

Multiculturalisme in de praktijk

*Rekening houden met culturele verschillen binnen de
Geestelijke Gezondheidszorg*



Afstudeerscriptie

Naam: Elsbeth Rigter

Studentennummer: 253716

Begeleider: Erik Snel

Rotterdam, juni 2007

Sociologie, Faculteit Sociale Wetenschappen (FSW)

Erasmus Universiteit Rotterdam

Woord vooraf

Ik ben aan verschillende mensen dank verschuldigd. Allereerst Erik Snel voor zijn geduld, nuttige adviezen en intensieve begeleiding. Daarnaast wil ik van de gelegenheid gebruik maken om de geïnterviewde hulpverleners en beleidsmedewerkers van de Bavo Europoort te bedanken voor hun kostbare tijd. Ik ben onder de indruk geraakt van hun deskundigheid en passie voor het vak. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Elsbeth Rigter

Rotterdam, mei 2007

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding en achtergrond

1.1	Fasen integratiebeleid	1
	<i>Jaren zeventig: specifiek beleid voor (deels) tijdelijke groepen</i>	1
	<i>Jaren tachtig: de jaren van minderhedenbeleid</i>	2
	<i>Jaren negentig: het integratiebeleid.</i>	2
1.2	Periode 2000-2004: Verharding integratiebeleid	3
1.3	Conclusie en discussie	4
1.4	Allochtonen in de gezondheidszorg	5
1.5	Conclusie en probleemstelling	6
	<i>Probleemstelling</i>	7
	<i>Onderzoeksvragen</i>	7
	<i>Definitie allochtonen</i>	8
	<i>Hypothese</i>	8
1.6	Opbouw scriptie	9

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1	Inleiding	10
2.2	Allochtonen in de (geestelijke) gezondheidszorg	10
2.3	Cultuur	12
2.4	Opvattingen hulpverlener – rekening houden met culturele verschillen	13
	<i>Universalisten en Relativisten</i>	14
	<i>Drie fasen, verschillende opvattingen en houdingen</i>	15
	<i>Houdingen per fase</i>	16
2.5	Specifieke maatregelen en voorzieningen– Interculturalisatie	18
	<i>Categoriale voorzieningen</i>	19
	<i>Deskundigheidsbevordering</i>	19
	<i>Personeelsbeleid</i>	19
2.6	Verklaringen voor beleid en uitvoering	20
	<i>Vanuit het institutionele perspectief</i>	20
	<i>Discretionaire ruimte</i>	21

Hoofdstuk 3 Onderzoeksaanpak

3.1	Inleiding	23
3.2	Methodologische verantwoording	23

3.3	Dataverzameling	23
3.4	Onderzoeksgebied	27
	<i>Specialistische geestelijke gezondheidszorg</i>	24
	<i>Bavo Europoort Groep</i>	24
	<i>Respondenten</i>	24
	<i>Keuze voor Rotterdam en omgeving</i>	25
	<i>Definitie allochtonen</i>	25

Hoofdstuk 4 Interculturalisatiebeleid Bavo Europoort: Veranderingen en ontwikkelingen

4.1	Inleiding en achtergrond	26
4.2	Landelijke ontwikkelingen interculturalisatie	27
	<i>1980-1990: Bevorderen deskundigheid hulpverleners</i>	27
	<i>1990-2000: Verandering van binnenuit</i>	27
	<i>2000 tot heden: Verandering van buitenaf</i>	28
	<i>Samenvattend algemene ontwikkelingen</i>	28
4.3	Interculturalisatie Bavo Europoort	29
4.3.1	Aanleiding en doelstellingen interculturalisatiebeleid	29
	<i>Doelstellingen</i>	30
4.3.2	Deskundigheidsbevordering	30
	<i>Werken met DSM-IV</i>	31
	<i>Cursus Intercultureel werken</i>	32
	<i>Intercultureel spreekuur (interculturele consultaties)</i>	33
	<i>Veranderingen interculturele consultaties</i>	33
	<i>Deskundigheidsbevordering: Kritische kanttekening</i>	34
4.3.3	Specifieke (categoriale) voorzieningen	35
	<i>Trainingen voor migranten</i>	36
	<i>Gesprekstherapiegroepen voor migranten</i>	36
	<i>Resocialisatiegroepen voor migranten</i>	37
	<i>Noagg, Centrum voor migranten</i>	38
4.3.3.1	Veranderingen en ontwikkelingen specifieke (categoriale) voorzieningen	38
4.3.4	Omslag personeelsbeleid	41
4.4.1	Samenvattend en analyserend: Veranderingen en ontwikkelingen	43
4.4.2	Interculturalisatie: erg selectief, geen structurele inbedding	44
4.4.3	Management: andere prioriteiten dan interculturalisatie	44
4.4.4	Politieke invloed	45
4.5	Concluderend	45

Hoofdstuk 5 Opvattingen en houding hulpverlener

5.1	Inleiding	47
5.2	Rekening houden met culturele verschillen tijdens de drie fasen	48
5.2.1	Kennismakingsfase	48
	<i>Aanpassen, maar wel tot een bepaalde hoogte</i>	50
5.2.2	Diagnostische fase	50
5.2.3	Personale fase	54
5.3	Kenmerkend voor de hulpverlener: geneigd om zich ‘aan te passen’	56
5.4	Samenvattend: Opvatting en houding hulpverleners	58
5.5	Veranderingen	58
	<i>Meer begrip en respect</i>	59
	<i>Meer eigen verantwoordelijkheid, allochtoon zijn is geen excuus</i>	60
	<i>Strenger in het nakomen van afspraken</i>	60
5.6	Conclusie en discussie	61
5.7	Culturalistische cultuuropvatting hulpverlener: een kritische kanttekening	62

Hoofdstuk 6 Verklaringen voor belangrijke ontwikkelingen

6.1	Inleiding	64
6.2	Werven van meer allochtone medewerkers: sociaal wenselijk beleid	64
6.3	Onverminderd voorbestaan specifieke voorzieningen vanuit het institutionele perspectief	65
6.4	Discretionaire ruimte hulpverleners	67

Hoofdstuk 7 Conclusie

Literatuur

Bijlage 1 Overzicht respondenten

Bijlage 2 Interviewvragen

Hoofdstuk 1

Inleiding en achtergrond

In de jaren tachtig en negentig leek het nog een vanzelfsprekendheid dat Nederland een multiculturele samenleving was, dan wel hard op weg was zich tot een multiculturele samenleving te ontwikkelen. Het debat over de multiculturele samenleving is de afgelopen jaren in Nederland echter hoog opgelopen en heeft gezorgd voor belangrijke beleidsveranderingen ten aanzien van integratie. Het integratiebeleid en het debat rond de multiculturele samenleving hebben daarmee naar alle waarschijnlijkheid ook invloed gehad op de mate waarin de Nederlandse overheid en andere dienstverlenende instellingen hun diensten afstemden op minderheden.

Voor u ligt een onderzoek dat ingaat op de vraag op welke wijze de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Rotterdam rekening houdt met allochtonen en culturele verschillen. Deze inleiding besteedt allereerst aandacht aan het algemene integratiebeleid en -debat van de afgelopen dertig jaar. Daarna zullen belangrijke ontwikkelingen in het allochtonenbeleid binnen de gezondheidszorg en met name binnen de GGZ aan bod komen. Tot slot beschrijf ik de probleemstelling, de onderzoeksvragen en de opbouw van dit onderzoek.

1.1 Fasen integratiebeleid

De multiculturele samenleving is ontstaan vanuit verschillende migratiestromingen, die weer hebben geleid tot verschillende gedachten ten aanzien van het minderhedenbeleid, integratie en inburgering. Hieronder zal ik, aan de hand van een *bronnenonderzoek Integratiebeleid (BOI)* van Rijkschroeff, Duyvendak en Pels (Verwey-Jonker Instituut, 2003) en *De Vermeende kloof tussen culturen* van Snel (2003), een korte schets geven van het Nederlandse integratiebeleid van 1970 tot 2000. In dit inleidende gedeelte zal ik met name ingaan op de invloed van het integratiebeleid op specifieke voorzieningen voor allochtonen.

Het integratiebeleid tot 2000 kan worden opgedeeld in verschillende fasen: de jaren *zeventig*, specifiek beleid voor (deels) tijdelijke groepen; de jaren *tachtig*, de jaren van het minderhedenbeleid en de jaren *negentig*, het integratiebeleid (BOI, 2003).

Jaren zeventig: specifiek beleid voor (deels) tijdelijke groepen

Omdat er lang wordt gedacht dat 'gastarbeiders' hier tijdelijk verbleven, is het beleid in de jaren zeventig vooral gericht op het instandhouden van groepsbindingen naast een zekere integratie in de samenleving (BOI, 2003). Anders gezegd is het beleid aan de ene kant gericht op de gedachte van terugkeer, aan de andere kant op integratie. In deze tijd wordt in het kader van het welzijnsbeleid ook

de uitdrukking ‘*integratie met behoud van eigen identiteit*’ geïntroduceerd (BOI, 2003: 21). Deze uitdrukking geeft aan dat men het weliswaar nodig vond dat gastarbeiders zich enigszins inpassen in de samenleving, anderzijds stoelde het beleid op identiteitsbehoud met het oog op terugkeer. Er is in deze tijd dus nog geen sprake van een echt integratiebeleid. Langzamerhand begint duidelijk te worden dat het verblijf van buitenlandse gastarbeiders niet tijdelijk is. In het kader van de gezinshereniging komen er ook steeds vaker vrouwen en kinderen over. In de praktijk begint het beleid zich daarom meer te ontwikkelen op de terreinen van huisvesting, onderwijs, gezondheidszorg en welzijn (BOI, 2003). Het beleid wordt ingepast in de Nederlandse verzuilingstraditie, aldus Snel (2003). “Dat wil zeggen dat het bestond uit allerlei specifieke voorzieningen voor afzonderlijke migrantengroepen, enerzijds misschien gericht op emancipatie in eigen kring maar anderzijds vooral op gezelligheid en ontmoeting” (Snel, 2003: 8).

Jaren tachtig: de jaren van minderhedenbeleid

Vanaf de jaren tachtig is het uitgangspunt van tijdelijkheid van verblijf verlaten (BOI, 2003: 29). Dit worden de jaren van het ‘minderhedenbeleid’ (gastarbeiders en hun familie worden vanaf deze tijd minderheden genoemd). Net als in de jaren zeventig is het beleid ook nu weer tweesporig. Aan de ene kant moet het minderhedenbeleid de maatschappelijke achterstand van minderheden bestrijden, aan de andere kant wil het beleid ruimte bieden voor ontwikkeling van eigen cultuur, religie en taal (BOI, 2003). Het liefst wel door middel van *algemene* voorzieningen in plaats van specifieke voorzieningen. In deze tijd moet er sprake zijn van een *algemeen* beleid in plaats van een specifiek, categoriaal georganiseerd beleid, zoals in de jaren zeventig. “In termen van beleidsmaatregelen pleitte de Raad voor het voortvarend aanpakken van sociaal economische achterstanden en ‘terughoudendheid ten aanzien van een positief cultuurbeleid’ (Fermin, 1997:161). De algemene voorzieningen moeten zodanig worden aangepast dat minderheden er net zo goed gebruik van kunnen maken als anderen. Op die manier kan de achterstand van minderheden worden teruggedrongen. Het beleid is in deze tijd echter niet uniform. Het kabinet vindt namelijk ook dat minderheden in het kader van de emancipatie ruimte moeten krijgen om hun eigen cultuur te beleven. “Streefde de overheid aan de ene kant naar evenredige toegankelijkheid van algemene voorzieningen [inlopen achterstanden], aan de andere kant kende zij minderheden gelijke rechten als andere identiteitsgroepen toe waar het de aanspraak van subsidies betrof, bijvoorbeeld voor scholen, woningbouwverenigingen en voor het verrichten van welzijnsfuncties” (BOI, 2003: 33).

Jaren negentig: het integratiebeleid (algemeen beleid waar mogelijk, specifiek waar nodig)

Begin jaren negentig vormt de start van het ‘integratiebeleid’. Onder invloed van de slechte economie en de overgang van een industriële economie naar een diensteneconomie - hierdoor verliezen veel migranten hun baan - komt de nadruk te liggen op het bestrijden van achterstand en het verhogen van participatie van minderheden in het onderwijs en de arbeidsmarkt. De groepsidentiteitenbenadering

moet plaatsmaken voor een integratiebenadering (Hoppe in Snel, 2003). Alleen indien nodig dient het algemene beleid aangevuld te worden door specifiek, oftewel categoriaal beleid (BOI, 2003). Het beleid wordt in deze tijd ook harder, omdat het accent komt te liggen op de eigen verantwoordelijkheden en plichten van migranten om mee te doen. Dit blijkt onder meer uit de integratienota ‘kansen krijgen, kansen pakken’ van toenmalig minister van Boxtel (1998). Daarnaast wordt de voortdurende migratie steeds meer als een probleem gezien, vanwege de hoge bevolkingsdichtheid van het land en het beslag dat immigranten op de collectieve voorzieningen leggen (BOI, 2003). Zoals eerder vermeld is het devies in deze tijd: *algemeen beleid waar mogelijk, specifiek of categoriaal beleid waar nodig*. De specifieke voorzieningen die er nog zijn moeten tijdelijkheid als uitgangspunt hebben. Men gelooft dat de huidige noodzaak tot deze voorzieningen wordt teruggedrongen na een langer durend verblijf van allochtonen (BOI, 2003).

1.2 Periode 2000-2004: Verharding integratiedebat

“Aan het eind van de jaren negentig is er sprake van een zekere verharding van het integratiedebat” (Snel, 2003: 11). In deze jaren laait er een discussie op over het integratiebeleid dat mislukt zou zijn. De discussie viert hoogtij tijdens het ‘Scheffer-debat’. Paul Scheffer schrijft in 2000 over het ‘multiculturele drama’ en geeft harde kritiek op het integratiebeleid (NRC handelsblad, 2000). Dit artikel veroorzaakt een discussie over de verhouding tussen sociaal-economische en sociaal-culturele aspecten van integratie. Het debat is in deze tijd steeds meer gericht op de culturele aspecten van integratie en culturele verschillen worden meer geproblematiseerd (Snel, 2003). De Hoop Scheffer (CDA) legt tijdens het debat het accent op de zijns inziens gebrekkige culturele inburgering van migranten, waaronder een tekortschietende talenkennis (Commissie Blok, 2004). Naar zijn idee had te lang een te grote mate van vrijblijvendheid in dit debat geheerst. Hij wil overgaan tot het stellen van harde eisen aan culturele minderheden. D66 is van mening dat van migranten een zekere mate van ‘culturele’ aanpassing mag worden verwacht. Bij de aanloop van de verkiezingen van 2002 komt Pim Fortuyn ten tonele. Mede door zijn inbreng wordt integratie één van de centrale thema’s binnen het debat. Fortuyn legt ook de nadruk op het probleem van de culturele verschillen. In een artikel in de Volkskrant (2002) noemt hij de Islam een ‘achterlijke cultuur’. Lijst Pim Fortuyn haalt op 15 mei 2002 bijna de meerderheid van de stemmen. Niet alleen politici debatteren over het culturele aspect van migratie, ook wetenschappers buigen zich over dit onderwerp. Van de kant van de wetenschappers wordt er in deze periode eveneens gesproken over het culturele aspect van integratie (Neleman, 2004:16). Erik Snel en diverse andere auteurs bespeuren een sterkere roep om assimilatie. Entzinger typeert dit begrip als een uitkomst waarbij de oorspronkelijke cultuur niet meer herkenbaar is (Entzinger, 2002). Volgens socioloog en econoom Gowricharn (1995) is een gelijk proces van culturele assimilatie nodig om allochtonen in gelijk mate te laten deelnemen aan de kerninstituten van de Nederlandse arbeidsmarkt (bijvoorbeeld onderwijs en arbeid). Volgens hem heeft dit proces echter tijd nodig en is integratie een ‘cultureel spel’ van acceptatie, waaraan minstens twee partijen

deelnemen (Gowricharn, 1995). Volgens hoogleraar en socioloog Koopmans is er in Nederland zoveel nadruk gelegd op de eigen cultuur van allochtonen, dat we vreemden voor elkaar zijn geworden (Volkskrant, 16 januari 2004). Nederland, zegt Koopmans, houdt sinds begin jaren tachtig krampachtig en 'kamerbreed' vast aan 'de multiculturele benadering'. Dit heeft zich volgens hem geuit in allerlei multiculturele voorzieningen, zoals tv-programma's, onderwijs en voorlichting in eigen taal, islamitische scholen etc. Koopmans pleit voor een beleid als in Duitsland, waar culturele verschillen juist niet worden gestimuleerd. "Daar is het vanzelfsprekend dat je Duits spreekt, anders overleef je het niet. Daar zijn geen overheidsfolders in het Turks. Bovendien heeft Duitsland een strenger vreemdelingenrecht", aldus Koopmans (Volkskrant, 16 januari 2004).

1.3 Conclusie en discussie

Al met al blijkt uit het voorgaande dat het minderheden- en integratiedebat in de loop van de jaren steeds meer is verhard. Het debat gaat steeds vaker over culturele verschillen dan over sociaal-economische verschillen. De nadruk lijkt steeds meer te liggen op de algemene voorzieningen en niet meer op de categoriale voorzieningen uit de jaren tachtig. Het uiten van de eigen cultuur lijkt een privé-aangelegenheid te zijn geworden en wordt niet meer gesteund en gestimuleerd door de overheid. Nu rijst de vraag: is er werkelijk veel veranderd in de *praktijk* van het minderheden- of integratiebeleid (Zie ook: Snel, 2003)? "Ondanks de nieuwe doelen van het integratiebeleid treffen we volgens Snel (2003: 8) in de lokale uitvoeringspraktijken nog altijd allerlei elementen van de oude, multiculturele groepsidentiteitbenadering aan." De Amerikaanse migratiedeskundige Roger Brubacker spreekt in dit opzicht van een 'differentialist approach', een nadruk op verschillen (Snel, 2003:8). Als voorbeelden noemt Snel het georganiseerde overleg van de overheid met migrantenorganisaties en het lange aanhouden van onderwijs in eigen taal, alsmede de vele specifieke welzijnsvoorzieningen van het minderhedenbeleid van de jaren tachtig.

In het voorgaande is in grote lijnen het algemene integratie- en minderhedenbeleid geschetst. Deze scriptie zal zich richten op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Rotterdam. In de volgende paragraaf zal het beleid ten aanzien van allochtonen binnen de gezondheidszorg centraal staan. We zullen zien dat er met betrekking tot dit beleid ook het een en ander is veranderd. Net als in het integratie- en minderhedendebat treedt hier ook een zekere verharding op.

1.4 Allochtonen in de gezondheidszorg

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) is in de afgelopen jaren duidelijk afgestapt van het beleid tot verdere interculturalisatie in de hulpverlening. Interculturalisatie is volgens de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) “een beleid dat gericht is op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met als doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen” (RVZ, 2000:12). Terwijl minister Borst, toenmalig minister van Volksgezondheid (kabinetten Kok 1 en Kok 2), in 2000 nog uitsprak dat een verdere interculturalisatie een verrijking kan betekenen van de gezondheidszorg (Borst, 2000), stelt minister Hoogervorst (minister van VWS, kabinet Balkenende 2003-2007) in 2004 een belangrijke koerswijziging in het interculturalisatiebeleid voor.

In september 2000 komt de RVZ met een belangrijk advies, ‘interculturalisatie van de gezondheidszorg’. Dit advies is geschreven naar aanleiding van bezorgdheid van minister Borst over de (achterstands)positie van de allochtone zorgvrager. Haar belangrijkste redenen tot bezorgdheid zijn: “1. Uit onderzoek in de jaren negentig is gebleken dat de gezondheidstoestand en gezondheidsbeleving van verschillende groepen allochtonen gemiddeld minder goed is dan bij autochtonen.; 2. De implementatie van de resultaten van allerlei projecten ter bevordering van interculturele hulpverlening is gebleken een langzaam, soms moeizaam en niet altijd even efficiënt proces te zijn” (Borst, 2000).

Op advies van de RVZ wordt er ook apart onderzoek gedaan naar de situatie binnen de GGZ. De aanleiding voor deze speciale aandacht is dat uit het algemene advies ‘interculturalisatie van de gezondheidszorg’ van de RVZ is gebleken dat binnen de GGZ de grootste problemen bestaan. Daarnaast is een kritisch commentaar vanuit de GGZ in Rotterdam op een eerder uitgebrachte beleidsnotitie GGZ¹ van het ministerie aanleiding geweest. De beleidsnotitie zou veel te weinig aandacht hebben besteed aan het interculturele perspectief binnen de GGZ (RVZ, 2000). Dit alles heeft geresulteerd in een apart interculturalisatie-advies voor de GGZ: ‘Allochtonen in de geestelijke gezondheidszorg’. De nadruk van dit advies van de RVZ ligt op verdere interculturalisering van de aanbodzijde van de GGZ (RVZ, 2000).

De minister stelt, naar aanleiding van de aanbevelingen uit het advies van de RVZ, in haar beleid een aantal prioriteiten: “ontwikkeling van infrastructuur en centraal aanspreekpunt; inschakeling van allochtone zorgconsulenten; stimulering van onderzoek; interculturalisatie van de opleidingen, intercultureel management en intercultureel personeelsbeleid” (RVZ, 2000). Een belangrijke, meer algemene doelstelling is een versterking van de positie van *alle* allochtone zorgvragers. Er wordt een

¹ (TK, 1998-1999, nr. 6)

projectorganisatie onder regie van de minister opgericht die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het beleid.

Minister Hoogervorst stelt in 2004 juist vast dat het allemaal wel meevalt met de achterstandspositie van allochtonen in de zorg. Hij baseert deze mening onder meer op de ‘Volksgezondheid Toekomst Verkenning van 2002 van het RIVM. “Hoewel er in de gezondheidszorg verschillen tussen allochtone en autochtonen bestaan, kan in het algemeen niet worden gesteld dat het bij de toegankelijkheid van zorg voor allochtonen gaat om een omvangrijk probleem” (Hoogervorst, 2004). Verder vallen niet alle gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen per definitie ten nadele van de allochtoon uit, aldus Hoogervorst (2004). De minister stelt daarom een belangrijke koerswijziging in het interculturalisatiebeleid voor. “Dit houdt in dat burgers en instellingen zelf hun verantwoordelijkheid moeten nemen voor de versterking van de positie van allochtone cliënten binnen de gezondheidszorg” (Hoogervorst, 2004). De koerswijziging ligt volgens Hoogervorst meer in lijn met het integratiebeleid ‘nieuwe stijl’ van minister Verdonk (2003). Dit beleid legt namelijk ook de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de (autochtone en allochtone) burger. “Doel van dit beleid is het gedeeld burgerschap. Dit houdt onder meer in dat er Nederlands wordt gesproken en men zich houdt aan de basale Nederlandse normen” (TK, 2003-2004, 29203, nr 1). Hoogervorst stelt voor dat de verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen in de zorg aan allochtonen zo decentraal mogelijk wordt neergelegd bij de zorgvragers, -verleners en -verzekeraars en niet meer bij de Rijksoverheid. “De allochtone zorgvragers en zo nodig hun directe omgeving moeten *zichzelf* vertrouwd maken met het Nederlandse systeem van de gezondheidszorg. Daarvoor is het nodig dat zij de Nederlandse taal leren en beheersen” (Hoogervorst, 2004). De beleidswijziging houdt in dat instellingen vanaf nu zelf verantwoordelijk zijn voor de invulling van het beleid ten aanzien van allochtonen. Daarbij ziet de minister af van de, onder minister Borst opgerichte, landelijke ‘projectorganisatie interculturalisatie’ en daarmee ook van de aanbevelingen uit het advies van de RVZ. Hoogervorst vindt dat de ‘algemene’ beleidsmaatregelen op landelijk of lokaal niveau de positie van allochtonen óók kunnen verbeteren.

Al met al is de bijdrage van het ministerie van VWS aan hulpverlening aan allochtonen in de gezondheidszorg dus duidelijk veel kleiner geworden. Het devies is dat algemene zorg, beleid en voorzieningen de voorkeur krijgen boven specifieke zorg.

1.5 Conclusie en probleemstelling

Uit de voorgaande beschrijving kwamen er belangrijke ontwikkelingen naar voren. In eerste plaats zagen we dat er ondanks de verharding van het integratie- en minderhedendebat in de praktijk toch nog veel elementen van de oude multiculturele groepsidentiteitenbenadering zijn overgebleven (Snel, 2003). In de tweede plaats is er sprake van een omslag in het beleid ten aanzien van allochtonen in de

gezondheidszorg. Hieruit bleek dat er binnen het landelijke beleid van VWS aanzienlijk minder aandacht wordt besteed aan het aanpassen van de zorg op allochtonen in vergelijking met een aantal jaren geleden. De verantwoordelijkheid voor de hulpverlening aan allochtonen ligt nu bij de instanties en de allochtone zorgvragers zelf. Concluderend kan gezegd worden dat er minder aandacht is voor het rekening houden met culturele verschillen en de nadruk in grotere mate ligt op eigen verantwoordelijkheid.

De achterliggende vraag die in dit onderzoek wordt gesteld is wat deze politieke ontwikkelingen nu betekenen voor de praktijk van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Rotterdam. Dit onderzoek zal zich richten op een grote GGZ-instelling in Rotterdam, de Bavo Europoort (meer informatie over de Bavo Europoort in hoofdstuk 3).

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende probleemstelling en onderzoeksvragen gesteld.

Mijn probleemstelling luidt:

Op welke wijze houdt de Bavo Europoort specifiek rekening met culturele verschillen? Zijn er veranderingen waar te nemen in de specifieke hulpverlening ten aanzien van allochtonen. Zo ja, hoe kunnen deze veranderingen worden verklaard. Zo nee, hoe kan de onveranderende situatie worden verklaard.

Deze probleemstelling impliceert een tweeledig doel voor deze studie. Enerzijds een *beschrijvend* doel: inzicht verschaffen in de aard van het allochtonenbeleid, de specifieke diensten voor allochtonen en in de veranderingen die hierin hebben plaatsgevonden. Anderzijds heeft deze probleemstelling een *verklarend* doel: hoe kunnen eventuele veranderingen in de praktijk worden verklaard? Of, hoe kan worden verklaard dat er juist *geen* veranderingen hebben plaatsgevonden? Heeft de politiek invloed gehad op het allochtonenbeleid binnen de Bavo Europoort of is beleid een uitkomst van interne beslissingen en ervaringen binnen de organisatie?

Onderzoeksvragen

De probleemstelling wordt onderzocht aan de hand van de volgende subonderzoeksvragen.

- Op welke wijze *kan* er binnen de GGZ rekening worden gehouden met culturele verschillen (theoretisch kader)?
- Hoe ziet het interculturalisatiebeleid eruit binnen de Bavo Europoort? Welke projecten, diensten en voorzieningen zijn er (geweest)? Wat zijn de grootste veranderingen geweest in de afgelopen jaren?

- In hoeverre houden hulpverleners van de Bavo Europoort in hun opvatting en houding specifiek rekening met culturele verschillen in de hulpverlening? Is hun opvatting en houding de afgelopen jaren veranderd?
- Hoe valt het te verklaren dat de hulpverlening en het beleid binnen de Bavo Europoort ten aanzien van allochtonen is veranderd of gelijk is gebleven in de afgelopen jaren?

Definitie allochtonen

In de probleemstelling en onderzoeksvragen wordt gesproken over ***allochtonen***. Met allochtonen worden in dit onderzoek etnische minderheden bedoeld. Dit zijn volgens het Centrum Onderzoek en Statistiek (Rotterdam) Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen/Arubanen, Kaapverdianen en Noord-mediterranen. De bepaling vindt plaats op basis van het geboorteland van de persoon, respectievelijk dat van de moeder en de vader.² Tijdens het verdere onderzoek zal gemakshalve gesproken worden over *allochtonen*.

Hypothese

Ondanks dat het ministerie GGZ-instellingen niet meer ondersteunt in de hulpverlening aan allochtone zorgvragers, verdwijnen de problemen in de zorg richting allochtonen niet één, twee, drie. De verkleuring van het zorggebied, vooral in Rotterdam, zet steeds verder door. Het percentage etnische minderheden op het aantal inwoners in Rotterdam was daar per 1 januari 2006 al 31,8%. Dit aantal zal volgens de prognoses in 2017 zijn toegenomen tot maar liefst 48% (COS, 2003). De Bavo Europoort en haar hulpverleners hebben in hun dagelijkse praktijk dus in toenemende mate te maken met een cliëntengroep met andere culturele achtergronden. Vanzelfsprekend zal dit obstakels teweeg kunnen brengen in de hulpverlening en dienstverlening, en zullen instellingen en hulpverleners blijven zoeken naar oplossingen en manieren om met deze doelgroep om te gaan. Snel e.a. gaven aan dat er ondanks het verharde integratiedebat in de lokale praktijk toch nog veel elementen van de oude, multiculturele groepsidentiteitenbenadering zijn overgebleven (Snel, 2003). Mijn verwachting is dat hulpverleners en organisaties, ondanks dat het ministerie hen niet meer ondersteunt in de hulpverlening aan allochtonen, in de praktijk nog steeds ‘middelen’ hebben om rekening te houden met culturele verschillen. Met andere woorden, er zullen misschien nog specifieke diensten en voorzieningen zijn voor allochtonen en de hulpverlener zal waarschijnlijk nog specifiek rekening houden met de culturele achtergrond van de cliënt.

In dit onderzoek wordt gekeken hoe de Bavo Europoort en haar hulpverleners in de praktijk omgaan met culturele verschillen. Daarnaast wordt nagegaan in hoeverre de politieke ontwikkelingen in het integratie- en minderhedendebat en het gezondheidszorgbeleid invloed hebben op het

² COS Rotterdam: www.cos.rotterdam.nl

allochtonenbeleid binnen de Bavo Europoort. Is het devies dat de overheid propageert, namelijk algemene zorg, beleid en voorzieningen, ook van toepassing op de Bavo Europoort of houden de instelling en haar hulpverleners (nog) wel specifiek rekening met allochtonen?

1.6 Opbouw scriptie

Deze scriptie is als volgt opgebouwd. Dit hoofdstuk diende ter algemene inleiding. Hoofdstuk 2 geeft de resultaten van het literatuuronderzoek weer en geeft antwoord op de vraag hoe er binnen de GGZ rekening *kan* worden gehouden met culturele verschillen. Ook gaat het om de vraag hoe een bepaalde situatie kan worden verklaard. Hoe valt het te verklaren dat hulpverlening en beleid is veranderd of gelijk gebleven in de loop van de tijd? Hoofdstuk 3 draait om de onderzoeksaanpak en methodologische verantwoording. Hoofdstuk 4, 'Interculturalisatie binnen de Bavo Europoort', gaat in op de ontwikkelingen in het interculturalisatiebeleid binnen de GGZ. Vervolgens zullen aan de hand van empirisch materiaal (gesprekken met beleidsmedewerkers) en verschillende beleidsstukken het beleid en de activiteiten ten aanzien van interculturalisatie worden besproken. Belangrijk hierbij is de vraag of er in de afgelopen jaren (vanaf 2000) veranderingen hebben plaatsgevonden en of er juist meer of minder rekening wordt gehouden met allochtonen. In hoofdstuk 5 zal ik aan de hand van het theoretisch kader dat in hoofdstuk 2 wordt gepresenteerd, analyseren in hoeverre hulpverleners in hun opvatting en houding specifiek rekening houden met culturele verschillen. Ook hierbij wordt antwoord gegeven op de vraag of hun houding en opvatting de laatste jaren is veranderd? In hoofdstuk 6 zal aan de hand van de theorieën uit hoofdstuk 2 getracht worden een verklaring te vinden voor de eventuele veranderingen (of onveranderde situaties) die uit de resultaten van het onderzoek naar voren zijn gekomen. Hoofdstuk 7 vormt de conclusie van het verrichtte onderzoek.

Hoofdstuk 2

Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Binnen dit hoofdstuk wordt een theoretisch kader ontwikkeld om twee aspecten te meten. Enerzijds op welke wijze de GGZ rekening houdt met culturele verschillen in haar hulpverlening, voorzieningen en diensten. Anderzijds hoe het te verklaren valt dat hulpverlening en beleid al dan niet is veranderd in de loop van de tijd. Om de eerste vraag te beantwoorden worden theorieën gebruikt die verklaren hoe hulpverleners in de praktijk rekening kunnen houden met culturele verschillen. Om dit te meten is het van belang dat duidelijk wordt welke houdingen en opvattingen zij kunnen aannemen tijdens een consult met een allochtone cliënt. Dit kan namelijk bepalen in welke mate zij bereid zijn zich aan te passen. Op basis van het werk van Kortmann en Procee zullen er een aantal houdingen worden onderscheiden en zal duidelijk worden wat de gevolgen van deze houdingen zijn in de praktijk. Het begrip cultuur speelt hierbij een belangrijke rol. Daarom zal ik in dit hoofdstuk alvorens ingaan op de vraag wat cultuur is en hoe hulpverleners omgaan met bepaalde veronderstellingen over cultuur. Vervolgens zal er aandacht worden besteed aan de vraag welk specifieke maatregelen een GGZ-instelling in de praktijk kan nemen om haar hulpverlening beter af te stemmen op de culturele achtergrond van de cliënt. Het is belangrijk om deze maatregelen in kaart te brengen, omdat er tijdens de interviews kan worden vastgesteld of de instelling de laatste tijd meer of minder van deze maatregelen heeft genomen.

Allereerst zal ik echter kort ingaan op onderzoek dat is gedaan naar allochtonen in de gezondheidszorg. Hieruit kan blijken of er bepaalde risicofactoren bestaan waarmee allochtonen te maken zouden kunnen hebben door hun migratieachtergrond. In de praktijk kan de GGZ in haar aanpak wellicht rekening houden met deze risicofactoren.

2.2 Allochtonen in de (geestelijke) gezondheidszorg

Over het voorkomen van psychische ziekten bij allochtonen is helaas nog weinig tot geen informatie voorhanden. Eén van de redenen daarvoor is dat vanwege betrouwbaarheids- en validiteitsproblemen minderheidsgroepen nogal eens worden uitgesloten uit onderzoeken. De etniciteit wordt namelijk uit privacyredenen vaak niet geregistreerd in het systeem van de GGZ (Kortmann, 2001). Het is dus lastig om onderzoek te doen naar een eventuele samenhang tussen etniciteit en psychische problematiek. Er moet rekening gehouden worden met allerlei risicofactoren, zoals sociaal-economische status (inkomen, opleidingsniveau), genetische factoren in de selectie bij migratie naar Nederland en de stress ten gevolge van de migratie zelf of de eventuele terugkeer naar het land van herkomst (Mackenbach, 1996). Wel kunnen we aannemen dat vooral eerste generatie (laaggeschoolde)

Marokkaanse en Turkse allochtonen door hun relatief lagere sociaal-economische status (SES) kwetsbaarder zijn voor psychische problemen. Zo concludeert Miech (Miech et al. 1998:1) dat er een causatiehypothese bestaat met betrekking tot de relatie tussen SES en mental disorders (Jehoel Gijsbers, 2004:136). In het onderzoek van Knipscheer en Kleber over migranten in de GGZ wordt deze conclusie ook bevestigd. Uit dit onderzoek blijkt dat socio-demografische factoren zoals opleidingsniveau en het hebben van betaald werk doorslaggevend zijn voor de verschillen in (geestelijke) gezondheidsproblemen (Knipscheer, Kleber: 2004: 753).

In de literatuur wordt ook vaak gewezen op factoren die zouden kunnen leiden tot bepaalde specifieke problemen of verschillen in ziektegedrag of ziektebeleving bij allochtonen.

- Migranten zouden zich vaker dan allochtonen bij de GGZ melden met meervoudige complexe problematiek; met combinaties van psychische klachten en somatische (lichamelijke klachten), psychosociale en materiële problemen (RVZ, 2000; Boomstra en Hoogsteder, 2004; Pannekeet, 2005).
- Allochtonen, met name Turken en Marokkanen, zouden vaak geneigd zijn hun psychische klachten te somatiseren. Dat wil zeggen dat zij moeilijk kunnen praten over hun psychische problemen en problemen vaak in lichamelijke klachten uiten (RVZ, 2000).
- Bij vluchtelingen kunnen stressgevoelens en angstgevoelens als gevolg van de verblijfs-onzekerheid in Nederland een rol spelen (Boomstra en Hoogsteder, 2004) Ook wordt er in literatuur gesproken over stress van het migrantenbestaan, zo wordt er gewezen op het fenomeen ‘acculturatiestress’, stress als gevolg van het aanpassen aan andere culturen (Van Meershoek, 2006: 6).

Bij deze factoren moet een kanttekening worden geplaatst, omdat het gevaar bestaat dat er te gemakkelijk wordt uitgegaan van dé migrant of dé Turk of Marokkaan. Knipscheer en Kleber (2004) wijzen er in hun onderzoek op dat deze groepen in werkelijkheid niet homogeen zijn. Er bestaat verschil in generatie (leeftijd) en in de mate van integratie. Bovendien kunnen allochtonen elementen overnemen van hun oorspronkelijke cultuur én van de ‘Nederlandse’ cultuur.

Er is dus onvoldoende ‘hard bewijs’ om vast te stellen dat er een achterstand bestaat in de psychische gezondheid bij allochtonen. Wel kan voorzichtig worden geconcludeerd dat sommige allochtonen specifieke risicofactoren met zich meedragen waardoor zij kwetsbaar kunnen zijn voor psychische problematiek. De GGZ zou hiermee in haar beleid rekening kunnen houden door extra aandacht te besteden aan bepaalde groepen allochtonen. Bijvoorbeeld door het hebben van specifieke voorzieningen, in de manier van omgang of door middel van specifieke behandelmethoden.

2.3 Cultuur

Voordat we ingaan op de wijze waarop hulpverleners omgaan met culturele verschillen is het nuttig eerst meer aandacht te besteden aan het begrip cultuur. Cultuur zou namelijk invloed kunnen hebben op de manier waarop hulpverleners en patiënten *betekenis geven* aan bepaalde ziekteverschijnselen, ziektebeleving en omgangsnormen. Het begrip cultuur is niet eenduidig en kent een breed scala aan definities. Ik zal hier volstaan met de definitie van Shadid en Hagendoorn. Shadid definieert cultuur als “een samenhangend geheel van symbolen en betekenissen dat de mens oriënteert op de werkelijkheid waarin hij leeft” (Shadid, 2003:22). Hagendoorn voegt hier nog aan toe dat het concreet gaat om “gedrag en om waarden, normen en opvattingen die mensen zich binnen een gegeven samenleving hebben verworven door leerprocessen en die hen een oriëntatie op de werkelijkheid verschaffen” (Hagendoorn, 1986:18). Uit deze definities komt naar voren dat het gaat om betekenissen, normen en opvattingen die iemand een bepaalde oriëntatie geven op de werkelijkheid. Het is de vraag of cultuur werkelijk zoveel invloed heeft op ons gedrag en op onze normen, waarden en betekenisgeving. In de wetenschap bestaat hier nog steeds veel discussie over. Veel literatuur neigt uit te gaan van een essentialistische (culturalistische) benadering van cultuur. In deze benadering lijkt elke cultuur samen te vallen met een bepaalde groep en bepaalde kenmerken die bij deze groep (of cultuur) horen. Vanuit deze manier van denken wordt de manier waarop mensen betekenis geven aan ziektes en psychische problemen of aan bepaalde omgangsnormen, dus bepaald door hun cultuur. De culturalistische benadering is terecht vaak bekritiseerd door wetenschappers. Diverse auteurs benadrukken dat cultuur niet zomaar een ‘ding’ is dat mensen wel of niet hebben, het is niet zo dat migranten één cultuur hebben, maar dat zij kunnen kiezen uit meerdere culturele oriëntaties (Oude Breuill, 2006; Snel, 2003; Baumann, 1996). Het ‘blindstaren’ op iemands culturele achtergrond kan er dan ook toe leiden dat belangrijke individuele eigenschappen over het hoofd worden gezien. Cultuur wordt gecreëerd door handelende individuen, het is een constructie en geen vaststaand ding. Dit perspectief wordt in de literatuur ook wel aangeduid als de constructivistische of de dynamische benadering van cultuur.

Zoals gezegd vinden we in de literatuur vele voorbeelden van de culturalistische benadering terug. Adriani (1993: 10) spreekt bijvoorbeeld over het begrip ‘eer’ bij Turkse en Marokkaanse migranten. Hofstede spreekt in dit opzicht over ‘schaamteculturen’ (Hofstede, 1991). De grote betekenis die sommige allochtonen aan eer zouden geven, kan tot gevolg hebben dat zij minder makkelijk en open over psychische problemen spreken uit gevoelens van schaamte. Dit kan ertoe leiden dat zij terughoudend zijn in het zoeken van professionele hulp (RVZ, 2000). Een ander fenomeen dat vaak beschreven wordt in literatuur is dat bepaalde culturen de oorzaak van psychische problemen zouden zoeken in bovennatuurlijke krachten (Hoffer, 2004). De behandeling die een Westerse hulpverlener voorstelt, kan in hun ogen slecht zijn of niet doeltreffend. Ze kunnen juist meer heil zien in de behandeling van een traditionele of alternatieve genezer.

Ook hulpverleners neigen nogal eens uit te gaan van deze culturalistische benadering van cultuur.

“Bestudering van literatuur en onderzoek op het terrein van de gezondheidszorg voor migranten leert dat ‘cultuur’ als begrip daarin vaak wordt gebezigd, maar dat het nauwelijks wordt gedefinieerd en voornamelijk statisch wordt gebruikt” (Shadid & Koningsveld 1983; Bartels 2003).

Het gevaar hiervan is dat hulpverleners bepaald gedrag van de cliënt toeschrijven aan zijn of haar culturele achtergrond, of uitgaan van stereotypingen of vooroordelen. Met alle fouten van dien. Volgens Van Dijk is het in de praktijk voor de hulpverlener *makkelijker* om rekening te houden met vermeende culturele verschillen, omdat het een veilige interpretatie van problemen biedt en daardoor de onzekerheid van de hulpverlener verminderd (Van Dijk, 2004 in Hoffer, 2004: 97). Hulpverleners blijken zich ook vaak te *willen* verdiepen in een bepaalde cultuur omdat ze dan weten waar ze aan toe zijn. Van Dijk verwoordt dit met een treffende uitdrukking, ‘Give us the tools and we do the job’ (Van Dijk, 2003: 9). Ook Hoffer, een cultureel antropoloog en beleidsmedewerker van Bavo Europort die ik in het kader van dit onderzoek heb gesproken, merkt dit gedrag op. Hulpverleners kloppen vaak bij hem aan met de vraag om een kant-en-klare beschrijving van een bepaalde cultuur. Bovendien zijn hulpverleners vaak geneigd het label ‘culturele factoren’ op te plakken als blijkt dat het om ingewikkelde en in hun ogen onoplosbare problemen gaat, aldus Hoffer. Dat deze culturalistische benadering van cultuur dus ook voordelen heeft voor de hulpverlener mag duidelijk zijn. Volgens Baumann sluiten de culturalistische benadering en de dynamische benadering (constructivistische benadering) van cultuur elkaar in werkelijkheid niet uit (Baumann, 1999 in Oude Brueil, 2005). Hij benadrukt dat mensen, naar gelang de situatie, de ene keer kiezen voor een culturalistische en de andere keer voor een dynamische benadering. In de ene situatie kan de hulpverlener dus de meer ouderwetse, cultuurstereotype eigenschappen van een cliënt zien en benadrukken, in een andere situatie, bij een andere persoon zal de hulpverlener in zijn opvattingen juist uitgaan van *individuele* kenmerken. De hulpverlener zal de persoon dan meer zien als een individu in plaats van als lid van een etnische gemeenschap of cultuur. Uit de resultaten van de interviews (Hoofdstuk 5) zal blijken in hoeverre hulpverleners wel of niet uitgaan van een culturalistische cultuuropvatting.

2.4 Opvattingen hulpverleners – rekening houden met culturele verschillen

Uit het hoofdstuk 1 bleek dat het integratie- en minderhedendebat zich in de periode 2000-2004 steeds meer lijkt te richten op culturele aspecten van integratie. Culturele verschillen worden in grotere mate als probleem gezien voor het verloop van een goede integratie. Er bestaan verschillende meningen over de wijze waarop allochtonen zouden moeten integreren in de Nederlandse samenleving. Er kunnen hier grofweg twee *opvattingen* worden onderscheiden (Kortmann, 2001). De eerste gaat er ervan uit dat integratie het beste kan worden bewerkstelligd door allochtonen in te voegen in de bestaande Nederlandse cultuur en de bestaande Nederlandse voorzieningen. De tweede opvatting is de meer multiculturele benadering van integratie. Deze veronderstelt dat zowel allochtonen als de

Nederlandse instituties een aandeel moeten leveren aan de totstandkoming van een multiculturele samenleving. De volgende uitspraak van Dijkstal verduidelijkt deze laatste opvatting.

“Integratie is een tweezijdig proces waarin mensen die naar Nederland komen, worden verondersteld zich aan te passen aan de samenleving waarin zij terechtkomen en de ontvangende samenleving wordt verondersteld ruimte te scheppen voor datgene wat bij die mensen hoort, zoals hun cultuur (Dijkstal, TK, 2003-2004, nr. 8-9).”

Van de kant van de gezondheidszorg betekent dit dus, dat ook de instellingen hun diensten en hulpverlening moeten aanpassen aan de culturele achtergrond van de cliënt. We zagen dit verschil in opvatting ook al tussen de toenmalige ministers Hoogervorst en Borst van VWS. Hoogervorst (2004) vindt dat de allochtone zorgvragers zelf verantwoordelijk zijn om vertrouwd te raken met het Nederlandse zorgsysteem. Hij pleit voor algemeen beleid en algemene voorzieningen. Borst (2000) pleitte juist voor verdere multiculturalisering van de gezondheidszorg, om de zorg beter toegankelijk te maken voor de allochtone cliënt. In het werk van Kortmann (hoogleraar transculturele psychiatrie) komen deze twee opvattingen ook naar voren. Binnen de GGZ spelen volgens hem twee elkaar niet uitsluitende opvattingen/ visies van hulpverleners een rol, namelijk het universalisme en het relativisme.

Universalisten en Relativisten

Er zijn hulpverleners die menen dat allochtone zorgvragers zelf hun weg moeten kunnen vinden binnen de bestaande Westerse psychiatrie (Kortmann, 2001). Kortmann noemt deze hulpverleners *universalisten*. Zij veronderstellen dat psychiatrische ziekten algemeen menselijke verschijnselen zijn, net als lichamelijke ziektes als suikerziektes of een hartinfarct. Aan deze ziektes ligt een universele, biologische basis ten grondslag. Andere hulpverleners zijn van mening dat minderheden vragen om een nieuwe psychiatrie waaraan beide partijen (allochtone zorgvragers en de GGZ) een bijdrage moeten leveren. Deze hulpverleners noemt Kortmann *relativisten*. Zij zijn van mening dat elke cultuur een eigen taal en vormen heeft voor ziektegevoel en ziektegedrag. Dit betekent dat de GGZ haar behandelmethoden en diensten zou moeten aanpassen aan de culturele achtergrond van de patiënt. De RVZ lijkt deze mening te delen (Kortmann, 2001). In het rapport concludeert zij dat de Nederlandse gezondheidszorg, en in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg, zich onvoldoende heeft aangepast op patiënten van etnische minderheden. In veel gevallen worden klachten onvoldoende herkend omdat men weinig rekening houdt met het feit dat patiënten uit andere culturen andere ziektebelevingen en ziektegedrag kunnen vertonen, aldus de RVZ (2000). Andere studies zijn volgens Kortmann positiever en wijzen juist op de overeenkomsten in hulpbehoeften bij allochtonen en autochtonen.³ Zij waarschuwen voor stereotypering van minderheden. Deze stereotypering kan ontstaan door een te essentialistisch (culturalistisch) cultuurbeeld. Zoals al eerder besproken is het

3 Knipscheer, de Jong, Kleber en Lamptey (2000); Knipscheer en Kleber (1998); Knipscheer en Kleber (1999)

gevaar van deze opvatting dat de heterogeniteit binnen culturen en groepen uit het oog wordt verloren en dat er voorbij gegaan wordt aan belangrijke, individuele eigenschappen van de cliënt (zie ook: Oude Breuil, 2005). Immers *de Turk* of *de Marokkaan* bestaat niet.

Hulpverleners kunnen relativistische en universalistische opvattingen hebben. Om een beter beeld te krijgen wat het universalisme en het relativisme inhoudt en welke opvattingen de hulpverlener op basis van deze twee uitgangspunten kan hebben, gaan we in op het werk van de filosoof Procee (1996). Hij onderscheidt verschillende vormen van het universalisme en relativisme:

Absoluut universalisme (1): de overtuiging dat het goede en ware een universeel gegeven is dat uitstijgt boven de empirische werkelijkheid.

Communicatief universalisme (2): het goede en ware wordt als universeel gegeven pas zichtbaar in een dialoog gebaseerd op waarheid, zonder dwang en gericht op consensus.

Afhankelijk relativisme (3): de overtuiging dat het goede en ware relatief is, omdat ieder vanuit zijn eigen cultuur daarvoor codes en regels opgelegd krijgt. ‘Elk vogeltje zingt dus zoals het cultureel gebekt is’. Deze stroming gaat ervan uit dat er wezenlijke verschillen bestaan tussen culturen, maar deze kloof is niet onoverbrugbaar. Het kan best blijken dat verschillende culturen overeenkomstige oplossingen zien voor bepaalde problemen.

Divers relativisme (4): de overtuiging dat culturen zo fundamenteel van elkaar verschillen dat mensen niet kunnen oordelen over verschijnselen uit een andere cultuur zonder hun eigen normen en waarden op te leggen aan anderen.

Schematisch ziet dit er als volgt uit.

Universalistisch		Relativistisch	
Absoluut (1)	Communicatief (2)	Afhankelijk (3)	Divers (4)

Kortmann, 2001, Opvattingen hulpverlener binnen het universalisme en relativisme.

Drie fasen: verschillende opvattingen en houdingen

Omdat het bovenstaande nog erg abstract is, zal ik hieronder kort aangeven wat de verschillende opvattingen volgens Kortmann betekenen voor de houding die hulpverleners kunnen aannemen ten opzichte van allochtone cliënten. Belangrijk daarbij is om te vermelden dat deze opvattingen elkaar niet uitsluiten. Hulpverleners kunnen tijdens hun contact met de cliënt en in hun manier van handelen dus zowel universalistische als relativistische opvattingen hanteren (Kortmann, 2001). De opvattingen kunnen anders zijn tijdens verschillende fasen in het contact tussen hulpverlener en cliënt (Kortmann, 2001). Von Gebattel (1954) onderscheidt hierbij 3 fasen (Kortmann, 2001:17). De *eerste* fase van het

contact is de **elementair sympathieke fase/ kennismakingsfase**. Hierbij gaat het om het aangaan en onderhouden van een hulpverleningsrelatie met de cliënt en er wordt een vertrouwensband opgebouwd. In deze fase spelen volgens Kortmann vooral relationele aspecten een rol. In de *tweede* fase spelen professionele aspecten een rol. In deze fase, de **diagnostische fase**, vertaalt de hulpverlener het ziektegevoel en ziektegedrag in een (psychiatrische) diagnose en behandelplan (Kortmann, 2001). De *derde* fase, de **personale fase** of behandelingsfase, bestaat uit de feitelijke behandeling, het daadwerkelijk uitvoeren van een behandeling en het begeleiden van de patiënt bij zijn ziekte. Net als in de kennismakingsfase spelen ook hier relationele aspecten een grote rol. De hulpverlener stijgt uit boven de medisch-technische interventies die hij in de diagnostische fase toepast en past vooral psychosociale technieken toe, aldus Kortmann (2002). Dit met oog op de therapietrouw. Tijdens de gesprekken met hulpverleners is gebleken dat deze fases niet altijd strikt van elkaar te scheiden zijn en soms in elkaar overlopen. De hulpverlener kan bijvoorbeeld tijdens de behandeling zijn behandelplan en diagnose nog bijstellen. Op dat moment keert hij dus weer terug in de diagnostische fase.

Houdingen per fase

Nadat de verschillende fasen in het contact tussen hulpverlener en cliënt zijn besproken is het zaak om te kijken welke houdingen hulpverleners tijdens elk van de fasen kunnen aannemen. Volgens Kortmann kunnen hulpverleners tijdens de diagnostische fase een **communicatief universalistische** of een **absoluut universalistische** houding aannemen. Hulpverleners met een *absoluut universalistische houding (1)* zullen bij het stellen van een diagnose en behandelplan geneigd zijn vooral af te gaan op de universele classificatiesystemen en protocollen, zoals DSM-IV⁴. Daar komt bij dat zij *niet* ingaan op de betekenis van de culturele achtergrond van de cliënt op de diagnose. Het gevaar van deze benadering is dat de hulpverlener een verkeerde diagnose stelt. De hulpverlener kan namelijk het ziektegedrag van de patiënt op een verkeerde manier interpreteren, omdat hij dit vanuit zijn eigen cultuurgebonden opvattingen doet. Bij ziektes met een duidelijke medische oorzaak, zoals Alzheimer of dementie, is dit niet zo'n probleem. Echter bij ziektes die een psychosociale oorzaak hebben (bijvoorbeeld gedragsmoeilijkheden op persoonlijkheidsstoornissen) kan dit wel tot misverstanden leiden. Dit komt omdat de interpretatie van ziektegedrag vaak cultureel bepaald is, aldus Kortmann (2001). Op dat moment is het volgens Kortman beter om een *communicatief universalistische (2)* houding te hebben. In de praktijk betekent dit dat de hulpverlener niet zomaar een diagnose stelt, maar eerst in dialoog gaat met de patiënt over de diagnose en het behandelplan op basis van culturele gelijkwaardigheid (Kortmann, 2001). De hulpverlener probeert dan te achterhalen wat de verschijnselen (het ziektegedrag) van de patiënt betekenen in de cultuur en omgeving van de patiënt. Hij moet zogezegd binnentreden in de cultuur van de patiënt en openstaan voor afwijkende

⁴ DSM-IV is het diagnosemodel dat binnen de GGZ wordt gebruikt om diagnoses te stellen. In hoofdstuk vier zal de betekenis en het gebruik van het model verder aan de orde komen.

interpretaties. Op basis van een dialoog komen patiënt en hulpverlener dan tot een geschikte diagnose en behandelplan. Het kan in dit opzicht volgens Kortmann ook nuttig zijn om te gaan praten met naaste familieleden van de patiënt, om erachter te komen wat hun denkbeelden over de problemen en de behandeling zijn.

Tijdens de kennismakingsfase en de personale fase, de eerste en de derde fase, zullen hulpverleners volgens Kortmann vaak een *afhankelijk relativistische* (3) houding aannemen. Deze houding wordt volgens Kortmann vooral door hulpverleners toegepast in de kennismakingsfase wanneer de hulpverlener probeert een vertrouwensband of -relatie op te bouwen en te onderhouden met de cliënt. De hulpverlener is zich in deze houding bewust van de culturele verschillen tussen hem en de patiënt. Het kan dan gaan om verschillende ideeën met betrekking tot omgangsvormen, gepaste kleding tijdens een consult, de wijze van begroeten, manier van aankijken etc. De hulpverlener is zich bewust van deze culturele verschillen en probeert zich tot een bepaalde hoogte aan te passen aan de patiënt. De hulpverlener kan bijvoorbeeld een paternalistische (gezaghebbende) houding aannemen tijdens het consult omdat hij heeft geleerd dat allochtonen uit zogenaamde wij-culturen dit waarderen. Een ander voorbeeld is dat een vrouwelijke psycholoog, allochtone mannen op een andere manier begroet dan zij gewend is of dat een hulpverlener accepteert dat een allochtone cliënt te laat aankomt op zijn consult. Kortmann geeft aan dat het in deze fasen belangrijk is dat de hulpverlener grenzen stelt in de mate waarin hij bereid is zich aan te passen aan de normen en waarden van de cliënt en in gesprek gaat met de cliënt om de verschillen te overbruggen. Samen moeten cliënt en hulpverlener tot een voor beide partijen aanvaardbare oplossing komen. Hier komen we mijns inziens bij een tegenstrijdige kwestie. Als de hulpverlener in gesprek gaat met de cliënt over de verschillen kan hij namelijk ook vinden dat de cliënt zich moet aanpassen aan de omgangsnormen die hij als hulpverlener als gangbaar/universeel ziet. Of de hulpverlener vindt dat hij zich helemaal niet anders op hoeft te stellen ten aanzien van allochtone cliënten. In deze gevallen neemt de hulpverlener dus een meer universalistische houding aan.

Ten slotte de *divers relativistische* (4) houding. Deze houding gaat uit van onoverbrugbare verschillen tussen culturen. Een autochtone Nederlandse hulpverlener kan niet oordelen over de psychische problemen van allochtonen (Kortmann, 2001). Deze houding sluit dus een hulpverleningsrelatie tussen een autochtoon Nederlandse hulpverlener en allochtone cliënt uit. Een extreem gevolg van deze opvatting is volgens Kortmann dat de cliënt uit een andere cultuur wordt geweigerd, omdat de culturele verschillen volgens de hulpverlener te groot zijn om de patiënt goed te kunnen helpen en begeleiden. Een hulpverlener kan ook na een aantal consulten besluiten dat hij niet verder komt met de patiënt omdat religie of culturele afkomst een te grote rol spelen. Hij kan er dan bijvoorbeeld voor kiezen de cliënt door te verwijzen naar een andere hulpverlener met dezelfde etnische achtergrond of naar een alternatieve genezer. Deze houding lijkt in de praktijk erg omstreden. Allereerst wordt hiermee een duidelijke grens getrokken tussen de eigen cultuur en de andere cultuur die in

werkelijkheid niet zo eenvoudig is te stellen. Daarnaast mag een hulpverlener in de praktijk waarschijnlijk niet zomaar cliënten op grond van (vermeende) culturele verschillen weigeren of doorverwijzen naar een andere hulpverlener.

Uit het voorgaande blijkt dat deze houdingen elkaar niet uitsluiten. Een hulpverlener kan dus best verschillende houdingen aannemen tijdens het consult met één allochtone cliënt. De houding die hij/zij aanneemt hangt af van de fase in het gesprek. Is de hulpverlener bezig met het stellen van een diagnose en een behandelplan of met opbouwen of onderhouden van een hulpverleningsrelatie met de patiënt? De aangenomen houding hangt ook af van de aard van het probleem. Gaat het om een medisch probleem met een lichamelijke oorzaak of speelt er een probleem met een psychosociale oorzaak?

2.5 Specifieke maatregelen en voorzieningen voor allochtone zorgvragers - Interculturalisatie

Om rekening te houden met culturele verschillen kunnen GGZ-instellingen specifieke maatregelen of voorzieningen inzetten om de hulpverlening beter te laten aansluiten op patiënten met andere culturele achtergronden. Alvorens in te gaan op de inhoud van deze maatregelen en voorzieningen, zal ik eerst kort ingaan op het begrip interculturalisatie. Daarbij moet worden opgemerkt dat er in de literatuur veel verschillende definities bestaan van dit begrip. Hieruit blijkt dat er nog niet echt een eenduidige visie bestaat over wat interculturalisatie precies inhoudt. Ik zal hier volstaan met de definitie die door de RVZ is gebruikt in het rapport dat zij schreef in 2000 over allochtonen in de geestelijke gezondheidszorg. Interculturalisatie is volgens de RVZ:

“Een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg, waarbij het doel is allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers met respect voor hun culturele achtergrond gelijke toegang tot en gelijkwaardige kwaliteit van de zorg te bieden” (RVZ, 2000: 12).

Na het bestuderen van verschillende publicaties van de RVZ over interculturalisatie van de zorg zijn er een aantal maatregelen veelvuldig naar voren gekomen. De maatregelen en voorzieningen zijn niet nieuw en worden in sommige instanties al jaren toegepast. Ze zijn bedoeld om de culturele verschillen tussen de hulpverlener en de allochtone zorgvrager te overbruggen. Hieronder zal ik uitleggen wat de voorzieningen en maatregelen betekenen in de praktijk en wat volgens deskundigen het nut ervan is. In hoofdstuk 4 zal worden nagegaan in hoeverre de Bavo Europoort deze maatregelen toepast. Daarnaast zal gekeken worden of de afgelopen jaren veranderingen hebben plaatsgevonden in de mate waarin specifieke voorzieningen of maatregelen worden ingezet.

Categoriale voorzieningen

Categoriale voorzieningen zijn specifieke voorzieningen voor allochtonen. Ze zijn qua zorgaanbod en personeel geworteld in de cultuur, taal en identiteit van de groep (RVZ, 2000: 16). Dit soort

voorzieningen gaan uit van een meer relativistisch uitgangspunt. Vanuit dit standpunt bestaan er grote verschillen tussen culturen en heeft elke cultuur een eigen taal en ziektegevoel en eigen vormen van ziektegedrag (RVZ, 2000). Deze verschillen vragen vanuit dit uitgangspunt om aanpassing van diensten aan de culturele achtergrond van de cliënt. De RVZ erkent voor- en nadelen in deze aanpak van aparte doelgroepgerichte voorzieningen (RVZ, 2000: 17). Het goede eraan is dat er aandacht wordt besteed aan ‘relevante’ culturele verschillen en dat ze aan allochtone zorgvragers een keuzemogelijkheid bieden. De zorg wordt dus toegankelijker voor allochtonen. De keerzijde ervan is dat deze voorzieningen geïsoleerd raken van de reguliere hulpverlening en dat de ervaring met de allochtone doelgroep beperkt blijft tot een select aantal hulpverleners. Een ander nadeel, dat ik hierbij zelf wil toevoegen is dat door middel van dit soort voorzieningen een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen culturen en groepen. Hiermee sluit je dus ook mensen uit van deze voorzieningen. We zagen dat dit onderscheid vanuit de constructivistische benadering van cultuur niet zomaar gemaakt mag worden.

Deskundigheidsbevordering

Deskundigheidsbevordering is een breed begrip. Boomstra en Hoogsteder spreken in het rapport ‘Interculturele kwaliteit in de GGZ’ over “het bevorderen van culturele competenties van personeel” (Boomstra & Hoogsteder, 2004: 19). Maar wat zijn culturele competenties en tot welke concrete maatregelen kan dit in de praktijk leiden? Culturele vaardigheid houdt volgens Campinha-Bacote (1994) onder meer in dat de hulpverlener bewust is van culturele verschillen en eigen vooroordelen en kennis heeft van verschillende culturele groepen (van hun geloof, waarden en levensstijl). Deze vaardigheid kan in een organisatie worden bijgebracht door middel van bijscholing of nascholing van personeel. Door het ontwikkelen van deze vaardigheid kan een hulpverlener of een beleidsmaker interventies bedenken die aansluiten op de behoefte van de zorgvrager, aldus Campinha-Bacote.

Interculturele personeelsbeleid

Dit beleid kan maatregelen omvatten ter bevordering van de instroom en het behoud van carrièremogelijkheden van allochtoon personeel in de zorginstelling (RVZ, 2000). Tot 31 december 2003 gold voor bedrijven en instellingen boven de 35 personeelsleden de Wet Samen. Deze wet verplichtte de instantie tot het rapporteren over het aandeel etnische minderheden in het personeelsbestand en tot het formuleren van maatregelen om te komen tot een meer evenredige arbeidsparticipatie van etnische minderheden. Na afschaffing van deze wet is er geen soortgelijke overheidsmaatregel meer genomen. De CAO GGZ kent wel een artikel dat aandacht besteed aan diversiteitbeleid. Volgens dit artikel moeten instellingen zelf een actief diversiteitbeleid voeren ten

aanzien van een evenwichtige verdeling van alle functies over mannen, vrouwen, allochtonen en autochtonen.⁵ Instellingen moeten hiertoe een beleidsplan opstellen.

2.6 Verklaringen voor beleid en uitvoering

In het voorgaande is vastgesteld welke maatregelen en voorzieningen GGZ-instellingen kunnen nemen om de hulpverlening beter af te stemmen op een cultureel diverse doelgroep. Ook is vanuit verschillende theorieën gekeken hoe hulpverleners in de praktijk rekening kunnen houden met culturele verschillen. De verklarende vraag die in dit onderzoek wordt gesteld is of er de laatste jaren, als gevolg van het verharde minderheden- en integratiedebat en het omgeslagen allochtonenbeleid binnen de gezondheidszorg wel of geen veranderingen hebben plaatsgevonden in de manier waarop instellingen en hulpverleners rekening houden met cliënten met andere culturele achtergronden. De beleidssociologische theorieën die in deze paragraaf ter sprake komen, kunnen een verklaring bieden voor deze situatie.

We zullen ingaan op twee theoretische invalshoeken. Het institutionalisme en de discretionaire ruimte. Beide theorieën kunnen verklaren waarom beleidsveranderingen die van bovenaf worden gewenst, in de praktijk soms niet plaatsvinden.

Vanuit het institutionele perspectief

Binnen de organisatie kan een beleid bestaan waarin is vastgelegd hoe hulpverleners moeten omgaan met cliënten van allochtone afkomst. Dit beleid kan in het verleden tot stand zijn gekomen door de eisen die de politiek of andere machtsorganen stelden aan de hulpverlening aan allochtonen of op basis van de ervaringsgeschiedenis die hulpverleners in het verleden hadden met allochtone cliënten. Het kan ook zijn dat er geen expliciet beleid bestaat, maar dat er in het verleden min of meer ongeschreven normen of waarden zijn gevormd die bepalen hoe medewerkers nu omgaan met culturele verschillen. Belangrijk in dit geval is de manier waarop de hulpverleners en beleidsmedewerkers vanuit het verleden gewend zijn om te gaan met cliënten met andere culturele achtergronden. “Een bepaalde manier van handelen is in dit geval in het verleden geïnstitutionaliseerd in de regels, normen en waarden van de organisatie en bepalend voor het beleid zoals het er nu uit ziet” (Abma & in ’t Veld, 2001: 30). Theoretisch gezien kan het onveranderde beleid dan verklaard worden vanuit het **institutionele perspectief**. De historisch gegroeide normen, waarden of procedures geven richting en structuur aan het handelen van medewerkers (Trommel & Van der Veen 1999: 112). “Beleidsvorming is dus niet een louter rationeel en cognitief proces, maar een sociaal verschijnsel in een historisch gegroeide context” (Abma & In ’t Veld, 2001: 30). De mogelijkheid om het beleid te veranderen wordt volgens Esping-Andersen beperkt door factoren als ‘ideologische starheid’, ‘vastgeroeste

⁵ www.ggz nederland.nl: CAO GGZ 2005/2006

denkpatronen' en 'gevestigde belangenposities' (Esping-Andersen, 1994). Dit mechanisme wordt ook wel '*padafhankelijkheid*' genoemd. Hulpverleners en beleidsmedewerkers van de GGZ zouden volgens dit principe moeilijk in staat zijn het beleid en de regels ten aanzien van allochtonen te veranderen omdat zij zich in het verleden hebben moeten conformeren aan een bepaald beleid richting deze doelgroep.

Een mechanisme wat hiermee nauw samenhangt en het moeilijk maakt beleidsveranderingen in de praktijk te verwezenlijken is de '*institutionele reflexiteit*' van Giddens (1991: 20). Naarmate een bepaald beleid is geïnstitutionaliseerd binnen de organisatie, gaat dit beleid een belangrijke rol spelen in de overwegingen en het handelen van mensen die binnen de organisatie werkzaam zijn (Trommel & Van der Veen, 1999). De organisatie stemt haar beleid namelijk af, of om in Giddens woorden te spreken, *anticipeert*, op bepaalde bestaande arrangementen. Dit kunnen bijvoorbeeld maatregelen of bepaalde specifieke voorzieningen zijn die de medewerkers van instellingen gewend zijn te gebruiken om allochtone zorgvragers beter te kunnen helpen. Dit mechanisme geeft deze arrangementen een bepaalde 'dynamiek' met zich mee, die het moeilijk maakt veranderingen die van bovenaf worden opgelegd door te voeren in de uitvoering van het beleid (Trommel & Van der Veen, 1999). Dit zou voor hulpverleners en beleidsmedewerkers binnen de GGZ kunnen betekenen dat het moeilijk is af te stappen van de specifieke voorzieningen die in het verleden zijn ontwikkeld voor allochtone cliënten, omdat de praktijk hierop is ingericht.

De tweede theoretische invalshoek, **discretionaire ruimte**, geeft een vergelijkbare verklaring. Namelijk een verklaring voor het verschil tussen de intenties van beleidsmakers en de uiteindelijke realisatie door uitvoerders (Bakker & Van Waarden, 1999).

Discretionaire ruimte

Uitvoerders die in hun werk direct en persoonlijk contact hebben met cliënten (Lipsky, 1980, noemt deze groepen ook wel 'street level bureaucrats') hebben enige vrijheid over de wijze van toepassing van regels en protocollen. Deze vrijheid wordt ook wel 'discretionaire ruimte' genoemd (Bakker & Van Waarden, 1999). Uitvoerders maken in de praktijk keuzes die voor een deel gebaseerd zijn op eigen inzichten en belangen. Ervaring, opleiding, professionele waarden en persoonlijkheid van de uitvoerders zijn volgens Bakker en Van Waarden belangrijke factoren die invloed kunnen hebben op de manier waarop zij met cliënten omgaan. Hierin eigenen zij zich volgens de auteurs een aanzienlijke mate van beslissingsvrijheid toe. Dit kan onder meer bepalend zijn voor de manier waarop de hulpverlener (uitvoerder) omgaat met culturele verschillen – past de hulpverlener zich aan de cliënt aan of verwacht hij dat de cliënt zich aan hem aanpast. Ook de hoeveelheid extra tijd die de hulpverlener aan de allochtone cliënt besteed kan hiervan afhankelijk zijn. De kans bestaat dat de hulpverleners hun discretionaire ruimte zo gebruiken dat een doelstelling die op hoger niveau is

vastgelegd niet wordt gerealiseerd of dat het bereiken daarvan zelfs wordt tegengewerkt (Bakker en Van Waarden, 1999). Dit kan verklaren waarom, ondanks veranderde beleidsintenties vanuit het ministerie van VWS of vanuit het management van de GGZ er in de praktijk door hulpverleners toch nog in grote mate rekening wordt gehouden met culturele verschillen.

In dit opzicht spreken Terpstra en Havinga (1999: 54) ook wel van ‘**professionele uitvoerders**’. Onder professionele uitvoerders scharen zij beroepsgroepen zoals artsen, maatschappelijk werkers en leerkrachten. Kortom, beroepsgroepen waarbij de ‘professional’ veelal direct, ‘face to face’ en intensief contact heeft met zijn cliënten. Deze ‘professionals’ gaan op een andere manier om met regels, protocollen en richtlijnen omdat zij vanuit hun deskundigheid, meestal verworven door een beroepsopleiding, handelen (Terpstra & Havinga, 1999). Vaak handelen zij vanuit het belang van de cliënt, vanuit de idee dat ze moeten doen wat het beste bij de cliënt werkt. Hierbij spelen opvattingen die zij hebben over hun vak een grote rol. “Centraal staat niet de correcte uitvoering van de regels of beleid, maar bijvoorbeeld de adequate hulpverlening” (Terpstra & Havinga, 1999: 55). In hun omgang met cliënten kunnen uitvoerders volgens de auteurs een grote mate van autonomie claimen. Ze kunnen er bijvoorbeeld naar streven hun manier van handelen af te stemmen op de individuele omstandigheden van de cliënt. Professionals laten zich volgens Terpstra en Havinga niet makkelijk sturen door managers of politici, vooral als dit afbreuk doet aan hun beslissingsvrijheid of aan de belangen van hun beroepsgroep. Er kan dus spanning bestaan tussen de politieke- en beleidsintenties enerzijds, en de waarden van de betrokken uitvoerders anderzijds.

In het voorgaande zijn theoretische invalshoeken bestudeerd die het beleid en de gang van zaken in de praktijk kunnen verklaren. Ze gaan uit van de verwachting dat beleidsveranderingen in de praktijk moeilijk zijn te verwezenlijken. .

Hoofdstuk 3

Onderzoeksaanpak

3.1 Inleiding

Nu het theoretisch kader is besproken, zal dit hoofdstuk ingaan op de onderzoeksaanpak. In paragraaf 3.2 en 3.3 wordt de gekozen onderzoeksstrategie besproken en paragraaf 3.4 besteedt aandacht aan het onderzoeksgebied.

3.2 Methodologische verantwoording

Voor dit onderzoek heb ik gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk de casestudy.

“Een casestudy kan worden beschouwd als het systematisch beschrijven en analyseren van een natuurlijke situatie of een natuurlijk experiment. De casestudy richt zich primair op de betekenis of de verklaring van verschijnselen en hun context, en niet op de mate of frequentie waarin dergelijke verschijnselen voorkomen” (Gorissen, 2001).

Dit maakt een casestudy erg geschikt voor dit onderzoek. Het geeft mij als onderzoeker de gelegenheid in te gaan op de betekenissen die hulpverleners geven aan bepaalde situaties. Dit zal een belangrijk onderdeel van dit onderzoek zijn, omdat ik interviews houd met hulpverleners van de GGZ die direct in contact staan met cliënten met diverse culturele achtergronden. De laatste onderzoeksvraag heeft betrekking op het zoeken naar verklaringen voor eventuele veranderingen. Hoe valt het te verklaren dat de hulpverlening binnen de GGZ ten aanzien van allochtonen is veranderd of gelijk is gebleven in de afgelopen jaren? De casestudie is daar, naar mijn mening ook geschikt voor omdat het ingaat op de sociale mechanismen die zich kunnen voordoen binnen een organisatie.

3.3 Dataverzameling

Braster (2000) onderscheidt voor de casestudy verschillende methodes om data te verzamelen. In dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van diepte-interviews en bestudering van bestaande gegevens. Wat betreft de bestudering van gegevens zijn voornamelijk notities onderzocht die betrekking hebben op het interculturalisatiebeleid van de organisatie en van de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. Deze informatie heeft inzicht gegeven in de projecten met betrekking tot interculturalisatie en in de ontwikkelingen en veranderingen die hebben plaatsgevonden in het beleid. De documentenanalyse is aangevuld met uitgebreide diepte-interviews met drie beleidsmedewerkers Interculturele zaken. Tijdens deze interviews zijn ook de eventuele gevolgen van de landelijke politieke ontwikkelingen voor het beleid van de organisatie besproken. Hoofdstuk 4 zal in het teken staan van de uitkomsten van dit onderzoek. Daarnaast heb ik een dertiental interviews gehouden met hulpverleners op verschillende locaties van de Bavo Europoort. De gesprekken waren diepgaand en duurde gemiddeld één tot twee uur. Tijdens deze gesprekken heb ik getracht telkens dezelfde vragen te stellen. Dit was

nodig om te illustreren wat de houding en opvatting van de hulpverlener is ten opzichte van het rekening houden met culturele verschillen. Om een goed beeld te krijgen van de gangbare houding en opvatting van de hulpverleners is dit onderwerp ook besproken met de drie beleidsmedewerkers. Deze beleidsmedewerkers voeren namelijk regelmatig gesprekken met hulpverleners over het werken met allochtonen en geven hen adviezen. Hoofdstuk 5 zal de resultaten van de interviews analyseren.

3.4 Onderzoeksgebied

Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg (tweedelijns GGZ)

Het onderzoek richt zich op de specialistische Geestelijke Gezondheidszorg (tweedelijns GGZ). De GGZ in Nederland is opgebouwd uit een eerstelijns GGZ en een tweedelijns GGZ. De eerstelijns GGZ bestaat uit de huisarts, de eerstelijns psycholoog en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Dit is een laagdrempelige zorg waar cliënten zonder verwijzing van een huisarts gebruik van kunnen maken. De tweedelijns GGZ behandelt de zwaardere problematiek waarvoor een doorwijzing nodig is van een huis- of bedrijfsarts of bureau Jeugdzorg. Het kan gaan om ambulante psychiatrische zorg, poliklinische diagnostiek of psychiatrische behandeling, verslaving, trainingen en cursussen ter preventie.

Bavo Europoort Groep

Voor dit onderzoek zijn er in totaal zestien interviews gehouden met hulpverleners (dertien respondenten) en beleidsmedewerkers (drie respondenten) van de Bavo Europoort Groep. De Bavo Europoort Groep is in 2006 ontstaan uit een fusie tussen de GGZ Groep Europoort en de Bavo RNO Groep. De GGZ Groep Europoort (GGE) is ontstaan op 1 januari 2002 en komt voort uit de Riagg Rijnmond Zuid. De voormalige GGZ Groep Europoort (GGE) bestaat uit een concern van zes instellingen met verschillende specialisaties. De GGE omvat de gebieden Rotterdam Zuid en de Zuid-Hollandse Eilanden. De Bavo RNO groep is ontstaan uit een fusie tussen een psychiatrisch centrum en RIAGG Rijnmond Noord, en behelst het gebied Rotterdam Noord. Voor dit onderzoek is alleen gekeken naar de vestigingen in Rotterdam en omgeving. De reden voor deze geografische keuze zal ik later in dit hoofdstuk toelichten.

Respondenten

De respondenten zijn telefonisch en gericht benaderd. De manier van selectie komt overeen met de doelgerichte *niet*-kanssteekproef van Braster. “Het doel is dan eerder om te komen tot theoretische generalisaties en niet tot statistische generalisaties, zoals bij zuivere kanssteekproeven het geval is” (Braster, 2000: 83). Dit onderzoek heeft dan ook een duidelijk kwalitatief karakter en heeft geenszins de bedoeling statistisch representatief te zijn. Om een goed beeld te krijgen van het onderzoeksgebied is in eerste instantie geprobeerd binnen alle werkmaatschappijen van de GGE een hulpverlener te

interviewen. Dit is redelijk gelukt. Slechts bij één werkmaatschappij was het om diverse redenen niet mogelijk een respondent te vinden. Alle aspecten van de geestelijke gezondheidszorg zijn vertegenwoordigd binnen de Groep. Van milde psychische klachten tot en met de zwaarste problemen. In totaal heb ik gesproken met zes hulpverleners en twee beleidsmedewerkers. Later in het onderzoek is er voor gekozen om ook hulpverleners van de voormalige Bavo RNO groep te interviewen. Het was namelijk op dat moment duidelijk dat de Bavo RNO groep en de GGZ Groep Europoort één organisatie zouden worden, de Bavo Europoort. Binnen deze groep zijn nog eens zeven hulpverleners en één beleidsmedewerker geïnterviewd. Voor een volledig overzicht van de functies van alle respondenten en de interviewvragen verwijs ik naar de bijlagen.

Keuze voor Rotterdam en omgeving

De keuze om dit onderzoek juist in Rotterdam uit te voeren is een vrij logische. Rotterdam is één van de meest cultureel diverse steden in Nederland en daardoor in het kader van dit onderzoek zeer interessant. Het percentage etnische minderheden¹ op het totale aantal inwoners in Rotterdam was op 1 januari 2006, 31,8 procent (Centrum voor onderzoek en Statistiek Rotterdam: 2003). De groei van het aantal etnisch minderheden is niet in elke deelgemeente in Rotterdam even groot. Binnen het onderzoeksgebied zijn bewust ook interviews gehouden in gebieden waar het zorggebied nog in mindere mate verkleurd is, zoals bijvoorbeeld Zevenkamp, Hoogvliet en Capelle a/d IJssel. De mate van verkleuring van het zorggebied kan namelijk invloed hebben op de manier waarop, en de mate waarin hulpverleners rekening houden met culturele achtergronden. Volgens de gegevens van de buurtmonitor van de gemeente Rotterdam (per 1 januari 2006) bestaat het totaal aantal inwoners van de deelgemeente Zevenkamp en Hoogvliet in 2006 uit respectievelijk voor 22,6 % en 20,4 % uit etnische minderheden. In de gemeente Capelle a/d IJssel is het percentage etnische minderheden slechts 13% van het totaal aantal inwoners.⁶ In deze (deel)gemeentes woont een aanzienlijk kleiner percentage etnische minderheden dan bijvoorbeeld in de deelgemeentes Charlois (37,2%), Feijenoord (49,5%) of Delfshaven (57,6%).⁷

Definitie allochtonen

Zoals eerder vermeld (hoofdstuk 1, pagina 8), wordt in dit onderzoek gemakshalve gesproken over allochtonen. Hiermee worden etnische minderheden bedoeld.⁸

⁶ www.capelle-ijssel.buurtmonitor.nl: gegevens op 1 januari 2006

⁷ www.buurtmonitor.rotterdam.nl: gegevens op 1 januari 2006

⁸ Dit zijn volgens het Centrum Onderzoek en Statistiek (Rotterdam) Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen/Arubanen, Kaapverdianen, en Noord-mediterranen. De bepaling vindt plaats op basis van het geboorteland van de persoon, respectievelijk dat van de moeder en de vader. (www.cos.rotterdam.nl)

Hoofdstuk 4

Interculturalisatiebeleid Bavo Europoort: Veranderingen en ontwikkelingen

4.1 Inleiding en achtergrond

Dit onderzoek zal zich richten op de Bavo Europoort. De Bavo Europoort is in september 2006 ontstaan uit een fusie tussen de GGZ Groep Europoort (GGE) en de Bavo RNO Groep (Bavo). Het gevolg van deze fusie is dat de instellingen zich op het moment dat deze scriptie is geschreven in een reorganisatie bevinden. De projecten en activiteiten rond interculturalisatie hebben tot die tijd gescheiden plaatsgevonden en zullen daarom ook deels apart worden besproken.

In de inleiding van deze scriptie zagen we dat interculturalisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg vanuit de landelijke politiek niet meer wordt gestimuleerd. De verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen in de zorg aan allochtonen wordt door minister Hoogervorst van het ministerie van VWS tijdens het kabinet Balkenende II bij de burgers en instellingen zelf gelegd. *Algemene* voorzieningen en *algemeen* beleid worden gepropageerd. De politiek en de overkoepelende brancheorganisatie, GGZ Nederland, besteden dan ook geen aandacht meer aan het aanpassen van de zorg op allochtonen. Deze koerswijziging ligt volgens Hoogervorst meer in lijn met het verharde integratiebeleid etnische minderheden van minister Verdonk. De problemen in de zorg aan allochtonen zijn hiermee nog niet opgelost. De GGZ zal in de dagelijkse praktijk nog steeds te maken hebben met culturele verschillen. De verwachting, die al eerder in de inleiding van deze scriptie is uitgesproken, is dat instellingen vandaag de dag nog steeds specifiek rekening houden met bepaalde groepen allochtonen binnen hun diensten en voorzieningen. Dit hoofdstuk zal daarom nagaan of zich de laatste jaren belangrijke veranderingen hebben voorgedaan op interculturalisatiegebied binnen de Bavo Europoort.

De opbouw is als volgt. Dit hoofdstuk zal in de eerste plaats ingaan op de landelijke ontwikkelingen op interculturalisatiegebied binnen de gezondheidszorg. Hierna zal ik aan de hand van beleidsstukken en empirisch materiaal het beleid en activiteiten ten aanzien van interculturalisatie binnen de Bavo Europoort bespreken. De centrale vraag in dit hoofdstuk is op welke wijze er specifiek rekening wordt gehouden met niet-westerse allochtonen in het soort diensten en voorzieningen dat de Bavo Europoort aanbiedt en of daar de afgelopen jaren veranderingen in hebben plaatsgevonden die duiden op een verminderde specifieke aandacht voor culturele verschillen. Om deze vraag te beantwoorden zijn er verschillende thema's gekozen, aan de hand waarvan het beleid en de activiteiten zullen worden bestudeerd, namelijk *deskundigheidsbevordering*, *specifieke migrantenvoorzieningen* (of categoriale voorzieningen) en *intercultureel personeelsbeleid*. De betekenis van deze thema's is in het

theoretische kader besproken. Daarnaast bleek tijdens de interviews en het bestuderen van documenten dat het diagnosticeren (werken met DSM-IV) een relevant onderwerp is om extra aandacht aan te besteden. Paragraaf 4.3.2 zal daarom ook ingaan op de ontwikkelingen op dit gebied. Tot slot zal worden gekeken in hoeverre het interculturalisatiebeleid de afgelopen jaren draagvlak heeft gekregen onder het management van de organisatie.

4.2 Landelijke ontwikkelingen interculturalisatie

Deze inleiding zal aan de hand van een studie uit 2003, *Interculturalisation of Health Care, Dutch Lessons*, van Rob van Dijk (consulent interculturele zaken Bavo) in grote lijnen aangeven hoe het interculturalisatiebeleid zich de afgelopen twintig jaar binnen de Nederlandse gezondheidszorg en de GGZ heeft ontwikkeld. Waarom is het concept interculturalisatie ontstaan en welke uitgangspunten heeft beleid door de jaren heen gehad? Welke interne en externe ontwikkelingen hebben invloed gehad op het beleid? Opvallend hierbij is, zo zal blijken uit deze paragraaf, dat interculturalisatie vooral lijkt samen te hangen met de aard van de migratiestromen.

1980-1990 - Interculturalisatie: Bevorderen deskundigheid hulpverleners

Al in de jaren tachtig wordt volgens Van Dijk het concept interculturalisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg geïntroduceerd. Het moet in die tijd antwoord geven op alle problemen en struikelblokken in de zorg aan allochtonen. Het gaat vooral om de zorg aan Marokkanen en Turken omdat deze het meest problematisch leek te zijn. Het aantal migranten in Nederland neemt steeds meer toe en het uitgangspunt van de tijdelijkheid van verblijf wordt verlaten. In die tijd neemt ook het aantal migranten toe die fysieke en psychische problemen vertonen. Het doel wordt: de zorg toegankelijker te maken voor migranten door de gezondheidszorg *zelf* aan te passen. Beleidsmakers komen tot de conclusie dat niet de patiënt het probleem is, maar de gezondheidszorg zelf. De oplossing om de problemen te ondervangen wordt vooral gezien in de bevordering van de (interculturele) deskundigheid van hulpverleners.

1990-2000 - Interculturalisatie: Verandering van binnenuit

Aan het begin van de jaren negentig neemt, met de toename van het aantal vluchtelingen en asielzoekers in Nederland ook de diversiteit onder allochtonen enorm toe en elke sector in de gezondheidszorg krijgt te maken met deze toenemende diversiteit (Van Dijk, 2003:11). De beleidsmakers en bestuurders binnen de gezondheidszorg komen tot de conclusie dat het stimuleren van deskundigheid onder hulpverleners en het introduceren van een aantal aanvullende voorzieningen voor migranten niet meer voldoende zijn. De zorg aan migranten wordt steeds meer een managementprobleem. “Niet alleen de deskundigheid van hulpverleners, maar ook de organisatiestructuur, de procedures, de aangeboden zorg en de organisatie van staf en personeel worden belangrijke items binnen ‘management of diversity’ ” (Van Dijk, 2003:11). Het is niet meer

mogelijk een hulpverlener te informeren over en zich te laten aanpassen aan *alle* culturen. De nadruk komt meer te liggen op culturele competentie en culturele sensitiviteit. Dat wil zeggen dat hulpverleners en managers, ongeacht hun etnische herkomst, moeten kunnen omgaan met een culturele diverse doelgroep. Echter bestaat er in deze tijd, volgens Van Dijk, een discrepantie tussen beleid en praktijk, omdat er nog steeds veel aparte specifieke migrantenvoorzieningen blijven bestaan. “Deze voorzieningen functioneren in de marge van de organisatie als een soort eilandjes binnen de reguliere gezondheidszorg” (Van Dijk, 2003:12).

2000 tot heden - Interculturalisatie: Verandering van buitenaf

Binnen de gezondheidszorg treedt in deze periode een toenemende mate van marktwerking op. De gezondheidszorg wordt gezien als een markt, en de zorg als een product. Zorgaanbieders (GGZ), zorgverzekeraars en zorgvragers (cliënten) moeten met elkaar gaan onderhandelen over producten, prijzen en kwaliteit. In dit proces krijgen zorgverzekeraars volgens Van Dijk een grotere invloed, omdat ze vaker met groepen consumenten onderhandelen over specifieke, op maat gemaakte, voorzieningen. Ook neemt de productiedruk binnen de GGZ toe. Hulpverleners worden geacht om zoveel mogelijk cliënten in een zo'n kort mogelijke tijd te zien. Onder het management krijgt interculturalisatie in deze tijd minder prioriteit, aldus Van Dijk. Er zijn andere prioriteiten op de agenda komen te staan, zoals onderhandelingen met zorgverzekeraars, opboksen tegen concurrentie van andere zorginstellingen en zorgen voor een sterke positie ten opzichte van de zorgverzekeraars. Daarnaast wordt de politieke druk op de organisatie om zich aan te passen aan de multiculturele samenleving als gevolg van de omslag in het integratiedebat en het beleid van VWS niet meer zo sterk gevoeld dan in voorgaande jaren. In 2004 wordt, zoals in de inleiding van deze scriptie ook al vermeld de financiële steun aan het landelijke interculturalisatieplan stopgezet op aanraden van minister Hoogervorst. In de tussentijd hebben veel GGZ-instellingen een beleidsplan voor interculturalisatie ontwikkeld en verschillende maatregelen genomen. Volgens Van Dijk (2003: 13) is de zorg aan allochtonen echter nog lang niet toereikend.

Samenvattend algemene ontwikkelingen

We zagen in het voorgaande dat externe ontwikkelingen er voor hebben gezorgd dat interculturalisatie vanaf de millenniumwisseling niet meer zoveel aandacht krijgt van het management van zorginstellingen. Ook kunnen we stellen dat het karakter van interculturalisatie de afgelopen decennia is veranderd. In de jaren tachtig ging het vooral om het aanbieden van specifieke allochtonenvoorzieningen en om interculturele deskundigheidsbevordering van hulpverleners. In de jaren negentig zou een verschuiving hebben plaatsgevonden naar ‘management of diversity’: “de organisatiestructuur, de procedures, de aangeboden zorg en de organisatie van staf en personeel worden belangrijke items om te interculturaliseren” (Van Dijk, 2003: 11). Het is onmogelijk om voor elke cultuur of etnische afkomst nog een aparte voorziening te maken en om elke hulpverlener te

informereren over *alle* culturen, de nadruk komt dus meer te liggen op het ‘cultuurgevoelig’ maken van de organisatie. Opvallend is dat in deze tijd volgens Van Dijk een discrepantie zou bestaan tussen beleid en praktijk, omdat veel instellingen nog steeds allerlei specifieke voorzieningen voor migranten aanhouden. Wellicht bestaat deze discrepantie nu nog steeds binnen organisaties.

4.3 Interculturalisatie Bavo Europoort

Nadat we een aantal algemene ontwikkelingen hebben geschetst in de wereld die interculturalisatie heet, is het nu tijd om concreet te kijken naar het beleid en de voorzieningen van de Bavo Europoort en de veranderingen die daarin hebben plaatsgevonden. In paragraaf 4.3.1 zullen globaal de aanleiding tot en de doelstellingen van het interculturalisatiebeleid worden besproken. Daarna zullen we verschillende onderdelen van het interculturalisatiebeleid bestuderen. Achtereenvolgens gaat het om **Deskundigheidsbevordering** (4.3.2), **Categoriale voorzieningen** (4.3.3) en **Intercultureel Personeelsbeleid** (4.3.4). Paragraaf 4.4 geeft een samenvatting van de belangrijkste ontwikkelingen en veranderingen. Paragraaf 4.5 vormt de conclusie.

4.3.1 Aanleiding en doelstellingen interculturalisatiebeleid

De GGE en de Bavo hebben vanaf 2002 een actief interculturalisatiebeleid gevoerd. Het landelijke Actieplan Interculturalisatie van GGZ Nederland (Duizend Bloemen bloeien, 2001-2004) lijkt, gezien het jaar waarin beide instellingen zijn begonnen met een actief beleid, hiertoe aanleiding te zijn geweest. De geïnterviewde beleidsmedewerkers zijn echter van mening dat het beleid niet van bovenaf door GGZ Nederland of door de politiek is opgelegd, maar dat vooral andere (externe) factoren aanleiding zijn geweest om meer aandacht te besteden aan interculturalisatie. Zo vertelt een beleidsmedewerker Interculturele Zaken van de GGE dat de roep om interculturalisatie al eerder is ontstaan in 2000, als gevolg van de toenemende verkleuring van het zorggebied.

“Je merkte bij onze instellingen dat naarmate de kleur van het zorggebied veranderde, mensen ook inzagen dat het noodzakelijk was om dingen te veranderen. Dat is gewoon een kwestie van overleven geweest!! Hier in Zuid zijn wijken die voor 80% uit allochtonen bestaan. Dan moet je ook iets betekenen.” (R 1)

Het interculturalisatiebeleid is niet van bovenaf opgelegd door het ministerie van VWS, meent hij.

“De behoefte aan meer interculturalisatie is vooral ontstaan vanuit de hulpverleners zelf. De Raad van Bestuur ziet het nog niet eens goed in, maar je merkte gewoon aan de hulpverleners in contacten dat zij heel veel behoefte hebben aan kennis in omgang en bejegening naar allochtone cliënten toe. Het werd vanuit de praktijk, door de hulpverleners zelf vormgegeven.” (R 1)

Een andere beleidsmedewerker interculturele zaken van de Bavo is ook van mening dat de verkleuring van het zorggebied een van de belangrijkste redenen is geweest om actief aan de gang te gaan met interculturalisatie (R 2). Het aandeel allochtonen in Rotterdam zal volgens de voorspellingen

toenemen tot 57% in 2017.⁹ Andere factoren die aanleiding vormden zijn volgens hem: de eisen wat betreft een cultureel divers personeelsbeleid die aan instellingen worden gesteld door GGZ Nederland via de CAO GGZ¹⁰ én het toenemende aantal particuliere initiatieven voor interculturele GGZ in Rotterdam waardoor de GGZ zich bewust moet zijn van haar concurrentiepositie.

Doelstellingen

De start van het beleid ging samen met het formuleren van concrete doelstellingen en het oprichten van een werkgroep (stuurgroep) die dit beleid binnen de organisatie vorm moest gaan geven. De belangrijkste overkoepelende doelstelling is: “de zorg beter aansluiten op een cultureel divers zorggebied en daarmee de toegankelijkheid van de GGZ voor migranten en vluchtelingen te vergroten” (Bavo, 2004; GGE, 2005).

Een belangrijk verschil van het beleid van de GGE ten opzichte van het beleid van de Bavo, is dat de raad van bestuur van de GGE voor een *integrale aanpak* heeft gekozen. Dat wil zeggen dat de GGE geen aparte afdeling voor migranten wil oprichten, omdat het uitgangspunt is dat in principe elke hulpverlener, elke cliënt - van welk komaf dan ook - moet kunnen behandelen (Hoffer, 2004:19)

Het interculturalisatiebeleid heeft in beide instellingen tot gevolg gehad dat er een aantal concrete activiteiten en projecten zijn opgestart om het zorgaanbod beter te laten aansluiten bij de cultureel diverse cliëntèle. De categoriale voorzieningen (specifieke migrantenvoorzieningen) bestonden al ver voor de start van het interculturalisatiebeleid. In de volgende paragrafen zullen we de maatregelen die zijn genomen en de veranderingen die daarin hebben plaatsgevonden bespreken. Om invulling te geven aan dit hoofdstuk zijn in beide instellingen gesprekken gevoerd met beleidsmedewerkers interculturele zaken en hulpverleners van de Bavo en de GGE die betrokken zijn bij specifieke migrantenvoorzieningen.

4.3.2 Deskundigheidsbevordering

Het *eerste* onderdeel van het interculturalisatiebeleid is deskundigheidsbevordering. We zagen eerder in het theoretisch kader dat deskundigheidsbevordering een breed begrip is. Boomstra en Hoogsteder spreken in het rapport, ‘Interculturele kwaliteit in de GGZ’, over het ‘bevorderen van culturele competenties van hulpverleners en beleidsmakers’ (Boomstra & Hoogsteder, 2004). Deze culturele competenties kunnen worden bijgebracht door middel van cursussen, nascholing etc.

⁹ Centrum voor onderzoek en Statistiek, Prognose bevolkingsgroepen Rotterdam 2017.

¹⁰ CAO GGZ 2005-2006 Art. 1: 3 De werkgever zal een actief diversiteitsbeleid voeren ten aanzien van een evenwichtige verdeling van alle functies over mannen, vrouwen, allochtonen en autochtonen. Daartoe wordt een beleidsplan opgesteld waarin onder meer aandacht wordt besteed aan werving, loopbaanontwikkeling en scholing.

Deskundigheidsbevordering binnen de onderzochte instellingen kan onderscheiden worden in verschillende deelgebieden. Enerzijds cursussen en consultaties, anderzijds onderzoek. Uit de analyse zal blijken dat er het afgelopen jaar als gevolg van interne en organisatorische ontwikkelingen minder aandacht is besteed aan deskundigheidsbevordering.

Omdat de deskundigheidsbevordering binnen de Bavo Europort inhoudelijk veel aandacht besteedt aan het werken met het diagnosemodel DSM-IV, zal ik eerst ingaan op de betekenis van dit systeem en de beperkingen die het systeem volgens deskundigen oplevert bij het stellen van een diagnose bij cliënten met een niet-westerse achtergrond.

Werken met DSM-IV

DSM-IV is een standaard classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen dat binnen de GGZ gebruikt wordt om een diagnose vast te stellen. Het systeem is vastgesteld op basis van onderzoeken onder veelal blanke, Westerse mannen en vrouwen (Hoffer, 2004). De afgelopen tientallen jaren bestaat er binnen de GGZ al discussie over de vraag of DSM-IV wel een geschikt systeem is om toe te passen op niet-westerse allochtonen. Volgens verschillende deskundigen sluit het systeem niet altijd goed aan bij de achtergrond en belevingswereld van de cliënt (Hoffer, 2004: 31; Van Dijk, Borra & Rohlof, 2002). Het zou te weinig open staan voor culturele factoren in het algemeen en voor verklaringen en eigen culturele ziektebeschrijvingen van de patiënt (Borra, 2002: 65). Dit systeem zou ontoereikend antwoord geven op vragen als: “Kunnen we een Marokkaan die stemmen hoort wel schizofreen noemen? Beschrijft een Somalische vluchteling de klachten waarvan wij denken dat het om een depressie gaat op dezelfde manier als bijvoorbeeld een Nederlandse vrouw?” (Borra, 2002: 65). De discussie raakt eigenlijk de kern van de discussie tussen de *universalisten* en de *relativisten* die in hoofdstuk 2 (theoretisch kader) ook ter sprake kwam. Universalisten zijn van mening dat psychische ziektes algemene menselijke, universele verschijnselen zijn, zoals een hersenbloeding of diabetes en dat culturele verschillen er dus niet toe doen. Relativisten vinden juist dat iemands culturele achtergrond een belangrijke invloed heeft op de ziektebeleving en het ziektegedrag en dat daar dus juist veel aandacht aan moet worden besteed in een psychisch verklaringsmodel als DSM-IV. In 1994 is als reactie op deze discussie een werkgroep van psychiaters in Amerika bij elkaar gekomen met als doel de psychiatrische diagnostiek meer open te stellen voor culturele aspecten. De werkgroep heeft toen de ‘cultural formulation of diagnosis (CFD)’ ontwikkeld. “Dit is een complementair model dat meer openstaat voor culturele factoren in het algemeen en voor verklaringen en eigen culturele ziektebeschrijvingen van de patiënt” (Hoffer, 2004: 32). Het probleem in Nederland is dat deze cultural formulation nog nauwelijks wordt toegepast en gelezen door hulpverleners en als het ware verstopt zit in DSM-IV (Borra en Van Dijk & Rohlof, 2002). Er zijn veel pogingen gedaan, onder andere door Van Dijk, Borra en Rohlof om dit model meer bekendheid te geven, maar vooralsnog lijkt een algemene invoering van de CFD in de GGZ nog niet waarschijnlijk (Hoffer, 2004).

De geïnterviewde beleidsmedewerkers van de Bavo Europoort geven aan dat zij zien dat hulpverleners nog niet flexibel genoeg omgaan met DSM-IV en niet voldoende aandacht besteden aan de achtergrond van de allochtone cliënt.

“Je moet volgens deze methode een lijst met vragen stellen om een bepaalde diagnose vast te stellen. De hulpverleners houden zich nog te sterk vast aan deze vragen en stellen niet genoeg vragen buiten deze lijst om. Het verhaal van de allochtone cliënt sneeuwt nog wel eens onder.” (R 1)

In de cursus intercultureel werken en tijdens de interculturele consultaties wordt dan ook de nodige aandacht besteed het werken met DSM-IV bij cliënten met een niet-westerse achtergrond.

Cursus Intercultureel werken

Aan alle nieuwe en bestaande medewerkers binnen de teams Feijenoord en Charlois wordt verplicht een cursus *intercultureel werken* gegeven (de cursus is tevens op vrijwillige basis toegankelijk voor de overige hulpverleners). Deze cursus is bedoeld om medewerkers te leren omgaan met een cultureel diverse clientèle. Het bestaat uit een aantal leergangen die verschillen aspecten van het cultureel werken uitlichten, zoals het werken met tolken, het omgaan met andere manieren van ziekteopvatting bij allochtonen, werken met DSM-IV en de rol van godsdienst en religie tijdens de behandeling. Volgens betrokken beleidsmedewerkers is deze cursus vooral bedoeld om de houding van hulpverleners ten opzichte van migrantencliënten te veranderen. Hierbij wordt de nodige aandacht besteed aan veronderstellingen over culturele verschillen die hulpverleners vaak zouden hebben.

“Wat we vooral zien is dat hulpverleners toch vaak in de problemen komen als ze allochtonen cliënten hebben. Of ze hebben een bepaald idee over de Islam of over een Hindoe. Ze hebben bepaalde stereotype opvattingen over de culturen. Of ze denken, ik weet helemaal niets en stellen geen vragen meer.” (R 1)

Een belangrijk onderdeel van de cursus is bijvoorbeeld om hulpverleners de ‘do’s en dont’s’ van het begrip cultuur bij te brengen. Hulpverleners wordt geleerd niet zomaar uit te gaan van stereotype cultuurbeelden van de cliënt. Dit zou ten onrechte kunnen leiden tot het toeschrijven van complexe problemen aan culturele factoren.

“We hameren erop dat je niet zomaar dingen kan aannemen over de Turkse cultuur, want deze cultuur bestaat niet. Iedere Turk vult de cultuur weer heel anders in. Daar proberen wij altijd extra aandacht aan te besteden. (...) Een beetje open stellen. En een beetje leren te denken dat je zelf ook een cultuur hebt. Niet alleen de Turk die tegenover je zit heeft een cultuur. De hulpverlener zelf ook.” (R 1)

De cursus wordt anno 2007 nog steeds gegeven binnen de Bavo Europoort en is voor zover bekend niet veranderd.

Intercultureel spreekuur (Interculturele consultaties)

Een ander onderdeel van de deskundigheidsbevordering binnen de GGE zijn de Interculturele consultaties. De consultaties zijn op 4 juli 2002 in de vorm van een spreekuur van start gegaan. “Het doel is advies en ondersteuning bieden aan hulpverleners bij problemen van cliënten, waarbij culturele en/of religieuze aspecten een rol (lijken) te spelen” (Hoffer, 2004: 29). Het spreekuur helpt hulpverleners bij het op de juiste manier interpreteren van de klachten van sommige allochtone cliënten.

“De literatuur en interne ervaringen bij de GGE leren dat hulpverleners dikwijls moeite hebben om het verhaal van de cliënt inzake diens klachten op de juiste waarde te schatten. Men heeft weliswaar de DSM-IV als houvast om de klachten van de cliënt te interpreteren, maar inmiddels is ook duidelijk dat dit classificatiesysteem niet altijd aansluit bij de achtergrond en de belevingswereld van de cliënt.”
(R 1)

De beleidsmedewerker legt uit hoe de consultaties in zijn werk gaan. Hulpverleners brengen bepaalde casussen in, waarvan zij het vermoeden hebben dat er culturele of religieuze aspecten een rol spelen. Vervolgens worden de casussen geïnventariseerd door het consultatieteam en de betrokken hulpverlener en er wordt een advies uitgebracht. Tijdens de inventarisatie wordt aan de hulpverlener gevraagd welke culturele dan wel religieuze aspecten in een casus volgens hem of haar een rol spelen. Daarna worden onbekende of onduidelijke concrete culturele en religieuze fenomenen besproken. Het kan gaan om bepaalde opvattingen en rituelen uit bijvoorbeeld het Hindoeïsme of de Islam, of om wetgeving en regelgeving inzake vluchtelingen. Vervolgens wordt besproken welke diagnostische twijfels de hulpverlener heeft ten opzichte van zijn of haar cliënt. Hierbij gaat het er vaak om de vraag hoe de hulpverlener is omgegaan met DSM-IV.

Veranderingen interculturele consultaties

Het interculturele spreekuur (consultatie) heeft de afgelopen twee jaar een turbulente ontwikkeling doorgemaakt. Allereerst is het spreekuur qua opzet veranderd in interculturele consultaties. In plaats van op een vast tijdstip werd het spreekuur op een gegeven moment virtueel gehouden. “Dat wil zeggen dat hulpverleners nu per email, telefoon of persoonlijk vragen kunnen voorleggen” (R 1). Vervolgens wordt er dan een afspraak gemaakt of de vragen worden per email beantwoord. De reden voor deze verandering is dat bleek dat de oude manier van aanpak niet efficiënt genoeg was. Dit kostte in verhouding met het geringe aantal ingebrachte casussen te veel tijd. Een belangrijke reden voor dit geringe aantal aanmeldingen lag volgens Hoffer in het feit dat hulpverleners zich als gevolg van productiedruk binnen de GGZ vaak niet de tijd gunden om consultatie aan te vragen.

Uit het gesprek met de betrokken beleidsmedewerker (R 1) komt naar voren dat het consultatieteam dat adviezen aan hulpverleners geeft, inmiddels zo goed als opgeheven is. Hieraan zijn een aantal ontwikkelingen vooraf gegaan die ik kort zal toelichten. Een belangrijke verandering in 2005 is dat het consultatieteam nog is uitgebreid van twee naar zes personen. De idee achter deze uitbreiding was dat

het team multidisciplinair werd. Het team werd uitgebreid met hulpverleners met verschillende specialismen. Echter door *interne* en *organisatorische* ontwikkelingen, aldus de beleidsmedewerker, is het consultatieteam in 2006 weer teruggebracht naar twee medewerkers. Met het oog op de interne veranderingen die de geplande fusie met de Bavo teweeg zou brengen zijn een aantal hulpverleners, waaronder drie leden van het team, namelijk opgestapt en bij andere organisaties gaan werken. Verder is één van de leden vroegtijdig uit dienst getreden. Een van de interne veranderingen is onder meer de invoering van een nieuwe zorgprogrammering (PsyQ). Daarnaast wordt in 2006 bekend gemaakt dat de organisatie met DBC's gaat werken. Dit zijn zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties die bepalen hoeveel tijd en middelen je volgens het zorgkantoor mag uittrekken voor de behandeling die bij een bepaalde diagnose hoort. De beleidsmedewerker geeft tijdens het interview aan dat hij zelf nog steeds interculturele consultaties doet en merkt, gezien het aantal e-mails dat hij krijgt van hulpverleners, dat er nog steeds veel behoefte is aan advies. "Nu probeer ik nieuwe mensen bij het spreekuur te betrekken, met name ook allochtone medewerkers. We gaan het wel voortzetten, maar op dit moment ben ik de enige die het spreekuur doet." (R 1).

Deskundigheidsbevordering: kritische kanttekening

In de volgende uiteenzetting zal ik aantonen dat de deskundigheidsbevordering binnen de Bavo Europoort groep wordt geconfronteerd met een aantal tegenstrijdigheden. Hulpverleners maken gebruik van de consultaties of de cursus om advies in te winnen over culturele of religieuze kwesties, waarvan zij denken dat deze een rol spelen binnen een casus van de patiënt. Maar na bestudering van een casus door het consultatieteam blijkt echter dat het probleem vaak niet te maken heeft met culturele aspecten, maar met universele (Hoffer: 2004). De ervaring van de interculturele consultaties en de cursus heeft volgens Hoffer (2004:111) geleerd dat de hulpverleners sterk behoefte hadden aan advies en ondersteuning, omdat ze worstelden met onzekerheden over (vermeende) culturele en religieuze aspecten van hulpvragen. Zij bleken ook vaak verkeerde opvattingen te hebben over bijvoorbeeld de Islam of het Hindoeïsme. Tot slot, bleken hulpverleners vaak een meer relativistische opvatting ten aanzien van culturele verschillen te hebben door ten onrechte geneigd te zijn complexe problematiek toe te schrijven aan culturele factoren (Hoffer, 2004). Veel ingebrachte casussen die in eerste instantie door hulpverleners ingeschat waren als problemen met een 'culturele oorzaak', bleken dat na nadere analyse door het team helemaal niet te zijn. Dit is dus tegenstrijdig.

Als voorbeeld zal ik kort een typerende casus beschrijven uit het boek, 'Een andere invalshoek', waarin Hoffer een aantal casussen uit het spreekuur bespreekt. Een Marokkaanse cliënt komt bij een hulpverlener met depressieve klachten. De cliënt is daarnaast ongewenst zwanger van haar vierde kind.

“De cliënt vertelt aan de hulpverleenster dat zij overweegt een abortus te laten plegen, omdat zij de last van nog meer kinderen niet kan dragen. De hulpverleenster gaat bewust niet in op de wens van de cliënt om een abortus te laten plegen, omdat zij denkt dat abortus binnen de Islam verboden is en het onderwerp daarom taboe is. Zij stelt daar geen vragen over aan de cliënt, maar adviseert de cliënt geen overhaaste beslissingen te nemen en over een week terug te komen. De cliënt komt niet opdagen op haar volgende afspraak en later blijkt dat zij toch een abortus heeft laten verrichten. Uit nadere analyse van de culturele aspecten van deze casus blijkt dat het plegen van de abortus binnen de Islam tot drie maanden gewoon is toegestaan onder bepaalde voorwaarden. De hulpverleenster zat vast in haar eigen ideeën over de Islam en stelde daarom geen vragen meer aan die cliënt over de wens om een abortus te laten plegen” (korte samenvatting ‘Casus Marokkaanse vrouw met abortus’ uit Hoffer, 2004: 49).

Blijkbaar is het moeilijk voor hulpverleners om in te schatten of problemen cultuurafhankelijk zijn of universeel, en neigen sommige hulpverleners uit onzekerheid vaak naar ‘het cultuurafhankelijke’. De opzet van de deskundigheidsbevordering lijkt in dit opzicht ook tegenstrijdig. Het gaat uit van een relativistisch standpunt, namelijk dat de culturele achtergrond van de cliënt belangrijke invloed heeft op iemands ziektegedrag. Hulpverleners kunnen daarom bij het consultatieteam informatie inwinnen over een bepaalde cultuur, religie of bepaalde rituelen. In de praktijk blijkt deze informatie echter lang niet altijd een rol te spelen bij het probleem van de cliënt. Vaak blijkt het om universele problemen te gaan die niets te maken hebben met culturele factoren. De consultaties leren hulpverleners dan wel op een open flexibele manier om te gaan met de culturele verschillen. Het gevaar bestaat echter dat hulpverleners bepaalde informatie die zij via de deskundigheidsbevordering ‘ontvangen’ verabsoluteren en op meerdere cliënten met misschien wel hele verschillende ‘achtergronden’ projecteren. Hulpverleners moeten dus heel zorgvuldig om kunnen gaan met de informatie die zij krijgen. In eerste instantie dienen zij af te gaan op de individuele eigenschappen van de cliënt en daarna, als het nodig is, op factoren die te maken hebben met de culturele achtergrond.

4.3.3 Specifieke (categoriale) voorzieningen

Het tweede thema, aan de hand waarvan het beleid is onderzocht zijn de specifieke (categoriale) voorzieningen. Aan het begin van dit hoofdstuk werd al aangegeven dat er volgens Van Dijk (2003) in de jaren tachtig een discrepantie bestaat tussen beleid en praktijk als het gaat om het bestaan van categoriale voorzieningen (specifieke migrantenvoorzieningen). Deze voorzieningen blijven voortbestaan, terwijl interculturalisatiebeleid juist gericht is het op het cultuurgevoeliger maken van de gehele organisatie en niet zozeer op het aanpassen van hulpverleners en diensten aan allerlei culturen of culturele verschillen. In hoofdstuk 2 zagen we dat categoriale voorzieningen qua zorgaanbod en personeel geworteld zijn in de cultuur, taal en identiteit van de groep (RVZ, 1999). Dit soort voorzieningen gaan dus uit van een meer *relativistisch uitgangspunt*. Vanuit dit standpunt bestaan er grote verschillen tussen culturen. Deze verschillen vragen om aanpassing van diensten aan de culturele achtergrond van de patiënt. Beide instellingen voorzien nog steeds in diverse specifieke migrantenvoorzieningen, zoals groepsprogramma’s en trainingen die speciaal ontwikkeld zijn voor allochtonen. In de volgende deelparagrafen zullen we deze voorzieningen en eventuele veranderingen

die zich in het aanbod hebben voorgedaan kort bespreken. Opvallend is dat het aanbod in deze niet wezenlijk lijkt te zijn veranderd de afgelopen jaren.

Trainingen voor migranten

De afdeling Voorlichting en Preventie (Context) van de GGE bestaat sinds 5 jaar en heeft een aantal trainingen speciaal ontwikkeld voor migranten. Binnen de trainingen depressie en angst bestaan er bijvoorbeeld twee trainingen alleen voor Turkse en Marokkaanse mannen en vrouwen. De trainingen zijn onder meer aangepast in de manier waarop de stof wordt aangeboden en in de opzet van de training.

“Er is in deze trainingen bijvoorbeeld meer ruimte voor persoonlijke verhalen en voor de verschillen tussen culturen. De stof wordt op een andere manier aangeboden omdat de cognitieve aanpak die normaal bij autochtonen wordt gebruikt niet goed werkt bij bepaalde migranten. Binnen de trainingen worden meer spelvormen en visuele middelen gebruikt. Daarbij wordt er een tolk gebruikt die Turks en Arabisch spreekt.” (R 6 preventiemedewerkster)

Een ander programma, speciaal voor allochtonen, is de training ‘Liever bewegen dan Moe’. Dit is een beweegprogramma voor vrouwen met lichte, depressieve klachten. In de training wordt sportief wandelen en bewegen gecombineerd met gezondheidsvoorlichting. Ook bij deze training wordt de manier waarop de stof wordt aangeboden aangepast.

“De nadruk van deze cursus ligt op bewegen, écht dingen doen. Dit heeft gebleken beter aan te sluiten bij allochtonen. Ook worden er bij deze training tolken ingeschakeld.” (R 6 preventiemedewerkster)

Twee jaar geleden is er ook een werkstresstraining geweest voor migranten, ‘Meer kleur in je werk’. Deze cursus is gestopt, omdat er te weinig aanmeldingen waren en er te veel inspanning moest worden verricht om allochtone deelnemers aan te trekken. Ter compensatie van deze training zal het specifieke trainingsaanbod binnenkort worden uitgebreid met de assertiviteitstraining ‘Mag ik ook even?’. Deze training is speciaal bedoeld voor allochtonen die Nederlands spreken en het gevoel hebben tussen twee culturen in te leven. De cursus zal aandacht besteden aan communicatieverschillen tussen allochtonen en autochtonen en leert allochtonen hoe zij daar het beste mee om kunnen gaan, aldus de preventiemedewerkster (R 6).

Gesprekstherapiegroepen voor migranten

Naast specifieke trainingen voor migranten bestaan er binnen de teams Feijenoord en Charlois van volwassenenpsychiatrie ook een aantal specifieke gesprekstherapiegroepen voor allochtonen. Zo zijn er twee aparte groepen voor eerste en tweede generatie Turkse vrouwen (Turkse Assepoesters 1 en 2) en een groep voor eerste generatie Marokkaanse vrouwen. In deze groepen wordt er wel gewoon Nederlands gesproken, maar de thema’s die aan de orde worden gesteld zijn afgestemd op de problemen waarmee sommige migranten bij het leven in Nederland te maken hebben, aldus

teamleidster team Feijenoord (R 5). Daarnaast blijkt het goed te werken als lotgenoten uit dezelfde cultuur kunnen praten over hun problemen in Nederland, meent de teamleidster.

Resocialisatiegroepen voor migranten

Ten slotte heeft de Bavo specifieke resocialisatiegroepen voor migranten. De wortels van deze resocialisatiegroepen liggen in een ver verleden, namelijk bij de psychiatrische deeltijdbehandeling voor mannelijke migranten. Deze behandelgroepen zijn in 1985 opgezet om de hulpverlening aan migranten te verbeteren. Het bleek dat de gangbare behandeling niet goed aansloot bij Turkse en Marokkaanse mannen. Omdat blijkt dat deze migranten vaak een langere behandelduur nodig hebben, wordt de therapie in de loop van de jaren verder uitgebreid van twee naar drie dagen per week. De inhoud van de behandeling komt erg ter discussie te staan, omdat deze nieuwe behandeling ook niet lijkt aan te slaan bij migranten en onvoldoende resultaat oplevert. Volgens hulpverleners zou de behandeling meer succes hebben als er steunende, structurende en ontspannende activiteiten zouden worden aangeboden in plaats van daadwerkelijk therapie (Bozkir, 2003). In 1990 worden de behandelingen dan ook stopgezet en blijft er een groep allochtone cliënten achter voor wie geen passend zorgaanbod voorhanden is. Twee medewerkers van de Bavo krijgen na veel lobbyen de ruimte om bij de Bavo iets voor hen op te zetten. Dit vormt de start van de *resocialisatiegroepen* in zijn huidige vorm en een bijbehorend migrantenteam (allochtone hulpverleners) in 1991. “Het doel van de resocialisatiegroepen is de cliënten te stabiliseren en op een niveau te brengen en te houden waarop zij met hun beperkingen en resterende vermogens kunnen leven” (Bozkir, 2003: 19). De behandeling wordt laagdrempelig en therapeutische doelstellingen raken op de achtergrond (Bozkir, 2003). Door een toenemende vraag naar deze groepen breidt het aanbod zich in de jaren die volgen verder uit. Naast de mannengroep voor Turken en Marokkanen komt er ook een vrouwengroep. Later start de Bavo met een aanvullende tweede mannen- en vrouwengroep. Het onderscheidende aan de migrantenbehandeling in vergelijking met een reguliere behandeling is dat er veel aandacht wordt besteed aan migratiegerelateerde problemen, zoals taalproblemen, culturele verschillen en een lagere maatschappelijke positie (Bozkir, 2003). Daarnaast wordt er bijna niet volgens een vast programma en met concrete doelstellingen gewerkt. Een aantal jaren later ontstaat er binnen de Bavo discussie of deze aangeboden zorg wel past binnen een GGZ-instelling. Vooral omdat de behandelduur vaak heel lang is (er dreigt gevaar voor hospitalisering: een proces waarbij patiënten afhankelijk worden van de aangeboden zorg en niet zelfstandig meer kunnen functioneren zonder de zorg) en er geen duidelijke doelen kunnen worden gesteld aan de behandeling (Bozkir, 2003). Deze discussie loopt met een sissert af. Ondanks alles blijven de groepen succesvol voortbestaan. De aanvragen nemen toe en steeds meer afdelingen binnen de Bavo verwijzen cliënten naar deze resocialisatiegroepen. De redenen voor succes zijn volgens een maatschappelijk werkster uit het migrantenteam vooral de *laagdrempeligheid* van de groepen en de *achterdeurvoorziening* die deze groepen bieden. “Er is gewoon heel veel vraag van migranten naar dit soort ‘laagdrempelige’ hulp. De cliënten zijn vaak al jaren in behandeling bij de

GGZ en zijn op een gegeven moment uitbehandeld door de psychiaters. Hulpverleners komen dan niet verder met de cliënt en dan komen ze bij ons terecht”(R 7). Uniek aan de groepen is volgens de maatschappelijk werkster dat sommige groepen al jarenlang dezelfde groep vormen. “Er zijn migranten die al tien jaar met elkaar één groep vormen. Cliënten mogen altijd aankloppen voor hulp” (R 7). Eind 2001 zijn er maar liefst vijf resocialisatiegroepen voor migranten geformeerd met tezamen 92 cliënten en een wachtlijst van 21 aanmeldingen (Bozki, 2003). De deelnemers van de groepen zijn voornamelijk van Turkse en Marokkaanse afkomst. Met het oog op een integratie van de migrantenhulpverlening in de reguliere deeltijdbehandeling wordt er in 2003 door het bestuur van de Bavo besloten de resocialisatiegroepen samen met de reguliere groepen in één pand te vestigen in Rotterdam West. Tot de dag van vandaag is dit echter nog niet gelukt (R 7). In 2004 is er wel een behandelgroep voor asielzoekers en vluchtelingen opgeheven. Volgens de betrokken maatschappelijk werkster kwam dit omdat de behandelresultaten niet aansloegen en de groep een te grote kostenpost was voor de organisatie (R 7). De afgelopen twee jaar zijn er echter weer twee nieuwe groepen voor vluchtelingen en asielzoekers geformeerd. “Wij zijn nu van een behandelgroep teruggegaan naar een steun- en structuurgroep. We hebben gezien dat er niet al te hoge eisen moeten worden gesteld aan de behandeling van vluchtelingen en asielzoekers. Vooral het geven van structuur is belangrijk” (R 7). Het bleek ook dat deze doelgroep niet goed kon worden ingepast in de gewone migrantengroepen omdat zij hele andere gespreksonderwerpen aandroegen en de verschillen tussen hen te groot waren (R 7).

Noagg, Centrum voor migranten

Sinds begin 2006 heeft de GGE samen met een andere grote Nederlandse GGZ-instelling Noagg overgenomen. Dit centrum geeft zorg in eigen taal en heeft een programma-aanbod ontwikkeld dat aansluit bij specifieke problemen van niet-westerse, met name Turkse en Marokkaanse migranten. Omdat het bieden van zorg in de eigen taal het belangrijke onderscheidende kenmerk van Noagg ten opzichte van de reguliere GGZ is, werken er bij Noagg bijna alleen maar allochtone, Turks of Marokkaans sprekende hulpverleners. Noagg heeft tot 2006 een zelfstandig bestaan gehad, maar is als gevolg van financiële problemen failliet gegaan. Op dat moment heeft de Bavo Europoort de instelling gedeeltelijk overgenomen. De overname is een interessante, verrassende en tegenstrijdige ontwikkeling binnen de organisatie, omdat de GGE zoals al eerder is vermeld als uitgangspunt van haar interculturalisatiebeleid juist voor een *integrale* aanpak heeft gekozen en dus niet voor een *aparte* migrantenafdeling. De belangrijkste reden van de overname, aldus een woordvoerder van de GGE, is het waarborgen van het GGZ-aanbod aan niet-westerse cliënten (www.bavoeuropoort.nl).

4.3.3.1 Veranderingen en ontwikkelingen specifieke (categoriale) voorzieningen

Het aantal specifieke migrantenvoorzieningen, zowel de trainingen als de resocialisatiegroepen lijkt in de afgelopen jaren licht te zijn toegenomen. Zo wordt er binnen de preventieafdeling binnenkort

gestart met een nieuwe training voor allochtonen, 'Mag ik ook even', boven op het bestaande aanbod. De geïnterviewde preventiemedewerkster (R 6) verklaart de specifieke aandacht aan migranten uit het feit dat 'het bereiken van allochtonen' vanaf het begin af aan een erkende algemene doelstelling is voor de afdeling: "Als je als instelling allochtonen wil bereiken, en dat willen we, moet je daarvoor andere wegen bewandelen. Je kunt wel zeggen, we blijven hier gewoon zitten in onze ivoren toren en dit is onze manier van werken, maar dan kom je gewoon niet verder."

Ook de *resocialisatiegroepen* hebben de afgelopen jaren een stijgende ontwikkeling doorgemaakt. Niet alleen het aantal resocialisatiegroepen voor migranten is gestegen; er zijn ook twee groepen bijgekomen speciaal voor vluchtelingen en asielzoekers. De vraag naar deze groepen blijft steeds toenemen en er bestaan zelfs wachtlijsten. De migrantenhulpverlening en de hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers zal volgens een betrokken maatschappelijk werkster (R7) altijd wel blijven bestaan binnen de Bavo. "In de GGZ is extra aandacht aan deze groep nou eenmaal noodzakelijk. Voor de meeste allochtonen is het al moeilijk om de stap te zetten naar de GGZ. (...) Schaamte speelt een hele grote rol, meer dan bij autochtonen." Naast het feit dat er veel vraag is vanuit de doelgroep naar deze voorzieningen is er ook veel vraag naar vanuit hulpverleners. Deze specifieke voorzieningen zijn belangrijke 'achterdeurvoorzieningen'. Als hulpverleners niet meer verder komen met een allochtone cliënt, verwijzen zij de cliënt door naar een specifieke groep of training.

Het aanbod van de specifieke gesprekstherapiegroepen voor allochtonen binnen de teams Feijenoord en Charlois is volgens de geïnterviewde teamleidster (R 5) redelijk stabiel. De groepen worden elk jaar geëvalueerd en er wordt bepaald of wordt doorgegaan met een bepaalde groep. Hierbij wordt vooral gekeken naar het *effect* van de groepstherapie, de *vraag* ernaar en de wachtlijsten die er voor een bepaalde groep zijn. "Het effect blijkt altijd goed, dus het is zonde om deze groepen af te schaffen. Er zijn altijd wachtlijsten. Het groepsaanbod is heel specifiek gericht op speciale thema's die aansluiten op problemen waar migranten in Nederland mee te maken hebben. Zo lang er vraag is naar deze hulpverlening blijft het aanbod ook bestaan" (R 5 psycholoog). Een betrokken beleidsmedewerker geeft wel aan dat er op dit moment als gevolg van de reorganisatie een aantal migrantengroepen, waar weinig vraag naar is, 'in de ijskast' zijn gezet. Dit gaat om de groepen waarbij het veel tijd en moeite kostte om mensen te werven. "Die tijd is er op dit moment niet als gevolg van de reorganisatie. (...) We hebben er nu voor gekozen om hier niet veel tijd in te stoppen, heel pragmatisch" (R 3).

Uit het voorgaande blijkt dat de specifieke migrantenvoorzieningen over het algemeen goed aanslaan bij de allochtone cliënten en bij de hulpverleners zelf. Er is veel vraag naar vanuit de allochtone doelgroep. Daarnaast gebruiken hulpverleners de trainingen/ groepen ook om allochtone cliënten naar door te verwijzen. Ook het effect van de voorzieningen is volgens de hulpverleners goed omdat ze goed zijn afgestemd op de behoeften van allochtone cliënten. De stof wordt anders aangeboden, er wordt vaker gewerkt met tolken en cliënten krijgen de gelegenheid met mensen uit hun eigen cultuur te praten. Het succes zit ook in de laagdrempeligheid. Er worden bij de resocialisatiegroepen

bijvoorbeeld geen ingewikkelde behandelingen gegeven en therapiedoelstellingen zijn niet zo belangrijk. Vooral het effect van de voorzieningen en de vraag ernaar zijn belangrijke indicatoren waarop wordt afgewogen of een voorziening wordt voortgezet.

De druk van bovenaf op het voortbestaan van de categoriale voorzieningen is de laatste tijd wel toegenomen. Zo is er een aantal jaar geleden een werkstressstraining voor migranten stopgezet. Ter compensatie van deze training zal er binnenkort worden gestart met een nieuwe training (Mag ik ook even?). Ook dreigen er binnen de GGE een aantal specifieke gespreksgroepen te worden stopgezet, omdat het teveel inspanning kost om allochtonen te werven. Daarnaast zijn er van bovenaf meerdere pogingen gedaan om de resocialisatiegroepen te integreren in de reguliere groepen en later om de hulpverlening voor vluchtelingen en asielzoekers te integreren in de gewone groepen voor migranten. De verschillen tussen de groepen en tussen de zorgbehoeftes bleken echter te groot te zijn waardoor pogingen om de groepen samen te voegen steeds mislukken. Ook het stopzetten van de behandelgroep voor asielzoekers en vluchtelingen heeft weer geleid tot het formeren van nieuwe, meer laagdrempelige steun- en structuurgroepen voor deze doelgroep. Noagg bevindt zich op dit moment ook in een moeilijke fase. Op het moment dat deze scriptie is geschreven vinden er onderhandelingen plaats tussen de beleidsmedewerkers van Noagg en het management van de Bavo Europoort. Het is nu nog niet duidelijk welke functie Noagg binnen de Bavo Europoort moet gaan vervullen en of zij haar eigenheid als specifieke instelling voor migranten zal mogen bewaren, aldus een medewerkster van Noagg (R 11 psycholoog).

Volgens een beleidsmedewerker interculturele zaken (R 2) zullen de specifieke voorzieningen als het aan de organisatie ligt niet het eeuwige leven hebben. De voorzieningen zijn bedoeld als 'noodvoorzieningen' met 'tijdelijkheid' als uitgangspunt. Ze zijn volgens de beleidsmedewerker ontwikkeld omdat het op dit moment nog niet mogelijk is om alles integraal, via het reguliere zorgaanbod, op te lossen: "In eerste instantie wordt er eerst altijd gedacht om het integraal op te lossen. Als dat niet lukt dan is er binnen de Bavo Europoort de mogelijkheid om toch te denken aan categoriale voorzieningen. De voorzieningen zijn wat mij betreft tijdelijk om de knelpunten op te lossen vanuit het principe dat je wel integraal werken als uitgangspunt hebt" (R 2). Categoriale voorzieningen lijken echter niet tijdelijk, omdat ze al jarenlang worden ingezet om de hulpverlening aan migranten te organiseren. De resocialisatiegroepen voor migranten in de huidige vorm bestaan namelijk al sinds 1991 (de wortels van de groepen stemmen zelfs al uit 1985!). De specifieke trainingen en gesprekstherapie groepen voor migranten bestaan ook al meer dan vijf jaar en lijken zelfs in aanbod toe te nemen. Uit het voorgaande blijkt dus duidelijk een discrepantie tussen beleid en praktijk. Vanuit het management van de organisatie wordt beoogd om het specifieke zorgaanbod te integreren in de *reguliere* hulpverlening, echter blijkt dit om verschillende redenen, die hiervoor zijn

besproken, niet makkelijk te realiseren. De woorden ‘noodvoorzieningen’ en ‘tijdelijk’ zijn daarom ook bewust tussen aanhalingstekens geplaatst.

4.3.4 Omslag in het interculturele personeelsbeleid

Een *derde* thema dat in het kader van dit onderzoek is bestudeerd omvat het interculturele personeelsbeleid. Een algemene doelstelling van het beleid van de Bavo Europort is om in elk team medewerkers in dienst te nemen die een goede afspiegeling vormen van de mensen die in het zorggebied van het team wonen. Binnen de teams Feijenoord en Charlois heeft het actief werven van meer allochtoon personeel een aantal jaren geleden ook zijn vruchten afgeworpen. Het lijkt er echter volgens de geïnterviewde hulpverleners en beleidsmedewerkers van de GGE op dat er op dit moment binnen de organisatie weinig meer wordt gedaan om allochtonen te werven. De reden van deze omslag is, zo zal uit de volgende citaten blijken, dat de goede bedoelingen om meer allochtone hulpverleners aan te nemen tot een aantal *onvoorziene en ongewenste neveneffecten* hebben geleid. Het interculturele personeelsbeleid lijkt zowel tot onvrede te hebben geleid onder de hulpverleners als onder de cliënten.

“Volgens mij is het meer sociaal wenselijk binnen de organisatie om te roepen dat er iets gebeurd dan dat er ook daadwerkelijk iets wordt gedaan.” (R 1)

De respondenten geven aan dat slechte ervaringen uit het verleden met het aannemen van allochtoon personeel ervoor hebben gezorgd dat de organisatie haar beleid heeft aangepast.

“Er werden vroeger allochtonen in dienst genomen die nog geen geschikt diploma hadden. Dan konden ze hier hun diploma halen, om de drempel maar wat te verlagen. Deze hulpverleners functioneerden gewoon niet goed. Daar hebben ze vaak hun neus aan gestoten. Ze zijn er nu toch meer van doordrongen dat je iemand niet persé op achtergrond moet aannemen, maar omdat iemand de goede kwalificaties heeft.” (R 1)

“Als ik eerlijk moet zijn wordt er de laatste tijd weinig gedaan aan het aantrekken van allochtoon personeel. We hebben dit een aantal jaren geleden heel actief geprobeerd via GGZ Nederland. Maar de laatste twee jaar is daar niet veel aandacht aan besteed, omdat we er minder tijd in wilden investeren. Dit komt ook door de tijdsdruk. Het is simpeler om iemand aan te nemen die je snel heb ingewerkt, dan dat je iemand aanneemt die je eerst helemaal moet trainen. Ik moet eerlijk zeggen dat ik ook wel slechte ervaringen heb gehad met het aannemen van allochtoon personeel. Veel gingen snel weer weg, de uitstroom was behoorlijk!” (R 3)

Eén van de respondenten van de afdeling psychiatrische thuiszorg, Switch, geeft zelfs aan dat ze bewust zijn afgestapt van het aantrekken van allochtoon personeel, omdat in de praktijk bleek dat het ongewenste effecten had.

“Een aantal jaren geleden is wel geëxperimenteerd met het inzetten van allochtone hulpverleners op allochtone cliënten. Dit was geen succes. Er kwamen veel telefoontjes van cliënten binnen dat ze toch liever een autochtone hulpverlener wilden. Een reden hiervoor was dat de cliënten dachten dat Nederlandse hulpverleners beter waren gekwalificeerd. Een andere misschien wel belangrijkere reden was dat cliënten bang waren dat de hulpverlener iemand kende uit hun omgeving en dat er roddels

zouden ontstaan, dat mensen zich schaamden voor hun problemen en daarom liever niet iemand over de vloer wilden hebben vanuit de eigen etnische gemeenschap.” (R 4 psychiatrisch verpleegkundige)

Binnen de Bavo wordt er nog steeds wel aandacht aan het diversiteitbeleid onder personeel besteed, er is echter wel sprake van een accentverschuiving. De aandacht die eerst werd besteed aan het aannemen van meer allochtoon personeel lijkt zich nu meer te richten op het bevorderen van interculturele competenties¹¹ bij bestaande en nieuwe medewerkers (Bavo, 2004: 9). Om dit te bereiken zijn er in 2006 interculturele competentieprofielen ontwikkeld.

¹¹ Interculturele competenties hebben betrekking op vaardigheden met betrekking tot behandeling, begeleiding en ondersteuning van cliënten met een andere culturele achtergrond dan de GGZ-medewerker (Bavo, 2004)

4.4.1 *Samenvattend en analyserend: veranderingen en ontwikkelingen*

Een van de centrale vragen in dit onderzoek is of er binnen de Bavo Europoort veranderingen zijn waar te nemen in de specifieke hulpverlening ten aanzien van allochtonen en hoe deze veranderingen kunnen worden verklaard. In de voorgaande paragrafen is aan de hand van verschillende projecten bestudeerd hoe interculturalisatie zich de afgelopen periode heeft ontwikkeld. Achtereenvolgens is gekeken naar deskundigheidsbevordering, categoriale voorzieningen (specifieke migrantenvoorzieningen) en personeelsbeleid. We zagen dat er het een en ander veranderd is binnen de deskundigheidsbevordering en het personeelsbeleid. Aan de andere kant is het aanbod in categoriale voorzieningen grotendeels gelijk gebleven en is het aantal voorzieningen zelfs toegenomen.

Binnen de *deskundigheidsbevordering* is het consultatieteam dat adviezen aan hulpverleners geeft zo goed als opgeheven. Het lijkt erop dat de oorzaak hiervoor vooral ligt in *interne, organisatorische ontwikkelingen*. Met het zicht op de interne veranderingen, die de geplande reorganisatie als gevolg van de fusie met de Bavo teweeg zou brengen, zijn er verschillende medewerkers, waaronder drie teamleden, opgestapt en bij een andere GGZ instelling begonnen. Het is nog niet duidelijk of het team na de reorganisatie zal worden vervangen. Projecten als deze lijken dus zeer kwetsbaar voor interne ontwikkelingen en sterk afhankelijk van de inzet van een aantal personen en initiatiefnemers. Als deze personen vertrekken lijkt het project als een nachtkaarsje uit te gaan.

Het beleidsdoel om *meer allochtone medewerkers te werven* is de afgelopen jaren op de achtergrond geschoven. De verklaring hiervoor kan zijn dat het in dienst nemen van allochtone hulpverleners tot een aantal *onvoorziene en ongewenste* neveneffecten heeft geleid. Zo bleken de allochtone hulpverleners niet altijd te beschikken over de juiste kwalificaties. Dit leidde tot onvrede onder andere hulpverleners en zelfs onder cliënten. Ook waren de cliënten niet altijd blij met een hulpverlener uit de 'eigen cultuur', omdat zij bang waren dat de hulpverlener iemand zou kennen uit hun omgeving. Het aanbod van *specifieke voorzieningen*, zoals de besproken trainingen, resocialisatiegroepen en therapiegroepen voor migranten is de afgelopen periode *niet* wezenlijk veranderd en lijkt juist licht toe te nemen. Een opvallende ontwikkeling is de overname van de transculturele instelling Noagg. Vanuit het management wordt er juist aangestuurd op een integrale aanpak en dus juist niet op een aparte migrantenafdeling. We zagen dat er van bovenaf de afgelopen jaren wel diverse pogingen gedaan zijn om de specifieke voorzieningen te integreren in de normale hulpverlening. Dit is echter nooit gelukt. Het stopzetten van aantal voorzieningen, zoals de deeltijdbehandeling voor mannen in de jaren negentig (dit zijn nu de resocialisatiegroepen) en meer recentelijk de behandelgroep voor asielzoekers en vluchtelingen (dit zijn nu steun- en structuurgroepen), hebben weer geleid tot de ontwikkeling van nieuwe, passende voorzieningen. Betrokken hulpverleners verklaren het voortbestaan van de specifieke voorzieningen vooral vanuit het *nut* en de *effect*. De voorzieningen werken volgens hen goed bij bepaalde allochtone cliënten, dus waarom zou je ermee stoppen? De voorzieningen slaan niet alleen aan bij de cliënten, ook de hulpverleners zelf gebruiken de voorzieningen om cliënten naar toe

te verwijzen als een behandeling vastloopt. Een andere belangrijke reden voor het voortbestaan van de voorzieningen is dus de grote behoefte van de allochtonen en de hulpverleners naar dit soort voorzieningen. Volgens de geïnterviewde beleidsmedewerker zijn de voorzieningen bedoeld als ‘tijdelijke noodvoorzieningen’, omdat integraal werken binnen de organisatie het uitgangspunt is. Ondanks de druk die van bovenaf gelegd wordt op het voortbestaan van dit specifieke zorgaanbod, blijkt dit niet ‘tijdelijk’, maar onverminderd te blijven voortbestaan. Blijkbaar is het effect van de voorzieningen en de vraag ernaar belangrijker dan het beleidsstandpunt om integraal te werken.

4.4.2 Interculturalisatie: erg selectief, geen structurele inbedding

Opvallend is dat de specifieke voorzieningen en de deskundigheidsbevordering die in dit hoofdstuk worden besproken erg selectief voorkomen binnen de organisatie. Ze zijn voornamelijk gericht op de teams Charlois en Feijenoord en de deelgemeente Delfshaven. Al met al bereiken de projecten dus maar een beperkt aantal hulpverleners en cliënten. De projecten lijken zich te richten op de gebieden waar de aanloop van allochtonen het grootst is. Pogingen om het interculturalisatiebeleid in de gehele instelling vorm te geven (dus ook in andere delen van Rotterdam, waar de Bavo Europoort gevestigd is) zijn mislukt (Stumpe: 2005). Een mogelijke verklaring hiervoor is het gebrek aan managementondersteuning binnen het interculturalisatiebeleid. De stuurgroep die het project zou leiden en interculturalisatie moest integreren in de gehele organisatie is slechts enkele malen bijeengekomen en nooit echt van de grond gekomen. Een eerder geplande evaluatie van het interculturalisatiebeleid (in 2003) is uitgesteld, wegens andere prioriteiten van het management (Stumpe, 2005: 4). Wel geeft Stumpe, beleidsmedewerker, in een evaluatierapport uit 2005 een aantal verklaringen die volgens hem naar alle waarschijnlijkheid een rol spelen. Deze verklaringen lijken voornamelijk hun oorzaak te vinden in een gebrek aan managementondersteuning. De belangrijkste zijn: “1. Onvoldoende draagvlak bij het management en de directie; 2. Doelstellingen die aan het begin werden gesteld (algemene uitgangspunten) zijn te breed gesteld en onvoldoende geconcretiseerd; 3. Onvoldoende aansturing van het project [*ER*¹²: *waarschijnlijk als gevolg van het gebrek aan ondersteuning vanuit het management*]; 4. Geen middelen vrijgemaakt [*ER*: *vanuit het management*]” (Stumpe, 2005: 4). Een andere reden die niet in dit rijtje voorkomt maar uit het gesprek met Stumpe naar voren komt als een belangrijke verklaring is het vertrek van de beleidsmedewerker die het gehele project zou ondersteunen.

4.4.3 Management: andere prioriteiten dan interculturalisatie

In het voorgaande zagen we dat een structurele invoering van het interculturalisatiebeleid niet gelukt is als gevolg van het gebrek aan managementondersteuning in de organisatie. Volgens de beleidsmedewerkers heeft het management de afgelopen periode andere prioriteiten op de agenda

¹² ER: redactionele aanpassingen van de auteur, Elsbeth Rigter

staan, waardoor interculturalisatie aan relevantie dreigt in te boeten. Een van de prioriteiten op dit moment is de reorganisatie tussen de Bavo en de GGE. “De reorganisatie gaat gepaard met een intensivering van managementtaken, met een periode van veel hectiek en keuzes ” (R 2). “De directie is nu veel meer bezig met andere dingen dan interculturalisatie”(R 1). Om de prioriteiten hoog te houden is er vanuit de werkgroep interculturalisatie een tienpuntenactieplan ontwikkeld dat dient de worden gerealiseerd wanneer de organisatie zich in rustiger vaarwater bevindt.

4.4.4 Politieke invloed

Een belangrijke, meer algemene vraag in dit onderzoek was of het politieke beleid van minister Hoogervorst, het stopzetten van het landelijke interculturalisatiebeleid, invloed heeft gehad op het beleid en de projecten ten aanzien van interculturalisatie binnen de Bavo Europoort. Er zijn geen voorbeelden van projecten die als gevolg van de landelijke beleidsomslag zijn stopgezet. Uit het onderzoek blijken dus geen directe gevolgen. Zoals we eerder in dit hoofdstuk zagen (paragraaf 4.3.1) zijn de beleidsmedewerkers van mening dat het interculturalisatiebeleid niet van bovenaf is opgelegd door de overheid (ministerie van VWS). Volgens hen is de verkleuring van het zorggebied de voornaamste reden dat er vanuit de organisatie werd ingezien dat er meer aan interculturalisatie gedaan moest worden. Direct zijn er volgens de beleidsmedewerkers geen gevolgen geweest van het stopzetten van landelijke interculturalisatiebeleid. Een positief signaal van het ministerie van VWS om meer aan interculturalisatie te doen, zou er echter wel toe kunnen bijdragen dat het management van de organisatie meer prioriteit geeft aan interculturalisatie, aldus een beleidsmedewerker (R 1). Andere politieke ontwikkelingen, die aan het begin van dit hoofdstuk ook aan de orde kwamen (*‘2000 tot heden – interculturalisatie van buitenaf’*) kunnen wel indirect van invloed zijn geweest op interculturalisatie. Door de invoering van de marktwerking binnen de gezondheidszorg heeft de GGZ te maken gekregen met een overgang van een aanbod- naar een vraaggestuurde markt. GGZ instellingen moeten onderhandelen met zorgkantoren over het type zorg dat aangeboden wordt, prijzen en kwaliteit. Volgens een beleidsmedewerker leidt dit er toe dat projecten binnen de Bavo minder makkelijk van de grond komen dan vroeger. “Er waait een wind van verzakelijking door de organisatie. Wij zijn van oudsher een organisatie die veel ruimte biedt voor initiatieven van medewerkers. De tijd van vrijblijvende plannen en projecten is voorbij, alles moet nu voorzien worden van voorafgestelde resultaten en een stevige financiële onderbouwing.” (R 2).

4.5 Concluderend

In dit hoofdstuk zijn de veranderingen geanalyseerd in het interculturalisatiebeleid en de interculturalisatieprojecten binnen de Bavo Europoort. De belangrijkste veranderingen zijn het opheffen van het consultatieteam dat de interculturele consultaties aan de hulpverleners geeft en de omslag in personeelsbeleid. Bij de eerste ontwikkeling (opheffing van het team) hebben vooral interne en organisatorische ontwikkelingen (reorganisatie, opstappen van medewerkers) een grote rol

gespeeld. Het project was erg persoonsgebonden. Het interculturele personeelsbeleid is de afgelopen jaren op een tweede plan geschoven, waarschijnlijk omdat het een aantal onbedoelde en ongewenste neveneffecten met zich meebracht. Het aanbod van de specifieke migrantenvoorzieningen is de laatste jaren niet wezenlijk veranderd en zelfs licht toegenomen. Dit is opvallend omdat de druk vanuit het management op het voortbestaan van de voorzieningen wel is toegenomen de afgelopen jaren. Er worden verschillende pogingen gedaan om de voorzieningen te integreren in de reguliere hulpverlening, maar ze blijven vrijwel onverminderd voortbestaan en er komen zelfs voorzieningen bij. Uit het onderzoek kunnen we concluderen dat er weinig direct verband bestaat tussen de politieke ontwikkelingen en het interculturalisatiebeleid. Het stopzetten van het landelijke interculturalisatiebeleid door minister Hoogervorst heeft geen *directe* gevolgen gehad voor de projecten en het beleid. Wel komen de voorzieningen en projecten slechts erg selectief voor binnen de organisatie en zijn pogingen om het beleid in de gehele organisatie vorm te geven mislukt. De beleidsmedewerkers verklaren dit door het feit dat er vanuit het management nooit voldoende draagvlak en ondersteuning is geweest. De prioriteiten van het management lijken in deze tijd bij andere zaken te liggen dan interculturalisatie. Daarnaast waait er volgens beleidsmedewerkers een wind van verzakelijking door de organisatie door de gevolgen van de invoering van marktwerking. Dit maakt het moeilijker om projecten op te zetten, zonder een voorafgestelde 'baten- en kostenanalyse' te geven aan de zorgkantoren. Politieke ontwikkelingen kunnen in dit opzicht dus indirect invloed hebben gehad op interculturalisatie.

We kunnen concluderen dat er geen direct verband bestaat tussen het interculturalisatiebeleid (en bijbehorende projecten) van de Bavo Europoort en de politieke ontwikkelingen in het landelijke interculturalisatiebeleid. Er is weliswaar sprake van indirecte invloed vanuit andere politieke ontwikkelingen, echter geen directe. Het interculturalisatiebeleid en de bijbehorende projecten zijn meer afhankelijk van het draagvlak binnen de organisatie, met name het draagvlak vanuit het management, en de inzet van personen en initiatiefnemers (sleutelpersonen). Dit maakt het beleid en de projecten erg kwetsbaar voor interne en organisatorische ontwikkelingen zoals een reorganisatie of het opstappen van medewerkers.

Hoofdstuk 5

Opvatting en houding hulpverlener

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 stond vooral het formele beleid centraal. Dit hoofdstuk zal draaien om de vraag, op welke wijze hulpverleners in de praktijk rekening houden met bepaalde (vermeende) culturele verschillen tijdens de hulpverlening en of hierin de laatste jaren iets veranderd is.

Tijdens de interviews is aan dertien respondenten gevraagd hoe zij tijdens de verschillende fasen van de hulpverlening rekening houden met de culturele achtergrond van de cliënt. In hoofdstuk 2 (theoretisch kader) werd onderscheid gemaakt in drie fasen. De *kennismakingsfase* waarin het contact wordt gemaakt met de cliënt. In deze fase gaat het om het aangaan en onderhouden van een hulpverleningsrelatie en wordt een vertrouwensband opgebouwd. In de *diagnostische fase* stelt de hulpverlener een diagnose en een behandelplan vast. Tot slot, de derde fase, de *personale fase*. Dit is de feitelijke behandelingsfase. In deze fase spelen volgens Kortmann net als in de kennismakingsfase relationele aspecten een grote rol. Het gaat erom dat de hulpverlener zijn behandeling daadwerkelijk uitvoert en de patiënt begeleidt bij zijn ziekte (Kortmann, 2001: 17).

Hulpverleners kunnen tijdens de verschillende fasen, verschillende opvattingen en houdingen hebben ten opzicht van culturele verschillen. Zoals ook in hoofdstuk 2 besproken kunnen zij in de diagnostische fase een *communicatief universalistische* of een *absoluut universalistische houding* aannemen. Hulpverleners met een communicatief universalistische houding stellen niet zomaar een diagnose vast zonder in dialoog te gaan met de allochtone cliënt over de diagnose (verklaring) en het behandelplan (te volgen stappen) op basis van culturele gelijkwaardigheid. Hulpverleners met absoluut universalistische houding daarentegen gaan niet in op de betekenis die de culturele achtergrond van de patiënt kan hebben op de diagnose. Tijdens de kennismakingsfase en de personale fase zullen hulpverleners volgens Kortmann (2001) vaak geneigd zijn een *afhankelijk relativistische houding* aan te nemen. Ze zijn zich dan bewust van de culturele verschillen tussen hen en de patiënt en proberen zich, tot een bepaalde hoogte, aan de cliënt aan te passen. Hulpverleners kunnen in deze fase ook een meer universalistische houding aannemen, omdat ze niet vinden dat ze zich anders hoeven op te stellen ten aanzien van allochtone cliënten. Of zij vinden dat de cliënt zich maar moet aanpassen aan hun omgangsnormen of de 'gangbare' omgangsvormen van de instelling. De laatste houding is de *divers relativistische*. Deze houding sluit een hulpverleningsrelatie tussen een autochtoon Nederlandse hulpverlener en een allochtone cliënt min of meer uit, omdat het uitgaat van onoverbrugbare verschillen tussen culturen. De deskundige vindt dat hij niet kan oordelen over de psychische problemen van cliënten met een andere culturele achtergrond.

Tijdens het onderzoek bleek dat niet alle respondenten in hun dagelijkse praktijk diagnoses mogen stellen, waardoor ik met acht van de dertien hulpverleners de diagnostische fase kon bespreken. Het ging hierbij om een maatschappelijk werkster, een preventiemedewerkster, een psychiatrisch verpleegkundige en twee woonbegeleiders. Zij nemen een diagnose over van een psycholoog, psychiater of arts.

5.2 Rekening houden met culturele verschillen tijdens de drie fasen

De volgende paragrafen zullen analyseren op welke wijze de geïnterviewden rekening houden met culturele verschillen tijdens de drie fasen die net zijn besproken.

5.2.1 Kennismakingsfase

Bijna alle respondenten (negen van de dertien) vinden het heel belangrijk om in de beginfase van het contact met de allochtone cliënt rekening te houden met bepaalde culturele verschillen. Zij nemen volgens de theorie van Kortmann in deze fase een *afhankelijk relativistische houding* aan. Ze gaven aan dat er bepaalde culturele verschillen tussen hen en de cliënt bestaan in omgangsvormen en dat het bijvoorbeeld voor de vertrouwensband die je met de cliënt opbouwt belangrijk is, om je in een bepaalde mate aan te passen aan de omgangsvormen waar de cliënt zich goed bij voelt. De vertrouwensrelatie is namelijk van grote invloed op het succes van de behandeling. Daarnaast vonden hulpverleners dat zij zich uit respect voor de cliënt aan moeten passen. Veel gehoorde verschillen waarbij zij zich aan de cliënt aanpassen waren verschillen in normen en waarden, verschillen in de manier van aankijken of de manier van begroeten.

“Er zijn bepaalde culturele communicatietechnieken en omgangsvormen die je probeert toe te passen. Je probeert van te voren al alert te zijn op bepaalde verschillen en hier ga je een stukje in mee. Dit is belangrijk om ‘binnen te komen bij mensen’ en om een vertrouwensband te creëren. Ik probeer daar altijd wel echt alert op te zijn. Als je bijvoorbeeld ergens binnen komt en je moet je schoenen uit doen, moet je niet verbaasd zijn. Je kunt wel zeggen ‘ik hou m’n schoenen toch aan, maar dan kom je niet verder!’” (R 6 preventiemedewerkster)

“Met name als je zelf niet van allochtone afkomst bent is het in het begin wel nodig om rekening te houden met culturele verschillen. Voor mij is dit misschien wel iets makkelijker (ER: de geïnterviewde is zelf van Marokkaanse afkomst) (...)Ik denk dat het belangrijk is om een beetje het vertrouwen te winnen van een cliënt. Ik rook bijvoorbeeld zelf, maar dit zal ik in het bijzijn van een allochtone mannencliënt nooit doen. Ik wil een goed voorbeeld geven. Dus ik probeer me wel een beetje anders op te stellen. Misschien komt dat op anderen heel schijnheilig over maar ik doe dit meer uit respect.” (R 7 maatschappelijk werkster)

“Sommige hulpverleners vinden het erg om hun schoenen uit te doen als ze bij cliënten thuiskomen. Ik heb hier geen moeite mee. Een ander klein voorbeeld is dat mensen je vaak eten aanbieden, als je dit niet aanneemt dan kunnen mensen hierdoor beledigd zijn. Als ik bij mensen thuis kom dan ben ik te gast, je moet je dan tot zekere hoogte aanpassen.” (R 4 psychiatrisch verpleegkundige).

“Sommige Marokkaanse of Turkse vrouwen zijn heel bescheiden in hun contactaanbod. Dan hou je daar als hulpverlener heel erg rekening mee. Dan ga ik niet heel erg contact zittingen maken. Dat werkt averechts. Bepaalde vrouwen vinden het bijvoorbeeld heel naar om je aan te kijken. Of ze willen je

geen hand geven. Daar ga je in mee als hulpverlener. Je bent in het begin ook wat aarzelender bij allochtonen dan bij autochtonen en misschien ook wat minder confronterend.” (R 5 psycholoog).

Een aantal respondenten (twee van de negen met een afhankelijk relativistische houding) vertelt ook dat zij door middel van het verdiepen in een andere taal, en de gebruiken in een andere cultuur, proberen een vertrouwensband op te bouwen met een cliënt.

“Bij allochtone kinderen moet je bijvoorbeeld iets weten van wat er leeft in zijn gezin. Ik weet bijvoorbeeld een paar Turkse woordjes. En dan zeg ik dat, en dan merk je dat zo'n kind dat leuk vindt. Dat schept een band. Je moet laten zien dat je iets weet van hun leven en dat je geïnteresseerd bent. Je moet ze het gevoel geven dat er naar hen wordt geluisterd en dat ze niet belachelijk worden gevonden. Als een kind je vertrouwt, zal hij zich ook meer voor je openstellen. Je moet niet de alwetende hulpverlener zijn, en al helemaal niet de alwetende blanke hulpverlener!” (R 9 psycholoog)

Twee andere respondenten leggen uit dat ze zich aan begin bewust afwachtend opstellen ten opzichte van allochtone cliënten. Zij weten niet één twee drie hoe ze zich het beste kunnen opstellen en zijn daarom wat voorzichtiger. De volgende citaten geven deze houding goed weer.

“Ik denk dat ik bewust wat afwachtender ben bij allochtonen. Of dat ik van te voren even kijk uit welke cultuur iemand komt en of ik ergens op moet letten als vrouw zijnde. Een man kan anders op mij reageren, omdat ik een vrouw ben. Iets voorzichtiger denk ik, en ook iets meer opletten op de non-verbale signalen die iemand geeft. (...) We hebben bijvoorbeeld een man op de afdeling, die heeft het eigenlijk niet zo erg op vrouwen. Wij dachten, dat komt door zijn cultuur. Ik ben een vrouwelijke psycholoog en hij neemt weinig van vrouwen aan. (...) Ik moest toch wat van hem gedaan krijgen. Toen ik merkte dat hij zich agressief toonde ging ik op dat moment toch iets meer achteruit zitten. Bij Nederlandse cliënten zou ik dat gewoon zo benoemen en bespreken.” (R 12 psycholoog)

“Weet je, het is eigenlijk hetzelfde als mensen die misbruikt zijn en trauma's hebben. Daar moet je ook naar kijken. Dan moet je ook afstand houden. Of je iemand wel of geen hand mag geven. Zo kijk ik ook naar iedereen met een andere culturele afkomst.” (R 10 psycholoog)

De psycholoog uit het bovenstaande citaat haalt een voorbeeld aan van een cliënt die hij in zijn praktijk ontmoet in de wachtruimte.

“Die vrouw die ik net tegenkwam gaf mijzelf een hand. Zij is Turkse. Ze ging wel buigen. Dat is dan blijkbaar... blijkbaar hoort dat bij de cultuur. Ik heb het met een andere Turkse vrouw ook gehad. Die was vrij aanhalerig. Maar dat stem ik dan af. Door te kijken en het initiatief bij de ander te laten, vrij afwachtend opstellen.”

Dezelfde psycholoog geeft ook een ander voorbeeld waarin een Turkse vrouw samen met haar man op gesprek komt. Hij houdt bewust rekening met de machtsrol die mannen in de Turkse cultuur zouden hebben door de man het woord te laten voeren.

“Ik laat de man aan het woord omdat hij toch een hele bepalende invloed heeft. Ik wil hem in zijn waarde laten en geef hem bewust de tijd om te praten. Die mannen hebben in bepaalde culturen toch een andere rol, een bepaalde macht. Ik dacht, ik heb hem nodig, anders raak ik mijn cliënt straks kwijt. Dat is heel functioneel gedacht.” (R 10 psycholoog)

Aanpassen, maar wel tot een bepaalde hoogte

Bijna de helft van het aantal hulpverleners met een afhankelijk relativistische houding (vier van de negen) stelt voor zichzelf wel grenzen in hoeverre ze zich willen aanpassen aan de cliënt. Hierbij refereren zij bijvoorbeeld aan de regels die in de instelling gelden of aan hun eigen principes.

(...) *“Ik stel wel mijn grenzen. Ik vind het bijvoorbeeld niet goed als mensen als ze hier komen hun schoenen uit doen. Ze zijn hier dus dan zijn ze ook te gast. Dan maakt het niet uit van welke cultuur ze zijn. Hier zijn wat regels en normen die hier gelden.” (R 5 psycholoog)*

(...) *“Je kunt ook weer niet overal rekening mee houden. Je zit natuurlijk ook vast aan je eigen cultuur en aan de regels van de instelling. Als zij geen vrouwelijke psycholoog willen en ik ben de enige psycholoog hier, dan houdt het op.” (R 12 psycholoog)*

(...) *“Ik verwacht ook respect van hun kant. Er zijn cliënten die van alles van me willen weten omdat ik ook Marokkaans ben en dus tot ‘hun’ gemeenschap behoor. Om mezelf te beschermen vertel ik hen ook niet alles van mezelf en laat niet alles zien.” (R 7 maatschappelijk werkster)*

Slechts twee respondenten (van het totale aantal) geven aan dat ze zich in de omgang *helemaal* niet anders opstellen bij allochtone cliënten. Door de verschillen aan het begin gelijk te bespreken met de cliënt bereiken zij als het ware een overeenstemming. Ze willen graag dat de cliënt zich uiteindelijk aanpast aan wat zij vinden dat ‘normaal’ of ‘gangbaar’ is, wat volgens hen universeel is. De houding die zij aannemen heeft veel weg van een *communicatief universalistische houding*. Zo geeft de psychiater uit het eerste citaat aan dat zij graag wil dat de patiënt zich aanpast aan de omgangsvormen die zij als hulpverlener gewend is. De psycholoog uit het tweede citaat geeft aan dat ze gewend is om iemand een hand te schudden bij binnenkomst.

“Wat je doet als behandelaar is toch in eerste instantie wat je gewend bent, dus je gaat daar eigenlijk min of meer tegenin. Een Turkse man die ik behandel bijvoorbeeld zei dat hij het vervelend vindt als ik hem recht zit aan te kijken en vertel wat hij moet doen. Omdat ik een vrouwelijke hulpverlener ben is dat niet prettig voor hem. Dat moet je dan bespreken. Ik vraag het aan hem: klopt het dat u het vervelend vindt als ik u recht aankijk? En dan leg ik uit hoe ik als hulpverlener gewend ben te werken en dat het normaal is dat je elkaar aankijkt en zo contact met elkaar zoekt.” (R 15 psychiater)

“Hoe ik met mensen om ga is niet gekoppeld aan iemands culturele achtergrond. Ik probeer mensen altijd op hun gemak te stellen en als er verschillen zijn dan moet je daar over praten. Ik had laatst een patiënt op bezoek die ik al heel lang ken. Hij vertelde mij dat hij tijdens zijn vakantie bij zijn familie in Turkije was geweest en heel veel in de Koran had gelezen. Ineens wilde hij mij daarom geen hand meer geven. Ik praat hier dan met hem over en zeg dat hij het mij niet kwalijk moet nemen als ik hem de volgende keer per ongeluk enthousiast de hand ga schudden.” (R 11 psycholoog)

5.2.2 Diagnostische fase

In hoofdstuk 4 zagen we dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg gewerkt wordt met het diagnosemodel DSM-IV. De afgelopen tientallen jaren bestaat er al discussie over de vraag of dit diagnosemodel wel genoeg rekening houdt met culturele verschillen. De deskundigheidsbevordering binnen de Bavo Europoort besteedt veel aandacht aan het werken met DSM-IV bij allochtone cliënten. De betrokken beleidsmedewerkers leren hulpverleners waar zij op moeten letten wanneer ze bij

allochtone cliënten een diagnose stellen. De kern van het stellen van de juiste diagnose is volgens hen het stellen van de juiste vragen. Vragen naar de culturele achtergrond van de cliënt, naar migratie-ervaringen en religie. Een beleidsmedewerker verwoordt dit als volgt.

“Het mooiste zou zijn als een hulpverlener naast het gewone intakegesprek ook vragen stelt als waar de cliënt geboren is, welke religieuze achtergrond hij of zij heeft. Wat zijn de migratie-ervaringen? In het verleden is in de opleiding helemaal geen aandacht geweest voor religie en levensbeschouwing. Het is belangrijk dat de hulpverlener zich gelijk op de hoogte stelt van dit soort zaken voordat hij een diagnose stelt.” (R 1 beleidsmedewerker)

Daarnaast is het volgens de beleidsmedewerkers belangrijk om in gesprek te blijven met de cliënt over de diagnose en te vragen naar verklaringen die de cliënt zelf geeft aan zijn verschijnselen, om zo tot een gezamenlijke verklaring van het probleem te komen.

“Je zult na moeten gaan of de diagnose die je volgens de westerse standaarden zou stellen wel klopt bij een allochtone cliënt. Als een allochtone patiënt stemmen in zijn hoofd hoort dan kan dat in de cultuur van die patiënt misschien wel heel normaal zijn. Je moet dus vragen wat de omgeving van de patiënt vindt van het probleem, of het daar vaker voorkomt.” (R 2 beleidsmedewerker)

“Je moet altijd in gesprek blijven met de cliënt over zijn context, omdat je dan met de cliënt tot een gezamenlijk verklaringsmodel kan komen voor zijn klachten. En ook tot een gezamenlijke oplossing, waar zowel de cliënt als de hulpverlener zich in kan vinden.” (R 3 beleidsmedewerker)

Deze manier van werken komt overeen met de *communicatief universalistische opvatting*. Volgens Kortmann (2001) is het aan te bevelen voor hulpverleners om deze houding aan te nemen bij allochtone cliënten als het gaat om psychosociale problematiek. De hulpverlener treedt dan als het ware binnen in de cultuur van de cliënt en staat open voor afwijkende interpretaties. Hij of zij gaat in op zaken als migratieverleden, culturele achtergrond, religie etc.

De communicatief universalistische houding wordt vooral verwoord door de beleidsmedewerkers. Dit is vrij logisch. Deze beleidsmedewerkers zijn intensief betrokken bij de deskundigheidsbevordering, hebben zich daarom verdiept in de hulpverlening aan allochtonen en zijn op de hoogte van deze theorie. Zij weten zogezegd ‘hoe het moet’. Een ander verschil is dat de beleidsmedewerkers in tegenstelling tot de praktijkmensen nauwelijks direct contact hebben met cliënten. Zij hebben dus makkelijker praten omdat ze in de praktijk niet tegen diagnostische twijfels aan lopen.

Slechts twee van de acht respondenten geven aan ook een *communicatie universalistische houding* aan te nemen.

“Datgene wat je als autochtoon kent vanuit de diagnostiek en de klachten die daarbij horen kunnen totaal anders zijn in een andere cultuur. (...) Je moet je heel erg verdiepen in de beleving van de cliënt, uit welke cultuur hij ook komt. Het feit dat iemand die heel gelovig is opgevoed of juist niet of waar iemand is opgevoed, verklaart heel vaak hoe mensen naar hun eigen problemen kijken en hoe ze naar bepaalde symptomen kijken, vertalen en benoemen. Juist bij allochtonen is het nog minder te begrijpen en nog minder voor de hand liggend. Als ik een cliënt heb die praat over stemmen dan ga ik ook vragen wat die stemmen zeggen. Ik ga er op in en vraag ook wat zijn verklaring kan zijn voor die stemmen. Of

het bijvoorbeeld een geest is. Is het iemand die hallucineert? Je moet altijd nagaan wat de verschijnselen betekenen in de context van die patiënt.” (R 5 psycholoog)

“Ik ben tegen het opdrukken van stempels op een patiënt. Dat wil zeggen ik wil liever niet één diagnose stellen, maar beschrijf wat ik bij de patiënt zie. Ik ben bijvoorbeeld heel voorzichtig met DSM-IV. Ik kijk eerst wat de plek van de ziekte is bij de cliënt, in de gemeenschap van de patiënt, in zijn familie bijvoorbeeld. Dat vraagt veel tijd. Er zijn ook migratiegerelateerde factoren waar je rekening mee moet houden. Iets wordt vaak snel bijvoorbeeld een angststoornis genoemd, terwijl er bij allochtonen zoveel dingen zijn waar je ook naar moet kijken. Ik zoek vooral een verklaring vanuit de cultuur van de cliënt, de plek van de ziekte in de gemeenschap. Het is heel belangrijk om te kijken wat wel of niet geaccepteerd wordt binnen de cultuur. (...) Ik vraag bij allochtone cliënten op een hele andere manier door. Je probeert de cliënt (...) met eigen verklaringen te laten komen. Als je bijvoorbeeld een cliënt hebt die heel erg last heeft van een geest van zijn schoonmoeder uit Afrika, dan ga je daar ook over praten. Je vraagt ook altijd of ze al iets alternatiefs gedaan hebben, of ze al bekend zijn in het circuit. Mijn ervaring is dat mensen zelf ook al vaak ervaring hebben met een alternatieve genezer. Wat ik vaak bij allochtone cliënten doe, is op huisbezoek gaan. Of ik nodig de familie van een cliënt uit om bij het gesprek aanwezig te zijn.” (R 11 Psycholoog)

De bovenstaande psychologen geven aan dat zij vragen stellen over de culturele achtergrond van de cliënt, over migratiezaken en over religie en rituelen. Deze informatie nemen zij mee in het stellen van een diagnose en behandelplan. Ook zeiden zij met de cliënt in gesprek te gaan over deze zaken om samen tot een oplossing te komen.

Twee andere hulpverleners vertellen alleen in te gaan op de betekenis van de culturele achtergrond wanneer zij een behandelplan opstellen en niet zozeer bij het stellen van een diagnose. De diagnose wordt vaak via DSM-IV vastgesteld, terwijl zij aan de hand van een beschrijvende diagnose een behandelplan opstellen waarbij zij wel rekening houden met culturele factoren.

“Als ik gewoon een diagnose stel moet ik roepen wat het volgens de DSM-IV is. Een diagnose volgens de DSM-IV laat een heleboel weg, veel cultuurspecifieke dingen waarvan ik denk, je moet dat wel snappen om te kunnen behandelen. In mijn beschrijvende diagnose ga ik veel verder. Je moet weten of iemand van de eerste of tweede generatie is, of iemand in het land van herkomst geboren is of niet, wat voor werk diegene heeft gedaan in het land van herkomst. Ik ken iemand die was herder geweest. Hartstikke lieve, brave man, maar die zit wel ongeveer tegen de middeleeuwen aan qua achterstand met een Westerse cultuur. Het zijn allemaal dingen die je moet weten voordat je een goede behandeling kan opstellen. (...) Je moet het vergelijken met iemand die in een rolstoel zit en spanningsklachten heeft. Dan moet je diegene niet laten hardlopen tegen de depressie!” (R 14 psycholoog)

“Als ik alleen een psychiatrische diagnose stel, dan doe ik dat volgens een classificatiesysteem (DSM-IV). Dit geeft weinig ruimte voor culturele verschillen. Dat is ook de bedoeling van dit systeem. Voor het zorgkantoor moeten wij de psychiatrische diagnose doorgeven. Dan krijgen we namelijk zoveel middelen als bij de diagnose hoort. Bij mijn beschrijvende diagnose houdt ik wel rekening met cultuurverschillen. Deze diagnose is weer bepalend voor de behandeling die je uitzet. In deze diagnose houd ik er bijvoorbeeld rekening mee dat iemand mogelijk door culturele factoren initiatiefloos is, dus niet actief meewerkt aan de behandeling.” (R 15 psychiater)

De helft van de respondenten die in de dagelijkse praktijk diagnoses stellen geeft echter aan een *absoluut universalistische houding* aan te nemen als zij een diagnose en een behandelplan vaststellen. Uit de citaten blijkt dat de hulpverleners dan een soort afstandelijke, professionele houding aannemen

en een diagnose stellen zonder in te gaan op de culturele achtergrond van de cliënt. De meest voorkomende reden die zij noemen is dat bepaalde stoornissen niet echt verschillen per cultuur. Mensen van verschillende culturen kunnen bepaalde klachten anders uiten, echter de diagnose en het behandelplan blijven hetzelfde. Het volgende citaat verduidelijkt dit. Een ontwikkelingspsycholoog die met kinderen werkt geeft aan dat een stoornis als ADHD vaak niet verschilt per cultuur. Allochtone kinderen uiten de klachten misschien anders, maar uiteindelijk weet de psycholoog uit ervaring dat zij dezelfde psychische stoornis hebben.

“Ik denk dat de diagnose altijd hetzelfde is en dat ik niet specifiek rekening houd met de culturele aspecten. Een adhd-diagnose¹³ is hetzelfde bij een Marokkaans kind als bij een Nederlands kind. Bijvoorbeeld angstige Turkse kinderen hebben heel veel somatische problematiek. Ze komen hier dan bijvoorbeeld met buikpijnklachten, hoofdpijn en piekeren. Dan is het in eerste instantie niet heel duidelijk dat het angst is, maar automatisch ga je daar toch van uit, omdat je dat weet. Bij Turkse kinderen zijn die somatische klachten veel meer aanwezig als bij Nederlandse kinderen maar de diagnose is hetzelfde. Het probleem wordt anders belicht en geuit.” (R 9 ontwikkelingspsycholoog)

“De symptomen die je bij allochtonen ziet duiden toch vaak op dezelfde stoornis als bij autochtonen,” zegt een psycholoog die met oudere psychiatrische patiënten werkt. Op de afdeling worden twijfels wel onderling met collega’s besproken, maar er wordt niet afgeweken van de standaard diagnose en de standaard behandeling die bij zo’n diagnose hoort.

“In principe stellen wij gewoon dezelfde diagnoses bij allochtonen. In de DSM staan ook een aantal culturele diagnoses en daar kijk je wel naar, maar meestal wordt het gewoon schizofrenie of depressie, gewoon een standaard diagnose die je ook bij autochtonen zou stellen. We hadden laatst ook een vrouw die praatte in haar hoofd met allemaal mensen. We hebben toen iets gelezen over hoe dat werkt in verschillende culturen. Aan de andere kant wisten we het ook niet zeker. Behalve dat ze met andere mensen praatte, at ze ook gewoon niet, verwaarloosde ze zichzelf. Dan ga je toch proefmedicatie proberen. Je kijkt uiteindelijk toch naar de normale symptomen die duiden op schizofrenie. (...) Meestal lijken de ziektebeelden die we nu allemaal hebben gezien toch vrij veel op de beelden zoals we die ook bij de Nederlandse populatie zien.” (R 12 psycholoog)

Een psycholoog die binnen een rehabilitatiecentrum voor oudere psychiatrische patiënten werkt legt uit dat allochtone cliënten psychische problemen vaak uiten in lichamelijke klachten en dat zij deze opvat als een normale depressie die je ook bij autochtone patiënten ziet.

“Bij allochtonen is dat een manier om te uiten dat ze niet goed in hun vel zitten, dus dan stel ik toch een normale depressie vast. ER: Praat je daar ook over met je patiënt, over de diagnose? Nee, bij somatiseren houd je wel rekening met de cultuur in die zin dat het voor hun een manier is om te uiten dat ze niet zo lekker in hun vel zitten. Je kijkt ook wel met je Westerse ogen hè. Dat is wel een beetje ingewikkeld met allochtonen.” ER: En bij het behandelplan, houden jullie daarbij rekening met de culturele achtergrond? Nee, volgens mij echt niet. Omdat we rekening houden met de rehabilitatie-eisen en ziet zozeer met de culturele achtergrond van iemand. We kijken dus hoeveel tijd iemand nodig heeft om te rehabiliteren, dat bepaalt in welke groep hij of zij wordt ingedeeld.” (R 13 psycholoog)

¹³ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (www.lilly.nl)

Een andere psycholoog die werkt met volwassenen met psychosociale problematiek vertelt dat hij bij het stellen van een diagnose *bewust* niet ingaat op de culturele achtergrond van de cliënt, omdat dit de cliënt het gevoel zou kunnen geven in zijn klachten niet serieus te worden genomen.

“Op grond van de informatie die je al hebt van de cliënt (van de arts of van een andere hulpverlener) kun je de diagnose stellen. ER: Ga je tijdens het gesprek in op de culturele achtergrond van de cliënt? Nee wij richten ons vooral op de informatieve kant. Hoe lang heb je deze klachten nou, hoe zit dat? Duidingen doe ik niet. Ik ga dus niet gissen dat iets misschien met iemands culturele achtergrond te maken heeft. (...) Als ik dat wel zou doen zou ik de cliënt het gevoel kunnen geven dat ik zijn klachten niet serieus neem.” (R 10 psycholoog)

5.2.3 Personale fase

In het voorgaande is geanalyseerd in hoeverre hulpverleners rekening houden met culturele verschillen in het vaststellen van een diagnose en een behandelplan. Zoals we aan het begin van dit hoofdstuk zagen, bestaat de derde fase uit de feitelijke behandeling, het daadwerkelijk uitvoeren van een behandeling en het begeleiden van de patiënt bij zijn ziekte. Net als in de kennismakingsfase spelen de relationele aspecten hier volgens Kortmann ook een grote rol. De deskundige moet er voor zorgen dat de behandeling aanslaat en dat de cliënt de therapie blijft volgen. Deze fase is vrij breed en kan in de praktijk deels de diagnostische fase overlappen omdat de hulpverlener zijn diagnose of behandelplan halverwege de behandeling nog kan bijstellen (zie ook hoofdstuk 2). De hulpverlener bevindt zich dan dus afwisselend in beide fasen. De analyse van de resultaten wordt hierdoor bemoeilijkt.

Zo legt een psychiater die werkt met cliënten met niet aangeboren hersenletsels uit dat zij halverwege de behandeling haar strategie bij de cliënt moest herzien, omdat de behandeling vastliep. Op dat moment maakt zij een ‘pas op de plaats’ reactie om op zoek te gaan naar culturele factoren die mogelijk invloed kunnen hebben op het vastlopen van de behandeling.

“Als er bij een patiënt psychologisch onderzoek en persoonlijkheidsonderzoek gedaan is blijft er vaak nog een ondefinieerbare factor over die een rol kan spelen in het ziektebeeld. Dan moet je dus verder gaan zoeken. Je ziet dat er iets over blijft dat mogelijk het functioneren van de patiënt in de behandeling kan beïnvloeden. Dan gaan we kijken of de cultuur of omgeving van de patiënt een rol speelt.

(...)

Bijvoorbeeld een Egyptische man die een heel duidelijke hulpvraag had, maar waarmee de behandeling op een gegeven moment stopte. (...) Het lukte ons maar niet om hem te activeren iets te doen. (...) Ik ben op een gegeven moment met hem gaan praten over zijn omgeving, zijn gezin en familie. (...) Het bleek dat deze man met allerlei psychosociale stressfactoren zat: een ontspoorde dochter, een vrouw die thuis alleen zat, financiële problemen, weinig sociale controle wat hij vanuit Egypte wel gewend was. Hij was wanhopig hier in Nederland. Allerlei factoren waardoor de behandeling vastliep. Samen moet je dan tot geschikte behandeling komen.” (R 15 psychiater)

De houding die deze psychiater aanneemt heeft veel weg van een *communicatief universalistische houding*, omdat zij deze verschillen met de cliënt bespreekt en probeert samen tot een geschikte oplossing te komen.

Het merendeel van de respondenten lijkt tijdens de behandelingsfase echter een *afhankelijk relativistische houding* aan te nemen. Zij zijn zich in deze houding bewust van de culturele verschillen en proberen zich tijdens de behandeling tot een bepaalde hoogte aan te passen. Zo vertelt een maatschappelijk werkster mij dat bepaalde onderwerpen tijdens de groepsbehandelingen moeilijk bespreekbaar zijn onder allochtone vrouwen, omdat deze vanuit hun cultuur niet gewend zijn om hier openlijk over te praten. Zij kiest er dan bewust voor niet over deze onderwerpen te praten binnen de groep, omdat dit tot conflictsituaties zou kunnen leiden (R 7 maatschappelijk werkster).

Andere hulpverleners geven aan dat ze zich tijdens de behandeling vooral aanpassen in de manier waarop ze met allochtone cliënten (en familie) de ‘ziekte’ bespreken. Een ontwikkelingspsycholoog verwoordt in het volgende citaat hoe zij tijdens de behandeling de ziekteverschijnselen uitlegt aan de allochtone ouders. Deze zoeken volgens haar andere verklaringen voor de ziekteverschijnselen van hun kinderen. Ze probeert in de termen van ‘hun’ cultuur uit te leggen wat de ziekte betekent.

“Autisme is voor de moslimwereld een hele onbekende diagnose. Bij allochtone ouders moet je dan heel beschrijvend te werk gaan. (...) Dit kan wel 10 sessies duren. (...) Als bijvoorbeeld Islamitische mensen vragen aan mij wat de oorzaak is van het probleem van hun kind zeg je toch vaak dat het van Allah komt, van God. Dat is wat ze graag willen horen. Ze zoeken anders de schuld bij henzelf. Het moet iets zijn wat bij de geboorte al ontstaan is, daar kunnen de ouders niets aan doen. (...) Schizofrenie wordt bijvoorbeeld vaak verbonden aan jinns¹⁴ (boze geesten). In het westen noemen ze dat een chemicaliën onbalans. Er is iets niet in balans in je lichaam. Je hebt bijvoorbeeld één stof te veel en daardoor voel je je niet goed. Jinns kunnen ook voor een onbalans zorgen in je hoofd. Er is dus niet zo veel afstand tussen die twee dingen. Ik praat gewoon in de termen waarin zij praten.” (R 9 ontwikkelingspsycholoog)

Twee respondenten geven aan dat ze tegemoet komen aan de verschillen in manvrouw verhoudingen. Ze houden bewust rekening met het feit dat allochtone vrouwen liever geen mannelijke hulpverlener zouden willen of andersom. Een preventiemedewerkster vertelt bijvoorbeeld dat ze bij een allochtonenvrouwengroep nooit een mannelijke tolk zal inzetten omdat de vrouwen dan zullen weglopen (R 6 preventiemedewerkster). Een psychiatrisch verpleegkundige geeft aan dat hij allochtone vrouwelijke cliënten altijd de mogelijkheid biedt om een vrouwelijke hulpverlener te krijgen (R 4 psychiatrisch verpleegkundige). Een drietal psychologen van intramuraal instellingen (instellingen die patiënten opnemen voor langere tijd) geven aan tijdens de behandeling vooral rekening te houden met praktische zaken, zoals aangepaste voeding en medicatiemomenten in verband met de ramadan of een bezoek aan de moskee. Ook regelen zij een bezoek aan een imam als de patiënt hierom vraagt. Hierbij zijn ze erg vraaggericht.

“Als mensen bijvoorbeeld zeggen dat ze graag naar een verzorgingstehuis voor Marokkaanse of Turkse mensen gaan, dan wordt dat meegenomen in de behandeling. Dan doe ik daar moeite voor. Of

¹⁴ Boze geesten worden in het volksgeloof in islamitische landen aangeduid met *jinns*. Jinns worden omschreven als onzichtbare wezens, die zich bij tijd en wijle in de vorm van een mens of een dier kunnen manifesteren. De meeste jinns zijn wispelturig, wraakzuchtig en kwaadaardig. Zij kunnen een mens allerlei ziekten en problemen bezorgen (Hoffer, 2002)

als mensen behoefte hebben aan een gesprek met een imam dan probeer ik dat te regelen. Dat zijn wel allemaal dingen die we meenemen in de behandeling.” (R 13 psycholoog)

Volgens een beleidsmedewerker (R 2) komt het ook voor dat hulpverleners tijdens de behandeling besluiten een cliënt door te verwijzen naar een deskundige uit de eigen etnische gemeenschap. Hulpverleners zien dan onoverkomelijke culturele verschillen waardoor zij redeneren dat ze de cliënt niet goed kunnen helpen, aldus de beleidsmedewerker. Deze houding komt overeen met de *divers relativistische houding* van Kortmann. Twee respondenten lijken deze houding wel eens aan te nemen. Zo vertelt een maatschappelijk werkster dat zij cliënten wel eens verwijst naar een alternatieve genezer, omdat ze vindt dat de cliënt daarmee beter geholpen is.

“Veel Turkse of Marokkaanse cliënten zoeken de oorzaak van hun probleem vaak anders. Ze schrijven dit bijvoorbeeld toe aan zwarte magie. Cliënten vragen vaak aan mij of ik een adresje voor hen weet. Aan het begin dacht ik: ‘oh dat kan ik niet maken, dat is niet professioneel.’ Nu denk ik daar anders over. Als wij niets meer met de cliënt kunnen, dan zal ik de cliënt gewoon doorverwijzen, want daar wordt de cliënt in elk geval een stukje gelukkiger van..” (R 7 maatschappelijk werkster)

Uit het bovenstaande citaat blijkt dat het verwijzen naar een alternatieve genezer een onderwerp is waarover binnen de organisatie taboe bestaat. De vrouw zegt: “oh dat kan ik niet maken, dat is niet professioneel.” Ik vermoed dat er meer hulpverleners zijn die wel eens een cliënt door verwijzen, maar dat hier niet snel openlijk over wordt gepraat.

5.3 Kenmerkend voor de hulpverlener: geneigd om zich ‘aan te passen’

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de respondenten over het algemeen bereid zijn om zich in de omgang met allochtone cliënten (in de kennismakingsfase en de personale fase) aan te passen aan de allochtone cliënt. De meeste namen een afhankelijk relativistische houding aan. In de kennismakingsfase, negen van de dertien hulpverleners en in de personale fase zeven. Een van de verklaringen hiervoor is dat hulpverleners het als functioneel beschouwen om zich aan te passen. Het is een *middel* om iets te bereiken bij de cliënt. Ook is het een manier om ‘een vertrouwensband op te bouwen’, om ‘binnen te komen’ of om ‘iets van een cliënt gedaan te krijgen.’ Daarnaast geven respondenten aan dat zij uit ‘respect’ voor een cliënt rekening houden met bepaalde verschillen. Bovendien wordt er in agogische opleidingen ook veel aandacht besteed aan het ‘volgen van de cliënt’, dat wil zeggen het ‘anticiperen’ op het gedrag van de cliënt. Een mogelijke verklaring is dus dat de respondenten het rekening houden met culturele verschillen zien als iets dat ‘normaal’ is, iets dat bij hun vak van hulpverlener hoort en dat ze gewend zijn om te doen. De volgende citaten verduidelijken dit.

“Het is inherent aan het vak van hulpverlener dat je een beetje rekening houdt met bepaalde dingen, met de normen en waarden van je cliënt. Dit is ook iets dat in alle opleidingen van hulpverleners mee wordt genomen.” (R 5 psycholoog)

“Je moet wel iets meer van jouw kant laten zien als hulpverlener om het vertrouwen op te bouwen om iemand te kunnen helpen.” (R 7 maatschappelijk werkster).

“Het is iets dat uit het hulpverlenervak voortvloeit, een soort cultuur.” (R 4 psychiatrisch verpleegkundige)

“Als psycholoog probeer je natuurlijk altijd heel erg te volgen. Dat doe je automatisch, daar ben ik mij niet zo bewust van. (...) Je leert het in alle opleidingen.” (R 13 psycholoog)

Een woonbegeleider verklaart de neiging tot aanpassen op een andere manier, namelijk vanuit het feit dat hulpverleners ervaring hebben met veel verschillende situaties.

“Het gedachtegoed van een hulpverlener is toch wat anders dan de doorsnee Nederlander. Hulpverleners hier komen de gekste dingen tegen; verslaving, criminaliteit etc. Ze kijken niet meer zo snel ergens van op, ook niet van cultuurverschillen. Ze hebben over het algemeen door hun ervaring geen problemen om zich aan te passen aan culturele verschillen.” (R 8 woonbegeleider)

5.4 Samenvattend: Opvatting en houding hulpverleners

De eerste vraag in dit onderzoek is op welke wijze hulpverleners aangeven rekening te houden met culturele verschillen. In het voorgaande gedeelte is daarom onderzocht welke opvattingen zij tijdens het gesprek met de allochtone cliënt aannemen, en wat het gevolg daarvan is op hun houding en op de mate waarin zij rekening houden met de culturele achtergrond van de cliënt, tijdens de verschillende fasen van de behandeling. Opvallend is dat de meerderheid van de respondenten tijdens de kennismakingsfase (negen van de dertien) en tijdens de behandelfase (zeven van de dertien) een afhankelijk relativistische houding aanneemt. De hulpverleners lijken dus vooral in de omgang, in de relationele aspecten van de behandeling, geen moeite te hebben om zich aan te passen aan allochtone cliënten. Ze leken zelfs graag bereid zich aan te passen aan (vermeende) verschillen in: wijze van begroeten, manier van aankijken en communicatie. Ook zijn zij over het algemeen vraaggericht als het om praktische zaken gaat en weten zij zich makkelijk aan te passen aan ‘de taal’ van de cliënten wanneer zij met hen de ziekte en het ziekteproces bespreken. Afhankelijk van de situatie stellen zij voor zichzelf wel grenzen tot hoever ze zich willen aanpassen. De respondenten zien de neiging tot aanpassing als ‘iets’ dat bij het ‘hulpverlenervak’ hoort. Enerzijds gaven zij aan dat het functioneel is om je aan te passen. ‘Op die manier bereik je pas iets!’ of ‘Op die manier bouw je vertrouwen op.’ Anderzijds is het iets dat zij tijdens hun opleiding geleerd hebben en dat bij hun vak hoort.

Bij het vaststellen van een diagnose en behandelplan is de helft van de hulpverleners (vier van de acht) geneigd een absoluut universalistische houding aan te nemen. Op dat moment nemen zij een professionele rol aan en zorgezegd afstand van de cliënt en zijn of haar culturele achtergrond. Een aantal respondenten gaf aan dat zij bewust niet ingaan op de betekenis van de culturele achtergrond op de diagnose, omdat de ziektebeelden, al uiten deze zich misschien anders bij allochtonen, toch vaak op dezelfde diagnose duiden. Het bleek dat hulpverleners overwegend gebruik maakten van richtlijnen uit DSM-IV om een diagnose vast te stellen. Eén van de redenen waarom zij hierbij weinig tot geen rekening houden met de culturele achtergrond van de cliënt, is dat er in de opleiding psychologie en tot voor kort in de GGZ gezondheidsopleiding nauwelijks aandacht is besteed aan ziektebeelden in andere culturen. Ondanks de aandacht die er binnen de Bavo Europoort de laatste jaren aan dit onderwerp wordt besteed via deskundigheidsbevordering (cursus intercultureel werken, interculturele consultaties), lijken hulpverleners vooral datgene toe te passen wat zij binnen de opleiding hebben geleerd en wat zij gewend zijn te doen. Ze zeggen uit ervaring te weten dat de diagnose bij allochtonen vaak hetzelfde is als bij autochtonen en gaan daarom niet serieus in op de culturele aspecten. Hierin spelen deskundigheid en jarenlange opgebouwde ervaring een belangrijke rol.

5.5 Veranderingen

De tweede vraag in dit onderzoek is of er de afgelopen periode veranderingen zijn waar te nemen in de mate waarin en de wijze waarop hulpverleners specifiek rekening houden met (veronderstelde)

culturele verschillen in de hulpverlening aan allochtonen. Is hun opvatting of houding ten opzichte van allochtone cliënten de afgelopen jaren veranderd als gevolg van politieke ontwikkelingen of andere ontwikkelingen? In het hoofdstuk 4 zagen we dat de politieke (externe) invloed op het interculturalisatiebeleid binnen de Bavo Europoort gering was en dat meer interne, organisatorische factoren een rol spelen. Gezien de ontwikkelingen in het integratie- en minderhedendebat die in het eerste hoofdstuk van deze scriptie zijn besproken zou je verwachten dat hulpverleners misschien minder open zouden staan voor (vermeende) culturele verschillen. Opvallend is dat een aantal hulpverleners zegt de afgelopen tijd juist meer begrip te hebben gekregen voor allochtone cliënten. Ook zijn er hulpverleners die zich fel keren tegen het integratiebeleid van minister Verdonk. We zullen op bepaalde punten wel een zekere verharding onder respondenten zien. Hierbij gaat het meer om praktische zaken.

Meer begrip en respect

Een aantal hulpverleners (vijf van de dertien) lijkt met de jaren dat ze met allochtone cliënten werken niet minder, maar juist meer begrip op te kunnen brengen voor de situatie van de cliënt. Daarnaast lijken zij meer bereid om zich aan te passen aan (vermeende) culturele verschillen. Volgens een beleidsmedewerker zien de hulpverleners die hij ontmoet, de laatste tijd in dat het noodzakelijk is om rekening te houden met culturele verschillen. Dit komt volgens hem door de verdergaande verkleuring van het zorggebied (R 1). Hulpverleners hebben dus in toenemende mate te maken met cliënten met andere culture achtergronden. Een tweetal hulpverleners lijkt deze mening te bevestigen.

“Je merkt wel dat naarmate je langer in het vak zit, je beter zicht krijgt op hoe bepaalde culturen in elkaar steken en wat voor hinder sommige mensen daar van kunnen hebben. Ik denk dat ik juist minder oordelend ben geworden door mijn ervaring en kennis. Naarmate je langer in het vak zit hoor je steeds meer verhalen en denk je, goh wat ingewikkeld voor die mensen. Dingen zijn nooit zo maar ineens ontstaan.” (R 5 psycholoog)

“Ik loop al een tijdje mee in dit vak. Letterlijk de hele wereld loopt hier je spreekkamer binnen. Om goed hulp te verlenen moet je verstand hebben van migratie. Je moet beseffen dat een goede integratie wel drie generaties kan duren.” (R 14 psycholoog)

Een drietal hulpverleners keert zich daarbij ook nadrukkelijk en fel tégen de politieke ontwikkelingen binnen het integratie- en minderhedendebat. Ze geven aan hierdoor alleen maar meer begrip en respect te krijgen voor migranten. Een psycholoog legt bijvoorbeeld uit dat zij het juist goed vindt om allochtonen aan te spreken in hun eigen taal, omdat dit hen versterkt in hun kracht om te integreren.

“Ik ben nog steeds van mening: ‘you need bonding before bridging’.¹⁵ Ik ben een enorm tegenstander van wat er nu binnen de politiek gebeurt. Het gevaar van segregatie valt mee. Juist door mensen in hun kracht aan te spreken, vanuit de eigen taal, vanuit het laagdrempelige maak je ze klaar voor de

¹⁵ De respondent gebruikt de woorden van de Amerikaanse socioloog Putmann (2000). Putmann spreekt over bonding en bridging om processen van sociale cohesie aan te duiden.

volgende stap, integreren. Ik wordt juist versterkt in mijn mening door alle ontwikkelingen.” (R 11 psycholoog)

Meer eigen verantwoordelijkheid, allochtoon zijn is geen excuus

Ondanks dat een aantal respondenten de laatste tijd juist meer begrip en respect kan opbrengen voor allochtonen, geven hulpverleners ook aan dat zij zich in een aantal praktische zaken genoodzaakt voelen strenger te zijn. Een psycholoog geeft bijvoorbeeld aan dat er vroeger binnen de GGZ makkelijker omgegaan werd met aanvragen die allochtone cliënten doen voor vrijstellingen voor de IND of de sociale dienst. Op een gegeven moment moest dat volgens haar worden teruggedrongen, omdat hulpverleners veel meer moesten verantwoorden. “Er wordt nu wel drie keer naar een aanvraag gekeken en overlegd met de psychiater (R 11 psycholoog).” Een tweetal andere hulpverleners geeft ook aan harder en kritischer te zijn geworden in het voldoen aan deze aanvragen. Het onderstaande citaat geeft dit goed weer. Een psycholoog legt uit dat allochtonen hun ziekte vaak als excuus ergens voor gebruiken, bijvoorbeeld om niet te hoeven werken of trouwen of om niet naar het land van herkomst terug te hoeven gaan.

“Wat je vaak bij migranten ziet is dat er op een gegeven moment een brief komt... Dit kan een brief zijn van de letselschadeadvocaat, van de WAO-keuring, van de IND, inburgeringcursus. Allochtonen proberen hun ziekte vaak als excuus te gebruiken. Je wordt op een gegeven moment wel kritischer. (...)Ik vind het niet erg om een brief te schrijven met de diagnose. Maar je moet er wel bij zeggen dat het geen reden is om niet terug te kunnen gaan naar het land van herkomst.” (R 3 psycholoog)

Deze hulpverlener heeft dus juist minder begrip voor de situatie waarin de allochtone cliënt zich bevindt. Uit zijn woorden valt ook af te leiden dat hij ‘het doen van dit soort verzoeken’ en ‘het gebruiken van een ziekte als excuus’ interpreteert als iets dat ‘typisch’ is voor allochtonen. Daarin wil hij zich niet meer zo snel voor het karretje laten spannen. De verklaring voor het doen van aanvragen zoekt de psycholoog in het ‘allochtoon zijn’, terwijl autochtonen natuurlijk ook dergelijke verzoeken doen. De productiedruk die binnen de GGZ wordt opgelegd aan hulpverleners om zo veel mogelijk cliënten op één dag te zien speelt hierbij ook een belangrijke rol. Een van de hulpverleners vertelt dat zij in de toekomst zal *moeten* stoppen met het schrijven van allerlei brieven en doen van extra werk voor allochtonen, omdat de tijdsdruk te groot wordt.

“Ik weet dat het eraan komt dat ik wel moet veranderen, want ik red het niet...het lukt niet! Dan heb ik mijn administratie niet op orde... In de toekomst verandert dat. Je moet ook aan jezelf denken. De cliënten gaan niet met jou mee als je een gesprek hebt met de baas. Het gaat er steeds meer om hoeveel cliënten je in een korte tijd kan zien.” (R 9 ontwikkelingspsycholoog)

Strenger in het nakomen van afspraken

Naast het feit dat hulpverleners terughoudender zijn geworden in het schrijven van brieven geeft ook een drietal hulpverleners aan strenger te zijn geworden in het nakomen van afspraken. Sommige allochtone cliënten zouden makkelijker omgaan met afspraken en daardoor vaker te laat komen of

zelfs niet komen opdagen. Binnen de Bavo Europoort worden hulpverleners van bovenaf gedwongen hier strenger mee om te gaan. Net als in het vorige voorbeeld, over het schrijven van excuusbrieven, zie je ook in het onderstaande citaat dat een negatieve eigenschap, in dit geval ‘het te laat komen’ of ‘niet komen opdagen op een afspraak’, wordt toegeschreven aan ‘het allochtoon zijn’. Volgens een hulpverlener is het lastig om deze populatie hierop aan te spreken.

“Je merkt dat er binnen bepaalde culturen makkelijk wordt omgegaan met het maken van afspraken. Dat wil zeggen dat zij eerder een afspraak afzeggen of bijvoorbeeld niet thuis zijn op het tijdstip dat de hulpverlener voor de deur staat. Er staat binnen Switch wel een druk op de productie, omdat de financiering terug loopt waardoor je wordt gedwongen hier streng in te zijn.” (R 4 psychiatrische verpleegkundige)

“We hebben veel allochtone cliënten die hun afspraak niet nakomen. Vanuit de organisatie hebben wij de opdracht gekregen om mensen daarop aan te spreken, maar dat is lastig bij deze populatie. We zijn hierin verhard.” (R 5 psycholoog)

5.6 Conclusie en discussie

Resumerend kan gezegd worden dat de houdingen van hulpverleners per fase in het contact met de cliënt verschillen. In de kennismakingsfase zeggen de meeste hulpverleners (negen van de dertien) dat zij een relativistische houding aannemen. Dat wil zeggen dat zij erkennen dat er bepaalde culturele verschillen zijn en proberen zich hierop aan te passen. Het ging vooral om verschillen in de manier van aankijken en begroeten. Afhankelijk van de situatie stellen zij wel grenzen in hoever ze willen gaan. Veel hulpverleners gaan na deze fase juist over in een universalistische houding. Dat wil zeggen, ze nemen tijdens het stellen van een diagnose en behandelplan juist weer afstand van de persoon (de cliënt) en zijn cultuur. Daarbij gaan ze bewust niet in op de betekenis van culturele verschillen en nemen de ‘professionele houding’ van een arts aan. Opvallend is dat de meeste hulpverleners (acht van de dertien) in de laatste fase van de behandeling, de daadwerkelijke uitvoering, juist weer overgaan in een relativistische houding. Dit manifesteert zich in het rekening houden met allerlei verschillen, zoals verschillen in medicatie, manvrouw verhoudingen, religie en gespreksonderwerpen. In deze laatste fase moet de hulpverlener er voor zorgen dat de allochtone cliënt de behandeling trouw blijft volgen en niet vroegtijdig afhaakt. Daarnaast moet de hulpverlener voorkomen dat de behandeling vastloopt. Het is dus logisch dat de hulpverlener hierbij bereid is meer moeite te doen om zich aan te passen. Tijdens het grootste gedeelte van het contact, gedurende twee fases, houdt de hulpverlener dus rekening met (vermeende) culturele verschillen.

De tweede vraag in dit onderzoek is of er de afgelopen periode veranderingen zijn waar te nemen in de mate waarin hulpverleners specifiek rekening houden met culturele verschillen. Samenvattend kunnen we stellen dat de hulpverleners uit dit onderzoek de laatste jaren niet in bijzondere mate zijn veranderd in hun houding of opvattingen. Uit de interviews is gebleken dat zij redelijk autonoom zijn in hun manier van handelen. We zagen in hoofdstuk 4 dat er wel cursussen en interculturele consultaties

worden gegeven om hulpverleners beter te leren omgaan met culturele verschillen, deze richtlijnen zijn echter alleen bedoeld als advies en bereiken maar een klein aantal hulpverleners. Hulpverleners handelen voornamelijk op basis van kennis die zij tijdens hun opleiding hebben opgedaan. Er bestaat ook geen officieel beleid of formele gedragscode waarin staat vastgelegd hoe zij dienen om te gaan met allochtone cliënten. Verder zijn er geen tekenen dat hulpverleners minder rekening houden met culturele verschillen door politieke ontwikkelingen of veranderingen in de publieke opinie. Geen van hen was bijvoorbeeld op de hoogte van het feit dat minister Hoogervorst tijdens zijn kabinetsperiode de stekker uit het landelijke interculturalisatiebeleid heeft getrokken. Een aantal hulpverleners geeft zelfs aan meer begrip en respect te hebben gekregen voor allochtone cliënten, en hun culturele achtergrond, en keren zich fel tegen de ontwikkelingen in het integratie- en minderhedendebat. De respondenten zelf verklaren dit vooral vanuit hun jarenlange ervaring met een cultureel diverse clientèle. Ook zagen we dat hulpverleners het als noodzakelijk ervaren om zich aan te passen omdat het een middel is om iets bij de cliënt te bereiken. Daarnaast interpreteren ze het aanpassen aan de cliënt als een aspect dat bij het hulpverlenervak hoort. Uit het onderzoek kwamen wel een aantal kleinere, praktische zaken naar voren waarop hulpverleners harder en universalistischer zijn geworden zoals in het schrijven van ‘excuusbrieven’ en in het nakomen van afspraken. Op deze punten vinden een aantal respondenten juist dat zij geen onderscheid meer *mogen* maken tussen allochtonen en autochtonen. Het woord ‘mogen’ is hierbij veelzeggend, omdat hulpverleners als gevolg van de toegenomen productiedruk van bovenaf worden gedwongen op deze punten strenger te zijn.

5.7 Culturalistische cultuuropvatting hulpverlener: een kritische kanttekening

Uit de resultaten van de interviews kwam naar voren dat de respondenten in de omgang met allochtone cliënten vaak makkelijk uitgingen van bepaalde culturele verschillen. Ze leken de verschillen vaak direct te koppelen aan iemands culturele achtergrond. In theoretische termen hadden zij een culturalistische cultuuropvatting (Oude Breuil, 2005:19). Baumann noemt deze cultuuropvatting ook wel de ‘dominant discourse (Baumann, 1996: 9) Binnen de culturalistische opvatting is de cultuur een dwingende kracht die het gedrag van individuen bepaald (Oude Breuil, 2005:19). Deze opvatting besteedt weinig aandacht aan de diversiteit binnen culturen of groepen. Een dergelijke visie kan ertoe lijden dat de hulpverlener uitgaat van een *stereotiep*, homogeen beeld van een cultuur. De hulpverleners hadden bepaalde, vaak statische ideeën over de cultuur van de cliënt. Op allerlei ‘goedbedoelde’ manieren proberen zij zich hierop aan te passen. Respondenten geven bijvoorbeeld aan dat zij geen mannelijke hulpverleners of tolken inzetten bij bepaalde Marokkaanse of Turkse vrouwen. Dit zouden deze vrouwen namelijk niet tolereren. ‘Hier moet je dan rekening mee houden’, vinden zij. Een preventiemedewerkster geeft aan dat allochtone cliënten door hun culturele achtergrond een andere manier van omgaan en communiceren hebben. Om hier beter rekening mee te houden verdiept zij zich eerst in de achtergrond van een cultuur. Een andere veelgehoorde veronderstelling is dat allochtonen vaker somatiseren. De hulpverleners gaan niet serieus in op de lichamelijke (somatische)

klachten, omdat ze denken dat deze uiteindelijk toch duiden op psychische problemen. Een andere opvatting onder hulpverleners is dat het praten over psychische problemen taboe is in sommige culturen. Allochtonen zouden niet makkelijk over psychische problemen praten omdat zij zich hiervoor schamen. Als hulpverlener moet je dan afwachtend en voorzichtig opstellen, zo wordt er dan geredeneerd. Het initiatief om een hand te schudden, om contact te gaan zoeken of om te gaan praten wordt bij de cliënt neergelegd. Een psycholoog vertelt bijvoorbeeld dat zij bewust geen oogcontact zoekt met een Marokkaanse of Turkse vrouw die haar niet wil aankijken. Het niet aankijken zou namelijk te maken hebben met hun culturele achtergrond. Naast het feit dat de hulpverleners dus makkelijk uitgaan van bepaalde stereotype cultuurbeelden, vallen er nog een aantal andere zaken op. *Allereerst* lijken de respondenten, met uitzonderingen daargelaten, niet te verwachten van de cliënt dat hij of zij zijn culturele waarden opzij schuift en zich aanpast aan meer ‘gangbare’ omgangsvormen. Opvallend is dat de respondenten aangeven nauwelijks in gesprek te gaan met cliënten over deze (vermeende) culturele verschillen. In paragraaf 5.1 zagen we dat slechts twee hulpverleners een communicatief universalistische houding aannemen in de kennismakingsfase. De meerderheid neemt een afhankelijk relativistische houding aan en past zich, zonder vragen te stellen aan. Het gevaar van deze houding is dat een hulpverlener snel voorbijgaat aan belangrijke individuele kenmerken van de cliënt en belangrijke uitingen over het hoofd ziet. Het niet aankijken van een cliënt *hoeft* natuurlijk helemaal niet te maken te hebben met iemands culturele achtergrond, maar kan best een belangrijke aanwijzing zijn voor een depressie of autistische stoornis. Het niet makkelijk kunnen praten over psychische problemen is waarschijnlijk iets dat ook bij lager opgeleiden autochtonen regelmatig voorkomt. Zij kunnen wellicht minder makkelijk hun klachten uitdrukken in psychologische termen (psychologiseren) en doen dat daarom eerder in lichamelijk klachten dan hoger opgeleiden. *Daarnaast* zagen we dat negatieve eigenschappen, zoals het doen van verzoeken voor vrijstellingen of het te laat komen op een afspraak, door sommige respondenten worden toegeschreven aan het allochtoon zijn. Het is aannemelijk dat autochtonen ook dit soort verzoeken doen en ook wel eens te laat komen op afspraken, maar toch ziet de hulpverlener dit als een kenmerk van een allochtoon. Van Meershoek et al. (2005: 3) spreekt in dit opzicht van ‘een neiging tot etnisering’. Dat wil zeggen dat een bepaald gedrag als typisch voor allochtonen wordt voorgesteld. De cliënt wordt dan gezien als lid van een homogene groep of cultuur waarvan de leden allemaal dit soort gedrag vertonen. Volgens Snel (2006) is het gevaar van deze etnisering dat hulpverleners weinig mogelijkheden zien om dit negatieve gedrag bij te sturen. Ze zitten als het ware vast in hun ideeën over de cultuur. Dit blijkt ook wel uit de opmerking van één van de respondenten dat het lastig is om ‘deze populatie’ aan te spreken op hun gedrag (R 5).

Hoofdstuk 6

Verklaringen voor belangrijke ontwikkelingen

6.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 en 5 is uiteengezet op welke wijze de Bavo Europoort en haar hulpverleners rekening houden met culturele verschillen en welke veranderingen hierin de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden. Een aantal praktische verklaringen voor deze veranderingen zijn al naar voren gekomen. Dit hoofdstuk gaat dieper en theoretisch in op het verklarende gedeelte van een aantal belangrijke ontwikkelingen. Hoe valt te verklaren dat: het doel om meer allochtone medewerkers te werven op de achtergrond is geschoven (6.2); specifieke categoriale voorzieningen onverminderd blijven voortbestaan (6.3) en hulpverleners nauwelijks zijn veranderd in hun houding en opvattingen ten aanzien van het rekening houden met culturele verschillen (6.4). Kortom: ‘hoe valt het te verklaren dat de hulpverlening en het beleid binnen de Bavo Europoort ten aanzien van allochtonen is veranderd of gelijk is gebleven in de afgelopen jaren?’

6.2 Werven van meer allochtone medewerkers: sociaal wenselijk beleid

Een belangrijke verandering die de afgelopen twee jaar heeft plaatsgevonden is een omslag in het interculturele personeelsbeleid. Vanuit GGZ Nederland en vanuit het management van de Bavo Europoort is dit tot 2004 gestimuleerd, maar de afgelopen jaren is het beleid volgens de geïnterviewde hulpverleners en beleidsmedewerkers op een tweede plan geschoven. Zoals in hoofdstuk 4 is vermeld is een voor de hand liggende verklaring hiervoor de *onvoorziene* en *ongewenste* neveneffecten waartoe het beleid heeft geleid. Deze verklaring zal ik verder uitdiepen. Wanneer het gaat om onvoorziene en ongewenste effecten van ‘sociaal beleid’ spreekt Boudon van ‘*perverse effects*’ (Boudon, 1982: 3). ‘Perverse effects’ zijn onbedoelde effecten, namelijk effecten die tegengesteld zijn aan de oorspronkelijke bedoelingen van het beleid (Engbersen en Van der Veen, 1992:215). De oorspronkelijke doelstelling van het beleid was om meer allochtone hulpverleners aan te nemen en op die manier een meerwaarde te creëren voor zowel de cliënten als de organisatie. Dit heeft echter in de praktijk juist geleid tot een aantal onbedoelde gevolgen. Cliënten klaagden, omdat ze juist *niet* geholpen wilden worden door een hulpverlener uit de eigen cultuur. Daarnaast ontstond er ontevredenheid onder medewerkers. Het inwerken van nieuwe hulpverleners met een allochtone afkomst, die vaak niet goed gekwalificeerd waren, kostte namelijk teveel tijd én veel allochtone medewerkers verlieten de organisatie weer na een intensieve inwerkperiode. Vanwege de onbedoelde en ongewenste gevolgen die het beleid had, lopen de (beleids)medewerkers van de instelling niet meer warm om zich in te zetten om hulpverleners met een allochtone achtergrond te werven. Mede als gevolg daarvan kan het beleid op de achtergrond zijn geraakt. Op dit moment is het volgens de

beleidsmedewerkers (R1 en R 3) vooral sociaal wenselijk voor de organisatie om naar de buitenwereld te roepen dat er iets gedaan wordt, dan dat er ook daadwerkelijk iets gebeurt.

Naast de bovengenoemde veranderingen zagen we dat er in de praktijk ook nog heel veel hetzelfde is gebeven. Bijvoorbeeld wanneer het gaat om het aanbod in specifieke, categoriale voorzieningen en de manier waarop hulpverleners omgaan met culturele verschillen. We zullen deze ontwikkelingen hieronder analyseren vanuit het institutionele perspectief, zoals omschreven in hoofdstuk 2 (theoretisch kader).

6.3 Onverminderd voortbestaan specifieke migrantenvoorzieningen vanuit het institutionele perspectief

Opvallend is dat het aantal specifieke migrantenvoorzieningen de afgelopen jaren niet is afgenomen, maar juist licht is toegenomen. Binnen de Bavo Europoort bestaan diverse specifieke trainingen, gesprekstherapiegroepen en resocialisatiegroepen voor diverse groepen allochtonen. Nog niet zo lang geleden heeft de instelling zelfs nog een centrum voor migranten overgenomen (Noagg). Uit het onderzoek blijkt dat er is sprake van een ‘discrepantie’ tussen de beleidsintenties en de praktijksituatie. De beleidsmedewerkers en het management van de Bavo Europoort sturen er namelijk al langere tijd op aan dat deze specifieke voorzieningen worden geïntegreerd in de reguliere (algemene) hulpverlening. Ook het ministerie van VWS vindt dat de reguliere hulpverlening voldoende is en ondersteunt de GGZ niet (meer) in het ontwikkelen van een specifiek zorgaanbod. Ondanks deze ontwikkelingen blijkt echter uit het onderzoek dat de voorzieningen al jarenlang onverminderd blijven voortbestaan, en dat ze de afgelopen jaren zelfs in aantal zijn toegenomen.

Verskillende mechanismen kunnen mogelijke verklaringen bieden voor het feit dat de beleidsintenties om deze voorzieningen stop te zetten in de praktijk niet tot daadwerkelijke veranderingen hebben geleid.

Ten eerste is er een enorme vraag vanuit de allochtone doelgroep. Kijkende naar de verschillende locaties uit het onderzoek, richten de voorzieningen zich vooral op de buurten waar de aanloop van allochtonen het grootst is, zoals in Delfshaven, Charlois en Feijenoord. Een simpel *vraagaanbod-mechanisme* vormt dus één logische verklaring voor het voortbestaan van deze voorzieningen in wijken waar de populatie allochtonen het grootst is. Mede als gevolg van de toenemende vraag naar deze voorzieningen ontstaat er een autonome groei, die ervoor zorgt dat het aanbod steeds uitgebreider wordt. De voorzieningen, met name de resocialisatiegroepen, creëren *zelf* ook een structurele vraag. De uitstroom van cliënten uit de voorzieningen is namelijk erg laag en de behandelduur is lang. Sommige patiënten nemen meer dan tien jaar deel aan de groepen. Er dreigt een gevaar van hospitalisering, een proces waarbij patiënten afhankelijk worden van de aangeboden zorg en niet

langer zonder kunnen functioneren. Op die manier blijven dezelfde cliënten jarenlang een beroep doen op de specifieke voorzieningen en blijft de vraag onverminderd toenemen.

Ten tweede speelt ook de manier waarop organisaties, vanuit het verleden gewend zijn om te gaan met allochtonen een rol. Een bepaalde manier van handelen kan namelijk in het verleden tot stand zijn gekomen en geïnstitutionaliseerd in bepaalde regels of voorzieningen. In dit opzicht wordt er in de literatuur ook wel gesproken van *padafhankelijkheid* (Abma en In 't Veld, 2001). De voorzieningen kennen een jarenlange traditie binnen de Bavo Europoort. Medewerkers zijn al meer dan twintig jaar gewend om de specifieke voorzieningen te gebruiken om de 'moeilijke' (vaak slecht Nederlands sprekende) doelgroep, die veelal bestaat uit eerste generatie Turkse en Marokkaanse cliënten, beter te kunnen helpen. Door de jaren heen is de praktijk hierop ingericht. Dit maakt het lastig om zomaar af te stappen van dit zorgaanbod.

Ten derde is er sprake van een mechanisme dat aangeduid kan worden als *policy feedback* (Trommel en Van der Veen, 1999: 307). Dit mechanisme kan er voor zorgen dat het stopzetten van bepaalde categoriale voorzieningen weer kan leiden tot het ontwikkelen van nieuwe compenserende voorzieningen. Dit zagen we ook bij de deeltijdbehandeling voor mannelijke migranten en de behandelgroep voor asielzoekers en vluchtelingen. De deeltijdbehandeling is in de jaren negentig stopgezet, omdat de behandeling niet voldoende resultaat opleverde (Hoofdstuk 4.3.3). Er bleef toen een groep cliënten over, waarvoor geen passend zorgaanbod meer voorhanden was. Nog geen jaar later wordt, na flink lobbyen door medewerkers, een nieuw en veel uitgebreider specifiek zorgaanbod opgezet in een andere vorm. Namelijk de resocialisatiegroepen voor mannen én vrouwen. De behandelgroep voor asielzoekers en vluchtelingen is aantal jaar geleden stopgezet. Ook hierbij leek de behandeling niet aan te slaan, en vormde de groep een te grote kostenpost voor de organisatie. Kort hierna zijn er echter weer twee nieuwe steun- en structuurgroepen opgezet voor asielzoekers en vluchtelingen. De afbreuk van het oorspronkelijke specifieke zorgaanbod heeft dus geleid tot het ontwikkelen van nieuwe, uitgebreidere specifieke voorzieningen ter compensatie van de oude. Dit mechanisme maakt een eenvoudige afbouw van voorzieningen lastig. Het opnieuw stopzetten van groepen of trainingen zal ertoe kunnen leiden dat medewerkers weer alternatieve, compenserende maatregelen opzetten om toch een passend zorgaanbod te hebben voor deze doelgroep.

Een **vierde** mechanisme dat een verklaring kan bieden is een mechanisme van *anticipatie*, 'institutionele reflexiteit' (Giddens, 1991:20). Dit mechanisme geeft instituties, in dit geval voorzieningen, een bepaalde dynamiek met zich mee. Deze *dynamiek* maakt het moeilijk om in de praktijk af te stappen van de voorzieningen, omdat deze door de jaren heen een belangrijke rol zijn gaan spelen in de overwegingen en het handelen van medewerkers (Trommel en Van der Veen, 1999). Dit kan tot onbedoelde gevolgen leiden. Zo worden de resocialisatiegroepen al jarenlang ingezet als

‘achterdeurvoorziening’ voor moeilijke allochtone cliënten waarmee een normale psychiatrische behandeling vastloopt. Deze voorzieningen zijn namelijk laagdrempelig en stellen geen hoge behandelresultaten. Het doel is eerder stabiliseren dan genezen. Hulpverleners verwijzen bepaalde allochtone cliënten door naar zulke voorzieningen, wanneer de behandeling met een cliënt vastloopt of niet lijkt te werken. Het gevolg hiervan is dat deze voorzieningen een eigen leven zijn gaan leiden en bijna noodzakelijk zijn geworden om bepaalde groepen cliënten ‘effectief’ te kunnen helpen.

6.4 Discretionaire ruimte van hulpverleners

In hoofdstuk 5 zagen we dat de meerderheid van de hulpverleners in de omgang (tijdens de kennismakingfase en de personale fase) rekening houdt met culturele verschillen. Ze hebben een afhankelijk relativistische houding en houden onder meer rekening met verschillen in de manier van begroeten, aankijken, communiceren, religie, manvrouw verhoudingen etc. Opvallend is dat de hulpverleners de laatste jaren niet in bijzondere mate zijn veranderd in hun houding of opvattingen. Er zijn nauwelijks tekenen dat zij minder open staan voor culturele verschillen als gevolg van de politieke ontwikkelingen in het landelijke interculturalisatiebeleid of ontwikkelingen in het integratie- en minderhedendebat (veranderende publieke opinie). De geïnterviewde hulpverleners waren bijvoorbeeld niet eens op de hoogte van het feit dat minister Hoogervorst in 2004 de stekker uit het landelijk interculturalisatiebeleid heeft getrokken. Een aantal hulpverleners geeft ook aan dat zij de laatste jaren juist meer begrip en respect hebben gekregen voor niet-westerse allochtone cliënten en hun culturele achtergrond en keren zich daarbij fel tegen de ontwikkelingen in het integratie- en minderhedendebat. Hieronder zullen we aandacht besteden aan het verklaren van deze min of meer onveranderde situatie, namelijk het feit dat hulpverleners de afgelopen jaren niet wezenlijk zijn veranderd in hun houding of opvatting ondanks de bovengenoemde ontwikkelingen.

Dit kan worden verklaard vanuit de *discretionaire ruimte (autonomie)* waarover hulpverleners beschikken in de manier waarop zij rekening houden met culturele verschillen. Om dit te verduidelijken is het eerst nuttig aan te geven dat de geïnterviewde hulpverleners *nauwelijks* van bovenaf worden gestuurd in de manier waarop zij met culturele verschillen omgaan. Er bestaat geen officieel beleid of formele gedragscode waarin staat hoe hulpverleners dienen om te gaan met culturele verschillen.

De instelling probeert hulpverleners hierin wel te ondersteunen via de cursus intercultureel werken en interculturele consultaties (hoofdstuk 4.3.2). Bij deze deskundigheidsbevordering wil ik echter *twee* kantekeningen plaatsen.

Ten *eerste* heeft de deskundigheidsbevordering niet altijd het gewenste effect bij hulpverleners. Een belangrijke intentie van deze deskundigheidsbevordering is om er voor te zorgen dat hulpverleners *niet* ten onrechte uitgaan van bepaalde culturele verschillen. De hulpverleners moeten zich niet blindstaren

op (stereotype) cultuurbeelden, omdat deze beelden in de praktijk vaak niet kloppen. In hoofdstuk 4 ('Deskundigheidsbevordering: kritische kanttekening') werd vastgesteld dat de deskundigheidsbevordering in de praktijk echter ook zou kunnen leiden tot tegenstrijdige effecten. Hulpverleners verwerken immers via de cursus en consultaties ook informatie over culturele verschillen die niet van toepassing hoeft te zijn op een cliënt. Indien zij onzorgvuldig omgaan met deze informatie kunnen zij dit onterechte verabsoluteren naar cliënten met verschillende (culturele) achtergronden. Dit zou er toe kunnen leiden dat de hulpverlener voorbijgaat aan andere, belangrijkere individuele eigenschappen. Ondanks de intentie van de deskundigheidsbevordering om hulpverleners flexibel te laten omgaan met culturele verschillen zagen we in hoofdstuk 5 ('Culturalistische cultuuropvatting hulpverleners') dat veel respondenten dit nog niet doen. Zij neigen in de praktijk vaak uit te gaan van stereotype cultuurbeelden.

Een *tweede*, meer praktische kanttekening is dat de cursus en de consultaties slechts een selectief aantal hulpverleners bereiken. Slechts drie respondenten uit het onderzoek hadden daadwerkelijk gebruik gemaakt van de cursus of consultaties.

Al met al zijn de hulpverleners dus in belangrijke mate 'autonoom' in de manier waarop zij met culturele verschillen omgaan. Deze vrijheid wordt ook wel *discretionaire ruimte* genoemd (Hoofdstuk 2.6). Volgens Lipsky (1980) streven uitvoerders, die in hun werk direct en persoonlijk contact hebben met cliënten, vaak naar een belangrijk mate van vrijheid in handelen. (Lipsky noemt deze uitvoerders ook wel 'street level bureaucrats') Terpstra en Havinga (1999: 53) spreken van 'professionele uitvoerders'. Professionele uitvoerders handelen volgens de auteurs op basis van *ervaring (deskundigheid), opleiding, en professionele waarden*. Al deze factoren zijn volgens de auteurs inherent aan de beroepsopleiding die professionals veelal hebben gevolgd. Uit de interviewresultaten kwam dit beeld ook naar voren. De meeste hulpverleners gaven aan op basis van (1) eigen *ervaring*, (2) *professionele waarden* en (3) kennis die zij tijdens hun *opleiding* hebben opgedaan te overwegen hoe zij in de praktijk met (vermeende) culturele verschillen omgaan. Ik zal dit verder toelichten.

De eerste belangrijke factor, op basis waarvan hulpverleners handelen is de *ervaring (deskundigheid)* die ze opgebouwd hebben. Op basis van deze ervaring weten hulpverleners vaak hoe zij met bepaalde soorten cliënten om moeten gaan. De geïnterviewde hulpverleners werken vaak al jaren met een cultureel diverse doelgroep en ze kunnen hierdoor inschatten wat wel en niet werkt bij een cliënt. Ze weten bijvoorbeeld dat je rekening moet houden met bepaalde omgangsvormen om een goede vertrouwensrelatie met de cliënt op te bouwen. De hulpverleners vertellen dat zij kijken hoe de cliënt ergens op reageert, of wat wel of niet aanslaat tijdens de behandeling. Daarnaast kwamen er een aantal *professionele waarden* naar voren waar hulpverleners in de omgang met de cliënt belang aan hechten. Bijvoorbeeld het rekening houden met bepaalde culturele verschillen uit beleefdheid of respect voor de normen en waarden van de cliënt met een andere culturele achtergrond. Dit zijn waarden die zij

interpreteren als inherent aan hun beroepsgroep, het hulpverlenervak. Ten slotte hebben hulpverleners via hun *beroepsopleiding* geleerd hoe zij met mensen met verschillende ‘verhalen’ om moeten gaan. In de opleiding wordt veel aandacht besteed aan het ‘volgen van de cliënt’ en het op een ‘bepaalde manier anticiperen op het gedrag van de cliënt’.

Resumerend kan gezegd worden dat hulpverleners het aanpassen aan culturele verschillen vooral zien als een aspect dat hoort bij hun opleiding en hun vak. De meeste hulpverleners hebben dezelfde beroepsopleiding gevolgd, de opleiding psychologie, GGZ gezondheidsopleiding (deze opleiding volgen psychologen naast hun werk bij de GGZ), of HBO Maatschappelijk werk. Om in de woorden van Bakker en Van Herwaarden (1999:26) te spreken is er dus sprake van een bepaalde mate van *standaardisatie in de kennis en vaardigheden* waarover hulpverleners beschikken. Volgens de auteurs wordt er bij dit mechanisme een hoge mate van discretionaire bevoegdheid toegekend aan de uitvoerder omdat de uitvoerder, in dit geval de hulpverlener, vaak te maken heeft met complexe en diverse situaties waarvoor gespecialiseerde kennis noodzakelijk is (Bakker en Van Herwaarden, 1999: 26). Bij dit mechanisme is het moeilijk om werkprocessen, in dit geval de manier waarop rekening wordt gehouden met culturele verschillen, te standaardiseren. Elke cliënt is immers weer anders. De hulpverlener krijgt dus de nodige vrijheid en vertrouwen om zelf te overwegen hoe hij met cliënten uit andere culturen omgaat. Hulpverleners kunnen hier niet in gecontroleerd worden, omdat hier geen vastomlijnde protocollen of gedragscodes voor bestaan. Het diagnosemodel, DSM-IV, besteedt ook nauwelijks aandacht aan het rekening houden met culturele verschillen bij het stellen van een diagnose. Wellicht is dit ook wenselijk, omdat de hulpverlener zo de mogelijkheid krijgt zijn houding iedere keer weer af te stemmen op de individuele cliënt en zijn situatie. Het nadeel is echter dat zij ook slecht kunnen worden gestuurd in hun houding en opvattingen.

De aanzienlijke mate van de discretionaire ruimte waar hulpverleners over beschikken wordt dus enerzijds beïnvloed door de factor opleiding en bijbehorende professionele waarden. Anderzijds door de ervaring en deskundigheid die zij hebben opgebouwd in hun beroep door jarenlang met een cultureel diverse clientèle te werken. Dat het moeilijk is om hulpverleners te sturen in de manier waarop zij omgaan met culturele verschillen is uit mijn bevindingen naar voren gekomen. Hulpverleners beschikken over een zodanige autonomie dat zij zelf beslissen hoe zij omgaan met culturele verschillen. Dit kan verklaren waarom hulpverleners zich niet laten beïnvloeden door politieke ontwikkelingen of ontwikkelingen in het minderheden- en integratiedebat (intenties vanuit de politiek en de publieke opinie). Ook verklaart het deels waarom de intenties vanuit de deskundigheidsbevordering om er voor te zorgen dat hulpverleners niet uitgaan van stereotype cultuurbeelden, in de praktijk niet het gewenste effect opleveren.

Hoofdstuk 7

Conclusie

In de inleiding van deze scriptie (hoofdstuk 1) zijn een aantal belangrijke ontwikkelingen geschetst in het minderheden- en integratiedebat en het beleid richting allochtonen in de (geestelijke) gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen duiden op een verminderde aandacht voor culturele verschillen. De achterliggende vraag die in dit onderzoek is gesteld, is wat deze ontwikkelingen hebben betekend voor de praktijk van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), namelijk voor de Bavo Europoort in Rotterdam. Het antwoord op deze vraag kan beknopt worden gegeven. Uit het onderzoek is gebleken dat er geen directe gevolgen merkbaar zijn van deze ontwikkelingen binnen de Bavo Europoort. Een zoektocht naar daadwerkelijke gevolgen van de beleidsomslag van het ministerie van VWS, of de verharding in het minderheden- en integratiedebat heeft geen concrete, praktische voorbeelden opgeleverd.

In hoofdstuk 1 (hypothese) sprak ik de verwachting uit dat de Bavo Europoort en haar hulpverleners nog steeds specifiek rekening houden met culturele verschillen. Uit het onderzoek blijkt dat deze verwachting klopt. Om in de woorden van Snel (2003) te spreken: binnen de Bavo Europoort zijn er nog veel elementen van de *oude, multiculturele groepsidentiteitsbenadering* terug te vinden. Dit uit zich enerzijds in het bestaan van een onverminderd aanbod van diverse, specifieke categoriale voorzieningen, anderzijds houden hulpverleners specifiek rekening met allerlei (vermeende) culturele verschillen tijdens de hulpverlening. Een zoektocht naar veranderingen leidde dan ook tot zoektocht naar verklaringen voor onveranderde situaties.

Ik zal beknopt antwoord geven op de probleemstelling. De probleemstelling is gevormd door twee belangrijke combinaties van onderzoeksvragen die zoeken naar verklaringen voor situaties.

- 1. Op welke wijze houdt de instelling specifiek rekening met culturele verschillen in haar diensten en voorzieningen? Wat zijn de belangrijkste veranderingen geweest in de afgelopen jaren? Hoe kunnen deze veranderingen of de onveranderde situatie worden verklaard?*

Het interculturalisatiebeleid van de Bavo Europoort is aan de hand van drie thema's onderzocht, namelijk deskundigheidsbevordering, personeelsbeleid en categoriale specifieke voorzieningen. Op deze punten houdt de Bavo Europoort specifiek rekening met culturele verschillen.

De belangrijkste veranderingen in de afgelopen jaren zijn geweest dat er minder aandacht wordt besteed aan deskundigheidsbevordering (interculturele consultaties) en aan het werven van allochtone medewerkers (personeelsbeleid). In hoofdstuk 4 en 6 zijn een aantal verklaringen gegeven voor deze veranderingen. De verminderde aandacht aan *deskundigheidsbevordering* kon worden verklaard vanuit interne en organisatorische ontwikkelingen, namelijk de reorganisatie en de uitstroom van medewerkers. De omslag in het *personeelsbeleid* hing samen met een aantal ongewenste effecten die het sociale beleid teweegbracht. We kunnen concluderen dat er geen aantoonbaar verband bestaat tussen deze ontwikkelingen en de politieke ontwikkelingen in het landelijke intercultureelbeleid. Er is aangetoond dat de projecten meer afhingen van het draagvlak binnen de organisatie. Met name van het draagvlak vanuit het management en de inzet van personen en initiatiefnemers.

Een opvallende constatering was het aanbod in *categoriale voorzieningen*, specifieke migrantenvoorzieningen. Dit aanbod is de afgelopen jaren niet afgenomen, maar zelfs licht toegenomen, ondanks beleidsintenties om deze voorzieningen stop te zetten. De eerder gegeven theoretische verklaringen hiervoor in hoofdstuk 6.3 kunnen herleid worden tot verklaringen vanuit enerzijds *externe* ontwikkelingen en anderzijds, *interne* mechanismen. De *externe* ontwikkelingen hebben betrekking op de toenemende groei van de allochtone populatie in buurten waar de Bavo Europort is gevestigd. Dit heeft gezorgd voor een toenemende vraag naar deze voorzieningen vanuit bepaalde groepen allochtonen. Mede als gevolg daarvan ontstaat er een autonome groei, die ervoor kan zorgen dat het aanbod steeds uitgebreider wordt. In de tweede plaats lag de nadruk op interne mechanismen. Processen die door Abma & In 't Veld, Trommel & Van der Veen en Giddens aangeduid worden als *padafhankelijkheid*, *institutionele reflexiteit* en *policy feedback* spelen hierbij belangrijke rol (hoofdstuk 6.3). Deze processen maken het lastig om deze voorzieningen in de praktijk zomaar stop te zetten en te integreren in de reguliere hulpverlening. De specifieke voorzieningen worden al sinds 1985 ingezet om bepaalde groepen, moeilijk behandelbare, allochtone cliënten te kunnen helpen. Door de jaren heen is de praktijk hierop ingericht. De voorzieningen zijn uitgegroeid tot noodzakelijke 'achterdeurvoorzieningen' die hulpverleners gebruiken voor bepaalde groepen allochtone cliënten waarbij de behandeling vastloopt, of voor wie geen ander passend zorgaanbod voorhanden is. Daarnaast heeft het stopzetten van een aantal categoriale voorzieningen weer geleid tot nieuwe, compenserende voorzieningen. Al met al is aangetoond dat eenvoudige afbouw of het stopzetten van deze voorzieningen moeilijk te realiseren is.

De beleidsmedewerkers benadrukten dat dit soort voorzieningen 'tijdelijke noodoplossingen' zijn, de hulpverleners voorspellen echter dat er altijd wel specifieke voorzieningen zullen blijven bestaan omdat er zoveel behoefte aan is.

II. In hoeverre houden hulpverleners in hun opvatting en houding specifiek rekening met culturele verschillen? Is hun opvatting en houding de afgelopen jaren veranderd? Hoe kunnen deze veranderingen of de onveranderde situatie worden verklaard?

In hoofdstuk 2.4 werden aan de hand van de theorie van Kortmann houdingen en opvattingen omschreven die richting geven aan de manier waarop hulpverleners om kunnen gaan met culturele verschillen. Samenvattend kon gesteld worden dat ruim de meerderheid van de hulpverleners tijdens de kennismakingsfase en tijdens de daadwerkelijke uitvoering van de behandeling (dus tijdens het grootste gedeelte van het contact met de cliënt) aangaven een *relativistische houding* aan te nemen. Dat wil zeggen dat zij erkennen dat er bepaalde culturele verschillen bestaan en proberen zich hierop aan te passen. Het ging vooral om verschillen in de manier van aankijken en begroeten. Ook gaven hulpverleners aan dat zij rekening houden met verschillen in medicatie, manvrouw verhoudingen, religie en gespreksonderwerpen. Afhankelijk van de situatie stellen zij wel grenzen tot hoever zij zich willen aanpassen. Een andere waarneming is dat veel hulpverleners in de woorden van Baumann en Oude Breuill een *culturalistische cultuuropvatting* hebben. Zij gaan erg gemakkelijk uit van bepaalde culturele verschillen en lijken deze verschillen ook direct te koppelen aan iemands culturele achtergrond. Zonder in dialoog te gaan met de cliënt over de veronderstelde verschillen passen zij zich aan.

Hulpverleners zijn de laatste jaren niet wezenlijk veranderd in hun houding of opvattingen. Er zijn nauwelijks tekenen dat zij minder open staan voor culturele verschillen als gevolg van politieke ontwikkelingen in het landelijke interculturalisatiebeleid of ontwikkelingen in het integratie- en minderhedendebat (veranderende publieke opinie).

Uit het onderzoek blijkt dat dit verklaard kan worden, vanuit het feit dat hulpverleners in belangrijke mate autonoom zijn in de manier waarop zij omgaan met culturele verschillen. In hoofdstuk 6.4 zagen we dat hulpverleners nauwelijks van bovenaf kunnen worden gestuurd in de manier waarop zij rekening houden met culturele verschillen. Deze vrijheid wordt door Lipsky *discretionaire ruimte* genoemd. Volgens Lipsky streven uitvoerders die in hun werk direct en persoonlijk contact hebben met de cliënt naar een belangrijke mate van handelingsvrijheid. Hulpverleners bij de Bavo Europoort bouwen steeds meer ervaring op met een cultureel diverse cliëntengroep. Uit praktische en functionele overwegingen voelen zij zich daarom vaak genoodzaakt om tot een bepaalde hoogte rekening te houden met de culturele achtergrond van de cliënt. Ze weten immers uit ervaring, wat en wel en niet goed werkt als je bij een cliënt 'iets' wilt bereiken. Daarnaast interpreteren hulpverleners het rekening houden met culturele verschillen ook als een aspect dat hoort bij hun beroepsgroep, bij hun opleiding en vak. Vanuit de beroepsopleiding en hun vak hebben zij bijvoorbeeld bepaalde professionele waarden ontwikkeld, zoals het hebben van respect voor de normen en waarden van de cliënt, ook al

zijn deze anders. Slechts in een aantal kleinere praktische zaken, zoals in het nakomen van afspraken en in het voldoen aan verzoeken die allochtone cliënten doen voor vrijstellingsbrieven zijn sommige hulpverleners zich strenger en universalistischer op gaan stellen ten opzichte van allochtone cliënten. Zij voelen zich hier genoodzaakt toe omdat de productiedruk binnen de GGZ de laatste jaren steeds verder toeneemt.

Kanttekeningen conclusie

Aan het begin van deze conclusies werd gesteld dat er geen direct verband bestaat tussen het interculturalisatiebeleid van de Bavo Europoort en de politieke ontwikkelingen in het landelijke interculturalisatiebeleid. Bij deze conclusie moet een kanttekening worden geplaatst. De projecten en voorzieningen komen namelijk erg selectief voor binnen de organisatie. Interculturalisatie is dungezaaid en daarmee erg kwetsbaar, en pogingen om het beleid in de hele organisatie vorm te geven zijn mislukt. Indirect hebben politieke ontwikkelingen hierbij wel een rol gespeeld. Er waait de afgelopen jaren een ‘wind van verzakelijking’ door de GGZ. Dit komt met name door de invoering van de marktwerking in de zorg, waardoor de GGZ een overgangsproces doormaakt van een aanbod- naar een vraaggestuurde organisatie. Dit kan ertoe leiden dat voorzieningen meer dan voorheen worden afgewogen op de vraag die er naar is vanuit de markt. Daarnaast ontwikkelt het beleid zich in de richting van het maken van allerlei financiële afwegingen voordat bepaalde voorzieningen of projecten worden opgezet. In deze hectische tijden is er minder draagvlak voor interculturalisatie vanuit het management. Tot nu toe blijft het beleid telkens steken op allerlei ‘noodoplossingen’, zoals de vele categoriale voorzieningen die er nog bestaan. Wanneer de politiek interculturalisatie weer zou stimuleren zou er wellicht vanuit het management meer structurele aandacht komen voor dit onderwerp.

Een tweede kanttekening die ik wil plaatsen bij de resultaten is dat het onderzoek een *momentopname* is geweest. Weliswaar kon ik bepaalde conclusies trekken op basis van interviews en beleidsstukken, maar deze informatie is ook weer gebaseerd op interpretaties die respondenten op dat moment gaven van de situatie. De toekomst van interculturalisatie in het algemeen, en het specifieke zorgaanbod in het bijzonder, is grillig en onduidelijk. De GGE en de Bavo bevinden zich op het moment dat deze scriptie is geschreven in een reorganisatie die waarschijnlijk ook invloed zal hebben op de hulpverlening aan allochtonen. Op dit moment is niet duidelijk wat de gevolgen hiervan zullen zijn op bepaalde voorzieningen of projecten. Daarnaast zien we dat het beleid steeds meer gestoeld wordt op financiële baten en kosten. Dit kan alsnog leiden tot ingrijpende veranderingen, namelijk tot het stopzetten of afbouwen van bepaalde voorzieningen.

Literatuur

- Abma, T. en R. in 't Veld (2001). *Handboek Beleidswetenschap, 2001*. Amsterdam: Boom.
- Adriani, P.J.A., C. Deen (1993). *Overbruggen van verschillen*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
- Bakker, W. en Van Waarden, F. (1999). *Ruimte rond regels. Beleid en Maatschappij Jaarboek 1999/2000*. Amsterdam: Boom.
- Bartels, E.A.C. (2003) 'Religie, levensbeschouwing en psychiatrie, een antropologische benadering, in: F. van Ree (red.), *GGZ en levensbeschouwing. Psychiatrische hulp aan Nederlanders en Medelanders*, (pp 185-201). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Baumann, G. (1996). *Contesting Culture. Discourses of identity in multi-ethnic London*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boomstra, R., M. Hoogsteder (2004) *Interculturele Kwaliteit in de GGZ. Een kwestie van helder beleid en consequente uitvoering*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Borst, E. (2000). *Speech ter gelegenheid van de in ontvangstname van het RVZ-advies 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg op 6 juli 2000*. Den Haag
- Borst, E. (2000). *Kabinetsreactie op het advies 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg' van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg*. Den Haag
- Boudon, R. (1982). *The Unanticipated Consequences of Social Action*. New York
- Braster, J.F.A. (2000). *De kern van casestudy*. Assen: Van Gorcum
- Campinha-Bacote, J. (1994). Cultural competence in psychiatric mental health nursing: A conceptual model, in: Van der Kwaak, A. en Wolffers (red.). *Gezondheidszorg en cultuur*. Amsterdam: University Press
- Engbersen, G. en R van der Veen (1992). De onbedoelde gevolgen van sociaal beleid. *Beleid en Maatschappij*, 5, 214-226
- Entzinger, H. (2002). *Voorbij de multiculturele samenleving*. Assen: Van Gorcum.
- Hagendoorn, L. (1986). *Cultuurconflict en vooroordeel. Essays over de waarneming en betekenis van cultuurverschillen*. In: Shadid, W.A. (2003). *Grondslagen van interculturele communicatie*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Esping-Andersen, G., (1996). *Welfare States in Transition*. London: Sage.
- Fermin, A. (1997). *Nederlandse politieke partijen over minderhedenbeleid 1977-1995. Dissertatie*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Gorissen, W.H.M. (2001). *Het gebruik van wetenschappelijke kennis bij de beleidsvorming in de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar*. Utrecht: Ponsen en Looijen.
- Gowricharn, R.S. (1995). Sferen van integratie. Naar een gedifferentieerd allochtonenbeleid, in: G. Engbersen en Gabriëls, R. (red.), *Integratie in een verbeelde werkelijkheid*, (pp. 204-248). Amsterdam/Meppel: Boom.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Cambridge
- Hoffer, C. (2004). *GGZ, religie en allochtone cliënten. Islamitische visies als voorbeeld*. Utrecht: GGZ Nederland
- Hoffer, C. (2004). *Een andere invalshoek. Het intercultureel spreekuur bij de GGZ Groep Europoort*. Rotterdam: Mikado.
- Hoffer, C. (2006). *Cultuur en religie in de GGZ. Interculturele consultaties in de praktijk*. Rotterdam: Bavo Europoort.

- Hoppe, R. (1993). Policy Cycle: The Case of Ethnicity Policy Arguments in the Netherlands, in: F. Fischer & J. Forrester (red.), *The argumentative Turn*. Durham: Duke University Press.
- Hoogervorst, H. (2004). *Allochtonen in de gezondheidszorg*. (GVM/2424205).
- Hoogervorst, H. (2004). *Allochtonen in de gezondheidszorg*. (GVM/2544198).
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Knipscheer, J.W., Kleber, R.J. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47, 11.
- Kortmann, F. (2001). *Opvattingen over de universaliteit en cultuurgebondenheid van psychiatrie en de consequenties daarvan voor de geestelijke gezondheidszorg binnen een multiculturele samenleving*. Nijmegen: Universitair Medisch Centrum.
- Kortmann, F. (2002). Interculturalisatie op maat. Reactie op het manifest 'Interculturele geestelijke gezondheidszorg'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 52-63.
- Mackenbach, J.P. (1996). Migranten, migratie en volksgezondheid, in: H.B. Haveman en P. Uniken Venema (red.), *Intercultural Therapy*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Meershoek, A., Krumeich, A. & Snel, E. (2006). Ziekteverzuim en werkhervatting, in: J. Veenman (red.). *Nieuwe ongelijkheden op de transitionele arbeidsmarkt; sociale cohesie in Nederland*. (p. 126-156). NWO Reeks sociale cohesie.
- Meershoek, A., Krumeich, A. & L. Desain (2005). *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie & etniciteit*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Miech, R.A., M.J. Shanahan en G.H. Elder jr. (1998). *Socioeconomic status and depression in life course perspective*. Madison: University of Wisconsin-Madison/ Center for Demography and Ecology.
- Neleman, J. (2004). *Zwaaien tot je arm pijn doet. Een studie over sociale integratie en opzoomeren in de straten van Rotterdam*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Oude Breuil, B.C. (2005). *De Raad voor de Kinderbescherming in een Multiculturele samenleving*. Utrecht: Boom Juridische uitgevers.
- Procee, H. (1991). *Over de grenzen van culturen. Voorbij universalisme en relativisme*. Meppel: Boom.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Allochtonen Cliënten en de Geestelijke Gezondheidszorg*. RVZ: Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. RVZ: Den Haag.
- Rijkschroeff, R.; Duyvendak, J.W. en Pels, T. (2003). *Bronnenonderzoek Integratiebeleid*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut.
- Shadid, W.A. (2003). *Grondslagen van interculturele communicatie*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Shadid, W.A.R. & P.S. van Koningsveld (1983). *Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg. Achtergrondinformatie ten behoeve van de zorg voor Moslimse migranten*. Assen: Van Gorcum.
- Snel, E. (2003). *De vermeende kloof tussen culturen*. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar Intercultureel Bestuur aan de Universiteit Twente door prof. dr. E. Snel op 15 mei 2003.
- Tennekes, J. (1990). *De onbekende dimensie. Over cultuur, cultuurverschillen en macht*. Apeldoorn: Garant.
- Shadid, W.A. (2003). *Grondslagen van interculturele communicatie*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Tijdelijke commissie onderzoek integratiebeleid Tweede Kamer (Commissie Blok) (2003). *Bruggen bouwen*. Den Haag: Sdu.

Van Dijk, R., R. Borra & Rohlof, H. (red.) (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Van Dijk, R. (2004). *Van zorglijke kleur naar kleurrijke zorg. De interculturalisatie van Bavo RNO Groep*. Rotterdam: Bavo RNO Groep.

Van Dijk, R. (2004). Cultuur: een Fremdkörper in de gezondheidszorg? *Cultuur Migratie Gezondheidszorg*, 1: 2-15.

Van Dijk, R. (2003). *Interculturalisation of health care: Dutch lessons*. Utrecht: International conference Service provision for migrants and refugees.

Von Gebsattel, V.E. (1954). *Der personalen Faktor des Heilungsprocesses. Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer Verlag.

Geraadpleegde artikelen:

NRC Handelsblad: 'Het multiculturele drama door Paul Scheffer', 29 januari 2000.

De Volkskrant: 'Culturele verschillen moet je niet stimuleren door Ruud Koopmans', 16 januari 2004.

Bijlage 1

Overzicht respondenten

In deze bijlage vindt u een korte beschrijving van de respondenten. De Bavo Europoort Groep is op 1 september 2006 ontstaan uit een fusie tussen de GGZ Groep Europoort (GGE) en de Bavo RNO Groep (Bavo). In het overzicht staat vermeld bij welke organisatie de respondent oorspronkelijk werkzaam was voor de fusie: de GGE of de Bavo. Daarnaast is aangegeven welke functie iemand heeft en op welke locatie hij of zij werkzaam is. Tot slot is vermeld wanneer het interview plaatsvond en hoe lang het duurde. De informatie in deze bijlage is afkomstig van de respondenten zelf en van de internetsites van de GGE (www.ggegroep.nl) en de Bavo (www.bavornogroep.nl).

(R 1 beleidsmedewerker)

Naam: Cor Hoffer

Functie: Consulent, onderzoeker en beleidsmedewerker Interculturele zaken. (GGE)

Datum en duur interview: 4 december 2006: 2 uur

Hoffer is cultureel antropoloog en socioloog en is in 2002 in dienst gekomen van de GGE. Hij ondersteunt de organisatie bij de ontwikkeling rond interculturalisatie. Hoffer is een aanspreekpunt voor hulpverleners als zij voorlichting en advies nodig hebben in de hulpverlening aan allochtonen. Daarnaast is hij bezig met een grootschalig onderzoek over allochtonen in de geestelijke gezondheidszorg.

(R 2 beleidsmedewerker)

Naam: Rob van Dijk

Functie: Consulent en beleidsmedewerker interculturele zaken. (Bavo)

Datum en duur interview: 30 november 2006: 1 ½ uur

Van Dijk is medisch antropoloog en houdt zich sinds 2000 bezig met het beleid omtrent interculturele zaken bij de Bavo. Tevens is hij het aanspreekpunt voor hulpverleners als zij advies en voorlichting nodig hebben in de hulpverlening aan allochtonen. Daarnaast heeft Van Dijk verscheidende publicaties op zijn naam staan over diverse onderwerpen met betrekking tot de hulpverlening aan minderheden in de GGZ.

(R 3 beleidsmedewerker)

Naam: Pim Stumpe

Functie: Beleidsmedewerker interculturalisatie (tot 2007), psycholoog en teamleider team Charlois (GGE, Pulse)

Datum en duur interview: 18 december 2006: 1 ½ uur

Stumpe is werkzaam bij Pulse, een onderdeel van de voormalige GGE dat zich bezig houdt met (ernstige) psychiatrische en psychische problematiek. Stumpe is intensief betrokken (geweest) bij het beleid en voorzieningen rond allochtonen en asielzoekers.

(R 4 psychiatrisch verpleegkundige)

Naam: Anne Roodmat

Functie: Psychiatrisch verpleegkundige en teamleider (GGE, Switch)

Datum en duur interview: 28 november 2006: 1 uur

Roodmat is werkzaam bij Switch, locatie Rotterdam Zuid. Dit is onderdeel van de GGE dat zich bezig houdt met psychiatrische thuiszorg.

(R 5 psycholoog)

Naam: Angelina Franken

Functie: Psycholoog en teamleidster team Feijenoord (GGE, Pulse)

Datum en duur interview: 4 december 2006: 1 uur

Franken is werkzaam bij Pulse, locatie Rotterdam Zuid. Pulse is een onderdeel van de voormalige GGE dat zich bezig houdt met (ernstige) psychiatrische en psychische problematiek. Franken is betrokken geweest bij het interculturele spreekuur (onder leiding van Hoffer) van de GGE.

(R 6 preventiemedewerkster)

Naam: Jeltje Kramer

Functie: Preventiemedewerkster en projectleider migrantenteams (GGE, Context)

Datum en duur interview: 7 december 2006: 1 uur

Kramer is werkzaam bij Context, de preventieafdeling in Rotterdam Zuid. Deze afdeling houdt zich bezig met het geven van voorlichting en trainingen ter voorkoming van (ernstige) psychiatrische problematiek. Daarbij is Kramer betrokken bij de ontwikkeling van migrantentrainingen Depressie en Angst.

(R 7 maatschappelijk werkster)

Naam: Fatima Ayiaad

Functie: Maatschappelijk werkster (Bavo, locatie Mathenesserlaan)

Datum en duur interview: 13 december 2006: 1 ½ uur

Ayiaad is werkzaam bij de migrantenafdeling van de afdeling deeltijdbehandeling, locatie Mathenesserlaan in Delfshaven. Binnen deze afdeling wordt gewerkt met speciale resocialisatiegroepen voor migranten.

(R 8 woonbegeleider)

Naam: Bernt Gerten

Functie: Teamleider woonbegeleiding (GGE, Istia)

Datum en duur interview: 4 januari 2007: 1 uur.

Gerten is teamleider woonbegeleiding binnen Istia, een centrum voor woonbegeleiding in Rotterdam Zuid.

(R 9 ontwikkelingspsycholoog)

Naam: Bibi Pala

Functie: Ontwikkelingspsycholoog (GGE, Kores)

Datum en duur interview: 9 januari 2007: 1 uur

Pala is werkzaam bij Kores, een centrum voor jeugd GGZ in Rotterdam Zuid. De organisatie biedt hulp aan kinderen en jongeren met psychische en psychiatrische problemen van nul tot achttien jaar en hun ouders.

(R 10 psycholoog)

Naam: Dhr. Oderkerke

Functie: Psycholoog (Bavo, Multifunctioneel centrum Zevenkamp)

Datum en duur interview: 16 januari 2007: 1 uur

Oderkerke is werkzaam bij MFC Rotterdam Zevenkamp, een multifunctioneel centrum voor ambulante psychotherapie.

(R 11 psycholoog)

Naam: Marina Van Dijk

Functie: psycholoog (Noagg, Bavo Europoort)

Datum en duur interview: 10 januari 2007: 1 uur

Van Dijk is werkzaam bij Noagg, een transculturele GGZ-instelling die sinds september 2006 onderdeel is van de Bavo Europoort. Het cliëntenaanbod van Noagg bestaat hoofdzakelijk uit cliënten van niet-westerse afkomst. Bij Noagg werken bijna alleen Turks en Marokkaans sprekende hulpverleners. De zorg wordt in de eigen taal gegeven.

(R 12 psycholoog)

Naam: Iris Pepplinkhuizen

Functie: Psycholoog (Bavo: psychiatrisch ziekenhuis locatie Nieuwe Binnenweg)

Datum en duur interview: 23 februari 2007: 1 uur

Pepplinkhuizen is psycholoog binnen het psychiatrisch ziekenhuis van de Bavo. Dit is een opnamekliniek voor ouderen met ernstige psychiatrische problemen.

(R 13 psycholoog)

Naam: Karin Ferket

Functie: rehabilitatiepsycholoog ouderen (Bavo: Rehabilitatiecentrum Locatie Hoogvliet)

Datum en duur interview: 13 maart 2007: 1 uur

Ferket is werkzaam binnen een rehabilitatiecentrum voor ouderen. In dit centrum worden ouderen voor een bepaalde tijd opgenomen, totdat ze klaar zijn om zelfstandig te functioneren.

(R.14 psycholoog)

Naam: Laura van der Lans

Functie: Psycholoog persoonlijkheidsstoornissen (Bavo: locatie s'Gravendijkwal)

Datum en duur interview: 15 maart 2007: 1 uur

Van der Lans behandelt volwassen cliënten met persoonlijkheidsstoornissen.

(R 15 psychiater)

Naam: Desiree van Mechelen

Functie: Psychiater niet aangeboren hersenletsel (Bavo: locatie IJsselland ziekenhuis, Capelle aan den IJssel)

Datum en duur interview: 20 maart 2007: 1 uur

(R 16: woonbegeleider)

Naam: Ahmed Aribea

Functie: Woonbegeleider

Datum en duur interview: 20 februari 2007: 1 uur

Bijlage 2

Interviewvragen

1. Inleidende vragen:
 - Wat is de doelgroep van de instelling?
 - Wat is het aandeel allochtonen binnen de cliëntengroep?

2. Vragen naar specifieke afdelingen/teams/behandelmethoden (**categoriale voorzieningen**)
 - Zijn er specifieke afdelingen/ teams/ behandelmethoden opgericht voor allochtonen?
 - Zo ja, waarom en wanneer zijn deze afdelingen/ teams/ behandelmethoden opgericht? Waren de reguliere niet effectief bij allochtonen?
 - Bestaan deze specifieke afdelingen/ behandelmethoden/ teams nog steeds? Zijn er de laatste tijd specifieke afdelingen/behandelmethoden/teams voor migranten verdwenen. Zo ja, waarom?

3. Vragen naar specifieke maatregelen (interculturalisatie)
 - Deskundigheidsbevordering: Krijgen hulpverleners bijscholing of nascholing om kennis van verschillende culturele groepen, hun religie en normen en waarden te stimuleren? Is hierin de afgelopen jaren iets veranderd?
 - Intercultureel Personeelsbeleid: Wordt er binnen de instelling iets gedaan aan het aantrekken van allochtoon personeel? Wordt allochtoon personeel dan ook specifiek ingezet op allochtone cliënten? Is hierin de afgelopen jaren iets veranderd?
 - Andere maatregelen?

4. Vragen naar veranderingen en ontwikkelingen
 - Merk je de afgelopen tijd dat de aandacht die aan dit soort maatregelen wordt besteed binnen de organisatie afneemt? Bijvoorbeeld minder voorzieningen, minder specifieke trainingen voor allochtone groepen, minder cursussen etc. Waarom zijn er bepaalde maatregelen of voorzieningen verdwenen?
(Bespreken gevolgen beleid van VWS)

5. Vragen naar opvatting en houding van de hulpverlener in het rekening houden met culturele verschillen.

Deze vraag is gesteld door middel van het voorleggen van een aantal stellingen aan de respondent.

Stelling 1

Het is belangrijk om in de manier van omgang rekening te houden met de culturele achtergrond van de cliënt.

Toelichting vragen: Waarom en hoe gaat dit in de praktijk (vragen naar concrete voorbeelden waarin de hulpverlener zich al dan niet aanpast). Waarom aanpassen of juist niet? Het is de bedoeling om erachter te komen hoe ver de respondent gaat in het aanpassen.

Stelling 2

Om een goede **diagnose** te stellen moet de hulpverlener rekening houden met de betekenis van de culturele achtergrond van de cliënt (bijvoorbeeld op ziektebeelden en ziektebeleving)?

Indien de respondent het eens is met de stelling:

- Waarom vindt de respondent dat?
- Hoe gaat dit in de praktijk. Past de respondent ook daadwerkelijk zijn diagnose aan als culturele verschillen bij het ziektebeeld van de cliënt een rol spelen? Wat is dan het gevolg voor het behandelplan dat de respondent uitzet? Zo nee, op welke manier houdt de respondent dan rekening met culturele verschillen?

Indien de respondent het niet eens is met de stelling:

- Houdt de respondent dan helemaal geen rekening met de culturele achtergrond van de cliënt?
- Toelichting vragen.

Stelling 3:

Als culturele aspecten een rol blijken te spelen in de diagnose van een cliënt, moet de hulpverlener de **behandeling** hierop aanpassen?

Vervolg vragen:

- Waarom vindt de respondent dat en hoe past hij eventueel zijn behandeling dan aan.
- Komt het voor dat de behandeling met de cliënt vastloopt en de hulpverlener de cliënt doorverwijst?

6. Vragen naar veranderingen in de houding en opvatting van de hulpverlener

Is de mening of houding ten aanzien van het rekening houden met culturele verschillen de afgelopen tijd veranderd, bijvoorbeeld door interne of externe ontwikkelingen?

- Merkt de respondent dat de gangbare instelling binnen de organisatie ten aanzien van allochtonen en culturele verschillen de afgelopen tijd is veranderd?

Zo ja, waarom (hebben politieke ontwikkelingen een rol gespeeld)?

Zo nee, wat raar? Waarom? (Minister Hoogervorst heeft een aantal jaren geleden de subsidies voor interculturalisering stop gezet. Het integratiebeleid van minister Verdonk is een stuk harder geworden. Allochtonen moeten zich zelf aanpassen aan de Nederlandse cultuur en de Nederlandse instellingen en niet andersom)

8. Is er ooit een beleid/ regels of protocollen gemaakt waarin staat vastgelegd hoe de hulpverlener om moet gaan met allochtone cliënten?

Zo nee, welke factoren spelen dan vooral een rol in de manier waarop de respondent omgaat met allochtone cliënten en culturele verschillen.