emergency** numbers (police, helpline „Violence Against Women").
- **Give own work mobile number**. Explain that client can get in touch; demonstrate own readiness to support. Make counselling hours and availability transparent.
- **Explain local women's counselling centre**: confidential and open-ended counselling and accompaniment. If desired, arrange initial appointment and accompany if needed.
- If available: Explain about the facility-internal violence protection coordinator.
- Are children present? Clarify risk of harm to the child and explain. If the mother is not willing to accept support or to visit a counselling centre, seek out specialist counselling yourself to discuss the case and further possibilities.
- **Explain relevance in the asylum procedure**: separate applications, allay fears of negative effects of separation during the procedure, important: address all experiences of violence in the hearing.

4.4.2 Past Sexualized Violence Experiences

- **Inquire about physical injuries**.
- **Inquire about pregnancy**, raise awareness about abortion (see 4.6).
- If desired, **connection to psychosocial, psychological, or psychotherapeutic support** (see point 4.2).
- **Raise awareness about the relevance of sexualized violence experiences in BAMF hearings**. If necessary, register for hearing preparation. If necessary, offer accompaniment to the hearing.

4.4.3 Human Trafficking

- Explain to the client that what she experienced is human trafficking and thus constitutes a severe criminal offense. **Acknowledge personal resources and their struggle to survive; allay fear of possible own criminal liability; point out absence of own guilt**.
- **In case of acute threat: Immediately contact specialist counselling centre and arrange an initial appointment**; if necessary, involve the facility-internal violence protection coordinator.
- No acute threat: If desired, arrange appointment at specialist counselling centre (explain possible waiting time).

BAMF (Federal Office for Migration and Refugees) is Germany's central authority responsible for asylum procedures, refugee protection, and integration.

- Connection to hearing preparation (e.g., Rosa Asyl), if possible, offer accompaniment to the hearing. If the hearing has already taken place, read the interview protocol. If human trafficking was not addressed, obtain specialist counselling on what can still be done retroactively.
- If desired: Support with transfer to needs-based accommodation.

4.4.4 Violence in the Name of „Honor" / Forced Marriage

- Clarify whether acute or past.
- **In case of acute threat** (see point 4.4.1): **Explain police, provide emergency numbers**, if desired: arrange appointment at specialist counselling centre and if necessary accompany, if necessary involve facility-internal violence protection coordinator.
- Offer support in the asylum procedure and transfer.

4.4.5 Female Genital Mutilation / Cutting (FGM/C)

- Clarify whether **physical complaints exist in connection with FGM/C**; connection to gynaecologist.
- In case of acute physical complaints due to FGM/C and/or threat (also of daughters): **Connection to specialist counselling centre**.
- Support the client in obtaining a medical expert opinion for the hearing or the asylum procedure; honestly explain that past FGM/C is relevant for the asylum procedure but is not a guarantee for recognition.
- **In case of parents of daughters: Clarify threat for daughters**; explain that FGM/C is a criminal offense; explain that a feared cutting of the daughter must be addressed in the hearing.

4.5 LGBTIQ+

- **Provide information on protection-relevant regulations for LGBTIQ+ individuals** in the initial contact (regarding asylum procedure and accommodation) in order to proactively give people from the community the opportunity to speak up if needed.
- **Find out whether an acute threat or a feeling of insecurity** exists.
- **Empowerment and destigmatization**; e.g., „There are many different ways of life and relationship forms here - that is completely fine. You are exactly right and welcome just as you are."; „Your sexual orientation or gender identity is no reason for shame. You deserve respect and support just as you are."
- If desired: **Connection to specialist counselling centre**.
- Initiate support in the asylum procedure and transfer in cooperation with specialist counselling centre if necessary.

4.6 Pregnancy

- **Find out the week of pregnancy and/or due date**.
- If the woman is not in gynaecological prenatal care, **connect to a gynaecologist for prenatal care**!
- **Inform about medical rights**.

- Inquire about existing or past connection to a counselling centre.
- **Explain the role and tasks of pregnancy counselling centres**, arrange appointment upon request. Explain that an application for foundation-based financial support can only be submitted once.
- In case of early pregnancies (first 12 weeks): **Specifically ask whether the woman wants to continue the pregnancy, inform about possibility of abortion** and offer support/accompaniment.
- If the woman appears unhappy about the pregnancy after the first trimester, clarify the possibility of abortion on medical indication (obtain specialist counselling).

4.7 Physical Complaints and Illnesses

- Ask: Has medical clarification already taken place? What was done? Is a medical report available?
- Inform about procedures and rights (e.g., „What do I need to go to a specialist?“).
- Support in exercising medical rights (e.g., writing to the doctor in the accommodation to obtain a referral to a specialist).

4.8 Problems with Child Rearing and Mental Health Issues in Children

- **Raise awareness that uncertainty and lack of structure can have a major impact on a child's well-being**. Therefore, it is very important that parents give the child trust and security, e.g., through an orderly daily structure, closeness, and fixed rules and routines. Often the situation improves after a change of framework conditions (e.g., permanent place of residence, integration into school/daycare).
- **Raise awareness about rights**: Maximum length of stay in reception facilities of six months, child compulsory schooling after three months, integration into kindergarten possible and recommended after transfer.
- **Clarify whether violence exists in the family**. If yes, involve specialist counselling.
- Raise awareness that the mother's psychological burden is also perceptible to the child (only when one is doing well oneself can one help others), if necessary, connect the mother to psychological support.
- Suggest discussing concerns regarding the child's mental health and development with a paediatrician.
- If needed: Connection to family counselling, parenting training, etc.
- If needed: Connection to psychological counselling/treatment for the child.

5. Handling Inquiries via WhatsApp

Inquiries repeatedly reach the counselling team via WhatsApp (less frequently by phone call or email) without prior personal contact with the person concerned. In some cases, there is also a considerable spatial distance between the place of residence of the inquirer and the counselling location, which considerably complicates the arrangement and implementation of a personal individual counselling session. In the following, it is explained how to deal with such inquiries.

5.5.1 Target Group and Admission Criteria

- Overarching goal of the communication: **Connection to needs-based support structures in the region**.
- For individual counselling in the project, persons with needs around GBV as well as mental health are admitted. For other inquiries (e.g., German language course, asylum system), contact is given to an appropriate counselling centre.

5.5.2 Mode of Admission

Whether a person can be admitted is always an **individual case decision**. The decision-making process usually takes place in the weekly case discussion (exception: suspicion of acute threat or acute risk of harm to self or otherss). Questions to be clarified:

- **How acute is the need**?
- How long will support still be available for counselling after the connection?
- How to deal with the „intermediary function" after connection to care structures?
- What is the c**urrent workload of the counsellor**?

5.5.3 Procedure for Non-Acute Inquiries

- Provide contact and information for needs-based local contact or counselling centres, etc., explain how they can register.
- If the person is not able to contact the recommended centre herself: Arrange initial appointment after consultation with client.
- Remind client by WhatsApp on the day before the appointment.
- Documentation: If needed, create folder for client and store relevant documents as well as progress documentation.

5.5.4 Procedure for Acute Inquiries (Acute Threat / Self- or Other-Directed Danger)

- Involve colleague; reflect on case and inquiry together!
- Provide 24-hour helplines (police, psychiatric crisis service, helpline „Violence Against Women," helpline Sexual Abuse).
- Immediate exchange about further procedure with appropriate specialist counselling centre, also possible transmission of personal data without consultation (consent declaration to be obtained retroactively).
- If possible, arrange immediate appointment with the person.
- Documentation: Create folder for client and store relevant documents as well as progress documentation.

6. Annex 1: Questions for Assessing Suicide Risk

Always ask questions 1 and 2.	Past Month	
1) Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?		
2) Have you actually had any thoughts about killing yourself?		
If YES to 2, ask questions 3, 4, 5 and 6. **If NO to 2, skip to question 6.**		
3) Have you been thinking about how you might do this?		
4) Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?	High Risk	
5) Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Did you intend to carry out this plan?	**High Risk**	
Always Ask Question 6	Life-time	Past 3 Months
6) Have you done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life? Examples: Took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, or collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump, etc. If yes, was this within the past 3 months?		**High Risk**

Annex 2: Counselling Centres by Topic in the Greater Munich Area (Selection)

Gender-Based Violence

- FGM/C: IMMA Wüstenrose (after specialist counselling)
- Human trafficking and forced prostitution: JADWIGA, SOLWODI
- Violence in the name of honor / forced marriage: IMMA Wüstenrose (after specialist counselling), SOLWODI
- Intimate partner violence: Frauenhilfe Munich; helpline „Violence Against Women"; local counselling centres
- Sexual violence: Frauennotruf Munich; local counselling centre
- LGBTQ+: LeTRa, sub, Trans*Inter* Counselling Centre
- Violence against children: Local counselling centre, Child Protection Centre, IMMA, Sexual Abuse Helpline
- Sex work: Marikas, Mimikry

Mental Health

- Refugio Munich (registration possible only twice yearly)
- Psychological Counselling for Displaced Persons throughout Upper Bavaria PSZ NUR
- Therapeutic Offers for Refugees (TAFF)
- Women's Therapy Centre (after specialist counselling)
- Suicidality: Arche Munich
- Local contact points, e.g., SPDi
- Children: Refugio Munich, kbo Children's Centre Munich (Project INCLUDE)

Legal Counselling / Asylum Counselling

- Munich Refugee Council (info bus or contact point in Munich)
- Bavarian Refugee Council: Counselling hours for refugee women (in case of gender-specific persecution)
- LGBTQ+: Rosa Asyl
- Arrival Aid: Hearing preparation, support in appeal procedure
- Munich Legal Aid (legal counselling at the One World House / EineWeltHaus)
- Asylum counselling at Bellevue di Monaco
- Local contact points, e.g., asylum procedure counselling offered by social services in the accommodation

Reach.Out Plus is a collaborative European initiative dedicated to supporting survivors of gender-based violence (GBV), with a particular focus on refugee communities in Germany, Greece, and The Netherlands. The project is grounded in the belief that empowerment begins with access to information, support systems, and community engagement

reach.out plus



Funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

Co-funded by
the European Union

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Guidelines

for Individual Counseling Médicins du Monde Netherlands

REAGEREN OP EEN GEWELDSONTHULLING & PRAKTISCHE STAPPEN EN TIPS

Reageren op een Geweldsonthulling

Het kan voorkomen dat iemand vertelt geweld meegemaakt te hebben zoals seksueel geweld. Als je niet gewend bent om erover te praten, kan dat spannend en lastig zijn.

Naast de praktische stappen hieronder, hierbij enkele tips voor hoe je kunt reageren:

- Luister aandachtig en met een open houding.
- Blijf kalm. Kalmte zorgt er namelijk voor dat bij de ander ook een kalm brein ontstaat. En het voorkomt dat de overlever voor jóu gaat zorgen in plaats van andersom.
- Erken wat er is gebeurd en zeg: “Het is niet jouw schuld, dit had nooit mogen gebeuren. Niemand mag jou zonder jouw toestemming aanraken.”
- Voorkom victim blaming; geef de overlever niet de schuld van wat er is gebeurd en maak duidelijk dat het iedereen kan overkomen.
- Zet je eigen oordeel opzij en zeg tegen de overlever dat je hem of haar gelooft.
- Reageer vanuit jezelf: “ik vind dit heel erg voor je.”
- Reageer niet te emotioneel geladen met uitspraken als ‘wat vreselijk’, ‘wat afschuwelijk’. Daar is een overlever niet mee geholpen. Reageer liever rustig, warm en betrokken. In verband met mogelijke herbelevingen kan je aangeven ‘je hoeft niet je hele verhaal te vertellen, ik ga je helpen op de juiste plek je verhaal te doen zodat je hulp kan krijgen’.
- Laat de overlever weten dat hij of zij altijd bij jou terecht kan. Zeg: “Het is heel goed dat je hulp zoekt”.

Aan seksueel geweld en verkrachting hangt een enorme lading. Mensen proberen het onderwerp op afstand te houden. Ze doen daarom bepaalde aannames over seksueel geweld. Die aannames helpen om je zelf veilig te voelen en je het gevoel te geven dat jij weet wat je kunt doen om geen slachtoffer te worden. Helaas wordt bij die aannames de verantwoordelijkheid vaak bij het slachtoffer/ de overlever gelegd, dat noemen we victim blaming. En bovendien kloppen de meeste aannames niet en daarom noemen we ze verkrachtingsmythes. Hoewel steeds meer mensen beseffen dat deze mythes niet kloppen, kunnen ze toch gevolgen met zich mee-brengen. Slachtoffers kunnen ten onrechte denken dat zij geen seksueel geweld hebben meegemaakt.

Omdat ze een natte vagina of een erectie kregen, verstijfden tijdens het misbruik, verkracht werden door een bekende; het is heel belangrijk om álle verhalen te vertellen.”

Bron: Dit zijn de meest voorkomende mythes rondom seksueel geweld en zo helpen we ze de wereld uit. | Community Slachtofferhulp Nederland

Co-funded by
the European Union

Praktische Stappen Tijdens en Na een Geweldsonthulling

Indien tijdens een medisch consult, een spreekuur of een themabijeenkomst een geweldsonthulling wordt gedaan, vraag of diegene hiervoor meer ondersteuning zou willen via Dokters van de Wereld. Indien mogelijk kun je in Files een dossier aanmaken: noteer naam (eventueel anoniem), telefoonnummer en relevante informatie ten aanzien van de onthulling.

Noteer indien mogelijk het PRS-nummer, of naam en telefoonnummer en stuur een bericht aan Dorothée Riepma (Geweld Coördinator, 06-82043669, driepma@doktersvandewereld.org). Zij probeert een match te maken tussen de overlever en een van de geweldsaandachtsfunctionarissen van DvdW.

Zij zal jou en de aandachtsfunctionaris in contact brengen met elkaar voor een warme overdracht. De aandachtsfunctionaris zal met de overlever contact houden, totdat diegene passende ondersteuning krijgt.

Indien Dorothée niet bereikbaar is, neem dan contact op met de achterwacht in het achterwachtschema. Mocht het nodig zijn zijn doorverwijopties te vinden in de digitale sociale kaart. Belangrijk: bij (vermoedens van) eergerelateerd geweld is het noodzakelijk een expert te raadplegen voordat je stappen onderneemt, omdat dit een specifieke vorm van collectief geweld is dat snel kan escaleren. Dit geldt ook voor mensenhandel. Alleen in een acute situatie moet 112 gebeld worden.

Praktische tips voor overlevers

- Het kan helpen om overdag te praten over wat je hebt meegemaakt.
- Leid jezelf kort voor het slapengaan af met iets waardoor je niet aan de gebeurtenis hoeft te denken.
- Probeer een verschil te maken tussen de dingen die je vermijdt omdat ze gevaarlijk kunnen zijn (bijvoorbeeld in je eentje naar een donker bos gaan) en de dingen die gevaarlijk ‘voelen’ (bijvoorbeeld naar buiten gaan). Probeer de dingen die gevaarlijk voelen toch te doen.
- Zoek steun bij de mensen om je heen. Praat met mensen die jij vertrouwt, zodat zij je kunnen helpen om positief te blijven in een voor jou lastige situatie.
- Is de nare seksuele ervaring korter dan zeven dagen geleden? Neem dan – het liefst samen en in overleg met de overlever – contact op met het Centrum Seksueel Geweld. Er is binnen deze tijd betere kans op psychisch herstel, op het voorkomen van zwangerschap en geslachtsziekten en op het veiligstellen van sporen. Dit laatste maakt de kans om de pleger te vinden groter. Ook als het misbruik langer geleden is, kun je voor hulp en advies terecht bij het Centrum Seksueel Geweld.

Co-funded by
the European Union

Reach.Out Plus is a collaborative European initiative dedicated to supporting survivors of gender-based violence (GBV), with a particular focus on refugee communities in Germany, Greece, and The Netherlands. The project is grounded in the belief that empowerment begins with access to information, support systems, and community engagement

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Schulungsleitfaden für Fachkräfte:

Genderbasierte Gewalt und Traumatisierung im Kontext von Flucht und Asyl

INHALTSVERZEICHNIS

1. Ziel der Schulung 3

2. Allgemeine Methodik 3

3. Erfolg durch Schulung 4

4. Schulungsmodul 1: Genderbasierte Gewalt und Traumatisierung – verstehen und bedarfsgerecht handeln 5

5. Schulungsmodul 2: Besondere Schutzbedarfe: Genderbasierte Gewalt und Traumatisierung 7

1. Ziel der Schulung

Die Schulung verfolgt das Ziel, **Fachkräfte im Verwaltungs- und Unterstützungssystem für Asylsuchende in Oberbayern für die Themen Gender Based Violence und Traumafolgestörungen zu sensibilisieren**. Insbesondere Mitarbeitende ohne (sozial)pädagogische oder psychologische Fachausbildung sollen im Umgang mit vulnerablen Personengruppen gestärkt werden. Dazu gehört die K**enntnis besonderer Vulnerabilitäten und bedarfsgerechter Unterbringung, die frühzeitige Identifizierung von Betroffenen sowie die Anwendung traumasensibler Kommunikation**. Die Schulung stärkt zudem das Wissen über die Rechte von GBV-Betroffenen und weiteren vulnerablen Personen, verfügbare Verweisstrukturen sowie spezialisierte Unterstützungsangebote. Langfristig trägt sie dazu bei, dass Menschen mit besonderen Schutzbedarfen frühzeitig erkannt, angemessen unterstützt und wirksam geschützt werden.

2. Allgemeine Methodik

Die Schulung für Fachkräfte besteht aus zwei unabhängigen Schulungsmodulen. Sie werden **informativ**, **partizipativ** und **interaktiv** gestaltet.

Im ersten Teil des jeweiligen Moduls werden **fachliche Grundlagen im Umgang mit besonders vulnerablen Personen** durch Projektreferierende und Fachexpert*innen vermittelt.

Im zweiten Teil und Mittelpunkt des jeweiligen Moduls stehen die **Sensibilisierung für Bedarfe von Betroffenen anhand der Beiträge von „Experts by experience“** (Personen mit eigener Fluchterfahrung) sowie ein **problemorientiertes Lernen anhand Reflexionsübungen**, das die Teilnehmenden in den Austausch bringt und Handlungskompetenzen vermittelt.

Die Aufteilung der Schulung in zwei getrennte Schulungsmodule dient der Ausrichtung praxisnaher und handlungsorientierter Lerninhalte. Die beiden Module richten sich an Fachkräfte in unterschiedlichen Handlungsfeldern:

1. Modul 1 richtet sich an Fachkräfte in der direkten Zusammenarbeit mit Asylsuchenden.
   Spezieller Fokus: Erlernen eines traumasensiblen Umgangs mit Betroffenen.
2. Modul 2 richtet sich an Fachkräfte in der Zusammenarbeit mit Asylsuchenden und in relevanten Behörden.
   Spezieller Fokus: Erlernen von Handlungskompetenzen für die bedarfsgerechte Unterbringung von Betroffenen.

Die Schulungsmodule sind jeweils halbtägig und thematisch in sich geschlossen konzipiert. Teilnehmende können optional an einem Modul oder an beiden Modulen teilnehmen, ohne benötigte Vorkenntnisse.

Alle Teilnehmenden erhalten ein Schulungshandbuch mit relevanten Inhalten und praktischen Tools, das sie zur Weitergabe an Kolleg*innen nutzen können (siehe Anhang).

Die inhaltliche Ausgestaltung der Schulungsmodule wird stets gemeinsam mit der leitenden Stelle der Zielgruppe abgestimmt und an deren spezifische Bedarfe angepasst.

3. Erfolg durch Schulung

Die Schulung ermöglicht konkrete Lernerfolge für die Teilnehmenden:

- **Sensibilisierung** für die unterschiedlichen **Formen genderbasierter Gewalt** und deren Auswirkungen im Kontext von Flucht und Asyl
- **Erkennen von Anzeichen und Indikatoren** für Gewalterfahrungen sowie frühzeitige Identifizierung von Betroffenen
- **Anwendung traumasensibler Kommunikationsstrategien** im direkten Umgang mit vulnerablen Personen
- **Kenntnis über die rechtlichen Rahmenbedingungen** und die Rechte von GBV-Betroffenen im Asylverfahren
- Überblick über **regionale Verweisstrukturen** und spezialisierte Unterstützungsangebote
- Reflexion des eigenen Handlungsrahmens und **Stärkung der Handlungskompetenz** im beruflichen Alltag
- **Multiplikation der Wissensvermittlung** durch die Bereitstellung eines umfassenden Schulungshandbuchs und begleitender Materialien zur eigenständigen Weitergabe an Kolleg*innen im Fachbereich.

4. Schulungsmodul 1: Genderbasierte Gewalt und Traumatisierung - verstehen und bedarfsgerecht handeln

Zielgruppe: Fachkräfte in der direkten Zusammenarbeit mit Asylsuchenden
Zeitumfang: Vier Stunden

Zeit	Methoden	Lernziele
15 Min.	**Begrüßung durch Referentin:** • Einordnung der Relevanz des Schulungsthemas • Vorstellen der Agenda • Vorstellung des Vereins und Projekts • Triggerwarnung • Verweis auf Schulungshandbuch und weiteres Infomaterial **Referentin leitet Übung I an: Einführungsspiel** • Einzelreflexion „Denken Sie an eine Situation, in der Sie sich in einer neuen oder unsicheren Umgebung befunden haben. Was hätten Sie damals gebraucht, um sich sicher, respektiert und unterstützt zu fühlen? Notieren Sie 2 bis 3 Begriffe auf einer Karte." • Sammlung der Moderationskarten an einer Pinnwand und Vorstellung einzelner Antworten. • Überleitung zum Schulungsthema	**Die Teilnehmer*innen lernen,** • die Relevanz des Themas für ihre Praxis einzuordnen und das Projekt sowie die Schulungsstruktur zu verstehen. • durch die Reflexion eigener Erfahrungen in unsicheren Situationen Empathie für die Bedürfnisse von Asylsuchenden zu entwickeln. • universelle Bedürfnisse nach Sicherheit und Respekt als gemeinsame Grundlage des Schulungsthemas zu erkennen.
15 Min.	**Präsentation durch Referentin: Überblick über besondere Schutzbedarfe und Arten von genderbasierter Gewalt.** Die Präsentation wird durch eine PowerPoint Präsentation veranschaulicht.	**Die Teilnehmer*innen erlernen ein Verständnis für** • rechtliche Grundlagen und die daraus resultierenden Schutzpflichten für besonders schutzbedürftige Personengruppen. • Unterschiedliche Formen von GBV • Mögliche Indikatoren für die Identifizierung von GBV-Betroffenen.
60 Min.	**Präsentation durch Fachexpert*in aus dem Bereich Psychiatrie und Psychotherapie: Psychische Gesundheit und Traumatisierung: Umgang mit Betroffenen.** Die Präsentation wird durch eine PowerPoint Präsentation veranschaulicht.	**Die Teilnehmer*innen lernen,** • die biologischen und psychischen Auswirkungen von Trauma zu verstehen und die vielfältigen Symptome traumatisierter Personen als Überlebensreaktionen zu erkennen. • einen empathischen, retraumatisierungsfreien Umgang zu wählen. • konkrete Handlungsempfehlungen für den beruflichen Alltag im Asylsystem abzuleiten und ihre Arbeitsweise trauma-sensibel zu gestalten.
15 Min.	Pause	

45 Min.	**Referentin leitet ein Podiumsgespräch an. Teilnehmer*innen:** • Projektreferentin • Fachexpertin • „Experts by experience“: Zwei Personen mit eigener Flucht- und Asylerfahrung und Expertise in der psychosozialen Unterstützung von Betroffenen • **„Experts by experience“ geben jeweils ein Statement:** • Einblick in persönliche Erfahrungen im Asylsystem • Forderungen und Vorschläge zur Verbesserung der Lebensumstände für Betroffene • **Diskussionsfrage wird von Referentin an alle Beteiligten auf dem Podium gestellt:** „Welche Einflüsse hat das Asylsystem auf die (psychische) Gesundheit von Menschen mit besonderen Schutzbedarfen?“ **Podiumsteilnehmer*innen antworten nach freiwilliger Bereitschaft.**	**Die Teilnehmer*innen lernen,** • die Perspektiven von „Experts by experience“ als zentrales Expertenwissen anzuerkennen und die persönlichen Auswirkungen des Asylsystems nachvollziehen zu können. • strukturelle Einflüsse des Asylsystems auf die psychische Gesundheit besonders schutzbedürftiger Personen zu verstehen und zu reflektieren. • konkrete Forderungen und Verbesserungsvorschläge Betroffener als Handlungsimpulse für die eigene berufliche Praxis zu identifizieren.
15 Min.	**Referentin leitet Übung II an: Reflexion über eigene Arbeitspraxis** „Sprechen Sie mit Ihrem Nachbarn oder Ihrer Nachbarin über eine schwierige Situation aus Ihrer Arbeit mit einer Person, die möglicherweise von genderbasierter Gewalt oder den Folgen eines Traumas betroffen ist. Was würden Sie heute anders machen? Welche Fragen haben Sie diesbezüglich an die Expertinnen und Experten auf dem Podium?“ Teilnehmer*innen werden gebeten, die Fragen in Kleingruppen von zwei Personen zu beantworten.	**Die Teilnehmer*innen lernen,** - eigene Erfahrungen im Umgang mit möglicherweise traumatisierten oder von GBV betroffenen Personen zu reflektieren und Handlungsalternativen zu entwickeln. - durch den kollegialen Austausch in Kleingruppen neue Perspektiven und Handlungsansätze für den beruflichen Alltag zu gewinnen.
20 Min.	Q & A	

5. Schulungsmodul 2: Besondere Schutzbedarfe: Genderbasierte Gewalt und Traumatisierung

Zielgruppe: Fachkräfte in der Zusammenarbeit mit Asylsuchenden und in relevanten Behörden
Zeitumfang: Vier Stunden

Zeit	Methoden	Lernziele
15 Min.	**Begrüßung durch Referentin:** • Einordnung der Relevanz des Schulungsthemas • Vorstellen der Agenda • Vorstellung des Vereins und Projekts • Triggerwarnung • Verweis auf Schulungshandbuch und weiteres Infomaterial **Referentin leitet Übung I an: Einführungsspiel** • Einzelreflexion „Stellen Sie sich vor, Sie müssen heute Nacht in einer Gemeinschaftsunterkunft übernachten. Sie kennen niemanden, sprechen die Sprache kaum und wissen nicht, wie lange Sie bleiben werden. Was sind 3 Sachen, die Sie bräuchten, um sich sicher zu fühlen?" • Die Teilnehmer*innen tauschen sich mit dem Sitznachbarn aus. • Überleitung zum Schulungsthema	**Die Teilnehmer*innen lernen,** • die Relevanz des Themas für ihre Praxis einzuordnen und das Projekt sowie die Schulungsstruktur zu verstehen. • durch die Reflexion eigener Erfahrungen in unsicheren Situationen Empathie für die Bedürfnisse von Asylsuchenden zu entwickeln. • universelle Bedürfnisse nach Sicherheit und Respekt als gemeinsame Grundlage des Schulungsthemas zu erkennen.
60 Min.	**Präsentation durch Fachanwält*in: Besondere Schutzbedarfe im internationalen und nationalen Recht – Implikationen für die Unterbringung von Betroffenen.** Die Präsentation wird durch eine PowerPoint Präsentation veranschaulicht**.**	**Die Teilnehmer*innen erlernen ein Verständnis für** • Rechtliche Grundlagen und die daraus resultierenden Schutzpflichten (besonders hinsichtlich der Unterbringung) für besonders schutzbedürftige Personengruppen.
15 Min.	Pause	

60 Min.	**Referentin leitet ein Podiumsgespräch an. Teilnehmer*innen:** • Projektreferentin • Fachanwält*in • „Experts by experience“: Zwei Personen mit eigener Flucht- und Asylerfahrung und Expertise in der psychosozialen Unterstützung von Betroffenen **„Experts by experience“ geben jeweils ein Statement:** • Einblick in persönliche Erfahrungen im Asylsystem • Forderungen und Vorschläge zur Verbesserung der Lebensumstände für Betroffene **Projektreferentin gibt ein Statement:** • Projekterfahrungen in der Arbeit mit GBV Betroffenen • Grundlegende Bedarfe und Sicherheits-/ Versorgungslücken von Betroffenen **Diskussionsfrage wird von Referentin an alle Beteiligten auf dem Podium gestellt:** „Welche Auswirkungen hat die Art der Unterbringung auf die (psychische) Gesundheit von Menschen mit besonderen Schutzbedarfen?“ **Podiumsteilnehmer*innen antworten nach freiwilliger Bereitschaft.**	**Die Teilnehmer*innen lernen,** • die Perspektiven von „Experts by experience“ als zentrales Expertenwissen anzuerkennen und die persönlichen Auswirkungen des Asylsystems nachvollziehen zu können. • strukturelle Einflüsse der Unterbringung von Asylsuchenden auf die psychische Gesundheit besonders schutzbedürftiger Personen zu verstehen und zu reflektieren. • konkrete Forderungen und Verbesserungsvorschläge Betroffener als Handlungsimpulse für die eigene berufliche Praxis zu identifizieren.
15 Min.	**Referentin leitet Übung II an: Reflexion über eigene Arbeitspraxis** „Wo sehen Sie in Ihrem Arbeitsbereich Möglichkeiten, die Bedarfe besonders schutzbedürftiger Personen stärker zu berücksichtigen?“ Teilnehmer*innen werden gebeten, die Fragen in Kleingruppen von zwei Personen zu beantworten.	**Die Teilnehmer*innen lernen,** - eigene Handlungsspielräume in der Gestaltung von bedarfsgerechter Unterbringung von Betroffenen zu reflektieren und Handlungsalternativen zu entwickeln. - durch den kollegialen Austausch in Kleingruppen neue Perspektiven und Handlungsansätze für den beruflichen Alltag zu gewinnen.
20 Min.	Q & A	

Reach.Out Plus ist eine europäische Kooperationsinitiative zur Unterstützung von Überlebenden geschlechtsspezifischer Gewalt (GBV) mit besonderem Fokus auf geflüchtete Communities in Deutschland, Griechenland und den Niederlanden. Das Projekt beruht auf der Überzeugung, dass Empowerment mit dem Zugang zu Informationen, Unterstützungssystemen und gemeinschaftlichem Engagement beginnt.

reach.out plus

Co-funded by the European Union

Finanziert von der Europäischen Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Kommission wider. Weder die Europäische Union noch die Bewilligungsbehörde können dafür verantwortlich gemacht werden.

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

Training Guide for Professionals:

Gender-Based Violence and Trauma in Refugee and Asylum Contexts

TABLE OF CONTENT

1. Goal of the Training 3

2. General Methodology 3

3. Success Through Training 4

4. Training Module 1: Gender-Based Violence and Traumatization — Understanding Needs and Taking Action 5

5. Training Module 2: Special Protection Needs: Gender-Based Violence and Traumatization 7

1. Goal of the Training

This training is designed to **raise awareness** among professionals working in the administrative and support systems for asylum seekers in Upper Bavaria on the topics of Gender-based Violence (GBV) and trauma-related disorders. It specifically aims to **strengthen the skills of staff** who do not have a background in (social) pedagogy or psychology when working with vulnerable groups. This includes **understanding specific vulnerabilities, ensuring needs-based accommodation, identifying affected persons at an early stage, and applying trauma-sensitive communication**. The training also **deepens knowledge of the rights of GBV survivors** and other vulnerable individuals, as well as **available referral pathways and specialized support services**. In the long term, it helps ensure that people with special protection needs are recognized early, receive adequate support, and are effectively protected.

2. General Methodology

The professional training consists of two independent modules. Both are designed to be **informative, participatory**, and **interactive.**

In the first part of each module, project staff and experts provide **foundational knowledge on working with particularly vulnerable persons**.

The second part—which forms the core of each module—focuses on two key elements: **raising awareness of the needs of affected persons through contributions from "Experts by Experience"** (people with lived experience of flight), and **problem-based learning through reflection exercises** that encourage peer exchange and build practical skills.

The division of the training into two separate modules allows for a clear focus on practical, action-oriented content. The two modules target professionals in different areas of work:

1. Module 1 is aimed at professionals who work directly with asylum seekers.
   Special focus: Learning how to interact with affected persons in a trauma-sensitive way.
2. Module 2 is aimed at professionals who work with asylum seekers as well as staff in relevant authorities.
   Special focus: Developing practical skills for needs-based accommodation of affected persons.

The training modules are each designed as half-day sessions and are thematically self-contained. Participants may choose to attend either one module or both - no prior knowledge is required.

All participants receive a training handbook containing relevant content and practical tools that they can pass on to colleagues (attached).

The content of each training module is always developed in coordination with the target group of the training and adapted to their specific needs.

3. Success Through Training

The training enables participants to achieve concrete learning outcomes:

- **Greater awareness of the different forms of GBV** and their impact in the context of displacement and asylum
- **Ability to recognize signs and indicators of GBV** and identify affected persons at an early stage
- **Application of trauma-sensitive communication strategies** in direct contact with vulnerable individuals
- **Knowledge of the legal framework** and the rights of GBV survivors in the asylum procedure
- **Overview of regional referral structures** and specialized support services
- Reflection on their own scope for action and **strengthened competence in everyday professional life**
- **Multiplication of knowledge** through a comprehensive training handbook and accompanying materials that participants can use to pass on what they have learned to colleagues in their field

4. Training Module 1: Gender-Based Violence and Traumatization – Understanding Needs and Taking Action

Target group: Professionals working directly with asylum seekers
Duration: Four hours

Time	Methods	Learning Objectives
15 min	**Welcome by the facilitator**: • Contextualizing the relevance of the training topic • overview of the agenda • Introduction to the organization and project • trigger warning • reference to the training handbook and additional materials. **The facilitator introduces Exercise I: Icebreaker** 1. Individual reflection: "Think of a time when you were in a new or uncertain environment. What would you have needed to feel safe, respected, and supported? Write down 2 to 3 words on a card." 2. The cards are collected on a pinboard and individual responses are shared. 3. Transition to the training topic	**Participants learn to**: • understand the relevance of the topic for their work and become familiar with the project and training structure. • develop empathy for the needs of asylum seekers by reflecting on their own experiences in uncertain situations. • recognize the universal need for safety and respect as a shared foundation for the training topic.
15 min	**Presentation by the facilitator: Overview of special protection needs and forms of gender-based violence.** The presentation is supported by a PowerPoint.	**Participants gain an understanding of:** • the legal foundations and resulting protection obligations for particularly vulnerable groups. • different forms of GBV. • possible indicators for identifying GBV survivors.
60 min	**Presentation by an expert from the field of psychiatry and psychotherapy: Mental health and traumatization — Working with affected persons.** The presentation is supported by a PowerPoint.	**Participants learn to:** • understand the biological and psychological effects of trauma and recognize the wide range of symptoms in traumatized persons as survival responses. • adopt an empathetic, non-retraumatizing approach. • derive concrete recommendations for action in their daily work in the asylum system and shape their practice in a trauma-sensitive way.
15 min	Break	

45 min	**Panel discussion moderated by the facilitator**. **Panelists:** • Project facilitator • Subject matter expert • "Experts by Experience": Two individuals with lived experience of displacement and asylum, and expertise in the psychosocial support of affected individuals. **1. The "Experts by Experience" each give a short statement:** • Insights into their personal experiences in the asylum system. • Demands and suggestions for improving the living conditions of affected individuals. • **Discussion question to all panelists:** "What impact does the asylum system have on the (mental) health of individuals with special protection needs?" **Panelists respond on a voluntary basis.**	**Participants learn to:** • recognize the perspectives of "Experts by Experience" as central expert knowledge and understand the personal impact of the asylum system. • understand and reflect on the structural effects of the asylum system on the mental health of particularly vulnerable individuals. • identify concrete demands and suggestions for improvement from affected persons as impulses for their own professional practice.
15 min	**The facilitator introduces Exercise II: Reflecting on your own professional practice** "Talk to the person next to you about a difficult situation from your work with someone who may be affected by gender-based violence or the consequences of trauma. What would you do differently today? What questions do you have for the experts on the panel?" Participants discuss the questions in pairs.	**Participants learn to:** • reflect on their own experiences in working with potentially traumatized or GBV-survivors and develop alternative courses of action. • gain new perspectives and practical approaches for their everyday work through peer exchange in small groups.
20 min	Q & A	

5. Training Module 2: Special Protection Needs: Gender-Based Violence and Traumatization

Target group: Professionals working with asylum seekers and staff in relevant authorities
Duration: Four hours

Time	Methods	Learning Objectives
15 min	**Welcome by the facilitator:** • Contextualizing the relevance of the training topic • Overview of the agenda • Introduction to the organization and project • Trigger warning • Reference to the training handbook and additional materials. **The facilitator introduces Exercise I: Icebreaker** 1. Individual reflection: "Imagine you have to spend tonight in shared accommodation. You do not know anyone, barely speak the language, and do not know how long you will stay. What are 3 things you would need to feel safe?" 2. Participants share their thoughts with the person sitting next to them. 3. Transition to the training topic	**Participants learn to:** • understand the relevance of the topic for their work and become familiar with the project and training structure. • develop empathy for the needs of asylum seekers by reflecting on their own experiences in uncertain situations. • recognize the universal need for safety and respect as a shared foundation for the training topic.
60 min	**Presentation by a specialist lawyer: Special protection needs under international and national law — Implications for the accommodation of affected persons.** The presentation is supported by a PowerPoint.	**Participants gain an understanding of:** • the legal foundations and resulting protection obligations (particularly regarding accommodation) for particularly vulnerable groups.
15 min	Break	

60 min	**Panel discussion moderated by the facilitator.** **Panelists:** • Project facilitator • Specialist lawyer • "Experts by Experience": Two individuals with lived experience of displacement and asylum, and expertise in the psychosocial support of affected individuals. **The "Experts by Experience" each give a short statement:** • Insights into their personal experiences in the asylum system • Demands and suggestions for improving the living conditions of affected individuals. **The project facilitator gives a statement:** • Project experiences in working with GBV survivors • Basic needs and gaps in safety and care for vulnerable individuals. **Discussion question to all panelists:** "What impact does the type of accommodation have on the (mental) health of persons with special protection needs?" **Panelists respond on a voluntary basis.**	**Participants learn to:** • recognize the perspectives of "Experts by Experience" as central expert knowledge and understand the personal impact of the asylum system. • understand and reflect on the structural effects of accommodation for asylum seekers on the mental health of particularly vulnerable individuals. • identify concrete demands and suggestions for improvement from affected individuals as impulses for their own professional practice.
15 min	**The facilitator introduces Exercise II: Reflecting on your own professional practice** "Where do you see opportunities in your field of work to better take into account the needs of particularly vulnerable individuals?" Participants discuss the questions in pairs.	**Participants learn to:** • reflect on their own scope for action in shaping needs-based accommodation for affected persons and develop alternative courses of action. • gain new perspectives and practical approaches for their everyday work through peer exchange in small groups.
20 min	Q & A	

Reach.Out Plus is a collaborative European initiative dedicated to supporting survivors of gender-based violence (GBV), with a particular focus on refugee communities in Germany, Greece, and The Netherlands. The project is grounded in the belief that empowerment begins with access to information, support systems, and community engagement

reach.out plus



Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

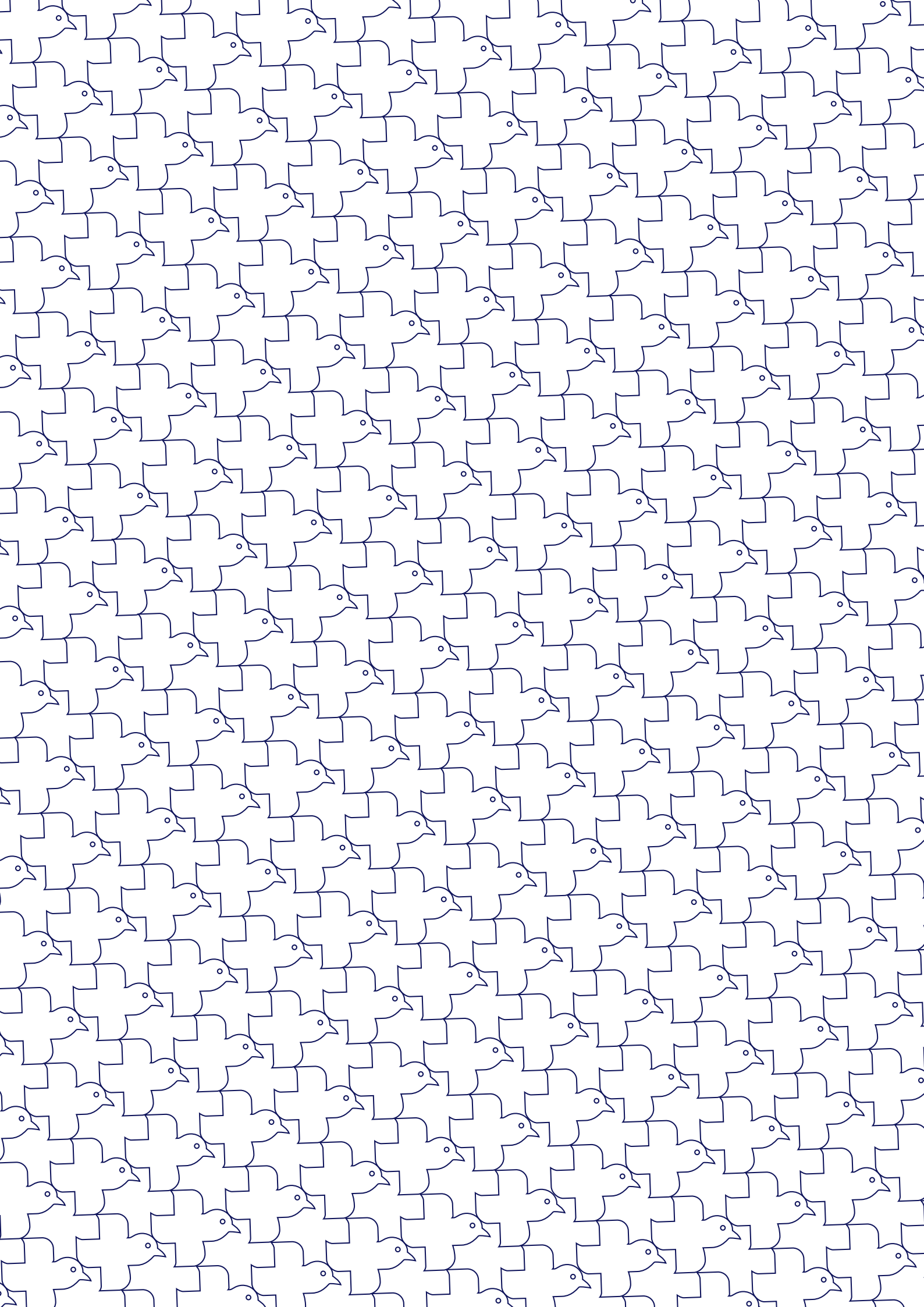
reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

PATHS OF SAFETY

ACTIVITY PLAN

Co-funded by the European Union



INTRODUCTION

Paths of Safety is an invitation to the participants to step into the shoes of people experiencing or at risk of gender-based violence whose attempts to seek safety, justice, and support are often shaped by the systems and institutions surrounding them. It is an interactive narrative experience exploring the lived realities of GBV survivors. Participants guide pre-written characters through real-world systems, assessing each institution's role in protecting, empowering or failing them. Through thoughtful decision-making and system-mapping, participants will gain insight into the structural, social and personal barriers that survivors may face on their path to safety.



LOCATION

The activity can be implemented in a variety of settings. However, a quiet and focused environment is recommended to support thoughtful engagement and personal reflection.

TIME

⧖ 30-40 Minutes

TARGET GROUPS

The activity is designed for individuals and groups interested in deepening their understanding of gender-based violence, survivor experiences, and existing support systems, or lack thereof. It is particularly suited to:

- Adults, young adults and teenagers *(ages 16+)* - including high school students, university students and community learners.
- Educators and facilitators seeking tools to explore topics of social systems and empathy in classrooms or workshops.
- Social workers, psychologists, healthcare professionals, police officers, and legal professionals
- Community organizations and NGOs
- Anyone interested in promoting gender equality, prevention of violence, and trauma-informed support

NUMBER OF PARTICIPANTS

Paths of Safety is designed to be implemented in a group setting of 5-25 participants in two ways:

> **Individual Participation**: Within the group participants can engage individually with the activity, exploring the character's journey and reflecting on each path independently, and sharing their thoughts at the end.

> **Group Participation**: Participants can work in smaller groups, collaborating on the choices and challenges the character faces. They can discuss the process both in the smaller groups, and/or in the larger group.

AIM

The primary aim of Paths of Safety are:

- To increase empathy and understanding of the emotional, social, legal, and practical challenges experienced by survivors of gender-based violence.
- To encourage critical reflection and dialogue and promote discussion about the role of institutions, individuals and communities in either supporting or failing survivors.
- To promote awareness of trauma-informed responses and survivor-centred approaches.
- To foster allyship by encouraging participants to identify actions they can take to support survivors and contribute to preventing GBV.
- To inform participants of the existing structures that offer support.
- To create a safe and respectful environment for discussing sensitive issues related to violence, power, gender inequality, and human rights.

DESCRIPTION

Paths of Safety invites participants to engage with a pre-defined character who must navigate a series of interconnected real-world systems *(e.g., family, healthcare, law enforcement, social services)* that impact their journey toward finding safety, obtaining protection, and rebuilding independence. These systems serve as both obstacles and sources of support, and participants must make decisions on behalf of the character, with each choice influencing the trajectory of their path.

The core of the activity lies in the exploration of the character's experiences within these systems, where participants are prompted to consider the complexities of identity, marginalization, and societal expectations. A key feature is the dynamic decision-making map, that is created as the participants are required to make choices about which path to take at various stages of the character's journey. These choices will either lead to progress *(marked in green)* or setbacks *(marked in red)*, and participants are encouraged to reflect on the emotional and practical consequences of their decisions.

Throughout the activity, participants may experience the frustration and uncertainty that often accompany efforts to seek support and make progress in the face of systemic barriers, societal attitudes, available resources, and intersecting identities. The ultimate outcome is not always a "success" in a conventional sense, as the map may lead participants through multiple failed paths before they find a viable solution.

The activity emphasizes that recovery is rarely linear. Participants may encounter setbacks, retraumatization, disbelief, or institutional failures before identifying effective sources of support. The experience concludes with guided reflection on both the character's journey and the broader realities faced by GBV survivors.

REQUIRED TOOLS

- Paper
- Pencils/pens
- Markers or Highlighters *(green for helpful paths, red for setbacks)*
- Character Maps
- Character Cards
- Dice

STAGES OF THE ACTIVITY

1. INTRODUCTION AND BRIEFING

— **Time**: 5-8 minutes
— **The facilitator introduces the activity**, explaining its aims, objectives, and the importance of empathy and reflection. Participants are informed that they will explore the challenges faced by a survivor of GBV in navigating various life systems *(e.g., family, healthcare, law enforcement)*.
— **Brief instructions are given** on how to use the Character Cards and Character Maps.

2. CHARACTER SELECTION

— **Time**: 5 minutes
— **Each participant *(or small group)* selects a Character Card**, which provides them with the the most basic information of the character they will navigate through the activity. If it's a group activity, the facilitator may assign characters to ensure diversity.
— **Participants are then tasked with developing the character's personal goals**, challenges, and the broader context of their life. The facilitator invites them to consider through a series of questions:
  • **Personal Goals**: What is the character trying to achieve in their life? *(e.g., acceptance from family, secure employment, mental health support)*
  • **Challenges**: What are the obstacles they might face along the way? *(e.g., discrimination, rejection, lack of access to healthcare, stigma)*
  • **Broader Context**: What external factors affect the character's experience? *(e.g., socio-economic status, geography, cultural norms)*

3. MAPPING THE JOURNEY

— **Time**: 15 minutes
— **Participants explore the Character Map**, which lays out various institutions, actors, and systems the character might engage with — such as family members, social workers, shelters, healthcare providers, employers, religious figures, or law enforcement.

> *Rather than following a fixed path or relying on chance, participants choose which contact or institution their character turns to based on the goal they have defined.*

At each step:

- Participants discuss what they believe would happen in that situation.
- They throw a dice, and if it lands between 1-3 the outcome is unsupportive/harmful *(red)*, if it lands between 4-6 the outcome is supportive *(green)*.
- They are encouraged to justify the outcome by drawing on personal knowledge, societal context, or lived experience *(either their own or what they know of others')*.

Key guiding questions include:

- How might this institution or person respond to this character's needs?
- Would they be more likely to help or harm? Why?
- What factors *(race, class, gender identity, region, etc.)* might influence the outcome?

4. REFLECTING OUTCOMES

— **Time**: 5-10 minutes
— **After completing the character's journey on the map**, participants engage in both individual reflection and facilitated group discussion.

Participants begin by considering:

- Which institutions or individuals turned out to be supportive or harmful?
- What influenced these imagined outcomes — personal assumptions, systemic bias, lived knowledge?
- Did the character's experience reflect a sense of unpredictability, resilience, or persistent hardship?
- What emotional responses did this process evoke?

CHARACTER CARDS

22-years-old. Cis woman. University student living with her boyfriend in an urban city. Both of their names are on the lease, but he has been covering rent for the past 6 months.

22 ετών. Ταυτοφυλική (cis) γυναίκα. Φοιτήτρια σε φορέα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Διαμένει με τον σύντροφο της σε διαμέρισμα το οποίο ενοικιάζουν από κοινού. Ο σύντροφος της καλύπτει το ενοίκιο τους τελευταίους 6 μήνες.

36-years-old. Cis woman. Lives in a rural community with her husband. Has two children under the age of two.

36 ετών. Διεμφυλική (trans) γυναίκα. Άνεργη. Διαμένει στο σπίτι του συντρόφου της σε μεγάλο αστικό κέντρο.

36-years-old. Trans woman. Currently unemployed. Lives at home with her partner. The partner has ownership of the house.

36 ετών. Ταυτοφυλική (cis) γυναικά. Διαμένει σε επαρχιακή περιοχή με τον σύζυγο της. Έχει δύο παιδιά κάτω των δύο ετών.

41 years old. Cis woman. Asylum seeker. She is staying at a reception and identification center with her family.

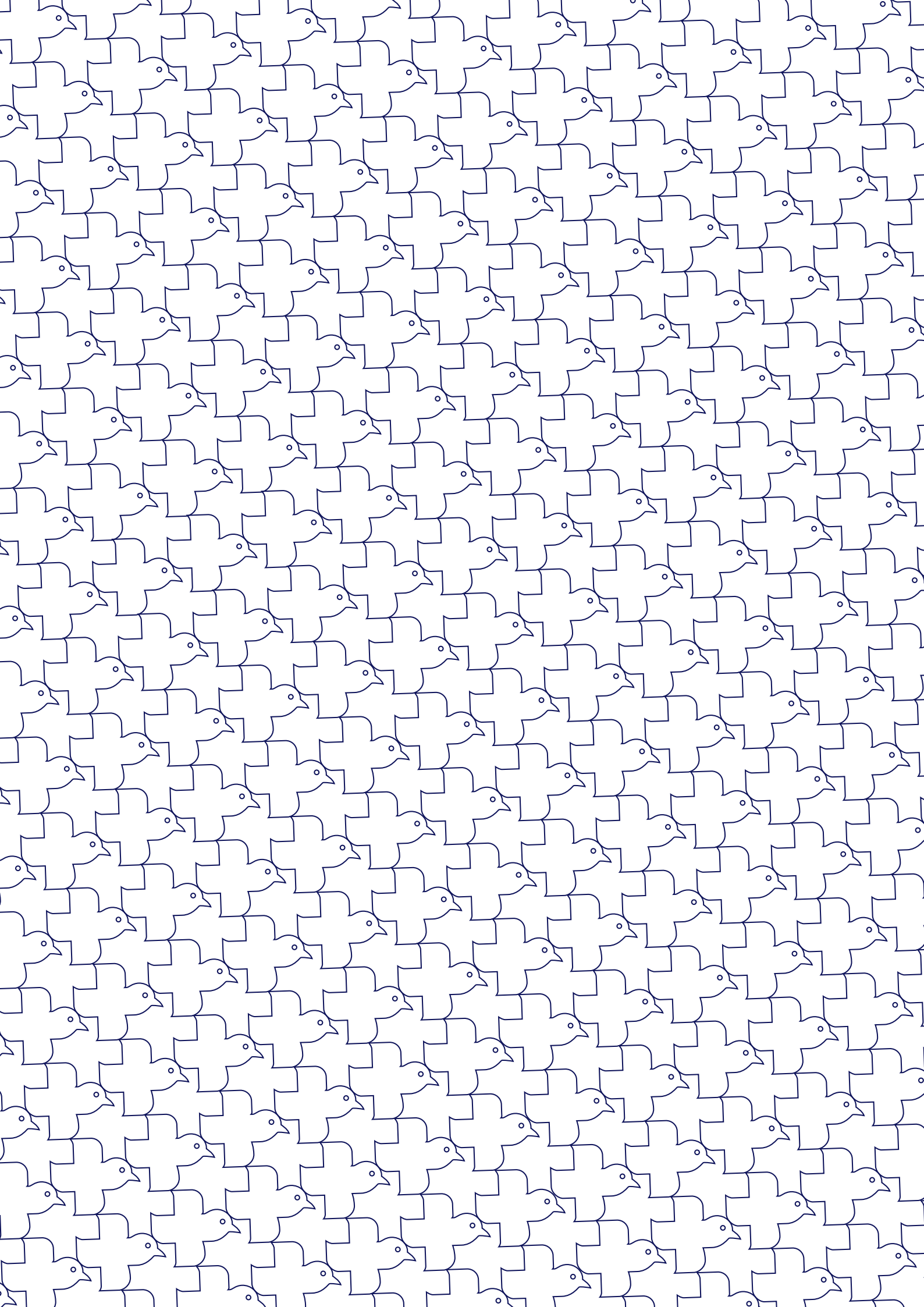
41 ετών. Ταυτοφυλική (cis) γυναικά. Αιτούσα άσυλο. Διαμένει σε κέντρο υποδοχής και ταυτοποίησης με την οικογένεια της.

SYSTEMS TO MAP

Family members	Courts
Friends	Shelters
Neighbours	Women's support centres
Healthcare providers	Hotlines
Emergency departments	Employers
Psychologists	Schools or universities
Social workers	Child protection services
Police	Religious leaders
Lawyers	Community organisations

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Μέλη της οικογένειας	Συμβουλευτικά Κέντρα Υποστήριξης Γυναικών
Φίλοι/ες	Τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης
Γείτονες	Εργοδότες
Επαγγελματίες υγείας	Σχολεία ή Πανεπιστήμια
Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	Υπηρεσίες Προστασίας Παιδιού
Ψυχολόγοι Περιστατικών	Θρησκευτικοί ηγέτες
Κοινωνικοί λειτουργοί	Κοινοτικές οργανώσεις
Αστυνομία	Υπηρεσία Ασύλου
Δικηγόροι	ΔΥΠΑ
Δικαστήρια	Κέντρο Κοινότητας
Ξενώνες φιλοξενίας	




reach.out
plus
MÉDECINS
DU MONDE

Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

reach.out plus

MÉDECINS DU MONDE

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΓΙΑ ΤΗ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΕΜΦΥΛΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

REACTING TO GENDER-BASED VIOLENCE AGAINST REFUGEES THROUGH COORDINATED HELP, ADVOCACY AND OUTREACH ACTIONS PLUS

CERV-2024-DAPHNE - 101194850

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ 3

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ 4

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 5

3.1 Βιβλιογραφική έρευνα 5

3.2 Επιτόπια έρευνα 6

3.2.1. Δείγμα 6

3.2.2. Γεωγραφική κάλυψη 6

4. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗΣ 7

5. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

I. ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ 10

II. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ 15

This document was created in the framework of the Reach.out plus project, co-funded by the European Union under the CERV (Citizens, Equality, Rights and Values) program. Its content represents the views of the authors only and is their sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετανάστευση είναι μια εμπειρία στην οποία το φύλο παίζει καθοριστικό ρόλο: οι γυναίκες, οι άνδρες και τα άτομα διαφορετικού φύλου βιώνουν τη διασυνοριακή κινητικότητα με διαφορετικό τρόπο, ο οποίος διαμορφώνεται από τις νόρμες του φύλου, τις σχέσεις εξουσίας και την άνιση πρόσβαση στην προστασία. Αυτές οι διαφορές είναι εμφανείς σε κάθε στάδιο της μεταναστευτικής διαδικασίας: στους λόγους που ωθούν τα άτομα να εγκαταλείψουν τις χώρες καταγωγής τους, στις εμπειρίες τους κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, καθώς και στις συνθήκες, το επίπεδο προστασίας και τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν κατά την άφιξή τους στον προορισμό τους. Η έμφυλη βία (GBV) αποτελεί κοινό στοιχείο των μεταναστευτικών εμπειριών. Σε περιβάλλοντα σύγκρουσης και κρίσης, διάφορες μορφές έμφυλης βίας αυξάνονται σημαντικά, με τις γυναίκες και τα κορίτσια να αποτελούν συχνά στόχο σεξουαλικής βίας, αναγκαστικών γάμων, εμπορίας ανθρώπων και άλλων μορφών δίωξης. Κατά τη διάρκεια των μεταναστευτικών ταξιδιών, η βία που βιώνουν οι μετανάστες έχει επίσης έμφυλο χαρακτήρα: οι άνδρες είναι πιο πιθανό να υποστούν κακοποίηση ή βασανιστήρια που σχετίζονται με την κράτηση, ενώ οι γυναίκες αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο έμφυλης βίας, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Στις χώρες προορισμού, αυτοί οι κίνδυνοι συχνά παραμένουν, με τις μετανάστριες να αντιμετωπίζουν αυξημένους κινδύνους βίας από τον σύντροφο, σεξουαλικής εκμετάλλευσης, καθώς και βίας σε εγκαταστάσεις υποδοχής και στέγασης. Παρά αυτές τις πραγματικότητες, το σύστημα ασύλου αγωνίζεται εδώ και καιρό να αντανακλά και να ανταποκρίνεται επαρκώς στην έμφυλη βία. Η προστασία λόγω δίωξης που σχετίζεται με το φύλο παραμένει περιορισμένη και οι επιζώντες συχνά δεν λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη — για παράδειγμα, μέσω της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ή μέσω κατάλληλων μηχανισμών αναγνώρισης και παραπομπής για περιπτώσεις έμφυλης βίας.

Η σεξουαλική και η έμφυλη βία (S)GBV αποτελεί ένα ευρέως διαδεδομένο πρόβλημα δημόσιας υγείας και ένα μείζον ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, το οποίο έχει τις ρίζες του στις ανισότητες μεταξύ των φύλων και στην ανισότητα εξουσίας. Οι αιτούντες άσυλο, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες που διαμένουν σε εγκαταστάσεις υποδοχής και σε προγράμματα αστικής στέγασης στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη σεξουαλική και έμφυλη βία. Πληροφορίες που παρέχονται από την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR) και ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό υποδηλώνουν ότι ο αριθμός των περιστατικών είναι μεγάλος, ότι πολλά περιστατικά δεν αναφέρονται και, κυρίως, ότι ένας σημαντικός αριθμός των αναφερόμενων περιστατικών δεν αντιμετωπίζεται ή/και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί επαρκώς.

Η σωματική και/ή σεξουαλική βία αποτελεί οξύ πρόβλημα στους πληθυσμούς των προσφύγων, όπου οι γυναίκες, τα παιδιά και άλλες ευάλωτες ομάδες (LGBTQI+) εκτίθενται σε αυξημένους κινδύνους έμφυλης βίας (ΠΟΥ). Η έμφυλη βία αποτελεί οριζόντιο ζήτημα που προκαλεί ανησυχία τόσο στα σημεία εισόδου και στα προσφυγικά στρατόπεδα, όσο και στο πλαίσιο των «αστικών» δομών και προγραμμάτων στέγασης που βρίσκονται σε φάση υλοποίησης και υποστηρίζουν τους πρόσφυγες, τους αιτούντες άσυλο και τις οικογένειές τους στην ενοικίαση αστικής στέγης (για παράδειγμα, τα προγράμματα HELIOS+ και HELIOS+ Junior).

Στην πιο πρόσφατη αναφορά της GREVIO[1] για την Ελλάδα, στον τομέα της μετανάστευσης και του ασύλου, ανάφερει κατ’ αρχάς πως η βασική απαίτηση της Σύμβασης της Κων-

1 https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/greece

σταντινούπολης είναι να διασφαλιστεί ότι η νομοθεσία περί καθεστώτος διαμονής και οι διαδικασίες ασύλου δεν αγνοούν την πραγματικότητα των γυναικών που ζουν σε σχέσεις κακοποίησης ή εκείνων που υφίστανται σεξουαλική βία και εκμετάλλευση, καθώς και άλλες μορφές έμφυλης βίας. Η νομοθεσία περί καθεστώτος διαμονής πρέπει να προβλέπει τη δυνατότητα απόκτησης αυτόνομων αδειών διαμονής για γυναίκες υπό συγκεκριμένες συνθήκες (άρθρο 59). Οι διαδικασίες ασύλου, από την άλλη πλευρά, πρέπει να είναι ευαίσθητες ως προς το φύλο και να επιτρέπουν στις γυναίκες να αποκαλύπτουν πλήρως τις ιστορίες τους, ενώ οι λόγοι δίωξης πρέπει να ερμηνεύονται με τρόπο ευαίσθητο ως προς το φύλο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο εάν, με τη σειρά τους, οι διαδικασίες υποδοχής και οι υπηρεσίες υποστήριξης για τους αιτούντες άσυλο είναι ευαίσθητες στις ανάγκες των γυναικών θυμάτων ή εκείνων που διατρέχουν κίνδυνο βίας (άρθρο 60).

Η έρευνα αυτή διεξάγεται επίσης λαμβάνοντας υπόψη ότι η GREVIO ενθαρρύνει τις ελληνικές αρχές να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές συνέπειες που έχει η εφαρμογή της Κοινής Υπουργικής Απόφασης για τις γυναίκες και τα κορίτσια που ζητούν άσυλο και είναι θύματα έμφυλης βίας, και να διασφαλίσουν ότι δεν θα εκτεθούν σε περαιτέρω βία και επανατραυματισμό. Για τον σκοπό αυτό, θα πρέπει να εξασφαλίσουν την αποτελεσματική πρόσβαση στη διαδικασία ασύλου για τις γυναίκες και τα κορίτσια που ζητούν διεθνή προστασία στην Ελλάδα, μεταξύ άλλων καταργώντας το διοικητικό τέλος που απαιτείται για την υποβολή μεταγενέστερων αιτήσεων διεθνούς προστασίας. Επιπλέον, οι ελληνικές αρχές θα πρέπει να λάβουν επείγοντα μέτρα για την επαρκή κάλυψη των αναγκών στέγασης και υποστήριξης των γυναικών και των κοριτσιών θυμάτων βίας που κρίνονται ως μη παραδεκτές για διεθνή προστασία σύμφωνα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση.

Επιπλέον οι εκκλήσεις της GREVIO προς τις ελληνικές αρχές ως προς την έμφυλη βία συμπεριλαμβάνουν: α. να εξασφαλίσουν ασφαλή και κατάλληλη στέγαση για όλες τις γυναίκες και τα κορίτσια που ζητούν άσυλο, μεταξύ άλλων παρέχοντας στέγαση σε χώρους αποκλειστικά για γυναίκες, και να εξασφαλίσουν επαρκή υποστήριξη για την κάλυψη των βασικών αναγκών, συμπεριλαμβανομένης της κατάλληλης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη· β. να θεσπίσουν ένα αποτελεσματικό σύστημα ελέγχου των ευπαθειών των αιτούντων άσυλο κατά την άφιξή τους ή αμέσως μετά, με σκοπό τον εντοπισμό των αναγκών υποδοχής και των διαδικαστικών αναγκών που προκύπτουν από εμπειρίες ή κίνδυνο έμφυλης βίας· γ. να θεσπίσουν αποτελεσματικές διαδρομές παραπομπής για γυναίκες και κορίτσια θύματα έμφυλης βίας και να δημιουργήσουν ειδικά σημεία επαφής για τη σεξουαλική και έμφυλη βία σε όλα τα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης· δ. να αναπτύξει και να εφαρμόσει πλήρως τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας ή κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την υποδοχή των αιτούντων άσυλο με ευαισθησία ως προς το φύλο και σχετικά με την πρόληψη της έμφυλης βίας κατά των γυναικών και των κοριτσιών στα καταλύματα ασύλου ε. να άρει τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν επί του παρόντος τα θύματα βίας κατά των γυναικών όσον αφορά την πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υποστήριξης και να υποστηρίξει την πρόσβασή τους σε εξειδικευμένες ΜΚΟ με εμπειρία στην παροχή βοήθειας σε θύματα έμφυλης βίας, παρέχοντας σε όλες τις γυναίκες που ζητούν άσυλο σχετικές πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά τους και τα υφιστάμενα ένδικα μέσα για περιπτώσεις έμφυλης βίας.

Το έργο Reach.out plus (πλήρης τίτλος: «REActing to gender-based violence against refugees through Coordinated Help, Advocacy and OUTreach actions Plus»), είναι ένα έργο διάρκειας 24 μηνών που περιλαμβάνει διεθνή συνεργασία μεταξύ των οργανώσεων Médecins du Monde της Γερμανίας, της Ελλάδας και της Ολλανδίας, της Care Germany και της Care International με σκοπό την παροχή υποστήριξης και την ευαισθητοποίηση των κοινοτήτων μεταναστών και προσφύγων σε θέματα έμφυλης βίας.

Ο γενικός στόχος του έργου είναι να συμβάλει στην υποστήριξη και την προστασία των γυναικών που έχουν επιβιώσει από έμφυλη βία και των πιο ευάλωτων ατόμων εντός των κοινοτήτων μεταναστών και προσφύγων στη Γερμανία, την Ελλάδα και τις Κάτω Χώρες, βελτιώνοντας την εφαρμογή και την παρακολούθηση των υφιστάμενων πολιτικών της ΕΕ σχετικά με την έμφυλη βία.

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Η έρευνα αποτελεί ένα από τα κύρια συστατικά στοιχεία του προγράμματος Reach.out plus. Το ερευνητικό σκέλος στοχεύει στη συλλογή συστηματικών και ακριβών στοιχείων σχετικά με το φαινόμενο της έμφυλης βίας εντός των προσφυγικών καταυλισμών και του πλαισίου υποδοχής και στέγασης στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα θα χαρτογραφήσει, μέσω της εμπειρίας των επαγγελματιών που εργάζονται στον τομέα αυτό, την τρέχουσα κατάσταση όσον αφορά τις μορφές, το πλαίσιο και τα διαθέσιμα εργαλεία και μέσα για τον εντοπισμό, τη διαχείριση και την πρόληψη της βίας. Επιπλέον, θα προσδιορίσει την ικανότητα και τις ανάγκες των επαγγελματιών να ανιχνεύουν, να εντοπίζουν, να αντιμετωπίζουν και να προλαμβάνουν περιστατικά βίας στην πράξη.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα περιλαμβάνει βιβλιογραφική και εμπειρική έρευνα σε καταυλισμούς φιλοξενίας και σε χώρους όπου φιλοξενούνται πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο για προσωρινό ή μακροπρόθεσμο διάστημα.

3.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Στόχος της έκθεσης βιβλιογραφικής έρευνας είναι η συλλογή, παρουσίαση και ανάλυση των διαθέσιμων ποσοτικών δεδομένων, προκειμένου να χαρτογραφηθεί το φαινόμενο της σεξουαλικής και έμφυλης βίας στον πληθυσμό των προσφύγων στην Ελλάδα που διαμένουν σε καταυλισμούς και σε αστικές δομές φιλοξενίας.

Η έκθεση βιβλιογραφικής έρευνας θα περιλαμβάνει:

- Ποσοτικά και στατιστικά στοιχεία σχετικά με την κατάσταση του πληθυσμού των προσφύγων σε καταυλισμούς, αστικά προγράμματα στέγασης ή άλλους φορείς φιλοξενίας (για παράδειγμα, δομές στέγασης και ξενώνες της Γραμματείας για την Ισότητα των Φύλων κ.λπ.)
- Διαθέσιμα στοιχεία και μελέτες σχετικά με τη σεξουαλική και έμφυλη βία στον πληθυσμό των προσφύγων σε καταυλισμούς και σε άλλες δομές φιλοξενίας
- Υπάρχοντα πρωτόκολλα, εγχειρίδια ή άλλες παρεμβάσεις που αποσκοπούν στον εντοπισμό, την αναγνώριση, την αντιμετώπιση και την πρόληψη περιστατικών βίας
- Υπάρχουσες παρεμβάσεις ή πρωτοβουλίες για την ενδυνάμωση ή την ευαισθητοποίηση της κοινότητας των προσφύγων και των θυμάτων ή των επιζώντων σεξουαλικής και έμφυλης βίας σχετικά με τη σεξουαλική και έμφυλη βία
- Προγράμματα κατάρτισης και ανάπτυξης ικανοτήτων σχετικά με τη σεξουαλική και έμφυλη βία που απευθύνονται είτε σε επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα αυτό είτε στον πληθυσμό των προσφύγων
- Άλλα εθνικά ερευνητικά προγράμματα που έχουν υλοποιηθεί ή βρίσκονται σε εξέλιξη σχετικά με ζητήματα σεξουαλικής και έμφυλης βίας

3.2 ΕΠΙΤΟΠΙΑ ΕΡΕΥΝΑ

Στόχος της έρευνας πεδίου είναι η εμβάθυνση της κατανόησης των ποιοτικών πτυχών της σεξουαλικής και έμφυλης βίας στον πληθυσμό των προσφύγων που διαμένουν στην Ελλάδα, καθώς και η εξέταση των γνώσεων των παρόχων υπηρεσιών σχετικά με θέματα φύλου και σεξουαλικής και έμφυλης βίας, της ικανότητάς τους να εντοπίζουν και να αναγνωρίζουν σχετικές περιπτώσεις και των δεξιοτήτων τους στη διαχείριση των περιπτώσεων. Επιπλέον, θα καταγραφεί η ύπαρξη τυχόν προληπτικών μέτρων, καθώς και οι γνώσεις των παρόχων υπηρεσιών σχετικά με τα διαθέσιμα μέτρα αυτά.

Η έρευνα πεδίου θα περιλαμβάνει συνολικά 30 ημιδομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες που εργάζονται με πρόσφυγες και μετανάστες σε τοπικό επίπεδο (δηλ. στα σημεία εισόδου στην Ελλάδα, στην ηπειρωτική χώρα και σε αστικό περιβάλλον). Όλες οι συνεντεύξεις θα ακολουθήσουν έναν θεματικό οδηγό και θα ηχογραφηθούν, με τη συγκατάθεση των συνεντευξιαζόμενων. Η συλλογή δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί επίσης για την προετοιμασία και τη διεξαγωγή ενός εξατομικευμένου συνόλου εκπαιδευτικών ενοτήτων με βάση τις προσδιορισμένες ανάγκες.

3.2.1. ΔΕΙΓΜΑ

Οι ερωτώμενοι θα επιλεγούν από παρόχους υπηρεσιών στους καταυλισμούς που συνεργάζονται στενά με ευάλωτες ομάδες, όπως γυναίκες, παιδιά και νεαρά αγόρια, και θα ανήκουν στις ακόλουθες κατηγορίες: λειτουργοί προστασίας, διαχειριστές υποθέσεων, λειτουργοί προστασίας παιδιών, κοινωνικοί λειτουργοί και επαγγελματίες υγείας (γιατροί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές κ.λπ.). Όσον αφορά άλλα προγράμματα και δομές στέγασης και υποστήριξης προσφύγων στις πόλεις, οι συνεντεύξεις θα απευθύνονται σε κοινωνικούς λειτουργούς και επαγγελματίες που είναι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών (όπως το προσωπικό των δήμων και οργανώσεων της ΚτΠ που έρχονται σε άμεση επαφή με τον πληθυσμό-στόχο). Οι ερωτώμενοι θα μοιραστούν την εμπειρία τους σχετικά με την κατάσταση σε αυτές τις τοποθεσίες κατά τα τελευταία 5 χρόνια υλοποίησης των υπηρεσιών, εστιάζοντας κυρίως σε πληθυσμούς από το Ιράν, το Ιράκ, το Αφγανιστάν, τη Συρία και χώρες της υποσαχάριας Αφρικής (κυρίως Σομαλία, Σουδάν, ΛΔΚ, Κονγκό κ.λπ.). Προκειμένου να εντοπιστούν οι ερωτώμενοι, η ερευνητική ομάδα θα ενημερώσει ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται σε δομές φιλοξενίας (κυρίως PRAKSIS, ILIAHTIDA, DIOTIMA, A21, MSF, MDM, DRC, Solidarity now), στους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς και φορείς (IOM, UNHCR) καθώς και στις εθνικές αρχές (Γενική Γραμματεία Ευάλωτων Πολιτών και Θεσμικής Προστασίας, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική Γραμματεία για την Ισότητα των Φύλων).

3.2.2. ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Η έρευνα θα καλύψει τόσο την ηπειρωτική Ελλάδα όσο και τα νησιά. Συγκεκριμένα, η έρευνα θα διεξαχθεί σε Κέντρα Κλειστού και Ελεγχόμενου Πρόσβασης και Εγκαταστάσεις Φιλοξενίας που διαχειρίζεται το Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου στις ακόλουθες περιοχές:

- Μαλακάσα
- Θήβα
- Σχιστό
- Ριτσώνα
- Κουτσοχέρο
- Βαγιοχώρι
- Καβάλα

- Δράμα
- Σέρρες
- Αλεξάνδρεια
- Μαυροβούνι Λέσβου
- Διαβατά
- Χίος
- Σάμος

Η έρευνα θα στοχεύει επίσης σε υπαλλήλους των Κοινωνικών Υπηρεσιών και άλλων υπηρεσιών υποστήριξης που λειτουργούν στους κύριους Δήμους των αστικών κέντρων της Ελλάδας, οι οποίες απευθύνονται σε ευάλωτους πολίτες, συμπεριλαμβανομένων προσφύγων και αιτούντων άσυλο που έχουν ανάγκη, και συγκεκριμένα:

- Δήμος Αθηνών
- Δήμος Θεσσαλονίκης

Επιπλέον, η έρευνα θα διεξαχθεί σε εγκαταστάσεις φιλοξενίας και προγράμματα στέγασης που διαχειρίζονται οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών που εργάζονται με πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, καθώς και διεθνείς οργανισμοί όπως:

- ΔΟΜ
- UNHCR
- Home Project
- ΚΜΟΡ
- SolidarityNow
- Γιατροί Χωρίς Σύνορα
- Ερυθρός Σταυρός
- Arsis
- Δίκτυο για τα Δικαιώματα του Παιδιού

4. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗΣ

I. Εισαγωγή
II. Κατάσταση του πληθυσμού των προσφύγων σε καταυλισμούς, προγράμματα αστικής στέγασης ή άλλους φορείς παροχής στέγασης
III. Σεξουαλική και έμφυλη βία στον πληθυσμό των προσφύγων σε καταυλισμούς και σε άλλες δομές στέγασης (στατιστικά στοιχεία, υφιστάμενα πρωτόκολλα, προγράμματα κατάρτισης, ερευνητικά έργα κ.λπ.)
IV. Η άποψη των επαγγελματιών της Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης και άλλων υπηρεσιών υποστήριξης (Οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών, Δημοτικές Υπηρεσίες)
   a. Εμπειρία σχετικά με τη σεξουαλική και έμφυλη βία
   b. Εντοπισμός περιστατικών σεξουαλικής και έμφυλης βίας
   c. Διαχείριση του φαινομένου
   d. Μηχανισμοί και μέτρα πρόληψης
   e. Εκπαιδευτικές ανάγκες
V. Σύνοψη: ορθές πρακτικές, κενά και προκλήσεις

5. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Η συλλογή και ανάλυση των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί μεταξύ του 9ου μήνα (Σεπτέμβριος 2025) και του 18ου μήνα (Ιούνιος 2026) του έργου. Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια των πρώτων 2 μηνών θα αναπτυχθεί η μεθοδολογία, στη συνέχεια θα πραγματοποιηθεί η έρευνα από γραφείο και η έρευνα πεδίου και, τέλος, τα αποτελέσματα και τα κύρια ευρήματα θα καταγραφούν στην έκθεση, η οποία θα ολοκληρωθεί μέχρι το τέλος του 18ου μήνα (Ιούνιος 2026). Το χρονοδιάγραμμα των προαναφερθεισών δραστηριοτήτων παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

WP4, Εργασία 4.1: - Χαρτογράφηση της τρέχουσας κατάστασης όσον αφορά την έμφυλη βία στα προσφυγικά στρατόπεδα και στο νέο πρόγραμμα στέγασης										
Δραστηριότητες	25 ΣΕΠ	25 ΟΚΤ	25 ΝΟΕ	25 ΔΕΚ	26 ΙΑΝ	26 ΦΕΒ	26 ΜΑΡ	26 ΑΠΡ	26 ΜΑΪ	26 ΙΟΥΝ
Α2.1: Ανάπτυξη μεθοδολογίας	✔	✔								
Α2.2: Συλλογή και ανάλυση ποιοτικών δεδομένων			✔	✔	✔	✔	✔	✔		
Α2.3 Έκθεση σχετικά με τα αποτελέσματα της χαρτογράφησης και συστάσεις									✔	✔

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΟΥ:

REACTING TO GENDER-BASED VIOLENCE AGAINST REFUGEES THROUGH COORDINATED HELP, ADVOCACY AND OUTREACH ACTIONS PLUS

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται από τους Γιατρούς του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία (MdM-Greece) στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού έργου «Reach.out plus». Ο γενικός στόχος του έργου είναι να συμβάλει στην υποστήριξη και την προστασία των γυναικών που έχουν επιζήσει έμφυλης βίας και των πιο ευάλωτων ατόμων εντός των κοινοτήτων μεταναστών και προσφύγων στη Γερμανία, την Ελλάδα και τις Κάτω Χώρες, βελτιώνοντας την εφαρμογή και την παρακολούθηση των υφιστάμενων πολιτικών της ΕΕ σχετικά με την έμφυλη βία.

Η έρευνα στοχεύει στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους η έμφυλη βία εντοπίζεται, αντιμετωπίζεται και προλαμβάνεται από επαγγελματίες πρώτης γραμμής. Με βάση αυτές τις πληροφορίες, θα σχεδιαστούν και θα υλοποιηθούν κατάλληλα εργαλεία και σεμινάρια ανάπτυξης δεξιοτήτων. Οι πληροφορίες θα συλλεχθούν μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων με 30 επαγγελματίες πρώτης γραμμής που εργάζονται σε διάφορες περιοχές της χώρας.

Ο παρών οδηγός συνέντευξης αποσκοπεί στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις ποιοτικές πτυχές της έμφυλης βίας στους χώρους φιλοξενίας προσφύγων στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο αποσκοπεί στην καταγραφή της εμπειρίας των επαγγελματιών όσον αφορά:

- Εμπειρίες και περιστατικά έμφυλης βίας (σεξουαλική παρενόχληση και κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία και βία μεταξύ συντρόφων).
- Τρόπους αναγνώρισης περιπτώσεων έμφυλης βίας
- Διαχείριση περιπτώσεων έμφυλης βίας
- Ανάγκες για εκπαίδευση σε θέματα έμφυλης βίας

Σας προσκαλέσαμε να συμμετάσχετε στην παρούσα έρευνα επειδή έχετε αναγνωριστεί ως επαγγελματίας που ενδέχεται να εμπλέκεστε με διάφορους τρόπους στην παροχή βοήθειας σε επιζώντες σεξουαλικής και έμφυλης βίας και στην άμβλυνση της σεξουαλικής και έμφυλης βίας στις προαναφερθείσες εγκαταστάσεις. Η συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα είναι εθελοντική και μπορείτε να επιλέξετε να μην συμμετάσχετε.

Προφίλ των ερωτηθέντων: _____

Η ομάδα των ερωτηθέντων θα αποτελείται από επαγγελματίες που εργάζονται σε κέντρα υποδοχής και των οποίων η περιγραφή καθηκόντων περιλαμβάνει την αντιμετώπιση περιπτώσεων έμφυλης βίας (υπεύθυνοι υποθέσεων, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, συντονιστές για θέματα έμφυλης βίας που έχουν οριστεί ως τέτοιοι από τους διάφορους φορείς), καθώς και από επαγγελματίες που εργάζονται σε προγράμματα στέγασης και υπηρεσίες υποστήριξης προσφύγων και αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα.

Ημερομηνία της συνέντευξης: _____

Τόπος της συνέντευξης: _____

Όνομα του ερευνητή: _____

Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΜΕΡΟΣ 1: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΥΛΗ ΒΙΑ

1.1. Παρακαλώ παρουσιάστε τον εαυτό σας και περιγράψτε το ιστορικό σας, τη θέση εργασίας σας και την εμπειρία σας

- Όνομα: .....
- Φύλο: .....
- Ηλικία: .....
- Οργανισμός στον οποίο εργάζεται: .....
- Θέση στον οργανισμό: .....
- Ειδικότητα: .....
- Χρόνια εμπειρίας: .....

1.2. Έχετε αντιμετωπίσει βία (σεξουαλική βία, ενδοοικογενειακή βία, βία από τον σύντροφο) κατά τη διάρκεια της εργασίας σας με τον πληθυσμό των προσφύγων;

.....

1.3. Μπορείτε να μας δώσετε 1-2 χαρακτηριστικά παραδείγματα;

.....

1.4. Από την εμπειρία σας, πόσο συχνά ή πόσο συνηθισμένα είναι τα περιστατικά σεξουαλικής βίας, ενδοοικογενειακής βίας, βίας από τον σύντροφο στον χώρο όπου εργάζεστε;

.....

1.5. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά τους;

.....

1.6. Ποιες συνθήκες παίζουν σημαντικό ρόλο στα περιστατικά βίας;

.....

1.7. Πόσο σημαντική είναι κατά τη γνώμη σας

- Η δομή του χώρου διαμονής; .....
- Η δομή των δωματίων/κοντέινερ; .....
- Η εγγύτητα των χώρων ύπνου και των εγκαταστάσεων υγιεινής; .....
- Ο φωτισμός; .....
- Η ασφάλεια; .....
- Αισθάνονται οι άνθρωποι ασφαλείς/άνετοι όταν πηγαίνουν στις τουαλέτες κατά τη διάρκεια της νύχτας; .....

1.8. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των δραστών; (φύλο, ηλικία, σχέση με το θύμα έμφυλης βίας, καθεστώς διαμονής, ενήργησε μόνος/η ή σε ομάδα)

.....

1.9. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των επιζώντων της έμφυλης βίας;

.....

Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΜΕΡΟΣ 2: ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΕΜΦΥΛΙΑΣ ΒΙΑΣ

2.1. Πώς αναγνωρίζετε τα περιστατικά βίας; Μπορείτε να περιγράψετε τι κάνετε και να δώσετε ένα παράδειγμα;

.....

2.2. Τι είδους συμπεριφορές μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη βίας σε πιθανά θύματα ή πιθανούς δράστες έμφυλης βίας;

.....

2.3. Ποιους άλλους δείκτες (πέραν της ατομικής συμπεριφοράς) λαμβάνετε υπόψη;

.....

2.4. Τι είδους μέτρα λαμβάνετε εάν υποψιάζεστε ότι έχει συμβεί βία;

.....

2.5. Τι είδους προκλήσεις αντιμετωπίζετε;

.....

2.6. Πώς τις αντιμετωπίζετε;

.....

ΜΕΡΟΣ 3: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΕΜΦΥΛΙΑΣ ΒΙΑΣ

3.1. Εάν εντοπιστεί περιστατικό βίας, τι κάνετε; Πώς διαχειρίζεστε την υπόθεση;
Μπορείτε να δώσετε ένα παράδειγμα;

.....

3.2. Με ποιον συνεργάζεστε;

.....

3.3. Πώς καταγράφετε το περιστατικό;

.....

3.4. Πώς προσεγγίζετε/αντιμετωπίζετε τον επιζώντα της έμφυλης βίας;

.....

3.5. Πώς αντιμετωπίζετε τον δράστη;

.....

3.6. Ποιες προκλήσεις/προβλήματα αντιμετωπίζετε
(π.χ. άλλοι παράγοντες, τα θύματα έμφυλης βίας, η κοινότητα κ.λπ.)

.....

3.7. Πώς τα αντιμετωπίζετε;

.....

3.8. Τι είδους εργαλεία ή υποστήριξη διαθέτετε όταν αντιμετωπίζετε τέτοια περιστατικά;

.....

reach.out plus

Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΜΕΡΟΣ 4: ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΜΦΥΛΙΑΣ ΒΙΑΣ

4.1. Κατά τη γνώμη σας, είναι δυνατή η πρόληψη περιστατικών βίας; Πώς;
Παρακαλώ αναφέρετε τους τρεις παράγοντες που θεωρείτε πιο σημαντικούς.

.....

4.2. Ποιος είναι, κατά τη γνώμη σας, ο ρόλος σας στην πρόληψη των περιπτώσεων έμφυλης βίας;

.....

4.3. Πώς μπορεί η κοινότητα των προσφύγων να συμβάλει στην πρόληψη της έμφυλης βίας;
Τι είδους δράσεις θα ήταν απαραίτητες;

.....

4.4. Πιστεύετε ότι η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σχετικά με την έμφυλη βία αποτελεί πρόβλημα;
Τι μπορεί να γίνει προς αυτή την κατεύθυνση;

.....

ΜΕΡΟΣ 5: ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΥΛΗ ΒΙΑ

5.1. Έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση σχετικά με την έμφυλη βία;
Περιγράψτε τη φύση, το εύρος και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης

.....

5.2. Ποιες δεξιότητες θεωρείτε πιο απαραίτητες για τον εντοπισμό, τη διαχείριση και την πρόληψη της έμφυλης βίας;

.....

5.3. Πιστεύετε ότι εσείς/οι συνάδελφοί σας διαθέτετε τις κατάλληλες δεξιότητες για την αντιμετώπιση της έμφυλης βίας; Ποιες δεξιότητες χρειάζεστε;

.....

5.4. Τι είδους εργαλεία ή οδηγίες διαθέτετε για την αντιμετώπιση της έμφυλης βίας;
Περιγράψτε τη φύση και το εύρος των διαθέσιμων εργαλείων (παρέχετε αντίγραφα ή δείγματα, εάν υπάρχουν)

.....

5.5. Πώς αξιολογείτε τα διαθέσιμα εργαλεία;
Είναι επαρκή; Τι λειτουργεί καλά; Τι λείπει; Τι θα μπορούσε να γίνει καλύτερα;

.....

5.6. Τι θα ήταν χρήσιμο για να βελτιώσετε την ικανότητά σας να εντοπίζετε, να διαχειρίζεστε ή να προλαμβάνετε περιστατικά έμφυλης βίας;

.....

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Συμφωνώ να συμμετάσχω στη συνέντευξη που διεξάγεται από ..... με σκοπό τη διεξαγωγή έρευνας για το πρόγραμμα «Reach.out plus». Οι δραστηριότητες του προγράμματος καλύπτουν τρεις κύριες χώρες υποδοχής της Ευρωπαϊκής Ένωσης: τη Γερμανία, την Ελλάδα και τις Κάτω Χώρες από τρία διαφορετικά τμήματα της Médecins du Monde (MdM-DE, MdM-GR και MdM-NL), της CARE Γερμανίας (CARE-DE) και της CARE International (CARE-INT) και συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση στο πλαίσιο του προγράμματος CERV (Πολίτες, Ισότητα, Δικαιώματα και Αξίες) και της πρόσκλησης υποβολής προτάσεων CERV-2025-DAPHNE.

Κατανοώ ότι δηλώσεις από αυτή τη συνέντευξη ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν, αναφέροντας τα γενικά χαρακτηριστικά μου, το επάγγελμά μου και τη χώρα μου, αλλά όχι το όνομά μου ή οποιαδήποτε άλλη προσωπική πληροφορία (συμπεριλαμβανομένου του συγκεκριμένου τίτλου μου), σε δημοσιεύσεις αυτού του ερευνητικού έργου.

Κατανοώ επίσης ότι έχω το δικαίωμα να αρνηθώ τη συμμετοχή μου σε αυτή τη συνέντευξη, καθώς και το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής οποιωνδήποτε προσωπικών δεδομένων μου που παρέχω κατά τη διάρκεια αυτής της συνέντευξης, ανά πάσα στιγμή.

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που παρέχω σε αυτή τη συνέντευξη θα χρησιμοποιηθούν μόνο από τον .... [Όνομα Οργανισμού] για τον παραπάνω σκοπό και συλλέγονται σήμερα από τον [ΟΝΟΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΙΑΣΤΗ και υπεύθυνο οργανισμό]. Κατανοώ επίσης ότι ο/η ....[ΟΝΟΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΙΑΣΤΗ και υπεύθυνο οργανισμό] θα διαβιβάσει αυτές τις πληροφορίες στην ΕΕ εμπιστευτικά και δεν θα τις αντιγράψει, αποθηκεύσει ή διαβιβάσει για οποιονδήποτε άλλο σκοπό εκτός από αυτόν.

Συμφωνώ με την ηχογράφηση της συνέντευξης. Η ηχογράφηση πραγματοποιείται αποκλειστικά για τον σκοπό της συλλογής δεδομένων που αναφέρθηκε παραπάνω. Οι πληροφορίες που αναφέρονται παρακάτω και οι (ηχογραφημένες) πληροφορίες που θα παράσχετε μέσω της συμμετοχής σας σε αυτό το ερευνητικό έργο θα διατηρηθούν από τον υπεύθυνο οργανισμό για μέγιστο διάστημα 48 μηνών από την παρούσα ημερομηνία. Οι πληροφορίες θα φυλάσσονται σε ασφαλές περιβάλλον σύμφωνα με την ισχύουσα εθνική και κοινοτική νομοθεσία. Μετά την παρέλευση αυτής της περιόδου, οι πληροφορίες θα καταστραφούν.

Ερευνητής

Όνομα:.....

Τόπος (συμπεριλαμβανομένης της χώρας): .....

Υπογραφή και ημερομηνία, με την οποία συμφωνείτε ότι τα παραπάνω προσωπικά δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν όπως ορίζεται παραπάνω:

..../...../.....

Συμμετέχων

Όνομα:.....

Τόπος (συμπεριλαμβανομένης της χώρας): .....

Υπογραφή και ημερομηνία, με την οποία συμφωνείτε ότι τα παραπάνω προσωπικά δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν όπως ορίζεται παραπάνω:

..../...../.....


reach.out
plus
MÉDECINS
DU MONDE

Annex 6: Country Implementation Examples

This annex preserves selected implementation detail from the three country approaches. It is intended as a reference for adaptation rather than a prescription. Annexes 2–5 contain the corresponding operational guidance for training, workshops, counselling, and professional capacity building.

1. Community Multiplier Recruitment

Germany

MdM Germany recruited eight community multipliers through a structured process. A job advertisement was disseminated via partner organisations, platforms, and relevant contacts. Requirements included very good English skills, motivation to support others, and reliability. Candidates submitted a letter of motivation and a CV; shortlisted applicants were interviewed. The team sought diversity in gender, country of origin, age, and place of residence. Selected candidates signed a volunteer agreement defining duties, including training participation, monthly meetings, counselling and outreach documentation, and entitlements such as ongoing project support, a monthly expense allowance, and work equipment.

Greece

MdM Greece created a mobile multipliers team of eight people. Recruitment drew on existing pools of volunteers and workers and on humanitarian coordination networks. In-person interviews involved the Project Manager and Scientific Responsible with HR support. Selection prioritised professional interest and relevant experience in GBV and human rights, with particular attention to young adults, women, and LGBTIQ+ members from refugee and migrant communities. The team sought a balance between community members and field professionals working closely with key populations.

Netherlands

MdM Netherlands used a two-stage interview process: an initial digital selection interview followed, if successful, by a more detailed in-person interview with SGBV and MHPSS coordination staff. The aim was to create a representative and LGBTIQ+-friendly volunteer group with the capacity and support system required for SGBV work. After the second interview, both MdM and the candidate had a short consideration period before committing through contract signature.

Co-funded by
the European Union

2. **Multiplier Training and Support**

Germany

Germany delivered eight half-day sessions over three months across three modules: the asylum and healthcare system; mental health; and sexual health and the rights of GBV survivors. Training emphasised community-based knowledge sharing, volunteers' own health and self-care, medical rights and protection from GBV, and methods for peer-to-peer information sharing. Individual meetings and group evaluations after training identified further learning and support needs. During implementation, monthly group meetings, external group supervision, designated project contacts, and periodic individual reflection meetings supported volunteers and helped maintain professional boundaries.

Greece

Greece developed a dedicated Training Guide for Multipliers covering GBV factors, the Greek context and institutional ecosystem, recognition, prevention and management of GBV cases, active listening, and psychological first aid. Guest experts contributed on asylum processes, human rights, and the legal framework. Multipliers received a Session Kit Guide for on-site workshops. The same multiplier group continued through the project cycle, allowing trust and facilitation skills to deepen while the mobile team linked outreach in camps and urban settings with the stable facility, helpline, and direct referral routes.

Netherlands

The Netherlands developed baseline SGBV training on gender, power dynamics, forms of SGBV, cultural sensitivity, and mental-health and psychosocial support. Follow-up training responded to demand and included role-play discussion techniques, distance and closeness in SGBV work, triggers, sexual violence, and female genital mutilation. Multipliers were paired with medical volunteers and could access individual or group support meetings so that they did not carry emotional demands alone.

3. **Group Activities, Individual Support and Outreach**

Germany

Participatory, mother-tongue, gender-specific workshop series were delivered in reception centres. Sessions addressed asylum procedures and special rights, medical

rights, mental health, sexual health and self-determination, and GBV protection and prevention. Picture cards and role-play supported participation. Individual consultations were linked to workshops, with external psychiatric and legal expertise available when needed. Multipliers also provided community-based information, referral, accompaniment, interpretation, workshops, and Health Cafés in cooperation with existing services.

Greece

GBV awareness and survivor-identification sessions were conducted in camps, shelters, accommodation centres, and MdM facilities. Multipliers facilitated sessions with professional support. Workshops established respect, confidentiality, and voluntary participation before exploring gender equality, forms of GBV, consent, power and control, safety, boundaries, and supportive responses to disclosure. Individual support was provided primarily through Open Polyclinics and psychosocial support desks, while a helpline offered a direct route to protection and health services. Outreach relied on multipliers, word-of-mouth, and collaboration with staff already working in facilities.

Netherlands

Cultural mediators worked alongside experienced mediators and medical volunteers in designated centres. Group methodologies used social-ecological thinking, theories on polarisation, and Socratic questioning to create room for individual judgement and more moderate voices on taboo topics. Individual consultations were offered during accessible consultation hours with regular follow-up. Outreach sometimes used functional disclosures, short, relatable personal experiences shared by facilitators, to model openness and introduce key messages naturally.

4. Professional Capacity Building and Cross-Country Learning

Germany

Germany targeted staff responsible for asylum-seeker accommodation, including direct-contact staff and planning or coordination roles. Trainings combined expert input from project staff and specialists, multipliers as experts by experience, reflective exercises, panel discussion, and Q&A. A desk review of audiovisual and written resources on GBV, trauma, psychosocial support, protection needs, and prevention informed curriculum design and produced a curated online repository with locally relevant material.

Greece

Greece combined desk research with semi-structured interviews of frontline professionals to identify current practices, barriers, and training needs. Interdisciplinary training brought together social workers, psychologists, healthcare professionals, interpreters, lawyers, and protection staff. The curriculum prioritised practical recognition of less visible violence, communication with traumatised people, risk assessment, cultural dimensions, and referral navigation.

Netherlands

The Netherlands used digital mapping of SGBV services as both research and capacity-building. Mapping revealed gaps, potential collaborations, and opportunities for targeted training. External migrant-community expertise was used where culturally sensitive credibility strengthened learning.

Cross-country visits

Peer-learning visits in Greece, Germany, and the Netherlands followed a progressive structure: understand the host organisation and context, observe service delivery, engage with external stakeholders, and reflect on lessons for replication. Visits connected project teams with frontline professionals, civil society organisations, and authorities, and enabled participants to compare outreach and referral models across different systems.

5. Communication Examples

• **Germany.** Animated short videos and QR-code posters supported low-threshold access. Content sought to portray people in their full diversity and avoid stereotyping, while direct distribution reached workshop participants, multipliers, and partner organisations.

• **Greece.** A sustained digital strategy used multiple platforms. Communication evolved from project-activity reporting toward thematic awareness and human-centred storytelling, alongside presentations and multilingual printed materials.

• **Netherlands.** Shared consortium content was adapted in timing and framing to local context, for example aligning LGBTIQ+ communication with locally relevant events rather than relying only on international calendar dates.

6. Advocacy Examples

• **Germany.** Advocacy operated at local, regional, and national levels: municipal and regional coordination on violence protection, engagement with Bavarian authorities on structural hurdles, and national discussion of relevant asylum-support legislation.

• **Greece.** Frontline evidence contributed to the consortium policy paper; staff participated in advocacy working groups and maintained dialogue with relevant ministries and public bodies on access to services and GBV survivor needs.

• **Netherlands.** Advocacy focused on cultural sensitivity in service delivery and systemic change to ensure equitable access to SGBV care, including engagement with parliamentarians and collaboration with specialised services.

• **CARE International.** EU-level advocacy combined legal and policy review, project-generated evidence, stakeholder mapping, policy-moment mapping, targeted engagement, and internal consortium capacity building.

7. Practical Innovations Generated Through Learning

• Workshop announcements using facilitator photographs to build familiarity.

• Attention to seating arrangements and soft lighting to support a sense of safety.

• MHPSS grounding tools to help participants remain present if triggered.

• Greater use of visuals and visual key-message cards for consistency across facilitators.

• Culturally appropriate functional disclosures to model openness and introduce key messages.

• Ongoing review of newly developed materials together with multipliers to improve accessibility and cultural relevance.

Co-funded by
the European Union