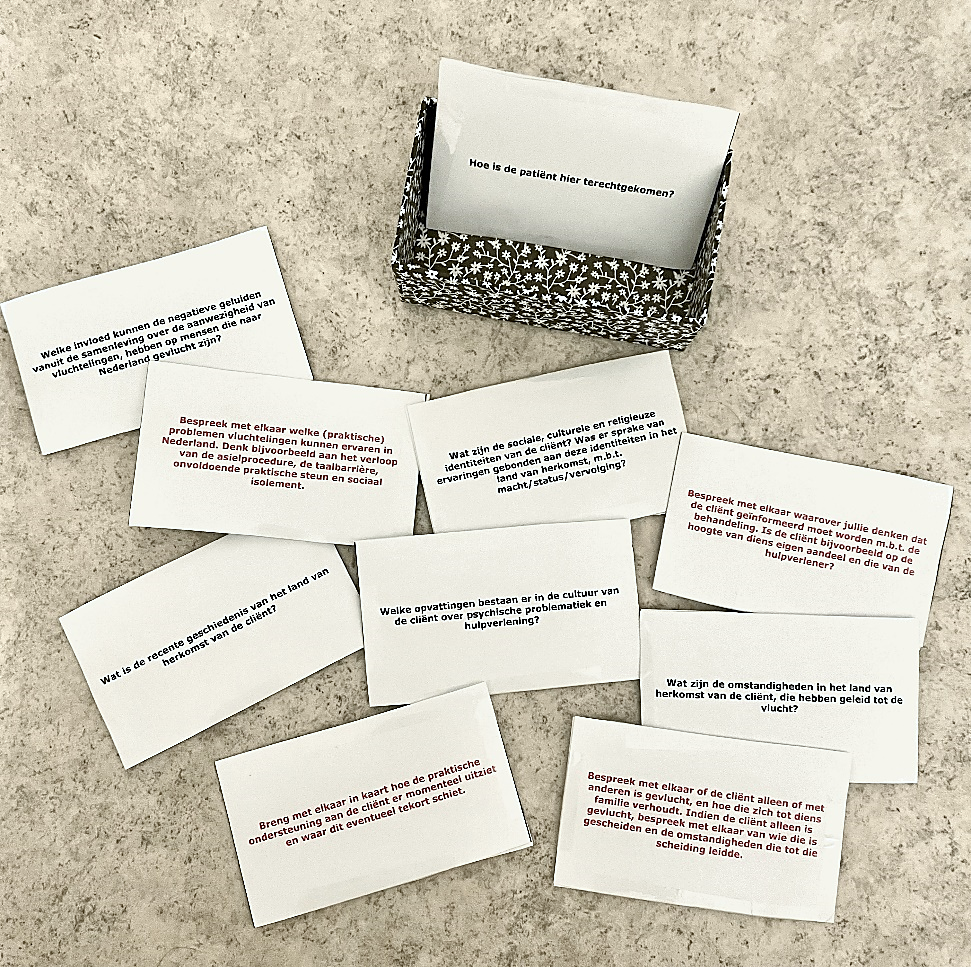
****

**Beroepsproduct**

**Verbeteringen voor de huidige traumabehandeling aan vluchtelingen**



**4 februari 2022**

**Wala Al-Saadi**

1114273

Hogeschool Leiden

Social Work

Begeleider: L. Bozkurt

Inhoudsopgave

[H1 Inleiding 3](#_Toc98246310)

[Doelstelling 3](#_Toc98246311)

[Vraagstelling 3](#_Toc98246312)

[H2 Theoretisch kader 5](#_Toc98246313)

[2.1 Doelgroep 5](#_Toc98246314)

[2.2 Huidige methoden 6](#_Toc98246315)

[2.3 Rol van de GGZ-agoog 8](#_Toc98246316)

[H3 Praktijkonderzoek en resultaten 9](#_Toc98246317)

[Resultaten 10](#_Toc98246318)

[H4 Conclusie 14](#_Toc98246319)

[Literatuurlijst 16](#_Toc98246320)

[Bijlagen 18](#_Toc98246320)

[Bijlage 1: Vragenlijst 18](#_Toc98246321)

[Bijlage 2: Beroepsproduct 19](#_Toc98246322)

# H1 Inleiding

Vluchtelingen vormen een kwetsbare groep. Zij hebben een geschiedenis van oorlog, geweld, onderdrukking en bovenal een vaak heftige vlucht achter de rug. Het risico op het ontwikkelen van psychische problemen en stoornissen zoals PTSS, ligt hoger bij deze groep dan de gemiddelde Nederlander (Pharos, 2018). In de praktijk schiet de psychische hulpverlening aan vluchtelingen met PTSS echter nog vaak tekort (Van Els & Knipscheer, 2015).

De westerse hulpverlening heeft vaak niet genoeg oog voor de culturele context en de sociale en maatschappelijke omstandigheden van vluchtelingen met trauma. Zo kunnen vluchtelingen vaak vanuit hun eigen culturele opvattingen, heel anders aankijken tegen hun problematiek en de behandeling daarvan dan de hulpverlener. (Van Els & Knipscheer, 2015). Daarnaast is de behandeling van PTSS voornamelijk gericht op het verwerken van gebeurtenissen uit het verleden. Bij vluchtelingen spelen er echter vaak omstandigheden, waardoor hun traumatisch leed niet enkel bestaat uit gebeurtenissen uit het verleden. De sociale, politieke en maatschappelijke omstandigheden waar vluchtelingen zich in bevinden, maken dat er vaak sprake is van een trauma dat continu aanwezig is. (Alford, 2018).

## **Doelstelling**

Met de grote en groeiende groep vluchtelingen in Nederland, is het van belang dat de zorg aan deze doelgroep voldoende op hen is afgestemd. De psychische zorg aan cliënten is ingericht vanuit westerse bril. Het is onvoldoende afgestemd op de culturele achtergrond van niet-westerse cliënten en de omstandigheden in het land van herkomst van vluchtelingen cliënten. Het zijn echter juist die culturele verschillen die allesbepalend zijn voor hoe iemand traumaklachten ontwikkeld, ervaart en er vervolgens mee omgaat in het dagelijks leven. Hulpverleners zijn zich er nog onvoldoende van bewust dat deze verschillen ertoe doen en beschikken niet over de nodige informatie over de culturele achtergrond en geschiedenis van vluchtelingen.

Vluchtelingen zijn onderdeel van de samenleving en hebben net zoveel recht op effectieve psychische zorg, die voldoende op hen is afgestemd. Gezien de huidige tekortkomingen in de behandeling aan vluchtelingen, is het dan ook belangrijk dat er actie ondernomen wordt. In een gewenste situatie worden vluchtelingen met trauma op een cultureel sensitieve wijze geholpen, waarbij aandacht is voor hun culturele achtergrond en de sociale en maatschappelijke omstandigheden die bij hen van toepassing zijn. Wanneer hier sprake van is, sluit de zorg beter aan bij de vluchtelingen doelgroep en neemt de effectiviteit van de behandeling toe (zie hoofdstuk 2 & 3). Hiervoor dienen hulpverleners over de juiste kennis en competenties te beschikken, om deze zorg aan vluchtelingen te kunnen bieden. In dit verslag wordt onderzocht wat hiervoor nodig is en hoe de GGZ-agoog dit kan toepassen in de behandeling.

## **Vraagstelling**

De vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Hoe kan de ggz-agoog bijdragen aan de verbetering van de traumabehandeling aan vluchtelingen?

In dit verslag wordt in kaart gebracht welke middelen kunnen bijdragen aan de verbetering van de hulpverlening aan vluchtelingen en op welke manier de GGZ-agoog dit in de praktijk kan brengen. In hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan de doelgroep en de problematiek. Dan wordt beschreven hoe de verschillende behandelingen voor deze doelgroep er momenteel uitzien en de effectiviteit van deze behandelingen. Ten slotte wordt toegelicht hoe de GGZ-agoog deze middelen kan inzetten. In hoofdstuk 3 wordt het praktijkonderzoek toegelicht, die is afgenomen onder vier respondenten die betrokken zijn geweest bij traumabehandeling aan vluchtelingen. Als eerst wordt beschreven wat volgens hen de kenmerken van de doelgroep zijn. Vervolgens wordt uiteengezet wat hun ervaringen zijn met de huidige traumabehandeling zijn en wat hierbij zowel de positieve als negatieve aspecten zijn. Ten slotte wordt beschreven hoe zij het belang van de culturele achtergrond van de cliënt ervaren in de behandeling, hoe er momenteel rekening gehouden wordt gehouden met deze culturele achtergrond en wat hierbij de aandachtspunten moeten zijn.

Op basis van de informatie uit het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek, is een beroepsproduct ontwikkeld voor de GGZ-agoog. Dit product zal de GGZ-agoog helpen bij het vergroten van diens kennis over de culturele achtergrond en de sociale omstandigheden van cliënten, waarmee zij meer adequaat zorg kunnen bieden aan vluchtelingen.

# H2 Theoretisch kader

## **2.1 Doelgroep**

Vluchtelingen vormen een grote groep mensen en ook een groep die blijft stijgen in aantallen. Wereldwijd zijn er wel bijna 80 miljoen vluchtelingen en in 2019 waren er meer mensen op de vlucht dan ooit. In Nederland stond het aantal asielaanvragen in 2019 op 29.000 en het totale aantal vluchtelingen in Nederland werd in 2019 geschat op ongeveer 94.000 (Vluchtelingenwerk Nederland, 2020). Zij vormen een kwetsbare groep, die een geschiedenis van oorlog, geweld, onderdrukking en bovenal een vaak heftige vlucht achter de rug hebben. Het risico op het ontwikkelen van psychische problemen en stoornissen zoals PTSS, ligt hoger bij deze groep dan de gemiddelde Nederlander. Deze problemen komen vaak voort uit de ingrijpende ervaringen uit het land van herkomst en de vlucht die zij hebben afgelegd, de zogeheten ‘pre-migratiefactoren’. Daarnaast spelen ook de zogeheten ‘postmigratiefactoren’ een rol. Dit zijn de factoren die van invloed zijn na de vlucht en die gepaard kunnen gaan met verschillende stressoren. Daarbij kan gedacht worden aan de asielprocedure, sociale steun, familie gerelateerde problemen, werkloosheid en een ongunstige financiële situatie (Pharos, 2018).

Vanuit de westerse hulpverlening wordt er voornamelijk aandacht besteed aan de pre-migratiefactoren (de traumatische gebeurtenissen uit het verleden) en het verwerken van deze gebeurtenissen bij de cliënt (Alford, 2018). Zo beschrijft de DSM 5: de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, trauma vanuit de classificatie van PTSS (posttraumatische stresstoornis): een stoornis die is ontstaan in reactie op een aanwijsbare en ernstige stressor of reeks van ernstige stressoren (American Psychiatric Association & Association, 2013). Daarnaast wordt in de DSM 5 nadruk gelegd op het herstellen van de autonomie van de cliënt en diens eigen regie. Echter zijn de omstandigheden van vluchtelingen dusdanig complex, dat zowel de focus op het verleden, als op autonomie van de cliënt, niet toereikend genoeg zijn voor deze doelgroep (Malek, 2012). Hierbij ontbreekt namelijk zowel de sociale, politieke en culturele context van de cliënt, als het gegeven dat het trauma van vluchtelingen in veel gevallen continu aanwezig is en niet enkel bestaat uit gebeurtenissen uit het verleden (Alford, 2018). Zo zijn mannen uit vluchtelingengezinnen die in land van herkomst vaak een goede baan en aanzien hadden, nu gedwongen om te leven in een land waar zij dit allemaal zijn kwijtgeraakt. De mannen die vaak uit culturen komen waar zij verwacht worden te kunnen zorgen voor hun vrouw en kinderen, kunnen dit opeens niet meer. In zo’n situatie is het trauma niet enkel het gevolg van interne psychische problemen en gebeurtenissen uit het verleden. Het is juist het niet vervullen van een bepaalde positie in de groep waar ze bij horen, wat het traumatisch leed veroorzaakt (Alford, 2018).

Bij vluchtelingen en hun problematiek, zijn er verschillende factoren van invloed. Zo leven zij vaak in relatief slechte sociaaleconomische omstandigheden. Ook ervaren ze vaak een gemis naar de familie die zij hebben achtergelaten en zijn er soms ook verwachtingen waar zij aan moeten voldoen, zoals het financieel ondersteunen van de familie in land van herkomst (Knipscheer, 2020). Op cultureel niveau zijn er ook factoren die van invloed zijn op de manier waarop vluchtelingen zelf kijken naar hun psychische klachten. Zo is het voor niet-westerse migranten vaak niet gebruikelijk om terug te kijken naar het verleden en worden gedachten aan ingrijpende gebeurtenissen doorgaans vermeden. Daarnaast komen de mensen uit deze doelgroep vaak uit collectivistische culturen, waarbij zij al snel schaamte en/of angst ervaren voor reputatieschade en zich bewust bezighouden met de meningen van hun omgeving. Om die reden gaan zij vaak voorzichtiger om met informatie over zichzelf (Van Els & Knipscheer, 2015). Ten slotte spelen ook maatschappelijke omstandigheden een rol in het trauma van vluchtelingen, zoals sociale isolatie, discriminatie en racisme (Parekh & Trinh, 2019).

## **2.2 Huidige methoden**

De methoden die veelal gebruikt voor deze doelgroep kunnen onderverdeeld worden in traumagerichte behandelingen en niet-traumagerichte behandelingen.

Veel voorkomende traumagerichte behandelingen voor PTSS zijn CGT en EMDR. CGT, cognitieve gedragstherapie, richt zich op de gedachten en het gedrag van de cliënt. Tijdens CGT wordt er aandacht besteed aan het identificeren en bijstellen van disfunctionele opvattingen van de getraumatiseerde cliënt, met betrekking tot zichzelf als persoon, anderen en de wereld om zich heen als gevolg van het trauma. (Blanken et al., 2017). EMDR staat voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Tijdens de behandeling vertelt de cliënt de herinnering aan het trauma, terwijl die door de therapeut wordt afgeleid met een afleidende stimulus. Het doel hiervan is dat het makkelijker wordt voor de cliënt om terug te denken aan de traumatische gebeurtenis(sen), doordat die herinneringen hun emotionele lading verliezen (Blanken et al., 2017). Bij het geven van CGT en EMDR aan vluchtelingen, worden deze behandelingen soms ook cultureel aangepast. Dit houdt in dat de behandelmethode aangepast wordt op de taal, cultuur en sociale context van de cliënt, zodat de behandeling in overstemming is met de culturele ideeën van de cliënt over diens klachten en behandeling. (De Jong & Van Dijk, 2020). Een manier waarop dit gedaan kan worden is door het zogeheten ‘onderhandelingsmodel’, waarbij de hulpverlener en cliënt samen een behandelplan creëren. Er wordt hierbij aandacht besteed aan het achterhalen van de culturele context rondom de problematiek van de cliënt. De hulpverlener en cliënt onderhandelen vervolgens samen hoe het vervolg van de behandeling eruit kan zien, waarna de kans op commitment vanuit de cliënt toeneemt (De Jong & Van Dijk, 2020).

In de praktijk blijkt dat *evidence-based* methoden zoals EMDR en CGT, vaak leidt tot knelpunten in de behandeling met vluchtelingen. Zo verloopt het proces trager, voelt de cliënt zich minder gemotiveerd tot het maken van huiswerkopdrachten, zegt af of blijft helemaal weg van de behandeling (Van Els & Knipscheer, 2015). Aram Hasan, een psychiater gespecialiseerd in zorg aan vluchtelingen, merkt uit zijn praktijkervaring dat een behandeling als EMDR vaak niet goed aansluit op vluchtelingen, omdat deze vooral cognitief georiënteerd is. Dit is lastig toe te passen op vluchtelingen, omdat hun trauma’s vele aspecten kent en er bij hen vaak sprake is van langdurige traumatisering (Knipscheer, 2013).

Echter toont onderzoek aan dat *evidence-based* methoden zoals EMDR en CGT wel effectief kunnen zijn voor een niet-westerse doelgroep, wanneer deze cultureel aangepast worden (Van Els & Knipscheer, 2015).

Narratieve exposure therapie (NET) is een andere veelgebruikte vorm van traumagerichte behandeling aan vluchtelingen. Deze vorm van traumabehandeling is in de eerste plaats ontwikkeld voor overlevenden van oorlog en marteling. Een belangrijk kenmerk van NET is dat het ontwikkelen van een trauma geen geïsoleerde gebeurtenis is, maar altijd geworteld zit in de context van een traumatische gebeurtenis en in iemands gehele levensgeschiedenis (Siehl et al., 2020). Aan het begin van de behandeling wordt er samen met de cliënt een levenslijn gemaakt. De levenslijn wordt op de vloer gelegd met een touw, waarbij bloemen worden neergelegd voor de positieve gebeurtenissen en stenen bij de traumatische gebeurtenissen (Jongedijk, 2014). Vervolgens wordt er in de daaropvolgende therapiesessies, in chronologische volgorde, aandacht besteed aan alle belangrijke gebeurtenissen die een persoon in diens leven heeft meegemaakt in de vorm van exposure. Bij deze exposure worden de herinneringen aan de traumatische gebeurtenissen opgeroepen, in combinatie met de context waarin deze plaatsvond. Zo worden alle delen van de herinnering weer met elkaar verbonden en wordt er betekenis gegeven aan de gebeurtenis. Onderzoek toont aan dat NET een effectieve behandelmethode is, in het verminderen van trauma symptomen (Siehl et al., 2020).

Niet-traumagerichte behandelingen zijn meer gericht op stabilisatie van de situatie van de cliënt en het ontwikkelen van manieren om met de huidige omstandigheden om te gaan (Petersen, 2015). Dit is waar de GGZ-agoog, vanuit diens competenties beschreven in het beroepscompetentieprofiel, in de praktijk doorgaans de meeste aandacht aan besteed. Competentie J van de GGZ-agoog is het ondersteunen van de cliënt bij rehabilitatie. Hierbij gaat de GGZ-agoog samen met de cliënt, op zoek naar diens kwaliteiten en mogelijkheden en ondersteunt de GGZ-agoog de cliënt met het inzetten van die kwaliteiten (GGZ Nederland, 2012).

Een model dat zowel de traumagerichte en niet-traumagerichte behandeling combineert is ‘The Multiphase Model (MPM) of Psychotherapy, Counseling, Social Justice, and Human Rights’: een cultureel sensitief model dat ontwikkeld is voor vluchtelingen met trauma en dat rekening houdt met zowel de pre-migratiefactoren als de post-migratiefactoren (Bemak & Chung, 2017). Dit is een psychosociaal model dat gebruik maakt van psychosociale interventies, aandacht besteed aan de krachten van de cliënt en rekening houdt met de culturele en sociale context van de cliënt. De MPM bestaat uit vijf fasen. Deze verlopen niet volgens een strikte volgorde, maar lopen in elkaar over en worden ook vaak herhaald. (Bemak & Chung, 2017). De 5 fasen luidden als volgt:

*1. Psycho-educatie*

Vaak beschikken niet-westerse cliënten niet over de kennis, die in het westen als vanzelfsprekend wordt aangenomen en hebben zij ook andere culturele opvattingen over bepaalde zaken (Knipscheer *&* van Els, 2015). Om die reden is fase 1 van de MPM gericht op het verschaffen van informatie aan de cliënt over de behandeling en andere relevante informatie over de onderlinge communicatie. Op deze manier wordt de kans op misinterpretatie kleiner en kan er meer vertrouwen en veiligheid worden gecreëerd binnen de hulpverleningsrelatie. (Bemak & Chung, 2017)

*2. Individuele-, groeps- en/of familietherapie*

Vluchtelingen halen vaker hun kracht uit hun omgeving en familie, in tegenstelling tot de westerse nadruk op autonomie (Bemak & Chung, 2015). In de MPM wordt daarom de nadruk gelegd op interventies binnen groepsverband en families. Binnen groepsgerichte therapieën wordt er ruimte gecreëerd voor het delen van verhalen, verbondenheid en herkenning. Dit wordt ook toegepast in fase 1 in de vorm van psycho-educatie groepen en fase 3 in de vorm van culturele empowerment groepen (Bemak & Chung, 2017).

*3. Culturele empowerment*

Culturele empowerment gaat over het vermogen van de cliënt om vanuit diens eigen kracht, op te komen voor zichzelf en om te kunnen gaan met culturele barrières. In fase 3 van de MPM ondersteunt de hulpverlener de cliënt met het omgaan met de praktische problemen waar die tegenaan loopt, bijvoorbeeld op het gebied van toegang tot sociale voorzieningen, huisvesting, onderwijs, taal, medische zorg, werk, etc. (Bemak & Chung, 2014). Het doel is dat de hulpverlener de cliënt kan begeleiden bij het vinden van de informatie die die nodig heeft, bij het integreren in een nieuwe cultuur. Dit helpt bij het verlichten van stress en het trauma van de cliënt (Bemak & Chung, 2017).

*4. Inheemse heling*

In fase 4 van de MPM wordt aandacht besteed aan het integreren van westerse geneeswijzen en ‘inheemse’ geneeswijzen. Hierbij wordt gekeken of er alternatieve geneeswijzen uit de cultuur van de cliënt zijn, die kunnen worden toegepast in de behandeling. (Bemak & Chung, 2017).

*5. Social justice and human rights*

Hulpverleners moeten zich bewust zijn van het feit dat vluchtelingen in het land van herkomst te maken gehad kunnen hebben met mensenrechtenschendingen, zoals marteling, verkrachting en gevangenschap. In fase 5 wordt hier aandacht aan besteed, samen met de sociale onrechtvaardigheden die de cliënt op dit moment ervaart. Hulpverleners besteden in deze fase aandacht aan de manier waarop sociale onrechtvaardigheden invloed hebben op het trauma van de cliënt en de hulpverlener zet zichzelf ook in om deze omstandigheden te verbeteren. Belangenbehartiging en aandacht voor sociale rechtvaardigheid is een belangrijk deel van de MPM en de heling van het trauma van de cliënt (Bemak & Chung, 2017).

Om op effectieve wijze gebruik te maken van dit model, dient de hulpverlener begrip te hebben van de omstandigheden in het land van herkomst, de belemmeringen in de fase na de vlucht en de culturele context en sociaal-politieke omstandigheden van vluchtelingen. Deze kennis is ook los van de MPM, belangrijk voor het bieden van effectieve zorg aan vluchtelingen (Bemak & Chung, 2017). Hiervoor is een vragenlijst ontwikkeld door Ellis et al. (2019), om hulpverleners te helpen bij het verkrijgen van kennis over de omstandigheden in het land van herkomst, de belemmeringen in de fase na de vlucht en de culturele context en sociaal-politieke omstandigheden van vluchtelingen. Deze is te vinden in bijlage 1.

## **2.3 Rol van de GGZ-agoog**

De taak van de GGZ-agoog is het ondersteunen van de cliënt bij zijn herstel en participatie in de samenleving, waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende levensdomeinen van de cliënt (GGZ Nederland, 2012). Bij het werken met getraumatiseerde vluchtelingen betekent dit dat de GGZ-agoog, de cliënt helpt diens plek te vinden in een nieuwe samenleving en met het omgaan met de trauma klachten. Uit de literatuur blijkt dat bij elke vorm van behandeling, het van belang is dat er bij deze doelgroep rekening wordt gehouden met de culturele context (Parekh & Trinh, 2019; Van Els & Knipscheer, 2015).

Het is van belang dat de GGZ-agoog over de kennis beschikt over de omstandigheden van het land van herkomst van de cliënt, de belemmeringen in de fase na de vlucht, de culturele context en de sociaalpolitieke omstandigheden van vluchtelingen. Deze kennis is belangrijk voor het bieden van effectieve zorg aan vluchtelingen (Parekh & Trinh, 2019). Tijdens de behandeling kan de GGZ-agoog deze kennis achterhalen bij de cliënt en overleggen welke behandeling aansluit bij diens behoeften, aan de hand van het onderhandelingsmodel (De Jong & Van Dijk, 2020). De GGZ-agoog kan dit ook alvorens de behandeling doen, zonder de cliënt.

Vanuit fase 5 van de MPM, wordt het belang benadrukt van belangenbehartiging vanuit de hulpverlener voor de sociale onrechtvaardigheden waar de cliënt mee wordt geconfronteerd. Voor de GGZ-agoog is dit van belang om toe te passen in de zorg aan vluchtelingen. Vanuit competentie N dient de GGZ-agoog in zijn werk bij te dragen aan de ontwikkeling van het beroep, door onder andere nieuwe methodieken te implementeren en deel te nemen aan belangenverenigingen (GGZ Nederland, 2012).

De GGZ-agoog houdt zich in de praktijk ook bezig met groepsgerichte behandeling en het creëren van een therapeutisch leefklimaat (GGZ Nederland, 2012). Er is gebleken dat vluchtelingen vaker hun kracht halen uit hun omgeving (Bemak & Chung, 2015). De GGZ-agoog kan een groepsbehandeling inzetten en gebruik maken van de handvaten die geboden worden in fase 2 van de MPM. De GGZ-agoog creëert een klimaat binnen de groep waarin er ruimte is voor het delen van verhalen, verbondenheid en herkenning, met aandacht voor de culturele context van deze groep.

# H3 Praktijkonderzoek en resultaten

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevens. Er is een kwalitatief onderzoek afgelegd, door middel van interviews. Een kwalitatief onderzoek wordt ingezet om concepten, gedachten of ervaringen te begrijpen (Merkus, 2021). Er is voor deze onderzoeksmethode gekozen, omdat er momenteel nog weinig kennis is over de cultureel sensitieve middelen die de GGZ-agoog kan inzetten voor vluchtelingen met traumaklachten. Door middel van een kwalitatief onderzoek kan er meer inzicht worden verkregen over dit onderwerp (Merkus, 2021).

Voor dit onderzoek zijn er 4 interviews afgelegd. Er wordt een interview afgelegd met een stagiaire die werkzaam is geweest in traumacentrum Centrum ’45 (respondent 1), een interview met een sociotherapeut die werkzaam is in Centrum ’45 (respondent 2), een interview met een psycholoog die gespecialiseerd is in zorg aan vluchtelingen met trauma (respondent 3) en een vluchteling met traumaklachten die ervaring heeft in de GGZ (respondent 4). Er is voor de eerste drie respondenten gekozen, vanwege hun werkervaring met de doelgroep vluchtelingen met PTSS. Daarnaast hebben respondenten 1 en 3 kennis over de methodieken die binnen traumacentrum Centrum ’45 worden toegepast en de effectiviteit hiervan. Respondent 3 is naast psycholoog, zelf ook vluchteling geweest. Hierdoor kan hij op beide gebieden zijn ervaringen en expertise delen. Respondent 4 is gekozen vanwege haar ervaring in de GGZ, als vluchteling met traumaklachten. Zij kan vertellen hoe ze deze traumabehandeling heeft ervaren en wat hiervan de positieve en negatieve punten zijn geweest.

In deze interviews komen de volgende topics en vragen aan bod:

Doelgroep

- Wat zijn de meest voorkomende kenmerken uit de problematiek van vluchtelingen met traumaklachten volgens de respondenten?

- Wat weten de respondenten van de achtergrond van deze doelgroep?

- Waar liggen de krachten van deze doelgroep?

Ervaringen met de traumabehandeling

- Hoe effectief is de huidige behandeling aan vluchtelingen in het verminderen van hun traumaklachten volgens de respondenten?

- Wat zijn de positieve aspecten van de huidige traumabehandeling aan vluchtelingen?

- Wat kan verbeterd worden binnen de huidige traumabehandeling aan vluchtelingen?

- Hoe denken de respondenten dat de GGZ-agoog kan bijdragen aan de traumabehandeling van deze doelgroep?

Culturele aspecten van de traumabehandeling

- In hoeverre wordt er aandacht besteed aan de culturele context van deze doelgroep binnen de traumabehandeling?

- Op welke manier kan er meer aandacht besteed worden aan de culturele context van deze doelgroep?

- Op welke manier kan de GGZ-agoog hun kennis over de culturele omstandigheden van deze doelgroep vergroten?

**Validiteit**

Validiteit gaat over de geldigheid van de uitkomsten uit het praktijkonderzoek (Celestin-Westreich, 2008). Er is een keuze gemaakt voor respondenten die allemaal betrokken zijn bij de traumabehandeling en/of hulpverlening aan vluchtelingen met traumaklachten. Om die reden kan worden gesteld dat de resultaten valide zijn, omdat deze gebaseerd zijn op praktijkervaringen van de direct betrokkenen bij dit vraagstuk. Daarnaast zijn de doel- en vraagstelling voortdurend bekeken om tot een eindproduct te kunnen komen dat passend is. De vraag is gedurende het schrijven voortdurend onder de loep genomen om tot een juist/passend resultaat te komen.

**Betrouwbaarheid**

Betrouwbaarheid omschrijft de mate van consistentie van de uitkomsten uit het praktijkonderzoek. Zo is er sprake van betrouwbaarheid, wanneer hetzelfde onderzoek bij andere respondenten dezelfde resultaten zouden opleveren (Celestin-Westreich, 2008). In dit onderzoek komen bij alle respondenten dezelfde topics aan bod, zodat hetzelfde proces kan worden blijven herhaald, maar de gegevens vanuit verschillende disciplines worden verzameld. Er kan echter niet worden gesteld dat de resultaten van dit onderzoek geheel betrouwbaar zijn, omdat binnen de groep hulpverleners en vluchtelingen veel verschillende perspectieven en ervaringen bestaan. Zo zouden er dus andere resultaten kunnen volgen uit hetzelfde onderzoek, wanneer deze wordt afgenomen onder andere respondenten.

**Ethische aspecten**

De respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek, zijn geanonimiseerd. Tijdens het afnemen van de interviews zijn er verschillende afspraken gemaakt met de respondenten. Zo is er bij de respondenten gevraagd om toestemming voor het deelnemen aan het onderzoek. Hiervoor zijn zij eerst volledig geïnformeerd over het onderzoek. Ook is er eerst om toestemming gevraagd bij de respondenten, alvorens het maken van een opname van het interview. Met de respondenten is afgesproken dat zij anoniem blijven en dat hun antwoorden volledig vertrouwelijk zijn.

## **Resultaten**

Doelgroep

Respondent 1 geeft aan dat de mannen uit deze doelgroep vaker schaamtegevoelens ervaren en hun gevoelens minder snel uiten naar de buitenwereld. Ook heeft zij vaker agressie en boosheid ervaren vanuit deze groep. De kracht van deze doelgroep ligt volgens haar in het collectiviteitsgevoel dat zij met elkaar delen. Vanuit haar opleiding geeft zij aan weinig kennis te hebben opgedaan over deze doelgroep.

Respondent 2 geeft aan dat deze doelgroep meer moeite heeft met vertrouwen en relatief meer somatische klachten ervaart als symptomen van trauma. Zij geeft aan niet te zijn opgeleid in deze specifiek doelgroep, maar haar kennis over de doelgroep te hebben opgedaan via haar werkervaring.

Volgens respondent 3 worden schaamte en taboe vaak verondersteld als de grootste hindernissen voor vluchtelingen om hulp te zoeken. Volgens hem zit het echter vooral in het gebrek aan kennis over psychische hulp in Nederland en hoe dit in zijn werk gaat. Ook hebben nieuwe Nederlanders volgens hem vaak niet genoeg informatie over hoe zij aanspraak kunnen maken op vergoedingen voor hulp en hoe zij zich kunnen verzekeren. De kracht van deze doelgroep ligt volgens hem in hun veerkracht en vermogen om om te gaan met moeilijke situaties.

Respondent 4 geeft aan dat zij eenmaal in Nederland niet bezig was met het zoeken naar psychische zorg, maar vooral met het regelen van praktische zaken. Ook haar asielprocedure en die van haar man, namen veel energie in beslag. Een belangrijk kenmerk van de vluchtelingen doelgroep is volgens haar dat zij hun weg moeten vinden in een heel nieuwe cultuur en daardoor minder stilstaan bij hun eventuele psychische problemen.

De respondenten geven allen aan dat er bepaalde unieke kenmerken zijn aan vluchtelingen met trauma. Hierover worden de volgende dingen benoemd: schaamtegevoelens (vooral onder mannen), moeite met vertrouwen, agressie/boosheid, relatief meer somatische klachten als symptomen van trauma, gebrek aan informatie over sociale voorzieningen en het moeten integreren in een nieuwe cultuur. R3 geeft aan dat de belangrijkste belemmering voor vluchtelingen is, dat zij vaak minder kennis hebben over hoe zij inspraak moeten doen op vergoedingen. Opmerkelijk is dat hij aangeeft dat dit meestal een belangrijkere belemmering is voor hen, dan schaamte en taboe. R4 geeft een soortgelijk antwoord, door aan te geven dat vluchtelingen vaak belast zijn met praktische zaken die zij moeten regelen. R1 en R2 gaven aan vanuit hun opleiding vrijwel geen kennis te hebben verkregen over de achtergrond van vluchtelingen. Beiden gaven ze aan deze kennis te hebben opgedaan door werkervaring.

Ervaringen met de traumabehandeling

Respondent 1 geeft aan bij meerdere vluchtelingencliënten van Centrum ’45 vooruitgang te hebben gezien in hun behandeling. Zo heeft zij bij een cliënt die NET therapie volgde, een duidelijk verschil gemerkt in de verminderen van zijn angstklachten en een toename van motivatie en zelf initiatief nemen. Een positief aspect van de behandeling vindt zij de Nederlandse les waarin kennis wordt overgedragen over de Nederlandse taal en cultuur. Ook maatwerk is volgens van haar van belang: aansluiten bij de behoeften van de cliënten en diens culturele achtergrond. R1 benoemt ook verbeterpunten in de traumabehandeling van Centrum ’45. Zo kan de psycho-educatie verbeterd worden door de cliënten meer te betrekken bij de lessen en aan hen te vragen wat zij graag zouden willen behandelen in de lessen. Ook zou er gebruik gemaakt kunnen worden van meeneemmateriaal: een soort samenvatting van de inhoud van de psycho-educatie, wat zij aan het einde van de les mee kunnen nemen. Ze geeft aan dat er meer gebruik zou moeten worden gemaakt van tolken en dat schriftelijk materiaal vertaald zou moeten worden. Voor de GGZ-agoog liggen de aandachtspunten volgens haar bij een menselijke benadering. Als voorbeelden geeft zij het samen ondernemen van activiteiten zoals voetbal kijken en gesprekken voeren waarin ervaringen worden uitgewisseld. Zij gelooft dat dit kan bijdragen aan het vertrouwen van de cliënt en dat die zich gezien voelt.

Respondent 2 geeft aan de traumabehandeling via Centrum ’45 als goed te ervaren, vanwege onder andere de groepsgerichte behandeling en het leefklimaat. Er worden Nederlandse lessen gegeven, die de doelgroep helpt te integreren in de nieuwe cultuur waar zij in terecht zijn gekomen. R2 beschrijft het leefklimaat als een hechte groep die veel steun uit elkaar halen. Als verbeterpunt in de behandeling noemt zij het meer gebruik maken van tolken. Ze geeft aan dat de behandeling met name gericht is op het helpen van de cliënt bij het leren leven met de psychische klachten, in plaats van deze proberen te genezen. De cliënt wordt geholpen bij het verkrijgen van handvaten om invulling te geven aan diens leven en de psychische problemen. De belangrijkste taak voor de GGZ-agoog is volgens haar, het bijdragen aan een positief leefklimaat. Een belangrijk onderdeel hiervan is volgens R2 het ‘gezien worden’. Zij benadrukt het belang van een menswaardige benadering naar vluchtelingen, waarin zij gezien worden als volwaardig mens buiten hun achtergrond en problematiek om.

Respondent 3 zegt tijdens zijn behandelingen, ervoor te zorgen dat de omgeving waarin de cliënt binnenkomt een huiselijke sfeer heeft en niet op een ‘instituut’ lijkt. Dit doet hij om de zorg zo laagdrempelig mogelijk te houden. Hij geeft aan dat er onder de doelgroep vaak angst is om naar de hulpverlening te stappen. Ten eerste heeft dit te maken met het stigma dat hier omheen zou hangen onder de doelgroep: hulpverlening wordt zo vaak worden gezien als iets voor ‘gekken’. Hij acht het daarom noodzakelijk om aannames en eventuele misvattingen van de cliënt bij te stellen, door middel van psycho-educatie over het hulpverleningsproces. Daarnaast is er volgens R3 soms sprake van een gebrek aan vertrouwen in instellingen, omdat de angst bestaat dat hulpverleners informatie zouden doorspelen naar bijvoorbeeld de IND. Volgens hem is het dan ook van belang dat hulpverleners alvorens de behandeling goede informatie verschaffen en transparant zijn over het hulpverleningsproces en zaken als geheimhoudingsplicht. Ten slotte geeft hij aan dat er ook belemmeringen zijn, nadat de cliënt over de drempel heen is gestapt om psychische hulp te zoeken. Zo ontvangen cliënt onvoldoende steun bij praktische zaken, zoals aanspraak maken op vergoedingen. Ook is er vaak een taal- en cultuurbarrière die de kwaliteit van de zorg kan belemmeren.

Respondent 4 geeft aan NET therapie gevolgd te hebben en dat dit positief heeft bijgedragen aan haar psychische gesteldheid. Zo benoemt zij het prettig gevonden te hebben dat er aandacht was voor haar gehele levensloop. R4 heeft voornamelijk therapie gevolgd bij een hulpverlener die dezelfde taal sprak als zij en waarmee zij bepaalde culturele en religieuze aspecten deelde. Dit heeft zij als positief ervaren, omdat de hulpverlener haar beter begreep en zij ‘minder dingen hoefde uit te leggen’. Ze heeft ook kort ervaring gehad met een hulpverlener van Nederlandse afkomst, waarmee er telefonisch een tolk werd ingezet. Dit heeft zij als negatief ervaren, omdat er weinig contact zou zijn met de hulpverlener zelf. Zij en de hulpverlener communiceerde met elkaar via de tolk, wat zij als onpersoonlijk heeft ervaren. Om die reden is die behandeling stopgezet, omdat R4 weinig baat had bij de gesprekken.

Het bovenstaande geeft aan dat het leefklimaat binnen de hulpverleningssetting van belang is in de hulpverlening. Hierover worden de groepsgerichte behandeling, een ‘huiselijke’ hulpverleningssetting en menswaardige benadering, genoemd als positieve aspecten. R1 en R2 benadrukken het belang van het zien en behandelen van de cliënt als gelijkwaardig mens. Hier zien zij kansen voor de GGZ-agoog, om ook buiten de trauma-gerichte behandelingen activiteiten te ondernemen of alledaagse gesprekken te voeren met de cliënten. De respondenten noemen ook de taalbarrière als belangrijke invloed op de behandeling en zeggen hier verschillende dingen over. R3 geeft aan dat de taalbarrière de kwaliteit van de zorg negatief kan beïnvloeden. R1 geeft aan dat schriftelijk materiaal zou kunnen worden en R2 adviseert het meer gebruik maken van tolken. R4 zegt hierover dat zij juist geen goede ervaring heeft gehad met een (telefonische) tolk. R1, R2 en R3 geven aan dat psycho-educatie een belangrijk onderdeel is van de behandeling. Ook wordt NET-therapie door R1 en R4 genoemd als een effectieve behandeling bij het verminderen van traumaklachten.

Culturele aspecten van de traumabehandeling

Respondent 1 geeft aan dat er binnen Centrum ’45 veel overleg plaatsvindt over cliënten, waarbij aandachtspunten worden besproken en in de culturele context van de cliënt worden geplaatst. R1 geeft aan dat het belangrijk is voor de slagingskans van de behandeling, om rekening te houden met de culturele achtergrond van de cliënt. Ze geeft aan dat hier meer aandacht aan besteed kan worden, middels cursussen over cultureel sensitief werken. Ook zouden hulpverleners moeten vragen naar de beweegredenen van de cliënt voor bepaalde gedachten en gedragingen, in plaats van hierover te oordelen. De GGZ-agoog kan volgens R1 diens kennis over de cultuur van de doelgroep vergroten, door media te volgen en op de hoogte te blijven van recente ontwikkelingen in de landen van herkomst. Ook raadt zij de GGZ-agoog aan om nieuwsgierig te zijn; gesprekken aangaan met cliënten over hun cultuur en vragen waar ze tegenaan lopen.

Respondent 2 vertelt dat in het intakeproces bij Centrum ’45, de culturele factoren van een cliënt in kaart gebracht worden door middel van een vragenlijst. Ook maakt Centrum ’45 systeemanalyses waarin ze het systeem en achtergrond van de cliënt helder kunnen krijgen. Zij geeft aan dat dit een positieve bijdrage levert aan de behandeling.

Respondent 3 geeft aan dat de zorg in Nederland geheel is ingericht naar de Europese cultuur en niet naar de omstandigheden en behoeften van vluchtelingen. Hulpverleners beschikken over onvoldoende kennis over transculturele hulpverlening en kijken volgens hem met een westerse bril naar vluchtelingen. Het is daarom volgens R3 van belang dat hulpverleners niets als ‘vanzelfsprekend’ zien en zich bewust worden van hun eigen aannames en vooroordelen over de culturen van hun cliënten. Daarnaast onderstreept R3 het belang van zelfontplooiing en erkenning van de cliënt. Hij geeft aan dat vluchtelingen vaak uit collectivistische culturen komen waar de mening van de omgeving zwaar weegt, en dat zij daarnaast ook in een heel nieuw land en systeem terecht komen waar ze graag hun weg in willen vinden. Om die reden zet hij cliënten veel zelf aan het werk en betrekt hij hen actief bij de behandeling.

Respondent 4 geeft aan tijdens haar behandeling veel baat te hebben gehad bij een hulpverlener die dezelfde taal en (grotendeels) cultuur met haar deelde. Zo kwam zij makkelijker uit haar woorden en voelde zij zich meer op haar gemak bij de hulpverlener.

De bovenstaande gegevens tonen aan dat het vinden van aansluiting bij de cliënt en diens culturele achtergrond, van belang is bij de slagingskans van de behandeling. R3 benadrukt hierbij de verantwoordelijkheid van de hulpverlener, om zich bewust te zijn van diens eigen aannames en vooroordelen over de cultuur van de cliënt. Op de vraag hoe de GGZ-agoog diens kennis over de culturele context kan vergroten, geeft R1 aan dat het belangrijk is om op de hoogte te blijven van het actuele nieuws uit de landen van herkomst van de cliëntengroep en dat nieuwsgierigheid en interesse in de cliënt belangrijk is. R3 geeft aan het in zijn werk belangrijk te vinden om cliënten actief te betrekken in de behandeling en hen zelf aan het werk te zetten. R2 beschrijft systeemanalyses als een effectief middel voor de behandeling.

# H4 Conclusie

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat de huidige hulpverlening, vaak nog niet genoeg aandacht heeft voor de culturele context en de sociaal-maatschappelijke omstandigheden van vluchtelingen met trauma (Van Els & Knipscheer, 2015). Uit zowel het literatuuronderzoek als het praktijkonderzoek is gebleken dat aansluiten bij de cliënt en diens culturele achtergrond, van belang is bij de slagingskans van de behandeling. Uit het onderzoek zijn verschillende methoden gekomen, die effectief zijn gebleken bij het cultureel sensitief werken met vluchtelingen met traumaklachten. Zo blijkt dat op het gebied van het leefklimaat, een groepsgerichte behandeling goed aansluit bij deze doelgroep en dat een menselijke en gelijkwaardige benadering van groot belang is. Uit zowel het literatuuronderzoek als het praktijkonderzoek is gebleken dat het aansluiten bij de sociaal-maatschappelijke omstandigheden van de cliënt en genoeg kennis hebben over de culturele context, belangrijk is voor de slagingskans van de behandeling. Verdere onderdelen uit de behandelingen die effectief zijn gebleken zijn: psycho-educatie, het actief betrekken van de cliënt bij de behandeling en belangenbehartiging. Naast de focus op het psychische gebied van de behandeling, wijst het onderzoek ook uit dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan de praktische problemen waar de cliënt tegen aanloopt, en hen hierbij te ondersteunen. Op het gebied van de traumagerichte behandelingen, is NET-therapie een effectieve behandeling gebleken.

Voor het ontwikkelen van een product voor de GGZ-agoog, moet dit aansluiten bij de beroepspraktijk en competenties van de GGZ-agoog, zoals beschreven in het beroepscompetentieprofiel. Uit het praktijkonderzoek legde de respondenten de nadruk op het belang voor de GGZ-agoog om de cliënt als gelijkwaardig mens te zien en ‘gewone’ activiteiten te ondernemen samen. Het is van belang dat de GGZ-agoog over de nodige kennis beschikt om dit te kunnen doen. Dit omvat de omstandigheden van het land van herkomst van de cliënt, de belemmeringen in de fase na de vlucht, de culturele context en de sociaalpolitieke omstandigheden van vluchtelingen. Deze kennis is belangrijk voor het bieden van effectieve zorg aan vluchtelingen (Parekh & Trinh, 2019).

Hoe kan de ggz-agoog bijdragen aan de verbetering van de traumabehandeling aan vluchtelingen? Als antwoord op dit vraagstuk is een kaartspel ontwikkeld, die de GGZ-agoog handvaten biedt om de relevante kennis te achterhalen over de achtergrond van vluchtelingen met traumaklachten. Dit kaartspel is bedoeld om gebruikt te worden binnen een casuïstiekbespreking, in een groepsbijeenkomst tussen GGZ-agogen. Op elke kaart staat op de voorkant een vraag aangegeven en op de achterkant verdere instructies voor hoe de vraag beantwoord en besproken kan worden binnen de groep. Het belang van implementatie van dit kaartspel, is dat GGZ-agogen gestimuleerd worden in het vergroten van hun kennis en deze kennis met elkaar kunnen uitwisselen. In het onderzoek is naar voren gekomen dat hulpverleners momenteel nog onvoldoende begrip hebben over de culturele context en de sociale en maatschappelijke omstandigheden van vluchtelingen met trauma. Dit kaartspel vormt een hulpmiddel voor de GGZ-agoog om deze informatie te achterhalen en hiermee een beter begrip te kunnen vormen over hun cliënten, waarmee zij de rol in de traumabehandeling van vluchtelingen beter kunnen vervullen.

Afbeelding met tekst, visitekaartje

Automatisch gegenereerde beschrijving

# Literatuurlijst

Alford, F. C. (2018). *Trauma, Culture, and PTSD* (Softcover reprint of the original 1st ed. 2016 ed.). Palgrave Macmillan.

Bemak, F., & Chung, R. C. Y. (2017). Refugee Trauma: Culturally Responsive Counseling Interventions. *Journal of Counseling & Development*, *95*(3), 299–308. https://doi.org/10.1002/jcad.12144

Blanken, C., Clijsen, M., Garenfeld, W., Piere, M., Paske, I., Van Piere, M., & Te Paske, I. (2017). *Psychiatrie Voor de Sociaal Werker*. Bohn Stafleu van Loghum.

Celestin-Westreich, S. (2008). *Observeren en rapporteren*. Pearson Education.

De Jong, J., & Van Dijk, R. (2020). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (1ste editie). Boom Lemma.

GGZ Nederland. (2012). Beroepscompetentieprofiel GGZ Agoog. *Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk*. Published. https://www.bpsw.nl/app/uploads/ggz\_agoog\_def2\_web.pdf

Jongedijk, R. A. (2014). Narrative exposure therapy: an evidence-based treatment for multiple and complex trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1), 26522. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.26522>

Malek, M. (2012). *Invloed van pre-migratie en post-migratie factoren op het psychische welzijn van gedwongen en ongedwongen immigranten* (Thesis).

Merkus, J. (2021, 12 november). *Het verschil tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek (met voorbeelden)*. Scribbr. Geraadpleegd op 26 november 2021, van https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/kwalitatief-vs-kwantitatief-onderzoek/

Knipscheer, J. (2013). *“Sociale integratie is cruciaal voor getraumatiseerde vluchtelingen”*. <https://psychotraumanet.org/nl/psychiater-aram-hasan-sociale-integratie-cruciaal-voor-getraumatiseerde-vluchtelingen-psychiater>

Knipscheer, J. (2020). “Cliënten met een migratie-achtergrond moeten tactvol worden behandeld”. *GZ - Psychologie*, *12*(6). https://doi.org/10.1007/s41480-020-0784-x

*The Massachusetts General Hospital Textbook on Diversity and Cultural Sensitivity in Mental Health* (2de editie). (2019). Humana.

Ellis, B. H., Winer, J. P., Murray, K., & Barrett, C. (2019, p. 178). *The Massachusetts General Hospital Textbook on Diversity and Cultural Sensitivity in Mental Health* (2de editie). Humana Press.

Petersen, J. (2015). *Traumagerichte en niet-traumagerichte therapie bij asielzoekers en vluchtelingen; invloed van trauma exposure en behandelintensiteit* (Thesis).

Pharos. (2018, 3 december). *Asielzoekers, vluchtelingen, statushouders - Lichamelijke en psychische gezondheid*. Geraadpleegd op 25 november 2021, van https://www.pharos.nl/infosheets/asielzoekers-vluchtelingen-statushouders-lichamelijke-en-psychische-gezondheid/

Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2020). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy Research*, *31*(6), 695–710. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345

Van Els, H., & Knipscheer, J. (2015). Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve benadering. *Tijdschrift Gedragstherapie*, *48*. https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/scripts/shared/artikel\_pdf.php?id=TG-2015-1-2

Vluchtelingenwerk Nederland. (2020, augustus). *Vluchtelingen in getallen 2020*. <https://www.vluchtelingenwerk.nl/sites/default/files/u32918/vluchtelingen_in_getallen_2020_v12.pdf>

# Bijlage 1: Vragenlijst

De volgende vragen zijn ontwikkeld, om hulpverleners te helpen bij het verkrijgen van kennis over de omstandigheden in het land van herkomst, de belemmeringen in de fase na de vlucht en de culturele context en sociaal-politieke omstandigheden van vluchtelingen. Deze vragen zijn geformuleerd door Ellis et al. (2019) en zijn direct overgenomen uit ‘*The Massachusetts General Hospital Textbook on Diversity and Cultural Sensitivity in Mental Health*’ (p. 178)

- What is this patient’s country of origin? What is the recent history of that country and what led to the exodus of refugees?

- What are the patient’s social and cultural identities (e.g., race, ethnicity, religious and spiritual beliefs, gender, disability status, etc.)? Within their country of origin, did their particular identities and status (e.g., ethnicity, religion/religious sect, tribe/caste) have unique experiences of power and/or persecution?

- How did the patient come to be here? Did this individual spend time in refugee camps, have a dangerous flight, and arrive as an asylum seeker? Did the patient arrive with other family members? If not, who are they separated from and what are the circumstances that led to the separation?

- How long has this individual lived in the USA? Has this individual migrated within the USA?

- How is mental illness viewed in their culture? How is psychological distress expressed?

- How is healing approached in their culture? Who or how does one turn to help in their culture? Is the patient seeking help through traditional means as ascribed by their culture of origin?

- What is the resettlement context for this patient? Is there a strong, supportive ethnic community that the patient is or could be a part of? Does the patient have support for basic resettlement needs, e.g., housing, job training, language classes?

- What is the preferred language(s) of the patient and what languages are spoken in their family? If needed, who will interpret for the patient? Does the interpreter come from a particular ethnic, tribal, or religious background that is different from the patients, and if so how might that affect the work?

# Bijlage 2: Beroepsproduct

Dit kaartspel is ontwikkeld voor GGZ-Agogen, die in hun werk te maken krijgen met vluchtelingen met trauma.

Vluchtelingen hebben een geschiedenis aan heftige omstandigheden achter de rug en krijgen in Nederland te maken met een heel nieuwe cultuur, waar zij hun weg in moeten vinden. Met behulp van dit spel kan de GGZ-Agoog meer inzicht verkrijgen in deze context en de situatie waarin de cliënt zit, wat kan bijdragen aan een sterkere behandelrelatie en een effectievere behandeling.

Dit kaartspel is ontwikkeld om in groepsverband te worden gebruikt door GGZ-Agogen, tijdens een casuïstiekbespreking. De volgende spelregels zijn van toepassing:

- Het kaartspel wordt ingezet tijdens een bijeenkomst waarin een casus van een vluchteling cliënt wordt besproken.

- Op basis van de casus worden de vragen beantwoordt die staan aangegeven op de kaarten.

- Op de achterkant van elke kaart staat een toelichting aangegeven met daarbij de concrete opdracht aan de GGZ-Agogen.

- De tijdsduur van het spel bedraagt 60 tot 90 minuten, met 7 à 10 minuten per kaart.

- Tijdens het spelen zullen sommige vragen misschien niet beantwoord kunnen worden. Indien er binnen de groep weinig kennis over het onderwerp bestaat, worden de deelnemers aangemoedigd om zich hierop in te lezen. De deelnemers kunnen besluiten om dit gezamenlijk te doen, of dit als huiswerk op te nemen en in een volgende bijeenkomst te bespreken. Ook kunnen de vragen gesteld worden aan de cliënt zelf, als die hiervoor open staat.

Bij het beantwoorden van de vragen op de kaarten is het volgende van belang:

- Wees je bewust van het belang van geïnformeerd zijn over de cultuur en omstandigheden van vluchtelingen cliënten.

- Probeer als eerste zelf de kennis te vergaren door het te bespreken binnen de groepsbespreking of door het op te zoeken, voor dat je de cliënt erover benaderd. Weet dat het in de eerste plaats aan de GGZ-agoog is om zichzelf te informeren over de relevante informatie over vluchtelingen.

- Wees je bewust van je eigen aannames en vooroordelen over de cultuur van de cliënt

- Zet je eigen culturele opvattingen of verwachtingen opzij bij het beantwoorden van de vragen.

*Voorkant kaart*   *Achterkant kaart*

|  |  |
| --- | --- |
| **Wat zijn de omstandigheden in het land van herkomst van de cliënt, die hebben geleid tot de vlucht?** | **Bespreek met elkaar welke omstandigheden hebben geleid tot de vlucht van de cliënt en welke kennis jullie hier eventueel over missen.** |
| **Wat is de recente geschiedenis van het land van herkomst van de cliënt?** | **Bespreek met elkaar welke kennis jullie hier al over hebben (bijvoorbeeld via het nieuws en social media) en welke kennis jullie nog missen.** |
| **Wat zijn de sociale, culturele en religieuze identiteiten van de cliënt? Was er sprake van ervaringen gebonden aan deze identiteiten in het land van herkomst, m.b.t. macht/status/vervolging?** | **Denk bijvoorbeeld aan Koerden, Assyriërs, Jezidi’s, Hazara, Sjiieten, Armeniërs, etc. Bespreek met elkaar tot welke groep(en) de cliënt behoort en de positie die deze groep(en) innemen in het land van herkomst.** |
| **Is de cliënt samen met andere familieleden gevlucht? Zo niet, op welke manier is de cliënt van diens familie gescheiden?** | **Bespreek met elkaar of de cliënt alleen of met anderen is gevlucht, en hoe die zich tot diens familie verhoudt. Indien de cliënt alleen is gevlucht, bespreek met elkaar van wie die is gescheiden en de omstandigheden die tot die scheiding leidde.** |
| **Hoe is de patiënt hier terechtgekomen?** | **Bespreek met elkaar hoe het proces van vluchten er voor de cliënt uitzag. Is de cliënt bijvoorbeeld verbleven in vluchtelingenkampen en/of heeft die een gevaarlijke vlucht gehad?** |
| **Ontvangt de cliënt praktische ondersteuning bij zaken zoals huisvesting, taallessen, financiën en toegang tot sociale voorzieningen?** | **Breng met elkaar in kaart hoe de praktische ondersteuning aan de cliënt er momenteel uitziet en waar dit eventueel tekort schiet.** |
| **Welke belemmeringen kunnen vluchtelingen ondervinden tijdens het integratieproces?** | **Bespreek met elkaar welke (praktische) problemen vluchtelingen kunnen ervaren in Nederland. Denk bijvoorbeeld aan het verloop van de asielprocedure, de taalbarrière, onvoldoende praktische steun en sociaal isolement.** |
| **Welke invloed kunnen de negatieve geluiden vanuit de samenleving over de aanwezigheid van vluchtelingen, hebben op mensen die naar Nederland gevlucht zijn?** | **Bespreek met elkaar hoe het kan zijn om als vluchteling te maken te krijgen met discriminatie, racisme en xenofobie in Nederland.** |
| **Welke opvattingen bestaan er in de cultuur van de cliënt over psychische problematiek en hulpverlening?** | **Bespreek met elkaar welke kennis jullie al hebben over de desbetreffende cultuur.** |
| **Weet de cliënt hoe het hulpverleningsproces eruitziet?** | **Bespreek met elkaar waarover jullie denken dat de cliënt geïnformeerd moet worden m.b.t. de behandeling. Is de cliënt bijvoorbeeld op de hoogte van diens eigen aandeel en die van de hulpverlener?** |