Inventarisatie diversiteit in de GGz

Verslag van een enquête onder GGz-professionals

Jodi Mak
Marjolijn Distelbrink
Gusta Wachter

kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie
arq
Kwaliteits-ontwikkeling GGz
Verwey-Jonker Instituut

Inventarisatie diversiteit in de GGz

Verslag van een enquête onder GGz-professionals

Jodi Mak
Marjolijn Distelbrink
Gusta Wachter

Maart 2016

Inhoud

1	**Inleiding**	**3**
	Leeswijzer	3
2	**De respondenten en hun organisatie**	**4**
2.1	Visie van de organisatie op diversiteit	7
2.2	De praktijk: leer- en knelpunten in de verschillende onderdelen van het werk	8
2.3	Knelpunten in contact met cliënten met een migrantenachtergrond	10
2.4	Specifieke methoden, werkwijzen of instrumenten	12
2.5	Bereiken van de doelgroep	14
2.6	De diagnose	15
2.7	De behandeling	16
2.8	De nazorg	17
3	**Werkzame elementen, good practices, belemmeringen en randvoorwaarden**	**19**
3.1	Werkzame elementen	19
3.2	Good practices	21
3.3	Belemmeringen om good practices toe te passen	22
3.4	Belemmeringen om cultuursensitief te werken	23
3.5	Randvoorwaarden	24
4	**Input voor de Kwaliteitsstandaard Diversiteit**	**26**
5	**Samenvattende conclusies**	**28**

1 Inleiding

In het kader van de ontwikkeling van de generieke module Diversiteit in de GGz heeft de projectgroep van de generieke module in november 2015 een digitale vragenlijst uitgezet onder GGz-professionals. Doel van de inventarisatie was inzicht te krijgen in de ervaringen van deze professionals met het werken met cliënten met een migrantenachtergrond, en in de werkwijzen, methoden en instrumenten die zij toepassen bij deze doelgroep. Daarnaast was de inventarisatie bedoeld om zicht te krijgen op eventuele belemmeringen die er zijn om 'diversiteitsgevoelig' te werken of bestaande kennis op dit vlak (beter) te benutten. In totaal hebben 51 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. In het voorliggende verslag beschrijven we de resultaten. De respondenten zijn geworven via leden van de werkgroep die ten behoeve van de ontwikkeling van de generieke module is opgericht. In de werkgroep zijn diverse personen met doorgaans veel ervaring in het werken met migrantengroepen vertegenwoordigd. Zij werken bij GGz-instellingen door heel Nederland. Aan de leden van de werkgroep is gevraagd de vragenlijst – die online is afgenomen – door te sturen naar 5 collega's. De projectgroep heeft ook enkele GGz-instellingen benaderd die niet bij de werkgroep zijn aangesloten. De resultaten van de inventarisatie zijn niet representatief voor de hele GGz maar geven wel een duidelijk inzicht in de ervaringen van professionals met het werken met cliënten met een migrantenachtergrond.

Leeswijzer

In de eerste paragraaf staan we stil bij de achtergrondkenmerken van de respondenten en hun organisatie. Vervolgens gaan we in op de leer- en knelpunten die de professionals ervaren in het werken met cliënten met een migrantenachtergrond in de verschillende onderdelen van hun werk: het bereiken, de diagnose, de behandeling en de nazorg. In paragraaf 3 beschrijven we wat volgens de professionals werkzame elementen, good practices, knelpunten en randvoorwaarden zijn. Tot slot wordt de input van de respondenten weergegeven op de ontwikkeling van de Kwaliteitsstandaard Diversiteit. Het geheel wordt afgesloten met samenvattende conclusies.

2 De respondenten en hun organisatie

Eenenvijftig professionals hebben de vragenlijst ingevuld: 38 vrouwen (74%) en 13 mannen (26%). De jongste respondent is 22 jaar, de oudste 63 jaar. De gemiddelde leeftijd ligt op 43 jaar. Van de respondenten is 73% geboren in Nederland en 27% in een ander land namelijk: Afghanistan, Duitsland, Brunei, Curaçao, Engeland (2x), Libanon, Marokko, Spanje, Syrië, Tunesië, Turkije (2x). Van de respondenten rekent 76% zichzelf tot de Nederlandse groepering en 24% tot een andere culturele groepering namelijk Afghaans, Antilliaans-Libanees, Duits, Marokkaans, Midden Oosten, een mengeling, 'Nederlands en Surinaams', 'Nederlands en Turks' (2x), Portugees en Spaans.

De verdeling van de respondenten over werkkringen is als volgt. Drie respondenten hebben een eigen praktijk; een ervan werkt naast deze eigen praktijk ook bij een GGz-instelling. Van de respondenten die aangeven bij een instelling te werken, hebben er twee niet vermeld welke instelling dit is. Twee personen hebben alleen ' GGz' aangegeven. De overige respondenten zijn werkzaam bij Arkin (8x), GGzE (4x), GGz (2x), GGz Centraal (4x), Jonx Lentis (4x), Propersona (4x), Yulius (4x) de Bascule (2x), Curium (2x), De Evenaar, centrum voor transculturele psychiatrie (GGz Drenthe)(2x), De Jutters (2x), GGz Breburg (2x), Centrum '45, Intermetzo, Lentis (volwassenen), Parnassia, Reinier van Arkelgroep (2x) en SGGZ.

Een persoon werkt bij het Ouder- en Kindteam (wijkteam jeugd in Amsterdam), en een respondent is huisartspraktijkondersteuner GGz (POH GGz). Iets minder dan de helft van de respondenten (45%) geeft aan dat zijn/haar organisatie zich op kind en/of jeugd richt, 31% richt zich op volwassenen en 24% op beiden. In onderstaande tabel staan de functies van de respondenten weergegeven. Meer dan tien respondenten werken als basispsycholoog (12) of als GZ-psycholoog (11). De overige functies komen minder vaak voor.

Tabel 1 Functie respondenten

Functie	*Aantal respondenten*
Basispsycholoog	12
Klinisch psycholoog	3
Kinder- en jeugdpsychiater	6
Orthopedagoog	1
Psychotherapeut	4
Systeemtherapeut	4
SPV-er	6
Volwassenenpsychiater	3
GZ-psycholoog	11
Anders, namelijk:	13
	- Werkervaringsplek
	- Verpleegkundig specialist (1x) i.o. (1x)
	- Antropoloog
	- Psycholoog in opleiding (3x)
	- Onderwijspsycholoog
	- Psychiater
	- Traumapsychotherapeut
	- Manager behandelzaken
	- Praktijkondersteuner huisartsen GGZ (2X)

De respondenten is gevraagd of zij werken met een specifieke doelgroep of thematiek. Vijfenzestig procent van de respondenten is gespecialiseerd in het werken met een bepaalde doelgroep dan wel specifieke thematiek: vier van hen noemen alleen de *leeftijdsgroep* waarin zij gespecialiseerd zijn: drie respondenten zijn gespecialiseerd in het werken met jonge kinderen en één in het werken met ouderen. Ook noemt een aantal respondenten alleen de *stoornis* waarin zij gespecialiseerd zijn. Dit zijn onder andere agressie- en verslavingsproblematiek, autisme (2x), gedrags- en eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen (3x), trauma (3x) en FASD (Foetaal Alcoholsyndroom). Voorts stellen drie respondenten dat zij gespecialiseerd zijn in het werken met cliënten met een migrantenachtergrond, respectievelijk Turkse en Marokkaanse cliënten, of 'Spaanstaligen en gemengde stellen'. Een laatste groep respondenten noemt zowel een

stoornis als een doelgroep waar zij veel mee werken. Zes respondenten zijn gespecialiseerd in het werken met PTSS/trauma bij vluchtelingen en/of migranten. Enkele respondenten zijn gespecialiseerd in kind/jeugdigen met onder andere psychopathologie, verstandelijke beperkingen en complexe problematiek. Overige genoemde specialisaties zijn kinderpsychiatrie, multi-probleemgezinnen, allochtone doelgroepen in het onderwijs, transculturele problematiek en transculturele psychiatrie.

Voorts is nagegaan hoeveel ervaring respondenten hebben met de doelgroep of thematiek waarin zij zijn gespecialiseerd. Dit varieert. Acht respondenten werken minder dan vijf jaar met de doelgroep en/of thematiek (24%), acht respondenten hebben vijf tot tien jaar ervaring (24%), dertien respondenten hebben tien tot twintig jaar ervaring (40%) en de overige vier respondenten hebben meer dan twintig jaar ervaring (12%).

Aan de respondenten is gevraagd welk aandeel van de cliënten in hun organisatie een migrantenachtergrond heeft. Twaalf respondenten (24%) geven een daadwerkelijk percentage aan, 25 respondenten (49%) weten het niet precies maar geven een schatting, en 14 respondenten (27%) hebben geen idee. Ook is gevraagd aan te geven hoeveel procent van de cliënten waarmee zij *zelf* werken een migrantenachtergrond heeft (daadwerkelijk percentage of geschat). Tweeëntwintig respondenten (43%) geven daadwerkelijke percentages aan en de overige 29 respondenten (57%) maken een schatting. In onderstaande tabel staan de (geschatte) percentages cliënten met een migrantenachtergrond binnen de organisatie waar de respondent werkt en van de professional zelf. Uit de tabel valt af te leiden dat van de respondenten die dit aangegeven hebben de meeste organisaties een cliënten percentage met migrantenachtergrond van 10 tot 24% hebben (geschat en feitelijk samen 11), gevolgd door 25 tot 49% (10 respondenten). Als het gaat om percentages cliënten met een migrantenachtergrond waar respondenten zelf mee werken, valt op dat dit er relatief vaak minder dan een kwart zijn, of juist een kleine meerderheid (tussen de 50 en 75%).

Tabel 2 Percentages cliënten met een migrantenachtergrond waarmee respondenten werken

Percentage cliënten met een migrant-enachtergrond	Binnen organisatie (daadwer-kelijk)	Binnen organisatie (schatting)	Zelf mee werkzaam (daadwerke-lijk)	Zelf mee werkzaam (schatting)
0 tot 9 %	1	2	3	7
10 tot 24 %	3	8	2	9
25 tot 49 %	-	10	1	4
50 tot 74 %	4	3	4	7
75 tot 99 %	1	2	6	1
100 %	3	-	6	1

Er is ook gevraagd hoeveel procent van de clientèle met een migratie achtergrond van de respondenten zelf van de eerste of juist latere migratiegeneraties is. Vijftien respondenten (30%) menen dat hun cliënten met een migrantenachtergrond vaak eerste generatie migranten zijn, 18 respondenten (35%) zijn van mening dat het vooral de tweede/derde generatie migranten zijn, de overige 18 respondenten (35%) geven aan met migranten van verschillende generaties te werken.

Tot slot is gevraagd met welke specifieke migratiegroepen of subgroepen daarbinnen de professionals vooral werken. Veel respondenten geven aan te werken met cliënten met verscheidene migrantenachtergronden. De culturele achtergronden die het vaakst genoemd worden zijn Turks (15x), Marokkaans (14x), Surinaams (10x), Antilliaans (8x) en Oost Europees (3x). Daarnaast hebben veel van de respondenten te maken met de verzamelcategorie vluchtelingen/asielzoekers (12x). Twee respondenten geven verder aan het meest te maken te hebben met hechtingsproblematiek (bij migranten). Ook migratieproblematiek wordt op deze vraag als antwoord gegeven.

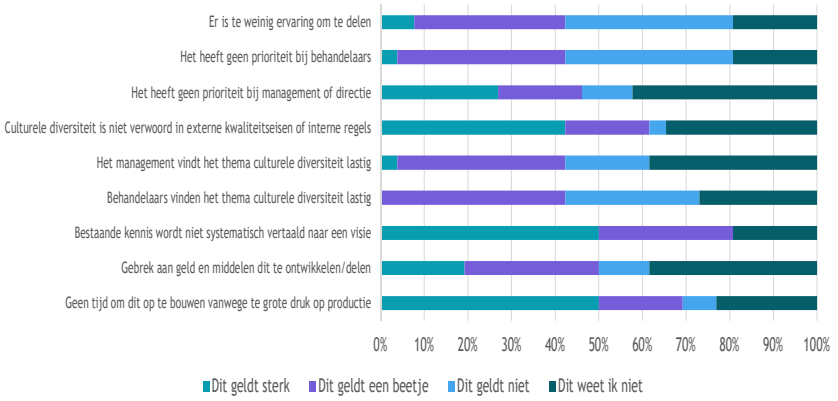
2.1 *Visie van de organisatie op diversiteit*

Aan de professionals is gevraagd of er in de organisatie waar zij werken een visie is op het werken met cultureel diverse cliënten. Dit blijkt ongeveer in de helft van de organisaties het geval. Vijfentwintig respondenten geven namelijk een bevestigend antwoord op deze vraag en 26 professionals zeggen dat dit in hun organisatie niet het geval is.

Aan respondenten die hebben gezegd dat er in hun organisatie geen visie is, is een aantal redenen voorgelegd die hiervoor aangevoerd kunnen worden, met steeds de vraag of deze reden sterk, een beetje of niet geldig is in hun organisatie (figuur 1). De belangrijkste door de

respondenten herkende redenen zijn: geen tijd om een visie op te bouwen vanwege te grote druk op productie (13x), de bestaande kennis wordt niet systematisch vertaald naar een visie (13x), en culturele diversiteit is niet verwoord in externe kwaliteitseisen of interne regels (11x). Vijf respondenten noemen andere redenen dan die in de voor gecategoriseerde antwoorden werden voorgelegd, namelijk: 'er zijn te weinig migranten in onze populatie', 'de achtergrond van de cliënten met een migrantenachtergrond is te divers', 'het is onduidelijk waar en met wie ervaringen te delen', 'het past niet meer in het protocol…het kost meer productietijd: tolken worden niet meer vergoed, migranten hebben vaak psychosociale problemen dus 'lastig', 'ik denk dat er wel een visie is, maar dat die niet duidelijk wordt gecommuniceerd naar iedereen'.

Figuur 1 Redenen ontbreken van visie op het werken met cultureel diverse cliënten (N = 26)



2.2 *De praktijk: leer- en knelpunten in de verschillende onderdelen van het werk*

Het tweede deel van de enquête ging over ervaringen in het werken met cliënten met een migrantenachtergrond. De respondenten is allereerst gevraagd wat hun belangrijkste *leerpunt* is (geweest) in het werken met cliënten met een migrantenachtergrond. Wat is echt belangrijk gebleken? De antwoorden kunnen onderverdeeld worden in de onderstaande categorieën: een open houding, het hebben van een bepaalde mate van kennis, het rustig opbouwen van een alliantie, en het toepassen van bepaalde methoden of werkwijzen. Hieronder lichten we deze punten kort toe.

- Open houding (15x)

Het meest gegeven antwoord is dat het hebben van een open houding ten opzichte van de cliënt een zeer belangrijk leerpunt is (geweest) in het werken met cliënten met een migrantenachtergrond. Vaak terugkerende kenmerken die benoemd worden door de professionals zijn respect hebben voor de cultuur en religie van de cliënt, nieuwsgierig zijn, vragen durven stellen, vooroordelen loslaten en niet uitgaan van dat wat er in de Nederlandse cultuur gangbaar is. Zoals een respondent zegt: *"Eigen denkkader loslaten en gezond nieuwsgierig zijn naar het denkkader van de cliënt en hier vanuit werken"*.

- Kennis (12x)

Meerdere respondenten geven aan dat een belangrijk leerpunt voor hen het verkrijgen van kennis over de achtergrond van cliënten met een migrantenachtergrond is (geweest). Het gaat hier niet alleen om kennis over de culturele achtergrond op zich, maar ook over hoe deze achtergronden een verklaring kunnen zijn voor bepaalde symptomen. Een respondent geeft aan dat een leerpunt voor hem/haar is geweest om bewust te zijn van het feit dat niet alles wat in Nederland vanzelfsprekend is ook in andere culturen geldt. Daarnaast is ook kennis over de gezinssituatie, migratiegeschiedenis en kennis over de interactie met de ontvangende samenleving nodig. Niet alleen de cliënt wordt beïnvloed door zijn of haar culturele achtergrond. Een respondent noemt dat de behandelaar zich moet beseffen dat hij/zij zelf ook cultuur gebonden is. Ten slotte noemt een van de respondenten het belang van bewust zijn van de invloed van de aan/afwezigheid van randvoorwaarden zoals onderdak en onzekerheid over verblijf. Bij migranten zijn er vaker kwetsbaarheden op dit vlak die kunnen meespelen bij klachten.

- Behandelrelatie (11x)

Een deel van de respondenten geeft aan dat het (extra) van belang is om bij cliënten met een migratieachtergrond de tijd te nemen om de cliënt te leren kennen. Ook moet de professional rekening houden met het belang van steeds opnieuw blijven afstemmen met de cliënt of deze begrijpt hoe het Nederlandse systeem van hulp in elkaar zit, en hoe de cliënt hier tegen aan kijkt. Door na te vragen hoe het hulpsysteem in het land van herkomst werkt krijgt de behandelaar hier zicht op. Vervolgens kan aan de hand van die kennis uitgelegd worden hoe het Nederlandse systeem werkt. Een respondent noemt als leerpunt dat de relatie tussen mannen en vrouwen in sommige culturen anders is. Dit kan invloed hebben op de relatie tussen de behandelaar en cliënt wanneer deze man-vrouw is. Enkele respondenten geven aan dat aansluiting vinden met de cliënt belangrijk is, evenals het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

De behandelaar moet alert zijn of men elkaar wel goed begrijpt; meer dan bij de gemiddelde cliënt. Daarnaast geeft een respondent aan dat de rol van de familie goed ingeschat moet worden. Omdat de familie bij cliënten met een migrantenachtergrond vaak een grotere rol speelt dan bij autochtoon-Nederlandse cliënten kan het nodig zijn de familie meer te betrekken bij de behandeling.

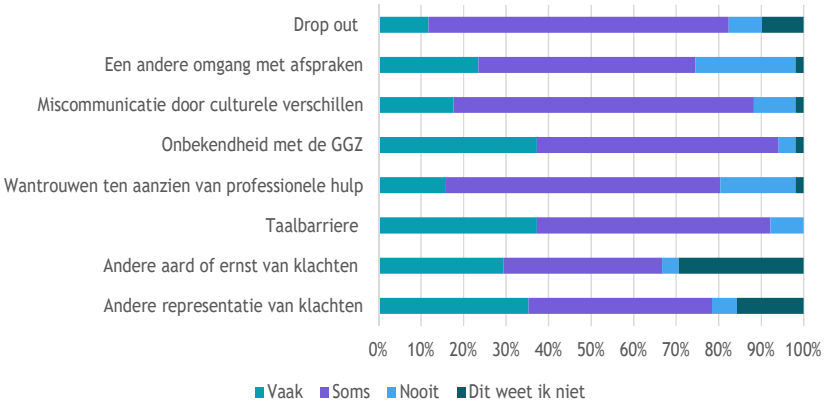
- Methodes en werkwijzen (9x)

De antwoorden van enkele respondenten hebben betrekking op de methodes die zij gebruiken of de werkwijzen die ze hanteren. Een respondent geeft aan dat in zijn/haar werk het Cultureel Interview belangrijk is gebleken. Twee respondenten laten weten dat door creatief om te gaan met bestaande evidence based werkwijzen deze ook toe te passen zijn op mensen met andere culturele achtergronden. Dit was voor hen een belangrijk leerpunt. Ook noemt iemand dat thuisobservatie of observatie met behulp van non-verbale therapieën, bijvoorbeeld PMT of creatieve therapie, erg nuttig blijkt. Daarnaast zou een groot deel van de cliënten volgens sommige respondenten kunnen profiteren van psychoeducatie en een psychosociale benadering. Tenslotte komt naar voren dat voor sommige respondenten belangrijk is gebleken dat de cultuursensitiviteit vergroot dient te worden onder collega's in hun organisatie en verspreid moet worden binnen het hele team. Een van de respondenten heeft als leerpunt dat er meer aandacht moeten komen voor de werving van niet-Nederlandse collega's. Ten slotte is één van de respondenten van mening dat de reguliere werkwijze ook bij migranten goed werkt.

2.3 Knelpunten in contact met cliënten met een migrantenachtergrond

Gevraagd is of de respondenten konden aangeven in hoeverre bepaalde (aan de literatuur ontleende) knelpunten volgens hen vaak, soms of nooit voorkomen in het contact dat zij met cliënten met een migrantenachtergrond hebben. De resultaten zijn weergegeven in figuur 2. De respondenten konden meerdere knelpunten aankruisen. Zij hebben in het werken met cliënten met een migrantenachtergrond het vaakst te maken met knelpunten als een taalbarrière (19x), onbekendheid met de GGz (19x), een andere representatie van klachten (18x) en een andere aard of ernst van klachten (15x).

Figuur 2 Knelpunten in het contact met cliënten met een migrantenachtergrond (N = 51)



De 40 respondenten die menen dat er (vaak of soms) sprake is van een 'andere representatie van klachten' is gevraagd op welke manier de klachten anders tot uiting komen. De helft geeft aan dat de klachten vaker lichamelijk tot uiting komen/somatisch zijn. Daarnaast noemen drie respondenten dat geesten/bovennatuurlijke krachten een rol spelen. Ook bij de antwoordmogelijkheid 'andere aard of ernst van klachten' kon worden aangegeven waar het verschil in zit. Van de 34 respondenten die aangaven dat de aard of ernst van klachten anders is voor cliënten met een migrantenachtergrond en dat dit soms of vaak een knelpunt is, noemt een enkeling opnieuw dat klachten zich vaker lichamelijk uiten. Een ander stelt dat geesten vaak een rol spelen. Over de ernst van de klachten lijkt niet iedereen het eens te zijn. Twee respondenten geven aan dat klachten ernstiger/heftiger zijn. Daarentegen meent een andere respondent juist dat de klachten minder ernstig zijn. Door anderen wordt genoemd dat klachten minder zichtbaar zijn voor de buitenwereld, klachten (van kinderen) door ouders vaak als minder ernstig worden beschouwd, er geen of onvoldoende steun en inzicht van naaste betrokkenen is, er onvoldoende bekendheid is met (de ernst van) psychische klachten en dat de doelgroep (migranten) sommige problemen die 'witte professionals' zien niet herkennen als probleem. Als laatste elementen noemen respondenten nog: 'de biografie van de persoon', 'andere prioritering', 'divers', 'semi psychotische klachten', 'trauma's', 'theatrale presentatie', 'sterk zwart wit denken' en 'niet meer op afspraken komen zodra de klachten wat minder worden'.

Naast de knelpunten uit de literatuur die aan de respondenten zijn voorgelegd, is hen ook gevraagd of ze nog *andere* knelpunten ervaren in het contact met cliënten met een migrantenachtergrond. Zestien respondenten noemen nog andere knelpunten.

Dit betreft:

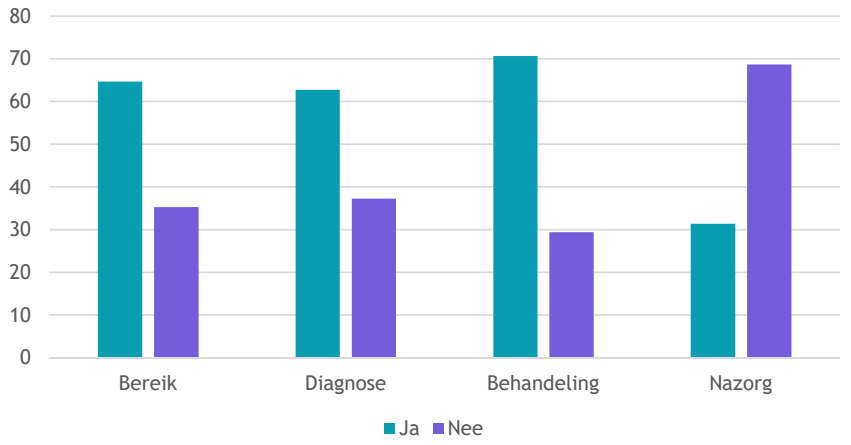
- Onzekerheid over verblijfsvergunning/status, daar door is er bv geen veiligheid om trauma's aan te pakken (3x).
- Financiële problemen/geen geld voor eigen risico (2x).
- Betrokkenheid van naasten/sociale steunbronnen (2x).
- Niet zelfstandig kunnen reizen en daardoor bv niet op kantoor kunnen komen (2x).
- Angst voor Bureau Jeugdzorg.
- Ontbrekende mogelijkheden voor dagbesteding voor asielzoekers en illegalen.
- Culturele context.
- Transgenerationele kwesties en thema's die cliënten vanuit hun achtergrond mee nemen.
- Veel psychosociale problematiek.
- Verwachtingen van hulpverlening.
- De hulpverlening soms 'gebruiken' om een status te krijgen.

De professionals is gevraagd aan te geven of de knelpunten die volgens hen soms of vaak voorkomen zich met name bij een specifieke doelgroep voordoen. Negen respondenten hebben bij geen van de knelpunten 'soms of vaak' genoemd en daarom deze vraag niet beantwoord. Twee respondenten geven aan dit niet te weten. Tien respondenten geven aan dat de knelpunten niet bij een specifieke groep voorkomen. Vluchtelingen/asielzoekers worden vijf keer genoemd, de Marokkaanse en Surinaamse doelgroepen worden vier keer genoemd, de Turkse doelgroep drie keer en de Antilliaanse en Hindoestaanse doelgroep één keer. 'Alle groepen met een niet westerse cultuur', 'migranten uit het middellandse zeegebied', 'patiënten uit Afrikaanse landen' en 'cliënten uit het Midden Oosten' worden ook alle één keer genoemd. Ten slotte geven twee respondenten aan dat het per individu verschilt en onder andere afhankelijk is van de sociaal-economische status en het opleidingsniveau van de cliënt.

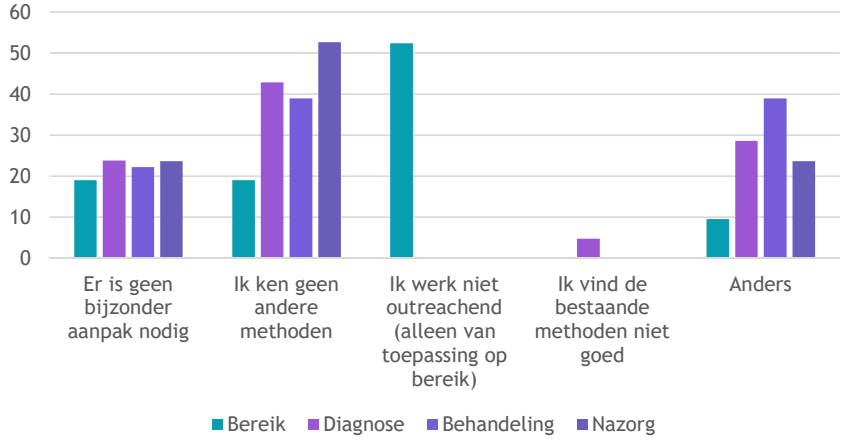
2.4 Specifieke methoden, werkwijzen of instrumenten

De respondenten is voor verschillende onderdelen van hun werk (bereik van cliënten, diagnostiek, behandeling en nazorg) gevraagd of zij specifieke methoden/werkwijzen gebruiken of instrumenten inzetten. In het onderstaande bespreken we de antwoorden. In figuur 3 en 4 is een overzicht gepresenteerd van de mate waarin zij dat wel of niet doen, en van de redenen om het niet te doen. Hieronder gaan we per onderdeel in op de resultaten.

Figuur 3 Percentage respondenten die methoden/instrumenten aanpassen voor cliënten met een migranten achtergrond per fase in het GGz traject



Figuur 4 Redenen voor het niet aanpassen van methoden/instrumenten voor cliënten met een migranten achtergrond per fase in het GGz traject in percentages



2.5 *Bereiken van de doelgroep*

Op de vraag of de professionals hun methoden/werkwijzen aanpassen of andere methodieken/instrumenten inzetten om cliënten met een migrantenachtergrond te *bereiken*, antwoorden 33 (65%) respondenten dat dit het geval is, 18 (35%) respondenten doen dit niet. Vervolgens is respondenten die aangaven wel hun methoden/werkwijzen aan te passen gevraagd wat ze precies doen. Deze antwoorden zijn onder te verdelen in een aantal onderwerpen die hieronder vermeld staan:

- Meer tijd nemen voor en aanpassen van uitleg (12x)

Respondenten geven aan dat ze meer tijd nemen om uitleg te geven aan cliënten, bijvoorbeeld over de GGz. Er worden meer voorbeelden gebruikt en wanneer nodig wordt gedrag voor gedaan. Een van de respondenten laat verder weten te proberen om informatie in de eigen taal van de cliënt te verkrijgen. Respondenten passen hun taalgebruik aan het niveau van de cliënt aan door bijvoorbeeld gemakkelijke woorden te gebruiken. Andere voorbeelden die gegeven worden zijn geen spreekwoorden gebruiken en werken met metaforen. Om het taalprobleem te overbruggen geven drie respondenten daarnaast aan meer gebruik te maken van beeldend materiaal. Ook maakt een respondent gebruik van een tolk.

- Aandacht voor cultuurverschillen en religie (8x)

Respondenten noemen dat het belangrijk is om cultuurverschillen in de gaten te houden en te zorgen voor aansluiting bij de cliënt. Er is meer aandacht om cultuur verschillen te begrijpen en de mogelijke invloed die dit kan hebben op de behandeling. Drie respondenten noemen dat zij indien van toepassing de religie van de cliënt erbij betrekken.
Respondent: *"Binnen religie zijn er nuttige interventies die ik ook inzet"*.
Een van de respondenten geeft verder aan op zoek te gaan naar een collega met dezelfde culturele achtergrond om zo meer inzicht te krijgen in de cultuur.

- Methodisch (6x)

Vier van de respondenten maken gebruik van het Cultureel interview. Daarnaast geeft iemand aan interventies aan te passen bijvoorbeeld door ontspanningsoefeningen te vervangen door bidden bij gelovige cliënten. Twee respondenten geven aan dat ze de CGT aanpassen en minder strak volgen. Daarnaast is EMDR is volgens een respondent erg geschikt om in te zetten bij migranten omdat taal hierbij geen grote rol speelt.

- Maatwerk (4x)

Het algemene beeld dat ontstaat uit de antwoorden is dat maatwerk erg belangrijk lijkt te zijn. Drie respondenten noemen dit ook expliciet. Er dient rekening gehouden te worden met de persoonlijke situatie van de cliënt en de benadering wordt daarop aangepast. Respondent: *"Ieder persoon, gezin en situatie is anders. Ik veralgemeniseer nooit en behandel iedere situatie, gezin en persoon op een individueel niveau"*.

Vervolgens is de respondenten gevraagd of hun gehele organisatie methodes of instrumenten aanpast om cliënten met een migranten achtergrond te bereiken of dat alleen zij en/of enkele collega's dit doen. Veertien respondenten zeggen het niet te weten, tien zeggen dat alleen zij en/of enkele collega's dit binnen de organisatie doen. Bij acht respondenten wordt deze werkwijze door de gehele organisatie toegepast. Een respondent stelt dat hij of zij de enige is. De professionals die geen andere methodieken/werkwijzen inzetten of andere methodieken/werkwijzen aanpassen geven aan dat zij dit niet doen omdat ze niet outreachend werken ('*cliënten worden naar mij doorverwezen*') (11x), er volgens hen geen bijzondere aanpak nodig is (4x) dan wel ze geen andere methoden kennen om cliënten met een migrantenachtergrond beter te bereiken (4x). Twee respondenten hebben nog andere redenen. Een van hen stelt dat al het werk van uit zichzelf al maatwerk is.

2.6 De diagnose

Drieënzestig procent van de respondenten geeft aan in het intake-proces methoden/werkwijzen aan te passen of andere methodieken/instrumenten in te zetten om een goede diagnose te kunnen stellen bij cliënten met een migrantenachtergrond. De antwoorden op de vraag hoe ze dat doen komen bijna een op een overeen met hoe de methoden/instrumenten voor het bereiken van cliënten met een migranten achtergrond worden aangepast; daar wordt ook vaak op teruggegrepen door de respondenten zelf. Ook hier lijkt het van belang om aandacht te schenken aan de individuele situatie van de cliënt en hierop aan te sluiten. Voorbeelden van hoe respondenten aangeven dit te doen zijn: het minder direct bevragen van de cliënt, meer aandacht voor psychosomatiek en de rol van de familie, het expliciet vragen naar geesten, geloof en systeem, meer aandacht besteden aan de kennismaking met de cliënt en diens cultuur en het voorzichtiger opbouwen van contact. Wat betreft methodiek geeft een van de respondenten aan andere diagnostische instrumenten te gebruiken, maak helaas niet welke dit zijn. Twee respondenten geven aan cultuursensitief te diagnosticeren maar ook zij geven niet aan op welke

manier zij dit doen. Het Cultureel Interview wordt door vier respondenten ingezet tijdens de intake van cliënten met een migrantenachtergrond. Ook maken vier respondenten gebruik van tolken of iemand uit de persoonlijke omgeving van de cliënt die als tolk kan fungeren. De mogelijkheden hiertoe zijn echter beperkt vanwege de financiële kosten die eraan verbonden zijn. Als laatste maakt een van de respondenten gebruik van multidisciplinair overleg (MDO).

Volgens dertien van de respondenten gebeurt het aanpassen van de methoden/instrumenten tijdens het intake proces alleen door henzelf en/of enkele collega's, acht respondenten geven aan dat de hele organisatie dit doet, zes weten het niet en een respondent meent dat hij of zij dit alleen doet. Zevenendertig procent van de respondenten stelt in het diagnoseproces geen andere methoden/werkwijzen te hanteren of bestaande methoden/werkwijzen aan te passen. Negen van hen zeggen dat ze dit niet doen omdat ze geen andere instrumenten/methoden kennen om cliënten met een migrantenachtergrond beter te kunnen diagnosticeren, vijf stellen dat er geen bijzondere aanpak nodig is en één vindt de bestaande instrumenten/methodieken niet valide. Zes respondenten geven andere redenen. Eén van hen geeft aan dat er op de locatie waar deze persoon werkt geen methodes beschikbaar zijn voor migranten. Een ander kan voldoende uit de voeten met bestaande instrumenten. Overige gegeven antwoorden zijn dat bestaande methoden aangepast worden qua communicatie en manier van aanbieden, er geen inventarisatie uitgevoerd is bij de cliënten met een andere culturele achtergrond, en het hebben van kennis over de taal/cultuur en goed luisteren cruciaal zijn. Als laatste wordt ook genoemd dat één gesprek niet voldoende is om erachter te komen wat er speelt. Door verschillende gesprekken te voeren ontstaat er een steeds beter beeld van de situatie.

2.7 De behandeling

Bij de *behandeling* ligt het percentage respondenten dat andere methoden/werkwijzen inzet of methodieken/werkwijzen aanpast aan cliënten met een migrantenachtergrond hoger dan bij de diagnose. Eenenzeventig procent geeft aan dit te doen. Veertien van hen zeggen niet te weten of de hele organisatie dit doet, tien respondenten geven aan dat dit wel het geval is, tien anderen geven aan dat dit alleen door hen en/of enkele collega's gebeurt en twee stellen dat zij de enigen zijn. Net als bij het bereiken van cliënten met een migranten achtergrond en de intake procedure blijkt ook tijdens de behandeling veel aandacht te zijn voor maatwerk. Er wordt meer tijd genomen voor uitleg en meer aandacht besteed aan het verhaal van de cliënt en diens cultuur en familie. Ook

tijdens de behandeling wordt het taalgebruik en de benaderingswijze aangepast aan de cliënt. Voorbeelden hiervan zijn korte en bondige taal gebruiken, geen lange mails schrijven, meer gebruik maken van metaforen en de informatie dusdanig overbrengen dat het acceptabel is voor de cliënt. Concrete voorbeelden die respondenten geven voor het aanpassen van de behandeling zijn wederom het Cultureel Interview, werken met duplopoppetjes en ander beeldend materiaal, het gebruik maken van tolken en indien van toepassing geestelijk leiders (imam, diaken, pastor) er bij betrekken. Een ander voorbeeld dat wordt genoemd betreft ondersteuning van de professional: het betrekken van een cultureel antropoloog die adviezen geeft en helpt bij het cultuursensitiever maken van de hulpverleners. Tenslotte geeft een respondent aan gebruik te maken van een Meetlat, genogrammen, emoticons en de Yucel methode.
Bijna een derde van de respondenten (29%) doet niets anders tijdens de behandeling. Zeven van hen geven aan geen andere instrumenten/methoden te kennen, vier stellen dat er geen bijzondere aanpak nodig is. Zeven respondenten hebben andere redenen opgegeven. Twee respondenten geven aan dat dit niet van toepassing is. Een ander geeft aan dat als het cliënten niet lukt met bijvoorbeeld het invullen van vragenlijsten tijdens de behandeling, hij/zij diegene dan helpt of probeert op een andere manier informatie te verkrijgen. Verder past een respondent de aanmeldings- en intake procedure vooral aan op migranten en niet zozeer de behandeling zelf. Daarnaast geven twee personen aan dat het nog niet nodig is geweest om methoden/instrumenten aan te passen omdat het gewenste resultaat tot nu toe altijd bereikt is zonder aanpassingen.

2.8 De nazorg

In de nazorg zijn er minder respondenten die bij cliënten met een migrantenachtergrond andere methoden/werkwijzen inzetten of methodieken/werkwijzen aanpassen dan bij de diagnose en behandeling. Bijna een derde van de respondenten geeft aan dit te doen (31%). Zeven van hen geven aan dat zij en/of enkele collega's dit doen, bij drie respondenten past de hele organisatie deze werkwijze toe, een respondent is de enige die dit doet in zijn/haar organisatie en vijf weten het niet. Ook tijdens de nazorg lijkt er weer veel (extra) aandacht en tijd besteed te worden aan uitleg, bijvoorbeeld over eventuele terugval. Daarnaast wordt er meer tijd besteed aan een goede overdracht. Een van de respondenten geeft bijvoorbeeld aan telefonisch contact met de huisarts op te nemen in plaats van alleen schriftelijk het resultaat van de behandeling te melden. Een van de respondenten geeft aan dat het soms nodig is in de nazorg om 'de klassieke GGZ weg' te volgen. Maar dat in sommige gevallen er meer

gebruik gemaakt dient te worden van het eigen systeem van de cliënt of hulpgroepen vanuit de eigen cultuur. Dit sluit aan bij een andere respondent die stelt indien nodig migranten zelforganisaties te betrekken in de nazorg. Andere gegeven antwoorden zijn: meer aandacht voor motivatie, familie centraal stellen, de uitkomsten van de culturele formulering worden altijd meegewogen, dit varieert, en meer gebruik maken van beeldend materiaal en informatie proberen te verkrijgen in eigen taal. Ten slotte geeft een van de respondenten aan meer outreachend te werken omdat het bekend is dat de drop-out onder migranten (blijkbaar ook bij nazorg) hoog is.

Het merendeel van de 69% van de professionals die aangeeft *geen* aanpassing te doen in de nazorg stelt dat zij geen andere instrumenten/methodieken kennen om in het nazorgtraject cliënten met een migrantenachtergrond beter behandelen (20x). Negen respondenten geven aan dat het niet nodig is. Van de negen respondenten die aangeven andere redenen te hebben, stellen er vijf geen nazorg te bieden. Daarnaast werkt één van de respondenten in een transcultureel team dat net bestaat, waardoor er nog geen ervaring is met nazorg. Eén van de respondenten past zijn methoden niet zozeer aan, maar 'stapt anders het proces in'. Deze persoon 'gaat het gesprek aan om cliënten beter te begrijpen en duidelijk uit te leggen wat de bevindingen zijn en wat het belang ervan is'. Ten slotte geeft iemand aan geen reden te zien om aanpassingen te doen in de nazorg voor cliënten met een migranten achtergrond.

3 Werkzame elementen, good practices, belemmeringen en randvoorwaarden

3.1 Werkzame elementen

De respondenten is gevraagd wat er volgens hen goed werkt in het zorgtraject voor cliënten met een migrantenachtergrond. De antwoorden die de 51 respondenten gaven, kunnen onderverdeeld worden in de volgende categorieën:

- Methodisch (25x)

Methodisch zijn er punten genoemd die goed werken volgens de ervaring van de respondenten. Drie respondenten noemen de systemische behandeling, die volgens een van hen ook werkt bij gezinnen met een niet-migrantenachtergrond. Daarnaast zijn er drie respondenten die stellen dat outreachend werken goed werkt (bv school- en huisbezoek) in het zorgtraject voor cliënten met een migrantenachtergrond. De volgende punten zijn telkens door een of enkele respondenten genoemd:

- Werken met iemand van bv maatschappelijk werk die het gezin goed kent.
- Betrekken van belangrijke anderen bij 'het systeem' die de Nederlandse taal beheersen.
- Het 'echt' aangaan van behandelrelaties.
- Meer tijd nemen voor een intakeproces.
- Mond op mond reclame van de instelling; bv dat cliënten weten dat ze terecht kunnen op een afdeling waar er ook hulpverleners met diverse achtergronden werken.
- Ruimte bieden aan het migratieverhaal.
- Helpen bij verwijzing.
- Duidelijke doelen stellen op basis van diagnostiek.
- Afname, verslaglegging en adviezen in de culturele formulering.
- Vragen naar voorbeelden.
- Bemoeizorg bieden als het gaat om het nakomen van afspraken en het uitvoeren van afgesproken interventies.

Meer specifiek zijn door een of enkelen genoemd:

- Methodiek Kitlyn Tjin a Djie (Beschermjassen).
- Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie van Joop de Jong en Sjoerd Colijn.
- Werken met genogrammen.
- Cultureel Interview.
- Cognitieve Gedragstherapie.
- EMDR-therapie.

- Persoonlijke houding (14x)

De meeste respondenten stellen dat de persoonlijke houding van de professional doorslaggevend is voor het goed laten verlopen van een zorgtraject. Het meest genoemd zijn eigenschappen en vaardigheden waarover een professional moet beschikken zoals het hebben van inlevingsvermogen, geven van aandacht, nieuwsgierig zijn, niet oordelen maar open staan, goed luisteren, geduld hebben, begrip tonen en veiligheid en vertrouwen bieden. Enkele professionals merken op dat deze persoonlijke houding van professionals ook belangrijk is in het werken met cliënten die geen migrantenachtergrond hebben. Een respondent stelt bijvoorbeeld: "*Het komt er allemaal op neer dat je je openstelt en navraagt wat iets betekent voor een bepaalde persoon en zijn cultuur. Dat geldt overigens voor alle patiënten, ook voor een boer uit Drenthe of een visser uit Urk*". Sommige respondenten stellen expliciet dat de beleving van de cliënt centraal moet staan en dat de hulpverleners van daaruit moeten durven denken en handelen. Een respondent hierover: "*Het zou voor iedereen goed zijn: naar het individu kijken in plaats van blindstaren op de door de verzekeraar geëiste protocollen en diagnostische vakjes*".

- Communicatie (12x)

Naast de persoonlijke houding met bijbehorende vaardigheden en eigenschappen gaat een tiental respondenten in op de communicatie van de hulpverlener die moet aansluiten bij het persoonlijke verhaal, de achtergrond en de context van de cliënt. De respondenten noemen daarbij: stilstaan bij wederzijdse verwachtingen, vragen stellen over de achtergrond van de cliënt en meer kijken naar zijn of haar sterke punten. Daarnaast hebben enkele respondenten het over het spreken van de taal van de cliënten dan wel aansluiten bij hun taalgebruik.

- Kennis (5x)

Daarnaast geven sommige respondenten aan dat kennis hebben onontbeerlijk is in het realiseren van een goed zorgtraject voor cliënten met een migrantenachtergrond. Deze respondenten hebben het over kennis van de culturele achtergrond van hun cliënten, kennis over hun beleving,

migratie achtergrond en biografische achtergrond en over het hebben van kennis van de interactie met de ontvangende samenleving. Een respondent merkt hierbij op dat het daarom goed is om diegenen 'in de sector' die veel kennis hebben over cultuur en houding vaker te consulteren.

Enkele respondenten geven aan dat het realiseren van een optimaal zorgtraject voor cliënten met een migrantenachtergrond een combinatie is van verschillende elementen die hierboven zijn besproken. Zowel houdingsaspecten, communicatie, kennis als inzet van bepaalde methoden. Sommige respondenten benoemen dat als '*cultuursensitief werken*'.

3.2 *Good practices*

De professionals is ook gevraagd welke good practices ze zouden aanraden aan hulpverleners die weinig ervaring hebben in het werken met cliënten met een migrantenachtergrond. Het blijkt niet makkelijk hier antwoord op te geven. Respondent: *"Er is niet een good practice maar vele wegen naar Rome. De beste leermeester is de praktijk"*. Elf respondenten hebben de vraag niet ingevuld en 13 professionals weten het niet; zij geven aan 'geen idee' te hebben. Sommigen van hen lichten toe dat zij te weinig ervaring hebben om hier antwoord op te kunnen geven, anderen vinden het moeilijk good practices te noemen omdat deze allemaal 'wegbezuinigd' zijn. Dan zijn er ook 11 respondenten die herhalen dan wel teruggrijpen op de eerder gegeven antwoorden op wat er volgens hen goed werkt in de zorg voor cliënten met een migrantenachtergrond. Persoonlijke houding, communicatie en kennis komen dan ook weer terug bij de vraag naar good practices. Daarnaast vinden zij dat een open houding, luisteren en respect voor de wensen van de ander centraal moeten staan. Respondent: *"Kijk naar de hele persoon in plaats van naar de klachten, naar mogelijkheden en krachten, naar bronnen van steun. Focus vooral op attitude en wees niet vooringenomen"*. Vier respondenten vinden het belangrijk dat er aandacht is voor kennisvermeerdering en bijscholing. Daarnaast wordt genoemd dat het goed is om iemand uit het eigen netwerk te betrekken dan wel tolken in te zetten. Specifiek methodisch komen noemen de respondenten:

- Cultureel Interview (4x).
- Intervisie/teamsupport/kennis inwinnen bij collega's (3x).
- Respondent: '*Gewoon starten en moeilijkheden bespreekbaar maken in het team. Intervisie is belangrijk. Collega's die wel de ervaring hebben vragen mee te denken wanneer dat nodig is"*.
- Systeemgesprekken (2x).

- Implementatie van de culturele formulering in het EPD en aandacht voor de culturele achtergrond tijdens de diagnostiek, behandeling en nazorg van cliënten.
- Migratie Interview.
- Interculturele addenda.
- Cultural Formulated Interview.
- www.ethnopsychopharmacology.com.
- Validatie.
- Gedachten van Kitlyn Tjin a Djie (Beschermjassen) en Ronald May.

3.3 Belemmeringen om good practices toe te passen

Behalve naar werkzame elementen en good practices is er ook gevraagd naar belemmeringen. Er zijn veel good practices beschikbaar in het werken met cliënten met een migrantenachtergrond. Aan de professionals is de vraag gesteld waarom deze bestaande good practices volgens de respondenten niet standaard gebruikt worden. Vier respondenten hebben deze vraag niet ingevuld, drie zeggen het niet te weten. De andere redenen die genoemd zijn (vaak in combinatie):

- **Onvoldoende bekendheid in de instelling met de good practices die er zijn (21x).**
- **Tijdsdruk (15x)**.
  Het werken met good practices kost extra werk, is arbeidsintensief en er is geen tijd en aandacht om te verdiepen (beperkte behandelminuten/productiedruk) dan wel de organisatie is te druk met andere (bezuinigings-)zaken.
- **Onvoldoende prioriteit (in visie) instelling (11x).**
  Het werken met good practices wordt niet aangeprezen, er is geen aandacht of draagvlak voor, het past niet binnen de structuur van het systeem. Respondent: "*Cultuursensitief werken vraagt blijvende aandacht en scholing. Beleid binnen de instellingen geeft hieraan niet prioriteit of aandacht verslapt na een poosje*". Andere respondent: *"Werkdruk is niet helpend om dit onbekende terrein grondig te bestuderen*".
- **Good practices worden niet gemist (4x).**
  Sommige hulpverleners denken van zichzelf al cultureel sensitief te werken dan wel vinden dat de good practices eigenlijk verwijzen naar 'gewone goede zorgvuldige zorg'.
- **Er zijn te weinig cliënten met een migrantenachtergrond in de GGZ (4x).**
  Respondent: "*Ze weten de hulp hier nog niet goed genoeg te vinden dus komen behandelaren nog niet veel in contact met migranten*".

- **Er zijn geen financiën voor/ brengt geen geld op (3x).**
- **Geen toepassingsmogelijkheden (3x).**
  Het is een onderbelicht onderwerp op de verschillende opleidingen/ hulpverleners zijn er niet op getraind.
- **Machtsmechanismen/eigenwijsheid hulpverleners (2x).**
- **Verloop in het personeel met een niet-Nederlandse achtergrond.**
- **Wederzijds onbegrip.**
  Respondent: *"Te moeilijk/onbekend, wordt snel complex"*.
- **Beschikbaarheid.**
  Good practices zijn niet makkelijk beschikbaar of leiden tot 'te vage adviezen', aldus een respondent.

3.4 Belemmeringen om cultuursensitief te werken

Naast de belemmeringen om good practices standaard te gebruiken, zijn er ook belemmeringen om meer cultuursensitief te werken. De belemmeringen om meer cultuursensitief te werken komen deels overeen met de belemmeringen om good practices toe te passen, zo blijkt uit de gegeven antwoorden. We zetten de drempels op een rij. Bovenaan staan de belemmeringen die het meest genoemd zijn, onderaan die het minst naar voren kwamen. Twee respondenten hebben de vraag niet beantwoord en één respondent zegt geen idee te hebben wat de belemmeringen zijn.

- **Tijdgebrek (24x).**
  Dit wordt volgens de respondenten veroorzaakt door productiedruk, resultaatgericht werken en hoge werkdruk. Respondent: *"Alles moet zo snel mogelijk en volgens door zorgverzekeraars goedgekeurde protocollen"*.
- **Het heeft geen aandacht, geen prioriteit (13x).**
  De organisatie heeft er geen affiniteit mee, er is geen beleid op. Soms is er zelfs sprake van uitgesproken desinteresse of onverschilligheid. Prioriteiten liggen dan vaak elders. Respondent: "*Er is een druk vanuit organisaties om snel tot klachtenreductie te komen, er is te veel focus op het aanbod en te weinig op het cultuuraspect binnen de organisatie: verandering van attitude is nodig*".
- **Onbekendheid (10x).**
  Er is een gebrek aan kennis over culturele achtergronden van cliënten en ook over richtlijnen en protocollen. Er is te weinig bekendheid in de organisatie en bij individuele medewerkers.
- **Bureaucratie (5x).**
  Respondenten spreken over geldzucht, dominantie en de nadruk op administratie in hun organisatie.

- **Taalbarrières (5x).**
  Er zijn problemen door de taalbarrières, o.a. door de tolken die niet meer worden vergoed.
- **Bevooroordeelde houding hulpverleners (5x).**
  Er is nu te weinig zicht op de betrekkelijkheid van de eigen normen en waarden van de hulpverlener, er is weinig openheid. Respondent: " *Denken dat zoals wij tegen dingen aankijken de beste manier is, deze op willen dringen aan anderen*". Respondent: *"In de jeugdzorg werken te veel professionals met vooroordelen en veroordelen sommige doelgroepen. Er wordt veralgemeniseerd".*
- **Werkwijzen die niet aansluiten (2x).**
  Zo ontbreekt er nu bijvoorbeeld 'cultuurvrij' testmateriaal, krijgen cliënten huiswerk waar ze niet mee overweg kunnen.
- **Bereik doelgroep (2x).**
  Er is bijv. een drempel om mensen met een andere culturele achtergrond naar de GGZ door te verwijzen.
- **Geldtekort (2x**).
- **Te weinig medewerkers** met andere culturele achtergrond.
- Nog te veel het idee dat migranten het beste geholpen zijn door iemand met een **migrantenachtergrond.**
- **Te lage cliëntenaantallen met migratieachtergrond.**

3.5 Randvoorwaarden

De respondenten is tenslotte gevraagd wat volgens hen randvoorwaarden zijn om passende zorg te kunnen verlenen aan hun cliënten met een migrantenachtergrond. Drie respondenten hebben hier geen antwoord opgegeven en twee weten het niet. Meer dan de helft van de respondenten (30) grijpt terug op de antwoorden die zij eerder in de vragenlijst gaven op de vraag wat er goed werkt in het traject voor cliënten met een migrantenachtergrond dan wel wat welke good practices zij andere hulpverleners zouden aanraden. De meesten van hen zien dit namelijk ook als randvoorwaarden voor het verlenen van passende zorg. Het gaat dan vooral om de persoonlijke houding van de hulpverlener (respectvol, open minded, onbevooroordeeld, belangstellend, nieuwsgierig, gastvrij, betrokken, goed kunnen luisteren en het bieden van veiligheid en vertrouwen). Respondent: "*Vooral deze doelgroep niet benaderen met een mentaliteit van 'u woont al zolang in Nederland en zo doen we het hier en het werkt bij ons zo, dus het moet ook bij u werken'".* Ook wordt het belang van goede, heldere, open en transparante communicatie genoemd (4x). Daarnaast komt ook weer bij de randvoorwaarden het belang naar voren van het verwerven van (meer) kennis over de achtergronden van

cliënten met een migrantenachtergrond en over wat hun houding is ten aanzien van de GGZ bv door nascholing dan wel intervisie (8x). Naast persoonlijke houding, communicatie en kennis, melden de respondenten ook nog andere randvoorwaarden. Vaakst genoemd is de beschikbaarheid en vergoeding van tolken (11x) waar nu vaak geen geld meer voor is. Daarnaast is het belangrijk dat er meer tijd beschikbaar wordt gesteld voor het werken met deze doelgroepen. Geaccepteerd moet worden dat er bijvoorbeeld meer tijd voor deze doelgroepen nodig is om aan psychosociale randproblemen te werken (7x). Ook wordt genoemd dat het belangrijk is om tools, hulpmiddelen, richtlijnen dan wel richtlijnen te hebben hoe die passende zorg dan te kunnen verlenen (4x) en dat er een gericht en bewust instellingsbeleid moet worden gevoerd bv om bestaande behandelvormen zoals cognitieve gedragstherapie aan te passen (4x). Respondent: *"De wil en instelling om ook deze mensen te bereiken"*. Een enkeling noemt als rand voorwaarde een (betere) samenwerking in de keten met organisaties als i-psy.

4 Input voor de Kwaliteitsstandaard Diversiteit

Een scala van gewenste waarborgen kwam voorbij in de antwoorden op de vraag wat er volgens de professionals in de kwaliteitsstandaard zou moeten worden opgenomen dan wel wat het zou moeten opleveren. Zes respondenten hebben de vraag niet beantwoord en zes respondenten weten het niet. Een respondent heeft geen suggestie. De genoemde suggesties zijn:

- **Bruikbare praktische tools, handvaten, richtlijnen, overzichten, tips en adviezen voor in de behandelkamer (14x).**
  Het is volgens de respondenten belangrijk dat er in de kwaliteitsstan daard veel informatie en uitleg staat in begrijpelijk taalgebruik. De praktische insteek wordt door meerdere respondenten benadrukt. Respondent: "*Belangrijk is dat het praktisch inzetbaar is. Soms blijft het zo vaag: aansluiten, uitvragen etc. Dat doe je eigenlijk bij alle patiënten wel, maar in je aanpak of behandeling vind ik het nog altijd moeilijk om cultuursensitief te werken*". Een respondent heeft het over bv een checklist met aandachtspunten die aangeven waar je bij welke culturele achtergrond extra sensitief op moet zijn. Respondent: "*Zodat je niet per ongeluk iets over het hoofd ziet omdat je er onvoldoende kennis over hebt*". Een ander zou graag een overzicht van methodieken willen zien. Twee respondenten pleiten expliciet voor een basistool waarin minimaal wordt opgenomen wat noodzakelijk is als het gaat om de behandeling en diagnostiek van cliënten met een migrantenachtergrond.
- **Aandacht voor de houding, vaardigheden en kennis van de hulpverlener (6x).**
  Respondenten geven aan dat de oprechte, open, onbevooroordeelde attitude van de hulpverlener een plek moet krijgen in de kwaliteits standaard. Respondent:
  "*Het gaat er niet om te weten met welk 'recept' je moet werken, maar welke vaardigheden je moet hebben om met een open blik met de cliënten om te gaan*". Een respondent vraagt hierin wel om oog te hebben voor de balans met het omgaan met de Nederlandse maat schappij. Respondent: "*Begrip en respect voor anders zijn maar ook de realiteit dat ook deze mensen zich wel moeten zien te handhaven*

binnen de Nederlandse maatschappij. Soms wordt het cultuursensitief werken ook wel overtrokken. Goede balans is/lijkt lastig".

- **Maatwerk als uitgangspunt (ook voor niet-migranten) (4x)**.
  Respondent: "*En niet alleen voor iemand die uit het buitenland komt of een kleurtje heeft. Tussen een Randstedeling en een plattelandsbe woner uit de Achterhoek bestaat ook een cultuurverschil waar rekening mee gehouden moet worden. Te vaak wordt gedaan of alle geboren Nederlanders dezelfde taal spreken en dat is onzin".* Andere respondent: "*Binnen verschillen in groepen vooral toch oog blijven houden voor het unieke verhaal van iedere persoon en ieder gezin/ iedere familie".*
- **Informatie over evidence-based** aanpakken **(4x)**.
  De respondenten willen graag in de kwaliteitsstandaard opgenomen zien wat er bekend is uit inventarisatie over wat er nu wel en niet werkt voor deze doelgroepen en wat er bekend is over de effecten van cultuursensitieve zorg.
- **Vertalingen/aanpassingen van beschikbare instrumenten/ bestaande interventies (3x).**
  Respondent: "*Allochtonen worden nog steeds vaak onderbehandeld en eerder verwezen voor een sociaal psychiatrische behandeling terwijl met aanpassingen bestaande psychotherapiebehandelingen bij allochtonen even effectief blijken".* Een andere respondent pleit voor voortbouwen op het intercultureel addendum angst- en stemmingsstoornissen t.b.v. de multidisciplinaire richtlijnen.
- **Goede hulp opleveren: blijven investeren in zorg zonder vooroordelen (3x).**
- **Cultureel interview (2x).**
- Systemische aanpak.
- Aandacht voor communicatie (evt. met tolk): praktische do's en don'ts.
- Workshops door ervaringsdeskundigen/medewerkers met een andere culturele achtergrond.
- Dat het geen extra werk oplevert.
- Dat de interventies die opgenomen worden gericht zijn op het welzijn en welbevinden van de cliënt en niet op het plakken van labels.
- Meer cultuursensitief materiaal.
- Consultatiemogelijkheden van mensen met culturele diversiteit en of ervaring.

5 *Samenvattende conclusies*

De meeste respondenten die de vragenlijst invulden werken bij een GGz-organisatie met een cliënten percentage met migrantenachtergrond van 10 tot 49%. In ongeveer de helft van de 51 organisaties is er een visie op diversiteit. In de andere helft is die er niet, vooral omdat er volgens de professionals geen tijd is om een visie op te bouwen vanwege te grote druk op productie en omdat de bestaande kennis niet systematisch vertaald wordt naar een visie. Op de vraag wat de professionals leren van het werken met cliënten met een migrantenachtergrond worden antwoorden gegeven die vallen onder een open houding, het hebben van een bepaalde mate van kennis, het rustig moeten opbouwen van een alliantie, en het toepassen van bepaalde methoden of werkwijzen. De respondenten gebruiken in het bereik, de diagnose en vooral de behandeling doorgaans andere methodieken/instrumenten als het gaat om cliënten met een migrantenachtergrond dan wel passen hun methodieken aan. Zij nemen onder andere meer tijd voor uitleg of passen uitleg aan, houden rekening met cultuurverschillen en religieuze verschillen in beleving of interpretatie van klachten, besteden extra aandacht aan maatwerk dan wel passen specifiek andere methodieken toe, zoals het cultureel interview. In de nazorg-fase blijkt veel minder specifieke aandacht te zijn voor cliënten met een migrantenachtergrond, vooral vanwege het feit dat respondenten voor deze fase geen specifieke instrumenten/methodieken kennen.

Gevraagd is ook wat er werkt in het zorgtraject voor cliënten met een migrantenachtergrond en wat good practices zijn. De antwoorden komen overeen met de leerpunten en zijn gericht op een bepaalde persoonlijke houding, communicatie, het hebben van bepaalde kennis en werken met specifieke methodieken. Good practices worden nu nog weinig ingezet en er wordt vaak ook niet cultuursensitief gewerkt in instellingen, volgens respondenten. Dit heeft te maken met onbekendheid met de good practices die er zijn, tijdsdruk, en onvoldoende prioriteit. Voor de Kwaliteitsstandaard Diversiteit pleiten de respondenten nadrukkelijk voor het opnemen van praktische bruikbare tools, handvaten, richtlijnen, overzichten, tips en adviezen vooral voor de ‘behandelfase’. Daarnaast moet er in de module aandacht zijn voor de houding, vaardigheden en kennis van de hulpverlener.

Colofon

De publicatie is tot stand gekomen in een samenwerkingstraject tussen het Verwey-Jonker Instituut, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Arq Psychotrauma Expert Groep

Opdrachtgever	Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz
Auteurs	Drs. J. Mak Dr. M. Distelbrink G. Wachter
Omslag	Ontwerppartners, Breda
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload en besteld worden via onze website: http://www.verwey-jonker.nl.

ISBN 978-90-5830-724-8

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2016.
Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.
Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.
The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.
Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.

Hoe ervaren GGz-professionals het werken met cliënten met een migrantenachtergrond? Om daar achter te komen zijn 51 professionals ondervraagd via een vragenlijst. Daarin gaven zij aan welke werkwijzen, methoden en instrumenten ze gebruiken bij deze doelgroep. En welke belemmeringen zij ervaren om 'diversiteitsgevoelig' te werken of om de kennis die er op dit vlak is te benutten. Deze resultaten dragen bij aan de ontwikkeling van de generieke module Diversiteit in de GGz die in 2017 verschijnt. De inventarisatie werd in 2015 uitgevoerd door het Verwey-Jonker Instituut in samenwerking met het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Arq Psychotrauma Expert Groep.

VER 16131 OMS 214040 Inventarisatie diversiteit in de GGz.indd 1