



# Maatwerk in een interculturele context



**i-psy**

interculturele psychiatrie





 **Maatwerk werkt**  
Een kijkje in de keuken van i-psy

## Voorwoord

Iets kan voor jezelf helder en vanzelfsprekend zijn, maar dat hoeft het voor anderen niet te zijn. Zo krijgen medewerkers van de Parnassia Groep met enige regelmaat de vraag wat ons interculturele aanbod nu precies inhoudt. Dit heeft ons doen besluiten dit bijzondere aanbod binnen onze groep beter over het voetlicht te brengen. Vandaar de uitgave van dit boekje over ons zorgbedrijf i-psy – u heeft het nu in handen. Hierin staat onze behandelinhoudelijke cultuur-sensitieve aanpak beschreven en wie onze patiënten en medewerkers zijn. Eerlijk gezegd heeft het schrijven van dit boekje ons geholpen met elkaar nog scherper te formuleren voor wie wij er zijn en wat we doen.

Parnassia Groep heeft in 2006 de keuze gemaakt het cultuur-sensitieve aanbod binnen de Nederlandse ggz in tact te houden door een betreffende – met faillissement bedreigde – ggz-organisatie over te nemen en vervolgens in dit specifieke zorgaanbod te investeren. Hiermee werd de kennis en kunde op dit gebied behouden en vergroot. Het belang hiervan was voor ons een uitgemaakte zaak: patiënten en verwijzers moeten iets te kiezen hebben!

Wij zijn er trots op dat het i-psy anno 2016 (het tweede lustrumjaar) is gelukt één van onze gewaardeerde zorgbedrijven te zijn, dat zowel zorginhoudelijk als bedrijfsmatig de verwachtingen heeft waargemaakt. i-psy is inmiddels een gewilde samenwerkingspartner, zowel met onze andere zorgbedrijven binnen Parnassia Groep als daarbuiten met andere zorginstellingen – binnen en buiten de ggz. Wij wensen u veel leesplezier en hoop samen met u onze missie te blijven nastreven: bijdragen aan de kwaliteit van leven van iedereen in onze samenleving.

Oktober 2016

Namens de Raad van Bestuur van Parnassia Groep,  
Stephan Valk - voorzitter

Namens de directie van i-psy,  
Jozien Snijders - bestuurder

# Inhoud

|   |    |
|---|----|
| Voorwoord   | 3  |
| 1. Dit zijn wij                                     | 6  |
| Onze medewerkers                                    | 13 |
| Onze patiënten                                      | 15 |
| Ons aanbod  | 20 |
| 2. Waarom een interculturele benadering?            | 26 |
| Toegankelijke en effectieve zorg                    | 13 |
| Specifieke factoren                                 | 13 |
| 3. De interculturele systemische benadering         | 32 |
| Interculturele deskundigheid                        | 35 |
| Matching van patiënt en hulpverlener                | 40 |
| Interculturele behandelstrategieën en -instrumenten | 43 |
| Organisatorische randvoorwaarden                    | 54 |
| 4. Kennisontwikkeling en -overdracht                | 56 |
| Vestigingen van i-psy                               | 60 |
| Ten slotte  | 62 |

# 1. Dit zijn wij

i-psy staat voor interculturele psychiatrie en biedt kwalitatief hoogwaardige cultuursensitieve geestelijke gezondheidszorg. Op dit moment, in augustus 2016, hebben wij ruim 340 medewerkers in dienst. In 2015 waren bijna 12.000 patiënten<sup>1</sup> bij ons in behandeling. Binnen Parnassia Groep zijn wij een groeiende ggz-organisatie met een relatief jong specialisme binnen de psychiatrie. De afgelopen 10 jaar heeft i-psy een forse groei doorgemaakt van een kleine afdeling in Den Haag naar een grote organisatie met een aanzienlijke spreiding over Nederland. Zo heeft i-psy inmiddels vestigingen in 25 steden, w.o. Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Tilburg, Almere, Utrecht en Leeuwarden<sup>2</sup>. Wij bieden vrijwel alle soorten poliklinische zorg voor jeugd, volwassenen en ouderen, w.o. tevens forensische behandelingen<sup>3</sup>.

Bij i-psy behandelen wij mensen met klachten over hun geestelijke gezondheid: kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. Het gaat om passende en verantwoorde behandelingen, zowel bij lichte als zware complexe problematiek

(basis-ggz en gespecialiseerde ggz). Bij i-psy worden de behandelingen altijd ambulant aangeboden (individueel en in groepsverband). i-psy voldoet aan alle eisen die er aan instellingen voor geestelijk gezondheidszorg (ggz) worden gesteld en heeft daarbij specialistische interculturele knowhow in huis.

Het bijzondere van i-psy is gelegen in de benadering van de getoonde problematiek. De i-psy-behandelaar grijpt doorgaans niet direct aan op de klacht, maar start de behandeling vanuit de patiënt en zijn/haar systemische omgeving. In plaats van te starten met een analyse van de klachten om een bijbehorend behandelprotocol te bepalen, begint de behandelaar van i-psy met het in beeld brengen van de patiënt en zijn/haar systeem met een brede en 'eclectische blik'<sup>4</sup>. De patiënt wordt als het ware te hulp gekomen met een omtrekkende – maar wel bij de klacht uitkomende – beweging. De interculturele expertise van i-psy is niet primair gelegen in taal- en cultuurverwantschap tussen behandelaar en patiënt

(wat overigens in de behandeling zeer betekenisvol kan zijn), maar in de brede eclectische, zich voortdurend verdiepende cultuur-sensitieve en multidisciplinaire benadering. In hoofdstuk 3 gaan wij uitvoeriger in op deze interculturele systemische behandeling.

De interculturele benadering komt niet alleen terug in de behandeling, maar is verweven in alle facetten van de organisatie.

Hiermee bedoelen wij:

- specifieke interculturele kennis en doorlopende deskundigheidsbevordering. Naast kennis van het actuele ggz-curriculum (inclusief toepassing van de DSM-V) beschikken i-psy-behandelaars over de competenties die nodig zijn om op basis van onze cultuur-sensitieve behandelwijze de patiënt te behandelen;
- de koppeling van hulpverleners en patiënten met eenzelfde taal en/of culturele achtergrond;
- interventies die 'cultureel aangepast' zijn gebruik van toepasselijke behandelstrategieën en –instrumenten;

<sup>1</sup> Wij gebruiken het woord 'patiënten' en niet 'cliënten', omdat in onze zorg de nadruk ligt op curatie en herstel.

<sup>2</sup> In bijlage 1 vindt u een overzicht van onze vestigingen.

<sup>3</sup> Hierbij wordt i-psy ondersteund vanuit het Kennisdomein Interculturaliteit van PG. (één van de kennisdomeinen die binnen PG zijn ingericht). Dit kennisdomein op het gebied van interculturele ondersteunt de zorg aan patiënten met een migrantenachtergrond door te adviseren over implementatie en gebruik van richtlijnen, het bieden van consultatie, het bevorderen van kennis-uitwisseling en het doen van voorstellen voor scholing, onderzoek en innovatie.

<sup>4</sup> Dit wil zeggen dat de i-psy behandelaar de gehele context van de patiënt betreft, en datgene uit zijn zijn/haar behandelrepertoire kiest wat het beste past bij de betreffende patiënt.

- een herkenbare organisatie met divers samengestelde, meertalige teams;
- een steunende organisatie en met een herkenbare inrichting, tolkenvoorzieningen en vertaalde voorlichtingsbrochures.

Dit biedt de patiënten een therapeutische context waarin ze toegankelijke, hoogwaardige, effectieve én efficiënte zorg krijgen in een veilige en herkenbare omgeving.

*Een voorbeeld:*

### **'Ik voelde mij meteen thuis'**

*Mevr. Y. uit Den Haag is patiënt bij i-psy:*  
 "Bij i-psy voelde ik mij meteen thuis. De receptioniste droeg ook een hoofddoek, net als ik. Als je wilt kun je in je eigen taal geholpen worden. Dat vond ik makkelijker. De psychologe die mij hielp wist echt veel van mijn cultuur. Ze begreep direct waarom bepaalde dingen moeilijk zijn hier in Nederland. De stress in onze familie is misschien moeilijk te begrijpen voor Nederlanders. Er zijn toch wel grote verschillen. Deze mevrouw van i-psy heeft goed geluisterd en ruim de tijd genomen om het hele verhaal te horen. Hoe mijn familie in elkaar zit en zelfs welke rol mijn oma in Turkije nog speelt. Dat was voor mij ook verhelderend. Zij heeft mij een spiegel voorgehouden. Dat was ook wel confronterend. Maar dat was nodig. Daarna heeft zij mij snel op het goede spoor gezet."

### **Beschouwing**

Dit voorbeeld illustreert heel goed wat de essentie van i-psy is. Het begint met thuis voelen en zich begrepen voelen. Echt begrijpen kan alleen met kennis van de culturele achtergrond en de positie van de patiënt. Pas als we een goede match met de patiënt hebben, kunnen we onze specifieke expertise goed inzetten. We zijn laagdrempelig, bieden waar nodig hulp in de eigen taal, begrijpen de context en kunnen een behandeling bieden die aansluit op het leven als migrant of vluchteling in Nederland.

### **Effectief en efficiënt**

In de praktijk is gebleken dat een aanzienlijk deel van de patiënten met een migratieachtergrond deze interculturele benadering nodig heeft. De relatief kleine aanpassingen van de reguliere werkwijze hebben tot nu toe onvoldoende resultaat geboden. Met de specifieke focus die i-psy heeft, lukt het vaker en sneller om achter de oorzaak van de klachten te komen en te voorkomen dat alleen de symptomen worden behandeld. Bij i-psy komen patiënten na afloop van de behandeling minder vaak terug dan gemiddeld. Door psychosomatische klachten tijdig te onderkennen worden dure medische trajecten voorkomen. Bij migranten en vluchtelingen komt het relatief vaak voor dat de psychische oorzaak van lichamelijke klachten onvoldoende wordt onderkend of behandeld. Door onze benaderingswijze lukt het ons meestal om de achterliggende problematiek effectief te behandelen. Hiermee dragen wij bij aan kostenbesparingen in de zorg.

## 'De pijn kwam door mijn stress'

*Tulin, een Turkse vrouw van begin vijftig:*

"Ik had al een paar jaar heel erg veel rugpijn. Ik ben bij veel dokters geweest in verschillende ziekenhuizen, maar niemand kon de oorzaak vinden. In Turkije hebben ze een herniaoperatie gedaan, maar dat hielp niets. Later kreeg ik ook nog heftige pijn in mijn baarmoeder. In twee ziekenhuizen is er onderzoek gedaan door gynaecologen. Ze konden geen afwijkingen vinden. Ik had zoveel pijn en niemand kon mij helpen. Een arts zei dat de pijn ook kan komen door spanningen. Ik geloofde daar niets van, want zoveel spanning had ik niet en deze pijn in mijn rug en baarmoeder was zo heftig!

Hij wilde mij doorverwijzen naar de psychiatrie, maar ik dat vond ik een belediging. Dat is toch alleen voor gekken? Na zoveel medische onderzoeken was ik helemaal uitgeput. Via een vriendin kwam ik bij i-psy terecht. Een arts en een hulpverlener daar hebben mij heel goed geholpen. Ze hebben

de tijd genomen om naar mij te luisteren en na een tijdje begreep ik dat spanning in je lijf kan gaan zitten en echte pijn veroorzaakt."

*De systeemtherapeut van i-psy:* "We hebben inderdaad eerst goed gekeken wat Tulin allemaal heeft meegemaakt. Langzamerhand bleek dat zij wel veel spanningen in haar lijf had. Zij had veel stress dat veroorzaakt werd door communicatie- en relatieproblemen met haar man en schoonmoeder. Tijdens de systeemtherapie, samen met haar man kwam boven water welke factoren bij Tulin leidden tot de extreme pijnbeleving. Samen werd gewerkt aan een betere onderlinge relatie en communicatie. De relatie tussen Tulin en haar man en omgeving verbeterde en de pijn nam zienderogen af. Zij kon ook weer veel beter functioneren. Af en toe heeft ze nog wel rugpijn, maar ze valt niet meer terug in de 'ziekenrol'. Naast haar therapie bij i-psy, gaat ze naar een diëtiste en een fysiotherapeut. Tulin zelf zegt dat ze zich veel beter voelt. Zij heeft meer structuur in haar dagen,

doordat ze zich aan haar dieet en eetmomenten houdt. Zij is blij dat de relatie met haar man en schoonmoeder erg is verbeterd. Ze is zeer tevreden over de behandeling."

### **Beschouwing:**

Voor sommige patiënten is het heel moeilijk te begrijpen dat stress ook lichamelijk geuit kan worden. Wij nemen de lichamelijke klachten serieus en verkennen tegelijkertijd, samen met de patiënt, de gehele context. Daarbij nemen we voldoende tijd om uit te leggen hoe psychosomatiek werkt. We nemen in de eerste gesprekken ruim de tijd, maar dat betaalt zich snel terug in een goed resultaat.

Net als alle andere ggz-instellingen in Nederland, meten wij de effectiviteit van onze behandelingen met de Routine Outcome Monitoring (ROM) <sup>5</sup>. In 2014 deden wij meer geldige metingen dan gemiddeld in de ggz. Bij de metingen scoren patiënten van i-psy extremer dan gemiddeld. Dit wijst er op dat i-psy in vergelijking met andere zorgbedrijven veel patiënten in behandeling neemt met een hoog niveau aan klachten en symptomen. Ondanks dat wij te maken hebben met vaak complexe problematiek, zijn onze behandelingen effectief. In 2014 waren onze scores voor behandel-effectiviteit bij langere behandelperiodes hoger dan het landelijk gemiddelde. i-psy heeft zelfs de hoogste behandel-effectiviteit bij behandelingen die 1 tot 2 jaar duren. Bij korte behandelperiodes binnen zorgdomein 'volwassenen cure' scoort i-psy vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde, maar wel lager dan Indigo en PsyQ <sup>6</sup>.

Wij beschouwen het als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om de zorg voor deze doelgroep te optimaliseren. Wij trachten een

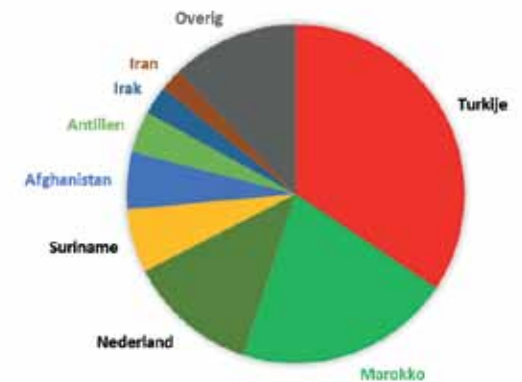
omgeving te creëren waarbinnen dit specifieke vakgebied zich goed kan ontwikkelen. Patiënten met een migratieachtergrond, asielzoekers en vluchtelingen zijn vaak extra kwetsbaar. Dit kan te maken hebben met de impact van de migratie, de minderheidspositie in Nederland, een gevoel van ontheemd zijn, trauma's in het land van herkomst, of het ontbreken van een ondersteunend familie-netwerk. De problematiek kan hierdoor gecompliceerder zijn. Door taalproblemen en/of cultuurverschillen is het voor de reguliere geestelijke gezondheidszorg soms lastig om goed aan te sluiten bij de leefwereld van de patiënt. Zelfs bij kinderen van migranten en vluchtelingen die in Nederland geboren zijn, kan de specifieke achtergrond en context de psychiatrische problemen inkleuren en de communicatie met de zorgverlener beïnvloeden. In de volgende hoofdstukken gaan wij daar dieper op in en proberen wij dit met voorbeelden te verduidelijken. Eerst schetsen wij een beeld van onze medewerkers, onze patiënten en ons aanbod.

- <sup>5</sup> ROM staat voor Routine Outcome Monitoring en gaat over het monitoren van de uitkomsten, ook wel resultaten, van de behandeling. Aan jongeren/ouders wordt met regelmaat gevraagd om een vragenlijst in te vullen waarmee zij kunnen aangeven hoe het op bepaalde gebieden met hen gaat. De resultaten van de vragenlijst worden gebruikt om de behandeling te evalueren en zo nodig bij te sturen.
- <sup>6</sup> I-psy (2015). Statement ROM en benchmark i-psy 2015. Intern rapport. Den Haag: I-psy.

## Onze medewerkers

Op dit moment – medio 2016 – heeft i-psy 345 medewerkers (282 fte). Wij zijn trots op ons multi-etnisch personeelsbestand. Alle functiegroepen, management, staf, secretariaat, ondersteunende diensten en behandelaars bestaan voornamelijk uit medewerkers van niet-Nederlands afkomst. Onze hooggekwalificeerde psychiaters, artsen, psychologen, systeemtherapeuten, pedagogen, seksuologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en vaktherapeuten hebben heel veel verschillende achtergronden. Zij zijn bijvoorbeeld van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse, Iraakse, Iraanse of Afgaanse afkomst. Maar er zijn zeker ook autochtone behandelaars. We kiezen bewust voor behandelteams die een afspiegeling zijn van de vele culturen die Nederland rijk is. Dat kan per regio, stad of wijk verschillend zijn. Door de diversiteit in teams kunnen wij goed aansluiten bij de leefwereld van de patiënten. Waar nodig kunnen wij een

goede match maken tussen patiënt en behandelaar en rekening houden met taal, cultuur en de voorkeur van een patiënt voor een mannelijke of vrouwelijke behandelaar. Bij elkaar spreken de behandelaars meer dan 25 verschillende talen.



Multi-etnische teams zijn voor patiënten heel herkenbaar en bieden vertrouwen. De diversiteit in de teams wordt actief gebruikt om elkaar te raadplegen en het eigen intercultureel vakmanschap te versterken. Met elkaar zoeken wij steeds naar betere manieren om patiënten te behandelen. Doordat het grootste deel van de behandelaars zelf een niet-westerse achtergrond heeft en / of specifieke interculturele expertise heeft opgebouwd, kunnen wij goed aansluiten bij de leefwereld van de patiënt.

### **‘Hij begreep wat ik heb meegemaakt’**

*Een 32-jarige Rwandees: “Ik werd doorverwezen naar i-psy omdat ik somber was en niet goed kon slapen. Dit is begonnen nadat ik ruzie had met mijn baas op het werk. Ik was juist heel gemotiveerd, het ging goed en ik zat in een leertraject voor de leidinggevende. Toen kreeg ik een nieuwe leidinggevende waar ik niet goed mee op kon schieten. Hij zei dat ik moest stoppen met het leertraject, omdat ik voor een andere functie nodig was. Hij beloofde dat ik later weer de opleiding zou kunnen oppakken. Toen bleek dat later allemaal een leugen. Ik werd toen ziek en zit al zes maanden in de ziektewet. Aan het eind van het gesprek vertelde ik aan de psychiater dat ik veel heb meegemaakt in Rwanda. De psychiater is een goede man. Hij vertelde ook over zijn eigen ervaringen als vluchteling. Ik was heel verbaasd over zijn voorbeelden. Hij was zelf een periode in zijn leven heel erg in een negatieve stemming. Hij dacht toen dat iedereen tegen hem werkte. Ik heb niet veel gezegd, maar dat heeft diepe*

indruk op mij gemaakt. Zijn voorbeeld en hoe hij daarmee is omgegaan heeft mijn ogen geopend. De volgende week kwam ik weer bij hem en voelde ik mij al wat beter. Ik zei dat mijn ogen waren geopend en dat ik een plan had gemaakt hoe ik verder moest met mijn werkgever. Hij ging mij helpen met kleine stapjes. Hij vroeg hoe de slaappillen werkten. Ik zei dat het gesprek veel beter had gewerkt dan het medicijn!”

#### **Beschouwing:**

De medewerkers van i-psy hebben naast hun professionele kwaliteiten ook vaak persoonlijke ervaring met migratie. Zij weten wat de gevolgen daarvan kunnen zijn voor het functioneren van mensen. Soms laten zorgverleners ook merken dat zij uit persoonlijke ervaring de situatie van de patiënt kunnen begrijpen. Dit biedt herkenning en vertrouwen waardoor een behandelaar zijn of haar deskundigheid optimaal kan inzetten.

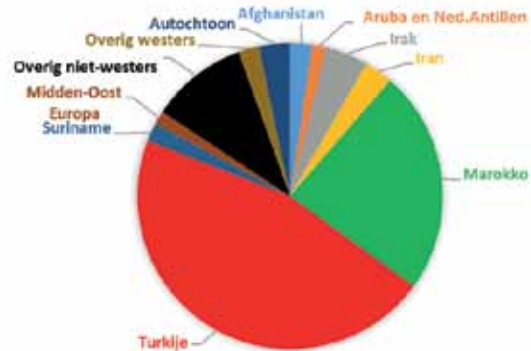
### **Onze patiënten**

i-psy behandelt patiënten van 0-100 jaar: kinderen, volwassenen en ouderen. Ruim 90% van onze patiënten is volwassen, bijna 10% van de patiënten is minderjarig. De patiënten die bij i-psy in behandeling zijn, hebben vrijwel allemaal een migratieachtergrond. Deze patiënten hebben hun wortels in wel meer dan 100 verschillende landen en zijn zeer divers in cultuur, taal en religie. Het betreft zowel hoog als laag opgeleide mensen. Het merendeel van de patiënten is van Turkse en Marokkaanse herkomst en ruim 10% van onze patiënten is asielzoeker of vluchteling.

Van de als ‘autochtoon’ geregistreerde patiënten heeft het merendeel wel roots in niet-westerse landen, maar zijn de patiënt en diens ouders in Nederland geboren. Andere autochtone patiënten hebben veelal een relatie met iemand met een migratieachtergrond, of zijn bij i-psy terecht gekomen omdat zij meenden dat ons zorgaanbod goed bij hen past.



De samenstelling van de op herkomst geregistreerde patiënten geeft het volgende beeld:



Wij verwachten een toenemende vraag vanuit onze doelgroep. In Nederland is momenteel ongeveer 12% van de bevolking afkomstig uit niet-westerse landen. In de grote steden is dat percentage veel hoger. De verwachting is dat het aandeel migranten en vluchtelingen in Nederland de komende jaren zal stijgen. Uit onderzoek blijkt dat over het algemeen de psychische gezondheid van niet-westerse bevolkingsgroepen slechter is dan van de autochtone bevolking, dat sommige migrantengroepen de weg naar de ggz nog niet goed (of tijdig) weten te vinden en dat er vaker sprake is van zorgintensieve behandelvormen. In de forensische psychiatrie en penitentiaire instellingen is sprake van een oververtegenwoordiging van patiënten met een niet-Nederlandse herkomst. Doordat i-psy laagdrempelig toegankelijk is, dragen wij bij aan een beter en vroegtijdiger bereik van deze patiëntengroepen.

### Veel voorkomende ziektebeelden

De meest voorkomende ziektebeelden die de behandelaren van i-psy vaststellen, zijn depressie, angststoornis, posttraumatische stress stoornis en somatoforme stoornis. Verhoudingsgewijs worden veel patiënten aangemeld met een vermoeden van een psychotische stoornis. Over de afgelopen jaren neemt de ernst van de problematiek bij aanmelding toe. De patiënten onderscheiden zich in vergelijking met autochtone patiënten door de ernst en complexiteit van hun klachten, door meer psychosociale problemen, door hun geringere bekendheid met psychologie, psychologische oorzaken van problemen en mogelijke interventies.

### Psychose in een context geplaatst

*Een psychiater van i-psy vertelt: "Een 27-jarige man, van West-Afrikaanse afkomst, werd naar mij verwezen vanuit het asielzoekerscentrum, in verband met psychotische klachten, post traumatische stress stoornis en depressie. Hij is via een eerdere behandelinstelling ingesteld op antipsychotica. Hij meldt bij de intake stemmen te horen, die beschuldigend van aard zijn. Hij vindt het zeer moeilijk om over zijn ervaringen in het land van herkomst en in Nederland te spreken. Hij slaapt zeer onregelmatig, heeft nachtmerries, is angstig, schrikachtig, vindt het moeilijk mensen te vertrouwen en is bang dat hij gevolgd wordt en gedood kan worden door een groep mensen die zich met voodoo bezig houden. Daarbij voelt hij zich nu hopeloos en schuldig, hij geeft aan dat zijn leven beter kan eindigen. De stemmen die hij hoort bekrachtigen dat gevoel en roepen hem op om van een brug te springen. Het blijkt dat patiënt slachtoffer is geworden van een criminele organisatie in zijn land van herkomst (mensen die met*

voodoo rituelen, mishandeling en bedreiging hem in hun macht wilden krijgen) en vervolgens in Nederland door mensenhandelaars is uitgebuit. De opeenvolgende zeer traumatische ervaringen hebben zijn vertrouwen in anderen ernstig geschaad”.

*De patiënt:* “Ik kreeg het gevoel dat de psychiater bij i-psy mij goed begreep. Ik merkte dat hij wat van voodoo wist en het serieus nam. Ik ging verder bij een vrouwelijke psycholoog. Zij was heel open en ik vertrouwde haar. Hoewel ik mij erg schaamde, heb ik voor het eerst van mijn leven iemand verteld dat ik mij meer agetrokken voel tot mannen. In mijn land is dat een groot taboe en zelfs strafbaar. Ik heb altijd alles stiekem moeten doen en had een dubbelleven. De psychologe heeft mij vertelt over de wetten en bescherming van homoseksuelen in Nederland. Door de gesprekken viel er een last van mij af”.

*De psychologe:* “We hebben zijn ideeën over voodoo besproken. Ik heb hem kunnen laten zien dat er een relatie was tussen zijn klachten en de traumatische voorgeschiedenis. In overleg met de

psychiater is hij behandeld met een anti-depressivum. Dit was gericht op de onderliggende posttraumatische stress en depressieve klachten. Dit sloeg goed aan. De gesprekken liepen goed, zijn stressniveau daalde en de psychotische symptomen namen af”.

#### **Beschouwing:**

De werkwijze van i-psy komt tot uiting in de houding en de wijze waarop een vertrouwensband wordt opgebouwd. De psychotische symptomen worden geplaatst in de context van traumatisering, ontworteling, sociale isolatie en hoge stress. Voodoo is bespreekbaar en wordt niet ontkend. Tegelijk wordt er een relatie gelegd tussen de klachten en de trauma's. De patiënt spreekt voor het eerst over zijn seksuele geaardheid en met indirecte gesprekstechnieken wordt vervolgens geprobeerd de schaamte en remming bij hem te verminderen, zodat hij zich veilig voelt om verder te spreken.

#### **Gaan alle patiënten met een migratieachtergrond naar i-psy?**

Nee, veel patiënten kunnen doorgaans prima geholpen door de reguliere ggz. Sommige verwijzers denken dat alle migranten of degenen die het Nederlands niet goed machtig zijn, het beste naar i-psy kunnen worden verwezen. Dit is echter niet zonder meer het geval. Wanneer een verwijzer een patiënt naar ons doorstuurt, uitsluitend omdat de patiënt Portugees spreekt, is dat eigenlijk onvoldoende reden. Wanneer er verder geen bijzonderheden zijn, kan deze patiënt wellicht goed geholpen worden door de reguliere ggz, al dan niet met behulp van een tolk. Overigens is het ook weer niet zo dat i-psy deze patiënt zou weigeren. Wel gaan wij met de verwijzer hierover in gesprek. Daarnaast hebben niet alle patiënten met een migratieachtergrond behoefte aan de specifieke hulp vanuit i-psy.

Wij kunnen onze patiënten in vier groepen onderverdelen:

1. Patiënten die aangeven de voorkeur te hebben voor behandeling door een hulpverlener met dezelfde achtergrond en/of in een specifieke taal. Zij kiezen vaak op eigen initiatief of op aanraden van hun omgeving voor i-psy. Bij patiënten die voor het eerst een beroep doen op de ggz, merken wij dat i-psy de stap naar de ggz makkelijker heeft gemaakt. Zij geven vaak zelf aan dat zij niet naar de reguliere ggz zouden zijn gegaan. De aanwezigheid van behandelaars die de taal van hun voorkeur spreken of een vergelijkbare achtergrond hebben heeft voor patiënten een bijzondere aantrekkingskracht;
2. Patiënten bij wie verwijzers psychische problemen vaststellen die met migratie van henzelf, partner of (groot)ouders, cultuurverschillen en/of minderheidspositie samenhangen en waarvan verwacht wordt dat specialistische interculturele expertise nodig is voor een effectieve behandeling;

3. Patiënten die vanuit de reguliere ggz verwezen worden voor second opinion of behandeling, omdat volgens de verwijzer taal, cultuur of herkomst de diagnostiek of behandeling te veel compliceren;

4. Patiënten die eerder in behandeling zijn geweest bij de reguliere ggz. Meer dan 40% van onze patiënten, komt naar i-psy omdat er onvoldoende resultaat is behaald in de reguliere zorg.

### Ons aanbod

Wij bieden vrijwel alle soorten poliklinische geestelijke gezondheidszorg voor jeugd, volwassenen en voor ouderen. Hieronder geven wij een overzicht van een aantal specialistische expertisegebieden en de wijze waarop wij samenwerken met andere aanbieders.

i-psy heeft eigen teams 'Jeugd & Gezin' waarin kinder- & jeugd-expertise wordt verbonden met interculturele expertise. Als meer gespeci-

aliseerde inzet nodig is, wordt samenwerking gezocht met De Jutters en Lucertis of eventueel verwezen. Zolang de interculturele component in een ziektebeeld sterk aanwezig is, en de binnen i-psy aanwezige expertise volstaat, kan behandeling bij i-psy plaatsvinden. Er wordt overigens in een aparte BV tussen i-psy en De Jutters samengewerkt om beide expertises te bundelen in het belang van de behandeling van de patiënt. Voor kinderen van migranten en vluchtelingen, zelfs voor de kinderen die in Nederland geboren zijn, kan de interculturele context een rol spelen bij het ontstaan van psychische problemen en bij de behandeling daarvan. Sommige kinderen hebben moeite met het omgaan met diverse culturele contexten.

De verwachtingen die vanuit thuis, school, of de omgeving aan kinderen worden gesteld kunnen nogal verschillen. Uit onderzoek blijkt dat asielzoekers, vluchtelingen en migranten met kinderen een grotere kans op opvoedingsproblemen hebben en dat bij de kinderen psychische klachten vaker voorkomen dan

gemiddeld. De opvoeding van de kinderen in Nederland is voor hen een extra uitdaging. Zonder tijdige en passende ondersteuning kan de problematiek binnen het gezin toenemen en zelfs leiden tot suïcidepogingen, overlast en criminaliteit. Recente cijfers tonen aan dat vooral Turkse en Marokkaanse ouders de weg naar de jeugd-ggz nog niet goed weten te vinden, of bang zijn om bij de jeugdhulp aan te kloppen<sup>7</sup>. Ouders stappen eerder over de drempel naar i-psy, omdat zij zich in de organisatie herkennen en zij ervaren dat er met hun taal, cultuur en achtergrond rekening wordt gehouden.

<sup>7</sup> Gilsing, R., Pels, T., Bellaart, H. en Tierolf, B. (2015). Grote verschillen in gebruik jeugdzorg naar herkomst. Kennisplatform Integratie & Samenleving analyseert CBS-cijfers 2011-2013. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

### Boom met zwevende wortels

*Een therapeut van de afdeling Kinderen & Jeugd van i-psy:* "Aliya is een meisje van 10 jaar. Zij is afkomstig uit Irak. Haar ouders zijn met haar gevlucht vanwege de oorlog. Zij woont al een paar jaar in het AZC, waar zij hun woonruimte moeten delen met steeds wisselende andere gezinnen. Bij aanvang van de therapie is Aliya heel angstig en prikkelbaar. Zij slaapt slecht en heeft dromen over mensen die haar ouders zouden willen vermoorden. Zij durft niet alleen te slapen. Zij is bang om terug te moeten naar Irak en maakt dit duidelijk door geluiden van bommen te maken. Daarnaast is zij heel onrustig, opstandig en vertoont gedragsproblemen. De behandeling bestaat uit systeemtherapie en individuele therapie. In de loop van de behandeling zijn de problemen sterk verminderd, maar de verblijfsonzekerheid maakt dat de angstige dromen en de onrust in periodes terugkomen. In de behandeling is veel aandacht geweest voor de krachten van het gezin en de gezinsleden. Aliya heeft in de



behandeling deelgenomen aan de *Tree of Life* groep. Op haar tekening staan enkele opvallende details, waaronder de wortels van de boom, die niet in de aarde groeien, maar zweven. Een mooie metafoor voor haar gevoel van 'ontworteld zijn'.

#### **Beschouwing:**

Naast individuele en systeembehandelingen, zijn er bij i-psy ook groepstherapieën, zoals de *Tree of Life*. Gedurende zeven weken werken de kinderen aan het in kaart brengen van hun (culturele) achtergrond, talenten, steunfiguren en dromen voor de toekomst. Deze therapievorm is in Australië ontwikkeld voor mensen met een belast verleden of heden. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een vluchtelingverleden, het meemaken van oorlogsgeweld of huiselijk geweld. *Tree of Life* wordt wereldwijd in vluchtelingenkampen uitgevoerd ter versterking van het oplossend vermogen van de deelnemer, het vergroten van zelfvertrouwen en gevoel van controle over het leven. Wij zoeken in binnen- en buitenland naar therapievormen die passen bij onze patiënten typeert i-psy. *Tree of Life* past goed omdat het gebruik van metaforen het gemakkelijker maakt om gevoelige thema's te uiten.

Een belangrijk expertisegebied van i-psy betreft de zorg voor **asielzoekers en vluchtelingen**. Het aantal vluchtelingen in Nederland neemt fors toe en blijft naar verwachting de komende jaren verder stijgen. De zorg voor asielzoekers, volwassenen en kinderen zonder vluchtelingenstatus, wordt via de Regeling Zorg Asielzoekers door verzekeraar Menzis bekostigd. Conform de Jeugdwet vallen alle minderjarigen binnen deze groep, echter ook onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

Bij veel vluchtelingen en asielzoekers is sprake van trauma. Medewerkers van i-psy zijn bevoegd en bekwaam in het behandelen van trauma volgens *evidence based* behandelmethodieken, zoals EMDR en NET (Narrative Exposure Therapy) en diverse stabilisatiemethodieken. i-psy biedt niet alleen curatieve, maar ook preventieve zorg, zoals het groepsaanbod gericht op opvoedingsondersteuning en psycho-educatie in asielzoekerscentra vanuit het programma Mind-Spring<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Het preventieve interventieprogramma Mind-Spring is een "voor en door"-programma, waarin opgeleide asielzoekers en vluchtelingen psycho-educatie en opvoedingsondersteuning geven aan groepen asielzoekers. De psycho-educatie en opvoedingsondersteuning worden (bij voorkeur) gegeven in de eigen of gemeenschappelijke taal, waarbij rekening wordt gehouden met de eigen cultuur en gewoonten. Er is sprake van zogenaamde "peer-education". Dit houdt in dat asielzoekers door gelijken (in bijv. achtergrond) worden onderwezen. De koppeling met de eigen cultuur door de opgeleide trainer moet zorgen voor een op de doelgroep afgestemd programma. De getrainde asielzoeker of vluchteling werkt samen met en wordt gecoacht door een ggz-hulpverlener.

Goede opvang van asielzoekers en vluchtelingen – nog zonder status in AZC's (Menzis) en met status in de reguliere sociale huisvesting (Zorgverzekeringswet) – voorkomt veel indi-viduele én maatschappelijke problemen, zeker waar het hun kinderen betreft. i-psy heeft op dit brede gebied expertise in huis. Binnen gemeenten, in wijkteams, op scholen en binnen het NT2 onderwijs (Nederlands als tweede taal) biedt i-psy deskundigheidsbevordering en aanvullende programma's, gericht op het omgaan met de problematiek die bij vluchtelingen speelt. i-psy vervult dus ook een rol als maatschappelijk partner in de eerste lijn: 1e hulpposten bij ziekenhuizen, de poli's van medisch specialisten en wijkteams.

Een ander expertisegeried is de **forensische psychiatrie**. Enkele behandelaars binnen i-psy bieden interculturele forensische psychiatrie, zowel binnen Penitentiaire Instellingen als op poliklinieken.

In geval van **verslavingsproblematiek** is de rol van i-psy groter of kleiner, afhankelijk van de ernst van de verslaving. In geval van ernstige problematiek verwijst i-psy door naar een gespecialiseerde instelling, of werkt hiermee samen. In geval van lichte verslavingsproblematiek kan het voortouw bij de behandelaar van i-psy liggen indien toepassing van interculturele competenties in de behandeling is aangewezen.

Binnen i-psy is ook een gespecialiseerd team **ouderenpsychiatrie** werkzaam, inclusief aanwezigheid van geriatrische expertise (in samenwerking met Parnassia). In combinatie met de interculturele expertise kan passende zorg geboden aan oudere patiënten met een niet-westerse achtergrond.

Een ander zich ontwikkelend expertisegeried betreft de **Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK)**. Vanuit onze culturele competentie zijn wij bekend met heersende opvattingen over ziekte en ge-

zondheid (geestelijk en lichamelijk) en het hiermee samenhangende gedrag bij het zoeken naar hulp. Samen met huisartsengroep Sanitas werken wij aan verdere versterking van onze deskundigheid op dit gebied.

i-psy zet zijn expertise ook in voor **FACT-teams**. FACT staat voor 'Flexible Assertive Community Treatment'. Patiënten van de FACT-teams hebben vaak meervoudige en complexe problemen, op verschillende levensgebieden. In de samenwerking ligt het voortouw bij de FACT-teams, waarbij i-psy zijn interculturele competentie invoegt in de behandeling. Dit kan door deelname van een i-psy-behandelaar, maar ook door overdracht van kennis. In aanvulling hierop zet i-psy ook steeds meer in op samenwerking met LVB-instellingen, omdat de inzet van interculturele expertise nodig kan zijn bij het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een patiënt, zoals bij een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek. Een ander punt

van aandacht is de samenwerking met **PsyQ**. Dit zorgbedrijf staat bekend om zijn geprotocolleerde specialistische klachtgerichte aanpak, die hierin afwijkt van de behandelaanpak van i-psy. Bij i-psy is een dergelijke aanpak minder dominant, maar komt wel voor – bv. CGT en EMDR. Wanneer een bij i-psy werkzame behandelaar van mening is dat bij een bepaalde patiënt een geprotocolleerde gespecialiseerde aanpak van PsyQ effectiever zou kunnen zijn, zal samenwerking met of overdracht naar PsyQ plaatsvinden. Het omgekeerde is ook het geval. Behandelaars van i-psy zoeken sowieso samenwerking bij de diagnostiek en behandeling van klachten waarover PsyQ over specifieke expertise beschikt (bv. ADHD en bepaalde vormen van een persoonlijkheidsstoornis).

## 2. Waarom een interculturele benadering?

Deze vraag is niet van vandaag of gisteren. Al meer dan 30 jaar vraagt men zich af hoe de ggz goed toegesneden kan worden op de doelgroep van migranten. In 1983 werd de eerste landelijke conferentie 'Migranten en ggz' georganiseerd. In de jaren daarna zijn boekenplanken vol boeken en tijdschriften geschreven over dit onderwerp. In 2008 besloot Mikado, het toenmalige kenniscentrum interculturele zorg in samenwerking met ZonMw, GGZ Nederland en het Trimbos-instituut, stil te staan bij 25 jaar werken aan interculturele zorg. Er werd een jubileumcongres gehouden en een jubileumboek uitgebracht. De conclusie was dat er stappen vooruit waren gemaakt, maar dat er nog een lange weg te gaan was. Een toegankelijke en effectieve zorg voor migranten vraagt om deskundigheidsbevordering, een aangepast zorgaanbod, kennisbundeling en specifiek beleid. Kennelijk kost de aanpassing van de zorg veel tijd. Meer dan dertig jaar 'interculturalisatie' heeft geleerd dat het uitermate moeilijk is binnen een reguliere ggz-instelling blijvend aandacht te hebben voor de specifieke factoren die patiënten met een migratieachtergrond met zich mee brengen. De verwachte

olievlekwerking van interculturele teams en interculturalisatieprojecten binnen reguliere ggz-instellingen is helaas uitgebleven. Niet iedereen is ervan overtuigd dat sommige psychische problemen van migranten een specifieke benadering vragen. Cultuursensitief werken is nog geen gemeengoed in de ggz en wordt evenmin voldoende in de opleiding en nascholing meegenomen.

Patiënten met een migratieachtergrond hebben geen eigen, krachtvolle patiëntenvertegenwoordiging. Hun stem wordt nauwelijks gehoord. Professionals in de eigen gemeenschappen hoorden echter wel van patiënten die klaagden dat de zorg niet voldoende aansloot bij hun behoeften en hun leefwereld. Mede door de marktwerking in de zorg is het mogelijk geworden om gespecialiseerde ggz-instellingen op te richten. In 2004 begon NOAGG, waar later i-psy uit is voortgekomen. NOAGG bestaat nog steeds en er zijn vergelijkbare ggz-instellingen, zoals Essens, ggz Divers en Avicenna. i-psy heeft meer dan tien jaar ervaring en is de grootste aanbieder van gespecialiseerde interculturele psychiatrie in Nederland.

### Toegankelijke en effectieve zorg

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat psychische problemen over het algemeen vaker voorkomen bij migranten en dat er door deze groep te weinig gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de ggz biedt<sup>9</sup>. Volgens recente cijfers van het Centraal Bureau voor Statistiek maken vooral jeugdigen van Turkse en Marokkaanse herkomst relatief weinig gebruik van de ggz. Hierdoor kunnen ongewenste verschillen in gezondheid en gezondheidszorg ontstaan. Dat wordt door vrijwel iedereen als maatschappelijk onaanvaardbaar beschouwd. i-psy wil actief bijdragen aan het verminderen van deze verschillen door er voor zorgen dat iedereen, ongeacht de herkomst, de zorg krijgt die nodig is. Hieraan ontleent i-psy haar bestaansrecht.

<sup>9</sup> Zie o.a.: Mustafa Catak en Rob van Dijk (2014). Migranten met psychische problemen in de huisartspraktijk. In: Tijdschrift voor praktische huisartsgeneeskunde Bijblijven. 2014:5. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

### Specifieke factoren

Wij constateerden hierboven dat de zorg niet goed aansloot, omdat er onvoldoende rekening werd gehouden met de specifieke factoren die het migrant-zijn met zich mee brengt. Welke factoren zijn dat dan?

Natuurlijk heeft iedere migrant of vluchteling zijn eigen verhaal. Maar er zijn drie factoren die over het algemeen een rol kunnen spelen: specifieke achterstanden, culturele verschillen en de minderheidspositie.

### Specifieke achterstanden

Wanneer je migreert of vlucht naar Nederland, laat je al het bekende en vertrouwde achter je. Dan sta je voor de uitdaging om een weg te

vinden in dit nieuwe land. Je hebt als migrant dan een achterstand. Je hebt minder kennis van de Nederlandse taal, je mist je vertrouwde netwerk, je hebt nog weinig inzicht in de Nederlandse cultuur en je kent de Nederlandse instellingen en hun manier van werken nog niet. Veel migranten voelen zich 'ontworteld'. Zij missen de binding met hun vertrouwde omgeving en met de eigen geschiedenis. Migratie of vluchten heeft ingrijpende gevolgen voor het sociaal, lichamenlijk en psychisch functioneren en werkt door in volgende generaties.

### Culturele verschillen

De migrant neemt zijn eigen waarden, normen, gewoonten en vanzelfsprekdheden mee. Er zijn verschillen in man-vrouw verhoudingen, in opvoeding, in accent op individualisme of collectivisme, religie, eergevoel, gebaren, manieren van communiceren, etc.

Net als bij de ontvangende samenleving is de migrant zich niet altijd van alle culturele verschillen bewust. Dit levert acculturatiestress op,

spanning van het opgroeien en leven in meerdere culturen. De samenleving eist aanpassing aan de Nederlandse normen en de eigen groep eist trouw aan de eigen identiteit. De vaak sterke sociale controle binnen de eigen etnische gemeenschap levert ook vaak stress op. In gevallen waar terugkeer naar het land van herkomst een reële optie lijkt, is er het dilemma in hoeverre integratie in de Nederlandse samenleving nodig is. Voor kinderen van migranten speelt deze factor ook sterk mee, omdat zij nog meer dan hun ouders een balans moeten vinden tussen 'Nederlander' zijn en de eigen identiteit behouden.

In de ziektebeleving en het verklaringkader van ziekten komen ook veelvuldig cultuurverschillen voor. In niet-westerse landen is het (bij) geloof in geesten, zwarte magie en het bovennatuurlijke sterker aanwezig dan in Nederland.

### Brua, Antilliaanse 'zwarte magie'<sup>10</sup>

Een 26-jarige Arubaanse vrouw vertelt: "Ik woonde ongeveer tien jaar in Nederland toen ik heel erg ziek werd. Ik dacht dat ik vergiftigd was en dat ik dood zou gaan. Ik voelde in mijn lichaam een slang die mij van binnenuit opat. Soms zat de slang in mijn keel en kon ik bijna niet ademen. Als ik buiten liep kon ik de wind door mijn botten voelen waaien. Ik had zoveel pijn dat ik nauwelijks kon slapen. Ik was naar de huisarts gegaan en hij heeft mij met spoed laten opnemen. Ik kreeg medicijnen en na een maand of zo ging ik weer naar huis. Toen ging het weer mis en werd ik nog een keer opgenomen. Maar de pijn ging niet weg."

*De huisarts:* "Zij is tweemaal opgenomen in verschillende spoedeisende psychiatrische afdelingen vanwege de angst te sterven door vergiftiging. De psychiater heeft paranoïde psychose gediagnosticeerd met vergiftigingswanen en somatische hallucinaties. Al met al zijn wij wel vier maanden bezig geweest, zon-

der voldoende resultaat. Toen hebben wij haar doorverwezen naar i-psy."

*De psychiater van i-psy:* "Op het moment dat zij bij i-psy kwam, bleek na enige tijd dat zij zich bij de verschillende hulpverleners niet goed begrepen voelde. Pas na grondig doorvragen bleek dat zij, vanuit haar Arubaanse achtergrond de klachten toeschreef aan voodoo, die toegepast zou zijn door haar schoonfamilie vanwege relatieproblemen. Op grond van haar toelichting werd getwijfeld aan de eerder gestelde diagnose en werd in plaats daarvan gedacht aan een door de cultuur gekleurd ziekte-idiom. Als werkdiagnose werd dan ook gesteld een paniekstoornis zonder agorafobie en daarnaast angst voor een ernstige ziekte. Bij het in kaart brengen van de sociale en culturele achtergrond bleek het volgende. Mevrouw was opgegroeid op Aruba. Al op jonge leeftijd moest zij voor zichzelf zorgen. Bovendien groeide zij op in een onveilige omgeving. Om te overleven werd zij lid van een bende. Zij gaf aan als gevolg hiervan wantrouwig en achter-

dochtig te zijn geworden. Op 16-jarige leeftijd kwam zij naar Nederland. Zij kreeg een relatie met een Surinaams-Hindoestaanse man, maar voelde zich niet geaccepteerd door de schoonfamilie vanwege haar culturele achtergrond. Bij een nadere analyse van haar klachten bleek dat zij de afgelopen maanden meerdere keren een epileptisch insult had gehad, kortdurende bewusteloosheid, schuimvorming op de mond en urineverlies. Zij dacht echter dat dit werd veroorzaakt door de schoonfamilie die haar met behulp van voodoo-praktijken had vergiftigd. Uit de familieanamnese bleek dat haar moeder eveneens bekend was met epilepsie. Door de herkenning van het ziektebeeld van haar moeder en door psycho-educatie over epilepsie en over paniekgevoelens gerelateerd aan lichamelijke klachten voelde patiënte zich begrepen en gerustgesteld. Vervolgens stond zij open voor therapie en medicatie voor de epilepsie. Met goed resultaat.”

### **Beschouwing:**

Een cultuursensitieve benadering in combinatie met grondige psychiatrische en neurologische diagnostiek leverde een verrassende uitkomst op. Dit onderstreept hoe belangrijk het is om aansluiting te zoeken bij de verklaringsmodellen van onze patiënten en om ons te realiseren hoe essentieel dit is bij patiënten van niet Nederlandse afkomst.

<sup>10</sup> Deze casus is uitgebreid beschreven in: Minkenberg, E. en J. Blom (2015). Brua als verklaringmodel voor ziekten. In: Tijdschrift voor psychiatrie 57 (2015) 5, 367-370.

### **Minderheidspositie**

De migratie brengt een minderheidspositie met zich mee. De migrant is ‘anders’, mogelijk qua uiterlijk, geloof en cultuur. Ook de rechtspositie en de waardering voor diploma’s kan anders zijn. Voor de migrant levert dat vaak onzekerheid op, het gevoel niet voor vol te worden aangezien. De migrant wordt geconfronteerd met negatieve beeldvorming, uitsluiting en discriminatie.

De combinatie van specifieke achterstanden, cultuurverschillen en minderheidspositie vergroot de kwetsbaarheid van migranten in vergelijking met de autochtone bevolking. Het speelt een essentiële rol in de ontwikkeling van mensen, in hun coping-gedrag, in ziek worden, ziektebeleving, ziekteverklaring en hulpzoekgedrag. Deze factoren spelen ook een grote rol in de interactie tussen patiënt en hulpverlener. Om effectief te kunnen helpen is een goede vertrouwensrelatie, een goed begrip van de etnisch-culturele achtergrond, mogelijke cultuurverschillen, de etnische identiteit, de

leefomstandigheden en persoonlijke geschiedenis van groot belang. De genoemde factoren gelden overigens niet uitsluitend voor migranten. Sommige autochtonen vinden ook de weg naar i-psy, omdat zij psychologische problemen hebben door cultuurverschillen en een minderheidspositie (zoals een keer is voorgekomen bij een streng katholiek gezin in een gereformeerd dorp).



### 3. De interculturele systemische benadering

Het kenmerkende van i-psy is de brede eclectische, zich voortdurend verdiepende cultuursensitieve en multidisciplinaire benaderingswijze. Dat betreft niet alleen de behandeling, maar is verweven in alle facetten van de organisatie. In dit hoofdstuk gaan wij op onderstaande facetten dieper in.

- de interculturele deskundigheid
- de matching van hulpverleners en patiënten met eenzelfde taal en/of culturele achtergrond
- de behandelstrategieën en –instrumenten die ‘cultureel aangepast’ zijn
- de organisatorische randvoorwaarden: een herkenbare, steunende organisatie met divers samengestelde, meertalige teams, een herkenbare inrichting, tolkenvoorzieningen en vertaalde voorlichtingsbrochures.

Binnen de interculturele systemische benadering worden de klachten van patiënten benaderd in wisselwerking met de familie, context en culturele achtergrond. Naast gender en klasse, spelen ook cultuur, geloof en etniciteit

een rol spelen in de klacht en de dynamiek van de therapeutische relatie. Voor de behandeling betekent dit dat de behandelaar aandacht heeft voor de bredere verbanden in de familie, de historie en de cultuur van de patiënt, zonder dat dit tekort doet aan individualiteit en de vrije keuze van de patiënt.

Bij i-psy is de herstel ondersteunende zorg (HOZ) het uitgangspunt en daar past de cultuursensitieve benadering zeer goed binnen. In plaats van de focus leggen op ‘genezing’ van een ziekte, ligt de focus op persoonlijk en maatschappelijk herstel van de patiënt, het opbouwen of hervinden van eigen identiteit en het heroveren van regie over het eigen bestaan. Daarbij wordt de familie en het eigen netwerk nauw betrokken om samen te werken aan het proces van het herstellen van het systeem. Ook wordt nadrukkelijk aandacht geschonken aan de verbetering van het sociale netwerk. i-psy zet zich ervoor in dat alle inwoners van Nederland gelijke toegang hebben tot effectieve en betaalbare zorg, ongeacht hun culturele

en sociaaleconomische achtergrond. De combinatie van bovenstaande facetten biedt de patiënten een therapeutische context waarin ze toegankelijke, hoogwaardige, effectieve én efficiënte zorg krijgen in een veilige en herkenbare omgeving. In dit hoofdstuk gaan wij op ieder facet dieper in en trachten wij de werkwijze met voorbeelden te verduidelijken.

In onderstaand voorbeeld komt naar voren dat culturele achtergrond en migratie een grote rol kunnen spelen. De migratiegeschiedenis is bij vrijwel al onze patiënten van invloed, omdat migratie één van de meest stressvolle gebeurtenissen is in iemands leven. Direct met migratie verbonden factoren, zoals verlaten van het geboorteland, scheiding van gezin en familie, verhuizing van het platteland naar de grote westerse stad, en verlies van sociaal netwerk en maatschappelijke status, kunnen negatieve gezondheidsimplicaties hebben. Ook voor de kinderen van migranten of vluchtelingen.

#### Een meisje van 16 jaar met suïcidaal gedrag

“Ik ben Melissa, 16 jaar en ik woon in Lelystad. Ik kan nu iets beter over mijzelf vertellen, hoewel ik het nog steeds moeilijk vind. Het gaat iets beter met me. Ik heb in mijn leven zoveel ellende meegemaakt dat ik mezelf ging snijden en niet meer wilde leven. Ik sliep heel slecht en ik at ook niet goed. Eigenlijk was ik een levend wrak. Iedere avond ging ik in mijn arm snijden en af en toe nam ik een heleboel pillen in. Dit deed ik om alle pijn en spanning niet meer te hoeven voelen. Een keer heb ik geprobeerd mijzelf te wurgen met een riem. Ik kom uit een gezin met vier kinderen. Ik ben geboren op Aruba, waar mijn moeder vandaan komt. Mijn vader komt uit Libanon. Toen ik 1 jaar was, zijn we verhuisd naar Libanon. Toen ik daar een half jaar was werd bij mij acute leukemie geconstateerd en heb ik lang in het ziekenhuis gelegen. Gelukkig wel genezen. Vanwege de oorlog in Libanon zijn we naar Nederland gegaan. Ik was toen 8 jaar.

Sorry, het verhaal is niet bepaald vrolijk. In Nederland ging het niet zo goed tussen mijn ouders. Mijn vader sloeg mijn moeder regelmatig. En ons trouwens ook. Toen ik 15 jaar was, ging ik met mijn moeder naar Aruba. We werden aangehouden op Schiphol, omdat mijn vader aangifte had gedaan van ontvoering. Bureau Jeugdzorg is ingeschakeld. Echt een rotstreek van hem en sinds die tijd wil ik geen contact meer met mijn vader.

Nou, ik ben dus al lang somber en depressief. Niemand kon mij helpen. Ik ben bij de huisarts en instellingen geweest. Ik was ook moeilijk en wilde eigenlijk niets. Toen kwam ik bij i-psy terecht. Dat vond ik ook niet leuk in het begin. Ik kreeg een Surinaamse psychologe en een Antilliaanse systeemtherapeut die mij samen gingen behandelen. Bij hen kon ik mijn verhaal goed kwijt en het luchtte mij wel op. We zijn al lange tijd bezig en langzamerhand gaat het beter met mij.”

### **Beschouwing:**

De veiligheid en culturele herkenbaarheid binnen de therapie worden door Melissa en het gezin als belangrijk ervaren, naast het gegeven dat er zowel systeemtherapie is geboden als individuele contacten. De hele migratiegeschiedenis heeft op ieder gezinslid een grote impact gehad. In de individuele behandeling komt ook nog naar voren dat Melissa zich veel zorgen maakt over haar moeder en zich verantwoordelijk voelt voor haar. De behandeling gaat met kleine stapjes en hebben als resultaat dat ze beter contact heeft met haar moeder en nu weer gewoon dochter kan zijn. Ze heeft meer zelfrespect en zelfvertrouwen en zij snijdt zich al enige maanden niet meer. Het gaat beter op school en zij gaat weer om met vriendinnen. Er is geen sprake meer van huiselijk geweld en er is weer voorzichtige toenadering tussen de ouders. Melissa heeft weer contact met haar vader en geeft aan dit ook prettig te vinden. De individuele behandeling bestaat nu nog uit enkele vinger aan de pols contacten, in de systeemtherapie zijn er nog wat stappen te maken.

## Interculturele deskundigheid

Het intercultureel systemisch werken wordt mede vormgegeven door de behandelaar. Bovenop de vereiste algemene deskundigheid, beschikken de hulpverleners bij i-psy ook nog over interculturele competenties. Dit zijn de kennis, houding en vaardigheden, die de behandelaar nodig heeft om op een goede manier te kunnen communiceren en effectief te kunnen werken, wanneer interculturele aspecten van invloed zijn op de psychische klachten van de patiënt.

Hieronder worden de belangrijkste specifieke competenties beschreven:

### **I. Bewustzijn van eigen culturele normen en waarden**

a. Kennis van eigen voorkeuren, normen, waarden en opvattingen (ook op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg) en de wijze waarop deze de interactie met patiënten kunnen beïnvloeden.

b. Alertheid op overhaaste conclusies op basis van voor de behandelaar vreemde presentatie of communicatiewijze van de patiënt.

c. Bewustzijn dat wat voor de behandelaar vanzelfsprekend is, niet zo hoeft te zijn voor patiënten en hun naasten.

d. Waakzaamheid voor risico op stereotypering en vooroordelen op grond van etniciteit, cultuur en/of levensbeschouwing, en alertheid op subtiele vormen van (vermeende) discriminatie en uitsluiting binnen het therapeutische contact.

### **II. Specialistische kennis over de culturele en maatschappelijke achtergrond van patiënten in relatie tot hun geestelijke gezondheid**

a. Kennis over de leefwereld van culturele minderheden en de gevolgen van (gedwongen) migratie, uitsluiting en discriminatie op de geestelijke gezondheid.

b. Kennis over normen, waarden en levensbeschouwingen in verschillende culturele groepen.

c. Kennis over relevante medische systemen bij verschillende culturele groepen, waaronder bekendheid met dominante opvattingen over ziekte en gezondheid, verklaringen van ziekte en hulpzoekgedrag.

d. Kennis van het bestaan van diverse idiomen als cultureel betekenisvolle wijzen waarop patiënten hun gezondheidsproblemen ervaren en communiceren.

De behandelaars bij i-psy hebben verschillende culturele achtergronden en de meeste behandelaars hebben zelf een migratieachtergrond of vluchtgeschiedenis. Het inzetten van deze ervaringsdeskundigheid en kennis van de leefwereld van de patiënt, versterkt de interculturele deskundigheid van de behandelaar en het team. Door deze specifieke interculturele competenties kan goed worden aangesloten bij

de patiënt, de familie en het eigen netwerk en lukt het beter om patiënten effectief en tijdig te bereiken. Deze benadering is voor i-psy de essentie van cultuursensitieve zorg. Een vorm van zorg die rekening houdt met de normen, waarden, verwachtingen, opvattingen en beleving van patiënten, met hun sociaal-maatschappelijke context en positie in het heden en verleden.

### Loskomen van de ouders

Een Turkse vrouw van 42 jaar uit Haarlem vertelt: "Een paar jaar geleden werd ik plotseling ontslagen op mijn werk. Daarna kreeg ik allerlei problemen in de familie. Ik had al fibromyalgie, maar werd daarbij heel erg moe, ging hyperventileren en werd steeds depressiever. Ik keek heel negatief naar mijzelf. Via mijn huisarts ben ik bij de ggz terecht gekomen. Ik ben bijna twee jaar in behandeling geweest, maar werd niet beter. Via een vriendin hoorde ik van i-psy en ben toen, in overleg met de artsen, daarnaar verwezen. Ik had twee intake gesprekken die prettig verliepen. Ik voelde mij veel meer begrepen dan de twee jaar er voor. Misschien begreep hij mijn achtergrond beter, omdat hij ook Turks was. Niet vanwege de taal, want we spraken Nederlands met elkaar. Hij begreep hoe het bij ons werkt in de familie. Vooral dat mijn ouders mij helemaal geen erkenning gaven. Dat luchtte erg op."

### *Beschouwing:*

In de reguliere ggz werd veel nadruk gelegd op het zelfstandig worden, minder afhankelijk te zijn van de ouders en grenzen aangeven. Echter vanuit haar culturele achtergrond wordt een andere betekenis gegeven aan 'zelfstandigheid' dan in Nederland gebruikelijk is. Het is een heel beladen onderwerp dat om een meer subtiele of cultuur sensitieve aanpak vraagt. Door rekening te houden met haar eigen context, konden flinke stappen vooruit gemaakt worden.

De behandelaars hebben in hun opleiding vooral westerse kennis en vaardigheden opgedaan. De interculturele benaderingswijze houdt in dat de behandelaar de specifieke kennis, houding en vaardigheden inzet om de behandeling en de communicatie op een 'interculturele' manier in te kleuren. De basis-houding is onderzoekend en nieuwsgierig naar de beleving van de patiënt zelf. Een sterk bewustzijn van het eigen referentiekader en reflectie hierop zorgt ervoor dat de behandelaar voor iedere nieuwe patiënt weer open staat. De patiënt bepaalt voor een groot deel het proces. Hierdoor kan voor iedere patiënt maatwerk worden geleverd.

De patiënt en diens omgeving staan meer centraal dan de klacht of het ziektebeeld. Kennismaking en voldoende tijd nemen om een goede vertrouwensrelatie op te bouwen staan centraal. Overigens zonder dat de gehele behandeling meer tijd kost. Bij i-psy duurt een behandeling gemiddeld even lang als bij de reguliere zorg.

Bij i-psy beseffen de hulpverleners dat zij er juist zijn voor patiënten met complexe problematiek. Er is veel geduld, meer dan gemiddeld, om creatieve wegen te bewandelen. Om een goede diagnose te kunnen stellen met een passende behandeling. De hulpverleners werken sterk systemisch en besteden meer aandacht om de context van de patiënt duidelijk te krijgen. Dan blijkt bijvoorbeeld dat aan de depressie van de patiënt een ingewikkeld familieconflict ten grondslag ligt.

In het voorbeeld hiernaast over een man uit Sierra Leone wordt duidelijk dat interculturele kennis de behandelaar helpt om de context goed in kaart te brengen.

## **Gevlucht uit Sierra Leone**

Een psychiater van i-psy: "Een veertigjarige man, een asielzoeker uit Sierra Leone, is door de huisarts naar ons verwezen vanwege posttraumatische stressklachten. De man geeft aan dat demonen hem lastig vallen. Hij ervaart complotten tegen hem en vertrouwt niemand. Een diagnose PTSS lijkt op basis van deze klachten en symptomen voor de hand te liggen, gevolgd door een standaard protocollaire behandeling. Wanneer we echter de psychotisch-ogende klachten proberen te begrijpen tegen de achtergrond van zijn leven vóór zijn vlucht naar Nederland, dan ontstaat een ander beeld. Natuurlijk is dit maar één aspect van de context. De man is opgegroeid in een omgeving waarin het bestaan van demonen vanzelfsprekend is. Dit wereldbeeld heeft hij van kinds af aan van gezin en familie meegekregen. In Sierra Leone wordt van generatie op generatie doorgegeven dat er op gepaste rituele wijze afscheid genomen moet worden van een overledene. Als dit niet gebeurt, blijft diens ziel de familie lastig

vallen. In een oorlogssituatie is dat echter vaak niet mogelijk. Dit is ook het geval geweest bij deze man. Hij ervaart niet alleen verdriet, omdat hij geen afscheid heeft kunnen nemen, maar voelt zich ook schuldig dat hij dit niet op een gepaste wijze heeft kunnen doen".

### **Beschouwing:**

De benadering van i-psy kenmerkt zich door ruime aandacht voor het in kaart brengen van de context van de patiënt. Wanneer dit duidelijk is wordt er in de behandeling rekening mee gehouden. In dit geval is er samen met de patiënt gezocht naar een manier om alsnog volgens het voorgeschreven ritueel op een gepaste manier afscheid te nemen, opdat de demonen hem verder met rust laten. Dit rouwritueel zorgde er voor dat de behandeling beter heeft uitgedaan dan met medicatie en psycho-educatie alleen. De klachten over samenzweringen en complotten verminderden en werden door de patiënt binnen het juiste perspectief geplaatst.

## Matching van patiënt en hulpverlener

I-psy tracht zoveel als mogelijk hulpverleners en patiënten met eenzelfde taal en/of culturele achtergrond aan elkaar te koppelen. Dat geeft wederzijds begrip en vertrouwen. Elkaar in dezelfde taal te kunnen spreken en beschikken over hetzelfde culturele referentiekader maakt de behandeling makkelijker, efficiënter en succesvoller.

De voorkeur van de patiënt staat hierbij centraal. Er wordt gevraagd of de patiënt een voorkeur heeft voor een mannelijke of vrouwelijke behandelaar en welke voorkeur voor taal of culturele achtergrond de patiënt heeft. Taal is een belangrijke cultuurdrager. Het gaat ook om de semantiek van de taal. Als de behandelaar dezelfde taal spreekt als de patiënt heeft dat een grote meerwaarde. Als i-psy geen hulpverleners beschikbaar heeft die de taal van de patiënt spreken en een tolk nodig is, dan zorgt i-psy daarvoor. In de teambespreking wordt ruimschoots stilgestaan bij de keuze van de

behandelaar die het beste past bij (de wens van) de patiënt.

*Hiernaast twee voorbeelden:*

## Het gemeenschappelijke van migrant-zijn

Een Turkse psychiater: “Er kwam eens een 50-jarige Antilliaanse man bij mij, via de reclassering. In het eerste gesprek zei hij gelijk dat hij niet gek is, maar dat hij van justitie bij de psychiater moest komen. Hij vertelt dat hij voor verschillende diefstallen is veroordeeld en dat hij de diefstallen heeft gepleegd om anderen te helpen (stelen van luiers, voeding e.d.) en zelf te overleven. Hij had allerlei problemen met verschillende instanties. Eerder was hij ook al verplicht om hulp te accepteren van de GGZ, maar daar kwam hij zijn afspraken niet na. Op de vraag waarom hij bij i-psy wel altijd komt, geeft hij als antwoord dat witte Nederlandse mensen hem niet kunnen begrijpen en hier bij i-psy wel”

### **Beschouwing:**

Alleen al het feit dat de behandelaar ook een migratieachtergrond heeft kan voor de patiënt belangrijk zijn. Het gaat dan niet om het gemeenschappelijke van de taal of de herkomst,

maar om de herkenning van de positie van migrant-zijn, de minderheidspositie en cultuurverschillen tussen westers en niet-westers.

## Rouwverwerking en psychiatrie

Mevrouw B. (41 jaar van Marokkaanse afkomst): “Ik was na het overlijden van mijn broer nogal van de kaart en bij de GGZ terecht gekomen. De vrouw die mij hielp was aardig en begripvol, maar toch had ik het idee dat zij niet precies begreep wat het verlies voor mij betekende. Op een gegeven moment zei ze zelf ook dat ze mij door wilde verwijzen naar i-psy. Ik ging met mijn beste vriendin. In het eerste gesprek zei de hulpverleenster van i-psy zulke goede dingen, dat ik begon met huilen en niet meer kon stoppen. Zij raakte mij in mijn ziel met haar woorden. Ik ging mezelf slaan en aan mijn haren trekken. Toen ik weer een beetje gekalmeerd was, kon ik voor het eerst aan een vreemde vertellen wat er precies was gebeurd. Dat mijn jongere broer op straat is vermoord. Ik

weet niet door wie en waarom. Dat ik het niet kan geloven en steeds denk dat hij er weer is. Dat ik hem steeds zie en hoor. Ik werk niet meer en doe thuis ook niets. Ik weet het niet precies, maar ik denk dat Nederlandse hulpverleners mij niet goed begrijpen, los nog van de taal. Bij i-psy begrijpen ze wel hoe intens de relatie met mijn broertje was, ook al woonde wij niet bij elkaar in de buurt.”

**Beschouwing:**

De matching tussen patiënt en behandelaar is voor i-psy heel belangrijk, omdat de herkenbaarheid, nabijheid en de professionele vertrouwensband een voorwaarde zijn om de behandeling succesvol in te zetten. In deze casus weet de hulpverleenster de juiste woorden te vinden. Dat ligt soms ook in de taal. In de eigen taal zijn soms uitspraken of gezegden die zeer treffend kunnen zijn. Ook de cultuur-sensitieve wijze waarop de familiebanden werden getypeerd, was belangrijk voor de patiënt. Het is vaak subtiel, maar dat geeft de ‘klik’ tussen patiënt en behandelaar die nodig is om de therapie een goede basis te geven.

## Interculturele behandelstrategieën en –instrumenten

De diagnostiek en behandeling van de patiënten die bij i-psy terechtkomen zijn veelal gecompliceerd door communicatieve, culturele en context-gebonden factoren. Daarom kiezen wij voor een interculturele systemische benadering. De sociale context van de patiënt en zijn systeem, zowel in het heden en het verleden, staat centraal. Veel van de familiesystemen van onze patiënten zijn zeer hecht en dat is een extra reden om hiervoor te kiezen. Binnen de behandeling wordt het gezin van herkomst, de familie, meegenomen in de behandeling, uiteraard afhankelijk van de situatie in aanwezigheid of afwezigheid. Daarnaast wordt het eigen netwerksysteem betrokken en/of worden ketenpartners betrokken om o.a. het netwerk op te uit te bouwen.

De interventies, de psychodiagnostische onderzoeksinstrumenten, de classificaties en de behandelmethoden die gangbaar zijn in

de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg zijn doorgaans ontwikkeld voor een westerse patiëntengroep en niet voor anderen gevalideerd. Ook is in de westerse wereld meer onderscheid tussen lichamelijke en psychische aandoeningen dan in de niet-westerse wereld. Wij zijn ons daarvan bewust en houden rekening met de belevingswereld van de patiënt. Wij hebben oog voor de lichamelijke beleving en presentatie van psychisch lijden en voor het niet of onvoldoende onderkennen van somatische aandoeningen in de reguliere geestelijke gezondheidszorg, voornamelijk bij patiënten met chronische pijnklachten. Daarom maken wij gebruik van een aantal specifieke instrumenten die goed passen binnen de interculturele systemische benadering. Bijvoorbeeld het intercultureel systemische interview (als aanvulling op het cultureel interview), het maken van een genogram (grafische weergave van familie verhoudingen en medische geschiedenis) en het werken met levenslijnen, het tekenen van familiegeschiedenis, waarin feitelijke gebeurtenissen chronologisch worden weergegeven en

daarnaast de beleving van de gebeurtenissen een plek krijgt.

*In dit verband is de behandelstrategie bij i-psy als volgt:*

- a. Gebruik van vertaalde en zoveel mogelijk gevalideerde diagnostische instrumenten, waarbij rekening gehouden wordt met de inherente culturele bias van deze instrumenten.
- b. Het opstellen van een culturele formulering en het integreren daarvan in het behandelplan.
- c. Een intercultureel-systemische benadering waarin expliciete aandacht bestaat voor de culturele achtergrond en de sociale context van de patiënt.
- d. Flexibiliteit in omgang met culturele verklaaringsmodellen van klachten, waarbij in psycho-educatie en uitleg over de rationale van de behandeling zoveel mogelijk aansluiting plaatsvindt bij de visie en beleving van de patiënt.

e. Het gebruik van cultureel toegankelijke metaforen en instrumenten tijdens de behandeling, zoals visuele hulpmiddelen et cetera.

f. Inventariseren van culturele bronnen van veerkracht en herstel, zoals spiritualiteit, levensbeschouwing en specifieke rituelen, en het incorporeren daarvan in de behandeling.

Westerse behandelmethoden zijn in de meeste gevallen toepasbaar voor patiënten met een migratieachtergrond, omdat deze op maat worden gemaakt voor gebruik bij onze patiënten. Daarvoor zijn de interculturele competenties van de behandelaars nodig. Zo worden in het onderstaande voorbeeld dwangklachten behandeld met reguliere methoden, maar wel op een cultuursensitieve wijze.

## Dwangmatig schoonmaken

Filiz, een vrouw van 35 jaar en van Turkse herkomst uit Amsterdam, vertelt haar verhaal: “Toen ik 20 jaar was ben ik getrouwd en naar Nederland gekomen. Ik ging met mijn man bij mijn schoonfamilie wonen. Dat is gebruikelijk. Ik werd door mijn schoonmoeder behandeld als een soort slaaf, vaak vernederd en getreiterd. Ik heb geprobeerd een perfecte schoondochter te zijn. Alles moest schoon zijn in huis, de schoonfamilie moest niets aan te merken hebben. Anders kwam er kritiek en werd er over haar geroddeld. Ik was heel bang om verstiten te worden. Als ik niet goed zou schoonmaken, zou ik mijn huwelijk op het spel zetten. Ik zat vol met stress en voelde mij ziek. Uiteindelijk kwam ik bij een GGZ-instelling in behandeling. In ongeveer negen maanden heb ik maar een paar gesprekken gehad. Ik vond de psychologe aardig, maar de gesprekken liepen niet goed. Ik vond de taal moeilijk. Veel Nederlandse woorden begreep ik niet goed. Zij wist niet veel over Turkse families en hoe het bij ons gaat. Toen

ben ik gestopt. Ik ben gaan zoeken naar iemand die mij in mijn eigen taal- en cultuur verder kon helpen.”

De psycholoog van i-psy: “Filiz werd verwezen wegens dwangklachten, vooral schoonmaakdwang. In haar persoonlijkheid valt zowel perfectionisme op als angst voor afwijzing. Als zij niet zou schoonmaken, zou zij geen perfecte schoondochter zijn, wat bij haar veel angst oproept. Om haar gedrag in bepaalde situaties goed te begrijpen, moest ik laten merken dat ik haar culturele achtergrond begrijp. Namelijk, hoe belangrijk het voor haar is om erkenning als schoondochter te krijgen en te behouden. Pas toen ik dat liet merken, kon zij haar angstige gedachten goed uitspreken. Van daaruit kon zij voorzichtig kijken naar hoe haar rampgedachten haar emoties en gedrag negatief beïnvloedden. Ik heb haar vervolgens uitgedaagd om te onderzoeken of vanuit haar culturele norm het toch ook mogelijk is haar rol als schoondochter vanuit andere perspectieven te bekijken. Ik gebruikte daarvoor vergelijkingen en metaforen

die in Turkije vaak gebruikt worden en herkenbaar waren voor haar. Zij heeft langzamerhand geleerd welke betekenis de dwanghandelingen hadden. Ik heb haar man bij de behandeling betrokken en dat heeft haar veel lucht gegeven.” Filiz: “Ik ben een stuk sterker geworden. Ik ben heel tevreden over de behandeling. Ik heb mijn dwanggedachten grotendeels onder controle. Ik ben niet meer zo bang dat anderen mijn huis rommelig zullen vinden. Het was goed dat mijn man er twee keer bij was. Hij begrijpt mij nu beter. Ik ben wel bang dat ik terug zal vallen nu de therapie is afgesloten. Maar het stelt me wel gerust dat ik altijd contact op mag nemen.”

#### **Beschouwing:**

Dit voorbeeld laat zien dat culturele aspecten ook bij een ‘gewone’ dwangstoornis een rol kunnen spelen. De behandelaar heeft de klachten in de eigen culturele en maatschappelijke context beoordeeld. De context bestaande uit de migratie in het kader van haar huwelijk, dat een ingrijpend moment in haar leven was en de onzekerheid in relatie tot schoonfamilie. De

betekenis van de dwang werd in de context geplaatst van de cultuurbepaalde vrouwelijk rol en de angst van de vrouw om afgewezen te worden door man en schoonfamilie.

Bij het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten (zoals bij de ‘mirro-screener’, om te bepalen of basis- of gespecialiseerde ggz noodzakelijk is) zet de behandelaar zijn interculturele competenties in om de vragenlijst effectief te kunnen gebruiken. Sommige vragen zijn nogal direct gesteld, bijvoorbeeld over seksualiteit in de relatie. Afhankelijk van de achtergrond van de patiënt, probeert de behandelaar dit soort vragen zo te stellen dat het acceptabel is voor de patiënt.

Naast bestaande methodieken die op maat worden aangepast, worden ook interculturele instrumenten, zoals de Leertest Etnische Minderheden (LEM), de Multiculturele Capaciteiten Test en het Culturele Interview gebruikt.

#### **Intake en diagnostiek**

Bij de eerste kennismaking zal een behandelaar niet beginnen met het vragen naar de klachten. “Waarom bent u hier”? Dit kan een patiënt onzeker maken. “Ben ik hier wel goed”? De behandelaar begint met kennismaking: “Wie bent u? Hoe gaat het met u?” Veel patiënten van i-psy

hebben eerder negatieve ervaringen opgedaan met hulpverleners en willen in de kennismaking ‘testen’ of de betreffende behandelaar iets van zijn achtergrond en leefwereld begrijpt. Patiënten met een niet-westerse achtergrond kunnen zich op een andere wijze uiten dan de gemiddelde autochtone patiënt. Zij hebben vaak moeite om hun emoties te uiten en er de juiste woorden aan te geven. Het vergt veel inlevingsvermogen van de behandelaar om deze patiënten de ruimte te geven en de woorden aan te reiken om zich te uiten.

Tijdens het intakegesprek wordt een voorlopige diagnose gesteld. In de eerste behandelfase wordt uitgebreid de context in beeld gebracht, de behandelrelatie versterkt, het effect van de klachten besproken, de levensfasen in kaart gebracht en genogrammen gemaakt. Afhankelijk van de patiënt kan dat soms wel vijf gesprekken omvatten.

De specifieke cultuurgebonden factoren en de context worden in die gesprekken systematisch



bevraagd. Dat kan met behulp van het 'culturele interview', maar voor de meeste hulpverleners van i-psy is een apart instrument niet nodig. Het culturele interview<sup>11</sup> is een, door Hans Rohlof en anderen ontwikkelde, methodiek om culturele informatie te verkrijgen van een patiënt en deze informatie te integreren in de anamnese en diagnostiek. Dit is een handig hulpmiddel voor professionals bij wie de interculturele benadering nog niet vanzelfsprekend is. Bij i-psy wordt het cultureel interview niet apart, maar geheel geïntegreerd in de intakefase gebruikt.

<sup>11</sup> Hans Rohlof (2012). Psychiatrische diagnostiek, het "Culturele Interview" en de DSM-5. Tijdschrift voor Psychiatrie, 54 (9): 819-821.

### Depressief aan de zijlijn

Het verhaal van een 27-jarige man van Marokkaanse afkomst en vader van een tweeling van 2 jaar: "Ik woon pas sinds 3 jaar met mijn gezin in Nederland. Ik heb eerst 2,5 jaar als bezorger gewerkt. Toen werd ik opeens werkeloos. Het was niet leuk daar en zwaar werk, maar thuiszitten vind ik ook niets. Ik heb geen tijd gehad om goed Nederlands te leren, omdat ik meteen ben gaan werken. Nu vind ik het moeilijk om nieuw werk te vinden. Je merkt dat ze geen Marokkaan willen. Ze zeggen vervelende dingen. Ik kreeg veel last van mijn schouders. Door de pijn en alles werd ik heel prikkelbaar, had ik ruzie thuis en deed ik veel minder leuke dingen met mijn vrouw en de kinderen. De huisarts kon de pijn van de schouders niet oplossen. Hij stuurde mij naar i-psy. Ik wist niet precies waarom en ik kon ook niet goed zeggen waarvoor ik hulp wil. De psycholoog zei dat ik wel depressief was." De psycholoog: "Ik ben begonnen met gesprekken in aanwezigheid van zijn vrouw waarbij gebruik is gemaakt van de instrumenten

'genogram' en 'levenslijn'. Langzamerhand ging hij vertellen wat hij voelde. Hij zei dat hij de kostwinner moet zijn en dat hij niet hoort te klagen. Hij heeft niet de tijd genomen om bekend te raken met Nederland en te aarden. Hierdoor was hij weinig opgewassen tegen problemen die zich voordeden op het werk in een voor hem vreemd land met een voor hem vreemde taal. Hij is zich sub-assertief gaan opstellen op het werk om niet te hoeven klagen. Hierdoor zijn de werkproblemen juist verergerd. Bovendien voelde hij zich als vrome moslim in de huidige maatschappelijk context niet thuis in Nederland. Door de vooroordelen jegens zijn religie en afkomst is hij zich gaan isoleren. Al deze verschillende probleemgebieden veroorzaakten psychische klachten, die op hun beurt voor relatieproblemen hebben gezorgd met zijn vrouw en kinderen. Tijdens de behandeling is er, samen met zijn vrouw, aandacht besteed aan het inzichtelijk maken van de klachten in de persoonlijke en maatschappelijke context. Dit heeft voor meer begrip gezorgd, waardoor de somberheidsklachten minder werden en

het contact met partner en kinderen herstelde. Tevens is er gekeken naar manieren om op voor hem passende wijze in de huidige maatschappij te integreren. Hierdoor zijn de angstklachten minder geworden. Hij verricht nu aangepast werk, volgt Nederlandse lessen en maakt meer contact met anderen."

#### **Beschouwing:**

In deze casus is de behandelaar niet direct over de klachten begonnen, maar heeft uitgebreid de tijd genomen om de patiënt en zijn familie te leren kennen. Bij i-psy wordt in veel gevallen een genogram gemaakt. Een genogram is een tekening van het familiesysteem van grootouders tot en met kinderen en kleinkinderen en de relaties tussen de familieleden. Ook 'levenslijn' wordt gebruikt, een instrument om de levensloop van patiënten goed in beeld te krijgen. Met genogrammen en levenslijn worden belangrijke gebeurtenissen in het leven van de patiënt naar voren, zoals een te vroeg gestorven broertje, familieleden waar geen contact meer mee is, etc. Dit zijn belangrijke instrumen-

ten in het systemisch werken. Hierdoor wordt de persoonlijke en maatschappelijke context duidelijk in een intercultureel perspectief. De migratieachtergrond en het leven in Nederland spelen een belangrijke rol in deze casus. Door dat in de intake naar boven te halen kan er in de behandeling rekening mee worden gehouden.

Veel patiënten zijn niet goed bekend met psychologie of psychologische verklaringen. Zelfs vrij bekende mechanismen, zoals het fenomeen dat stress maag- of hoofdpijn kan veroorzaken, zijn niet altijd bekend bij laagopgeleide migranten. Soms maakt psycho-educatie daarom deel uit van de diagnostiek of behandeling.

Als de patiënt bijvoorbeeld meent dat zijn klachten veroorzaakt worden door geesten, worden de gedachten van de patiënt niet afgewezen. De behandelaar staat open voor de belevingswereld van de patiënt en gaat er met respect mee om. Er wordt goed doorggevraagd naar de betekenis die de patiënt hieraan geeft. In de meeste gevallen is het mogelijk om al doende samen met de patiënt een visie te vormen, waarbij gezamenlijk een verklaringskader wordt geformuleerd. Zowel patiënt als behandelaar brengen dan mogelijke verklaringen van de betekenis van de klacht in. Soms maakt psycho-educatie daar deel van uit. Voor i-psy is het belangrijk dat er aan het eind van de diagnostische fase overeenstemming is

tussen de patiënt en de behandelaar over de oorzaak en over de behandeling. Dat is geen formaliteit, maar een belangrijk onderdeel dat het fundament vormt van een succesvolle behandeling. Soms vergt dat een onderhandeling over de aanpak. De behandelaar stelt zich niet op als de deskundige, de patiënt heeft wel degelijk een eigen inbreng. Zoals bij de patiënt die angstig is, omdat hij belaagd wordt door geesten. Naast de behandeling die vanuit i-psy geboden kan worden, kan een patiënt er voor kiezen een traditioneel genezer te bezoeken. De patiënt is daarvoor zelf verantwoordelijk, maar de behandelaar zal wel vragen naar welke genezer de patiënt gaat en wat hij precies doet. De houding van de behandelaar is: er is niet één waarheid. Beide benaderingen kunnen behulpzaam zijn.

### **Behandeling**

De reguliere fases in de ggz zijn intake – protocollaire behandeling – afsluiting – nazorg. Bij i-psy zijn de intake en eerste behandel fase uitgebreider en wordt de interculturele syste-

mische benaderingswijze geïntegreerd met de protocollaire behandeling. Bij de afsluiting en nazorg wordt de familie en de omgeving van de patiënt intensief betrokken.

i-psy is continu bezig om behandelmethodieken verder te ontwikkelen en de interculturele aspecten daarin te verweven. De reguliere protocollen om stoornissen te behandelen, zoals cognitieve gedragstherapie, sommige behandelingen voor eetstoornissen of bij traumaverwerking met EMDR kunnen wel goede resultaten bieden als zij op maat worden gemaakt voor de patiënt. Omdat er voor de behandeling ruime aandacht is geweest voor de patiënt en de context, is het mogelijk om de interculturele aspecten in de protocollaire behandeling te integreren. Aspecten, zoals ontworteling als gevolg van migratie, het in balans brengen van loyaliteiten, het omgaan met cultuurverschillen, belemmeringen die migranten ervaren in de maatschappelijke participatie, zoals uitsluiting en discriminatie maken als vanzelfsprekend deel uit van de behandeling.

Het past goed binnen de interculturele systemische benadering om de kracht van de patiënt zelf te versterken. De patiënt leert zelf beter om te gaan met de klachten of de stoornis. Het past goed in onze benaderingswijze omdat het meer op de persoon is gericht dan op diens ziekte. Deze herstel ondersteunende zorg wil i-psy verder ontwikkelen. Naast het gebruik van drie-generatie-genogrammen is ook de 'beschermjassen'-methodiek<sup>12</sup> geïntroduceerd: het beschermen bieden door de patiënt in te bedden in zijn 'krachtbronnen'. In onderstaand voorbeeld komt de werkwijze van i-psy en de beschermende rol van de familie goed naar voren.

<sup>12</sup> Kitlyn Tjin A Djie en Irene Zwaan (2007). Beschermjassen, transculturele hulp aan families. Assen: Van Gorcum.

## Familie is alles

Een behandelaar van i-psy vertelt over een 45-jarige gehuwde man van Turkse afkomst: "Meneer A. kwam bij mij terecht met concentratieproblemen en vergeetachtigheid. In de intakefase kwam naar voren dat hij jarenlang twee intensieve banen in de schoonmaak heeft gehad. Een jaar voor het eerste intakegesprek is één van zijn contracten beëindigd wegens een reorganisatie. Zes maanden later is hij gestopt bij zijn tweede werkgever in verband met knieklachten. Zijn 20-jarige dochter gaf in de intakefase aan dat haar vader prikkelbaar is geworden sinds hij niet meer werkt. Hij zou thuis snel uit zijn slof schieten. Zij zei dat zij vaak thuis blijft, omdat zij bang is dat haar vader agressief wordt tegenover haar moeder. Ook vertelde zij dat haar vader sinds een jaar zelden buiten komt en weinig aandacht heeft voor haar en haar zusje van 16 jaar. De behandeling is van start gegaan met gesprekken waarbij het genogram en de levenslijn als hulpmiddel zijn ingezet. Op basis

van zijn familiegeschiedenis werd duidelijk dat hij geleerd heeft dat een man zijn gezin te allen tijde dient te onderhouden. Hij heeft dan ook zijn hele leven gewerkt om voor zijn gezin te zorgen. Sinds hij niet meer werkt, voelt hij zich nutteloos. Hij rapporteerde zelf geheugenproblemen, maar in de gesprekken komt naar voren dat hij ook piekert, somber is en slaapproblemen ervaart. Samen met hem is een verklaringsmodel gezocht voor zijn klachten. De dochters en partner van de man zijn uitgenodigd zodat dit verklaringsmodel ook met hen kon worden besproken. Dit heeft ertoe geleid dat er thuis meer begrip kwam voor de situatie van de man. Zijn prikkelbaarheid werd hierdoor minder. Tijdens de behandeling is er aandacht geweest voor het opnieuw bepalen van zijn vader- en partnerrol. Er zijn manieren besproken waarop hij zijn leven opnieuw invulling kan geven. Hij doet tegenwoordig vrijwilligerswerk in het buurthuis en ervaart aanzienlijk minder depressieve klachten."

## Beschouwing:

In deze casus is duidelijk dat de vaderrol ook wordt ingekleurd door de culturele context. De behandeling van i-psy kenmerkt zich in dit geval door de ruime intakeperiode en het centraal stellen van de familieverhoudingen. Hierdoor wordt duidelijk wat de werkelijke problemen zijn. Door het interculturele integraal onderdeel te laten zijn van de behandeling, door de familie intensief te betrekken en ook samen met maatschappelijke partners praktische oplossingen te zoeken voor een dagbesteding, lukt het goed om de klachten te verminderen.

### Afsluiting en nazorg

De kracht van een intercultureel-systemische benadering is niet alleen dat ze het individu in een breder sociaal verband ziet, maar ook de directe omgeving betreft bij behandeling, herstel en nazorg. Deze benadering gaat ervan uit dat elk individu verweven is met het systeem – gezin, familie of anderszins - waar hij deel van uit maakt. Niet alleen hangen klachten vaak samen met spanningen in het systeem, maar ook zijn de bronnen van kracht en steun daar te vinden. Hoe een individu zich zelf ziet, is ten slotte niet los te zien van het systeem, de maatschappelijke context en de persoonlijke geschiedenis. Dit laat onverlet dat in onze behandelaanpak de individualiteit en de vrije keuze van de patiënt uitgangspunten zijn.

### Organisatorische randvoorwaarden

Naast intercultureel vakmanschap, een goede matching en op maat gemaakte methodieken, zijn er ook organisatorische randvoorwaarden die de benadering van i-psy 'kleur' geven. Het beleid van i-psy is om de zorg toegankelijk en effectief te maken voor een cultureel diverse patiëntenpopulatie. Daarbij zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

**1. Maatschappelijke inbedding:** i-psy zorgt voor intensieve afstemming en samenwerking met diverse voor de behandeling relevante maatschappelijke organisaties (ketenpartners, gemeentelijke instellingen et cetera) om zoveel mogelijk bij te kunnen dragen aan herstel van het evenwicht in de vaak verstoorde maatschappelijke context van patiënten.

**2. Communicatie:** indien mogelijk stelt i-psy in het belang van de behandeling de zorg in de voorkeurstaal beschikbaar ten behoeve van patiënten die dat nodig of wenselijk vinden.

## 4. Kennisontwikkeling en -overdracht

### Onderzoek

Een evidence based behandelaanpak staat bij i-psy hoog in het vaandel. Wij willen dat onze behandelingen state-of-the-art blijven met aantoonbare effectiviteit. Uit analyse van onze ROM-data blijkt dat onze behandelaanpak als succesvol wordt ervaren door patiënten. Verder onderzoek helpt ons onze behandelingen voortdurend afgestemd te houden op de behoeftes van patiënten (en hun verwijzers), en hun aantoonbare effectiviteit te verbeteren. Waar mogelijk werken wij op onderzoeksgebied samen met andere onderzoeksgroepen en beroepsverenigingen. Hieronder noemen wij een aantal vragen die wij in de eerstkomende jaren door middel van onderzoek hopen te beantwoorden:

- In welke mate zijn patiënten tevreden over de behandeling bij i-psy? Wat zijn de redenen van deze mate van tevredenheid? Hoe is dit een jaar na afronding van de behandeling?
- In hoeverre is deze mate van tevredenheid gerelateerd aan de gezondheidsklachten

(afname en toename)?

- Wat maakt volgens behandelaars een behandeling bij i-psy succesvol? Zijn deze factoren gelinkt aan klachtenvermindering?
- Hangt de behandelduur samen met de afname of toename van gezondheidsklachten?
- Hoe effectief is CGT en EMDR psychotherapie in eigen taal (vergelijken therapie in eigen taal met inzet van tolken)?
- Wat is de invloed van de taal op het formuleren van de hulpvraag?
- Wat is de effectiviteit van individuele versus groepsbehandeling?
- Aangezien de vertrouwensrelatie een zeer essentiële factor is in een goede behandelrelatie, is binnen i-psy de vraag: welke invloed heeft vertrouwen van de patiënt op de effectiviteit van onze behandelaanpak?
- Hoe scoort eclecticisch en holistisch/systemisch werken qua effectiviteit ten opzichte van meer protocollaire behandel-aanpakken?

Het borgen van een kwalitatief en innovatief behandelaanbod betekent niet alleen dat er aandacht en ruimte is voor onderzoek, maar tevens dat wij investeren in opleiding en stagebegeleiding.

### Opleiding

Binnen i-psy werken we permanent aan opleiding en nascholing. In het algemeen, maar ook wat betreft de ontwikkeling van onze specifieke interculturele kennis. Wij versterken het intercultureel vakmanschap van nieuwe collega's met interne cursussen en 'training on the job'. I-psy investeert meer dan gemiddeld in de begeleiding en opleiding van jonge medewerkers. Dat betreft niet alleen de opleiding tot GZ-psycholoog of psychotherapeut, maar ook interne scholing in 'intercultureel systemisch werken'. Naast reguliere (praktijk)stages voor studenten van het masterprogramma klinische en gezondheidspsychologie van de universiteiten, biedt i-psy in samenwerking met de Parnassia Academie ook BIG-opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen, klinisch psychologen,

psychotherapeuten en psychiaters. Dit gebeurt binnen het multidisciplinair en multicultureel samengesteld behandelteam dat methodische behandeling en interculturele aspecten combineert. Hierbij wordt sterk accent gelegd op het culturele referentiekader van de patiënt en zijn familie. De samenwerking in multi-etnisch team houdt alle medewerkers scherp. De grote diversiteit van invalshoeken wordt gezien als een grote meerwaarde. Teammanagers stimuleren de openheid in het team en er wordt onderling veel feedback gegeven.

Wij stellen gezamenlijk behandelinhoudelijke protocollen op en verspreiden de nieuwste inzichten en kennis over de beste werkwijzen over alle vestigingen. Onder regie van de PG-kennisdomeinleider benutten wij de ROM-informatie op patiënt- en groeps-/vestigingsniveau.

### Kennis verspreiden

Zoals gezegd is i-psy een groeiende ggz-organisatie. Gestreefd wordt naar volledig landelijke dekking. Dit doen wij enerzijds door

zelfstandige vestigingen in te richten, al dan niet samen met collega-zorgbedrijven binnen Parnassia Groep. Anderzijds door met collega-zorgaanbieders samenwerkingsverbanden aan te gaan, om zo tot bundeling van expertise te komen. Wij willen iets toevoegen aan het bestaande hulpaanbod en dit niet verdrücken. Wij werken hard aan het verder ontwikkelen van specifieke kennis en willen onze expertise delen met onze collega's binnen en buiten de ggz. Met deze specialistische en vernieuwende zorg dragen wij bij aan een toegankelijke en herkenbare zorg. Wij streven naar het optimaal behandelen van alle patiënten, ongeacht hun etnisch-culturele achtergrond, tegen zo laag mogelijke kosten.

Er is kennisoverdracht wanneer er naar ons wordt doorverwezen en wanneer wij een patiënt doorverwijzen. Een verwijzer kan een patiënt met wie hij is vastgelopen naar ons doorverwijzen, maar hij kan ook bij ons terecht voor consultatie of medebehandeling. Op deze manier kunnen wij de deskundigheid van

behandelaars in de reguliere ggz vergroten. Het is niet eenvoudig om dit in te passen in de systematiek van bekostiging, maar wij streven ernaar om dit meer mogelijk te maken. Wellicht kan dit vereenvoudigd worden door verzekeraars als wij kunnen aantonen dat in bepaalde gevallen consultatie effectiever en efficiënter is. Ook kunnen wij behulpzaam zijn met een 'second opinion'. Bij doorverwijzing vanuit i-psy naar bijvoorbeeld een vorm van dagbehandeling, blijft de behandelaar van i-psy betrokken en brengt interculturele expertise in om de continuïteit van de behandeling te waarborgen.

#### **Samenwerking met partners buiten de ggz**

Wij voelen ons maatschappelijk verantwoordelijk en willen actief bijdragen aan het verbeteren van de positie van onze doelgroepen. Samen met onze partners buiten de ggz (Gemeenten, Welzijnsinstellingen) denken wij graag mee over vraagstukken in de multiculturele samenleving, zoals de toegankelijkheid van zorg, het tegengaan van radicalisering en huiselijk

geweld. De cultuursensitieve expertise van i-psy maakt haar tot een aantrekkelijke samenwerkingspartner voor gemeentelijke instanties. Aangezien de gemeenten sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn voor de jeugdhulp, inclusief de jeugd-ggz, vormt de expertise van i-psy een specifieke aanvulling op de reguliere jeugdhulp en jeugd-ggz. Elke (grote) stad heeft te maken met bijzondere vraagstukken, waarbij verschillende groepen burgers betrokken zijn. i-psy kent zowel de Nederlandse als diverse niet-westerse culturen van binnenuit en is daarom in staat om bij interculturele vraagstukken een verbindende rol te spelen. Om de hulpverlening aan de patiënt zo optimaal mogelijk te laten verlopen, werken medewerkers van i-psy nauw samen met andere zorgaanbieders en instanties in de gemeente of de regio. Daarnaast bieden we deskundigheidsbevordering en consultatie aan deze professionals en andere beroepskrachten binnen en buiten de zorg. Wij kunnen adviseren bij de analyse en aanpak van specifieke problemen. Bijvoorbeeld bij jongeren

die vervreemden van de samenleving of zelfs dreigen te radicaliseren. Wij kunnen analyseren of er bij deze jongeren sprake is van een – mogelijk reeds op jonge leeftijd ontstane – psychische en/of gedragsmatige bijzonderheid, die aanknopingspunten biedt voor tijdige behandeling.

i-psy heeft inmiddels voldoende omvang en verscheidenheid aan disciplines voor expertise-ontwikkeling, onderzoek en innovatie. Wij hebben de mogelijkheid om een bron van inspiratie voor anderen te zijn. i-psy maakt deel uit van Parnassia groep en wil als specialist in de interculturele psychiatrie bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van het zorgaanbod door methodiekontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek, door de interculturele expertise beschikbaar te stellen aan de reguliere ggz en andere zorginstellingen. Wij denken dat een specialist in de interculturele psychiatrie altijd nodig zal blijven, maar we streven ernaar om binnen en buiten Parnassia Groep onze kennis te verspreiden.

## Vestigingen van i-psy

### BV Noord Holland

|           |                                    |
|-----------|------------------------------------|
| Vestiging | Westeinde 120, Zaandam             |
| Vestiging | Stationsplein 21, Heerhugowaard    |
| Vestiging | Oude Hoeverstraat 10, Alkmaar      |
| Vestiging | Leeghwaterweg 1A, Velsen-Noord     |
| Vestiging | Maelsonstraat 1, Hoorn             |
| Vestiging | Overschiestraat 61, Amsterdam      |
| Vestiging | G. Westinghousestraat 2, Amsterdam |
| Vestiging | R. Holkade 4, Haarlem              |

### BV Midden en Noord Nederland

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| Vestiging | Metropolestraat 1-c, Almere          |
| Vestiging | Angoraweg 2, Lelystad                |
| Vestiging | Rembrandtlaan 10a, Zwolle            |
| Vestiging | Oosterstraat 2-1, Enschede           |
| Vestiging | Achter de Hoven 2, Leeuwarden        |
| Vestiging | Giessenplein 59, Utrecht             |
| Vestiging | Asch van Wijckstraat 1-9, Amersfoort |

### BV Tilburg

|           |                                   |
|-----------|-----------------------------------|
| Vestiging | Van Limburg Stirumlaan 2, Tilburg |
| Vestiging | Bogert 31, Eindhoven              |
| Vestiging | De Ruyterstraat 242, Nijmegen     |
| Vestiging | Tuinstraat 1, Arnhem              |

### BV Rijnmond

|           |                                |
|-----------|--------------------------------|
| Vestiging | Carnissensingel 51, Rotterdam  |
| Vestiging | Mathenesserlaan 208, Rotterdam |
| Vestiging | P.J. Blikstraat 5, Spijkenisse |
| Vestiging | IJssellaan 2/2, Gouda          |

### BV Haaglanden

|           |                              |
|-----------|------------------------------|
| Vestiging | Leggelostraat 85, Den Haag   |
| Vestiging | Oude Rijn 57, Leiden         |
| Vestiging | Denemarkenlaan 2, Zoetermeer |

### I-psy De Jutters Den Haag

|           |                           |
|-----------|---------------------------|
| Vestiging | Leggelostraat 8, Den Haag |
| Vestiging | Oude Rijn 57, Leiden      |

### I-Psy Forensisch

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| Locatie | PI Veenhuizen           |
| Locatie | PI Zwolle               |
| Locatie | PI Lelystad             |
| Locatie | PI ter Apel             |
| Locatie | PI de Schie (Rotterdam) |
| Locatie | Poli Almere             |
| Locatie | Poli Amsterdam          |
| Locatie | Poli Rotterdam          |
| Locatie | Poli Utrecht            |
| Locatie | Poli Den Haag           |
| Locatie | Poli Leiden             |
| Locatie | Poli Heerhugowaard      |
| Locatie | Poli Zaandam            |

## Ten slotte

Met dit kijkje in onze keuken hopen wij u een duidelijk beeld te hebben gegeven van onze organisatie en hoe wij werken. Wij trachten maatwerk te leveren voor al onze patiënten. Als u behoefte heeft aan meer informatie, aarzelt u dan niet om contact met ons op te nemen!

## Meer informatie

Telefoon 088 - 358 96 00  
E-mail [info@i-psy.nl](mailto:info@i-psy.nl)  
Website [www.i-psy.nl](http://www.i-psy.nl)

## Colofon

Uitgave: © 2016, i-psy, interculturele psychiatrie  
Tekst: Hans Bellaart, Tamam Training & Advies  
Opmaak: Idefix, Karin Caron  
Druk: PlatformP  
Foto cover: stock (hier stockbureau /fotograaf toevoegen)

Wij willen in  
toenemende mate  
bijdragen aan  
wetenschappelijk   
onderzoek.

Sinds kort zijn we dan  
ook gestart met een  
'Kennisdomein interculturele  
psychiatrie'.





**i-psy**  
interculturele psychiatrie

onderdeel van  Parnassia Groep