

Behandeling van asielzoekers met mentale problemen optimaliseren

Een onderzoek naar wat behandelaren binnen Dimence, team Angst en Stemming, nodig hebben om de behandeling van asielzoekers beter te laten aansluiten op de problematiek van de asielzoekers.

Femke Poesse

Dimence



“Alle hulpverlening is culturele hulpverlening”

- Professor interculturele psychiatrie

Femke Poesse

Toegepaste psychologie – bachelor scriptie

Hogeschool Saxion – Deventer

Bathmen, 3 juli 2020



Auteur: Femke Poesse
Studentnummer: 431385
E-mailadres: 431385@student.saxion.nl
Telefoonnummer: 0614966284

Opleiding: Toegepaste Psychologie
School: Hogeschool Saxion
Handelskade 75
7417 DH Deventer

Behandeling van asielzoekers optimaliseren

Opdrachtgever: Dimence
Onderdeel: Team Angst en Stemming, Deventer

Praktijkbegeleidster: N. van Vliet
E-mailadres: N.vanvliet@dimence.nl

1^e beoordelaar: T. Demir
E-mailadres: t.demir@saxion.nl

Vervangende 1^e beoordelaar:
1^e beoordelaar: A. Klaver
E-mailadres: a.a.m.klaver@saxion.nl

2^e beoordelaar: F. Woertman
E-mailadres: fennekewoertman@introweb.nl

Bathmen, 3 juli 2020

Behandeling van asielzoekers met mentale problemen optimaliseren

Voorwoord

Voor u ligt het verantwoordingsverslag van het onderzoek naar 'het optimaliseren van de behandeling van asielzoekers met mentale problemen'. Het onderzoek is uitgevoerd voor Dimence, team Angst en Stemming in Deventer. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Toegepaste Psychologie aan Hogeschool Saxion in Deventer. In opdracht van Dimence ben ik van februari 2020 tot en met juni 2020 bezig geweest met dit onderzoek en het schrijven van zowel dit onderzoeksverslag als het beroepsproduct, namelijk de adviesnota.

Met hulp van mijn scriptiebegeleidster vanuit Dimence, Noortje van Vliet, heb ik een onderzoeksvraag voor dit afstudeeronderzoek opgesteld. Het uitvoeren van dit onderzoek werd bemoeilijkt door de maatregelen rondom de uitbraak van het coronavirus. Dit zorgde ervoor dat behandelaars erg druk waren, thuis werkten en face to face interviews niet mogelijk waren. Toch heb ik na het uitvoeren van het kwalitatieve onderzoek de hoofdvraag kunnen beantwoorden en een adviesnota kunnen schrijven.

Bij deze wil ik alle respondenten van dit onderzoek bedanken. Dankzij hen heb ik dit onderzoek kunnen doen. De respondenten hebben ontzettend veel informatie en nieuwe inzichten gegeven. Helaas paste dat niet allemaal binnen de kaders van dit onderzoek. Daarom heb ik bepaalde informatie en inzichten die buiten de kaders van dit onderzoek vielen, meegenomen als voorstel voor een eventueel vervolgonderzoek. Ik ben de respondenten dankbaar voor hun inzet en voor de interesse in het onderzoek en hoop oprecht dat dit onderzoek aan hun verwachtingen voldoet. Ik ben één van mijn respondenten veel dankbaarheid verschuldigd. Zij heeft mij geholpen met het contact maken met professionals buiten Dimence en was daarmee absoluut de redder van dit onderzoek. Zonder haar had ik dit onderzoek niet op tijd, en vooral goed, kunnen afronden.

Ook wil ik mijn vrienden en familie bedanken. Bedankt voor het meedenken, vragen naar hoe het onderzoek verliep en het feedback geven op mijn geschreven stukken. Ontzettend bedankt voor de morele steun wanneer de stress bij mij naar boven kwam en niet meer wegging.

Tot slot, Noortje bedankt. Bedankt voor het toevertrouwen van deze afstudeerplek en het altijd fijne contact. Dankzij jou heb ik zowel mijn stage als afstudeeronderzoek op een erg vrije en vertrouwde plek mogen uitvoeren en heb ik veel kunnen leren. Hier ben ik jou erg dankbaar voor.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Femke Poesse

Bathmen, 3 juli 2020

Samenvatting

Stichting Dimence in Deventer gaf aan dat de behandeling van asielzoekers met mentale problemen, bij het team Angst en Stemming, nog niet optimaal verloopt en dat er ruimte is voor verbetering. Het is van belang dat er gekeken wordt naar waar behandelaars tegenaan lopen, waar rekening mee gehouden moet worden en wat de behandelaars nodig hebben om de behandelingen beter aan te kunnen laten sluiten bij de behoeftes van de asielzoekers met niet-westerse achtergrond.

Dit onderzoek is uitgevoerd met als doel een adviesnota aan Dimence te kunnen overhandigen. In de adviesnota staan adviezen geformuleerd die de behandeling van asielzoekers met mentale problemen optimaliseren. Om tot deze adviezen te komen, moest onderzoek gedaan worden. Als eerste is gekeken naar literatuur en vervolgens werd kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Behandelaars van Dimence van het team Angst en Stemming werden geïnterviewd aan de hand van een semi-gestructureerd interview. Externe professionals werden geïnterviewd aan de hand van een ongestructureerd interview. Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van het Human Centered Design model. Dit is de rode draad door de complete uitvoering van dit onderzoek.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat vooral de vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar erg belangrijk is. Deze vertrouwensband wordt beïnvloed door factoren die door behandelaars als hindernissen ervaren kunnen worden. Zo spelen factoren als de taalbarrière, somatisatie, het ontbreken van een gezamenlijk ziekteverklaringsmodel en andere culturele verschillen, zoals verschillen in de (non-) verbale communicatie, een grote rol in het opbouwen van een goede vertrouwensband. Uit interviews met de behandelaars van Dimence blijkt dat er behoefte is aan meer contact onder de behandelaars. Een intervisie zou volgens hen een goede manier zijn om problemen waar tegenaan gelopen wordt binnen de behandeling. Externe professionals bevestigen het nut van intervisies en raden aan deze te houden. De externe professionals geven aan dat naast het houden van intervisies de inrichting van het gebouw meer multicultureel te maken. Door ervoor te zorgen dat bijvoorbeeld het interieur van Dimence verschillende culturen representeert, zouden patiënten met een asielzoekersstatus zich verwelkomt kunnen voelen en komt het direct over alsof er al van tevoren aan deze patiënten gedacht is. Als beroepsproduct is al deze informatie meegenomen en zijn er adviezen gegeven in een adviesnota.

Aanbevolen wordt om deze adviesnota met alle betrokken behandelaars te evalueren en op die manier te kijken naar of er daadwerkelijk zoveel behoefte is aan de adviezen zoals de interviews doen laten lijken. Wanneer de adviezen geïmplementeerd worden, kan dit ervoor zorgen dat het makkelijker wordt voor behandelaars om een vertrouwensband aan te gaan met de patiënt.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Afkortingen en begrippenlijst	6
Hoofdstuk 1: Inleiding	7
1.1 Probleemstelling en relevantie	7
1.2 Doelstelling	10
1.3 Onderzoeksvragen	11
1.4 Opdrachtgever	11
1.5 Stakeholders	12
1.6 Leeswijzer	13
Hoofdstuk 2: Inspiration fase	14
2.1 Onderzoeksmethode	14
2.2 Inspiration fase	16
2.3 Literatuuronderzoek	16
2.4 Samenvatting literatuur	17
2.5 Deelvraag 1	18
2.6 Deelvraag 2	23
2.7 Wat uit de literatuur gaat mee naar het advies?	27
2.8 Interviews	27
2.9 Ethiek	30
2.10 Deelvragen 3 & 4	31
2.11 Deelvraag 5	35
2.11 Cultuursensitief werken	38
2.12 Wat uit de interviews gaat mee naar het advies?	38
Hoofdstuk 3: Ideation fase	39
3.1 Ideation fase	39
3.2 Conclusie en aanbeveling	39
3.3 Adviesnota	42
Hoofdstuk 4: Afsluiting	44
4.1 Discussie	44
4.2 Slot	47
Literatuurlijst	49
Bijlagen	51
Bijlage 1: HCD-model	51
Bijlage 2: Verklaring gebruikte hulpmiddelen	53
Bijlage 3: Checklist ethische toetsing	54
Bijlage 4: Opzet semi-gestructureerd interview	56
Bijlage 5: Informatiebrief	57
Bijlage 6: Toestemmingsformulier	58
Bijlage 7: Getranscribeerde interviews behandelaars Dimence	59
Bijlage 8: Getranscribeerde interviews externe professionals	85
Bijlage 9: Uitgebreide bespreking interview resultaten	117

Afkortingen en begrippenlijst

Afkorting	Begrip	Definitie
azc	Asielzoekerscentrum	De algemene term voor de opvanglocatie van asielzoekers.
COA	Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers	Organisatie die de opvang van asielzoekers regelt.
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (ENG)/ Oogbeweging Desensibilisatie en opwerking (NL)	Een vorm van psychotherapie waarbij de te behandelen persoon wordt gevraagd verontrustende beelden te herinneren en op deze manier wordt een soort bilaterale zintuiglijke, zoals side-to-side oogbewegingen of met de hand onttrekken, gegenereert.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg	De zorg voor mensen met psychische problemen.
GZA	Gezondheidszorg Asielzoekers	De huisarts van een asielzoekerscentrum.
PTSS	Posttraumatische stressstoornis	Een psychische aandoening die kan ontstaan na het meemaken van schokkende, traumatische ervaringen.

Hoofdstuk 1: Inleiding

Binnen dit hoofdstuk wordt eerst de probleemstelling van Dimence beschreven. Aan de hand van literatuur wordt aangetoond dat de probleemstelling relevant is. Hierna wordt het doel van het onderzoek beschreven, namelijk het maken van een adviesnota. Dit doel zal behaald worden door de hoofdvraag en deelvragen van het onderzoek te beantwoorden. In paragraaf 1.4 wordt aandacht besteed aan de opdrachtgever, waarna in paragraaf 1.5 de stakeholders van dit onderzoek worden voorgesteld. Dit hoofdstuk eindigt met een leeswijzer waarin de rest van het onderzoek geïntroduceerd wordt.

1.1 Probleemstelling en relevantie

Volgens Mooren en Schoorl (2009) heeft het overgrote deel van de asielzoekers mentale problemen opgelopen door de omstandigheden die zij in hun thuisland meegemaakt hebben. Daarnaast is er een grote kans dat zij mentale problemen ontwikkelen tijdens hun wachttijd op asiel in Nederland. Deze onderzoekers geven ook aan dat wanneer asielzoekers arriveren in het land waar zij asiel aanvragen, hen vaak een lange wachttijd wacht. Uit het onderzoek van Mooren en Schoorl (2009) blijkt ook dat de leefomstandigheden vaak meespelen in de ontwikkeling van mentale stoornissen. Samen met de lange wachttijd en nieuwe leefomgeving zijn er nog vele onzekerheden, vragen en zorgen/angsten waar asielzoekers mee te maken krijgen aldus N. van Vliet (persoonlijke communicatie, februari 2020). Hoe lang moeten zij wachten op asiel en krijgen zij dit überhaupt? Hoe ziet hun toekomst eruit, het missen van familie en of zij ooit aan werk zullen komen, zijn allemaal factoren waar deze mensen mee te maken (kunnen) hebben. Volgens Mooren en Schoorl (2009) zou therapie niet alleen gericht moeten zijn op factoren waar de asielzoekers in hun verleden mee te maken hebben gehad. Therapie zou meer rekening moeten houden met de huidige situatie waarin de asielzoeker zich bevindt en zou hierop in moeten spelen om de meest passende zorg te bieden.

Het behandelen van asielzoekers met een niet-westerse achtergrond kan hindernissen met zich meebrengen, zo blijkt uit het onderzoek van Bot (2010). Een taalbarrière is één van de hindernissen. Bot (2010) schrijft ook dat in gesprek met een asielzoeker vaak een tolk ingezet moet worden. Dit is een risicofactor voor de behandelaars, aangezien zij moeten communiceren via een derde persoon. Een andere barrière is de neiging van asielzoekers met een niet-westerse achtergrond om te somatiseren (psychische klachten presenteren met nadruk op lichamelijke klachten). Er ontbreekt een gemeenschappelijk ziekteverklaringsmodel tussen patiënt en therapeut (Van Els en Knipscheer, 2017). Dit laatste obstakel zorgt er weer voor dat toewijding van de behandeling moeizaam tot stand komt. Een cultuursensitieve behandeling maakt het mogelijk al deze obstakels te overwinnen bij zowel de behandeling van een depressie als bij de behandeling van PTSS (Van Els en Knipscheer, 2017).

Het werken aan een band tussen patiënt en therapeut kan soms erg moeizaam verlopen (Mooren en Schoorl, 2009). Met cultuurverschillen en wellicht een taalbarrière wordt het creëren van een vertrouwensband niet persé makkelijker. Hierom zijn er zogenaamde voortrajecten, voorafgaand aan de behandeling, ontwikkeld. Deze trajecten zijn ontwikkeld met als doel het creëren van wederzijds begrip en het verhogen van motivatie. Het verhogen van motivatie is nodig omdat er een intensief traject zal volgen (Mooren en Schoorl, 2009).

Het is van groot belang dat een kwetsbare groep als asielzoekers de mogelijkheid krijgt te stabiliseren. Om verantwoorde en systematische hulpverlening te kunnen bieden, is het van belang dat alle betrokken hulpverleners beschikken over de kennis en vaardigheden om deze ondersteuning te kunnen bieden. Wanneer een hulpverlener niet weet wat het beste zorgpad zou (kunnen) zijn, zal er niet optimaal gewerkt kunnen worden aan de stabilisatie en verdere hulp van de asielzoekers (Lely, 2002).

Een drietal punten uit de voorgaande literatuur zal meegenomen worden in het advies. Deze zullen binnen deze alinea kort samengevat worden. Uit de voorgaande alinea's binnen deze paragraaf komt al naar voren dat er veel risicofactoren zijn waarmee rekening gehouden moet worden bij de behandeling van psychische problemen bij asielzoekers. Het feit dat de behandelingen nu nog niet optimaal verlopen, geeft aan dat er factoren zijn waar nog geen of te weinig rekening mee gehouden wordt. Er komt naar voren dat door meer cultuursensitief te werk te gaan de vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar beter tot stand kan komen. Dit houdt in dat aandacht besteed wordt aan de culturele verschillen zoals de verschillen in het ziekteverklaringsmodel. Naast cultuursensitief werken komt in de literatuur naar voren dat het gebruik maken van een voortraject, voorafgaand aan de behandeling, een positieve invloed heeft op de rest van de behandeling. Zo kan een voortraject, net als meer cultuursensitief werken, zorgen voor een sterkere vertrouwensband. Als laatste is het van belang dat de behandelaars voldoende kennis hebben van de werking en inzet van een tolk. Doordat de communicatie via een derde persoon loopt, kunnen zich verschillende obstakels voordoen. Zo kan belangrijke informatie in de vertaling verloren gaan. In het volgende hoofdstuk wordt meer aandacht besteed aan het werken met tolken, om een beter beeld van het belang van tolken te krijgen.

Stichting Dimence is een regionale geestelijke gezondheidszorg (GGZ) instelling met vele vestigingen in Oost-Nederland. Wanneer er binnen dit onderzoek gesproken wordt over Dimence gaat het over Dimence in de regio Deventer. Dimence behandelt vele asielzoekers uit de regio Deventer. Deze asielzoekers worden doorverwezen vanuit het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers ook wel het COA genoemd. Dimence krijgt door het COA asielzoekers doorverwezen voor een intakegesprek wanneer er sprake lijkt te zijn van psychische problematiek. Een onderdeel van het COA is GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA). Het GZA is verantwoordelijk voor de gezondheid van de asielzoekers, maar kan gezien worden als een soort huisarts. Een huisarts doet niet de psychische behandelingen. GZA doet

dit ook en verwijst de asielzoekers door naar Dimence voor de psychische behandelingen (Z. Schuijt. Persoonlijke communicatie, 2 april 2020). De asielzoekers worden naar het team Angst en Stemming verwezen omdat op deze afdeling behandelingen voor onder andere Posttraumatische stressstoornis (PTSS), depressie en andere stoornissen worden uitgevoerd. Aangezien veel asielzoekers last hebben van PTSS en/of depressieklachten worden zij naar het team Angst en Stemming verwezen. Allereerst wordt er een intakegesprek gehouden. Vervolgens wordt gekeken naar de problematieken van deze patiënt. Heeft hij/zij last van één of meerdere stoornissen? Dan wordt er gekeken naar welke therapie zou aansluiten en wordt de patiënt hiervoor op de wachtlijst gezet. Er wordt een regiebehandelaar gekoppeld aan de asielzoeker. De regiebehandelaar hoeft niet dezelfde persoon te zijn als degene die het intakegesprek gevoerd heeft.

De asielzoekers krijgen vaak ook ondersteunende gesprekken. Deze worden verzorgd door behandelaren, maar ook door verpleegkundigen van het team Angst en Stemming, verteld N. van Vliet (persoonlijke communicatie, februari 2020). Voordat een asielzoeker ingedeeld wordt bij ondersteunende gesprekken wordt er eerst gekeken of deze gesprekken echt noodzakelijk zijn of dat de patiënt enkel last heeft van neerslachtigheid. Wellicht hebben de asielzoekers niet genoeg baat bij ondersteunende gesprekken en is er meer nodig. Wanneer de patiënt voor langere tijd op een wachtlijst staat, probeert de behandelaar om de vier tot zes weken in gesprek te gaan met de patiënt om toch een band te behouden vertelt N. van Vliet (persoonlijke communicatie, mei 2020). Het komt voor dat asielzoekers niet genoeg baat hebben bij deze ondersteunende gesprekken. Daarvoor zijn meerdere oorzaken aan te wijzen, maar de onzekerheid waarin zij leven is de belangrijkste reden. Asielzoekers hebben te maken met onzekerheden over hun familie, vrienden, woonsituatie en misschien wel het belangrijkste, of zij in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning (N. van Vliet. Persoonlijke communicatie, februari 2020).

Doordat het jaren kan duren voor iemand een verblijfsvergunning krijgt, verandert hun huidige leefsituatie amper of niet. Behandelaren vragen zich af wat zij nog meer kunnen doen voor deze asielzoekers. In het kort vragen de behandelaren binnen Dimence zich af wat gedaan kan worden om het behandelproces van asielzoekers beter aan te laten sluiten bij deze groep mensen zodat het proces soepeler verloopt en de behandeling van asielzoekers geoptimaliseerd wordt. Volgens N. van Vliet (persoonlijke communicatie, februari 2020) is er ruimte voor verbetering in de behandeling.

Nu luidt de vraag als volgt: “Wat hebben de behandelaren binnen Dimence, het team Angst en Stemming, nodig om het behandelproces van asielzoekers met mentale problemen te optimaliseren?”. In overleg met N. van Vliet is deze vraag tot stand gekomen. Ook de deelvragen die in paragraaf 1.3 beschreven zullen worden, zijn in overleg met haar tot stand gekomen. Na vooronderzoek gedaan te hebben, zijn de vragen nog wat verder uitgedacht, wederom in overleg met N. van Vliet. Er is

vertrouwen dat de behandelaren de behandeling goed kunnen uitvoeren wanneer zij beschikken over de juiste kennis. De opdrachtgever vraagt zich af waar behandelaren tegenaan lopen tijdens het behandelen van asielzoekers met mentale problemen en of er vaardigheden zijn die behandelaren missen. De opdrachtgever vraagt niet om interventies, maar om adviezen over hoe de behandelaren hun behandelingen beter bij patiënten met een asielzoekersstatus aan kunnen laten sluiten. De opdrachtgever weet dat er ruimte is voor verbetering binnen de behandeling en daarom is de grootste vraag binnen dit onderzoek wat de behandelaren nodig denken te hebben om de behandelingen te optimaliseren. Hier zijn de hoofdvraag en de deelvragen ook op gebaseerd. Het is de bedoeling dat uitgezocht gaat worden met welke factoren rekening gehouden moet worden bij de behandeling van asielzoekers. Ook moet onderzocht worden wat de behandeling van asielzoekers met een niet-westerse achtergrond anders maakt dan de behandeling van patiënten met een westerse achtergrond en zonder asielzoekersstatus. Het behandelen van asielzoekers met een niet-westerse achtergrond en patiënten met een westerse achtergrond verschilt in die zin dat met cultuurverschillen en wellicht een taalbarrière het creëren van een vertrouwensband niet persé makkelijker is (Mooren en Schoorl, 2009). Een andere belangrijke factor is het nauw betrekken van de behandelaren binnen Dimence van het team Angst en Stemming. Hierbij gaat het om verpleegkundigen, GZ-behandelaren en psychiaters. Er moet bekeken worden hoe zij tegen de huidige behandelingen aankijken en vooral ook wat de problemen zijn waar zij tegenaan lopen. Om meer diepte te geven aan dit onderzoek moet er ook gekeken worden hoe professionals buiten Dimence ervaren hoe het is om te werken met mensen met een niet-westerse achtergrond. Dit zorgt voor nieuwe inzichten, ideeën en informatie. Dit kan worden gebruikt als vergelijkingsmateriaal. Het gaat hierbij om professionals met verschillende werkachtergronden. Deze worden later in dit onderzoeksverslag geïntroduceerd en verder toegelicht.

1.2 Doelstelling

Dit onderzoek is er op gericht inzicht te krijgen in problemen die behandelaren ervaren bij de behandeling van asielzoekers. Het doel van dit onderzoek was om te inventariseren wat de behandelaren van Dimence van het team Angst en Stemming in Deventer nodig hebben om het behandelproces van asielzoekers met mentale problemen te optimaliseren. Al deze punten worden meegenomen bij het formuleren van adviezen die in de vorm van een adviesnota aan de opdrachtgever overhandigd zal worden. De wens van de opdrachtgever is om een adviesnota te ontvangen met daarin adviezen geformuleerd rondom het optimaliseren van de behandelingen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van de ontwerpcycli uit het Human Centered Design model. Het HCD-model brengt de behoeften, wensen en eisen van stakeholders in kaart. Het HCD-model is de rode draad door dit onderzoek. Hoofdstuk 2, 'Inspiration fase' gaat verder in op de verschillende cycli van het HCD-model en de bijbehorende onderzoeksfases.

1.3 Onderzoeksvragen

Om erachter te kunnen komen wat nodig is om de behandeling van asielzoekers te kunnen optimaliseren is een hoofdvraag geformuleerd. De hoofdvraag luidt als volgt:

- Wat hebben de behandelaars binnen Dimence, team Angst en Stemming, nodig om het behandelproces van asielzoekers met mentale problemen te optimaliseren?

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn de volgende vijf deelvragen opgesteld:

1. Welke psychische problemen worden veel gezien bij asielzoekers en worden deze erger door de asielprocedure?
2. Wat maakt voor de behandelaars de behandeling van niet-westerse patiënten (met asielzoekersstatus) anders dan de behandeling van patiënten met een westerse achtergrond (zonder asielzoekersstatus)?
3. Waar lopen behandelaars tegenaan tijdens de behandeling van asielzoekers?
4. Welke vaardigheden missen de behandelaars bij de behandeling van asielzoekers?
5. Wat zeggen professionals van externe organisaties, werkende met niet-westerse patiënten, over het behandelen van asielzoekers?

1.4 Opdrachtgever

Stichting Dimence is een non-profit organisatie, opgericht in 2008, die toonaangevende (hoog)specialistische GGZ biedt aan ca. 18.000 patiënten binnen haar werkgebied in de regio Deventer, Zwolle en Almelo. Dimence werkt samen met overheden, huisartsen, andere verwijzers, politie, wijkteams en vele andere samenwerkingspartners. Dimence gelooft in een gemêleerde, kleurrijke en menselijke samenwerking. Dimence streeft er naar zoveel mogelijk gezondheidswinst en perspectief te bieden (Dimence, z.d.). Dimence heeft ruim 2.400 medewerkers. Deze medewerkers zetten zich vanuit zeven stichtingen in om hulp te verlenen aan ruim 50.000 patiënten per jaar. In het kort beschrijft Dimence haar doelen als volgt: “Stichting Dimence biedt gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in Oost-Nederland. Dimence helpt mensen ontwikkelen. We geloven in de kracht van mensen om zich te ontwikkelen. We zetten in op vooruitgang en herstel, met altijd het doel om beter te worden. Niet alleen in de betekenis van genezen of (beter) leren omgaan met beperkingen, maar ook van groei als persoon, professional en organisatie.” (Dimence, 2020)



Figuur 1.1. Over Stichting Dimence (Dimence, 2020)

1.5 Stakeholders

Alle partijen die binnen deze paragraaf benoemd worden als stakeholders zijn van belang binnen dit onderzoek. Zij worden gezien als stakeholders omdat zij nodig zijn binnen alle fases van het Human Centered Design (HCD) model (IDEO.org, 2015).

De eerste stakeholder is de groep asielzoekers. Zij ondergaan de behandeling en dit onderzoek is gericht op een optimalere behandeling voor hen.

De behandelaren zijn de volgende stakeholders. Zij voeren de behandelingen uit en hebben een grote rol bij de keuze om het advies op te volgen of naast zich neer te leggen.

Een andere stakeholder is N. van Vliet (valt ook binnen de stakeholdersgroep behandelaren). Zij is tijdens dit onderzoek de contactpersoon aan de kant van Dimence en heeft een faciliterende rol in het onderzoek naar de behandelaren en in het onderzoek naar Dimence als organisatie. Zij is degene die uiteindelijk het onderzoek en daarmee het adviesrapport zal ontvangen. Binnen Dimence is zij een GZ-psycholoog en staat in direct contact met alle betrokken partijen.

De laatste stakeholder is Dimence zelf. Dimence is de opdrachtgever voor dit onderzoek en is derhalve stakeholder in het onderzoek. Dimence wordt vertegenwoordigd door N. van Vliet. Zij is degene die de suggestie had voor de uitvoering van dit onderzoek en daarmee de contactpersoon voor de onderzoeker.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt gekeken naar de Inspiration fase van dit onderzoek. Alle deelvragen worden binnen dit hoofdstuk beantwoord. Als eerst wordt een figuur geïntroduceerd waaruit af te lezen is hoe dit onderzoek is uitgevoerd. Vervolgens is de Inspiration fase opgedeeld in drie delen. Deel één gaat over het literatuur onderzoek en de uitkomsten hiervan. Deel twee richt zich op de uitkomsten van de interviews met behandelaren binnen Dimence team Angst en Stemming. Daarna wordt gekeken naar de uitkomsten van de interviews met externe professionals. Bij alle drie de onderdelen wordt eerst stilgestaan bij de methode en uitvoering. Aan het eind van alle drie de onderdelen wordt nog eens in een aparte paragraaf vermeld welke informatie meegenomen wordt naar de conclusie en het advies van dit onderzoek.

Binnen hoofdstuk 3 wordt gekeken naar de Ideation fase van dit onderzoek. In de conclusie worden resultaten tegenover elkaar gezet. Er wordt gekeken naar de gevonden resultaten uit de interviews, en deze zullen vergeleken worden met de resultaten uit de gevonden literatuur. Ook wordt gekeken naar de aanbevelingen. Als laatst zal kort stilgestaan worden bij de adviesnota.

Het laatste hoofdstuk is hoofdstuk 4. Hoofdstuk 4, genaamd `afsluiting`, begint met de discussie van dit onderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 4.2, genaamd `slot`.

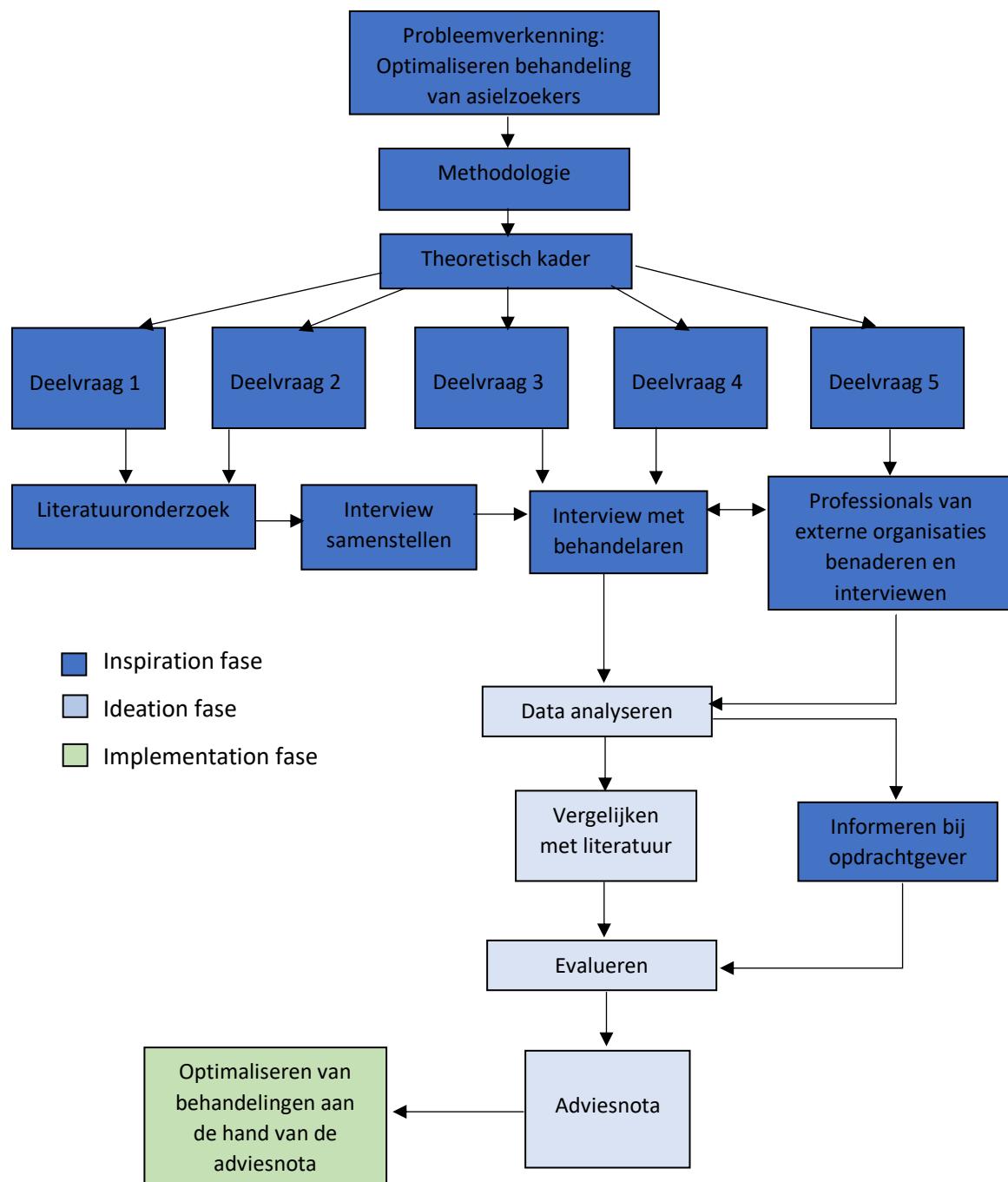
Na hoofdstuk 4 volgt een literatuurlijst en na de literatuurlijst zijn nog 9 bijlagen toegevoegd.

Hoofdstuk 2: Inspiration fase

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten uit de Inspiration fase van het Human Centered Design model en bestaat uit drie onderdelen. Als eerste zal gekeken worden hoe dit onderzoek in zijn geheel is uitgevoerd. Hierna zal gekeken worden naar het literatuuronderzoek en de resultaten van de interviews. De resultaten van de interviews zijn opgedeeld in twee delen. Per onderdeel wordt eerst gekeken naar de methodologie. Binnen dit hoofdstuk worden alle vijf de deelvragen van het onderzoek beantwoord.

2.1 Onderzoeksmethode

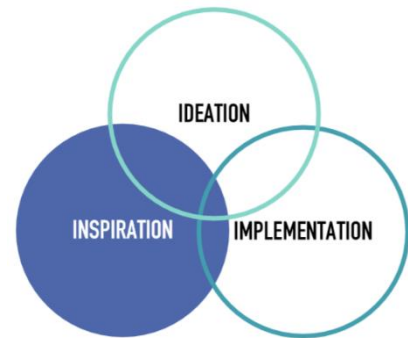
Binnen dit onderzoek is gebruikt gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden wat exploratief van aard is. Hieronder wordt, op de volgende bladzijde (om *figuur 2.1* op één bladzijde te houden voor een beter overzicht), in *Figuur 2.1* een grafische weergave van de ontworpen onderzoeksmethode beschreven. Hierin zijn de te zetten stappen in de ontwerpcyclus aan de hand van het Human Centered Design model weergegeven. In de volgende paragrafen zal per cyclus van het HCD-model toegelicht worden hoe het onderzoek is uitgevoerd. In bijlage 1 is een uitgebreide uitleg van het HCD-model terug te vinden.



Figuur 2.1. Grafische weergave van de te zetten stappen in de ontwerpcyclus aan de hand van het HCD-model

2.2 Inspiration fase

Tijdens de Inspiration fase werd informatie verzameld. Aan de hand van deze informatie kon er antwoord gegeven worden op de onderzoeksvragen van dit onderzoek. De Inspiration fase in dit onderzoek bestaat uit verschillende onderzoeksmethoden, namelijk desk- en fieldresearch. Het deskresearch gedeelte bestaat uit het zoeken van informatie in de literatuur (terug te vinden in het vorige hoofdstuk). Het fieldresearch gedeelte bestaat uit het afnemen van interviews bij behandelaren binnen Dimence van het team Angst en Stemming en daarnaast door het afnemen van interviews bij professionals van externe organisaties met werkervaring op het gebied van intercultureel werken. Hieronder wordt per onderdeel toegelicht hoe dit er uit zag en hoe het is uitgevoerd.



Figuur 2.2. Visuele Inspiration fase
(IDEO, 2015)

2.3 Literatuuronderzoek

De Inspiration fase startte met het uitvoeren van literatuuronderzoek. Dit onderdeel ging al van start bij de voorbereidingen van dit onderzoek. Het doel van het literatuuronderzoek was het verkrijgen van meer inzicht in zaken waar de behandelaren mee te maken kunnen krijgen en wat obstakels kunnen zijn binnen het behandelproces. De volgende twee deelvragen werden beantwoord binnen het literatuuronderzoek:

1. *Welke psychische problemen worden veel gezien bij asielzoekers en worden deze erger door de asielprocedure?* `
2. *Wat maakt de behandeling van niet-westerse patiënten (met asielzoekersstatus) anders dan de behandeling van patiënten met een westerse achtergrond (zonder asielzoekersstatus)?* `

Op basis van deze twee deelvragen is gericht gezocht naar passende literatuur. Gevonden informatie binnen het literatuuronderzoek vormde de basis voor het maken van een semi-gestructureerd interview. Daarnaast konden aan de hand van de gevonden literatuur de deelvragen 1 en 2 beantwoord worden. Het semi-gestructureerde interview is afgenomen bij de behandelaren binnen Dimence, het team Angst en Stemming. Het ongestructureerde interview is afgenomen bij professionals van externe organisaties. Het ongestructureerde interview ging over dezelfde onderwerpen als het gestructureerde interview, maar had meer vrijheid. Bij het gestructureerde interview werd meer vastgehouden aan de vooraf opgestelde vragen. Aan de hand van de literatuur en persoonlijke communicatie met de opdrachtgever zijn vier onderwerpen bedacht voor de interviews, namelijk; Hindernissen, Vaardigheden, Mening van asielzoekers en Wat is nodig voor optimalisatie. Deze vier onderwerpen vormden de rode draad binnen alle interviews.

2.4 Samenvatting literatuur

Psychische problemen die erg voorkomen bij asielzoekers zijn PTSS, depressie en angststoornissen. Dit sluit natuurlijk niet uit dat asielzoekers geen last kunnen hebben van andere psychische stoornissen. Opvallend is dat ondanks het feit dat zowel asielzoekers als vluchtelingen ongeveer evenveel gebruik maken van zorg, asielzoekers gemiddeld vaker last hebben van psychische stoornissen. Na dit verder onderzocht te hebben, komt naar voren dat postmigratiefactoren invloed hebben op het mentale welzijn van asielzoekers.

De twee voornaamste factoren die hindernissen vormen voor de behandeling van patiënten met een niet-westerse achtergrond liggen vooral in de communicatie en de klachtenpresentatie. Communicatie bestaat uit twee onderdelen, namelijk verbale en non-verbale communicatie. Bij verbale communicatie is de grootste hindernis de taalbarrière. Om deze hindernis te overkomen, wordt een tolk ingezet. Omdat het hele gesprek via een derde persoon loopt, nemen gesprekken en behandelingen meer tijd in beslag. Op het gebied van non-verbale communicatie grote verschillen bestaan tussen westerse en niet-westerse cultuur. Alle (non-)verbale uitingen kunnen voor de patiënt iets geheel anders betekenen dan voor de behandelaar. Het is erg belangrijk dat de tijd genomen wordt deze verschillen bespreekbaar te maken en wederzijds begrip te creëren. Hierdoor kan de cultuurkloof tussen beide partijen verkleind worden en er kan gewerkt worden aan een band tussen beiden.

Wanneer het om klachtenrepresentatie gaat, komt naar voren dat er twee belangrijke risicofactoren zijn die het behandelproces kunnen bemoeilijken. Allereerst somatisatie. Schaamte is vaker wel dan niet de oorzaak van somatisatie. Wanneer een patiënt opgegroeid is in een collectivistische cultuur hangt er vaak een stigma rondom het naar buiten treden met psychische klachten. Dit stigma brengt schaamte met zich mee waardoor veel allochtone patiënten van niet-westerse achtergrond moeite ervaren met het koppelen van klachten aan een psychologisch niveau. Meerdere behandelaars gaven aan deze factoren te herkennen in de behandeling. Daarnaast is de kans aanwezig dat de hele familie aan gezichtsverlies leidt wanneer de patiënt naar voren komt met psychische klachten. Dit brengt een zekere angst met zich mee. De tweede factor die het behandelproces mogelijk bemoeilijkt, is het ontbreken van een gemeenschappelijk ziekteverklaringsmodel tussen patiënt en behandelaar. Patiënten hebben een gebrek aan kennis over ziekte-inzicht en geven bijvoorbeeld bezetenheden de schuld van hun klachten. De uitdaging voor de behandelaar is om tijd te nemen om de vertrouwensband te versterken door open naar het perspectief van de patiënt te kijken. De behandelaars moeten leren over de verschillen die bestaan tussen henzelf en de asielzoekers die zij voor zich hebben zitten en hier niet open over spreken.

2.5 Deelvraag 1

Deelvraag 1 luidt als volgt: *‘Welke psychische problemen worden veel gezien bij asielzoekers en worden deze erger door de asielprocedure?’*. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zal eerst gekeken worden naar wat het verschil in definitie is tussen een vluchteling en een asielzoeker. Vervolgens wordt gekeken naar de meest voorkomende stoornissen bij beide groepen. Om het literatuuronderzoek af te kaderen, wordt gekeken naar de drie meest voorkomende mentale stoornissen. Deze percentages van klachten bij vluchtelingen en bij asielzoekers worden tegenover elkaar gezet, waardoor geconcludeerd kan worden of meer klachten ontstaan door de huidige situatie waarin asielzoekers zich bevinden of juist niet. Tot slot wordt er nog gekeken welke factoren klachten juist tegen gaan en daarom asielzoekers helpen met hun mentale staat. Al deze factoren samen geven antwoord op deelvraag 1.

2.5.1 Verschil in klachtenpercentage tussen vluchtelingen en asielzoekers

Het is belangrijk om te weten wat het verschil is tussen een vluchteling en een asielzoeker. Met name omdat er vergelijkingen worden gemaakt tussen de veel geziene klachten bij enerzijds asielzoekers en anderzijds bij vluchtelingen. Hieronder staan de definities weergegeven:

- Een **vluchteling** is iemand die buiten zijn/haar land verblijft en niet terug kan, omdat er een reëel risico bestaat op vervolging vanwege zijn/haar ras, religie, nationaliteit of politieke mening, of omdat hij/zij behoort tot een bepaalde sociale groep. De formele erkenning als vluchteling zorgt ervoor dat iemands fundamentele mensenrechten worden gerespecteerd, en dat hij/zij niet gedwongen kan worden terug te keren.
- Een **asielzoeker** is iemand die om formele erkenning als vluchteling heeft gevraagd, maar deze nog niet heeft gekregen. Zolang de procedure loopt, heeft hij/zij recht op verblijf in ons land en krijgt voorziening in basale behoeften zoals huisvesting, leefgeld en een zorgverzekering.

(Centrum'45, z.d.)

In het onderzoek van Gerritsen et al (2006) werd gekeken naar hoeveel vluchtelingen en asielzoekers last hebben van depressie dan wel angstklachten en PTSS-klachten. De twee groepen werden geïnterviewd en vervolgens vergeleken. De vergelijking is hieronder weergegeven in *tabel 2.1*.

	Vluchtelingen	Asielzoekers
Response	178	232
Depressie dan wel angst	39%	68%
PTSS	11%	28%

Tabel 2.1. Vergelijking klachtenpercentage vluchtelingen tegenover asielzoekers

Wanneer er gekeken wordt naar *tabel 2.1* valt op dat van de 232 asielzoekers, in de categorie depressie dan wel angst 68% aangeeft hier klachten van te ervaren. Daar tegenover staat de vluchtelingengroep waarvan 39% aangeeft deze klachten te ervaren. Bij de PTSS gerelateerde klachten komt ook naar voren dat meer asielzoekers dan vluchtelingen last hebben van deze klachten, namelijk 28% tegenover 11%. Een mogelijkheid is dat vluchtelingen meer zorggebruik rapporteren. Echter geeft Gerritsen et al (2006) aan dat dit niet het geval is. Uit het onderzoek van Gerritsen et al (2006) blijkt dat de vluchtelingengroep niet meer zorggebruik rapporteert dan de asielzoekersgroep.

2.5.2 Meest voorkomende psychische klachten

Er is gekeken naar veel voorkomende psychische stoornissen/klachten waar een groot deel van de asielzoekers tegenaan lopen en waarvoor zij in behandeling kunnen zijn binnen/bij het team Angst en Stemming bij Dimence. De drie stoornissen die vaak voorkomen en waar behandelaars binnen Dimence dus vaak mee te maken krijgen worden in de paragrafen 2.5.5 tot en met 2.5.7 verder toegelicht. Wanneer een patiënt doorverwezen wordt naar het team Angst en Stemming is er in veel gevallen wel sprake van comorbiditeit.

2.5.3 Nederland

In het onderzoek van Gerritsen et al (2006) werden asielzoekers afkomstig uit Afghanistan, Iran en Somalië benaderd en geïnterviewd in hun eigen taal. Dit gebeurde binnen 14 asielzoekerscentra in de gemeenten Arnhem, Leiden en Zaanstad. Respondenten van dit interview kregen vragen over hun algemene gezondheid, maar er werd voornamelijk gevraagd naar hun psychische staat. Er is gevraagd of de asielzoekers symptomen van PTSS, depressie en/of angst ervaren. Gerritsen et al (2006) vertelt dat van de 232 geïnterviewde asielzoekers 68% depressie en/of angstklachten ervoer en dat 28% van de respondenten aangaf symptomen van PTSS te ervaren.

2.5.4 Westerse landen

In Fazel, Wheeler en, Danesh (2005) is te lezen dat er interviews zijn afgenomen bij 6743 vluchtelingen in zeven verschillende westerse landen. Dit onderzoek geeft aan dat in grotere onderzoeken 9% (99% CI 8-10%) van de vluchtelingen werd gediagnostiseerd met PTSS en 5% (4-6%) van de vluchtelingen werd gediagnostiseerd met zware depressieklachten en met bewijs voor

comorbiditeit. Het onderzoek van Fazel et al (2005) toont ook aan dat bij 260 vluchtelingkinderen (uit drie verschillende landen) interviews zijn afgenomen. Uit deze interviews blijkt dat 11% (7-17%) van deze kinderen last heeft van PTSS.

Volgens Fazel et al (2005) kunnen vluchtelingen die worden hergevestigd in westerse landen tot tien keer meer kans hebben op het ontwikkelen van PTSS dan autochtone mensen in deze westerse landen in dezelfde leeftijdsgroep. Wereldwijd zijn er tienduizenden vluchtelingen en voormalig hergevestigde vluchtelingen in westerse landen die waarschijnlijk last hebben van PTSS (klachten) (Fazel et al., 2005).

Binnen dit onderzoek wordt enkel gekeken naar asielzoekers en niet naar vluchtelingen, maar wanneer naar paragraaf 2.5.1 gekeken wordt, komt naar voren dat asielzoekers vaker last blijken te hebben van psychische klachten als PTSS, depressie en angst dan vluchtelingen. Hierbij is rekening gehouden met het feit dat de groep vluchtelingen meer hulp voor hun klachten gezocht zou kunnen hebben dan de groep asielzoekers. Echter blijkt uit het onderzoek van Gerritsen et al (2006) dat vluchtelingen en asielzoekers beiden ongeveer evenveel hulp zochten voor hun psychische klachten (zoals eerder in paragraaf 2.5.1 beschreven werd). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de huidige leefsituatie van asielzoekers in negatieve zin grote impact heeft op hun mentale gezondheid. De huidige leefsituatie is de belangrijkste risicofactor voor de gezondheid van asielzoekers.

2.5.5 PTSS

American Psychiatric Association (2020) schrijft het volgende over posttraumatische stressstoornis (PTSS): PTSS is een psychische stoornis die voorkomt bij mensen die een traumatische ervaring hebben meegemaakt of gezien. Er zijn veel verschillende situaties die door iemand als traumatisch ervaren kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan een natuurramp, een heftig ongeluk, een terroristische aanval, oorlog of gevechten, seksueel of andere vormen van misbruik. American Psychiatric Association (2020) maakt duidelijk dat PTSS een stoornis is die bij iedereen van welke afkomst of nationaliteit dan ook op iedere leeftijd voor kan komen. Ook wordt beschreven dat PTSS zorgt voor intense, verontrustende gedachten en gevoelens die verband houden met hun ervaring en die lang voortduren nadat de traumatische gebeurtenis is beëindigd. Iemand met PTSS zou de traumatische gebeurtenis kunnen herleven door flashbacks of nachtmerries te ervaren. Hij/zij kan zich erg verdrietig, bang of boos voelen. Hij/zij kan zich onthecht of vervreemd voelen van andere mensen. Mensen met PTSS ontlopen mogelijk situaties en/of mensen die hen doen denken aan de traumatische gebeurtenis en kunnen heftige reacties hebben op dingen zoals harde geluiden of een aanraking van een ander persoon (American Psychiatric Association, 2020).

Volgens American Psychiatric Association (2020) ervaren veel mensen die in aanraking zijn gekomen met een traumatische gebeurtenis enkele tot alle symptomen zoals beschreven in de volgende alinea:

American Psychiatric Association (2020) schrijft dat om iemand te diagnosticeren met PTSS de symptomen moeten aanhouden voor meer dan een maand, vaak blijven symptomen aanwezig voor maanden en soms zelf jaren. Veel mensen ontwikkelen PTSS binnen drie maanden na de traumatische gebeurtenis, maar symptomen kunnen ook later opduiken. Voor iemand met PTSS zorgen de symptomen ervoor dat er problemen of zelfs lijden ontstaat in het dagelijkse functioneren. PTSS heeft veel comorbiditeit met depressie, middelen gebruik, geheugenproblemen en andere fysieke en mentale gezondheidsproblemen (American Psychiatric Association, 2020).

2.5.6 Depressie.

Depressie kan op alle leeftijden voorkomen. Het boek Klinische psychologie (van der Molen, Simon, van Lankveld, 2015) geeft de volgende definitie van depressie: “Kernsymptomen van een depressieve stoornis zijn een depressieve stemming en/of verlies van interesse en plezier (anhedonie). Er mogen geen manische of hypo manische episoden in de voorgeschiedenis aanwezig zijn. Volgens de DSM-5 “dienen er vijf of meer van de volgende symptomen binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig te zijn en wijken af van het eerdere functioneren. Minstens één van die vijf symptomen is ofwel een sombere stemming, ofwel een verlies van interesse of plezier” (American Psychiatric Association, 2014). Dit zijn de bedoelde symptomen:

- Een sombere stemming die het grootste deel van de dag aanhoudt.
- Duidelijk minder interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag.
- Gewichtsverlies of -toename zonder dat er een dieet wordt gevolgd, of een duidelijke verandering in eetlust.
- Insomnia of hypersomnia.
- Gevoelens van rusteloosheid of geremd worden (ook door anderen waarneembaar).
- Vermoeid of minder energiek.
- Gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens.
- Verminderde concentratie of besluiteloosheid.

(van der Molen, Simon en van Lankveld, 2015)

2.5.7 Angst

GGZ Standaarden (z.d.) schrijft dat angst een normale reactie is op een reële dreiging. Angst is een gevoel en gaat vaak hand in hand met lichamelijke verschijnselen. Er wordt geschreven dat deze verschijnselen geactiveerd worden door het autonome zenuwstelsel dat het lichaam voorbereid op een `fight or flight` reactie. De volgende lichamelijke reacties worden veel ervaren; versnelde hartslag en

ademhaling, verhoogde spierspanning, angstige gedachten en gedragingen zoals verstijven of wegvluchten.

Angstklachten zijn klachten waarbij angstgevoelens en begeleidende lichamelijke klachten een rol spelen. Ze zijn vaak gerelateerd aan (dreigende) problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, sociale contacten, gezondheid), maar kunnen ook spontaan ontstaan. Angstklachten kunnen hinderlijk zijn, zorgen geven (bijvoorbeeld over de lichamelijke gezondheid) en gaan gepaard met sociaal disfunctioneren en overmatige medische consumptie. Het hebben van angstklachten maakt het risico op het krijgen van een angststoornis aanzienlijk groter. Angstklachten gaan vaak samen met depressieve klachten, somatisatie- en spanningsklachten en zijn hiervan niet altijd duidelijk te onderscheiden. (GGZ Standaard, z.d.)

2.5.8 Factoren die klachten verergeren

Volgens Pharos (oktober, 2018) ligt de oorzaak van psychische klachten bij asielzoekers deels bij de ervaringen die in het land van herkomst of tijdens de vlucht zijn opgedaan. Pharos (oktober, 2018) geeft ook aan dat de klachten vaak versterkt worden door postmigratiefactoren. Volgens Pharos (oktober, 2018) zijn er verschillende factoren die invloed kunnen hebben op het gevoel van welbevinding en geluk. Zo spreekt Pharos (oktober, 2018) over factoren als;

- verwijderd zijn van familie en bekenden;
- niet weten of je welkom bent;
- het achterlaten van alles wat vertrouwd was;
- zorgen over werk, een inkomen of een opleiding.

Het zorgen maken over deze factoren hoeft niet te leiden tot psychische stoornissen, maar toch hebben asielzoekers onder andere door deze factoren een verhoogd risico op het ontwikkelen van PTSS en/of depressie tegenover de gemiddelde Nederlandse inwoner (Pharos. Oktober, 2018).

2.5.9 Antwoord deelvraag 1

Aan de hand van de gevonden literatuur in de voorgaande paragrafen kan deelvraag 1: *‘Welke psychische problemen worden veel gezien bij asielzoekers en worden deze erger door de asielprocedure?’* beantwoord worden.

Antwoord deelvraag 1:

De psychische problemen die veel gezien worden bij asielzoekers zijn PTSS, depressie en angststoornissen. Vluchtelingen en asielzoekers maken gebruik van evenveel zorg. Toch hebben asielzoekers vaker last van mentale problemen. Asielzoekers hebben dus een andere leefsituatie dan vluchtelingen. Psychische klachten van asielzoekers kunnen verergerd worden door

postmigratiefactoren die asielzoekers ervaren in hun huidige leefsituatie. De huidige leefsituatie is de belangrijkste risicofactor voor de gezondheid van asielzoekers.

2.6 Deelvraag 2

Deelvraag 2 luidt als volgt: *‘Wat maakt de behandeling van niet westerse patiënten (met asielzoekersstatus) anders dan de behandeling van patiënten met westerse achtergrond (zonder asielzoekersstatus)?’* Om deze vraag te beantwoorden wordt gekeken naar culturele verschillen die een rol kunnen spelen binnen de behandeling en de culturele kloof kunnen vergroten. Dit wordt gedaan aan de hand van literatuuronderzoek en interviews. Door te kijken welke culturele factoren het moeilijker maken een goede vertrouwensband op te bouwen kan antwoord gegeven worden op deelvraag 2.

2.6.1 Culturele verschillen

Het werken aan een band tussen patiënt en therapeut kan soms erg moeizaam verlopen (Mooren en Schoorl, 2009). Met cultuurverschillen en wellicht een taalbarrière wordt het creëren van een vertrouwensband soms bemoeilijkt. Om verantwoorde en systematische hulpverlening te kunnen bieden, is het van belang dat alle betrokken hulpverleners beschikken over de kennis en vaardigheden om deze ondersteuning te kunnen bieden. Wanneer een hulpverlener niet weet wat het beste zorg pad zou (kunnen) zijn, zal er niet optimaal gewerkt kunnen worden aan de stabilisatie en verdere hulp aan de asielzoekers (Lely, 2002).

In de volgende paragrafen wordt aandacht besteed aan het kijken naar de verschillende culturele factoren die tot een grotere cultuurspleet zouden kunnen leiden. Door deze cultuurspleet kleiner te maken kan gewerkt worden aan een goede band tussen patiënt en therapeut. Belangrijk is dat behandelaren zich bewust zijn van deze culturele verschillen zodat er gewerkt kan worden aan wederzijds begrip.

De verschillende culturele factoren die besproken gaan worden, zijn geselecteerd aan de hand van gesprekken die gevoerd zijn met medewerkers binnen Dimence. In gesprek met een toegepast psycholoog in opleiding (persoonlijke communicatie. A.M. Bredero. Februari, 2020) die eerder in 2019 onderzoek gedaan heeft naar diversiteit kwam naar voren dat de volgende twee factoren sowieso meegenomen moesten worden binnen dit onderzoek: communicatie en klachtpresentatie. Na een gesprek met GZ-psycholoog N. van Vliet (persoonlijke communicatie, februari 2020) waarin meerdere factoren binnen communicatie en klachtpresentatie terug te horen waren, is ervoor gekozen deze toe te lichten aan de hand van literatuur.

2.6.2 Communicatie

Communicatie bestaat uit zowel verbale als non-verbale communicatie. Derhalve worden beide vormen van communicatie in het onderzoek betrokken binnen dit literatuuronderzoek. Binnen de verbale communicatie wordt vooral aandacht besteed aan de taalbarrière die vaak aanwezig is wanneer een behandelaar een allochtone patiënt voor zich heeft van niet-westerse afkomst. Non-verbale communicatie wordt in het onderzoek betrokken omdat communicatie op non-verbaal niveau ook miscommunicaties met zich mee kan brengen hetgeen de cultuurskloof alleen maar groter maakt.

2.6.3 Taalbarrière

Misschien wel de meest voor de hand liggende barrière is de taalbarrière. Een taalbarrière is iets dat veel voorkomt tussen de hulpverlener en de patiënt. Patiënten met asielzoekers status van niet-westerse achtergrond hebben zich vaak de Nederlandse taal niet eigen kunnen maken, zo vertelt een GZ-psycholoog (persoonlijke communicatie, mei 2020) werkzaam binnen Dimence. Zonder hulpmiddelen, zoals een tolk, is het onmogelijk een band tussen patiënt en behandelaar te vormen. Zonder hulpmiddelen kunnen de beide partijen elkaar niet begrijpen en kan er ook niet bepaald worden wat voor hulp de patiënt wellicht nodig heeft. Het meest gebruikte hulpmiddel is een tolk. Dit gaat binnen Dimence telefonisch (GZ-psycholoog. Persoonlijke communicatie, maart 2020).

In de relatie tussen zorgverlener en patiënt is communicatie cruciaal. De zorgverlener moet in staat zijn een anamnese af te nemen, informatie te verstrekken over de voorgenoemde behandeling en uitleg te kunnen geven over de voortgang van die behandeling. De patiënt moet deze informatie kunnen begrijpen en in staat zijn om relevante gegevens aan de arts te verstrekken. Deze interactie is noodzakelijk met het oog op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en om kwalitatief goede en veilige zorg te kunnen leveren.
(Triemstra, Veenvliet, Zuizewind, van Kessel en Bos, mei 2016.)

In de Nederlandse samenleving komen echter taalproblemen in de spreekkamer regelmatig voor. Door de recente verhoogde instroom van vluchtelingen is het de verwachting dat zorgverleners hier vaker mee te maken krijgen. Van patiënten mag worden verlangd dat zij zich inzetten om zich verstaanbaar te maken. Aan de andere kant ligt er ook een verplichting bij zorgverleners. Van hen wordt verwacht dat zij inschatten of de taalbarrière het verlenen van adequate zorg in de weg staat. Als dat het geval is, kan bijvoorbeeld een informele tolk ingezet worden, maar soms is de inzet van een professionele tolk noodzakelijk.
(Triemstra et al., mei 2016.)

Volgens Triemstra et al (mei, 2016) wordt het inzetten van een professionele tolk in de GGZ door de zorgverleners gezien als noodzaak bij anderstalige patiënten. Hilderink et al (2009) zegt dat om een taalbarrière te kunnen overbruggen er, indien mogelijk, altijd gebruik gemaakt zal moeten worden van een tolk.

Wanneer gebruik gemaakt moet worden van een tolk is het van belang rekening te houden met vakjargon. Wanneer hulpverleners te veel gebruik maken van vakjargon, belemmert dit de communicatie (Hilderink, van 't Land en Smits, 2009).

2.6.4 Non-verbale communicatie

Naast verbale communicatie kan ook non-verbale communicatie een obstakel bij het vormen van een band tussen de patiënt en de behandelaar. Er kan veel miscommunicatie ontstaan. Communiceren op non-verbaal niveau kan in verschillende culturen verschillende betekenissen hebben (Knipscheer en Kleber, 2005). Hierbij gaat het nu vooral om het verschil tussen de westerse en niet-westerse cultuur. Een voorbeeld is de vraag van de behandelaar aan de patiënt of hij/zij de vraag begrepen heeft en de patiënt die aangeeft de vraag te begrijpen. In niet-westerse culturen is instemming op deze vraag van de hulpverlener vaak een vorm van beleefdheid. De hulpverlener kan er daarom niet van uitgaan dat deze instemming ook echt klopt, want dat is niet altijd de werkelijkheid (Knipscheer en Kleber, 2005).

Zo zijn er nog veel meer verschillen in de non-verbale communicatie tussen westerse en niet-westerse culturen. Repáraz, Ardjosemito-Jethoe en Rijk (2017) geven aan dat hierbij gedacht kan worden aan de wijze waarop iemand respect toont tijdens de behandeling of het gesprek, de persoonlijke ruimte die ten opzichte van elkaar ingenomen wordt, de omgang met stiltes, de wijze waarop de behandelaar en de patiënt elkaar begroeten, expressie van bedoelingen en gevoelens, wanneer en hoe er gelachen wordt en de wijze van stemgebruik. Zelfs de wijze waarop iemand loopt of beweegt, kan verschillen in verschillende culturen (Repáraz, Ardjosemito-Jethoe en Rijk, 2017). Dit geeft aan hoe belangrijk het is om met elkaar te praten over de verschillen en om de cultuurs kloof kleiner te maken. Dit kan alleen door tijd te steken in het beter begrijpen van elkaar en kennis op gebied van cultuursensitief werken op te doen.

2.6.5 Klachtenpresentatie

Naast dat er hindernissen in de communicatie komen ook veel verschillende hindernissen in de klachtenpresentatie naar voren bij de behandeling van patiënten met een niet-westerse achtergrond. Volgens Van Els en Knipscheer (2017) ontbreekt tussen de patiënt en de therapeut het hebben van een gemeenschappelijk ziekteverklaringsmodel. Hindernissen die veel voorkomen zijn; somatisatie, het ontbreken van een gezamenlijk ziekteverklaringsmodel, schaamte en/of angst en de factor masculien

tegenover feminien. In de volgende paragrafen zullen deze drie veel voorkomende hindernissen besproken worden.

2.6.6 Somatisatie en een gemeenschappelijk ziekteverklaringsmodel

Somatisatie is een klachtenpresentatie waarbij de nadruk gelegd wordt op de lichamelijke klachten. Van Els en Knipscheer (2017) vertelt dat vanuit de transculturele psychotherapie, somatisatie gezien wordt als één van de twee obstakels binnen de behandeling van niet-westerse allochtone patiënten. Het tweede obstakel is volgens Van Els en Knipscheer (2017) het ontbreken van een gemeenschappelijk ziekteverklaringsmodel tussen behandelaar en patiënt.

2.6.7 Schaamte, angst en ziekte-inzicht

Schaamte is een factor die vaak de neiging tot somatiseren naar boven haalt bij niet-westerse allochtone patiënten. Veel niet-westerse patiënten zijn opgegroeid in een collectivistische cultuur. Binnen deze cultuur draait een groot deel van het leven om het vormen van hechte groepen en loyaliteit van en naar deze groepen. Vaak hangt binnen collectivistische culturen nog altijd een stigma rondom het naar buiten treden met psychische klachten. Wanneer een niet-westerse allochtone patiënt wel naar buiten treedt met psychische klachten komt er niet alleen schaamte te liggen op de patiënt, maar ook op zijn of haar familie. De kans bestaat dat de hele familie aan gezichtsverlies leidt en dit brengt een zekere angst met zich mee (Hilderink et al. 2009).

Het gebrek aan ziekte-inzicht is een groot probleem bij 1^e generatie niet-westerse patiënten. Veel van deze patiënten hebben weinig kennis over psychische klachten. Het gebrek aan ziekte-inzicht is een factor die hulpverleners als belemmering ervaren in de behandeling van deze mensen. Het overtuigen van de patiënt dat het volgen van een psychologische behandeling zinvol is, wordt hierdoor namelijk vaak bemoeilijkt schrijft Hilderink et al (2009). Hilderink et al (2009) schrijft ook dat het niet-westerse allochtone patiënten niet zelden hun psychische klachten beschouwen en verklaren als een bezetenheid (geesten en `djinn`s`). Wanneer behandelaren hierop afwijzend reageren of hun eigen westerse verklaringsmodellen opdringen, kan dit ervoor zorgen dat de patiënt zich niet serieus genomen voelt. In het slechtste geval zorgt dit ervoor dat de patiënt de behandeling beëindigt en een `drop-out` wordt (Hilderink et al. 2009).

2.6.8 Antwoord deelvraag 2

Aan de hand van de gevonden literatuur in de voorgaande paragrafen kan deelvraag 2: *‘Wat maakt de behandeling van niet-westerse patiënten (met asielzoekersstatus) anders dan de behandeling van patiënten met een westerse achtergrond (zonder asielzoekersstatus)?’* beantwoord worden.

Antwoord deelvraag 2:

Factoren als de taalbarrière en mogelijke verschillen in non-verbale communicatie maken dat het meer tijd zal kosten elkaar te begrijpen en een band te creëren tussen patiënt en behandelaar. Daarnaast hebben patiënten van niet-westerse achtergrond vaak een gebrek aan ziekte-inzicht en somatiseren zij hun klachten. Het ziekteverklaringsmodel van de patiënt verschilt erg van het ziekteverklaringsmodel van de behandelaar. Asielzoekers van niet-westerse achtergrond dragen ook vaak schaamte- en angstgevoelens met zich mee wanneer het gaat om praten over mentale problemen. Ook de familie van de patiënt kan deze gevoelens ervaren wat de schaamte en angst bij de patiënt alleen maar groter kan maken.

2.7 Wat uit de literatuur gaat mee naar het advies?

Therapie zou meer rekening moeten houden met de huidige situatie waarin de asielzoekers zich bevinden.

Een meer cultuur sensitieve behandeling maakt het mogelijk obstakels als een taalbarrière (met hulp van een tolk), of een verschillend ziekteverklaringsmodel te overwinnen bij zowel de behandeling van depressie als de behandeling van PTSS.

Asielzoekers van niet-westerse achtergrond (en hun families) ervaren vaak gevoelens als schaamte en angst wanneer de patiënt spreekt over zijn/haar mentale problemen. Schaamte en angst kan er ook voor zorgen dat de patiënt mentale klachten somatiseert.

Asielzoekers van niet-westerse achtergrond hebben vaak een gebrek aan ziekte-inzicht en hebben daardoor vaak een ziekteverklaringsmodel dat erg verschilt met dat van de behandelaar.

2.8 Interviews

Binnen het onderzoek zijn twee verschillende groepen mensen benaderd voor interviews. Allereerst werden de behandelaars binnen Dimence benaderd. Zij zijn de doelgroep binnen dit onderzoek en het is essentieel hun ervaringen, kennis en gedachten mee te nemen in dit onderzoek. De behandelaars binnen Dimence zijn de doelgroep omdat binnen dit onderzoek gezocht is naar wat zij nodig denken te hebben om de behandeling van asielzoekers met mentale problemen te optimaliseren. Omdat het onderzoek op hen gericht is, is het van belang genoeg informatie uit de interviews te verkrijgen, zodat deelvragen 3 en 4 beantwoord kunnen worden. Later werd met de hulp van een medewerker binnen Dimence contact gezocht met professionals van externe organisaties met als doel hen te interviewen en deelvraag 5 te kunnen beantwoorden. Antwoorden van deze professionals gaven meer diepte aan het onderzoek.

Er is geen betere manier om een beeld te krijgen van de hoop, verlangens en aspiraties van de doelgroep dan direct met hen te praten (IDEO, 2015). Er is dan ook gekozen voor het afnemen van

interviews bij de behandelaren van Dimence, team Angst en Stemming, om te achterhalen wat zij hopen/verlangen en wat hun aspiraties zijn op het gebied van de behandeling van asielzoekers met mentale problemen. Met behandelaren wordt gesproken over de volgende functies; verpleegkundigen, GZ-psychologen en psychiaters. Volgens IDEO (2015) is het belangrijk om alle partijen die te maken hebben met het probleem mee te nemen in het onderzoek. Verpleegkundigen, GZ-psychologen en psychiaters zijn de drie voornaamste groepen mensen die binnen Dimence werken met asielzoekers en daarom te maken hebben met het probleem dat de behandelingen nog niet optimaal verlopen. Zij worden benaderd om te pijlen waar zij tegenaan lopen tijdens het behandelen van asielzoekers en wat zij doen of nodig hebben om over hindernissen heen te komen. Belangrijk is om hen allemaal er bij te betrekken en dus te interviewen voor dit onderzoek om een zo compleet mogelijk beeld te kunnen krijgen van het behandelproces.

2.8.1 Interviews binnen Dimence

Er is voor gekozen om een semi-structureerd interview (bijlage 3) af te nemen bij deze doelgroep. Aan de hand van gesprekken met de opdrachtgever en informatie verkregen door middel van literatuuronderzoek, is een interview format opgesteld dat bestaat uit vier hoofdcategorieën, namelijk: Waar lopen behandelaren tegenaan, Vaardigheden, Mening van asielzoekers en Optimalisering van de behandeling. Elke categorie bevatte een aantal van tevoren opgestelde interviewvragen. Deze interviewvragen dienden als richtlijn. Omdat iedereen het behandelproces anders ervaart, was het niet de bedoeling dat er stug vastgehouden zou worden aan deze al opgestelde vragen, maar dat er ook doorgevraagd zou worden. Dit is dan ook zo gedaan. Bij elk interview was het doel antwoord te krijgen op de vier hoofdcategorieën. Door informatie te verzamelen over deze categorieën konden de volgende twee deelvragen beantwoord worden:

3. *Waar lopen behandelaren tegenaan tijdens het behandelen van asielzoekers?*
4. *Welke vaardigheden missen de behandelaren bij de behandeling van asielzoekers?*

De behandelaren waren benaderd via de interne e-mail van Dimence door de opdrachtgever. Wanneer een behandelaar aangaf interesse te hebben in het onderzoek benaderde de onderzoekster telefonisch de afsprakenbalie van het team Angst en Stemming om een afspraak in te plannen met de behandelaar. Voor een interview plaatsvond, was het van belang dat de respondent de informatiebrief doorlas (bijlage 5) en het toestemmingsformulier ondertekende (bijlage 6). Op het moment dat dit onderzoek voorbereid werd, was het plan het interview face to face af te nemen, echter in verband met het coronabeleid (naar aanleiding van de uitbraak van COVID-19) was dit niet mogelijk. Hierdoor was de tweede optie het afnemen van interviews via het programma Microsoft Teams (Dimence intern). Een interview nam ca. 30 tot 50 minuten in beslag. Interviews werden met toestemming van de respondent opgenomen (enkel het geluid) en vervolgens woordelijk getranscribeerd in een apart Word document. Na het transcriberen werden de geluidsopnames verwijderd en waren de respondenten

geanonimiseerd. Enkel hun functie is nog zichtbaar. Binnen dit onderzoek wordt dan ook naar respondenten gerefereerd aan de hand van hun functie.

2.8.2 Interviews buiten Dimence

Met hulp van een behandelaar binnen Dimence is contact gezocht met professionals buiten Dimence. Een eis was dat deze professionals werkervaring hebben met intercultureel werken, cultuursensitief werken, werken met niet-westerse patiënten en/of werken met asielzoekers. Omdat professionals van zeer verschillende werkachtergronden benaderd waren, is ervoor gekozen een ongestructureerd interview af te nemen waarbij eerder verkregen informatie (uit de interviews met behandelaren binnen Dimence) meegenomen werd bij het stellen van de vragen. Om enige rode draad in het interview te houden, zijn de vier hoofdcategorieën uit het semi-gestructureerde interview meegenomen naar dit ongestructureerde interview. Omdat het interview erg vrij was, had iedere professional de kans te vertellen over wat hij/zij als zeer belangrijk en nuttig ervaart. Dit zorgde voor veel verschillende nieuwe inzichten. Een interview nam ca. 30 tot 50 minuten in beslag. Er zijn verschillende programma's gebruikt voor de afname van deze interviews. Hierbij is rekening gehouden met de voorkeur van de respondenten. Zo is er gebruik gemaakt van ZOOM, maar zijn ook telefonisch interviews afgenomen. Contact en het maken van afspraken ging via e-mail (de onderzoeker maakte gebruik van de interne Dimence e-mail). De wijze van afname (Zoom, telefonisch, enz.) werd gekozen aan de hand van de voorkeur van de respondent. Tijdens het maken van een afspraak lag de keus volledig bij hen. Ook voor deze interviews gold dat deze pas afgenomen werden nadat de respondenten geïnformeerd waren over het onderzoek en een toestemmingsformulier getekend hadden.

IDEO (2015) geeft aan dat een conversation starter veel ideeën voor de respondent legt wat zorgt voor een reactie. In dit geval is gebruik gemaakt van een conversation starter. Door een globale uitleg te geven van het onderzoek en vervolgens de vrijheid aan de respondent te geven om te beginnen met praten over wat hij of zij ook maar wil. Hierdoor komen de belangen, kennis en ideeën van deze mensen snel naar voren waarna doorgevraagd kan worden. IDEO (2015) noemt deze interview aanpak ook wel 'expert interview'. Er werd gekeken naar welke professionals pasten binnen het onderzoek, ook werden er eisen gesteld aan de expertise van deze mensen. Zo is er besloten dat enkel professionals die werkzaam zijn geweest met het behandelen van niet-westerse patiënten en/of asielzoekers benaderd zouden worden. In overleg met behandelaren binnen Dimence is gekeken naar welke externe professionals aan deze eis voldeden. Er werd voor gezorgd dat experts van zeer verschillende achtergronden deelnamen aan het onderzoek en er was een rode draad in de interviews, maar ook genoeg vrijheid. Ook deze interviews werden opgenomen (alleen het geluid) om vervolgens woordelijk te transcriberen in een Word document. Na het transcriberen werden de geluidsopnames verwijderd. Ook de gegevens van de externe professionals zijn compleet geanonimiseerd. Naar hen

wordt, net als bij de behandelaren van Dimence, gerefereerd aan de hand van hun functie. De resultaten van de interviews met deze professionals geven antwoord op de volgende deelvraag:

3. *Wat zeggen professionals van externe organisaties, werkende met niet-westerse patiënten, over het behandelen van asielzoekers?*

2.8.3 Verwerken interviews

Na het transcriberen van de interviews moest er gekeken worden naar de resultaten van deze interviews. De aanpak hiervan is uitgevoerd aan de hand van wat IDEO (2015) zegt over het vinden van thema's. Alle interviews zijn naast elkaar gelegd en met elkaar vergeleken. Op deze manier is gezocht naar thema's die vaak naar voren kwamen binnen de interviews. Er is gericht gezocht naar thema's die antwoord gaven op de deelvragen 3, 4 en 5.

De reden waarom niet gekozen is voor het coderen van de getranscribeerde interviews is omdat gedurende dat de Inspiration fase vorderde het duidelijk werd dat er veel thema's naar voren kwamen. Deze thema's zijn in de interviews die volgden uitgevraagd om te kijken wat iedereen's mening en ervaring was met deze thema's. Na gelezen te hebben van IDEO (2015) over het vinden van thema's bleek dat deze methode beter paste bij dit onderzoek. In bijlage 9 worden de resultaten uitgebreid besproken.

2.9 Ethiek

Dit onderzoek valt niet onder de wet Medische Wetenschappelijk Onderzoek, ook wel MWO genoemd (voor de checklist, zie bijlage 3). Hierdoor is de ethische toetsing van dit onderzoek niet van belang. Binnen dit onderzoek wordt geen medisch onderzoek uitgevoerd. Ook worden deelnemende personen niet onderworpen aan gedragsregels en/of handelingen. Tijdens het onderzoek zijn alleen gezonde meerderjarige respondenten geïnterviewd, namelijk de behandelaren. Er zijn geen verdere veiligheidsrisico's voor de behandelaren verbonden aan dit onderzoek. Respondenten zijn persoonlijk via e-mail benaderd, maar deelname is geheel vrijwillig. Op ieder moment is het voor de respondenten toegestaan hun deelname aan het onderzoek in te trekken. De respondenten kregen voorafgaand aan het interview zowel een informatiebrief die zij door konden lezen als een toestemmingsformulier dat getekend moest worden voorafgaand aan het interview (zie bijlagen 5 en 6). De verwerking van de persoonsgegevens is conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Asielzoekers worden niet benaderd binnen dit onderzoek. De enige mensen die benaderd worden, zijn de behandelaren binnen Dimence en professionals van externe organisaties.

2.10 Deelvragen 3 & 4

Binnen dit onderdeel van de Inspiration fase worden twee deelvragen beantwoord. Beide deelvragen worden beantwoord door naar de thema's in de getranscribeerde interviews te kijken. Deelvraag 3 luidt als volgt: *'Waar lopen behandelaars tegenaan tijdens het behandelen van asielzoekers?'*.

Deelvraag 4 luidt als volgt: *'Welke vaardigheden missen de behandelaars bij de behandeling van asielzoekers?'*.

2.10.1 Resultaten interviews

Om de grote stukken tekst in bijlage 7 (getranscribeerde interviews) overzichtelijker te maken is *tabel 2.2* gemaakt met daarin alle belangrijke informatie. Deze tabel is terug te vinden op de volgende twee bladzijden. De informatie in *tabel 2.2* is opgedeeld in vier categorieën, elke categorie heeft een andere kleur. De vier categorieën zijn; Hindernissen (rood), Vaardigheden (blauw), Mening asielzoekers (oranje/geel) en Nodig (groen). Informatie waar behandelaars geen verandering in kunnen brengen, bijvoorbeeld het feit dat asielzoekers soms naar andere asielzoekerscentra worden overgeplaatst, worden niet meegenomen in de adviezen.

Hindernissen	Vaardigheden	Mening asielzoekers	Nodig
Wachten op een verblijfsvergunning geeft een gevoel van onzekerheid, wanhoop en machteloosheid aan zowel de patiënt als de behandelaar.	Het mechanisme hebben de situatie na het werk los te laten.	Asielzoekers lijken vaker dan Nederlanders blij met en dankbaar voor een behandeling te zijn.	Eerst kijken naar psychische klachten en naar welk team de patiënt moet.
Patiënten worden midden in de behandeling overgeplaatst naar andere azc's.	Communicatie onder de collega's goed onderhouden, constant met elkaar en de patiënt blijven afstemmen.	Nooit echt onderzoek gedaan naar de mening van de asielzoekers.	Centrale contactpersoon/coördinator die in contact staat met andere organisaties en het azc.
Tolk vertraagt het gesprek en door communicatie via een tolk gaat sommige informatie verloren.	Meer geduld hebben en navragen of je het goed begrepen hebt (je = behandelaar).	Voor de asielzoekers is het vaak confronterend als blijkt dat behandelaars de onzekerheden niet weg kunnen halen.	Intervisie met collega's waarin alle vragen, hindernissen en kennis gedeeld kan worden.
Niet alle tolken zijn van even goede kwaliteit.	Enige ervaring hebben met het werken met niet-westerse patiënten helpt.	Asielzoekers lijken zich gehoord, gesteund en begrepen te voelen.	Cursus of training om meer te weten te komen over met welke factoren rekening gehouden moet worden.
Sessies met asielzoekers die de Nederlandse taal niet machtig zijn kosten meer tijd.	Beschikken over goede communicatieve vaardigheden die aansluiten bij de doelgroep.		Meer tijd dan bij reguliere sessies.

Onderscheid maken tussen pathologie en omstandigheden.	Moeite doen om iemand te begrijpen, het gevoel geven dat zij begrepen worden.		Het systeem voldoende betrekken en meenemen naar sessies.
Omgevingsfactoren zijn complex en hebben veel invloed op de stemming van de patiënt.	Asielzoekers niet zien als aparte groep, maar rekening houden met de verschillen.		Aparte poli maken met behandelaars die de taal van de patiënt spreken.
Asielzoekers hebben en/of krijgen vaak te maken met discriminatie/vooroordelen wat voor extra klachten kan zorgen.	Discriminatie en/of vooroordelen moeten direct bespreekbaar gemaakt worden.		Integraal behandelen. Insluiting in plaats van uitsluiting.
Sommigen volgen een behandeling om hun asielprocedure te steunen.	Duidelijk krijgen wat de patiënt verwacht en wat voor oplossing hij/zij zoekt.		Overzicht over financiën, wie betaalt wat.
Het opbouwen van een vertrouwensband is vaak moeilijker dan bij westerse patiënten.	Woorden in de taal van de patiënt leren voor het opbouwen van een band.		Wanneer een asielzoeker op de wachtlijst staat voor bijvoorbeeld EMDR, contact houden (in elk geval eens in de ~ 4-6 weken).
Er zijn veel culturele verschillen, normen en waarden en het ziekteverklaringsmodel komen vaak niet overeen.	Culturele verschillen tussen patiënt en behandelaar benoemen en bespreken.		Afstemmen met partijen als; jeugdzorg, vluchtelingenwerk, azc en maatschappelijk werk.
De asielprocedure is vaak onduidelijk voor de behandelaars.	Het ziekteverklaringsmodel van de patiënt uitvragen en hier open over in gesprek gaan.		Kennis hebben over de asielprocedure/het proces en contact zoeken met het azc.
Patiënten komen moeilijk in aanraking met dagbesteding.	Vaardigheid van asielzoekers: zorgen vaak zelf al voor dagritme.		Zorgen dat asielzoekers dagbesteding krijgen, dagbesteding geeft veerkracht.
Patiënten hebben vaak moeite met het uitspreken van hun gevoel door schaamte/angst.			Vluchtelingenwerk en het azc moeten regelmatig aansluiten.
Patiënten slapen vaak slecht.			Medicatie krijgen voor slaapproblemen.
			Interesse en de wil om met asielzoekers/niet-westerse patiënten te werken moet er zijn.

Tabel 2.2. samenvatting van de vier uitgevraagde categorieën, uit de interviews, met de behandelaars van Dimence.

Tabel 2.2 maakt de resultaten van de vier hoofdcategorieën inzichtelijk, namelijk; Hindernissen (rood), Vaardigheden (blauw), Mening asielzoekers (oranje/geel) en Nodig (groen). Er is gekozen voor dit kleurgebruik om duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen de vier categorieën. Wanneer in bijlage 7 en 8 gekeken wordt, zijn deze kleuren in de tekst terug te vinden. De kleuren binnen *tabel 2.2* zijn direct afgeleid van de gekleurde tekst in bijlagen 7 en 8. De kleuren zijn zo gekozen dat de meeste mensen de categorieën duidelijk uit elkaar zullen kunnen houden. Daarnaast is per categorie gekozen welke kleur het best bij de categorie leek te passen. Rood leek bijvoorbeeld de meest logische kleur voor de categorie `hindernissen`, omdat hindernissen al snel als iets negatiefs gezien wordt en mensen eerder rood dan bijvoorbeeld groen zien bij iets negatiefs. Voor de resultaten van de interviews met externe professionals geldt hetzelfde. Deze tekst zal dan ook niet meer herhaald worden.

Er zijn factoren waar de behandelaar wel invloed op heeft. Deze factoren kunnen eigenlijk samengenomen worden en in één categorie gezet worden, namelijk cultuursensitieve communicatie. Veel van de genoemde vaardigheden vallen hier in en zouden als oplossing gebruikt kunnen worden wanneer hindernissen zich voordoen. Behandelaren geven aan dat het opbouwen van een vertrouwensband vaak lastig kan zijn. Dit kan komen door veel verschillende factoren, maar deze factoren hebben dan vaker niet te maken met de aanwezige cultuurskloof. Andere normen en waarden, een ander ziekteverklaringsmodel, andere leefsituatie, andere taal en zo is er nog veel meer op te noemen. Wanneer behandelaren echt goed de tijd nemen en moeite stoppen in het begrijpen van de patiënt, wordt deze cultuurskloof kleiner en kleiner, blijkt uit de interviews. Tijdens de interviews kwam keer op keer naar voren hoe belangrijk cultuursensitieve communicatie is. Deze communicatie is niet alleen belangrijk naar de patiënt toe. Het is net zo belangrijk duidelijk te communiceren over de dingen die zich voordoen met collega's en betrokken instanties, kwam naar voren in de interviews.

Toen gevraagd werd naar de mening van asielzoekers over hun behandeltraject, kwam als snel naar voren dat hier nooit eerder onderzoek naar gedaan is. Dit komt volgens de behandelaren door het feit dat asielzoekers regelmatig `verdwijnen` uit de behandeling. Asielzoekers worden wel eens overgeplaatst naar andere azc's en kunnen dan niet meer naar de behandelingen komen. De behandelaren geven aan te denken en te willen geloven dat asielzoekers blij en dankbaar zijn voor de behandeling die zij ontvangen. Echter geven de behandelaren aan dit niet 100% te kunnen geloven. Het komt namelijk vaak voor dat asielzoekers de behandelingen gebruiken om meer kans te hebben op een verblijfsvergunning. Hierdoor is er binnen Dimence geen betrouwbare informatie te vinden over de mening van asielzoekers over de behandelingen.

De behandelaren brachten veel punten naar voren die hen zouden kunnen helpen bij het beter aan laten sluiten van de behandelingen op de patiënten. Deze punten worden meegenomen naar het volgende

hoofdstuk (hoofdstuk 3), waarin de conclusie en aanbevelingen gedaan zullen worden. Alle punten die meegenomen zijn, zijn na het beantwoorden van deelvraag 5 in een aparte paragraaf vermeld.

2.10.2 Antwoord deelvraag 3 & 4

Aan de hand van de verkregen informatie uit de interviews met behandelaren binnen Dimence van het team Angst en Stemming in Deventer kunnen deelvraag 3: *‘Waar lopen behandelaren tegenaan tijdens het behandelen van asielzoekers?’* en deelvraag 4: *‘Welke vaardigheden missen de behandelaren bij de behandeling van asielzoekers?’* beantwoord worden.

Antwoord deelvraag 3:

Behandelaren lopen tegen verschillende factoren aan bij het behandelen van asielzoekers. Veel factoren kunnen gebundeld worden en komen neer op het aanlopen tegen het niet bewerkstelligen van een vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar en de tijd nemen elkaars ziekteverklaringsmodel te begrijpen. De behandelaren geven aan dat meer tijd nodig is en dat er door de behandelaren zelf gekozen kan worden meer tijd te nemen. Veel behandelaren vertellen echter geen gebruik te maken van extra tijd omdat dit voor hen erg vermoeiend is (door communicatie via een derde persoon, namelijk de tolk). Pas als aan deze twee factoren is voldaan, zijn belangrijke voorwaarden vervuld waarmee een behandelproces beter kan verlopen. Let op het woord beter, want zelfs als deze twee factoren goed zitten, wordt er nog gecommuniceerd via een derde persoon, de tolk. Ondanks dat dit een noodzakelijke factor is in de behandeling, zorgt het er ook voor dat een sessie meer tijd kost, vermoeiender is voor de behandelaar en waar belangrijke informatie in de vertaling eventueel verloren kan gaan. Behandelaren lopen ook tegen het feit aan dat voor veel asielzoekers het moeilijk is te praten over hun mentale problemen. Genoeg cultuursensitief werken mist soms tijdens de behandeling waardoor deze obstakels niet makkelijk overwonnen worden.

Antwoord deelvraag 4:

Er komt in de interviews naar voren dat sommige behandelaren weinig affiniteit met de doelgroep hebben, terwijl alle vier de behandelaren aangeven dat deze affiniteit cruciaal is. Dit zorgt ervoor dat bij sommige behandelaren de behandelingen met asielzoekers niet goed lopen. Wanneer een behandelaar weinig gemotiveerd is zich in te zetten voor en meer te weten te komen over de cultuur en denkwijze van de patiënt, dan zal de behandeling minder effect hebben. Sommige behandelaren missen de durf om door te vragen, vooral wanneer onderwerpen gevoelig liggen. Affiniteit, wil, en durf zijn vaardigheden die niet iedereen bezit. Dit zorgt er voor dat sommige behandelaren niet genoeg inzet tonen in het willen begrijpen van de patiënt. Het doorzettingsvermogen mist bij deze behandelaren. Geïnterviewde behandelaren gaven aan dat dit kan komen doordat er niet genoeg affiniteit is met de doelgroep of dat de behandelaar niet genoeg kennis heeft over cultuursensitief werken.

2.11 Deelvraag 5

Binnen dit onderdeel van de Inspiration fase wordt één deelvraag beantwoord, namelijk deelvraag 5. Deze deelvraag wordt beantwoord door naar de thema's te kijken die gevonden zijn in de getranscribeerde interviews. Deelvraag 5 luidt als volgt: *'Wat zeggen professionals van externe organisaties, werkende met niet-westerse patiënten, over het behandelen van asielzoekers?'*.

2.11.1 Resultaten interviews

Om de grote stukken tekst in bijlage 8 (getranscribeerde interviews) overzichtelijker te maken is *tabel 2.3* gemaakt met daarin alle belangrijke informatie. De informatie in *tabel 2.3* is opgedeeld in vier categorieën, elke categorie heeft een andere kleur. De vier categorieën zijn; Hindernissen (rood), Vaardigheden (blauw), Mening asielzoekers (oranje/geel) en Nodig (groen). De informatie uit *tabel 2.3* zal kort worden toegelicht na de tabel.

Hindernissen	Vaardigheden	Mening asielzoekers	Nodig
Onbegrip normen en waarden patiënt → geen goede relatie.	Verdiepen in de leefwereld en gedachtewereld van de patiënt en de behandeling laten aansluiten.	Patiënten vertellen alles om een verblijfsvergunning te krijgen, dubbele agenda.	Culturele interview (voor achtergrond-informatie).
Sessies kosten meer tijd	Opstellen als een niet-weter.	Patiënten willen de psychiater zien, niet de psycholoog.	Aangeven meer tijd nodig te hebben.
Taalbarrière.	Woorden leren in de taal van de patiënt.	Asielzoekers zullen altijd positief doen in de hoop een vergunning te krijgen.	Werken met een genogram en ecogram.
Mensen die mogen blijven vinden niet altijd aansluiting binnen de maatschappij.	Trouw blijven aan wat je geleerd hebt (je = behandelaar).		Heteroanamnese, systemische aanpak.
Door culturele verschillen en trauma's is het soms moeilijk het andere geslacht te behandelen.	Vertrouwen kunnen winnen (door gebruik van cognitieve empathie).		Hulpverlener die de taal spreekt, gecertificeerde tolk, fysieke tolk, telefonische tolk.
Patiënt leeft in onzekerheid.	Doorvragen.		Collega's met ervaring.
Vergeet het scenario te bespreken waarin de patiënt geen verblijfsvergunning krijgt. = met lege handen terug.	Niet uitsluitend richten op de verblijfskans, ook op de kans weggestuurd te worden.		(Wekelijkse) intervisie waarin soms cursussen gegeven worden, zorgen dat de intervisie multicultureel is.
Organisaties stemmen weinig met elkaar af.	Doorvragen wat de motivatie van de patiënt is om in Nederland te blijven		Zinnen aanvullen test.
Vrouwen nemen vaak kinderen mee naar EMDR sessies, geen oppas.	Asielzoekers als individu behandelen.		Semantische differentiaal.

Patiënten maken vaak geen huiswerk.	Soms meer een autoritaire houding aannemen.		Een maatschappelijk werker, gespecialiseerd in asiel zaken.
Nederlandse professionals vaak te weinig gemotiveerd.	Rituelen uit de patiënt zijn/haar cultuur invoegen in behandeling.		Iemand binnen het team hebben met inzicht op alle geldstromen.
Therapie ontrouw.	Scheiden psychische problematiek en sociale problematiek.		Iemand binnen het team hebben met juridische kennis.
Asielzoekers zijn vaak onbekend met de rol van een psycholoog, kennen alleen de psychiater.	Verwachtingen goed in kaart brengen.		Dagbesteding.
Vanuit één bepaalde school kijken.	Brede inzet en kijk op psychiatrie, psychologie en psychotherapie.		Minimaal één keer alleen met de patiënt en tolk spreken.
Bovennatuurlijke ziekte interpretatie.	Tolken gebruiken voor meer info, intelligentie, leeftijd (verbaal).		Meertalige folders in de wachtkamer hebben, gebouw niet mono cultureel aankleden.
Tolken vinden sommige dingen schaamtevol om te vertalen.	Open staan te leren van de ander zijn/haar cultuur.		Personeel moet een afspiegeling zijn van de maatschappij.
Tolk kan punten weglaten → miscommunicatie.	Affiniteit hebben met de doelgroep.		
Werken met allochtonen is politiek.	Kennis hebben over religieuze vieringen .		
Sprake van discriminatie of achterstelling op de werkvloer.			
Praten over seksualiteit is vaak lastig.			

Tabel 2.3. samenvatting van de vier uitgevraagde categorieën, uit de interviews, met de externe professionals.

Wanneer tabel 2.2 en tabel 2.3 naast elkaar gelegd worden, komen veel punten met elkaar overeen. Externe professionals spreken in meer detail over tolken. Echter heeft Dimence enkel de optie een telefonische tolk in te zetten. Hierom worden de overige tolk opties niet meegenomen.

De professionals geven aan dat er verschillende middelen zijn waar gebruik van gemaakt kan worden binnen de behandeling. Deze middelen zijn niet door de behandelaars van Dimence genoemd, maar zouden wel gebruikt kunnen worden. Zo worden de volgende middelen/methodes genoemd: genogram, ecogram, cultureel interview, semantische differentiaal en de zinnen aanvullen test. Deze middelen worden dan ook meegenomen naar de conclusie en advisering.

Een factor die voor het eerst genoemd werd tijdens het onderzoek was het feit dat Dimence niet mono cultureel mag zijn. Om ervoor te zorgen dat dit niet gebeurt, kan volgens de professionals een aantal dingen gedaan worden. Allereerst moet er volgens de professionals voor gezorgd worden dat het personeel en dan vooral de behandelaren een afspiegeling zijn van de multiculturele samenleving. De vraag is echter of dit ook nodig is wanneer de behandelaren binnen Dimence leren meer cultuursensitief te werken. Wanneer de behandelaren leren meer cultuursensitief te werken is deze afspiegeling niet persé nodig. Het gebouw en daarmee ook de afdeling van het team Angst en Stemming zou multicultureel ingericht moeten worden. Hierbij kan volgens hen gedacht worden aan het ophangen van foto's aan de muren, het hebben van folders in verschillende talen in de wachtkamer en het ophangen van borden met daarop het woord welkom in verschillende talen.

Iets wat de externe professionals benoemen en wat de behandelaren binnen Dimence ook al benoemen, is het houden van intervisie momenten. Er worden verschillende ideeën genoemd die in te intervisies verwerkt zouden kunnen worden. Zo wordt er gedacht aan het hebben van verschillende contactpersonen (financiën, juridisch, maatschappelijk werker, centrale coördinator) die aan zouden kunnen sluiten bij de intervisies. Ook wordt aangegeven dat het intervisiemoment gebruikt kan worden als cursusmoment, bijvoorbeeld om meer over tolken of religieuze vieringen te leren.

2.11.2 Antwoord deelvraag 5

Aan de hand van de verkregen informatie uit de interviews met de externe professionals kan deelvraag 5: *'Wat zeggen professionals van externe organisaties, werkende met niet-westerse patiënten, over de behandeling van asielzoekers?'*, beantwoord worden.

Antwoord deelvraag 5:

De externe professionals leggen de nadruk op hoe belangrijk het is een vertrouwensband te creëren tussen patiënt en behandelaar. Er zijn veel factoren die overwonnen moeten worden om het vertrouwen van een patiënt te kunnen winnen. Denk hierbij aan; taal, normen en waarden, ziekteverklaringsmodellen, politiek en meer. De professionals geven ook aan dat deze factoren ook nuttig gebruikt kunnen worden door bijvoorbeeld woorden of gezegden in de taal van de patiënt te leren. Volgens de externe professionals is het ook belangrijk dat zowel het gebouw als het personeel (en dan niet alleen de schoonmakers, maar ook de behandelaren) een afspiegeling is van de doelgroep. Stel dat 11% van de patiënten Turks is, dan zou 11% van de behandelaren ook Turks moeten zijn, gaf een professional als voorbeeld. Wanneer de behandelaren meer cultuursensitief te werk gaan is dit echter misschien niet persé nodig. Daarnaast mag het gebouw niet mono cultureel zijn. De externe professionals vertellen ook hoe belangrijk het is intervisies te houden en dat affiniteit met de doelgroep een must is. Volgens de professionals is affiniteit een must omdat de doelgroep een ingewikkelde doelgroep is waar veel aandacht en moeite in de vertrouwensband gestoken moet worden.

2.11 Cultuursensitief werken

Een belangrijk punt door alle resultaten en adviezen heen is cultuursensitief werken.

2.12 Wat uit de interviews gaat mee naar het advies?

Behandelaren geven aan behoefte te hebben aan een soort centrale coördinator die in contact staat met betrokken partijen. De centrale coördinator kan zorgen voor soepelere communicatie tussen betrokken partijen en haalt werk uit handen bij de behandelaren. Hierdoor hebben behandelaren tijd voor andere werkzaamheden. Een centrale coördinator zou ook kunnen helpen met het regelen van dagbesteding voor de asielzoekers.

Behandelaren binnen Dimence geven aan behoefte te hebben aan intervisie momenten. Hierbij gaat het om momenten waarin zowel over casussen gesproken wordt als over verschillende werkwijzen. Een intervisie moment kan dus voor veel verschillende doeleinden ingezet worden.

Trainingen kunnen de behandelaren helpen meer kennis op te doen over bepaalde onderwerpen. Hierbij kan gedacht worden aan trainingen over de hindernissen bij het gebruikmaken van een tolk of trainingen over meer cultuursensitief werken.

Behandelaren geven aan amper kennis te hebben over de asielprocedure, maar kennis hierover wel handig te vinden. Het hebben van informatie over de asielprocedure zou daarom handig zijn.

Tijdens de behandeling zouden verschillende hulpmiddelen ingezet kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan een ecogram, genogram, zinnen aanvullen test, semantische differentiaal of een cultureel interview. Inzet van deze middelen geven nieuwe inzichten in de situatie van de patiënt en kunnen bijdragen aan het opbouwen van een sterkere vertrouwensband.

Asielzoekers hebben volgens de behandelaren weinig kennis over de rol van een psycholoog. Ook is er vaak sprake van een gebrek in ziekte inzicht. Hierom is het juist belangrijk dat informatie over de behandeling/rol van de psycholoog en informatie over mentale problemen beschikbaar is. Dit kan gedaan worden door informatieve folders te vertalen naar de taal van de patiënt en mee te geven of in de wachtkamer te leggen.

Het gebouw van Dimence mag geen mono culturele uitstraling hebben.

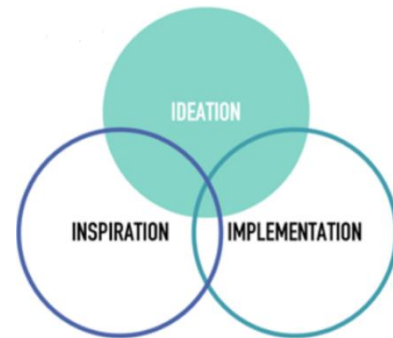
Er is nog ontzettend veel ruimte voor onderzoeken gericht naar zowel de behandeling als de procedure waar asielzoekers doorheen gaan. Dit bleek uit interviews met de externe professionals. Daarnaast is het opvallend dat er amper aandacht besteed wordt aan intercultureel of cultuursensitief werken binnen psychologie opleidingen.

Hoofdstuk 3: Ideation fase

Binnen dit hoofdstuk zal eerst uitgelegd worden wat de Ideation fase inhoudt en wat binnen deze fase gedaan is. Vervolgens zal in paragraaf 3.2 de conclusie en aanbevelingen van dit onderzoek te lezen zijn. Als laatste wordt binnen dit hoofdstuk, in paragraaf 3.3, kort stilgestaan bij wat er in de adviesnota staat.

3.1 Ideation fase

Na de Inspiration fase komt de Ideation fase. Tijdens de Ideation fase wordt er gekeken naar alle verkregen informatie uit de Inspiration fase. Deze informatie wordt verwerkt tot een advies aan Stichting Dimence. Dit advies zal verwerkt worden in een adviesnota. Hoe dit gedaan is, is door de uitkomsten van het literatuuronderzoek te vergelijken met de uitkomsten van de interviews (van zowel de interviews binnen als de interviews buiten Dimence). Alle verkregen informatie wordt in kaart gebracht.



Figuur 3.1. Visuele Ideation fase
(IDEO, 2015)

De onderzoeker heeft gekeken naar veel voorkomende thema's en hoe deze samenhangen met de gevonden literatuur. Nog in de Inspiration fase waren de veel voorkomende thema's al besproken met de opdrachtgever. Het terugkoppelen van de bevindingen is iets dat aangeraden wordt door IDEO (2015). Na het ontwerpen van de adviesnota is nogmaals om feedback gevraagd bij de opdrachtgever. Deze feedback is vervolgens meegenomen bij het aanpassen van zowel dit onderzoeksverslag als het product, de adviesnota. IDEO (2015) geeft namelijk aan dat dit de volgende stap is na het terugkoppelen van de bevindingen. Wanneer er feedback gegeven wordt, kan hiervan geleerd worden. Feedback wordt dan ook serieus genomen en gebruikt bij het verbeteren van zowel het onderzoeksverslag als de adviesnota.

3.2 Conclusie en aanbeveling

Binnen dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de volgende vraag: *‘Wat hebben de behandelaren binnen Dimence, team Angst en Stemming, nodig om het behandelproces van asielzoekers met mentale problemen te optimaliseren?’*. Om tot een antwoord te komen, is kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarvan de resultaten beschreven staan in de Inspiration fase. Nu zullen de resultaten tegenover elkaar gelegd worden in de conclusie. Vervolgens worden in paragraaf 3.2.2 aanbevelingen gedaan aan de hand van de gevonden informatie gedurende dit onderzoek.

3.2.1 Conclusie

Uit de literatuur blijkt dat de huidige leefsituatie de belangrijkste risicofactor voor de mentale gezondheidsproblemen van asielzoekers is. Behandelaren herkennen dit en geven aan dat de huidige leefsituatie van asielzoekers een hindernis vormt binnen de behandeling. Naast de huidige leefsituatie zijn er nog andere hindernissen. Deze hindernissen kunnen geclusterd worden als culturele hindernissen en hindernissen binnen het communiceren via een derde persoon (de tolk). Behandelaren geven aan dat asielzoekers van niet-westerse achtergrond vaak een gebrek aan ziekte-inzicht hebben en dat zij door schaamte en angst vaak hun mentale klachten somatiseren. Door middel van cultuursensitieve communicatie kunnen deze hindernissen overwonnen worden. Cultuursensitief te werk gaan blijkt in veel opzichten erg belangrijk te zijn. Het gebrek aan ziekte-inzicht, maar ook de verwachtingen en het ziekteverklaringsmodel van de patiënt vormen hindernissen binnen de behandeling. Patiënten zouden meer kennis op kunnen doen over deze onderwerpen door folders met informatie tot hun beschikking te hebben waarin gelezen kan worden over deze punten. Deze folders zorgen ervoor dat ook buiten de behandelingen om gewerkt kan worden aan wederzijds begrip, wat zorgt voor een sterkere vertrouwensband. Een cultuursensitieve aanpak helpt de vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar te versterken, wederzijds begrip te creëren en gevoelens van schaamte en angst te verminderen.

Affiniteit is niet teruggekomen in de literatuur, maar cultuursensitiviteit wel. Uit interviews met zowel behandelaren binnen Dimence als externe professionals kwam naar voren dat het hebben van affiniteit met de doelgroep (asielzoekers met niet-westerse achtergrond) noodzakelijk is voor een goede behandeling. Affiniteit zorgt volgens de behandelaren voor doorzettingsvermogen en de wil de ander te begrijpen. Uit de interviews kwam ook naar voren dat kennis van cultuursensitief werken de behandelaar helpt meer aansluiting te vinden bij de patiënt. Externe professionals gaven aan dat om het opbouwen van een vertrouwensband te ondersteunen gebruik gemaakt zou kunnen worden van bepaalde methodes binnen de gesprekken. Hierbij kan gedacht worden aan een eco- of genogram. Dit komt niet terug binnen het literatuur onderzoek en is daarom een nieuw inzicht.

Zowel de literatuur als de geïnterviewde behandelaren en externe professionals geven aan dat de vertrouwensband tussen behandelaar en patiënt de meest belangrijke factor, en basis voor de behandeling is. Er zijn zoals aangegeven veel obstakels die overwonnen moeten worden voordat de cultuurskloof tussen beide partijen kleiner wordt en de vertrouwensbasis ontstaat. Cultuursensitief handelen en communiceren vormt hierin de kern.

3.2.2 Aanbeveling

Dit onderzoek heeft veel verschillende punten aan het licht gebracht met betrekking op wat de behandelaren binnen team Angst en Stemming nodig denken te hebben, om de behandeling beter aan te laten sluiten op asielzoekers met niet-westerse achtergrond. Deze punten zullen als adviezen hieronder benoemd worden.

Centrale coördinator

Behandelaren geven aan behoefte te hebben aan een centrale coördinator die in contact staat met betrokken partijen. De centrale coördinator kan zorgen voor soepelere communicatie tussen betrokken partijen en zorgt er voor dat behandelaren niet langer hoeven te zoeken naar welke organisatie wat precies regelt. Een centrale coördinator zou ook kunnen helpen met het regelen van dagbesteding voor de asielzoekers.

Intervisie

Behandelaren binnen Dimence geven aan behoefte te hebben aan intervisie momenten. Hierbij gaat het om momenten waarin zowel over casussen gesproken wordt als over verschillende werkwijzen. Een intervisie moment kan dus voor veel verschillende doeleinden ingezet worden.

Trainingen

Trainingen kunnen de behandelaren helpen meer kennis op te doen over bepaalde onderwerpen. Hierbij kan gedacht worden aan trainingen over de hindernissen bij het gebruikmaken van een tolk of trainingen over meer cultuursensitief werken.

Kennis over de asielprocedure

Behandelaren geven aan amper kennis te hebben over de asielprocedure, maar kennis hierover wel handig te vinden. Het hebben van informatie over de asielprocedure zou daarom handig zijn.

Hulpmiddelen

Tijdens de behandeling zouden verschillende hulpmiddelen ingezet kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan een ecogram, genogram, zinnen aanvullen test, semantische differentiaal of een cultureel interview. Inzet van deze middelen geven nieuwe inzichten in de situatie van de patiënt en kunnen bijdragen aan het opbouwen van een sterkere vertrouwensband.

Beschikbare informatie voor de asielzoekers

Asielzoekers hebben volgens de behandelaren weinig kennis over de rol van een psycholoog. Ook is er vaak sprake van een gebrek in ziekte inzicht. Hierom is het juist belangrijk dat informatie over de behandeling/rol van de psycholoog en informatie over mentale problemen beschikbaar is. Dit kan

gedaan worden door informatieve folders te vertalen naar de taal van de patiënt en mee te geven of in de wachtkamer te leggen.

Multicultureel interieur

Het gebouw van Dimence mag geen mono culturele uitstraling hebben. Het is van belang dat asielzoekers zich welkom voelen wanneer de het gebouw en/of afdeling Angst en Stemming binnen komen. Kleine aanpassingen als welkom borden met het woord welkom in verschillende talen of foto's van verschillende culturen aan de muren zou een groot verschil kunnen maken.

Vervolgonderzoek

Er is nog ontzettend veel ruimte voor onderzoeken gericht naar de behandeling. Dit bleek uit interviews met zowel de behandelaren binnen Dimence als de externe professionals. Onderzoek naar tolken, gebruik van woorden/zinnen/spreekwoorden in de taal van de patiënt en de effecten daarvan op de vertrouwensband en het effect van dagbesteding kunnen nog veel meer nuttige inzichten opleveren. Veel van deze punten zouden verder onderzocht moeten worden.

Klachten asielzoekers

Asielzoekers van niet-westerse achtergrond (en hun families) ervaren vaak gevoelens als schaamte en angst wanneer de patiënt spreekt over zijn/haar mentale problemen. Schaamte en angst kan er ook voor zorgen dat de patiënt mentale klachten somatiseert. Ook zou de behandeling meer rekening moeten houden met de huidige situatie waarin de asielzoekers zich bevinden (postmigratiefactoren).

Cultuursensitief handelen/communiceren

Er komen veel verschillende culturele verschillen aan het licht wanneer gewerkt wordt met asielzoekers van niet-westerse achtergrond. Deze patiënten hebben bijvoorbeeld vaak een gebrek aan ziekte-inzicht en hebben daardoor vaak een ziekteverklaringsmodel dat erg verschilt met dat van de behandelaar. Ook is er vaak sprake van een taalbarrière. Een meer cultuur sensitieve behandeling maakt het mogelijk obstakels als een taalbarrière (met hulp van een tolk), of een verschillend ziekteverklaringsmodel te overwinnen bij zowel de behandeling van depressie als de behandeling van PTSS.

3.3 Adviesnota

Hoe de adviesnota tot stand gekomen is, is te lezen in de voorgaande hoofdstukken. De adviesnota is bedoeld voor N. van Vliet, zij is de contactpersoon vanuit Stichting Dimence. Het geformuleerde advies is enkel bedoeld voor het team Angst en Stemming, Dimence Deventer.

Alle uitkomsten die in de vorige paragraaf beschreven staan en alle uitkomsten verkregen in de Inspiration fase staan beschreven in de adviesnota. Nadat deze adviesnota aangeboden is aan de opdrachtgever, is het aan de opdrachtgever om deze adviezen te beoordelen op hun waarde en deze vervolgens wel of niet te implementeren. Dit betekent ook dat het de taak van de opdrachtgever is om toestemming aan de verschillende betrokken partijen te vragen voor het implementeren van de adviezen.

Hoofdstuk 4: Afsluiting

Als laatste wordt gekeken naar de discussie van het onderzoek. Er wordt afgesloten met paragraaf 4.2, genaamd 'Slot'.

4.1 Discussie

In paragraaf 4.1.1 wordt teruggekeken op het onderzoek. In de paragraaf erna wordt gekeken naar mogelijke vervolgonderzoeken. Ook wordt er kort beschreven hoe deze onderzoeken eventueel uitgevoerd zouden kunnen worden. In paragraaf 4.1.3 wordt kritisch gekeken naar dit onderzoek. Er wordt gekeken naar de methode, de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek. De discussie wordt afgesloten met paragraaf 4.1.4 waarin gekeken wordt naar wat er verder nog binnen het onderzoek gedaan had kunnen worden.

4.1.1 Terugblik

Terugkijkend op het onderzoeksproces kan worden geconcludeerd dat er onderzocht is wat behandelaars nodig hebben om de behandeling van asielzoekers met mentale klachten/stoornissen te optimaliseren. Er is begonnen met literatuuronderzoek. Dit zorgde voor een betrouwbaar en valide beeld van factoren waar behandelaars tegenaan zouden kunnen lopen tijdens de behandeling. Er kwam naar voren welke psychische problemen behandelaars vaak tegenkomen wanneer zij werken met asielzoekers. Factoren als de taalbarrière, somatisatie, het niet hebben van een gemeenschappelijk ziekteverklaringsmodel en het belang van een vertrouwensband kwamen naar voren. In interviews is ook gevraagd naar positieve factoren in de behandeling. Zo kwam naar voren dat wanneer het lukt om een vertrouwensband te creëren dat het werken met asielzoekers door behandelaars als 'erg leuk' en ervaren wordt.

Dit onderzoek heeft zich gericht op een beperkt aantal respondenten. Baarda (2014, p. 73) geeft aan dat verzadiging een centrale rol speelt binnen kwalitatief onderzoek. Dit houdt in dat er net zo lang interviews gehouden worden tot er geen nieuwe informatie meer voorbijkomt. Tijdens de interviews kwam naar voren dat veel respondenten behoefte hadden aan dezelfde soorten hulpmiddelen. Echter doordat er binnen de uitvoering van dit onderzoek beperkt tijd was voor het afnemen van interviews heeft niet op elk onderdeel verzadiging kunnen optreden. Het doel van dit onderzoek was om te inventariseren wat de behandelaars van Dimence van het team Angst en Stemming in Deventer nodig hebben om het behandelproces van asielzoekers met mentale problemen te optimaliseren. Er is inzicht gekregen in de behoeftes en daarom kan gezegd worden dat het doel van dit onderzoek behaald is en kan antwoord gegeven worden op de hoofdvraag en is een daarbij passende adviesnota ontwikkeld.

Voorafgaand aan het onderzoek was met de opdrachtgever nagedacht over welke adviezen geformuleerd zouden kunnen worden. Er zijn verschillende ideeën naar boven gekomen. Zo is er nagedacht over een folder voor behandelaren met daarin informatie over alle betrokken organisaties en welke organisatie benaderd kan worden voor een bepaalde vraag. Vanuit Saxion werden suggesties als een poster met daarop doorverwijsmogelijkheden voor aan de muur in de behandelruimte of een APP gegeven. Over alle suggesties is nagedacht, maar later is nogmaals met de opdrachtgever gekeken naar de opdracht en was het idee een adviesnota te ontwikkelen met daarin adviezen over hoe de behandelaren meer cultuursensitief te werk kunnen gaan met de doelgroep beschreven staan. Aan dit idee is tot het eind vastgehouden.

4.1.2 Vervolgonderzoek

Er is binnen dit onderzoek bij de behandelaren van Dimence van het team Angst en Stemming nagegaan wat hindernissen zijn waar zij tegenaan lopen bij de behandeling van asielzoekers. Daarnaast is gekeken naar welke vaardigheden zij belangrijk vinden bij het behandelen van asielzoekers met niet-westerse achtergrond (deze vaardigheden zijn terug te vinden in *tabel 2.2* binnen het vorige hoofdstuk onder het kopje 'Vaardigheden'), of zij enige indicatie hadden over hoe asielzoekers denken over behandelingen en ook is gevraagd naar wat zij nodig denken te hebben om het behandelproces te optimaliseren. Deze zelfde onderwerpen zijn in een meer ongestructureerd interview gevraagd aan externe professionals. Uit alle gegeven antwoorden blijkt dat er ontzettend veel ruimte is voor vervolgonderzoek. Er zijn drie onderwerpen voor een vervolgonderzoek geformuleerd. Deze hebben te maken met cultuursensitief werken en zouden meer inzicht kunnen geven in het ontwikkelen van een vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar. Daarnaast zou een antwoord op deze vervolgonderzoeksvragen de behandeling van asielzoekers met mentale problemen kunnen verbeteren:

- Wat is de visie van tolken op het communiceren met niet-westerse mensen of asielzoekers en wat kan beter binnen de communicatie tussen tolk en behandelaar?
 - Dit zou onderzocht kunnen worden door tolken te interviewen. Tolken zouden voor een bepaalde tijd bij kunnen houden waar zij tegenaan lopen in de communicatie met behandelaren. Dit onderzoek kan duidelijk maken wat precies misloopt binnen de communicatie tussen tolk en behandelaar en wat nodig is om dit te verbeteren.
- Moet dagbesteding een verplicht onderdeel zijn bij de behandeling van asielzoekers?
 - Uit de interviews binnen dit onderzoek kwam naar voren dat wanneer asielzoekers een ritme of dagbesteding hebben, hun behandelproces vaak beter loopt. Ook bleek dat het moeilijk is te beslissen of dagbesteding verplicht moet zijn of niet. Een onderzoek naar de positieve en negatieve effecten van dagbesteding zou het maken van deze beslissing makkelijker kunnen maken. Dit onderzoek zou uitgevoerd kunnen worden aan de hand van literatuuronderzoek en door behandelaren van verschillende organisaties te benaderen.

- Gebruik maken van spreekwoorden in de taal van de patiënt. Wat is het effect hiervan op de vertrouwensband?
 - Uit dit onderzoek blijkt dat behandelaren het idee hebben dat het gebruiken van woorden, zinnen en spreekwoorden in de taal van de patiënt zorgt voor een sterkere vertrouwensband al vroeg in het behandelproces. Door te onderzoeken of, en in welke mate, dit het geval is zouden behandelaren door te spelen met taal de cultuurkloof sneller kleiner kunnen maken. Dit onderzoek zou uitgevoerd kunnen worden door behandelaren in twee groepen te splitsen waarvan groep één de taal van de patiënt gebruikt en groep twee dit niet doet. Vervolgens moeten beide groepen vergeleken worden.

4.1.3 Kritisch kijken

Naast dat er adviezen zijn geformuleerd voor Dimence is er ook een aantal vragen die volgens de externe professionals gesteld moeten worden. Volgens hen moet stilgestaan worden bij een aantal punten. Dit is gedaan in paragraaf 4.1.2 Vervolgonderzoek. Er is stilgestaan bij punten waarvan in gesprekken bleek dat daar nog niet genoeg aandacht aan was besteed. Er is nog ontzettend veel ruimte voor onderzoeken. Dit bleek uit interviews met de externe professionals.

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is ervoor gekozen niet alleen interviews af te nemen bij één soort behandelaar. Voor dit onderzoek was het namelijk van belang perspectieven en meningen van meerdere soorten behandelaren mee te nemen. Zowel verpleegkundigen, GZ-psychologen als psychiaters werken met de asielzoekers. Om een volledig beeld te krijgen van wie waar tegenaan kan lopen, is ervoor gekozen om in ieder geval één behandelaar van elke professie te interviewen. Doordat voor veel behandelaren zowel hun thuis- als werksituatie anders was, had niet iedereen de mogelijkheid of wil om mee te doen aan dit onderzoek. Hierom zijn uiteindelijk maar vier behandelaren van binnen Dimence geïnterviewd. Om zo veel mogelijk perspectieven en meningen te verzamelen was het van belang in ieder geval één behandelaar van elk beroep (verpleegkundigen, GZ-psychologen als psychiaters) te interviewen. Om de response zo hoog mogelijk te krijgen, is ervoor gekozen dat de opdrachtgever de behandelaren via e-mail zou benaderen. Zij werkt nauw samen met deze behandelaren en hierdoor was de kans groter dat de behandelaren iets van zich zouden laten horen. Om het onderzoek nog meer valide te maken was het misschien goed geweest een leidinggevende of teamleider mee te nemen binnen dit onderzoek en hem of haar ook te interviewen. Om naast het interviewen van medewerkers binnen Dimence en het kijken naar literatuur nog meer informatie te verkrijgen, is er voor gekozen om ook externe professionals te interviewen. Ook bij de interviews van externe professionals gold dat meerdere soorten behandelaren benaderd moesten worden. Deze professionals moesten ervaring hebben binnen het interculturele werkveld, werkzaam

zijn met asielzoekers, vluchtelingen, niet-westerse mensen of een andere passende doelgroep. Deze professionals zijn de persoonlijke contacten van één van de behandelaren binnen Dimence. Deze behandelaar heeft het op zich genomen deze professionals te benaderen net zoals dat gebeurde bij de medewerkers binnen Dimence.

4.1.4 Wat verder gedaan had kunnen worden

Voor hoeveel tijd er beschikbaar was en met de hulpmiddelen die er waren onder het coronabeleid is er gedaan wat er gedaan kon worden. Dat neemt niet weg dat er een aantal uitbreidingen bedacht was voor het onderzoek. Zo waren er nog een paar externe professionals die bereid waren geïnterviewd te worden, maar dit kon helaas niet meer op korte termijn. Daarnaast zijn er een paar zeer goede contacten verkregen via externe professionals die benaderd hadden kunnen worden als er meer tijd beschikbaar geweest. Hierbij kan gedacht worden aan contacten van schrijvers, journalisten en jonge behandelaren wie hun opleiding gericht hadden op het werken met niet-westerse patiënten en/of asielzoekers.

4.2 Slot

De hoop is dat de adviezen uit dit onderzoek zullen bijdragen aan het optimaliseren van de behandeling van asielzoekers met niet-westerse achtergrond met mentale problemen. De onderzoeker hoopt dat door de adviezen te implementeren de behandelaren meer cultuursensitief te werk kunnen gaan en makkelijker een vertrouwensband met de patiënt kunnen opbouwen.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference tot de Diagnostic Criteria from DSM-5®*. Amsterdam: Boom

American Psychiatric Association (2020). *What is Posttraumatic Stress Disorder?* Geraadpleegd op 19 april 2020, van <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bot, H. (2010). Belemmert een taalbarrière psychotherapie?. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 36(4), 246-257.

Centrum'45. (z.d.). Vluchtelingen en asielzoekers. Geraadpleegd op 9 mei 2020, van <https://www.centrum45.nl/nl/voor-wie/vluchtelingen-en-asielzoekers>

Dimence. (2020). Over Dimence. Geraadpleegd op 4 maart 2020, van <https://www.dimence.nl/overdimence>

Dimence. (z.d.). Over ons. Geraadpleegd op 10 maart 2020, van <https://www.dimence.nl/specialistische-centra/specialistisch-centrum-ontwikkelingsstoornissen-scos/over-ons>

van Els, H., & Knipscheer, J. (2017). Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: Een cultuursensitieve benadering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 2015(1).

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.

Gerritsen, A. A. M., Devillé, W., van der Linden, F. A. H., Bramsen, I., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E. J. M., & van der Ploeg, H. M. (2006). Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen.

GGZ Standaard. (z.d.). Angstklachten en angststoornissen. Geraadpleegd op 25 mei 2020, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/specifieke-omschrijving-angstklachten-en-angststoornissen>

Hilderink, I. , Land, H. van 't , Smits, C. (2009). *Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten*. Utrecht: Trimbos instituut.

IDEO.org. (2015). The field guide to human centered design. Engeland: IDEO.org.

Knipscheer, J. , Kleber, R. (2005). Psychotherapie met allochtonen, écht anders? Maandblad Geestelijke volksgezondheid 7/8, 717-724.

Lely, J. C. (2002). *Psychosociale zorg voor vluchtelingen en asielzoekers*. Uitgeverij Van Gorcum.

van der Molen, H.T. Simon, E. van Lankveld, J. (2015). *Klinische psychologie* (derde druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers

Mooren, T., & Schoorl, M. (2009). *Beter beginnen: een psycho-educatief programma voor vluchtelingen en asielzoekers*. Bohn Stafleu van Loghum.

Pharos. (oktober, 2018). Asielzoekers, vluchtelingen, statushouders – Lichamelijke en psychische gezondheid. Geraadpleegd op 24 mei 2020, van <https://www.pharos.nl/infosheets/asielzoekers-vluchtelingen-statushouders-lichamelijke-en-psychische-gezondheid/>

Repáraz, L.R. , Ardjosemito-Jethoe, S. , Rijk, K. (2017). *Diversiteit in de samenleving*. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.

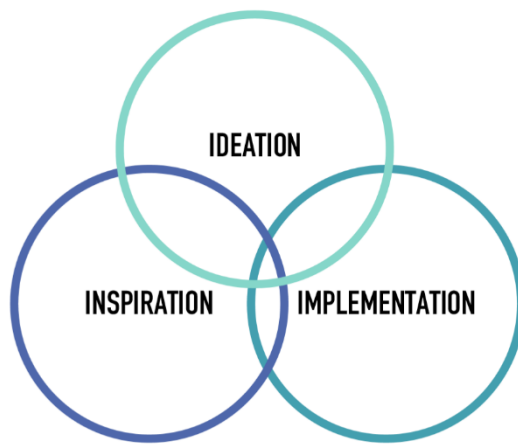
Triemstra, M., Veenvliet, C., Zuizewind, C., van Kessel, P., & Bos, N. (mei, 2016). *Noodzaak en omvang van inzet van professionele tolken in de zorg, Een inventarisatie onder zorgverleners*. (Uitgave van het NIVEL).

Saxion hogeschool. (2019). Handleiding praktijkjaar toegepaste psychologie (voor studenten, docenten, praktijkbegeleiders en opdrachtgevers), 73. Geraadpleegd op 18 maart 2020 van https://leren.saxion.nl/webapps/blackboard/content/listContent.jsp?course_id=_37675_1&content_id=_2292228_1&mode=reset

Bijlagen

Bijlage 1: HCD-model

Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van het Human Centered Design model (HCD-model). Dit model kan gezien worden als de rode draad. Het onderzoek is opgebouwd door de verschillende fases van het model, die in de volgende alinea's toegelicht worden, te doorlopen. Belangrijk is dat de lezer van dit onderzoeksverslag het HCD-model begrijpt. Onderstaande tekst is overgenomen uit bijlage 11 van "handleiding praktijkjaar" blz. 73 (Saxion Hogeschool, 2019). In deze tekst wordt het HCD-model uitgelegd.



Figuur b1. Visuele weergave HCD-proces (IDEO, 2015)

Om tot een nieuw product of een nieuwe dienst te komen worden er binnen HCD drie fasen doorlopen: Inspiration, Ideation en Implementation (de grote cirkels).

In de eerste fase, Inspiration, onderzoek je de echte wereld om je te laten inspireren. In deze fase probeer je het probleem te doorgronden en ga je informatie inwinnen over de achtergrond van het probleem. Hiervoor voer je onderzoek uit. Methoden die van toepassing kunnen zijn, zijn: observatie, interview, card-sorting, etc. Dit onderzoek, in de Inspiration fase volgt in het klein ook weer de HCD-cyclus. In deze onderzoeksfase zullen voor dit onderzoek interviews afgenomen worden bij behandelaren binnen Dimence en bij externe professionals.

De tweede fase is de Ideation fase. Op basis van de informatie uit de Inspiration fase genereer je hier zoveel mogelijk oplossingen. Deze oplossingen worden in deze fase uitgeprobeerd en onderzocht. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek worden de oplossingen gefilterd en wordt er gekozen voor de beste oplossing. Methoden die van toepassing kunnen zijn, zijn: brainstormen, storyboard, rapid prototyping, etc. Dit onderzoek in de Ideation fase volgt in het klein ook weer de HCD-cyclus. In deze onderzoeksfase wordt binnen het onderzoek gekeken naar de resultaten uit de literatuur en de interviews. Aan de hand van de resultaten worden adviezen geformuleerd voor de opdrachtgever. Deze

adviezen worden vervolgens in een adviesnota verwerkt, welke na afronding van het onderzoek overhandigd wordt aan de opdrachtgever.

De derde fase is de Implementation fase. In deze fase komt de oplossing van het onderzoek tot leven door te prototypen. Door middel van prototyping test je het product en ga je finetunen. Je test de oplossing bij een kleine, goed gekozen groep stakeholders. Methoden die van toepassing kunnen zijn, zijn: prototyping, pilot, evaluatie, etc. De Implementation fase valt niet binnen dit onderzoek. Om deze reden wordt er geen verdere aandacht besteed aan deze fase.

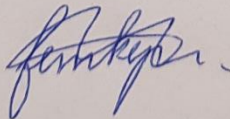
Door dit gehele onderzoek zullen de stappen van het HCD-model doorlopen worden. Binnen dit verslag wordt aangegeven in welke fases de verschillende delen van het onderzoek zich bevinden. Dit verslag is in een volgorde geschreven waarin het HCD-model goed te volgen is. Zo zal er eerst de onderzoeksmethode beschreven worden, vervolgens wordt gekeken naar literatuur die is gevonden tijdens het deskresearch gedeelte van de Inspiration fase. Hierna volgt het fieldresearch gedeelte van de Inspiration fase waarbinnen interviews zijn afgenomen. Tot slot zal gekeken worden naar de Ideation fase. De Implementation fase wordt uitgevoerd na het maken van het adviesrapport en deze verantwoordelijkheid ligt bij de opdrachtgever.

Bijlage 2: Verklaring gebruikte hulpmiddelen



Verklaring gebruikte hulpmiddelen

Hierbij verklaar ik, dat ik het voor u liggende werkstuk/project zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de aangegeven hulpmiddelen geschreven heb. De uit andere bronnen direct of indirect overgenomen teksten zijn op enigerlei wijze in de door mij geschreven tekst expliciet met bronvermelding verantwoord. Het werkstuk werd tot nu toe nog niet in dezelfde of in vergelijkbare vorm aan een examinerator of examencommissie voorgelegd. Ook is het werkstuk niet eerder in het openbaar verschenen.

Naam, achternaam	Femke Poesse
Plaats, datum	Bathmen, 1 juni 2020
Handtekening	

Bijlage 3: Checklist ethische toetsing

1. Valt het onderzoek onder de Wet medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO)? Onderzoek valt onder de WMO als het aan de volgende twee voorwaarden voldoet: er is sprake van medisch wetenschappelijk onderzoek én personen worden aan handelingen onderworpen of hen worden gedragsregels opgelegd (zie voor meer informatie: <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>)
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
2. Gaat het bij het voorgenomen onderzoek om een gezonde populatie?
☒ Ja
☐ Nee → Toetsing noodzakelijk
3. Is er sprake van onderzoek bij minderjarigen (<16 jaar) of bij wilsonbekwamen?
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
4. Worden deelnemende personen aan handelingen onderworpen of worden aan de deelnemende personen bepaalde gedragswijzen opgelegd, die ONGEMAK kunnen inhouden?
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
5. Zijn er VEILIGHEIDS- EN/OF GEZONDHEIDSRISICO'S VOOR DE RESPONDENTEN verbonden aan het onderzoek?
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
6. Is er een aanspreekpunt waar deelnemende personen terecht kunnen met vragen over het onderzoek en worden zij hiervan op de hoogte gesteld?
☒ Ja
☐ Nee → Toetsing noodzakelijk
7. Zijn de deelnemende personen volledig vrij om deel te nemen aan het onderzoek, en om hiermee op elk moment te stoppen wanneer zij dat willen, om welke reden dan ook?
☒ Ja
☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

8. Worden deelnemers aan het onderzoek voorafgaand aan deelname schriftelijk en mondeling voorgelicht over doel, de aard en duur, risico's en bezwaren van het onderzoek?

☒ Ja

☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

9. Tekenende deelnemende personen en/of hun vertegenwoordigers voor toestemming met het onderzoek?

☒ Ja

☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

10. Is de verwerking van persoonsgegevens in overeenstemming met de AVG? DENK AAN HET ZORGVULDIG OMGAAN MET (PERSOONS)GEGEVENS (ZOWEL OP PAPIER ALS DIGITAAL) EN EEN VEILIGE MANIER VAN DATAOPSLAG.

☒ Ja

☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

Toetsing noodzakelijk: Wanneer de uitkomst één of meerdere keren 'toetsing noodzakelijk' is, dan zal de scriptiecoördinator beoordelen of het onderzoek in lijn is met de gedragscode. Bij twijfel zal de SEAC (Saxion Ethische Advies Commissie) worden geconsulteerd.

Bijlage 4: Opzet semi-gestructureerd interview

(1) Verloop van de behandeling en hindernissen

Hoe ziet momenteel het behandelproces er uit?

- Hoe goed verloopt momenteel de behandeling van asielzoekers?
- Wat is uw rol binnen de behandeling?
- Waar loopt u tegen aan tijdens de behandeling?
- Wat voor effect heeft dit op de behandeling?
- Wat gaat er goed tijdens de behandeling?

(2) Vaardigheden

Wat maakt dat u wel of niet toegerust bent voor de behandeling van asielzoekers?

- Met welke culturele aspecten moet tijdens de behandeling rekening gehouden worden?
- Heeft u ooit geleerd over cultuursensitief werken/werken met asielzoekers (opleiding, minor, cursus, training, afstudeeropdracht)?
- Welke vaardigheden zijn echt nodig wanneer er gewerkt wordt met asielzoekers?
- Welke vaardigheden zou u nog willen leren?

(3) Mening van asielzoekers

Hoe denkt u dat asielzoekers de behandeling ervaren?

- Wat voor positieve feedback heeft u van asielzoekers ontvangen?
- Wat voor negatieve feedback heeft u van asielzoekers ontvangen?
- Waarom is nooit eerder onderzoek gedaan naar de mening van asielzoekers?
- Hebben asielzoekers ooit ideeën voor de behandelingen voorgesteld?

(4) Wat is nodig voor optimalisatie?

Wat denkt u nodig te hebben om de behandeling van asielzoekers te optimaliseren?

- Hoe zou dit de behandeling helpen?
- Heeft u dit al eerder aangegeven bij Dimence?
- Wat ziet u voor zich wanneer er gesproken wordt over een optimale behandeling?

Voor alle vragen geldt dat er naar voorbeelden gevraagd kan worden. Hierom is de vraag “kunt u een voorbeeld noemen” niet opgenomen in de vragenlijst. Tijdens de interviews werd er vastgehouden aan de vier hoofdcategorieën. Deze vormden de rode draad in de interviews.

Bijlage 5: Informatiebrief

Informatiebrief: Behandeling van asielzoekers optimaliseren

Geachte heer/mevrouw, hierbij wil ik u vriendelijk vragen om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. De keus om wel of niet deel te nemen ligt geheel bij u. Voordat u deze beslissing neemt, is het belangrijk om te weten waar dit onderzoek precies over gaat. Informatie over dit onderzoek zal dan ook in de volgende alinea's te lezen zijn. Neem alstublieft rustig de tijd deze brief verder te lezen. Mocht u na het lezen van deze informatie nog vragen hebben, dan kunt u terecht bij de onderzoeker. Onderaan deze brief staan de contactgegevens van de onderzoeker vermeld.

Het doel van dit onderzoek is te onderzoeken hoe de behandeling van asielzoekers binnen Dimence geoptimaliseerd kan worden. Binnen dit onderzoek zullen interviews afgenomen worden bij de behandelaren binnen Dimence team Angst en Stemming. Als u besluit deel te nemen aan dit onderzoek, dan wordt er verwacht dat u zo eerlijk mogelijk antwoord geeft op de vragen die tijdens het interview gesteld worden. De uitkomsten van de interviews binnen het onderzoek zullen onder andere gebruikt worden om een adviesnota te ontwikkelen ter optimalisatie van de behandeling van asielzoekers.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Mocht u besluiten niet mee te willen doen, dan hangen hier geen consequenties aan vast. U hoeft in dat geval niets te ondertekenen. Ook hoeft u niet te vermelden waarom u niet mee wilt doen met dit onderzoek. Mocht u aangeven mee te willen doen aan dit onderzoek, maar gedurende het proces van gedachten veranderen? Dan kunt u gedurende het onderzoek zonder consequenties uw deelname beëindigen. Ook in dit geval hoeft u geen reden op te geven.

Gegevens uit het onderzoek zullen vertrouwelijk behandeld en bewaard worden. Uw persoonlijke gegevens worden gecodeerd opgeslagen en enkel de onderzoeker zal weten om wie deze gegevens gaan. Belangrijk is om te weten dat de gecodeerde gegevens ingezien kunnen worden door de docenten die betrokken zijn als beoordelaars binnen dit onderzoek. Zij bewaken de kwaliteit van het onderzoek en hebben hierom toestemming deze gecodeerde gegevens in te zien.

De onderzoeksgegevens worden enkel gebruikt voor een wetenschappelijk onderzoeksrapport welke wordt gebruikt voor onderwijsdoeleinden. Individuele gegevens van deelnemers zullen hierin niet herkenbaar zijn. Dit betekent dat uw privacy volledig gewaarborgd zal blijven.

Mocht u nog verdere vragen hebben over het onderzoek, dan beantwoordt de onderzoeker deze graag op één van de volgende e-mailadressen:

f.poesse@dimence.nl of poessefemke@gmail.com

Bijlage 6: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Hierbij verklaar ik de informatiebrief over dit onderzoek en deelname hieraan aandachtig gelezen te hebben. Ik had de mogelijkheid aanvullende vragen te stellen en vragen die ik gesteld heb zijn voldoende beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik deel zou nemen aan dit onderzoek.

Ik ben mij ervan bewust dat deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Ik ben mij ervan bewust dat ik op ieder moment gedurende mijn deelname aan dit onderzoek kan beslissen mijn deelname te beëindigen. Hiervoor hoef ik geen reden te geven. Ook weet ik dat er geen consequenties vast zitten aan de beëindiging van mijn deelname.

Ik ben mij ervan bewust dat de onderzoeker(s) en begeleiders van de onderzoeker(s) mijn gegevens kunnen inzien. Ik weet dat mijn gegevens vertrouwelijk en waar mogelijk anoniem opgeslagen zullen worden. Ik weet dat in de rapportage de gebruikte gegevens hoe dan ook anoniem zullen zijn.

Hierbij geef ik toestemming voor het gebruik van mijn gegevens, voor de doeleinden zoals vermeld in de informatiebrief. Mocht er een reden/aanleiding zijn de verkregen gegevens te gebruiken voor andere doeleinden dan enkel het rapport dan zal opnieuw toestemming aan mij gevraagd worden.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum: ____ / ____ / ____

Ik verklaar hierbij voldoende geïnformeerd te zijn over het onderzoek en het gebruik van mijn gegevens alvorens mijn deelname.

Wanneer er gedurende het onderzoek informatie bekend wordt dat de toestemming van de deelnemers zou kunnen beïnvloeden, dan zal ik hem/haar tijdig op de hoogte brengen. Dit zal gebeuren op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat deze informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker(s): Femke Poesse

Handtekening:



Datum: 07 / 05 / 2020

Bijlage 7: Getranscribeerde interviews behandelaren Dimence

Geïnterviewde: Verpleegkundige in opleiding tot specialist (G)

Interviewer: Femke Poesse (I)

Datum: 13 mei 2020 om 09:30 uur

Middel: Microsoft Teams

Voorafgaand aan het interview is G bedankt voor de interesse en deelname in het onderzoek. Vervolgens is toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Pas hierna is de opname gestart.

I: Dan is mijn eerste vraag of u mij kan vertellen hoe de behandeling van asielzoekers er momenteel aan toe gaat, hoe ziet het er uit?

G: Ik heb zelf nu maar één casus hier, vanaf januari pas. Ik ben verpleegkundig specialiste in opleiding en ik heb één iemand nu die in de procedure zit. Ik weet niet zo goed wat je ermee bedoelt, want zij krijgt een traumabehandeling en daarnaast doet zij mij nu de SPV contacten.

I: Oké, de vraag is wat het proces is. Waar gaan deze mensen doorheen, dus bijvoorbeeld nu de mevrouw van uw casus. Daarnaast was de vraag ook wat uw rol daarbinnen is. Heeft u enig idee hoe goed de behandeling momenteel verloopt? Met name het gedeelte dat u verzorgt.

G: De behandeling loopt nu op zich goed, maar dit heeft ook te maken met dat deze casus nu een verblijfsvergunning heeft gekregen en dat lucht erg op. Hierdoor voelt het minder machteloos. Dit was in het begin natuurlijk niet zo, zij zat te wachten en het is dan lastig om met iemand te werken naar de toekomst. Je zit er zelf ook in, het voelt heel erg frustrerend. In die zin verloopt het nu goed. Ze gaat traumabehandeling krijgen.

I: Oké. Net heb ik gevraagd naar het hele proces. Kunt u mij vertellen wat precies uw rol is binnen het proces? U gaf net al een afkorting, maar kunt u dit wat verder uitleggen?

G: Ja, ik ben geen Spv'er hoor, dat is een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Nu is mijn rol dat ik ondersteunende gesprekken voer met haar en wat ik zoal heb gedaan, is het signaleringsplan met haar maken. Dat is mijn rol nu.

I: Ja, duidelijk. Zijn er punten waar u tegenaan loopt tijdens de behandeling? Bij de gesprekken of het maken van het signaleringsplan?

G: Nee, ze spreekt de taal goed en die snapt ze ook, dus daar loop ik niet tegenaan.

I: Dus er zijn ook geen negatieve punten die effect hebben op de behandeling?

G: Dat is in deze casus lastig, want ik weet niet hoe het was gegaan als de verblijfsvergunning niet door was gegaan. Ik weet het niet.

I: Nee dat snap ik, dat kunnen we ook niet weten. Dat is een wat als situatie, daar komen we niet uit. Wat gaat er heel goed tijdens de behandeling? Zijn er punten die gewoon heel goed verlopen?

G: Nou in dit geval staat degene open voor wat ze aangereikt krijgt, dat maakt dat de behandeling in die zin ook goed aanslaat. Wat goed gaat is dat zij heel erg bezig is met haar toekomst. Ik vind het heel lastig om deze vraag te beantwoorden, want ik merk heel erg dat de verblijfsvergunning, dat was gewoon zo'n groot ding, als zij dat niet had gekregen had ik een heel ander gesprek gehad. Dat is wel

heel lastig. We zijn nu bezig met de toekomst en dat gaat met vallen en opstaan natuurlijk en er zit ook nog een trauma achter.

I: Daar komt dan binnenkort behandeling voor.

G: Ja, daar komt binnenkort behandeling voor. In die zin zijn we beetje bij beetje bezig met de toekomst. En kijken we, want dat is ook wat ik doe, kijken naar een huis, naar hoever je dingen weer kan oppakken.

I: Ah oké, dus u helpt ook met de verdere hulp.

G: Ja, daar zijn wij ook mee bezig.

I: U heeft nu natuurlijk één casus, misschien heeft u nog vaker mensen behandeld?

G: Nee eigenlijk niet. Wel mensen die uit het buitenland komen, maar zij wonen dan eigenlijk al hier.

I: Want de vraag was namelijk: zijn er culturele aspecten waar u tijdens de behandeling tegenaan loopt?

G: Niet in deze casus, nee.

I: Is dit wel eens voorgekomen misschien?

G: Ja, zeker. Meer met mensen die gewoon een andere nationaliteit hebben. Niet met mensen die in een azc zitten.

I: Dus die mensen zijn geen asielzoekers?

G: Nee.

I: Heeft u misschien het idee dat andere mensen, andere hulpverleners soms tegen, ik moet absoluut geen namen, maar tegen culturele aspecten aanlopen bij de asielzoekers?

G: Hier kan ik eigenlijk niet erg veel over zeggen, ik werk hier natuurlijk nog maar kort. Ik zie wel soms dat er problemen zijn met bepaalde, of niet echt problemen, maar dat het wel lastig is ja.

I: Goed om te weten, dan weet ik dat de vraag ook nog bij andere mensen gesteld kan worden. Heeft u eigenlijk ooit een opleiding, een training of een cursus specifiek gehad voor het behandelen van asielzoekers?

G: Niet van asielzoekers, maar [ik heb wel een minor culturele antropologie gedaan op het hbo](#).

I: Ah goed, kunt u mij vertellen hoeveel nut deze minor voor u gehad heeft? Hoeveel heeft u er aan?

G: Het is al heel lang geleden weer hoor, maar wat [ik er vooral van heb onthouden is dat je referentiekader niet het kader is en dat je toch echt altijd wel verder moet gaan kijken. Je moet goed onderzoeken samen wat het nou precies kan zijn en het ook open breken en eventueel wel bespreekbaar maken. Zo denkt diegene uit die cultuur er over, zo denken wij er vanuit onze cultuur over](#). In die zin heeft dat mij wel geholpen. Ook zijn er allemaal leuke feitjes, bijvoorbeeld dat bepaalde culturen bepaalde ziektes hebben, dat is ook wel leuk om te leren. Dat heeft het wel vooral

gebracht. **Om vooral in gesprek te gaan en de verschillen echt te benomen.** Zo werkt het bij jullie, zo werkt het bij ons. Of zo werkt het bij mij, want een cultuur is natuurlijk al een groepje van vijf. Een gezin heeft ook een cultuur, maar in ieder geval dat je dat bespreekbaar maakt. Ik heb hier zeker wel iets aan gehad, ja.

I: Zou u het ook aanraden voor behandelaren, verpleegkundigen of psychiaters die geen training, cursus of opleiding gehad hebben in bijvoorbeeld cultuursensitief werken of iets in deze (deze is een verwijzing naar de minor culturele antropologie) richting om dat wel te doen?

G: Ja dat zou ik wel aanraden, ja.

I: Zijn er nog vaardigheden die u graag zou willen leren? Ondanks dat u natuurlijk al een minor heeft gevolgd ooit en alles tot nu toe nog goed verloopt.

G: Ja, **wat ik heel lastig vind, maar dat was toen zij nog geen verblijfsvergunning had, is dat je jezelf heel wanhopig voelt.** Je denkt dat als ik in zo'n situatie zou zitten, want ik werk dan nu bij team Angst en Stemming, als ik in zo'n situatie zou zitten zou ik ook 'knal' depressief zijn en hulp willen. **Dus dat hele machteloze gevoel vind ik een heel moeilijk gevoel. Een zwaar gevoel.**

I: Neemt u dit ook mee naar huis?

G: Ja, soms wel. Ja, ja en dan weet ik ook wel dit is natuurlijk één geval en je weet ook wel op macroniveau is het allemaal niet te doen, maar het is wel dat als je helemaal inzoomt op microniveau vind ik dat heel heftig ja.

I: Dat is ook wel begrijpelijk. Kunt u iets met dit gevoel?

G: Ja, we kunnen dat hier bespreken. Ik bespreek dat dan met ..., ik bespreek dat dan met ...

I: Heeft u enig idee hoe asielzoekers over de behandeling denken?

G: Nee, eigenlijk niet zo expliciet gevraagd. **Ze is er wel blij mee geloof ik, maar ik heb het niet zo expliciet gevraagd.**

I: Zijn er misschien ooit punten voorbij gekomen waarvan degene van uw casus heeft gezegd, van nou dit kan beter of dit kan anders?

G: Nee. **Het is toch wel vooral dankbaarheid.**

I: Oké, dankbaarheid komt wel langs. Dat is wel mooi. Wat denkt u dat er nodig is om de behandeling van asielzoekers te optimaliseren?

G: Ik kan mij wel voorstellen, ik heb er ook wel aan zitten denken, maar om ook wel contact te zoeken met het azc zelf. Op dat punt heb ik op een gegeven moment wel gestaan, maar goed toen liep het toch weer anders, maar dat je daar wel contact mee hebt. Dit heb ik niet gehad hoor, **maar ik kan mij wel voorstellen dat dat belangrijk is.**

I: Het is niet de standaard dat het contact met het azc gaat?

G: Jawel, wat ik hier begrepen heb van collega's, want dat heb ik hier wel besproken is dat zij zeiden: "dat kan je wel gewoon doen". Maar goed toen veranderde de situatie weer waardoor ik dit niet deed.

I: De optie is er dus in ieder geval wel?

G: Ja.

I: Zijn er nog andere punten waarvan u zegt, nou dat is handig of nodig of dat hebben de behandelaars nodig. Iets dat u nodig heeft?

G: Vind ik lastig te zeggen. Oh ja, waar ik wel zelf behoefte aan zou hebben, al zou ik dat zelf kunnen opzoeken, is hoe het allemaal werkt met asiel. Dat je wat meer kunt uitleggen. Nu krijg je veel te horen van de patiënt zelf en denk je oké het zal wel zo gaan, met de advocaat en met nou ja. Ik weet eigenlijk heel weinig van die hele procedure. Eigenlijk weet ik helemaal niks van de procedure.

I: Precies, dus wat meer achtergrondinformatie?

G: Ja, hoe dat in Nederland überhaupt gaat wettelijk gezien, maar ook hoe werken die dingen. Stel dat je geen verblijfsvergunning krijgt, wat gebeurt er dan, ga je dan meteen naar zo'n detentiecentra, ja dat soort dingen.

I: Dus eigenlijk alle mogelijke situaties uitgelegd, zodat u de achtergrondinformatie ook hebt.

G: Ja, ja.

I: Dat is inderdaad wel makkelijk om in gesprek te gebruiken.

G: Misschien staat het allemaal al ergens bij het ministerie hoor, dat weet ik eigenlijk niet.

I: Nee, maar dat is goed voor mij om mee te nemen in het onderzoek. Heeft u al eerder bij Dimence aangegeven dat dit handig zou kunnen zijn?

G: Nee, ik bedenk me dat nu ineens.

I: Wat ziet u voor u wanneer we spreken over een geoptimaliseerde behandeling. Wat zou de beste behandeling zijn in uw ogen?

G: Ik vind wel dat je eerst moet kijken naar de psychische klachten waar mensen voor aangemeld worden, naar welk team moet iemand gaan. Is iemand psychotisch, is iemand depressief of heeft iemand PTSS. Dat is wel belangrijk natuurlijk, van waar gaat iemand naartoe. Dat blijft natuurlijk ook je aandachtspunt, daarvoor is iemand hier natuurlijk ook. Daarnaast kan ik het mij wel voorstellen dat als het heel lastig is je met het systeem waar iemand al is, ik weet niet wie er allemaal omheen zit, dat is natuurlijk ook zoiets. Jeugdzorg, maatschappelijk werk, noem het allemaal maar op. Om eventueel af te stemmen als de patiënt dat ook wil, als de patiënt dat niet wil dan kan dat natuurlijk niet, maar ja. Dat je die afstemming hebt.

I: Afstemming tussen verschillende partijen en achtergrondinformatie zijn dus eigenlijk de grootste punten?

G: Ja dat denk ik wel. Ik kan mij voorstellen dat als jij op een afdeling bent waar heel veel asielzoekers zijn dat je ook wel een soort van één iemand hebt die de contactpersoon is van zo'n afd.

I: Duidelijk. Is er nog iets anders wat u zou willen, misschien iets goeds om nog te vragen bij volgende interviews die ik nog ga voeren?

G: Nee, nee. Ik denk, nee, nee.

I: Oké, want dan was dit het al, we hebben het precies binnen de tijd gered, gelukkig. Dan wil ik u bedanken voor het meedoen aan dit onderzoek.

G: Ja geen probleem, oh wacht ik weet nog iets. Dat bedenk ik me nu ineens. *Iets wat handig is om te weten en wat nu niet makkelijk of duidelijk is om terug te vinden is wie wat betaalt.*

I: Wie bedoelt allemaal?

G: De betrokken partijen. Wie betaalt de intake, wie de EMDR behandeling, wie betaalt de gesprekken. Zo is er van alles dat betaald moet worden, maar ik heb nu geen enkel overzicht over wie of welke partij voor wat zorgt.

I: Ah ja, goed. Dat zal ik meenemen.

G: Ja, mooi want dat is wel goed en belangrijk om te weten.

I: Is er verder nog iets dat nu nog bij u op komt of was dit het wel?

G: Nee dat was het wel.

Geïnterviewde: GZ-psycholoog (1) Dimence (**G**)

Interviewer: Femke Poesse (**I**)

Datum: 15 mei 2020 om 15:30 uur

Middel: Microsoft Teams

Voorafgaand aan het interview is **G** bedankt voor de interesse en deelname in het onderzoek. Vervolgens is toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Pas hierna is de opname gestart.

I: Ik heb een papier voor mij liggen met een aantal vragen daarop. Ik heb het verdeeld in categorieën. Zoals categorieën die gaan over waar u tegenaan kan lopen, wat er goed gaat in de behandeling. Een categorie over vaardigheden, een categorie over de asielzoekers zelf, hoe zij over dingen denken. Daarnaast heb ik nog een categorie over wat u, je, je denkt dat nodig is of makkelijk is om te leren om de behandeling te optimaliseren als het ware.

G: Oké.

I: Daar wou ik gewoon doorheen gaan. Wanneer je zelf nog een aanvulling ergens op hebt, zeg het vooral dan gaan we daar ook even over praten. Kun je vertellen hoe momenteel de behandeling er uit ziet?

G: Dan bedoel je voor iemand vanuit COA?

I: Ja.

G: Nou ja dat is op dit moment vervelend, ik heb op het moment niemand vanuit COA in behandeling op dit moment. Ik heb wel niet iemand uitgeschreven die ik voor intake had gezien en die zou met cognitieve gedragstherapie behandeld gaan worden vanwege gegeneraliseerde angstklachten bij mijn collega. Maar goed toen die met haar op kon starten toen bleek ze **overgeplaatst te zijn naar een ander azc**. Ze heeft contact met haar kunnen krijgen en het is voorlopig onduidelijk voor hoe lang ze in een ander azc verblijft en of ze überhaupt terugkeert nog terugkeert naar het azc in Schalkhaar. Dus in overleg met hen hebben we haar moeten uitschrijven en kan ze zich hier aanmelden wanneer ze weer terug is.

I: Oké dus geen huidige casus waar je mee bezig bent.

G: Nee.

I: Kun je het proces over het algemeen omschrijven? Want je zegt al er is een intakegesprek en dan wordt er gekeken waar heeft iemand last van. Hoe ziet het gehele proces er uit? Zeg maar stap voor stap.

G: Oeh, nou ik weet ze komen meestal binnen via de teamleider. In dit geval heeft ... deze persoon aangemeld. Toevallig hadden we in deze periode ook overleg gehad over de samenwerking om de COA patiënten ook in ons team te zien. De aanmelding gebeurt eigenlijk gewoon via zorgtermijn, dat is een stukje dat ik niet doe. Dan komen ze eigenlijk op de wachtlijst voor bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of worden ze aangemeld voor een intake. ... en ik zijn degenen die vooral de intakes voor de COA doen. Ja volgens mij heeft ... er al behoorlijk wat gehad. Ik had deze patiënt die ik net heb verteld gehad, maar ging erna een andere groep draaien dus ik heb ze al een tijdje niet meer gehad. Eigenlijk is het zo dat het in mijn agenda gepland wordt, dat ze de tolkentelefoon voor mij reserveren. We hebben ook afgesproken dat voorlopig ook even dat ... en ik zelf proberen de intakes te doen, want bij de meeste intakes is het zo dat een andere intaker de intake doet en één van ons als regiebehandelaar

aansluit, maar in dit geval hebben we gezegd we vinden het toch wel prettig als we zelf de intakes kunnen doen want anders krijg je eerst iemand die de intake doet met de tolk erbij, die moet dat proberen samen te vatten, dat weer overdragen aan ons. Het is dan prettiger om het zelf te doen. Dus die intake was toen nog op locatie voor de coronacrisis. Dus dat was op locatie, tolkentelefoon ingebeld en dan met de telefoon op luidspreker tussen ons in het interview afnemen en daarna bespreken in het intake MDO, het overleg en dan wordt het beleid bepaald.

I: En in dat hele proces. Je hebt al gezegd intake en cognitieve gedragstherapie, wat zijn al jouw rollen binnen het behandelproces? Echt wat puur bij jou ligt.

G: Dat hangt af van de casus of ik ze vervolgens ook zelf ga zien voor behandeling of niet. Of ik op dat moment toevallig plek hebt en diegene staat dan ook vrij bovenaan de wachtlijst.

I: Dan kan het.

G: Ja, maar het is wel zo dat we hebben gezegd, nou in principe iedereen als team zou mensen vanuit het COA moeten kunnen zien dus komen in principe op de reguliere wachtlijst, ze komen op de reguliere wachtlijst. Wel gezegd van mocht het zo zijn dat ... of ik plek hebben dan bij voorkeur bij ons, want wij hebben aangegeven daar een touwtrekkersrol in te nemen en hebben daar ook affiniteit mee. In principe ben ik dan de intaker en in dit geval ben ik en de intaker en de regiebehandelaar. Zoals ik net zei soms schuif je alleen als regiebehandelaar aan bij een intake, maar in dit geval ben ik intaker en regiebehandelaar. Vervolgens meld je iemand aan voor de wachtlijst of wachtlijsten, wat er ook maar geïnitieerd wordt en dan is het nog maar de vraag komt hij bij je terug of niet. Maar goed zolang diegene nog niet in behandeling is blijf je de regiebehandelaar. Dus ook bij deze mevrouw was er op de achtergrond nog eens in de zoveel tijd contact. Tot dat ze daadwerkelijk had kunnen starten met cognitieve gedragstherapie.

I: oké, begrepen. Zijn er factoren waar je tegenaan loopt tijdens de behandeling?

G: Als ik het even nog over de intake heb dan wat, je merkt toch, het kost meer tijd in die zin. Je moet via een tolkentelefoon dus je moet eerste zelf duidelijk maken wat je wil zeggen dan moet diegene vertalen en weer terug. Dus je hebt vooral ook meer tijd nodig. Dat trek ik even door naar de behandeling hoor, want ik denk dat daar gewoon hetzelfde voor geldt. Je moet vaak nog concreter zijn. Als je beide Nederlands spreekt of beide Engels, maar ik denk vooral als je beide in je moedertaal kan spreken dan heb je soms aan een half woord al genoeg of dan hoor je ook de subtiliteit, een gezegde of een ja... Dan hoor je toch meer de subtiele, ja.

I: De toon er achter of...

G: Ja, ja, of een beetje, het gaat allemaal net iets sneller. Dus je moet toch echt alert zijn op echt concreet doorvragen van he hoe wordt dat bedoeld. Bedoel je het zo of bedoel je het zo? Zonder al te suggestief te zijn, dus het is altijd wel even zoeken, want je wil niet de woorden in de mond leggen maar soms wil je wel even je duim tikken van bedoel je nou dit of bedoel je nou dit. Daar moet je voor oppassen dat niemand oppassen dat iemand niet A of B zegt want dan moet je ook weer checken. Juist weer in iemands eigen woorden, maar goed daar zit dan wel een tolk tussen.

I: Ja dat wel.

G: Dus ja eigen woorden kunnen niet helemaal. Dus ik denk dat het vooral een stuk meer tijd en geduld kost en echt alert zijn op heb ik het echt goed begrepen, nog een keer checken en eventueel op een andere manier nog eens vragen. Dat merk ik vooral.

I: Zijn er dan ook nog andere cultuurverschillen bijvoorbeeld waar je tegenaan kan lopen?

G: Ja uiteraard. Ik denk bijvoorbeeld bepaalde **normen en waarden** dat je denkt hé wacht eens even. Ik denk wel een bepaalde sensitiviteit daarvoor hebben, van hé wacht eens even. Waar bijvoorbeeld in Nederland het al lang oké is om te gaan scheiden, in de meeste ook Nederland kun je natuurlijk niet over één kant scheren, maar zul je dan bijvoorbeeld toch wel eerder nadenken, hoe zou je aankijken tegen scheiden, hoe zou je familie reageren, hoe zou je gemeenschap reageren. Welke rol speelt de gemeenschap. Wij in Nederland, als ik toch even generaliseer, in Nederland is dat toch iets minder sterk dat je zegt wij als gemeenschap. Terwijl je dat bij sommige culturen, of in ieder geval de minderheden hier wel hebt. Ik denk ook daar oog voor hebben van de welke rol speelt **discriminatie**, uitsluiting in jouw klachten in jouw zelfbeeld, hoe ben je ingebed hier in Nederland. Heb je hier überhaupt familie, vrienden, dus daar hou je rekening mee. Natuurlijk ook met het verhaal, het vluchtverhaal, de achtergrond daar. Wat hebben ze daar meegemaakt, gezien. Als we het even over de COA en de vluchtelingen hebben, dat is vaak toch weer anders dan migratie, tweede, derde generatie arbeidsmigranten. Dus ik probeer **het vluchtverhaal, de reden van vluchten**, ja noem maar even zowat dingen.

I: Er zijn echt wel culturele verschillen, meer tijd, geduld, soms iets wat meer moeite kost misschien zoals normen en waarden bespreken om elkaar beter te begrijpen.

G: Nou ja, precies. Ik denk is het dan een cultuurverschil hoe je probeert dingen beter te ondervangen. Ja, ik denk een cultuurverschil kan inderdaad zijn dat je probeert er alert op te zijn, bijvoorbeeld in Nederland zijn wij over het algemeen vrij mondig en weten wat we willen van hulpverlening, maar ook wel vrij ja hoe zeg je dat, autonoom of aanpakkers, niet allemaal natuurlijk, maar alle antwoorden ga je natuurlijk toch een beetje generaliseren zo.

I: Dat is niet erg, ik snap het idee er achter wel.

G: Ja he, dat je dan ook, **je probeert vooral te kijken van de wat is jouw verklaringsmodel**. Ik merk al dat ik heel erg probeer te kijken wat is jouw verklaringsmodel van de klachten. Daar probeer ik altijd heel alert op te zijn. He oké je meld je met somberheid of angst of slecht slapen, wat denk jij dat er aan de hand is? Ligt het aan de relatie, ligt het aan d'jinn, ligt het aan het geloof, ligt het aan wat je hebt meegemaakt, ligt het aan dat je fysiek iets hebt of dat je mentaal iets mankeert? Dus hoe verklaart iemand zelf zijn of haar klachten, maar ook waar denkt iemand zelf waar de oplossing ligt. **Wat zoeken ze, wat komt hij halen**. Komt hij bij je omdat hij gestuurd is omdat hij denkt dat jij de dokter bent en jij de medicatie hebt? Of komt hij bij je omdat hij hem wel kan vertellen wat hij moet doen?

I: Ja precies, **verwachtingen**.

G: Ja en ook de **oplossingen**. Want als je samen wil gaan kijken. Kijk als iemand bijvoorbeeld wel denkt he, maar wordt het niet door d'jinn bijvoorbeeld verklaart of he, omdat ik een slechte vrouw ben of een slechte gelovige, hoe staat iemand er in? Bijvoorbeeld moet iemand zelf werken aan zijn herstel of ligt het in de handen van god, van Allah en zijn de klachten een burden die je moet dragen en verdragen waarbij je geloof moet hebben of is het iets waar je aan moet werken? Op dat soort dingen ben ik altijd extra alert op. Daar heb ik extra aandacht voor.

I: En dat lijkt dan ook wel nodig.

G: Ja.

I: Nou dan hebben we ook meteen al gehad wat maakt dat je daar tegenaan loopt, dat heb je al mooi uitgelegd. Even kijken, ja wat voor effect dat op de behandeling heeft dat is dan voornamelijk denk ik het tijdrovende en het geduld moeten hebben en meer er achter zoeken of is er nog wat anders?

G: Nou het gaat natuurlijk ook om een stuk vertrouwen omdat **je ook merkt dat mensen toch ook wel veel met discriminatie te maken hebben, met vooroordelen te maken**. Durven daar ook niet altijd open

en eerlijk over te zijn, want ze zijn hartstikke bang dat ze jou beledigen. Ze ontkennen het ook voor zichzelf “nee, nee ik ben niet gediscrimineerd, het is gewoon toeval” of “wacht eens even ik sta wel met één oor achter, want ik draag een hoofddoek” of “ik zie er anders uit”. Dus dat thema vind ik altijd wel belangrijke om **direct bespreekbaar te maken** om daar ook echt wel naar te vragen. Ik heb ook wel van mensen gehoord: “huh, je bent de eerste Nederlander met wie ik het hier over heb”. Duidelijk maken dat diegene er mag zijn en dat het daarover mag gaan zonder dat ze jou beledigen of aanvallen. Welke rol kun je in de maatschappij nemen en hoe wordt je geaccepteerd of niet, wat doet het met je zelfbeeld, ja dus dat probeer ik ook echt in behandelingen mee te nemen. Wat was je vraag ook alweer?

I: Haha, of er nog andere factoren waren waar je dan tijdens de behandeling tegenaan loopt naast dat het soms langer duurt of het moeilijk is te communiceren van wegen de tolk. Nu dan vertrouwensband dat die openheid soms moeilijk is.

G: Ja, **vertrouwensband en inderdaad het stukje verwachtingsmanagement van wat kun je wel of niet doen en wat zou iemand echt zelf moeten doen.** Waar kun je iemand wel of niet mee helpen, ja, ja. Ik denk inderdaad die zienswijze, **iedere keer op elkaar afstemmen** dat je daar vooral, ja.

I: Zijn er dan ook factoren die gewoon heel goed lopen tijdens de behandeling?

G: Ja, ik zit even te denken hoor of dat hele specifieke zijn. Ook specifiek voor dan de COA doelgroep. Als die vertrouwensband eenmaal is en te merken, je stelt een vraag en je hebt niet al je oordeel of he we mogen ook zeggen en voelen, we mogen dat ook benoemen. Ja dan is het ook eigenlijk wel weer heel erg leuk en ik merk ook dat, nou ja wat ik dan bijvoorbeeld ook juist wel weer leuk vind, juist door bijvoorbeeld dat je verbaal door communicatie soms belemmerd bent dat je juist door observaties aanvoelt he wat voel ik en wat voelt die ander, dat daar wel weer extra ruimte en een extra belangrijke rol inneemt. Dus het is niet alleen maar minder.

I: Nee. Je hebt natuurlijk ook stukken van het traject zoals de intake en dan de behandeling zelf en zo door. Is er dan ook bijvoorbeeld zo dat het ene stuk beter loopt dan het andere? Of zijn er soms dingen bij de intake, naast factoren als de taal die juist niet goed lopen of wel heel goed lopen?

G: even denken. **Kijk één ding waar zij en wij allemaal niets in kunnen doen is wanneer zij overgeplaatst worden naar een ander centrum, ja daar kun je niks aan doen.** Natuurlijk voor de COA patiënten die nog geen status hebben, maar ook de uitzichtloosheid dat is natuurlijk ook iets meer behandelinhoudelijk. Dat je merkt van ja, dat is natuurlijk funest voor eenieder als je gewoon niet weet, je merkt nu al met de coronatijd hoe naar mensen het vinden niet te weten hoelang duurt dit nog. Na stel je voor dat 5, 10, 15 soms wel 20 jaar hebt dat je niet eens weet of je in het land mag blijven of niet. De kinderen die inmiddels wel de taal al spreken en inmiddels naar school gaan of dat zij daar weer terug gerukt worden en na bijna hun hele jeugd hier alsnog weer ergens anders naartoe gestuurd worden. Ja, dat ik dan weer heel moeilijk dat je denkt ja, in hoeverre kun je dan altijd echt verbeteringen verwachten. Laatst in overleg met COA hebben we het daar juist ook wel over gehad. De man die daar werkte noemde het de asielzoekersziekte in die zin dat je permanent in onzekerheid zit. Dat doet zo gigantisch veel met je. Ja dat valt in een behandeling niet zomaar weg te halen maar als iemand daar bovenop ook nog een PTSS heeft of depressief is of iets kun je daar al wel vaak wat in doen. **Ik denk dat stuk uitzichtloosheid en onderheid, ja ik denk dat dat ook wel is wat het voor mij en de meeste behandelaren ook wel zwaar kan maken** dat je ook weet ja bij de meeste mensen kun je toewerken he ga terug naar je baan. Dat mogen zij over het algemeen niet eens. Of he als jij je leven op de rit hebt dan kan het maar zo zijn dat je ineens weer weggestuurd wordt.

I: Toekomstperspectief is heel onzeker.

G: Ja, ja en dat is natuurlijk het eerste waar je aan probeert te werken als er iemand wel in de put zit of wat dan ook, aan toekomstperspectief. Rutte heeft nu al na een paar weekjes corona met ons te doen, maar dat ik maar een paar weken.

I: Ja en dat voor lange tijd dat doet wel iets met je.

G: Ja.

I: De volgende categorie gaat vooral om vaardigheden. Wat maakt dat jij denkt dat je toegerust bent op de behandeling van asielzoekers, wat maakt dat je denkt “dit kan ik”.

G: Ja, haha. Ik denk dat ik in ieder geval merk dat **ik affiniteit en het geduld** wel heb. En gelukkig ook wel **enige ervaring**, ook wel bewust, hiermee heb opgedaan. Ik heb zelf mijn afstudeer onderzoek specifiek gericht op interculturele vaardigheden en ben heel bewust op zoek gegaan naar een stage plek in de interculturele psychiatrie. Ik heb gelukkig daar ervaring op mogen doen, maar goed dat is inmiddels ook wel wat lang geleden. Maar het onderwerp en die affiniteit blijft. Eén ding is dat ik daar ook wel van heb geleerd en meegekregen, ik ben zelf ook bij het NIP actief geweest, sectie interculturalisatie. Frank Kortman heeft daar meerdere boeken over geschreven en zei eigenlijk alle culturele psychiatrie is eigenlijk interculturele psychiatrie. Wat ik zeg, ja ook Nederland kun je niet generaliseren, ik weet ook niet wat betekend geloof voor jou en wat betekend de gemeenschap voor jou. Een **extra oog en affiniteit mee hebben om wat te willen, de wil, het is denk ik vooral de wil**. Het is niet eens zo’n bijzondere vaardigheid, maar de wil om het te zien en ook de sensitiviteit daarmee, **de interesse, de belangstelling**.

I: Er ook echt naartoe werken wel, dat geeft ook al wel wat aan.

G: Ja en ik denk, kijk je wil en hoopt dat iedereen dat met alle patiënten heeft, maar goed ik denk niet dat we kunnen ontkennen dat iedereen wel een voorkeur heeft. De één zegt van goh ik vind mensen met een verstandelijke beperking dat vind ik helemaal razend interessant om te kijken hoe werkt dat en hoe kan ik helpen. De ander heeft dat met autisme en de ander heeft het weer ergens anders. In principe streven we er allemaal naar een hulpverlener voor iedereen te kunnen zijn. **Het is ook een bewuste keuze geweest om daar niet een sub clubje van te maken, maar ook integraal behandelen want uitsluiting gebeurt al genoeg bij deze doelgroep, aparte posities. Juist integraal behandelen en insluiting in plaats van uitsluiting**. Maar goed, ja, ik denk dat voor welke patiënt het contact geldt dat de wil er moet zijn om de ander te zien en tot contact te komen en hier met het gedoe van een tolk er tussen en goh hoe zit dat dan bij jou en hoe zie jij de wereld en je klachten. Ik denk dat **vooral de interesse en de wil er moet zijn**.

I: Heb je dan ook misschien een opleiding of een training, minor, cursus gevolgd in de trant van intercultureel werken?

G: Nou ja vooral door mijn stage daar in te doen.

I: Ja, en natuurlijk het afstudeeronderzoek.

G: Ja, die ging over interculturele vaardigheidstrainingen, maar die onderzocht ik vooral op hoe betrouwbaar en valide is zo’n training, maar goed ja mezelf ondergedompeld in die wereld. Congressen ook, dus wel congressen etc. bijgewoond. Ja en natuurlijk voor mijn afstudeer scriptie en stage de literatuur in gedoken en gedaan.

I: ja, dus echt wel een achtergrond er in dat heb je wel.

G: Ja!

I: Even kijken waar ik was gebleven, oh ja dat hebben we ook al beantwoord. Ja, hoe denk je dat asielzoekers de behandeling ervaren? Want we hebben het natuurlijk gehad over de onzekere toekomst, maar het kan ook ineens voorkomen dat ze wel een verblijfsvergunning gaan krijgen, dus dat verschilt dan nogal per persoon. Zijn er punten waarvan ze hebben aangegeven van nou ja dit kan beter of dit gaat goed of ik ben blij met dit deel van de behandeling.

G: Dat vind ik wel lastig, omdat ik daarvoor dus eigenlijk te weinig mensen recent nog heb gezien dus dat maakt het lastig. Je vraagt naar hoe zij er tegenaan kijken. Ja vind ik ook heel moeilijk om daar over het algemeen wat over te zeggen. *Ik denk dat als zij zich enerzijds gezien en gehoord voelen zoals elk ander mens daar steun aan kunnen ontleen het wel, hun situatie wel echt kan veranderen. Ongetwijfeld zullen zij daar soms ook teleurgesteld in zijn, want wij nemen ook die onzekerheid niet weg en wij hebben ook geen wondermedicatie. Dus ik denk soms misschien teleurgesteld of gefrustreerd er over omdat iets niet zomaar op te lossen of weg te maken is.* Ik denk ook dat ze ook wel wisselen. *Ik ben bang dat ze ook de discriminatie, maar ook wel desinteresse soms dat we dat ook echt wel tegenkomen.*

I: Dat was ook al wel een beetje mijn volgende vraag: Hoe reageren verschillende asielzoekers op de behandeling? Je hebt de mensen die zich gehoord voelen, de mensen die niet geïnteresseerd zijn, het kan heel erg verschillen.

G: Ja, ja nogmaals ik heb daar eerlijk gezegd geen voorbeelden meer voor nu. Ik zou graag antwoord willen geven, maar nu heb ik ze niet. Ik vraag me ook af of het wezenlijk anders is, je gaat er van uit dat als iemand zich aanmeldt voor behandeling dat diegene zelf ook terug gemotiveerd is. *Ik zit even te denken hoor zou het nog voor kunnen komen dat mensen een behandeling volgen om hun procedure daarin te steunen, om daarmee aan te tonen dat ze dus inderdaad ziek zijn en niet teruggestuurd kunnen worden?* Dat weet ik niet, dat heb ik zelf nooit gezien of gehoord.

I: Nee, ik had ook gehoord dat er nog niet een, bijvoorbeeld een onderzoek gedaan is bij asielzoekers gedaan was over wat hun mening is over de behandeling. Daar was niet iets duidelijk voor gedaan volgens mij?

G: Nee. Daar kan ik verder zo geen antwoord op geven.

I: Nee, zijn er misschien, ik weet niet of u dat dan wel weet hoor, maar zijn er misschien asielzoekers geweest die ideeën hadden voor de behandeling? Die dan ook implementeerbaar waren of logisch klonken.

G: Nee, nog niet.

I: Oké nou dan heb ik de laatste hoofdcategorie en gaat over wat denk je dat nodig is om de behandeling te optimaliseren?

G: Nou ik denk inderdaad *een goede beschikbaarheid van een tolkentelefoon*, dat is met de intakes niet alleen maar goed gegaan. *Ze hebben wel eens op google translate gezeten met handen en voeten.* Ik denk dat goed inregelen, ja *ik denk toch wel iets meer tijd dan bij de reguliere sessies.*

I: Krijg je nu die tijd?

G: Ik denk dat je het dan zelf zou moeten nemen. Of je moet inderdaad beide genoeg mee nemen dat het dan inderdaad langer duurt. Kijk er is niet één antwoord denk ik. Ik denk *het systeem voldoende betrekken voor zo ver het systeem dan ook aanwezig is.* Ik denk dat dat belangrijk is, maar ook sowieso al is het systeem niet in de kamer of kan die niet in de kamer aanwezig zijn, wel het systeem betrekken bij he maar wat betekend het. Stel een deel van de familie is er niet meer of zit in

het land van herkomst of wat dan ook. Dus het systeem op die manier wel in de kamer hebben is dan wel belangrijk. Ja, ik zit te denken, ja wat zou kunnen helpen nog.

I: Ik heb wat opgeschreven wat een ander interview naar boven bracht. Voor alle behandelaars duidelijk maken welke partijen wat financieren in de behandeling. Complete achtergrond weten van hoe beland iemand vanuit het ene land hier en hoe verloopt het gehele proces, omdat ik van iemand gehoord had dat mensen het nog wel eens lastig vinden dingen te horen en het dan maar aan te moeten nemen omdat ze er niet genoeg achtergrond in hebben.

G: Hoe bedoel je dat?

I: Als in wat gebeurd er met iemand wanneer ze geen verblijfsvergunning kunnen krijgen of wat is het proces dat zij doorlopen in het azc zelf. Wat doen zij naast de behandelingen, vooral met ondersteunende gesprekken. Wanneer iemand daar over praat dat je niet alles maar gewoon aanneemt, maar dat je echt er aan mee kan praten. Is er al iets voor dat iemand dat allemaal terug kan zien?

G: Nee, maar ik denk **inderdaad verstand van de procedures etc.** maar ook dat ik wel affiniteit en enige achtergrond mee heb. Als je mij alle ins en outs gaat vragen weet ik het ook niet. Ik denk dat als je de gemiddelde hulpverlener vraagt van goh weet je wel dat een asielzoeker helemaal niet mag werken of bij welke status wat mag. Die ins en outs moet je mij ook niet helemaal precies vragen, hoelang het kan duren, hoe het is om te wachten, ja ik denk tuurlijk als je daar iets meer beeld, begrip bij hebt en als je beter weet. Kijk je probeert altijd iemands belevingswereld bij elke behandeling te snappen en er bij aan te sluiten. Dat is hier wel ingewikkelder en daar wat meer achtergrond in weten van ja wacht eens even. Ik denk heel eerlijk dat dat voor de gemiddelde hulpverlener niet eens ja hoe is het hier eigenlijk om als vluchteling te komen en hoe is het om als tweede of derde generatie arbeidsmigrant te zijn. Dat verschil en wat komt er bij welk verhaal kijken. Maar goed dan zie je ook weer dat is natuurlijk altijd het gevaar in dit hele stuk. Wil je cultuurspecifieke kennis opdoen, wil je als je iemand uit land x hebt, wil je hem dan ondervragen over land x of cultuur uit land x? Zul je net zien dat degene die jij voor behandeling krijgt daar niet in past, niet in kon vinden of een hele andere opvoeding heeft gehad. Misschien juist om die reden gevlucht is omdat hij zich daar niet in kon vinden. Dus ik denk natuurlijk **een stuk achtergrond weten van hoe ze zien die procedures er uit**, maar dat geldt natuurlijk ook voor autochtonen, cliënten waarvan je zegt ja die zitten in een hele UWV procedure verwikkeld is het ook wel handig als je een beetje weet wat is dat. Dus ik denk dat dat wel zou helpen als je daar meer van weet en als daar iets voor georganiseerd kan worden of iets, maar tegelijkertijd blijft het maatwerk.

I: Ja, dat is ook zo. Is er dan iets waarvan je zegt nou dat zou ik fijn vinden?

G: Ja, ik zou het wel. Kijk nogmaals we hebben er nu zo'n half jaar driekwart jaar geleden over gesproken en toen zijn we een keer bij COA aan tafel gegaan en zouden we wat meer intakes onze kant op krijgen. **Ik heb er pas één van gehad, maar als dat meer komt en er meer is dan zou ik het ook wel heel fijn vinden als daar een soort consultatie/intervisie iets hebt en dan het team daar ook in meenemen van goh wacht eens even hoe zit dit of. Ja, dat zou ik toch wel prettig vinden, hoe werkt het met zo'n tolkentelefoon, hoe gaan we in gesprek, wat zijn de moeilijkheden en dat je daar ook terug spraak in kan houden en de ander weer mee kan denken.**

I: Dus eigenlijk meer in plaats van individueel meer met het team kijken van hé, deze personen hebben we voor ons en wat kunnen we daar allemaal voor doen. Dat iedereen meedenkt en dan ook de factoren bespreekt zoals de tolk dan bijvoorbeeld, van hoe zit dat hoe werkt dat?

G: Ja ik weet niet helemaal of het dan ten behoeve van de individuele behandeling is of meer **mijn individuele wens is dat ik het fijn zou vinden als we dit in het team gewoon meer zou leven en als iedereen daar, ja. Nou ja daar meer interesse wat meer van gewekt wordt en het wat meer er is.** Maar goed omdat we nu maar zo weinig aanmeldingen hebben is het lastig om van alles op touw te zetten. **Als ik zelf een behandeling heb zou ik het in ieder geval fijn vinden om daar in ieder geval af en toe**

even over te sparren met bijvoorbeeld ... of de teamleiders. Misschien is het wel een traject dat langer duurt of niet. Ook wel omdat je natuurlijk zelf als hulpverlener wel ook wel weer ergens van he dit is hoe de instelling werkt, hoe de zorgpaden zijn en hoe het ingericht is bij ons. Dan he wacht eens even als er meer nodig is hoe kan en mag ik dat dan invlechten in mijn werk? Die afstemming daar dan weer over zou dan wel fijn zijn en behandeling inhoudelijk dat je met elkaar mee kan denken. He wacht eens even wat is er nou behandelbaar, he zoals ik een beetje aan het begin zei. Met PTSS kun je goed aan de slag. Wanneer spreek je nou van die asielzoekersziekte he die wanhoop van het wachten en hoe ga je daar als hulpverlener mee om, om niet gedemoraliseerd als hulpverlener te raken. Ook als je met hart en ziel probeert in te zetten met iemand terwijl diegene elk moment weggestuurd kan worden of he er komt weer een interview. Hoe voorkom je dat je niet meegezogen wordt het moeras in laat maar zeggen. Ik denk dat daarvoor een soort intervisie wel prettig kan zijn kan ik mij voorstellen.

I: Heb ik genoteerd. Dat was dan eigenlijk het interview wel. Dus dan wil ik je bedanken.

G: Nou, graag gedaan!

Geïnterviewde: GZ-psycholoog (2) Dimence(G)

Interviewer: Femke Poesse (I)

Datum: 19 mei 2020 om 13:30 uur

Middel: Microsoft Teams

Voorafgaand aan het interview is G bedankt voor de interesse en deelname in het onderzoek. Vervolgens is toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Pas hierna is de opname gestart.

I: Je had misschien al wel een deel gezien, ik had je namelijk een informatiebrief gestuurd.

G: Ja.

I: Het is natuurlijk een semi-gestructureerd interview, dus het zijn meer de hoofdonderdelen waar ik eigenlijk langs ga bij de mensen binnen Dimence. Kun je me uitleggen hoe, waar een asielzoekers doorheen gaat wanneer ze naar Dimence komen. Hoe ziet het hele proces er uit die zij doorlopen?

G: Ze worden door het COA bij het aanmeldteam aangemeld, nee dat is trouwens niet waar. Ze worden door het COA worden ze direct bij Angela aangemeld, omdat wij overleg hebben gehad en een aparte route voor de COA patiënten hebben bedacht. ... screent dan of het oké is en dan komen ze bij of ... of mij terecht. Wij hebben ons dan maar opgeworpen als de mensen die alle intakes voor de asielzoekers doen. En wij selecteren dan of we denken dat er een goede behandelvraag is of niet.

I: Oké, en een goede behandelvraag. Wanneer is het een goede behandelvraag?

G: Als er ook werkelijk pathologie is dus echt een stoornis waar we wat mee kunnen en dat het niet alleen maar neerslachtigheid is vanuit hun asielprocedure, want dat is heel moeilijk te behandelen. He dus als er echt een PTSS is doordat ze van allerlei nare dingen hebben meegemaakt, dat kunnen we goed behandelen. Maar als mensen alleen maar somber zijn door het continue wachten is de asielprocedure, daar kunnen wij niks aan doen dus dat is niet echt een goede behandelvraag. Er moet wel een motivatie zijn om iets bij zichzelf te veranderen, omdat we de omstandigheden niet kunnen veranderen. Dus dat is steeds waar we naar kijken.

I: En wat doe je met iemand die alleen neerslachtig is van wegen de omstandigheden?

G: Die verwijzen we terug. Bij het azc zitten verpleegkundigen, psychiatrische verpleegkundigen en ie doen dat stuk.

I: Oké, oké. Wanneer komen asielzoekers voor ondersteunende gesprekken wel in aanmerking bij Dimence zelf?

G: Nou eigenlijk alleen maar als toevoeging van de psychologische behandeling. Dus niet los.

I: Nee. Even kijken, ja. Wat zijn factoren waar je tegenaan loopt bij het behandelen van asielzoekers?

G: Nou ja dus al de moeite om onderscheid te maken tussen pathologie en de omstandigheden dat is soms heel ingewikkeld omdat het zo met elkaar verwoven is. Wat ik ook, de taal dat is natuurlijk ook ingewikkeld, want je moet natuurlijk altijd met een tolk spreken. Wat ook ingewikkeld is, is dat mensen in één keer kunnen verdwijnen weer. Dus die kunnen dan ineens naar een uitzetcentrum overgeplaatst

worden en ja dan zijn ze ineens weg. En wat een ingewikkeld is, is dat heel veel asielzoekers ja toch heel graag een verblijfsvergunning willen en op basis van psychiatrische problematiek wordt hun kans vergroot, dus dat worden vaak, ja er komen vaak heel veel advocaten brieven die er aan vast zitten. Waarbij altijd weer de vraag is van moeten we hier wat mee of niet want dat is eigenlijk niet onze taak.

I: Nee en dat maakt het wel weer wat lastiger ja.

G: Ja, dus dat is lastig. Ja dus dat zijn vind ik wel de ingewikkelde dingen.

I: Zijn er ook naast de taal andere culturele aspecten waar je tegenaan loopt in de behandeling?

G: Ja wat ik wel ingewikkelde verhalen vind zijn bijvoorbeeld uithuwelijken en dat je weet dat er ergens, dat er nog contact is met degene die eigenlijk eerwraak wil plegen.

I: Oh, ja.

G: Die zit dan nog wel in het land van herkomst, maar er is dan nog contact dus het is soms ook nog daadwerkelijk onveilig. Dus dat vind ik wel ingewikkeld. Verder vind ik het wel meevallen, over het algemeen, de ervaring tot nu toe is dat ze er wel gewoon zijn en ook wel komen.

I: En ook wel therapie trouw zijn dus?

G: Ja, van die paar die ik heb gehad die waren er gewoon altijd wel.

I: Even kijken, ja, wat zijn factoren die heel goed lopen in de behandeling?

G: Haha, nou het is eigenlijk altijd complexer door toch de taal en door dat er veel omgevingsomstandigheden zijn die echt ingewikkeld zijn, dus ik vind het daardoor eigenlijk altijd complexer in die zin. Los van motivatie of dat soort dingen. Nee dus dat vind ik altijd wel ingewikkelder. Dus ja weet je ik denk wel trauma behandeling, dat loopt vaak wel als je dat eenmaal met ze gaat doen. Maar net als bij eigenlijk ook gewoon autochtone patiënten. Ik kan niet zeggen dat er nu echt een voordeel aan zit ofzo aan de behandeling. Die omgevingsfactoren vind ik echt wel complex, het asielzoekerscentrum is echt wel ziekmakend vind ik. Het helpt al heel erg als iemand dagbesteding heeft. Dat maakt al heel veel uit.

I: En dagbesteding is dat dan bij het azc zelf? Of ook bij Dimence?

G: Nee dat is dan of bij het azc of vrienden diensten in Deventer wil het nog wel eens regelen. Je hebt vluchtelingenwerk die nog wel eens dat soort dingen organiseert. Dus het zijn verschillende, humanitas die doen daar ook nog wel eens een ding mee. Er zijn verschillend organisaties die dat wel op zich kunnen nemen, maar het valt me op dat er opvallend weinig asielzoekers zijn die met die organisaties in aanraking komen en dat wij ze maar moeten verwijzen. Dat vind ik wel bijzonder, want dan denk ik ja dat zou volgens mij gewoon door het COA geregeld kunnen worden, maar blijkbaar worden ze niet zo makkelijk gevonden ofzo.

I: Misschien kan het ook zo zijn dat COA het misschien afwacht tot iemand wat zegt, van goh ik wil eigenlijk wel iets doen overdag en dat ze dan pas zeggen oh ja we hebben ook nog...

G: Dat zou kunnen, dat weet ik niet goed. Ik denk dat de meeste, zijn ook zo, misschien is het ook wel zo, dat ze zo gewend zijn aan zo'n slepende asielprocedure waarin ze niks meer kunnen en geen kant meer uit kunnen dat ze eigenlijk ook een soort aangeleerde hulpeloosheid hebben gekregen. Dus niet meer in actie komen voor dagbesteding.

I: Ja, ja.

G: Maar je zou denken dat vluchtelingenwerk ook wel actief naar azc 's toe gaat.

I: Ja dat zou je misschien wel verwachten.

G: Ja, ik vind dat er altijd opvallend weinig mensen zijn die die dat soort vrijwilligerswerk doen. Ja.

I: Dat is ook wel jammer ja.

G: Ja.

I: Ik heb ook al terug gehoord dat behandelaren het lastig vinden om precies te zien wat het gehele proces is waar een asielzoeker doorheen gaat. Want ze komen natuurlijk naar Nederland en ze hopen op een verblijfsvergunning, maar dat ze niet zo goed weten welke organisatie precies wat doet en wie wat doorstuurt en dat er soms een specifieke, ja centraal contact persoon mist en dat daar ook heel veel moeite mee wordt ervaren. Heb jij daar ook al ervaring mee gehad?

G: Ja, er zijn eigenlijk geen contactpersonen ofzo, maar nu moet ik zeggen dat ik ook maar een beetje mijn ding doe dus ik heb dan een beetje houvast omdat ik dan gewoon trauma behandeling maar doe. Ja, daarmee houdt ik mij daar misschien minder mee bezig, maar het is inderdaad wel lastig. Ik had laatst bijvoorbeeld iemand aangemeld bij vriendendiensten, vrijwilligerswerk. Nou die zeiden dan weer ja waarom zit vluchtelingenwerk er niet op? Ja weet ik veel, ik weet helemaal niet wat vluchtelingenwerk doet. **Dus ja het is een onduidelijk, het klopt wel, het is heel onduidelijk en faag waar die instanties allemaal onder vallen, de procedure is ook onduidelijk. Het is ook onduidelijk welke organisaties er actief zijn in zo'n azc.**

I: Ja, je hebt natuurlijk heel veel verschillende organisaties, iedereen doet iets anders. Iedereen is faag wel in contact met elkaar, maar allemaal via wat anders, via ander protocol. Ja dat is wel iets waar je tegenaan kan lopen kan ik mij voorstellen.

G: Ja. **Wat ik trouwens als sterk punt nog wil noemen, wat heel vaak de behandeling, dat vind ik vaak wel opvallend is dat er heel veel asielzoekers zijn die zich melden en toch zelf al een vaste structuur in hun dag hebben ingebouwd.** Dus die elke dag even gaan wandelen of elke dag even gaan sporten, koken. Dus die dan daar hun houvast aan hebben en als ze dat hebben dat is wel een enorm voordeel in de behandeling, want dat geeft ook aan dat ze enige gezonde coping hebben. Dat zou ik als een voordeel noemen, dat er veel zijn die toch ergens zelf wel dat ingericht hebben.

I: Dus eigenlijk helpt het heel erg als iemand, een asielzoekers dan, zijn eigen dag al heeft ingedeeld of in ieder geval een soort ritme heeft of een dagbesteding heeft. Dat zorgt voor meer gezonde coping manieren, het helpt gewoon in de behandeling.

G: Ja dat zorgt denk ik toch wel voor **veerkracht bij de patiënt zelf.**

I: Dus het is wel heel belangrijk. Dan is het ook wel opvallend ja dat het lastig is om iemand bijvoorbeeld in zo'n dagbesteding te krijgen.

G: Ja en dat nap ik dan ook niet zo heel goed.

I: Nee, dat nemen we gewoon mee. Dan hebben we natuurlijk de behandeling gehad en wat handig is rondom de asielzoekers, dat ze hun dag indelen. Zijn er ook vaardigheden waarvan jij denkt nou die heb je gewoon nodig tijdens de behandeling?

G: Ja, ik denk, maar dat vind ik eigenlijk een algemeen ding als psycholoog is dat je **moeite moet willen doen om iemand te begrijpen.** Bij asielzoekers geldt dat misschien nog iets meer dan bij autochtone

mensen, omdat het moeilijker is om iemand te begrijpen, je moet het echt van een tolk hebben. Dus ik denk dat het in die zin nog wat meer mededogen en nog wat meer geduld vraagt om mensen te willen begrijpen en dat valt me soms op dat heel af en toe collega's, bepaalde collega's hebben dat niet. Die roepen dan na één sessie al, "nou dat wordt niks" en die zijn dan al geneigd iemand uit te schrijven terwijl ik denk ja **dit is een groep waarbij je des te meer op het contact moet gaan zitten om ze te kunnen begrijpen en ook om ze het gevoel te geven dat je ze wil helpen en dat ze begrepen worden.**

I: Krijg je ook meer tijd voor een sessie met asielzoekers?

G: **Nee en ik moet zeggen dat ik dat ook niet zou willen omdat ik het al heel intensief vind om met een tolk te praten.** Je hebt zo veel dubbele gesprekken continu dat als het een dubbele sessie zou zijn of extraminuten, zou ik dat echt alleen maar heel erg inspannend vinden. Zo'n tolk vertraagd zo het gesprek op een gegeven moment is het ook klaar ofzo.

I: Dan is de concentratie er ook wel een keertje uit.

G: Ja, dat. Ja.

I: Zou het misschien helpen als, stel alle medewerkers omdat sommige mensen ook wel moeite hebben met het proberen te begrijpen van de andere partij, om daar een soort **cursus of training** voor op te zetten? Iets waar mensen meer kunnen leren over hoe ga je om met mensen van andere achtergronden, van niet westerse achtergronden.

G: Nou, ik denk dat het al heel erg zou helpen, **zo iets wel dat dat zou helpen om te weten met welke factoren je rekening moet houden he. Dus dat ze zich er bewust van worden van dit zijn factoren die horen bij de communicatie met een anderstalige en iemand die nog niet geïntegreerd is in de cultuur en dat is de reden dat we meer moeite moeten doen.** Ik denk dat dat al helpt in plaats van dat mensen en ook het uitwisselen van ja het is ook ingewikkeld, in plaats van dat mensen meteen zeggen ja dit wordt niks.

I: Ja, het meer kunnen begrijpen.

G: Ja, ja. Ja dat denk ik wel.

I: Heb je zelf al eens een cursus of opleiding, misschien een minor of iets anders gevold wat te maken heeft met intercultureel werken, cultuursensitief werken?

G: Ik had een interculturele cursus binnen mijn opleiding, maar dat vond ik echt een hele slechte cursus haha. Daar heb ik weinig aan gehad. Want dat ging heel erg over gedrag en ik denk, ja gedrag. He dat dat sommige moslim mannen geen hand willen geven aan een vrouw bijvoorbeeld. En toen dacht ik ja, dat is zo specifiek het moet veel meer gaan over de overkoepelende problematiek van elkaar niet begrijpen en moeite hebben om te snappen in wat voor wereld de ander zit en dat is veel groter dan van die normatieve dingetjes van wel of niet met bestek eten of een hand geven, daar zit het probleem niet. Je kan met elkaar afspreken oké dan geen hand.

I: Dus in plaats van de hele specifieke dingen als een hand geven is het meer van oké elke cultuur heeft gewoon andere normen, waarden andere gedragingen, meer over het algemeen.

G: Ja en **waar kan je dan rekening mee houden en welke dingen kun je doen om iemand beter te begrijpen. Wat zijn vragen die misschien goed zouden kunnen helpen om nou ja iemand te begrijpen.**

I: Ja of misschien een gesprek houden waarin je heel open met elkaar bespreekt hoe de één dingen ziet en dan hoe de ander er tegenaan kijkt. Om die kloof wat kleiner te maken misschien.

G: Ja, klopt. Oh wat ik trouwens ook nog als een moeilijk punt zie bij asielzoekers, dat is wel denk ik een belangrijke. Is dat ze niet heel vaak vanuit andere culturen niet gewend zijn om over hun psychische problemen te praten. Dus dat het de eerste keer is dat zij überhaupt er over praten als ze voor mijn neus zitten en dat dat vaak heel veel **schaamte** met zich mee brengt. Ook al zijn er dingen gebeurd waar zij niks aan kunnen doen. Dus dat vind ik soms ook nog wel eens lastig.

I: Het is wel goed dat je dat zegt, want ik had het in de literatuur al terug gezien, dus daar moet ik dan nog iets meer over opzoeken. Ik had al wel meegenomen dat er schaamte aan vast kan hangen of dat het koppelen met lichamelijke klachten en dan niet zien dat het ook psychisch misschien wel de oorzaak is. Dus dat heb ik al wel meegenomen en zal ik nog even extra wat meer naar gaan kijken. Dat is wel een goeie. Je bent de eerste die dat punt aangeeft.

G: Oh grappig.

I: Ja, iedereen zegt echt wat anders.

G: Nog lastig voor jou dan als iedereen wat anders zegt haha.

I: Nou ja ik heb momenteel verpleegkundigen, GZ-psycholoog en de psychiater staat nog gepland, dus ik heb wel een beetje het gehele proces en dus in beeld waar iedereen mee te maken kan krijgen. Ik heb via ... contacten gekregen voor buiten Dimence, zij was heel enthousiast en wou graag helpen. Via haar heb ik nu GZ-psychologen, professor interculturele psychiatrie en misschien een antropoloog die ik nog kan spreken. Diegene heeft ook cursussen voorbereid voor het COA wat betreft cultuursensitief werken. Dus als diegene besluite mee te doen kan ik daar nog heel veel over praten. Dat ik veel verschillende dingen hoor vanuit Dimence, ja dan denk ik mooi, iedereen noemt wat anders dan kan ik met andere mensen weer vergelijken hoe dat dan zit.

G: Ja, mooi! En ... is inderdaad heel enthousiast.

I: Ja ... passie ligt hier. Ze was erg lief en enthousiast en stelde zelf voor bij ... contacten dit onderzoek voor te willen leggen met de vraag of mensen mee wouden doen. Die mail was al opgesteld voor het gesprek afgelopen was haha.

G: Ooh, ook echt naar andere mensen.

I: Ja allemaal contacten van

G: Ooh ja mooi! Leuk!

I: Ja dus ik heb andere mensen al wat gesproken en daar komen nog wat mensen bij. Dus dan kom ik uiteindelijk denk ik op een stuk of acht gesprekken. Misschien meer want deze mensen waren ook enthousiast en zijn hun contacten aan het benaderen. De mailbox is chaotisch.

G: Ja, maar wel mooi want dat geeft eigenlijk aan dat er behoefte aan is.

I: Ja, heel veel interesse en passie hangt er aan vast van vele. Het komt vooral neer op die verschillende factoren als normen en waarden en elkaar echt willen en moeten begrijpen en dat niet iedereen het daar even makkelijk mee heeft en wat je daar dan eigenlijk mee kan doen. Zowel in gesprekken als in behandelingen dat dat meer tijd kost en zoals jij al zegt dat het vermoeiend is met de tolk erbij en dat de concentratie ook wel een keer op is. Het gaat heel veel daarom eigenlijk, ook van mensen buiten Dimence.

G: Ik denk ook het **durven vragen**. Ik weet een situatie in zo'n land niet precies, maar dan vraag ik gewoon heel erg veel. Ik zoek altijd vooraf even op, op google wat er gebeurd is in dat land als ik het niet

helemaal weet en ik vraag dan toch heel erg door ook van ja maar hoe zit dat dan precies. Wat maakt dat dat wel of niet mag in je land en hoe zit dat dan, ja zo.

I: Het echt elkaar begrijpen.

G: Ja.

I: Er wordt heel veel gericht op goh wat ga je doen als je mag blijven, wat wil je doen, wat heb je nodig, maar dat er ook nog meer gericht moet worden op wat ga je doen als je teruggestuurd wordt stel je mag niet blijven? Het is iets waar iemand niet graag aan wil denken kwam naar voren tijdens andere interviews, maar het is wel realiteit dat heel veel mensen weer terug moeten en dat als wanneer daar niet genoeg aandacht aan wordt besteed deze mensen weer met lege handen terug gaan.

G: Ja dat klopt. Ik vind het altijd heel pijnlijk als mensen weg moeten omdat ik, ik kan daar echt, het is één van de weinige dingen waar ik echt intens door geraakt kan zijn. Met name als het hele gezinnen zijn die weg moeten weer naar land van herkomst terwijl je weet dat het echt niet goed gaat komen. Dus ik denk dat het voor een gedeelte ook vermijding van de behandelaar is, want je hoopt met iemand mee dat ze mogen blijven en daarmee vermijd ik misschien zelf ook wel het gesprek over ja wat nou als je niet mag blijven omdat sommige scenario's zo gruwelijk zijn. Dat je weet dat de kinderen van die vrouw afgepakt worden en dat die vrouw terug moet naar haar familie en dat de kinderen dan uitgehuwelijkt worden op hun veertiende en dat zijn dingen die zo gruwelijk zijn dat ik daar zelf eigenlijk ook niet bij stil wil staan.

I: Wat zou daar een oplossing voor kunnen zijn? Omdat het toch belangrijk is dat het besproken wordt en dat die mensen misschien wat handvatten mee kunnen krijgen want stel ze moeten toch terug, maar dat ook een behandelaar er niet onderdoor gaat of het niet teveel mee naar huis neemt.

G: Ja weet je dat is misschien wel de **machteloosheid** die ook gepaard gaat wel met deze groep om daar mee te werken. Dat weet ik eigenlijk niet zo heel goed wat daar de oplossing voor zou kunnen zijn. Je hebt zo te maken dan met de dingen in dat land waarnaar ze toe terug moeten dat ik dan ook een soort blanco ben van wat kan iemand dan nog doen. Het idee dat je kinderen afgepakt gaan worden dat is het meest erge scenario, dus waar moet ik iemand dan voor voorbereiden. Op hoe leuk het leven kan zijn zonder kinderen? Ja, dat lijkt me zo ingewikkeld, maar misschien helpt het al om gewoon de vraag te stellen van stel je moet terug. Hoe ga je dat dan doen.

I: Ja, wat dan.

G: Waar ga je naartoe. Wie staan er op jou te wachten.

I: Ja al zijn het de basics eigenlijk. Het hoeft misschien niet gigantisch in detail om het iedereen een beetje te besparen, maar dat het in ieder geval wel langs komt misschien.

G: Ja. En **ik denk dat het helpt om toch gewoon als collega's in gesprek te blijven over de heftige problematiek van deze mensen en ja het helpt mij toch om ook altijd wel...** Ik kan dat stukje doen waar ik invloed op heb en het grote plaatje daar heb ik geen invloed op. Dat vind ik heel naar en daar kan ik ook echt wel even op het moment dat zo'n patiënt voor mij zit heel verdrietig om zijn, maar daarna scherm ik het ook weer af omdat ik denk ja ik heb hier geen invloed op.

I: Het licht buiten je macht.

G: **Ik kan er wel nachten over wakker liggen, maar het is niet in my hands zeg maar. Gelukkig heb ik dat mechanisme om dat te kunnen.**

I: Maar niet iedereen zal dat hebben waarschijnlijk.

G: Nee, nee.

I: Ik zal nog even kijken naar hoe anderen zeiden hiermee om te gaan.

G: Ja.

I: Wat denk jij dat nodig is om het gehele behandelproces te optimaliseren of gewoon het proces waar de asielzoekers doorheen gaan wanneer ze bij Dimence zijn?

G: Ik denk in de eerste plaats gewoon na intake toch direct behandeling, maar ja dan zitten we natuurlijk met **wachtlijsten** en het is ook niet helemaal eerlijk om asielzoekers voor autochtonen te laten gaan. Het is dan ook nog eens trauma, dus de langste wachtlijst.

I: Ja, dat ook nog.

G: Ja, ja wat ik meestal wel doe gezien de wachtlijsten en dat we daar gewoon mee te dealen hebben is dat ik contact hou met de asielzoekers. **Dus dat ik dan wel eens in de maand, eens in de zes weken zie om een lijntje met ze te houden. Wat ik ook wel vaak doe is dat ik meteen vriendendiensten inzet of iets van vluchtelingenwerk om te kijken of ze iets van dagbesteding kunnen krijgen.** Dat probeer ik ook wel zo snel mogelijk te regelen. Ik probeer ook zo snel mogelijk te regelen dat ze iets van **medicatie krijgen waardoor ze weer beter slapen** en weer beter nou ja. Ja vaak gaat het over slapen, dat ze **slecht slapen**, ja dat. Ja en toch zo snel mogelijk behandelen omdat ze natuurlijk een beperkte periode in zo'n azc zitten. Dus je moet ze zo snel mogelijk behandelen, maar dat kunnen we niet altijd.

I: Nee de wachtlijsten zijn echt wel een ding voor iedereen. Ook de mensen in Nederland zelf.

G: Ja, klopt. En ik denk waar we ze ook mee denken is door toch selectief te zijn, wie kunnen we wel behandelen en wie niet. Want je helpt niemand met een schijn behandeling.

I: Nee en stel iemand is een beetje terneergeslagen door de huidige situatie waarin ze zich bevinden, misschien heeft niet ideeën een complete behandeling nodig, maar inderdaad gewoon een dagbesteding en een ritme dat dat al heel veel helpt. Misschien dat dat wel een goeie is om mee te nemen als in dat dat beter geregeld zou kunnen worden of dat er beter een contactpersoon van de verschillende instanties zodat iedereen gewoon makkelijker kan communiceren.

G: Dat zou het mooiste zijn, **dat je een netwerk er om heen hebt en dat ik met vluchtelingen werk kan communiceren en vluchtelingenwerk met mij en dat er een verpleegkundige in het azc zit die ook regelmatig aansluit**, ja zo. Dat er inderdaad een netwerk is en niet iedereen in zijn eentje op zijn eigen eilandje met zo iemand bezig is.

I: Nee precies en ik heb ook al terug gehoord, gekregen, van iemand dat misschien een soort overleg waarin eens in de zoveel tijd iedereen samen komt en bespreekt van nou wat kunnen we voor die persoon doen en wie kunnen we daarvoor benaderen en dat er **misschien gewoon één centraal iemand is die de verschillende instanties of stichtingen kan benaderen. Want nu is het gewoon lastig voor behandelaren om dat er ook nog bij in te zetten.** Jullie zitten allemaal al heel vol aan de agenda's te zien. Meer communicatie maakt misschien al een heel verschil.

G: Ja, dat denk ik ook.

I: Onderhand is het trouwens bijna tijd, je zei hierna nog een andere afspraak te hebben.

G: Ja, had je nog andere vragen voor mij?

I: Nee, ik denk dat we alles wel besproken hadden. Ik wil jou nog wel vragen of er iets is dat nog besproken moet worden of, of jij misschien iets hebt wat ik bij volgende interviews moet vragen.

G: Nee, eigenlijk niet. Ik denk dat alles wel aan bod is geweest.

I: Oké dat is mooi.

Geïnterviewde: Psychiater, Dimence(**G**)
Interviewer: Femke Poesse (**I**)
Datum: 29 mei 2020 om 10:30 uur
Middel: Microsoft Teams (Dimence intern)

Voorafgaand aan het interview is **G** bedankt voor de interesse en deelname in het onderzoek. Vervolgens is toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Hier is toestemming voor gegeven met de voorwaarde dat het audio bestand verwijderd zou worden nadat het transcriberen van het interview. Pas hierna is de opname gestart.

I: Dan wil ik beginnen met het onderdeel dat gaat over waar behandelaars vaak tegenaan lopen tijdens het uitvoeren van de behandelingen. Dan vroeg ik mij af of u eerst kunt uitleggen hoe het behandelproces er precies uitziet bij Dimence. Iemand die vanuit het COA komt en wat uw rol daarbinnen is.

G: Nou bij mijn weten is die niet anders dan bij een reguliere patiënt. Standaard kijken ze wel naar verzekeringen en het financiële aspect, maar goed daar hebben we weinig mee te maken. Vanuit mijn rol gezien is het niet anders behalve dan, maar dat heeft weinig te maken met het asielzoeker zijn, maar vaak zie je wel dat er sprake is van taalproblemen, een taalbarrière. Dat is eigenlijk waar ik in de praktijk het meest tegenaan loopt. Er staan procedures voor, voor het regelen van een tolk en voor financiële zaken, maar dat is buiten mijn gezichtsveld. Dus als ik een afspraak in mijn agenda heb, dan staat er voorbereid van oké, bel dit nummer de tolk is al gereserveerd.

I: Zijn er dan naast de taalbarrière die vaak voorkomt ook andere culturele factoren waar vaak tegenaan gelopen wordt?

G: Ja, die zijn er. Alleen dat staat even los van het asielzoeker zijn want ook niet asielzoekers hebben vanuit hun cultuur diezelfde problemen. Wat ik wel lastig vind is vaak dat omdat een procedure nog onhelder is, worden ze wel of niet geaccepteerd, dat dat wel de behandeling tegenwerkt. Het is niet helpend om iemand voor een depressie of angststoornis te behandelen waarbij nog altijd boven het hoofd de beslissing kan vallen van he je moet toch weg. Vaak zie ik wel dat een behandeling bij asielzoekers hierdoor redelijk traag loopt als het überhaupt al effectief is.

I: Ja. Ik had al bij andere interviews inderdaad gehoord dat die onzekerheid die bij veel van de asielzoekers heerst echt een grote invloed heeft ook op de behandeling. Ik had ook gehoord dat wanneer ze te horen krijgen dat ze misschien wel mogen blijven en dat dat verblijfsvergunning wel gekregen kan worden dat het dan ook ineens veel beter gaat en natuurlijk die positiviteit, dat komt allemaal naar boven. Wanneer zoiets gebeurd, wat verandert er dan bij u binnen de behandelingen?

G: Nou dat heb ik nog niet in die zin meegemaakt.

I: oké, oké.

G: Daarom kan ik daar ook niet veel van zeggen. Wat ik wel kan zeggen over het algemeen is dat asielzoekers wat ze wel anders maakt is dat ze vaak niet alleen maar één probleem hebben. Kijk stemmingsproblemen is waarom ze bij ons komen, maar onderliggend zie je vaak wel dat het grootste deel van de groep te maken heeft met trauma's, PTSS en eigenlijk wel andere klachten ook. Dat is niet, kijk die eerste euforie zeg maar van het goede nieuws kan invloed hebben op stemming, maar de andere klachten als PTSS zijn natuurlijk wel blijvend. Ik vraag mij wel af van na de eerste euforie zeg maar, ja een deel van depressieve klachten kunnen natuurlijk minderen want een deel daarvan zit ingevlochten met de situatie. Echt een depressie hebben zou erna ook wel weer terugkeren.

I: ja, dat kan ik mij ook wel voorstellen. Oké, even kijken waar ik was gebleven. Ja, dan bijvoorbeeld even terug, als we even teruggaan naar de taalbarrière. Stel u gebruikt dan een tolk bijvoorbeeld in de behandeling. Zijn er dan alsnog dingen waar u tegenaan loopt? Ik heb natuurlijk van anderen gehoord dat het bijvoorbeeld meer tijd kan kosten of doordat het door een derde persoon dingen besproken moeten worden dat het soms niet makkelijk is dingen te begrijpen. Zijn er nog dingen waar u tegenaan loopt?

G: Vooral dat laatste. **Er zit bijvoorbeeld in de kwaliteit tolk ook vrij veel variatie. Ja, weet je soms hebben mensen de neiging om tegen de tolk te praten.** Ik ben gewend met de patiënt te praten en af en toe te pauzeren om de tolk te laten vertalen. Eigenlijk merk je toch vooral in gesprekken met de tolk dat de patiënt tien regels verteld, tien zinnen en de tolk zegt vervolgens alleen ja zeg maar als antwoord. Je mist toch heel veel informatie die niet vertaalt wordt. Alleen je krijgt niet helder wat ze dan precies verteld.

I: Vraagt u dan ook bij de tolk na, van nou ik heb volgens mij wel tien zinnen gehoord, wat is er allemaal gezegd?

G: Ja, niet bij elke vertaling, maar ik doe dat vaak wel. Als het antwoord niet is wat ik vroeg dan vraag ik de tolk daar wel naar.

I: oké, goed. Zijn er ook positieve dingen in de behandeling? Zijn er factoren die juist heel goed gaan of goed lopen?

G: Ten aanzien van de asielzoeker toch?

I: Ja.

G: Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik die niet heel erg zie. Mijn eigen ervaring is, met alle beperkingen die ik noem, is niet zij als persoon, maar de problematiek op zichzelf. Ja die zie ik wel heel somber in. Nogmaals in die fase dat ze nog op het azc zitten. De behandeling verloopt vaak heel traag. Niet alleen dus door taalproblemen, maar ook door de nare situatie waarin zij zitten. Tot nu toe heb ik nog niet echt een positief effect gehad met deze groep behalve zeg maar, dat is dan wel misschien het enige punt, positieve punt. **Mensen zijn vaak wel vaker dan gemiddeld blij dat ze een psychiater of arts gesproken hebben. Ze zijn eerder dankbaarder. Je kan niet heel veel doen, maar het feit dat je iemand hebt gesproken ervaren ze wel als positief. Meer dan de gemiddelde patiënt.**

I: Dat is dan in ieder geval nog iets moois dat er bij kijken komt. Ondanks dat de rest nog vrij moeizaam kan verlopen.

G: Ja.

I: Dan heb ik denk ik het meeste wel gehad over waar tegenaan gelopen kan worden. Is er nog iets dat er bij u te binnen schiet wat nog niet is genoemd?

G: Nee, op dit moment niet.

I: Oké, fijn. De volgende categorie heb ik vaardigheden genoemd. Dan wil ik eigenlijk eerst vragen wat er voor zorgt dat u denkt dat u toerust bent op de behandeling van asielzoekers.

G: Kun je nog één keer de vraag herhalen?

I: Ja, wat maakt dat u denkt “ik ben toegerust op het behandelen van asielzoekers”?

G: Ooh, ik ben toegerust. Dat is een lastige vraag. Ja wat ik net al zeg helemaal aan het begin, ja **ik zie ze niet als een aparte groep**. Als groep hebben ze wel een aantal beperkingen, maar die losse beperkingen heb je dus ook bij niet asielzoekers. Het enige echt lastige is, is dat ze relatief vaak die problemen tegelijk hebben. **Dus een taalprobleem, cultuurprobleem**. Dat wat maakt dat ik denk dat ik toegerust ben. Ja dan is het antwoord in mijn beleving ben ik al toegerust, het is alleen complexer omdat ze bij elkaar komen. Ik heb daar niet persé een probleem mee.

I: Heeft u misschien ooit een deel van de opleiding gehad over het werken met niet-westerse mensen of mensen van niet Nederlandse afkomst. Een cursus of misschien een minor?

G: Nee, nee. Wat je in de opleiding krijgt is eigenlijk heel basaal. Over cultuurproblemen zeker niet specifiek voor azc, nee.

I: Zijn er nog vaardigheden waarvan u denkt, die zou ik wel willen leren?

G: Oeh dat is een hele goede vraag. Nou ja, ik weet niet of dat al aangegeven is maar wat ik net zeg de asielzoekers als patiënt zeg maar. **Ik merk dat ik daar over het algemeen een negatief gevoel bij heb in die zin, omdat ik daar bijvoorbeeld ook weinig positieve uitkomsten zie zeg maar**. Het zou het makkelijker maken denk ik als ik dat om kan buigen, zo van oké, maar wat kan ik dan wel doen zeg maar.

I: Zou het daarvoor dan misschien helpen om vaker met collega's samen te komen en daarover te praten?

G: Ja, dat kan.

I: Ik vraag dat omdat ik binnen andere interviews te horen heb gekregen dat sommigen echt behoefte hebben aan een soort intervisie moment waarin iedereen met elkaar kan bespreken; waar lopen we tegenaan, wat hebben we gezien, wat kunnen we daar mee, maar ook waar zit ik mee. Wat heb ik gehoord en hoe kan iets van negatief ombuigen naar iets positiefs. Ik ben nu bij iedereen aan het pijlen is dat iets waar iedereen behoefte aan heeft.

G: **Ik denk dat dat wel zou helpen**. Alleen in mijn situatie hier vraag ik mij af of ik daarvoor voldoende vaak asielzoekers patiënten heb. Ik heb er hier maar enkele. **Eerder denk ik als dat mogelijk is, in een meest ideale wereld, zou je net als bij veteranen met PTSS zeg maar meer moeten clusteren**. Waarbij ook, een telefonische tolk heeft ook zijn beperkingen. In de meest ideale wereld zou je **een aparte poli moeten opstarten met tolken**. **Ik zie dat zo'n centrum misschien ook wel artsen trekt die zelf de taal kunnen spreken bijvoorbeeld. In de meest ideale wereld zie ik dat meer als oplossing**.

I: Ja. Dat is wel grappig want ik heb ook al iemand gesproken die momenteel ook in zo'n inrichting werkt. Zij zegt al het is gewoon handig om behandelaars te hebben die de taal spreken. Zij nemen ook alleen maar mensen aan die zowel Nederlands kunnen, Engels kunnen als bijvoorbeeld Turks kunnen. Of een andere, misschien Arabische taal, omdat dat natuurlijk heel erg helpt in de behandeling.

G: Ja.

I: Vervolgens heb ik iemand anders gesproken die zegt "ja, maar je moet ze eigenlijk niet zo verschillend zien als een andere groep". Dus daar liggen de meningen ook heel erg in verdeeld wel.

G: **Kijk het enige wat ze echt apart maakt van de gewone patiënten is die onzekerheid zeg maar**. Ja ik weet niet of daar überhaupt iets gedaan mee kan worden. Het enige dat ik denk is ik zie ze eigenlijk te weinig zeg maar om hier iets op de reëls te zetten of te organiseren. Daarom denk ik ook aan het cluster.

I: Ja, snap ik. Dan vraag ik mij nog af of u het idee heeft dat er een bepaalde vaardigheid is die iedereen eigenlijk wel zou moeten beheersen wanneer er gewerkt wordt met bijvoorbeeld asielzoekers of niet-westerse patiënten.

G: Nou ja ik denk dat het belangrijk is om, maar goed dat geld wel voor meer mensen denk ik. Om **goed te luisteren en ook door te vragen**. Vaak zie je dat een eerste antwoord bijvoorbeeld ook niet persé de klacht of boodschap het beste weergeeft. Als iemand dan zegt van het gaat niet goed, ja dan weet je eigenlijk nog steeds niets. Of iemand die zegt nee gaat prima ofzo. Het is belangrijk dat je doorvraagt en daarmee ook contact maakt overigens. Tot je ook echt het idee hebt van nu heb ik het plaatje helder.

I: Begrepen. Dan iets waarvan ik van de meeste gehoord heb, het gaat over de mening van asielzoekers zelf. Ik heb vernomen dat daar eigenlijk heel weinig over bekend is. Hoe asielzoekers denken over de behandeling of over het traject of ook maar iets dat daar mee te maken heeft. Is het bij u misschien bekend hoe er vanuit asielzoekers over gedacht wordt? Heeft u misschien wel eens te horen gekregen van een patiënt van nou hier ben ik blij mee of hier ben ik niet blij mee.

G: Nee, niet zozeer als groep denk ik, maar sowieso denk ik niet dat ik daar iets van gehoord heb. De contacten die ik dan heb met het azc en die patiënten gaan toch vooral over waar ze mee zitten en dus klachten. Ook over de onzekerheid, maar eigenlijk nooit zo zeer over de mening op zich omdat ja. Bij mij komen ze, vanuit mijn rol vaak voor medicatie. Wat er dan vaak gebeurd is dat het gesprek gaat over werkt het of werkt het niet. Vaak werkt iets niet zeg maar, maar dat wil niet persé zeggen dat ze dan anders willen. Het gaat toch over medicatie, doses verhogen, **slapen is vaal een probleem**. Het is heel erg klachtgericht. Niet zo zeer van nou de behandeling moet anders.

I: Nee, ik heb ook wel vernomen dat omdat veel van deze asielzoekers eigenlijk niet heel veel kennis hebben over een psychologisch traject, echt het praten, het behandelingen uitvoeren. Wel hebben ze vaak kennis van een psychiater of in ieder geval van medicatie, dat zij ook wel vaak vragen “mag ik gewoon naar de psychiater”? Merkt u ook dat dat vaak voorkomt?

G: Ja moet ik zeggen. Ja bij de intake is dat dan. Dan geven ze dat vaak aan. Dat gebeurt wel vaker.

I: Dan de laatste categorie die ik hier heb opgeschreven is wat nodig is voor het optimaliseren van het behandeltraject. Dan vraag ik mij af wat u denkt dat nodig is om het behandeltraject te optimaliseren.

G: Ja, optimaliseren dan zit ik toch te denken aan de beschikbaarheid van een tolk of tolken die fysiek aanwezig zijn. Het gaat nu natuurlijk niet om of het haalbaar is he.

I: Nee, het gaat echt om wat u goed lijkt.

G: Ja als je een fysieke tolk hebt. Ja volgens mij heeft een azc ook vaak een medische dienst. **Ja mij is vaak niet duidelijk hoe het er precies aan toe gaat in het azc. Of een directe lijn met het azc.** Af en toe komen ze mee naar een behandeling, maar niet altijd. **Als je daar op vaste basis overleg mee kunt hebben dan zou dat denk ik ook beter werken op de behandeling.**

I: Dat brengt ook al wel een beetje terug naar iets wat ook al vaker genoemd is. Contact met de verschillende partijen. Het azc, de COA, andere dingen als vluchtelingen hulp en dat dat nog niet altijd even soepel loopt. Dat niet altijd bekend is wie het best gebeld kan worden voor wat en wie kunnen we benaderen voor het volgende. Ook vooral hoe krijgen we asielzoekers in bijvoorbeeld dagbesteding terecht omdat dat blijkt te helpen in de behandeling. Dat komt wel vaker langs. Dat ook ondersteuning uit het azc misschien wel mee moeten komen naar meer behandelingen, dat die communicatie soms nog wel langs elkaar heen gaat ondanks dat dat niet handig is. Heeft u enig idee wat daar een oplossing voor zou kunnen zijn?

G: Nee, moet ik zeggen. **Wat ook heel lastig is, is dat soms de asielzoekers verplaatst worden.** Het is ook nog niet heel vast. Het gebeurt wel vaak dat iemands behandeling al loopt en diegene vervolgens

verhuist naar een heel andere regio en dan wordt overgedragen en na x aantal tijd toch besluit terug te gaan. Daar zit ook geen goede consistentie in. Dat is een extra reden waardoor het soms niet goed loopt.

I: Ja dat wordt ook vaker genoemd in interviews, klopt. Zou misschien een centraal contactpersoon een idee kunnen zijn. Stel er zou een intervisie geregeld worden tussen behandelaren en één van de behandelaren komt het probleem van ja deze asielzoeker heeft gewoon behoefte aan een dagbesteding, maar dit lukt niet. Als voorbeeld. Dat er een centraal contactpersoon aanwezig is bij een intervisie die die taak op zich kan nemen.

G: Bedoel je dan centraal of door heel Nederland?

I: Gewoon binnen team Angst en Stemming in die in de regio dan weet hoe alles geregeld zou kunnen worden. Deze persoon zou dan in contact zijn met instanties als vluchtelingen hulp of de COA of het azc. Deze persoon zou dan met hen in gesprek kunnen om dingen te regelen.

G: Oké een soort centrale coördinator. Ja, dat zou denk ik wel helpen.

I: Dan blijf ik dat nog even meenemen. Zijn er misschien punten die u eerder al aan heeft gegeven bij Dimence die beter kunnen?

G: Nee, ik heb tot nu toe nog niet echt iets aangegeven, nee.

I: Nee, oké. Is er dan misschien nog iets waar u persoonlijk behoefte aan lijkt te hebben in de behandeling?

G: Nee, kijk in de praktijk loopt het zeg maar. **Praktisch gezien denk ik niet dat Dimence nu iets anders, echt iets anders kan regelen, omdat het nou eenmaal beperkt is wat wij hier kunnen doen.** Iets we het iets wat negatief bekijken, over de algemene behandeling. Ja de enige echte optie die ik nog steeds, tenminste wat mij ideaal lijkt is dat cluster. Dan kun je we, hoe groter je groep is en die groep is nou eenmaal niet heel groot, om iets te regelen. Het team Angst en Stemming is ook best een groot team. Ook een patiëntengroep zie ik Dimence niet voor deze specifieke relatief kleine groep maar iets groots gaan opzetten.

I: Oké, dus klein houden en clusteren dat zou misschien wel beter werken?

G: Zoals ik het zie wel.

I: Dat is oké, ik vraag ook echt naar wat u prettig lijkt, wat u een goed idee lijkt dus dat is prima. Even kijken of ik nog iets anders wil vragen... Nee, dan denk ik dat ik het meeste al wel gehad heb. Is er iets waarvan u denkt dit moeten we nog bespreken of dit is misschien nog handig?

G: Nee, niet dat ik weet. Ik denk dat we zo wel veel gehad hebben.

Bijlage 8: Getranscribeerde interviews externe professionals

Geïnterviewde: Professor in (transculturele) psychiatrie (G)

Interviewer: Femke Poesse (I)

Datum: 18 mei 2020 om 10:00 uur

Middel: Telefonisch

Voorafgaand aan het interview is G bedankt voor de interesse en deelname in het onderzoek. Vervolgens is toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Pas hierna is de opname gestart.

I: Ik had u opgezocht op LinkedIn, om wat meer achtergrond informatie te krijgen. Zou u mij nog eens willen vertellen wat uw werk nu is en wat uw ervaring is met werken met asielzoekers of cultureel sensitief werken.

G: Nou ja eigenlijk als je mijn ervaring, staat in een boek. Ken je dat boek?

I: Nee dat boek ken ik nog niet.

G: Oh, nou dat boek heet "...". Dat is een boek dat ook veel gebruikt wordt in opleidingen. Het is uitgegeven bij van Gorcum is Assen. Het is van dit jaar, dus nog heel recent. Daar staan eigenlijk hele gedachtegoed die ik langzaam heb opgebouwd staat daar eigenlijk in. Maar goed daar heb je nou op het moment niks aan.

I: Nee wacht mar ik heb het voor me liggen nu gewoon op het internet.

G: Ja? Oké. Mijn ervaringen stammen al uit 1983, toen ben ik twee jaar in Ethiopië geweest om daar les te geven in de psychiatrie aan Ethiopische studenten. Daarna ben ik nog heel veel in derde wereldlanden geweest. Veel in Afghanistan en andere landen. Dus ik ben daar eigenlijk langzamerhand steeds meer in gespecialiseerd. Ik ben daar ook op gepromoveerd.

I: Ja, dat had ik gezien ja.

G: Mijn laatste ervaringen waren in de pompkliniek met allochtone tbs'ers. Dus niet westerse tbs'ers. Ja dat is zo in het kort wat mijn ervaring is.

I: Dat is een hele boel.

G: Ja, en op dit moment geef ik nog wel les aan ... en op verschillende plekken nou ook op congressen. Klinisch werk doe ik nou niet meer.

I: Nee, oké. Ik heb voor dit interview vooral een paar hoofdpunten opgeschreven in plaats van vaste vragen, omdat ik nu natuurlijk veel verschillende mensen ga spreken en ik gewoon benieuwd ben wat iedereen te zeggen heeft wil ik niet te veel vasthouden aan bepaalde vragen. Dus waar het interview precies naartoe gaat, dat zullen we vanzelf zien.

G: Ja, prima.

I: Ik vroeg mij af of bij u bekend is waar behandelaren vaak tegenaan lopen in behandeling met mensen van asielzoekers achtergrond of mensen van niet westerse achtergrond algemeen.

G: Nou die lopen eigenlijk aan tegen, de wortel van het probleem is het noucentrisme. Dat betekent dat iedereen zijn eigen normen en waarden toch beter vindt dan de normen en waarden van iemand anders. De normen en waarden van niet westerse culturen zijn beduidend anders dan de normen en waarden van westerse mensen en dan krijg je onbewust en onbedoeld toch een soort, ja, mensen die zijn toch niet helemaal oké. Dat merkt de andere partij natuurlijk en daardoor ontstaat toch geen goede relatie.

I: Nee.

G: Dat is denk ik het grootste probleem.

I: Oké.

G: Dus dat moeten mensen zich bewust zijn en moeten ook zich bewust zijn dat normen en waarden ja dat zijn hun normen en waarden, maar die zijn daarom niet persé beter dan die van iemand anders. Je kan niet zeggen een hand geven is beter dan een hoofdbuiginkje maken wanneer je iemand begroet. Het is anders maar niet beter. Veel mensen gaan dat wel interpreteren als een hand geven is beter, want zo doe ik het altijd.

I: Ja precies en wanneer mensen hier tegenaan lopen, wat zou uw advies dan zijn? U zegt al bewustzijn want het is gewoon anders en niets is specifiek beter. Zijn er ook bepaalde vaardigheden die iemand moet opdoen?

G: Ja er zijn ook van die volkswijsheden die heel veel zeggen, “onbekend maakt onbemind”. Dat is ook een beetje het eindpunt, onbekend maakt onbemind. Nou als onbekend onbemind maakt, dan is het handig om eerst wat meer bekend te raken. Dus je moet je veel en veel meer verdiepen in de leefwereld, in de gedachten wereld in de gevoelenswereld van de ander en pas als je dat een beetje, als je daar echt oprecht nieuwsgierig naar bent en je er echt in gaat verdiepen, dan geldt dat onbekend maar onbemind niet meer zo. Dan begin je toch te begrijpen dat, waarom de ander doet zoals hij doet.

I: Meer kennis is dus meer bewustzijn.

G: Meer kennis, ja. Meer kennis is meer bewustzijn. In de transculturele psychiatrie wordt dan het culturele interview heel erg aanbevolen. Het is een gesystematiseerde set vragen die als je die allemaal met de patiënt doorneemt, nou dan heb je wat meer achtergrondinformatie en dan begrijp je die patiënt veel beter.

I: Ja, precies. We hebben op het moment bij Dimence, dat er wel gekeken wordt naar goh waar heeft iemand last van, wat voor stoornissen of wat voor klachten patronen zien we. Vervolgens komen ook veel patiënten in gesprekken terecht, ondersteunende gesprekken. Daarbij komt dan ook naar voren van ja, waar lopen we precies tegenaan, die mensen weten het niet helemaal, maar dat is inderdaad culturele factoren waar mensen niet bewust genoeg van zijn, maar ook het proces zelf. Het proces waar deze mensen doorheen gaan.

G: Ja je moet je echt opstellen als een niet weten ten aanzien van mensen uit andere culturen. Als jij je als wetter gaat opstellen dan hoor je alleen maar wat je al wist en mis je de boodschap.

I: Ja, ja oké. En qua klachten die veel voorkomen. Kunt u mij vertellen wat voor klachten of problematieken u veel terug heeft gezien bij mensen van een niet westelijke achtergrond? Met name misschien asielzoekers, mocht u daar nog veel van weten.

G: Nee dat is een veel te algemene vraag. Iedereen is weer verschillend.

I: Ja.

G: Daarmee stereotypeer je ook veel te veel. Als je denkt wat is de klacht bij een asielzoekers, ja er zijn duizend verschillende soorten asielzoekers. Dus daar kan je, daar is geen antwoord op te geven, nee. Je moet per individu gaan kijken wat is hier aan de hand en daar nieuwsgierig naar zijn. Nier gaan denken van goh, oh ja dit is een asielzoekers dus het zal wel dit of dat zijn. Dat vind ik geen goede insteek.

I: Nee klopt. En stel je zou in gesprek gaan met iemand van een niet westerse achtergrond, misschien met asielzoekersstatus. Dan hebben we het net gehad over meer weten is meer bewustzijn, zijn er ook andere vaardigheden waarvan u zegt nou dat is gewoon nodig. Dat heb brengt je vooruit, dat helpt.

G: Nou kijk, ik heb tot nu toe alleen maar gesproken over hoe krijg je het vertrouwen, hoe krijg je een goede relatie met iemand door je echt in iemand te verdiepen. Maar als het gaat om behandelen dan is het ook heel belangrijk dat je een beetje een idee hebt van wat voor ideeën heeft een patiënt nou over een goede behandeling. Dat noemen ze ook wel het verklaringsmodel. Dat zal je ook bij anderen wel horen. Nou is het de kunst vind ik, kijk als je gaat behandelen als westerse hulpverlener dan moet je wel trouw blijven aan wat jij geleerd hebt, je kan geen duivels uitdrijven, dat hebben we niet geleerd. Bovendien zijn die mensen allang bij andere mensen geweest die wel duivels uit kunnen drijven en als dat helpt dan zie je ze niet, dan komen ze niet bij jou. Zij hebben dus als ze bij jou komen recht op een evidence based behandeling, iets wat bewezen effectief is, maar je moet wel ook, kijk de behandeling moet niet alleen professioneel zijn, maar het moet ook acceptabel en zinvol zijn in de ogen van de patiënt. Dus je moet toch die behandeling die professionele behandeling een beetje inkleden en verpakken in verpakkingsmateriaal waardoor de patiënt zich aangesproken voelt en iets meer zegt dan ja dat snap ik of dat begrijp ik of dat zie ik wel zitten. Dit omdat het ook een beetje aansluit bij zijn beleavingswereld. Dat is een aparte kunst en dat moeten hulpverleners ook echt leren. Dus het combineren van evidence based en aansluiten bij de verwachtingen van de ideeën van de patiënt. Als die kloof erg groot is dan betekend het dat je heel, heel, heel, heel, heel veel moet gaan uitleggen aan de patiënt. Niet zomaar denken dat ze het zomaar snappen. Eén van de grootste problemen bij mensen van niet westerse culturen is toch het therapie ontrouw. Dus ze komen één keer en dan niet meer terug. Dat betekend dat jij gefaald hebt in het contact of in goede uitleg zodat de patiënt er wat in ziet en dan ook graag terug komt, want hij heeft er wel vertrouwen in.

I: Dus eigenlijk wanneer je er voor zorgt dat je meer weet over de cultuur en wat de verwachtingen zijn van de patiënt kun je met evidence based therapie ervoor zorgen dat het beter aansluit bij de beleavingswereld van de patiënt.

G: Precies, precies, precies.

I: Hopelijk is het dan zo dat die mensen dan gewoon terug blijven komen.

G: Ja klopt. Ja, ja ja.

I: En naast het therapie ontrouw zijn, zijn er nog andere gedragingen of factoren die vaak voorkomen wat problemen kunnen opleveren?

G: Nou nee, als ze therapie trouw zijn heb je bereikt wat je wil bereiken. Meer kan je niet bereiken. Nee.

I: Zou u eens een optimale behandeling kunnen voorstellen. Zou u eens kunnen vertellen hoe een optimale behandeling er uit zou kunnen zien.

G: Eigenlijk heb ik dat natuurlijk al allemaal gezegd.

I: Ja klopt, maar een soort samenvattend geheel.

G: Heel veel investeren in de relatie, je moet het vertrouwen winnen. Dat doe je door je echt te verdiepen in de patiënt. Ik gebruik tegenwoordig ook wel inzet van empathie. Empathie, je moet empathie hebben en empathie heeft twee vormen. Affectieve empathie dat is dat je te doen hebt met de patiënt en je hebt medelijden met de patiënt. Nou dat is op zich wel goed, want anders kies je het vak niet. Maar waar het op aankomst is cognitieve empathie. Dat is dat je je echt verdiept en dat je gaat staan in de schoenen van de patiënt en dat je in de patiënt gaat verdiepen en van daar uit samen gaat opwerken. Dus de optimale behandeling die moet voldoende cognitieve empathie moet er aan ten liggen bij een hulpverlener. Je etnocentrisme zoveel mogelijk proberen te onderdrukken. Je opstellen als niet wetter, dus je moet veel en veel meer doorvragen en je hebt veel meer detail nodig om te weten wat er eigenlijk aan de hand is. Je behandeling moet wel evidence based zijn, maar je moet het wel verpakken in begrijpelijke taal zodat je patiënt er ook wel zin in heeft. Dat is eigenlijk een korte samenvatting.

I: Oké, oké, dat is duidelijk. Eens even kijken, ik had nog iets mee gekregen van een ander interview. Diegene gaf aan iets graag te willen weten. Ja, hier. Verschillen in mogelijkheden en ervaringen binnen de reguliere ggz tegenover instellingen of projecten voor bijvoorbeeld niet westelijke mensen, asielzoekers, mensen met niet westelijke achtergrond. Weet u wat je mogelijkheden en verschillen zijn tussen deze twee instellingen, dus reguliere ggz en instellingen/projecten.

G: Nou kijk ik vind het eigenlijk geen wezenlijk verschil. Je doet dan net alsof asielzoekers andere mensen zijn, maar als jij het cultuurverschil. Zo aan je stem te horen, nou je zit in je opleiding, misschien zo tussen de 20 en de 30 bent? Misschien nog wel iets jonger of?

I: 21

G: Nou goed, weet je hoe oud ik ben?

I: Haha, nee ik heb geen idee.

G: Haha, nou ik ben, ik wordt binnenkort Dan kan je je voorstellen dat er tussen ons een giga cultuurverschil zit. Er zitten twee generaties tussen. Nou dat cultuurverschil tussen ons beide is wellicht nog veel groter dan tussen jou en een asielzoeker van 21. Dus ja waar praat je dan over alsof je, ja alsof dat zoiets heel anders is. Het is niet zo heel anders. Ik vind ook dat we niet te veel die asielzoekers, ja wel voor andere dingen hoor, maar wanneer het gaat om hulpverlening moet je ze niet te veel bijzonderen. Je moet je vak gewoon goed uitoefenen. Hoe groter de cultuurkloof, des te meer tijd dat dat gaat vragen. Dat zeg ik ook altijd al van dat als je mensen van andere culturen voor je hebt moet je wel tegen je baas zeggen dat je twee keer zoveel tijd nodig hebt. Als je het snel moet doen dan mis je de boot. Dan heb je weer niet goed begrepen waar het echt om gaat. De patiënt voelt zich niet begrepen, voelt zich niet serieus genomen en blijft weg.

I: Ja.

G: Dus je kan wel zeggen van ja nou nee we moeten alles in een halfuur doen. Ik zeg als je dat wil oké, dan ben je ze allemaal kwijt na één keer. Wil je dat dan? Nee. Nou wees dan eens wijzer.

I: Je moet er de tijd voor nemen en elkaar begrijpen.

G: Ja, ja.

I: En het is ook wel interessant wat u zegt, waarschijnlijk dat de cultuur tussen bijvoorbeeld ons tweeën groter verschilt dan bijvoorbeeld tussen een leeftijd genoot die toevallig asielzoeker is en mij.

G: Ja, ja, ja.

I: Want ik hoor natuurlijk in verschillende interviews verschillende dingen terug. De één ziet het wel als een heel groot verschil, de ander niet. Daarom vind ik het ook interessant dat u zegt van nou je moet het niet zien als zo'n groot verschil, je moet elkaar gewoon goed begrijpen en daar de tijd voor nemen.

G: Nou ja ik zeg niet van, het kan een groot verschil zijn, maar dit is het gewone werk in de ggz. Instellingen voor asielzoekers en instellingen voor gewone ggz vind ik een beetje overdone. I-psy dat vind ik echt u, ja. Het enige van i-psy vind ik dat **als je een hulpverlener kan geven die de taal spreekt van de patiënt. Bijvoorbeeld hoe heet het Arabisch spreekt, dat heeft wel enorme voordelen hoor. Daar kan ik niet tegenop haha.**

I: Nee, momenteel worden er tolken gebruikt natuurlijk.

G: Ja, maar goed dat is ook niet zo makkelijk. Bovendien heb je niet zo heel vele. Maar goed los daarvan misschien moet je dat maar ook bovenaan je scriptie zetten, alle hulpverlening is culturele hulpverlening. Er is altijd een cultuurskloof tussen jou en je cliënt en die moet altijd overbrugt worden. Er zijn grote en kleine cultuurskloven, maar die cultuurskloof is er altijd. Man, vrouw, oud, jong, rijk, arm, VVD, PvdA.

I: De ene familie, de andere familie.

G: Ja, familie, dorp, stad. Of Groningen of Limburg, hahaha. Ja hé.

I: Dat vind ik eigenlijk wel iets moois hoe u dat verwoord.

G: Alle hulpverlening is culturele hulpverlening.

I: Ga ik ook zeker ergens neerzetten. Dat vind ik een leuke quote.

G: Haha, mooi!

I: Even kijken, de huidige situatie bij Dimence bij de gesprekken, de ondersteunende gesprekken die nu gevoerd worden is dat mensen afwachten of ze een verblijfsvergunning krijgen, of dat nog lang gaat duren of dat dat überhaupt niet gebeurt. Er zijn voornamelijk veel onzekerheden, wat ook zekere spanning meegeeft. Is er iets wat u Dimence aan zou raden in de behandeling?

G: Nou, ja. Dat is wel heel lastig hoor mensen behandelen die nog **onzeker** zijn over of ze in Nederland kunnen blijven, dat is wel heel, heel lastig. Wat je zou kunnen doen, kijk als laat maar zeggen van Dimence 70% toch uiteindelijk weer terug gestuurd wordt he. Stel de percentages liggen zo. **Dan zou je eigenlijk je als hulpverlener niet te veel moeten, uitsluitend moeten identificeren met die wens dat ze mogen blijven.** Een goede hulpverlener zou dan ook zeggen van goh je zit hier nou in een afschuwelijke, moeilijke situatie met iets van 50% kans dat je teruggestuurd wordt, 50% dat je hier kan. Jij wil heel graag hier blijven, nou dat wil ik ook heel graag, maar ik heb het ook niet voor het zeggen. Weet je wat ik wel, wat ik denk ik ook wel belangrijk vind, is dat ik ook eens met je ga praten van wat ga je nou doen, hoe ga je je leven inrichten als je wel terug gestuurd wordt.

I: Oh ja.

G: Dan zegt de patiënt, nou daar moet ik niet aan denken, dan pleeg ik zelfmoord. Nou ja ik snap dat je daar niet aan moet denken, maar het is wel een realiteit. Het is ook niet om, dat je daar direct een antwoord op hebt. Dus dat noem ik eigenlijk het twee sporen beleid. Wat **als jij je te veel alleen maar gaat identificeren met dat ze hier mogen blijven en ze worden toch teruggestuurd, dan gaat de patiënt met lege handen terug naar het land van herkomst.** Dus dat vind ik dan heel belangrijk, dat dat ook aan bod komt. Dit wordt echt heel weinig gedaan.

I: U bent ook de eerste die dit nu zegt.

G: Ja, ja

I: Ja, en dat is wel een hele goeie om mee te nemen ook.

G: Ja, ja, ja, ja, ja. Het is heel belangrijk, want anders dan ben je veel te veel, ja dan ben je aan het identificeren met je patiënt, maar daar wordt hij niks veter van als hij terug wordt gestuurd. Kijk en eigenlijk is dat natuurlijk toch, dit is nou toegespitst op hulp, op asielzoekers, maar eigenlijk doe je dat altijd wel een beetje dat je met de patiënt alle aspecten van zijn leven, ook de minder leuke, dat je daarin ook met de patiënt gaat kijken wat kan je dan en hoe ga je dat inrichten. **Ondersteunen en dan alleen maar de positieve kant, maar als dat niet reëel is en als dat niet zeker is dan is dat in zekere zin ook wel een beetje gevaarlijk.**

I: Ja, dat is ook zo, vooral als er zo'n grote kans is ook, dat het de andere kant op kan gaan.

G: Ja, ja. Dan krijgt ondersteunen een hele andere betekenis.

I: Hele goeie. Ik heb mijn hoofdvragen voornamelijk wel gesteld. Is er nog iets waarvan u zegt, nou dit ben je vergeten of dit wil ik nog heel graag vertellen?

G: Nee, ik denk dat je zo wel een globaal zicht hebt over hoe ik er over denk. Je zou nog kunnen kijken naar mij boek, die is niet heel dik hoor. Krijg ik nog een kopie van je scriptie?

I: Ja, wanneer die is afgerond stuur ik een mail naar alle respondenten met de vraag wie er interesse heeft en dan stuur ik de scriptie naar u toe.

Geïnterviewde: GZ-psycholoog (Forta groep Intercultureel en eigen praktijk houder) (**G**)
Interviewer: Femke Poesse (**I**)
Datum: 20 mei 2020 om 10:00 uur
Middel: ZOOM

Voorafgaand aan het interview is **G** bedankt voor de interesse en deelname in het onderzoek. Vervolgens is toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Pas hierna is de opname gestart.

I: Zou u zich willen voorstellen?

G: Ik woon in ... dat is vlak bij Ik woon daar nu bijna dertig jaar. Ik heb tien jaar in Algerije gewoond en gewerkt. Ik ben ook psycholoog dan natuurlijk ook en daarvoor in Californië gewoond en in Parijs.

I: U bent gewoon een wereldreiziger.

G: Haha, ja dat inderdaad. Wat het voor mij interessant maakt is ik heb dertig jaar een relatie gehad met een Algerijnse man die deze week al 11 jaar is overleden. Met hem samen heb ik ook in Algerije gewoond en gewerkt. Dat was in de jaren 80 met de opkomst ook van de politieke islam en dergelijke. We hebben ook nog kinderen en toen de zaak daar uit de hand liep ben ik naar Nederland terug gekomen en heb toen al gezien dat Nederland veel diverser is op straat dan in instellingen. Dat was ook de reden wat wij binnen het NIP, ik weet niet of jij daar lid van bent, het Nederlands instituut voor psychologen.

I: Nee, geen lid van, maar ik weet in ieder geval wat het allemaal inhoudt.

G: Ja daar zou ik ook zeker contacten mee gaan zoeken als jij inderdaad iets toch met dit onderwerp verder wil. Het is niet alleen een moeilijk en ingewikkeld onderwerp, maar het verslingert ook op een bepaalde manier dat je met zo veel verschillende soorten mensen in contact komt. Om mijn lange verhaal kort te maken anders kun je daar met ... wel verder over praten. Ik werk op dit moment bij forta, dat is een organisatie vanuit Rotterdam die zo'n 600 professionals hebben die in de landen werken en wij zijn sinds 1 januari bij hen aangesloten en wij heten forta intercultureel. Wij hebben drie centra in Nederland, Tilburg, Rotterdam en Utrecht. Ik werk dan in Utrecht. Op dit moment wel is waar van huis uit, dat is buitengewoon jammer, maar de core business van ons bedrijf is migranten, de meeste hebben een verblijfsvergunning en zijn eerste of tweede generatie immigrant, maar we hebben natuurlijk ook te maken soms met asielzoekers of familie/kennissen van cliënten enzovoort, enzovoort. Ik weet niet in hoeverre jouw onderzoek rijkt Femke, maar in Nederland zijn bepaalde afspraken gemaakt ook met de EU en dat gaat over het opnemen van mensen. Een tijdje terug waren dat mensen uit Syrië. Nou komen weer uit andere landen er weer andere mensen bij, maar de vraag waarvan ik je zou willen vragen die vooraf te stellen is van wat maakt dat deze mensen naar Europa komen. Wat zou de reden zijn waarom Europa deze landen zou moeten opnemen. Daar ben ik buitengewoon kritisch in, niet zozeer dat ik kritisch ben of lastig ben of iets tegen deze mensen zou hebben, maar vooral omdat ik zie, dat zie ik natuurlijk in mijn werk ook altijd. Dat wanneer mensen al een tijdje in Nederland zijn dat zij meer last of overlast geven dan dat ze iets toevoegen aan de samenleving. Dat zeg ik keihard, soms schrik ik van mijn eigen uitspraak hier in, maar ja die geluiden komen helaas meestal uit de extreem rechtse hoek waardoor het in een verkeerd daglicht staat. Ik schak ook op twee borden. Ik zie er wit uit, ik heb geen blauwe ogen zoals jij, maar groene en heet gewoon Ik ben natuurlijk niet een dreigend persoon. Aan de andere kant hoor ik natuurlijk heel veel verhalen uit de azc 's en dergelijke en dan wordt ik niet blij.

Ik heb ook mijn lidmaatschap opgezegd voor D66 en dat heeft er niet mee te maken met iets waar ik nu ook mee bezig ben. Je weet dat het op dit moment Rammadam is?

I: Ja.

G: Dat een cliënt van mij heeft een vriend die zit dan in één of ander azc. Deze mannen komen uit Libië, dat ligt in Noort-Afrika. Dat land is behoorlijk overhoop gehaald door allerlei elkaar bestrijdende groeperingen. Dat is dezelfde ellende die ik ook in Algerije heb mogen meemaken met de opkomst van de politieke islam. Helaas is mijn ervaring in Nederland dat zowel politici als beleidmakers, dat leeft de hele samenleving door. Het gaat naar scholen en opleidingsinstituten. Hele brave lieve mensen in Nederland die de krant lezen in Nederland en eigenlijk geen idee hebben wat de achterliggende redenen zijn en wat de politieke implicaties zijn ook van dit soort acties. Terug te gaan naar deze meneer die nu in het azc zit. Hij is niet religieus, dat is een keuze in Nederland he. Artikel 1. Hij wordt ook regelmatig in elkaar geslagen, hij doet bijvoorbeeld niet de Rammadam zoals anderen. Deze man heeft weliswaar een gezin, vrouw en kinderen en dergelijken. Het probleem hiermee is dat deze man niet door de medewerkers van het azc in elkaar geslagen wordt, zo erg is het gelukkig niet, maar wel door mede asielzoekers. Die mede asielzoekers zijn mensen die denken of beweren dat zij ook in Nederland zouden kunnen wonen, of in Europa of in ieder geval in een land waar de rechtsstaat gerespecteerd wordt. Zij komen allemaal uit landen waar de rechtsstaat niet gerespecteerd wordt. Gaan ook niet naar landen als Saoedi-Arabië, Rusland of naar noem een ander land dat veel dichterbij ligt. Nee ze komen naar Europa. Daar moeten ze heel veel voor doen, je kent de verhalen. Je hebt Turkije met de bootjes.

I: Levends gevaarlijk.

G: Ze hebben hun leven er voor over he, om daar, om toch het vrije Europa in te komen en als ze dan eenmaal voet op vrije bodem hebben gezet komen ze zelf met hun eigen intolerante verhalen aan met “mijn vrouw mag niet dit”, “mijn vrouw moet dat”. Jullie mogen niet zus, jullie zijn vuile honden, jullie zijn, nou ja noem het allemaal maar weer. Daar hoeft niemand zich eigenlijk tegen te verweren en dat is buitengewoon gevaarlijk. Het is dat mijn man is overleden en dat ik mij nu wat feller durf uit te drukken omdat wanneer mensen vanuit de islamitische gemeenschap hun mond open doen zou ik maar zeggen en geren tegen dit soort extremistische, maar wel islamitische uitspraken, dan gaan ze er gewoon aan. We hebben Algerije overleefd en tot nu toe nog Nederland al hoewel mijn man is overleden, maar dat had een natuurlijke oorzaak. Maar je kan zeggen in hoeverre speelt stress daar ook een rol. Het feit blijft dat daar buitengewoon intolerante haken en ogen zitten aan deze ideologie of religie en wij zitten in Nederland en in Europa nog steeds te kijken naar dat probleem dat is artikel 1. Pim Fortuin heeft daar zijn mond over open gedaan hij is ook vermoord onder verdachte omstandigheden. Het feit blijft dat artikel 1 een heel groot goed is. Laat ik dat voorop stellen dat we daar buitengewoon trots op mogen zijn, we hebben daar eeuwenlang voor gevochten. Je kent de verhalen misschien nog wel uit de geschiedenis lessen dat mensen op de brandstapel kwamen omdat ze niet gelovig genoeg waren en ga zo maar door. Het is in Europa gelukt godsdiensten en staat van elkaar te scheiden. Dit is met de islam nog lang niet het geval. In tegendeel er is zo veel geld om dat zo op deze manier te houden dat ik denk dat we in het vrije Europa wat we nog wel enigszins zijn, dat we daar wel degelijk voor moeten oppassen. Dat komt dan toch als een boemerang terug naar de vraag die jij mij stelt als het gaat over asielzoekers. Ik vind nog steeds dat ik een buitengewoon humaan iemand ben. Ik doe ook echt van alles om mensen te helpen, maar het moet niet zo zijn dat een religie met alle intolerante kenmerken hier op bepaalde fronten de dienst gaan uitmaken en dat doen ze op een zeer subtiele manier. De laatste jaren zijn er geen aanslagen meer, in Nederland is ook nog geen grote aanslag geweest. Aanslagen die we hebben mogen hebben zijn van wat wij dan in Nederland noemen, gestoorden die flippen of psychotisch zijn. Het zijn ook mensen die vergiftigd zijn met dit gedachtengoed die zo degelijks schade kunnen toebrengen. Ik sta niet te springen als het gaat om onze grenzen nog verder open te stellen voor mensen die hier met verhalen komen waar wij als Nederland als 21^{ste} eeuw gewoon niks mee kunnen. Ik hoop dat jij ook in jouw onderzoek zeer kritisch note van wild maken.

I: Ik zal daar dan zeker naar kijken. Het onderzoek gaat voornamelijk in op Dimence intern, hoe de behandelaars er mee om moeten gaan. Zij krijgen wellicht ook te maken met deze gedachten goeden.

G: Absoluut die hebben hier zeer mee te maken.

I: Ja, ondanks dat er niet gigantisch veel asielzoekers zijn die momenteel in behandeling zitten bij Dimence. Behandelaren lopen vooral wel aan tegen dingen als verschillende normen en waarden, dat het meer tijd kost elkaar te begrijpen en meer moeite en concentratie kost en dat dat dan heel lastig is. Ook communicatie tussen verschillende partijen omdat ze bijvoorbeeld gemerkt hebben dat als iemand dagbesteding heeft of in ieder geval een ritme heeft of vrijwilligerswerk doet dat het al veel beter gaat met iemand. Dat ze de therapieën vaak beter oppakken en dat de communicatie met partijen die ervoor moeten zorgen dat deze mensen hierin belanden dat deze communicatie heel stroef loopt of langs elkaar heen gaat. Ze weten niet altijd wie ze moeten contacten. Het gaat voornamelijk nog op ja, op zulke gebieden gaat het nog wel eens mis. Daar heb je inderdaad ook mensen die je tegenkomt met gedachten goede die de kant op gaan zoals u net benoemde. Daar kan ik zeker wel meer naar kijken en kijken wat je daarmee zou kunnen doen.

G: Dat lijkt mij heel goed. Nu moet ik zeggen dat jij als jonge en mooie vrouw wel heel weinig mogelijkheden hebt om daar invloed op uit te oefenen. Het zijn toch mensen, mannen vooral die vanuit hun autoritaire samenleving, ja sorry maar die worden niet als gelijken gezien.

I: Nee, ik weet het.

G: Daarom, dat hoeft ik jou niet uit te leggen. Ik hoop dat daar binnen Dimence toch wel een forse, een forse vuist in wordt gemaakt om een aantal zaken ook niet te tolereren. Ze gaan zo ver als dat ze de kans hebben. Over het algemeen is mijn ervaring dat ze niet de strijd aan gaan, dat durven zij natuurlijk niet want daarmee zou hun asiel procedure in gevaar komen en dergelijke. Maar ik denk dat het heel belangrijk is dat jullie heel **veel doorvragen over alle motieven en alle verwachtingen die ze hebben ten aanzien van Nederland** en ja jij weet natuurlijk ook heel goed dat heel veel mensen ook als er geen directe oorlog is of als ze nu niet zelf bedreigd zijn toch de kans zien om maar naar een rijker land te komen en dat is helaas ook bij mensen die uit oorlog gebied komen nog steeds heel erg het geval. Dan heb ik het nog niet eens over mensen die nog het één en ander op hun kerkstok hebben of mensen die regelrecht lid en moordend lid zijn geweest van bepaalde militante groeperingen die echt ongelofelijk hebben huisgehouden.

I: Er zijn veel factoren om rekening mee te houden en het is ook lastig om te kijken hoever ik in dit onderzoek kan gaan. Dit afstudeeronderzoek waarvoor ik eigenlijk vrij weinig tijd heb in mijn eentje.

G: Ja, snap ik, ik wil je graag helpen Femke.

I: Ja, dat vind ik heel prettig. Iedereen die meedoet met dit onderzoek, ik ben er heel blij mee. De drukte die iedereen ervaart met het de huidige situatie in Nederland, ik denk ja. Het is een wonder dat mensen nog extra tijd hebben om dit nog te doen.

G: Ja dat heb ik zeker, ook natuurlijk omdat ik met dit onderwerp iets heb. Ik zie ook de gevaren daarvan in terwijl in Nederland alleen maar gesproken wordt over corona omdat dat nog wel een paar jaar ofzo door gaat. Tegelijkertijd gebeurt er van alles waar wij als liberale samenleving echt niet blij mee mogen zijn. Als ik je een tip mag geven want ik begrijp dat tijd zeker een factor is en ook de rijkbaarheid van jouw onderzoek. Ik zou heel veel eindigen met alleen maar vragen te stellen. Hoe zit het met dit en hoe denken wij dit te doen. Ik weet niet in hoeverre jouw begeleider het er mee eens zou zijn om alleen maar dit vanuit een behandel kader te zien. Eerste tweede lijn of specialistische zorg, dat is allemaal heel beperkt en er zijn weinig mogelijkheden. Ik hoop dat je het naar een meer macroniveau kan trekken door ook de politieke implicaties daar in mee te nemen.

I: Ik kan er naar kijken en het is ook momenteel even lastig, daar kan niemand op het moment iets aan doen behalve Saxion zelf. Ik heb twee begeleiders vanuit school. De eerste ligt uit de running van wegen gezondheid problemen. Dus op het moment heb ik geen begeleider die mijn stukken nakijkt.

G: Ik wil het graag doen.

I: Ik heb ook nog niet iets wat ik u voor wil leggen nog. Ik weet nog niet of het de goede kant op gaat. Dus dat kost u veel tijd en dat vind ik ook niet netjes. Ja het is even puzzelen hoe dit gaat.

G: Nee dat begrijp ik en dat is niet leuk. Misschien is er iemand die deze persoon kan vervangen?

I: Daar ben ik mee bezig, ik mail er achteraan want het duurt al wel even. Een begeleider is wel nodig natuurlijk.

G: ja dat mag je rustig eisen of je moet meer tijd krijgen om het onderzoek uit te werken.

I: Ja helaas dat krijgen we niet. Ik wou u nog wel wat vragen stellen over cultuurverschillen waarmee u te maken krijgt in de behandeling van deze mensen. Zijn er verder nog dingen waar u tegenaan loopt. U heeft natuurlijk de denkwijzen die soms tot het extreme verschillen met hier genoemd.

G: Ja dat is natuurlijk zeker waar. Ik heb het grote geluk dat ik ook stagiaires mag begeleiden die we bij Forta krijgen, dat zijn over het algemeen jonge meiden zoals jij die wel is waar een taal moeten spreken om een doelgroep te kunnen bedienen. In de praktijk zijn dit bijna altijd Turks-Nederlandse dames die zeer ambitieus en buitengewoon effectief en professioneel zijn. Zij spreken heel goed Engels omdat zij soms direct vanuit Turkije komen. Doordat zij goed Engels spreken kunnen zij de Engelstalige masters volgen in Utrecht of in Leiden. Wat wij vaak merken is dat als er een oudere man uit hun groep komt dat zij meteen gaan vragen ja waar kom jij vandaan. Met andere woorden wie ben jij ofzo. Ik probeer ze zo snel mogelijk zelf het gesprek te laten voeren. **Dan merk ik dat deze vrouwen toch wel heel kritisch worden benaderd als wie zijn zij als jonge meid om iets te kunnen zeggen over een ouder persoon.** Dat zie je ook wel bij vrouwen, maar mannen zijn er over het algemeen toch wat dominanter in. Dat is één ding, dat heft met aansluiting en het eerste contact te maken. Verder moet je wel zien dat de mensen die ik zie, dat is natuurlijk niet de doorsnee van een bepaalde populatie. De cliënten die wij dan met name bij Forta zien zijn over het algemeen Turks-Nederlands. Ik werk daar omdat ik Noord-Afrikaans heb leren spreken in Algerije, ik heb Arabisch, Noord-Afrikaans Arabisch moet ik zeggen. Dus ik krijg mensen uit deze kanten en moet zeggen dat als mensen uit Syrië of Irak komen dat ingewikkelder is want hun Arabisch verschilt toch wel behoorlijk met het Noord-Afrikaans Arabische dialect. Ik zie ook veel mensen, dat zijn vaak wel asielzoekers of mensen die net hun toestemming hebben gekregen om in Nederland te mogen blijven, zij zijn voor jou misschien wel heel interessant. **Die komen uit Frans talige Koloniën. Dat zijn over het algemeen behoorlijk getraumatiseerde mensen. Mannen die gewoon het geluk gaan zoeken en ik zie wanneer zij eenmaal toestemming krijgen om dit land te mogen bewonen dat ze geen enkele aansluiting vinden en krijgen met deze samenleving.** Ze spreken niet alleen de Nederlandse taal niet, maar ook als ze dat wel doen ze zijn gewoon zwart om het maar even heel rot te zeggen en dat is in Nederland vandaag te dag echt geen pré om overal maar binnen te komen. Daar zijn nog wat problemen die ik eerlijk gezegd ook niet kan oplossen. De prognose is vaak gewoon heel slecht. Ja dat maakt het werk zwaar en moeilijk en lastig, want wat kan je eigenlijk doen in zo'n geval. Dat is over het algemeen niet heel erg veel en als het gaat om cultuurverschillen dan is de hang en de noodzaak misschien ook om naar religie terug te gaan is ook wel vrij groot. Dat begrijp ik natuurlijk.

I: Enige aansluiting zoeken met iets.

G: Ja, dat moeten ze zeker. Het maken van afspraken is vaak lastig. Als het slecht weer is dan komt niet iedereen. Maar op de één of andere manier lukt het ons meestal toch wel, natuurlijk ook omdat wij bekend staan als intercultureel centrum. Dat maakt het wel makkelijk. Wat lastig is, is wanneer het gaat om een ander soort groep mensen dat in Nederland woont is uit de wereld van de expat. Voor mij is een expat een immigrant en een asielzoeker is in wezen precies hetzelfde. Dat zijn mensen die uit andere

streken komen en zich in Nederland tijdelijk al dan niet permanent vestigen en deze mensen uit de groep die zich expat noemt, ik weet niet of jullie die veel zien. In de regio den Haag zijn die zeer sterk aanwezig. Als je in Wassenaar rondrijdt spreekt niemand nog Nederlands, rijden in grote auto's, maar ze weigeren eigenlijk om zoals wat voor ons intercultureel is, is voor hen een groot verschil met internationaal. Wij doen alles om die verschillen kleiner te maken, maar er zijn toch mensen die denken dat ze verheven zijn boven wat zij dan asielzoekers en vluchtelingen noemen terwijl hun situatie soms ook heel lastig is. In de demografische zin, precies dezelfde immigratie problemen gaat als de taal leren, werk zoeken, diploma's ze hebben vaak wel betere diploma's. Die moeten dan weer erkent worden. Daar zijn nogal veel overeenkomsten tussen deze groepen. Ik weet niet of jullie bij Dimence ook wel eens expats hebben, maar dat is ook iets wat mij opvalt in de aansluiting dat zij zich boven de armzalige vluchtelingen zetten.

I: Het enige wat ik tot nu toe heb gehoord van waar mensen mee aan het werk zijn, zijn asielzoekers die ook echt in de asielzoekerscentrums zitten en door het COA doorgestuurd worden naar hier. Naar Dimence dan. Vanuit daar wordt dan gekeken goh wat voor stoornissen komen er voorbij, dan wordt er gekeken naar een passende behandeling die ze daar voor kunnen krijgen, daar hebben ze recht op. Dan krijg je het probleem van lange wachtrijen en soms worden ze al overgezet naar een ander asielzoekerscentrum voor de wachttijd überhaupt voorbij is of midden in hun behandeling. Sommigen komen nog in aanmerking voor ondersteunende gesprekken, ze proberen ook elke maand maximaal 6 weken er tussen iedereen te spreken om ze wel nog, mochten ze in de wachtrij zitten, nog bij, mochten ze in de wachtrij zitten, bij de therapie te houden. Om nog contact te houden en die band te behouden. Dat zijn vooral de mensen die we zien. Meestal hebben ze nog geen verblijfsvergunning, sommigen krijgen het in de tijd dat ze in behandeling zitten of in gesprek zitten en dan merk je ook dat alle onzekerheden van hun schouders afvallen op dat moment en dat ze heel positief naar alles toe gaan kijken en heel dankbaar zijn.

G: In het begin wel ja, zeker.

I: Er gaat dan ook nog gekeken worden naar goh wat ga je hierna doen. Wat nog lastig is, is kijken naar wat gaat er gebeuren, wat gaat er gebeuren als je terug wordt gestuurd.

G: Ja dat is een ander punt. Daar zou ik ook melding van maken. Het is werkelijk meer dan schandalig om mensen jarenlang achter een soort situatie te houden en dan later te zeggen nou het gaat gewoon niet door. Daar wordt ook in kranten veel over geschreven, met name nu over mensen uit Noord-Afrika dat mensen zich melden met gelogen identiteit. Die moeten meteen, die geven zo vele overlast, die moeten meteen, meteen, meteen die kunnen hier geen dag langer, desnoods worden ze opgesloten, maar die moeten hier geen dag langer zijn. Ze moeten ook niet de illusie krijgen, dat trekt al hun vriendjes ook aan van he jongens ik ben bijna binnen. Ik krijg zelfs mensen uit Duitsland vanuit Algerije, dan zijn ze zogenaamd katholiek geworden en dan versieren ze één of ander meisje dat moeilijk aan de man komt om het maar eens heel plat te zeggen, komen ze zelfs naar Nederland om daar verhalen op te hangen. Ja als ik dan zeg kom om 09:00 op afspraak en als ik bel dan liggen ze nog te slapen want het is wel ramadam. Je wordt zo voor de gek gehouden en ik heb er zo genoeg van. **Ze gaan je alles vertellen om maar een verblijfsvergunning te krijgen en daarna dan gaan ze ook alles vertellen om een uitkering te krijgen en aan het begin dacht ik al die verhalen, wat een flauwe kul. Nu merk ik het voortdurend een uitkering is heilig, dat is het beste diploma die ze in Nederland kunnen halen.** Dat kost de Nederlandse overheid ongelooflijk veel geld. Soms sta je versteld van hoeveel hulp een Marokkaans-Nederlands gezin om zich heen weet te verzamelen. Het zijn **allemaal organisaties die, die in een soort paraplu zitten waar veel te weinig onderling met elkaar afgestemd worden.** Anders zouden ze meteen al zeggen jongens bekijk het maar. Het is echt afschuwelijk hoe wij soms bij de neus genomen worden. Wat mij ook opvalt, je vroeg ook wat dan opvalt. **Als vrouw, meeste vrouwen hebben dan kinderen en kleine kinderen. Oppas hebben ze dan blijkbaar niet, willen ze niet betalen, kunnen ze niet betalen. Ze komen soms met de kinderen. Dan kun je echt geen EMDR doen, dat is echt lastig en dat gebeurt nog steeds.** Dat vind ik moeilijk. Wat mij ook enorm stoort en **wat lastig is, is dat ze geen huiswerk willen maken, ze kunnen ook geen huiswerk maken, dat is ook lastig want ik ga mensen niet alleen maar zien zodat ze hun verhaal kwijt kunnen, dat is niet genoeg. De GGZ betaald daar gewoon niet voor.** Een ander moeilijk punt is ik

ben heel erg voor heteroanamnese, ik ben heel erg voor een meer systemische aanpak, nou dat is in Nederland ongekend. Je kent misschien de studie van ... Mijn man heeft dat nog gedaan in Parijs. Ik zal het je even laten zien.

I: Transcultureel systeem therapie. Ken ik niet, nee.

G: Nee dat zou me ook verbazen eerlijk gezegd hoor. Veel mensen kennen het niet want het kost veel geld. Het is een methodiek die in Parijs is ontwikkeld en waar wij met cursussen en dergelijken geprobeerd hebben te doen. Het kost veel geld omdat je bij gesprekken een aantal mensen en professionals nodig hebt die vanuit hun eigen culturele achtergrond de therapie echt gewoon flot kunnen trekken en vaart kunnen geven. **Mijn ervaring helaas met autochtoon Nederlandse professionals, ja sorry de motivatie en de mogelijkheden er gewoon veel en veel te weinig zijn.** Er wordt ook veel te weinig aandacht besteed, ik weet niet hoe dat met Saxion is of daar ook interculturele trainingen en cursussen worden aangeboden.

I: Bij Saxion minors in intercultureel werken heb je wel.

G: Een minor. Docenten hebben jullie ook echt een curriculum dat gaat over diversiteit?

I: Goede vraag. Volgens mij is dat echt een keus. Ja, je hebt gewoon het standaard curriculum daar zit het niet bij in. Je hebt wel gewoon oké je hebt verschillen en hoe ga je er mee om, maar niet zo dat ik nou denk ja ik heb echt les gehad over het intercultureel werken. Ik weet een goede vriendin van mij doet dat wel zij werkt ook bij azc 's. De minoren zijn er dus je kan je pakket er mee uitbreiden. Het is niet de standaard.

G: Dat is echt schandalig, schrijf dat ook maar in je scriptie. Anno 2020 is het onbegrijpelijk dat psychologen in opleiding geen kennis nemen van de maatschappij zoals deze er vandaag de dag uit ziet. Je hebt ook wel in Deventer grote groepen minderheden wonen die het echt niet allemaal makkelijk hebben. Een groot deel van de Turkse Nederlanders zitten onder de armoede grens en dan moeten we ook niet verbaasd zijn dat er heel veel drugshandel en weet ik wat is. Dat is echt moeilijk.

I: Wat ik wel heb gezien is dat ze het doen lijken alsof er intercultureel werken of wat dan ook bij in zit. Vaak zeggen ze we gaan letten op de cultuur, maar dan gaat het om culturen als leeftijdsverschil of jij woont in de stad ik in een dorp. Ook de cultuur tussen goh iemand komt uit België wat is het verschil. Maar niet het verschil van iemand komt uit Afrika, het midden oosten. Dat wordt daar niet in meegenomen.

G: Nee, dat is echt jammer. Wat je zou kunnen doen in Deventer is je kent waarschijnlijk Euzcan Akyol (naam schrijver). Zijn vrouw Anna... woont ook in Deventer. Misschien is het leuk om met hem contact op te nemen. Zij is journalist bij de Volkskrant en hij heeft een boek geschreven over zijn eigen leven dat heet turis. Misschien kun je hen contacteren om ze te interviewen en dan moet je zeggen tegen hem dat ik ben de moeder van Ze woonden vroeger in Amsterdam en toen heb ik hem ontmoet ooit. Misschien dat hij dan meer genegen is om met jou te praten over jouw onderzoek. Jouw scriptie wat mee gewicht geven. Je zou ook kunnen vragen of hij in het AD daar aandacht aan zou willen besteden dat er veel te weinig aandacht is voor. De reden dat opleidingen voor mensen die notabene moeten gaan werken met mensen in deze samenleving.

I: Mensen zeggen wel van goh je mag kiezen daarmee te gaan werken, maar het is gewoon zo dat als je in de GGZ zit je lang niet altijd keus hebt over wie je voor je hebt. Je krijgt asielzoekers er bij je krijgt mensen die gewoon hier wonen maar wel van ander culturen komen inderdaad.

G: Heb je een Turkse collega? Mooi dan ga jij die Turken maar behandelen.

I: Er zijn een paar collega's die echt er passie voor hebben echt hun best doen ondanks dat ze nooit een opleiding hierin gehad hebben, die zich echt verdiepen. Maar het blijkt ook dat er mensen zijn die na één gesprek denken "ik weet niet wat ik hiermee moet, ik denk niet dat het wat wordt".

G: Ja daar kun je ook niks mee. Het is pijnlijk om te zeggen. Jij bent naar China geweest dan zul je wel zien hoe moeilijk het is om met mensen daar contact te maken zelfs Engels spreken is daar buitengewoon moeilijk.

I: Het scheelde dat ik basis Chinees kon, maar het begin was buitengewoon moeilijk.

G: een goede en belangrijke ervaring voor jou. Dat kun je ook omdraaien naar mensen die uit weet ik veel wat voor land komen, die staan ook maar een beetje te kijken en dat is gewoon logisch. Die aansluiting is er niet de professionals zijn er veel te weinig. Het loopt gewoon niet. Het kost te veel geld er is geen eer mee te behalen, dat komt er ook nog even bij. Dus waarom zouden mensen nou hun aandacht daar op richten. Ik denk dat dat toch een beetje de achterliggende reden is.

I: Ja, je hebt natuurlijk ook heel veel behandelaren die 30 à 40 jaar geleden hun opleidingen hebben gedaan en toen was het al helemaal niet standaard dat je daar over ging leren het interculturele werken.

G: Het is nooit standaard geweest.

I: Nee en dat is nog steeds niet zo. Er komt meer keus, maar het moet niet echt een keus zijn het moet in het pakket zitten.

G: Nee het moet echt geen keus zijn.

I: In het werkveld is het vaak geen keus dus in de opleiding moet dat ook geen keus zijn.

G: Goh heb je nog andere vragen Femke?

I: Ik zal eens even kijken naar wat ik nog opgeschreven heb.

G: Hoe vind je dit gesprek trouwens?

I: Ik vind het hele andere inzichten weer geven. Ik heb nog niemand gehad die over de problemen die zich voordoen aan zich zoals buiten de behandelwijze om, denkwijze van mensen, waar ze vandaan komen, wat voor moeilijkheden zorgt of de politiek erbij betrekken. Dat heb ik allemaal niet gehoord omdat het voornamelijk gericht is op de behandeling binnen Dimence en ik niet weet hoe breed ik het kan trekken. Maar dit kan ik zeker weer meenemen. Ik kan ook kijken hoe zie je dat ergens in terug. Waarom hebben mensen misschien moeite met het behandelen van niet-westerse patiënten, nou ja je ziet het niet terug in de opleiding.

G: Tuurlijk. Ook vanuit hun eigen achtergrond. De meeste mensen, ik weet niet wat het percentage vrouw is dat deze opleiding volgt, misschien 80%.

I: Nou zoiets denk ik.

G: Dat is op zich al een drama. Voor de hele staat en het beroep psycholoog schieten we niet echt op. Sorry om te zeggen ik ben een heel feministisch persoon.

I: Nee maar feminisme is ook gelijkheid he, dus ik bedoel dat die mannen daar juist bij horen dat is zo.

G: Ja, precies. Kijk maar eens naar de positie van de psycholoog in de afgelopen 30 jaar daar hoeven we echt niet blij mee te zijn. Jouw meeste collega's en mede studenten komen uit welvarende gezinnen

waarin gelijkheid hoog in het vaandel staat. Deze, ja sorry, deze mensen hebben ook vaak niet geleerd hoe te moeten knokken voor hun vrijheid en hun leven. Daar hebben ze geen feeling mee, dat kennen ze ook niet.

I: Ik merk persoonlijk dat er nog best veel mensen van christelijke achtergrond zijn en zij nog wel eens moeite hebben met het denken over hoe iemand anders over het leven denkt. Als ik met hun praat kunnen ze niet begrijpen dat ik niet geloof en dat is hetzelfde naar iemand toe die in iets anders geloofd. Tuurlijk dat geldt niet voor iedereen.

G: Ja, terwijl juist deze mensen respect voor andermans geloof zouden moeten hebben.

I: Zij hebben vaak wel het respect. Maar zij hebben moeite met het inlevingsvermogen lijkt wel. Ze zeggen je kan geloven wat je wil, maar daar lijkt het dan mee op te houden.

G: Ongelofelijk ja. Ik kan hier uren en uren over praten hoor Femke dat merk je wel. Heb jij nog voldoende andere mensen die je kan interviewen? Als je wil help ik je hoor.

I: Als je bronnen heb tover iets wat je heel interessant vind dan mag u dat altijd sturen.

G: Mijn eigen boekje, die zal ik je ook laten zien.

I: Interculturele... Ja, die had je in de bijlage ook gezet.

G: Ja hij is onderhand al een paar jaar oud maar er is helaas nog niet veel veranderd. Daar staan al dit soort problemen beschreven. Daar kan je uitgebreid uit citeren als je dat wild. Ik weet niet of je nog

I: Ik ben blij u nog gesproken te hebben vandaag.

G: Ja, ik hoop ook dat je kritische vragen kan stellen ook richting Saxion toe.

I: Ik ga mijn best doen. Wie weet spreken we elkaar nog een keer.

G: Ik hoop dat het een kritisch verhaal van kan maken en ik ben altijd bereid mee te helpen.

I: Yes, dankjewel.

Geïnterviewde: klinisch psycholoog psychotherapeut (**G**)
Interviewer: Femke Poesse (**I**)
Datum: 28 mei 2020 om 10:30 uur
Middel: Telefonisch

Voorafgaand aan het interview is **G** bedankt voor de interesse en deelname in het onderzoek. Vervolgens is toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Pas hierna is de opname gestart.

I: Zou u misschien iets over uzelf willen vertellen?

G: Ik denk dat ik het belangrijkste al in de mail heb gezet. Mijn leeftijd is ..., daar begin ik dan maar mee. Ik heb nog doorgewerkt tot twee jaar geleden. Vanaf mijn 60^{ste}, ik heb eerst gewerkt als klinisch psycholoog psychotherapeut. Die organisatie heet nu pro persona. Daar heb ik eerst gewerkt op een deeltijd voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis, meestal wat jongere mensen. Vanaf mijn 60^{ste} heb ik gewerkt in de afdeling ... dat was een topreferente afdeling voor vreemdelingen en asielzoekers die nu sinds een jaar of twee is die opgeheven helaas. Dat was de eerste afdeling die in Nederland met vreemdelingen werkte, al heel lang. Dat is sinds de Vietnamese bootvluchtelingen even kijken dat is zo'n 50 jaar terug denk ik. Op verzoek van de Nederlandse regering toen. Op een gegeven moment is overgeschakeld op vluchtelingen en asielzoekers over het algemeen, klinische behandeling. De verwijzing was via gespecialiseerde afdelingen dus niet via de huisarts, maar via andere klinieken of via ... als de behandeling van een patiënt daar niet lukte dan kwam er een doorverwijzing naar Na mijn 65^{ste} heb ik, als ik te vlug ga moet je het zeggen.

I: Oh nee ik kan alles terug luisteren, dus dat ik helemaal goed.

G: Oké, ik heb na mijn 65^{ste}, ben ik gaan werken bij detentie centra voor vreemdelingen. Dat is geen strafrecht, maar dat is vreemdelingen die geen verblijfsvergunning hebben en bij de politie tegen de mand lopen als niet hebbende van een verblijfsvergunning, zij kunnen gedetineerd worden. Dus dat. Ook bij Schiphol, dat was een afdeling waar vreemdelingen het land uit gezet werden en waar vreemdelingen die Nederland binnen kwamen die geen geldige papieren hadden moesten aantonen wie ze waren. Dus tijdelijk in Nederland verbleef tot dat ze hadden aangewezen wie ze waren. Nou ja.

I: Veel verschillende dingen wel.

G: ja, ja. Eens kijken het laatste jaar van mijn werkzame leven heb ik nog met langgestraften en levenslange gestraften gewerkt.

I: Oké en ging dat dan ook over mensen van niet-westerse afkomst?

G: Nee, dat was een reguliere gevangenis.

I: Ah oké, de reguliere gevangenis. Het interview verder. Ik heb voornamelijk wat hoofdonderwerpen opgezet waarvan ik sowieso wat ga vragen en daarnaast heeft u gewoon de ruimte in te brengen wat u ook maar ziet als belangrijk of waarvan u denkt nou dat kan nog wel eens nuttig zijn. Ik zou het dan ook

een ongestructureerd interview noemen. Het eerste onderwerp wat ik wil bespreken is waar vaak tegenaan gelopen wordt bij de behandeling van niet-westerse patiënten of asielzoekers.

G: Waar je dan tegenaan loopt. Dat is op de eerste plaats natuurlijk **de taal, probleem van de taal**. Dan krijg je de vraag van hoe ga je daarmee om? Ga je dan een tolk inhuren of ga je familie inzetten? Ga je een taal gebruiken die je allebei als intermediair kan gebruiken, maar allebei wat minder machtig bent? Alsof met handen en voeten dat zijn allemaal opties natuurlijk. Daarbij had ik zelf altijd, wij waren dan in een luxe positie, voorkeur voor een beëdigde taaltolk uit zeg maar die zowel het Nederlands machtig was als de taal van het land van herkomst.

I: Ging dat dan vaak telefonisch of zat de tolk er dan ook echt vaak bij?

G: Beide. Maar dat was toen hadden we de mogelijkheid om daarvoor te kiezen. Het lag ook natuurlijk aan het soort therapie. Ik heb groepstherapieën gedaan en daar kan je niet werken met telefoon. In zo'n groepstherapie zaten dan wel eens twee, drie verschillende taaltolken omdat er drie verschillende talen werden gesproken.

I: Oh ja dat is ook wel bijzonder eigenlijk.

G: Bij justitie kon ik het meestal, bij de detentie centra, kon ik het meestal wel af met een telefonische tolk, omdat de problemen daar wat eenvoudiger waren. Verder heb ik zelf ook met handen en voeten Engels, ja dat spreken we allemaal wel. Frans kon ik me redelijk in redden, Spaans lukte me ook nog wel een beetje. Italiaans, nou ja goed, maar dan was het al wel minder zeg maar qua taalaardigheid.

I: Ja, maar de mogelijkheid was er dan nog wel.

G: In ieder geval heb je dan altijd contact. En zonder meer probeerde ik altijd de cliënt te benaderen met wat woorden die ik dan op een rijtje had gezet uit zijn eigen taal. Zoals ... in het Russisch en ..., ja dat soort woorden. Ja, ja.

I: Zijn er nog naast de taal andere factoren waar snel tegenaan gelopen wordt?

G: Ja, dat is het feit dat **mensen uit andere cultuur en andere landen weinig of andere ervaring hebben met de psychiatrie dan onze patiënten die we in Nederland hebben**. Die weten een beetje via huis uit en via ze kunnen zich ook wel op de hoogte stellen via kranten of via vrienden, weten ze een beetje hoe het hier allemaal loopt. Het contact maken zeg maar is ook vrij laagdrempelig als je een probleem hebt. Je kan met normaal menselijk contact kan je zeg maar met je hulpverlening al in contact komen. Terwijl dat in andere landen, is dat heel anders geregeld. Die geestelijke gezondheidszorg is lang niet zo bekend als hier en zeker niet de psychologische kant ervan. **Eigenlijk kennen ze alleen maar de psychiatrische kant**. Dus is de cliënt dan ook gericht op psychiatrische vragen en diagnostiek met als gevolg dat er al heel snel naar medicijnen gevraagd worden door de cliënt. Dat is dan ook vaak een leerproces voor een cliënt als je tenminste, ik praat als psycholoog he, als je dan de psychologische psychotherapeutische begeleiding of adviseringskant op wilde moest je ook nog wel wat uitleggen over wat een psycholoog deed.

I: Want het is gewoon niet zo bekend in die landen, dus logisch dat het eerst geleerd moet worden. Wanneer dat een beetje geïntroduceerd wordt aan een patiënt, merkt u dan dat ze het vaak wel oppakken of gaat dat dan ook nog vaak wel moeizaam?

G: Verschillend. Sommige wel en anderen niet. **Ik blijf er dan, he kijk als ze medicatie willen en die vinden dan dat ze eigenlijk niet met de psycholoog maar met de psychiater moeten spreken. Ja dat kan wel eens tot wat conflictjes leiden**. Binnen het team heb je dan afgesproken van nou ja je moet toch met de psycholoog aan de slag, een psychiater kan jou niks leveren. Wat andere problemen waar je tegenaan kan lopen is **man-vrouw relatie**. Dat ja op verschillende manieren dat vrouwen niet of moeilijker met een man willen spreken of van zichzelf uit of dat de echtgenoot daar iets van zegt. Zeker wanneer het

gaat om verkrachtingen en PTSS problemen daarbij dan kan dat een probleem geven. Ja, wat ook een probleem kan zijn is, geweld in de huiselijke sfeer. Daar mag je bij veel culturen niet over spreken terwijl het ene belangrijk item kan zijn. Een cliënt komt voor de diagnostiek natuurlijk, dat is het eerste. **Je moet inzetten op een vertrouwensband** sowieso met natuurlijke alle cliënten. **Bij cliënten van niet-Nederlandse afkomst had ik dan een wat zeg maar meer, ja hoe zou je dat zeggen. Daar heb je meer een autoritaire houding,** een professionele autoritaire houding dan bij Nederlandse cliënten. Bij Nederlands talige cliënten, kan ook bij een Surinaamse of Antilliaanse meneer of mevrouw zijn, dan ga je al snel zitten op de vertrouwelijkheid en de gelijkwaardigheid in het contact. Dat is bij niet-westerse mensen of niet-Nederlandse mensen niet altijd even handig heb ik ontdekt.

I: Wat maakt dat het niet even handig is in die gevallen?

G: Omdat ze gewend zijn dat de dokter de autoriteit is.

I: Ja, dus echt die gewenning ook aanhouden?

G: Ja **en dan kun je in een later stadium, dan is het wel handig om over te schakelen op een meer gelijkwaardig niveau van uitleg, onderhandelen.** Ja.

I: Oké, even kijken. Ja, zijn er ook in de behandeling van de niet westerse of niet Nederlandse mensen factoren die juist heel goed lopen. Dingen waarvan u denkt nou dit loopt prima.

G: Even kijken hoor. Nou ja, ik heb ontdekt dat de **rituelen wel eens konden helpen. Rituelen en invoeging in hun eigen beleefdheidsvorm.** Dat noem ik dan ook maar even ritueel. Bijvoorbeeld bij rouwverwerking probeerde ik, wat nogal eens aan de hand was zeker bij PTSS ook, probeerde ik na te gaan van hoe gaan mensen om met begrafenis rituelen. Met overlijdens en dan probeerden we een vorm te zoeken die paste bij de cultuur van die mensen om ze te helpen met rouwverwerking of eventueel een TPSS te verlichten.

I: Ja, dus echt wel cultuursensitief dan te werk gaan.

G: Ja, ja. Of wanneer een cliënt op een gegeven moment de dokter als autoriteit ziet en hij vindt dat hij je moet bedanken en met een fles drank aankomt, dan accepteer ik dat. In Nederlandse gevallen zou ik dat niet doen. Of een cliënt die ineens uit dankbaarheid mij gaat omhelzen, ja in Nederland zou je meteen afstand nabijheid krijgen. In een vreemde cultuur moet je dat soms toch weer anders labelen dan zeg maar in de Nederlandse cultuur.

I: Er zijn wel andere gewenning en waarmee je rekening moet kunnen houden.

G: Wat goed loopt is invoegen en bij de cultuur van de cliënt. Daar hoed je geen deskundige van die cultuur voor te zijn, **je moet de cliënt volgen in zijn culturele uitingen. Dan kan je eventueel wel op google dingen opzoeken.**

I: Precies, ik heb ook al van andere behandelaren gehoord, binnen Dimence zelf, dat wanneer ze iemand cultuur nog niet goed kennen of er komt iets nieuws voorbij dat ze ook vaak even google er bij pakken en even inlezen goh wat is er allemaal in dat land gebeurd, hoe gaan ze met elkaar om daar. Dat is iets wat veel behandelaren al wel doen heb ik gehoord.

G: Ja en van de andere kant moet je daar altijd weer mee oppassen, want kijk bijvoorbeeld in Nederland heb je in Limburg dan weer andere gewoonte dan in Friesland. Dan zoek je Nederland op of zoek Suriname op. Dan heb je India, mensen van Hindoestaanse afkomst, Creolen dus ja hoever moet je dan gaan met je specialisatie.

I: Hoe ze daar tot nu toe vaak mee om gaan is dat ze het opzoeken en voordat er iets toegepast wordt, wordt het allemaal eerst besproken. Van goh dit heb ik gezien, dit is wat ik weet. Alles bespreekbaar maken.

G: Ja, ja, ja, ja.

I: Even kijken, dan heb ik de eerste categorie over waar je tegenaan kan lopen en wat er goed gaat al gehad. De tweede categorie waar ik het over wil hebben zijn de vaardigheden. Dan heeft u net al mooi gesproken over cultuursensitief te werk gaan. Zijn er nog andere vaardigheden waarvan u denkt, nou die zijn gewoon nodig wanneer je werkt met iemand van niet-Nederlandse afkomst, niet-westerse afkomst.

G: Nou ik denk dat je wel al beter kunt werken met een wat ervaren collega's dan mensen die zeg maar net zoals jij van de hogere school komt. Ligt er natuurlijk ook aan in welke positie, dus **ervaring vind ik wel van belang**. Misschien niet eens zo zeer de vaardigheden als wel intervisie en supervisie.

I: Kunt u dat verder uitleggen?

G: Ja, ik kijk ins ons team, hadden wij toch wel **wekelijks intervisie waarin één van onze teamleden een probleem voorlegde en waar we dan met elkaar de culturele kant er van bespraken. Of we huurden een zeer ervaren collega in die cursussen kan geven over het onderwerp dat wij aandroegen. Of hij vroeg naar onze valkuilen**. Ja ik kan daar niet onmiddellijk een voorbeeld van noemen trouwens.

I: Het is wel, het is op zich wel een goeie. Na een aantal interviews gehad te hebben ook al is er meerdere keren naar voren gekomen dat er nog niet echt een... Er is natuurlijk wel overleg tussen collega's binnen Dimence, maar dat ook de erg ervaren behandelaren toch wel behoefte hebben aan een moment waarop de allemaal samen gaan zitten en alles kunnen bespreken met elkaar. Dus zo'n intervisie mist blijkbaar ook wel. Daarom is het ook goed dat u aangeeft van nu ja wij hebben dat wel gehad in ons team en daar kun je veel verschillende dingen mee. Ik heb nog niet eerder gehoord dat er bijvoorbeeld bij een intervisie iemand met veel ervaring erbij wordt gehaald om te kijken van he wat kunnen we doen met de vaardigheden, waar loopt iedereen tegen aan. Het is wel een goede dat u die noemt, er is wel behoefte aan.

G: Ah, oké. Het kan natuurlijk ook bij voorkeur dan, ja je hebt twee niveaus . **Je kan het intern doen met collega's die je kent, maar je kan ook een gespecialiseerd iemand van buiten halen**.

I: Ja, precies. Daar zijn wel opties in te vinden en dat is ook zeker iets wat ik denk ik mee moet nemen in het onderzoek. Het lijkt wel alsof de meeste voorkeur, de meeste mensen denken een intervisie wel nodig te hebben en dat is niet iets dat al helemaal op pootjes staat.

G: Stel dat het zo ver komt, dan mag je mijn naam ook noemen als intervisor eventueel.

I: Oké, zal ik onthouden. Heeft u zelf misschien ook ooit een opleiding of een cursus gevolgd, naast natuurlijk de intervisies. Misschien in uw studie tijd of tijdens uw werktijd nog, wat te maken heeft met niet-westerse mensen of cultuursensitief werken?

G: Eén van mijn opdrachten was ook kun je een testbatterij ontwerpen voor onze cliëntair. Toen heb ik daar een rino cursus in gevolgd.

I: Oké en wat is dat precies?

G: Een rino cursus, bedoel je dat?

I: JA, ik heb nog nooit van een rino cursus gehoord.

G: Ooh, ja. Een rino kan je googelen, rino is een instituut dat postacademische bijscholing geeft. Ik heb toevallig gisteren gekeken en er worden ook één daagse cursussen kunnen dat zijn, maar ook lang lopende cursussen. Die gaan ook over bijvoorbeeld cultuursensitief behandelen. Toevallig stond die bij het laatste lijstje als één daagse cursus.

I: Oké, oké, dus die zijn ook wel op korte termijn te volgen. Niet persé iets waar iemand een half jaar aan vast zit, dat is wel handig.

G: Ja, het gaat er om hoe diep je wil gaan natuurlijk.

I: Welke cursus had u precies gevolgd?

G: God ik weet niet meer hoe die heet, het is alweer een tijdje geleden. Het was een cursus zeg maar, cultuursensitieve diagnostiek.

I: Oké en heeft u daar veel aan gehad?

G: Met mate, ik zou het nou na die ervaring, zou ik denk ik op een hele andere manier. Die cursus ging er van uit en dat was ook goed hoor, dat gaat uit van zeg maar de Nederlandse situatie en welke normen moet je behalve de Nederlandse normen die een diagnosticus al moet toepassen wil hij zijn materiaal selecteren. Welke extra cultuursensitieve normen moet je daar dan nog bij voegen wil je komen tot de keuze van bijvoorbeeld een test of van een psychodiagnostische methode.

I: En u zei al van goh, als ik nu moest beslissen hoe u nu bijvoorbeeld zou verder leren over bijvoorbeeld deze onderwerpen. Wat zou u nu dan kiezen? Welke manier lijkt u nu het beste te werken?

G: Ja daar moet ik even. Ja dat is een heel veld aan onderzoek wat eigenlijk nog te weinig zeg maar gedetecteerd is om daar echte richtlijnen in te geven, maar ik zou denk ik gebruik gaan maken, dan moet je ook wat meer met tolken gaan werken of mensen die vaardig zijn of collega's die vaardig zijn in taal. Ik zou zeker gebruiken **zinnen aanvullen test**. **De semantische differentiaal**. Dat zijn twee van die tests die zou ik gebruiken.

I: Even kijken waar ik ondertussen ben gebleven met mijn vragen. Oh ja ik heb nog wel iets anders waar we nog op in kunnen gaan. U heeft natuurlijk aangegeven dat als je gaat werken met niet-westerse mensen is het goed om wat meer ervaren behandelaars op te zetten in plaats van iemand die bijvoorbeeld net is afgestudeerd. Wat voor ervaring zou zo iemand moeten hebben? Is ervaring met enkel Nederlandse patiënten ook genoeg of moet diegene toch wel ook ervaring in het vak zelf hebben?

G: in het vak zelf, wat bedoel je met het vak zelf?

I: Ja, dat kan ik wel anders verwoorden. Werkzaam zijn geweest met niet-westerse patiënten of niet-Nederlandse patiënten.

G: Ja het kan natuurlijk, het kan allebei, maar als je begint en je heb nog geen ervaring met niet-westerse patiënten dan zou ik wel een coach naast zo'n persoon zetten.

I: En wat zou voor iemand die bijvoorbeeld wel net afgestudeerd is en graag in zo'n vakgebied zou willen werken, wat zou een goede plek zijn om te beginnen of wat voor positie zou daarbij helpen?

G: Ik kan beter zeggen wat je denk ik niet moet doen. Je moet niet een aanhanger van een bepaalde school zijn en vinden dat van daaruit de hele behandeling vormgegeven kan worden. Dus je moet als je zeg maar strikt cognitief gedragstherapeut bent, dan gaat het volgens mij moeilijk lukken. Dus **je moet een bredere inzet hebben en een bredere kijk op de psychiatrie, psychologie, psychotherapie dan vanuit één bepaalde school**.

I: Ah, oké. De volgende categorie waar we het nog over kunnen hebben waar ik tot nu toe nog niet zo veel over gehoord heb is de mening van asielzoekers zelf of niet-westerse patiënten. Ik vraag mij af of u al wel eens heeft meegemaakt dat er bij deze patiënten is nagegaan hoe zij de behandeling ervaren.

G: Ik denk het niet.

I: Nee, want dat hoor ik eigenlijk bij tot nu toe iedereen dat er nog nooit is nagegaan hoe bij deze mensen de behandelingen ervaren worden of waar zij blij mee zijn, waar ze denken dat het beter kan. Daar heb ik tot nu toe nog niks over kunnen horen.

G: Daar zou je best wel eens gelijk in kunnen hebben dat daar weinig onderzoek naar gedaan is en weinig over bekend is.

I: Nee oké, kan ik dan dit onderdeel over de mening van asielzoekers bij u overslaan?

G: Ja kijk als individuele behandelaar vraag je natuurlijk wel van wat vind je van mijn behandeling?

I: Ah oké, daar kunnen we wel even bij stilstaan.

G: Achteraf kreeg ik ook wel eens, op toevallige wijze input.

I: Op welke manier ging dat dan?

G: Nou dan kwam ik bijvoorbeeld in de stad iemand tegen, een ex cliënt. Die dan vertelde hoe blij ze was met de, ik denk vooral aan één voorbeeld nu, ja positieve feedback die heb ik wel gekregen. Dat ging dan meestal toch over **geduld en over aanpassen bij de persoon. Dus ook niet methodegericht, maar persoonsgericht.** Dat zijn toevallige waarnemingen.

I: Ja dat is waar, maar toevallige waarnemingen is al meer dan helemaal geen kennis van over hoe mensen er over denken, dus dat nemen we gewoon mee. Heeft u ook wel eens misschien negatieve feedback ontvangen? Misschien iets algemeen of juist iets over hoe u iets aanpakte.

G: Jawel **dat ik geen psychiater was bijvoorbeeld.**

I: Ja, ja dus echt dat te weinig kennis hebben over wat psychologen doen of over hoe dat proces er uit ziet.

G: Ja en het ligt ook aan de setting waarin ik werkte bijvoorbeeld. In die detentiecentra was een cliënt wel eens boos als ik niet één of ander voorrecht voor hen kon regelen waarvan zij vonden dat het hun hielp. Bijvoorbeeld meer sporten als iemand angstig of depressief was. Dan zij hij ja, maar als ik meer sport krijg dan kom ik er overheen. En trouwens, nee dat was ook wel in ... dat kan samenhangen met een soms toch wel **dubbele agenda** die vreemdelingen kunnen hebben, want die zitten met twee zaken. Ten eerste psychische problemen en dan de moeilijkheid van de Nederlandse maatschappij waarvan ze niet altijd wisten, hoe moet ik nu een probleem waar ik voor sta oplossen. Een maatschappelijk probleem was bijvoorbeeld het verkrijgen van een woning of werk. Als ik dan als cliënten er op aandrongen dat ik daar iets in zou betekenen, dan zei ik dat kan ik niet, dan werden ze wel boos.

I: Dat is misschien ook wel een heel stuk frustratie.

G: Ja, ja, ja frustratie. Ook bij mensen ik weet niet of jullie die hebben, mensen die nog geen status hebben zijn die ook bij jullie?

I: Bij ons worden echt de mensen, kent u COA?

G: Ja.

I: De mensen worden door het COA doorgestuurd. Zij zitten echt in het azc het zijn echt asielzoekers die wachten op een verblijfsvergunning.

G: Oh, ja. Wat kan ik wel zeggen wat bijna altijd meespeelt is toch een dubbele agenda van kan ik door middel van het psychisch probleem wat ik heb meer rechten doen gelden op het verkrijgen van een verblijfsvergunning dan wanneer ik dat niet in mijn, en dat moet je eigenlijk wel benoemen in een team, vind ik, dat dat speelt. Veel mensen die ja dat zit ook een zeg maar ideologisch kantje aan. Dat hebben we met scharen en schande in ... moeten ontdekken dat je dat eigenlijk niet mag benoemen. Je moet ervan uitgaan als behandelaar dat de cliënt trouw is en dat dus zijn behandelvraag het enige is waar ie mee komt.

I: Maar dat is aan de andere kant natuurlijk ook niet realistisch aangezien er toch mensen zijn die inderdaad met die dubbele agenda dan voor die hulp komen. Dus je zou dan wel verwachten dat het bespreken daarbij moet helpen om een idee te krijgen van waarom iemand tegenover je zit, lijkt mij.

G: Ja, maar het is wel een moeilijke klus.

I: Ja, dat kan ik geloven.

G: Ja, ja. Dan heeft de cliënt weer het idee dat je het verlengde bent van de COA.

I: Of het niet serieus neemt misschien.

G: Ja of niet serieus gevonden worden. Het is een beetje een mijnenveld, maar wat je wel moet herkennen, en wat je bijvoorbeeld ook in zo'n intervisie kan bespreken.

I: Zo'n intervisie dat is tot nu toe nog steeds echt die voornaamste. Ik vind het een heel nuttig gesprek tot nu toe, er komen echt dingen naar voren die in een intervisie geplaatst zouden kunnen worden dus dat is heel fijn. Even kijken. Er zijn natuurlijk mensen die negatieve feedback hebben gegeven of positieve feedback hebben gegeven, om wat voor reden dan ook. Zijn er misschien ook mensen die ideeën hebben ingebracht voor de behandeling of communicatie?

G: Ja, nou ja het **werken met een tolk toch erg belangrijk kan zijn**. Dat wordt op het ogenblik niet erg gefaciliteerd. Ik weet niet wat de laatste stand van zaken is.

I: Bij Dimence is het nu zo dat we tolken over de telefoon kunnen gebruiken. Ik heb ook al terug gehoord, deze moet gereserveerd worden natuurlijk wanneer de afspraak in de agenda gezet wordt. Ik heb ook al wel eens gehoord dat of de reservering, dat daar ergens iets mis gaat of dat er aan de andere kant van de telefoon iemand zit die eigenlijk niet bevoegd is daarvoor en gewoon op google met handen en voeten de boel zit te vertalen. Dus dat daar nog wel eens wat mis in gaat.

G: Precies ja, dat hoor je dus terug ook van de cliënten van nou een **tolk kan mij helpen en helpt mij, maar moet ook gekwalificeerd zijn**. Wij werkten uitsluitend, maar nogmaals de situatie was toen anders, met een keurmerk voor tolken. Ik heb het één keer meegemaakt, haha, dat was een mevrouw die in het Engels vertaalde en daar kon ik het natuurlijk van volgen die had wel een kwalificatie, maar daar was ik het helemaal niet mee eens.

I: Oké, dus dat gebeurt ook nog.

G: Ja, maar des al niet te min, toch leuk. Gekwalificeerd.

I: Heeft u verder nog iets wat u kunt inbrengen over de mening van bijvoorbeeld asielzoekers, niet-westers mensen, niet-Nederlandse patiënten. Iets wat zo naar boven komt?

G: Ja, dus wat ik al zei het **scheiden van psychische problematiek en sociale problematiek** dat je eigenlijk de psychische problematiek behalve als het bijvoorbeeld een aperte psychose is die je medicatieus kan behandelen, maar ook nog daarna dat je bij de psychische problematiek altijd moet kijken naar sociale omstandigheden en welke oplossingen daar nodig zijn en ook belangrijk is kijken naar familie achtergrond. Wij hadden af en toe familie bijeenkomsten en als het enig sinds kon nodigen we ook altijd partners en familie uit bij behandeling, omdat toch in zo'n systeem dit heel ingrijpend kan zijn wanneer een cliënt behandeld wordt.

I: En we hebben nu ook nog omdat en bij Dimence natuurlijk om asielzoekers gaat, is een grote factor ook nog de onzekerheid waarin zij leven. Dat is ook nog iets wat meegenomen moet worden en waar sommige behandelaars vrij weinig aan kunnen doen wanneer de omstandigheden niet veranderen bij het asielzoekerscentrum. Dat is ook nog wel iets om mee te nemen.

G: Ja, daar moet je altijd heel eerlijk in zijn, wat je wel en wat je niet kan. Ik begon daar gesprekken wel eens mee met uitleg dat ik niet, zeker in het detentie centrum, dat ik zelfstandig werkte en mijn eigen verantwoordelijkheid had. Dat ik niet gecontroleerd werd door de COA of een overheidsinstantie. Dat ik ze niet kon helpen bij hun asielprocedure. Dus dat bracht ik vrij snel ter sprake altijd.

I: Ja, maar dat is ook vooraf een stukje verwachtingen gewoon op tafel leggen. Dat is ook gewoon goed lijkt mij. Ja, dan heb ik nog een onderdeel over hoe de behandelwijze geoptimaliseerd kan worden. Even kijken, ja, want ik heb natuurlijk verteld over nou intervisie is misschien een goede optie. Daarnaast hebben behandelaars binnen Dimence aangegeven dat ze misschien meer kennis willen hebben over hoe het proces van waar de asielzoekers doorheen gaan er überhaupt uitziet, waar zij doorheen gaan. De ins en outs kennen zij vaak ook niet. Of welke partij wat financiert of een contactpersoon van alle partijen zoals het COA, vluchtelingen hulp en dan bijvoorbeeld bij Dimence dat er een contact persoon is die er voor kan zorgen dat iedereen makkelijk met elkaar in contact kan komen. Dat loopt nu nog wel eens langs elkaar heen. Dat zijn maar voorbeelden van wat genoemd is door mensen. Zijn er ook dingen waarvan u denkt nou dat is een goeie om mee te nemen want dat zou een bandeling of behandeltraject makkelijker kunnen maken.

G: Ja, je hebt denk ik, hebben jullie maatschappelijk werkers nog?

I: We hebben voornamelijk verpleegkundigen, maatschappelijk werkers kunnen wel gecontact worden, maar ik weet nu even niet zeker of zij in de afdeling zelf ook aanwezig zijn. Ik heb ze nooit gezien dus ik gok van niet en anders zullen het er één of twee zijn denk ik.

G: Die heb je eigenlijk wel vind ik, ik weet niet hoe groot jullie caseload is zeg maar voor cliënten, maar **een maatschappelijk werker die gespecialiseerd is in asiel zaken en vluchtelingen zaken, vreemdelingen dat zou nuttig kunnen zijn. Iemand met juridische kennis.**

I: Ja dat is ook wel een goeie.

G: En **ja iemand inderdaad die financieel inzicht heeft over al die geldstromen**, want die zijn inderdaad af en toe wel wat merkwaardig.

I: Ja precies, het is best wel lastig in te schatten goh wie betaald deze behandeling. Wie, ja ook überhaupt contact tussen partijen dat loopt nu erg langs elkaar heen en is erg onduidelijk. Een voorbeeld was dat behandelaars graag de asielzoekers in dagbesteding willen hebben of in ieder geval dat zij een ritme krijgen omdat dat over het algemeen erg goed lijkt te helpen bij de behandeling wanneer zij dat hebben. Dat het nog erg lastig is om deze mensen in dat programma te krijgen. Dimence denkt dan ja maar daar is vluchtelingen hulp toch voor of daar is het COA voor of daar is het azc voor. Dat toch niemand zo ver komt alsof er bijna op gewacht wordt dat de asielzoeker aan moet geven van nou ik wil in de dagbesteding en pas daarna iets gedaan zou worden. Dus de behandelaars vanuit Dimence die gaan er ook achteraan, maar dat blijkt nog wel moeilijker te zijn dan verwacht.

G: Ja, ja, ja, dat zijn ook allemaal wisselende inzichten over wat de psychiatrie moet leveren. **Dagbesteding was in ... één van de belangrijke onderdelen standaard. Maar ja dat is ook wel weer dubbel in die zin dat mensen die wij het aanboden toch liever in bed bleven liggen. De vraag dan moet je ze stimuleren om naar de dagbesteding te gaan?**

I: Ja daar zou je bijna weer een heel nieuw onderzoek over kunnen doen.

G: Ja.

I: Ja, zo zijn er wel meer factoren die mensen noemen waar eigenlijk wel een heel nieuw onderzoek naar gedaan zou kunnen worden. Zo heb ik al dingen gehoord over hoe t met de politiek werkt, hoe het met de grenzen werkt tot moet je dan bijvoorbeeld iemand stimuleren om naar de dagbesteding te gaan. Ja dat is lastig.

G: Ja en die financiële zaken moeten eigenlijk buiten het team geregeld worden. Het team kan wel met een vraag komen, maar in principe moet het al geregeld zijn als een cliënt bij jou komt, maar als je als behandelaar of als team een vraag hebt moet er een iemand, een aanspreekpunt zijn die echt ook een antwoord kan geven.

Na het interview heeft de respondent nog aanvullende informatie doorgegeven over de mail. Deze informatie staat hieronder:

Jouw interview zette me nog even aan het denken over mijn therapeutische aanpak bij vreemdelingen. Op je vraag “Wat werkt er?” of iets in die geest noemde ik het belang van rituelen. Dat was te kort door de bocht. Rituelen zijn belangrijk maar als onderdeel van een meer overkoepelende aanpak die ik steeds als leidraad had. Te weten: Het narratief van de patiënt(e). **Aansluiten bij het levensverhaal van de patiënt(e), hem/haar ruim de tijd geven om dat te verwoorden; stilstaan bij kritische-vaak traumatiserende- momenten; toepassen van specifieke psychotherapeutische (deel)technieken om de patiënt te helpen/te leren daar anders mee om te gaan.** Die interventies waren veelal gebaseerd op psychodramatechnieken en rituelen maar ook op ontspanningsoefeningen en (cognitief)gedragstherapeutische technieken. Uitgangspunt was steeds de weerbaarheid en veerkracht van de patiënt zoals te vinden in zijn narratief. Soms kon het dan ook wel nodig zijn om eerst een heftige intuïtieve ervaring, gevoel of voorstelling aan te pakken voordat we verder konden met de grotere levensverhaalangst eerst aan te pakken. Bijvoorbeeld bij de patiënt die bij elk uniform dat hij zag heftig in paniek kwam.

Dan nog over teleurgestelde en zelfs boze patiënten. Zoals ik al zei: wanneer ze vonden dat ik hen niet kon of wilde leveren wat ze zelf wilden, zoals medicijnen, een uitkering, een woning, en vooral een verblijfsvergunning- en daarmee in verband wanneer ik gepresenteerde klachten betwijfelde of lichter vond dan gepresenteerd. Of wanneer ik een naar voren gebrachte cultureel gebonden gewoonte niet als te onderzoeken of aan te pakken accepteerde: “In ons land is wat er thuis gebeurt privé (bij een vermoeden van huiselijk geweld). “Als ik met mijn man over de verkrachting spreek, ben ik bang dat hij overgaat tot eerwraak.” **Soms kon dit leiden tot het benoemen van of de feitelijke beëindiging van de therapie mijnerzijds.** Natuurlijk alles zo tactvol mogelijk maar waar nodig confronterend.

Geïnterviewde: Psychiater (G)
Interviewer: Femke Poesse (I)
Datum: 29 mei 2020 om 21:00 uur
Middel: Telefonisch

Voorafgaand aan het interview is G bedankt voor de interesse en deelname in het onderzoek. Vervolgens is toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Pas hierna is de opname gestart.

I: Dan is de eerste categorie waar ik het over wil hebben, de factoren waar behandelaars tegenaan lopen bij het behandelen van allochtone mensen, niet-westerse mensen, asielzoekers. Wat zijn factoren waar u tegenaan loopt bij het behandelen van deze mensen?

G: Nou in de eerste plaats ben ik met pensioen dus op het moment behandel ik niet meer. Ik denk dat de belangrijkste factor was de vertrouwens kwestie. [Hoe creëer je een vertrouwensbasis zodanig dat de ander meewerkt](#). Ik heb altijd het gevoel gehad, zonder vertrouwen werkt geen pil en zonder vertrouwen werkt geen enkel advies. Ik vond het belangrijkste om een vertrouwensbasis te bereiken. In mijn ervaring ging dat het makkelijkst door het maken van een [genogram](#).

I.: Kunt u eens uitleggen wat een genogram inhoudt?

G: Een genogram is een getekende stamboom. Het voordeel van een genogram vind ik dat dat ook zonder tolk kan als een tolk toevallig afwezig was of verhinderd was. Ik hoefde dan alleen maar te zeggen nou ik wil graag, dan wees ik met mijn pen op het papier een tekening maken van de familie, familie, familie. Dan begon ik met de betrokkene, dit bent u, dit is uw vader, dit is uw moeder. Dan tekende ik een vierkant en een rondje. Nou iedereen wereldwijd snapt dat een rondje een vrouw is en een vierkantje een man. Dan vroeg ik van hoeveel kinderen vader en moeder? Want dat is makkelijker vragen dan hoeveel broers en zusters hebt u want veel mensen beschouwen zichzelf niet zo. Die zien zichzelf meer als één van acht als ik heb vier broers en drie zusters. Dan begon ik met wie is de oudste? Rema, en wie komt dan? Samir, en wie komt dan? Die is dood, en wie komt dan? Hassan, en wie komt dan? Ja dat is een tweeling, Lela en Miriem, en wie komt dan? Nou ja dan ging ik zo helemaal door het genogram maken en dan als alles af was, als we zo'n hele stamboom hadden dan kon ik gewoon vragen, wie is de beste? Dan kreeg je een beetje een steunsysteem in kaart. Je kon vragen "wie heeft dezelfde ziekte als u?" dan kon je meteen zien of het misschien een familiale kwaal betrof.

I: Ooh ja, dat is ook best wel een slimme aanpak op die manier.

G: Ja en dat ging vaak snel en het viel mij ook op dat mensen soms mijn open pakten en dan zeiden kijk door de ruzie tussen die en die, bijvoorbeeld een oom en tante of tante en broer van de betrokkenen of ik weet niet wat. Daarom hebben wij een probleem en daarom ben ik ziek. Het viel mij ook vaak op dat het echte probleem vaak een generatie hoger zat dan de betrokkene. Ik heb heel wat kunnen bespreken en kunnen doen van wegen het genogram. Er waren ook mensen die zeiden mag ik het mee naar huis nemen, want dit ben ik of ik wil het ook met mijn vrouw bespreken. [Ik vond een genogram, dat heb ik altijd een zeer goede methode gevonden om een vertrouwensbasis te zetten](#).

I: Ja en daarnaast ook wel zonder tolk dat dat dan nog steeds wel kan. Dat is ook wel een groot voordeel. Het komt natuurlijk bij Dimence ook voor dat er iets mis gaat in de reservering. Dit is een goede, maar ook best wel leuke backup eigenlijk.

G: Ja en ten slotte heb ik ook gemerkt dat [samen praten over een tekening is soms makkelijker dan elkaar aldoor aankijken en allerlei emoties moeten verwoorden](#). Je kan soms makkelijker samen kijken naar een plaatje en het hebben over die en die en die dan wijzen op jezelf. Ik zus en zo. Dat je aldoor iemand aan moet kijken.

I: Ja dat kan ik mij ook wel voorstellen, vooral als het misschien één van de eerste sessies is. Iemand is het dan misschien nog helemaal niet gewend om zo open in de ogen kijkend over emoties te praten.

G: Ja, precies.

I: Dat is een hele goede die ik ook nog niet eerder had gehoord, leuk.

G: Oh, nou ja goed, maar dat is mijn ervaring.

I: Ja, goed. En u heeft dan ook kort de tolken genoemd. Zijn er dan ook misschien in de [taalbarrière](#) dingen waar u verder nog wel tegenaan loopt?

G: Ik heb een paar keer terug vertalingen gevraagd van tolken en ik was ook wel bevriend met tolken en die zeiden “[ja kijk u als vrouw kunt niet aan een man zomaar vragen hoe het gaat op seksueel gebied, dat is nou eenmaal not done](#)”. “Ik als vrouwelijke tolk kan dat al helemaal niet”. Dus zei zo’n tolk “dan moet ik echt even eerst zeggen van nou meneer deze mevrouw hier aan de andere kant van het bureau is een dokter, dus zij moet ook een doktersvraag stellen. Ik ben hier niet als vrouw, maar als tolk dus ik ben een technisch instrument in dienst van de dokter. Ik moet u een medische vraag stellen en zal mijn ogen neerslaan”. Nou zo. En dan kun je als hulpverlener denken jeetje ik vraag alleen maar hoe het gaat op seksueel gebied en wat gebeurd hier nu? En zij zegt, ja dit moet.

I: En daarnaast kunt u het natuurlijk ook niet volgen in die taal, dus u kunt misschien wel tien zinnen horen en dan krijg je misschien een antwoord van één woord terug en dan kun je wel denken van nou volgens mij heb ik iets gemist.

G: Ja, precies! [En dat gold ook voor bovennatuurlijke ziekte interpretaties. Dus als mensen denken dat ze ziek worden van tovenarij of magie of geesten of het boze oog. Tolken vinden dat soms een beetje schaamtevol om dat te vertalen](#), van nou mevrouw is bezeten of mevrouw is getroffen door het boze oog. Dan vertaalden tolken soms “mevrouw was verkouden” of wat dan ook. Dan vertelden tolken ook wel eens aan mij, “wat moet je met zoiets? Vinden hulpverleners dit gek? Maar het is niet gek. In onze cultuur is dat nou eenmaal zo”.

I: Dus naast dat je misschien, natuurlijk met de patiënt afgestemd moet worden van ja er zijn gewoon verschillen en we moeten elkaar misschien eerst beter begrijpen voor we echt verder kunnen, zou dan met de tolk misschien ook wel moeten. Die dingen vertalen is niet gek en is zelfs noodzakelijk ook.

G: Ja, alleen mogen tolken zich inhoudelijk niet bemoeien met ene gesprek en aan de andere kant ik heb ook wel eens gehad dat ik niet goed kon inschatten of iemand verstandelijk wel voldoende begaafd was, een patiënt. Toen heb ik aan de tolk, die keurig zinnen terug vertaalde, gevraagd van ja past het bij zijn leeftijd wat deze meneer allemaal zegt. Of maakt u er voor mij hele mooie zinnen van terwijl het eigenlijk heel onsamenhangend is? Ook bij mensen met beginnende dementie moet je toch horen van de tolk, u vertaald prachtig, maar klopt het met wat mevrouw of meneer zegt of doet u uw best om voor mij heel begrijpelijk te zijn. [Het is niet alleen de inhoudt van het gesproken, maar ook de manier waarop en of het leeftijd adequaat is en ja, dat wil je ook allemaal weten](#).

I: Zo zie je eigenlijk ook wel weer terug wat voor grote rol **de tolk heeft naast het simpele vertalen, om maar even simpel te noemen he. Dat ze nog veel meer rollen daar om heen hebben die onopgemerkt voor miscommunicatie kunnen zorgen bijvoorbeeld.**

G: Ja, precies. Ja.

I: Zijn er dan misschien nog andere factoren waar u tegenaan loopt? Misschien cultureel of juist iets heel anders?

G: Nou ik heb me wel gerealiseerd, **werken met allochtonen is politiek** en daar kom je eigenlijk niet omheen. Heel veel vluchtelingen en asielzoekers zitten in je spreekkamer met één wens en dat is een verblijfsvergunning. Dus alles staat in dienst van de hoop op een verblijfsvergunning. Nou dat kan ik mij levendig voorstellen. Ook bij mensen die wel papieren hadden dan was er soms een broer zonder papieren of een nicht in het herkomstland die graag via het huwelijk over wilde komen. Er speelde heel vaak politieke kwesties. Of er was **sprake van discriminaties of achterstelling op de werkvloer**, wat natuurlijk ook heel ziekmakend is. Ik vond het wel opvallend dat.... Je kunt er niet omheen, werken met allochtonen is politiek.

I: Ja er is natuurlijk veel meer. Veel van hen zitten natuurlijk in die onzekerheid, onder anderen om dat verblijfsvergunning en dat heeft ook allemaal te maken met andere instanties en politieke zaken. Dus ik kan mij dat voorstellen dat je daar niet omheen komt.

G: Nee, precies.

I: Eens even kijken. Ja, zijn er ook om het eens even positiever te maken, zijn er ook factoren die juist heel goed gaan in behandelingen?

G: Nou wat ik heel leuk gevonden heb is als een pil goed werkt, nou dan was men zo dankbaar en dat vond ik altijd heel mooi om te merken. Bij huisbezoeken heb ik het altijd heel aangenaam gevonden om te merken hoe hygiënisch men was en hoe, ik heb mij wel eens geschaamd, vroeger gaven we cursussen hygiëne aan pas gearriveerde Marokkaanse migranten. Nou als er één bevolkingsgroep hygiënisch is dan zijn het die mensen wel. Dus dat heb ik altijd wel heel leerzaam gevonden. Nou ja ik heb ook wel veel geleerd van de poëtische manier waarop veel Iraanse patiënten allemaal ellende deelden of wisten te verwoorden. Verwijzingen naar dichters die zij dan deden in gesprekken. Dan dacht ik ja **de Nederlandse manier van denken is ook wel heel technisch, mechanisch, theoretisch vergeleken met de manier waarop talloze andere bevolkingsgroepen kijken naar het leven. Dan dacht ik ja, daar kunnen wij eigenlijk ook wel veel van leren.**

I: Het is ook wel leuk om daarover te leren lijkt mij.

G: Ja!

I: Nou dan hebben we het ook wel ver wat leer je van nieuwe culturen en dan kunnen we misschien wel goed overgaan op een stukje over vaardigheden. Dan wil ik graag beginnen met wat maakt dat u denkt ik ben toegerust op het behandelen van deze mensen ondanks dat u natuurlijk met pensioen bent nu.

G: Ik denk dat niet hoor dat ik toegerust ben. Ik vind het heel leuk en ik vind het een hele uitdaging elke keer om zo'n klik te voelen, want op het moment dat dat vertrouwen er is, dat voel je op de één of andere manier. Dan heb ik het gevoel van oké, nu hebben we elkaar, zoiets. Dat moment heb ik altijd heel prettig gevonden en wat was je vraag ook alweer, sorry.

I: De vraag was wat maakt dat u denkt ik ben toegerust op het behandelen van deze mensen, dat idee van ik kan dat.

G: Oh ja, nou nee dat heb ik niet hoor want elke keer is het toch wel een hele uitdaging om te zien, lukt het? Het is natuurlijk ook wel eens niet gelukt, dat ik het gevoel had dat we het van alle kanten hadden geprobeerd een vertrouwensbasis te creëren, maar nee dat is gewoon niet gelukt. Ja dan weet ik niet waaraan het lag, maar ik weet wel dat ik het heel mooi werk heb gevonden altijd en nog steeds hoor, *ik vind het nog steeds heel prettig om met allochtone vrienden of allochtone mensen om te gaan of adviezen te geven.*

I: Ja, gewoon een hele prettige en brede doelgroep ook wel.

G: Ja en ook omdat het ja, nogmaals heel leerzaam is om, ook voor mijzelf om die andere manieren van denken en het kijken naar het leven, kijken naar de natuur, familie, bestaan dan de technische, mechanische manier waarop het westen dat doet over het algemeen.

I: Ja. Heeft u dan misschien ook in uw opleiding vroeger of misschien tussendoor ooit nog een opleiding of training, cursus, minor of ja iets anders bijgewoond of gevolgd wat in de trant was van intercultureel werken of cultuursensitief werken, misschien iets in die richting gevolgd?

G: Nou dat heb ik veel gedaan, ja. En ook zelf veel congressen georganiseerd op dat gebied. Ik heb Marokkaans, cursussen Marokkaans gevolgd en cursussen Arabisch, en nou ja *Turks geprobeerd te leren van Turkse vrienden om in ieder geval woorden paraat te hebben. Begroetingen en nou ja dingen te weten komen over wanneer is het Suikerfeest, wanneer is het offerfeest en wat moet ik nu zeggen vandaag over wie over welke religieuze viering.* De cursussen of de congressen die ik zelf organiseerde deed ik met twee collega's.

I: Waar ging dat dan precies over?

G: Over allerlei aspecten die jij nu noemt. Dus over werken met tolken of over het creëren van een vertrouwensbasis of hoe praat je over seksualiteit. Wat zijn andere factoren binnen de man vrouw verhoudingen waar je rekening mee moet houden. Wat zijn verschillen in opvoedingssituaties bij Marokkaanse families, Turkse families, Hindoestaanse families. Hoe zit het met zelfmoordcijfers. Hoe zit het met incest, nou noem maar op allerlei thema's behandelden we dan. Oh ja nu weet ik ook weer hoe het heet: ... *(respondent kan herleid worden wanneer de naam van het congres opgezocht wordt. Hierom is ervoor gekozen deze niet uit te schrijven om anonimiteit te waarborgen).* Dat hebben we tien jaar gedaan.

I: Wat zijn nou vaardigheden waarvan u denkt, iedereen die met deze mensen aan het werk is moet deze vaardigheden hebben.

G: Nou ik zou zeggen in de eerste plaats werken met een **genogram**. Daar zijn hele mooie boeken over geschreven vooral door Nel Jessurun. Ik kan dat iedereen aanraden. Nel Jessurun heeft heel veel daarover geschreven over werken met een genogram en hoe doe je dat werken met een genogram en wat leer je van werken met een genogram. Daar heb ik veel aan gehad en zelf ook veel in les gegeven. *Ik zou zeggen van nou leer van alle talen vier woorden, want dat zijn toch hele leuke binnenkomers.*

I: Ja, woorden als hallo, dankjewel en doe?

G: Ja en woorden als beterschap.

I: Het gebaar alleen al.

G: Ja en ik heb ook eens gevraagd aan allerlei mensen van nou hoe zeg je beterschap in uw taal? Toen vroeg ik dat een keer aan een Marokkaanse familie en zij zeiden "dat zeggen wij helemaal niet zo, wij zeggen *ربي يعينك* / rabi yueinuk, en dat betekent mogen god u helpen. De dokter is ook maar een instrument of de verpleegkundige, je hoopt toch dat god je beter maakt. Toen dacht ik ja dat is eigenlijk

ook wel weer heel mooi gezegd. We kunnen wel alles toeschuiven naar artsen en verpleegkundigen en noem maar op. Het moet wel Gods bestemming zijn ofzo.

I: Ja en iedereen heeft ook een andere belevingswereld dus dat is ook wel weer bijzonder dan om te horen. Oh ja natuurlijk daar gaat het misschien wel heel anders.

G: ja, nou precies! En daar kom je eigenlijk alleen maar achter om eens te informeren door te vragen hoe zegt u beterschap in uw taal?

I: In plaats van naar google translate te gaan en die geeft je het antwoord wel terwijl dat misschien helemaal niet gebruikt wordt.

G: Ja, heel grappig. Ik heb ook een tijd gevraagd “wat is heimwee in uw taal?”. Dat vroeg ik dan aan mensen uit allerlei landen. Dan kreeg ik ook zulke verschillende antwoorden als bedoeld u dan heimwee naar uw moeder of bedoeld u heimwee naar de bestofte cactussen op weg naar de boerderij. Want heimwee dat is zo cultureel afhankelijk.

I: Ja, hier is het een heel algemeen begrip eigenlijk naar wat je ook maar benoemd. Dat kan heimwee hebben en daar hebben ze misschien wel een hele andere term voor verschillende soorten heimwee, ooh grappig. Zijn er dan misschien nog andere vaardigheden of aspecten waar behandelaars gewoon kennis van moeten hebben of waar rekening mee gehouden moet worden of moeten leren?

G: Een ingewikkeld aspect vind ik ook nog seksualiteit. Want, ja tegenwoordig hebben veel jonge mensen allochtoon of autochtoon die kunnen op dit moment als er een seksueel probleem is, ja ik weet niet eens hoe dat allemaal gaat, maar ze googlen of praten er met de huisarts over of met elkaar. Er is tegenwoordig ook veel taal voor seksualiteit en ook voor seksuele variaties, ook voor gender. De eerste generatie Marokkanen en Turken die nu 70 is zou ik maar zeggen en de tweede generatie die, ja jonger is. Voor hen is het helemaal niet gebruikelijk om überhaupt te praten over seksualiteit. Terwijl een seksueel probleem als impotentie of een erectie stoornis wel kon zorgen voor flinke agressie problematiek. Ook omdat men vaak helemaal niet wist wat er aan de hand was en met wie je dat moet bespreken en waar. Men durfde niet naar de huisarts met zoiets en als een hulpverlener vroeg heeft u seksuele problemen, nou dan zei men onmiddellijk nee. Dan dacht men “huh, waarom vraagt ze dat, kan ze dat aan mij zien ofzo?”. Ja dus ik had op een gegeven moment wel in de gaten van ja **je moet dat als hulpverlener zelf ter sprake brengen**. Dus dan ga je zeggen van goh ja meneer u bent 50 jaar, u hebt zoveel kinderen en ja veel stress en vader is ziek in het herkomstland en moeder overleden. Nou meestal gaat het dan op seksueel gebied helemaal niet. Dan lukt het één keer per jaar ofzo. Dan kwam soms de aap uit de mauw dat iemand zei van “ja, daar wordt ik nou zo ziek van, want ik weet niet wat er met mij is”.

I: Dus in plaats van heel recht toe zeggen van nou heeft u daar een probleem mee is het misschien wel heel goed om het een soort van te normaliseren en dingen, factoren er omheen te benoemen om het gemakkelijker te maken zodat het niet uit het niets komt, inderdaad.

G: Precies. Dat iedereen dat heeft, of nou ja.

I: Iedereen zou het kunnen hebben.

G: Ja en als jij het als hulpverlener niet bespreekt, de patiënt zal het niet bespreken.

I: Ik vind het een hele goeie dat u daar over begint, ik heb in nog geen enkel interview dat onderwerp naar voren horen komen.

G: Ach, nou dat is, tja het is echt ik meen het ook echt. Ik heb het zo vaak meegemaakt dat mensen zeiden van nou “wilt u dit nou ook aan mijn vrouw zeggen?” of “dit is waar ik nu al twee jaar mee zit” of nou ja, zo.

I: Goeie, neem ik gewoon mee. Ja. Eens even denken. Dan heb ik hierna de categorie die ik genoemd heb “mening van de asielzoekers zelf”. En daar blijkt wel uit dat er helemaal geen onderzoek naar gedaan is in veel gevallen over hoe asielzoekers over behandelingen denken of de omgang denken. Vaak ook omdat zij van azc naar azc wisselen waardoor contact soms verloren wordt of behandelingen afgebroken moeten worden. Waardoor mensen ook denken van nou, dan geen onderzoek want ze verdwijnen ineens. Dat betekent niet dat er persoonlijk misschien niet dingen aangegeven worden als dit vind ik fijn of hier loop ik tegenaan in de behandeling. Zijn er bij u misschien dingen bekend over de mening van deze asielzoekers?

G: Nou, ja. **Asielzoekers die nog geen verblijfsvergunning hebben en die geïnterviewd worden zullen altijd heel positief doen in de hoop daarmee de kans op papieren te vergroten.** Je krijgt nooit een eerlijk beeld dan, maar ik weet dat het iMMO, dat is instituut voor mensenrechten en medisch onderzoek. Ken je dat toevallig?

I: Nee, dat ken ik niet.

G: Nou dat zit in Diemen. Daar worden asielzoekers die afgewezen zijn, die kunnen daar een tweede psychiatrisch interview krijgen van uren en uren. Daar wordt dan nog een keer een uitgebreid rapport van gemaakt en in 60% van de gevallen leidt zo’n nieuw psychiatrisch rapport alsnog tot een verblijfsvergunning. Dat is wel zinnig. Het **iMMO** heeft achteraf interviews gedaan met allerlei asielzoekers die zo’n psychiatrisch onderzoek hebben gekregen. Dus je zou aan het iMMO kunnen vragen van heb je daar gegevens van. Nou zijn dat natuurlijk asielzoekers die uiteindelijk een verblijfsvergunning hebben gekregen, maar die hebben toch wel vele zinnige informatie gegeven heb ik begrepen.

I: Oké, daar moet ik even bij zeggen dat mijn concept binnenkort al ingeleverd moet zijn, maar tussendoor zou ik zeker nog wel even kunnen kijken of ik daar iets mee kan want geheid dat mijn verslag nog aangepast moet worden. Mocht ik dan in de tussentijd informatie hebben dan kan ik dat nog toevoegen.

G: Ja, of je moet het schrijven want meestal vindt men dat heel interessant bij vervolgonderzoek voorstellen.

I: Ja, dat is misschien wel een hele goede, dat bespaard mij nog wel extra stress misschien.

G: Dat zou ik echt doen hoor want voor je het iMMO in deze coronatijd te pakken hebt en de juiste persoon hebt en voor ze jouw vertrouwen om dingen met je te gaan delen, nou dat duurt eindelijk.

I: Nee hele goeie, dat zet ik bij vervolgonderzoek. Heel leuk, ik heb een hele lijst met mogelijke vervolgonderzoeken, zo zie je ook maar hoe belangrijk dit eigenlijk is en hoe weinig onderzoek er ook naar bepaalde dingen zijn gedaan.

G: JA, echt. Je zou de eerste zijn die nou dit nou eens boven tafel haalt, net als een onderzoek onder tolken. Dat zou allemaal zo zinnig zijn, ja.

I: Ik heb nog bijna het idee dat onderzoek bijna meer leidt naar wat voor onderzoeken missen er allemaal nog dan naar goh Dimence wat kunnen we nou veranderen. Tuurlijk er zijn heel veel factoren die we terug kunnen voegen om het de behandelaars makkelijker te kunnen maken waardoor zij nog beter hun werk kunnen doen. Maar jee wat komen er veel dingen boven tafel die in vervolgonderzoek gedaan zouden kunnen worden en naar wat gezocht zou kunnen worden. Zijn er misschien ook factoren die persoonlijk tegen u aangegeven zijn door asielzoekers van nou dit heb ik echt prettig gevonden in de behandeling of juist niet prettig gevonden in de behandeling.

G: Nou, ja ik heb... Het was helemaal aan het begin, er was een vrouw die in de gaten had dat ik het zelf ook allemaal heel leuk vond. Die zei wel eens van nou ik ga je nu vijf spreekwoorden geven in het Marokkaans, want als je die gebruikt bij Marokkaanse mensen nou dan ben je helemaal binnen. Nou moet ik zeggen, spreekwoorden, dat is trouwens ook heel leuk hoor voor je vervolgonderzoek. Ik heb inderdaad die spreekwoorden van haar toen gekregen en gebruikt en mensen vielen van hun stoel wanneer ik ineens in het Marokkaans met een spreekwoord kwam. Toen dacht ik goh ik ga dat ook in het Turks leren of in het Iraans. Dus ik vroeg aan patiënten als het goed met hen ging hoor. Heeft u voor mij een mooi spreekwoord? Dat heb ik altijd heel leuk gevonden. Dat soort interactie van ja, factoren uit hun cultuur waar ze zelf ook heel trots op zijn. Ik zou het heel leuk vinden als, ja er bestaan wel spreekwoorden boeken, maar op het gebied van hulpverlening niet denk ik. Het zou schitterend zijn als je bijvoorbeeld er is een spreekwoord dat heet haraka baraka, en dat schrijf je zoals je het zegt, dus h a r a k a en dan nieuw woord b a r a k a. en dat betekend in beweging zit zegen. Haraka betekend beweging en baraka betekend zegen. Denk maar aan Barack Obama. Barak is in heel vele talen zegen. Barack Obama, zijn voornaam betekend ook zegen. Haraka baraka betekend dus nou ja, in beweging zit zegen en daarmee bedoelen ze ook geestelijke beweging. Dus zolang jij nou maar zorgt dat jij fysiek en geestelijk, ook in coronatijd, haha ik noem maar wat, in beweging blijft, dan gaat het goed met je. Ja dat soort spreekwoorden heb ik altijd heel leuk gevonden om te roepen.

I: ja en een onderzoek naar bijvoorbeeld hoe het gebruik van deze spreekwoorden de band tussen de patiënt en de behandelaar bijvoorbeeld kan verbeteren ja je kan er van alles mee verzinnen. Dat zijn misschien ook wel hele leuke onderzoeken, misschien wel met een heel groot effect. Vooral als ze zo perplex zijn van wauw dat kennen ze gewoon.

G: Ja!

I: Dan heb ik nog één categorie die iets meer richting de kant van de probleemstelling van Dimence ook gaat. Wat denkt u dat nodig is om de behandeling te optimaliseren. Wat zijn factoren waarvan u denkt, dat is gewoon onmisbaar of dat is gewoon zo goed om in een behandeling te zetten.

G: Nou, nogmaals een genogram. Verder, maar dat is meer een niet ding, **zorg dat je altijd één keer met de patiënt alleen spreekt met een tolk.** Want ik heb een paar keer meegemaakt dat patiënten hel bijdehand te dochters of buurvrouwen of nichten meenamen. Je krijgt dan altijd wel **je loyaliteit probleem.** Kinderen vertalen lang niet alles wat hun ouders zeggen en ouders vertellen lang niet alles aan hun kinderen. De patiënt moet éénmaal in de hele behandeling in de gelegenheid geweest zijn om zelf het verhaal te kunnen doen want in heb nou een paar keer meegemaakt dat het een hele droevige afloop was van behandelingen omdat achteraf de betrokkenen nooit in de gelegenheid gesteld was haar of zijn eigen verhaal te doen.

I: Dat is ook wel een goeie ja.

G: Ja dus ik vind dat Dimence, ik weet dat dat geld kost, maar uh.

I: Momenteel wordt gebruik gemaakt wel van de tolk over de telefoon.

G: Oh oké.

I: Maar daar hebben ze nog steeds wel het feit mee dat soms mensen meegenomen worden. Maar dat zijn juist ook wel, heb ik toevallig vandaag in een ander interview gehoord. Vaker iemand van het azc er ook bij hebben aan willen laten sluiten. Dat was bijvoorbeeld een aanvraag van één van de geïnterviewden om ook wat meer verbintenis te krijgen en meer op één lijn te komen met het azc. Dat hoeft echt niet bij elke behandelsessie, maar om echt vaker wel mensen erbij te laten betrekken, omdat de patiënten toch wel vaker dan misschien handig is alleen komen juist.

G: Ja, in ieder geval één keer.

I: Ja oké, ik denk dat dat ook wel gebeurd nu. Maar ik neem het mee, want je weet nooit of er mensen zijn die elke sessie iemand meenemen.

G: En dus een genogram. Ik ken ook bij ons in Utrecht hadden we op een gegeven moment bordjes op elke deur waarop stond “welkom” in acht talen.

I: Oh dat is ook wel leuk.

G: Ja, een heel simpel bordje met welkom in acht talen in het Turks, Grieks en Spaans en dat was heel erg leuk.

I: Nee maar dat is echt heel leuk, het meenemen van omgevingsfactoren. Daar heb ik nog niemand over gehoord en daar heb ik zelf ook nog niet aan gedacht moet ik je eerlijk zeggen.

G: Ja en dat is zo leuk! Iedereen herkent zijn taal. We hadden ook meertalige folders in de carroussels in de wachtkamer en meertalige advies es en zorgen dat ook de aankleding van je gebouw niet mono cultureel is, maar genoeg aan de muur of ja afbeeldingen of ja.

I: Dat vind ik een hele leuke. Daar ga ik ook echt iets van bijzetten bij het advies. Het klinkt zo logisch nu u dit zegt, en toch hebben ik en geen enkele andere behandelaar daar tot nu toe iets over gezegd.

G: Ja en het is echt leuk hoor.

I: Ja en ik kan mij ook voorstellen dat als ik zelf ergens terecht zou komen en ik zie ineens in mijn eigen taal welkom dat ik denk oh er is ook van tevoren aan mij gedacht, ze zijn actief bezig.

G: Precies!

I: Ja dat vind ik echt een hele leuke.

G: Ik kan straks nog wel even kijken of ik nog zo’n bordje heb, ik kan wel een foto maken, nou ja nee maar dat kan je zelf verzinnen. Of dat moet Dimence maar zelf bedenken.

I: Ja mijn doel is een adviesnota te maken maar alle producten die ze daarvoor willen gebruiken moeten ze wel zelf maken. Dat is te veel om nog bij dit onderzoek te plaatsen. Of ze moeten me hierna gaan betalen voor meer onderzoek he haha.

G: haha ja precies haha vind ik ook.

I: Ik heb ook van de behandelaars gehoord dat, nou ja iets wat hen erg prettig lijkt, een grote meerderheid van hen ook, is het hebben van een soort intervisie waarin ook een centraal contactpersoon misschien aanwezig is die in contact staat met verschillende instanties zoals het vluchtelingen hulp, het COA, het azc, noem maar op. Communicatie loopt nog wel eens langs elkaar tussen behandelaar en instantie. Tijdens die intervisies zou besproken kunnen worden wat de behandelaars allemaal tegen komen en hoe zij daar over denken. Dit gebeurt nog niet echt. Wel is het nu zo dat behandelaars persoonlijk naar elkaar toe gaan als ze ergens mee zitten. Ook als ze merken dat ze iets mee naar huis beginnen te nemen. Wat denkt u hierover om zo’n intervisie te hebben?

G: Het lijkt mij heel, heel nuttig. Alleen zou ik altijd zorgen dat zal ik maar zeggen de helft allochtoon is. Want als je mono cultureel intervisie gaat doen dan kom je al heel goud, maar zij altijd zus. Dan ga je heel goud in een wij zij. Terwijl als je een multi-etnische samengestelde intervisie groep hebt, dan wordt de toon anders en krijgt een Marokkaanse hulpverlener ook veel meer mogelijkheid om te zeggen van ja in onze cultuur is dit belangrijk of dat is belangrijk.

I: Ja en misschien als er geen behandelaar persé is met de achtergrond van die cultuur dat er misschien gekeken kan worden naar andere collega's binnen het gebouw die misschien afkomstig zijn van die cultuur om toch eens uit te nodigen voor een intervisie. Dat zou ook kunnen want het hoeft natuurlijk niet persé een behandelaar te zijn als het om cultuur gaat.

G: Hoe dan ook is het nastrevenswaardig om te **zorgen dat Dimence qua allochtone hulpverleners een afspiegeling vormt van het zorggebied**. Dimence staat geloof ik in Deventer?

I: Ja, meerdere locaties wel, maar ik heb het nu over een locatie in Deventer.

G: In Deventer wonen volgens mij veel Koerdische Turken.

I: Ja erg veel Turkse mensen, zo veel dat zelfs verkiezingen voor in Turkije in Deventer gehouden worden, ja.

G: Dus je zou stel dat ik zeg maar iets hoor, 11% van de Deventer bevolking Turks is, ja ik zeg maar wat hoor ik heb geen idee.

I: Een groot deel wel inderdaad, ik heb geen idee hoeveel het er precies zijn, maar een groot deel is echt wel Turks.

G: Dan moet qua personeelsbestand van Dimence moet daar een afspiegeling van zijn eigenlijk en niet alleen de schoonmaaksters.

I: Nee, dat is ook een goede, kan ik ook meenemen.

G: **Ja zowel in de aankleding van de gebouwen als in de etnische samenstelling van het personeel.**

I: Dat voelt ook wel verwelkomend denk ik. Nu zit ik ook even te kijken hoe lang we al bezig zijn en moet ik u eerlijk zeggen dat na al deze interviews gehouden te hebben ik amper nog beltegoed over heb en het is niet mooi als u ineens wegvalt. Ik heb nu eigenlijk gelukkig ook wel alles besproken fat ik had opgeschreven. Is er nog iets waarvan u denkt nou dit bent u echt vergeten.

G: Nee, helemaal niks. Ik vind je manier van vragen heel plezierig, nauwgezet en zorgvuldig.

I: Oh wat fijn! Erg fijn om te horen, ik vond het ook een gezellig gesprek moet ik zeggen.

G: Goed, mooi!

Bijlage 9: Uitgebreide bespreking interview resultaten

Resultaten interviews

Het semi-gestructureerde interview bestond uit vier hoofdcategorieën, namelijk; verloop van de behandeling en hindernissen, vaardigheden, mening van asielzoekers en wat is nodig voor optimalisatie. Om de gevonden thema's overzichtelijk te houden, zal er per hoofdcategorie gekeken worden naar de resultaten.

Verloop van de behandeling & hindernissen

Als eerste categorie 1, welke hindernissen komen de behandelaars van Dimence tegen wanneer zij asielzoekers behandelen?

Machteloosheid

Iets waar zowel de verpleegkundige als GZ-psycholoog (1) en (2) tegenaan lopen is de machteloosheid die komt kijken bij het behandelen van asielzoekers. Alle drie geven zij aan soms moeite te hebben met het uit het hoofd zetten van de negatieve emoties als verdriet die zij ervaren bij het behandelen van asielzoekers. GZ-psycholoog (2) geeft twee voorbeelden van gespreksonderwerpen die deze emoties oproepen, namelijk: uithuwelijken en eerwraak. GZ-psycholoog 2 geeft ook aan het mechanisme te hebben toch deze gevoelens wel het hoofd uit te kunnen zetten waardoor deze niet mee naar huis genomen worden. Alle drie de behandelaars geven aan deze emoties te bespreken met hun collega's. De psychiater geeft aan niet een negatief gevoel mee naar huis te nemen, maar wel een negatief gevoel te ervaren wanneer er met asielzoekers gewerkt moet worden. Dit komt doordat er maar weinig positieve uitkomsten zijn. Dit werkt erg ontmoedigend.

Taalbarrière & tolk

Iets waar momenteel zowel GZ-psycholoog (1), GZ-psycholoog (2) als de psychiater tegenaan lopen is de taalbarrière. De verpleegkundige geeft aan hier momenteel geen moeite mee te ervaren. Om deze taalbarrière te overkomen is het inzetten van een tolk noodzakelijk. Het inzetten van een tolk is in vele opzichten erg handig, maar brengt volgens de behandelaars ook hindernissen met zich mee. Doordat er via een derde persoon gecommuniceerd wordt kost een sessie meer tijd. Daarnaast geven beide GZ-psychologen aan dat er wel extra tijd genomen zou kunnen worden, maar deze sessie met een tolk ook erg veel energie van hen zelf vraagt. GZ-psycholoog (2) kiest er dan ook voor de sessies niet nog te verlengen. GZ-psycholoog (1) geeft aan dat het noodzakelijk is concreet door te vragen wanneer er gewerkt wordt met asielzoekers, maar al helemaal wanneer er ook nog gebruik gemaakt wordt van een tolk. De psychiater geeft aan dat er nog een ander probleem is dat ervaren kan worden en beschrijft dit als volgt:

“Soms hebben mensen de neiging om tegen de tolk te praten. Ik ben gewend met de patiënt te praten en af en toe te pauzeren om de tolk te laten vertalen. Eigenlijk merk je toch vooral in gesprekken met de tolk dat de patiënt tien regels vertelt, tien zinnen en de tolk zegt vervolgens alleen ja zeg maar als antwoord. Je mist toch heel veel informatie die niet vertaald wordt. Alleen je krijgt niet helder wat ze dan precies heeft verteld.”

Procedure

Iets dat voor alle vier de behandelaren geldt is dat de procedure waar de asielzoekers doorheen gaan met veel onduidelijkheden, onzekerheden en hindernissen komt.

“De procedure is ook onduidelijk. Het is ook onduidelijk welke organisaties er actief zijn in zo’n azc.”
– GZ-psycholoog (2)

Asielzoekers zitten in onzekerheid. Deze onzekerheid kan jarenlang onveranderd blijven. Zij gaan door een ingewikkelde procedure waarvan alle vier de behandelaren aangeven niet genoeg af te weten. Een hindernis die veel voorkomt volgens beide GZ-psychologen en de psychiater is het feit dat asielzoekers nog wel eens verhuizen van azc naar azc. Hierdoor verdwijnen zij als het ware. Dit kan op elk moment in de behandeling gebeuren. GZ-psycholoog (1) geeft het volgende voorbeeld:

“Ik heb wel eens iemand niet uitgeschreven die ik voor intake had gezien en die zou met cognitieve gedragstherapie behandeld gaan worden vanwege gegeneraliseerde angstklachten bij mijn collega. Maar goed toen die met haar op kon starten toen bleek ze overgeplaatst te zijn naar een ander azc. Ze heeft contact met haar kunnen krijgen en het is voorlopig onduidelijk voor hoe lang ze in een ander azc verblijft en of ze überhaupt terugkeert nog terugkeert naar het azc in Schalkhaar. Dus in overleg met hen hebben we haar moeten uitschrijven en kan ze zich her aanmelden wanneer ze weer terug is.”

GZ-psycholoog (2) geeft aan dat er geprobeerd wordt contact met asielzoekers te houden die overgeplaatst worden naar een andere azc. Dit probeert GZ-psycholoog (2) ook te doen wanneer er sprake is van een stoornis, neem bijvoorbeeld PTSS, en de asielzoeker op een wachtlijst staat. Contact houden met deze asielzoekers is van groot belang voor de vertrouwensband.

Vertrouwensband & ziekteverklaringsmodel

Er zijn veel factoren die de vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar beïnvloeden. Zoals eerder besproken is de taalbarrière daar één van. Een andere hindernis zijn de normen en waarden. De patiënt heeft andere normen en waarden dan de behandelaar. Daarnaast lopen asielzoekers nog regelmatig tegen discriminatie aan wat hun vertrouwen in een behandeling van een westers persoon zou kunnen beïnvloeden. GZ-psycholoog (1) zegt het volgende over discriminatie:

“Nou het gaat natuurlijk ook om een stuk vertrouwen omdat je ook merkt dat mensen toch ook wel veel met discriminatie te maken hebben, met vooroordelen te maken. Durven daar ook niet altijd open en eerlijk over te zijn, want ze zijn hartstikke bang dat ze jou beledigen. Ze ontkennen het ook voor zichzelf “nee, nee ik ben niet gediscrimineerd, het is gewoon toeval” of “wacht eens even ik sta wel met één oor achter, want ik draag een hoofddoek” of “ik zie er anders uit”.”

Beide GZ-psychologen geven aan dat het ziekteverklaringsmodel een grote invloed heeft op de vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar. Het komt volgens hen regelmatig voor dat asielzoekers de oorzaak van hun klachten leggen bij bijvoorbeeld geesten, geloof of djinns. GZ-psycholoog (1) zegt hier het volgende over:

“Wat denk jij dat er aan de hand is? Ligt het aan de relatie, ligt het aan djinns, ligt het aan het geloof, ligt het aan wat je hebt meegemaakt, ligt het aan dat je fysiek iets hebt of dat je mentaal iets mankeert? Dus hoe verklaart iemand zelf zijn of haar klachten, maar ook waar denkt iemand zelf waar de oplossing ligt. Wat zoeken ze, wat komt hij halen.”

Bij deze uitspraak geeft GZ-psycholoog (1) ook aan hoe belangrijk het is de verwachtingen van de patiënt te bespreken. Om een goede vertrouwensband te creëren is het belangrijk dat er open gepraat kan worden over deze factoren. Begrip hebben voor het feit dat een asielzoeker een compleet ander ziekteverklaringsmodel heeft, hoort daar ook bij. Vervolgens is het belangrijk dat de patiënt een goed beeld heeft van wat de rol van een psycholoog en een psychiater is. Daarnaast is het hebben van een vertrouwelijke band erg belangrijk omdat veel asielzoekers niet gewend zijn of zelf nooit eerder over hun psychische problemen gepraat hebben. GZ-psycholoog (2) zegt hier het volgende over:

“Wat ik trouwens ook nog als een moeilijk punt zie bij asielzoekers, dat is wel denk ik een belangrijke. Is dat ze niet heel vaak vanuit andere culturen niet gewend zijn om over hun psychische problemen te praten. Dus dat het de eerste keer is dat zij überhaupt er over praten als ze voor mijn neus zitten en dat dat het vaak heel veel schaamte met zich mee brengt. Ook al zijn er dingen gebeurd waar zij niks aan kunnen doen. Dus dat vind ik soms ook nog wel eens lastig.

Depressie, omgevingsfactoren & dagbesteding

Wat is de oorzaak van iemands klachten? Heeft de asielzoeker last van depressie klachten door alles wat hij of zij meegemaakt heeft? Of komt het door de omgevingsfactoren, de huidige omstandigheden waarin asielzoekers zich verkeren zijn ziekmakend, zo zegt GZ-psycholoog (2):

“Die omgevingsfactoren vind ik echt wel complex, het asielzoekerscentrum is echt wel ziekmakend vind ik.”

De verpleegkundige gaf aan dat wanneer een asielzoeker te horen krijgt dat zij of zij mag blijven en dus een verblijfsvergunning krijgt, de depressie klachten veel minder worden. De psychiater ervaart dit echter anders:

“Ik vraag mij wel af van na de eerste euforie zeg maar, ja een deel van depressieve klachten kunnen natuurlijk minderen want een deel daarvan zit ingevlochten met de situatie. Echt een depressie hebben zou erna ook wel weer terugkeren.”

Dit geeft ook goed weer hoe lastig het kan zijn de asielzoekers te behandelen. Behandelaren kunnen geen invloed uitoefenen op de huidige omstandigheden en omgevingsfactoren van de asielzoeker. Wanneer klachten, veroorzaakt door de huidige omstandigheden, zich vervlechten met de klachten ontstaan door alles wat zo'n asielzoeker heeft meegemaakt, wordt de situatie alleen maar complexer voor de behandelaar. GZ-psycholoog (2) gaf al aan dat wanneer een asielzoeker een ritme heeft of aan dagbesteding doet hij of zij veel meer veerkracht heeft en beter door de behandelingen heen gaan.

“Het helpt al heel erg als iemand dagbesteding heeft. Dat maakt al heel veel uit.”

– GZ-psycholoog (2)

GZ-psycholoog (2) geeft aan zelf achter dagbesteding aan te gaan, aangezien tegen de verwachtingen in, instanties als het COA hier niet voldoende achteraangaan.

“Er zijn verschillend organisaties die dat wel op zich kunnen nemen, maar het valt me op dat er opvallend weinig asielzoekers zijn die met die organisaties in aanraking komen en dat wij ze maar moeten verwijzen. Dat vind ik wel bijzonder, want dan denk ik ja dat zou volgens mij gewoon door het COA geregeld kunnen worden, maar blijkbaar worden ze niet zo makkelijk gevonden.”

- GZ-psycholoog (2)

Wanneer gevraagd wordt naar of asielzoekers zelf niet aangeven dagbesteding te willen hebben. Hierop antwoordt GZ-psycholoog (2) het volgende:

“Misschien is het ook wel zo, dat ze zo gewend zijn aan zo’n slepende asielprocedure waarin ze niks meer kunnen en geen kant meer uit kunnen dat ze eigenlijk ook een soort aangeleerde hulpeloosheid hebben gekregen. Dus niet meer in actie komen voor dagbesteding.”

Desinteresse behandelaars

Iets wat beide GZ-psychologen verwoorden als een hindernis, is het feit dat er collega’s zijn met desinteresse voor het behandelen van asielzoekers. Wanneer een behandelaar geen affiniteit heeft met asielzoekers, zal het erg lastig zijn een vertrouwensband op te bouwen of überhaupt een goede behandeling neer te zetten. GZ-psycholoog (1) geeft hierover een voorbeeld:

“Dat valt me soms op dat heel af en toe collega’s, bepaalde collega’s hebben dat niet. Die roepen dan na één sessie al, “nou dat wordt niks” en die zijn dan al geneigd iemand uit te schrijven.”

Vaardigheden

Als tweede worden de vaardigheden van de behandelaars van Dimence besproken. Welke vaardigheden zijn nodig wanneer er gewerkt wordt met asielzoekers en welke bezitten zij?

Affiniteit, geduld & interesse

Drie van de vier behandelaars geven aan dat affiniteit met de doelgroep noodzakelijk is. Juist omdat het meer tijd en moeite kost om een goede klik met de patiënten van deze doelgroep te krijgen moet de interesse en wil er zijn dit te doen. Er moet echt moeite gedaan worden voor de vertrouwensband en hier is veel geduld en doorzettingsvermogen voor nodig. GZ-psycholoog 1 geeft aan

Durven te vragen & doorzetten

Of er nou met een tolk gepraat wordt of niet, het is van belang dat er doorgevraagd wordt. Juist omdat er zo veel culturele verschillen zijn kan er niet vanuit gegaan worden dat de behandelaar en de patiënt hetzelfde bedoelen.

“Je moet toch echt alert zijn op echt concreet doorvragen van hoe wordt dat bedoeld. Bedoel je het zo of bedoel je het zo? Zonder al te suggestief te zijn, dus het is altijd wel even zoeken, want je wil niet de woorden in de mond leggen maar soms wil je wel even je duim tikken van bedoel je nou dit of bedoel je nou dit. Daar moet je voor oppassen dat niemand oppassen dat iemand niet A of B zegt want dan moet je ook weer checken.”

- GZ-psycholoog (1)

“Dus ik denk dat het vooral een stuk meer tijd en geduld kost en echt alert zijn op heb ik het echt goed begrepen, nog een keer checken en eventueel op een andere manier nog eens vragen. Dat merk ik vooral.”

- GZ-psycholoog (1)

GZ-psycholoog (2) praat ook over het belang van het willen begrijpen van de patiënt en het doorzettingsvermogen dat daarvoor nodig is:

“Ja, ik denk, maar dat vind ik eigenlijk een algemeen ding als psycholoog is dat je moeite moet willen doen om iemand te begrijpen. Bij asielzoekers geldt dat misschien nog iets meer dan bij autochtone mensen, omdat het moeilijker is om iemand te begrijpen, je moet het echt van een tolk hebben. Dus ik denk dat het in die zin nog wat meer mededogen en nog wat meer geduld vraagt om mensen te willen begrijpen.”

“Dit is een groep waarbij je des te meer op het contact moet gaan zitten om ze te kunnen begrijpen en ook om ze het gevoel te geven dat je ze wil helpen en dat ze begrepen worden.”

De Psychiater en verpleegkundigen geven ook aan dat het bespreekbaar maken van verschillen, doorvragen en blijven luisteren erg belangrijke factoren zijn in de behandeling. Alle vier de behandelaren lijken het er mee eens te zijn dat het behandelen van asielzoekers complex is en er dingen voorkomen die bij andere doelgroepen niet voorkomen. Ook vinden zij dat ondanks dat deze verschillen er zijn, de asielzoekers niet behandeld moeten worden als een compleet ander soort groep.

Vooropleidingen

De verpleegkundige geeft aan een minor culturele antropologie gevolgd te hebben tijdens de hbo-opleiding. Er wordt door de verpleegkundige aangegeven dat deze minor nuttig is geweest en nog altijd dingen die in deze periode van de opleiding geleerd zijn gebruikt worden. Door de verpleegkundige wordt dan ook aangeraden dat anderen ook meer leren over bijvoorbeeld cultuursensitief werken.

GZ-psycholoog (1) heeft de studietijd ingericht met als doel intercultureel werk te kunnen verrichten. Zo heeft GZ-psycholoog (1) bewust afgestudeerd en stagegelopen in interculturele setting.

GZ-psycholoog (2) geeft aan een cursus gevolgd te hebben en hier niet veel aan gehad te hebben:

“Ik had een interculturele cursus binnen mijn opleiding, maar dat vond ik echt een hele slechte cursus haha. Daar heb ik weinig aan gehad. Want dat ging heel erg over gedrag en ik denk, ja gedrag. He dat

dat sommige moslimmannen geen hand willen geven aan een vrouw bijvoorbeeld. En toen dacht ik ja, dat is zo specifiek het moet veel meer gaan over de overkoepelende problematiek van elkaar niet begrijpen en moeite hebben om te snappen in wat voor wereld de ander zit en dat is veel groter dan van die normatieve dingetjes van wel of niet met bestek eten of een hand geven, daar zit het probleem niet.”

Als laatst geeft de psychiater aan geen specifieke opleiding, cursus, minor, stage of iets anders gevolgd te hebben wat te maken heeft met intercultureel werken. Ook geeft hij aan niet veel moeite te ervaren met deze doelgroep.

Mening van asielzoekers

De derde hoofdcategorie gaat over de mening van asielzoekers. Omdat asielzoekers die een behandeling volgen niet benaderd mochten worden was ervoor gekozen bij de behandelaars na te gaan wat zij weten over de mening van asielzoekers tegenover de behandeling.

Onderzoek naar de mening van asielzoekers

Alle vier de behandelaars geven aan dat er nooit eerder onderzoek gedaan is naar de mening van asielzoekers binnen Dimence. Dit komt overeen met wat N. van Vliet (persoonlijke communicatie, februari 2020) hierover zei. N. van Vliet gaf al aan dat dit niet gebeurd is omdat asielzoekers voortdurend overgeplaatst worden naar andere azc 's en dan verdwijnen bij de behandelingen. De geïnterviewde Dimence behandelaars sloten zich hierbij aan.

Mening asielzoekers privé

Privé tijdens behandelingen, dus niet tijdens onderzoek naar de mening, laten asielzoekers wel merken hoe zij over de behandeling denken. Zowel de verpleegkundige als de psychiater geven aan dat de asielzoekers vaak dankbaar en positief zijn. De psychiater zegt het volgende:

“Mensen zijn vaak wel vaker dan gemiddeld blij dat ze een psychiater of arts gesproken hebben. Ze zijn eerder dankbaarder. Je kan niet heel veel doen, maar het feit dat je iemand hebt gesproken ervaren ze wel als positief. Meer dan de gemiddelde patiënt.”

De GZ-psychologen geven ook aan dat asielzoekers soms niet begrijpen waarom ze niet gewoon medicatie voor hun probleem kunnen krijgen. Omdat zij vaak meer kennis hebben over psychiaters dan psychologen, vragen zij ook vaak naar hulp van de psychiater. De geïnterviewde psychiater geeft aan dit te herkennen en verteld dat er inderdaad mensen zijn die bij de intake al vragen naar de psychiater.

GZ-psycholoog (1) geeft ook aan te denken dat de asielzoekers zich vast gezien of gehoord voelen, maar dat sommigen van hen ook ongetwijfeld teleurgesteld of gefrustreerd zijn wanneer blijkt dat psychologen niet hun onzekerheden weg kunnen halen. Daar komt nog bij dat de huidige situatie waarin asielzoekers verkeren ook niet door psychologen aangepast kan worden. Dit kan ook frustratie meebrengen.

Wat is nodig voor optimalisatie?

Dit is de vierde en laatste hoofdcategorie die besproken zal worden. In elk interview is nagegaan wat behandelaren nodig denken te hebben om het behandelproces te optimaliseren. Ideeën van voorgaande interviews zijn meegenomen naar de volgende interviews. Bijvoorbeeld: De verpleegkundige is als eerste geïnterviewd. De ideeën van de verpleegkundigen zijn weer voorgelegd bij een GZ-psycholoog (1). Elke keer wanneer suggesties gedaan werden, zijn deze opgeschreven en meegenomen naar het interview dat volgde. In *tabel 4* (hieronder) is versimpeld weergegeven welke behandelaar welke interventie nodig vindt voor de optimalisatie van het behandelproces. Wanneer een behandelaar gevraagd was of hij/zij het eens is met een interventie bedacht door een collega en zij hier iets in zien dan is dit ook meegenomen. Opvallend is dat meerdere van deze interventies samengevoegd zouden kunnen worden tot één completere interventie.

Wie Wat	Verpleegkundige	GZ-psycholoog (1)	GZ-psycholoog (2)	Psychiater
Kennis over de procedure	X	X	X	X
Inzicht financiën	X			
Afstemming/contact systeem	X	X	X	X
Intervisie	X	X	X	Neutraal
Telefonisch tolk	X	X	X	X
Fysieke tolk	Onbekend	Onbekend	Onbekend	X
Dagbesteding	Onbekend	Onbekend	X	X
Contact met collega's	X	X	X	X

Aparte poli/cluster	Onbekend	Onbekend	Onbekend	X
Centrale coördinator	X	X	X	X

Tabel 4. Wie heeft welk belang?

Interviews externe professionals

Nu deelvragen 3 en 4 beantwoord zijn zal er gekeken worden naar deelvraag 5. Deze is onderzocht in deel twee van de fieldresearch binnen dit onderzoek. In totaal zijn vier externe professionals geïnterviewd namelijk; professor interculturele psychiatrie, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog psychotherapeut en een psychiater. Zij hebben allemaal werkervaring en affiniteit met het werken met niet-westerse mensen, asielzoekers en nog veel meer doelgroepen. De audio van de interviews zijn opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Deze getranscribeerde interviews zijn toegevoegd als bijlage 7. Nadat alle interviews getranscribeerd waren is gezocht naar thema's. Het gaat hierbij om thema's die antwoord geven op deelvraag 5, maar ook om thema's die om andere redenen opvallen. Hierom is per hoofdonderdeel is gekeken naar thema's.

Resultaten interviews

Het ongestructureerde interview bestond uit vier hoofdcategorieën, namelijk; verloop van de behandeling en hindernissen, vaardigheden, mening van asielzoekers en wat is nodig voor optimalisatie. Om de gevonden thema's overzichtelijk te houden zal er per hoofdcategorie gekeken worden naar de resultaten.

Verloop van de behandeling en hindernissen

Als eerste categorie 1, welke hindernissen komen de externe professionals tegen aan wanneer zij asielzoekers behandelen?

Vertrouwensband & ziekteverklaringsmodel

Iets waar drie van de vier externe professionals over spreken is de vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar. Uit de interviews komt naar voren dat het ontzettend belangrijk is de tijd te nemen om elkaar te begrijpen. Te realiseren dat niemands cultuur per definitie beter is, hierbij kan gedacht worden aan normen en waarden. Beide partijen zijn simpelweg verschillend. De professor in interculturele psychiatrie zegt hierover het volgende:

“Er zijn ook van die volkswijsheden die heel veel zeggen, “onbekend maakt onbemind”. Dat is ook een beetje het eindpunt, onbekend maakt onbemind. Nou als onbekend onbemind maakt, dan is het

handig om eerst wat meer bekend te raken. Dus je moet je veel en veel meer verdiepen in de leefwereld, in de gedachten wereld, in de gevoelswereld van de ander en pas als je dat een beetje, als je daar echt oprecht nieuwsgierig naar bent en je er echt in gaat verdiepen, dan geldt dat onbekend maar onbemind niet meer zo. Dan begin je toch te begrijpen dat, waarom de ander doet zoals hij doet.”

Een ander belangrijk punt is dat asielzoekers vaak niet genoeg kennis hebben over wat een psycholoog precies doet, zo vertellen de psychiater en de klinisch psycholoog psychotherapeut. Al snel wordt naar de psychiater en naar medicatie gevraagd. Klinisch psycholoog psychotherapeut zegt hier het volgende over:

“Eigenlijk kennen ze alleen maar de psychiatrische kant. Dus is de cliënt dan ook gericht op psychiatrische vragen en diagnostiek met als gevolg dat er al heel snel naar medicijnen gevraagd worden door de cliënt.”

Er moet dus ook voor gezorgd worden dat vooraf duidelijk is wat de patiënt kan verwachten. De psychiater spreekt ook over ziekteverklaringsmodellen. De psychiater merkt namelijk dat veel asielzoekers de oorzaak van hun klachten leggen bij bovennatuurlijke oorzaken. Er moet voor gezorgd worden dat de patiënt verteld wordt over hoe een behandelproces in elkaar steekt, zonder deze patiënt het idee te geven dat zijn/haar manier van denken niet serieus genomen wordt. Soms gaat communicatie over ziekteverklaringsmodellen fout wanneer gecommuniceerd wordt door middel van een tolk. De psychiater geeft hierover het volgende voorbeeld:

“Tolken vinden dat soms een beetje schaamtevol om dat te vertalen, van nou mevrouw is bezeten of mevrouw is getroffen door het boze oog. Dan vertaalden tolken soms “mevrouw was verkouden” of wat dan ook. Dan vertelden tolken ook wel eens aan mij, “wat moet je met zoiets? Vinden hulpverleners dit gek? Maar het is niet gek. In onze cultuur is dat nou eenmaal zo”.”

Naast dat het van belang is om verschillen en verwachtingen af te stemmen met de patiënt, is het ook van belang dit te doen met de tolk. De tolk speelt een erg grote rol binnen de communicatie en het is daarom van essentieel belang dat de tolk en de behandelaar op één lijn zitten. De professor interculturele psychiatrie beweert het volgende:

“Eén van de grootste problemen bij mensen van niet-westerse culturen is toch het therapie ontrouw. Dus ze komen één keer en dan niet meer terug. Dat betekent dat jij gefaald hebt in het contact of in goede uitleg zodat de patiënt er wat in ziet en dan ook graag terugkomt, want hij heeft er wel vertrouwen in.”

“Als ze therapietrouw zijn heb je bereikt wat je wil bereiken. Meer kan je niet bereiken.”

Taalbarrière

Iets waar alle externe professionals het over eens zijn is dat de taalbarrière iets is waar veel rekening gehouden mee moet worden, maar ook iets is waar juist een vertrouwensband in opgebouwd kan worden. Zowel de klinisch psycholoog psychotherapeut als de psychiater gaven aan in te spelen op de taal door bijvoorbeeld een paar woorden in elke taal te leren. De psychiater gaf aan hier nog verder in te gaan door bijvoorbeeld gezegden te leren:

“Er was een vrouw die in de gaten had dat ik het zelf ook allemaal heel leuk vond. Die zei wel eens van nou ik ga je nu vijf spreekwoorden geven in het Marokkaans, want als je die gebruikt bij Marokkaanse mensen nou dan ben je helemaal binnen.”

“Ik heb inderdaad die spreekwoorden van haar toen gekregen en gebruikt en mensen vielen van hun stoel wanneer ik ineens in het Marokkaans met een spreekwoord kwam. Toen dacht ik goh ik ga dat ook in het Turks leren of in het Iraans.”

Onzekerheden & politiek

Asielzoekers leven in veel onzekerheid. Dit zorgt ervoor dat zij hun uiterste best willen doen de zekerheid van een verblijfsvergunning te bemachtigen. Onzekerheid brengt dus politiek met zich mee. Zowel de GZ-psycholoog als de klinisch psycholoog psychotherapeut als de psychiater geven aan politiek niet te kunnen ontlopen. Het hoort bij het behandelen van asielzoekers. De GZ-psycholoog geeft aan dat er veel gelogen wordt in de hoop sneller een vergunning te kunnen bemachtigen. Ook geeft de GZ-psycholoog aan dat de asielzoekers de grenzen vaak opzoeken en dat hier goed op gelet moet worden. De klinisch psycholoog psychotherapeut noemt dit ook wel een dubbele agenda.

“Wat bijna altijd meespeelt is toch een dubbele agenda van kan ik door middel van het psychisch probleem wat ik heb meer rechten doen gelden op het verkrijgen van een verblijfsvergunning.”

Ook zegt de klinisch psycholoog psychotherapeut het volgende:

“Je moet ervan uitgaan als behandelaar dat de cliënt trouw is en dat dus zijn behandelvraag het enige is waar ie mee komt.”

Overige problemen

De GZ-psycholoog verteld over een aantal problemen waar de andere professionals niet over spreken. Als eerst ervaart de GZ-psycholoog moeite met het inplannen van afspraken. Zo komt het

voor dat patiënten niet op komen dagen wanneer het slecht weer is of wanneer het bijvoorbeeld een feestdag als rammadam is. Een ander probleem dat de GZ-psycholoog aangeeft is het feit dat veel vrouwen hun kinderen meenemen naar bijvoorbeeld EMDR-sessies. Hierover wordt het volgende door de GZ-psycholoog vertelt:

“Wat mij ook opvalt, je vroeg ook wat dan opvalt. Als vrouw, meeste vrouwen hebben dan kinderen en kleine kinderen. Oppas hebben ze dan blijkbaar niet, willen ze niet betalen, kunnen ze niet betalen. Ze komen soms met de kinderen. Dan kun je echt geen EMDR doen, dat is echt lastig en dat gebeurt nog steeds. Dat vind ik moeilijk.”

Daarnaast komt het volgens de GZ-psycholoog veel voor dat patiënten geen huiswerk maken:

“Wat mij ook enorm stoort en wat lastig is, is dat ze geen huiswerk willen maken, ze kunnen ook geen huiswerk maken, dat is ook lastig want ik ga mensen niet alleen maar zien zodat ze hun verhaal kwijt kunnen, dat is niet genoeg. De GGZ betaalt daar gewoon niet voor.”

De psychiater verteld over het feit dat het soms als moeilijk wordt ervaren bepaalde onderwerpen te bespreken. Hierbij kan gedacht worden aan onderwerpen als seksualiteit. Ook de tolken weten soms niet goed hoe zij vragen over seksualiteit moeten stellen. Dit geldt met name wanneer een vrouwelijke behandelaar en een vrouwelijke tolk praten met een (oudere) man. Hierover wordt het volgende voorbeeld gegeven:

“De eerste generatie Marokkanen en Turken die nu 70 is zou ik maar zeggen en de tweede generatie die, ja jonger is. Voor hen is het helemaal niet gebruikelijk om überhaupt te praten over seksualiteit. Terwijl een seksueel probleem als impotentie of een erectiestoornis wel kon zorgen voor flinke agressieproblematiek. Ook omdat men vaak helemaal niet wist wat er aan de hand was en met wie je dat moet bespreken en waar.”

Generaliseren

De professor interculturele psychiatrie geeft aan dat het generaliseren van asielzoekers een grote hindernis is voor velen. Generaliseren moet voorkomen worden. Per individu moet gekeken worden naar waar diegene last van heeft, welke stoornissen aanwezig zijn en wat er gedaan kan worden om deze persoon te helpen.

“Je moet per individu gaan kijken wat is hier aan de hand en daar nieuwsgierig naar zijn. Nier gaan denken van goh, oh ja dit is een asielzoekers dus het zal wel dit of dat zijn. Dat vind ik geen goede insteek.”

- Professor interculturele psychiatrie

De professor interculturele psychiatrie geeft aan dat elke patiënt een evidence based behandeling verdient die aansluit bij zijn of haar ideeën.

Vaardigheden

Als tweede worden de vaardigheden van externe professionals besproken. Welke vaardigheden zijn nodig wanneer er gewerkt wordt met asielzoekers en welke bezitten zij?

Band versterken met genogram

De psychiater geeft ook aan dat sommige patiënten het moeilijk hebben wanneer zij over gevoel moeten praten. Vele van hen zijn dit namelijk niet gewend te doen. Een genogram is een goed hulpmiddel om samen met de patiënt veel te kunnen praten over hoe familie in elkaar zit en over welke problemen zich in de familie voordoen. Voor patiënten is het vaak makkelijker om in de eerdere sessie te praten aan de hand van een genogram, omdat je elkaar niet in de ogen hoeft aan te kijken. Een ander voordeel van een genogram is dat deze ook relatief makkelijk gemaakt kan worden wanneer geen tolk beschikbaar is voor een behandel sessie. De psychiater doet de volgende uitspraken over het genogram:

“Het voordeel van een genogram vind ik dat dat ook zonder tolk kan als een tolk toevallig afwezig was of verhinderd was.”

“Het viel mij ook op dat mensen soms mijn open pakten en dan zeiden kijk door de ruzie tussen die en die, bijvoorbeeld een oom en tante of tante en broer van de betrokkenen of ik weet niet wat. Daarom hebben wij een probleem en daarom ben ik ziek.”

“Samen praten over een tekening is soms makkelijker dan elkaar aldoor aankijken en allerlei emoties moeten verwoorden. Je kan soms makkelijker samen kijken naar een plaatje en het hebben over die en die en die dan wijzen op jezelf. Ik zus en zo. Dat je aldoor iemand aan moet kijken.”

Het negatieve durven bespreken

De professor interculturele psychiatrie heeft aan dat het van groot belang is dat de behandelaar ook negatieve dingen met de patiënt bespreekt.

“Een goede hulpverlener zou dan ook zeggen van goh je zit hier nou in een afschuwelijke, moeilijke situatie met iets van 50% kans dat je teruggestuurd wordt, 50% dat je hier kan. Jij wil heel graag hier blijven, nou dat wil ik ook heel graag, maar ik heb het ook niet voor het zeggen. Weet je wat ik wel,

wat ik denk ik ook wel belangrijk vind, is dat ik ook eens met je ga praten van wat ga je nou doen, hoe ga je je leven inrichten als je wel teruggestuurd wordt.”

De professor interculturele psychiatrie verteld ook het volgende:

“Wat als jij je te veel alleen maar gaat identificeren met dat ze hier mogen blijven en ze worden toch teruggestuurd, dan gaat de patiënt met lege handen terug naar het land van herkomst. Dus dat vind ik dan heel belangrijk, dat dat ook aan bod komt. Dit wordt echt heel weinig gedaan.”

Mening van asielzoekers

Alle geïnterviewde professionals geven aan dat er maar weinig stilgestaan wordt bij de mening van asielzoekers. Dit komt volgens hen onder anderen doordat asielzoekers vaak niet eerlijk zijn over hoe zij het behandelproces ervaren. Hun prioriteit is het verkrijgen van een verblijfsvergunning en als zij moeten liegen om deze te krijgen dan doen veel van hen dat ook denken de professionals. De psychiater geeft aan dat hier verder onderzoek naar gedaan zou kunnen worden omdat de mening van asielzoekers wel relevant is.

Wat is nodig voor optimalisatie?

Dit is de vierde en laatste hoofdcategorie die besproken zal worden. In elk interview is nagegaan wat behandelaren nodig denken te hebben om het behandelproces te optimaliseren. Overige belangrijke factoren worden in de volgende paragrafen besproken.

Wie Wat	Professor interculturele psychiatrie	GZ-psycholoog	Klinisch psycholoog psychotherapeut	Psychiater
Kennis over de procedure		X		X
Afstemming/contact systeem	X	X	X	X
Intervisie	X	X	X	X
Telefonisch tolk	X	X	X	X
Behandelaar die de taal spreekt	X	X		
Dagbesteding	Onbekend	X	X	X

Contact met collega's	X	X	X	X
Centrale coördinator	X		X	X
Maatschappelijk werker			X	

Tabel 5. Wie heeft welk belang?

Culturele representatie in interieur en behandelaren

De psychiater besprak factoren waar gedurende dit onderzoek nog niet eerder aan gedacht was. Zo gaf de psychiater aan dat het gebouw niet mono cultureel mag zijn. Het gebouw moet voor iedereen zo verwelkomend mogelijk zijn. Er werden meerdere voorbeelden gegeven van dingen die gedaan zouden kunnen worden zonder dat het veel werk zou kosten.

“Bij ons in Utrecht hadden we op een gegeven moment bordjes op elke deur waarop stond ‘welkom’ in acht talen.”

- Psychiater

Op de deuren een bordje hangen met het woord welkom in verschillende talen. Dit zou tot de patiënt over kunnen komen dat aan hen gedacht is voor dat zij het gebouw binnen kwamen. Binnen het gebouw zouden foto's opgehangen kunnen worden die verschillende mensen hun cultuur weergeeft. Denk hierbij aan Turks, Marokkaans, Nederlands enzovoort. Het aanpassen van het interieur aan de verschillende doelgroepen en culturen kan direct bij binnenkomst de vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar een voorsprong geven. Belangrijk is dat wanneer mensen weer weggaan dat zij eventueel folders over behandelingen of stoornissen mee kunnen nemen. Dit betekent dat deze in verschillende talen verkrijgbaar moeten zijn.

“We hadden ook meertalige folders in de carroussels in de wachtkamer en meertalige adviezen en zorgen dat ook de aankleding van je gebouw niet mono cultureel is, maar genoeg aan de muur of ja afbeeldingen.”

- Psychiater

De klinisch psycholoog psychotherapeut spreekt ook positief over het invoegen van de cultuur van de cliënt in de behandeling. De GZ-psycholoog zou willen dat er meer representatie is binnen het psychologen team. De GZ-psycholoog geeft aan dat er meer mannen werkzaam zouden moeten zijn in

dit vak. De psychiater voegt hieraan toe dat er meer culturele representatie moet zijn onder de behandelaren. Er werd gesproken over het feit dat een groot deel van de bevolking in Deventer van Turkse afkomst is. Hierover zei de psychiater het volgende:

“Dan moet qua personeelsbestand van Dimence moet daar een afspiegeling van zijn eigenlijk en niet alleen de schoonmaaksters.”

“Zowel in de aankleding van de gebouwen als in de etnische samenstelling van het personeel.”