

**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

Academiejaar 2014-2015

**“Geen groter verdriet in de wereld dan het verlies van
zijn geboortegrond”**

Euripides, 480 v. Chr.

Cultuursensitieve zorg: hefboom bij de integratie van vluchtelingengezinnen

Bachelorproef aangeboden door
Martine Wittevrongel
tot het behalen van de graad van
Bachelor in de Gezinswetenschappen

Interne begeleider: **Patrick Meurs**

INHOUDSTAFEL

| | |
|---|----|
| VOORWOORD | |
| INLEIDING..... | 1 |
| FASE 1 – PROBLEEMSTELLING..... | 3 |
| FASE 2 - THEORETISCHE ANALYSE VANUIT DRIE INVALSHOEKEN | 7 |
| 1. EERSTE INVALSHOEK: CULTUUR EN COMMUNICATIE. HOE CULTUURSENSITIEF WERKEN MET GETRAUMATISEERDE VLUCHTELINGEN? | 7 |
| 1.1 Het fenomeen cultuur | 7 |
| 1.2 Communicatie..... | 10 |
| 1.3. Interculturele communicatie..... | 11 |
| 2 TWEEDE INVALSHOEK: EEN TOEGANKELIJKE EN LAAGDREMPELIGE EERSTELIJNSZORG | 19 |
| 2.1 Een kloof tussen opvang en integratie | 19 |
| 2.2 Een duidelijk zicht op taken en verantwoordelijkheden..... | 20 |
| 2.3 Waar blijft de eerstelijnszorg in dit verhaal? | 20 |
| 2.4 Een afwezige eerstelijnszorg?..... | 21 |
| 2.5 Integrale zorg voor iedereen..... | 21 |
| 2.6 Integrale zorg voor iedereen - en dus ook voor de meest kwetsbare groepen - dankzij een toegankelijke en laagdrempelige eerstelijnszorg..... | 21 |
| 2.7 Waaruit bestaat psychosociale ondersteuning?..... | 26 |
| 3 DERDE INVALSHOEK: INDIVIDUELE- EN GEZINSBEHANDELINGEN IN DE TWEEDE EN DERDELIJNSZORG | 30 |
| 3.1 Het leven van vluchtelingen kan onderverdeeld worden in verschillende fasen: | 30 |
| 3.2 Vroege en late gevolgen van deze ervaringen op het functioneren van de mens | 31 |
| 3.3 Verminderde vaardigheden vragen om ondersteuning en/of behandeling..... | 37 |
| 3.4 Een integratieve behandeling (van Essen & Bala, 2007)..... | 37 |
| 4 COMPETENTIES VAN DE HULPVERLENER | 43 |
| 4.1 Basisvaardigheden van hulpverleners..... | 43 |
| 4.2 Extra competenties | 43 |
| FASE 3 - VERANDERINGSDOELEN WORDEN GETOETST EN MEER SPECIFIEK OMSCHREVEN... .. | 45 |
| BESLUIT..... | 50 |
| Referentielijst | 52 |
| | |

VOORWOORD

Een eindproef is voor mij als een marathon lopen: het vraagt oefening, geduld en doorzettingsvermogen. Zonder een goede voorbereiding of begeleider lukt het niet. Onderweg kom je soms 'de man met de hamer' tegen. Gelukkig staan er regelmatig mensen langs de kant van de weg die je aanmoedigen en bevoorraden. Je loopt gestadig verder tot de eindstreep in zicht is en enthousiaste supporters je verder aanmoedigen. Uiteindelijk haal je moe maar tevreden de finish.

Ik dank mijn promotor Patrick Meurs voor zijn motivatie en professionele begeleiding. Dank ook aan de mensen die me onderweg bevoorraden: mijn broer die me in contact bracht met Gerrit Beutels, Integratiemedewerker van het Rode Kruis Opvangcentrum te Wingene. Gerrit trok heel wat tijd uit om mijn vragen te beantwoorden en me een boeiende rondleiding te geven in het opvangcentrum.

Ik dank Myriam, omdat ze me een blik in haar levensverhaal gunde. Dank ook aan Ali; hij schonk me inzicht in de westerse hulpverlening aan allochtonen. Dank aan mijn zus, vrienden en collega's die voor me supporterden. Dank aan Martin, op wie ik kon rekenen. Dank aan Peter, die me doorheen het hele parcours volgde en me steunde toen mijn draaglast groter werd dan mijn draagkracht. En tenslotte dank aan Dominique, die de laatste kilometers met me meeliep, waardoor ik de eindstreep toch nog binnen de gestelde tijd kon bereiken.

INLEIDING

Deze eindproef kwam tot stand als gevolg van mijn ervaringen tijdens een buitenlandse stage en het feit dat ik diep getroffen werd door de berichten die we via de media vrijwel dagelijks opvangen over individuen en gezinnen die, in de hoop op een menswaardige toekomst, hun land ontvluchten.

In de aanloop naar mijn stage volgde ik de cursus 'Buiten Europa. Voorbereid op stage'. In elke sessie werd stilgestaan bij een specifiek thema zoals gezondheidszorg, gender, cultuur en interculturele communicatie. We kregen de opdracht ons te bezinnen over deze thema's

en hier vervolgens onze aandacht op te richten in het land waar onze stage doorging. Wat is cultuur? En wat is de invloed ervan op tijdsbeleving, samenleving, waarden en normen, onderwijs en gezondheidszorg? De cursus zette me aan om boeken over cultuur en interculturele communicatie te lezen.

Langzaam maar zeker kwam ik tot inzicht: dat ik vooral vanuit een westerse bril naar de wereld keek en dat cultuur zoveel meer inhoudt dan de etnische achtergrond van een bepaalde groep mensen.

De media berichten onophoudelijk over hoe vluchtelingen in onmenselijke omstandigheden Europa binnenkomen. De confronterende beelden die ons bereiken zijn kort en fragmentarisch, maar ruim voldoende om te beseffen dat deze mensen vóór en tijdens de vlucht veel ontberingen doorstaan en onvermijdelijk diepe kwetsuren oplopen. Het hield me bezig hoe zij opgevangen werden in het gastland en ik vroeg me daarbij af of ze wel op enige vorm van begeleiding en ondersteuning konden rekenen. Verder kon ik me moeilijk een beeld vormen van de gevolgen die opeenvolgende traumatische ervaringen hadden op relaties en kinderen. Kon onze westerse hulpverlening deze cultureel zo verschillende individuen en groepen eigenlijk wel een aangepaste en kwalitatief goede opvang en begeleiding bieden? Het liet me niet meer los.

Myriam, de vrouw in mijn casus, ken ik al enkele jaren, maar tot voor kort wist ik zo goed als niets af van haar verhaal. Meer dan ooit kijk ik naar haar op als een bijzonder moedige, veerkrachtige en wijze vrouw. Eerder bij toeval vernam ik dat zij indertijd aan de genocide in Rwanda was ontsnapt. Toen we elkaar beter leerden kennen en het vertrouwen groeide, deelde ze beetje bij beetje een deel van haar geschiedenis met mij. Ze nam me mee in een beklijvend verhaal, dat me er toe bracht spontaan op zoek te gaan naar meer informatie over de vluchtelingenproblematiek. Ook hier weer stootte ik op het gegeven cultuur en interculturele communicatie. Dit vormde de aanzet voor een verdere fascinatie en verdieping in deze onderwerpen. Het werk dat vóór u ligt, is het resultaat daarvan. Aangezien cultuur, context en communicatie tussen hulpverlener en cliënt in de psychosociale begeleiding centraal staan, ligt het mijns inziens voor de hand als eerste invalshoek voor Cultuur en (Interculturele) Communicatie te kiezen. Taal-

en cultuurbarrières zijn namelijk vaak de grootste obstakels in het werken met vluchteling gezinnen.

Daar de huidige drempel naar de voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg al te hoog ligt, richt ik mijn aandacht in de tweede invalshoek op welzijn, preventie en ondersteuning. De laagdrempelige en veelal toegankelijke eerstelijnszorg is hiertoe het best geplaatst. Vanuit dit perspectief onderzoek ik daarom op welke wijze deze ook voor vluchteling gezinnen laagdrempelig en toegankelijk kan zijn.

Cumulatieve stress heeft gevolgen voor de gezinsdynamiek en kinderen lopen ontwikkelingsrisico's. Via de derde invalshoek ga ik na hoe en door wie deze complexe problemen het best kunnen worden aangepakt.

Voor de leesbaarheid heb ik :

- overal 'hij' gebruikt in plaats van 'hij/zij'
- enkel de term 'vluchteling' of 'vluchteling gezinnen' gebruikt ook daar waar soms 'asielzoeker' zou moeten staan (een asielzoeker is iemand die asiel heeft aangevraagd in het gastland maar nog niet erkend is als vluchteling).

FASE 1 – PROBLEEMSTELLING

Casus

| | |
|-------------------|--------------------|
| Naam | MYRIAM |
| Geslacht | vrouw |
| Leeftijd | 45 jaar |
| Burgerlijke staat | gehuwd, 2 kinderen |
| In België sinds | 1999 |
| Nationaliteit | Rwandeese-Belgisch |

In 1994 komt er een breuk in het bestaan van Myriam en haar gezin.

Zij ontvlucht van de ene dag op de andere haar huis omwille van het oorlogsgeweld. Haar zoontje van drie neemt ze met zich mee. Haar tienjarige dochter en man zijn op dat moment niet thuis. Ze weet lange tijd niet of ze nog in leven zijn.

Myriam woont vijf jaar lang in verschillende Afrikaanse landen en vluchtelingenkampen.

Daar is het vaak onveilig. Ze probeert er te werken en vooral te overleven. Ze leeft van dag tot dag, denk niet aan de toekomst.

Na vele omzwervingen en ontberingen komt ze in 1999 op eigen initiatief en wilskracht in België terecht. Bij aankomst moet ze zich laten registreren bij de vreemdelingendienst. Ze krijgt het adres van een OCMW en een treinticket.

Naar haar gevoel wordt ze goed onthaald door de maatschappelijk werker van het OCMW. Hij staat haar zowel in het Nederlands als in het Frans te woord, biedt haar informatie over de asielprocedure en materiële hulp. De menselijkheid in dit alles valt Myriam op.

Aangezien het asielcentrum op dat moment volzet is, gaat ze zelf op zoek naar een appartement. Na een zoektocht van twee week heeft ze eindelijk een dak boven het hoofd. Een matras en televisie vindt ze op straat. Myriam regelt zo goed als alles zelf, met eventuele problemen kan ze terecht bij een gezin in Sint-Niklaas. Ze is moe en wil vooral rust in haar hoofd. Haar zoontje kan televisie kijken en ze zijn in veiligheid.

Dat die veiligheid relatief is, beseft ze een paar maanden later, wanneer er op oudejaarsavond vuurwerk wordt afgestoken. Ze wordt wakker, denkt dat het oorlog is, en staat opnieuw klaar om op de vlucht te slaan.

In 1999 is er nog geen sprake van een oriënterende dienst, een dienst inburgering.

Myriam vraagt zelf waar ze terecht kan om Nederlands te leren. Ze wil in deze taal communiceren met het OCMW en de familie in Sint-Niklaas die haar in nood bijstaat.

Hoewel Myriam na zes maanden als asielzoeker erkend wordt, wordt haar asielaanvraag in eerste instantie afgewezen. De eerste keer is ze alleen, heeft ze geen advocaat ter beschikking. Ze beantwoordt alle vragen, maar haar verhaal is ongestructureerd en haar dossier slordig. Ze doet vervolgens beroep op een advocaat, die ze - met de weinige middelen die ze heeft - zelf betaalt. Het OCMW maakt haar op geen enkel moment attent op het feit dat ze recht heeft op een pro deo advocaat.

Via het vluchtelingenkamp van Artsen zonder Grenzen heeft ze af en toe contact met Rwanda. Op die manier komt ze haar man weer op het spoor. Hij komt een jaar nadien naar België. Myriam maakt de weg voor hem vrij. Ze gaat onophoudelijk en gedreven op zoek naar oplossingen.

Via het Rode Kruis komt ze uiteindelijk ook weer in contact met haar dochter. Al die tijd, zeven jaar lang, weet het meisje niet of haar ouders nog in leven zijn.

In maart 2003 vindt Myriam werk in een buitenschoolse kinderopvang waar ze tot op vandaag kinderbegeleidster is. Myriam werkt hard, gaat ondertussen ook naar school, waar ze een bachelordiploma wil behalen.

Ze heeft in Brussel contact met andere Rwandese vluchtelingen. Iedereen die ze kent, kampt met onverwerkte problemen en trauma's. Deze trauma's worden nooit getoond, echter wel van generatie op generatie doorgegeven.

In België hebben asielzoekers in principe recht op psychologische begeleiding. Myriam maakte hier geen gebruik van, zij wist immers van het bestaan ervan niet af. Ze was moe in haar hoofd, en had geen idee welke hulp ze kon vragen. Ze zocht zelf naar oplossingen, ze was ervan overtuigd dat niemand haar kon helpen en dat ze het alleen moest zien te redden.

Myriam is momenteel druk bezig met haar werk en studies. Als ze stilvalt, begint ze na te denken en dat wil ze liever niet. Ze doet geen moeite om een sociaal netwerk uit te bouwen. Ze heeft ervaren dat de mensen slecht zijn, fundamenteel slecht. Mensen zijn niet te vertrouwen dus waarom zou ze zich met hen verbinden? Ze heeft geen interesse, zet zelf geen stappen naar de mensen toe.

De vlucht uit haar huis, zonder man en dochter, beseft ze nu, was traumatisch voor haar. Ze verkeerde jarenlang in een extreme stresssituatie. Ze konden binnen het gezin niet over het verleden spreken; ze wilden het verleden achter zich laten en een nieuw leven opbouwen.

Door zo lang aan extreme stress te worden blootgesteld en er niet te kunnen over praten, hebben alle leden van haar gezin psychische problemen. Haar man is depressief. Haar zoon - ondertussen 21 jaar oud - leeft stil en teruggetrokken en heeft weinig of geen contact met leeftijdgenoten. Haar dochter die zeven jaar lang niet wist of haar ouders en broer nog in leven waren, heeft borderline. Myriam voelt zich vervreemd van haar man en schuldig tegenover haar kinderen.

Probleemstelling

Hulpverleners in de acute zorg signaleren dat vluchtelingen met heel wat problemen zitten die onbeantwoord blijven (terwijl de doelgroep nauwelijks terug te vinden is in de statistieken van de geestelijke gezondheidszorg). Ze geven aan nood te hebben aan ondersteuning van en samenwerking met andere organisaties zoals Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Ze willen daarnaast ook gericht kunnen doorverwijzen. Toch kan deze ondersteuning en hulp vanuit de verschillende organisaties nauwelijks geboden worden. Dit omwille van zowel organisatorische redenen, zoals het structurele probleem van de lange

wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg, als relationele redenen, zoals de angst en onzekerheid van de hulpverleners door de onbekendheid met deze doelgroep. Noch de eerste, noch de tweede lijn is voorzien op de vluchtelingenproblematiek.

In het geval van Myriam zijn velen onder ons getuige geweest van de verschrikkelijke beelden van de genocide in Rwanda. Het kan niet anders dan dat mensen die dit meemaken diepe kwetsuren oplopen vóór en tijdens de vlucht. Ik vraag me af hoe ze worden opgevangen in ons land en of ze wel enige vorm van begeleiding en ondersteuning krijgen. Wat met gezinnen die diep getraumatiseerd zijn en geen begeleiding in een vroeg stadium krijgen? Welke gevolgen heeft dit voor henzelf en hun kinderen? En als ze met een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) of een depressieproblematiek in de hulpverlening komen, kan een westers psycholoog hen dan adequaat behandelen?

Veel vluchtelingengezinnen hebben traumatische ervaringen achter zich. Hun psychosociale of psychische noden blijven vaak onbeantwoord. Er is duidelijk een kloof tussen het hulpaanbod en de behoeften van deze doelgroep. Dit heeft invloed op de integratie en de ontwikkeling van vluchtelingengezinnen en -kinderen.

Vraagstelling:

- Hoe kan deze kwetsbare groep de weg vinden naar de hulpverlening en welke drempels bemoeilijken de toegang ?
- Kan een westerse hulpverlener psychosociale begeleiding of behandeling bieden aan de cultureel andere, of is de taal- en/of cultuurbarrière te groot ?
- Hoe kan de eerstelijnszorg toegankelijker en laagdrempeliger gemaakt worden voor deze doelgroep ?
- Hoe kunnen vluchtelingengezinnen met een zware problematiek in het oog worden gehouden zodat zij niet door de mazen van het net vallen?
- Kunnen psychologen of psychiaters van de tweede en derdelijnszorg de vluchtelingengezinnen adequaat behandelen? Houden ze rekening met de context van deze gezinnen?

Voorlopige veranderingsdoelen

- Vluchtelingengezinnen worden van bij aankomst ondersteund en begeleid zodat een zwaardere problematiek wordt voorkomen. Dit kan volgens mij door de eerstelijnszorg zeer toegankelijk en laagdrempelig te maken voor vluchtelingen.
- De psychologen van de tweedelijnszorg moeten over voldoende contextgegevens van het vluchtelingengezin beschikken om de therapie

haalbaar te maken. Dit wordt mogelijk als er samenwerking is met de eerstelijnszorg.

FASE 2 - THEORETISCHE ANALYSE VANUIT DRIE INVALSHOEKEN

Drie invalshoeken:

1. *Cultuur en (interculturele) communicatie: hoe cultuursensitief werken met getraumatiseerde vluchtelingen?*
Meer inzicht in taal en cultuur kan deze barrières overbruggen.
2. *Een toegankelijke en laagdrempelige eerstelijnszorg*
De drempel naar de voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg is te hoog. Problemen worden beter voorkomen dan genezen. Dit kan door te focussen op welzijn, preventie en ondersteuning. Een cultuursensitieve eerstelijnszorg is hiervoor het best geplaatst.
3. *Individuele en gezinsbehandelingen in de tweede of derdelijnszorg*
Vluchtelingen met een posttraumatische stressstoornis of een zware depressieproblematiek worden behandeld in de tweede of derdelijnszorg. Om de therapie haalbaar te maken en te voorkomen dat het gezin vroegtijdig afhaakt, dienen de betrokken psychologen of psychiaters over voldoende contextgegevens van het vluchtelingengezin te beschikken. Een samenwerking met de eerstelijnsvoorzieningen biedt hier uitkomst.

1. EERSTE INVALSHOEK: CULTUUR EN COMMUNICATIE. HOE CULTUURSENSITIEF WERKEN MET GETRAUMATISEERDE VLUCHTELINGEN?

“In elke interventie binnen het aanbod van gezondheidszorg dienen cultuur, communicatie en de context als centrale rode draden te fungeren” (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune & Verrept, 2011).

Taal- en cultuurbarrières creëren onzekerheid en kunnen terughoudendheid veroorzaken om met vluchtelingen te werken. Wanneer dit het geval is, ontstaat onzekerheid over de te gebruiken omgangsvormen of de aan te nemen houding, waardoor men eerder geneigd kan zijn om de cliënt door te verwijzen (de Vries, 2000).

1.1 Het fenomeen cultuur

1.1.1 De vanzelfsprekendheid van cultuur

Net als door lucht, worden we omringd met cultuur. We vinden een bepaalde manier van functioneren en omgaan met de omgeving vanzelfsprekend en zijn ons vaak niet bewust van onze waarden en normen, onze motivaties, ons eigen gedrag. We worden ons meestal pas bewust van onze culturele achtergrond, wanneer we met andere culturen in contact komen (Hofstede, 2005).

1.1.2 De culturele bril

Cultuur heeft een grote invloed op de waarneming, het denken, voelen en handelen van de mens. De mens krijgt vanaf zijn geboorte en doorheen het socialisatieproces een culturele bril op. Doorheen deze bril bekijkt, ordent en interpreteert hij de wereld (Hoffman, 2009).

1.1.3 Gelaagdheid van cultuur

Cultuur bestaat uit twee lagen: een waarneembare en een niet-waarneembare laag. Tot de waarneembare laag behoren onder andere taal, rituelen en gewoonten en tot de niet-waarneembare laag de waarden, de mens- en wereldbeelden. Een mooie metafoor hiervoor is de ijsberg. Slechts het topje van de ijsberg is zichtbaar, het grootste en belangrijkste gedeelte zit onder water. Hoewel de waarneembare en de niet- waarneembare laag verschillend zijn van elkaar, vormen ze toch één geheel (Hoffman, 2009).

1.1.4 Verschillende visies op cultuur

Het is van groot belang dat een hulpverlener zich bewust is van zijn visie op cultuur: de manier waarop cultuur gedefinieerd wordt, zal namelijk de wijze van hulpverlening bepalen. (Gailly, 2008).

1.1.4.1 Een statische visie

In een statische benadering wordt cultuur gezien als de leefwijze en het geheel van normen, waarden en opvattingen van een bepaalde etnische groep. Elke etnische groep heeft in deze visie haar eigen onveranderlijke kenmerken die verschillend zijn van andere etnische groepen. In deze visie wordt vaak vergeten dat er individuele verschillen zijn tussen de mensen binnen die groep, dat cultuur evolueert in de tijd en dat mensen van verschillende culturen zich met elkaar vermengen en elkaar beïnvloeden. Bij een dergelijke traditionele visie van cultuur wordt eerder gedacht in termen van botsing van culturen, omdat waarden en normen zo verschillend en bijna onoverbrugbaar zijn. De verschillen zijn in deze benadering pas echt te overbruggen, als men voldoende kennis heeft van de cultuur van de mens die tot de andere groep behoort (<http://www.diversiteitinactie.be>).

1.1.4.2 Een dynamische visie

Het interpretatief cultuurbegrip is een alternatieve visie op cultuur. Het gaat hier vooral over cultuur als betekenisgeving of interpretatie. Cultuur betekent in deze visie dat een sociaal verband de werkelijkheid actief interpreteert en er betekenis aan geeft. Deze betekenissen en interpretaties worden waarneembaar en begrijpelijk gemaakt door middel van symbolen. Een voorbeeld van een dergelijk symbool is de verbale en non-verbale communicatie (Laarmans, 2007).

Meurs deelt deze dynamische visie en ziet **cultuur als een betekenis- en zingevingssysteem**. Cultuur biedt houvast in een bepaalde context maar in een

andere context is het niet evident dat ze de onzekerheid in dezelfde mate ondervangt. Cultuur is dynamisch, het is niet iets wat mensen bezitten, maar iets wat mensen voortbrengen en met elkaar delen (Meurs, 1998).

De dynamische benadering staat lijnrecht tegenover de traditionele visie op cultuur. In deze benadering is cultuur geen vaststaand gegeven maar eerder een complexe en chaotische constructie (<http://www.diversiteitinactie.be>).

Een individu is niet enkel het resultaat van zijn geschiedenis, opvoeding of onderwijs maar beschikt ook nog over een vrije wil en keuzemogelijkheden, bevestigen Devillé en Basstanie (2013). Een mens kan ervoor kiezen om bepaalde aspecten uit zijn cultuur of subculturen te verwerpen, te wijzigen of om zelf iets te bedenken en te creëren. Een migrant zal bijvoorbeeld bepaalde waarden en normen uit zijn eigen cultuur weglaten en andere, uit de huidige cultuur waarin hij leeft, overnemen. Waarden en normen zijn tevens vooral afhankelijk van de maatschappelijke positie of de sociaal-economische omstandigheden waarin iemand leeft. De opvattingen van iemand die nauwelijks opleidingskansen heeft gekregen zullen anders zijn dan de opvattingen van iemand die universitaire studies heeft gedaan. Een slachtoffer van een oorlogsmisdaad zal een ander wereldbeeld hebben dan iemand die in vrede leeft (Deville & Basstanie, 2013).

1.1.5 Verschillende visies op de complexe werkelijkheid

Als een hulpverlener zich bewust is van de complexiteit van het begrip cultuur, dan weet hij dat zijn cliënt niet alleen een lid van een bepaalde groep is, maar ook en vooral een individu met een eigen temperament en persoonlijkheid, met eigen ervaringen en dus ook met eigen problemen. Hij zal dan eventuele problemen tussen hem en zijn cliënt in een ruimere context gaan bekijken en ze niet meteen toeschrijven aan culturele verschillen of botsende waarden en normen (Zorgnet Vlaanderen, 2011).

De ruimere context van allochtonen gaat volgens Meurs (2008) verder dan de individuele en de familiale dynamiek. Er is daarnaast ook de historische, geografische én de migratiecontext. Psychologen zien de mens vooral als een psychisch wezen en focussen op het individu en zelfontwikkeling. De culturele factor wordt hierbij gereduceerd, en als die al ter sprake komt, dan gaat het over een verinnerlijkte cultuur. De systeemtheorie heeft wel oog voor de context van de mens, maar deze beperkt zich meestal tot de gezinscontext. In allerlei holistische modellen is al meer aandacht voor de ruimere context, al blijft de uitwerking van de culturele factor nog eerder beperkt.

Antropologen zien de mens als een cultureel wezen en hebben oog voor de diverse aspecten van het fenomeen cultuur: de bijzondere kenmerken, de verschillen en de dynamiek.

De mens wordt zowel door de psychologen, als door de antropologen opgedeeld en niet meer in zijn totaliteit gezien. Het 'fenomeen mens' bestaat namelijk uit meerdere dimensies die met elkaar verweven zijn; de sociale, culturele en psychische dimensies. **De mens is zowel een psychisch, sociaal als cultureel wezen.** De verwevenheid van deze dimensies wordt uit het oog verloren als er een opsplitsing gebeurt tussen het individu/de sociale groep/de cultuur. In de hulpverlening betekent deze opsplitsing een

verarming van het aanbod. Ideaal zou zijn dat er een koppeling is tussen psychologie en antropologie, zeker in de hulpverlening aan allochtonen. Dit zou betekenen dat de hulpverlener zowel voor de individuele en de gezinsdynamiek aandacht heeft, als voor de culturele achtergrond en de ruime context (zowel de historische, geografische, als migratiecontext) van de cliënt. **Er is altijd een wisselwerking tussen het individu, de sociale (gezins)groep, en de cultuur.** Een hulpverlener die met vluchtelingen te maken heeft, is iemand die beseft hoe complex de werkelijkheid is (Meurs, 2008).

1.2 Communicatie

Cultuurverschillen zijn te overbruggen als de hulpverlener de regels van de communicatie goed beheerst en deze plaatst in de context van de vluchtelingen (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

In de psychosociale begeleiding staat de communicatie tussen de hulpverlener en de cliënt centraal. De Vries (2000) vindt het dan ook van wezenlijk belang dat de hulpverlener goed leert communiceren en zich bewust is van wat de communicatie bij hemzelf en bij de ander doet.

1.2.1 Wat is communicatie?

Communicatie is gedrag, en gedrag geeft informatie. Zelfs al spreken we niet of willen we helemaal geen boodschappen overdragen, toch communiceren we. We zenden namelijk de hele tijd signalen uit: deze signalen worden geïnterpreteerd door de ander en vanuit zijn referentiekader van betekenis voorzien (Watzlawick, Beavin, & Jackson (2009).

Communicatie is situationeel en afhankelijk van de context. Iemand zal in een specifieke situatie op een bepaalde manier reageren en in een andere situatie op een andere manier. Veel is afhankelijk van de relatie die we met de specifieke ander hebben en van de context. Inzicht krijgen in de communicatie betekent dus ook dat men leert kijken naar wat de context doet met een mens. Immers, als de context onbekend is dan blijft de informatie onduidelijk (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

1.2.2 Twee belangrijke stappen in de communicatie

- De eerste stap is dat iedereen zich bewust is van zijn eigen aandeel in de communicatie. Elke gesprekspartner is medeverantwoordelijk voor wat gebeurt in de communicatie. Het is van fundamenteel belang te beseffen dat we medebepalend zijn in de manier waarop anderen op ons reageren; de manier waarop een ander op ons reageert, hangt immers niet alleen van die ander af. Er is altijd sprake van een interactiepatroon.
- De tweede stap is als het ware een gevolg van de eerste. We kunnen de ander niet kunnen veranderen maar wel onszelf. Als we last hebt van het

gedrag van de andere kunnen we proberen te stoppen met er last van te hebben door er anders mee om te gaan (Hogerhuis & Van Oorschot, 2007).

1.2.3 Leren communiceren is ontdekken wat er allemaal gebeurt in het gesprek

Welke boodschappen sturen we uit tijdens het gesprek, en hoe interpreteren we de informatie die we van de ander ontvangen? We kunnen niet weten wat er zich binnen in de mensen afspeelt, gissen is zinloos en kan zelfs nefaste gevolgen hebben. Als we ervan overtuigd zijn dat iemand niet te vertrouwen is, zullen we op een of andere manier hiervan wel een bewijs vinden in zijn gedrag. Hierdoor is geen open communicatie meer mogelijk. Het is veel beter om stil te staan bij wat er gebeurt in de communicatie tussen onszelf en onze cliënt, en te leren omgaan met wat deze communicatie bij onszelf oproept (Hogerhuis & Van Oorschot, 2007).

1.3. Interculturele communicatie

De cultuur waarin een mens leeft heeft invloed op het denken, voelen en handelen en bijgevolg ook op de communicatie van een mens (de Vries, 2000).

Aangezien psychosociale hulp voor een groot deel uit communicatie bestaat, wordt hier vanuit verschillende perspectieven bekeken wat interculturele communicatie inhoudt.

1.3.1 Interculturele communicatie met focus op cultuur

Aan de hand van de theoretische modellen van Hofstede (2005) en Pinto (2007) kan men verschillen tussen culturen in kaart brengen, om vervolgens van daaruit het onderscheid qua communicatiepatronen te analyseren.

1.3.1.1 Het cultuurmodel van Hofstede

Hofstede (2005) heeft een cultuurmodel met vijf dimensies ontwikkeld naar verschillen in nationale waardensystemen. Hij zegt dat elke mens, waar ook ter wereld, worstelt met dezelfde problemen maar dat de oplossingen per land verschillen omdat er andere sociale spelregels heersen.

Volgens de auteur zijn er vijf fundamentele probleemgebieden die de interculturele communicatie beïnvloeden. Deze gebieden heeft hij geïnclassificeerd in de volgende culturele dimensies :

1. Individualisme/collectivisme.

In een individualistische samenleving staan het individu en het recht op zelfbeschikking centraal. De individuele belangen zijn belangrijker dan de collectieve belangen en de betrekkingen tussen de mensen onderling zijn eerder vrijblijvend. In het collectivisme daarentegen staat de groep, en de loyaliteit die daaruit voortvloeit, centraal en zijn de intermenselijke verhoudingen duidelijker gestructureerd.

2. Machtsafstand.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen grote en kleine machtsafstand. In samenlevingen met een grote machtsafstand accepteert men dat de macht ongelijk verdeeld is. In gemeenschappen met een kleine machtsafstand daarentegen vindt men dit problematischer. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn tussen ouder en kind, man en vrouw, baas en werknemer. In landen met grote machtsafstand zullen baas en werknemer zich als ongelijken positioneren. In bedrijven is er een sterke hiërarchie en ondergeschikten zullen niets ondernemen vooraleer hen gezegd wordt wat ze moeten doen.

3. Masculiniteit-feminiteit

Masculine culturen zijn machts- en doelgericht. Dominantie en prestatie zijn er belangrijk. De rolpatronen van man en vrouw zijn duidelijk gescheiden. In feminiene culturen daarentegen is er een gelijke rolverdeling. Landen met een feminiene cultuur vinden waarden als kwaliteit van het leven en zorg dragen voor elkaar belangrijk.

4. Onzekerheidsvermijding

Dit gaat over de omgang met onvoorspelbaarheid. Er wordt onderscheid gemaakt in hoge en lage onzekerheidsvermijding. Dit is de mate waarin de mensen van een bepaalde cultuur bang zijn voor en onzeker over het onbekende. Een cultuur met een hoge onzekerheidsvermijding zal het onbekende zoveel mogelijk uit de weg gaan. Terwijl een cultuur met een lage onzekerheidsvermijding meer openstaat voor het onbekende.

5. Lange en kortetermijngerichtheid: gerichtheid op de toekomst of op het heden en verleden.

Langetermijngerichtheid is gericht op de toekomst via spaarzaamheid en volharding. Kortetermijngerichtheid is gericht op het verleden en op het heden via respect voor traditie, het voorkomen van gezichtsverlies en het voldoen aan sociale verplichtingen.

Aan de hand van deze vijf systematische verschillen worden cultuurverschillen naar land, regio, sekse, generatie en klasse door Hofstede met elkaar vergeleken. Deze verschillen hebben niet alleen invloed op onze persoonlijkheid, maar op alle aspecten van ons leven: gezondheid, onderwijs, werk, enzovoort (Hofstede, 2005).

1.3.1.2 De structuurentheorie van Pinto

Hofstede houdt in zijn classificatie geen rekening met de dynamiek van cultuur, beweert Pinto (2007). Deze auteur verkiest daarom een ordening in 'structuren' in plaats van in 'dimensies'.

Zijn structuurindeling gaat hoofdzakelijk over regels en codes. De dieperliggende oorzaken van verschillen tussen mensen zijn, volgens de auteur, te vinden in de structuur van die regels en codes. Hij heeft het niet over westerse en niet-westerse culturen maar over 'fijnmazige' (F), 'grofmazige' (G) en 'mixed' (M) structuren.

Een cultuur ligt, afhankelijk van de kenmerken ervan, tussen de F- en de G-structuur in. Bijvoorbeeld hoe meer F, hoe meer collectiviteit of groepsgevoel, hoe meer G hoe individualistischer.

Tussen de F- en de G-structuren bevindt zich een M-structuur. Deze vorm vindt men, aldus Pinto, terug in Oost-Europa en bij de tweede generatie van migranten.

Als iemand meer tot de F- dan tot de G-structuur behoort, dan heeft dit vergaande gevolgen voor perceptie, beleving, gedrag en communicatie. In plaats van een intern referentiekader voor goed en kwaad zal er een extern referentiekader zijn. De nadruk zal meer op relatie en vorm liggen dan op de inhoud. Zakelijke en persoonlijke relaties zijn niet zo duidelijk afgebakend. Niet zelfontplooiing maar eer zal het hoogste streven zijn.

De behoeftenhiërarchie van de mens is volgens Pinto voor de F-structuren dan ook helemaal anders dan de behoeftenhiërarchie voor de G-structuren, waarvan in de psychologie de piramide van Maslow bekend is. Pinto erkent dat de primaire fysiologische behoeften universeel zijn maar voor de rest wijkt zijn piramide sterk af van die van Maslow. Het behagen van de groep, een goede naam en eer zijn veel belangrijker in de F-structuren dan zekerheid, erkenning en zelfontwikkeling.

Hieronder een afbeelding van de piramides met links de piramide van Maslow voor de G-structuren en rechts de piramide van Pinto voor de F-structuur (Pinto, 2007).



Bron: <http://www.davidpinto.nl>

- **Relativeren eigen referentiekader**

Zowel Hofstede (2005) als Pinto (2007) leveren op deze manier een bijdrage tot de bewustmaking van de verscheidenheid van culturen, wat mensen kan helpen hun eigen referentiekader te relativieren.

- **Valkuilen van een culturaliserende benadering**

In veel handboeken over interculturele communicatie wordt te vaak uitgegaan van dichotome verschillen: je bent ofwel westers ofwel niet-westers, je behoort ofwel tot de F-structuur ofwel tot de G-structuur. Het fenomeen cultuur wordt gereduceerd tot iets statisch en het gevolg hiervan kan zijn dat de hulpverlener de opgedane culturele kennis ook statisch gebruikt en de cliënt teveel gaat vereenzelvigen met zijn culturele achtergrond. Culturele kennis wordt dan onafhankelijk van de ruimere context van de cliënt gebruikt (Meurs, 1998).

1.3.2 Interculturele communicatie met focus op de gespreksvoering

Kennis van de etnische achtergrond van de cliënt staat in de benadering van Hofstede en Pinto centraal en is de belangrijkste voorwaarde voor efficiënte communicatie. De focus ligt op de cultuur van de ander maar, volgens Hoffman zijn het vooral de culturen van de verschillende sociale systemen waarvan de mensen deel uitmaken, die invloed hebben op de communicatie. Volgens het systeemdenken is er daarenboven altijd circulaire beïnvloeding tussen personen. Iedere gesprekspartner heeft invloed op de wijze waarop het gesprek zal verlopen. Iedereen bepaalt op zijn manier, door verbale en non-verbale taal, mee het gedrag van de ander (Hoffman, 2009).

1.3.2.1 Het TOPOI-model van Hoffman

Hoffman (2009) wil met zijn TOPOI-model een bredere kijk geven op interculturele communicatie. De focus in zijn benadering ligt niet op de cultuur, maar op de gespreksvoering. Zijn communicatiemodel is bruikbaar voor elke vorm van communicatie, zo beweert de auteur. Hij past de algemene systeemtheorie toe op de communicatie tussen mensen. Hij beschouwt de interactie tussen mensen als een sociaal systeem. Zoals hierboven beschreven gaat de systeem- en communicatietheorie uit van voortdurende wederzijdse beïnvloeding. Dit gebeurt via verbale en non-verbale taal. Die circulaire beïnvloeding is er niet alleen tussen de gesprekspartners onderling, maar ook tussen de gesprekspartners en de sociale representaties. Deze representaties zijn opvattingen, waarden en normen binnen een sociaal systeem.

Het TOPOI-model is een systeemtheoretische benadering van interculturele communicatie en kan een hulpmiddel zijn om verschillen en misverstanden te achterhalen en aan te pakken. De vijf gebieden in de interculturele gespreksvoering waarin deze kunnen voorkomen zijn **Taal, Ordening, Personen, Organisatie** en **Inzet**. Deze gebieden staan in de praktijk niet los van elkaar en gesprekspartners zullen er dan ook gelijktijdig mee te maken krijgen.

De essentie van het TOPOI-model is om in geval van misverstanden stil te staan bij drie vragen: Wat is mijn aandeel? Wat is het aandeel van de ander? Wat is de invloed vanuit de ruimere sociale omgeving?

Zoals hierboven vermeld, onderscheidt Hoffman vijf verschillende factoren in zijn TOPOI-model, waaraan best aandacht geschonken wordt indien men de kwaliteit van de interculturele communicatie wil optimaliseren.

1. Taal

Het gebied Taal omvat verbale en non-verbale taal. We leren een taal van jongs af aan. De taal is niet alleen een hulpmiddel voor interpretatie van onze omgeving, maar ook voor de identiteits- en sociale ontwikkeling. Door te spreken kunnen we immers uitdrukking geven aan onze identiteit, onze gedachten en gevoelens. Door te spreken kan er contact zijn met andere mensen. Taal biedt ons de kans om tot een groep te behoren.

1.1 Verbale Taal

Veel facetten van de verbale taal zijn heel belangrijk in de interculturele gespreksvoering.

De moedertaal is één ervan. Door te spreken in onze moedertaal kunnen we onze identiteit uitdrukken; taal heeft dus veel te maken met eigenwaarde. We kunnen ook in onze moedertaal het best uitdrukken wat er in ons omgaat. Via de taal, die cultureel bepaald is, zijn we verbonden met een groep. Hierdoor ontstaat een samenhangsgevoel of groepsidentiteit. Dit is de reden waarom mensen, overal ter wereld, graag in hun moedertaal praten. De moedertaal hoeft geen nationale taal te zijn, het kan evengoed een plaatselijk dialect zijn.

Een ander facet van de taal is de taalbeheersing. De mate waarin iemand een taal beheerst heeft te maken met factoren als leeftijd, opleiding, migratiegeschiedenis, maatschappelijke positie. Het aanleren van een taal is voor kinderen bijvoorbeeld veel makkelijker dan voor volwassenen. Door onvoldoende taalbeheersing kunnen er misverstanden zijn in de communicatie. Er wordt soms letterlijk vertaald vanuit de moedertaal waardoor de boodschap anders of dwingender kan overkomen dan bedoeld.

Tijdens een intercultureel gesprek moet er ook aandacht zijn voor impliciet taalgebruik. Spreekwoorden, metaforen of grapjes zijn namelijk zeer moeilijk te begrijpen of te interpreteren voor iemand die de taal minder goed beheerst. Misverstanden in de communicatie kunnen zich tevens voordoen door betekenisverschillen. Sommige woorden hebben voor de ene persoon een andere betekenis dan voor de ander. Wat een Congolees 'brutaal' vindt, vindt een Belg misschien eerder 'assertief'.

De communicatiestijl is nog een ander facet van taal. Deze kan direct of indirect zijn. Zo heeft een Nederlander over het algemeen een directere communicatiestijl dan een Belg.

Verbaal luistergedrag is blijk geven van het feit dat je echt luistert naar iemand. Door het inlassen van interjecties of tussenwerpsels, zoals 'aha', 'hm', 'ja' of 'nee' bewijst je dat je aandacht schenkt aan je gesprekspartner.

1.2 Non-verbale taal

Naast de verbale taal is er de non-verbale taal. Communiceren is immers zoveel meer dan praten. Non-verbale taal is erg cultureel bepaald en bestaat eveneens uit vele facetten. Een paar voorbeelden hiervan zijn: lichaamstaal, de manier waarop we onze gevoelens uiten, oogcontact, het aanraken van een ander, of fysieke kenmerken zoals klederdracht of het gebruik van voorwerpen waarvan een symboliek uitgaat.

2. Ordening

Het gebied Ordening heeft te maken met het wereldbeeld. Iedereen kijkt vanuit een bepaald perspectief naar de werkelijkheid. Al naargelang het gezichtsveld kunnen mensen de werkelijkheid verschillend interpreteren. Uit de enorme hoeveelheid aan informatie en indrukken die we ontvangen, is iedereen wel verplicht een selectie te maken; onze hersenen kunnen immers niet alles verwerken. Dat selecteren gebeurt steeds vanuit een eigen referentiekader en een eigen logica.

Er zijn subjectieve verschillen in ordening of interpretatie van de werkelijkheid. Elke mens is uniek, iedereen heeft een eigen referentiekader van waaruit betekenis verleend wordt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat dé waarheid niet bestaat.

Volgens Hoffman staat de subjectieve kijk op de werkelijkheid tevens onder invloed van de cultureel bepaalde sociale representaties. Naast individueel bepaalde verschillen zijn er ook collectieve verschillen in ordening. Dit betreft de verschillende manieren waarop etnische of nationale groepen de werkelijkheid interpreteren.

3. Personen

Terwijl het gebied Ordening zich richt op het inhoudsniveau, heeft het gebied 'Personen' te maken met het betrekkingniveau. Dit wil zeggen dat er in de communicatie niet alleen inhoudelijke boodschappen doorgegeven worden, maar dat mensen terzelfdertijd, en vaak onbewust, onderling ook relationele boodschappen uitwisselen. Deze relationele boodschappen zijn te vergelijken met spiegels die we, tussen de regels door, elkaar voorhouden. Hoe ervaren de gesprekspartners elkaar en welk beeld hebben ze van elkaar?

Het gebied Personen is niet enkel bedoeld om vooroordelen te voorkomen, maar ook om te beletten dat iemand zou gereduceerd worden tot één aspect van zijn persoon, namelijk de etnische identiteit. De identiteit van een persoon bestaat volgens de systeemtheorie uit deelidentiteiten. Deze deelidentiteiten zijn afhankelijk van de sociale systemen waartoe iemand behoort. Etniciteit is slechts één identiteit naast vele andere, zoals leeftijd, geslacht en opleiding. Deze verschillende identiteiten hebben invloed op de communicatie en kunnen zelfs bepalender zijn dan iemands etnische identiteit.

Ook in het gebied Personen hebben sociale representaties een grote invloed. Hoffman zegt dat niemand aan de invloed van vooroordelen kan ontsnappen, omdat deze onbewust geïnternaliseerd worden. Sociale representaties hebben een zeer krachtige werking; door dit te beseffen, kan men zich milder opstellen ten opzichte van de vooroordelen die men bij zichzelf en anderen opmerkt.

4. Organisatie

Het gebied Organisatie heeft enerzijds te maken met het structureel kader van de organisatie, en met de machtsrelaties anderzijds. De structuur en de cultuur van een organisatie waarin het hulpverleningsgesprek plaatsvindt, is van invloed op de communicatie. Organisatorische factoren kunnen een hinderpaal zijn. Regels, afspraken en procedures van een organisatie hebben een invloed op het gesprek. Onduidelijkheden op dit niveau kunnen tussen hulpverlener en cliënt tot veel misverstanden leiden.

5. Inzet

Het gebied Inzet wijst er op dat goede bedoelingen en inzet, m.a.w. de *bedoelde* effecten, niet noodzakelijk overeenkomen met de *gerealiseerde* effecten. Terwijl je kan iets doen vanuit positieve bedoelingen, kan de invloed of de impact ervan op iemand negatief zijn. Iemand die zich bewust is van het mogelijk onbedoelde effect hiervan, levert inspanningen om tussentijds feedback te krijgen van de resultaten van zijn communicatie, en tracht denken, voelen en handelen zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

Erkenning geven aan iemand, is hem tonen dat hij geapprecieerd wordt voor zijn inzet en is eveneens van belang voor de kwaliteit en het resultaat van de gespreksvoering.

Effectieve communicatie kan alleen maar lukken als je er echt bent voor de ander, aldus Hoffman (2009). **Heel belangrijk in communicatie is een positieve basisattitude en deze is vooral zichtbaar in de non-verbale taal.** Uitgaan van een positieve inzet van de mensen en de verschillen en misverstanden bespreekbaar maken, helpt om communicatie efficiënter te laten verlopen.

1.3.3 Het werken met tolken

Indien er sprake is van een significante taalbarrière, kan de hulpverlener best een beroep doen op een sociaal tolk, die de communicatie tussen hulpverlener en cliënt faciliteert. Een goede communicatie is immers essentieel om een kwalitatieve werkrelatie te kunnen opbouwen. Dit vergt een specifieke aanpak, en dit zowel van de hulpverlener als van de sociaal tolk. De hulpverlener moet de bereidheid hebben om de sociaal tolk in de relatie met de cliënt toe te staan. Er ontstaat immers een soort driehoeksrelatie, waardoor de hulpverlener mogelijks het gevoel van controle verliest of zich onzeker voelt. Het is van belang dat de organisatie rond de hulpverlener het werken met tolken aanmoedigt en dit ondersteunt via training van de vereiste specifieke vaardigheden hiertoe.

Anderzijds biedt de interventie van een sociaal tolk de hulpverlener de mogelijkheid om meer aandacht te schenken aan het leiding nemen over het gesprek en zich gericht te focussen op de non-verbale communicatie van de vluchteling. De hulpverlener moet zich in de ik-vorm direct tot de cliënt wenden, in geen geval tot de tolk. Ook moet aan het begin van het gesprek worden nagegaan of tolk en cliënt elkaar kennen of niet, wat beter niet het geval is.

De sociaal tolk is geen intercultureel bemiddelaar maar een neutraal medium dat objectief, volledig en zonder wijzigingen de boodschappen tussen beide andere partijen laat doorstromen. De tolk onthoudt zich van een eigen interpretatie, maar tolkt wel in de ik-vorm. Zijn doel is om het de cliënt mogelijk te maken om emotionele boodschappen in de eigen moedertaal te formuleren. Hierdoor krijgt de vluchteling het gevoel dat hij oprecht wordt gehoord, en wordt vermeden dat er frustratie ontstaat omdat hij er niet in slaagt uit te drukken wat hij echt wil zeggen.

Voor de vluchteling zelf is de aanwezigheid van een sociaal tolk (fysiek of via telefoon) bij het gesprek niet altijd vanzelfsprekend. Er kan een gevoel van wantrouwen

ontstaan, vooral bij mensen die voordien traumatische ervaringen hebben meegemaakt. Het is dan belangrijk om dit vooraf bespreekbaar te maken en aan de cliënt het deontologische kader en de plicht tot vertrouwelijkheid van de sociaal tolk toe te lichten.

Het werken met tolken houdt zowel voor- als nadelen in. Over het algemeen is het aan te raden de tussenkomst van een tolk te beëindigen zodra dit mogelijk wordt (<http://www.csz-vlaanderen.be>).

"De opdracht en competentie van de eerstelijnszorg is niet de behandeling van deze psychische stoornissen, maar wel de psychosociale begeleiding van mensen met psychische stoornissen" (Serrien, 2011).

2.1 Een kloof tussen opvang en integratie

De meeste vluchtelingen zijn veerkrachtige mensen die zich door een cumulatie van problemen en verlieservaringen gedurende vaak langere tijd in een moeilijke situatie bevinden. Ze hebben in eerste instantie vooral behoefte aan ondersteuning en begeleiding.

De complexe problematiek van vluchtelingengezinnen en hun kwetsbare maatschappelijke positie vragen om vroegtijdige signalering en zorgvuldige aandacht. Toch is er een grote kloof tussen opvang en integratie. Dit heeft onder andere te maken met:

- Het moeilijk contact tussen de hulpverlener en de vluchteling.
In een onderzoek in vijf Nederlandse gemeenten geven maatschappelijk werkers aan dat de begeleiding en ondersteuning van vluchtelingen een uitdaging is. Ze vinden het moeilijk een duidelijk beeld te krijgen van de hulpvraag omwille van de taalbarrières, heel wat problemen worden te laat aangepakt en vragen daardoor een gespecialiseerde behandeling, er is de opvoedingsproblematiek en het probleem rond de opvang van de kinderen, waardoor vluchtelingen hun afspraken onvoldoende nakomen (Bloemen & Vloeberghs, 2012).
Vluchtelingen op hun beurt stellen zich vaak terughoudend op tegenover psychosociale begeleiding of staan wantrouwend tegenover de organisaties. Ze zijn bang gestigmatiseerd te worden of vrezen van hun vrijheid beroofd te worden. Deze doelgroep loopt in ons land ook een groter risico op een gedwongen opname (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune & Verrept, 2011). Andere vluchtelingen komen liever niet naar buiten met hun problemen of hebben twijfels bij de aanpak ervan, aldus Pels & Gruijter (2005).
- De problematische doorverwijzing naar de tweedelijnsvoorzieningen.
Volgens de West-Vlaamse opvangcentra van het Rode Kruis is de doorverwijzing naar de CGG zeer problematisch.
De vluchtelingen moeten ofwel eerst bij een CAW gaan alvorens doorverwezen te worden, ofwel reeds een duidelijke psychiatrische diagnose van de huisarts gekregen hebben. Er is het bekende en structurele probleem van de lange wachtlijsten binnen de CGG. Bijkomende argumenten voor een beperkte toegankelijkheid zijn de taalbarrière, het gebrek aan tolken en expertise. En tenslotte is er het gegeven dat vluchtelingen geen prioriteit zijn binnen de CGG (Van Hauwaert, 2011).
- Zorgnet Vlaanderen (2011) spreekt van een versnipperde geestelijke gezondheidszorg in ons land. Er is geen coördinatie tussen de verschillende

diensten, wat ertoe leidt dat de doorverwijzing van de ene naar de andere dienst niet vlot verloopt.

2.2 Een duidelijk zicht op taken en verantwoordelijkheden

De opvangcentra van het Rode Kruis geven aan behoefte te hebben aan een duidelijk zicht op elkaars taken, rollen en verantwoordelijkheden. Ze hebben nood aan :

- Een doorverwijzingsnetwerk zodat de doorverwijzingen vlotter verlopen. Overleg zodat de informatie op een vlotte manier kan doorstromen
- Een multidisciplinaire samenwerking
- Ondersteuning en advies van andere zorgvoorzieningen (Van Hauwaert, 2011).

2.3 Waar blijft de eerstelijnszorg in dit verhaal?

De problemen van de vluchtelingen worden te laat of zelfs niet aangepakt. De integratiemedewerker van het opvangcentrum van het Rode Kruis te Wingene sprak daarom de wens uit dat vanuit de opvangcentra meer en beter kan worden samengewerkt met de zorg- en welzijnsinstellingen.

De eerstelijnszorg is helaas, net als de tweedelijnszorg niet toegankelijk voor vluchtelingen :

- De samenwerking met de meeste CAW is momenteel echter niet goed. Vele hulpverleners binnen deze eerstelijnsorganisatie vinden deze doelgroep 'lastig'. Er is het taalprobleem en de onwil om met tolken te werken. De samenwerking met het Centrum Leerlingenbegeleiding (CLB) is ronduit slecht te noemen, terwijl de samenwerking met Kind en Gezin wel eerder goed is. Er zijn geen aangepaste methodieken binnen de eerstelijnsvoorzieningen om de vluchtelingen psychosociaal te begeleiden. Er zijn problemen op vlak van taal en cultuur. Van tolken of intercultureel bemiddelaars is nauwelijks sprake en de hulpverleners hebben onvoldoende of geen inzicht in de noden en behoeften van vluchtelingen (Van Hauwaert, 2011).

Hetzelfde probleem stelt zich ook in Nederland. Door gebrek aan kennis van de doelgroep verwijst het maatschappelijk werk terug naar Vluchtelingenwerk (Eimers & Vloeberghs, 2013).

- Weinig samenwerking tussen de eerstelijnsvoorzieningen
De (eerstelijns)organisatie Vluchtelingenwerk onderhoudt weinig contact met de lokale zorginstanties, waardoor geen sprake is van een systematische of doordachte doorverwijzing. De werkdruk van Vluchtelingenwerk is hoog en richt zich daarom vooral op praktische zaken. Doordat de organisaties elkaars taken en verantwoordelijkheden onvoldoende kennen, blijven tijdige doorverwijzingen vaak uit. Dit heeft als gevolg dat psychosociale of gezinsproblemen veel te weinig aan bod kunnen komen (Eimers & Vloeberghs, 2013).

2.4 Een afwezige eerstelijnszorg?

De eerste en tweedelijnszorg zijn niet of nauwelijks voorzien op de vluchtelingenproblematiek. Van Hauwaert (2011) spreekt zelfs van een afwezige eerstelijnszorg voor vluchtelingen.

2.5 Integrale zorg voor iedereen

Elk beleid moet zoveel mogelijk streven naar een inclusieve aanpak, dat wil zeggen dat elk zorgaanbod van elke zorgvoorziening toegankelijk moet zijn voor iedereen. Het doel van een inclusief beleid is dat iedereen gebruik kan maken van het reguliere, algemene zorgaanbod (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune & Verrept, 2011).

2.6 Integrale zorg voor iedereen - en dus ook voor de meest kwetsbare groepen - dankzij een toegankelijke en laagdrempelige eerstelijnszorg

2.6.1. Een toegankelijke, laagdrempelige en cultuursensitieve eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg komt door de aard van haar werk - preventie en begeleiding - sneller in contact met kwetsbare groepen (Van Hauwaert, 2011). Het zou dan ook vanzelfsprekend zijn de eerstelijnszorg in te schakelen bij de begeleiding en ondersteuning van vluchtelingen. Om de samenwerking en toeleiding naar de reguliere zorg te verbeteren en hierdoor een cumulatie aan problemen bij vluchtelingen te voorkomen, bevelen Eimers en Vloeberghs (2013) een focus op de eerstelijnszorg aan. De eerstelijnszorg kan een laagdrempelige en vroegtijdige ondersteuning bieden aan de vluchtelingengezinnen.

Hoe de eerstelijnszorg voor de meest kwetsbare doelgroepen toegankelijk en laagdrempelig maken?

1. Een betere afstemming tussen gezondheidszorg en welzijnszorg in de eerstelijnszorg
 2. Een versterkte eerstelijnszorg die oog heeft voor sociale determinanten van ziekte en onwelzijn
 3. Extra competenties binnen de eerstelijnszorg
 4. Een betere samenwerking binnen de eerstelijnszorg
 5. Continuïteit in de zorgverlening door samenwerking met andere zorglijnen
 6. Culturele toegankelijkheid en kennis van de vluchtelingenproblematiek
 7. Cultuursensitieve zorg aanbieden
 8. Netwerken cultuursensitieve zorg uitbouwen
 9. Samenwerking tussen eerstelijnszorg en ondersteunende structuren
 10. Multidisciplinaire samenwerking
-
1. Een betere afstemming tussen gezondheidszorg en welzijnszorg in de eerstelijnszorg.

Gezondheidszorg richt zich vandaag de dag nog al te vaak op het louter lichamelijke aspect (Nuyens, 2010). **De huisarts** kan een belangrijke rol opnemen. Hij heeft vaak het eerste contact of een vertrouwensband met de vluchtelingen. Daardoor heeft hij ook meer zicht op eventuele psychosociale of psychische problemen (Bloemen & van der Laan, 2012).

2. Een versterkte eerstelijnszorg die oog heeft voor sociale determinanten van ziekte en onwelzijn. Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune en Verrept (2011) zijn daarom voorstander voor het oprichten of uitbreiden van multidisciplinaire wijkgezondheidscentra die zowel sociale, psychische als contextgerichte aspecten in de eerstelijnsgezondheidszorg integreren.
3. Extra competenties binnen de eerstelijnszorg toevoegen, zodat er een gestructureerd aanbod komt op vlak van psychosociale begeleiding (Van Audenhove, 2010). Het aanbod inzake geestelijke gezondheidszorg uitbreiden om de kloof tussen vraag en aanbod kleiner te maken (Nuyens, 2010).
4. Een betere samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Organisaties zoals bijvoorbeeld Vluchtelingenwerk kunnen meer samenwerken met de reguliere lokale instellingen. Dergelijke instellingen hebben ervaring en kennis van de doelgroep en zijn voor vluchtelingen toegankelijker en meer vertrouwd. Vluchtelingen zouden om deze redenen de begeleiding van Vluchtelingenwerk verkiezen boven deze van de reguliere instanties (Eimers & Vloeberghs, 2013). Om de toegang zo laagdrempelig mogelijk te maken is het dan ook noodzakelijk dat de hulpverleners elkaar goed weten te vinden als het gaat om taakverdeling en afspraken ten aanzien van de doelgroep. Een elektronisch dossier kan de noodzakelijke communicatie versnellen en bevorderen, en de afspraken helder maken voor de betrokken actoren. Ook een inventarisatie van het aanbod aan ondersteuning bij vluchtelingen en een sociale kaart zijn zeer nuttige instrumenten. **Continue en integrale zorg** bestaat uit meer **coördinatie en integratie** tussen de verschillende zorgverleners en voorzieningen binnen de eerstelijnszorg. Flexibele samenwerkingsverbanden dienen hiertoe verder ontwikkeld en ondersteund te worden (Nuyens, 2010).
5. Continuïteit in de zorgverlening door samenwerking met andere zorglijnen. De eerstelijnszorg werkt nauw samen met de andere zorglijnen en -niveaus. Deze werken op hun beurt ondersteunend voor de eerstelijnsgezondheidszorg (Nuyens, 2010). Er bestaan netwerken tussen de verschillende zorglijnen. Ze zorgen indien nodig voor een doorverwijzing naar gespecialiseerde hulp (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune & Verrept, 2011). Het allerbelangrijkste is dat er duidelijkheid heerst. Er moet een proces op gang komen dat klaarheid brengt in de verantwoordelijkheden, de taakverdelingen en de samenwerkingsverbanden (Eimers & Vloeberghs, 2013). Het Rode Kruis is voorstander om de centrumartsen in te schakelen voor de doorverwijzingen en in de uitbouw van een zorgnetwerk (Van Hauwaert, 2011).
6. De culturele toegankelijkheid kan onder meer verhoogd worden door te investeren in deskundige hulpverleners en in tolken en intercultureel

bemiddelaars. De aanwezigheid van intercultureel bemiddelaars en tolken zou niet enkel voorbehouden kunnen worden aan ziekenhuizen maar ook voorzien kunnen worden in wijkgezondheidscentra, raadplegingscentra van Kind en Gezin, de CAW's en CGG (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune & Verrept, 2011). Meer kennis en expertise ontwikkelen met betrekking tot de vluchtelingenproblematiek en deze onderling aan elkaar doorgegeven, zo luidde het ook op de Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg. Vorming, training en opleiding zijn dan ook prioritair binnen dit beleid (Nuyens, 2010). Een netwerkcoördinator kan het overleg tussen de verschillende lijnen en organisaties faciliteren en werken aan visieontwikkeling. Hij kan vorming geven over het werken met tolken of over de vluchtelingenproblematiek. (<http://www.caw.be>).

7. Cultuursensitieve zorg aanbieden

Cultuur is een ruim en complex begrip waar de voorzieningen oog moeten voor hebben. Cultuursensitieve zorg is het *“aanbieden van kwalitatieve zorg die optimaal is afgestemd op cultuurelementen die belangrijk kunnen zijn en een impact kunnen hebben op de effectiviteit van zorg”* (Van Hauwaert, 2011). Hiertoe is een individueel zorgmodel nodig voor elke cliënt waarbij steeds vertrokken wordt vanuit het referentiekader van deze cliënt. Bij elke hulpvraag staat het individu, zijn referentiekader en zijn ruime context centraal (Van Hauwaert, 2011).

Wanneer vraag en aanbod beter op elkaar worden afgestemd en cultuursensitieve zorg de plaats kan innemen van een discriminerende zorgomgeving, wordt de gezondheidszorg ten aanzien van vluchtelingen langzaam maar zeker ontsloten (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune & Verrept, 2011).

8. Netwerken cultuursensitieve zorg uitbouwen, zoals bijvoorbeeld:

- *Netwerk Cultuursensitieve Zorg in Brussel, Antwerpen en Gent:*

In deze drie steden is sinds enkele jaren een Netwerk Cultuursensitieve zorg actief. Dit netwerk ondersteunt de CAW en de CGG bij de uitbouw van cultuursensitieve zorg voor vluchtelingen en mensen met een andere etnische achtergrond. Het netwerk wil het aanbod van de CAW en CGG beter bekend maken bij doorverwijzers en zo de toegang faciliteren voor hun doelgroep. Het streeft tevens naar een optimale samenwerking tussen de verschillende diensten en naar een efficiëntere netwerkvorming. Daarnaast levert het training en vorming aan hulpverleners rond cultuursensitieve zorg. Tenslotte brengt het netwerk vraag en aanbod rond cultuursensitieve zorg in kaart en onderzoekt het de mogelijkheden om hieraan tegemoet te komen (<http://cultuursensitievezorg.com>).

Prioriteit bij Netwerk Cultuursensitieve Zorg Gent is het werken met tolken, de opmaak van folders over psychosociaal welzijn in verschillende talen, het voorzien van vormingen voor de CAW en CGG in Oost-Vlaanderen. Cultuursensitieve Zorg Gent heeft een 'mini' sociale kaart opgemaakt ter ondersteuning van de hulpverleners. De brochure vermeldt de bestaande

initiatieven voor vluchtelingen, zoals onthaal, huisvesting, begeleiding, ondersteuning en therapie (<http://www.odice.be>).

- *Netwerkverbanden in de regio Limburg:*

Als antwoord op de moeilijke doorverwijzing van de bewoners van de opvangcentra voor asielzoekers worden er in de provincie Limburg netwerkverbanden op touw gezet tussen de opvangcentra en instanties uit geestelijke gezondheidszorg.

SPIL is het Limburgse overlegplatform geestelijke gezondheidszorg. De opdracht van SPIL is de samenwerking van Limburgse organisaties uit de geestelijke gezondheid te ondersteunen en te coördineren. Op initiatief van SPIL worden iedereen van de regio die een aanbod heeft rond psychosociale begeleiding uitgenodigd. De huisarts van het opvangcentrum en de betrokken OCMW- en/of CAW-medewerkers gaan samen rond tafel zitten (<http://www.pigmentzorg.be>).

9. Samenwerking tussen eerstelijnszorg en ondersteunende structuren

Integratie bevorderen door netwerken tussen eerstelijnsorganisaties en ondersteunende structuren. Psychosociale begeleiding van vluchtelingen houdt ook in dat men oog heeft de activering en participatie in de samenleving. Activering en participatie dragen zowel bij aan de integratie als aan het welzijn van de vluchtelingen (Bloemen & Vloeberghs, 2012). Er dienen goed functionerende netwerken te zijn tussen eerstelijnsgezondheidsorganisaties, gespecialiseerde zorgorganisaties en ondersteunende structuren zoals bijvoorbeeld huisvesting of werkgelegenheid. Dit om een goede informatiedoorstroming en een gepaste doorverwijzing te bevorderen. Tevens dienen instrumenten te worden ontwikkeld om de overheidsdiensten in het algemeen toegankelijker te maken voor vluchtelingen (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune & Verrept, 2011).

10. Multidisciplinair teamwerk

Het begeleiden van vluchtelingen vereist een integrale benadering, waarbij een multidisciplinair team nauw samenwerkt. In dit team participeren zowel jeugd- als volwassendisciplines waardoor gecombineerde behandelingen mogelijk worden (<http://www.centrum45.nl>).

2.6.1.1 Een voorbeeld van een goede begeleiding en ondersteuning door een toegankelijke, laagdrempelige en cultuursensitieve eerstelijnszorg

Een nieuw leven opbouwen in een vreemd land is voor niemand makkelijk. Een goede ontvangst en contact met de vluchtelingen kan de start in het nieuwe land draaglijker maken. Een vluchtelingengezin zal sneller een nieuw evenwicht vinden dankzij een goede begeleiding en ondersteuning. Hier is een rol weggelegd voor een gezinswetenschapper binnen het team van bijvoorbeeld Vluchtelingenwerk, opvangcentra voor asielzoekers, Wijkgezondheidscentra, CAW.

Bloemen en Vloeberghs (2012) wijzen erop dat de begeleiding om inzicht vraagt van de doelgroep en kennis van een aantal factoren betreffende de personen of gezinnen. Kijken naar een aantal basisgegevens kan zicht geven op de kwetsbaarheid

van iemand: een alleenstaande moeder met kind is bijvoorbeeld doorgaans kwetsbaarder dan een echtpaar.

Een goede kennismaking en het geven van uitgebreide informatie zijn essentiële onderdelen in de begeleiding. De gezinswetenschapper zal zeer concrete informatie kunnen geven over de asielpprocedure, het inburgeringsproces en de gezinshereniging. De gezinswetenschapper laat de vluchteling tevens kennismaken met het buurtteam of de buurtwerking, de huisarts, Kind en Gezin of andere (zorg)instellingen in de gemeente. Hij kan een regionale sociale kaart aan de vluchtelingen bezorgen zodat duidelijk is waar men terecht kan voor zaken als bijvoorbeeld gezondheids-, relatie-, opvoedingsproblemen. Er kunnen daarnaast ook folders in verschillende talen ter beschikking worden gesteld waarin verschillende diensten zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, thuiszorg en de opvoedingswinkel worden voorgesteld.

De vluchtelingen krijgt op deze manier een beter beeld van het gastland en de begeleider krijgt mogelijks sneller een indruk van de belastende en beschermende factoren van de vluchtelingen. Beide factoren hebben invloed op het psychosociaal welbevinden. In de begeleiding gaat het erom deze factoren op te sporen en wat belastend werkt te voorkomen of reduceren en wat bescherming biedt te ondersteunen en versterken.

Door de belastende factoren op zowel lichamelijk, psychisch als sociaal gebied en de beschermende factoren op algemeen, sociaal en individueel vlak naast elkaar te plaatsen, zoals in de onderstaande tabel, krijgt de begeleider een genuanceerder en vollediger beeld van het individu of het gezin.

Belastende factoren

| <i>Lichamelijk</i> | <i>Psychisch</i> | <i>Sociaal</i> |
|---|---|--|
| <i>Infectieziekten</i> | <i>Angst en/of nervositeit en/of vertwijfeling</i> | <i>Vermijdingsgedrag en/of communicatieproblemen</i> |
| <i>Vitaminegebrek</i> | <i>Lusteloosheid en/of gebrek aan initiatief (depressie)</i> | <i>Heimwee en/of rouwverwerking</i> |
| <i>Tropische importziekten</i> | <i>Nachtmerries, concentratie- en geheugenproblemen (PTSS)</i> | <i>Eenzaamheid en/of geïsoleerd leven (geen sociale inbedding)</i> |
| <i>Onbegrepen lichamelijke klachten</i> | <i>Prikkelbaarheid (kort lontje) en achterdocht</i> | <i>De weg niet weten binnen het Nederlandse voorzieningenstelsel</i> |
| <i>Geslachtsziekten</i> | <i>Schuld- en schaamtegevoelens</i> | <i>Werkloosheid en/of geen levensdoel</i> |
| <i>Groeistoornissen (bij kinderen)</i> | <i>Bedplassen en/of andere symptomen die wijzen op psychische terugslag</i> | <i>Relatie-, gezins- en/of opvoedingsproblemen</i> |

Beschermende factoren

| <i>Algemeen</i> | <i>Individueel</i> | <i>Sociaal</i> |
|--------------------------------|---|---|
| <i>Zekerheid en veiligheid</i> | <i>Karakter (humor, energiek, positieve instelling)</i> | <i>Sociale steun van landgenoten of familie</i> |
| <i>Perspectief, gevoel</i> | <i>Intelligentie</i> | <i>Fysiek actief met anderen</i> |

| | | |
|--|-------------------------|-----------------------|
| <i>toekomst te hebben</i> | | |
| <i>Goede begeleiding en verzorging</i> | <i>Goede gezondheid</i> | <i>Sociaal actief</i> |

Bron : Bloemen & Vloeberghs (2012).

Op een natuurlijke manier en zonder 'hulp te verlenen' krijgt de begeleider zodoende sneller zicht op de problemen bij de vluchtelingen of binnen het vluchtelingengezin. Op deze manier kan hij gericht psychosociale begeleiding geven, of gericht doorverwijzen naar de gepaste organisatie. Samen met het gezin zal hij een begeleidingsplan opstellen en dit, indien van toepassing, bespreken met de contactpersoon van de betrokken organisatie. De signaalfunctie van de gezinswetenschapper bestaat er eveneens in op tekorten en gebreken in voorzieningen te wijzen. Een hulpmiddel bij het detecteren van psychosociale problemen is de Protect-vragenlijst. In deze lijst staan een aantal eenvoudig geformuleerde vragen over de meest voorkomende lichamelijke en psychische klachten bij vluchtelingen. Daarnaast is ook ruimte voorzien om observaties van de begeleider te noteren. Het non-verbale gedrag van de vluchtelingen kan aanvullende info geven op de vragenlijst. Er moet wel voorzichtig omgesprongen worden met vragenlijsten. Vluchtelingen zijn in de eerste fase na aankomst vaak volledig opgeslorpt door het proces van acculturatie of integratie zodat er weinig tijd en ruimte overblijft om bij psychische problemen stil te staan. Het is ook niet eenvoudig om psychische zaken zomaar bespreekbaar te stellen. Er zal veel tijd nodig zijn en vooral een goede vertrouwensband met de begeleider om dergelijke vragen te beantwoorden.

Eventuele zwaardere problemen in kaart brengen, helpt eveneens om gericht te verwijzen naar de meer gespecialiseerde zorg. Een doorverwijzing houdt niet in dat de begeleiding van de gezinswetenschapper hierbij stopt. De (traject)begeleiding door de gezinswetenschapper gaat verder terwijl de behandeling door meer gespecialiseerde hulpverleners wordt opgenomen. De begeleider zal contact houden en overleg blijven plegen met de vluchteling en hem verder ondersteunen in praktische zaken. Begeleiding en behandeling gebeuren best in een multidisciplinair team zodat er te allen tijde contact is met elkaar en ruimte voor overleg en afstemming op elkaar (Bloemen & Vloeberghs, 2012).

2.7 Waaruit bestaat psychosociale ondersteuning?

Psychosociale ondersteuning is het geheel van interventies dat gericht is op het **voorkomen van psychosociale problemen** en het **bevorderen van het welzijn**. De begeleider is een coach, hij werkt zowel aanbod- als vraaggestuurd en vertrekt vanuit de individuele kracht en competenties van zijn cliënt (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

2.7.1 Voorkomen van psychosociale problemen (of preventief werken) kan op vele manieren :

- *Een veilig klimaat scheppen*

Een sfeer en kader scheppen waarin de vluchteling zich veilig en gesteund voelt. Er is bijvoorbeeld voldoende privacy, mogelijkheid tot contact met de begeleider, opvangmogelijkheid voor de kinderen (G. Beutels, persoonlijke mededeling, 30 januari 2015).

- *Info geven*

Informatie geven over praktische zaken zoals het verblijf en de asielprocedure, het openbaar vervoer, onderwijs en de werking van instellingen. Informatie ook over de waarden, normen, gewoontes en gebruiken normen van het gastland (G. Beutels, persoonlijke mededeling, 30 januari 2015).

- *Dagbesteding*

Structuur en een zinvolle dagbesteding in een opvangcentrum voorzien. Mensen laten deelnemen aan activiteiten die aansluiten bij hun interesses of toekomstgericht zijn (G. Beutels, persoonlijke mededeling, 30 januari 2015).

- *Zelfstandige activiteiten*

De nodige middelen ter beschikking stellen in een opvangcentrum: computers, internet, bibliotheek,... (G. Beutels, persoonlijke mededeling, 30 januari 2015).

- *Sociale activiteiten*

Begeleiding van sociale en socio-therapeutische activiteiten. Deze activiteiten helpen zowel bij het stabiliseren van de psychische gezondheid als bij het faciliteren van het integratieproces. Dit kan door workshops te organiseren rond sport, koken, een woning zoeken (G. Beutels, persoonlijke mededeling, 30 januari 2015).

- *Folders in scholen en welzijnsinstellingen*

Vluchtenlingenwerk Nederland verspreidt folders scholen en welzijnsinstellingen waarbij aandacht wordt gevraagd voor de mogelijke problematiek bij de vluchtelingenkinderen. In deze folders stelt Vluchtenlingenwerk hun diensten en expertise ter beschikking (<http://www.pharos.nl>).

- *Opbouw sociaal netwerk en participatie in de cultuur van het gastland*

Het is belangrijk dat vluchtelingen niet in een sociaal isolement komen; elke mens heeft een netwerk nodig voor zowel praktische als emotionele steun. Vluchtelingengezinnen daarin begeleiden kan door kaders en een structuur aan te bieden en hen te leren participeren in de nieuwe samenleving. (<http://www.pharos.nl>).

- *Werken aan maatschappelijke weerbaarheid en belangenverdediging*

Een negatieve beeldvorming of uitsluitingsmechanismen ten aanzien van vluchtelingen zijn van grote invloed op de vluchtelingengezinnen. Een begeleider kan samen met het gezin werken aan maatschappelijke weerbaarheid (de Vries, 2010).

2.7.2 Interventies gericht op het bevorderen van het welzijn

- *Herkenning (van symptomen)*

Een coach of begeleider is bijvoorbeeld in staat een gedragsverandering vast te stellen bij zijn cliënt (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

- *Erkenning geven*

Heel belangrijk voor de vluchtelingen is de behoefte aan erkenning. Erkenning voor hun verhaal, hun situatie en context. Een verhaal bestaat enkel als het gehoord wordt.

Belangrijker dan hulp verlenen is het praten met mensen en het erkennen van hun problemen. Wanneer er enkel aandacht is voor symptomen gaat de vluchteling twifelen aan zijn geestelijke gezondheid (de Vries 2000). Een goed middel hiertoe is de vluchtverhaalanalyse. Het is een methodiek die herinneringen helpt ordenen en structureren. De methodiek werkt tevens ondersteunend bij het verwerken van traumatische gebeurtenissen en bij het omgaan met de huidige stresserende situatie. De vluchtverhaalanalyse zou tevens een goede voorbereiding zijn op het asielinterview (<http://www.fedasil.be>).

- *Activering door zelfzorg*

Zorgen voor voldoende structuur, ontspanning, beweging, gezonde voeding. Ook praten, schrijven, tekenen, kunnen helend zijn (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

- *Stressmanagement*

Vluchtelingen hebben vele stressklachten, een hulpverlener kan hen begeleiden door stressmanagement (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

In het opvangcentra van het Rode Kruis te Wingene wordt een cursus zelfzorg en stressmanagement aangeboden, gericht op het verbeteren van de vaardigheden in het omgaan met spanning (G. Beutels, persoonlijke mededeling, 30 januari 2015).

- *Opvoedingsondersteuning*

Ouders informatie geven over opvoeding en onderwijs en hen handvatten aanreiken zodat ze hun pedagogische rol goed kunnen invullen (Bloemen & Vloeberghs, 2012).

Een voorbeeld hiervan zijn de inloopteams van Kind en Preventie (<http://www.kindenpreventie>).

- *Kinderopvang organiseren*

Zodat voor de ouders of alleenstaande moeders ook ruimte is voor zelfzorg (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

- *Taal- en integratiecursus*

Aanbieden van voldoende mogelijkheden tot het leren van de taal van de leefomgeving en tot deelname aan het lokale sociale netwerk (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune & Verrept, 2011).

- *Zorg en aandacht voor kinderen*

Veiligheid als basis voor de ontwikkeling. Een veilige omgeving scheppen voor kinderen kan door hen een goede verzorging te geven op gebied van voeding, huisvesting en medische zorg. Door hen regelmaat en structuur aan te bieden en de kans op ontplooiing via spel en onderwijs. In een crèche of een school kan men het kind veiligheid geven door zowel structuur als regelmaat en de mogelijkheid te bieden voor spel en interactie met andere kinderen (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

- *Het spel*

De natuurlijke weg voor een kind om traumatische ervaringen te verwerken is het spel. Dus voldoende mogelijkheden en faciliteiten scheppen om het kind te laten spelen (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

- *Preventieprogramma's voor kinderen en jongeren*

Uitgangspunt van Stichting Pharos is dat er binnen de school een beschermende omgeving moet gecreëerd worden waardoor ingrijpende ervaringen beter verwerkt kunnen worden. De organisatie heeft daarom ook in de school een aantal preventieprogramma's voor vluchtelingenjongeren voorzien. Leerkrachten krijgen een speciale scholing, er zijn ondersteunende activiteiten voor ouders die onder meer gericht zijn op het stimuleren van netwerken (<http://pharos.nl>).

- *Steun bieden bij symptomen en emoties*

Er kunnen gedragsproblemen ontstaan uit cumulatieve stress of geestelijke gezondheidsproblemen. Indien er psychosociale problemen zijn, zal de begeleider in de eerste plaats kijken wat de hulp- en krachtbronnen zijn en waar ondersteuning nodig is. In persoonlijke gesprekken met de mensen is het het beste de actuele problemen te ordenen, de hoop te stimuleren en de motivatie te vergroten (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002).

- *Psycho-educatie*

Psycho-educatie is het verstrekken van informatie over psychosociale problemen. Het verband tussen klacht en oorzaak wordt duidelijk gemaakt en er worden handvaten aangeboden om zelf actief met klachten om te gaan. Er bestaat ook preventieve psycho-educatie. Mind-spring is hier een voorbeeld van. Dit is een **preventief psycho-educatieprogramma** voor en door vluchtelingen waarin opgeleide vluchtelingen psycho-educatie en opvoedingsondersteuning geven aan vluchtelingen (A. Mogadam, persoonlijke mededeling, 30 januari 2015).

3 DERDE INVALSHOEK: INDIVIDUELE- EN GEZINSBEHANDELINGEN IN DE TWEEDE EN DERDELIJNSZORG

"Er is geen groter verdriet in de wereld dan het verlies van zijn geboortegrond"
(Euripides, vert.2005).

3.1 Het leven van vluchtelingen kan onderverdeeld worden in verschillende fasen:

3.1.1 *Vóór en tijdens de vlucht*

Fase 1 - Georganiseerd geweld in het land van herkomst

Oorlog, conflicten en georganiseerd geweld ontwrichten het veilige en grotendeels voorspelbare leven en drijven gezinnen uit elkaar. Mensen worden gevangen genomen of gedood. Het huis is geen veilige plek meer, elk moment kunnen er rebellen binnenvallen en mensen afslachten. Mensen maken soms onvoorstelbaar schokkende gebeurtenissen mee (de Vries, 2000).

Fase 2 - De vlucht

Vluchtelingen worden uit hun huis verdreven door oorlog en (etnische) conflicten in hun land. Om bescherming te vinden, vluchten ze naar een andere regio of een ander land (<http://vluchtelingenwerk.be>). Vluchten gebeurt soms voorbereid, maar vaak ook onvoorbereid en het is des te pijnlijker wanneer gezinsleden zelfs geen tijd meer hebben om afscheid te nemen. Andere familieleden blijven in bedreigende omstandigheden achter. Onverwachte migratie is dan ook extreem stresserend en traumatisch. Gezinsleden hebben door de vlucht geen contact meer met elkaar. Ze weten niet wat er met de andere gezinsleden gebeurt, wat hen overkomen is. Ze hebben vaak geen idee of en waar en wanneer ze mekaar zullen terugzien (van Essen & Bala, 2007).

Tijdens de vlucht hebben vluchtelingen geen enkele controle over hun eigen leven. Ze zijn afhankelijk van mensensmokkelaars of van hulporganisaties (de Vries, 2000).

Door te vluchten probeert men aan het gevaar te ontsnappen maar men ontsnapt niet aan de angst voor de onzekere toekomst. De vlucht op zich kan levensgevaarlijk zijn en soms raken er gezinsleden zoek. De vlucht gaat meestal niet rechtstreeks naar een veilige plaats. Veel vluchtelingen komen vaak eerst een aantal jaren in vluchtelingenkampen in naburige landen terecht. Vluchtelingenkampen zijn geen veilige plekken en al zeker niet voor vrouwen. Verkrachtingen en seksueel geweld komen er vaak voor (Lely & van den Heuvel-Wellens, 2002). Vluchten betekent een totale breuk in het bestaan van een mens (de Vries, 2000).

3.1.2 *Na de vlucht*

Fase 3 - Aankomst in het gastland en verblijf in opvangcentra

- Verblijf in een opvangcentrum

Na de vlucht en vele omzwervingen komen vluchtelingen in het gastland aan. Een verblijf in een opvangcentrum betekent voor velen onder hen in de eerste plaats rust

en veiligheid. Er is medische, juridische en psychosociale bijstand. Dit zijn beschermende factoren. Daarnaast zijn er ook een aantal bedreigende factoren. In een opvangcentrum leven mensen van verschillende nationaliteiten samen. Er zijn vele regels die moeten gevolgd worden en er is weinig ruimte en privacy. Gezinnen leven er samen in een kleine kamer. Ouders voelen zich tekortschieten ten opzichte van hun kinderen en vragen zich af of ze hen wel degelijk kunnen opvoeden in deze omstandigheden. Er is weinig zinvolle dagbesteding, asielzoekers mogen niet werken, waardoor ze zich al gauw gaan vervelen en zich nutteloos voelen. Dit is als het ware een uitgesteld leven en als men niets om handen heeft, gaat men nog meer denken en piekeren (de Vries, 2000).

- De asielprocedure

Vluchtelingen leven maanden- of soms jarenlang in onzekerheid. Ze willen een nieuw leven opbouwen, maar zijn daarvoor afhankelijk van voorzieningen en mensen. Ze moeten het verloop van de asielprocedure afwachten en vertrouwen op hun advocaat. Ondertussen leven ze in verblijfsonzekerheid. Er is angst en spanning bij de ouders voor uitwijzing en terugkeer naar de schokkende gebeurtenissen. Kinderen zijn hier gevoelig voor en begrijpen dat het gebeurde zich mogelijks weer kan herhalen. De langdurige onzekerheid over of men al dan niet mag blijven, heeft invloed op het leven van een gezin, kan de ontwikkeling van een gezin doen stagneren en het beeld van de kinderen over hun toekomst beïnvloeden. Dit brengt soms een hertraumatisering met zich mee (de Vries, 2000).

- Het asielinterview

Het asielinterview is een onderdeel van de asielprocedure. De asielzoeker wordt tijdens dit interview bestookt met vele en indringende vragen. Hij moet alle gebeurtenissen zo gedetailleerd en gestructureerd mogelijk beschrijven. Hij moet alle herinneringen aan de schokkende ervaringen weer ophalen en dus ook opnieuw beleven. Het asielinterview is dan ook bijzonder moeilijk voor de asielzoeker (<http://www.vluchtelingenwerk.be>).

Fase 4 – Het acculturatieproces

Het is de fase waarin het vluchtelingengezin een verblijfsvergunning gekregen heeft en weer een zelfstandig leven kan leiden. Het gezin kan een eigen woning en werk zoeken en een nieuwe toekomst uitbouwen. In deze fase probeert het een plaats te zoeken in de nieuwe gemeenschap en een netwerk uit te bouwen. Het zoeken naar een plek in een nieuwe samenleving is echter helemaal niet evident. Vaak heeft het gezin hulp nodig bij het opbouwen van een nieuw netwerk. De attitude van de samenleving ten opzichte van vluchtelingen is belangrijk. Als de vluchteling het gevoel heeft geaccepteerd te worden en erkenning te krijgen, zal hij sneller hoop en zin in de toekomst krijgen (de Vries, 2000).

3.2 Vroege en late gevolgen van deze ervaringen op het functioneren van de mens

Traumatische ervaringen en stress tijdens de eerste en tweede fase hebben een grote weerslag op het psychosociaal welzijn van de mens. Ook na de vlucht zijn de onzekerheid over de asielpprocedure en de toekomst, en de passiviteit psychologisch zeer belastend. De vluchteling moet zich daarbij nog aanpassen aan een nieuw land, een nieuwe taal en een andere cultuur. Hij moet een nieuw leven opbouwen in een ander land waar andere waarden en normen heersen (de Vries, 2000).

Vluchtelingen kennen eigen problemen in de derde en vierde fase. In de derde fase gaat het vooral om de problemen, onzekerheden en spanningen verbonden aan de huidige levensomstandigheden. De levenscondities worden gekenmerkt door aanhoudende onzekerheid. Zo kan elke dag kan een onverwachte wending nemen, ontbreekt elk zicht op de toekomst of op het verloop van de asielpprocedure. Men maakt zich zorgen om familieleden hier en/of in het land van herkomst. De aanhoudende stress en zorgen waaronder elk individu, groot of klein, gebukt gaat, maakt dat gezins- en familieleden ook onderling elkaar veel minder tot steun kunnen zijn en zich minder toegankelijk, onbereikbaar of zelfs afwezig opstellen (van Essen & Bala, 2007).

Het meemaken van ernstig schokkende gebeurtenissen kan vroege maar ook late gevolgen hebben. De impact van verandering en nieuwe schokkende gebeurtenissen kan immens zijn. Er kunnen meer posttraumatische klachten zijn na ervaring van bijvoorbeeld discriminatie en racisme ([http\www.centrum45.nl](http://www.centrum45.nl)).

Vluchtelingen gaan de vierde fase in wanneer ze zich reeds geruimere tijd in het nieuwe thuisland bevinden, de onzekerheid rond de verblijfsstatus is opgeheven, zij zich redelijk kunnen uitdrukken in de 'vreemde' taal en kunnen terugvallen op een sociaal vangnet. Dit neemt niet weg dat men, soms zelfs na verloop van tientallen jaren, nog ten prooi kan vallen aan de traumatische ervaringen waarmee men ooit te maken kreeg. Het valt niet uit te sluiten dat vluchtelingen, om velerlei redenen, langdurige klachten ontwikkelen die terug te voeren zijn op PTSS (post-traumatisch stress-syndroom of herhaalde herbeleving van traumatische gebeurtenissen). Ook andere problemen kunnen daarbij de kop opsteken, zoals bijvoorbeeld lichamelijke en psychische klachten, depressieve symptomen, persoonlijkheidsstoornissen, complicaties binnen de partnerrelatie of het gezin.

Traumatisering is heel ingrijpend en werkt veelal in op zowat alles waarmee gezinnen te maken hebben. In sommige gezinnen vermijdt men het benoemen van problemen om elkaar te sparen. In andere, daarentegen, confronteert men elkaar steeds opnieuw en worden trauma's herbeleefd. Zeker bij kinderen kan dit leiden tot hertraumatisering of secundaire traumatisering. Gezinsleden raken door hun eigen toedoen en de onderlinge interactie als het ware verstrikt in een kluwen gekenmerkt door het afwisselend in stand houden van herbeleving en vermijding (van Essen & Bala, 2007).

3.2.1 Cumulatieve stress en ontwikkelingsrisico's

Cumulatieve stress bij kinderen kan leiden tot ontwikkelingsrisico's. De plotse verandering van omgeving, de vlucht, het uiteenvallen van de familie of het fysiek of

emotioneel niet meer beschikbaar zijn van een van de ouders vormen bedreigingen voor kinderen. Of kinderen al dan niet problemen ondervinden, is afhankelijk van zowel individuele, ouderlijke, gezins-, als omgevingsfactoren. Factoren als het temperament en sociale vaardigheden, ouderlijke competenties, gezinscohesie en maatschappelijke erkenning zijn allemaal van invloed op het welzijn van het kind.

Op jonge leeftijd hebben kinderen uiteraard extra behoefte aan ouderlijke bescherming. Op latere leeftijd komt vaak een breed gamma aan psychopathologie naar voren, dat toe te schrijven is aan de op jonge leeftijd opgelopen trauma's. Ontwikkelings- en persoonlijkheidsproblematiek en een hoge graad van stressgevoeligheid komen dan aan de oppervlakte.

De wijze waarop men tegen ervaringen aankijkt en van de hulpkanalen die voorhanden zijn gebruik maakt, hangt nauw samen met het leeftijds- en ontwikkelingsstadium waarin de betrokkenen zich bevinden.

- Bij de ontwikkelingsfase van peuters en kleuters hoort de geleidelijke individualisering. Het is de periode van differentiëren, uitdrukken en beheersen van emoties, het begin van socialisatie. Een stimulerende omgeving is dan ook een belangrijke voorwaarde voor een ongestoorde ontwikkeling. Waar deze omgeving ontbreekt, kunnen ontplooiing en groei afnemen of zelfs geheel tot stilstand komen. De nieuws-/leergierigheid van het kleine kind stagneert wanneer het ophoudt de wereld te verkennen of, erger nog, de wereld de rug toekeert. Ook het isolement waarin alleenstaande moeders zich, omwille van bijvoorbeeld cultuurverschillen of depressie soms bevinden, kan er toe leiden dat het kind op termijn niet of onvoldoende gestimuleerd wordt.
- Kinderen op schoolleeftijd leren snel en ontwikkelen hun sociale vaardigheden. Indien de ouderlijke aanwezigheid of competentie geheel of gedeeltelijk ontbreekt, laat deze leeftijd in principe toe dat dit gemis gecompenseerd wordt door externe hulp en ondersteuning. Desalniettemin zullen cognitieve problemen zoals leer- en concentratiestoornissen makkelijker optreden wanneer de ervaring van ouderlijke afwezigheid en cumulatieve stress de bovenhand halen. In situaties als deze komen emotionele storingen of uitval, moeizame sociale relaties en andere factoren die een belemmering vormen voor de vorming van de persoonlijkheid sterk tot uiting. Indien een onafgebroken belasting het draagvermogen van het kind overstijgt, kunnen houding en gedrag ingrijpende veranderingen ondergaan.
- Adolescenten kennen een ontwikkelingsfase waarbij ze meer zelfstandig vorm en richting geven aan het eigen leven. Sommige algemene ontwikkelingstaken voor adolescenten zijn al gecompliceerd: de integratie van de agressieve en seksuele impulsen, een nieuwe vorm geven aan de relaties met de ouders en het opnemen van een toekomstperspectief. De extra ontwikkelingstaken die op de schouders van gevluchte adolescenten rusten zijn niet min. Zo worden zij geacht zich een weg te banen doorheen een samenleving waarin de eigen normen- en waardenkaders een evenwaardige plaats kunnen innemen naast deze aanwezig in de nieuwe leefruimte. De uitdaging bestaat er in de posttraumatische ervaringen 'een plaats te geven', naar buiten te treden en

tegelijk binnen de eigen familie een aangepaste samenlevingsvorm te vinden die nieuwe, hoopvolle perspectieven biedt (van Essen & Bala, 2007).

3.2.2 Cumulatieve stress en de gezinsdynamiek

De verschillende stressreacties zijn van invloed op de gezinsdynamiek. Veel zal afhangen van hoe de gezinsleden met deze reacties omgaan. Het zal een groot verschil maken of de gezinsleden de gevolgen van traumatische ervaringen samen proberen op te vangen of dat ieder voor zich dit probeert te doen. Hoe beter de gezinsleden elkaars veranderde gedrag begrijpen, hoe meer kans dat ze zich aan de vele veranderingen kunnen aanpassen. Meer gedeelde ervaringen binnen het gezin verhogen de waarschijnlijkheid dat men elkaars veranderd gedrag leert begrijpen en zodoende binnen het gezin meer stabiliteit verwerft. Het is ook belangrijk dat kinderen hun ervaringen kunnen delen met andere gezinsleden. In de realiteit zijn er echter een aantal factoren, zoals bijvoorbeeld gezinsgeheimen en verschillen in overtuiging, die vooral remmend werken op dit proces. Er kunnen verschillende redenen zijn om de partner of de kinderen niets te vertellen over het gebeurde zoals een schuld- of schaamtegevoel, of de behoefte om verder te gaan en het gebeurde achter zich te laten. Hoewel niet meer over het verleden gesproken wordt, kan dit het leven van de gezinsleden toch beïnvloeden en de interacties tussen de gezinsleden belemmeren. Als er niet of te fragmentarisch gesproken wordt over het gebeurde, gaat het kind zelf verhalen aanvullen of erover fantaseren. Er te veel over praten kan echter ook traumatisch zijn voor een kind.

Zwijgen over schokkende gebeurtenissen is één van de belangrijkste factoren bij de overdracht van traumatische ervaringen, maar ook factoren als depressie, emotionele verdooving en gebrek aan vertrouwen kunnen invloed hebben op de stabiliteit binnen het gezin en de ontwikkeling van kinderen.

Een open communicatie tussen de gezinsleden bevordert het delen van overtuigingen en betekenissen, en komt het proces van betekenisgeving ten goede. Het gezin gaat op zoek naar betekenissen om de gebeurtenissen uit het recente verleden te kunnen duiden. Het proces van betekenisgeving is nodig om orde te scheppen in de wanorde en om het gevoel van greep op het leven te herstellen. Het werken aan een samenhangend verhaal is een proces van coping en een manier om te 'genezen' van de traumatisering. De betekenissen die ouders aan de gebeurtenissen verlenen en de wijze waarop ze hun kinderen daarin betrekken zijn bepalend voor het aanpassingsvermogen van de gezinsleden en de ontwikkeling van de kinderen (van Essen & Bala, 2007).

3.2.3 Veranderingen in relaties

- Gezinsrelaties

Scheiding door gedwongen migratie, het achterblijven van gezinsleden en de vele verliezen en onzekerheden beïnvloeden en veranderen de gezinsrelaties.

In sommige gezinnen kunnen de gezinsleden naar elkaar toe groeien, terwijl ze in andere gezinnen verder van elkaar verwijderd raken omdat de ervaringen niet gedeeld kunnen worden, het vertrouwen zoek is of men emotioneel verdoofd is.

- Echtpaarrelatie

Een echtpaar dat langere tijd van elkaar gescheiden heeft moeten leven, heeft een verschillende ontwikkeling doorgemaakt en heeft los van elkaar schokkende gebeurtenissen beleefd. Het overlijden of zoek raken van een kind is extreem ingrijpend.

De context waarbinnen de partners voorheen functioneerden is totaal veranderd. De ouder wiens partner achtergebleven is, staat alleen in voor de opvoeding en wordt noodgedwongen gezinshoofd. Veel vluchtelinggezinnen komen uit een land waar grootfamilies een belangrijke functie vervullen. Zowel ouders als kinderen missen de hulp van deze grootfamilies en hun sociale en emotionele ondersteuning.

Het meemaken van al deze gebeurtenissen heeft tot gevolg dat ook de echtpaarrelatie ingrijpend verandert, aangezien dit de emotionele ondersteuning en communicatie bemoeilijkt.

- Ouder-kind relatie

Gevolgen van schokkende gebeurtenissen en wijzigingen in het gezinssysteem beïnvloeden de ontwikkeling van kinderen. Cumulatieve stress kan een vermindering van ouderlijke capaciteiten tot gevolg hebben. Een moeder kan door de vele traumatische ervaringen én in combinatie met het verlies van een van haar kinderen mogelijk geen affectieve ondersteuning meer geven aan de overige kinderen; een vader focust zich volledig op het verkrijgen van de verblijfsvergunning, waardoor hij tijdelijk niet in staat is zijn kinderen te begrenzen of controleren. Het ontbreken van emotionele steun of discipline kan ontwikkelingsproblemen bij kinderen tot gevolg hebben. Het kan leiden tot sociaal-emotionele problemen. Onveilige hechting van een kind zou voornamelijk voorkomen bij extern gevaar, onvoldoende emotionele en lichamelijke zorg, depressief en vermijdend gedrag van de moeder.

Onderzoeken over verlies en trauma wijzen op een verband tussen traumatische ervaringen of onverwerkte rouw bij moeders en gedesorganiseerde hechtingspatronen.

Net als de partnerrelatie vindt het ouderschap plaats in een volledig gewijzigde context. Onverwerkte traumatische ervaringen, rouw over de vele verliezen en langdurige stress zijn van grote invloed op de opvoedingsvaardigheden van de ouders en de ouder-kind relatie. Ouders kunnen door overmatig piekeren of stress snel geïrriteerd raken of onverwacht heftig reageren. Ze kunnen ten gevolge van herbelevingen een verminderde responsiviteit vertonen en daarmee de emotionele behoeftes van hun kind uit het oog verliezen.

Vaak kampen ouders met schuldgevoelens ten aanzien van hun kinderen omdat ze hen niet voldoende ondersteuning kunnen geven en het gevoel hebben te falen als opvoeder. Ze proberen dit soms weer goed te maken door hen overmatig te verwennen en te weinig grenzen te stellen. Dit kan op zich weer leiden tot onveiligheid voor het kind door een tekort aan structuur. Uit angst dat de kinderen weer

beschadigd zouden kunnen raken worden ze soms overbeschermd. Er wordt niet meer over het verleden gepraat, wat kan leiden tot gezinsgeheimen en bijkomende angsten.

- Herverdeling van rollen

De rollen en taken binnen een gezin worden opnieuw verdeeld wanneer de gezinssamenstelling verandert. De gezinsverhoudingen worden geherdefinieerd en de hiërarchie gewijzigd. Iemand anders neemt de plaats in van het afwezige gezinslid. Een moeder neemt alle beslissingen daar waar ze dit vroeger aan haar man overliet. De alleenstaande ouder vervult zowel moeder- als vadersrollen (van Essen & Bala, 2007).

3.2.4 Disfunctionele gezinsprocessen

- Parentificatie

Een kind neemt de rol of de verantwoordelijkheid over van een van de ouders en doet taken die niet passend zijn voor zijn leeftijd. Dit gebeurt vaak bij afwezige of disfunctionerende ouders of bij het wegvallen van de grootfamilie. Een kind kan zich ook sneller aanpassen aan de waarden en normen van de nieuwe maatschappij: het leert sneller de taal waardoor het makkelijker met de buitenwereld contact kan hebben maar ook makkelijker geparentificeerd raakt.

- Intergenerationele overdracht

De manier waarop de ouders omgaan met de traumatische ervaringen heeft invloed op de ouder-kind relatie en op de ontwikkeling van het kind. Bepaalde informatie of het steeds weer herhalen van traumatische ervaringen kan voor een kind erg belastend zijn.

Kinderen die samen met hun ouders in het gastland aangekomen zijn en zelf schokkende ervaringen hebben meegemaakt zijn de eerste generatie getroffen van de veranderde capaciteit van het ouderschap. De tweede generatie getroffen zijn kinderen die geboren zijn na aankomst in het gastland en ook de gevolgen ondervinden van de vroegere traumatisering van de ouders (van Essen & Bala, 2007).

3.2.5 Reacties op traumatische ervaringen en stress

De ervaringen zijn voor ieder verschillend en ook de manier van omgaan ermee is verschillend. Terwijl het voor sommigen mogelijk is de schokkende ervaringen een plaats te geven, blijkt dit voor anderen uitermate moeilijk. Voor sommigen zijn deze ervaringen bespreekbaar, voor anderen helemaal niet. Een accumulatie van problemen en stressoren kan als gevolg hebben dat mensen tijdelijk hulp nodig hebben. Er zijn ook mensen die op termijn gaan disfunctioneren waardoor ze langdurige ondersteuning nodig hebben (van Essen & Bala, 2007).

Iedereen reageert anders op traumatische gebeurtenissen. Sommigen uiten hun emoties op een extreme manier, anderen zullen zich in zichzelf terugtrekken. Kinderen begrijpen vaak de reacties van hun ouders niet of, omgekeerd, worden de zorgen en het verdriet van kinderen vaak niet herkend door de ouders. Dit is vooral het geval bij

veerkrachtige kinderen of kinderen die een aantal oudertaken overnemen (<http://www.centrum45.nl>).

3.3 Verminderde vaardigheden vragen om ondersteuning en/of behandeling

Het spreekt voor zich dat de vaardigheden waaraan het de betrokkenen ontbreekt, in een dergelijk stadium in de eerste plaats dienen gecompenseerd te worden door externe ondersteuning en behandeling, waarin ruimte wordt geboden voor het verwerven van inzicht, het aanleren of herwinnen van aanwezige competenties, zingeving en het constructief ombuigen van opgelopen trauma's (van Essen & Bala, 2007).

Hoe ondersteunen?

In fase 3 en 4 moeten de vluchtelingen op adem kunnen komen en hebben zij vóór alles behoefte aan een kader dat rust, sereniteit, veiligheid en geborgenheid, ordening en regelmaat biedt, en waarin zij de tijd krijgen op een positieve manier te leren omgaan met de impact van aanhoudende stress en veranderingen binnen het gezin.

De hulpverlening kan hierop inspelen door zich concreet te richten op het reduceren van acute stress: via het bevorderen van, vaak reeds aanwezige, copingvaardigheden en het ordenen van problemen kan opnieuw structuur geboden worden en kunnen, soms schijnbaar uitzichtloze, situaties weer als hanteerbaar ervaren worden. Dit brengt een positieve beweging op gang, die nieuwe perspectieven kan bieden (van Essen & Bala, 2007).

3.4 Een integratieve behandeling (van Essen & Bala, 2007).

De systeembenadering wordt meer en meer ingezet in het werken met vluchtelingengezinnen. In deze benadering tracht men de interacties tussen de gezinsleden in kaart te brengen en deze aan elkaar te relateren. De problematiek van een vluchtelingengezin vereist zowel individuele als gezinsbehandelingen. De verschillende behandelingen moeten goed gecoördineerd worden.

3.4.1 Pijlers van een integratief behandelingsaanbod

- Aandacht voor de verwevenheid van kwetsbaarheid door traumatisering en de actuele stress.
- Aandacht voor de gevolgen van cumulatieve stress. Cumulatieve stress heeft gevolgen op het functioneren van mensen. De invloed van stress is verschillend al naar gelang de ontwikkelingsfase van het kind of het gezin. De manier waarop een gezin met cumulatieve stress omgaat en zich errond organiseert laat zien of de aanpassing functioneel of disfunctioneel is. Het doel van de interventies is een functionele aanpassing te bevorderen (van Essen & Bala, 2007).

3.4.2 De opbouw van de behandelingen

Bij de aanvang van het behandelingsproces komt het erop aan bij het vluchtelingengezin vertrouwen te winnen door een context te creëren waarbinnen elkeen van de gezinsleden zich geaccepteerd en gewaardeerd kan voelen. Een vertrouwenwekkende context houdt ook in dat uitleg wordt gegeven over de instelling, de manier van werken en de plicht tot geheimhouding.

Zo kan een gesprek op gang komen waarbij de problemen concreet benoemd kunnen worden, en oplossingen kunnen geformuleerd worden. Eens gezinsleden voor zichzelf duidelijkheid hebben verworven over de wijze waarop men problemen ervaart en ermee omspringt, is het belangrijk een veilige omgeving te creëren waarin men de eigen kijk op deze problemen – en, in een latere fase, ook de omgang daarmee – in alle openheid met elkaar kan delen. De ruimte die bij het eerste contact geboden wordt en de sfeer waarin dit verloopt, zijn allesbepalend: wanneer familieleden zich doorheen dit proces niet enkel gedragen, maar ook begrepen en gevalideerd voelen, is de 'missie' geslaagd en wordt de behandelaar als een ondersteunende partner ervaren. Ook al kan een overaanbod aan problemen de aandacht van de aanwezige constructieve krachten binnen een gezin makkelijk afleiden, het blijft een cruciaal gegeven voldoende stil te staan bij de veer- en wilskracht als motor van verandering. Een goede sociale omkadering zal aanzetten tot inzet en het gevoel van zelfredzaamheid en eigenwaarde verhogen.

Kennis van de ruimere context is essentieel om de draagkracht en -last van een gezin te kunnen verkennen (van Essen & Bala, 2007).

3.4.3 De behandeldoelen

De hulpverlener zal steeds kijken wat het gezin als het meest problematisch en prioritair ervaart. De behandeldoelen worden samen met het gezin opgemaakt en zo concreet mogelijk omschreven. Ze zijn realistisch en bedoeld om het gezin hoop en perspectief te geven. Alvorens over traumatische ervaringen te spreken, moet het gezin eerst weer over voldoende veerkracht en copingstrategieën beschikken (van Essen & Bala, 2007).

3.4.4 Faseren van de behandeling

Een hulpmiddel om niet overspoeld te geraken door de complexe problematiek waarmee vluchtelingengezinnen te maken hebben, is de behandeling in de delen in fases. De fasering is niet bedoeld als chronologische leidraad, maar biedt voor hulpverlener en gezin een handvat om de problemen te ordenen en prioriteiten in de behandeling te stellen (van Essen & Bala, 2007).

3.4.4.1 De beginfase of de fase van stabilisatie

Stabilisatie heeft hier vooral te maken met het terugvinden van een psychisch evenwicht door het leren omgaan met stress en gezinsveranderingen. Rust, veiligheid, structuur en controle zijn hier belangrijke trefwoorden.

In de fase van stabilisatie zal de hulpverlener vooral focussen op het zoeken naar rust en een zekere mate van veiligheid en evenwicht, een vermindering van de symptomen en acute stress, en het herstel van structuur. De hulpverlener heeft oog voor de veerkracht en de sterktes binnen het gezin en helpt deze te bevorderen. Hij leert beter gebruik te maken van zowel externe als interne hulpbronnen. Hij probeert de copingstrategieën uit te breiden.

3.4.4.2 De fases van traumabehandeling – integratie en (re)socialisatie

Traumabehandeling betekent niet alleen het leren omgaan met de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen, maar evenzeer met de nieuwe leefomgeving en een onzekere toekomst.

Integratie betekent in dit model het leren integreren van de vroegere ervaringen, in een poging er betekenis en zin aan te geven. De gevolgen van deze ervaringen kunnen immers het functioneren van het gezin in de weg staan. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er te veel gezinsgeheimen zijn, bij overdracht van schrik en twijfel op de kinderen of bij parentificatie. De hulpverlener zal helpen om de traumatische gebeurtenissen bespreekbaar te maken en er te leren mee omgaan. Daarnaast zal hij aandacht besteden aan de verwerking van de vele verliezen en het rouwproces.

Socialisatie is hier zowel een psychologisch als sociaal proces. Het gaat enerzijds over de gevolgen van traumatische ervaringen en anderzijds over identiteitsproblemen, het verwerven van een plaats in de nieuwe maatschappij, vragen over opvoeding van kinderen in twee culturen, cultuurverschillen en discriminatie. De interventies zijn hier gericht op sociale hulpbronnen en het innemen van een positie in de ruimere sociale omgeving. De hulpverlener exploreert welke initiatieven het gezin genomen heeft, sluit er bij aan en breidt ze verder uit. Hij helpt het gezin bij het streven naar meer onafhankelijkheid en zelfrespect zodat er weer hoop en perspectief gecreëerd wordt (van Essen & Bala, 2007).

3.4.5 Onderlinge verwevenheid van de verschillende fases

De genoemde fases zijn verschillende onderdelen van de behandeling maar kunnen niet los van elkaar gezien worden. Toch is de fase van stabilisatie prioritair, want het gezin moet eerst weer een zekere mate van evenwicht gevonden hebben alvorens over de pijnlijke ervaringen te kunnen spreken.

Doorheen al deze fases zal de hulpverlener steeds aandacht hebben voor centrale thema's, zoals bijvoorbeeld het herstellen van het gevoel van veiligheid en het bekomen van veranderingen in de gezinsdynamiek (van Essen & Bala, 2007).

3.4.6 Technieken

Een belangrijke techniek is het tekenen van genogrammen, omdat die veel informatie kunnen geven en de vroegere veerkracht en hulpbronnen van het gezin kunnen weergeven.

Het werken met metaforen, verhalen en beelden zou eveneens als positief ervaren worden. Natuurlijk moet hierbij rekening worden gehouden met mogelijke verschillen in interpretatie als gevolg van de culturele achtergrond (van Essen & Bala, 2007).

3.4.7 Aandacht voor de gezinsprocessen

Aandacht voor de gezinsprocessen die optreden bij wijze van aanpassing aan cumulatieve stress is van groot belang in de gezinsbehandeling. De focus kan liggen op een aantal processen zoals de veranderingen binnen het gezin en parentificatie, en de gevolgen hiervan voor het functioneren van het gezin (van Essen & Bala, 2007).

3.4.8 Een voorbeeld van een behandelingsmodel gericht op de gezinsdynamiek bij getraumatiseerde vluchtelinggezinnen (<http://www.centrum45.nl>).

In dit model probeert men een goed beeld te krijgen van een aantal factoren om aldus inzicht te krijgen in het functioneren van het gezin en aanknopingspunten te vinden voor een behandeling op maat. Bedoeling is dat de hulpverlener de posttraumatische dynamiek binnen een gezin bespreekbaar probeert te maken.

Factor 1 : betekenisverlening

Traumatisering en cumulatieve stress leiden tot een ander zelf- en wereldbeeld, tot andere denkpatronen en overtuigingen. 'Mensen zijn niet te vertrouwen, ze verraden elkaar', 'ik kan niet meer gelukkig zijn', 'mijn kinderen hebben onherstelbare schade opgelopen'. Elk gezinslid heeft een andere kijk op het gebeurde. In de behandeling moeten deze verschillende betekenissen, overtuigingen en schuldgevoelens verkend worden en bespreekbaar worden gemaakt. Men probeert meer op elkaar af te stemmen, zodat de gezinsleden betekenissen met elkaar kunnen delen.

Factor 2 : Communicatie

Ouders weten vaak niet hoe, wanneer en op welke manier ze hun kinderen uitleg kunnen geven over specifieke traumatische ervaringen. Een hulpverlener kan hen hierbij helpen door stil te staan bij hun angsten en aarzelingen daaromtrent. Samen met de ouders kan hij voorbereiden wat ze kunnen antwoorden op vragen van de kinderen. Het is niet de bedoeling dat de hulpverlener zoveel mogelijk informatie krijgt over de eigenlijke ervaringen, de betekenis die de gezinsleden aan hun ervaringen geven is van groter belang. Het zijn vooral de gevolgen van de traumatische ervaringen die met het gezin moeten besproken worden en niet de traumatische ervaringen op zich.

Factor 3 : Omgaan met gevolgen van stress

Het omgaan met herinneringen bepaalt bij veel vluchtelinggezinnen hun dagelijkse leven. Het leren hanteren van herbelevingen en herinneringen speelt in de verwerking van deze ervaringen een belangrijk rol. In de behandeling wordt nagegaan welke strategieën de gezinsleden hanteren om met stress om te gaan. De gezinsleden hebben vaak een verschillende manier om met stress om te gaan. Sekseverschillen kunnen hierin een rol spelen. In het algemeen zullen vrouwen eerder over hun ervaringen en emoties praten dan mannen. Mannen zullen eerder geneigd zijn om erover te zwijgen en afleiding zoeken. De hulpverlener kan nagaan hoe hij de

individuele copingvaardigheden op elkaar kan afstemmen. Hij kan de copingstrategieën van een gezin achterhalen door gedetailleerde vragen te stellen. Hij zal erbij aansluiten als deze strategieën functioneel zijn en aanvullende of andere zoeken als ze disfunctioneel zijn. Door aan het gezin te vragen hoe ze eerder zijn omgegaan met stress biedt hij erkenning en respect. Door hen betere copingvaardigheden aan te leren wordt ook de hoop weer aangewakkerd.

De hulpverlener kan de gezinsleden vragen welke factoren ze als beschermend of behulpzaam ervaren en welke ondersteuning ze van elkaar en de omgeving verwachten. Hij zal mee op zoek gaan naar alternatieven: het herkaderen van situaties, het beter hanteren van emoties, het vergroten van probleemoplossende vaardigheden.

Sommige reacties komen voort uit herbelevingen. De hulpverlener zal pogen het gezin zich daarvan bewust te maken. Herbelevingen kunnen overgedragen worden naar huidige relaties. Kinderen voelen zich als snel schuldig wanneer papa boos of mama verdrietig is. Het is beter voor een kind te weten dat papa boos is, omdat hij met herinneringen worstelt of mama verdrietig is omdat ze weer nachtmerries gehad heeft.

Ouders uitleg geven over de invloed van traumatische ervaringen op de ontwikkeling van kinderen stelt hen beter in staat hun kinderen te helpen. De schuldgevoelens van ouders kunnen beperkt worden door hen informatie te geven over de invloed van cumulatieve stress.

In de behandeling zullen zowel de noden van het kind als die van de ouder geëxploreerd worden en onderzocht worden hoe deze de ouder-kind relatie beïnvloeden.

Door het leren beheersen van de eigen psychische klachten zullen de ouderlijke capaciteiten weer toenemen. Ouders zullen emotioneel meer beschikbaar zijn voor hun kinderen en hun empathische vermogens zullen toenemen. Zij zullen grenzen leren stellen en hun kinderen enkel nog taken laten uitvoeren die meer bij hun leeftijd passen, zodat ze bevrijd worden van bepaalde verantwoordelijkheden en weer met andere kinderen kunnen spelen of zich op school richten. Zij zullen hun kinderen beschermen tegen informatie die voor hen te belastend is en inzicht verwerven in de gevoeligheden en problemen van een kind.

Factor 4 : Veranderingen in relaties

De hulpverlener kan onderzoeken welke invloed de individuele problemen van een bepaald gezinslid hebben op de andere gezinsleden. Hoe reageren ze op elkaar angsten en hoe steunen ze elkaar?

- Echtpaarrelatie:

Het bevragen van man en vrouw samen biedt, bij een goed contact, al snel inzicht in het wederzijds functioneren binnen de echtelijke relatie. In sommige gevallen echter, hebben alle betrokkenen er baat bij een intake zo te organiseren dat beide partners los van elkaar kunnen gezien worden. Dit laat de behandelaar toe een beter inzicht te verwerven in de wijze waarop elk van hen tegen gebeurtenissen, problemen en

ervaringen binnen de relatie aankijkt, om van daaruit de behoefte aan begeleiding en ondersteuning van een adequate invulling te voorzien.

Het gebeurt dat echtparen van elkaar vervreemden wanneer ze ervaringen en geschiedenis niet (meer) kunnen delen. Wanneer hierin een doorbraak tot stand wordt gebracht en ervaringen die men gedurende langere tijd voor zich hield, uiteindelijk bespreekbaar worden, krijgen partners de ruimte weer naar elkaar toe te groeien. Blijven de eigenlijke gebeurtenissen echter 'ondeelbaar', dan kan de hulpverlener samen met het echtpaar inzoomen op de gevolgen van deze ongedeelde ervaringen.

- Ouder-Kind relatie

Sommige reacties van kinderen zijn leeftijdsgebonden en kunnen interfereren met hun ontwikkeling. Een hulpverlener kan de ouders meer informatie geven over deze reacties samen de invloed van traumatische gebeurtenissen op een kind. Hierdoor zullen de opvoeders beter in staat zijn hun kinderen te ondersteunen. Psycho-educatie is ook hier een goed hulpmiddel. Ouders die hun kinderen zien lijden onder de gevolgen van hun (politieke) activiteiten worstelen vaak met vaak schuldgevoelens.

De eigen symptomen die zich bij de ouders manifesteren zoals herbelevingen, nachtmerries en een depressieve stemming belemmeren de emotionele beschikbaarheid en het empathisch vermogen ten aanzien van de kinderen. Het spreekt dan ook voor zich dat het identificeren van de individuele en wederzijdse behoeften van ouders en kind, alsook het in kaart brengen van de wijze waarop deze op de ouder-kind relatie inwerken, van doorslaggevend belang zijn.

Het stellen van grenzen is een aspect dat alle aandacht verdient. Taken die kinderen, al dan niet spontaan, op zich genomen hebben en eigenlijk onder de verantwoordelijkheid van de ouders vallen, moeten de weg naar de 'rechtmatige eigenaar' terugvinden. Zodoende wordt ook de afhankelijkheid van ouders ten aanzien van hun kind en de mate waarin zij op het kind 'steunen' afgebouwd en opgeheven. Het takenpakket kan worden herverdeeld onder een aantal volwassenen zoals bijvoorbeeld: een ouder, een familielid, of een betrokken derde. Het kind krijgt dan opnieuw de kans zich te richten op die zaken die voor iemand van de eigen leeftijdsgroep belangrijk zijn en de verdere, natuurlijke, ontplooiing bevorderen. Ouders dienen (opnieuw) voeling te krijgen met de noden, vragen en gevoeligheden van hun kind en te leren hoe daarop adequaat in te spelen teneinde de groei van het kind naar volwassenheid in een aangepast tempo te begeleiden en te ondersteunen. (<http://www.centrum45.nl>).

4 COMPETENTIES VAN DE HULPVERLENER

4.1 Basisvaardigheden van hulpverleners

4.1.1 *Empathisch vermogen*

Naast het zorgen voor een zo goed en efficiënt mogelijke communicatie door het reduceren of elimineren van taal- en cultuurbarrières, is de empathie van de hulpverlener van groot belang. Het empathisch vermogen is verbonden met de persoonlijkheid van de hulpverlener, die naast professionele vaardigheden ook over persoonlijke integriteit, respect, vermogen tot mededogen en gevoel voor solidariteit beschikt. Een open houding van de hulpverlener is niet zozeer gebaseerd op methodieken of technieken, maar staat voor een oprechte inleving in het perspectief en de belevingswereld van de ander (van Essen & Bala, 2007).

4.1.2 *Empowerend werken*

De hulpverlener zal vooral 'empowerend' werken, dit wil zeggen waardering tonen voor wat goed loopt, en de competenties van de cliënt ondersteunen en aanmoedigen. Dit houdt in dat hij niet focust op de problemen, maar vooral actief aandacht geeft aan de kracht die de cliënt nog in zich draagt en aan wat al werd bereikt, om vervolgens daarop verder te bouwen. De begeleider zal proberen een onderscheid te maken tussen wat nog veranderbaar is, en wat niet meer kan veranderd worden. Hij tast af wat de mogelijkheden zijn, probeert grenzen te verkennen en waar mogelijk te verleggen. Hij moedigt de cliënt aan om alleen realistische doelen na te streven, helpt bij het omgaan met twijfels en onzekerheden, en toont begrip voor de soms wisselende emoties van de vluchteling. Door op deze manier een werkrelatie gekenmerkt door erkenning en respect tot ontwikkeling te laten komen, creëert men een voedingsbodem waarop de relatie verder kan groeien (de Vries, 2000).

4.2 Extra competenties

4.2.2 *Een cultuursensitieve houding*

De hulpverlener ziet in dat cultuurverschillen een belangrijke rol kunnen spelen, maar zal er zich niet door laten afschrikken. Hij ontwikkelt een 'gevoel' voor de culturele achtergrond van de mensen met wie hij werkt. Deze culturele empathie houdt in dat hij een algemene kennis heeft - of opbouwt - van andere culturen, deze respecteert en het belang van bepaalde normen en waarden binnen deze culturen erkent. Het wegwijs worden in het waardenstelsel van de andere cultuur, is een hulp bij het acculturatieproces.

Een begeleider met een cultuursensitieve houding is gericht op het maken van een open en respectvol contact. Hij zal doorheen het gesprek proberen aan te voelen hoe de cliënt zijn cultuur ervaart. Hij kan stil staan bij en zich inleven in ervaringen die buiten zijn eigen, vertrouwde leefwereld liggen. De begeleider zal het bestaan van

meerdere en verschillende waarheden kunnen aanvaarden. De vastgestelde cultuurverschillen worden dan door de hulpverlener niet als obstakels aanzien, maar worden - indien nodig - in de interactie van het gesprek besproken (de Vries, 2000).

4.2.3 Inzet, tijd en aandacht voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie

De basis voor de opbouw van een vertrouwensrelatie tussen begeleider en vluchteling wordt gelegd tijdens de intake. Het eerste contact bij de intake is dan ook zeer belangrijk voor het vervolg van het traject, en de hulpverlener wordt geacht veel tijd te investeren in dit initiële gesprek. Aangezien vluchtelingen doorgaans uit een traumatiserende omgeving komen, zullen ze in vele gevallen moeite hebben om snel vertrouwen te stellen in anderen. Deze barrière kan slechts met de nodige tijd en inzet doorbroken worden (van Essen & Bala, 2007).

4.2.4 Aandachtig luisteren of de resonantiemethodiek toepassen

De resonantiemethodiek is er op gericht weerklank te vinden in het verhaal van de cliënt, om van daaruit tot inzicht te komen in hoe traumatische gebeurtenissen bij de betrokkenen zijn 'binnengekomen'. Hoe heeft men deze ingrijpende lotgevallen ervaren, welke betekenis verleent men er aan en welke plaats krijgen ze in de toekomst? De methodiek richt zich op het denken en werken met verhalen en voorwerpen. Dit lijkt vrij eenvoudig, maar vereist toch heel wat competenties en inzet van de hulpverlener die zich deze aanpak wil eigen maken. Men vertrekt daarbij vanuit het gegeven dat vluchtelingen alle ruimte moeten kunnen krijgen om te praten over de dramatische wendingen in hun leven. Zo poogt men te verhinderen dat negatieve gevoelens en de gevaren daaraan verbonden (bijvoorbeeld van lusteloosheid, inactiviteit, isolement) de bovenhand halen.

Wie aandachtig luistert verwerft gaandeweg een inzicht in de culturele achtergrond en maatschappelijke context die de persoon in kwestie ontvlucht is. Wanneer de verteller zijn verhaal kan vertellen, krijgt het een minder overheersende plaats in zijn leven. De hulpverlener erkent de chaos in het leven van de verteller, waarmee hij het pad naar betekenisverlening en zingeving effent. Dit vormt meteen ook de eerste voorzichtige, maar niet te missen stap naar herstel en integratie (<http://www.pharos.nl>).

4.2.5 Zelfreflectie

Een combinatie van kennis en vaardigheden is noodzakelijk, maar niet voldoende. In de ontmoeting met collega's of cliënten met een andere etnische achtergrond wordt de hulpverlener met zichzelf geconfronteerd en komt hij er geleidelijk toe bepaalde vanzelfsprekendheden in vraag te stellen. Hij wordt zich meer bewust van zijn eigen culturele waardenpatronen en eigen referentiekader. Hij beseft dus dat zijn referentiekader zijn waarneming beïnvloed (Talloen, 2007).

De voorlopige veranderingsdoelen waren:

- Een toegankelijke en laagdrempelige eerstelijnszorg voor vluchtelingengezinnen, zodat ze sneller de weg vinden naar psychosociale begeleiding en een zwaardere problematiek kan voorkomen worden.
- Een goede samenwerking en overleg tussen de verschillende lijnniveaus zodat de behandelende psychologen van de tweedelijnszorg over voldoende contextgegevens van het vluchtelingengezin beschikken om de therapie haalbaar te maken.

Aanvullende veranderingsdoelen zijn :

- Een gezinswetenschapper inzetten als trajectbegeleider van opvang tot integratie waardoor een vluchtelingengezin sneller een nieuw evenwicht kan vinden dankzij begeleiding op maat.
- Een doorverwijzing naar de tweede- of derdelijnszorg houdt niet in dat de begeleiding van de gezinswetenschapper hierbij stopt; hij blijft het netwerk rondom het gezin coachen en functioneert als terugvalbasis voor verdere zorg of opvolging.

FASE 3 - VERANDERINGSDOELEN WORDEN GETOETST EN MEER SPECIFIEK OMSCHREVEN

Mijn eindproef vertrekt vanuit de probleemstelling dat vluchtelingengezinnen traumatiserende ervaringen met zich meedragen, maar geen antwoord krijgen op hun psychosociale noden doordat zij weinig of geen toegang hebben tot de hulpverlening. Dit kan de integratie en ontwikkeling van het gezin en de kinderen ernstig belemmeren.

Uit de drie invalshoeken komen naar aanleiding van de vele vragen heel wat ideeën naar voor.

Verlies van basisvertrouwen, traumatisering, ontworteling en de zoektocht naar een nieuw evenwicht vormen slechts enkele van de talrijke gemeenschappelijke ervaringen van vluchtelingen. Deze leiden onmiskenbaar tot een verhoogde kwetsbaarheid. Indien een gezin als in de casus bij aankomst in het land goed opgevangen en begeleid wordt, kan cumulatieve stress zoveel mogelijk voorkomen worden.

Het gezin van Myriam lijdt duidelijk onder de gevolgen van deze vorm van stress. Dit is zichtbaar in de gezinsdynamiek. Elk gezinslid probeert op zijn manier te overleven, ontwikkelt daartoe een eigen strategie. Myriam vlucht in haar werk; ze moet actief blijven om niet weg te zinken in trauma. Ze doet geen moeite een sociaal netwerk uit te bouwen of zich met mensen te verbinden. Haar wereldbeeld is door de ervaringen zodanig gewijzigd dat ze ogenschijnlijk niet anders kan dan mensen als fundamenteel slecht te beschouwen. Haar man is depressief, haar zoon leeft teruggetrokken en haar dochter worstelt met borderline.

De complexe problematiek van vluchtelingengezinnen en hun kwetsbare maatschappelijke positie vragen om vroegtijdige signalering en zorgvuldige aandacht. Toch is er in het algemeen, en zeker in de casus, een grote kloof tussen opvang en integratie.

Myriam meldt zich na aankomst in België bij de vreemdelingendienst. Ze ontvangt een treinticket en het adres van het OCMW in Sint-Niklaas. De opvangcentra zitten vol; ze gaat zelf op zoek naar een onderdak. Een naar mijn mening eerder kil onthaal. Een gezinswetenschapper die werkt binnen het team van Vluchtelingenwerk zou hierin verandering kunnen brengen. Hij zorgt, eventueel samen met een sociaal tolk, voor een gastvrije ontvangst, algemene informatie over het gastland en specifieke informatie met betrekking tot de asielprocedure.

Myriam wordt naar haar gevoel goed onthaald door de maatschappelijk werker van het OCMW. Het maakt indruk op haar dat hij zijn best doet om haar ook in het Frans te woord te staan. Wanneer ze er later aan terugdenkt, is het vooral de menselijkheid in dit alles die haar opvalt.

Uit de literatuur blijkt dat een positieve basisattitude heel belangrijk is in de communicatie. Hoewel de hulpverlener Nederlandstalig is, levert hij een inspanning om Frans te spreken en legt hiermee de taalbarrière wat lager.

Myriam krijgt onmiddellijk na aankomst informatie, materiële en praktische hulp: dit zijn preventieve maatregelen die deel uitmaken van de psychosociale begeleiding. In de casus ontbreekt echter elke vorm van verdere begeleiding en bemiddeling door de eerstelijnszorg. We weten dat de aandacht voor en aanpak van eventuele problemen in een vroeg stadium belangrijk zijn. De kwaliteit van de opvangperiode kan, zo lezen we in de literatuur, meer invloed hebben op het ontstaan van psychische stoornissen dan de vroegere traumatische ervaringen.

Een van de basisfuncties van de eerstelijnszorg is zeer toegankelijke hulpverlening te bieden aan alle mensen en in het bijzonder aan de meest kwetsbare doelgroepen. Myriam behoort duidelijk tot deze doelgroep, gezien haar status als vluchteling én alleenstaande moeder met kind. Hier komt de gezinswetenschapper - die bijvoorbeeld actief is binnen het team van Vluchtelingenwerk, een opvangcentrum voor asielzoekers of een CAW - concreet in beeld als trajectbegeleider en bemiddelaar. De betrokken medewerkers van de eerstelijnszorg geven Myriam een goede juridische begeleiding, zodat ze weet dat ze recht heeft op een pro deo advocaat. De gezinswetenschapper biedt haar ondersteuning. Hij helpt haar bij het zoeken naar een woning en assisteert haar gedurende de asielprocedure. Een goede mentale voorbereiding op het asielinterview is, rekening houdend met de moeilijkheidsgraad, hierbij noodzakelijk. Daarnaast levert hij informatie over bijvoorbeeld gezondheidszorg en onderwijs in Vlaanderen. Nadat het gezin een verblijfsvergunning gekregen heeft, blijft hij het verder ondersteunen. Hij biedt alle bijkomende informatie over waarden en normen, gebruiken en gewoonten in België. Doorheen deze trajectbegeleiding zal het gezin zich een beter beeld kunnen vormen van het gastland, en de begeleider voeling krijgen met de belastende en beschermende factoren in de huidige situatie van Myriam en haar zoon.

Hopelijk ontstaat er tevens een vertrouwensrelatie tussen de gezinswetenschapper en het vluchtelingengezin. Veel zal afhangen van de houding van de begeleider. Een open en cultuursensitieve ingesteldheid kan hier veel toe bijdragen. Een dergelijke houding én de nodige kennis over de ruimere context van het vluchtelingengezin, maken een authentiek contact met dit gezin mogelijk. Op deze manier wordt een sfeer gecreëerd waarin elk van de gezinsleden zich veilig genoeg kan voelen om het eigen verhaal te vertellen (of – in het geval van haar zoon – misschien te 'tekenen').

Een verhaal delen over ervaringen met geweld en verlies is niet eenvoudig. De taak van de begeleider bestaat erin aanwezig te zijn en aandachtig te luisteren. Hij bedenkt ondertussen geen strategie hoe hij straks zal kunnen 'helpen', maar hij is er gewoon, als bewaarder van flarden van het verhaal. Hij luistert geduldig en empathisch naar het verhaal, hoe chaotisch of onsamenhangend dit ook mag zijn. Door op deze manier bij de verteller te aanwezig te blijven, geeft hij erkenning aan het verhaal en de verteller ervan. Het gezin zal zodoende het rouw- en verwerkingsproces op eigen tempo kunnen doormaken. Een westerse hulpverlener is meestal opgeleid om op korte termijn vooruitgang te boeken, maar hier zal de gezinswetenschapper inzien dat het streven naar snelle resultaten in dit geval weinig zinvol of doeltreffend is.

Ook een gezinswetenschapper die werkzaam is als coach of begeleider in een opvangcentrum kan deze rol op zich nemen. In een opvangcentrum kan dit best gebeuren in een losse sfeer bijvoorbeeld tijdens het koken of een gesprek over de kinderen.

Wanneer vluchtelingen niet meteen na aankomst hun verhaal kunnen vertellen, wordt het moeilijker om hen te bereiken, want al snel zijn ze bezig met integratie. Indien het niet onmiddellijk gebeurt, is er ook meer kans dat de problemen zich opstapelen.

In een volgende fase kan de begeleider, samen met Myriam, bekijken op welke manier opvoedingsondersteuning of een andere interventie gericht op het bevorderen van het welzijn van het gezin kan geboden worden. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan stressmanagement.

Hij begeleidt en staat haar bij in de zoektocht naar haar man en dochter. Ook na de gezinshereniging zal hij het gezin niet uit het oog verliezen en verder begeleiden. Traumatisering is bijzonder ingrijpend en werkt in op zowat alles waar gezinnen mee te maken hebben. De problemen van het gezin van Myriam uiteten zich zowel op individueel, gezins- als sociaal niveau. Traumatische stress heeft zowel effect op de ouderschapskwaliteiten, als op de communicatie binnen het gezin. Myriam kampt met schuldgevoelens omdat ze haar dochter heeft achtergelaten in oorlogsgebied, en haar zoon geen goede opvoeding en emotionele ondersteuning kon schenken. De gezinsleden praten niet of nauwelijks met elkaar over het verleden. Zwijgen over schokkende gebeurtenissen is, naast depressie, emotionele verdoving en verlies van vertrouwen, één van de belangrijkste factoren bij de overdracht van traumatische ervaringen.

De problemen van het gezin werden niet aangepakt bij de aanvang en vragen om een therapeutische behandeling. Dit gezin zal echter uit eigen beweging niet naar de

tweede of derdelijnszorg gaan. Myriam heeft ook al aangegeven dat depressie een taboe is in de Rwandese cultuur. We hebben in de literatuur gezien dat veel vluchtelingen vaak wantrouwig staan tegenover geestelijke gezondheidszorg. Aan de hand van psycho-educatie had een trajectbegeleider het gezin meer inzicht kunnen bijbrengen in de samenhang van hun klachten en traumatische ervaringen. Hij had zodoende het wantrouwen mogelijks voor een groot deel kunnen wegnemen door het gezin de nodige informatie te verschaffen over psychosociale behandeling of therapie. Waar psychosociale therapie vereist is, is het van belang dat de trajectbegeleider gericht kan doorverwijzen. Een goede en structurele samenwerking tussen de verschillende diensten en lijnniveaus is hierbij essentieel, zodat de begeleider een goed inzicht heeft in de taken, verantwoordelijkheden en mogelijkheden van de organisatie en haar medewerkers. De sociale kaart is hierbij een nuttig instrument. De gezinswetenschapper als trajectbegeleider kent het gezin als geen ander en is op de hoogte van de specifieke problemen waarmee het worstelt. Het begeleidingsplan dat hij eerder samen met het gezin opstelde, kan hij vervolgens doornemen met de psycholoog of de contactpersoon van de betrokken organisatie.

De complexe problemen van vluchtelingengezinnen vragen om meerdere kaders en behandelingsmethodieken die op een flexibele manier en continue basis kunnen worden aangepast aan de hulpvraag. Om op verschillende niveaus te kunnen interveniëren is een kwalitatieve samenwerking met andere instellingen van de eerste, tweede en derdelijnszorg vereist. Bij de intake van de behandelingen is een goede relatie des te belangrijker, omdat het geloof in zichzelf, anderen en de wereld geschonden is. Het gezin zal zich bij opeenvolgende hulpverleners sneller op zijn gemak voelen, wanneer ze reeds vertrouwen stellen in de trajectbegeleider. Ze hebben samen immers reeds een hele weg afgelegd en in onderling overleg beslist in therapie te gaan. De hulpvraag kan sneller duidelijk worden gesteld; de trajectbegeleider heeft de zwaardere problematiek al in kaart gebracht en weet wat het gezin als het meest problematisch en prioritair ervaart.

Het behandelplan houdt rekening met de verschillende fases in het leven van vluchtelingen. De trajectbegeleider zal deel uitmaken van het multidisciplinair team, waarin hij verder instaat voor de ondersteuning en de begeleiding.

Stress belemmert, evenals de groei van het gezin, de ontwikkeling van de kinderen binnen dat gezin. Stress heeft ook invloed op de kwaliteit van het ouderschap. We zien in de casus dat Myriam geen emotionele ondersteuning meer kan bieden aan haar zoon. Het ontbreken van de emotionele steun van de ouders kan leiden tot ontwikkelings- en sociaal-emotionele problemen bij hun kinderen. Onveilige hechting van een kind zou voornamelijk het gevolg zijn van extern gevaar, onvoldoende emotionele zorg en vermijdend gedrag van de moeder. De zoon van Myriam leeft momenteel geïsoleerd, haar dochter heeft borderline.

Het echtpaar heeft vele jaren van elkaar gescheiden geleefd en los van elkaar extreme gebeurtenissen meegemaakt. De context waarin ze nu leven is niet meer vergelijkbaar met die waarin ze vroeger leefden. Myriam moest het jarenlang stellen zonder de hulp

van haar man of grootfamilie. Voor de opvoeding van haar zoon stond ze alleen. Zowel de partnerrelatie als de ouder-kind relatie hebben heel wat veranderingen ondergaan. In de gezinsbehandeling zal men oog hebben voor deze gezinsprocessen en de gevolgen ervan voor het functioneren van het gezin. De focus kan liggen op een aantal deelprocessen zoals bijvoorbeeld opvoedingscompetenties of intergenerationele overdracht. Ik meen dan ook dat het in deze eindproef beschreven behandelingsmodel, dat gericht is op de gezinsdynamiek, aangewezen is voor het gezin in de casus.

De verschillende stressresponsen zijn van invloed op de gezinsdynamiek. Het zal er sterk van afhangen of de gezinsleden de gevolgen van traumatische ervaringen samen proberen op te lossen, dan wel of ieder dit voor zich probeert klaar te spelen. De kansen op functionele aanpassing zijn doorgaans groter wanneer de gevolgen van schokkende gebeurtenissen door de betrokkenen als een gezins-, en dus gedeeld, probleem worden gezien. In de casus zien we dat er binnen het gezin niet kan gesproken worden over het verleden. Hoe meer gedeelde ervaringen binnen het gezin, hoe meer stabiliteit dit het gezin kan brengen.

De betrokken hulpverlener zal proberen te achterhalen welke copingstrategieën het gezin hanteert en onderzoeken welke functioneel en disfunctioneel zijn. Vervolgens kan hij nagaan hoe de individuele copingvaardigheden beter op elkaar afgestemd kunnen worden. Kennis van de context is hier essentieel om de draagkracht en -last van een gezin te kunnen verkennen. Beide werden reeds in kaart gebracht door de trajectbegeleider.

Naast de aandacht voor de specifieke kwetsbaarheid van vluchtelingen wordt in gelijke mate ingezet op **empowerment en veerkracht**. En de veerkracht van Myriam verdient alle respect en waardering. Om een betere toekomst te hebben is ze met haar zoon naar België gekomen, ze heeft Nederlands geleerd om vlotter met het gezin uit Sint-Niklaas te communiceren. Ze heeft intensieve inspanningen geleverd om haar man en dochter weer op het spoor te komen. Ze is onophoudelijk en gedreven op zoek gegaan naar oplossingen. Op dit eigenste moment is ze druk bezig met haar eindproef om haar bachelordiploma te behalen.

Bij dit alles is een cultuursensitieve houding van alle hulpverleners van dit multidisciplinair team van groot belang. Zowel gezinswetenschappers, maatschappelijk werkers als psychologen die met vluchtelingengezinnen werken zijn **(zelf) bewuste** hulpverleners. Ze zijn zich bewust van het belang van een goede communicatie, ze zien cultuur als een dynamische betekenisgever, en staan stil bij hun eigen culturele vanzelfsprekendheden. Ze beseffen dat culturele kennis belangrijk is en een goed houvast biedt, maar dat die kennis niet los van de ruimere context van de cliënt gebruikt wordt. Hun grondhouding is een open houding; ze kunnen het verschil toelaten en het in interactie met hun cliënt bespreekbaar maken.

En natuurlijk is niet alleen de attitude van de hulpverleners, maar evenzeer deze op het niveau van de diverse betrokken organisaties van kapitaal belang in het werken met vluchtelingengezinnen.

BESLUIT

Centraal in mijn bachelorproef staat het begrip 'cumulatieve stress': een veelheid van interagerende stressoren die tezamen traumatisch werken en daardoor zowel de ontwikkeling van het individu als van het gezin beïnvloeden. De gezinsdynamiek lijdt onder de verschillende stressreacties, wat kinderen vatbaarder maakt voor ontwikkelingsstoornissen. Dit komt de integratie van vluchtelingen in de bredere samenleving niet ten goede. Zover hoeft het echter niet te komen. Mits een goede en tijdige ondersteuning en psychosociale begeleiding kunnen gezinnen ook een nieuw evenwicht vinden. De eerstelijnszorg is het best geplaatst voor opvang en behandeling. Opdat de eerstelijnsvoorzieningen ook voor vluchtelingengezinnen laagdrempelig en toegankelijk zouden zijn, dienen ze naast aandachtig voor de psychische problematiek, ook cultuursensitief zijn.

Mijn eerste invalshoek situeert zich dan ook op het vlak van cultuur en (interculturele) communicatie. Een 'bewuste omgang' met taal- en cultuur kan deze drempels aanzienlijk verlagen. De overheid moet dan wel bereid gevonden worden de nodige middelen vrij te maken om met tolken te kunnen werken, terwijl de voorzieningen de mogelijkheid krijgen om te investeren in vorming en opleiding van hun medewerkers. In de tweede invalshoek heb ik het over de organisatie van een toegankelijke eerstelijnszorg en begeleiding op maat van vluchtelingengezinnen. Zoals men hierboven in het 'tienpuntenprogramma' kan zien, is er nog wat werk aan de winkel om de eerstelijnszorg voor alle bevolkingsgroepen, dus ook voor de meeste kwetsbare toegankelijk te maken. Ik geef in deze invalshoek een voorbeeld van 'zorg op maat', m.a.w. een begeleiding 'van opvang tot integratie' en de (vertrouwens)rol die de gezinswetenschapper hierin kan spelen.

In de derde invalshoek komt de psycho(patho)logie aan bod en de behandeling van stress en trauma in meer gespecialiseerde settings van de tweede en derdelijns hulpverlening. Indien de gezinsproblemen een therapeutische behandeling vereisen, houdt dit niet in dat de actieve rol van de gezinswetenschapper een einde neemt op het ogenblik dat deze hulp geboden wordt; hij blijft het netwerk rondom het gezin coachen en functioneert als terugvalbasis voor verdere zorg en opvolging. Begeleiding en behandeling gebeuren dan ook best in een multidisciplinair team waar te allen tijde contact met elkaar mogelijk is en ruimte voor overleg en afstemming op elkaar.

Het is me tijdens de literatuurstudie opgevallen hoe sterk de nadruk wordt gelegd op het belang van een *open en cultuursensitieve houding van de hulpverlener*. Daarom vond ik het zinvol hieraan een apart hoofdstuk te wijden.

Mijn eindproef biedt een inkijk in de wijze waarop vluchtelingen in ons land onthaald en begeleid worden, en hoe een bijsturing van de bestaande aanpak de integratie en het welzijn van de betrokkenen kan bevorderen. Hoewel verbetering vaak in kleine

aanpassingen zit en niet alles immense inspanningen of investeringen vergt, blijft het ook hier een gegeven dat tussen droom en realiteit een aantal bezwaren kunnen staan. Zo is het kostenplaatje in vrijwel alles aanwezig en het resultaat van een kosten-baten-oefening doorgaans sterk bepalend voor het al dan niet implementeren van maatregelen ter verbetering. Het verdient echter ook enige nuancering, want welke plaats neemt bij voorbeeld het recht van eenieder op een menswaardige behandeling in deze discussie in? Eind 2012 waren wereldwijd 45,2 miljoen mensen op de vlucht. De meesten zochten bescherming in naburige landen (meestal ontwikkelingslanden) en dus niet in de Europese Unie (die toen slechts 335.365 asielzoekers telde). België telde in dat jaar 21.463 asioldossiers, waarvan slechts **4.419** groen licht kregen (<http://www.vluchtelingenwerk.be>). Is het niet de plicht van één van de rijkste landen ter wereld om een niet-discriminerende en kwalitatieve welzijnszorg te bieden en er op toe te zien dat niemand wordt uitgesloten?

Om dergelijke hulp aan iedereen te kunnen bieden zou elke organisatie moeten kiezen voor een structurele oplossing en meestappen in het sensibiliseringsproces rond cultuursensitiviteit. Daarnaast is het ontwikkelen van een algemene, overkoepelende visie rond hulpverlening aan vluchtelingen en de vertaling daarvan binnen de betrokken organisaties essentieel. Waar een visie ontbreekt, ontbreekt ook 'richting'. Dit maakt het nemen van goede strategische beslissingen bijzonder moeilijk en zorgt er vaak voor dat doelstellingen of afwezig of te vaag geformuleerd blijven. Een kwaliteitssysteem, waarin procesmatig gedacht en gehandeld wordt en deelprocessen goed op elkaar afgestemd zijn, keuzes gemaakt en prioriteiten gesteld worden op basis van heldere selectiecriteria, verantwoordelijkheden duidelijk afgebakend zijn en de beoogde resultaten concreet geformuleerd, bewaakt en geëvalueerd worden, kan een prachtig instrument zijn in het verankeren van gerealiseerde kwaliteit en identificeren en aanpakken van knel- en verbeterpunten.

Ik hoop dat ik in deze bachelorproef een bijdrage geleverd heb tot de bewustwording van de noodzaak aan een gastvrije opvang en begeleiding van vluchtelingen(gezinnen) zodat ze de toekomst hoopvol tegemoet kunnen zien.

Referentielijst

- Bloemen, E. & van der Laan, J. (2012). *Huisarts en vluchteling: practicum huisartsgeneeskunde voor opleiding en nascholing*. Amsterdam, Reed Business.
- Bloemen, E. & Vloeberghs E. (2012). 'Gun ons de tijd...': *werkboek psychosociale begeleiding bij hervestigde vluchtelingen*. Geraadpleegd via <http://www.pharos.nl>
- Cultuursensitieve zorg CAW-CGG in Vlaanderen (2012). *Werken met tolken in CAW en CGG*. Geraadpleegd via <http://www.csz-vlaanderen.be>
- De Vries, S. (2000). *Psychosociale hulpverlening en vluchtelingen*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). *Naar een interculturele gezondheidszorg: aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden*. Geraadpleegd via <http://www.diversiteit.be>
- Devillé, A., & Basstanie, J. (2013). *Van etikettering tot hulpverlening: hulpverlening aan immigranten in de 21^{ste} eeuw*. Geraadpleegd via <http://www.kifkif.be>
- Eimers, M., & Vloeberghs, E. (2013). *Een verkenning van de toeleiding van vluchtelingen naar de reguliere zorg: praktijkervaringen uit 5 gemeenten*. Geraadpleegd via <http://www.pharos.nl>
- Europees Vluchtelingenfonds (2013). *Jaarprogramma*. Geraadpleegd via <http://www.fedasil.be>
- Gailly, A. (2008). *Cultuurgevoelige hulpverlening: het lijkt politiek correct maar wat is de inhoud? Cultuur Migratie Gezondheid*. Geraadpleegd via <http://www.manavzw.be>
- Hoffman, E. (2009). *Interculturele gespreksvoering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hofstede, G., & Hofstede G.J. (2005). *Allemaal andersdenkenden: omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam: Business Contact.
- Hogerhuis, M., & van Oorschot M. (2007). *Alle gedrag is communicatie: wat we doen is niet normaal*. Amsterdam: SWD.
- Inloopteam Gent. Geraadpleegd via <http://www.kindenpreventie.be>

Lely, J., & van den Heuvel-Wellens D. (2002). *Psychosociale zorg voor vluchtelingen en asielzoekers: een handleiding*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Meurs, P., & Gailly, A. (1998). *Wortelen in andere aarde : migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil*. Leuven: Acco.

Netwerk Cultuursensitieve Zorg Oost-Vlaanderen (2013). Nieuwsbrief CSZ-Oost-Vlaanderen. Geraadpleegd via <http://www.caw.be>

Netwerk Cultuursensitieve Zorg Gent. Geraadpleegd via <http://www.odice.be>

Nuyens, Y. (2010). *Meer lijn in de eerste lijn: syntheserapport. Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg Antwerpen, 11 december 2010*. Geraadpleegd via <http://www.zorg-en-gezondheid.be>

Pels, T., & Gruijter, M. (2005). *Vluchtelingengezinnen: opvoeding en integratie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Pinto, D. (2007). *Interculturele communicatie: een stap verder*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Talloen, D. (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer.

Serrien, L. (2011). *Een fundamentele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg* [cursustekst]. Leuven: Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap Leuven. Geraadpleegd via <http://www.steunpunt.be>

Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. *Inspirerende samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en algemeen welzijnswerk in de schijnwerf: een overzicht in vogelperspectief*. Geraadpleegd via <http://www.steunpunt.be>

Stichting Centrum '45. *Het zorgprogramma Vluchtelingen en asielzoekers*. Geraadpleegd via <http://www.centrum45.nl>

Van Audenhove, C. (2011). *Hoe kan het GGZ-aanbod in de eerstelijns verbeterd worden? Welke visie, competenties en partnerschappen?* [Verslag 1ste seminarie, vrijdag 10 juni 2011]. Geraadpleegd via <http://www.kbs-frb.be>

Van Essen, J., & Bala J. (2007). *Als glas in lood: integratieve behandeling van vluchtelingenkinderen en -gezinnen*. Utrecht: Stichting Pharos.

Van Hauwaert, S. (2011). *Inventarisatie cultuursensitieve zorg GGZ West-Vlaanderen: onderzoek uitgevoerd voor het Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen*. Geraadpleegd via <http://www.pigmentzorg.be>

Vluchtelingenwerk Vlaanderen. Geraadpleegd via <http://www.vluchtelingenwerk.be>

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson D. (2009). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg en Welzijn, *Regionale werkgroep opvangcentra asielzoekers*. Geraadpleegd via <http://www.pigmentzorg.be>
Zorgnet Vlaanderen (2011). *Ethisch advies: goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit*. Geraadpleegd via <http://www.zorgnetvlaanderen.be>